

酶升高,考虑为中毒、缺氧及电解质紊乱引起,虽然少见,仍应注意保护心脏。重度中毒病人,早期还应使用激素,补碱,防止溶血发生。HBO治疗应早期应用,效果良好。HBO可改善机体缺氧状态。300kPa下吸纯氧,

血内溶解氧可达6.4m%,可满足机体对缺氧需要,从而可有效控制肺水肿、脑水肿,有利于肝、肾、心功能恢复,并可增加红细胞的弹性和韧性,减少溶血。

(收稿:1997-11-24 修回:1998-03-03)

金属汞经不同途径进入机体28例临床分析

梁粉莲 谷润贞

我院收治28例金属汞从不同途径进入机体的患者,其临床表现有很大不同,现报告如下。

1 一般资料

本组28例,男23例,女5例,平均年龄36.6岁(2~52岁)肌肉注射金属汞1例,注射量10ml口服金属汞3例,分别为400g、1500g、3000g蒸气吸入汞24例,其中炼丹1例,仪表工3例,个体炼金2例;吸入性接触汞时间:最短1天,最长14年。中毒诊断:汞吸收3例,急性汞中毒3例,慢性汞中毒21例,其中轻度4例,中度7例,重度8例。肌注汞1例,不符合临床诊断。驱汞治疗,最短2个疗程,最长10个疗程。

2 临床表现

2.1 肌肉注射汞患者临床表现

肌注汞者在X线下呈分散状高密度阴影,形状如黄豆、麦粒、米粒及线条状。观察两个月,局部及全身均无明显症状,5次尿汞检测均正常。X线下仅见局部有一米粒大高密度阴影。

2.2 口服金属汞患者临床表现

口服金属汞自杀者,除腹部下坠及疼痛外,无汞中毒症状。口服400g、1500g患者尿汞正常,经体位引流及导泻治疗,2~3天后大部分排出体外。口服3000g患者尿汞0.5mg/L(正常参考值0.05mg/L,双硫踪法);X线表现为口服当天胃内高密度金属样阴影,约300~400ml,小肠内少量米粒状阴影,第3天回肠、升结肠、横结肠、乙状结肠可见黄豆大高密度阴影,第7天右结肠、盲肠部位两个钮扣大小高密度阴影,第15天横结肠有大米粒状阴影,第15天腹部高密度阴影完全消失;诊断为汞吸收,经体位引流、导泻及4个疗程驱汞,痊愈出院。

2.3 蒸气吸入汞患者临床表现

经呼吸道吸入汞蒸气的中毒程度与空气中汞蒸气的浓度和吸入时间有关。

3例仪表工工作环境汞蒸气浓度在正常操作时为0.008mg/m³;如在操作时有汞撒到桌面或地面上,则达0.02~0.04mg/m³。工龄在6~7年的3例患者仅有头晕、乏力、失眠、轻度记忆力下降,尿汞正常,休息、对症处理后好转;工龄14年的患者,除以上症状外,还表现有易怒,双手震颤,尿汞增高。3例诊断为慢性轻度汞中毒,经3个疗程驱汞治疗,痊愈出院。

2例利用汞齐法炼金的患者,其中冶炼工1例,家庭炼金1例;炼金时间0.3~6年。后者工作及生活环境皆在一处,无通风及个人防护设备。3例冶炼工因眼睑震颤、口腔及牙龈炎2天就诊,伴头昏、记忆力下降、失眠,尿汞高于正常,诊断为慢性轻度汞中毒,经2~3个疗程驱汞治疗痊愈。1例冶炼工,因口腔溃疡、全身疼痛、易怒、四肢肌肉震颤6~7月,尿汞高于正常,诊断为慢性中度汞中毒,经驱汞治疗6~7个疗程痊愈出院。8例家庭炼金,因全身肌肉交替震颤、幻视、幻觉、恐惧、谵语、严重失眠8~9个月就诊,化验尿汞增高,诊断为慢性重度汞中毒,经8~10个疗程驱汞治疗,痊愈出院。2例2岁双胞胎患儿,在炼金家庭中生长,炼金3个月时,均出现剧烈咳嗽、呼吸困难、口吐白沫,化验尿汞高于正常,诊断为急性汞毒性肺炎,经抢救,1例存活,另1例因呼吸、循环衰竭死亡。

炼丹致汞中毒患者,在1天内用白矾、绿矾、火硝、硼砂、食盐、朱砂、水银在密闭室内炼丹2锅,用汞1.5公斤。炼丹中曾出现咳嗽、气短、昏厥。1天后出现嗅觉及味觉障碍,头晕,口腔牙龈粘膜溃烂,接着出现易怒、胆怯、大汗、失眠、全身肌肉震颤、幻视、幻听、角弓反张样抽搐,步态不稳,生活不能自理,尿汞0.057mg/L(正常参考值0.01mg/L,原子吸收法),诊断为急性汞中毒,驱汞6个疗程,痊愈。

