

道症状,与以往文献描述相似,虽还伴有柏油样便、胸水、腹水、门脉高压、蜘蛛痣和肝掌等特殊表现,只要对砒霜的毒性及中毒后的临床表现熟悉,诊断并不困难。遗憾的是该游医对此一无所知,而且长期拒不承认他所使用的药物中含有砒霜,致使神中毒表现已很明显时,给痔疮涂药仍在继续进行。从患者10月28日开始进行枯痔治疗直到12月29日经会诊从外院转入我科,长达两月之久,未能做出正确诊断,耽误了特效的排神治疗,这是造成患者病情危重的首要原因。本例患者创面较大,粘膜、皮肤出现多处小片状溃疡,涂药量大、吸收多也不能忽视。文献指出,口服三氧化二砷的中毒剂量为5~50mg,个体敏感性有很大差异,这也可能是引起本例中毒较重的原因之一。

孟知迪医师:本例患者根据典型的临床表现结合化验结果与驱神治疗效果,诊断为急性重度神中毒是没有问题的。问题是消化道出血是由肝硬化所致还是由中毒性肝病所致?我认为蜘蛛痣、肝掌并非肝硬化特异改变,急性或慢性肝炎也可以引起门脉高压。经保肝、驱神等治疗后门脉高压解除。如果是肝硬化,不会好转得这样快。

张基美医师:本病例在我去外院会诊时,根据当时的典型临床表现,虽未进行毒物分析,已可诊断为急性神中毒。其表现为先有胃肠道症状与肝、肾、皮肤等损害,上述情况好转后,继而出现典型的多发性感觉运动性周围神经病,四肢麻木疼痛及异常感觉,由感觉过敏迅速发展为套式感觉减退,深感觉亦受累,伴肌萎缩与肌力减弱,肌张力降低,腱反射消失。本例患者皮肤与指甲的改变亦很典型。

本例特点为肝脏损害严重,有蜘蛛痣、肝掌、胸水、腹水、脾大、门静脉高压、上消化道出血,表现较特殊,值得引起注意,开始时易误诊为门脉性肝硬化并上消化道出血。但患者以前的健康查体资料和肝功化验均说明其以往无肝病史。经保肝等治疗后效果明显,肝脾回缩,门脉径缩小,胸腹水消失,便血停止。此后肝功多次化验均正常,肝掌、蜘蛛痣亦消退。门脉高压发生的原因虽多由肝硬化引起,但本例患者从发病过程与治疗反应来看,并无肝硬化情况。如果患者原有隐性肝病,经过这样严重的中毒性损伤,很难在短期内恢复正常。急性中毒性肝病短期内引起门脉高压很少见到,由此引起的胸水、腹水更为少见。推测本例患者可能是急性中毒性肝病肝细胞坏死、肿胀等变化造成肝内静脉回流受阻或者砒霜直接损害血管壁引起渗透性增加所致。患者出现的柏油便,除了应考虑砒化物对胃肠道的毒作用,以及肝脏与造血系统的抑制外,门脉高压引起的消化道静脉破裂之可能性也需考虑。以上问题值得今后在临床工作中引起注意,并值得进一步探讨。柏油便多因上消化道出血经胃酸作用后才变成黑便,且往往与粪便相混。痔疮大量出血渗入肠道时一般不与粪便相混,其颜色可呈暗红色,但不是柏油便。

枯痔疗法药物中常含有砒、汞化合物,稍一不慎可导致中毒。应呼吁卫生行政部门禁止使用此类有毒药剂,特别对游医与应用土方、偏方者应严格审查,防止危害群众。

(张基美 李增民 董惠兰整理)

杀灭菊酯分装工人体检分析

辽宁省劳动卫生研究所 刘雅文 李赐璧 刘沛泽 赵万欣

某厂杀灭菊酯分装工人8名,将其20%的乳剂由大桶装入瓶内。接触时间0.5~23天,平均15天,每天工作约4小时。戴手套及口罩,无通风设备。其中男性4名,女性4名,年龄20~45岁。潜伏期为2~24小时。症状为头晕、恶心、全身不适、流泪、口麻、手麻、皮肤烧灼感。尿VMA(尿香草基苯甲酸) >9mg/24h,占71.4%,尿上皮细胞 >5个/HP,占28.6%;血白细胞 <4.0 × 10⁹/L,占14.3%。红细胞膜(Na、

K、Mg)-ATP酶活力同对照组相比差异显著,接触组明显降低。

红细胞膜(Na、K、Mg)-ATP酶它镶嵌在细胞膜的脂质双分子层中,其酶活力降低,说明红细胞的结构发生异常,有可能从分子水平揭示拟除虫菊酯类杀虫剂的毒理。VMA为儿茶酚胺的代谢产物,尿VMA增高说明其作业工人的儿茶酚胺代谢紊乱。