

根据 Hughes(1946)分期标准, 24例24小时内入院患者可视为急性期, 主要表现有结膜的混合充血, 角膜上皮脱落, 角膜组织不同程度的混浊水肿。而灼伤后1天至两周左右为修复期, 开始有结角膜上皮的再生, 结角膜灼伤组织趋于稳定。从本文受伤24小时后7例患者表现可见, 其眼部表现要比24小时内入院者为重, 结膜、角膜缘组织多有部分的缺血性坏死、脱落。角膜实质深层组织水肿、浸润, 甚至内眼组织如晶体、虹膜也受到影响, 没有见到有组织修复的迹象。这主要是由于对化学物质致眼灼伤的严重性认识不足, 现场处理不及时, 就诊时间太晚, 以致于化学物质对眼组织的连续腐蚀作用, 使得那些经过正确、及时处理后, 本来可以恢复正常的患者失去了治愈的良机, 而造成了眼组织的更加严重的破坏。当然, 也不能排除与这些患者所接触化学物质的性质、浓度、

致伤方式等有关系。有3例患者分别为20天、四个月和2年收住院。尽管入院时还可见化学物质灼伤眼部后各种临床表现, 但主要以并发症表现为主, 这些患者的治疗效果及恢复都较差。

从治疗结果看, 视力完全恢复正常者占38%, 视力有不同程度进步者占52%, 有效率为80%。遗留后遗症者占35.3%。从本文分析结果可见, 就诊时间长短与疗效有直接关系, 就诊时间愈长, 视力恢复就愈差, 遗留后遗症的机率就愈大。从病例记载分析同时也可看出, 疗效的好坏与现场急救和及时处理与否则有明显一致关系, 表2中所列病例就是因为现场处理不及时和/或以后未给予及时妥当处理, 以致造成不良后果。因此, 有必要进一步强调现场急救处理的重要性, 提高急救处置水平, 认识化学物质眼伤的严重危害性, 加强急救后的及时治疗。

7例铅绞痛误诊分析

兰州医学院第一附属医院职业病组 王雪芹 薛兆谱 白 锋

铅中毒引起的腹绞痛是急诊时的主要症状, 然而往往被内外科医师忽略而误诊。本文收集我院收治的7例铅绞痛误诊病例, 分析其临床表现和误诊原因, 以引起重视和警惕。

一、一般资料

本组7例, 男6例, 女1例。年龄19~33岁。5例男性为某厂废铅冶炼合同工, 另1例为某矿灯厂化成班合同工。工龄2月~2年。以往均健康。女性患者系服用樟丹8g配制的治癫痫病中药丸8天后发病。均有腹绞痛、恶心、呕吐、食欲不振、面色苍白。便秘6例, 肠鸣音减弱5例, 血压高($>18.7/12.0\text{kPa}$)4例。血ALT(GPT)增高($56\sim 200\text{u}$ 以上)5例, 黄疸指数增高($15\sim 40\text{u}$)4例, 血红蛋白降低($75\sim 110\text{g/L}$)4例, 血网织红细胞增高($1.3\sim 5.3\%$)2例, 血白细胞高($13.4\times 10^9\sim 19.0\times 10^9/\text{L}$)3例。尿铅 $0.89\sim 2.85\mu\text{mol/L}$, 尿卟啉(++)~(++++)。

二、误诊情况

误诊为急性阑尾炎2例, 急性黄疸型肝炎2例, 急性肠梗阻1例, 急性胰腺炎1例, 胃溃疡病1例。误诊时间为5~20天。

三、病例介绍

例1, 陈某, 女, 22岁。因持续性腹胀痛、脐周阵发性绞痛伴头晕、乏力、便秘、呕吐、尿黄、食欲

不振5天, 由厂职工医院诊断为“急性黄疸型肝炎”收住院。实验室检查: 血ALT(GPT) 200u 以上, 尿蛋白(+). 经保肝与对症等治疗半月, 腹痛日渐加重, 遂转来我院。追问病史, 患癫痫病11年, 发病前服用樟丹配制“癫痫丸”8天, 总量为8g。查体: 血压 $14.7/12.0\text{kPa}$ 。面色苍白, 痛苦呻吟, 巩膜黄染, 齿龈铅线(-), 心肺(-), 腹软, 全腹压痛以脐周为重, 无反跳痛, 肝脾未及, 肠鸣音减弱, 右肾区叩痛(+), 手颤(+). 实验室检查: 尿铅 $0.89\mu\text{mol/L}$, 尿中粪卟啉(++++) , 血红蛋白 110g/L , 血网织红细胞 5.3% , 血ALT(GPT) 48u , 尿蛋白(+). 诊断为“亚急性铅中毒合并中毒性肝病”。经用10%葡萄糖酸钙静注, 腹绞痛仍频繁发作, 即以二巯基丁二酸钠驱铅治疗, 翌日腹痛减轻, 第5天症状完全缓解, 29天痊愈出院。

