

对照组依表2判定仪MVV实/预%项有3例呈轻度减退,余均在正常范围。两组肺功能项的比较见表4。可见观察组与对照组有非常显著差异($P<0.01$)。

表4 肺功能二项指标比较 ($\bar{X} \pm SD$)

	MVV	FEV _{1.0}
观察组(70)	58.18 ± 23.95	81.84 ± 23.91
对照组(32)	95.28 ± 13.36	101.86 ± 12.09
P 值	<0.01	<0.01

说明表2的标准在区分正常与否是合理的。由表3提示(1)观察组患者几乎均有不同程度的低氧血症(异常检出率99%),而同时伴PaCO₂异常者仅10例;(2)肺功能测验中MVV实/预%异常检出率(86%)明显高于FEV_{1.0}实/预%(33%);(3)PaO₂与MVV实/预%减退分级一致者26例(37%);(4)MVV实/预%与FEV_{1.0}实/预%减退分级一致者6例(9%)。依公式 $A-aDO_2 = [(P_B - 47) \times 20.95\% - \frac{PaCO_2}{R}]$

- PaO₂, 式中R=0.8, P_B=93.33kPa, 计算每个患者的A-aDO₂值然后用正常标准值18.41 ± 8.75判定, 结果仅有2例异常增大(占3%)。

3 讨论

70例I期患者血气资料表明虽几乎均呈单纯低氧血症, 但A-aDO₂值基本正常。说明虽有低氧血症存在但患者摄氧能力尚好。主要是通气/血流比失调造成分流所致。MVV实/预%不仅异常检出率高而且主要分布在显著和严重减退两个阶段。在测验过程中观察到I期患者做FVC项并不困难, 而测MVV项需连续12次深呼吸时即表现各异, 但基本可按要求完成。我们认为MVV测验最接近患者代偿机能状态, 而且该项测验在I期患者是可以完成的。用FEV_{1.0}值推算MVV值出入颇大。当然尘肺患者肺代偿机能的判定需临床症状、肺气肿和肺功能三部分综合判断。其中肺功能是客观定量指标, 是代偿机能的重点内容。选择可信可行的指标及合理的标准是十分重要的。

急性联苯-联苯醚中毒110例临床分析

王桂荣¹ 曲广仁¹ 高建国¹ 王 瀛¹ 董义国² 孙有贵²
曹世伟² 吴 凡³ 洪 伟³ 高敬发³

联苯-联苯醚(DTA)属低毒物质, 在合成纤维生中作热载体, 急性DTA中毒少见。1994年6月2日我市某化工厂在试生产时, 管道内残水暴沸, 压力突然升高, 致使该装置三处对空排放口的安全阀同时起跳, 3分钟共外泄DTA 1100kg, 其蒸气熏染下风向30米处的邻厂职工和过路人员达400余人, 现将其中住院的110例报告分析如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

本组病例男65例, 女45例; 年龄19~57岁, 平均38岁。除过路的5人外, 均是邻厂职工。

1.2 临床表现

本组病例均有不同程度的皮肤、眼、呼吸道粘膜刺激症状以及神经系统症状和体征。80%以上感咽痛、眼痛、头晕、恶心, 70%以上有头痛、呕吐, 40%以上有流泪、嗜睡、胸闷, 10%以上有皮肤搔痒、视物不清、咳嗽, 个别有晕厥。阳性体征见普遍有咽粘膜、眼结膜、鼻粘膜充血, 23%体温升高, 10%左右有鼻粘膜糜烂、皮疹、声带充血、血压升高、呼吸音粗糙, 5%左右肺有干性罗音、肝大, 个别有眼角膜

坏死脱落、肺湿性罗音、抽搐。

1.3 实验室检查

血白细胞总数增高占26%, 尿蛋白阳性占15%, ALT轻度升高占17%, X线胸片示肺纹理增强占25%, 左肺中下野片状模糊影炎性改变1例; 心电图检查ST-T下移占8%; 脑电图检查广泛中度异常2例。

1.4 诊断、治疗与转归

根据大量高浓度接触史、明显的刺激症状及神经系统表现, 在除外其它疾病的基础上, 诊断为急性DTA中毒。

治疗上除对刺激症状的对症处理、全身抗感染、投用葡萄糖醛酸等措施外, 根据病情分别给予保护肝脏、心肌和神经的营养疗法, 同时进行了心理治疗, 解除患者的各种顾虑和精神负担, 多数患者1周左右明显好转, 最长住院3周, 均治愈出院。

2 讨论

1. 抚顺市职业病防治院 (113006)
2. 抚顺市劳动卫生监督监测所
3. 抚顺石油二厂职工医院

DTA 虽属低毒物质,但在意外事故中高浓度大量接触可引起急性中毒,有头痛、头晕、恶心、呕吐、嗜睡等表现,甚至有报告可发生短暂的意识丧失。本组病例除有上述症状外,尚有炎症表现,体温升高,白细胞增多,1例肺部炎症等;眼结膜、鼻粘膜除普遍充血外,尚有10%鼻粘膜糜烂,1例角膜轻度脱落;神经症状较重的出现癔病样抽搐。因DTA既有刺激性又有麻醉性,故本组病例近40%有嗜睡,2例脑电图广泛中度异常,1例短暂意识丧失。辅助检查见有15%左右病人ALT轻度升高和尿蛋白阳性,但在两周内恢复正常,表明DTA对肝肾有影响但比较轻微。此外少数患者心电图呈心肌缺血的改变,是否与DTA的毒作用有关,尚需进一步研究。

