

急性异烟肼中毒 1 例报告

宫建丽 王海石 崔 宁

我院曾收治 1 例异烟肼中毒病例, 经抢救治疗, 痊愈出院, 现报告如下。

1 病例介绍

患者女, 23 岁。自服异烟肼 200 片 (20g), 1 小时后出现全身厥冷, 口吐白沫, 四肢抽搐, 大小便失禁, 昏迷, 急送我院门诊。查体: BP 6/4kPa, 全身强直, 痉挛性抽搐, 时有癫痫样大发作, 昏迷, 双瞳孔扩大, 呼吸不规则, 双肺闻及哮鸣音及满布湿音, 心率 114 次/分, 腹胀, 双侧巴氏征 (+)。立即洗胃, 吸氧, 静脉滴注多巴胺, 呼吸三联; 另一静脉注射 Vit B₆, 给予 Vit B₆ 后, 患者肢体抽搐逐渐减轻, 当 Vit B₆ 用至 18g 时, 呼之患者有反应, 但不能对答, 烦躁, BP 12/7kPa, 约 10 分钟后, 患者突然呕吐咖啡色液体 150 ~ 200ml, 静脉加用法莫替丁, 并继续用 Vit B₆, 总量达 20g。血压、呼吸平稳后收住院。

入院后查体: T 37℃, P 100 次/分, R 20 次/分, BP 12/7kPa, 发育营养正常, 嗜睡状态, 双侧瞳孔直径 3mm, 对光反应存在; 颈软, 双肺呼吸音粗, 可闻及水泡音, 心率 90 次/分, 律齐; 腹软, 剑下触痛, 肝脾肋下未及; 双侧巴氏征 (+)。实验室检查: 血 WBC 15.2×10⁹/L, RBC 5.25×10¹²/L,

Hb 154g/L, N 0.41, L 0.59, PLT 130×10⁹/L; 尿蛋白 (+), 镜检 (-); 血 K⁺、Na⁺、Cl⁻、BUN、Gr 均正常; ECG 示窦性心动过速。肝功能: AST 118IU/L, ALT 41IU/L, ALB 35g/L, GIB 29g/L, A/G=1.2, TBil 127.5μmol/L, DBil 49.3μmol/L。入院后常规补液, 给予复方氨基酸、ATP、Co-A、先锋霉素、强力宁, 酌情给予多巴胺、地塞米松、阿拉明、法莫替丁、止血敏, 并输新鲜全血 400ml, 血液透析 1 次。经上述治疗, 患者病情逐日好转, 住院 4 天, 症状、体征消失, 有关实验室检查均正常, 痊愈出院。出院半月后复查正常。

2 讨论

异烟肼是一种抗结核药物, 口服吸收迅速完全。大剂量主要兴奋中枢神经系统, 能竞争性取代或转移脑组织内的 Vit B₆, 使脑内谷氨酸变成 γ-氨基酪酸的过程受到抑制, 脑内 γ-氨基酪酸减少, 可引起强直性惊厥、窒息。此外, 异烟肼对心、肝、肾有损伤, 剂量越大, 损伤越重。成人致死量为 9~12g。本文报告病例口服 20g 异烟肼引起急性中毒, 患者服药后 1 小时即出现全身肌肉痉挛和阵发性强直性惊厥, 以及肺水肿、休克、昏迷。继之发生急性胃出血、肝肾损害。采取综合治疗方法及静脉注射足量的 Vit B₆ 后痊愈。

(收稿: 1998-10-30 修回: 1998-12-21)

作者单位: 250021 济南 山东省立医院

含铅药物致急性铅中毒误诊病毒性肝炎 1 例报告

李艳萍* 赵金垣 吴 岳 李学军

患者何某, 男, 38 岁, 干部。既往无铅作业史, 无肝炎病史。因患癫痫, 于 1996 年 6 月开始服用北京某院自制汤药 200 毫升/日及××胃宝 8 粒/日、无名胶囊 12 粒/日。3 天后患者感全身肌肉酸痛, 以四肢、胸背部为著, 遂到该院求治。又给予××克痢灵 10 克/日服用, 自觉上述症状加重, 且食欲、味觉减退, 但口中无异味。1 周后, 停服全部药物, 共服用 7 天××克痢灵服用 3 天。停药 2 日后病情加重, 周身酸痛难忍, 并有恶心、呕吐, 遂去某县医院检查, 实验室检查: CK-MB 22.4U/L, CK 46.2U/L, LDH 312U/L, α-HBD 370U/L, AST 1169U/L, ALT 1072U/L, 遂诊断为“急性肝炎”, 给予门

