

病例报告

药源性砷、汞中毒 2例报告

山东大学校医院 (250100) 王波纹 王美红

山东淄博市职业病防治院 (255067) 周梅荣¹

[摘要] 药源性砷、汞中毒较少见。该文报道 2例银屑病患者因服用诊所自制银屑丸引起砷、汞中毒, 主要临床表现为头晕、恶心、烦躁, 四肢末端麻木、乏力, 实验室检查尿砷、尿汞超过正常值, 结合患者的砷、汞接触史、临床表现以及驱砷、驱汞治疗有效, 排除其他疾病, 药源性砷、汞中毒诊断成立。该文提示应告诫患者勿使用无正规批准文号的药物, 对有类似病史、症状的患者, 应提高警惕, 注意排除药源性砷、汞中毒。

[关键词] 中毒 银屑病 银屑丸 砷 汞

1 引言

药源性砷中毒及汞中毒时有报道, 但同时合并砷、汞中毒较少见, 笔者收治了 2例因服用诊所自制银屑丸引起砷、汞中毒的患者, 现报道如下。

2 病例报告

例 1 患者女, 52岁。因头晕、双手足麻木、步态不稳 4周于 2005-08-11入山东淄博市职业病防治院。既往患有银屑病 5年, 6周前因治疗银屑病开始服用某个体诊所自制银屑丸 (具体成分不详, 后经药检部门分析, 银屑丸含砷 $14.63 \mu\text{g/g}$ 含汞 $0.1 \mu\text{g/g}$), 先后共服用 24丸。服用 12丸后感到烦躁和乏力, 并有腹泻、水样便。自行停药观察 6d后, 症状减轻, 继续口服银屑丸, 症状又加重, 出现头痛、头晕、失眠、双手足麻木、步态不稳。曾到其他医院求治, 诊为银屑病, 头晕、双手足麻木原因待查, 给予对症治疗效果不明显, 遂到本院进一步求治。体格检查: 体温 36.3°C , 脉搏 70次/分, 呼吸 18次/分, 血压 $120/90 \text{ mmHg}$ ($10 \text{ mmHg} = 1.33 \text{ kPa}$)。一般情况可, 神志清晰, 步态不稳。四肢分布大小不等的褐色、红色斑丘疹, 上覆银白色鳞屑。双手黑灰色色素沉着。四肢双手腕关节以下, 双足踝关节以下痛、温觉减退, 闭目难立征 (+)。双侧肱二头肌反射、双侧膝反射、跟腱反射消失。实验室检查: 尿汞 $0.08 \mu\text{mol/L}$ (冷原子吸收法, 正常值小于 $0.05 \mu\text{mol/L}$), 尿砷 $1.804 \mu\text{mol/L}$ (正常值小于 $1.33 \mu\text{mol/L}$)。肌电图提示神经源性损害。诊断: 药源性砷、汞中毒, 银屑病。给予二巯丙磺钠 0.25 g 肌内注射, 每日 1次, 连续使用 3d停 4d为 1个

疗程。同时口服维生素 B_1 、维生素 B_{12} , 静脉滴注能量合剂。治疗 2个疗程后, 患者手足麻木减轻, 行走时较前平稳, 于 2005-08-28出院。出院时尿汞 $0.012 \mu\text{mol/L}$ 、尿砷 $0.557 \mu\text{mol/L}$ 。

例 2 患者男, 34岁。因头晕、恶心、烦躁 5周, 四肢末端麻木、乏力 3周于 2005-03-15收入山东淄博市职业病防治院。既往患有银屑病 8年, 5周前开始服用某个体诊所自制银屑丸治疗, 先后共服用 36丸, 每丸 1.5 g 。开始服用 2丸后感到头晕、恶心、烦躁, 无呕吐, 未予注意, 继续服用至第 8丸后头晕加重, 并曾晕倒在厕所内, 但未引起足够重视, 仍继续服用上述药物。出现四肢末端麻木、乏力时曾在某矿务局医院诊治, 诊断为末端神经炎, 给予能量合剂、口服维生素治疗, 病情无明显改善, 遂到本院进一步诊治。体格检查: 体温 36.3°C , 脉搏 68次/分, 呼吸 18次/分, 血压 $135/90 \text{ mmHg}$ 。一般情况可, 神志清晰, 体格检查合作。四肢、躯干分布大小不等的红色斑丘疹, 上覆银白色鳞屑。心、肺、腹检查未见异常。神经系统检查: 三颤征 (指手指、舌尖及眼睑震颤) (+), 双侧肱二、三头肌反射减弱, 双侧膝反射消失。双下肢肌力 4级, 肌张力减弱, 四肢末端痛、温觉减退。实验室及辅助检查: 血常规示血红蛋白 163 g/L , 红细胞 $4.8 \times 10^{12}/\text{L}$, 白细胞 $10 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 0.65, 淋巴细胞 0.32, 嗜酸性粒细胞 0.01, 嗜碱性粒细胞 0.01, 单核细胞 0.01。尿、粪便常规及肝功能正常。尿汞 $0.06 \mu\text{mol/L}$, 尿砷 $1.643 \mu\text{mol/L}$ 。心电图、腹部 B超检查未见异常。四肢肌电图检查示神经源性损害、周围神经病变。诊断: 药源性砷、汞中毒, 银屑病。患者入院后给

