

2.1 本组局限性气胸多于完全性气胸,故肋间切开置管位置,要根据气胸所在的部位正确定位。多房性或双侧性气胸,需要逐个分别排气。若肋间切开置管后出现广泛皮下气肿,患者症状改善不显著,而水封瓶又有气体逸出,往往是由于引流管内径过小,宜及时更换粗管或肋间双插管引流。

2.2 二例复张后肺水肿,均于置管引流负压吸引后,萎陷肺迅速复张,随即患者出现胸闷、不安,呼吸极度困难,咯泡沫血痰,两肺满布湿罗音。经氧疗,应用消泡剂和激素等措施而愈。凡气胸超过三天,排气量大而迅速者,易发生复张后肺水肿。其发生机理是受压肺组织的毛细血管内皮细胞缺氧、管壁通透性增高,肺泡表面活性物质生成减少,肺泡表面张力增高。肺复张后血液循环增加,胸腔内负压增大,作用

于已受损的毛细血管、造成血管内液外溢,形成肺水肿。对于气胸面积大,受压时间超过三天的病例,于减压排气时,应夹钳引流管控制气体过快排出。且不要过早加用负压吸引,以防肺水肿的发生。

2.3 本组多数为二次以上气胸,平均每例发生4.17次。为防止气胸复发,试图用化学物质注入胸膜腔,使其产生化学性胸膜炎。造成脏壁层胸膜的粘连,以达到闭塞胸膜腔、防止气胸复发的目的。对13例反复发作的患者,于肺复张后,将50%葡萄糖溶液40ml、链霉素1.0g和2%普鲁卡因10ml,经引流管注入胸膜腔,拔管后转动体位。药液注入后患者即诉胸痛(半小时内消失),低热(1~2天内退热),未见其他不良反应。经十余年观察2例同侧复发,11例未再发生。

对急性硫化氢中毒诊断标准的商榷

——附56例病例分析

齐鲁石化公司中心医院(255400) 王慧兰

急性硫化氢(H_2S)中毒是常见的职业中毒,根据GB8789—88“职业性急性硫化氢中毒诊断标准及处理原则”对我院近几年来收治的56例急性硫化氢中毒病例进行了分析,并对“标准”提出商榷。

1 临床资料

1.1 一般情况 本文报告急性硫化氢中毒56例,是在39次生产事故中发生。其中男38例,女18例,年龄19~44岁,平均27岁;操作工33例,维修工6例,化验

分析工4例,干部及研究人员10例,其余3例。多为单发中毒,最多为9人同时中毒。就诊时间除1例在3小时之后外,其余均在中毒后10~30分钟就诊。

1.2 中毒主要症状和体征 56例中毒患者中咽痛、咽干27例(48.2%),眼刺痛、流泪24例(42.8%),心慌、胸闷、气憋共33例(58.9%),咳血性泡沫痰2例,呼吸表浅或暂停者9例(16.0%),合并外伤或骨折者9例(16.0%)。神经系统主要表现见下表。

56例 H_2S 中毒神经系统表现

	头痛	头晕	乏力	恶心	呕吐	肢端麻木	意识障碍			抽搐躁动	膝反射亢进
							轻度	浅昏迷	深昏迷		
例数	44	49	33	46	40	5	11	32	10	8	34
%	78.5	87.5	58.9	82.2	71.4	8.9	19.6	57.1	17.8	14.2	60.7

1.3 实验室及其他特殊检查 全部病人做了三大常规、肝功能、心电图检查。29例白细胞增高,8例尿中有蛋白、白细胞、红细胞和颗粒管型;5例ALT异常。胸部X线检查51例中11例示肺纹理增多或片状模糊阴影。42例病人作血生化检查,3例 CO_2CP 降低。1例血气分析示 PO_2 降低, PCO_2 升高,血pH降低。

心电图12例示窦性心动过速;8例 V_1-V_3 、I、II、aVF的T波低平、倒置,S—T段抬高或压低;3

例I°房室传导阻滞;快速房颤、病窦综合症各1例;1例示室早、室速、室颤、II°房室传导阻滞。

34例作脑电图检查,3例边缘状态;5例示广泛中--高波幅2.5~3.5Hz复形慢波或低中波幅6~7Hz θ 波, α 波慢化,其余正常。

1.4 治疗和转归 56例中毒迅速脱离现场后部分病人曾在保健站抢救,全部病人住院治疗。呼吸循环衰竭者曾行心肺复苏,并给呼吸兴奋剂、气管插管、人工呼吸机等;病人均给予吸氧,应用肾上腺皮质激素、

