WBC 32×10^9/L，肌红蛋白尿（+++），尿RBC（++），尿WBC(+)，另见左侧肢体肿胀加重，皮肤由红转为青紫色。入院第3天行左前臂及大腿部筋膜切开术，切开后肌肉膨出，呈紫黑色，以油纱布包扎。二周后肌红蛋白尿（+），尿RBC(+)，尿WBC(+)，血清尿素氮降至14mmol/L，肌酐134 μmol/L。住院48天，肾功能恢复正常，创面愈合良好，痊愈出院。

2　讨论

急性一氧化碳中毒引起肌红蛋白尿性肾病，以往认为是因缺氧引起横纹肌的坏死崩解所致。本例一氧化碳中毒后昏迷长达20小时以上，久卧在火炕上，未变换体位，故还与肌肉组织长时间受压、水肿，致局部血运不良，引起肌肉及神经组织缺血及代谢障碍，最终导致肌肉组织变性、坏死有关。大量肌红蛋白可堵塞肾小管，在脱水、休克等附加因素的影响下，更易引起肾小管坏死，出现急性肾功能衰竭。

肌红蛋白尿性肾病治疗一般为肾区保暖，受压部位冷敷，给予止痛剂、镇静剂，纠正酸中毒，碱化尿液，防止肌红蛋白填塞肾小管；静滴普鲁卡因，缓解小动脉痉挛，防止肾缺血；及时切开坏死肌肉，减少肾毒性物质进入血液，并使局部肌肉组织张力降低，阻止肌肉变性坏死进一步扩大等，也可用地塞米松减轻肾间质水肿，并起到排钾、潴钠、抗毒、抗休克的作用。还应注意维持水、电解质平衡，给予能量合剂，必要时可进行透析疗法。

左上肢绞榨伤伴急性铅中毒1例报告

福建省南平地区职业病防治院（353000）　林　恒

患者翁某，男，20岁，某蓄电池厂实习生，进厂在制粉车间已实习41天。1992年3月23日下午四时许，翁某违反操作规程，将左手伸入磨铅粉机的卷进轴轮槽内，被滚动的轴轮绞榨损伤。左上肢前臂皮肤广泛挫伤坏死、肿胀，流血不止。左肘部皮肤裂伤3×4cm,左前臂下端创口5×6cm，深达尺、挠骨膜。全部屈指肌腱离断。尺神经、正中神经和尺、挠动脉离断。屈指、屈腕功能丧失，末端血液循环差，手背皮肤青紫。整个创面布满铅粉。当即送某医院外科诊治，在臂丛神经麻醉下，施行清创和左前臂不全离断再植术。清创时使用大量3％醋酸液浸泡和清洗6个多小时。次日午后感头晕、腹痛，并出现短暂神志模糊、两眼直视、全身出汗等症状，经用安定、654-2、10％葡萄糖酸钙、甘露醇等药对症处理后，神志清楚，腹痛缓解。此后患者持续头晕、腹胀、便秘，时有阵发性腹痛发作。于术后第4天我院会诊。

查体：体温、脉搏、血压正常。神志清楚，轻度贫血外观。口腔齿龈无铅线。心肺（-），腹部平软，脐周轻度压痛，无反跳痛，无肿块，肠鸣音稍减弱。肝脾未触及。左上肢见缝合创口，皮肤微肿，左拇指末端稍青紫外余血液循环尚佳。右上肢和两下肢末端痛、触觉正常，肌力正常。无病理反射。

实验室检查：血红蛋白73g/L，白细胞11.2×10^9/L，血清钾4.38mmol/L，钠139.7mmol/L，氯102mmol/L，钙1.97mmol/L，肌酐66mmol/L，尿素氮5.2mmol/L，二氧化碳结合力25mmol/L，肝功能正常。3月27日晨尿铅0.685μmol/L。

治疗经过：术后用洁霉素、氨苄青霉素、卡那霉素、低分子右旋醣酐、复方丹参、654-2、10％葡萄糖酸钙、ATP、辅酶A等药物进行抗感染、改善微循环、支持和对症治疗。会诊确定铅中毒诊断后，立即投以依地酸二钠钙促排铅的治疗。每天用依地酸二钠钙1.0克加10％葡萄糖500ml静滴，连用3天停4天为一个疗程，共促排铅两个疗程。在第一疗程初查尿铅为5.02μmol/24h，第一疗程末为1.57μmol/24h；第二疗程末尿铅为0.60μmol/24h，经驱铅治疗后，腹痛消失，一般情况良好，缝合口一级愈合。目前复查晨尿铅0.097μmol/L。

讨论

金属铅一般不经完整的皮肤吸收。但在皮肤破损的情况下，可使部分铅经伤口而进入人体。水溶性的醋酸铅不但能经完整皮肤进入，而且更易被机体所吸收，增大其毒性。本例其创面沾附较大量的铅粉，在外科清创过程中使用3％醋酸水溶液6小时的浸泡和清洗，使铅粉被转变为可溶性的醋酸铅而加速从皮肤创面吸收而致急性铅中毒。

2～3％醋酸液平常被用作铅作业工人浸洗双手的一种个人卫生防护措施，对防止双手污染铅尘而经消化道进入人体起到一定作用。但在双手有破损的皮肤时不宜采用此种办法。特别在被铅尘污染了的伤口皮肤，应禁用2～3％醋酸水溶液浸泡和清洗，避免增加铅的吸收和增大铅的毒性作用。

?1994-2017 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net