3 讨论

作者单位:03001太原 山西省职业病医院

金属汞经不同途径进入机体后,其吸收状况及中毒程度有很大差别;经肌肉注射和消化道进入体内的汞,仅在剂量较大(3 000g)排出时间较长时,有少量汞吸收,几乎没有任何异常临床表现。土法炼丹、炼金因缺乏防护设备,汞蒸气浓度甚高,故危害极大,此途径进入的汞,首先作用的靶器官为肺部,易造成汞性肺

炎,尤其是小儿,常因缺乏经验误诊或抢救不及时造成死亡,故对汞齐土法炼金者应加强教育及管理,尽力防范此类中毒的发生。

(本文承山西医学院第二附属医院王 教授审阅。)

(收稿: 1996-05-30 修回: 1996-12-30)

12例医源性铅中毒误诊分析

王 凡 王志学

我院近3年收治12例医源性铅中毒误诊病例,现分析报告如下。

1 临床资料

本组12例,男9例,女3例,年龄26~56岁。其中患癫痫病9例,白癜风、功能性子宫出血、重度神经衰弱各1例,均服用含铅中药偏方1~48个月。每日服药量4~7g,药物含铅量分析0.5~0.7mg/g,日摄铅量2~5mg。12例均有腹绞痛发作、恶心、食欲不振、面色苍白和肌肉酸痛,便秘9例,齿龈铅线4例,血红蛋白降低(65~110g/L)1例,红细胞降低($1.85 \times 10^{12} \sim 2.9 \times 10^{12}$ /L)8例,血网织红细胞增高(4.2%~11.0%)9例,尿铅增高(0.77~21.74 μ mol/L)12例(正常<0.39 μ mol/L),血铅增高(2.50~3.84 μ mol/L)8例(正常<2.40 μ mol/L),尿氨基乙酰丙酸(δ -ALA)增高(12~54mg/L)12例(正常<4mg/L),尿粪卟啉半定量阳性(+~++++)12例(正常为阴性),铅麻痹1例,肌电图示神经原性损害2例。

2 误诊情况

12例病人均有阵发性腹绞痛发作史,发作时疼痛剧烈,大汗淋漓,面色苍白,伴恶心呕吐等。多就诊于综合医院外科、内科或妇科,分别被误诊为急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎、卵巢囊肿蒂扭转等。其中1例误诊为急性胆囊炎、卵巢囊肿而行胆囊及卵巢切除术。误诊时间为15天~1年。

3 讨论

本文12例患者均有明显服用含铅药物史,有腹绞痛、贫血等铅中毒临床表现,化验血、尿铅明显增高,卟啉代谢障碍,结合药物含铅量分析,参照国家职业性铅中毒诊断标准,1例诊断为慢性中度铅中毒,1例诊

断为慢性重度铅中毒。

铅对人体各组织器官均有毒性作用,其中以神经、消化、造血系统病变为主。铅可干扰人体必需元素钙、镁、锌等代谢,降低可交换钙的结合力,而使血管平滑肌痉挛,引起腹绞痛。本文12例病人均以腹绞痛为首发症状,就诊于综合医院而被误诊为内、外、妇科疾病,分析其误诊原因有如下几个方面。

3.1 医生询问病史不仔细,忽视询问服药史。另外患者本人不知道药物成分,不能主动提供服药史,亦是造成误诊的重要原因之一。

3.2 缺乏对铅中毒的认识。综合医院的医师往往缺乏对铅中毒相关知识的认识,仅从引起腹绞痛的常见病因着眼,使诊断局限于内、外、妇科的相关疾病,忽视了有关铅中毒的检查与分析,以至将典型的铅中毒病人误诊为急腹症等,甚至为病人做了开腹手术,既延误了治疗,又为病人增加了不必要的痛苦。

3.3 缺乏对本病整体、全面的认识。铅中毒虽然以腹绞痛为突出表现,但特征性面容“铅容”也十分明显,如全面、综合加以分析,诊断并不困难。此外,铅中毒的腹绞痛与一般的腹绞痛亦有区别,铅中毒引起的腹绞痛多为阵发性发作,剧烈难忍,部位多在脐周,喜按压,多无确切的腹部体征,且多伴有顽固性便秘史。

临床观察证明,铅绞痛发作时,应用葡萄糖酸钙只能起到暂时缓解疼痛的作用,疗效并不持久。而一般解痉剂如阿托品等疗效不满意。只有病因治疗,金属络合剂CaNa₂EDTA、二巯基丁二酸钠等才是最有效、最可靠的治疗方法。它能迅速缓解疼痛,并能在短期内纠正贫血及卟啉代谢障碍等,并能使周围神经病变、铅麻痹等较快恢复。

(收稿: 1997-08-12 修回: 1997-11-18)

作者单位: 11000沈阳 辽宁省职业病医院(王凡),朝阳市职业病防治所(王志学)