

蔺草工尘肺命名及诊断的探讨

Discussion on denomination and diagnosis of Chinese iris weaver's pneumoconiosis

金盛辉, 金焱, 张建余, 唐玉樵, 潘小平, 龙绪助

JIN Sheng-hui, JIN Yan, ZHANG Jian-yu, TANG Yu-qiao, PAN Xiao-ping, LONG Xu-zhu

(重庆市职业病防治院, 重庆 400060)

摘要: 回顾性分析在 2003 年 9 月~2004 年 11 月间 11 例经本院职业病诊断组确诊为蔺草工尘肺患者的 X 射线表现, 并随机选择典型矽肺 50 例作为对照组。根据《尘肺病诊断标准 (GBZ70—2002)》进行诊断及分期。结果蔺草工尘肺组 11 例均有圆形小阴影, 其中 p 影 5 例, q 影 6 例, 总体密集度为 1/0~3/3。II~III 期病例均伴有不同程度的肺纤维化改变, 以 III 期较明显; 1 级密集度者肺纹理尚清晰, 2 级密集度者肺纹理隐约可见, 3 级密集度者肺纹理几乎消失; 小阴影聚集 4 例, 大阴影 3 例; X 射线分期 I 期 1 例, II 期 7 例, III 期 3 例。对照组典型矽肺圆形小阴影的密度略高于蔺草工尘肺者 42 例, 8 例密度与之相似; 出现胸膜增厚粘连 8 例, 肺门、纵隔淋巴结蛋壳样钙化 1 例, 弥漫性肺气肿 24 例。提示命名为“蔺草工尘肺”, 能较准确地反映蔺草作业工人因长期接触染土粉尘所致肺纤维化的病理本质, 其 X 射线表现与典型矽肺有所不同。

关键词: 蔺草; 尘肺

中图分类号: R135.2 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2005)06-0341-03

20 世纪 80 年代初, 我国引种日本席草品种——蔺草, 并加工成为“榻榻米”出口日本。在蔺草的一些加工过程中, 蔺草作业工人可因长期吸入高浓度的染土粉尘而导致尘肺。2002 年我国始有蔺草工尘肺病例的报道^[1]。本文搜集蔺草工尘肺病例共 11 例, 并随机选择典型矽肺 50 例进行 X 线表现对比分析, 结合临床表现及劳动卫生学调查资料, 重点探讨蔺草工尘肺的命名, 并提出诊断体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2003 年 9 月~2004 年 11 月经本院职业病诊断组确诊为蔺草工尘肺病例共 11 例, 其中男 8 例, 女 3 例; 年龄 30~42 岁, 平均 36.7 岁; 工种: 拔草; 接尘工龄 4~7 年, 平均 6.5 年; 脱尘时间 1~4 年, 平均 2 年。

随机选择 50 例典型矽肺病例作为对照组, 均为男性; 年龄 35~74 岁, 平均 54.6 岁; 工种: 石工; 接尘工龄 2~40 年, 平均 21.6 年; 脱尘时间 0~15 年, 平均 11 年。

1.2 劳动卫生学调查

收稿日期: 2004-12-27; 修回日期: 2005-04-06

作者简介: 金盛辉 (1964—), 男, 副主任医师, 从事影像诊断工作。

了解患者工作场所蔺草加工作业的工艺流程、测定作业场所的总粉尘浓度和呼吸性粉尘浓度, 并测定粉尘分散度和游离 SiO₂ 含量。

1.3 X 线检查

对所有蔺草工尘肺患者的高千伏胸片进行回顾性分析, 重点观察小阴影的形态和密度, 小阴影的密集度及分布范围, 有无小阴影聚集, 大阴影、肺纹理改变, 肺间质纤维化及胸膜增厚等。随机选择 50 例典型矽肺病例与本组蔺草工尘肺病例作对比, 主要比较圆形小阴影的密度和形态, 小阴影聚集的 X 线特征和有无肺间质纤维化改变, 肺门、纵隔淋巴结钙化及胸膜改变等。

