

· 病例报告 ·

急性苯胺中毒致心律失常 例报告

钟 清

患者,女,32岁,某化学试剂厂操作工。1991年12月2日将苯胺从大桶分装在500ml小瓶内,连续工作7小时,班后4小时患者感头晕、头痛、恶心、呕吐、心慌,且伴有明显口唇、手指发绀,就诊于某医院,诊断为急性苯胺中毒。经美兰、维生素C治疗后发绀消退,心悸、胸闷症状缓解,两日后出院。出院后第2天又感心悸、胸闷再次入院。入院时查体:皮肤、巩膜无黄染,口唇、手指无发绀。血压17.3/10.7kPa,心律120次/分,律不齐,心前区第一心音低钝。肺部、腹部、神经系统检查无阳性所见。心电图示:II导联P波0.25mV,且有轻度切迹,时限0.10秒,室早7~8次/分, $V_{1r}/S_{1r} > 1$ 。能量合剂治疗2周,病情缓解出院。出院后患者仍常感心悸、乏力,于1992年7月第3次住院治疗。入院体检除心音低钝,偶闻早搏外,余无阳性体征。实验室检查:三大常规、肝肾功能、电解质、血沉、抗“O”,IgA、IgG、IgM值均在正常范围,RF(-),中段尿培养(-),

ANA,抗ds-DNA抗体,抗Sm抗体,抗RNP抗体均阴性。心肌酶谱:CR、CR-MB、AST、LDH、 α -HBDH值也在正常值范围,胸透(-),EKG窦性心律, R_{II} 高尖,不完全右束支传导阻滞, $S-T$ 段下移0.1mV;Hotter有房性、室性早搏。入院后采用能量合剂、抗心律失常药物治疗2个月后复查心电图正常,痊愈出院。出院后随访至今心电图正常。无心悸、胸闷等症状。

急性苯胺中毒,通常有高铁血红蛋白、变性珠蛋白小体,间或有肝肾损害,但并发心律失常者甚为罕见。该患者发病前无长期发热、关节酸痛、心悸等病史,心电图也无异常(查阅患者进厂时健康档案所知),入院后检查也排除风湿性心肌炎及自身免疫性疾病。患者于中毒后即出现频发室早,后又出现不完全右束支传导阻滞、房早、室早,心律失常的发生可考虑为高铁血红蛋白失去携氧和释放氧的能力,造成心肌损害所致。

(收稿:1996-12-16 修回:1997-02-15)

作者单位:210042 南京市职业病防治所

敌敌畏中毒诱发脑梗塞合并肺部绿脓杆菌感染死亡 1例

管向东

患者女,36岁,3周前因情绪不佳自服敌敌畏约100ml后意识恍惚,被人发现急送至当地医院,急查全血胆碱酯酶活力为0,立即给予大量清水洗胃,大剂量阿托品反复静注及解磷定静脉点滴治疗。5小时后患者突然出现呼吸、心跳骤停,经有效胸外心脏按压、呼吸三联针、心脏三联针静脉注射,心跳恢复,但病人无自主呼吸,于是行气管切开,使用呼吸机机械通气。约8小时后阿托品总量达820mg,解磷定总量达4g,患者明显阿托品化,即给予小剂量阿托品维持。第2天患者病情好转,阿托品剂量改为1mg肌注,每日2次;解磷定剂量改为1g静脉点滴,每日1次,同时给予乳化脂肪、复方氨基酸、青霉素等药物静脉输注,加强支持、抗感染

治疗。第7天患者自主呼吸恢复,撤机,复查全血胆碱酯酶活力升至90%,停用阿托品及解磷定。第15天患者无明显诱因突然出现右侧肢体偏瘫、感觉障碍及失语,颅脑CT示左顶叶脑梗塞,给予复方丹参、脑活素、胞二磷胆碱、甘露醇、糖皮质激素等药物治疗,病情不见好转。近几日患者咳嗽,咯脓性痰,持续发热,体温37.2~39℃,为进一步诊治转来我院。既往患者身体健康,家族中无特殊病史。体格检查:T37.7℃,P150次/分,R25次/分,BP17/11kPa;意识清醒,面色潮红;双侧瞳孔等圆,约4mm大小,对光反射存在,失语;双肺呼吸音粗,可闻及湿性音;心率150次/分,律整;右侧肢体偏瘫,感觉障碍。实验室检查:血常规WBC22.8 $\times 10^9/L$,N0.93,L0.07,RBC2.35 $\times 10^{12}/L$,Hb82g/L,PLT30.8 $\times 10^9/L$ 。痰培养结果:铜绿假单胞菌,诊

作者单位:250012 济南 山东医科大学附属医院