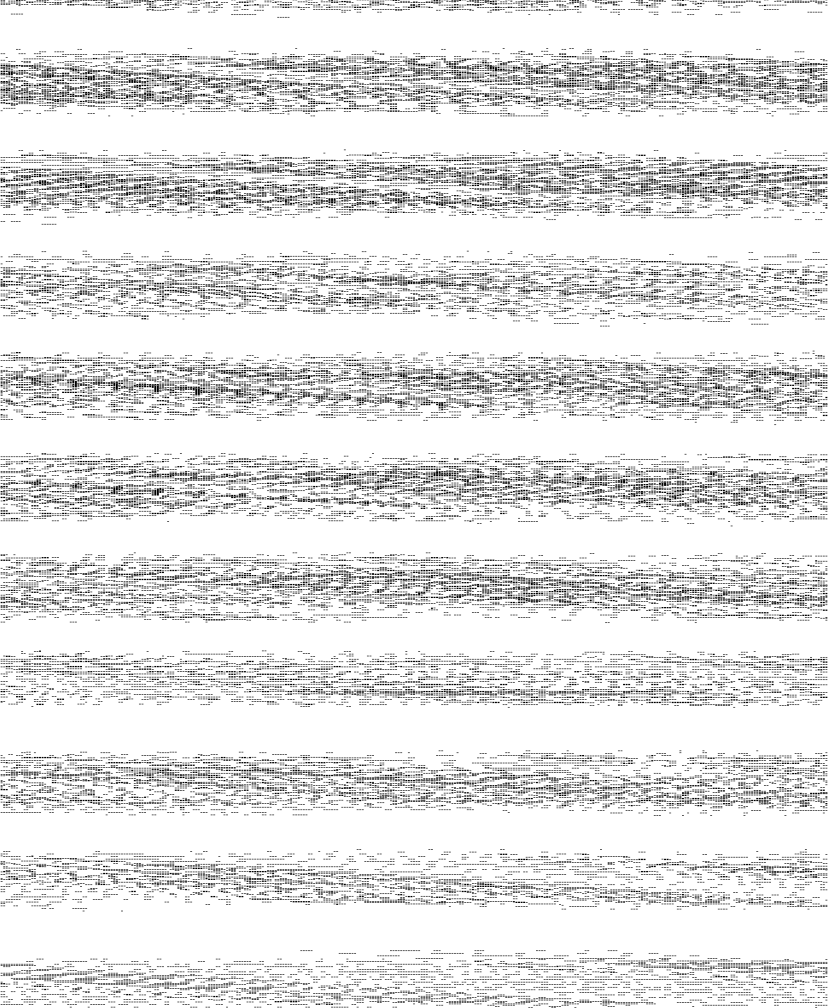




进剂、涤纶棉、乙二胺、青霉素、聚氯乙烯热解气各1例。用 Astograph Chest Tck—6100H 气道反应测定仪测定,乙酰甲胆碱(MC)作为激发剂,依次吸入 0.049~25mg/ml 的 MC 生理盐水溶液,双倍递增,以气道阻力(Raw)为观察指标,Raw 较基础值增加一倍的 MC 累积浓度用 $PC_{100}-R_{aw}$ 表示。 $PC_{100}>25\text{mg/ml}$ 为阴性,25~12.5mg/ml 为可疑阳性,<12.5mg/ml 为阳性。

3 结果与分析

3.1 BHPT 测定结果 25 例患者吸入 HA 后 PF 较基础值下降 16.98%~33.87%,平均 29.43%。其中可疑阳性 1 例,占 4%, $PD_{20}-PF$ 为 1.1mg;阳性 20 例,占 80%, $PD_{20}-PF$ 为 0.034~0.55mg;阴性 4 例,占 16%, $PD_{20}-PF>2.2\text{mg}$ 。4 例阴性者中,接触聚氯乙烯热解气 1 例,接触 MDI 3 例(2 例已分别调离原工作 1 年、3 年,1 例仍从事原工作)。

