

塞米松10毫克及青霉素800万单位静点,于当日下午1时转入我院。入院体检: T37.2°C, P90次/分, R27次/分, BP16.5/9.3kPa; 神清、精神不振; 呼吸困难, 口唇轻度紫绀, 半卧位; 双眼睑皮肤红肿, 结膜充血水肿, 左眼角膜浅层片状脱落; 左面部及颈部皮肤红肿, 见有数个大小不等水泡; 咽部及咽后壁粘膜明显充血、水肿, 悬雍垂红肿如樱桃状; 双肺散在干鸣音, 双肺底闻及少量小水泡音; 心界不大, 心率90次/分, 心音不低, 节律整; 腹软, 无压痛, 肝脾未及; 双膝腱反射正常, 病理反射未引出。实验室检查: WBC $14.6 \times 10^9/L$ , Sg0.89, L0.21; 胸片: 双肺纹理增强、模糊, 中下野散在片絮状阴影。临床诊断: 急性重度硫酸二甲酯中毒, 中毒性肺水肿, 喉头水肿, 双眼灼伤, 左面部及颈部灼伤1% I°。

入院后立即吸氧, 取半卧位, 静脉注射地塞米松10mg/次及速尿40mg/次; 雾化吸入中和液、地塞米松、氨茶碱及庆大霉素; 联合应用青霉素及庆大霉素; 3%碳酸氢钠液冲洗及湿敷双眼和面颈部皮肤灼伤处; 并立即请眼科、耳鼻喉科、烧伤科会诊给予相应治疗。病人于入院后3小时曾一度呼吸困难加重, 已做好气管切开准备, 经反复以地塞米松及速尿推注后病情逐渐好转。入院18小时内共用地塞米松60毫克, 肺水肿及喉头水肿基本控制。5天后肺部症状体征消失, 仅有咽部及双眼结膜轻度充血。1个月后痊愈出院。一年后随访无后遗症, 恢复原工种工作。

**治疗体会** 硫酸二甲酯属高毒类, 遇水和水蒸气

而水解产生硫酸和甲醇, 可引起皮肤水泡、溃疡、坏死及角膜损伤、混浊。吸入其蒸气可严重损伤呼吸道粘膜, 引起喉头水肿和肺水肿。本病例因直接接触硫酸二甲酯溶液及蒸气, 且初诊未得到及时治疗, 致病情较重。

本病例入院后经积极治疗收效迅速、转归满意, 主要有如下几个原因: (1) 现场冲洗及时, 减轻了毒物的进一步损害作用。说明生产车间内备有中和液和清水源是十分必要的。(2) 用药合理。如患者入院当天静脉给地塞米松40毫克。雾化吸入20毫克符合早期、足量原则, 缓解了支气管痉挛和粘膜充血、水肿及渗出; 给以抗生素预防感染; 雾化吸入3%碳酸氢钠中和口腔和呼吸道吸收的酸液; 解痉吸氧及纠正缺氧等。(3) 控制液体出入量。在肺水肿期限制液体输入量, 提高尿量, 以纠正喉头和肺水肿, 效果十分显著(如第一个24小时内, 总入量为930毫升, 出量为1600毫升)。(4) 综合治疗。除针对喉头、肺水肿采取积极抢救措施外, 对眼、皮肤烧伤等合并症亦请有关专科会诊, 共同参与诊治, 使整体病情同步改善, 避免了顾此失彼现象。

本例发生中毒性肺水肿潜伏期为7小时, 与文献中统计的时间(6~8小时)相同。由于初诊只顾局部治疗, 而忽视了全身治疗致病情加重, 如果初诊处置妥当, 肺水肿程度可望减轻, 甚至不发生。提示人们应注意早期全身性治疗。

(本文承蒙张立仁主任医师的指导, 表示感谢!)

