

铅中毒致肝脏损害 9 例临床分析

Clinical analysis on 9 cases of liver injury by lead poisoning

尚 波, 傅恩惠

SHANG Bo, FU En-hui

(山东省淄博市职业病防治院 山东 淄博 255067)

摘要: 报道 9 例铅中毒肝脏损害的病例, 其中亚急性铅中毒患者 6 例, 慢性铅中毒 3 例, 以 ALT、AST 升高和肝肿大为特征, 预后良好, 治疗的关键在于驱除体内的铅。

关键词: 铅中毒; 肝脏损害

中图分类号: R135.11 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2002)01-0023-02

1989 年至今我院共收治 48 例铅中毒患者, 其中 9 例出现肝脏损害, 现总结分析如下。

1 一般资料

男性 7 例, 女性 2 例, 年龄 20~65 岁, 平均 39.4 岁。职业性中毒 4 例, 药物性中毒 3 例, 生活性中毒 2 例, 发病时间最短 7 天, 最长达 10 年。

2 临床资料

2.1 临床表现

9 例患者主要临床表现见表 1。

表 1 9 例铅中毒患者主要临床表现

临床表现	例数	%
头晕	9	100
乏力	9	100
食欲不振	9	100
腹痛	6	66.7
腹胀	5	55.6
恶心	6	66.7
呕吐	2	22.2
腹泻或便秘	3	33.3
发热	2	22.2
皮肤黄染	1	11.1
口腔炎	4	44.4
肝区压痛	8	88.9
肝大	5	55.6

2.2 实验室检查

血红蛋白降低 (68~110 g/L) 5 例; 尿常规异常 (含蛋白或细胞) 6 例, 尿铅升高 ($0.63 \sim 7.87 \mu\text{mol/L}$) 9 例; 尿粪卟啉半定量 (++++~++) 7 例, HBsAg (+) 1 例, ALT 升高 (48~195 U/L) 9 例, AST 升高 (52~166 U/L) 7 例。肝脏 B 超检查: 肝内光点密集、增粗 3 例。

2.3 诊断

亚急性轻度铅中毒 3 例, 亚急性中度铅中毒 3 例, 慢性轻度铅中毒 1 例, 慢性中度铅中毒 2 例。

2.4 治疗经过

驱铅治疗: 用络合剂 $\text{CaNa}_2\text{-EDTA}$ 1.0 g 加入 5% 葡萄糖溶液中静脉滴注, 每日 1 次, 连用 3 天停 4 天为一疗程。9 例患者中最少用 3 个疗程, 最多用至 11 个疗程。保肝治疗: 静脉滴注葡萄糖及大剂量维生素 C, 给予肝太乐、强力宁和肝细胞生长素等中西药物结合治疗。经上述治疗后 9 例尿铅均达到正常值, 8 例肝功能恢复正常, 6 例症状体征消失, 3 例症状明显改善。

3 典型病例

【例 1】 男性, 65 岁, 农民, 用锡壶饮酒近 10 年。食欲不振、恶心、呕吐, 阵发性腹绞痛伴交替腹泻、便秘 2 个月, 在当地医院按胃肠炎治疗 1 周症状加重转入我院。体检: T 37.3℃, P 81 次/分, R 20 次/分, BP 14/11 kPa, 贫血貌, 反应迟钝, 牙龈红肿、糜烂, 腹肌紧张, 脐周压痛, 肝肋下 1.5 cm, 质软。实验室检查: Hb 95 g/L, 尿铅 $2.23 \mu\text{mol/L}$, 尿蛋白 (++++), 肝功 ALT 64 U/L。B 超: 肝内光点密集增粗。诊断: 生活性慢性中度铅中毒。驱铅治疗 8 个疗程, 同时保肝治疗, 尿铅恢复正常, 肝功 ALT 41 U/L, 症状明显好转出院。

