

级。指鼻试验左右均不能配合, 快复动作左右均笨拙, 肌回缩现象左右均不配合, 跟膝胫测验正常步伐不配合。闭目难立征(+) , 膝反射亢进, 病理反射未引出。

实验室检查及辅助检查: 血常规 WBC $10.6 \times 10^9/L$ N 0.586 L 0.345 Hb 121 g/L PLT $227 \times 10^9/L$ 尿常规(-); 便常规, 镜检无异常, 潜血(-)。血 ALT 89 U/L AKP 39 mmol/L GGT 81 U/L LDH 1327 U/L 颅脑 MRI示: 颅脑轴径 T1W1 T2W2 T2FLAIR及冠状位 T2W2示大脑白质内可见弥漫性广泛的长 T1、长 T2信号, 信号程度均匀, 丘脑及苍白球可见 T2W2轻度高信号, T1W1变化不明显。脑室、脑池大小形态正常, 中线结构无偏移, 颅骨信号未见异常, 结合病史考虑中毒性脑病。胸部 X线片示双肺纹理增多, 神经肌电图示神经元性损害。脑脊液检查压力为 120 mm H₂O 无色微混, 无凝块, Pandy试验阴性, 葡萄糖为 $2.2 \sim 2.75$ mmol/L 红细胞计数 $300 \times 10^6/L$ 白细胞计数 $10.0 \times 10^6/L$ 病毒抗体系列检查均阴性。未查到抗酸杆菌, 墨汁染色未查到新型隐球菌, 培养未见细菌生长。脑电图全图示广泛性 $\delta\theta$ 波, 检查结论为异常动态脑电图。腹部 B超示肝、胆、胰、脾、肾未见异常。胃液潜血检查阴性。心电图示窦性心动过速。

2 现场职业卫生学调查

作业环境为一约 14 m² 房间, 通风不良, 作业工人无特殊防护, 采用压力泵喷涂某液体强力胶, 空气中有较重异味。于多个采样点采样后, 个体老板拒绝我们带回样品检测, 故

未能得到作业现场空气测定结果。我们对带回的筒装强力胶顶空气进行了测定, 采用 Agilent 6890N-5973N气质联用仪, 依据 NIST质谱数据库进行检测。测定结果显示样品顶空气中主要含有氯乙烯和正己烷, 还含有 2-甲基丁烷、正戊烷、2,2-二甲基丁烷、2-甲基戊烷、3-甲基戊烷、甲基环戊烷、2-甲基己烷、3-甲基己烷、四甲基二硅醚、正庚烷等有机化合物。

3 诊断及治疗

本病例经职业病科、神经科、影像学医师会诊讨论, 排除病毒性脑炎、脑血管病变等其他疾病, 临床诊断为混合性有机溶剂中毒、中毒性脑病。入院后完善有关检查, 同时给予糖皮质激素, 镇静剂, 脱水利尿、扩血管及改善脑细胞代谢药物, 并行高压氧治疗等, 患者症状明显控制, 住院 1个月, 临床症状消失, 病情明显好转出院。

4 讨论

本病例以中毒性脑病为主要表现, 患者有明确的多种有机溶剂职业接触史, 同工种作业工人有类似发病, 所用粘合剂经过分析, 结果显示含有大量多种有机溶剂, 其中以氯乙烯居多。由于厂方不配合, 现场空气中有机溶剂浓度未能检测, 但我们的调查显示, 该作业环境确实存在导致中毒的条件。经过临床多专业专家会诊, 排除其他相关性疾病, 确诊为混合性有机溶剂中毒、中毒性脑病, 经过积极治疗取得较好的治疗效果。本中毒病例提示我们, 对于个体作坊的职业危害不容忽视, 应加强监督和管理。

隐匿式亚急性砷化物中毒 9例临床分析

Nine cases of occult subacute arsenide poisoning

高伟

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

我院近期收治了 9例隐匿式亚急性砷化物中毒患者, 现报告如下。

1 临床资料

9例患者均为男性, 年龄 19~56岁, 为同一工厂工人。9例均有反复发作特点, 发病时间先后相差一周, 消化道症状持续 2~20 d 7例曾被当地医院误诊为急性胃肠炎而延误治疗。9例经我院检查均诊断为“隐匿式亚急性砷化物中毒”。

9例中反复恶心呕吐 7例, 腹胀 2例, 皮肤瘙痒脱屑、变黑 2例。但均无四肢灼痛及手指、脚指麻木。腹部查体: 肝区触痛 5例。神经系统检查均正常。肝功能异常 5例, ALT 87~980 U/L AST 52~410 U/L BUN Cr正常。血乙肝五项、丙肝抗体均阴性。便常规均正常。空白尿砷 $0.34 \sim 4.06$ mg/L (正常参考值 <0.1 mg/L)。ECG未见异常。

2 临床诊断及中毒原因

本组患者均为同一工厂工人, 工作中不接触含砷化合物, 无不洁饮食史及集体聚餐史, 发病隐袭, 群体发病, 无传染因素, 提示中毒的可能性较大; 多数患者表现为“急性胃肠炎型”症状, 进一步检查发现 2例有皮肤色素沉着, 实验室检查肝功能异常, 尿砷增高, 结合临床表现与砷中毒相似,

• 病例报道 •

此隐匿因式砷化物中毒诊断明确。

9例患者均在厂区内起居生活, 发病前未曾服用任何药物, 也未滥用毒物。但发病前一个月左右, 有患者发现饮用水颜色异常, 提示水源污染可能性大, 后经当地卫生防疫部门取样检测饮用水中砷化物严重超标, 达到 1.0 mg/L (正常 <0.1 mg/L)。据此中毒原因明确。

3 治疗及预后

入院后驱砷 (二巯丙磺钠 0.25 g 每日 2次, 肌内注射, 连 3日; 每日 1次, 肌内注射, 连 3日, 休 4日为一疗程) 治疗 1~3个疗程, 尿砷恢复正常。同时伍用多种维生素, 配合保肝及营养支持治疗。治疗 20余天后 9例均症状消失, 但 4例仍肝功能轻度异常, 因经济原因未继续治疗。

4 讨论

4.1 9例皆为隐匿式中毒, 发病隐袭。诊断线索为同一环境短期内多人次发生类似症状, 进一步检验尿砷并结合临床表现即可确诊。此外, 饮用水中砷化物超标的检验结果则使诊断更完整。

4.2 其中 7例被误诊为急性胃肠炎是因为发病经过及临床表现与急性胃肠炎极为相似。急性砷化物中毒时除有“急性胃肠型”表现外, 更主要的是有皮肤改变、肝功能异常及神经系统病变, 这些都与急性胃肠炎的临床表现不符。

4.3 本次误诊的教训是医生询问病史及查体不仔细, 对提供的病史没做认真分析, 以至延误治疗, 应引以为戒。