

亚急性砷铅中毒致多发性神经根炎病例报告

Polyradiculitis by subacute arsenic and lead poisoning——a case report

王悦, 宋莉, 石冬梅

WANG Yue, SONG Li, SHI Dong-mei

(黑龙江省劳动卫生职业病研究所, 黑龙江 哈尔滨 150010)

摘要: 本例中药偏方所致亚急性砷、铅中毒以侵犯神经根症状为主, 伴有肝、肾、皮肤损害及贫血。经驱铅、砷治疗, 病人的症状、体征明显改善。

关键词: 亚急性砷铅中毒; 神经根炎

中图分类号: R135.11 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2001)02-0091-01

1 临床资料

周某, 女, 56岁。因四肢末梢麻木、疼痛, 四肢无力12天, 于1998年12月1日入院。该患者于1998年11月9日开始将偏方配制的中药(其主要成分为黄丹、砒霜、明矾、川贝等)敷在肛门外治疗痔疮, 每次上黄色中药约一小酒盅, 连续上药8天。于上药后第4天开始自觉咽部疼痛, 伴有低热, 于上药后第10天开始自觉双手双足麻木, 第13~14天后开始四肢末梢疼痛, 并出现进行性瘫痪。于入院前1周曾有少尿病史, 但尿量估计不清。曾到某医院就诊, 经检验发现“尿铅高”而转入我院。既往健康。病前无上感、腹泻史。查体: T 37.2℃, P 110次/分, R 20次/分, BP 16.0/13.3 kPa。意识清楚, 语言流利。眼结膜苍白, 咽部充血, 右扁桃腺II度肿大。双肺听诊呼吸音清。心率110次/分, 节律规整。腹软, 肝脾未触及。双下肢浮肿(一)。双上肢近端肌力III级, 双手垂腕, 双手手指不能伸直。双下肢近端肌力III级, 双足垂足, 全部足趾均无自主运动。四肢腱反射均未引出。双下肢病理征(一)。双上肢腕关节以下、双下肢腹股沟以下痛觉过敏。四肢末梢皮肤脱屑, 且有许多疱疹。实验室检查: WBC $4.7 \times 10^9/L$, RBC $2.82 \times 10^{12}/L$, Hb 91g/L。网织红细胞0.014, 点彩细胞(一)。尿常规: 蛋白(+++), WBC 20~25个/HP。肝功: AST 41.2U/L (正常参考值<37U/L), ALT 51.3U/L (正常参考值<40U/L), γ -GT 102U/L (正常参考值7~32U/L), ALP 126U/L (正常参考值34~114U/L)。尿铅 $0.80 \mu\text{mol/L}$ (正常参考值< $0.39 \mu\text{mol/L}$)。停止外用中药后2周第1次检查尿砷(一)。尿汞在正常范围。肾功: BUN 10.0mmol/L, $\text{CO}_2\text{-CP}$ 15.6mmol/L (正常23~31mmol/L)。心电图示窦性心动过速。骨髓穿刺: 增生性骨髓像(提示缺铁性贫血)。B超: 肝脏实质回声稍增粗, 管状结构显示清楚。双肾皮质呈低回声, 集合系统排列欠规则。脑脊液常规: 外

观微黄, 蛋白70mg/dl, 细胞数10个/ mm^3 。脑脊液生化: Na^+ 135mmol/L, K^+ 2.97mmol/L, Cl^- 110mmol/L, Glu 3.1mmol/L。肌电图: 右拇短展肌、右三角肌、右股外直肌与右胫前肌在电静息时均可见纤颤电位及正锐波。左尺神经SCV 46.0m/s, MCV 40.1m/s, 右正中神经SCV 45.0m/s, MCV 38.0m/s, 左右腓总神经未引出M波。入院诊断: 铅中毒, 格林-巴利综合征待除外。入院后用5%葡萄糖300ml+依地酸钠钙1.0g qd ivgt, 连续静滴3天, 停4天为一疗程, 共用5个疗程。同时给予能量合剂, 维生素B₁、B₁₂及保肝治疗等。治疗2个月左右, 病人指甲出现Mess线, 检查发砷 $3.710.71 \mu\text{g}/100\text{g}$, 指甲砷 $1.957.00 \mu\text{g}/100\text{g}$, 尿砷(一)。其发砷、指甲砷含量均明显高于本地区正常值。于是应用二巯基丙磺酸钠0.125g qd im, 连用3天, 停4天为一疗程, 共用5个疗程。驱砷后检查尿砷仍为(一)。经治疗3个月后患者上下肢近端肌力IV~V级, 双手大小鱼际肌、双下肢腓肠肌萎缩, 仍垂腕、垂足。因经济条件有限出院。

2 讨论

2.1 该病例符合神经根炎的诊断要点^[1]并伴有肝、肾功能损害及缺铁性贫血、皮肤损害, 其脑脊液存在蛋白-细胞分离现象说明铅、砷侵犯神经根造成水肿, 脑脊液回流障碍^[2]。而普通毒物引起的中毒性周围神经病并不侵犯神经根。

2.2 经反复多次检查尿铅明显增高, 尿汞在正常范围, 尿砷为(一)。确诊为铅中毒。入院后2个月病人指甲出现Mess线后提示应进一步检查发砷、指甲砷, 结果含量均明显增高, 明确了病人亦存在砷中毒。在该病例的诊断过程中, 开始时忽视了发砷、指甲砷的检查, 而该病人的尿砷检查恰为阴性, 这给诊断砷中毒带来困难。该病人尿砷检查为阴性考虑是因为第1次尿砷检验是在病人停用偏方后2周左右进行的, 而尿砷排出速度较快, 停止接触砷2天尿砷排出量即可下降75%, 迟发性神经病出现时尿砷不一定高于正常^[2]。本病例提示遇到周围神经根炎的患者除考虑格林-巴利综合征外, 也应考虑亚急性砷、铅中毒。如尿砷阴性应进一步检查发砷、指甲砷的含量, 以利早期诊断及治疗。

(本文经神经内科姜开生主任医师指导, 特此致谢。)

参考文献:

- [1] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 第2版. 上海: 科学技术出版社, 1994. 212-214.
- [2] 何凤生. 中华职业医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 339-340.

收稿日期: 2000-03-17; 修回日期: 2000-07-14

作者简介: 王悦(1968-), 女, 哈尔滨人, 学士, 主治医师, 研究方向: 职业中毒。