

深入到基因层面的研究阶段^[1,2]。急性氯乙烯中毒是在短时间内吸入大剂量氯乙烯气体所引起的以中枢神经系统抑制为主要表现的全身性疾病^[3]。根据事故现场、患者临床表现及实验室检查综合分析,本例符合急性重度氯乙烯中毒的诊断。

值得注意的是该病例出现中毒性肺水肿及脑水肿。中毒性肺水肿大多是由于吸入刺激性气体、有毒烟雾和有机溶剂等引起。在急性氯乙烯中毒患者中较少发生,但在动物实验中对大鼠和小鼠吸入质量浓度为 768 g/m^3 (质量分数30%)的氯乙烯30 min可引起深麻醉和死亡;而在 256 g/m^3 (质量分数10%)的质量浓度时,仅见麻醉症状。动物尸检可见肺脏淤血、水肿和出血^[4],可能与吸入的剂量(浓度)有关。本例患者因吸入大剂量高浓度氯乙烯,来院时即已出现典型的肺水肿临床表现以及脑水肿征兆,所以采取了积极的措施而得到及时的治疗。

一般认为长期接触氯乙烯可影响肝脏功能。本患者系农民建筑工,既往无氯乙烯接触史,同时否认患有肝炎病史。自

入院第2天起肝功能检查结果表明肝脏损伤呈逐渐加重的趋势,乙肝两对半血清学指标为小三阳,单从检验结果看可以认为是慢性乙肝急性发作,但是,以患者急性重度氯乙烯中毒的病因为前提,结合《职业性氯乙烯中毒诊断标准》(GBZ90-2002)中关于鉴别诊断的提示进行综合分析,不难判断患者肝功能损伤的主要因素应为氯乙烯中毒所致。当然,也不能排除氯乙烯中毒与慢性乙肝这两种病因交叉作用的可能性。

参考文献:

- [1] 吴维喆,李霜.氯乙烯仍受关注的原因[J].国外医学卫生学分册,2001,28(3):159-162.
- [2] 任雪峰,万俊香,李玉芳,等.氯乙烯致肝损伤与毒物代谢酶基因多态性的关系[J].中华劳动卫生职业病杂志,2001,19(6):412-414.
- [3] GBZ90-2002.职业性氯乙烯中毒诊断标准[S].
- [4] 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,1991.315-316.

急性多元混配农药中毒2例报告

Report of two cases of acute poisoning by polypesticides mixture

万伟国,徐麦玲

WAN Wei-guo, XU Mai-ling

(复旦大学附属华山医院职业病科,上海 200040)

摘要:分析2例多元混配农药中毒患者的临床表现特点与治疗经过。指出不合理地自行混配多元农药制剂使农药中毒的危险性增加,应加强农民的个人防护教育和农药的安全管理。

关键词:多元农药;混配;中毒;

中图分类号:R595.4 文献标识码:B

文章编号:1002-221X(2003)03-0160-02

近来混配农药中毒的患者在农药中毒中所占比例不断增加,尤其是国家明令禁止的多元混配农药中毒的报道亦明显增多,现将我们收治的2例多元混配农药中毒病例报道如下。

1 病例介绍

【例1】男,36岁,农民,于1999年7月26日17:30~19:30在田间喷洒农药,之后用清水洗澡,当晚20:30觉头晕、恶心、呕吐、胸闷、多汗、肌束震颤,在当地卫生院肌注山莨菪碱20 mg后送医院治疗。经询问并检视患者携带的农药包装瓶(袋)后了解到,患者将杀虫双2瓶、稻虫快杀(甲胺磷+敌百虫)2瓶、蚜敌(氧乐果+三唑酮)6袋、禾枯净(三氯异三羟均三嗪, trichloroisocyanuric acid)3袋自行复配,其中有有机磷酸酯类有3个品种。