例2, 陈某, 男, 33岁。因脐周、右下腹阵发性绞痛伴恶心、食欲不振、腹泻与便秘交替5天, 由我院外科诊断为急性阑尾炎收住院。以往有“肠蛔虫病”。查体: 体温 37.3°C , 血压 $20.0/12.0\text{kPa}$ 。急性重病容, 齿龈色泽正常, 心肺(-), 腹软, 肝脾未及, 脐右旁与麦氏点内侧压痛(+), 无反跳痛和肌紧张。胸腹透视提示上中腹肠腔充气。实验室检查: 血白细胞 $19.0\times 10^9/\text{L}$, 中性0.87。经用抗菌素与对症

治疗一周,病情未见好转。追问病史有铅接触史,经我科会诊,询问职业史,患者系某厂合同工,冶炼废铅3个月,每天由6人炼1吨,生产环境温度高,无通风设备和个人防护措施。查尿铅 $2.85\mu\text{mol/L}$,尿中粪卟啉(++++)。诊断为“亚急性性铅中毒”。经用依地酸二钠钙驱铅治疗,次日症状减轻,28天痊愈出院。

四、讨论

(一) 误诊原因分析

1. 采集病史不细致,忽视询问毒物接触史。本文病例的临床表现和实验室检查均符合铅中毒,由于未能询问职业性和生活性铅接触史,以致贻误诊断。

2. 缺乏对本病的警惕性。内外科医师往往对毒物引起的中毒性疾病认识不足,忽视有关铅中毒的一般检查与分析,以致延误诊断。

3. 对本病症候群缺乏认识,只看局部,缺乏对病程全貌的分析。腹痛常为急性、亚急性和慢性中度铅中毒的突出症状,多为阵发性腹绞痛,剧烈难忍,部位多在脐周,少数在上腹或下腹部,发作时病人面色苍白,大汗淋漓,辗转不安,重压腹壁可减轻疼

痛,但大都无确切的腹部体征,常伴恶心、呕吐及便秘。部分患者可呈现麻痹性肠梗阻,表现为腹胀气,透视可见液平面。腹绞痛易误诊为外科急腹症,甚至进行开腹手术。本组4例误诊为阑尾炎、肠梗阻及胰腺炎。

文献报告铅可直接损害肝细胞和使肝内小动脉痉挛引起局部缺血而致肝脏受损害。本组5例肝功有改变,其中2例误诊为“急性黄疸型肝炎”。

本病并非罕见,重要的是提高对本病的警惕性。遇有不明原因的腹痛时,应考虑本病的可能性。详细询问毒物接触史;仔细观察腹部体征变化;及时检测尿铅、尿粪卟啉及其他有关铅中毒诊断指标,必要时可作驱铅试验,以明确诊断。应注意与阑尾炎,肠梗阻,胰腺炎,肠道寄生虫病,溃疡病,血卟啉病及传染性肝炎等相鉴别。

(二) 本病的治疗

我们临床观察,铅绞痛患者反复应用钙剂均未彻底解除腹痛,而直接驱铅治疗后腹痛迅速缓解。驱铅治疗使铅迅速排出体外是治疗铅绞痛的首选方法。

减压病302例临床分析

海军四〇六医院 余长青

海军三七二零七部队卫生队 张电光

减压病是高气压下工作的人员(如潜水员、沉箱或隧道工人、接受高气压治疗的人员等)的职业性疾病。随着水下工程建设的开展、海洋资源的开发,以及沉船打捞和失事潜艇的援救、高气压临床应用的增加,本病的发生亦趋增多。现将自1970年以来所治疗的302例报告如下:

临床资料

一、一般资料 本组302例均系男性,年龄最大64岁,最小21岁,其中21~30岁105例,31~40岁131例,41~50岁57例,51~60岁8例,64岁1例。大部分为潜水员,占98%。劳动强度中或重度。工作性质主要是捕捞海物、沉船打捞、水库作业等,有3例是陪舱护理人员。水下工作时间:30分钟至4小时,最长为8小时。发病时的实际潜水深度为15~60m。

二、主要发病因素 有207例是由于违反潜水操作规程,根本未经减压便直接出水,且大部分有重复潜水史。另95例虽经减压,但没有充分考虑水下工作时的劳动强度、潜水前的身体状况及实际潜水深度和

水下工作时间等因素,故选择减压方案不当,减压时间不充分,于减压出水后仍出现减压病症状。

三、诊断标准 ①有明确的高气压暴露史;②违反安全减压规则;③症状体征发生在潜水作业中或结束后;④经再加压治疗反应良好。如病程超过一个月以上,经单纯再加压治疗症状消失或明显减轻者则诊断为慢性减压病。即:①轻型:仅有皮肤斑纹、搔痒或青紫及关节、肌肉疼痛者。本组为149例,占49.4%;②中型:肌肉、关节部位剧痛,典型屈肢症及部分神经系统和胃肠道症状者。本组有60例,占19.9%。③重型:主要表现为中枢神经系统和呼吸循环等生命重要器官功能障碍,如瘫痪、昏迷、呼吸困难、心力衰竭等。此类本组24例,占7.9%;④慢性减压病者69例,占22.8%。

四、治疗结果 判断标准如下:痊愈:症状体征全部消失,可继续从事潜水工作;显效:症状体征基本消失,但活动后尚有酸痛不适感或无力现象;好转:主要症状和体征有所减轻,生活能自理。本组302