

前7日每日地塞米松15mg静点,3天后咳嗽,咳白色泡沫痰及紫绀减轻,呼吸困难缓解,双肺干湿性罗音减少,可平卧,但仍咳黄痰。7天后地塞米松减量,于第13天改口服强的松每日30mg晨服,逐渐减量至第28天停药。抗生素曾先后选用先锋霉素VI号,菌必治、丁胺卡那霉素共用30天。于住院第11天复查胸部X线片,两肺透过度正常,两肺上野粟粒状阴影明显缩小,边缘较清楚,部分已经吸收,两肺下野肺纹理扭曲,延长,掺杂点片状阴影,于住院第30天两肺粟粒状阴影基本吸收,但仍遗留肺纹理改变,病人仅有轻度咳嗽,咳白色泡沫痰,右肺下野可闻及少许湿罗音,住院33天以临床基本治愈出院。出院后3个月随访,自觉症状消失,两肺呼吸音正常,胸部X线片两肺粟粒状阴影消失,两肺下野纹理扭曲增强。

讨论 本文报告病例诊断为急性重度氮氧化物中毒迟发性阻塞性毛细支气管炎依据是:(1)有确切地接触氮氧化物职业史;(2)在直接接触毒物后发病;

(3)同一环境下另一人也发生咳嗽、胸闷、气短等症状;(4)以气短、胸闷、咳嗽、咳白色泡沫痰、呼吸困难等肺水肿为主要表现及白细胞增高和SGPT增高等;(5)既往无结核病史,突然X线胸片上呈现两肺野广泛散在边缘模糊、密度不均、大小不等的粟粒状阴影,经用抗结核药治疗未见显效。同时较大剂量糖皮质激素及抗炎、对症治疗基本痊愈,进一步证实本诊断的正确性。

本例误诊原因是由于忽略接触氮氧化物的病史,及对急性氮氧化物中毒特点认识不足,尤其是本例病人经治疗二周后病情已明显好转,又突然呼吸道损害症状加重,胸部X线片满布粟粒状阴影,以至被误诊为粟粒型肺结核,几乎濒临死亡,这种急性重度氮氧化物中毒迟发性阻塞性毛细支气管炎的改变临床是少见的,临床医生包括职业病科医生是容易忽视的,因此,本病例的误诊教训,提醒我们要重视少见病例。

职业性急性溴甲烷中毒后遗神经系统损害1例报告

任永清¹ 王作尚² 王增林² 姜峰杰¹

我市某化工厂于1992年8月发生职业性急性溴甲烷中毒4例,其中1例后遗神经系统损害,报告如下。

徐某,男,22岁,溴甲烷生产工人。于1992年8月26日入院,住院号49987。

患者入院前10天在 $15 \times 4m^2$ 的仓库内,用生产溴甲烷的压缩机连接溴甲烷贮罐(有残余溴甲烷)的喷枪,向容器上喷醇酸漆,溴甲烷也随之喷出(空气中溴甲烷浓度未实测),约3小时后出现头晕、恶心、站立不稳。无意识丧失。即脱离现场,未经处理,在家休息3日,头晕、恶心等症状减轻,但仍有站立不稳,而且出现步态蹒跚,下肢无力、听力减退伴耳鸣,说话不流利,排尿困难而入我院。

既往身体健康,无神经系统疾患及职业中毒史。有磺胺药皮肤过敏史。

同工种者3人也发生急性轻度溴甲烷中毒。接触溴甲烷1~2.5小时,出现轻度中毒症状,中毒10天后体检除共济试验阳性外,无其它体征,发病1月后恢复正常,1年后随访皆无异常发现。

入院体检: T $37.6^{\circ}C$, P 113 次/分, R 17 次/分, BP $20/14kPa$ 。意识清,心律齐,未闻及杂音。肺无异常。腹部平软,肝脾未扪及。神经系统检查:语言

不够流利和准确,双瞳孔等大,直径2mm,对光反射存在,眼底视网膜动脉稍细。痛觉、触觉、位置觉无异常。四肢肌力Ⅱ度,肌张力正常。闭目难立征阳性,顿坐试验阳性。双侧肱二、三头肌反射活跃,膝、跟腱反射亢进,踝阵挛(+).腹壁反射及提睾反射消失。双侧Babinski征(±),Hoffmann征(+).

实验室检查:血常规、尿常规、肝功能、头颅CT均无异常发现。3D—TCD示脑血管痉挛,脑电图呈边缘状态, α 波广泛化。脑干听觉诱发电位主观短波听力较正常人R和L各减20dB,提示V波分化稍差。心电图示窦性心动过速。

入院诊断:职业性急性溴甲烷中毒。

治疗经过与转归:患者入院后20天内曾用0.9%氯化钠静滴、能量合剂、B族维生素、高压氧、糖皮质激素等治疗,头晕、恶心等症状很快消失,语言不流利明显好转。入院20天后用安坦、脑活素、肌苷、胞二磷胆碱等药,病情无明显变化。半年后神经系统检查,其阳性体征仍存在。一年后随访仍呈锥体束征阳性,共济失调。具体表现为双侧膝、跟腱反射亢进,

1. 山东省潍坊市人民医院职业病科(261041)

2. 山东省昌邑市卫生防疫站

踝阵挛(+)。腹壁及提睾反射减弱。双侧 Babinski 征(±), Hoffmann 征(+), 闭目难立征阳性等。一年后随访时查尿溴 1.44mmol/L , 血清溴 0.56mmol/L 。