诊服药治疗。1 周后转至北大附属一院传染科进一步治疗, 效果不显, 全身肌肉酸痛进行性加重, 伴便秘、腹胀、阵发性腹绞痛, 腹痛以脐周为著, 1 周后 (距发现肝功能异常 2 周) 转来我科门诊。此时见患者齿龈边缘有黑色沉积物, 极似铅线, 追问病人服药史, 病人去北京某门诊部询问, 告之“无名胶囊”中含有铅化合物。经实验室检查, 血铅 2.69μmol/L, 尿铅 0.39μmol/L, 尿 δ-ALA 567.6μmol/L, 尿紫质定性 (++++), 点彩红细胞 1256.2/百万, 以急性铅中毒收入院治疗。入院查体: T 36.5℃, P 80 次/分, R 20 次/分, BP 16/13.3kPa; 意识清, 精神不振; 皮肤粘膜无黄染, 无出血点及皮疹; 可见铅容。贫血貌, 巩膜轻度黄染。牙龈边缘可见蓝线, 无红肿溢脓; 颈无抵抗; 双肺呼吸音清晰, 无音, 心界不大, 心率 80 次/分, 律齐, 无杂音; 肝脾肋下未触及,

作者单位: 100083 北京医科大学第三医院职业病研究中心

*大连化学工业公司医院

肝区叩痛(+)，脐周轻压痛，无反跳痛；四肢肌力及肌张力正常，四肢末梢无感觉障碍，双膝腱反射及肱二、三头肌腱反射正常。病理反射未引出。

实验室检查 WBC $8.1 \times 10^9/L$ ，N 0.80，L 0.18，M 0.02，RBC $2.98 \times 10^{12}/L$ ，Hb 126g/L，PC $186 \times 10^9/L$ ，ESR 8mm/h；尿常规 Pr (+)，KET (±)，余 (-)；ALT 75U/L，AST 24U/L，TBil 59.3 μ mol/L，DBil 28.3 μ mol/L，HBsAg (-)，HBsAb (-)，HBeAg (-)，抗-HBe (+)，抗-HBc (+)；HAV-IgM (-)，抗-HCV (-)；心肌酶示正常；血浆 Cr 114 μ mol/L；血钙 3.18mmol/L，24h 尿铅定量 0.53 μ mol/24h。心电图示大致正常；脑电图示边缘状态；肌电图示双正中神经、尺神经、SCN 均正常；B 超示肝、胆、脾、肾正常；MRI 示正常。入院诊断：急性铅中毒 中毒性肝损害。

治疗经过：5%GS 500ml 加 CaNa₂EDTA 1.0g 每日 1 次静滴，连驱 2 个疗程后，间歇 2 周行第 3 疗程，共驱 2 天；又间歇 2 周行第 4 疗程，驱铅 3 天。尿铅最高 1.17 μ mol/L，最低 0.24 μ mol/L，血铅最高 2.45 μ mol/L，最低 1.37 μ mol/L。同时给予肝太乐，肌苷、能量合剂等支持治疗。驱铅第 1 疗程结束后腹绞痛发作次数减少，四肢酸痛减轻，但仍有食欲不振、恶心、呕吐等症状。第 2 疗程后无恶心、呕吐，黄疸明显消退，肝功能恢复正常。第 3 疗程驱铅后病人尿铅较前降低，但血铅无明显改变。提示体内含铅量仍较多，故又行第 4 疗程驱铅。此疗程结束后病人血铅 1.37 μ mol/L，尿铅 0.83 μ mol/L，1.73 μ mol/24h；WBC $5.2 \times 10^9/L$ ，RBC $4.03 \times 10^{12}/L$ 。

Hb 138g/L，PC $181 \times 10^9/L$ 。于 1996 年 8 月 16 日出院时血铅 1.37 μ mol/L，尿铅 0.59 μ mol/L，2.13 μ mol/L，点彩红细胞示 280/百万，紫质定性 (+)，复查血象、肝功、肾功及心肌酶正常； δ -ALA 43.73 μ mol/L。3 月后随诊，复查血铅 1.34 μ mol/L，尿铅 0.39 μ mol/L。

