

[文章编号] 1002-0179 (2001) 01-0114-01

## 气管神经鞘膜瘤 1 例

王力红, 邓嘉虹, 张楠

(华西医科大学附属第一医院耳鼻喉科, 四川成都 610041)

[中图分类号] R730.264; R734.1

[文献标识码] E

患者, 女, 28 岁。呼吸困难 1 年余, 加重伴声嘶 10<sup>+</sup> 月, 无咽喉疼痛及吞咽困难。在当地诊断为: 慢性支气管炎, 经消炎治疗症状无缓解, 于 2000 年 3 月 9 日收住院。体检: ①~⑥度喉梗阻, 间接喉镜检查见声门下有一新生物阻塞气道, 只留有一小缝隙。遂在当日作了低位气管切开, 术后行纤维支气管镜检查见双声带活动度好, 声门下新生物表面欠光滑, 取新生物活检, 报告: 炎性渗出物, 未见肿瘤。CT 揭示: 声门下、气管上

段软组织块影。

于 3 月 18 日在全麻下将气管切开口向上延长至第一气管环, 取新生物活检送冰冻, 报告提示: 神经鞘膜瘤。术中见肿瘤上至声带下缘, 下达第三气管环平面, 根蒂位于第一气管环右前方, 大小约 2×1×1cm, 质脆。完整切除肿瘤, 气管内置 T 型硅胶管。术后病理报告: 气管神经鞘膜瘤, 拆线出院。三月后取出 T 型硅胶管, 纤维支气管镜检查见声带活动度好, 声门下及气管内粘膜光

滑, 气道通畅。

神经鞘膜瘤是神经源性肿瘤的一类, 来自施万细胞, 可发生于全身任何神经, 10% 位于头颈部。在头颈部多源于交感神经或迷走神经的分支, 鼻腔、鼻窦、咽部和颈部多见, 而发生于气管者实属罕见, 可能与喉返神经、交感神经施万细胞移行进入气管内壁有关。

(收稿日期: 2000-10-13)

[文章编号] 1002-0179 (2001) 01-0114-01

## 四肢疼痛伴迟发性脑病的急性铊中毒 1 例

郑洪波, 何俐, 罗祖明, 刘鸣

(华西医科大学附属第一医院神经内科, 四川成都 610041)

[中图分类号] R995; R595.2

[文献标识码] E

急性铊中毒 (thallium intoxication) 临床极为少见, 容易误诊, 现将我院成功治愈的 1 例急性铊中毒报导如下:

患者, 男, 41 岁。因四肢剧痛伴排尿困难 1 周入院。1 周前无任何诱因突发双足烧灼样剧痛, 数小时后累及整个下肢, 继而腹部皮肤及双上肢均出现难以忍受的灼痛、拒触摸。入院前 3 天出现轻微排尿困难和食欲下降, 在当地县医院诊断不明转入我院。查体: 急性痛苦面容, 心率 96 次/分, 全身皮肤痛觉过敏、过度, 拒触, 双下肢及腹部尤甚。四肢轻触觉、温度觉、震颤觉未见异常。肌力正常, 腱反射略活跃。入院后四肢肌电图、神经传导速度、F 波和 H 反射未见异常。脑脊液检查: 生化、常规及免疫学均未见异常。脑电图、头部 MRI 未见异常。血转氨酶轻度升高, 血清免疫学及骨髓穿刺未见异常。

入院后 3 天出现脐周及上腹绞痛, 伴恶心、呕吐、便秘、尿潴留, 查血淀粉酶升高。胃镜未见异常, 腹部 X 线平片提示麻痹性肠梗阻, 经禁食、胃肠减压 1 周内逐渐缓解。但四肢及全身疼痛经曲马多等对症治疗未缓解, 窦性心率波动于 90~130 次/分, 持续保留导尿。入院后第 3 周出现易激惹、抑郁倾向和过度自我关注, 大量脱发, 指 (趾) 甲灰白色条纹, 四肢腱反射减弱。四肢肢端肌力 (II) 级。四肢肌电图及神经传导未见异常, 脑脊液出现蛋白-细胞分离现象。入院后第 3~4 周表现为间歇性意识模糊, 定向力障碍及视物模糊, 脱发呈斑秃样, 面积达 80%。查血、尿铊升高, 给予普鲁士蓝 20g+15% 甘露醇 250ml/天, 分 4 次口服, 补钾 4~6g/天, 并合用速利尿尿。3 天后全身疼痛明显缓解, 1 周后疼痛消失, 意识清楚, 睡眠、情绪改善, 可自解小便并停止脱发。停补钾利尿, 间断使用普鲁士蓝 2 周, 仍视物模糊、肢端乏力。查踝反射消