目前尚无国家诊断标准,在接触高浓度DTA并

除外其它疾病的基础上,我们通过临床观察,提出以下诊断意见可供参考。

(1) 刺激反应:表现为咽干、眼痛、头晕及一过性皮肤粘膜刺激症状,但无明显体征者。

(2) 急性中毒:上述症状明显加重,恶心、呕吐,并有不同器官系统损伤的体征如:肺部干湿罗音,X线胸片示肺纹理增强模糊或有斑片状阴影,或有短暂性意识丧失、抽搐等神经症状。

在治疗上本病无特殊疗法,主要是在内科全身治疗的基础上注重对症支持及局部抗炎治疗,对多人中毒要重视心理治疗和护理。

(本文承蒙抚顺市职业病防治院王世堃主任医师指导,在此致谢。)

饮酒诱发亚急性铅中毒1例报告

西安市中心医院职业病科 (710003) 郭宝科 杨小蕊*

最近我们收治1例因一次性大量饮酒诱发亚急性铅中毒病例,现报告如下。

患者李某,男,48岁,某机关干部,住院号128460。因上腹持续性胀痛,顽固性呕吐,无排气3天,于1994年6月2日以急性胰腺炎(出血坏死型)、十二指肠球部溃疡并穿孔收住我院。患者于5月底,因一次性饮白酒7两左右,出现上腹部持续性胀痛伴频繁呕吐,呕吐物为胃内容物,无隔夜宿食,无呕血及黑便,无排气,不能进食,无畏寒及发热。既往十二指肠球部溃疡(已治愈)。

查体: T37.5℃,P80次/分,R20次/分,BP19/11kPa。急性痛苦面容,蜷曲体位,全身浅淋巴结不大,巩膜轻度黄染,睑结膜无充血及苍白,对光反射存在,耳、鼻无异常。心肺(-),腹部稍膨隆,未及肠型及包块。剑下压痛(+),肌卫(-),莫非氏征(-),肝浊音界缩小,上界右锁骨中线第四肋间,肋下未及,脾未及,腹水征(-),肠鸣音减弱(2~3次/分),双肾区叩痛(-)。膝腱反射(+),病理反射未引出。

实验室检查: RBC $4.12 \times 10^{12}/L$, Hb117g/L, WBC $5.8 \times 10^9/L$; 尿化验URO(+1),余正常,尿淀粉酶64U,尿常规镜检(-); 血电解质K $3.4mmol/L$, Na $126.9mmol/L$, Ca $+2.9mmol/L$, Cl $-102mmol/L$, 血淀粉酶32U, CPO $24mmol/L$, BUN $4.99mmol/L$, 肌酐 $105.4\mu mol/L$, 肝功测定, T-BIL $49.1\mu mol/L$, D-BIL $16.2\mu mol/L$, AST $70.3U/L$,

ALT $94.5U/L$, 血糖 $5.04mmol/L$, 凝血酶原时14''8

(对照12''7), 血脂 TCH $2.30mmol/L$, FCH $1.54mmol/L$, TG $1.3mmol/L$, HDL $1.07mmol/L$, 血气分析提示碱血症、低碳酸血症、低碱血症、呼吸部分代偿。胃镜提示十二指肠球部溃疡(S $_1$)变形、急性浅表糜烂性胃炎,急性食道炎。B超肝、胆、脾、胰正常声像图。腹部CT未见异常。腹部X线平片示小肠胀气,无液平及膈下游离气体。

住院期间经传染、内、外科,CT室等会诊,排除重症肝炎、肠梗阻、胃穿孔等,一致同意按急性胰腺炎处理。给以持续性胃肠减压,肌注阿托品,静点法莫替丁、5-Fu,补钾,消炎,对症支持等治疗。入院第二天,患者出现烦躁、言语不清,T $38.2^\circ C$,P120次/分,R20次/分,BP16/11kPa。查体神志模糊,对答不切题,颜面潮红,瞳孔等圆等大约4.5mm,对光反应迟钝,颈软无抵抗,认为阿托品过量所致,经严密观察好转。入院后第五天,开始解大便、排气,拔除胃管,逐渐进食。6月18日腹痛好转,查体无特殊,肝功检查AST、ALT稍高,余(-),住院17天出院。

1994年7月27日,因一次性饮酒(半斤左右)以同样症状复发第4次收住院,仍按急性胰腺炎处理,用药两天,疗效不著,进一步检查, ZPP $19.8\mu g/gHb$,尿铅 $0.96\mu mol/L$ (0.2mg/L),CP(卅),网织细

* 陕西省化轻总公司卫生所