

(卅),尿常规正常。SALT50U。诊断为“药源性亚急性性铅中毒”。经驱铅治疗(用 CaNa_2EDTA 1.0克加入5%葡萄糖液500毫升静滴,每日1次,连用3天,休息4天为一个疗程)两天后,腹绞痛明显缓解,三个疗程后临床症状消失,血压恢复正常。各项化验检查正常。住院20天后痊愈出院。

【例2】王某,男,21岁,学生,住院号:1658。因腹痛、恶心、呕吐一周于1992年5月6日入院。该患者因银屑病而服用与例1同一个体医生自制的药物,方法与剂量相同。服20天后因右上腹出现阵发性钻顶样疼痛,同时伴有恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物。但间歇期如常人。曾在综合医院诊断为“腹膜炎和胆道蛔虫症”,后因有服用该中药丸史,经我所会诊,确诊为“药源性亚急性性铅中毒”收入院治疗。体检: $T37.0^\circ\text{C}$, $P84$ 次/分, $R20$ 次/分, $BP17/11\text{kPa}$ 。意识清,急性面容,表情痛苦。心肺未发现异常。腹平软,全腹有压痛,尤以右上腹为著,无反跳痛,墨菲氏征阴性。神经系统检查无阳性体征。实验室检查: $\text{Hb}66.13\text{g/L}$, $\text{RBC}2.8 \times 10^9/\text{L}$, $\text{WBC}8.0 \times 10^9/\text{L}$,血点彩红细胞1500个/百万红细胞。尿 $\text{Pb}4.1 \mu\text{mol/L}$,尿 $\text{CP}(+++)$,尿常规及 SALT正常。用同前驱铅方法治疗,3天后腹痛症状明显减轻,四个疗程后症状完全消失,各项检查均正常,住院24天后痊愈出院。

【例3】杨某,男,40岁,干部,住院号:1754。因周身疼痛、乏力12天于1994年3月29日入院。该患者因患银屑病多年,于1994年1月3日服用与例1、例

2相同的药物,方法及剂量也同前。1月24日自觉周身不适,尤以腹痛为著,于是又服用该“医生”所自制的解毒中药,一周后症状缓解。因银屑病明显好转,为求愈于同年3月1日继续服用此药,17天后上述症状再次加重,直至夜不能眠。当再次服用解毒中药无效时来我所求治。诊断考虑仍为“药源性亚急性性铅中毒”而入院。体检: $T36.2^\circ\text{C}$, $P76$ 次/分, $R16$ 次/分, $BP18/14\text{kPa}$ 。查体征同例1、例2。实验室检查: $\text{Hb}85\text{g/L}$, $\text{RBC}3.0 \times 10^{12}/\text{L}$, $\text{WBC}4.45 \times 10^9/\text{L}$,尿 $\text{Pb}1.01 \mu\text{mol/L}$,尿 $\text{CP}(++)$ 。血点彩红细胞为100个/百万红细胞。尿常规及SALT正常。经驱铅治疗4天后,症状好转,血压恢复正常。三个疗程后,除贫血未愈外,各项化验检查均在正常范围。因工作需要住院18天后出院。一个月后复查血常规: $\text{Hb}130\text{g/L}$, $\text{RBC}4.3 \times 10^9/\text{L}$,尿 $\text{Pb}0.24 \mu\text{mol/L}$,尿 $\text{CP}(-)$ 。

讨论 本组3个病例均为服用每丸含铅丹(Pb_3O_4) 30mg的同一种中药丸剂,每日3丸总量为90mg。据文献资料,铅一日内安全摄入量为0.6mg,本组病例每日用量为安全摄入量的150倍,服用平均20天左右开始出现中毒症状。亚急性性铅中毒并非罕见,但内外科医生如对本病不警惕,往往会误诊。当遇有不明原因的腹痛、恶心、呕吐等症状时,应考虑本病的可能性。

目前,一些个体行医者,盲目自配中成药,给患者造成极大的痛苦,甚至危及生命。各卫生主管部门应加强对个体行医者的管理,以确保人民的健康。

急性有机磷中毒迟发性周围神经病18例报告

淮阴市第二人民医院(223002) 郑国文 刘伟彦

江苏省人民医院 沈鸣久

有机磷农药中毒经积极抢救,症状缓解后,经过一段时间出现周围神经损害的临床综合症,称为有机磷农药中毒后迟发性周围神经病。现将7年来我们诊治的18例患者报告如下。

本组18例中,男性8例,女性10例,年龄18~42岁,均为口服中毒。甲胺磷13例,敌敌畏4例,乐果1例。服药剂量为20~100ml,既往无服农药中毒及神经系统疾病病史。

18例患者急性期均呈典型有机磷中毒症状与体征。昏迷1~20小时不等,经洗胃和应用阿托品、解磷定等药物抢救后,中毒症状消失,神经系统检查未

见异常体征。18例患者于中毒后10~25天出现周围神经损害的症状和体征。表现为四肢远端对称性下运动神经元性瘫痪,下肢损害较上肢损害为重,全部患者均有不同程度足下垂,行走呈跨越步态,15例有不同程度远端肌肉萎缩,12例四肢远端呈手套、袜套样痛觉减退,膝腱反射减弱13例,跟腱反射减弱8例,消失10例。

肌电图检查采用DISA Neromatic2000M型肌电图仪,常规肌电图观察采用单轴同芯针电极,用表面电极测定运动及感觉神经传导速度。12例患者进行肌电图及神经传导速度检查,肌电图检查时间在急性中毒

