

四、肝肿大发生与饮酒、乙肝标志阳性的关系

10例肝肿大工人均否认有肝炎史和肝炎家族史。肝肿大与饮酒、乙肝标志物阳性率的关系,经统计学处理,未见明显相关性(表4)。

表4 肝肿大发生率与饮酒、乙肝标志阳性的关系

	例数	肝肿大数	%	P
饮酒史				
饮酒	12	6	50	>0.05
不饮	13	4	30.77	
乙肝标志				
阳性	8	4	50	>0.05
阴性	17	6	35.29	

讨 论

本文25名工人均有长期反复的硝基苯和间苯二胺接触史;有乏力、头昏、肝痛等主诉;在岗或离岗后短期内均发现手部皮肤黄染和口唇、指甲、耳垂等部位有不同程度的紫绀存在;26~28.5%的工人周围血网织细胞增多,8例(30.2%)工人红细胞中找到海氏小体,虽缺乏车间空气中毒物浓度测定,但这些工人在临床上无疑体内已有硝基苯和间苯二胺吸收。从我们对这些工人三年随访的结果支持肝肿大的发生率逐年

增加,不能用饮酒与乙肝感染来解释,因此可初步认为与长期反复接触毒物可能有关。

目前对慢性中毒性肝病尚缺乏特异的诊断指标,因此诊断还要依赖毒物接触史、毒物吸收证据、临床表现、实验室检查有无肝功能损害以及排除其他病因引起的肝脏病变。在无肝穿刺病理检查结果的情况下,乙肝标志阳性,不能否定中毒性肝病,也可能乙型肝炎与中毒性肝病并存。为能早期和确切诊断毒物引起的中毒性肝病,今后应从传染性肝炎和中毒性肝病两方面寻求特异和高敏的肝功能试验,而在现有条件下,还需动态观察和综合性诊断。

本文有1例在1987年随访时,肝脏不肿大,肝功能正常,乙肝指标阴性,该工人AFP呈一过性增高。1988年随访时,虽肝功能和AFP均正常,但肝肋下可触及2.0cm,曾作B型超声波检查和CT检查,均未见占位性病变。AFP假阳性常出现在急、慢性肝炎、肝硬化等肝脏病变,且持续时间短暂。已知乙型肝炎病毒感染与原发性肝癌发生的关系密切。目前尚未见中毒性肝病与原发性肝癌发病关系的报导,而AFP的检测已在各医疗单位广泛开展,故建议对于接触亲肝毒物的工人在每年健康检查时,将AFP的检测也作为一个常规指标,以积累这方面的资料。

中药补血糖浆对慢性苯中毒的疗效观察

沈阳市中医研究所 张秀妍

在城乡(镇)工业生产中,接触苯作业工人的不断增加和生产工艺、防护措施还不尽完善,以致慢性苯中毒的病人时有发生且疗效不佳。本文的目的在于应用中药组成补血糖浆来探索观察对该症候的疗效。

一、临床资料

1. 观察对象 本组共观察21例。其中男性6例,女性15例,年龄28~53岁。均有苯作业接触史,以喷漆工人为最多,其次是分析工、修理工、成型工、刷油工、制药工、保管工、硫化工及缩合工等。工龄最短2年,最长22年。

2. 方剂及疗程 补血糖浆组成:黄芪20克,红人参15克,当归20克,丹参20克,熟地20克,陈皮15克,远志20克,炒枣仁20克,甘草10克,并按分型加减。心脾两虚型加白术15克,山药15克;阴虚火旺型加知母15克,生地15克,减红人参。

二、辨证及分型

1. 心脾两虚型 症见头痛、头晕、心悸、面黄、食少倦怠、健忘少寐、苔白质淡、脉细弱。

2. 阴虚火旺型 症见心悸、心烦少寐、牙龈出血、手足心热、头痛、头晕、舌质红、脉细稍数。

三、疗效观察

经三个疗程治疗,头痛、健忘、心悸疗效显著,头晕失眠、多梦、倦怠、记忆力减退及牙龈出血等症状明显好转。用药前每周测定一次白细胞,共测三次,取其平均值;用药后每疗程末测定一次白细胞,共测三次,计算平均值。从下表可见用药后较用药前均有不同程度的增加。

四、讨论及结语

慢性苯中毒以中医辨证多呈现心脾两虚型和阴虚火旺型所致头痛、头晕、健忘、少寐、心悸、倦怠、牙龈出血、手足心热、舌质淡或红、脉细弱或稍数等。心脾两虚型以补气养血安神法为主,阴虚火旺型以养阴清热为主。方中黄芪、红人参、陈皮益气扶正,当归、丹参、熟地养血补脉,炒枣仁、远志安神,甘草和中,白术、山药补脾,知母滋阴降火,生地养血清热。

