

治疗一周,病情未见好转。追问病史有铅接触史,经我科会诊,询问职业史,患者系某厂合同工,冶炼废铅3个月,每天由6人炼1吨,生产环境温度高,无通风设备和个人防护措施。查尿铅 $2.85\mu\text{mol/L}$,尿中粪卟啉(++++)。诊断为“亚急性性铅中毒”。经用依地酸二钠钙驱铅治疗,次日症状减轻,28天痊愈出院。

四、讨论

(一) 误诊原因分析

1. 采集病史不细致,忽视询问毒物接触史。本文病例的临床表现和实验室检查均符合铅中毒,由于未能询问职业性和生活性铅接触史,以致贻误诊断。

2. 缺乏对本病的警惕性。内外科医师往往对毒物引起的中毒性疾病认识不足,忽视有关铅中毒的一般检查与分析,以致延误诊断。

3. 对本病症候群缺乏认识,只看局部,缺乏对病程全貌的分析。腹痛常为急性、亚急性和慢性中度铅中毒的突出症状,多为阵发性腹绞痛,剧烈难忍,部位多在脐周,少数在上腹或下腹部,发作时病人面色苍白,大汗淋漓,辗转不安,重压腹壁可减轻疼

痛,但大都无确切的腹部体征,常伴恶心、呕吐及便秘。部分患者可呈现麻痹性肠梗阻,表现为腹胀气,透视可见液平面。腹绞痛易误诊为外科急腹症,甚至进行开腹手术。本组4例误诊为阑尾炎、肠梗阻及胰腺炎。

文献报告铅可直接损害肝细胞和使肝内小动脉痉挛引起局部缺血而致肝脏受损害。本组5例肝功有改变,其中2例误诊为“急性黄疸型肝炎”。

本病并非罕见,重要的是提高对本病的警惕性。遇有不明原因的腹痛时,应考虑本病的可能性。详细询问毒物接触史;仔细观察腹部体征变化;及时检测尿铅、粪卟啉及其他有关铅中毒诊断指标,必要时可作驱铅试验,以明确诊断。应注意与阑尾炎,肠梗阻,胰腺炎,肠道寄生虫病,溃疡病,血卟啉病及传染性肝炎等相鉴别。

(二) 本病的治疗

我们临床观察,铅绞痛患者反复应用钙剂均未彻底解除腹痛,而直接驱铅治疗后腹痛迅速缓解。驱铅治疗使铅迅速排出体外是治疗铅绞痛的首选方法。

减压病302例临床分析

海军四〇六医院 余长青

海军三七二零七部队卫生队 张电光

减压病是高气压下工作的人员(如潜水员、沉箱或隧道工人、接受高气压治疗的人员等)的职业性疾病。随着水下工程建设的开展、海洋资源的开发,以及沉船打捞和失事潜艇的援救、高气压临床应用的增加,本病的发生亦趋增多。现将自1970年以来所治疗的302例报告如下:

临床资料

一、一般资料 本组302例均系男性,年龄最大64岁,最小21岁,其中21~30岁105例,31~40岁131例,41~50岁57例,51~60岁8例,64岁1例。大部分为潜水员,占98%。劳动强度中或重度。工作性质主要是捕捞海物、沉船打捞、水库作业等,有3例是陪舱护理人员。水下工作时间:30分钟至4小时,最长为8小时。发病时的实际潜水深度为15~60m。

二、主要发病因素 有207例是由于违反潜水操作规程,根本未经减压便直接出水,且大部分有重复潜水史。另95例虽经减压,但没有充分考虑水下工作时的劳动强度、潜水前的身体状况及实际潜水深度和

水下工作时间等因素,故选择减压方案不当,减压时间不充分,于减压出水后仍出现减压病症状。

三、诊断标准 ①有明确的高气压暴露史;②违反安全减压规则;③症状体征发生在潜水作业中或结束后;④经再加压治疗反应良好。如病程超过一个月以上,经单纯再加压治疗症状消失或明显减轻者则诊断为慢性减压病。即:①轻型:仅有皮肤斑纹、搔痒或青紫及关节、肌肉疼痛者。本组为149例,占49.4%;②中型:肌肉、关节部位剧痛,典型屈肢症及部分神经系统和胃肠道症状者。本组有60例,占19.9%。③重型:主要表现为中枢神经系统和呼吸循环等生命重要器官功能障碍,如瘫痪、昏迷、呼吸困难、心力衰竭等。此类本组24例,占7.9%;④慢性减压病者69例,占22.8%。

四、治疗结果 判断标准如下:痊愈:症状体征全部消失,可继续从事潜水工作;显效:症状体征基本消失,但活动后尚有酸痛不适感或无力现象;好转:主要症状和体征有所减轻,生活能自理。本组302

例经再加压治疗,其中急性减压病 233 例,痊愈 213 例(91.4%);显效 5 例(2.1%);好转 15 例(6.4%)。慢性减压病 69 例,痊愈 52 例(75.4%);显效 9 例(13.0%);好转 7 例(10.1%);无效 1 例(1.5%)。