【例 2】 男性, 37 岁, 某企业生产红丹 (Pb_3O_4) 车间操作工, 专业工龄 3 个月。头晕、乏力、食欲减退 1 个月, 腹痛、腹胀 10 余天, 在本厂卫生室按“胃炎”治疗 2 天无好转, 到我院检查发现尿铅极高而收住院。体检: T 36.4℃, P 80 次/分, R 20 次/分, BP 16/12 kPa, 意识清, 表情痛苦, 咽部充血, 腹平软、脐周压痛, 肝肋下 2 cm。实验室检查: 尿蛋白 (++++), 尿铅 $7.78 \mu\text{mol/L}$; 尿粪卟啉半定量 (++++); δ -氨基乙酰丙酸 $412 \mu\text{mol/L}$; 肝功 ALT 195 U/L, AST 166 U/L。诊断: 职业性亚急性中度铅中毒。驱铅治疗 5 个疗程, 同时保肝药物治疗, 尿铅、肝功均恢复正常, 症状体征消失出院。

4 讨论

急性铅中毒时, 铅可直接损害肝细胞, 并可使肝内小动脉痉挛引起局部缺血, 发生急性铅中毒性肝病, 但职业性慢性铅中毒引起肝脏损害并不显著^[1]。本文 9 例中有 5 例肝脏损害较明显, 均为亚急性发病, 表现为 ALT、AST 升高和肝大, 其中 3 例用含铅中药偏方治疗癫痫和皮肤病, 1 周内发病; 2 例从事红丹生产, 3 个月内发病。3 例慢性铅中毒患者中 2 例饮锡壶内酒致铅中毒患者接铅时间较长, 除肝脏外其他脏器

收稿日期: 2001-04-27; 修回日期: 2001-06-27

作者简介: 尚波 (1968-), 男, 山东邹平人, 主治医师, 从事职业病临床工作

也有不同程度的损害。肝功能检查 ALT、AST 轻度升高, B 超检查提示有慢性肝病, 我们分析与长期饮白酒有关, 酒精性肝病不能排除, 至于酒精与铅有无协同作用有待进一步探讨。另 1 例乙肝 5 项指标检查 HBsAg (+), 说明曾有或现有 HBV 感染的情况, 肝功能异常也有可能与此有关。因此 3 例慢性铅中毒患者肝脏损害的原因比较复杂, 不能单纯用铅中毒解释。

铅中毒造成的肝脏损害一般预后较好, 病因治疗是关键。

首先是阻止铅或铅的化合物继续侵入体内, 其次是用络合剂 $\text{CaNa}_2\text{-EDTA}$ 进行驱铅治疗。保肝治疗方面可用促进肝脏代谢类药物。9 例患者经驱铅治疗后, 8 例肝功能恢复正常, 1 例接近正常。

参考文献:

- [1] 何凤生. 中华职业医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 215-227.

三起急性毒蕈中毒临床分析

Clinical analysis on three accidents of acute toxic mushroom poisoning

林秋红

LIN Qiu-hong

(广州市第十二人民医院, 广东 广州 510620)

摘要: 对 3 起急性毒蕈中毒患者的临床资料进行分析, 总结其临床特点和成功的救治经验。

关键词: 毒蕈; 急性中毒

中图分类号: R595. 7 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X (2002)01-0024-02

我院于 2000 年 7~10 月成功救治了 3 起急性毒蕈中毒患者 12 人, 均系误食自采的野蘑菇引起, 报告如下。

1 临床资料

1.1 中毒经过

2000 年 7 月 25 日中午 1 时, 有 5 名成人、1 名儿童 (男 4 人, 女 2 人) 同进食自采肥脚环柄菇 1000 g, 进餐后 30min, 6 人均出现头晕头痛, 持续性脐周隐痛, 反复呕吐胃内容物 3~7 次, 腹泻 2~3 次, 为黄色稀便。2 例于当日 19 时 30 分收入我院治疗, 共住院 6 天, 痊愈出院。另 4 例于外院治疗。

