

用油 50 克调配后涂抹阴部 4 次治疗瘙痒, 共 2 天。用药后 3 天出现阳萎, 眼睑明显震颤, 并有乏力、心悸等。

检查发现 P 80 次/分, BP 120/75 mmHg (16.0/10.6 kPa)。慢性病容, 无齿龈溃疡及汞线; 心肺无明显异常; 腹部平软, 肝脾肋下未扪及; 阴部有搔痕、皮损; 三颤征阳性, 以左眼睑震颤最明显; 病理征未引出。

实验室检查: 空白尿汞 0.274 $\mu\text{mol/L}$; 血、尿、便常规正常; 肝、肾功能正常。心电图检查正常。B 超肝胆脾肾无明显异常。

治疗及转归: 用二巯基丙磺酸钠 0.125 g 肌注, 每日 1 次, 连用 3 天, 同时补充微量元素类药物如 21 金维他、硒宝康等; 驱汞共 3 疗程, 每疗程间隔 4 天。驱汞治疗时留尿以检测尿汞含量。治疗 25 天后性功能恢复正常, 尿汞量恢复到正常水平, 痊愈出院。

2 讨论

金属汞多以汞蒸气形式由呼吸道侵入人体而引起中毒,

完整的皮肤对汞的吸收量很少。本文 2 例男性病人均以金属汞偏方涂抹治疗皮肤病, 因搔抓后出现皮损, 故使汞的吸收量增加而导致汞中毒。

杨文秀 (1994) 报道接汞男工的阳萎、早泄和性欲减退发生率明显增加, 每周的性交次数明显减少。本文 2 例患者均为外用含汞剂涂搽阴部, 致汞直接经破损的皮肤吸收。故可能造成汞在睾丸中大量储存, 导致患者性功能障碍。本文病例表明这种性功能障碍经早期及时的驱汞治疗尚可恢复正常。但因观察例数较少, 仍待进一步研究。

参考文献:

- [1] 夏元洵. 化学物质毒性全书 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1991. 116.
- [2] 王莹. 现代职业医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 131, 155.
- [3] 陈琛. 汞对男工生殖危害及对子代影响的研究 [J]. 中国工业医学杂志, 1994, 7 (4): 221.

急性 2, 4-滴丁酯中毒致视神经损害 1 例报告

Optic nerves damage caused by acute 2, 4-D butylate poisoning—a case report

程 丽

CHENG Li

(兰化职工医院, 甘肃 兰州 730060)

摘要: 本例中毒后出现视神经、心肌、肝肾功能损害。治疗以营养脑细胞、心肌及防治脑水肿, 防治感染, 支持治疗为主。经治疗患儿视力好转。视神经损害可能为脑缺血缺氧及毒物直接作用所致。

关键词: 2, 4-滴 酯; 视神经损害; 中毒

中图分类号: R595.4 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X (2001)06-0355-02

我院曾收治 1 例出现视神经损害的 2, 4-滴丁酯中毒病例, 现报告如下。

1 临床表现及诊断

患儿, 女, 6 岁。于 1998 年 4 月 24 日以“昏迷 4 天”主诉入院。入院前 4 天患儿母亲用 2, 4-滴丁酯除草, 无任何防护措施, 工作完毕后用清水洗手及衣物, 洗后未将水倒掉。此后患儿即用此水洗脸并玩耍, 不久即感全身不适, 未引起家长重视, 随后患儿出现恶心、呕吐、意识不清, 四肢抽搐, 急送当地卫生院抢救。其间心脏停跳约 5 分钟左右, 给予胸外心脏按压、电除颤后, 生命体征趋于平稳。治疗 4 天后患儿仍处昏迷状态, 遂以急性 2, 4-滴丁酯中毒转入我院治疗。

入院查体: T 36.7 $^{\circ}\text{C}$, P 120 次/分, R 24 次/分, BP 12/9.3 kPa, 浅昏迷状, 双瞳等大等圆, 对光反应迟钝, 颈