1.4 诊断依据

本组所有蔺草工尘肺病例均符合《尘肺病诊断标准 (GBZ70—2002)》: (1) 患者有长期从事蔺草加工作业及染土粉尘接触史, 而从未有过其他粉尘接触史; (2) 可靠的现场劳动卫生学调查资料; (3) 高千伏胸片呈圆形小阴影和/或大阴影, 圆形小阴影密集度在 1/0~3/3, 至少占据两个肺区; (4) 参考动态观察资料及当地蔺草工尘肺流行病学调查情况, 结合临床表现和实验室检查, 排除其他肺部类似疾病; (5) 对照尘肺诊断标准片进行诊断和 X 线分期。

2 结果

2.1 劳动卫生学调查结果

2.1.1 蔺草加工作业的工艺流程 蔺草作业工人将收割下的鲜草放在一种被称为“染土”的矿粉混悬液中浸泡, 旋即捞出送入烘箱内烘干, 装入黑色塑料袋内备用; 以后的工序为出仓、拔草、切根、拣草、湿润、编织、修席、烘席、检验和成品包装。除编织、烘席为半机械化外, 其余均为手工作业。仅部分企业在编织车间墙上装有排风机, 而其余岗位均无通风除尘设施, 并且很少有人戴口罩。每日工作时间长达 10~12 h。

2.1.2 蔺草加工场所染土粉尘浓度及游离 SiO₂ 含量测定 在进出仓、拔草、拣草、切根去尖、配草和编织共 6 个作业点采集总粉尘和呼吸性粉尘样品各 95 份, 总粉尘浓度为 (27.09±2.82) mg/m³, 呼吸性粉尘浓度为 (6.78±2.52) mg/m³, 两者比值为 4.11 (相关系数为 0.873, $P<0.001$)。总粉尘游离 SiO₂ 含量为 25%~68%, 平均 45.87%; 而呼吸性粉尘的游离 SiO₂ 含量为 11%~44%, 平均 21.37%。总粉尘中小于 7.5 μm 粒子的构成比为 17%~33%, 平均 27.5%。

2.2 临床结果

2.2.1 尘肺的X线分期 11例简草工尘肺的分期为I期1例, II期3例, II⁺期4例, III期3例。典型矽肺对照组的X线分期为I期15例, II期27例, III期8例, 共50例。

2.2.2 简草工尘肺与典型矽肺对照组的临床表现 本组简草工尘肺除1例I期患者无明显的临床症状和体征外, 其他II~III期病例出现胸闷9例, 咳嗽、胸痛、气喘及劳力性呼吸困难各4例, 头痛、乏力和颌下淋巴结肿大各2例; 1例曾在外院误诊为肺结核, 抗痨治疗3个月无效。所有患者均否认在接尘期间有发热及咳脓痰史。实验室检查: 白细胞总数和中性粒细胞计数在正常范围内。未做免疫学相关检查。典型矽肺对照组15例I期典型矽肺患者出现咳嗽7例、咳痰1例、胸闷4例及气促3例。35例II~III期典型矽肺患者出现咳嗽14例、胸痛5例、气喘10例、胸闷11例及劳力性呼吸困难9例。

2.2.3 简草工尘肺病例的X线表现

2.2.3.1 圆形小阴影: 本组11例圆形小阴影多呈中心密度较高、周围较低的圆形, 少数呈密度较浅淡的圆形或不规则形, 其中p影5例, q影6例; p影直径1~1.5 mm, q影直径2.5~3 mm。总体密集度为1/0~3/3。II~III期患者有不同程度的肺间质纤维化改变。

