

# 鱼胆中毒致肝肾损害4例报告

四川石油局总医院职防所 (610212) 李景光

民间常吞服生鱼胆以治眼疾或止咳, 中毒事件时有发生。现将我院近几年来收治急性鱼胆中毒致肝肾损害4例临床分析如下。

## 1 临床资料

1.1 一般情况 4例均为女性, 年龄46~69岁。4例均吞服生草鱼胆1个(鱼重2.3~8.0kg), 半小时至8小时发病, 当地治疗无效于发病后2~5天转来我院。4例急性鱼胆中毒中, 轻度中毒2例, 重度中毒2例。

1.2 临床表现 轻度中毒2例有上腹部不适、恶心、频

繁呕吐、食欲下降、头昏、乏力、巩膜轻度黄染、血转氨酶(SALT)升高等表现。其中1例尿常规: 蛋白(+)、细胞管型(+); 但血尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)升高不明显。重度中毒2例除有上述症状外还有腹痛、腹泻、腹胀、心慌、胸闷、烦躁, 尿量减少(500ml/日以下)、腰痛、面部及双下肢浮肿、肝肾区叩痛、腹部有移动性浊音; BUN及Scr明显升高, 心电图示ST-T波改变等。其中1例左下肺有湿罗音, 白细胞总数及分类增高, 并在住院期间发生心力衰竭。入院时实验室检查见下表。

4例鱼胆中毒实验室检查结果

病例	中毒程度	尿常规	SALT (u)	BUN (mmol/L)	Scr (μmol/L)	CO <sub>2</sub> CP (mmol/L)	Σk	ΣNa (mmol/L)	ΣCl
1	轻	蛋白(+) 细胞管型(+)	237以上	9.64	176.8	22.6	2.5	135	104
2	轻	正常	200以上	2.57	106	—	4.18	131.3	104
3	重	正常	200以上	22.8	552	26	4.6	126.5	100
4	重	蛋白(+) 白细胞少	135	32.02	671.8	15	4	132	96
正常值	—	—	<30	3.6~7.1	88~177	23~29	4~5.6	128~140	98~106

1.3 治疗 轻度中毒2例, 用胃复安止吐, 并静滴地塞米松、肌苷、Vitc、抗菌素等药物, 对症处理后痊愈。重度中毒在轻度中毒治疗方案基础上, 重点处理急性肾功能衰竭、心力衰竭、保护肝脏功能、维持水电解质平衡等, 好转出院。

## 2 典型病例

女性, 46岁, 1989年12月7日上午空腹吞服生草鱼胆1个(鱼重2.3kg), 两小时后出现上腹部持续性疼痛、恶心、频繁呕吐, 呕出胃内容物及清水, 食欲锐减, 同时伴有腹泻、排水样便7~8次后停止。次日出现腰背部疼痛、畏寒、尿量减少, 约500ml/日。第三日尿量更少, 约200ml/日, 面部及双下肢浮肿、头昏乏力明显。第四日无尿, 腹胀、恶心呕吐持续存在, 时有心慌、胸闷、烦躁, 当地治疗无效于下午2时转入我院。既往身体健康。查体: T37°C, P80次/分, R20次/分, BP18.6/10.6kPa。神清合作, 精神倦怠, 呈急性重病容。巩膜轻度黄染, 颜面及双

下肢明显水肿。心肺未发现异常; 腹部丰满, 肝脾未扪及、肝区有叩痛, 双肾区明显叩痛, 腹部有移动性浊音。四肢腱反射正常, 病理反射未引出。实验室检查: 见表中例3。胸片: 心肺未见病影征; 心电图示窦缓、Tv<sub>3</sub>-Tv<sub>6</sub>尖耸、双肢不对称。入院当日静脉推注速尿80mg后排尿约200ml。给以利尿剂、地塞米松、肾氨酸、能量合剂、氨苄青霉素、心痛定等药物治疗, 记24小时出入量。入院第二天尿量800ml, 24小时尿蛋白48mg(正常值<75mg), 尿肌酐22.1mmol/24h(正常值: 8.8~13.3mmol/24h); 血BUN 28.2mmol/L, Scr 751μmol/L, CO<sub>2</sub>CP 26mmol/L。入院第四天复查BUN 22.8mmol/L, Scr 710μmol/L, SALT 125U; 心电图示心肌缺血, 左室高电压。病人自觉症状好转, 呕吐次数减少, 尿量增加, 面部及双下肢浮肿减轻, 仍有时感心慌、胸闷、烦躁。入院第五日病人自我感觉较好, 要求带药回家服, 于12月16日好转出院。出院诊断: (1) 急性鱼胆中毒; (2) 中毒性肾病、急性肾功能衰竭; (3) 中毒性

