

学性眼炎,低氧血症,间质性肺水肿。该次多人中毒事故的教训,防护问题应引起人们的重视。

2.原有慢性支气管炎、肺气肿的2例患者,经过积极抢救治疗,1例血气分析的氧分压只能上升到9.9kPa,1个月后两人肺功能复查仍示:阻塞性通气功能不良;胸片示:肺纹理增多、肺气肿。故提示原有呼吸道疾病的患者,急性中毒后,恢复慢,要注意鉴别诊断及就业禁忌证。

3.糖皮质激素可降低毛细血管通透性,保护细胞膜的完整性,促进肺表面活性物质生成。早期、短程、足量应用,对DMS中毒性肺水肿的防治有较好的疗效。中性液超声雾化吸入,有助于解除支气管痉挛和减轻呼吸道刺激症状。合理应用抗生素以防治感染、改善通气功能、减少耗氧、纠正低氧血症是治本措施。

(本文承蒙王莹主任指导,特此感谢)

## 职业性丙烯酰胺中毒两例报告

淄博市职业病防治院 田 东

某村办化工厂聚丙烯酰胺车间投产1年后,先后发生两例丙烯酰胺中毒,现报告如下:

例1,男,18岁,某村办化工厂聚丙烯酰胺车间操作工,使用30%丙烯酰胺水溶液生产聚丙烯酰胺,经常徒手操作。1周后双手脱皮、多汗。11个月后手足麻木、发凉,四肢无力,行走和持物不稳,说话变音,嗜睡、纳差,无头晕、肌肉抽搐及发热。在院外按“末梢神经炎”服维生素B<sub>6</sub>及肌苷等药物治疗1个月,效果欠佳,于1988年8月23日转入我院。患者幼年时患右耳慢性化脓性中耳炎,未愈。无家族史。

入院检查: T、P、R、BP 均正常。精神萎靡、语音清晰,不流利,步态蹒跚,下蹲及站立困难。双眼球呈水平性粗大震颤。右耳鼓膜松弛部完全性穿孔。心肺检查正常。肝脾未及。颅神经检查正常。双上肢肘关节以下及双下肢膝关节以下皮肤痛觉及触觉减退,震动觉消失。双上肢肌力正常,双下肢肌力Ⅳ级,四肢肌张力明显减弱。昂伯氏征(+),轮替试验(+),跟膝胫试验(+),指鼻及对指试验不准确。腹壁反射及提睾反射存在,双侧肱二头肌反射、桡骨膜反射、膝反射、跟腱反射均消失,病理反射未引出。

实验室检查:血常规、尿常规、血胆碱酯酶活性、免疫球蛋白IgA、IgM、IgG均在正常范围。血清丙氨酸转氨酶、麝香草酚浊度试验正常。心电图、脑电图、脑血流图均正常。神经-肌电图:静息时呈正锐波,小力收缩平均时限延长,波幅增高29.2%,大力收缩呈单纯相,右胫后神经 MCV33.6m/s,右腓肠神经 SCV38.8m/s。

诊断:职业性慢性重度丙烯酰胺中毒。

入院后给予大剂量维生素B族药物、能量合剂、极化液、加兰他敏、中药,理疗,配合肢体按摩及功能锻炼、高蛋白饮食等综合治疗。1个月后小脑共济失调症状减轻,皮肤痛觉、触觉恢复正常,出现双手

大、小鱼际肌及掌间肌萎缩和轻度足下垂。3个月后共济失调症状消失。双手部肌萎缩及足下垂明显。6个月后双手部肌萎缩及足下垂明显恢复。听觉脑干诱发电位检查:右侧潜伏期、各波间期明显延长,波幅降低,左侧正常。电测听检查:右耳语频气导听力损失70dB,骨导正常。10个月后仍有轻度手部肌萎缩及足下垂,震动觉未恢复正常。神经-肌电图检查:失神经电位消失,神经传导速度未恢复正常。14个月后手部、下肢肌力及四肢远端震动觉恢复正常,听觉脑干诱发电位检查无明显改变,神经-肌电图检查:神经传导速度恢复正常。

例2,男,18岁。与例1同环境操作,经常徒手作业。5天后双手脱皮、多汗。10个月后手足麻木,乏力,行走不稳,嗜睡,无头晕、肌肉抽搐及发热。院外按“末梢神经炎”治疗半个月效果不佳与例1同时转入我院。既往健康。

入院检查: T、P、R、BP 均正常,精神萎靡,语音清晰、流利,步态蹒跚,下蹲及站立困难。心肺检查正常。双上肢肘关节以下、双下肢膝关节以下皮肤痛觉及触觉减退,震动觉消失。四肢肌力正常,肌张力明显减弱。昂伯氏征(+),轮替试验(+),跟膝胫试验(+),对指及指鼻试验不准确。腹壁反射及提睾反射存在,双侧肱二头肌反射、桡骨膜反射、跟腱反射均消失,病理反射未引出。

