

3 治疗及转归

入院后给予 B 族维生素、能量合剂、支持对症治疗及具有活血通络作用的中草药、电针灸等综合治疗,病情逐渐稳定,3 个月后走路不稳、步态蹒跚、双手无力等症状较入院时明显好转,肌力、肌张力恢复正常,但感觉检查仍有手套袜套样浅感觉减退,3 例膝腱反射、跟腱反射消失。

4 讨论

氯丙烯,又称 3-氯丙烯或烯丙基氯,常温下为无色透明、有辛辣味、易挥发的液体,难溶于水,可溶于各种有机溶剂,工业中主要用于制备环氧氯丙烷,生产环氧树脂、合成甘油,并用于生产农药杀虫双、巴丹、二溴氯丙烷,合成丙烯磺酸钠等^[1]。本品易经呼吸道、皮肤或消化道吸收。急性影响为高浓度的氯丙烯对皮肤黏膜具有刺激性;慢性中毒以感觉运动型周围神经病为主。临床表现为手足麻木、小腿酸痛无力,不能走快或走远,有时跌倒;严重时持筷不稳,拿针落地;四肢对称性手套袜套样分布痛觉、触觉、音叉振动觉障碍;跟腱反射减弱或消失;神经-肌电图示神经原性损害^[2]。慢性氯丙烯中毒患者一般预后较好。脱离作业并经治疗后,中毒性周围神经病的症状可于 2~4 个月内明显改善,但小腿酸痛无力感往往持续较久^[3]。

由于当地检测机构能力所限,因此没能对工作场所空气中氯丙烯浓度进行现场检测,这是诊断工作中存在的不足之处。但当地职业卫生机构在对该企业进行现场劳动卫生学调查时发现,工作场所确实存在氯丙烯、二甲胺、片碱等生产原料,生产工艺与病人所述完全一致,且工作环境卫生状况差,通风不良。通过调查证实 4 名工人职业史、职业病危害接触史明确,依据《职业性慢性氯丙烯中毒诊断标准》(GBZ6—2002),最后确诊为职业性慢性氯丙烯中毒。

本次事件发生后,市卫生监督部门加强了对该企业的监督管理,该企业在市疾病预防控制中心和市卫生监督部门的指导下,改进了工艺流程,如对原料输送过程采用了管道化、密闭化、自动化设施;改建了厂房,增设了通风排毒设施等,至今该企业未再发现新的中毒病例。

参考文献:

- [1] 何凤生. 中华职业医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 512-515.
- [2] 何凤生, 张寿林. 职业性慢性氯丙烯中毒诊断的探讨 [J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 1984, 2: 50-53.
- [3] 王世俊. 工业卫生与职业病学 [M]. 北京: 化学工业出版社, 1990: 206-208.

二氯乙烷中毒合并应激性溃疡穿孔 1 例报告

Dichloroethane poisoning complicated with stress ulcer perforation: report of a case

刘宪斌

LIU Xian-bin

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

摘要: 报道 1 例二氯乙烷中毒患者, 在治疗过程中出现应激性溃疡穿孔, 经手术治疗后痊愈。

关键词: 二氯乙烷; 中毒; 应激性溃疡

中图分类号: O623.21; R135.1 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2007)05-0305-02

1 临床资料

患者, 男, 40 岁, 从事装修工作。于入院前半个月为一居室面积约 50 m² 家庭装修。使用木工用胶, 共计用 50 余桶(每桶 1 kg)。经查询该胶成分中含有二氯乙烷, 具体浓度不详。由于天气较冷, 门窗紧闭, 吃、住均在房间内, 每天工作 12 h 左右。工作一周后出现头晕、头痛、乏力、咳嗽、四肢震颤、恶心, 并逐渐加重。于入院前 5 h 突然意识不清, 伴抽搐, 于 2006 年 4 月 1 日入我院。同时工作另一人有类似症状。

入院查体: T 36.8℃, P 106 次/min, R 18 次/min, BP 160/90 mm Hg。意识不清, 时有躁动, 双侧瞳孔等大正圆, 直径 2.5 mm, 对光反射迟钝, 口唇无发绀, 咽充血, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿啰音, 心率 106 次/min, 律齐, 腹软, 头部

