

有吞噬含砷颗粒的巨噬细胞^[4]。因此我们推测,本组 15 例 BAC 的发病与吸入井下矿尘及吸烟有关,矿尘中的致癌物质与吸烟可能有协同作用。纤维瘢痕可能是本组 BAC 的诱因。一般认为,尘肺的粉尘灶、纤维化、慢性炎症等容易导致肺形成瘢痕,致癌物质在瘢痕内滞留聚集,从而使瘢痕内残留的细支气管和肺泡上皮增生癌变。

3.3 关于早期诊断:几乎找不到 BAC 所特有的临床症状。本组有症状的 9 例主要表现是咳嗽,其次为咳少量白色泡沫样痰,个别的痰中带血,与大多数文献报告相符。但也有报道咳大量泡沫样痰是 BAC 特征性症状。我们认为部分病人可能会无症状是 BAC 临床特征之一。例如,孙氏^[3]报告 3 例 BAC 中有 8 例无症状,本组中有 6 例(40.0%)无症状。无症状易被忽视而延误诊断,但肺癌普查或健康体检照射胸部 X 线片可发现这部分病例,本组中 6 例无症状者都是在肺癌普查或因其他疾病照射胸部 X 线片被发现的。张氏^[6]等报告 CT 导引细针活检对痰细胞学及纤支镜检查不能确诊的肺

周边部小病灶,诊断准确性为 87.5%。表明 CT 检查对早期诊断具有较高价值。

3.4 治疗、预后:对孤立结节型和局限性周围病变以手术治疗为主效果较好。本组行肺叶切除 12 例,肺楔形切除 3 例,1 例存活 5 年以上,其中 1 例已存活 4 个月。

4 参考文献

- 1 实用肿瘤学编辑委员会.实用肿瘤学(第三册).北京:人民卫生出版社,1979. P196
- 2 夏祥新.细支气管肺泡癌 49 例临床分析.中华结核和呼吸系疾病杂志,1981,4(3):139
- 3 谭松吟,等.11 例肺癌病理学观察.云南医药,1987,(2):102
- 4 孙世荃,等.扫描电镜能谱-波谱分析技术在云锡矿工肺癌病因研究中的应用.中华医学杂志,1988,68(5):254
- 5 孙忠亮,等.细支气管肺泡癌 3 例的临床、X 线、病理分析.中华结核和呼吸系疾病杂志,1981,4(6):361
- 6 张军,等.CT 导引细针活检定性诊断肺小病灶.中华肿瘤杂志,1997,19(2):127

(收稿:1997-09-02 修回:1998-01-05)

AOIP 救治中病情反复现象的探讨

牛志军

急性有机磷农药中毒(AOIP)在临床较为常见。有机磷农药主要通过抑制人体的胆碱酯酶(ChE)活性,使其失去分解乙酰胆碱(Ach)的能力,导致 Ach 在体内大量蓄积引起中毒。关于 AOIP 的抢救与治疗已有较多的论述,本文仅就 AOIP 出现病情反复作一探讨。

1 AOIP 病情反复现象及原因

一般情况下 AOIP 病史明确,经过及时抢救,大多都能转危为安。但是临床上也常会出现这样一种情况:AOIP 经抢救治疗病情好转或在恢复期时出现病情反复、恶化或突然死亡,临床上称之为“反跳”和“猝死”^[1]。反跳发生的原因有:清除毒物不彻底致毒物继续吸收^[2];阿托品和复能剂早期用量不足、过早减量或停药;农药的种类特殊或其所含的杂质较多;输液不当;中毒致使体内严重损害等。

2 对病情反复的认识

确定 AOIP 病情反复的关键是病情反复的早期如

何识别要出现反跳,了解哪些变化是反跳的先兆,就可以做到尽早治疗。

临床的细致观察可以见到:出现明显的病情反复前,患者呼吸音的变化往往出现的较早。一般情况下,AOIP 经抢救治疗,患者肺部呼吸音是清晰或稍粗糙的。随着停药时间的延长,如果患者肺部呼吸音又较前粗糙,或在胸部听诊可闻少许干鸣音,且患者可有胸闷和憋气感,有的尚出现精神萎靡(有的也可无任何不适感觉)常是反跳的先兆。听诊闻及干鸣音发展到出现明显的反跳症状,有一定的时间过程,这一过程因人、因病轻重而异。如果在观察中忽略仔细听诊,仅看到患者一般情况较好,常是早期漏诊反跳症状的重要原因。这种呼吸音的变化在临床上有时与某些症状难以鉴别,如急性慢性气管炎,此时可用阿托品 1~2 毫克肌注,症状改善或干鸣消失,应继续给药;如果是气管炎,则呼吸音无变化。

