

2例急性农药中毒误诊分析

邱其华

急性中毒是医院常见急诊之一,常可因病史不清或经验不足造成误诊误治。现将我院收治的两例急性中毒误诊病例报告如下。

1 病例资料

〔例 1〕男性,19岁。因服用农药约 150ml,于 1996年 8月 2日晚 10时入院抢救。当晚 6时左右亲属发现其服农药后急送当地卫生院抢救,报告所服毒物可能为敌敌畏。首诊医生给予口服清水催吐洗胃约 5 000ml后,即按有机磷中毒抢救。肌注阿托品 4mg,解磷定 0.5g,去水吗啡 2mg,不见好转。约晚 7时 30分转送我院急诊。因插胃管不配合乃嘱患者自饮清水催吐洗胃,共约 15 000ml,洗出液有特殊臭味,颇似敌敌畏的蒜臭味,洗至呕出液基本变清无气味为止。当时患者清醒,全身颤抖,口鼻无异常分泌物,瞳孔直径约 3mm,对光反射正常;两肺未闻干、湿音;心前区可闻 II 级收缩期吹风样杂音;腹部及神经系统未发现阳性体征。急验血常规: WBC $18.9 \times 10^9/L$, N0.96, L0.04;尿常规(-);ECG示窦性心动过速,左前分支阻滞。给予肌注解磷注射液 1支,静脉滴注 ATP80mg 辅酶 A100U及速尿 20mg,地塞米松 10mg,留急诊观察。8时 40分病人出现意识恍惚,定向障碍,烦躁不安,幻觉、谵语,瞳孔散大至 8mm,对光反射减弱,呈阵发性惊厥,伴尿失禁。因呼出气仍带有很浓的特殊臭味,故对诊断产生怀疑,嘱病人家属立即将盛农药的瓶送来医院,瓶上药品名为 20% 三唑酮乳油剂(又名粉锈宁),其气味与病人呼出气味一致,遂改诊为三唑酮中毒兼有阿托品过量,于晚 10时收入病房。入院后体检 T37.6~39.9℃,P90~130次/分, R19~23次/分, BP22~24.5/8~10kPa;呈谵妄状态;双侧瞳孔仍散大在 8mm,对光反射减弱;面部潮红,皮肤干热;心肺检查同前;膀胱区略膨隆,叩诊呈鼓音。实验室检查: BUN8.84mmol/L, ALP107U/L, LDH393U/L, SALT99U/L, TBIL27.7 μ mol/L, GLU10.2mmol/L;便常规 WBC3~4/HP 胸片未见异常。诊断:急性三唑酮中毒并医源性阿托品中毒。给予

肌注青霉素防治感染,静脉滴注能量合剂,口服肝泰乐等支持对症治疗。病程第 2天病人意识清,瞳孔缩小至 4mm,阿托品中毒的临床表现消失,但仍存在胃肠道症状。治疗 8天痊愈出院。

〔例 2〕男性,2岁。因恶心呕吐伴腹痛腹泻半天,于 1996年 10月 29日来我院急诊,以急性胃肠炎留观。经静脉补液治疗不见缓解遂请我科会诊。检查见 T37.2℃, P85次/分, R18次/分, BP17/12kPa;痛苦面容,意识清楚,皮肤潮湿,头发、腋窝及脐部残留有白色粉粒;口鼻无异常分泌物,瞳孔直径约 2mm,对光反射正常;心率 86次/分,心音强弱不一,心律绝对不齐,未闻及杂音;两肺未闻干、湿音;肝脾未触及,脐周压痛明显,无反跳痛,未触及包块,麦氏点无压痛,肠鸣音存在;双手握力弱,双下肢不能站立,可见肌束颤动,双膝腱反射减弱;躯干及四肢可见散在暗红色丘疹,双手指蹼皮肤呈苔癣样变。实验室检查:血常规 WBC $1.9 \times 10^9/L$, N0.881, L0.119;血钾 2.3mmol/L, ALP335U/L, LDH26U/L,磷 1.7mmol/L。ECG示心房颤动。追问病史,患者因患疥疮用敌百虫粉约 5g,白酒约 200ml,调和后涂抹全身;起初无不适感,次日晚再以前量涂抹,晨起即感恶心,非喷射性呕吐泡沫水样物,中腹部呈阵发性绞痛,腹泻 2次。诊断:急性敌百虫中度中毒,低钾血症,心律失常(心房颤动),疥疮。予解磷注射液肌注 2次,每次 1ml;654-肌注 3次,每次 10mg;静脉补钾共 20g;阿托品 0.3mg口服,每日 3次;静脉滴注能量合剂、VitB₆等共 4天,复查血钾及 ECG均恢复正常,痊愈出院。

2 讨论

抢救中毒病人时应尽早弄清毒物的种类、剂量、中毒途径、中毒时间、临床特点和治疗经过,不能获得真实病史时,应尽量取到毒物标本,以确定何种毒物,便于正确治疗。以上病例误诊的主要原因是:首诊医师对病史询问不细,体检不够认真,对提供的病史不作认真分析即下诊断;其次是首诊抢救用药干扰了中毒症状的判定,且洗胃液的气味与所提供的毒物气味相似;三是对症状、体征分析不够。如例 1给予肌注解磷注射液,此药为阿托品与贝那替嗪(苯那辛)、氯磷定组成的复