2.2.3.2 小阴影聚集: 共4例, 呈散在、大小不等、边缘模糊的不规则片状影, 范围最大者达7.2 cm×4 cm。位于右上肺区者2例。另2例位于双上肺区, 其中1例大片状小阴影聚集的下缘以右水平裂为界, 因右肺上叶纤维化改变明显而使右肺上叶体积缩小, 牵拉右水平裂上移, 4个月后复查示右中肺区p/q影密集度由1/0进展为1/1。

2.2.3.3 大阴影: 共3例, 均表现为上细下宽的水滴状, 长轴垂直于前肋, 周围有明显的气肿带包绕。1例在首次胸片上于双上肺区均见大片状小阴影聚集, 左上肺区小阴影聚集达7.2 cm×4 cm, 7个月后左上肺区小阴影聚集演变为7 cm×3 cm的大阴影, 上端延伸至肺尖区, 而左中肺区p/q影密集度由于左中下肺出现明显的代偿性肺气肿而下降, 从3/3下降为2/3(图1)。另2例于右上肺区呈4.2 cm×2.3 cm和5 cm×3 cm的大阴影, 边缘清楚。

2.2.3.4 肺纹理: 圆形小阴影呈1级密集度者肺纹理尚清晰; 2级密集度者肺纹理隐约可见; 3级密集度者肺纹理几乎被掩盖而消失。

2.2.3.5 其他: 所有病例均未见肺门增大、胸膜改变及弥漫性肺气肿等。

2.2.4 典型矽肺对照组的X线表现 50例典型矽肺圆形小阴影中, q影47例, p影2例, r影1例。典型矽肺圆形小阴影密度略高于简草工尘肺者42例(84%), 8例密度与之相似。斑片状小阴影聚集者6例, 内有数个p影或q影重叠, 范围1.4 cm×1.8 cm~2.2 cm×3.2 cm。典型大阴影者8例, 呈密度较高、边缘较清楚、直于前肋的条带状, 范围1.7 cm×4.8 cm~2.8 cm×6.1 cm。出现胸膜增厚粘连者8例, 肺门、纵隔淋巴结蛋壳样钙化1例。出现弥漫性肺气肿24例(48%), 肺大泡2例。

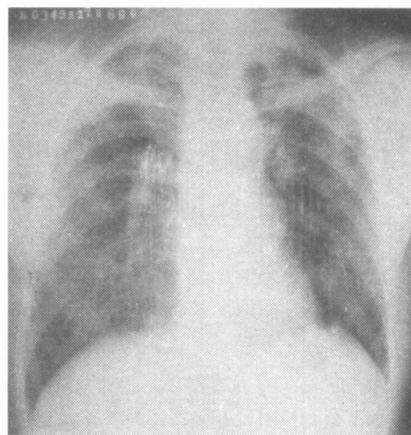


图1a: 患者, 男, 41岁。从事简草加工作业7年, 工种: 拔草。2003年9月22日胸片显示双上肺区大片状小阴影聚集, 其中左上肺区小阴影聚集达7.2 cm×4 cm。双肺共六个肺区有总体密集度为3级的p/q影。

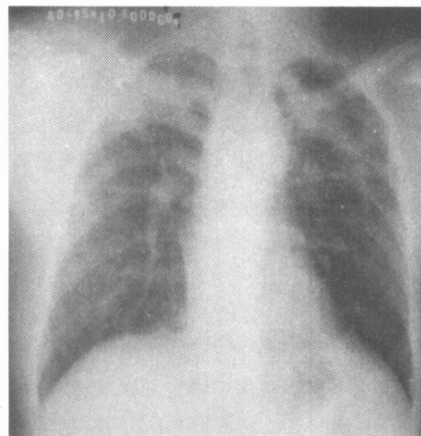


图1b: 同一患者2004年5月10日胸片显示左上肺区小阴影聚集演变为7 cm×3 cm的大阴影, 呈上细下宽的水滴状, 长轴垂直于前肋, 上端伸入肺尖部, 周围有明显的气肿带包绕, 而左中肺区p/q影密集度因代偿性肺气肿由3/3下降为2/3。

