

小便正常,无消瘦及乏力,无低热、盗汗。既往体健,无特殊不良嗜好。查体:神志清楚,精神正常,自主体位。心肺腹未见异常。左足跟及踝部明显肿胀青紫,无明显曲张血管,皮温稍高,足跟部压痛及骨擦感明显,因肿胀未扪及明显包块,胫后及足背动脉搏动正常,双下肢肌力正常,感觉良好。神经系统未见异常。辅助检查:DR片示左跟骨呈膨胀样改变,骨小梁正常结构消失,密度增高,骨皮质断裂,并见软组织影及砂砾样钙化影,病变范围累及整个跟骨。考虑左跟骨内生软骨瘤病于2009-11-12在腰硬联合麻醉下行左跟骨肿瘤切除+植骨重建融合内固定术。术中见左跟骨结节上方与外踝间有约3 cm×2 cm×2 cm肿物,界限清,与跟骨外侧面粘连明显,粘连处包膜欠缺,肿物呈肉样变软、无异味,跟骨呈粉碎骨折,周缘有包壳样变,保留跟骨结节部跟腱附丽部肉眼所见的良好骨质,切除肿物及跟骨骨质,周围腐败组织一并切除,彻底清除病灶,探查距骨及骰骨关节面良好,骨质完整,取自体髂骨植骨重建融合内固定,术后14 d拆线,伤口愈合良好。3个月后解除外固定下床活动,随访3个月病情稳定,恢复良好,疼痛消失。经我院病理科会同潍坊医学院病理科会诊一致诊断为内生软骨瘤。

2 讨论

本病例的特点(1)老年男性,原有肿物存在史,外伤后疼

痛肿胀就诊。(2)发病为少见部位跟骨。(3)X线检查显示疏松膨胀病损且有钙化,呈偏心性生长。内生软骨瘤是软骨瘤的一种,是以透明软骨为主要病变来源的良性肿瘤,可发生于任何年龄,多发于儿童和青少年,但较少见于14岁以下和50岁以上的患者,发病率为良性骨肿瘤的第二位,占15%,平均年龄27~47岁,无性别区别。孤立性内生软骨瘤多见于肢体骨,以指骨、掌骨最为常见,其次为肱骨、股骨、趾骨、跖骨、胫骨、腓骨和尺骨;除肢体骨外,其他骨骼极少发生内生软骨瘤,在长管状骨中发病约为25%,且上肢发病多于下肢发病,典型部位为肱骨、股骨、胫骨;脊柱为软骨瘤罕见的发病部位^[1]。临床上关于跟骨内生软骨瘤报道很少^[2]。内生软骨瘤无特异性临床表现,在良性阶段,这种肿瘤可以毫无症状,病人常无感觉,多因损伤或出现无痛性肿胀而就诊。

参考文献

- 1 软组织与骨肿瘤病理学和遗传学,世界卫生组织肿瘤分类及诊断标准系列[M].人民卫生出版社,2006:281-282.
 - 2 师玉谨,陈永春.跟骨内生软骨瘤1例[J].临床骨科杂志,2001,4(4):323.
- [收稿日期 2010-05-24][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

急性镉锰中毒救治2例体会

· 病例报告 ·

覃勇民, 韦廷求, 莫建华, 韦振康

作者单位: 547000 广西,河池市第三人民医院 ICU

作者简介: 覃勇民(1974-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:ICU及医院管理。E-mail:qym8470@163.com

[关键词] 重金属; 急性中毒; 抢救

[中图分类号] R 595.2 [文章编号] 1674-3806(2010)10-1006-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.10.36

1 病例介绍

例1 患者,男,44岁。因跌入工业废液池后胸痛、咯血痰约3 h于2010-01-05 02:50入院。患者因驾摩托车不慎跌入有色金属冶炼厂工业废液池中,水深约2 m,在池中时间约3 min,全身湿透,并有呛咳呛吸情况,当时能自救脱离废液池。出池后自感有咽部灼痛及胸部辣痛,继而发生胸闷、气促、咳嗽、腹痛、乏力等,并咯出大量淡红色血性痰,呕出大量淡红色胃内容物。无抽搐、昏迷,无皮肤破损及出血。后入当地卫生院治疗,因病情重转我院。入院查体T 36.0℃,P 78次/min,R 29次/min,BP 170/100 mmHg,神清,双眼结膜充血,角膜混浊,口鼻腔可见少许淡红色泡沫痰,并闻及刺激性略带酸性气味,两中下肺可闻及中等量湿性罗音,未见皮

肤烧伤迹。查CT示右侧基底节区腔隙性脑梗死,脱髓鞘;鼻咽部软组织广泛增厚,内见多发小斑片状气体影,咽腔变窄;两侧上颌窦、筛窦及左额窦炎症;右肺中叶及左肺上叶舌段炎症。尿重金属检测结果为:镉30.96 μg/L(参考值<5.0)、锰1046.01 μg/L(参考值<10.0)、氟0.259 mg/L(参考值1.05~3.78)、汞3.46 μg/L(参考值<6.4)、砷0.143 mg/L(参考值<0.24)、铅11 μg/L(参考值<70)。入院后行6次血气分析,pH值为7.344~7.436,PCO₂为25.0~35.8 mmHg,PO₂为55.8~83.5 mmHg,HCO₃⁻为13.5~21.0 mmol/L,BE为-12.5~-4.0 mmol/L。入院诊断:重金属中毒、呼吸道酸烧伤、吸入性肺炎、上消化道酸烧伤、双眼酸烧伤。入院后以保障生命征平稳、保持呼吸道畅通以及保护心、脑、肾、肺、肝等重要器官为原则,采取补液、利尿、护胃、气管切开、