软; 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音, 心率 120 次/分, 律齐, 杂音 (—); 腹部平软, 肝脾未及, 移动性浊音 (—), 生理反射存在, 病理征未引出。

实验室检查: 丙氨酸转氨酶 1920 U/L, 天冬氨酸转氨酶 1359 U/L, 尿素氮 34.6 mmol/L, 肌酐 482.1 $\mu\text{mol/L}$, 尿酸 1021.4 $\mu\text{mol/L}$, 心肌酶谱: 天冬氨酸转氨酶 143 U/L, 乳酸脱氢酶 620 U/L, 肌酸激酶 371 U/L, 肌酸激酶同工酶 34.8 U/L, α -羟丁酸脱氢酶 693 U/L, 肉眼血尿。

心电图示: 窦性心动过速, ST-T 压低。

请眼科诊查眼底, 见双瞳孔等圆, 左侧瞳孔光反应极迟钝, 右瞳孔光反应存在但不持久, 双瞳视盘边界清、颜色淡, 血管走行正常, A/V=2/3; 网膜颜色正常, 未见出血、渗出, 中心反光清。

2 治疗经过

入院后给予三磷酸腺苷, 辅酶 A, 细胞色素 C、胞二磷胆碱等营养脑细胞药物, 并给予糖皮质激素防治脑水肿、肺水肿, 同时进行保肝、营养心肌、防治感染、支持、配合高压氧等治疗。10 天后患儿清醒。查体: 双瞳散大约 6 mm, 失明状。再次请眼科会诊, 意见: 中毒性视神经炎, 视神经萎缩。建议给予激素、维脑路通、能量合剂、胞二磷胆碱等治疗。但应用上述药物后并无明显收效。又请外院眼科专家会诊, 做视觉诱发电位: 有光感, 视神经萎缩。给予 0.1% 硝酸土的宁双颞侧皮下注射, 合并药物、高压氧等治疗两月余, 患儿视力有所恢复。出院后随访半年, 患儿视力恢复到 0.5 左右。

收稿日期: 2000-10-20; 修回日期: 2000-12-13

作者简介: 程丽, 女, 陕西西安人, 现从事神经内科临床工作。

3 讨论

2,4 滴丁酯是一种农用除草剂。口服中毒首先出现咽部发麻、恶心、呕吐,以后出现感觉异常、嗜睡、肌纤维颤动,严重者出现抽搐、昏迷、呼吸衰竭。本例患儿中毒后临床症状与此相同,且患儿有明确的接触史,故该患儿诊断为急性 2,4 滴丁酯中毒。急性 2,4 滴丁酯中毒引起肝肾损害鲜有报道,引起神经系统损害——视神经损害致失明的更未见报道。分析本例患儿中毒后视神经损害的原因可能有以下几方面。

3.1 中毒初期患儿曾心脏停跳约 5 分钟左右,脑循环中断,

脑缺血缺氧,引起细胞中毒性脑水肿,颅内压增高引起视神经乳头水肿,视盘肿胀,至晚期视盘肿胀消退,导致继发性视神经萎缩。

3.2 大脑严重缺血缺氧致大脑皮质损害,而视中枢位于大脑皮质内,视中枢亦受到严重损害,直接导致患儿失明,称为皮质盲。

3.3 2,4 滴丁酯直接作用于视神经,引起视神经水肿、变性,继而萎缩,导致患儿失明。

电烧伤后心电图异常改变临床分析

Clinical analysis on abnormal electrocardiogram changes after electric burn

高桂芝,姜明,张福文

GAO Gui-zhi, JIANG Ming, ZHANG Fu-wen

(大连化学工业公司医院烧伤科,辽宁 大连 116031)

摘要:通过对 167 例电烧伤病例的回顾性分析,探讨了电烧伤后心脏损害的心电图异常改变特征和临床特点,以期引起临床重视。

关键词:电烧伤;心电图;心脏损害

中图分类号: R647 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2001)06-0356-02

我院自 1996 年 1 月~2000 年 1 月共收治电接触烧伤(简称电烧伤)病人 167 例,我们回顾性分析了此 4 年间电烧伤后病例资料,对异常心电图进行临床分析,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