讨论

因服含铅中药偏方治疗哮喘、癫痫等病而致急性铅中毒有多例报导，但导致中毒性肝损害不多。铅引起急性中毒的最小剂量是 5mg/kg。本文患者口服含铅药物经检验分析为：××克痢灵含铅 1.5 μ g/mg，××胃宝含铅 2 μ g/mg，汤药中含铅为 1.5 μ g/mg，无名胶囊含铅 15 μ g/mg。按病史中服药量 7 天内体内总摄入铅量达 2.8g，相当于 40mg/kg，远远超过中毒的最小量。临床且有腹绞痛、便秘、贫血、铅线、肝损害等表现，实验室检查血铅、尿铅、肝功 AST 及 ALT 均明显升高，而 HAV-IgM (-)，抗-HCV (-)，HBsAg (-)，抗-HBs (+)，HBeAg (-)，抗-HBe (+)，抗-HBc (+)；可除外病毒性肝炎所致之肝损害，诊断为急性铅中毒、中毒性肝损害。

铅中毒肝损害的病因治疗十分重要，主要是中断毒物继续侵入后，应用络合剂 CaNa₂EDTA 行驱铅治疗。同时还应注意保护肝、肾功能以及对症、支持治疗。铅中毒肝损害一般经驱铅、保肝治疗，肝功多随体内毒物排除而恢复正常；本例在停止服用含铅药物后，肝功能已逐渐改善，继用驱铅药物后获得痊愈，病程仅 2 个月，提示铅中毒肝损害预后较好。

(收稿：1997-03-07 修回：1997-05-04)

接触环氧氯丙烷致眼失明病例报告

瞿明芬

环氧氯丙烷中毒的报道较少，致眼失明更为罕见，我市今年发生 2 例职业接触环氧氯丙烷致眼失明病例，现报告如下。

1 中毒原因

某乡镇化工厂生产呋毕克（三环氧丙基氰尿酸酯），工艺流程为：三乙胺、氯化铵、氰尿酸及环氧氯丙烷在碱性环境的反应釜内反应，合成呋毕克湿品，再经蒸馏、甩干、烘干工序成呋毕克粉状粗品，粗品经 140℃ 高温熔融成液状，浇在滚动着的冷却钢板上最终成为呋毕克晶状粒子。因呋毕克熔融蒸气刺激，造粒工段工人经常咳嗽，并出现眼发红、疼痛、流泪症状，其中有 2 位工人症状严重，反复发作，视力明显下降，1 人双目失明，1 人右眼失明，左眼视力为 0.15。对 2 份呋毕克粉状粗品抽检分析，结果其中环氧氯丙烷残留量分别为 800ppm 及 846ppm，检测造粒车间环氧氯丙烷空气浓度为 2.4~10.5mg/m³ [国家最高容许浓度（皮）为 1mg/m³]，最高超标 9.5 倍。工人上班戴防护眼镜，但不规范，夏天基本不戴防护镜。

2 病例介绍

【例 1】容某，男，31 岁，1994 年 3 月至 1996 年 12 月在该厂造粒工段做操作工，平时上班后有呛咳、眼痛症状。1995 年下半年起双眼经常红、痛、流泪、畏光、视物模糊，没有就诊，自觉休息后能好转。1996 年 8 月天气炎热，且经常加班，症状加重，视力明显下降，9 月到医院就诊。查体：双眼混合充血 (+++)，角膜混浊，并见大块白斑，角膜上布满新生血管，瞳孔小，光反射迟钝，双眼底窥不见，指压为 Tn。在上海专科医院诊断为双眼角膜炎伴早期眼萎缩，住院治疗 7 个月，未见好转，双眼仅存光感，体征除肺纹增加外余正常。患者就业时无眼疾，视力正常。1998 年 11 月作右眼摘除术。

【例 2】男，45 岁，与例 1 为同车间操作工，工龄 41 年，病史与上例类同，右眼红、痛、畏光、流泪症状比左眼重，症状反复发作近 2 年，视力明显减退。查体：右眼睫状充血 (+++)，角膜上血管浸润，角膜混浊，有多处白斑，瞳孔小，光反射消失，视力障碍，左眼角膜轻度血管浸润，有小溃疡，视力为 0.15，就业时无眼疾，1998 年 11 月行右眼摘除术。

同车间工段其余 16 名操作工均进行了眼科检查，角膜经荧