

有腹泻,其余病人未解大便;尿色深似浓茶;5人出现黄疸及肝功异常,3人有肝大,其中2人伴脾大;所有病人均有贫血。在某医院诊为食物中毒,初认为系肠道病毒或致病菌所致,曾用多种抗生素治疗,住院一周病情未见好转。经我院会诊检查尿铅、尿粪卟啉均明显增高,以急性铅中毒转入我院,经驱铅治愈。追查铅来源,将家中所用面粉及调料等可疑物进行分析,发现所用“粉灰”实为铅白,因装塑料筒时搞错所致。

有的毒物因中毒方式、中毒条件与毒物剂量不同可有不同的临床表现。如为治疗阴部搔痒症,将水银

掺入中药内点燃吸入引起中毒性脑病与尿毒症;用含汞化合物中药偏方(含朱砂与银朱)卷入纸筒内点燃闻吸治疗牛皮癣,引起汞中毒伴多发性周围神经病及肌萎缩;用汞剂治疗皮肤病诱发红皮病型银屑病。值得一提的是,近年来有些人用汞齐法炼金,条件简陋,且缺乏卫生常识,冬季门窗关闭用蜂窝煤炉加热金汞齐炼金,往往引起汞中毒。甚至有妇女怀抱婴儿守在炉旁,造成婴儿急性汞中毒、汞中毒性肺炎。此类肺炎来势凶猛,一般单用抗生素治疗效果不佳。如不及时进行驱汞治疗常导致死亡,应引起重视。

Ⅱ期矽肺误诊为粟粒性肺结核1例报告

浙江省绍兴市第六人民医院(312000) 赵宝珊 韩东方

患者男性,41岁,村办石矿凿岩石工,住院号940173。接触矽尘史25年。因咳嗽咯血痰十余天于1994年2月24日入院。患者10日前无明显诱因突然咯血两口,其后痰中带血。自觉头昏,但无发热、盗汗、乏力、胸痛等症状,食欲一般,大小便无特殊。既往无心肝肾疾病史,无关节炎史,无恶性肿瘤病史,未曾矽肺普查摄片。检查神志清, T36.5℃, P86次/分, R22次/分, BP17/10kPa。皮肤无红斑,无外周浅表淋巴结肿大。心肺正常,腹软,肝脾未及,两下肢无浮肿。胸片显示:两肺均见散在斑点状致密阴影,边界较清,两肺纹理增深,两下肺气肿,心膈无特殊,诊断Ⅰ型肺结核。颅脑CT片报告未见异常。胸部CT检查见:双肺野布满小结节状病灶,直径约3mm, CT值-500HU,境界尚清,双肺门及纵隔未见明显异常。CT诊断首先考虑血行播散型肺结核。B超:肝胆脾未见异常。1:2000PPD试验(-),血结核抗体(-),血尿便常规、肝肾功能均正常,痰查抗酸杆菌6次(-)。患者入院后未再咯血,体温一直正常,经INH, RFP, PZA, Amk联用抗痨治疗试治二个月,复查胸片不变,仍有密集度2级的类圆形小阴影(q),分布范围达5个肺区,1级密集度左下1个肺区,出院鉴定为矽肺Ⅱ期。距首次胸片九个月后,1994年11月29日随访来院,患者因不善经商又重新从事石工,自觉胸闷、劳动后气短,但无低热,盗汗、咯血等症状,再次复查胸片与前两次完全类同,根据职业史,确诊为Ⅱ期矽肺。

讨论

本例修正诊断明确为矽肺Ⅱ期,关键在于对矽尘职业史的了解。在尚未提供职业史之前,胸部平片与CT片均误诊为血行播散型肺结核,因粟粒性结节影有时难以鉴别结核与矽肺。根据本例临床症状、实验室检查、抗痨治疗反应及随访观察均可否认结核及其它引起粟粒性阴影的疾病如转移性肺癌、肺泡微石症、血吸虫病肺部病变等。以下几点,对矽肺与粟粒性肺结核的鉴别可供参考。矽肺有矽尘接触史,无结核毒性症状,抗痨治疗无效。粟粒性结节影直径一般1.5~3.0mm大小,中间密度较高,边缘密度较低,早期从中下肺野开始,随着病情进展可遍及全肺,结节数量大小随发展而增多,矽结节可融合成片或呈团块状改变。两下肺往往有肺气肿,结节影在CT片比较清晰。肺门阴影增大增浓,肺门区可见蛋壳样钙化,肺纹理增多扭曲变形甚至消失,胸膜也可增厚粘连。而粟粒性肺结核有明显的结核毒性症状发热、盗汗、乏力等症,PPD试验与痰查结核杆菌可阳性。急性粟粒性肺结核结节大小约1~2mm,形态、密度、分布范围较均匀。亚急性或慢性粟粒性肺结核结节广泛散布于全肺野或两上肺野较密集。结节大小形态密度均不一致,后期可有融合倾向,经抗痨治疗数周内可显示出疗效。

本例的经验教训是临床医师在遇到上述类似病例时应强调询问职业史,后者是确诊一切职业性疾患的关键。