

3日停4日为1疗程,4~7疗程后尿铅正常。对铅绞痛的病人用葡萄糖酸钙1.0g缓慢静脉推注。对中毒性肝病给予能量合剂、凯西莱保肝。周围神经病者给维生素B₁100mg、B₁₂250 μ g每日1次肌肉注射,连用一个月。结果铅绞痛者2~3d后缓解,消化道症状于1周后消失,肝功能1个月后基本恢复正常。溶血者2个月后血胆红素正常。周围神经病者2~3个月后症状减轻。21例住院1~5个月病情好转出院,1例砷中毒患者因经济原因住院2个月后自动出院,出院时双下肢仍活动不灵。12例砷中毒性周围神经病者,5例6个月后复查神经肌电图仍未正常。

2 讨论

2.1 诊断、治疗

22例患者均为亚急性、慢性起病,10例有明确的偏方治疗史,7例口服含砷食盐,1例有汞吸入史,3例原因不明;以消化道症状起病者10例,以四肢麻木、瘫痪起病者6例。经我院临床观察,参照GBZ83—2002《职业性慢性砷中毒诊断标准》13例诊断为慢性轻度砷中毒,其中12例合并中毒性周围神经病,1例合并中毒性肝病;1例诊断为亚急性轻度砷中

毒,中毒性肝病。参照GBZ37—2002《职业性慢性铅中毒诊断标准》,4例均诊断为慢性中度铅中毒。参照GBZ89—2002《职业性汞中毒诊断标准》2例诊断为亚急性汞中毒,其中1例为汞毒性肺炎;1例诊断为慢性轻度汞中毒,1例诊断为慢性中度汞中毒。本组病例从出现症状到确诊时间平均2.3个月,最长14个月。1例砷中毒已出现四肢瘫痪,生活不能自理,经治疗病情虽有明显好转,但仍有四肢活动不灵。早期诊断对治疗至关重要,以使病情得到及时控制。

2.2 误诊原因

(1)临床医师对毒物不清楚,对其引起中毒的临床表现不了解,且询问病史不详细,忽略病人的服药史。(2)有的个体医生盲目加大毒性中药的剂量。11例患者口服偏方的毒物含量均超过国家毒性中药管理办法规定的剂量,而患者一旦出现症状,部分个体医生对偏方的药物成分故意隐瞒,使诊断复杂化,延误治疗时间。(3)不法商贩制做、销售含有毒物的食品,7例患者口服盐的砷毒物含量超过食物中砷含量容许值922倍。(4)中毒多为多脏器损伤,病情复杂。(5)综合医院对毒物的化验项目较少。

53例急性氨中毒救治分析

Analysis on 53 cases of acute ammonia poisoning

高德江¹,王福莉²

GAO De-jiang¹, WANG Fu-li²

(1. 沈阳市劳动卫生职业病研究所, 辽宁 沈阳 110024; 2. 沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

摘要:对53例急性氨中毒患者临床资料进行回顾性分析探讨,加强氧疗和早期合理使用糖皮质激素是防治肺水肿的关键。

关键词:氨气;中毒;肺水肿

中图分类号:R591.1 **文献标识码:**B

文章编号:1002-221X(2006)03-0149-02

急性氨中毒是短时间内接触高浓度氨所致,以急性呼吸系统损害为主的全身性疾病。我院于1985年1月~2005年12月共成功救治53例急性氨中毒患者,其中包括2起较严重的群发事故,现总结如下。

1 临床资料

53例病人中,男性36名,女性17名,年龄21~43岁,平均年龄37.2岁。接触毒物后0.5~36h入院。按《职业性急性氨中毒诊断及处理原则》^[1],29例病人仅有眼痛、流泪、咽痛、咳嗽、咳痰、头晕症状,查体肺部无阳性体征,胸部X线检查未见异常,诊断急性氨气刺激反应;11例患者除上述症状外,有明显声音嘶哑(24h不恢复),头晕、心悸,肺部听诊有干啰音,胸部X线检查示双肺纹理紊乱、边缘模糊,诊断为轻度中毒;9例患者咳嗽、胸闷、心悸、气短、咳痰带

