

给予心肺复苏、解除支气管痉挛、吸氧、应用皮质激素、镇静等一系列措施,以防止肺水肿的发生。应急处理后分批送医院治疗或就地医学监护。

2.3 职工医院在得到中毒事故发生报告后,应立即做好3项工作:①立刻向就近或当地职防部门报告,报告内容包括事故的详细地点、何种毒物中毒、中毒大致人数等,以求得他们及时救援;②立刻动员住院病人(轻病

号)腾出床位准备接收中毒病人入院;③组织全院医护人员尽快做好收治准备,如药品、器械、实验室检验等,病人一到,马上接手治疗不间断。

由于我院平时树立了有备无患,随时应付突发事件的思想准备和人员、物质准备,我厂虽然发生过几起氯气泄漏事故,由于现场救护及时,方法得当,未发生1例死亡和中毒后遗症。

## 以氰戊菊酯为主的混合农药中毒3例报告

福州第二化工厂职工医院 练希贤 林 东 王平男 陆 捷

1992年9月,某农药研究所在分装农药混合剂过程中发生一起多人急性中毒事故,我院收治了其中3例,现报告如下:

### 1 中毒经过

1992年9月7日,某市农药研究所为赶制一批农药混合剂(配方为氰戊菊酯10%,杀螨脒8%,二甲苯70%,其余为乳化剂),组织10名职工在一个仓库内手工分装。先将上述几种药剂一起倒入一个大金属桶内搅拌混合,然后用瓢将该混合液灌装入500ml的玻璃瓶内。操作者未穿戴和使用任何劳动保护用品,当日气温较高,而仓库后墙上的两个排气扇因停电未能启动通风,仓库内弥漫浓重的农药气味。开始工作不久操作者们均感到眼、鼻刺激难忍,流泪、打喷嚏,约4~5h后陆续出现头晕、头痛、全身疲乏无力、嗜睡等症状。严重者出现视物模糊、听力下降、恶心、厌食、腹痛、行走困难等。当日工作约10h。第二天多数接触者因上述症状未减轻而卧床不能上班,其中1例症状较重者到某省级医院就诊。第3天其中3人被我院收治。

### 2 临床表现

3名患者年龄27岁、20岁、28岁,皆为

男性,临时工,既往体健,无中毒史及有关病史,症状如上述。入院查体阳性体征均有面色苍白,动作迟缓,瞳孔缩小(2mm,1.5mm,1.5mm)和窦性心动过缓(42次/min,46次/min,55次/min),余未见异常,实验室检查也无异常发现。

### 3 治疗经过

入院后以对症支持疗法为主,给予静脉补液以促进毒物排泄,给能量合剂、维生素C和保肝药等保护重要脏器功能;少量、短期应用皮质激素(氢化可的松)以增强机体应激性,减轻中毒反应;小量抗胆碱类药(654-2)以解除迷走神经张力,缓解平滑肌痉挛。治疗第2天症状明显改善,瞳孔恢复正常大小,心率恢复正常。住院2~3天痊愈出院。

### 4 讨论

氰戊菊酯,又名速灭杀丁、杀灭菊酯等,属中等毒性,系除虫菊酯类杀虫剂,具有广谱、高效、低毒、低残留的特性,是我国目前大面积使用的一种新型拟植物杀虫剂。接触后皮肤刺激反应较为普遍。急性中毒主要表现为恶心、呕吐、流涎、腹痛、头晕、头痛、口唇及肢体麻木、乏力、多汗、胸闷、视物模糊等。体征

有皮肤丘疹、呼吸略加强、瞳孔缩小、肌纤维震颤、意识模糊等。

杀螨脒,又名杀虫脒、氯苯脒等,属中等毒类。小鼠染毒实验证明有明显致癌性。皮肤接触常可见局部充血、小丘疹、烧灼感。急性中毒主要出现头痛、头晕、乏力、精神萎靡、嗜睡、或四肢麻木等中枢神经症状,恶心、呕吐、腹痛、厌食等消化系统症状及口唇、耳廓和指端青紫、呼吸困难等高铁血红蛋白症的临床表现。严重中毒者可出现抽搐、昏迷和大小便失禁等,常伴有瞳孔散大,并发肺水肿、肝和心肌损害。

本文3例患者有明确的职业接触史,有

急性中毒的临床表现,故诊断为急性混合农药中毒无疑。患者同时接触氰戊菊酯和杀螨脒两种农药,且它们的急性中毒表现有许多共同点,从临床表现难以分清以那种毒物所起的作用更大。从3例表现出的共同体征瞳孔缩小和心动过缓来看,似乎是以氰戊菊酯中毒为主,也不排除毒物的协同作用。氰戊菊酯和杀螨脒中毒的治疗目前无特殊疗法,以对症和支持疗法为主,其次,以激素、能量合剂、维生素等来提高机体抵抗力,减轻毒性反应,保护重要脏器功能,防治并发症。

(参考文献略)

## 急性复合性农药中毒1例报告

杭州市化工职业病防治所(310013) 王 莉

### 1 病历资料

患者高××,女,41岁,住院号94029,某农药厂乳剂包装车间临时工,患者于1994年8月1日8时许,因农药包装计量器上塞子破裂,使计量器内约100ml速灭威乳剂(组分:18.5%速灭威、6.5%扑虱灵、25%杀灭菊酯、10%甲醇、30%甲苯)喷及患者左头面部及左肩。当时只做了双眼流水冲洗,未予介意,继续工作。至9时半,患者渐感头晕,大汗淋漓,左眼灼痛,视物模糊,呕吐,四肢无力,由同班工人护送至厂医务室急救处理。在脱除衣服和冲洗头面部时患者昏倒,不省人事。立即肌注阿托品0.5mg、地塞米松5mg,擦身,氧气吸入。现场给我所发出急救电话,我们立即派人到现场参加抢救。给予静注葡萄糖盐水,地塞米松用量达35mg、阿托品2.5mg时(下午2时半)患者意识渐清醒(昏迷历时4.5h),于下午3时半转入我所继续救治。

入院查体: T36.8℃, P68次/min, R21次/min, BP15.5/10.5kPa, 皮肤潮湿, 面色苍白, 唇微绀, 瞳孔左0.2cm、右0.35cm, 对光反射存在, 无黄染, 左眼结膜轻度充血、水肿, 左下肺呼吸音略低, 心律齐, 未闻及病理性杂音, 腹部平软, 肝剑下2cm、肋下1cm可触及, 质中, 无压痛, 膝腱反射存在, 病理反射未引出。

实验室检查: 血常规 WBC  $12.1 \times 10^9/L$ , N0.90, L0.10, Hb120g/L, PC181  $\times 10^9/L$ , 血清胆碱酯酶20u。EKG: T波轻度改变。X线胸片未见明显异常改变。肝功能正常范围。尿检: 蛋白+, 白细胞+。

入院诊断: 氨基甲酸酯等混合性农药急性中毒

治疗及转归: 入院后给予吸氧、静滴阿托品、能量合剂、复方丹参; 口服先锋Ⅳ号。阿托品用量达5.5mg时, 呈阿托品化表现(颜面潮红、心率加快、口干、皮肤干燥)后, 改为维