

经验交流 ·

小儿经皮肤吸收有机磷农药中毒 13 例误诊分析

穆芳英

(龙山县人民医院儿科,湖南 龙山 416800)

[中图分类号] R595.4 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2004)02-封-01

我科自 1991 年 5 月至 2002 年 8 月收治有机磷农药中毒患儿 41 例,其中经皮肤吸收中毒 28 例,误诊 13 例,误诊率达 46%。现报告如下。

1 临床资料

13 例全部来自农村,夏秋季发病,男 8 例,女 5 例,年龄 5 个月至 12 岁,误诊时间 3 h 至 5 d,误诊疾病:病毒性脑炎 5 例,急性胃肠炎 4 例,肺炎合并心衰 2 例,鼻窦炎 1 例,急腹症 1 例。

例 1 男,10 岁,因腹痛,呕吐 5 d,失语,小便失禁 1 d 入院。门诊以“急腹症”收外科治疗 1 d 无好转,又以“病脑”,“骶尾部褥疮”收儿科。体查:T 36, P 62 次/min, R 22 次/min, BP 90/60 mmHg, 神志清,表情淡漠,不能言语,瞳孔 3 mm 大小,对光反射灵敏,颈抗,肺呼吸音清晰,心音有力。腹软,上腹压痛,无反跳痛,肠鸣音正常,双下肢肌张力稍高,膝反射消失,克布征阴性。骶尾部皮肤见 2 cm × 2 cm, 1 cm × 1 cm 大小红斑区,周围有水疱,脑脊液及头部 CT 正常。按“病脑”治疗 4 d 无好转,因心率慢查血胆碱酯酶活力为 10%,追问病史,家长回忆曾在患儿被褥中喷洒敌敌畏灭虱。改阿托品及复能剂治疗,住院 9 d,痊愈出院。

例 2 男,5 月,因高热,气促,喘憋 2 d 入院。患儿于 2 d 前突然出现烦躁不安,高热,体温 39 ~ 40,气促,喘憋,呼吸困难,口中分泌物多,并抽搐 1 次。体查:T 39.7, P 160 次/min, R 80 次/min, 神清,双瞳孔 1.5 mm,对光反射灵敏,鼻扇,唇发绀,颈抗,双肺满布水泡音及痰鸣音,心音有力,腹软,肝肋下 1.5 cm,克布征、巴氏征阴性。血 WBC $12 \times 10^9/L$, N 0.60, L 0.40, 头部 CT 正常。诊断为“支气管肺炎并心衰,高热惊厥”,经吸氧,吸痰,强心,抗感染治疗,病情无好转,2 d 后出现双下肢肌颤,查胆碱酯酶活力为 15%,改阿托品及复能剂治疗,8 d 后病愈出院。再三追问病史,发病前患儿母亲曾用

稀释后敌敌畏涂患儿皮肤治疗皮疹。

2 讨论

有机磷农药可经食入、吸入或经皮肤吸收而中毒。有机磷农药中毒的诊断,除根据临床症状、体征及有机磷农药接触史外,血胆碱酯酶活力下降是一个主要的诊断依据。由于小儿皮肤薄嫩,血管丰富,代谢旺盛,肝脏解毒功能较差,加上当地农村有使用有机磷农药杀虱、蚤及治疗皮肤病的不良习俗,故经皮肤吸收中毒者较多。经皮肤吸收中毒者,发病时间较缓慢,且有机磷中毒临床表现很不典型,有些症状和体征在许多内儿科疾病均可见到,故易造成误诊。我们体会到病情越轻或越重,越易误诊。

本组患儿造成误诊的原因:临床医生对本病认识不够,经验不足。体格检查不仔细。例 1 患儿有骶尾部皮肤红斑,水疱,并有心率减慢等有机磷中毒表现,而医生却片面地以“褥疮”和“颅内压增高”解释。例 2 有明显瞳孔缩小而未想到有机磷农药中毒,仅以使用镇静剂过多解释。直到出现了双下肢肌肉震颤,方想到有机磷农药中毒,查血胆碱酯酶活力下降才得以确诊;病史缺乏。由于经皮肤吸收中毒,起病相对较慢,加上小儿有机磷农药中毒病情较重,医生忙于检查及抢救,首诊往往问不出有机磷农药接触史,本组 13 例无 1 例主动提供有机磷接触史;

症状不典型。小儿有机磷农药中毒症状复杂多样,缺乏特异表现,易与小儿时期其它疾病相混淆。

为减少对本病的误诊,在临床工作中,遇到夏秋季发病,来自农村的疑似病例,医生除了详细询问有机磷农药接触史,进行细致的体格检查外,应及时查血胆碱酯酶活力,胆碱酯酶活力正常,可排除有机磷中毒。无条件测胆碱酯酶的基层医院,可用阿托品试验性治疗,如能耐受,并且临床症状明显改善,说明有机磷农药中毒。早期确诊,以不失抢救良机。

(本文编辑:吉耕中)