作者单位: 102500 北京燕化医院职业病科

方注射液。阿托品与贝那替嗪均为抗胆碱药,此前还曾用过阿托品 4mg,故患者后来之症状为三唑酮和阿托品过量的共同表现。例 2 以敌百虫粉调酒治疗疥疮引起中毒,比较少见,首诊医师未追索病史亦未立即脱去污

染的衣着和用清水洗净体表的毒物,至使残留的毒物继续经皮吸收。

(收稿 1997-12-18 修回: 1998-03-06)

成功抢救急性百草枯中毒 1 例

卢岑 张虹

我院成功抢救了 1 例急性百草枯中毒患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,女性,39岁,于1997年4月19日口服20%百草枯浓缩液约30ml后出现上腹不适、头晕、恶心等症,呕吐少许深蓝色胃内容物(与百草枯颜色相同)半小时后被送当地卫生院急救,给予洗胃,静脉滴注地塞米松、5%碳酸氢钠等处理。5小时后转入我院,再次给予洗胃后住院观察。入院体检: T36.4℃, P86次/分, R20次/分, BP14/7kPa 意识清,呼吸平稳,精神较差,唇周无发绀,双肺未闻及干、湿性音。实验室检查仅发现血钾低,尿蛋白阳性。给予利尿、导泻、活性炭胃管内注入、保肝、补钾、吸氧(仅3小时)、预防感染等处理。患者到4月21日出现咳嗽、咳痰,时有呼吸困难,体温37.3℃,X线胸片见双肺纹理增多增粗。即给予地塞米松(后改服强的松)及化痰、纠正水电解质紊乱等对症处理。为清除血液中毒物,于22-23日两次给予血液灌注治疗。患者于4月29日出现高烧,咳嗽、咳痰增加,X线胸片见双侧肺炎表现,经痰培养出铜绿假单胞菌,即根据药敏试验加强抗感染治疗。住院期间多次血气检查动脉血氧分压均在10.1kPa以上。5月22日患者病情好转出院。出院后继续服用强的松、抗生素等药物。随访2月,无明显后遗症,已能从事一般家务劳动。

2 讨论

百草枯对人和动物全身各系统均有损害,对肺的

损害尤为严重^[1,2],可导致弥漫性肺间质纤维化和成人呼吸窘迫综合征^[3]。人口服20%~40%百草枯浓缩液5~15ml,即可达到致死量^[1,4];口服30~100ml,病死率高达60%~100%^[5]。本例的服用量已达到致死量,虽没有特效解毒药,但早期采用有效抢救措施,如洗胃、导泻、利尿、血液灌注、保肝、控制感染、纠正水电解质紊乱等而使病情稳定。为防止肺间质纤维化,给予了较长时间的激素治疗,使患者没有出现明显的低氧血症。由于给氧可能会显著加重百草枯所致的氧化型肺损害^[6,7],故我们在了解到这一信息后及时停止了氧疗,从而产生较好的疗效。

3 参考文献

- 徐玉川,李懿堂,徐钢.百草枯中毒 1 例尸检报告.中华劳动卫生职业病杂志,1996,14(1):51-52
- 李少岩,李洪洋,郑志仁,等.百草枯所致大鼠弥漫性肺损伤的病理特点.华西医科大学学报,1994,25(3):337~340
- 刘金来.百草枯中毒二例.中华劳动卫生职业病杂志,1991,9(4):224-226
- Noji EK, Kelen GD, Manual of toxicologic emergencies. Chicago Year Book Medical Publishers, 1989, 645-650
- 夏敏,乔勇,黄星培(指导).急性百草枯中毒 1 例报告.职业卫生与伤损,1992,7(3):189-190
- 徐永健,方惠娟,刘瑾,等.百草枯中毒一例.中华内科杂志,1997,36(3):172
- Fisher HK, et al. Enhancement of oxygen toxicity by the herbicide paraquat. Am Rev Respir Dis, 1973, 107: 246~248

(收稿: 1997-12-25 修回: 1998-04-17)

作者单位: 529000 广东省江门市人民医院

统计学符号的书写

统计学符号应按国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定书写。常用示例如下:(1)样本的算术平均数用英文小写 \bar{x} 表示,不用大写 X ,也不用 M_{ean} 或 M (中位数仍用 M)。(2)标准差用英文小写 s ,不用 SD 。(3)标准误用英文小写 s_x 不用 SE ,也不用 SEM 。(4) t 检验用英文小写 t 。(5) F 检验用英文大写 F 。(6)卡方检验用希腊文小写 χ^2 。(7)相关系数用英文小写 r 。(8)自由度用希腊文小写 ν (钮)。(9)样本数用英文小写 n 。(10)概率用英文大写 P 。以上符号均用斜体。