

# 慢性铅中毒致指甲变色 1 例

## Discoloration of fingernail by chronic lead poisoning——a case report

相葵, 潘宝忠

XIANG Kui, PAN Bao-zhong

(泉州市卫生防疫站, 福建 泉州 362000)

**摘要:** 通过对双手指甲变色病例的报道, 旨在说明铅作  
业工人指甲异常与体内铅的蓄积有关。

**关键词:** 铅中毒; 指甲; 变色

**中图分类号:** R135.11 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2001)04-0221-01

慢性铅中毒是以神经、消化、血液等系统损害为主的疾病, 而引起指甲变色的报道罕见。现报告慢性铅中毒致手指指甲变色 1 例如下。

### 1 病例介绍

患者, 男, 22 岁, 1996 年 6 月开始在某蓄电池厂从事抹片作业。每天工作 10 小时以上, 以手工操作为主, 无任何防护措施。患者自诉于 2000 年 3 月以来常感头痛、四肢酸痛、脐周隐痛, 且无诱因出现双手指甲变色, 呈黑色。患者既往身体健康, 无家族血液病史, 无外伤史。经止血等一般药物治

疗无好转。体检: T 36.7℃, P 80 次/分, R 20 次/分, BP 16/9kPa, 意识清, 营养发育良好, 双手指甲呈黑色。心肺(-), 腹软, 脐周压痛, 无反跳痛, 肝脾未触及。双膝腱反射减弱, 病理反射未引出。实验室检查: WBC  $9 \times 10^9/L$ , Hb 122g/L; PbB  $7.72 \mu\text{mol/L}$ , cp 呈强阳性。尿便常规正常。

检测其作业点空气中的铅尘浓度为  $0.28\text{mg}/\text{m}^3$ , 超过国家标准 4.6 倍。根据国家诊断标准《职业性慢性铅中毒诊断及处理原则》(GB11504-89) 诊断为“职业性慢性轻度铅中毒”。患者经依地酸二钠钙驱铅以及维生素 C、维乐生等辅助治疗 3 个疗程后, 上述症状明显好转, 且双手指甲颜色逐渐变浅、消失。

### 2 讨论

研究已证实, 铅对人体各组织器官均有毒性作用, 铅中毒引起的指甲变黑是由于甲下出血所致<sup>[1]</sup>。该患者临床上除出现了慢性铅中毒常见的表现外, 还出现了罕见的指甲变色, 且一般的止血药物无效, 而经 3 个疗程的驱铅治疗后, 指甲颜色逐渐恢复正常。这也说明其指甲变色与体内铅的蓄积有关。

### 参考文献:

[1] 王培安, 刘卓宝, 曹钟兴, 等. 职业病临床指南[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1995: 413.

收稿日期: 2000-09-15; 修回日期: 2000-11-27

作者简介: 相葵 (1967-), 女, 学士, 主管医师, 从事劳动卫生职业病防治工作。

# 百草枯中毒多脏器功能失常综合征 1 例

## Multiple organ dysfunction syndrome due to paraquat——a case report

马凤英<sup>1</sup>, 孙淑芬<sup>2</sup>, 温玉华<sup>2</sup>, 菅向东<sup>3</sup>

MA Feng-ying, SUN Shu-fen, WEN Yu-hua, JIAN Xiang-dong

(1. 龙口市人民医院内科, 山东 龙口 265701; 2. 即墨市人民医院, 山东 即墨 266200; 3. 山东大学齐鲁医院职业病科, 山东 济南 250012)

**摘要:** 本例病人服百草枯后, 短时间内出现呼吸衰竭、肾功衰竭、中毒性肝损害、便血等多脏器功能失常表现, 治疗效果不佳。

**关键词:** 百草枯; 中毒; 多脏器功能失常综合征

**中图分类号:** O623.21 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2001)04-0221-02

患者男, 26 岁, 自服百草枯约 300ml, 1h 后入当地医院抢救。当时病人自感头晕、目眩、全身乏力、呼吸急促、恶心、无呕吐, 无腹泻, 口腔粘膜苍白, 无糜烂破溃。经洗胃、导泻、输液、利尿对症治疗 7 天。憋气加重而转入山东大学齐鲁

医院治疗。入院查体: T 37.6℃, P 92 次/分, R 21 次/分, BP 145/75mmHg(19.3/10.0kPa)。意识清楚, 精神差, 呼吸浅促, 仰卧位, 查体合作。皮肤粘膜无异常, 浅表淋巴结不大。口唇发绀明显, 双肺呼吸动度差, 触觉语颤正常, 叩清音, 双肺呼吸音粗, 可闻及细小水泡音。心率 92 次/分, 心律规整, 各瓣膜区无杂音。腹平软, 脾不大, 肠鸣音正常。四肢无异常。实验室检查: 血常规 WBC  $22.8 \times 10^9/L$ , RBC  $4.88 \times 10^{12}/L$ , Hb 129g/L, PLT  $304 \times 10^9/L$ ; 尿 Glu(+), BLD(+); 大便隐血(+++)。肾功 BUN 21.9mmol/L, Cr 557.4 $\mu\text{mol/L}$ ; 肝功 ALT 131U/L, AST 78U/L, GGT 149U/L, TP 65g/L, ALB 36.6g/L, G 28.4g/L, Glu 8.5mmol/L。血气分析: pH 7.475, PaCO<sub>2</sub> 31.7mmHg(4.27kPa), PaO<sub>2</sub> 67.3mmHg(8.93kPa), BE-ECF-0.3mmol/L, BE-B + 1.1mmol/L, SBC 25.3mmol/L, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 23.5mmol/L, TCO<sub>2</sub> 24.4mmol/L, O<sub>2</sub>Sat 94.6%, O<sub>2</sub>Ct 15.5ml/dl, AG

