

急性1605中毒致房颤 1 例报告

潍坊市人民医院职业病科 (261041) 马惠兰 任永清 姜锋杰 侯光萍

因急性有机磷农药中毒而引起房颤病例并不多见,我科收治的急性1605中毒患者中,发现有1例伴有房颤,现报告如下:

李某,男,39岁,农民,住院号61614。病人近两日在用1605稀释液喷洒果树灭虫时,药液污染了衣服和皮肤,未及时清洗和更换,第二天中午感觉头晕、乏力、多汗,午后仍坚持喷药。晚7时左右,上述症状加重,并伴头痛、胸闷、视物不清、恶心,吐出胃内容物数次,肌颤、心悸。于1993年8月18日23时50分急入我院。入院查体:体温36°C,脉搏60次/分,呼吸13次/分,血压16/10kPa,急性病容,意识清,皮肤潮冷,大汗淋漓,肌束颤动,瞳孔0.3cm,对光反射弱,心界不大,心音尚清,但强弱不等,心率60次/分,律不齐,脉搏短拙。心电图示:心房纤颤。血、尿、便常规正常,抗“O” $<500\text{U}$,血沉

5 mm/h,心肌酶谱在正常范围(LDH $>8.8\text{u/L}$, α -HBDH 83.3U/L , CK 45.3U/L AST 9.8U/L),全血胆碱酯酶活性30%。诊断:急性1605中毒,心律失常(房颤)。即清水冲洗皮肤、更换衣服,阿托品1mg静推,每2小时1次,解磷定0.5加5%葡萄糖液500ml静滴。用药9小时后,阿托品用至5mg,出现面红、口干、瞳孔0.5cm,心率58次/分,律整。心电图示:窦性心动过缓。停用心得安(实际只服用10mg),改用阿托品0.3mg每日3次,配合服用维生素C和B₁。34小时后,共用阿托品6mg,自觉症状消失,查T₁、T₂结果正常,彩色二维多普勒检查心脏示:心脏声像图及血流显象未见异常。对症处理,观察3天,痊愈出院。

本例既往无心律失常,排除其他疾病因素。故考虑心房纤颤为急性有机磷农药中毒后,对心脏损伤所致。

急性“道生A”中毒后出现心肌受累 1 例报告

锦州市职业病防治研究所 (121000) 孙凤英 韩淑英

患者男性,35岁,合成纤维厂维修工。于1992年3月20日在车间无通风设备、个人无防护的情况下拆卸盛装“道生A”的安全阀,因管道连接处突然喷出大量液体,患者的头部、面部及全身衣服均淋湿,约4~5分钟后方用清水冲洗。当时自觉面部发热,双眼灼痛。第2天自觉头晕,走路不稳,恶心,呕吐两次,为胃内容物,咽部发干,咽痛。晨起咳嗽,痰中带血丝,呈鲜红色。失眠,食欲不振,大、小便正常。即往无循环系统及神经系统病史。收入院治疗。

体检: T 36.2°C, P 80次/分, R 20次/分, BP 16/11kPa,一般状况尚可,神志清楚,面色苍白。双眼睑结膜充血,咽部充血。双肺呼吸音粗,未闻干湿啰音。心音纯,律整,心率80次/分。腹平软,肝脾未触及。生理反射正常,病理反射未引出。

实验室检查: WBC $1.6\times 10^9/\text{L}$, S 0.61, L 0.39, 胆固醇 2.9mmol/L, 甘油三酯1.24mmol/L, 血清钾4.2mmol/L、钠134mmol/L、氯105mmol/L。

胸部摄片: 两肺纹理稍增强,心脏外形大致正常。心电图提示: I、II、aVF、V₃ S—T段轻度下移。I、II、aVF、V₃ T波倒置, TV₁ $>$ TV₅。24小时

动态心电图观察,示窦性节律,心律相对整齐,心率变化范围63~86次/分,基础心率为70~80次/分;整个监测过程中均可见S—T段斜型下移,II导T波浅倒,活动后T波倒置加深,未见心律失常,诊断: (1) 窦性节律; (2) 不正常动态心电图, S—T段T波改变。心电图向量, H面, T环右移, 角度 $+90^\circ$, T_R $>$ T_X, 提示心肌受累。超声波报告示: 心肌受累, 心率83次/分, 各房室腔不大, 各瓣膜运动正常, 主动脉、左房、右室流出道比例正常, 室间隔及下壁运动见不规则, 余未见异常。

诊断为心肌受累, 考虑与接触“道生A”(联苯、联苯醚)有关。

主要治疗措施: 静点能量合剂, 口服肌苷片, 扩张冠状动脉及对症治疗半年。一年后复查仍未恢复。

讨论: 急性联苯中毒主要经皮肤进入人体, 可以出现神经系统功能变化和肝肾退行性变性, 本例由皮肤直接吸收导致中毒, 且有心肌受累现象, 实属罕见。不少化学物质对心肌有直接或间接损害作用, 常见为心电图显示S—T段或T波有轻度改变或有心律失常, 但联苯中毒后出现心肌受累报道很少。且一年后

