

急性甲胺磷中毒致“雷诺氏综合征”1例报告

江西医学院第一附属医院(330006) 刘汉名 周 静

近年来急性甲胺磷中毒的胆碱刺激征及迟发性周围神经病报道很多,而引起“雷诺氏综合征”至今国内外尚未见报道,近年我科收治1例,现报告如下。

熊某,男,33岁,住院号191928。于1990年6月7~8日两天在未穿戴防护用品情况下,连续在稻田喷撒50%甲胺磷溶液(总量1.5~2.0公斤,无其他农药),当天晚上8时(即喷甲胺磷农药后4小时)感头昏、头痛、恶心、呕吐、四肢乏力、多汗、视物模糊,当即喝了两杯浓茶,然后就寝。次晨7时(即喷农药后15小时左右)仍感头昏乏力,视物不清。在准备到卫生院就诊时,摔倒地上并昏迷不醒,当即被送村卫生院抢救,拟诊脑外伤,急送南昌某医院做CT扫描,正常,立即返回当地医院住院(此时为停用甲胺磷后20小时),发现全身皮肤湿润,颜面冒汗,口吐白沫,瞳孔针尖大、对称,口鼻有大蒜样臭味,肌肉颤动,头颅未见外伤痕迹,颅神经检查正常。即按有机磷中毒处理,经阿托品及复能剂治疗4小时后清醒。

6天后出院,出院后头昏不适、四肢酸软乏力逐渐加剧,半月后出现四肢末端针刺样痛及蚁走感。60天后自觉下肢无力,步行困难(走1公里用手杖协助亦要休息2~3次),双手指、脚趾疼痛,剧烈时影响睡眠,双上肢指端皮肤时而苍白,时而肿胀疼痛发紫,尤以2~5指明显,有时脚趾亦肿痛,遇寒冷或下冷水加剧,无法坚持工作。当地治疗效果不佳,于9月20日入院。查体: T36.2℃, P 86次/分, R 22次/分, BP15/10kPa。神清合作,站立不稳,借助手杖拖履步行入院。五官端正,心肺正常,腹平软,肝于右锁骨中线上肋缘下触及0.5cm,脾未触及。双手腕关节以下稍充血,双手指不能伸直,呈15°左右屈曲,坐位时双足呈下垂状,指趾端皮肤稍暗红肿,大小鱼际肌及腓肠肌轻度萎缩,腕关节及踝关节以下痛觉减退,其他神经反射正常。化验: Hb131g/L, RBC 4.22×10^{12} /L, WBC 6.7×10^9 /L, N 0.68, L 0.30, E0.02;全血胆碱酯酶10单位〔纸片法(我院正常值30~80活力单位)湖南衡阳研制〕,血清钾、钠、氯、钙、磷、镁,肝肾功能,ECG,胸部及双手腕指关节X线摄片均正常;甲皱微循环检查毛细血管扩张扭曲,管样减

少;上肢阻抗血流图诱发前主波波幅右侧0.12Ω,左侧0.11Ω,两侧波幅差8%,冷水试验诱发后,右侧0.08Ω,左侧0.06Ω,双侧波幅差25%,快速流入时间诱发前左右为0.08s,诱发后右侧0.12s,左侧0.14s。冷水试验阳性(即将双腕浸于4℃左右冷水中1分钟后可见双手小指、无名指继至中、食指,先发白随即变青紫,3分钟后转潮红并觉烧灼针刺样痛,持续5~6分钟左右恢复常态)。给予阿托品、地巴唑、B族维生素、极化疗法(G.I.K)、能量合剂、超短波、按摩及中药活血化瘀等综合治疗,26天后全血ChE75活力单位,四肢疼痛减轻,雷诺氏征消失,住院32天基本痊愈出院。诊断为急性甲胺磷中毒致雷诺氏综合征。随访八个月雷诺氏征未复发。

讨 论

本例喷撒50%甲胺磷引起急性中毒后二个月,发生四肢远端疼痛,步行困难,手指屈曲,足下垂,大小鱼际肌及腓肠肌轻度萎缩,四肢末端痛觉减退、时而苍白、时而肿胀疼痛发紫,遇冷加剧,甲皱微循环及上肢阻抗血流图和冷水试验阳性,诊断急性甲胺磷中毒致“雷诺氏综合征”可以成立。

甲胺磷又称多灭磷,为O,S—二甲基硫赶磷酰胺Tararon (Methamidophos),是一种剧毒的有机磷杀虫剂。中毒后引起胆碱刺激征及迟发性周围神经损害国内已有报道,其发生多在中毒后1~2周出现,也有5~6周出现。引起雷诺氏综合征尚未见报道,本例在急性甲胺磷中毒后两个月出现肢体末端疼痛,步行困难,大小鱼际肌及腓肠肌轻度萎缩和雷诺氏综合征,其发生机理尚不十分清楚,可能与植物神经功能紊乱,特别是血管神经功能紊乱有关,导致了肢端毛细血管和小动脉痉挛以致发生雷诺氏征。由于观察例数少,尚待今后继续观察探讨。

文献认为甲胺磷中毒引起的迟发性神经损害恢复较慢,常需半年至2年,少数数年以上,本例经综合治疗雷诺氏征消失,部分神经系统症状好转,并随访8个月未发作,但肢端疼痛及大小鱼际肌和腓肠肌萎缩尚未完全恢复,值得继续随访观察。