及四肢不自主抽动, 肌张力增高, 生理反射正常, 双巴氏征阴性。

实验室检查: 血常规, WBC 15.1×10⁹/L, Hb 165 g/L, PLT 181×10⁹/L。尿常规, WBC 0~1 个/HP, RBC 1~2 个/HP。K⁺ 2.81 mmol/L, Na⁺ 137 mmol/L, Cl⁻ 105 mmol/L, BUN 7.47 mmol/L, Cr 73 μmol/L, ALT 25 U/L, AST 36 U/L。血气分析, pH 7.46, PaO₂ 13.1 kPa, PaCO₂ 3.1 kPa。心电图示窦性心动过速。胸片示双肺纹理增强。头 CT 未见异常。

诊断: 急性二氯乙烷中毒。

入院后患者反复抽搐, 并有肢体不自主抽动, 经给予甘露醇、地塞米松降颅压、减轻脑水肿, 给予安定控制抽搐及营养脑细胞、防治感染等治疗。患者于入院第 4 天意识逐渐转清, 追问病史, 既往有“胃病”史。入院第 5 天, 患者诉腹痛, 查体: 腹平坦, 有压痛、反跳痛及肌紧张, 未闻及肠鸣音, 腹部超声腹腔可见液性暗区, 右侧卧位腹穿抽出深褐色液体。初步诊断: 泛发性腹膜炎。转入外科急诊行剖腹探查十二指肠穿孔修补术。术中见十二指肠球部 1.0 cm×1.0 cm 穿孔, 有肠液溢出, 黏膜外翻, 边缘组织质软, 诊断十二指肠溃疡穿孔。沿纵轴上、中、下围绕穿孔部位缝合 3 针, 大网膜覆盖, 腹腔冲洗引流。

术后给予抗炎、维持水电平衡、营养脑细胞等治疗。术

收稿日期: 2007-05-22; 修回日期: 2007-08-01

作者简介: 刘宪斌 (1958—), 男, 副主任医师。

©1994-2017 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

后第 4 天排气, 第 10 天拆除切口缝线。患者意识清, 问答正确, 但语言欠清晰, 不连贯, 仍有肢体不自主抽动, 4 月 24 日磁共振检查正常, 住院 28 d 好转出院。

2 讨论

2.1 应激性溃疡是机体在应激状态下发生的急性胃肠黏膜病变, 主要见于严重创伤、感染、休克、大面积烧伤、中枢神经系统疾病或大手术后。本例患者在接触二氯乙烷后出现头晕、头痛、乏力、咳嗽、四肢震颤、恶心、昏迷等中枢神经系统损害, 于昏迷后第 5 天出现腹痛症状, 腹部超声示腹水, 腹穿抽出深褐色液体, 手术证实为十二指肠溃疡穿孔, 故可诊断二氯乙烷中毒合并应激性溃疡穿孔。

2.2 二氯乙烷目前主要用作化学合成原料、工业溶剂和粘合剂, 主要经呼吸道吸收, 临床表现以中毒性脑病为主, 可有胃肠不适、肝肾损害和呼吸道刺激症状, 少数重度中毒患者清醒后, 可出现小脑共济失调、肌阵挛或癫痫样大发作^[1]。本例患

者出现应激性溃疡穿孔考虑原因如下: (1) 患者二氯乙烷中毒后出现中毒性脑病, 反复抽搐, 在应激状态下, 可导致神经内分泌失调, 引起胃肠病理生理改变。(2) 毒物本身也可直接作用于胃肠道造成损害, 染毒动物病理解剖显示, 二氯乙烷急性中毒时, 可见肠系膜和肠黏膜出血^[1]。(3) 激素的应用, 为防治脑水肿, 应用糖皮质激素的量相对较大, 共用地塞米松 140 mg, 入院后的 24 h 用 70 mg。(4) 禁食时间较长, 该患入院后一直禁食, 禁食状态下的危重患者, 黏膜上皮 DNA 合成缓慢, 增殖受抑, 黏膜抗损伤能力也降低, 增加了黏膜的易损性。综合以上因素加之既往有“胃病”史, 更易导致穿孔的发生。

2.3 应激性溃疡穿孔一经确诊, 应尽早手术。本例采用单纯修补加大网膜覆盖, 创伤小, 恢复较快。同时, 应注意应激性溃疡有多发特点, 术中应详细探查避免漏诊。

参考文献:

[1] 何凤生. 中华职业医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 500.

