

## · 病例报告 ·

## 重度苯中毒因特殊血型致输血反应 1 例报告

北京医科大学第三医院 (100083) 关晓旭 赵金垣 李树强

患者男, 52岁。因头晕、乏力伴全身瘀斑、瘀点9年, 于1992年6月18日收住我科。患者既往曾为喷漆工, 接触苯10余年。入院前多次因“再障”在外院住院治疗。入院后体检: 慢性病容, 贫血貌, 皮肤可见陈旧性出血点及瘀斑, 心肺检查未见异常, 腹软, 肝脾未触及。实验室检查: Hb60g/L, WBC $2.7 \times 10^9/L$ , PLT $1.2 \times 10^9/L$ , 网织红细胞3.2%。骨髓象示红系增生活跃, 巨核细胞增生, 血小板形成减少。Ham氏试验阴性。诊断为慢性重度苯中毒。患者入院后血红蛋白进行性下降, 因此给予输血等支持治疗。第1次及第2次输全血后患者感觉良好, 血红蛋白也略有回升。自第3次输血开始出现输血反应, 主要表现为寒战、高热。此后每次输血过程中均出现上述反应, 且输血后症状及血红蛋白无改善, 甚至恶化。由于患者病程较长, 多次住院并输血, 考虑输血反应系血清中抗白细胞抗体所致, 以后改输洗涤红细胞, 但每次仍出现上述输血反应, 并有2次输血后出现浓茶样血红蛋白尿, 尿隐血试验阳性。追问病史既往输血时也常出现输血反应, 且累积输血量不足10000ml。进一步检查发现患者血清中含有Rh血型系统的抗C及抗E抗体, 属特殊血型。此后按此血型配血输血,

未出现输血反应, 证实上述输血反应为血型不合所致。

## 讨论

Rh血型系统天然形成的抗体很少, 主要是输血及妊娠过程中所产生的免疫性抗体。在临床工作中一般只进行ABO血型系统的鉴定, 且以盐水法进行交叉配血, 不能检测出Rh血型系统是否相合。如Rh血型系统不合, 反复输血后即可产生相应的抗体, 出现溶血反应。但由于特殊血型较少见, 在临床工作中容易被忽视。结合本病例, 以下几种情况时应注意是否为血型不合所致的溶血反应: (1) 对病程较长且多次输血的患者, 应注意了解既往是否常出现输血反应, 最好计算出既往累积输血量。抗白细胞抗体所致的输血反应多在累积输血量超过20000ml后发生, 低于20000ml者则应多考虑其他原因所致。(2) 改输洗涤红细胞后输血反应是否改善、血红蛋白是否回升; 如无改善甚至恶化, 应考虑是否有溶血反应。

(3) 出现输血反应后应注意有无高血红蛋白血症, 血红蛋白尿, 以及血清胆红素是否升高, 还应进行抗人球蛋白试验。经上述检查多可确定是否有溶血反应, 再进一步检查确定其是否为特殊血型。

## 亚急性汞中毒癫痫样发作 1 例报告

烟台市职防院 (264000) 盖修海

刘某, 女, 17岁, 农民。因全身皮疹40天, 腿痛30天, 于1989年4月21日入院。

患者于40天前到个体金矿从事推汞板作业(共20天), 做法是: 先将水银摊在汞板上, 待矿浆滤过后, 将汞齐括下, 如此反复操作。作业时无防护措施, 作业现场未做空气测定。作业6天后, 出现多汗、疲乏, 继之在躯干、四肢、面颈部皮肤相继出现红色斑丘疹, 在当地按“风疹”治疗无效。30天前双下肢出现麻木、无力、疼痛, 逐渐加重, 难以忍受, 不能下地站立和行走, 故于1989年3月27日住进某医院, 经过治疗腿痛不减, 因有水银接触史, 故到某卫生防疫站查尿汞, 为 $399.2 \text{nmol/L}$ , 即始用二巯基丙醇驱汞治

疗, 同时给能量合剂、糖皮质激素等治疗24天, 病情无明显改变, 且出现烦躁、哭叫, 有时癫痫样发作, 表现为尖叫一声后即意识丧失, 头后仰, 两手握拳, 两眼上翻, 小便失禁, 乃于1989年4月21日来我院, 门诊以亚急性汞中毒、汞毒性皮炎收入院。既往无癫痫病史及外伤史。

入院后查体: T $37.9^{\circ}\text{C}$ , P106次/分, R20次/分, BP17.3/12kPa。发育正常, 营养差, 消瘦, 被动体位, 痛苦貌, 意识清。全身皮肤可见红色斑丘疹, 以背部、胸腹、臀部、四肢较著, 面颈部散在, 双手指、掌大片脱皮。皮肤皱褶处未见PastidSlines。巩膜无黄染, 瞳孔等大等圆约3mm, 对光反应正常。舌边