肝损害；(4)中毒性心肌损害。

### 3 讨论

生鱼胆毒性较大，吞服青鱼、草鱼、鲤鱼、鲢鱼等生鱼胆均可引起中毒，并可发生中毒性肝、肾、心损害，甚至危及生命。鱼胆中毒机理尚不明，可能与

一般细胞毒相似。鱼胆中毒的治疗，主要是对症处理。鱼胆在胃内停留时间较长，故应强调洗胃和导泻，以减少毒素的吸收；积极保护肝、肾、心功能，密切注意急性肾衰、心衰和休克的发生，并及时处理。应大力开展卫生知识宣传，告诫人们不可吞服生鱼胆。

## 急性酞酐中毒4例报告

杭州市职业病防治院(310006) 王丽华 倪波

酞酐，又名邻苯二甲酸酐，是邻苯二甲酸脱水后形成的酸酐，属低毒类，一般状况下，不引起急性中毒和眼烧伤。本院曾处理了一起因接触酞酐引起的急性中毒事故，现报告如下。

### 1 中毒经过

某街道塑料加工厂，从事废塑料的回收，其生产工艺过程是将各种废塑料袋剪成条束状，卷成团投入挤塑机内，加热到150°C~200°C，挤成颗粒状。建厂十余年来，从未发生过急性中毒。

某日上午，该厂从废品收购站运回70kg曾装过化学品的聚乙烯塑料袋，4名工人在加工过程中，发现袋内飞扬出许多白色粉末，气味呛人，加工1小时即停工休息，下午上班后又重复工作。当时室温较高(35°C)，工人便打开吊扇，以致室内粉尘飞扬。约操作1个半小时后下班。这时，工人的头发和面部都蒙上了一层灰白色。可见当时室内的粉尘浓度是相当高的。班后2~4小时左右，4名操作工人先后全部发病，于当夜急送医院就诊。后经查明，此塑料袋为聚乙烯塑料，袋内留存的化学品是从意大利进口的工业品酞酐(phthalic acid anhydride PA)。

本次中毒患者共4例，其中男性1例，女性3例，年龄32~56岁，接触高浓度酞酐约2.5小时，接触至发病时间在8~20小时不等。

4例患者主要表现为咽喉部异物感和刺痛，手指末端皮肤皱折粗糙、咳嗽、痰多而粘稠，血性鼻涕，脐周阵发性疼痛、食欲减退、头昏、乏力、嗜睡等全身症状。腹泻3例，便秘1例，胸闷胸痛1例，未发现哮喘。腹平软、未及包块，脐周压痛明显，肠鸣音亢进或减弱。眼角膜经角膜荧光素染色，表现为角膜点状缺损。血、尿、便常规检验和肝功能检验结果都在正常范围。胸部X线透视正常。诊断为：(1)急性酞酐中毒；(2)双眼角膜化学烧伤。

### 2 典型病例

蒋某，女，38岁，专业工龄半年，当日始终参加了酞酐包装袋的回收加工工作，下班后约两小时，出现手指指端皮肤皱折，咽喉刺痛、咳嗽、血性鼻涕、视物模糊，于当晚去某院急诊。查体：双眼视力0.3，球结膜轻度充血，角膜荧光素染色呈大量点状着色，角膜上皮缺损，瞳孔、眼底均正常，诊断为角膜化学烧伤。次日晨起，患者即感胸闷、头昏、乏力，腹痛、腹泻多次。转来我院。

来院后，经检查：患者神志清，步态稳，急性病容。咽喉部充血(++)，脐周压痛明显，肠鸣音亢进。眼科检查同前。胸部X线透视正常。白细胞总数 $5.2 \times 10^9/L$ ，中性分叶细胞0.62，单核细胞0.2，淋巴细胞0.36，尿、便常规和肝功能检验结果正常。结合现场调查，证实酞酐接触史，诊断为：(1)急性酞酐中毒；(2)双眼角膜化学烧伤。继续给予抗菌素和强的松治疗，辅以口服多种维生素和对症治疗药物，予以48小时密切观察。经治1周后，上呼吸道炎症和全身症状基本好转，角膜烧伤于四周后恢复，视力左0.8、右0.9，角膜完全透明。两个月后随访，未发现后遗症。

### 3 讨论

3.1 酞酐属低毒类，一般状况下不发生中毒，本起急性酞酐中毒事故，是在一个特殊的条件下，工人在短时间内大量吸入酞酐而引起的。而作为有机酸呈粉末状进入眼球表面而引起酸性烧伤则更为少见。

3.2 本组病例发病主要表现为符合酞酐中毒机理，其中3例出现腹痛和腹泻，1例出现腹痛和便秘，这可能因毒物影响神经系统功能，引起胃肠功能紊乱所致。

3.3 据国内外资料报道，均认为酞酐是一种强致敏原，可引起职业性哮喘，但本组病例中未发现哮喘和机体过敏反应，可能与个体素质有关。