马兜铃酸引起慢性肾功能不全 21 例报告

Twenty one case report on chronic renal insufficiency caused by aristolochic acid

王岩¹, 姜洋¹, 李子龙², 任青²

WANG Yan¹, JIANG Yang¹, LI Zi-long², REN Qing²

(1. 沈阳市第五人民医院泌尿内科, 辽宁 沈阳 110023; 2. 中国医科大学第一临床学院泌尿内科, 辽宁 沈阳 110001)

摘要: 观察了 21 例马兜铃酸引起的慢性肾功能不全患者的临床表现、实验室检查及肾穿刺病理改变。结果发现马兜铃酸引起慢性肾功能不全主要病理改变为寡细胞性肾间质纤维化。提示长期服用含马兜铃酸中药可发生慢性肾功能不全。

关键词: 马兜铃酸; 慢性肾功能不全

中图分类号: R595.4 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2007)05-0306-02

中药是我国传统医学的重要组成部分, 长期以来, 一直认为中药无毒、无副作用, 尤其是认为中草药来源于天然植物, 更是安全无毒。近年来, 一些中草药如关木通、广防己等引起的肾损害, 开始受到人们的重视。现知这些中草药都含马兜铃酸(AA), 可引起肾损害, 有学者将其称为“马兜铃酸肾病(AAN)”^[1]。我院在 5 年时间里已收治了 21 例 AAN 患者, 临床表现为慢性肾功能不全。除 5 例已进入慢性肾功能衰竭期, 不宜肾穿刺外, 其余 16 例均已作了肾穿刺病理检查。现将本组资料报告如下。

1 临床资料

2001 年我院收治了 1 例马兜铃酸引起慢性肾功能不全患者, 男, 65 岁, 因连续服用 4 年“龙胆泄肝丸”(200 余盒共 2 000 余丸), 出现恶心、食欲不振、周身乏力, 但无明显少尿及水肿。入院时查体: BP 155/90 mm Hg, 贫血貌, 心肺未见

异常, 腹水征(-), 双下肢无水肿。实验室检查: Hb 71 g/L, PLT 81 g/L, BUN 14.03 mmol/L, 血 Cr 403 μmol/L, Ccr 39 ml/min, CO₂CP 15.7 mmol/L, 血 K⁺、Na⁺、Cl⁻ 正常, ALB 29 g/L; 尿 Pr(++), RBC 2~3/HP, WBC 5~8/HP, 24 h 尿蛋白定量 1.2 g, 尿 SG1.010, 禁水 12 h 尿渗透浓度 330 mmol/L。B 超: 左肾脏 8.6 cm×4.3 cm×4.0 cm, 右肾脏 8.3 cm×4.4 cm×4.3 cm, 提示两肾缩小。肾穿刺病理检查: 光镜下 9 个肾小球, 肾间质呈多灶纤维化, 有散在淋巴细胞浸润, 肾小管呈大片状萎缩, 肾小球呈缺血性硬化, 小动脉管壁增厚, 管腔狭窄, 免疫荧光阴性; 电镜下肾间质有大量束状的胶原纤维, 肾小管基底膜增厚、皱缩, 肾小管结构破坏。

此后 5 年间我院又收治了马兜铃酸引起慢性肾功能不全患者 20 例, 均有长期(10 个月~24 年)服用含有马兜铃酸的中药病史(其中有“珍珠暗疮片”、“龙胆泄肝丸”、“耳聋丸”、“妇科分清丸”、“冠心苏合丸”等)。患者病情隐袭进展, 在服药数月至数年后, 逐渐出现肾小管功能障碍(如肾性糖尿、低渗浓度尿等)及肾小球功能损害; 贫血出现较早; 除 1 例为少尿型外, 其他均为非少尿性肾功能不全。实验室检查: Hb 47~71 g/L, 血 BUN 12.49~33.43 mmol/L, Cr 225~733 μmol/L, CO₂CP 14~23 mmol/L, ALB 21~31 g/L, 尿 Pr(±~++), 24 h 尿蛋白定量 0.8~1.9 g, 尿 SG 1.008~1.015, 禁水 12 h 尿渗透浓度 280~400 mmol/L。B 超示肾脏缩小, 两肾大小不对称(长径相差 1 cm 以上者 5 例)。肾穿刺病理呈慢性小管-间质肾病表现, 光镜下肾间质呈多灶或大片状纤维化,

收稿日期: 2007-03-01; 修回日期: 2007-07-26

作者简介: 王岩(1970-), 女, 副主任医师。