血丝,声音嘶哑,悬雍垂水肿,肺部查体可闻及干、湿啰音,胸部X线检查示双肺纹理增强紊乱,肺门影增大,诊断为中度中毒;4例患者呼吸困难、不能平卧、发绀,双肺可闻及哮鸣音及湿啰音,喉镜检查见声带充血、水肿,胸部X线检查示肺门影增大,呈碟形,双肺可见大片云雾状阴影,中下野透过度减低,诊断重度中毒。

2 救治与转归

氨中毒致死的主要原因是急性肺水肿,所以预防和治疗急性肺水肿是关键。首先要将所有病人迅速、安全脱离中毒现场,紧急送至医院,给予吸氧、雾化吸入、蒸馏水洗眼等常规治疗,密切观察呼吸频率、血氧饱和度、血氧分压等指标。对已经发生或可能发生肺水肿的患者及早采用肾上腺皮质激素治疗。具体方法:(1)吸氧。早期给予高浓度高流量吸氧(3~5L/min),症状减轻后予低流量吸氧。(2)保持呼吸道通畅。应用祛痰剂,雾化吸入,必要时给予氨茶碱缓解支气管痉挛,降低气道阻力。(3)早期、短程、足量地应用糖皮质激素。(4)应用抗生素预防感染。

经上述抢救治疗,49例病人痊愈,未遗留任何后遗症。4例重度中毒患者肺功能提示轻度通气功能受损,其中1例病人声带损伤,至今声音嘶哑(发病13年),电子喉镜检查可见声带肥厚,表面凹凸不平。无死亡病例。

3 讨论

氨为碱性水溶性刺激性气体,腐蚀性强,与湿润黏膜表

收稿日期:2006-01-11;修回日期:2006-02-25

作者简介:高德江(1966-),男,副主任医师。

面的水分结合形成碱性化合物, 使组织蛋白变性、脂肪皂化, 破坏细胞膜结构, 对皮肤、眼、呼吸道黏膜产生强烈刺激作用, 可发生皮肤灼伤、角膜溃疡、喉头水肿、化学性肺水肿、继发 ARDS。高浓度时可引起反射性呼吸、心搏停止。因此现场急救要争分夺秒, 尽可能减少伤员在毒物中的暴露时间, 切断进一步损伤。

氨中毒性肺水肿为化学性肺水肿, 机制是氨的直接刺激作用使呼吸道黏膜充血、水肿、损伤, 产生大量分泌物, 又促使血管通透性增加, 影响氧气吸入弥散, 造成呼吸功能障碍, 同时毒物损伤肺泡表面活性物质, 加之中毒后交感神经兴奋, 使淋巴管痉挛引起淋巴回流障碍而导致肺水肿。由于发病机制不同于其他肺水肿, 决定了它在治疗上的不同。这种肺水肿一旦发生, 很快会发生 ARDS。治疗上除强心、利尿、限制液体量外, 更重要的是降低肺泡壁和毛细血管通透性和炎症反应, 减轻肺损伤, 恢复肺功能。目前主张大剂量使用糖皮质激素, 使用原则为早期、足量、短程应用, 防治肺水肿, 预防后期的肺纤维化^[2]; 糖皮质激素的应用, 可采取局部和静

脉两种给药方式, 但要注意保护胃黏膜, 预防感染^[3]。

本文 53 例病人中有 2 起群发性中毒, 涉及 41 人, 其中 12 人是现场参加抢救人员, 事故原因是违章操作。抢救人员缺乏自我保护意识, 未掌握基本的中毒应急救援知识和技能, 在不了解毒物特性, 未佩戴个人防护用品的情况下连续救人, 造成了不必要的损失, 教训是深刻的。企业必须建立严格的管理制度和操作规程, 同时制定急性中毒应急救援预案, 针对性地开展急性中毒防范和自救、互救知识培训, 提高职工自我保护意识和处理突发事件的应急能力, 加强个人防护, 杜绝事故发生。