失, 双踝以下震颤觉减退、宽基步态。治疗 1 月后仍视物模糊, 查血、尿铊恢复至正常, 新发全面长出, 肌力正常, 踝反射消失。随访 2 年后仅后遗症轻度视力下降, 余无异常。

讨论: 铊为剧毒重金属, 常以二价阳离子形态存在, 无色无味, 主要用作光学透镜、珠宝、半导体等工业, 某些地方也作为杀虫剂、毒鼠药的成分。除意外事故及工业蓄积中毒外, 多见于自杀或他杀病例, 常不能提供毒物接触史, 且临床表现多样化, 极易误诊<sup>[1]</sup>。如本例患者曾误诊为格林-巴利综合征、胰腺炎、抑郁症等。铊中毒性脑病多见于重型急性中毒, 本例表现为迟发性脑病, 临床更为少见。<sup>1</sup> 神经系统损害<sup>[2]</sup>突出地表现为下肢首发的痛性周围神经病, 且早期往往无肌无力、腱反射减弱和肌电图损害的表现, 常累及视神经和眼运动神经, 植物神经症状可表现为心律失常、顽固性便秘和尿潴留。重者发病即表现为昏迷、呼吸肌麻痹和死亡。<sup>④</sup> 消化道症状多出现在病程早期, 常见腹绞痛、恶心呕吐、出血性胃炎, 也可见麻痹性肠梗阻、胰腺炎及肝损害。<sup>④</sup> 脱发<sup>[3,4]</sup> 多见于病程 2~4 周, 未脱发前新生毛发呈刀刺样且根部可见黑白相间的条纹 (偏振镜下)。1/4 指 (趾) 甲可见 Mees 纹<sup>[4]</sup> (约 1~2mm 宽, 弧形灰白色的横条纹)。

铊进入体内大部沉积于骨, 游离的二价阳离子与 K<sup>+</sup> 竞争结合位点, 从而干扰一系列依赖于 K<sup>+</sup> 的生理、生化过程。未经排铊治疗难以排出体外, 早期诊断是良好预后的关键。除接触史外有价值的线索包括: <sup>1</sup> 独特的周围神经病表现: <sup>④</sup> 脱发和 Mees 纹; <sup>④</sup> 消化道表现: 1/4 视网膜电图病理性 B 波, 新生毛发营养不良及根部的相间条纹, 血 δ-氨基乙酰丙酸升高, 有人认为尿卟啉和卟啉前体增加也有早期诊断价值<sup>[5]</sup>。对可疑患者

的血、尿铊进行测试可确诊。

治疗以减少毒物吸收, 促进排泄和对症支持为主, 一般不主张使用螯合剂<sup>[6]</sup>。急性期血液透析可除去体内近一半的铊负荷, 误服者可予 1% 碘化钾洗胃, 进食大量活性炭。排铊治疗以普鲁士蓝最为安全。方法: 普鲁士蓝 0.25g/kg+15% 甘露醇 250ml/天, 分 4 次口服。维持治疗时间应据病情及血/尿铊测定结果而定<sup>[7]</sup>。

### 4 参考文献:

- [1] Moore D, House I, Dixon A. Thallium poisoning. Diagnosis maybe elusive but alopecia is the clue. BMJ 1993; 306 (6891): 1527-9.
- [2] Kubis N, Talamon C, Smadja D, et al. Peripheral neuropathy caused by thallium poisoning. Rev Neuro 1997; 153 (10): 599-601.
- [3] Feldman J, Levisohn DR. Acute alopecia: Clue to thallium toxicity. Pediatr Dermatol 1993; 10 (1): 29-31.
- [4] Tromme I, Van Neste D, Dobbelaere F, et al. Skin signs in the diagnosis of thallium poisoning. Br J Dermatol 1998; 138 (2): 321-5.
- [5] Shabalina LP, Krillov, Spiridonov, et al. Methods of diagnosis of TI intoxication and antidote therapy. Med Tr Prom Ekol 1996; (10): 25-30.
- [6] Malbrain ML, Lambrecht GL, Zandijk E, et al. Treatment of severe thallium intoxication. J Toxicol Clin toxicol 1997; 35 (1): 97-100.
- [7] Chandler HA, Archbold GP, Gibson JM, et al. Excretion of a toxic dose of thallium. Chin Chem 1990; 36 (8): 1506-9.

(收稿日期: 2000-12-20)