

天, 康复出院。治疗期间共用解磷定 1.5g, 阿托品 27mg

2 讨论

对硫磷属于高毒性有机磷酸酯类农药。其雄性大鼠经口 LD_{50} 为 13mg/kg, 经皮 LD_{50} 为 21mg/kg 成人推算致死量为 0.7g/50kg 该毒物脂溶性强, 水溶性极差, 经皮吸收过程较长, 高温、高湿可增强其吸收。本文两例均为体力劳动者, 出汗多, 毒物易于由皮肤吸收。对硫磷吸收后可在肝内转化为毒性更强的对氧磷, 对胆碱酯酶有强抑制作用。这些特性提示了本文两例

均呈急性重度中毒的原因。

值得注意的问题是, 由于经皮中毒所需时间较长, 患者及家属往往缺乏有关方面的知识, 以致不能提供明确病史, 呕吐物、分泌物及洗胃液均无有机磷味道, 易延误诊断。因此, 对病因不明而出现类似症状者应考虑有机磷经皮吸收致中毒的可能, 尽快查胆碱酯酶以明确诊断。经明确诊断后, 除积极治疗外, 令患者脱去污染衣服, 用肥皂水彻底清洗皮肤以阻断毒物的继续吸收也是非常重要的。

(本文经王世俊教授审阅指导, 致谢。)

职业性急性五氯酚钠中毒 3例报告

谢春鸿

我科近两年收治 3例五氯酚钠中毒病例, 报告如下。

【例 1】患者男性, 28岁, 农民。1994年 7月 8日喷五氯酚钠后 2小时, 出现头晕、无力、心悸、胸闷、气喘、发热、大汗、四肢疼。急来本院就诊。体检: $T38.9^{\circ}C$, $P120$ 次/分, $R28$ 次/分, $BP16/10kPa$, 意识清, 烦躁, 大汗淋漓, 全身肌肉颤动。心律齐, 双肺呼吸音粗。腹软, 脾肝未触及。腱反射增强, 病理反射未引出。心电图: 窦性心动过速。实验室检查: 尿常规: 蛋白(±) 血常规: $WBC11.5 \times 10^9/L$, $N0.72$, $Hb140g/L$ 血钠 $136mmol/L$, 血钾 $3.4mmol/L$, 血糖 $6.9mmol/L$ 二氧化碳结合力 (CO_2CP) $18mmol/L$ 诊断: 急性五氯酚钠中毒。立即去除污染衣服, 肥皂水清洗皮肤。吸氧, 50%酒精擦浴, 氯丙嗪 50mg加入 5%葡萄糖盐水 500ml静脉较快滴注。氟美松 10mg 静脉小壶滴入。补充液体, 电解质, 大量维生素 C B_6 , 能量合剂及热量。于 6小时后症状减轻, 继续治疗 24小时后病情缓解。患者自动出院。

【例 2】患者女性, 30岁, 农民。1994年 8月 2日喷五氯酚钠除草后 2.5小时, 出现流涕、流泪、头疼、躁动、心悸、气喘、下肢无力, 发热, 出大汗。急来诊。体检: $T38.6^{\circ}C$, $P140$ 次/分, $R28$ 次/分, $BP19/13kPa$ 意识恍惚, 皮肤充血, 大汗淋漓, 结膜充血。心律齐整, 心尖部闻二级收缩期杂音。双肺少量干鸣。腹软, 脾肝未触及。四肢抽动, 腱反射亢进, 病理反射未引出。实验室检查: 血常规: $Hb140g/L$, $WBC12 \times 10^9/L$, $N0.78$ 尿常规: 蛋白(±), $WBC2 \sim 3/HP$ 血钾 $3.3mmol/L$, 血钠 $133mmol/L$ 血糖 $7.4mmol/L$