图1 简草工尘肺高千伏胸片

3 讨论

20世纪80年代初我国引种的日本简草, 草长达1.3 m以上, 产量达1.3 t/hm², 比地产杜草经济价值高。某市种植简草面积超过6666.7 hm²(10万亩), 是国内最大的简草生产和加工基地^[2]。本组11例简草工尘肺, 全部为在该市简草制品加工厂从事拔草工种的外地民工。

简草收割后, 为了保持草茎翠绿、提高干燥度及预防草茎吸水泛黄等, 要对简草进行染土。染土是以多种矿物为原料, 经破碎、研磨、筛分加工而成的混合矿粉, 主要成分是高岭土、石英、叶蜡石、明矾, 夹杂少量其他矿物; 化学组成以SiO₂和Al₂O₃为主, 另有少量铁、锰、钛等化合物。简草

加工作业工人在蔺草染土后的各个工序中接触染土粉尘。据调查, 由于车间普遍缺乏必要的防尘设施, 车间工人的自我保护意识不强, 很少有人戴口罩, 因此染土粉尘污染对工人的危害非常严重。蔺草作业工人长期接触高浓度染土粉尘, 最终会引发蔺草工尘肺。

3.1 蔺草工尘肺的诊断

自 2002 年肖国兵等^[1]首次报道蔺草工尘肺以来, 至今国内文献报道尚不足 20 例。据马藻华^[3]等统计蔺草工尘肺的发病率为 1.36%, 占拔草工的 4.74%。患者多为青壮年, 平均拔草工龄仅 6 年余, 比典型矽肺对照组发病工龄提前 15 年; 比日本蔺草工尘肺患者发病工龄提前 10 余年。

由于早期蔺草工尘肺多无明显的临床症状^[4], 故患者容易忽视染土粉尘对自身健康的危害。本组病例多数为 II 期和 III 期蔺草工尘肺, 病情相对较重, 部分病例出现胸痛、气喘等呼吸道症状及胸闷、劳力性呼吸困难等心血管症状。少数病例有头痛、乏力及颌下淋巴结肿大。典型矽肺对照组的临床表现与之类似。

由于染土粉尘的游离 SiO_2 含量超过 10%, 故蔺草工尘肺的病理改变为矽肺的可能性大, 因而具有尘肺病的基本 X 线征象, 即小阴影、小阴影聚集和大阴影, 但又与典型矽肺的 X 线表现有所区别。(1) 蔺草工尘肺的圆形小阴影与典型矽肺的圆形小阴影虽然均多表现为 p 影或 q 影^[7], 但蔺草工尘肺的圆形小阴影的密度通常较典型矽肺的圆形小阴影密度为低, 有鉴别诊断意义。与 50 例典型矽肺病例进行对比分析, 发现本组蔺草工尘肺圆形小阴影密度较 42 例典型矽肺为低。其机理可能与以下因素有关: 染土粉尘的游离 SiO_2 含量相对较低; 蔺草工接尘工龄较短、病灶发展较快^[8]; 染土粉尘含有一定量的铝, 可能缓和 SiO_2 的致纤维化作用^[9]。Ueda^[10]等曾经报道蔺草工尘肺也可表现为不规则小阴影, 其病理机制可能与染土粉尘的沉积作用使支气管和/或肺泡壁发生组织学变化有关。(2) 本组病例小阴影聚集均呈大片状, 与典型矽肺有所不同, 病变进一步发展可融合形成典型的大阴影。II ~ III 期蔺草工尘肺患者可出现不同程度的肺间质纤维化改变也与典型矽肺有所区别, 以 III 期病例更为明显。本组 1 例 III 期蔺草工尘肺在首次胸片上于左上肺区呈大片状小阴影聚集, 范围约 $7.2 \text{ cm} \times 4 \text{ cm}$, 在较短时间内 (7 月余) 演变成为 $7 \text{ cm} \times 3 \text{ cm}$ 的巨大的大阴影实属少见, 可能与拔草工长期在粉尘污染严重的作业环境中工作有关。(3) 矽肺多伴有胸膜增厚, 这是由于矽尘随淋巴逆流到达胸膜引起的纤维增生所致, 矽结节也可见于胸膜上^[11]。对照组中 50 例典型矽肺出现胸膜增厚 8 例 (16%); 而本组病例未见该征象, 国内文献也未述及; 可能与本组及国内文献报道的病例数均较少有关。胸膜改变是否为蔺草工尘肺与典型矽肺进行鉴别诊断的一个依据, 尚需将来大宗病例对照研究。(4) 典型矽肺对照组出现弥漫性肺气肿占 48%, 本组蔺草工尘肺均无弥漫性肺气肿征, 我们认为有无弥漫性肺气肿征象可能有利于蔺草工尘肺和典型矽肺的鉴别诊断。

