

大(直径>4 mm)。在中毒原因不明的情况下,当地医院拟曼陀罗中毒处理,给以洗胃、补液、利尿(速尿)、镇静、止吐(爱茂尔)、止血(法莫替丁)等治疗。当我们会诊时,多数病人出现恶心、呕吐,特别是出现血样呕吐及血便,很难用曼陀罗中毒来解释,于是通过上网检索,及对误食食物进行实验室检测,经化学

法(三氯醋酸反应)鉴别,检测出三萜类皂甙,后寻找种植户了解,并经植物学家对实物进行形态学分析,认定为商陆中毒。

商陆性味苦寒,可治热症肿胀及二便不通,但毒性较大,尤为生食,故服用之前应久煎成熟品,毒性可以大大降低,另外种植农户亦应加强管理,以免他人误食导致中毒。

低分子右旋糖酐致过敏性休克 2 例分析

Analysis of 2 cases with allergic shock caused by dextran-40

原丽欣¹, 吴靖², 由宏莉³, 包晓岩²

YUAN Li-xin¹, WU Jing², YOU Hong-li³, BAO Xiao-yan²

(1. 沈阳市第九人民医院 辽宁 沈阳 110024; 2. 沈阳市职业病院 辽宁 沈阳 110024; 3. 沈阳市红十字会医院 辽宁 沈阳 110013)

摘要:报道 2 例静脉滴注低分子右旋糖酐致过敏性休克患者的救治经过,并就使用低分子右旋糖酐中值得注意的几点问题进行探讨。

关键词: 低分子右旋糖酐; 过敏性休克

中图分类号: R595.3 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2005)01-0031-02

低分子右旋糖酐(Dextran-40)具有防止红细胞和血小板凝集,降低血液粘稠度,改善微循环等作用。随着临床上的广泛应用,其不良反应时有报道,严重者导致休克甚至死亡。现介绍 2 例低分子右旋糖酐致过敏性休克的资料,为安全使用该药物提供参考。

1 病例介绍

【例 1】男,75 岁,病例号 242987,以“以意识障碍 4 h”为主诉急诊入院。该患有高血压病史 3 年、脑出血病史 5 个月,既往无药物过敏史。查体: T 36.2℃, P 110 次/min, R 18 次/min, BP 80/50 mmHg。意识不清呈嗜睡状态,压眶反射存在,运动性失语,双瞳孔不等大正圆, D_左≈3.0 mm, D_右≈3.5 mm,对光反射灵敏。双肺呼吸音粗,可闻及干湿啰音,心率 110 次/min,律不齐。左侧肢体肌力 II 级,右侧 IV 级,双巴氏征(+)。实验室检查: WBC 23.1×10⁹/L, M 0.021, L 0.098, N 0.881, RBC 5.5×10¹²/L, Hb 174 g/L, PLT 223×10⁹/L。心电图示窦速,各导 S-T 段下移 0.5~0.20 mV, T 波双向,室性早搏。X 线胸片见右肺纹理粗大,头部 CT 显示脑梗塞,脑软化,萎缩,左硬膜下积液。临床诊断: (1)急性脑血栓形成, (2)高血压病 II 级, (3)冠心病、心律失常、频发室早, (4)坠积性肺炎。入院后给予降颅压,减轻脑水肿、营养脑细胞,改善通气状态,抗感染、补钾等对症治疗措施。考虑患者可能因感染而导致低血容量性休克,故予低分子右旋糖酐 500 ml 静脉滴注(滴速 20~40 ml/min)扩容。静滴后约 3 min,患者突然出现颜面潮红,口唇及肢体末端发绀,四肢瘫软湿冷,呼吸困难,大汗淋漓,呈昏迷状态,血压测不出,脉细弱。

心率 120 次/min。遂按过敏性休克处理,立即停用低分子右旋糖酐,予以吸氧,静脉注射地塞米松 10 mg,静滴 0.9% NS 250 ml + 地塞米松 10 mg、10% KCl 5 ml,异丙嗪 50 mg 肌肉注射,同时给予多巴胺 20 mg,间羟胺 38 mg 升压治疗,密切观察病情变化。15 min 后,心电图示窦性心律, I、aVL、V₁~V₆ ST 段下降, III aVF ST 段上抬 0.1 mV,频发室早,心率波动于 120~140 次/min,无自主呼吸,始终处于气管插管,人工抱球,口唇仍发绀,加大吸氧浓度改善呼吸,并给予利多卡因 50 mg 抗心律失常,继续纠正低钾、抗休克,予呼吸机机械通气,监测血气。2 h 后复查 EKG 示室上速,心率 154 次/min,静脉注射 25% GS 20 ml + 西地兰 0.2 mg,静滴生脉注射液 40 ml。经强心、升压、改善呼吸等治疗。10 h 后患者症状好转,测 BP 110/70 mmHg, EKG 示窦性心动过速,心率 128 次/min, T 36.4℃,恢复自主呼吸,意识状态好转,生命体征渐趋平稳。