$CO_2CP15mmol/L$ 血气分析示呼吸性碱中毒。心电图: 窦性心动过速。肝功能正常。诊断: 急性五氯酚钠中毒。治疗基本同例 1 另加用安定 10mg 静脉小壶滴注, 冰袋降温, 生理盐水清洗眼部。24小时病情基本缓解。复查前述化验均恢复正常。两天后出院。

【例 3】男性, 23岁, 农民。1995年 7月 13日喷五氯酚钠后 2小时出现恶心、呕吐, 头疼, 头晕, 疲乏无力, 肢体麻木伴疼痛。发热伴大汗, 焦躁不安。遂来诊。体检: $T39^{\circ}C$, $P130$ 次/分, $R30$ 次/分, $BP18.5/12kPa$ 意识清, 烦躁, 大汗淋漓, 躯干及四肢肌肉抽动。心脏听诊无异常, 双肺呼吸音粗。腹软, 肝脾未触及。肠鸣音亢进。腱反射亢进。实验室检查: 尿蛋白(+) 血常规: $WBC12 \times 10^9/L$, $Hb145g/L$ 血钾 $3.4mmol/L$, 血钠 $136mmol/L$, 血糖 $7mmol/L$ $CO_2CP20mmol/L$ 心电图: 窦性心动过速。诊断: 急性五氯酚钠中毒。治疗基本同例 1 两天后痊愈出院。

讨论

五氯酚钠中毒临床较少见。该药用于杀灭果树虫害及用作除草剂, 亦用于血防杀灭钉螺, 属中等毒性, 经消化道、呼吸道和皮肤吸收中毒, 多见于夏季。本文 3例中毒均发生在夏季, 主要因为着衣较少, 部分皮肤暴露接触农药及经呼吸道吸入中毒。该农药最小致死量 2g 其代谢较快, 24小时 70% 由尿排出, 4天可排尽。但重度中毒排泄较慢。中毒机制为刺激机体细胞氧化过程, 阻碍磷酸化, 影响高能磷酸键生成和贮存。结果使大量的能以热的形式散发。导致组织细胞代谢紊乱, 氧化加速, 基础代谢增加, 产生一系列临床中毒症状。本文 3例中毒表现按临床分型属轻型。但重型中毒可在初期表现为轻度症状。如不及时处理, 数小时后可

突然加重。出现高热、抽搐、昏迷及伴发心、肝、肾损害或发生 ARDS, 可在 24 小时内死亡。因此了解接触史, 掌握本病的临床特点, 早期诊断及及时治疗十分重要。目前尚无特效解毒剂, 主要采用脱离污染环境, 皮肤接触者用肥皂水清洗, 口服者洗胃。采用物理及冬眠

灵降温镇静, 可给皮质激素, 大量维生素 C、B 族, 补充能量, 纠正水电解质及酸碱失衡等, 禁用抗胆碱药, 因其可阻止排汗散热, 禁用巴比妥类, 因其与五氟酚钠有协同作用。

(收稿: 1996-01-25 修回: 1996-04-22)

急性硫酸二甲酯中毒继发皮下气肿 1 例报告

曹殿凤

患者黄某, 男, 20 岁, 某乡镇化工厂酯化操作工。因咽痛、胸闷、阵发性咳嗽 8 天, 加重伴颈部压迫感 4 天, 于 1996 年 1 月 23 日下午 3 时入院。1996 年 1 月 15 日晚 11 时患者在硫酸二甲酯试生产过程中因离心循环泵运转失常停机拆泵检修。泵内残留硫酸二甲酯约 4 公斤, 患者未戴防毒面具, 现场抢救数分钟, 感咽部不适、流泪、呛咳, 未处理, 次日出现畏光、眼痛、咽痛、阵发性咳嗽, 轻度胸闷, 使用地塞米松 20mg 及洁霉素 1.2g 静滴 1 次, 略有好转, 后未再用药。中毒后 4 天病情加重, 出现明显胸闷、气急、颈部压迫感, 手触颈部及前胸有异常声响。既往健康。