3.2 蔺草工尘肺命名的探讨

目前我国对该病尚未正式命名, 日本学者^[5~7]对该病的称谓也不一致, 有染土尘肺 (Igusa pneumoconiosis)、蔺草尘肺 (rush dust pneumoconiosis) 和草席工染土尘肺 (rush mat workers sendo dust pneumoconiosis) 等。我们认为: (1) 在蔺草染土后的加工过程中, 蔺草作业工人暴露在严重的染土粉尘污染环境中, 长期吸入相当数量的染土粉尘可引发尘肺; 偶尔并发肺腺癌^[9]。目前国内虽无尸检病理报道, 但动物实验发现^[9], 老鼠染土后 12 个月肺脏病理切片显示 1~2 级矽结节伴少量胶原性变。至今发现该病仅在蔺草作业工人中发生。为了使政府有关部门、企业和蔺草作业工人高度重视其职业危害, 我们建议命名为蔺草工尘肺 (rush workers' pneumoconiosis), 以突出其职业危害特征。(2) 蔺草是有机物, 从蔺草加工制成蔺草制品的生产工艺中, 蔺草烘干过程不应该产生严重的蔺草粉尘——有机粉尘污染。本组病例在胸片上均显示圆形小阴影, 而不是单纯表现为肺间质纤维化, 也支持蔺草工尘肺是由于无机粉尘——染土粉尘污染所引起, 所以称“蔺草尘肺”欠妥。(3) 蔺草工尘肺的致病性粉尘虽然是染土粉尘, 但称之为“蔺草染土尘肺”可能会让人产生一些误解, 即使人认为蔺草工尘肺的致病性粉尘包含了蔺草粉尘和染土粉尘; 同时蔺草染土既可理解为蔺草加工程序中的一个工艺过程, 也可理解为蔺草染土过程中必须加入的辅助剂——(蔺草) 染土, 从而可能产生不必要的理解混乱。(4) 若命名为“染土尘肺”虽然指明了该病是蔺草作业工人在生产劳动过程中因长期吸入染土粉尘所引起的尘肺, 但实际上染土只是辅助剂, 不是蔺草作业工人加工的对象, 故也欠妥当。

3.3 鉴别诊断

肺弥漫结节性疾病多达 150 余种, 病因甚多, 蔺草工尘肺仅是其中一种疾病, 必须与粟粒性肺结核、含铁血黄素沉着症、肺泡微石症、肺结节病、肺粟粒型转移癌等疾病相鉴别。重视患者长期从事蔺草加工作业、有染土粉尘接触史, 结合不同的临床表现及实验室检查, 蔺草工尘肺诊断不难。在 X 线表现上, 蔺草工尘肺圆形小阴影密度多较浅淡, II ~ III 期患者往往伴有不同程度的肺间质纤维化、小阴影聚集范围较大并可较快融合成大阴影, 与典型矽肺有所不同。

(部分现场资料由宁波市卫生监督所肖国兵、宁波市疾病预防控制中心马藻骅提供, 谨致谢意。)

参考文献:

