

可致中枢作用和抗胆碱活性。该 2 例病人有扑尔敏服药史, 典型的临床表现及体征, 符合急性扑尔敏中毒的一般规律, 故急性扑尔敏中毒诊断成立。值得注意的是本组病人均有心血管系统症状, 心脏损害严重, 尤以例 1 有典型心肌酶异常, 1 周后 CK 达高峰, 心电图示心律不齐、频发多型室早, 甚至

呈扭转型、低钾、ST-T 波改变等, 根据《职业性急性化学物中毒性心脏病的诊断标准》(GB17057-1997) 诊断为重度中毒性心脏病。因此对急性扑尔敏中毒除治疗神经系统症状外, 应注重心脏损害的治疗, 抗心律失常、保护心肌及纠正血钾异常等。

口服大量甲硝唑后饮酒致肝功能衰竭及肝性脑病 1 例报告

Hepatic failure and hepatic encephalopathy caused by drinking wine after ingesting of overdose Metronidazole—One case report

郭宝科, 杜永峰, 刘媛

GUO Bao-ke, DU Yong-feng, LIU Yuan

(西安市中心医院职业病科 西安市中毒诊治中心, 陕西 西安 710003)

摘要: 报道 1 例口服大量甲硝唑后饮酒致急性中毒病例, 并对其临床表现、诊断治疗和预防进行分析。

关键词: 甲硝唑; 葡萄酒; 中毒; 肝功能衰竭; 肝性脑病; 人工肝

中图分类号: R595.4 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2003)05-0287-02

甲硝唑(甲硝羟乙唑)、红酒(红葡萄酒)中毒致肝功能衰竭、肝性脑病临床报道罕见, 现将我院收治的自服甲硝唑、红酒后致肝功能衰竭、肝性脑病 1 例报告如下。

1 临床资料

患者, 女, 22 岁, 小学教师, 住院号 198595。2002 年 7 月 13 日 21:00, 自服甲硝唑 30 片左右, 于次日凌晨 1 时许又饮红酒约 350 ml, 第二天 13:00 时感上腹不适, 恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物及咖啡样物, 15:00 时病情加重, 大便 1 次呈咖啡样, 在当地医院诊治, 效果不著转来我院。门诊给以口服活性炭、泰胃美、思密达, 静脉滴注甘露醇、脑明、古拉定、能量合剂及洛菲等治疗 4 d, 症状时轻时重, 7 月 17 日患者烦躁不安, 扑翼样震颤(当时患者因经济困难, 未办理入院手续), 18 日进入昏迷状态, 巩膜黄染, 双侧瞳孔不等大, 考虑为肝性脑病, 经实验室检查, 肝功能各项指标明显异常, 以药物、酒精中毒肝功能衰竭、肝性脑病收住院治疗。

既往史: 患者 2 周前服“米非司酮”药物流产, 用药后阴道持续出血 1 周, 否认肝病史及药物过敏史。

查体: T 37.8℃, P 86 次/分, R 20 次/分, BP 119/63 mmHg (15.9/8.4 kPa), 发育正常, 营养中等, 昏迷, 呼之不应, 压眶上神经可见痛苦表现。面部、皮肤黄染, 无出血点, 浅表淋巴结无肿大, 头颅对称, 巩膜中度黄染, 瞳孔不等大, 右 0.5 cm, 左 0.4 cm, 光反射迟钝。外耳道无分泌物, 颈抵抗(+), 甲状腺不大, 气管居中, 胸廓对称, 听诊两肺呼吸音粗, 未闻及干、湿性啰音, 心界无扩大, 心率 86 次/分, 律齐, 各瓣膜区未闻及杂音, 腹平软, 未见肠型及包块, 腹水征

(一), 肝下界肋下未及, 脾肋下未及, 脊柱四肢无畸形, 留置导尿管, 四肢肌张力增高, 四肢腱反射(±), 双下肢 Babinski 征(+). 实验室检查: Hb 100 g/L, WBC 8.2×10⁹/L, N 0.78, L 0.22, PLT 110×10⁹/L; 尿液快速分析 PRO(+), BLD(+++), 其余正常, 尿液镜检白细胞(+), 红细胞(+++), 大便(-).