3.2 BMPT 测定结果 11 例患者中,吸入 MC 后 Raw 较基础值上升 87.3%~211%,平均 180.3%。其中阳性 10 例,占 90.9%, $PC_{100}-R_{aw}$ 为 0.78~6.27mg/ml;阴性 1 例,占 9.1%, $PC_{100}-R_{aw}>25\text{mg/ml}$,系聚氯乙烯热解气接触者。

4 讨论

BHR 是哮喘重要而关键的特征,90%以上的支气管哮喘和 95%以上的症状哮喘病人均存在 BHR,因而

BHR 被列为哮喘(包括职业性)的重要诊断依据之一。但也有学者在研究异氰酸盐哮喘后认为,BHR 未必是一些职业性哮喘的特征。本组 25 例临床确诊的职业性哮喘病人中,BHPT 可疑阳性和阳性者合计占 84%;11 例患者进行的 BMPT,阳性率 90.9%,提示在职业性哮喘中 BHR 的发生率很高。虽然 BHPT 和 BMPT 均无特异性,但对职业性哮喘尤其临床表现不典型哮喘的诊断仍具有重要价值。

BHPT 阴性的 4 例患者,其中 2 例已脱离原作业 1~3 年,提示脱离致敏作业后,非特异气道高反应性与抗原接触之间的相关性是易变的,因而 BHR 可作为职业性哮喘病人预后与脱离致敏作业后随访的观察指标之一。国外有人曾报道缺乏气道高反应性的异氰酸盐哮喘病例。本组 1 例 MDI 哮喘患者 BHPT 阴性,另 1 例聚氯乙烯热解气接触者 BHPT 及 BMPT 均阴性,提示 BHR 仅可作为职业性哮喘的一种临床表现,而不应因缺乏气道高反应性轻易排除职业性哮喘的存在。

Astograph 法测定气道反应性设备昂贵,程序复杂。本组通过 11 例病人用两种方法的对比测定,其结果相似,而国产简易测定仪价格低廉,操作简单且便于携带,易于普及,更适于致敏作业工人的健康监护和职业流行病学调查。

(收稿:1995—10—20 修回:1996—01—04)

手腕部电损伤早期处理

沈阳医学院附属中心医院 (110024) 谢双灵 郝振林

沈阳市第九人民医院 刘宪斌

沈阳市劳动卫生职业病研究所 魏云鹏

1993 年 1 月~1994 年 4 月我们共收治电击伤病人 87 名,其中以腕部为中心的电损伤病人多,约占 61%。对此类病人除全身综合治疗外,尤应重视早期创面处理和功能重建,如采取早期切开减张、清创及皮瓣移植等,以最大限度地保留腕、手的功能和外形。现将我们在早期处理方面的情况报告如下。

1 一般资料

本组腕部为中心的电击伤病人共 53 例(78 只手),男 41 例(59 只手),女 12 例(19 只手)。年龄最小 5 岁,最大 67 岁,15~50 岁共 47 例。高压电击伤者 43 例,低压电(380 伏以下)电击伤者 12 例。电击伤程度:I 型 31 只手,II 型 27 只手,III 型 11 只手,IV 型 3 只手。单纯腕以下电击伤者 37 例,伴有其他部位

电击伤者 16 例。

2 临床处理

2.1 全身性治疗

除一部分生命体征平稳,局部体征较轻的 I 型电击伤病人外,均予以防治休克的补液治疗,补液量以维持尿量在 70ml/小时以上为度,若有肌红蛋白尿者尿量应维持在 100ml/小时以上,同时给予碱性药物促进尿液碱化。若心脏有异常者,除严密监控外,还给予能量合剂或极化液。

2.2 局部治疗

2.2.1 暴露疗法:对于轻度的 I 型电损伤及病情危重不允许行清创、减张处理者,早期采取暴露疗法,创面外用磺胺嘧啶银,在条件适合时进一步处理。