- [1] 肖国兵, 王仁元, 徐来荣, 等. 蔺草染土粉尘对工人健康影响的研究 [J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2002, 20 (2): 90-92.
- [2] 周承来, 徐来荣, 马磊, 等. 蔺草加工业劳动卫生学调查 [J]. 职业卫生与应急救援, 2000, 18 (2): 181-182.
- [3] 马藻骅, 王仁元, 肖国兵, 等. 蔺草染土粉尘的特性及职业危害 [J]. 工业卫生与职业病, 2002, 28 (3): 133-136.
- [4] 范海波, 楼垂久, 阮新忠, 等. 早期蔺草尘肺的 HRCT 表现 [J]. 现代实用医学, 2002, 14 (11): 583-585.
- [5] Kohashi Y, Mouri K, Yoshida K, et al. A case of pulmonary adenocarcinoma coexistent with Igusa pneumoconiosis in one segment of the lung [J].

- Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi, 2004, 42 (6): 537-541.
- [6] Yoshimoto S, Konishi H, Kawahara S, et al. A case of rush dust (IGUSA-SENDO) pneumoconiosis with a large conglomerate mass shadow [J]. Nihon Kyoku Shikkan Gakkai Zasshi, 1991, 29 (11): 1489-1494.
- [7] Fujimoto K, Muller NL, Kato S, et al. Pneumoconiosis in rush mat workers exposed to clay dye "sendo" dust: clinical, radiologic and histopathologic features in seven patients [J]. Chest, 2004, 125(2): 737-743.
- [8] 张幸, 楼垂久, 肖国兵 等. 茴草染土尘肺的影像学表现 [J].

浙江省医学科学院学报, 2002, 49: 1-4.

- [9] 周华仕, 姜金萍, 陈钧强, 等. 茴草染土尘致大鼠肺部病变的实验研究 [J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2003, 21 (3): 172-174.
- [10] Ueda A, Futatsuka M, Ueda T, et al. A follow-up study on the lung disorders of rush (igusa) farmers exposed to "sendo" dust [J]. Sangyo Igaku, 1984, 26 (1): 32-44.
- [11] 上海第一医学院《X 线诊断学》编写组. X 线诊断学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1983. 124-132.

重症职业性中暑 6 例分析

Analysis on six cases of severe occupational heat-stroke

翟明芬

ZHAI Ming-fen

(常州市疾病预防控制中心, 江苏 常州 213003)

摘要: 对 6 例重症中暑病人进行分析。其中 5 例为热射病, 早期表现为过高热、多脏器损伤, 后期有脑功能损伤的后遗症; 1 例为热痉挛、热衰竭混合型, 表现为肌肉痉挛、血压下降。经治疗后, 病情很快好转。

关键词: 中暑; 搬运工; 驾驶员;

中图分类号: R594.12 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2005)06-0344-02

2003 年及 2004 年夏, 本地出现罕见的持续高温, 致中暑病人骤增, 并出现 6 例重症职业性中暑病人, 现进行分析。

1 一般资料

6 例患者均为男性, 年龄 24~52 岁。4 例为室外搬运工、卡车驾驶员、空调安装工, 2 例为室内钢坯运输工及呢绒厂仓库搬运工。中暑时间发生在 2003 年 7 月 29 日~8 月 3 日及 2004 年 7 月 23 日, 气象预报最高气温 37℃, 而作业场所实际气温远高于此。发生中暑日患者的作业时间短至 2.5 h, 长至 7 h, 5 人昏倒在工作现场。

2 临床资料

5 例患者表现为深昏迷, 全身皮肤干烫, 体温超过 42℃, 有强直性抽搐, 血压正常, 治疗后留有程度不同的脑功能损伤的后遗症, 表现有智力下降, 共济失调, 语言及计算能力明显减退。1 例患者表现为浅昏迷, 大汗, 皮肤湿冷, 体温不升, 血压为 0。腓肠肌及腹肌抽痛, 治疗后很快好转, 无后遗症。

