

体化症状、睡眠障碍、强迫症状等神经症状为著, 这提示从事局部振动作业者存在着一定的心理压力。其原因可能是工作紧张程度高、工作负担重以及持续较高的噪声等因素有关。所选用的对照组与 SCL-90 中国常模相比较 ($q = 2.83$) 差异无显著意义 ($P > 0.05$)。接振工种的不同造成心理行为改变也不相同, 这一点与文献报道的不同振动工具对血管和神经的损害作用是分别进行的观点相一致^[3]。本调查研究发现, 接振组中存在着抑郁症状, 主要是躯体型抑郁和植物神经型抑郁^[4], 而且接振组神经衰弱和焦虑的发生率也较对照组高, 这进一步说明局部振动作业工人心理健康水平较低, 其原因可能与多种职业因素有关。

3.3 振动作业工人神经行为的影响

长期的局部振动可以引起作业工人行为改变。在运动神经功能方面表现为反应潜伏期延长, 中枢神经

系统方面表现为大脑皮层功能的下降。习惯用手的提转捷度数试验与接振工龄呈负相关, 而非习惯用手就不存在这一现象, 这进一步说明了习惯性用手^[5]的损害程度较非习惯性用手的损害明显。

参考文献:

- [1] 梁友信. 介绍 WHO 推荐的神经行为为核心的测试组合 [J]. 工业卫生与职业病, 1987, 13: 331.
- [2] 汪启琳. 局部振动对铆工、清铲工身心健康的影响 [A]. 第二次全国物理因素职业危害、劳动生理及工效学学术交流会——论文摘要汇编 [Z]. 1987, 78.
- [3] 王林. 局部振动病临床的研究 [J]. 铁道劳动安全卫生与环保, 1988, (1): 48.
- [4] 佐佐木秀行. 振动病患者的体质和植物性神经功能 [J]. 产业医学, 1987, 29 (2): 459-465.
- [5] Lena ekenvall. Correspondence between neurological symptoms and outcome of quantitative sensory testing in the hand-arm vibration syndrome [J]. British Journal of Industrial Medicine, 1989, 46: 570-574.

“医源”性亚急性铅中毒 1 例误诊分析

Misdiagnosis of iatrogenic subacute lead poisoning: Report of a case

姜文忠¹, 赵 晖², 张凤林¹, 孙秀玖¹, 毕莉莉¹

(1. 吉化集团公司职业病防治研究所; 2. 吉化建修有限公司安环处)

姜某, 女, 17 岁, 学生, 因脐周持续疼痛, 阵发性加剧, 狂叫, 伴有恶心呕吐, 皮肤轻度黄染 1 周余。于 2003 年 12 月 10 日由某市医院诊断为急性胆囊炎、蛔虫症收住院。

实验室检查: Hb 52 g/L, RBC $2.08 \times 10^{12}/L$, WBC $10.9 \times 10^9/L$, S 0.72, L 0.27, E 0.01, 总胆红素 $35 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $10.6 \mu\text{mol/L}$, ALT 160 U, HBsAg (—), 肝胆彩超、胆囊造影、腹透均无异常所见。住院期间按慢性胆囊炎、胆道蛔虫症、缺铁性贫血治疗。反复应用 654-2、阿托品、杜冷丁、庆大霉素、消炎利胆片、硫酸亚铁、富血铁、右旋糖酐铁等治疗近 1 个月, 病情不见好转, 且腹绞痛及贫血症状日趋严重。经外科会诊, 以急腹症转入外科, 观察治疗无效, 准备剖腹探查。家属提示是否与服用中药有关, 到我所咨询, 经会诊, 检查尿铅 $6.23 \mu\text{mol/L}$, 粪卟啉 (++) , 诊断为亚急性铅中毒 (腹绞痛)、中毒性贫血收入我所治疗。

现病史: 该患在 2 个月前, 因乳房发胀, 有压痛感, 其母找游医诊断为“乳腺癌”, 口服该游医配制的中药 (粉剂) 6 服 (每服 300 g) 后出现上述症状。后经对剩余的中药粉剂进行分析测定, 其结果证实含有氧化铅 (密陀僧 5g/100g)。

查体: T 38.2℃, P 80 次/min, R 20 次/min, BP 135/90 mmHg (18/12 kPa), 发育正常, 营养欠佳, 痛苦面容, 呈重度贫血貌, 反应迟钝, 自动体位。全身皮肤无黄染, 浅表淋巴结未触及, 双瞳孔等大同圆, 对光反射正常, 巩膜轻度黄

染, 睑结膜苍白, 咽部无充血, 齿龈铅线 (+), 口腔有金属味, 心肺正常, 肝脾肋下未及, 腹肌紧张, 脐周压痛明显, 双手握力正常, 四肢肌肉阵发痉挛及抽搐, 时而狂叫。

实验室检查: Hb 48 g/L, RBC $2.02 \times 10^{12}/L$, 网织红细胞 18%, 点彩红细胞 42 个/50 视野, 碱粒红细胞 15% ($>$ 正常值 0.8%); 尿铅 $8.36 \mu\text{mol/L}$; 尿常规, 蛋白 (++) , 管型 1~3 个/HP, RBC +/HP; ALT 140 U; 心电图, 脑电图, 肝、胆、脾、肾、胰彩超及肌电图均未见异常。

治疗经过: 入院后立即用 CaNa_2EDTA 2.0 g 加入 10% 葡萄糖 1 000 ml 静脉滴注, 连用 3 d, 停 4 d 为一个疗程; 在驱铅同时给予保肝、肾、铁剂、VitB 等对症支持疗法, 驱铅 2 个疗程后, 尿铅降至 $1.25 \mu\text{mol/L}$; 改用 CaNa_2EDTA 1.0 g 加 10% 葡萄糖 500 ml, 静脉滴注 3 d, 停 4 d, 连用 3 个疗程。经过第一疗程后腹绞痛缓解, 第二个疗程后腹绞痛消失, 4 个疗程后尿铅结果为 $0.46 \mu\text{mol/L}$, Hb 103 g/L, RBC $3.95 \times 10^{12}/L$ 。改用 CaNa_2EDTA 0.25 g 加生理盐水 20 ml, 2% 普鲁卡因 20 ml, 1 次/12 h, 肌注, 连用 3 d, 停 4 d, 第六个疗程后, 以上检验指标均正常, 经 7 个疗程, 住院 56 d 痊愈出院。

讨论: 本患因“医源”性铅中毒引起的腹绞痛在内外科临床上实属少见, 因此常被内外科医师误诊误治。该患的临床表现、实验室检测及药品分析结果虽然符合铅中毒, 但竟被误诊为胆囊炎、胆道蛔虫症, 反复用止痛解痉、抗感染等药物治疗, 误诊长达 1 个月之久。此例误诊的教训值得临床医师注意, 建议 (1) 首诊时要详细询问病史, 并做好相关项目的临床检测, 或请专科医院会诊, 以便早期明确诊断及治疗; (2) 患者有病要到正规医院或诊所就诊, 以免误诊误治耽误病情; (3) 卫生行政管理监督部门对个体行医者要加强管理力度, 对非法无证的游医一经发现应立即取缔, 对造成严重后果的应依法严惩, 以确保人民生命安全。