血液滤过等措施^[1],使用激素、抗菌药、自由基清除剂等药物积极抢救、处理,患者脱离危险,病情稳定,并于 2010-01-07 下午转广西职业病防治研究院进一步治疗。

例2 患者,男,35岁。因跌入工业废液池后胸痛、烦躁、气促约3h于2010-01-05 02:50入院。因坐摩托车跌入池中时间约5min,后经人协助救起,除出现与例1相同症状外,还有明显呼吸急促及烦躁,入院查体T不升、P 69次/min、R 46次/min、BP 102/63 mmHg,昏睡,时有烦躁,余体征与例1大致相同。入院查CT示筛窦炎症;两肺各叶见片絮状模糊影,密度均匀。尿重金属检测结果为:镉 3.65 μg/L、锰 29.35 μg/L、氟 0.303 mg/L、汞 3.13 μg/L、砷 0.051 mg/L、铅 17 μg/L。当日行3次血气分析,pH值为6.926~7.147,PCO₂为25.7~65.9 mmHg,PO₂为39.9~55.8 mmHg,HCO₃⁻为8.7~13.4 mmol/L,BE为-21.0~-19.1 mmol/L。入院诊断:重金属中毒、呼吸道酸烧伤、吸入性肺炎、上消化道酸烧伤、双眼酸烧伤。入院后诊疗措施同例1,03:50出现呼吸停止,心率急剧下降至20次/min,立即行心肺复苏术,使用肾上腺素静脉注射,行气管插管术及呼吸机辅助呼吸,持续抢救至04:06,心率上升至145次/min,有自主呼吸;07:20,呼吸机又显示无自主呼吸,心率再次急降,即行电除颤,12:32心跳停止,经积极抢救无效,于13:05死亡。

2 讨论

2.1 镉的中毒及治疗 镉和镉化合物引起的中毒有急性、慢性中毒之分。进入体内的镉主要通过肾脏经尿排出,但也有相当数量由肝脏经胆汁随粪便排出。吸入氧化镉的烟雾可产生急性中毒。早期表现咽痛、咳嗽、胸闷、气短、头晕、恶心、全身酸痛、无力、发热等症状,严重者可出现中毒性肺水

肿或化学性肺炎,有明显的呼吸困难、胸痛、咯大量泡沫血色痰,可因急性呼吸衰竭而死亡。吸入大量氧化镉烟雾所致的急性中毒,其治疗与一般刺激性气体中毒的处理相同。关键在于防止肺水肿,应及早撤离出事现场、保持安静,卧床休息,吸入氧气,保持呼吸道畅通,可用10%硅酮雾化吸入,以消除泡沫,肾上腺皮质激素能降低毛细血管通透性,宜早期定量使用,限制液体入量,给予抗生素防止继发感染^[2]。

2.2 锰的中毒及治疗 锰是正常机体所必须的微量元素之一,主要通过呼吸道和胃肠道吸收。锰在血液中,以二价的形式与血液中β₁球蛋白结合成不牢固的结合物,分布到全身,特别在富有线粒体的肝、肾、胰、心、肺、脑的细胞中。急性锰中毒(manganese poisoning)可引起口腔黏膜糜烂、恶心、呕吐、胃部疼痛、便血等急性腐蚀性胃肠炎症状,重者甚至休克。吸入大量的氧化锰烟雾,也可发生咽痛、咳嗽、气急等刺激性支气管炎肺炎症状,并骤发寒战和高热(金属烟热)。近年来用对氨基水杨酸钠(PAS)治疗锰中毒,可使尿锰排出量为治疗前1.5~16.4倍。口服剂量2~3g/次,3~4次/d,3~4周为一疗程。静脉用药为PAS 6g加入5%葡萄糖溶液500ml,1次/d,连续3d,停药4d为一疗程。出现震颤麻痹综合征可用左旋多巴和安坦等药物。

参考文献

- 1 邓小明,主编.危重病医学[M].北京:人民卫生出版社,2004:178-181.
 - 2 翟亚民,孙德胜,主编.常见中毒与急救[M].北京:北京科学技术出版社,1997:311-318.
- [收稿日期 2010-05-07][本文编辑 刘京虹 韦颖]

瓣膜置换术后心室破裂抢救成功2例报告

· 病例报告 ·

郑培秋, 覃少洲, 陆升, 杨元山, 张生职

作者单位: 530300 广西,南宁市横县人民医院心血管外科

作者简介: 郑培秋(1961-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:心血管外科疾病诊治。E-mail:zhengpei qiu@sina.com

[关键词] 瓣膜置换术; 心室破裂; 抢救

[中图分类号] R 654.2 [文章编号] 1674-3806(2010)10-1007-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.10.37

心室破裂是瓣膜置换术后较少见的严重并发症之一,发生率在0.43%~2.00%之间,病死率65%~100%^[1]。按发生时间可分为急性和延迟性破裂,前者在体外循环结束后关胸之前发生,因此救治率较高;后者发生在关胸后或病人进入监护室后,病死率几乎100%。我院从2000年开展体外循环心内直视术以来发生2例心室破裂并抢救成功,现报告如下。

1 病例介绍

例1 女,56岁,2006-07-17因主动脉瓣重度狭窄+轻度关闭不全在体外循环心脏停跳下行主动脉瓣置换术。术中见瓣膜特别是交界部严重钙化,拆除钙化瓣膜后用A21#倾斜蝶瓣施行替换术,带垫涤纶线褥式缝合12针。转机113分,主动脉阻断85分,手术过程顺利。术毕回监护室约20min,发现引流管大量鲜血流出,出现严重心包压塞征,即时