实验室检查: 3 例血 WBC 升高。1 例尿蛋白 (+)。5 例肝功 ALT 增高 (214~957 U/L) 及 AST 增高 (83~685 U/L), 5 例 TBIL 增高 (44.7~206.6 μmol/L), 5 例肌酸磷酸激酶 (CPK) 增高 (957~1966 U/L), 5 例 α-羟丁酸脱氢酶 (HBDH) 增高 (466~957 U/L)。3 例电解质紊乱。肾功能检查: 4 例肌酐、尿素氮增高。心电图 4 例异常, 均表现有部分导联 T 波改变。

胸部 X 线透视及头部 CT 未见异常。

3 典型病例

【例 1】男, 47 岁, 某厂搬运工, 2003 年 7 月 29 日 7:45 前往油库露天装货。当日最高气温为 37℃, 且风力小。作业至 10:30 患者诉头昏、乏力, 随即倒地, 四肢抽搐, 口吐白沫, 被急送医院抢救。患者以往体健, 无心脑血管病史。查体: T 42℃, P 129 次/min, R 36 次/min, BP 120/56 mmHg, 皮肤干烫, 发育正常, 营养佳, 查体不能合作, 深度昏迷, 双侧瞳孔等大等圆约 1.5 mm, 对光反射消失, 口角无歪斜, 耳鼻无分泌物, 颈软, 气管居中, 两肺呼吸音正常, 心率 129 次/min, 律齐, 未闻及杂音, 腹平软, 肝脾未及, 四肢肌张力低下, 腱反射及病理反射未引出。初步诊断: 中暑 (热射病), 脑血管意外待排除。立即给予物理降温、冬眠疗法、静脉输液等对症处理, 并作实验室检查。7 月 29 日结果示: 血常规 Hb 151 g/L, WBC $10.6 \times 10^9/L$ (N 0.95), 血肌酐 142.9 μmol/L, 尿素氮 8.48 mmol/L, 血 Ca^{2+} 2.08 mmol/L, 血 P^{3+} 0.38 mmol/L, 血 K^{+} 3.59 mmol/L, 血 Na^{+} 123.5 mmol/L, 血 Cl^{-} 31.7 mmol/L, 血氧分压 5.74 kPa, 血氧饱和度 69.1%。心电图示窦性心律, 部分导联 T 波改变。头部 CT 未见异常。入院后进一步按中暑治疗, 患者仍昏迷, 并出现肝功能及心肌酶谱异常, 8 月 1 日报告为 ALT 957 U/L, DBIL 89.4 μmol/L, LDH 59.9 U/L, 肌酸磷酸激酶 1063 U/L, 羟丁酸脱氢酶 466 U/L。经积极保护脑细胞、肝脏、心脏、肾脏等对症治疗, 20 d 后患者意识转清楚, 但语言含糊, 智能低下, 四肢活动不协调, 继续治疗 2 月余, 生化指标正常, 但脑功能未能恢复。

【例 2】男, 52 岁, 某厂翻斗车司机, 2003 年 8 月 2 日上午 8:00 外出拉货, 在烈日下工作至 12:00 时回厂, 因头昏、头痛、大汗淋漓, 双手双腿及腹背肌抽痛, 短时间昏厥而急送入院。患者既往体健, 无心脑血管病史。入院查体: 体温不升, P 100 次/min, R 30 次/min, BP 0 mmHg, 浅昏迷, 皮肤湿冷, 唇微绀, 面面对称, 两肺呼吸音正常, 未闻及干湿性啰音, 心率 100 次/min, 律齐, 未闻及杂音, 腹平软, 肝脾未及, 膝反射引出, 病理反射未引出。初步诊断: 中暑 (热衰

收稿日期: 2004-12-01; 修回日期: 2005-01-31

作者简介: 翟明芬 (1946—), 女, 主任医师, 从事职业病临床工作。