患者入院时主要症状是头晕、恶心、呕吐、胸闷、多汗、肌束震颤,主要体征为体温不升($35\text{ }^{\circ}\text{C}$)、心率增快(120次/分)、多汗、皮肤湿冷,肌束震颤范围广泛(包括胸肌、大腿及小腿肌群、口轮匝肌和上肢肌群);瞳孔无明显缩小,约6 mm(入院前注射山莨菪碱20 mg)。经过治疗,体温逐渐上升,1 h后至 $36\text{ }^{\circ}\text{C}$,12 h后为 $37.2\text{ }^{\circ}\text{C}$;心率一般维持在100次/分,12 h后逐渐下降至84次/分;多汗于30 min后即控制;皮肤湿冷于30 min后消失,1 h后皮肤转暖;瞳孔于治疗后30 min为4 mm,1 h为5 mm,2 h为6 mm,其后维持在6~7 mm;肌束震颤于治疗30 min后口轮匝肌震颤消失,1 h后其余部位肌束震颤减弱,2 h后则完全消失。实验室检查血、尿常规未见异常,心电图示窦性心动过速,全血胆碱酯酶[改良的Ellman法,正常参考值(3.27 ± 0.4) U/ml,以下单位相同]入院时0.36,入院后30 min 1.36,2 h 1.16,6 h 2.36,12 h 2.24,24 h 2.08,48 h 2.80,72 h 1.72,出院时2.28。

入院后即刻开始治疗,阿托品首剂5 mg静注,10 min后5 mg iv,以后每10 min 3 mg iv共2次,至治疗后30 min达阿托品化,剂量为16 mg,以后每30 min 1 mg iv共3次,每1 h 1 mg iv共3次,每2 h 1 mg im共3次,每4 h 1 mg im共3次,累计剂量为28 mg。氯解磷定首剂1 g静脉滴注,90 min后再予1 g iv gtt,次日1 g iv gtt 2次,以后2日各予1 g iv gtt 1次,累计剂量为6 g。治疗3 d后患者痊愈出院,诊断为急性中度混配农药(以有机磷为主)中毒。

收稿日期:2002-11-11;修回日期:2003-03-13

基金资助:国家科学技术委员会“九五”科技攻关项目(96-906-04-11)

作者简介:万伟国(1969-),男,上海人,主治医师,硕士,从事职业病临床研究。

【例2】患者，女，52岁，于1999年8月7日8:00~10:30在田间喷洒农药后用清水洗澡，次日凌晨1时觉头晕、恶心、呕吐、乏力、失眠、胸闷、多汗、流涎、肌束震颤送医院治疗。经询问并检视患者所携带的农药包装瓶（袋）后了解，患者将市售的杀虫双2瓶、一杀光（除虫菊酯+敌敌畏）2瓶、井冈霉素（对硫磷）1瓶、扑虱灵1袋自行复配，其中有2种有机磷酸酯农药。

入院时症状、体征与例1相似，唯瞳孔明显缩小，约2mm。治疗后临床症状、体征迅速缓解。实验室查血、尿常规未见异常；心电图示窦性心律，ST段改变；全血胆碱酯酶（方法、正常参考值及计量单位同前）入院时1.14，入院后30min 1.36，2h 1.64，6h 2.24，12h 2.36，24h 3.14，出院时3.08。

治疗方法与例1类似，阿托品治疗后1h达阿托品化，剂量为9mg，累计剂量为15mg。氯解磷定累计剂量为5g。治疗2d患者痊愈出院，诊断为急性中度混配农药（以有机磷为主）中毒。

2 讨论

根据患者有明确的农药喷洒史，头晕、恶心、呕吐、胸

闷、多汗、肌束震颤、瞳孔缩小等临床表现及全血胆碱酯酶活力明显下降，故急性中度混配农药中毒诊断明确。临床症状、体征以有机磷农药中毒为主，按有机磷农药中毒治疗，患者均得以痊愈。有文献指出杀虫双中毒时不可使用胆碱酯酶复能剂，本文2例患者混配农药中均有杀虫双，以氯解磷定治疗并未发现明显副作用。例1胆碱酯酶活力经氯解磷定治疗后初期上升较为明显，出院时患者症状、体征均恢复正常后，全血胆碱酯酶活力仍为70%，症状、体征不完全平行。例1患者入院时瞳孔未缩小，考虑与注射山莨菪碱有关。本文提示有机磷混配农药中毒诊断、治疗与单纯有机磷农药中毒差异不大；沙蚕毒系、氨基甲酸酯农药的临床表现与有机磷农药中毒类似，而拟除虫菊酯类农药极少引起中毒，即使中毒也无特效治疗。