参考文献:

[1] 任引津, 张寿林. 急性化学物中毒救援手册 [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1994. 59-61.
[2] 李艳萍, 王晓辉, 张立仁, 等. 急性氨气中毒 318 例临床分析 [J]. 职业卫生与应急救援, 2000, 18: 200-203.
[3] 方克美, 杨大明, 常俊. 急性中毒治疗学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2002. 107-109.

一氧化碳中毒继发脑梗死 24 例临床探讨

Clinical discussion on 24 cases of CO poisoning with secondary cerebral infarction

沈京连, 李绍英

SHEN Jing-lian, LI Shao-ying

(中国医科大学第四附属临床医院, 辽宁 沈阳 110005)

摘要: 通过对一氧化碳中毒继发脑梗死的临床探讨, 总结其预后及治疗。

关键词: 一氧化碳; 中毒; 脑梗死

中图分类号: R595.1 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2006)03-0150-02

一氧化碳中毒后多出现迟发性脑病, 继发脑梗死的报告不多。现将我院近 5 年收治的 24 例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

24 例一氧化碳中毒患者中男性 15 例, 女性 9 例, 年龄 32~79 岁, 平均年龄 59.2 岁; < 30 岁 1 例, 30~40 岁 5 例, 50~60 岁 12 例, > 60 岁 6 例; 轻度中毒 7 例, 中度中毒 13 例, 重度中毒 4 例。发病前均无肢体活动障碍, 但患高血压 6 例, 糖尿病 4 例, 冠心病 4 例。

1.2 临床表现

24 例患者中毒时间记录不清, 来院时有不同程度意识障碍的 19 例; 5 例意识清醒者均表现为头晕、头痛、恶心、呕吐及全身乏力, 而就诊。查体: 口唇呈樱桃红者 17 例, 双瞳孔缩小者 2 例, 典型三偏症者 3 例, 偏瘫偏身感觉障碍者 12

例, 单纯偏瘫者 3 例, 肌张力正常者 2 例, 无法检查者 4 例, 巴彬斯基阳性者 19 例。

1.3 CT 及 MRI 检查

24 例患者均于入院当天行头 CT 或 MRI 检查, 未显影的于 1~7 d 复查后出现梗死灶, 其中基底节区梗死 18 例, 一侧梗死 9 例, 双侧梗死 5 例, 基底节区合并一侧枕叶、颞叶梗死 3 例, 合并顶叶梗死 1 例, 丘脑梗死 2 例, 小脑梗死 1 例, 单纯额叶、颞叶、顶叶梗死 4 例, 皮层多灶性脑梗死 2 例。24 例患者继发脑梗死的情况见表 1。

表 1 一氧化碳中毒继发脑梗死的情况

	入院当天	1d	2d	3d	4d	5d	6d	7d
发生梗死例数	3	4	6	5	2	2	1	1
平均年龄	76	69	62	57	46	40	39	37

1.4 实验室检查

加减法碳氧血红蛋白 (COHB) 测定, 全部呈阳性。

心电图检查, 19 例 ST-T 改变; 脑电图检查, 17 例出现大脑弥漫性损害。

1.5 治疗与转归

入院后立即给予高浓度吸氧, 高压氧, 抗凝, 扩血管, 减轻脑水肿, 活化脑细胞, 抗自由基, 控制并发症, 适时适当支持治疗。经积极治疗, 12 例 (50%) 患者治愈或基本治愈, 7 例 (29%) 留有后遗症, 5 例 (21%) 死亡。本组患者高压氧治疗效果详见表 2。

收稿日期: 2006-01-15; 修回日期: 2006-03-28

作者简介: 沈京连 (1968—), 女, 副主任医师, 主要从事脑血管病临床工作。