入院检查: $T36.8^{\circ}\text{C}$, P88 次/分, R22 次/分, BP17.0/11.0kPa。面红烦躁, 双眼结膜及咽部明显充

血; 颈部及前胸皮下组织胀满, 触及皮下有捻发感, 双肺散在哮鸣音, 未闻及湿罗音。白细胞 $12 \times 10^9/\text{L}$, 中性 0.703, 淋巴 0.297。胸片示两锁骨上下皮下气肿; 两肺纹理增多。

诊断: 急性硫酸二甲酯中毒, 继发皮下气肿。

治疗经过: 卧床休息。静脉注射地塞米松 10mg/次, 1 日 1 次共 3 天。生理盐水加氨苄青霉素 6.0g 日, 静脉滴注 1 日 1 次共 6 天。生理盐水 20ml 加氨茶碱 0.25g 缓慢静脉注射, 1 日 1 次共 3 天, 同时配合其他对症疗法。3 天后胸闷、咳嗽减轻。查体: 面红、双肺哮鸣音消失, 胸片示皮下气肿较前明显吸收。8 天后颈部及前胸皮下捻发感消失。胸片示皮下气肿完全吸收, 肺纹理清晰。血象正常。

(收稿: 1996-03-01 修回: 1996-05-20)

作者单位: 255067 山东 淄博市职业病防治院

矽肺并肺心病、右心衰竭洋地黄中毒 1 例报告

邱晓莹 邱晓晶 夏沈宁

本院曾收治 1 例矽肺并肺心病、右心衰患者, 在治疗过程中出现洋地黄中毒, 现报告如下。

患者男, 64 岁, 某厂铸造车间清砂工, 接尘 25 年。1985 年诊为 I 期矽肺。1987 年诊为 I 期矽肺合并肺心病、右心衰。患者自诉咳嗽, 咳黄色粘痰, 胸闷、气短, 活动后加重; 双下肢浮肿, 腹胀, 尿少, 便秘, 食欲不振, 夜间睡眠不实。查体: 慢性病容, 颜面晦暗, 颜面口唇四肢末端中度发绀, 颈静脉怒张; 桶状胸, 双肺可闻及大量干鸣音及水泡音, 心界向左右扩大, 心率 96 次/分, 节律整; 腹部膨隆, 肋下 3~4 厘米可触及肝, 质中度硬, 脾未及, 移动性浊音(-); 双下肢胫前、足背指压痛(++)。实验室检查: 尿常规 WBC2~3 个

/HP, RBC1~2 个/HP, 血 K 3.3mmol/L , BUN 11.53mmol/L , $\text{CO}_2\text{CP}20.10\text{mmol/L}$ 。心电图示右室大, 心肌缺血。胸片示肺门增大, 肺纹理增强, 右下肺动脉增宽。B 超示淤血肝, 肾淤血, 心包积液, 右室大, 脾脏大。临床诊断: I 期矽肺并发慢性支气管炎(急性发作期); 肺心病; 右心衰。治疗: 氨苄青霉素 6.0 每日一次静滴, 西地兰 0.2mg 每日一次缓慢静注, 双氢克尿塞口服等, 应用 10 天后患者症状未见好转, 出现烦躁、恶心、心悸、胸闷、呼吸困难等症状, 急做心电图检查, 示 III 度房室传导阻滞, 室性二联律, 提示洋地黄中毒表现。立即停用西地兰, 予对症治疗, 1 天后烦躁、心悸症状消失, 复查心电图, 示右室大。此后改变治疗原则, 予氨苄静滴, 速尿 40mg 隔日 1 次静注控制心衰。5 天后未见明显疗效, 加大速尿用量, 80mg 隔日一次静注, 约半月后心衰症状即得到控制。实验室检查基本正

作者单位: 110024 沈阳市劳动卫生职业病研究所(邱晓莹、夏沈宁), 沈阳医学院附属中心医院(邱晓晶)