结论 根据职业性急性溴甲烷中毒的诊断标准和

处理原则。本例患有明确的溴甲烷接触史; 除有轻度中毒的临床表现外, 还具有中毒性神经系统损害, 可诊断为重度中毒。经中毒后一年随访仍留有恢复不全的神经系统症状与体征。

密佗僧治呃逆致急性铅中毒 1 例报告

西安市中心医院职业病科(710003) 郭宝科

陕西省化工轻工总公司卫生所 杨小蕊

我院曾收治密佗僧治疗呃逆致急性铅中毒 1 例, 现报道如下。

王某, 女, 36岁, 住院号67576。1993年4月9日患者因呃逆服用内含密佗僧的中药汤剂, 第一次服密佗僧6克, 第二次服8克。4月10日晚, 自觉恶心、上腹不适。4月14日, 症状加重, 呕吐多次, 为胃内容物, 不能进食, 脐周阵发性隐痛, 以“急性胃炎”收当地医院。对症治疗, 略有好转出院。4月20日, 病情又加重, 巩膜黄染, 腹部持续性隐痛, 阵发性加剧, 伴恶心、呕吐, 不能进食, 柏油样便, 当地医院又以“胆囊炎”收住院, 治疗效果不显著, 转来我院, 以急性铅中毒收住院。既往体健, 无烟酒嗜好。

住院检查: $T36.2^{\circ}\text{C}$, $P79\text{次/分}$, $R18\text{次/分}$, $BP12/8.5\text{kPa}$, 急性病容, 面色稍苍白, 巩膜轻度黄染; 铅线(卅), 牙龈炎(+). 心肺正常; 腹软, 脐周压痛明显, 无反跳痛。肝上界第五肋间, 下界肋下1cm, 有触痛; 脾未及。神经系统无异常发现。

实验室检查: 肝功 $ALT500\text{U}$ 以上, 黄疸指数12U; 尿铅 $1.16\mu\text{mol/L}$, $CP(\text{卅})$, $ZPP3.9\mu\text{g/gHb}$; $Hb90\text{g/L}$; $WBC18\times10^9/\text{L}$, $N0.84$, $L0.16$; 点彩红细胞 0.08% , 碱粒 2.1% , 网织红 2.87% 。电脑化尿液

快速分析检查: 尿蛋白(+), 胆红素(+), 尿胆元素(卅); 尿液镜检示脓球(+), 红细胞(卅), 管型少许。心电图示 ST_{V1} 轻度下移, $T_{2,3,4,5}$ 倒置、 T_{V5} 双向; 血钾 2.9mmol/L ; 肾功正常。

住院后经用 Ca-EDTA 驱铅六个疗程(尿铅最高达 $2.74\mu\text{mol/L}$, $4.78\mu\text{mol/D}$, $CP(\text{卅})$)及中西医对症治疗, 自觉症状完全消失, 铅线基本消退, 肝功、肾功、心电图、尿常规均正常; 尿铅 $0.3861\mu\text{mol/L}$, $CP(-)$, $ZPP13.6\mu\text{g/gHb}$, $Hb12.5\text{g/L}$, 其他查体无特殊, 住院50天后出院。

讨论 本草云佗僧“除湿重坠软坚”, 治呃逆用其重镇平肝之意。密佗僧又称黄丹, 学名一氧化铅(PbO), 主要用于蓄电池、颜料、搪瓷、橡胶、油漆、中药等。属于铅的无机化合物。其毒性同铅, 是一种全身毒, 主要以神经、血液系统及肝、肾为靶器官。该病例既往体健, 口服密佗僧14克后, 出现恶心、呕吐、腹绞痛及肝、肾损害; 化验尿铅、网织、点彩、碱粒高于正常, 尿粪卟啉阳性, 用 Ca-EDTA 治疗后痊愈, 急性铅中毒诊断无疑。如不仔细询问接触史, 急性铅中毒易误诊为急性胃炎、胰腺炎、胆囊炎、黄疸性肝炎、急腹症、血液病等, 应注意加以鉴别。

硒致刺激反应两例报告

河南省职业病防治所(450052) 史勤 王国荣 秦文华

随着我国电子工业的发展, 硒的用途越来越广泛。吸入过量的硒, 可引起刺激症状和中毒。最近我所收治两例硒所致刺激反应, 现将发病情况报告如下。

1989年3月, 某校办加工厂收集无线电厂的边角铝片进行炼制, 铝片中混杂硒片, 除铝和硒外, 没有其他金属。在冶炼过程中产生浓烟伴红色火焰及蒜臭味, 例1接触约3分钟立即脱离现场, 后回来看火势又接触约1分钟; 例2接触约3分钟即脱离现场。继之两患者咳嗽、流泪、流鼻涕、闷气、头晕、恶心,

即送地区医院诊治。查体: 两患者双目畏光, 眼睑结膜及咽后壁轻度充血, 扁桃体不大, 肺部听诊, 两肺呼吸音粗糙, 吸气末可闻及少量干性罗音。当时没有拍胸片。当即用氨茶碱及抗感染、止咳、利尿药物治疗, 半月后转我所进一步检查。

【例1】杜某, 男, 23岁, 工人, 接硒烟雾约4分钟, 半月后急性刺激症状消失, 仍表现食欲不振、全身发痒、乏力、轻咳, 查体: $T35.5^{\circ}\text{C}$, $P72\text{次/分}$, $BP12/8\text{kPa}$, 全身皮肤有偶见的丘疹, 两肺呼吸音粗