## 芬格欣治疗慢性轻度苯中毒两例报告

郭 奎<sup>1</sup> 张 炎<sup>2</sup> 仪跃琴<sup>2</sup>

芬格欣为复旦大学生命科学院和安徽省芬格欣发展公司共同研制的功能营养液, 主要成份为酶蛋白、维生素和微量元素。我们用芬格欣治疗2例慢性轻度苯中毒白细胞减少患者, 疗效确切, 现报告如下。

**【例1】** 戴某, 男, 57岁, 从事喷漆作业20年。1992年5月经本地区职业病诊断组确诊为“慢性苯中毒”。本次于1993年6月16日就诊, 自觉头晕、乏力、记忆力减退、牙龈出血。体检: 体温36.3°C, 脉搏73次/分, 血压14.63/9.98kPa, 心肺检查未见阳性体征, 肝脾未触及。全血化验: WBC $3.2 \times 10^9/L$ , RBC $3.5 \times 10^{12}/L$ , Hb113g/L, Pt $110 \times 10^9/L$ , N0.56, L0.26, M0.08, 出血时间2分, 凝血时间1

分。诊断: 慢性轻度苯中毒。治疗: 脱离苯作用, 停止患者曾用过的VB<sub>4</sub>、VB<sub>12</sub>、叶酸等药物, 单用芬格欣治疗, 每次口服10ml, 一日3次, 20天为一疗程, 每个疗程结束休息5天。连续治疗3个疗程计70天后, 患者自觉症状明显减轻, 头痛、头晕、乏力消失, 牙龈停止出血, 但记忆力减退改善不明显。全血化验: WBC $4.2 \times 10^9/L$ , RBC $4.0 \times 10^{12}/L$ , Hb133g/L, Pt $150 \times 10^9/L$ , N0.66, L0.26, M0.08,

1. 山西省临汾地区卫生防疫站(041000)

2. 山西省临汾地区人民医院

出血时间2分,凝血时间1分。

【例2】张某,女,32岁,从事炼焦化验10年,1989年经山西医学院第二附属医院职业病科诊断为“慢性轻度苯中毒”。几年来,患者曾四处治疗,效果不明显。此次于1993年8月23日就诊,自觉乏力,记忆力减退,牙龈出血,头晕,失眠。体检:体温36.2°C,脉搏65次/分,血压12.6/9.8kPa,心肺(-),肝脾(-)。全血化验:WBC $3.5 \times 10^9/L$ ,RBC $3.61 \times 10^{12}/L$ ,Hb110g/L,Pt $86 \times 10^9/L$ ,N $0.56$ ,L $0.39$ ,M $0.05$ ,出血时间2分,凝血时间1分。诊断仍为慢性轻度苯中毒。停用患者曾用过的所有药物,只用芬格欣治疗,并脱离苯作业,治疗方法同上。经过3个疗程

治疗,计70天后,患者自觉症状明显减轻,全血化验:WBC $4.9 \times 10^9/L$ ,RBC $3.66 \times 10^{12}/L$ ,Hb120g/L,Pt $96 \times 10^9/L$ ,N $0.64$ ,L $0.32$ ,M $0.04$ ,出血时间2分,凝血时间1分。

**讨论** 芬格欣能显著升高超氧歧化酶的含量和活性,阻止和消除自由基的连锁反应,能有效地防止脂质过氧化,将有毒害作用的过氧化氢酶或过氧化物酶分解或利用,这样就解除了超氧离子的毒作用,有利于造血细胞的功能恢复。苯是否可诱导骨髓造血细胞产生过多的自由基,以及芬格欣可消除苯对血细胞的毒作用有待进一步研究。

## 服用中药“朱砂”致汞中毒继发性肾病综合征1例报告

兰州医学院第一附属医院职业病科(730000) 米发泰 白 锋

任某,男,42岁,某县水泥厂工人,因患肛门湿疹,服当地乡村医生配制的中药(朱砂、苦参、苍术、蝉衣等,剂量不详)5天后出现全身乏力,浮肿,口腔溃烂,全身有米粒大小的皮疹,色红,发痒,并有恶心,呕吐,不能进食,即到当地卫生院就医,给予四环素,感冒通片,效果不佳,转入县医院。化验见:WBC $11.2 \times 10^9/L$ ,N $0.84$ ,L $0.16$ ;尿蛋白(++++)尿糖(-)CO<sub>2</sub>CP $11.0\text{mmol/L}$ ,血肌酐 $19.6\mu\text{mol/L}$ ,胸透示两肺纹理增重。给予抗生素抗感染及纠正酸中毒,病情未见好转,故急诊来我院就诊,以汞中毒收入住院。既往健康,无高血压、肾病史。