见一小溃疡，齿龈无色素沉着，咽部充血，扁桃体不红肿。颈软，甲状腺不大。双肺无异常发现。心界不扩大，心音正常，心率106次/分，律整，无病理性杂音。腹平软，全腹部均有轻压痛，以小腹为著，无反跳痛及包块，莫非氏征(-)，肝脾不大，肾区无叩击痛。肌张力增强，肌力尚可。双膝反射(++)，肱二、三头肌腱，桡骨膜，腹壁储反射均无异常。无病理反射。三颞试验(+)。实验室检查：Hb110g/L，WBC $11.7 \times 10^9/L$ ，N<sub>0.78</sub>，L<sub>0.20</sub>，M<sub>0.01</sub>，E<sub>0.01</sub>。尿常规正常，BUN $3.28\text{mmol/L}$ ，K<sup>+</sup> $3.8\text{mmol/L}$ ，Na<sup>+</sup> $128.3\text{mmol/L}$ ，Cl<sup>-</sup> $94\text{mmol/L}$ ，Ca<sup>++</sup> $2.7\text{mmol/L}$ ，CO<sub>2</sub>-CP $26.4\text{mmol/L}$ 。ALT $45\text{U}$  (改良金氏法 $<40\text{U}$ )。尿汞 $249.5\text{nmol/L}$  (汞测定仪正常 $99.7\text{nmol/L}$ )，驱试尿汞为 $498.5\text{nmol/L}$ 。胸片、腹部B超未见异常，心电图示窦性心动过速。

入院后给二巯基丁二酸钠驱汞治疗三个疗程，首疗程尿汞量最高为 $498.5\text{nmol/L}$ ，末次为 $49.85\text{nmol/L}$ 。同时给予对症治疗后，自觉症状明显减轻，皮疹基本消退，食欲增加，二便正常，下床行走自如，能玩耍说笑。在入院后第17天清晨，患者突然双日上视，口角向左歪斜，口吐白沫，双手握拳，头后

仰，小便失禁。检查意识丧失，压眶有痛苦表情，双瞳孔等大等圆约3mm，对光及角膜反应迟钝，双膝反射减弱，无病理反射。心率140次/分，肺无异常，血压 $21.3/16\text{kPa}$ 。即给苯巴比妥钠 $0.1\text{g}$ 肌注，25%甘露醇 $250\text{ml}$ 快速静滴，西地兰 $0.2\text{mg}$ 静注后，患者安静深睡，后每约20分钟发作一次，持续3~4分钟缓解。晨眼科检查：双眼球向左侧偏斜，呈间断性水平震颤，双瞳孔约4mm，对光反应消失。眼底正常，边界清，生理凹色稍淡，网膜中央A/V比例正常，未见出血及渗出。脑脊液压力不高(50滴/分)，无色清晰，蛋白(-)，糖半定量 $>400\text{mg/L}$ ，细胞 $3$ 个/立方毫米。

处理：给吸氧，抗生素，镇静止惊剂如苯巴比妥钠、安定、10%水合氯醛灌肠，交替应用，同时给改善脑细胞代谢药物等。病情改善后给口服苯妥英钠和r-氨络酸，再未复发。入院后51天病情稳定后进行CT检查，提示脑轻度萎缩。出院后3个月复诊表现反应迟钝。

同工种另3个女孩也相继中毒，由于及时驱汞治疗，恢复顺利，脑电图正常。

### 蝮蛇抗栓酶过敏反应 1 例报告

白银公司劳动卫生研究所 (730900) 方白银 贾 迎

蝮蛇抗栓酶是由蛇毒中分离出的一种酶制剂，具有去纤、降低血脂及血液粘稠度、降低血小板凝聚力、扩张血管、改善微循环的作用，近几年已广泛应用于临床。我所用蝮蛇抗栓酶治疗矽肺合并肺心病收到了一定的效果，但在应用蝮蛇抗栓酶治疗过程中曾发生1例过敏反应，现报告如下。

安某，男，60岁，工人，I期矽肺，1993年9月24日来我科接受蝮蛇抗栓酶治疗。入院时查体一般情况良好。医嘱给5%葡萄糖 $250\text{ml}$ 、蝮蛇抗栓酶 $0.5$ 单位，静脉滴注。经皮试(浓度 $0.0001\text{U}$ )阴性，即给静脉输入，每日1次。第10天液体输完后半小时，患者自觉全身皮肤搔痒，伴腹痛、腹泻。体检 $T37^\circ\text{C}$ ， $P88$ 次/分， $R22$ 次/分， $BP16/11.2\text{kPa}$ ，颜面及全身皮肤潮红，有散在丘疹，大便潜血(++)。口服扑尔敏 $8\text{mg}$ ，30分钟后症状缓解，第2天皮疹完全消失。3天后再做皮试仍为阴性。又给予上述液体，蝮蛇抗栓酶剂量减半。当输入10分钟约 $50\text{ml}$ 时，上述症状再次发生，且比前次重，并出现了心慌、气短、脉搏细速、面色苍白、烦躁不安、呼吸急促等休克症状，

测 $T35.5^\circ\text{C}$ ， $P130$ 次/分， $R30$ 次/分， $BP10.7/8\text{kPa}$ 。立即停止输液，肌注苯海拉明 $20\text{mg}$ ，静点生理盐水 $500\text{ml}$ 、维生素C $1.0\text{g}$ 、地塞米松 $10\text{mg}$ ，半小时后上述症状缓解，续滴低分子右旋糖酐 $500\text{ml}$ 。第二天症状消失。

#### 讨论

本病例为蝮蛇抗栓酶引起的过敏反应。从反应发生时间分析，第一次为迟发型反应，临床表现轻，主要累及皮肤及胃肠道粘膜。给抗组织胺药物治疗后，症状消失。第二次为速发型反应，反应发生速度快、症状重，并出现了过敏性休克表现。在选用抗组织胺药物的同时加用激素类药物并给予抗休克治疗，取得了较为满意的效果。

本例在皮试时，并无过敏反应，但静脉输入时，出现了严重的过敏反应。这就提醒我们对皮试阴性者，在用药过程中仍要及时观察，巡视病人，随时注意病情变化，防止可能出现的过敏反应。同时积极做好过敏反应的抢救工作，确保用药安全。