实验室检查:神经-肌电图检查:静息时呈正锐波,小力收缩平均时限延长、波幅增高72%,大力收缩呈混合相,右正中神经 MCV41.3m/s,右腓肠神经 MCV34.6m/s。

诊断:职业性慢性中度丙烯酰胺中毒

治疗经过与例1相同。1个月后感觉性共济失调症状减轻,痛觉、触觉恢复。3个月后共济失调症状消失,出现明显心悸、体温不规律、多汗等植物神经功

能紊乱症状。10个月后植物神经功能紊乱症状消失，震动觉恢复正常。神经-肌电图复查：失神经电位消

失，神经传导速度恢复正常。

## 服用民间偏方致汞中毒1例报告

菏泽地区卫生防疫站 杨玉海 张永福 杨清雪

汞中毒是常见的职业病之一。误服含汞中药所致汞中毒不多见，往往被误诊和延误治疗，甚至造成严重后果。最近，我们遇到服含汞中药治疗银屑病而致汞中毒1例，报告如下：

李某，男，20岁。于1989年8月因治疗银屑病口服含汞中药制剂（患者诉系用水银、黄丹、槐米、大枣等组成，量均不详），每天一粒，服40天后出现恶心、呕吐、流涎、牙龈肿胀、牙齿酸痛、食欲不振、头昏、全身无力、便秘、腹胀、腹痛，遂停药。腹痛发作时，上腹痛不明显，以脐周围为主，呈阵发性绞痛。痛时需按腹，伴恶心、呕吐等。1989年12月15日腹痛加重，到县医院住院15天，口腔炎症好转，腹痛症状缓解不明显。遂以腹痛转入地区医院。

入院体检：T36.7℃，R20次/分，P82次/分，BP16.0/10.7kPa。急性病容、意识清、巩膜无黄染，牙龈肿胀不明显，口腔粘膜无出血。双肺无异常，心率80次/分，律齐。肝脾未及，脐周围无压痛。肾区叩痛。腱反射正常。下肢浮肿。实验室检查：血常规正常。尿常规：蛋白(+++)，脓细胞少许，红细胞偶见。初步诊断：①急性肾炎？②肾结石？经B超检查无异常发现，排除肾结石。按急性肾炎治疗，

20余天后，腹痛有所缓解，下肢浮肿消失，尿蛋白(+)，患者自感病愈要求出院。

出院后十余天，腹痛加重，二次入地区医院，诊断为：急性肾炎？经有关专业会诊，根据病人症状及详细询问服药史、既往史，（以往无铅、汞中毒病史）并检查，尿汞279.4nmol/L (0.056mg/L, CG-1A型测汞仪)，尿铅0.17nmol (0.035mg/L, 双硫脲法)。结合临床症状、服药史和尿汞检查，诊断为：①药物性汞中毒；②中毒性肾损害。给予二巯基丁二酸，每天1g，口服，连服三天，停四天为一疗程，驱汞治疗。治疗期间分别做尿汞化验检查，2个疗程后，尿汞49.9nmol/L (0.01mg/L)。同时给予保肾药物，对症治疗，临床症状逐渐消失，痊愈出院。

### 讨 论

1. 含汞中药所致汞中毒，易误诊肾炎、肾结石、膀胱炎等。因此，在临床上要详细询问病史，以免误诊和贻误治疗。

2. 目前，一些个体行医者，不讲科学，自配用药，应引以为戒。卫生主管部门应加强个体行医者管理，以确保人民身体健康。

## 急性一氧化碳中毒后脑萎缩1例报告

吉林省辽源市职业病防治所 谷耀先 刘雅芬 史淑云

刘某，男，33岁。在某碳酸氢钠车间，吸入多量一氧化碳而昏倒在现场，被送医院抢救3小时后清醒，诊断为急性重度CO中毒，住院号为79382。清醒后10小时仍感头晕、头痛、“心难受”。患者用手打床，逐渐表情淡漠，吐字不清（7天前曾发生轻度CO中毒，但未休息治疗）。此后10年内经各地较大医院先后用胞二磷胆碱、维生素、能量合剂、维脑路通、脑复康、针灸和高压氧等治疗，病情仍继续发展。现表情呆板、反应迟钝、记忆障碍、瞬目减少，常无故傻笑，步态缓慢，四肢震颤，尤以手为著，生活不能自理。体检除肌张力增高，膝腱反射亢进外，未见其

它阳性体征。头部CT示40~50mm层面左侧脑室前角外侧-2.8×0.6cm大小长条形低密度影，边缘清，CT值8H；40~60mm层面左侧脑室体部外侧-1.2×1.7cm大小低密度影，边缘模糊。CT值8H；左右侧脑室、第三脑室均扩大，脑沟、裂加深增宽，中线结构无移位。诊断为两侧基底区脑软化灶，脑萎缩。

本病例本次中毒前无神经精神病史，既往健康。该患7天内二次急性CO中毒，第一次中毒后未很好休息治疗，又发生重度中毒，因此造成脑组织长时间缺氧缺血而致脑组织软化，萎缩。