甘露醇、能量合剂、乙酰谷酰胺等治疗以改善神经细胞代谢,防治脑水肿及中毒性脑病,并进行抗感染、镇静、维持水电平衡,处理合并症。

除1例合并颅底骨折,1例呼吸、心跳停止后,呼吸未复苏,伴严重心律失常等合并症,20小时后死亡外,其余54例全部抢救成功,但遗有癫痫、病窦综合症、阵发性室性心动过速,室性期前收缩各1例;多数患者在中毒后3~5年内主诉闻到异味或劳累后头痛、头晕。

2 讨论

急性中毒一般当时很难采样测定现场空气毒物浓度。从工艺流程资料可知设备内含有40~90%的 H_2S 气体;一次现场测定空气中 H_2S 为728ppm;事故现场可发现死亡的动、植物,可闻到臭鸡蛋味等,故确定为急性 H_2S 中毒。

此56例急性 H_2S 中毒临床表现与国内报道一致。归纳除有对眼和呼吸道粘膜刺激症状及全身无力、恶心、呕吐、胸闷等一般刺激症状外,主要显示对中枢神经系统损害的各种表现,即意识障碍,严重者合并呼吸循环衰竭等多脏器衰竭。

若将意识程度和合并症作为中毒分度主要根据,可分为4级:

(1)无意识障碍,仅有一般刺激症状和上呼吸道刺激,精神萎靡3例。

(2)轻度意识障碍,表现意识模糊、嗜睡、朦胧、神志恍惚。

(3)意识丧失呈浅昏迷状态,对声音、疼痛刺激无反应,没有自主动作,可有大、小便失禁,R、BP、P正常。脱离现场和抢救后昏迷仍持续数小时或意识障碍程度减轻。

(4)闪电性意识丧失后呈重度昏迷,伴抽搐、惊厥、合并其它多脏器衰竭。

根据GB8789-88“职业性急性硫化氢中毒诊断标准和处理原则”,有轻度意识障碍诊断为中度中毒,是否条件太宽?建议无意识障碍诊断为刺激反应,轻度意识障碍诊断为轻度中毒。另外,“标准”把昏迷一律诊断为重度中毒也不合适。厂区保健站、职工医院距离现场较近,常可见到急性 H_2S 中毒病人意识丧失呈浅昏迷状态,积极抢救,脱离现场后几小时意识障碍程度即见减轻,故建议这种经抢救后可迅速恢复,无明显并发症的浅昏迷可诊断为中度中毒;仅那些深昏迷,并发脑水肿、肺水肿、呼吸循环衰竭者方诊断为重度中毒为宜。

急性有机氰化物中毒的救治体会

——附19例报告

广东省茂名市职业病防治院(525011) 张一峰

本文总结了19例急性有机氰化物中毒的临床资料,并就这类毒物急性中毒的救治问题进行了讨论。

1 一般资料

19例中,男14例,女5例,年龄16~46岁;其中丙烯腈中毒17例,丙酮氰醇中毒2例。按国家诊断标准(GB7794-87),有急性轻度中毒10例,急性重度中毒9例。重度中毒9例中有4例合并大面积烧伤,烧伤面积达75~95%。中毒原因是生产事故引起毒物的溢漏或爆炸。

2 临床表现

从本组病人临床表现看,病情进展很快,前驱期、呼吸困难期、惊厥期、麻痹期等各期界线并不明显,有些病人中毒后即很快进入休克、昏迷状态。本组病人的主要临床表现为:头晕、头痛、胸闷、恶心呕吐、手脚麻木者19例;口唇紫绀8例;血压偏低或休

克者6例;四肢抽搐、神志不清或昏迷者7例;呼吸困难15例;口吐白沫3例;眼结合膜充血10例;皮肤呈鲜红色9例;皮肤出现境界清楚充血2例;皮肤丘疹1例。

3 实验室检查

19例中尿硫氰酸盐升高11例(正常参考值:吸烟者为14mg/L,不吸烟者为2.0mg/L),轻度蛋白尿4例,血白细胞升高9例,谷丙转氨酶升高4例,心电图ST段降低4例,窦性心动过速7例。

4 治疗

4.1 本组重度中毒病例均经厂卫生所现场救治,脱离现场,脱去被污染的衣物,清洗皮肤,吸入亚硝酸异戊脂1~4支及/或注射硫代硫酸钠0.64~2.5克后送入医院治疗(当场死亡1人,合并大面积烧伤的4例患者送市人民医院治疗)。