

• 临床实践 •

32例铅绞痛的临床分析

黑龙江省劳动卫生职业病研究所 (150010) 刘福环 冯克玉 李晓军

铅绞痛是急性、亚急性重症铅中毒的主要临床表现之一,本文就我院收治的32例铅绞痛病人的临床资料作一临床分析。

1 一般情况

男30例,女2例。平均年龄28(18~57)岁。职业性接触铅8例,其中铅粉碎工5例,炼铅工3例。口服含铅中草药(密陀僧、铅丹)24例,其中治疗癫痫,口服含铅化合物的癫痫丸12例,另12例分别为治疗银屑病、副睾结核、疟疾、肝炎、胃病口服含铅化合物的中草药而致中毒。

发病时间:职业性接触者平均为2.5(2~4)月,非职业性口服含铅中草药者平均为1.3(1~30)日。

确诊时间:32例病人中有2例腹绞痛发作时首诊即疑似铅中毒,而得到及时诊治。30例病人曾误诊为急性胃肠炎、急性胆囊炎、胆道蛔虫症、急性黄疸性肝炎、急性阑尾炎、胃癌等疾病,因此,延误治疗时间长达10~60日。

2 临床表现

本组病例均有脐周阵发性绞痛,发作时辗转反侧,喜按,触诊腹部无固定压痛点,无肌紧张及反跳痛。其主要临床表现见表1。

表1 32例病人主要临床表现

症状与体征	例数	%	症状与体征	例数	%
腹绞痛	32	100	乏力	32	100
便秘	25	78	蓝线	30	94
腹泻	7	21	血压升高	20	62
恶心	32	100	铅面容	28	87
呕吐	20	62	肝大	18	56
食欲不振	32	100	巩膜黄染	15	46
头痛	22	68	皮肤黄染	8	25

由表1可见,32例病人主要表现为腹绞痛、恶心、便秘、乏力、铅面容、蓝线,其次为血压升高、肝大、巩膜黄染、皮肤黄染等。

3 实验室检查

32例病人Hb低于115g/L有30例,占93%,网织红细胞增高,平均为0.035(0.012~0.090),点彩红细胞增高,平均为2940(300~12400)个/10⁶RBC。尿铅增高平均为2.90(1.30~10.14)μmol/L,尿棕色

素全部阳性或强阳性。本组32例病人ALT均升高,其中超过300单位有5人,超过100单位有8人,超过50单位有16人(正常值为33单位以下)。尿常规异常6人,表现为尿蛋白阳性,尿中有少量红细胞、白细胞及管型。

4 治疗与转归

32例病人入院确诊后,均立即静脉给予CaNa₂EDTA驱铅治疗,用药当日腹绞痛就缓解,连续用药3~5日后,腹绞痛消失,即改按常规疗程驱铅治疗,平均驱铅治疗5.5(4~8)疗程,同时给予对症及保肝治疗,伴随着铅中毒临床表现的好转,肝脏缩小至触不到,ALT均恢复正常。平均住院3.3(2~4)个月,均痊愈出院。

5 病例介绍

【例1】男,38岁,以阵发性腹绞痛7天入院。患者1日内服中药含氧化铅15克,服后当晚脐周绞痛难忍,伴有恶心、呕吐,继之吐黄色苦水,急诊入当地医院,按“胃肠功能紊乱”治疗无效,腹绞痛不缓解。发病以来不曾大便,伴有头晕、心悸、四肢酸痛、无力,以急性铅中毒收入院。

体检:T36°C, BP17.0/14.0kPa, P120次/分。抬入病房,辗转不安,双手压腹,表情痛苦,中度脱水,面色灰白,巩膜轻度黄染,齿龈蓝线(++)。心肺正常。腹软,脐周触痛(+),无肌紧张及反跳痛,肝脾未触及。神经系统检查未见异常。

实验室检查:Hb100g/L,网织红细胞0.012,点彩红细胞1500~3000个/10⁶RBC。尿蛋白(+),红细胞0~1,白细胞0~1,颗粒管型0~1,尿铅7.24μmol/L,尿棕色素(++). ALT500单位以上。诊断急性铅中毒,中毒性肝损害,中毒性肾损害。

治疗经过:入院后即静点CaNa₂EDTA及对症治疗,腹绞痛当日明显缓解,连续用药5日基本消失,后改为常规用药5个疗程,尿铅达正常范围,住院3周后肝功及ALT基本恢复正常,2个月痊愈出院。

【例2】男,40岁,铅丹粉碎工4个月。阵发性腹隐痛逐渐加重2个月,近1周呈绞痛发作。患者用土法生产铅丹的4个月中,经常有阵发性腹隐痛,逐渐加重,伴恶心、头晕、头痛、无力,以致不能工作。近1

