

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 $\mu$ mol/L)12例(正常<0.39 $\mu$ mol/L),血铅增高(2.50~3.84 $\mu$ mol/L)8例(正常<2.40 $\mu$ mol/L),尿氨基乙酞丙酸( $\delta$ -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CaNa<sub>2</sub>EDTA、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)