心电图仍显示有心肌受累现象。故必须与其他疾病主要是病毒性心肌炎鉴别。本例因条件所限,未能监测

心肌酶谱变化,是为不足之处,但病例资料值得同道注意,以便进一步积累经验,逐渐澄清认识。

亚急性有机汞中毒致多脏器损害1例报告

吉林市职业病医院 (132106) 刘凤兰 吴振宇 王桂梅

本院收治 1 例有机汞中毒病例, 报告如下。

1 临床资料

患者, 男, 23岁, 农民, 住院号 547。该患者于 1989年7月13日食用农药赛力散浸泡过的稻种碾制的大米, 3天后自觉头痛、头晕、恶心、咽干、腹痛、全身酸痛乏力, 当地卫生所诊断为感冒, 投给解热镇痛药。2天后上述症状加重, 出现口腔炎, 牙龈肿胀, 双下肢沉重无力, 又到乡卫生院就诊, 仍按感冒治疗, 并继续食用此米。第5天病情明显加重, 不思饮食, 不能站立行走, 翻身困难, 处于轻度瘫痪状态; 流涎, 吐字不清, 视物模糊, 尿频, 就医于吉林市中心医院, 经检查疑为“农药中毒”, 介绍来我院。入院时病人昏迷、失语、抽搐惊厥、尿便失禁。

既往无急、慢性传染病史。

查体: 体温 39.6°C , 脉搏140次/分, 呼吸28次/分, 血压 $16/12\text{kPa}$, 病人呈恶病质状态。浅昏迷, 流涎有腥臭味, 牙齿松动, 牙龈积脓, 口腔粘膜多处溃疡。两眼睑轻度浮肿, 双眼球水平震颤, 双瞳孔等大同圆, 对光反射及角膜反射迟钝。吞咽困难。两肺听诊可闻及痰鸣音, 右肺下野可闻及中小水泡音。心音弱, 心率140次/分, 律不齐。肝大肋下 $1.5\sim 2.0\text{cm}$, 剑突下 3.5cm , 质软, 脾未触及。双肾区叩击痛(-), 双下肢无浮肿, 双手臂及两腿内侧肌肉均出现粗大震颤, 膝腱反射、跟腱反射、提睾反射均消失, 全身肌肉松弛, 双下肢肌张力降低, 双腿肌力Ⅰ级, 足跖反射消失, 未引出病理反射。

实验室检查: 血常规 $\text{WBC } 20.8 \times 10^9/\text{L}$, $\text{SG } 0.82$, $\text{L } 0.18$, $\text{RBC } 5.05 \times 10^{12}/\text{L}$, $\text{Hb } 135\text{g/L}$, 尿常规: 尿蛋白(卅), $\text{pH } 6.8$, 镜检WBC少数, $\text{RBC } 2\sim 5$ 个, 小圆上皮细胞(卅), 细胞管型 $1\sim 3$ 个; 血清钾 1.78mmol/L , 钠 137.6mmol/L , $\text{BUN } 19.49\text{mmol/L}$, POCO_2 34.43mmol/L 。心电图示窦性

心律, 窦性心动过速, QRS间期延长, S—T段下降, T波低平, 异常V波, 心肌劳损; 脑脊液无色透明, 压力(侧卧) 1.47kPa , 潘台氏试验(-); 肝功谷丙转氨酶 160U ; 尿汞 $22933.99\mu\text{mol/L}$ 。

2 治疗经过

(1) 一般治疗。持续低流量吸氧, 鼻饲, 口腔护理; (2) 驱汞治疗。二巯基丙磺酸钠 1.0 , 每日3次, 肌肉注射, 连用3天停4天为一疗程。本患治疗2个疗程, 第一疗程驱汞过程中, 尿汞最高值为 $16341.27\mu\text{mol/L}$; (3) 控制感染。青霉素 800 万单位加 5% 葡萄糖 500 毫升静脉滴注, 每日1次; (4) 保护重要脏器心脑血管功能。人工冬眠, 物理降温, 同时投给足量的能量合剂; (5) 对症治疗。强心、镇静、纠正电解质紊乱, 实行24小时特护。

该患住院共9天, 一直处于昏迷状态, 入院第6天出现呼吸衰竭, 第7天出现心力衰竭、肾功衰竭, 终因病情重、病程长、基层单位误诊而延误抢救时间, 于9天后死于呼吸衰竭。

3 现场调查

经查该患所食大米确系误购经赛力散浸泡稻种所制。后经司法部门证实, 取其剩余大米进行检验, 汞含量为 31.02mg/kg , 六六六含量为 0.286mg/kg 。据资料载, 大米含汞量应低于 0.02mg/kg 。该米含汞量高出国家规定的有关标准151倍, 六六六含量在允许范围内, 对本患无意义。

该患有明确的误食含汞大米史, 有典型的临床症状和体征, 实验室检查结果确切, 驱汞治疗中尿汞显著超标。尸检病理诊断: 舌、咽、喉、食管上段及气管粘膜高度充血和上皮剥脱, 中毒性肺炎, 中毒性肾病, 肾上腺出血(髓质), 脑充血, 支气管肺炎(右下), 中毒性心肌炎, 结合现场调查, 本例亚急性醋酸苯汞中毒诊断成立。