

心电图仍显示有心肌受累现象。故必须与其他疾病主要是病毒性心肌炎鉴别。本例因条件所限,未能监测

心肌酶谱变化,是为不足之处,但病例资料值得同道注意,以便进一步积累经验,逐渐澄清认识。

亚急性有机汞中毒致多脏器损害1例报告

吉林市职业病医院 (132106) 刘凤兰 吴振宇 王桂梅

本院收治 1 例有机汞中毒病例, 报告如下。

1 临床资料

患者, 男, 23岁, 农民, 住院号 547。该患者于 1989年7月13日食用农药赛力散浸泡过的稻种碾制的大米, 3天后自觉头痛、头晕、恶心、咽干、腹痛、全身酸痛乏力, 当地卫生所诊为感冒, 投给解热镇痛药。2天后上述症状加重, 出现口腔炎, 牙龈肿胀, 双下肢沉重无力, 又到乡卫生院就诊, 仍按感冒治疗, 并继续食用此米。第5天病情明显加重, 不思饮食, 不能站立行走, 翻身困难, 处于轻度瘫痪状态; 流涎, 吐字不清, 视物模糊, 尿频, 就医于吉林市中心医院, 经检查疑为“农药中毒”, 介绍来我院。入院时病人昏迷、失语、抽搐惊厥、尿便失禁。

既往无急、慢性传染病史。

查体: 体温 39.6°C , 脉搏140次/分, 呼吸28次/分, 血压 $16/12\text{kPa}$, 病人呈恶病质状态。浅昏迷, 流涎有腥臭味, 牙齿松动, 牙龈积脓, 口腔粘膜多处溃疡。两眼睑轻度浮肿, 双眼球水平震颤, 双瞳孔等大同圆, 对光反射及角膜反射迟钝。吞咽困难。两肺听诊可闻及痰鸣音, 右肺下野可闻及中小水泡音。心音弱, 心率140次/分, 律不齐。肝大肋下 $1.5\sim 2.0\text{cm}$, 剑突下 3.5cm , 质软, 脾未触及。双肾区叩击痛(-), 双下肢无浮肿, 双上臂及两腿内侧肌肉均出现粗大震颤, 膝腱反射、跟腱反射、提睾反射均消失, 全身肌肉松弛, 双下肢肌张力降低, 双腿肌力Ⅰ级, 足跖反射消失, 未引出病理反射。

实验室检查: 血常规 $\text{WBC } 20.8 \times 10^9/\text{L}$, $\text{SG } 0.82$, $\text{L } 0.18$, $\text{RBC } 5.05 \times 10^{12}/\text{L}$, $\text{Hb } 135\text{g/L}$, 尿常规: 尿蛋白(卅), $\text{pH } 6.8$, 镜检WBC少数, $\text{RBC } 2\sim 5$ 个, 小圆上皮细胞(卅), 细胞管型 $1\sim 3$ 个; 血清钾 1.78mmol/L , 钠 137.6mmol/L , $\text{BUN } 19.49\text{mmol/L}$, POCO_2 34.43mmol/L 。心电图示窦性

心律, 窦性心动过速, QRS间期延长, S—T段下降, T波低平, 异常V波, 心肌劳损; 脑脊液无色透明, 压力(侧卧) 1.47kPa , 潘台氏试验(-); 肝功谷丙转氨酶 160U ; 尿汞 $22933.99\mu\text{mol/L}$ 。

2 治疗经过

(1) 一般治疗。持续低流量吸氧, 鼻饲, 口腔护理; (2) 驱汞治疗。二巯基丙磺酸钠 1.0 , 每日3次, 肌肉注射, 连用3天停4天为一疗程。本患治疗2个疗程, 第一疗程驱汞过程中, 尿汞最高值为 $16341.27\mu\text{mol/L}$; (3) 控制感染。青霉素 800 万单位加 5% 葡萄糖 500 毫升静脉滴注, 每日1次; (4) 保护重要脏器心脑血管功能。人工冬眠, 物理降温, 同时投给足量的能量合剂; (5) 对症治疗。强心、镇静、纠正电解质紊乱, 实行24小时特护。

该患住院共9天, 一直处于昏迷状态, 入院第6天出现呼吸衰竭, 第7天出现心力衰竭、肾功衰竭, 终因病情重、病程长、基层单位误诊而延误抢救时间, 于9天后死于呼吸衰竭。

3 现场调查

经查该患所食大米确系误购经赛力散浸泡稻种所制。后经司法部门证实, 取其剩余大米进行检验, 汞含量为 31.02mg/kg , 六六六含量为 0.286mg/kg 。据资料载, 大米含汞量应低于 0.02mg/kg 。该米含汞量高出国家规定的有关标准151倍, 六六六含量在允许范围内, 对本患无意义。

该患有明确的误食含汞大米史, 有典型的临床症状和体征, 实验室检查结果确切, 驱汞治疗中尿汞显著超标。尸检病理诊断: 舌、咽、喉、食管上段及气管粘膜高度充血和上皮剥脱, 中毒性肺炎, 中毒性肾病, 肾上腺出血(髓质), 脑充血, 支气管肺炎(右下), 中毒性心肌炎, 结合现场调查, 本例亚急性醋酸苯汞中毒诊断成立。