讨 论

减压病发病机理,目前多倾向气泡栓塞学说。按照 Haldane 的理论,人在高压环境中停留一定的时间后,体内可饱和溶解一定量的惰性气体(主要是氮气),当从高压回到常压时,体内饱和的氮气随着环境氮分压的降低而呈现过饱和状态,它可通过血液循环经呼吸系统从容扩散出体外,即脱饱和。人体是否患病主要取决于脱饱和的速度与幅度,当环境氮分压降低过快,幅度过大时,可使在高压下体内已饱和的氮气超过过饱和安全系数,而从溶解状态下游离出来,在体内形成气泡栓塞脉管和/或压迫组织,导致血液循环障碍,造成组织缺血、缺氧、水肿等,并引起相应的临床症状。再加压治疗就是根据这一理论进行的,目的是使已形成的气泡在受到高压的作用时其体积相应缩小,重新溶解,然后在有控制地逐站停留减压过程中,根据气体脱饱和的规律,使体内过量的惰性气体从容排出。因而,再加压治疗是迄今为止对减压病最有效而唯一的病因性治疗措施。本组 302 例的治疗情况亦说明了此问题。

据文献记载:减压病的发生在出水后 30 分钟以内占 50%,6 小时以内占 99%。本组减压病的症状出现在减压过程中及卸装后即刻者有 145 例(占 48%),出水后 1 小时内发病者 75 例(占 24.8%),3~6 小时内发病者 52 例(占 17.2%),即大部分发生在 6 小时之内(272 例,占 90.1%),与文献记载基本一致。

减压病一旦发生,治疗的根本方法是再 加 压 治 疗。其作用首先是解除气体栓子的栓塞及/或气泡的压迫,疏通栓塞区的血液循环,同时亦增加了组织的氧分压,改善了组织的缺氧状态,有利于病变组织的

恢复。根据病情,正确选择治疗方案,对疗效有直接关系。一般采用四种方法:①用潜水时的压力;②用大于潜水时的压力;③用足以缓解症状的压力;④用大于缓解症状的压力。原则是越快越及时效果越好。本组 233 例急性减压病,发病后 12 小时内得到再加压治疗的 122 例,治愈 115 例(94.3%),显效 3 例(2.5%),好转 4 例(3.2%);13~48 小时得到再加压治疗的 48 例,治愈 43 例(89.6%),显效 1 例(2.1%),好转 4 例(8.3%);3~15 天内得到再加压治疗的 50 例,治愈 43 例(86.0%),显效 1 例(2.0%),好转 6 例(12.0%)。

再加压治疗时高压下停留时间不足或重症病人各站停留减压时间过少,常是导致减压病复发或不能彻底治愈的原因,故治疗方案的选择一定要妥当合理。对重症有中枢神经系统症状者,单纯再加压治疗有时很难奏效,可在再加压治疗的同时或尔后进行高压氧治疗;给予低分子右旋糖酐、能量合剂、神经细胞活化剂、激素、理疗等,可大大提高临床治愈率。有些潜水后患病未能得到及时或彻底治疗的患者,亦不应放弃再加压治疗,有条件仍应争取进行再加压治疗。本组 69 例慢性减压病例,有 44 例经一次再加压治疗后症状体征基本消失,24 例经再加压治疗 2~3 次后,继续行高压氧治疗及临床用药、理疗等,最终亦取得满意的疗效,仅 1 例效果不理想。

不论急性或慢性减压病患者,在减压过程中(18 米以浅各站停留时),给予间歇呼吸纯氧,效果要比一次压力较高而停留时间较长的治疗要好。因为吸入纯氧,不但组织可得到充足供氧,而且氧可置换组织和体液内的惰性气体,从而有利于消除气泡和根除气栓的再形成。对病情较重,效果不甚理想者可适当延长 10 米以浅各站的停留时间,采用较长时间“浸泡”(即在该停留站长时间停留),以使气泡有足够的时间排出,可能对进一步改善病情有良好作用。

硫酸二甲酯所致眼部化学性灼伤处理原则

长春市二院 吴玉兰 衣瑞芝 蓬 勃

硫酸二甲酯属高毒类刺激性物质,对眼及粘膜有明显的腐蚀作用,接触后立即产生强烈的眼及呼吸道粘膜的刺激症状,该物质在水解过程中又可生成硫酸和甲醇,故对眼组织产生烧伤作用,现将我院收治的 18 名急性硫酸二甲酯所致眼部灼伤情况及处理原则报告如下,

一、临床资料

患者均为某药厂岗位操作工及修理工,发病原因主要为反应釜阀门漏气,其次为新工人不懂操作规程及防护措施不当。临床表现:双眼异物感,畏光,流泪,甚至剧痛。眼部检查:双眼睑皮肤充血,高度水肿,脸结膜、穹窿结膜及球结膜充血明显,脸裂部角