一般不主张用二元以上混配农药防治病虫害，但农民时常自行配成三元、四元混配农药，该2例患者甚至配制五元、六元混配农药是一个典型的例子，虽少见，仍须在广大农村积极宣传，避免类似情况再度发生。

次氯酸钠致接触性皮炎1例报告

Contact dermatitis by sodium hypochlorite—A case report

林秋红，刘薇薇

LIN Qiu hong, LIU Wei-wei

（广州市第十二人民医院，广东 广州 510620）

摘要：报道1例洗衣工因接触次氯酸钠致接触性皮炎的临床表现及治疗方法，并将其与结节性多动脉炎、急性蜂窝组织炎的诊断相鉴别。

关键词：次氯酸钠；接触性皮炎

中图分类号：R135.7 **文献标识码：**B

文章编号：1002-221X(2003)03-0161-02

次氯酸钠致接触性皮炎较少见。我院曾收治了1例洗衣工因接触漂洁净致双小腿皮炎患者，现报告如下。

1 临床资料

1.1 临床表现

患者，女，49岁，已婚。因反复双小腿红肿、丘疹、痒痛4年，加重3周，于2001年4月29日入院。患者于1997年1月至2001年4月在某时装公司从事洗衣工作，接触漂洁净，工作中戴胶皮手套。于2000年10月始穿胶皮鞋。在洗衣过程中，衣服漂洗后，未晾干即徒手提至4m远处用清水洗涤，双手掌及双下肢膝关节以下部位常在此过程中湿透，每周工作6d，每天约5h。洗衣量因厂生产量而定，多时每天可达70

件，少时每天10件。近4年来，反复出现双手指、双足底皮肤糜烂、皲裂。双小腿红肿、丘疹、痒痛并伴口臭、咽干、阵发性腹痛，症状时轻时重，多于休息后缓解，未行特殊处理。近3周来，双小腿红肿加重，伴瘙痒，疼痛难忍，在外院就诊为“急性蜂窝组织炎”，予口服新菌灵、肌苷、VitC及中药等均无效，遂转入我院就诊。起病以来，无发热、乏力、体重减轻、觉纳差、梦多，二便正常。同工种中1人有类似症状，因接触次数少，症状较轻。该患者既往体健，无食物及药物过敏史。入院查体：T 36.2℃，R 20次/分，P 80次/分，BP 105/70 mmHg（14.0/9.3 kPa）。急性病容，表情焦虑。皮肤粘膜无出血点、无黄染。全身浅表淋巴结未扪及。双下肢膝关节以下皮肤红肿、压痛、布满粟粒样丘疹，伸侧见红褐色斑点，尤以右下肢为多，压之色稍褪，无水疱，双踝及双足背肿胀，凹陷性水肿（+）。双足底皮肤角化、皲裂。咽部稍发红，双扁桃体无肿大，咽后壁见滤泡增生。双肺呼吸音清，未闻干湿啰音。心率80次/分，律整，各瓣膜区未闻病理性杂音。腹软，下腹轻压痛，无反跳痛，肝脾肋下未及，双肾区无叩痛。实验室检查：血常规 WBC $8.6 \times 10^9/L$ ，N 0.723，L 0.18，M 0.03，E 0.06，B 0.007；尿、便常规正常；心电图正常；胸片：心、肺未见异常；双侧股骨、胫腓骨及双足正斜位片未见重要病变；血沉 90 mm/h，抗“O”、CRP、抗结核抗

收稿日期：2002-09-16；修回日期：2003-02-14

作者简介：林秋红（1966—），女，广东潮阳人，主治医师，从事劳动卫生与职业病防治工作。