

急性重度砷化氢中毒心、肝、肾超声显像 1例报告

林洁明

砷化氢 (Arsenic trihydride) 中毒临床上已有不少报道,其在二维超声表现报道尚属少见。本文报道 1例因在用水浇熄炽热含砷矿物炉渣时引起砷化氢中毒的超声显像特点。

患者男性, 23岁, 为某饲料加工厂工人, 因突发性右上腹绞痛, 腰痛, 伴恶心、呕吐、小便呈棕红色而入院。当时体检: T37°C, P76次/分, R20次/分, BP22/11.5kPa, 巩膜、皮肤中度黄染, 心、肺听诊无异常, 腹软, 肝于右肋下 2cm 可触及, 明显触痛, 双肾区叩痛明显。

实验室检查, WBC $7.5 \times 10^9/L$, RBC $2.13 \times 10^{12}/L$, Hb70g/L, 血小板 $190 \times 10^9/L$; 尿常规, 蛋白(++), WBC 1/HP, 粒细胞管型(++); 肝功能, 黄疸指数 32U, 总胆红素 (TB) $59.83 \mu\text{mol/L}$ (正常参考值 $5.1 \sim 22.2 \mu\text{mol/L}$); 尿砷含量 $15.56 \mu\text{mol/L}$ (正常参考值 $1.17 \mu\text{mol/L}$), 超过正常标准 12倍。患者既往无慢性肾炎及高血压史。

二维 B超表现, 肝右叶斜径 14.7cm, 前后径 12.6cm, 左叶前后径 6.5cm, 肝内密集粗光点, 门静脉内径 1.2cm, 脾厚径 2.8cm, 肝肾隐窝处可见液性暗区; 胆囊壁厚且呈双线; 双肾表现为左肾 $11.2 \times 7.0\text{cm}$, 右肾 $10.7 \times 6.9\text{cm}$, 双肾轮廓均清, 肾集合系

统明显增宽, 肾锥体肿大, 回声变低; 心脏表现除左房、左室内径稍大外, 瓣膜未见异常, 左室后壁之后可见少量液性暗区。超声诊断: (1) 肝大, 少量腹水; (2) 双肾肿大, 中毒性肾损害; (3) 左房、左室增大, 少量心包积液。后经排毒、护肝治疗及血液透析, 两周后复查, 心包积液、腹水消失, 肝各径线较前缩小, 肾脏明显变小, 左肾 $9.7 \times 5.1\text{cm}$, 右肾 $9.3 \times 5.4\text{cm}$, 肾内声像只表现集合系统增粗, 肾锥体变小。

讨论

砷化氢是一种剧烈的溶血性毒物, 其引起溶血的机制尚未十分清楚。本例中毒的主要临床表现为呕吐、腹绞痛、黄染、贫血、棕红色尿及蛋白尿、粒细胞管型尿等表现。急性砷化氢中毒引起的主要病理变化有皮肤、巩膜均重度黄染, 心腔和大动脉内血液不凝, 胸腔内积血; 肾周围出血, 轻度肿大, 切面呈深酱油色, 皮质轻度肿胀变厚, 条纹增粗, 髓质严重肿胀, 镜下见肾小球囊壁增厚, 内皮细胞极度增大, 腔内积有渗出性物质, 几乎所有肾小管腔内堵塞着各种管型; 肝强度黄染, 细胞浊肿变性, 明显淤胆; 心脏乳头肌及间质有散在出血, 肌纤维断裂, 灶性水肿及炎症。因此, 本例 B超所见肝大, 少量腹水, 双肾肿大, 左房、左室轻度增大, 少量心包积液是与其病理改变一致的。

(收稿: 1997-02-12 修回: 1997-03-17)

作者单位: 510420 广州市职业病防治院

大剂量氯化高汞中毒抢救成功 1例

姜锋杰 张瑞芹 关晓旭 刘翠娥

患者, 男, 35岁, 某中学教师。因口服氯化高汞 (HgCl_2) 10g, 恶心呕吐, 腹痛腹泻 7小时于 1995年 9月 12日下午 7时入院。

患者于中午 12时左右, 因故服 HgCl_2 约 10g, 当即感到咽、胸骨后及上腹部灼热感, 继之出现频繁

恶心呕吐、腹痛腹泻。呕吐物始为胃内容物, 以后呈淡血性液体; 大便呈血性便, 量不多。伴头痛、头晕、乏力、胸闷等。在当地医院给予清水洗胃、输液等治疗, 症状不见好转, 于 3pm 后出现无尿, 于 7pm 急送本院。

查体: T36.2°C, P80次/分, R12次/分, BP12/8kPa, 精神萎靡, 意识清楚。皮肤粘膜及表浅淋巴结(-)。眼睑无浮肿, 巩膜无黄染。咽部充血, 甲状腺不

作者单位: 261041 山东潍坊市人民医院职业病科(姜锋杰、张瑞芹、刘翠娥), 北京医科大学第三临床医院(关晓旭)