

矽肺并发症大咯血10例分析

广东韶关市职业病防治院 (512028) 陈先友

矽肺并发症大咯血属急重症。现报道矽肺并发症大咯血10例如下。

1 一般资料

10例患者均为男性, 年龄52~74岁(平均60.6岁); 其中Ⅰ期2例, Ⅱ、Ⅲ期各4例; 均为风钻工; 接尘时间6~23年(平均14.3年); 合并肺结核8例, 支扩及肺癌各1例; 均作痰菌涂片、血沉及胸片检查, 2例作胸部CT扫描; 大咯血治愈8例, 死亡2

例(其中肺癌1例)。

2 临床表现

除矽肺一般表现外, 患者以咳嗽加剧、咳血痰后发生大咯血者8例; 咳嗽轻, 夜间或晨起突然大咯血者2例。10例均出现情绪紧张。血压下降2例, 一侧肺有体征7例(其中湿罗音4例, 哮鸣音1例, 呼吸音消失2例), 双肺有湿罗音、哮鸣音各1例, 双肺无干湿罗音1例。咯血及辅助检查情况见表1、表2。

表1 咯血情况

	日咯血量(ml)		咯血持续时间(日)					次咯血量≥50ml发作时间(时)												
	>100	>500	7~9	18	40~60	61~101		0	1	2	5	6	7	8	11	14	15	16	20	23
例数	6	4	3	1	3	3	次数	1	5	1	3	1	6	1	2	2	3	2	1	1

表2 辅助检查情况

	ESR		WBC		Hb		痰菌		胸片、CT扫描									
	增快	正常	增加	正常	贫血	正常	阳性	阴性	气胸	胸水	空洞	肺大泡	肺不张	双肺结核	右肺结核	左肺结核	支扩	右肺癌
例数	6	4	4	6	6	4	3	7	1	1	0	1	1	6	1	1	1	1

3 治疗情况

发作时一般给予安定镇静药物; 卧床休息; 止咳嗽痰; 必要时吸氧及少量输血。针对并发症予以联合抗痨及抗菌、抗癌等治疗。止血治疗除常规使用安络血、止血敏以外, 主要以联合止血方法: (1) 垂体后叶素5μg加入20ml液中静注, 继而10μg加入500ml液中静滴, 每分钟10~15滴, 咯血发作时重复静注5μg。总量20~30μg/日。(2) 氯丙嗪25mg口服2~3次/日, 发作时可肌注25mg。总量75~100mg/日。(3) 地塞米松5~10mg静注, 10mg静滴, 总量20mg/日。(4) 对咯血频发者加用酚妥拉明10mg加入500ml液中静滴, 每分钟10滴, 与垂体后叶素交替使用。

4 讨论

本组患者虽然年龄较大, 但合并肿瘤仅1例, 而合并肺结核8例。认为矽肺合并结核是矽肺并发症大咯血的主要原因。而胸片上均无空洞出现, 这与现代抗痨水平提高有关。本组大咯血的特点为: (1) 大咯血前多有先兆症状可寻。本组多数(8/10)以咳嗽加剧后发生大咯血。因此对年龄大有结核史的晚期矽

肺患者突然咳嗽加剧咳血痰时应警惕大咯血的可能。

(2) 咯血期长反复发作的咯血有一定时间规律性。本组平均咯血期36.5天, 止血后反复发作。次咯血≥50ml共29次。集中在0~2时、5~7时、14~16时, 共占24次(82.7%)。这与致死性咯血发生时间以夜间12时至清晨6时最多相符。(3) 病情重胸片病变复杂难以判断出血与病灶的关系。本组以晚期矽肺为主(8/10), 胸片上除矽肺基础病变外, 多见双肺结核(6/10), 并有气胸等改变。而肺部体征中以单侧为主(7/10)。因此动态观察肺部体征判断出血位置显得重要。治疗上, 垂体后叶素使肺血管收缩肺循环压下降而止血, 但可引起血压升高、冠脉流量减少。氯丙嗪、酚妥拉明二者均阻滞α受体, 使血管扩张, 使肺血管阻力下降而止血。二者联用既可协同止血, 又可相互克服副作用。激素可通过降低毛细血管通透性及血中肝素水平; 并能改变血管壁反应性; 能增加心肌对能量的利用, 增加心排血量的作用从而降低肺血管压力而止血。这对有炎症存在反复咯血者尤为适用。本组10例采用联合止血治愈8例, 提示联合止血疗效好, 并且未出现副作用。