

噪声对敏感者损害 1 例报告

淄博市卫生防疫站(255026) 张曰灵 张仲平

王某,女,21岁,纺织厂挡车工,入厂前查体无神衰征候群,家族无神经系统疾病。纺织车间噪声强度为 103dB(A),属中高频。王某在入厂工作3个月后,出现头痛、头晕、失眠、多梦症状,经用B族维生素、刺五加等药物治疗,效果不佳,工作5个月后,上述症状明显加重,并出现恶心、厌食、腹泻、心悸、乏力、反应迟钝、健忘等症状,体重由原来的52公斤减至41公斤,并感觉耳内有机器轰鸣声。经用药物对症治疗,效果不佳。尔后脱离接噪岗位,休息治疗,耳鼻喉科检查无异常。纯音测听语音频率听力损失左耳35dB,右耳32dB,属轻度聋。心电图显示窦性心动过速。经用高压氧、能量合剂、维生素B族及中药综合疗法,2周后上述症状明显好转,听力检查,左耳31dB,右耳30dB,继续休息治疗3个月后,症状基本消失,体重逐渐恢复。但听力检查双耳语频

听力仍在30dB左右。

讨论

纺织噪声不但损伤听力,亦引起心血管系统改变,对听觉系统的损害存有个体易感受性的差异,95dB(A)以上噪声对植物神经影响明显。但我们观察,噪声对神经系统的影响也存在个体差异,敏感者尤甚。本病例王某接噪后出现症状体征日渐加重,且听力下降明显,脱离噪声源后经配合治疗症状显著好转。但王某的特点是职业史短,出现的神经衰弱征候群早,症状重,进展快,且出现在耳聋之前,故我们认为人体的植物神经系统对噪声存有个体敏感者,症状的出现先于耳聋,为预防噪声性耳聋,当工人在100dB(A)以上作业时,早期出现明显神衰征候群,且进展快,症状重,应视为噪声易感者。建议早期脱离噪声源,以免耳聋的发生。

24例八氟异丁烯中毒临床分析

杭州市化工职业病防治所(310013) 沈泉林

八氟异丁烯别名全氟异丁烯(OFIB、PFIB),是无色略带青草味气体。急性毒性约为光气的10倍,毒作用带极窄,危险性极大。现将某研究所发生的两起事故报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组24例中男性18例,女性6例,年龄23~58岁,吸入时间2~45分钟。

1.2 中毒原因 两起中毒均系检修有机氟高三氟点容器时没有将剩余的有机氟残液抽干、排净所致。一起由于残液气外泄;另一起由于马达未开动,致使残液瓶未放完的气体倒流二楼操作室。

1.3 临床表现 本组24例均出现不同程度的咽痛、流泪、头晕、胸闷、咳嗽等症状,体检:体温37.5~38.7°C 12例,呼吸20次/分以上2例,紫绀1例,咽充血24例,两肺呼吸音粗糙9例,肺部有散在干罗音和/或湿罗音6例,白细胞增高 $>10 \times 10^9/L$ 4例,肺功能CO弥散功能低下4例,X线示渗出性病变6例,其中支气管周围炎4例,化学性肺炎、间质性肺水肿1例,化学性弥漫性肺水肿1例。心电图T波变化4例。诊断刺激反应18例,轻度中毒4例,中度中毒

1例,重度中毒1例。

1.4 治疗和转归 凡吸入PFIB者,立即脱离现场,多数病人密切医学观察24~72小时,静卧休息,以减少耗氧量,根据病情轻重均给予地塞米松10~40mg/d,维持2~4天,症状缓解后逐渐减量。使用青霉素和庆大霉素或青、链霉素4~9天防治感染,异丙嗪镇静,能量合剂、输氧等对症和支持治疗。轻度中毒患者,一周后阳性体征消失,白细胞恢复正常,X线胸片渗出性病变吸收,二周后恢复正常,中度中毒患者,三周后症状基本消失,CO弥散功能基本恢复正常,痊愈。

2 典型病例

某女,32岁,吸入PFIB后刺激症状不明显,未经医学观察,照常活动(洗澡、挤乘汽车回家),8小时后胸闷、气促加重,严重呼吸困难,口唇发绀,送急诊室抢救。体检:体温38.2°C,呼吸30~40次/分,血压9.23/6.67kPa,两肺布满哮鸣音及肺底部细湿罗音,X胸片示大量棉絮样密度增高阴影,边缘模糊不清,以两肺内中带明显,心界不大,心电图示心动过速、心肌缺血,白细胞 $13 \times 10^9/L$,血气分析代

急性酸中毒、低氧血症。因重度肺水肿、低氧血症，经人工加压呼吸仍不能纠正，迅速发生呼吸、循环衰竭，并发气胸，形成成人急性呼吸窘迫症，抢救无效死亡。自吸入本品至死亡时间仅17小时。

