

后被他人救出,即送医院;来院途中患者口腔中有粉红色泡沫样分泌物,烦躁、四肢抽搐,大小便失禁,给予强制吸氧,60分钟送入我科。事后采样监测分析示反应器中氮浓度98%。查体: T35℃, P120次/分, R28次/分, 浅昏迷; 全身皮肤粘膜无黄染、出血点; 双侧瞳孔直径4.0mm, 光反应迟钝; 口中有粉红色泡沫样分泌物, 口唇轻度发绀; 颈软; 双肺呼吸音粗, 满布干湿性音; 心率120次/分, 律齐; 腹软, 肝脾肋下未及; 四肢抽搐, 膝反射亢进, 两侧巴彬斯基征(±)。诊断氮气窒息。血常规: 白细胞 $14.1 \times 10^9/L$, NO 82, LO 17, MO 01, Hb 139g/L; 尿: 红褐色尿, 蛋白(+), 镜检 $RBC 2 \sim 4$ 高倍; 血气分析: pH 7.231, $PaCO_2$ 22.7kPa, PaO_2 36.9kPa, BE -15.1mmol/L, HCO_3^- 12.1mmol/L, TCO_2 13.0mmol/L; 胸片: 双肺纹理增强, 双肺大片状模糊阴影; 心电图示窦性心动过速, 电轴轻度左偏($+11^\circ$); 脑电图: 中度异常; 头颅CT正常; TCD: 大脑供血不足。入院后给予气管切开, KR-II型高频喷射呼吸机将呼吸频率调整为20次/分。给予安定20mg肌注, 冬眠II号(哌替啶100mg、异丙嗪50mg、海特琴0.6mg)静推, 20%甘露醇250ml静滴2次/日、速尿20mg小壶1次/日、地塞米松静滴1次/日, 共7天; 5%GS20ml+西地兰0.4mg静推(共2次)。两天后患者意识清楚, 自觉头昏、头痛, 咳嗽、咳痰, 双肺呼吸音粗, 未闻及湿性音。为改善脑微循环, 给予氦-氖激光血管内照射血液疗法、高压氧治疗, 并给予丁胺卡那(7天)抗感染治疗。20天后患者突然双耳听力下降、耳鸣; 耳鼻喉科检查: 双耳鼓膜未穿孔, 咽鼓管通畅, 查听力曲线示左耳轻度耳聋、右耳

中度耳聋。声阻抗: 鼓膜静态声顺值左耳1.5ml, 右耳1.8ml; 中耳压力左耳-20mm水柱, 右耳-60mm水柱; 鼓室压力图呈超高压型; 声反射测试50%衰减; 无。脑干听觉诱发电位: 左侧BAEP可疑异常(耳蜗), 右侧BAEP异常。经胞二磷胆碱、能量合剂、脉通、丹参、激素、高压氧舱治疗, 听力恢复正常, 90天后出院。

5 讨论

氮气无明显毒性, 对机体损害主要是缺氧窒息而引起的, 故应积极纠正缺氧。为提高血氧浓度, 除常规给氧外, 可采用高频喷射给氧及高压氧等治疗。

对4例昏迷患者和1例烦躁不安、头昏头痛患者进行氦-氖激光血管内照射血液疗法, 结果见患者头昏、头痛好转, TCD亦显示明显改善。该疗法可改善微循环, 降低血液粘度, 增高局部脑血流量, 改善红细胞功能及组织利用氧功能, 并有减少脑缺血一再灌注时自由基的产生、抗脂质过氧化、阻断脑细胞缺血钙超载、促进脑细胞能量代谢、调节植物神经功能的作用, 是抢救缺氧性脑病和治疗中毒后神经症的一种有效措施。