【例 2】男,62 岁,既往有脑梗塞病史 1 年,冠心病 6 年,无药物过敏史。平时觉右侧肢体无力,生活能自理。2 d 前觉上述症状加重,在门诊诊断为“脑梗塞后遗症”,静滴低分子右旋糖酐 500 ml。滴注 5 min 时,患者自觉胸闷、气短,全身不适并皮肤瘙痒,烦躁不安,继而眩晕,意识恍惚,视物模糊,颜面苍白,四肢冰冷,口唇发绀。测 P 48 次/min, BP 60/30 mmHg,心音低钝。立即停止输液,取平卧位,吸氧,静脉注射肾上腺素 1 mg 与地塞米松 20 mg,间羟胺 20 mg + 多巴胺 40 mg 加入 5% GS 100 ml 中静滴。20 min 后患者意识清醒,自诉胸闷、心悸症状好转,面色转红润,血压上升至 95/60 mmHg,心电图 ST 段明显下移,又予硝酸甘油 5 mg (1 ml),地塞米松 5 mg, VitC 2 g + 10% GS 500 ml 静滴。3 h 后病情得以控制。上述症状逐渐缓解。因经济原因,拒绝入院进一步治疗。

2 讨论

近年文献报道低分子右旋糖酐引起过敏反应(dextran-induced anaphylactic reactions, DIAR)的发病率 0.03%~4.7%,其中严重反应发生率为 0.008%~0.6%^[1]。瑞典将 DIAR 分为 3 级,即 I 级皮肤出现潮红、红斑,荨麻疹, II 级轻、中度低血压, BP 高于 40~60 mmHg,胃肠功能失调,呼吸困难, II 级严重低血压, BP 低于

收稿日期: 2004-10-11; 修回日期: 2004-12-20

作者简介: 原丽欣(1971-),女,主管药师。

40~60 mmHg 休克。老年病人合并呼吸及循环系统疾病者, 易发生严重和致命性 DIAR^[2], 本文 2 例患者的发病符合此特点。

DIAR 是由右旋糖酐反应抗体 (DRA) 介导的免疫反应。DRA 的存在使某些病人处于 DIAR 的危险之中, 当输入右旋糖酐发生抗原抗体反应时, 可损害机体的组织、器官而导致严重的过敏反应。有研究表明, 在输注低分子右旋糖酐前可用半抗原抑制剂来预防 DIAR 的发生^[3]。另外, 由于右旋糖酐输液成品不纯, 含有多糖大分子及蛋白质, 或被细菌及代谢产物污染也是导致过敏的主要原因。

目前低分子右旋糖酐在应用前是否需作皮试尚无定论。《新编常用药物手册》明确提示^[3]: 对于有药物过敏史者应慎用低分子右旋糖酐, 在用前取 0.1 ml 做皮试, 观察 15 min, 无过敏反应再使用。临床用药时, 应掌握恰当的剂量和疗程, 输注要缓慢并密切观察, 一旦出现严重不良反应, 立即停药, 采取综合性治疗措施, 减小反应的损害程度。近年来有多篇文献报道, 丹参与低分子右旋糖酐配伍应用时可导致过敏性休克、猝死等严重反

应^[4], 建议不宜将上述两种药物加入同一输液瓶中伍用, 以防不测。

本文 2 例均有多年冠心病史, 在发生过敏性休克的同时心电图出现异常改变。这可能是在冠状动脉粥样硬化基础上因严重而持久的心肌低灌注而导致的损害。因此, 对发生过敏性休克的中老年患者, 应及时做心电监护, 防止发生心肌梗塞等严重的心脏损害。

参考文献

- [1] 陆安文, 熊凤珍. 低分子右旋糖酐皮试致皮肤坏死 [J]. 药物不良反应, 2001, 3 (4): 252.
- [2] 佟智慧, 郑鹏, 华正志. 低分子右旋糖酐致过敏反应的分析 [J]. 实用手外科杂志, 2003, 17 (3): 143.
- [3] 周自永, 王世祥. 新编常用药物手册 [M]. 第 3 版. 北京: 金盾出版社, 1998. 508.
- [4] 黄雪梅, 舒振林. 复方丹参注射液不良反应探讨 [J]. 中国药房, 2002, 13 (3): 162-163.

