

1 例尘肺“大阴影”临床分析

鞍钢劳动卫生研究所 (114001) 刘 莉 刘海峰 杨晓东

1 临床资料

患者董某,男,78岁。某耐火厂砖车间退休工人。于1952年10月~1957年7月从事砖成型作业。接尘工龄约6年,每天工作8小时。该车间粉尘浓度高,粉尘成份主要为石英砂。于1957年3月诊断为I+期矽肺;1960年3月诊断为II期矽肺,1975年7月诊断为III期矽肺。该患者于1992年11月以III期矽肺、气短、咳嗽,活动时加重二十余年而入院治疗。患者自觉胸闷、气喘、心悸,右侧腰背痛。查体:双肺大量湿性罗音、心率快、早搏。临床诊断:(1)III期矽肺;(2)慢性支气管炎;(3)肺气肿;(4)肺心病(失代偿期)。X线检查:正位像见右胸腔积液,右肺下野感染,右肺门处一巨大团块影;侧位像可见胸腔积液之改变,同时心脏前壁及下壁胸膜肥厚。但不见正位像上所见之巨大团块影(即未见作为诊断III期矽肺依据的“大阴影”)。化验检查:多次胸水检查为黄绿色液体,结核菌(-),凡他试验(+),多次痰培养,结核菌(-)。B超及胸穿检查,证实有胸腔积液存在。

临床治疗:施一般矽肺对症抗炎治疗四个月余无效,改抗结核治疗,口服雷米封、利福平,肌肉注射链霉素效果显著,症状、体征减轻,胸水吸收,但前述正位像上“大阴影”未消失。停止抗结核治疗数周,病变又复发,再度抗结核治疗达七个月余,患者出院。X线片上显示陈旧性胸膜肥厚改变。

2 讨论分析

2.1 右肺上野“大阴影”是否为尘肺大阴影改变值得商榷。其根据:(1)侧位片未见尘肺大阴影改变;(2)

正位片上“大阴影”位于肺野之外,与肺野成钝角关系。尤其出现自发气胸后,肺缘与“大阴影”的关系更为清楚。

2.2 该患X线正位片右肺上野出现致密宽带状梭形阴影,与纵隔阴影有一定距离;且该病变随病情轻重而相应地变为清晰或模糊,符合斜裂上段叶间积液的改变。在右上纵隔旁的阴影密度均匀,似纵隔增宽,轮廓清晰;后期与肺门处影融合呈半圆状,基底部较宽,与纵隔和肺门难分界;内缘清晰、僵直,符合纵隔积液、肥厚的改变。患者右心缘旁出现的阴影,似心脏扩大或心包积液。更值得注意的是,当病情恶化,复发胸腔积液时,上述几种影像改变同时增大、模糊;病情转归时,则又同时缩小或变清晰。结合以上胸片改变,笔者认为该病例为典型的广泛性胸腔积液、胸膜肥厚,并以纵隔为著。

2.3 患者自诊断为I期矽肺后先后住院达16次,胸水多次出现、多次消退,病情反复发作。胸水、痰结核菌检查虽为阴性,但临床抗结核治疗明显见效。停止抗结核治疗后病变复发,再行抗结核治疗数月,病情稳定、好转,直至出院。因此,该患者胸腔积液、胸膜肥厚符合结核性胸膜炎之改变。

2.4 诊断尘肺时,对于胸片中出现的“大阴影”应及时进行鉴别诊断。

3 小结

本病例为1例少见的矽肺合并纵隔胸膜炎(结核性)的病例,曾误诊为大阴影,随访中见其大小随着用无抗结核治疗而改变。此种情况在尘肺诊断中应予以注意。(收稿:1993-12-20 修回:1995-06-27)

婴儿口服鱼肝油滴剂慢性中毒4例报告

长春第一汽车厂职工医院 (130011) 王菊芬 刘彦晨 刘淑琴 郑亚安
白求恩医科大学 胡克恒

1993年至1994年10月我们收治了4例口服浓缩鱼肝油滴剂致维生素A中毒的患儿,其中2例患儿同时合并维生素D中毒,现将情况报告如下。

【例1】女,11个月,因皮肤脱屑2月,双足肿胀,双下肢触痛半月于1994年2月25日入院。入院前2月全身皮肤脱屑,面部手掌足跖重,伴哭闹易惊,曾在皮肤科诊治无效,半月来双下肢触痛,双足肿胀,烦躁不

安、厌食、脱发。患儿生后第7个月开始服浓缩鱼肝油滴剂,每日3毫升(每毫升含维生素A5万单位,维生素D5千单位),连服五个月,摄入总量VitA2250万单位,VitD225万单位。体检:全身皮肤干薄发亮,有脱屑,头面部水肿,头围52cm,前囟饱满,颅缝裂开,右侧颞骨和枕骨明显突出,口唇红肿、口角皲裂,心肺正常;血沉35mm水柱,血钙2.84mmol/L(正常值2.05

~ 2.70mmol/L), 血磷 1.78mmol/L, 尿素氮 1.98mmol/L, 尿钙 8.7mmol/L (正常值 2.5 ~ 7.5mmol/L), 尿磷 19.75mmol/L; X线检查: 双侧股骨中下段均见局限性骨膜增生隆起, 左侧为著, 双足第 V 趾骨均见平行骨膜增生, 临床诊断维生素 AD 中毒。经补液、利尿、20%甘露醇降颅压, 强的松每日口服 1mg/kg, 两周后症状明显减轻, 1 个月后症状体征消失。复查尿钙: 2.70mmol/L, 血钙 2.80mmol/L。出院后继服强的松逐渐减量停药, 两个月后复查血钙尿钙正常, 5 个月后复查 X 线骨膜反应消失。