防治缺氧性脑病和肺水肿也是抢救成功的关键。除可采用能量合剂、高压氧舱、激光血管内照射血液疗法外, 还可应用脑活素, 本文6例皆获痊愈。上述继发症可能与缺氧性心肌损伤导致心肌收缩无力有关, 故可采用正性肌力药物如西地兰等, 以增加其心肌的收缩力; 激素、速尿可降低毛细血管通透性和减少血容量, 亦有利于水肿消失。

(收稿: 1997-10-30 修回: 1998-10-05)

矽肺合并气胸病案例分析

蔡 洁

气胸是矽肺病的常见合并症, 矽肺合并的气胸又有其一定的特点和规律性, 现结合临床病案分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1992~1997年间我院共收治矽肺患者54人, 12人出现气胸, 其中I期矽肺1人, II期矽肺2人, III期矽肺9人。患者均为男性, 年龄为30~73岁。

1.2 诱发因素

多为近期呼吸道感染或剧烈咳嗽、活动不当, 少数患者并无明显诱因。

1.3 气胸情况

总的发生率为22.2%, 各个期别合并气胸的发生率有明显差别(见表1)。

表1 矽肺合并气胸的发生情况

期别	矽肺患者(例)	合并气胸(例)	发生率(%)
I期矽肺	12	1	8.0
II期矽肺	19	2	10.5
III期矽肺	23	9	39.2
合 计	54	12	22.2

从矽肺合并气胸12例的百分比构成来看, III期矽肺的百分比构成最大, 占75%, I期矽肺、II期矽肺的百分比构成分别为8.3%和16.7%, 可见气胸的发生率是随着矽肺期别的增高而增高。

12例气胸患者中, 右侧气胸4例, 左侧气胸4例, 双侧气胸4例, 其中闭合性气胸6例, 张力性气胸4例, 开放性气胸2例, 5例患者出现复发, 肺压缩程度为10%~60%。

1.4 症状和体征

患者可有突发性胸痛或不明显胸痛, 呼吸困难和干咳。

作者单位: 110005 沈阳 辽宁省职业病医院

肺压缩程度大的患者多有窒息感,烦躁不安,出冷汗伴发绀,甚至休克及意识不清。患侧胸廓可呈饱满,肋间隙膨隆,患者呼吸运动减弱或消失;气量大时,气管向健侧移位;患侧叩诊鼓音;听诊患侧呼吸音减弱或消失。

2 治疗及结果

上述症状一旦出现,应做X线胸透确诊,并立即根据气胸范围大小及症状轻重做相应的处理。气体量小($<25\%$),无明显症状时不需抽气,经卧床休息多能自行吸收。气体量大,有明显呼吸困难者应立即采用抽气减压及施行肋间插管,引流排气并给予对症处理。根据病情给予镇咳,限制活动,应用抗生素预防感染。经过治疗处理,临床治愈7例,病情减轻5例,治愈时间为7~76天。

3 讨论

3.1 矽肺与自发性气胸的关系

矽肺合并气胸的病例早有报道,而且随着矽肺的进展,气胸的发生率增加。其原因可能是由于胶原纤维增生,纤维收缩造成支气管受压、扭曲,管腔狭窄,产生阻塞性通气障碍,导致肺泡过度膨胀,进而肺泡破裂,形成气肿及肺大泡。随着矽肺病情进展,上述病变逐渐加重,极易合并肺部感染,由于咳嗽加剧,肺内压增高,造成肺大泡及胸膜破裂而形成气胸。

3.2 矽病合并气胸的临床特点

3.2.1 不典型性:典型的气胸诊断并不困难,而矽肺合并气胸在临床上具有不典型的发病特点。随着矽肺进展及气胸

的出现,肺部叩诊多呈过清音,听诊呼吸音减弱。合并气胸时,其症状和体征与原有表现相似或略有加重,尤其是肺压缩面积小,症状不典型时,更易被患者原有的症状和体征所掩盖。本组不典型发病者5例,占41.7%。

3.2.2 易复发性:随着矽肺病变进展,肺组织及胸膜的弹性不断降低,发生气胸的可能性逐渐增大。复发者多见于重症矽肺。本组复发者5例,占41.7%,其中1例Ⅲ期矽肺患者在4个月内5次出现自发性气胸。