3 反跳与中间综合征(IMS)的鉴别

AOIP 病情反复时还应注意与 IMS 的鉴别,IMS

影响呼吸肌后,可出现不同程度的呼吸困难,这与 AOIP反跳致呼吸衰竭常难以鉴别。有文献报道^[3], IM S与反跳的主要鉴别点有发病时间、临床特征、阿托品治疗效果、恢复期及农药种类等。其中重要的是反跳的临床特征中无颅神经麻痹现象,治疗中使用阿托品效果显著, IM S用阿托品治疗效果则不明显。

阿托品是抢救治疗 AOIP的主要药物之一,也是协助鉴别诊断的主要药品。注意观察病情反复的先兆

表现,有利于降低抢救难度,降低病死率。

4 参考文献

- 1 彭树楠,李谭溪,著.有机磷农药中毒抢救治疗与管理.群众出版社,1990,218-222
- 2 叶传勇,中华内科杂志,1992,31:533
- 3 施明霞. AOIP所致中间综合征与反跳的鉴别.中华内科杂志,1993,32:837

(收稿:1996-11-15 修回:1997-01-06)

3例生活性铅汞中毒误诊误治研究

盖修海 张萍 孙燕臣

现将我院收治的3例服用含铅、汞中药致生活性铅汞中毒误诊误治原因剖析如下。

1 临床分析

男2例,女1例,年龄12~68岁。干部2例,会计1例,医生1例,学生2例,工人1例,农民18例。原发病:银屑病2例,癫痫病4例,手癣1例,神经性皮炎1例,慢性皮炎1例,盘状红斑狼疮1例,颈淋巴结结核1例,胸大肌囊肿1例,乙型肝炎2例,淋病1例,外阴瘙痒症1例。应用含铅、汞中药治疗后引起铅中毒14例,汞中毒15例,铅汞中毒8例。中毒后伴脏器损伤:铅中毒肝损害4例,伴贫血8例。汞中毒肝、肾损害2例,肾损害7例,肾病综合征1例。铅汞中毒肝、肾损害3例,伴贫血3例。铅中毒皮质盲1例,铅中毒左眼外直肌麻痹1例,汞中毒诱发红皮病型银屑病4例。误诊为急腹症3例,炎症3例,肠炎4例,阑尾炎1例,肾结石1例,肠梗阻1例,急性胰腺炎1例,肠寄生虫1例,关节痛1例,脊髓横贯损伤1例,中药反应1例,感冒1例,诊断不明对症治疗18例。

2 误诊原因分析

2.1 询问病史不详细。这与医生的基本功差和责任心不强有关。特别要注意既往病史和用药物史。本组中毒病人均为急性、亚急性中毒,均有明确的使用含铅、汞药物的秘方治疗史。如1例亚急性汞中毒患者,先后去过5家医院就医,因诊断不明只对症处理,拖延达4个月之久,来院时已出现了肾病综合征。又一例10岁男孩,急性铅汞中毒,在当地诊断为肠寄生虫病,给予驱虫治疗无效,待来院时已很衰弱,出现贫血,肝肾均有损

害,还有一例铅中毒诊断为急腹症,准备剖腹探查等。

2.2 对腹痛的鉴别诊断缺乏认真分析。本组3例中毒患者,其中铅中毒和铅汞中毒2例,均有程度不同的腹痛,且呈阵发性加重或绞痛,部位多在脐周围,无固定压痛点,腹软、喜按,这是铅中毒的特点,这与炎症性腹痛是不相同的。若加以认真分析是会明确诊断的。

2.3 体格检查中对铅、汞中毒特有体征不了解,故在实践中认识不清,甚至想不到。铅、汞中毒各有其特征。铅中毒除一般内科检查外要注意铅容(面色苍黄),结膜、口唇苍白,齿龈铅线及口腔炎等。腹呈舟状,软,无固定压痛点,喜按,重者可有周围神经损伤的表现。汞中毒要注意齿龈汞线,齿龈炎,口腔溃疡,牙齿松动、脱落,舌、眼睑、手指震颤及皮疹等。

2.4 缺乏铅、汞中毒的实验室检查,是造成误诊的直接原因。如血锌卟啉、δ-氨基乙酰丙酸、尿铅、血铅、尿汞增高等。

2.5 对药物的毒性不了解。本组使用引起铅、汞中毒的药物有樟丹(四氧化三铅)、铅粉(碱式硫酸铅)、轻粉(氧化汞)、水银(金属汞)、白降汞、樟丹、铅粉毒性大,易中毒。本组经口服者达3人。轻粉每日用量仅为0.05~0.15克,过量极易中毒,本组汞中毒者均超过上述用量。由于患者只知道是用的秘方、验方或偏方,不知其中成分,故中毒亦不认为是所用药引起。供方人虽然知道用的什么药,但对药物的毒性则不知,只知道是祖传的秘方,能治某种病。

(收稿:1996-05-08 修回:1996-09-10)

作者单位:264023山东 烟台市职业病防治院