入院查体:T $36.2^\circ\text{C}$ ,P $88$ 次/分,R $18$ 次/分,BP $24/14\text{kPa}$ ,表情痛苦,神志清,回答切题,查体合作;全身皮肤粘膜无黄染,无出血点;全身浮肿,皮疹后留有片状斑;牙龈口腔溃烂,无出血,无牙齿松动、脱落,未见“汞线”;双肺呼吸音粗,未闻及干湿性罗音,心率 $88$ 次/分,律齐;腹平软无压痛,肝脾未及;肾区叩痛(++),双下肢凹陷性水肿,阴囊积液肿大,舌颤(++),手颤(-),腱反射正常。

实验室检查:Hb $75\text{g/L}$ ,WBC $6.3 \times 10^9/L$ ,N $0.68$ ,L $0.28$ ,E $0.02$ ,M $0.02$ ,血小板 $70 \times 10^9/L$ ,尿常规:pH=7,深茶色,隐血(+),蛋白(++++)尿糖(-),RBC $10 \sim 13/HP$ ,WBC $0 \sim 1/HP$ ;尿量 $510\text{ml}$ ,比重 $1.020$ ;24小时尿蛋白定量 $9235\text{mg/L}$ ,肝功能正常;血浆蛋白总量 $47.5\text{g/L}$ ,清蛋白 $19.0\text{g/L}$ ,球蛋白 $28.5\text{g/L}$ ;CO<sub>2</sub>CP $16.0\text{mmol/L}$ ,血肌酐 $133.3\mu\text{mol/L}$ ,血尿素氮 $12.1\text{mmol/L}$ ,血清K<sup>+</sup> $4.8\text{mmol/L}$ ,

Na<sup>+</sup> $160\text{mmol/L}$ ,Cl<sup>-</sup> $103\text{mmol/L}$ 。尿汞 $0.65\mu\text{mol/L}$ (双硫脲法,正常值 $0.25\mu\text{mol/L}$ )。心电图正常;胸部X片示右胸腔有少量积液;肾图提示双肾肾小管呈中等度受损。

治疗经过:入院后首先给予能量合剂、多巴胺、速尿、地塞米松等静滴,口服巯甲丙脯酸,高蛋白低盐饮食,记出入量,同时给予二巯基丙磺酸钠 $0.25\text{mg}$ ,一日两次肌注,5天为一疗程,停药5~12天,共三个疗程,尿汞量最高达 $8\mu\text{mol/L}$ ,第三疗程后连续三次尿汞空白化验为 $0.17\mu\text{mol/L}$ ,尿量 $550 \sim 2500\text{ml}$ ,出入量基本平衡。

但患者持续高血压 $20 \sim 23/14 \sim 16\text{kPa}$ ,尿蛋白定性(++++)血浆蛋白 $38.2\text{g/L}$ ,腰骶部及双下肢浮肿仍未减轻,请有关科室会诊,经降压利尿,纠正低蛋白血症(补充白蛋白 $75\text{g}$ ,分8次静滴),口服巯甲丙脯酸,强的松 $1\text{日}60\text{mg}$ 。一个疗程后浮肿明显减轻,血压仍波动在 $18 \sim 19/11 \sim 12\text{kPa}$ ,尿蛋白(++++)定量 $2223\text{mg/L}$ ,肾功化验正常,继续维持以上治疗方案。患者因经济困难,要求出院,共住院62天,出院诊断:(1)亚急性重度汞中毒;(2)继发性肾病综合征。

出院后随访两次,血压基本正常,尿蛋白(+~++),继续治疗休息。

**讨论** “朱砂”在中医主要用于皮肤、心脏、精神病等治疗,其化学成份为HgS,药典记载含汞量约86.2%,本例即为服用“朱砂”致重度汞中毒,继发性肾病综合征。汞除对中枢神经系统有明显不良作