2000 年 9 月 8 日中午 12 时, 5 人 (男 4 人, 女 1 人) 进食自采铅绿褶菇 500 g, 进餐后 2 时 30 分钟, 出现头晕、乏力, 恶心、呕吐胃内容物 1~4 次, 腹泻 2~6 次, 为水样便。于当日 22 时 3 例收入我院治疗, 共住院 5 天, 痊愈出院。另 2 例于外院洗胃后放弃治疗。

2000 年 10 月 27 日下午 6 时, 7 人 (男 6 人, 女 1 人) 同进食自采野蘑菇约 100 g, 进食后 4 小时, 5 人出现呕吐胃内容物 1~4 次, 3 人腹泻 2~4 次, 为黄色稀便, 2 人双手出现轻微麻痹、多汗。于次日 4 时均收入我院治疗, 4 人住院 1 天, 2 人住院 4 天, 1 人住院 5 天, 先后痊愈出院。

1.2 实验室检查

第一起中毒病例, 血 AIP 224~302 U/L, AST 56~117 U/L, LDH 94~250 U/L, BUN 8.56~11.56 mmol/L, Cr 69~283 $\mu\text{mol/L}$,

尿 KET (++)~(+++), PT 12.8~13.8 s。1 例 B 超示肝内胆小管增粗。

第二起中毒病例, 血 AIP 129~155 U/L, DBIL 6.87~7.04 $\mu\text{mol/L}$, 尿 KET (+~+++), PT 14.4~18.7 s。2 例 EKG 一过性心动过缓伴心律不齐, B 超肝内密集增粗光点。

第三起中毒病例, 血 ALT 73~97 U/L, AST 51~66 U/L, TBIL 24.13~37.43 $\mu\text{mol/L}$, 尿 KET (+~+++), PT 17.8~21.3 s。

2 治疗

三起中毒患者均采用洗胃、导泻、解毒 (5% 二巯丙磺钠)、利尿、护肝、保肾、营养心肌治疗, 纠正电解质酸碱平衡失调, 应用激素抑制溶血及抗生素预防感染。第一起中毒病例潜伏期短 (约 30 分钟)、持续脐周疼痛、呕吐次数多, 为减轻蘑菇毒素对肌体重要器官的损害, 采用腹膜透析 2 次, 以清除血液中的有毒成分, 经上述综合治疗, 分别于 2~6 天恢复出院。

3 讨论

3.1 三起中毒临床特点

毒蕈中毒按临床表现可分 4 型。肝肾损害型、神经精神型、溶血型、胃肠型。三起毒蕈中毒均发生于气温较高、潮湿多雨的夏秋季节, 均有呕吐、腹泻等胃肠道紊乱的首发症状。第一、二起中毒分别由食用肥脚环柄菇和铅绿褶菇所致, 潜伏期为 30 分钟至 2 小时 30 分钟。实验室检查肝功、肾功轻度异常。B 超显示肝内密集增粗光点, 肝内胆小管增粗。心电图提示心动过缓伴心律不齐。均以胃肠型中毒为主, 伴有轻度肝、肾损害。第三起中毒因蘑菇已吃完未能进行毒蕈类型鉴定, 从 2 患者一过性双手轻微麻痹、多汗, 瞳孔缩小、对光反射迟钝, 转氨酶无大幅升高来看, 似为神经精神型。

3.2 救治体会

(1) 洗胃尤其重要。毒蕈中毒患者要及时催吐、洗胃、导泻, 以迅速排出尚未吸收的毒素, 即使就诊时距进食毒蕈的时间较长, 洗胃仍具有一定意义; 本文第二、三起中毒患者

收稿日期: 2001-05-15; 修回日期: 2001-07-16

作者简介: 林秋红 (1966-), 女, 主治医师, 主要从事职业中毒临床救治工作。