【例 2】男, 10 个月, 服鱼肝油滴剂 3.5 个月, 摄入总量 VitA1 312.5 万单位, VitD131.3 万单位出现中毒症状。纳差、皮疹, 皮肤瘙痒, 脱屑 20 余天, 发热、呕吐, 下肢肿胀伴触痛 1 周入院。体检: 同例 1, 血钙 2.82mmol/L, 尿钙 7.9mmol/L, X 线检查, 双侧股骨外侧及胫骨内侧骨膜明显增厚影变浓, 颅缝增宽, 治疗同例 1。

【例 3】男, 12 个月, 连服鱼肝油滴剂 6 个月, 摄入总量 VitA1 050 万单位, VitD105 万单位出现食欲不振, 皮肤脱屑, 四肢肿胀, 触痛, 血钙 2.61mmol/L, 尿钙 6.5mmol/L, X 线摄片, 双尺桡骨程度不同骨膜反应, 双小腿软组织肿胀, 左胫腓骨中下段骨膜反应, 治疗同例 1。

【例 4】男, 12 个月, 连服鱼肝油滴剂 10 个月, 摄入总量 VitA 1 300 万单位, VitD130 万单位, 期间曾肌注 VitD₃60 万单位。体检: 全身皮肤脱屑, 手足甲床皮肤移行处有膜样脱皮, 方颅, 头皮有 0.5×1.5cm 出血

斑, 口唇潮红皴裂。血钙 1.92mmol/L, 尿钙 2.5mmol/L, X 线检查无改变。

讨论 小儿一次摄入维生素 A 剂量超过 30 万单位, 可致急性中毒。每日平均摄入 5~10 万单位, 超过 6 个月, 有的儿童甚至小到每日 2.5 万单位, 持续 1 个月即可出现慢性中毒。本文 3 例临床表现典型, 化验检查与 X 线拍片有明显改变。出现中毒症状时维生素 A 摄入量均达 1 000 万单位以上。开始皮肤脱屑明显, 继之软组织肿胀, 口唇潮红皴裂, 出现骨膜反应 3 例, 高颅压 2 例, 1 例有出血倾向。出现症状最早 3 个月, 最晚 10 个月, 其中例 2 年龄最小, VitA 摄入量高达 1 312 万单位, VitD131 万单位, 不但有维生素 AD 中毒, 而且高颅压表现明显。而例 4 VitA 摄入量达 1 300 万单位, VitD130 万单位, 只有维生素 A 中毒, 中毒症状不重, 无骨膜反应、颅压高及维生素 D 中毒。提示症状出现早晚及轻重不但与摄入量有关, 而且与个体差异有明显关系, 年龄越小越易中毒。

维生素 A 中毒常见原因是: (1) 家长误认为服鱼肝油越多越好, 因而长期大量服; (2) 某些医生不太熟知浓缩鱼肝油中维生素 A 含量不能正确指导用药; (3) 有些医生对中毒症状认识不足, 特别是早期不能认证, 以致延误诊断。本文 4 例就曾诊为佝偻病、坏血病、猩红热、川崎病, 所以提请临床医师要注意详细询问病史, 特别是对婴幼儿皮肤出现皮疹, 脱屑伴软组织肿胀、骨痛者要问服鱼肝油史。在防治佝偻病时, 特别需要大剂量 VitD 时, 宜用纯维生素 D 制剂。

(收稿: 1995-09-10 修回: 1995-11-24)

职业性亚急性中度铅中毒 4 例报告

嘉兴市卫生防疫站 (314001) 孙晓楼

嘉兴市第一医院 张祖圣

本组共 4 例病人, 男 1 例; 年龄 30~41 岁, 平均 33 岁; 工龄 3~10 个月, 平均为 5.8 个月, 均为某航运公司化工车间二盐基性亚磷酸铅和三盐基硫酸铅粉碎工。该车间主要从事加料、粉碎、包装、烘房等作业, 占地面积约 24m²; 生产环境设备简陋, 工艺落后, 无通风防毒装置, 车间内空气铅尘浓度为 0.57~10mg/m³, 粉碎工段铅尘浓度超出国家卫生标准 199 倍; 部分工人在车间内随意饮茶、吸烟, 有时不洗手。

本组病人因腹痛急诊入院, 睡眠障碍、食欲不振、腹泻、便秘、铅线发生率 25%; 头昏、记忆力减退、四肢发麻发生率 50%; 呕吐、关节酸痛占 75%; 恶心、面

色苍白、口内金属味、四肢末梢触觉减退及腹隐痛、绞痛、无固定压痛均为 100%。临床观察中有 1 例出现烦躁易兴奋等症。

4 例血红蛋白为 55~90.8g/L, 红细胞为 2.11~3.0×10¹²/L, 网织红细胞为 0.02~0.034, 尿铅大于 0.386μmol/L 1 例, 大于 0.966μmol/L 3 例; 尿粪卟啉++ 1 例, +++ 1 例, +++ 2 例。尿常规、脑电图均未发现异常。肝功能检查均在正常值范围内。

4 例均进行驱铅治疗: 依地酸二钠钙 1.0g 加入 5%葡萄糖 500ml 中静脉滴注, 每日一次, 用药 3 天, 停药 4 天为一疗程。驱铅同时配合对症处理, 如阿托品、