3 讨论

PFIB 经呼吸道吸入，化学活性较强，其中毒机理尚未完全阐明，有人认为，它在体内可氧化生成氟光气；或与体内羟基结合，释出游离的氟离子，并同

时产生氟光气。也有人认为，氟烯烃类毒性与其对亲核剂反应的敏感性有关，对亲核剂反应敏感性愈高，愈易干扰机体代谢，毒性也越大。

3.2 本品吸入可有咽痛、头晕、恶心、胸闷、咳嗽等“感冒”症状，当接触氟化烃类人员中有骤发的、多人的“感冒”患者，应查明原因，并积极采取措施进行预防性的治疗和医学观察。

矽肺结核并发纵隔气肿伴 Hamman 氏征 1 例报告

绍兴市第六人民医院 (312000) 赵宝珊

患者男性，49岁，住院号 85031，1985年5月24日除咳嗽外出现左侧胸痛，次日左胸痛好转，有颈项部胀痛。体检颈部增粗，两锁骨上窝外形变平消失，触诊时有捻发音。颈静脉无怒张，无奇脉。心率96次/分，律齐，心前区尤其在心尖搏动点内侧听及一种与心搏基本一致的较响亮的附加音，为“嘎啦样”嚼骨音，在左侧卧位时增强，坐位时减弱，即听到Hamman氏征。正位胸片上显示除Ⅲ期矽肺结核X线征象外，可见纵隔胸膜向两侧轻度移位，尚可看到在心脏左缘有一段窄条状透亮气肿带。并经多角度胸透，明显可见从肺动脉圆锥到左心缘有条状透亮带，诊断为Ⅲ期矽肺结核并发自发性纵隔气肿伴 Hamman 氏征。除对原发疾病抗痨抗炎、对症治疗、卧床休息外，对纵隔气肿未作特殊处理。3日后皮下气肿向左

背部扩散，因无明显气急，继续保守治疗观察。第10日心前区 Hamman氏征消失，皮下气肿吸收，并经胸透复查纵隔左心缘气体透亮区已不见，纵隔气肿痊愈。

讨论

因剧烈咳嗽等原因，使气道内压力增高，相应部分的肺泡破裂，空气进入肺间质，沿着间质间隙向肺门和纵隔渗漏，尚可出现心包积气，形成自发性纵隔气肿伴 Hamman氏征。如纵隔内气体沿着大血管的筋膜面，上升至颈部及前胸部，发生皮下气肿。对疑似纵隔气肿患者应摄正侧位胸片或多轴胸透，以免漏诊。

纵隔气肿经非手术治疗多能在1~2周内自行吸收。如纵隔积气较多，气急明显者，可于胸骨切迹处切开小口排气，进行纵隔减压，症状可望缓解。

蝮蛇抗栓酶致肝病 1 例报告

吉林省劳动卫生职业病研究所 (130061) 申维卓 王 珍

吉林省人民医院 申风珍

患者岳某，男，60岁。因心悸、气短、胸前区闷痛5年，加重2天以陈旧性前间壁心肌梗塞，梗塞后心绞痛于1993年3月18日入院。既往无肝炎病史，入院查肝功能、肝胆B超均正常。入院后给蝮蛇抗栓酶（吉林辉南生物化学制药厂生产）0.5U 加入5%葡萄糖250ml 静脉点滴，每日1次，同时给心痛定、肌苷、地奥心血康口服。用药第11天，出现乏力、发热（37.3℃）、皮肤瘙痒、巩膜黄染。复查肝功能：GPT 199U/L，r-GT 797U/L，ALP 327U/L，T-BIL 65.8μmol/L，I-BIL 24μmol/L，D-BIL43μmol/L，TTT3.2U，乙肝三对（乙肝表面抗原、E抗原、C抗原及相应抗体）均阴性，甲、丙、丁肝抗体阴性。

ALB39.6g/L，AFP 2μg/L。血三脂、血清Fe，Co omb试验、网织红细胞均正常。诊断为药源性肝病，立即停蝮蛇抗栓酶静点，并给保肝治疗。20天左右黄疸基本消退，乏力、发热、皮肤瘙痒症状消失。1个月后各项肝功指标相继恢复正常。

讨论

病人既往无肝炎病史，静点蝮蛇抗栓酶第11天出现黄疸、皮肤瘙痒、乏力等症状，肝功能改变，而查甲、丙、丁肝抗体，乙肝三对检查均阴性，停药后黄疸逐渐消退，肝功能恢复正常，符合药物性肝病的特点。其机理可能系机体特异性变态反应，使肝内胆汁郁滞所致。