¹ 通讯作者

予驱汞、驱砷治疗,使用二巯丙磺钠 0.25 g (5 mL)肌内注射,每日 1次,连续使用 3 d停 4 d为 1个疗程。同时给予静脉滴注能量合剂,口服维生素 B₁、维生素 B₆营养神经。共治疗 3个疗程,患者于 2005-04-06 好转出院。出院时患者三颤征(-),手脚麻木减轻,尿汞 0.008 $\mu\text{mol/L}$ 、尿砷 0.025 $\mu\text{mol/L}$ 。

3 讨论

药源性砷、汞中毒多为亚急性或慢性中毒,其机制是砷、汞进入机体后与巯基结合从而引起含巯基酶失去活性,影响细胞代谢,甚至导致细胞死亡^[1]。慢性砷中毒的临床表现主要有脑衰弱综合征、周围神经病变^[2]。慢性汞中毒的轻度表现为脑衰弱综合征,口腔炎、牙龈炎,三颤征(+)^[3]。本文 2例均为慢性中毒,患者均有砷、汞接触史,均有头晕、失眠、四肢末端麻木、乏力等症状,肌电图检查提示神经源性损害和周围神经病变,符合金属中毒的表现。2例患者实验室检查

尿砷、尿汞超过正常值,结合患者的砷、汞接触史、临床表现以及驱砷、驱汞治疗有效,排除其他疾病,支持药源性砷、汞中毒诊断。患者此前就诊医院的误诊与医生未弄清患者的砷、汞接触史有关。该文提示应告诫患者勿使用无正规批准文号的药物,对有类似病史、症状的患者,应提高警惕,注意排除药源性砷、汞中毒。

[参考文献]

- [1] 俞万香,黄秉钦,刘河玉,等.急性砷中毒致神经精神障碍与神经电生理异常(附 87例临床分析)[J].黑龙江医学,2007,31(3):182-184.
- [2] 蒋丽敏,李薇,佟梅丽.婴儿急性砷、汞中毒一例[J].中国小儿急救医学,2006,13(5):494.
- [3] 李艳艳,熊光仲.汞中毒的毒性机制及临床研究进展[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2008,3(1):57-59.

(收稿日期:2008-11-25)

(编辑:杨江瑜)

以背部疼痛为主要表现的睾丸非精原细胞瘤 1例报告

解放军 478医院急诊科 (650200) 桂红珍 欧小平 索黎 张吉良 岑跃进

[摘要] 笔者收治了 1例以背部疼痛为主要表现的患者,接诊后发现其结婚 4年无生育史,左侧睾丸较右侧稍大、附睾较右侧稍粗,且甲胎蛋白大于 1000 $\mu\text{g/L}$,人绒毛膜促性腺激素大于 10000 U/L,乳酸脱氢酶大于正常值 10倍以上,高度怀疑生殖细胞瘤,最后经活组织检查确诊为睾丸非精原细胞瘤中的胚胎瘤、部分畸胎瘤(左侧)。予 PVB方案(博来霉素、长春新碱、顺铂)化学治疗 3个疗程后,影像学检查示肺、锁骨上、纵隔后转移灶基本消失,但腹膜后病灶无明显缩小,予左侧睾丸切除术、腹膜后淋巴结清扫术,并再予 2个疗程 PVB化学治疗,预后良好,随访至撰稿日无复发及转移,生存状态良好。

[关键词] 非精原细胞瘤 睾丸肿瘤 背痛 肿瘤标志物
腹膜后淋巴结清扫术

1 引言

睾丸非精原细胞瘤多为恶性,但如早期得到诊治,常可获得较好的预后。本文总结了近期我院收治的 1例恶性睾丸非精原细胞瘤病例的诊治经过,并就其临床特点及治疗进行分析,旨在为临床诊治提供参考,现报告如下。

2 病例报告

患者男,30岁。因背部疼痛 6月余,进行性加重 1个月于 2007-10-14来我院就诊。患者 6月余前无明显诱因出现背部疼痛,在当地医院诊断为

“腰椎间盘突出症”,经物理治疗、针灸、药物治疗(具体药物不详)3个月无效,入院前 1个月背部疼痛进行性加重,伴腰痛,夜间睡眠质量差,无其他不适。患者无吸烟、酗酒史,无隐睾史,无传染病及慢性病史,结婚 4年无生育史。体格检查:一般情况尚可。左锁骨上可触及一 3 cm × 2 cm 大小肿块,质韧、活动性差、无压痛。腰背部有深压痛,未触及畸形及骨擦音。双侧睾丸外观形态正常,左侧睾丸较右侧稍大、附睾较右侧稍粗,质韧无压痛,未触及质硬的肿块。实验室检查:ESR