后1~6个月进行,检查四肢肌肉68块,54块肌肉出现纤颤及正相电位,其中24块远端肌肉无运动单位电位。选择68条神经进行传导速度测定,上肢正中、尺神经38条中有16条传导速度减慢;下肢腓总、胫神经30条,其中3条传导速度正常,8条传导速度减慢,19条无激发电位。对44条神经(正中、尺、腓肠神经)作感觉传导速度检查,发现14条神经传导速度减慢,4条未引出感觉电位。

腓肠神经活检4例,电镜显示4例有轴索变性,其中3例伴髓鞘脱失。

本组病例均采用大剂量B族维生素、糖皮质激素及改善神经营养代谢药物如胞二磷胆碱、三磷酸腺苷

等,并辅以功能锻炼,针灸、按摩、中药等综合治疗措施,经过30天~1年的治疗,12例治愈,6例明显好转。

讨论 有机磷中毒致迟发性周围神经病,通常发生在有机磷中毒急性期症状缓解后一段时间。本组18例有急性有机磷农药中毒病史,10~25天潜伏期,继之出现典型周围神经病的症状和体征;神经肌电图显示有神经原性损害,神经活检有神经轴索变性及节段性脱髓鞘的病理改变;故可诊断为急性有机磷中毒迟发性周围神经病。本病治疗以使用足量B族维生素、糖皮质激素、神经营养激活剂为主。

慢性重度苯中毒合并硬皮病1例报告

东风汽车公司卫生防病中心职业病科(442000) 凌瑞杰

患者,女,45岁,仓库保管员,病历号197518。1980~1985年任某厂仓库保管员,负责保管并配制各种稀料(含苯、甲苯、二甲苯),1986年出现头痛、头晕、乏力、视物模糊,记忆力减退,多次查血白细胞在 $2.3\sim 3.8\times 10^9/L$ 之间,骨髓检查发现脂肪颗粒增多,有核细胞增生减低。曾连续三次测得仓库空气中毒物浓度平均值苯、甲苯、二甲苯分别为 $149.81\text{mg}/\text{m}^3$ 、 $84.27\text{mg}/\text{m}^3$ 、 $44.94\text{mg}/\text{m}^3$,在我科诊为慢性重度苯中毒,经用丙酸睾酮、利血生、维生素E,以及中医中药治疗,病情好转出院。1992年4月始感双手肿胀、发硬,有腊样光泽,有时发麻、疼痛无力、遇冷水时双手指尤甚。1993年4月,双上臂外侧皮肤发硬,逐渐成块,外观呈不均匀淡红褐色斑。同年12月,感颜面部皮肤发紧,张口困难,遇风感灼痛,为进一步诊治于1994年5月再次入院。

入院体检: $T36.5^{\circ}\text{C}$, $R14$ 次/分, $P72$ 次/分, $BP18/10\text{kPa}$ 。一般情况尚可,神清,自动体位,查体合作。面部皮肤发紧发亮,鼻尖、唇周皱纹呈放射状,口唇缩小,张口困难,双上臂外侧有多个大小不一的硬块,伴有色素沉着,硬块周围以淡红色晕圈,颈部、胸背部皮肤也受累。双肺呼吸音低,未闻干湿性罗音,心界不大,心率80次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻杂音。腹(-),膝腱反射存,病理反射未引出。

实验室及其他辅助检查:血常规:白细胞波动在 $3.4\sim 4.8\times 10^9/L$,血小板 $77\sim 132\times 10^9/L$,红细胞 $3.5\sim 3.8\times 10^{12}/L$,血红蛋白 $80\text{g}/L$;尿便常规正常;肝功能: $ALT64\text{U}$, $AST65\text{U}$;中性粒细胞中毒颗粒14%;骨髓检查提示有核细胞增生减低,巨核细

胞增生减低; $FANADNA$ 三项(-),抗ENA多肽抗体谱试验(-),抗Sm抗体(-),抗RNA抗体(-),抗SSA抗体(-),抗SSE抗体(-),抗Scl-70抗体(-),抗核糖体抗体(-);食道胃钡造影,发现食道裂孔疝(滑动型);肌电图:双正中神经远端SCV减慢;肺功能:中度限制型通气功能障碍,小气道功能低,残气正常;右上臂硬皮部取活检报告:真皮水肿,胶原纤维肿胀,脂肪间隔小血管壁水肿,有淋巴细胞浸润,结合临床符合硬皮症。余检查无明显异常。诊断:慢性重度苯中毒恢复期,系统性硬皮病。经用川芎嗪、低分子右旋糖酐、丹参静点以及维生素E、中药等治疗,患者好转出院。

讨论 本例患者因工作环境中苯及其同系物浓度超过国家允许浓度,结合其临床表现及实验室检查于1986年诊断为慢性重度苯中毒。近两年颜面及双手、上臂皮肤发硬,并出现张口困难,手僵肿胀,遇冷水疼痛不适等,结合病理检查诊断为硬皮病。系统性硬皮病可累及体内各脏器,常见肾、肺、肝等器官损害,如食道裂孔疝好发于该病;肺通气功能改变可在X线间质病变影像改变前发现;肝功能异常在本病中也占一定比例;肌无力、皮炎也较常见,本例病人病情尚属轻度。硬皮病是一种至今不明病因的疾病,主要认为与自身免疫有关,此外细菌、病毒感染、神经精神因素、遗传基因及内分泌失调也是不可忽视的促发因素。苯中毒已确认可影响机体免疫功能。但迄今为止,国内外尚未见苯中毒合并硬皮病的报道。国外有文献报道农药及氯乙烯可致硬皮病,而苯及其同系物中毒与硬皮病有无关系,有待进一步研究。