周来腹痛加剧,辗转几个医院,按胃肠功能紊乱、蛔虫症、慢性阑尾炎急性发作等治疗不能缓解,后疑似铅中毒入院。

查体: T36°C, BP17.0/12.0kPa, P100次/分。抬入病房,不断呻吟,表情痛苦,中度脱水,巩膜黄染,齿龈蓝线(++),心肺正常。舟状腹,肝于肋下1.5cm,质软,触痛(+),脾未触及。三颤(+),双膝反射活跃。

实验室检查: Hb100g/L, 网织红细胞0.016, 点彩红细胞500个/10⁶RBC。尿常规正常。血ALT245单位。尿铅1.69μmol/L, 尿棕色素(+++)。诊断亚急性铅中毒, 中毒性肝损害。

治疗经过: 入院即静点CaNa₂EDTA及对症治疗, 于第3日腹痛基本缓解, 常规用药7个疗程尿铅正常, 住院2周ALT正常, 4周肝脏肋下触不着。72天痊愈出院。

6 讨论

6.1 本文报告的32例病人特点均以腹绞痛急诊入院, 有明确的短间接触高浓度铅或消化道摄入大剂量铅的病史, 临床表现除腹绞痛外, 有明显乏力、便秘、齿龈蓝线、铅面容、贫血等铅中毒特点。实验室检查尿铅明显增高, 点彩红细胞及网织红细胞也明显高于正常值, 因此, 符合急性或亚急性重症铅中毒诊断。近年在慢性铅中毒的诊断上, 血网织红细胞及点彩红细胞增加已不作为诊断指标, 从本组急性和亚急性铅中毒病例所见, 此二项变化还是很显著的。

6.2 本文报告的32例病人, 除急性或亚急性铅中毒的一般临床表现外, 还有突出的两个表现: 一是血压高, 32例中血压升高(>19.0/12.0kPa)有20人, 占

62%, 随铅中毒表现消失, 血压恢复正常。铅绞痛时伴有高血压, 可能是铅刺激肾小球旁器, 引起肾素分泌增加, 经肾素-血管紧张素-醛固酮升压系统作用, 使周身小动脉平滑肌收缩, 血压升高。二是肝大肋下可触及1.0cm以上18人, 占56%, 巩膜黄染15人, 占46%。实验室检查肝功有异常改变5例, 占16%, 32例病人ALT均增高, 说明32例病人肝脏都受到了铅毒的不同程度危害, 而且其危害程度同剂量成正比。32例病人肝的损害均随着驱铅治疗, 其临床表现及肝功、ALT迅速改善, 一般在驱铅2~3个疗程后均恢复正常。从而说明铅属亲肝性毒物, 从本组32例病人ALT均升高, 反应了肝细胞的早期损害, 也进一步证实ALT活性变化可能是急性中毒性肝损害的一个较为敏感的重要指标。

6.3 本组32例病均以腹绞痛为首发突出症状, 其中只有两例病人首诊即疑似铅中毒, 有30例病人曾在各级医院误诊为急性胃肠炎、胆囊炎、胆道蛔虫症、急性黄疸性肝炎、急性阑尾炎等疾病, 以致因误诊延误治疗时间长达10~60日, 有的病人几乎濒临死亡, 因此, 临床医生特别是外科医生, 在腹绞痛的鉴别诊断中不容忽视急性或亚急性铅中毒所致的腹绞痛, 熟悉掌握铅中毒特点是十分必要的。

6.4 急性铅绞痛的有效治疗药物是金属鳌合剂, 常用CaNa₂EDTA1~2g/次, 静滴, 每日一次, 一般应连续应用3~5次, 腹绞痛即可缓解或消失, 然后按铅中毒常规疗程应用, 并给予对症处理, 病人可完全恢复健康。

(收稿: 1994-12-02 修回: 1995-03-28)

163例尘肺住院患者心电图临床分析

江苏省职业病防治研究所(210028) 阎秀荣

据有关资料报道, 尘肺并发肺心病约占尘肺并发症的25~30%, 其死亡率约占30~50%。心电图检查, 一方面是为了尘肺肺心病的诊断, 另一方面是为了解病情变化的程度及为治疗转归提供依据, 本文对163例尘肺住院病人的心电图进行综合临床分析, 报告如下。

1 资料与方法

本文资料来源于1990年9月~1994年6月在我院住院的尘肺患者, 男性141例, 女性22例; 年龄38~78岁, 平均年龄60岁; 其中矽肺66例, 煤工尘肺

13例, 水泥尘肺35例, 陶工尘肺21例, 铸工尘肺18例, 其他类型10例; I期尘肺95例, II期尘肺42例, III期尘肺26例; 接尘最短3年, 最长40年, 平均22.3年。

采用日本Cardiofax-651型心电图记录仪按常规描记9~12个导联。

2 结果

163例尘肺住院患者心电图正常者39例, 占23.9%; 异常心电图改变者124例, 占76.1%; 尘肺患者心电图异常统计见下表。