肝功 TBiL 145 μmol/L, DBiL 70 μmol/L, BiL 75 μmol/L, ALB 35 g/L, GLO 20 g/L, ALT 7 663 U/L, AST 2 328 U/L, S/L 0.3, LDH 844 U/L, CK-MB 11 U/L, CO₂CP 23 mmol/L, BUN 4.51 mmol/L. 患者入院当日立即进行乙肝系列检查, 乙肝五项均为阴性, 肝脏 B 超提示弥漫性病变, 肝脏右叶前后径 8.0 cm, 左叶前后径 5.4 cm, 形态规则, 肝光点略增粗, 肝内管道结构清, 门静脉内径 1.02 cm; 凝血象检测, APTTR、PIP、TTR 均异常。

心电图示窦性心动过速, 末梢血糖 10.74 mmol/L, 血气分析示代谢性碱中毒, 轻度低氧, 水电解质 K⁺ 2.45 mmol/L, Na⁺ 134.8 mmol/L, Cl⁻ 95.7 mmol/L, iCa 1.28 mmol/L, TCa 2.50 mmol/L. 眼底检查正常。经消化科、感染科、眼科等会诊, 排除乙肝及乙肝引起的重症肝炎, 同意诊断药物、酒精中毒, 中毒性肝功能衰竭, 肝性脑病。治疗原则: 吸氧, 预防脑水肿、消化道出血, 防感染, 利尿补钾、补纤维蛋白原, 保肝, 改善微循环, 维持呼吸, 支持及对症等治疗。

7 月 19 日病情稳定, 双侧瞳孔等大等圆, 未呕吐。7 月 20 日体温升高, 波动于 38~38.5℃, 给以物理降温恢复正常, 口角有少许白色分泌物, 双肺呼吸音粗, 肺底可闻及干性啰音。复查 B 超, 肝脏形态正常, 肝光点增粗, 出凝血 APTTR 1.99 (激活部分凝血酶原时间常数, 正常参考值 < 1.3), 凝血酶原时间常数 1.35 (PTR, 正常参考值 < 1.2), 凝血酶原时间常数 3.1 (TTR, 正常参考值 < 1.2), 纤维蛋白原 1.6 (Fg, 正常参考值 2~4g/L), 血 K⁺ 2.99 mmol/L, Na⁺ 138.2 mmol/L, Cl⁻ 98.9 mmol/L, Ca²⁺ 2.21 mmol/L, 肾功 BUN 5.2 mmol/L, CO₂CP 25 mmol/L. 基本治疗方案不变, 改善出凝血功能, 继续静脉点滴纤维蛋白原, 给以高糖、氯化钾, 并以氯化可的松行冲击治疗, 为进行人工肝作准备。

收稿日期: 2002-10-14; 修回日期: 2002-12-01

作者简介: 郭宝科(1946-), 男, 陕西合阳人, 主任医师, 从事职业病、化学物中毒防治研究。

7 月 21 日, 患者呈昏迷状态, 压眶上神经, 肢体抽动, 瞳孔等大等圆, 光反射灵敏, 生命体征平稳, 体温波动在 38℃ 左右, 给予物理降温, 测血 K^+ 3.2 mmol/L, 继续纠正低钾。7 月 22 日查肝功 TBiL 224 μ mol/L, DBiL 161 μ mol/L, IBiL 63.0 μ mol/L, TB 58 g/L, ALB 36 g/L, GLO 22 g/L, A/G 1.6, ALT 5 916 U/L, AST 139 U/L, S/I42 5.6 γ -GT 155 U/L, ALP110 U/L, TBA 301 μ mol/L, LDH 243 U/L, HBDH 172 U/L, CK 5.2 U/L, CK-MB 7 U/L, CO₂CP 25 mmol/L, BUN 6.72 mmol/L, CRE 52 μ mol/L, 病人生命体征稳定。

7 月 24 日, 在无菌操作下行人工肝治疗 1 次, 持续 3 h。治疗结束后, 病人逐渐清醒, 复查肝功各项明显下降, 继续保肝治疗, 住院 1 个月, 8 月 18 日患者自述无不适, 肝功检查恢复正常, 痊愈出院。

2 讨论

患者既往体健, 自服大量甲硝唑喝红葡萄酒后发病, 4 d

后出现黄疸、肝功能衰竭、肝性脑病, 排除乙肝及乙肝引起的重症肝炎等疾病, 药物、酒精中毒, 急性肝功能衰竭, 肝性脑病诊断成立。

该病例自服甲硝唑饮用红酒后致肝功能损害如此严重, 临床罕见, 应引起医务人员重视。其发病机制可能与以下因素有关: 甲硝唑、酒精进入体内, 经肝脏代谢, 两者过量均对肝细胞有一定损伤, 若两者同时服用, 会严重抑制醛脱氢酶, 对肝脏造成明显损害, 临床表现出戒酒硫样反应; 另外患者两周前曾作过药物流产, 出血不止, 致身体极度虚弱, 也是病情加重的因素之一。