收稿日期: 2001-03-15; 修回日期: 2001-05-08

17. 胸部 X 线正侧位片示: 双肺野透亮度减低, 呈毛玻璃样改变, 双肺纹理模糊。肺 CT 示双侧肺门略增大, 双肺下野外带呈广泛的网络状改变及纤维条索影, 双肺野外带可见泡性肺气肿。入院诊断: 急性百草枯中毒致多脏器功能失常综合征。入院后给予川芎嗪 400mg, 抗生素、激素及对症处理, 虽经积极治疗半月, 病情未能控制, 复查肺 CT 示肺间质纤维化加重, 病人及家属放弃治疗, 自动出院。

讨论

百草枯又名克芜踪, 为化学除草剂, 在我国的使用量有逐年增加的趋势。急性中毒呼吸系统症状最突出, 表现为呼吸困难, 发绀及肺部湿啰音等, 大量口服后, 可出现肺水肿、出血、急性呼吸窘迫综合征等。部分患者可在 10~14 天后出

现迟发性肺纤维化<sup>[1]</sup>。其余症状有恶心、呕吐、腹泻、便血、肝肾损害等。本例病人口服量大, 短时间内出现呼吸衰竭、肾功能衰竭、中毒性肝损害、便血等多脏器受损表现, 符合《1995 年全国危重病急救医学学术会议》通过的多脏器功能失常综合征定义<sup>[2]</sup>, 故诊断为急性百草枯中毒致多脏器功能失常综合征。该病病情凶险, 预后不良, 多数病人在数日内死亡。

参考文献:

[1] 何凤生. 中华职业医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 796-797.  
 [2] 李思惠. 急性化学物中毒性多脏器功能失常综合征临床分析 [A]. 中华预防医学会第十三次职业病专业委员会汇编 [C]. 2000. 25-27.

· 经验交流 ·

急性中毒洗胃中常见问题的处理

The disposal of common problems of gastric lavage in acute poisoning

支洪波, 鲍秀敏

ZHI Hong-bo, BAO Xiu-min

(无棣县人民医院, 山东 无棣 251900)

摘要: 就急性中毒洗胃中病人的准备、胃管堵塞、洗胃机故障等问题的处理谈了自己的体会。

关键词: 中毒; 洗胃

中图分类号: R595 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X (2001) 04-0222-01

急性中毒是急诊室常见急症, 洗胃是抢救各种口服中毒的常用措施之一, 正确及时地洗胃是抢救急性中毒病人成功的关键。现就洗胃中常见问题的处理谈谈体会。

1 胃管堵塞的处理

- 1. 1 在洗胃前, 对意识清醒的病人应先催吐后插管, 催吐可用吐根糖浆口服。
- 1. 2 检查胃管的型号是否合适, 如果型号不合适, 应及时更换合适型号胃管, 重新插入胃内。
- 1. 3 变换患者体位, 或将胃管进退 1~2cm 试探, 从而改变胃管在胃中的位置。
- 1. 4 反冲处理: 洗冲少量液体, 再抽出, 但有时胃内残留物中有韭菜、肉丝等长纤维食物时, 经 2~3 次反冲不见成效, 要立即拔管, 清理缠绕物, 再行插管。

2 洗胃机故障的处理

洗胃机常见的故障是抽吸压力不足或灌注正压不足, 此时要先停机, 分离胃管, 检查连接清水瓶或污水瓶的各个橡皮管是否老化, 以及清水瓶和污水瓶口的封闭情况, 如发现橡皮管老化要及时更换, 发现瓶口漏气要拧紧瓶口的螺丝, 然

后调好正压和负压, 接上胃管, 开机洗胃。为了避免类似故障的发生, 平时应注意洗胃机的保养。

3 洗胃中寒战的处理

洗胃导致寒战, 常见洗胃液过冷, 灌入抽出过程中, 吸收并带走大量的热量, 同时在洗胃过程中, 对病人未注意保暖, 如病人呕吐洗胃液打湿床被、衣服或环境温度过低, 其预防措施如下。

- 3. 1 注意保暖, 提高环境温度, 及时更换已湿床被和衣服。
- 3. 2 洗胃液控制在 32~36℃ 之间。洗胃液过冷不仅易引起寒战, 而且可刺激胃蠕动, 促进毒物向肠道排空, 不利彻底洗胃; 反之水温也不宜过高, 若水温过高可使胃粘膜扩张, 加速毒物吸收。
- 3. 3 对儿童及年老体弱者, 洗胃速度不宜太快。
- 4 准确记录液体出入量

在洗胃中胃内贮存水过多, 常可使胃内压力增高, 洗胃液进入小肠吸收, 超过肾脏排泄能力, 血液稀释, 血浆胶体渗透压下降, 从而导致肺水肿等。因此在洗胃中一定要准确记录液体出入量, 每次灌洗液量在 300~500ml 之间, 抽吸时要注意是否将本次灌入的液体抽出, 一定要保证每次出入液量的基本平衡。

5 洗胃彻底的判断

不管服毒物量的多少及时间长短, 原则上均应立即洗胃, 即使中毒已超过 10 小时也不能例外, 洗胃液的总量, 要根据洗出胃液的颜色、气味来确定, 当洗出的胃液颜色与注入液一致且无异味时, 可视为洗胃彻底。对个别严重的病例可保留洗胃管间断洗胃, 每 15~20 分钟一次, 直至几次洗出的胃液颜色均与洗胃液一样, 无异味。

收稿日期: 1999-10-25; 修回日期: 1999-12-30

作者简介: 支洪波 (1965-7), 男, 主治医师, 从事急诊救治工作。