3.2.3 易形成局限性气胸而致长期不愈:本组中有5例是由于在外院误诊、治疗不及时,来院后虽经治疗,但肺部仍未复张而致长期遗留局限性气胸。另一个原因是由于肺组织纤维化,造成肺及胸膜组织的弹性降低,扩张幅度降低,特别是在气胸发生后不及时治疗的情况下,更易造成破裂处组织粘连及纤维化,使肺的完全复张受限,故而形成局限性气胸,难以自愈。

3.2.4 双侧气胸的发生率高:矽肺是弥漫性病变,两肺同时受损,如果一侧出现气胸,则另一侧必然出现功能代偿,导致肺内压力增高,加大另一侧气胸发生的可能性。本组中有4例患者是一侧肺部发生气胸后不久出现对侧气胸的。

自发性气胸是矽肺尤其是重症矽肺的一种常见合并症,具有不典型发病、易复发、不易愈合及易出现双侧气胸的临床特点。因此,在实际工作中应予以高度重视,以免误诊、漏诊,延误治疗。

(收稿:1998-05-25 修回:1998-06-30)

口服来苏儿中毒致重度室性心律失常的临床分析

王正平 王福莉 李卓

近两年来,我院曾收治2例误服来苏儿引起急性中毒并发重度室性心律失常患者,现报告如下。

1 病例介绍

〔例1〕女,28岁,误服来苏儿250ml后半小时急诊入院。接诊时查体:昏迷,体温 36.3°C ,呼吸24次/分,血压12.0/8.0kPa。周身冷汗,呼吸深大,呼出气体有酚味,面色苍白、口唇及四肢末梢发凉并发绀。双侧瞳孔等大,瞳孔直径约3.0mm。对光反射迟钝,口唇、口腔粘膜有灼伤创面,呈灰白色。颈软,双肺听诊可闻及散在干音,双肺中下野闻及中小水泡音。心率132次/分,节律不整。肝脾未扪及,生理反射减弱,病理反射未引出。心电图为窦性心动过速、频发多源性室性早搏,频发非持续性室上速。

急诊救治及治疗经过:立即予吸氧,心电和血压监测,温水洗胃,与此同时,静脉注射25%葡萄糖20ml、利多卡因50mg,续予10%葡萄糖500ml加利多卡因800mg静脉滴注,3~4mg/min,

另建一条静脉输液通路,5%葡萄糖盐水快速滴入。1小时后,心电监护示室性心律及室性早搏消失,心率90次/分,血压14.3/9.6kPa。继续静脉输入10%葡萄糖及5%葡萄糖盐水,同时予静脉注入速尿20mg,地塞米松10mg加入静脉输液中。4~5小时后,病人发绀消失,于入院后第12小时左右意识转清。急诊24小时抢救共输入液体3500ml。入院后实验室检查:白细胞 $2.1 \times 10^9/\text{L}$ 。尿常规:蛋白(+),RBC4~6个/uf。心肌酶谱:CK407mmol/L,CKMB68mmol/L,LDH320mmol/L。肝、肾功能及血离子浓度均正常。经过静脉输入抗生素、能量合剂、1,6-二磷酸果糖等抗感染、营养心肌、保肝护肾治疗一周,同时每日口腔护理两次,全流饮食两天后改为半流饮食,静脉输入法莫丁40mg每日1次,以保护胃粘膜。经复查心肌酶谱正常,尿常规正常,24小时动态心电图正常,临床痊愈出院。

〔例2〕男,22岁,误服来苏儿200ml 1小时后入院。入院查体:昏迷,体温 37.0°C ,呼吸24次/分,血压13.3/9.6kPa,呼吸急促、呼出气有酚味,面色苍白伴冷汗,口唇发绀,双瞳孔等大,直径5.0mm,对光反射存在。口角及口腔