对于药物、酒精中毒致急性肝功能衰竭、肝性脑病, 除药物保守治疗外, 应提倡“人工肝”治疗, 并尽早应用, 本例应用后效果明显, 该病只要诊断明确, 治疗及时, 一般预后尚好。为防止戒酒硫样反应, 因病常规应用甲硝唑期间和停药 1 周内, 应禁饮用含乙醇的饮料。

误服含甘汞中药致周围神经损害 1 例报告

A case of peripheral neuritis caused by misusing calomel-containing herbs

谭河清¹, 廖 舰²

TAN He-qing¹, LIAO Jian²

(1. 白银公司职工医院, 甘肃 白银 730900; 2. 白银市卫生局卫生监督所, 甘肃 白银 730900)

摘要: 报道 1 例因误服含甘汞中药致周围神经损害病例, 临床呈混合性感觉运动障碍, 经驱汞治疗好转出院。

中图分类号: R595.4; O614.243 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2003)05-0288-02

我们于 2000 年收治 1 例亚急性甘汞中毒致周围神经病患者, 现报告如下。

1 病例介绍

患者, 女, 35 岁, 教师。因面部及肢体麻木, 行走困难, 上腹烧灼感 2 月入院。入院前 2 月患者为治疗痔疮服用含甘汞民间偏方(每日服甘汞约 0.26 g)。服药 10 d 后渐感上腹有烧灼感, 手指、足趾呈针刺样痛, 20 d 后出现手足麻木, 故停用中药。1 个月内累计服甘汞 8 g。曾先后在多家医院治疗(具体不详), 无明确诊断, 且症状逐日加重, 并出现恶心、呕吐(呕吐物为胃内容物)、食欲差、睡眠障碍等症状; 面部麻木无表情, 言语不清, 眼睛流泪, 不能闭合; 肢体麻木(双下肢较上肢明显)、震颤, 精细动作困难; 手指呈针刺样痛、足呈烧灼样痛; 生活不能自理。于发病 54 d 来我院诊治。发病以来, 患者无发热、口腔溃疡、糜烂、齿龈出血、皮疹; 大小便无明显异常。患者既往体健, 否认有糖尿

病及其他周围神经病变。

入院检查: T 36.8℃, P 90 次/分, R 20 次/分, BP120/68 mmHg (16/9 kPa), 意识清, 烦躁, 站立不稳, 行走呈跨阈步态, 扶入病室, 问答切题。全身皮肤黏膜无黄染, 无出血点及斑、丘疹, 浅表淋巴结未触及, 眼睑无水肿, 巩膜无黄染, 结膜无充血, 对光反射灵敏, 齿龈无红肿, 未见汞线, 口腔黏膜无糜烂及溃疡, 咽无充血。心肺听诊无异常。腹平软, 肝脾肋下未触及, 肠鸣音正常, 双侧肾区及脊柱无叩击痛。双下肢无水肿。神经系统检查: 肱二、三头肌反射, 膝反射, 踝反射消失; 趾反射存在; 踝阵挛及霍夫曼氏征(一), 病理反射未引出。双下肢腓肠肌、胫前肌肌力减退(肌力 4 级), 握力左 15 kg, 右 18 kg(右利手), 肌张力略减低。四肢末端深浅感觉减弱。指鼻试验(一), 轮替运动试验(一), 闭目难立征(十十十), 舌颤(一), 睑颤(一), 手颤(十十), 呈意向性震颤。眼心反射(一), 皮肤划痕试验(一)。

实验室检查: 血、尿、便常规及血电解质、肝功能、肾功能均正常。乙肝表面抗原(一)。尿汞(原子吸收法)2.90 μ mol/L。心电图、胸部 X 摄片示正常。神经肌电图检查示: (1) 右上肢展拇短肌呈部分失神经改变; (2) 右正中神经、尺神经、腓神经运动传导速度明显减慢, 潜伏期延长; (3) 双正中神经感觉传导未引出, 右尺、腓神经感觉传导速度明显减慢。上消化道钡透未见器质性或功能性异常改变。

治疗经过: 给予二巯丙磺钠 0.125 g 肌注 2 次/d 驱汞

收稿日期: 2002-12-10; 修回日期: 2003-03-17

作者简介: 谭河清(1964-), 女, 副主任医师, 从事职业病临床工作。