用药前后白细胞变化情况

序号	用药前 (个/L)	用药后 (个/L)	序号	用药前 (个/L)	用药后 (个/L)
1	3.98×10^9	4.22×10^9	12	3.8×10^9	4.17×10^9
2	4.05×10^9	4.25×10^9	13	4.1×10^9	4.48×10^9
3	4.03×10^9	4.32×10^9	14	4.05×10^9	4.01×10^9
4	4.2×10^9	4.67×10^9	15	3.96×10^9	3.95×10^9
5	3.83×10^9	3.9×10^9	16	3.9×10^9	4.42×10^9
6	4.2×10^9	4.47×10^9	17	4.18×10^9	4.24×10^9
7	3.62×10^9	4.14×10^9	18	3.9×10^9	4.42×10^9
8	3.93×10^9	4.2×10^9	19	4.02×10^9	4.32×10^9
9	3.6×10^9	4.18×10^9	20	2.95×10^9	5.57×10^9
10	4.44×10^9	4.25×10^9	21	3.97×10^9	4.04×10^9
11	3.1×10^9	4.08×10^9	平均值	3.95×10^9	4.30×10^9

$t=3.69$ $P<0.01$ 差别非常显著

通过对21例慢性苯中毒患者应用中药补血糖浆三个疗程的治疗观察,其神经衰弱症状有明显改善,对

白细胞升高也有一定作用,值得临床上进一步观察应用。

胸廓上口综合征误诊为局部振动病1例报告

沈阳市劳动卫生职业病研究所 丛伟

患者,栾某,男性,43岁,住院号 86071。初磨工,接触振动作业27年。自1979年初以来,自觉无明显诱因的开始右侧上肢前臂及远端麻木、隐痛,持物无力,间歇出现,并有白指;夜间因手麻木而醒,活动后症状减轻。余关节无麻木、疼痛、红肿及发热,收入院观察治疗。查体:一般状况好,血压(右上肢)为17.3/12.0 kPa。双手指皮增厚、粗糙,指温 $32\sim 33^\circ\text{C}$,骨关节无变形,双手骨间肌、大小鱼际肌无明显改变,肌力正常,双手的疼觉、温觉、触觉正常。两点分辨觉减退。冷水试验:右手指温25分钟,左手20分钟恢复到入水前温度。肢端血流图描记,右食指、无名指血管充盈度及弹性明显下降。肌电图:检查未见神经元性损伤。双手正位X线片未见异常,血沉2mm/h,类风湿因子阳性。

根据职业史、症状、体征及实验室检查,印诊为轻度局部振动病。曾用舒筋活血药物,体力支持疗法及血管扩张药,住院治疗四个月。经仔细观察及检查,发现该患的症状、体征与体位有关,即头部向左侧侧斜时手麻木、手凉,并可出现紫绀现象。

检查 Adson 氏征为阳性。即患者坐位,上肢垂于身旁,颈向后伸并向健侧侧斜,使患侧斜角肌群紧

张,检查患侧桡动脉,减弱者为阳性,或当患者同时作深呼吸时,桡动脉明显减弱或不能触及时为阳性,经神经科及外科多次会诊确诊为胸廓上口综合征。

讨 论

第一肋骨、锁骨、胸骨和第一胸椎之间向颈部延伸的间隙,亦为胸廓上口,臂丛神经、锁骨下动脉、静脉,前斜角肌由此通过。胸廓上口解剖异常及外伤后变化可直接挤压臂丛神经和血管,引起手部发凉、手麻、紫绀、白指等,外科称之为胸廓上口综合征。是一较为罕见的疾病。该病的症状、体征与局部振动病的表现十分相似,容易造成误诊。

振动工具引起的雷诺现象定义是:四肢间歇的苍白和紫绀发生。由于寒冷的刺激而使这些症状加重。我国目前把雷诺现象认为是振动工具引起神经血管受损害的重要指标之一,对有明确的长期接触局部振动作业的职业史,并有典型血管痉挛性白指者即可诊断。

本病例 Adson 氏征阳性,重复检查多次可再现。为胸廓上口综合征的主要指征。双手正位X线片检查未见骨质退行性改变。较长时间服用血管扩张剂无效。

通过本病例分析认为,应提高对胸廓上口综合征疾病的认识,应引起注意,以免误诊。