电烧伤住院患者 167 例中,电弧烧伤 98 例,电击伤 69 例。职业性电烧伤 139 例,占 83.2%。触电部位有上肢、下肢、躯干、头部等,以手、足部位较多见。III 度以上电烧伤面积 0.1%~15%。有心电图检查及较完整的其他资料的病例 63 例,其中 34 例有心电图异常,占 54%,男 28 例,女 6 例,年龄 11 个月至 69 岁,致伤电压 220 伏~6 万伏。伤前均无心脏病史。

1.2 心电图特征

34 例伤后前 3 天连续心电图检查发现,异常 Q 波 1 例,异常 ST-T 33 例。其中 14 例表现为 $V_1 \sim V_5$ ST 段抬高伴 T 波高耸,于伤后 6~24 小时内进行性升高,48 小时后逐渐回降(T 波回降较明显),72 小时后基本回到等电位线;6 例 II、III、aVF 或 $V_1 \sim V_3$ 导联 ST 段下移超过 0.05 mV,持续至伤后 72 小时才接近等电位线;6 例 T 波低平或倒置,48 小时内无明显改变;7 例单纯高耸 T 波,在伤后 48 小时内恢复正常。合并窦性心动

过速 7 例,窦性心动过缓 6 例,窦性心律不齐 2 例,心房颤动、房性早搏、室性早搏、不完全性右束支传导阻滞、Q-T 间期延长各 1 例,伤后 48~72 小时内基本恢复正常。

1.3 临床表现及特点

心电图异常的患者中,28 例伤后 3 天内有胸闷、心慌、气短、乏力、心前区不适等症状。2 例分别于伤后当日及次日体检时发现心尖部 III 级收缩期吹风样杂音,伤后 3~4 天杂音消失。14 例伤后心电图示 $V_1 \sim V_5$ 导联 ST 段抬高伴高耸 T 波中 6 例心肌酸激酶(CK-MB)增高,2 例伤后第 2 天多普勒超声心动图示二尖瓣返流,左室舒张末内径增大,左室室壁运动减弱。

病史中触电后立即出现呼吸心搏停止 6 例,经同伴当场胸外心脏按压及口对口人工呼吸,心搏呼吸恢复后送往医院,昏迷 1~4 小时,当日心电图示心律失常及 ST-T 异常改变,48~72 小时后逐渐恢复正常。电烧伤后出现急性心肌梗塞 1 例,为 50 岁男性,伤前无心脏病史,伤后第 5 天无明显诱因突然出现胸骨后剧痛,继之心慌、头晕、周身冷汗,心电图示 II、III、aVF 导联异常 Q 波,ST 段呈弓背抬高且有动态演变,T 波倒置,CK-MB 明显增高,诊断为急性下壁心肌梗塞,经抢救治疗 7 天后病情平稳。另有 1 例高压电击伤的 6 岁患儿,伤后心电图示窦性心动过速,心率 160 次/分,II、III、aVF 导联 ST 下移 0.05 mV, $V_1 \sim V_3$ 导联 ST 段下移 1 mV, T 波倒置,3 天后 ST-T 改变逐渐好转,伤后 1 周双上肢行截肢术,伤后 4 周 ST-T 恢复至等电位线, T 波平坦或直立。

2 讨论

通过对本组 63 例电烧伤病人临床分析发现,心电图异常占 54%,其中 14 例 ST 段抬高伴或不伴高耸 T 波,且部分病例血清 CK-MB 活性明显升高及个别病例心脏多普勒超声心动图的异常所见,可明确提示电烧伤后心肌损伤。ST 段下移和 T 波倒置亦提示缺血性心肌损伤改变,对心功能亦可产生不同程度的影响。除异常 ST-T 外,63 例电烧伤中有 15 例窦性心

收稿日期:2000-11-27;修回日期:2001-01-08

作者简介:高桂芝(1965-),女,大连人,副主任医师,现任烧伤科副主任