室内刷胶致亚急性氯代烃类中毒 3 例报告

Subacute chlorohydrocarbons poisoning in three agglutinant-brushing workers

徐雯¹, 周凯辉²

XU Wen¹, ZHOU Kai-hui²

(1. 吉林省职业病防治院, 吉林 长春 130061; 2. 长春市二院, 吉林 长春 130062)

摘要: 报告 3 例因室内使用 yz961 胶刷防冻水箱, 致亚急性氯代烃类中毒的临床表现、治疗情况及预后。

关键词: 氯代烃类; 中毒; 心肌酶

中图分类号: O623.2 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2005)01-0034-02

某工厂防寒车间工人使用 yz961 胶刷防冻水箱, 造成现场工人中毒, 现将收治的 3 例亚急性氯代烃类中毒病例报告如下。

1 一般情况

3 例患者均在同一厂房工作, 无其他同工者, 厂房屋面积约 15 m×50 m, 个人防护为一般口罩, 厂房无排风设施。厂方提供 yz961 胶内含 1, 1-二氯乙烷 672 kg/t、三氯乙烯 120 kg/t、四氯化碳 120 kg/t。由当地测试中心用气质联机对车间内空气定性分析, 内含氯乙烯、氯乙烷、2-氯-1-丙烯、2-氯丙烷、1, 1-二氯乙烯、二氯甲烷、1, 2-二氯乙烯、1, 1-二氯乙烷、2-氯-1, 3-丁二烯、二氯乙烯、三氯甲烷、1, 2-二氯乙烷、四氯化碳、3-甲基己烷、三氯乙烯、甲苯、1, 1, 2-三氯乙烷。经气相色谱测定, 其中超标的为 1, 1-二氯乙烷 (16.8 mg/m³)、三氯乙烯 (70 mg/m³)、四氯化碳 (30 mg/m³)。工人每日 8 h 工作量, 时有加班, 每日约用 120 L yz961 胶。

2 病例介绍

【例 1】 女, 43 岁, 防寒工, 于 2000 年 1 月从事刷胶工作, 出现头晕、乏力症状, 无恶心、呕吐, 于 2001 年 3 月症状加重, 头痛、恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 无力、四肢末端及口周麻木, 发病 5 d 前工作量加大, 2001 年 6 月 6 日连续工作 5 h 于 22:00 晕倒, 同时工作的另外 2 人也出现不适, 立即被同事送附近某医院就诊, 在医院出现抽搐, 无尿便失禁。给予吸氧, 对症处理 2 h 病人清醒, 住院 5 d, 考虑与职业因素有关, 于 6 月 11 日转职业病院。入院查体: 扶入病房, 生命体征平稳, 面色苍白, 意识清晰, 无尿便失禁, 无舌咬伤, 阵发性抽搐, 结膜充血, 口唇无发绀, 咽充血, 两肺呼吸音粗糙, 未闻及干湿性啰音, 心率 50 次/min, 节律规整, 各瓣膜听诊区未闻及杂音, 腹平软, 肝锁中线下 1.0 cm, 右上腹及剑突下压痛阳性, 肝区叩痛阳性, 四肢肌力 IV 级, 双肱二头肌、肱三头肌反射及双膝腱反射对称弱, 双侧 Babinski 征阴性。实验室检查: 6 月 12 日查心肌酶 AST31 U/L (正常参考值 6~25 U/L), CK168 U/L (15~130 U/L), LDH168 U/L (60~133 U/L), HBDH 151 U/L (90~220 U/L), ALT53 U/L (<31 U/L)。心电图窦性心动过缓、左心室劳损, 胸片两肺纹理增强, 右肺第二肋间外带见斑片状密度较高影; 肌电图示周围神经损伤性改变; 不正常脑电、脑地形图; 头 CT 正常。7 月 9 日复查 AST42 U/L, CK162 U/L, LDH147 U/L, HBDH 104 U/L, ALT 正常。8 月 16 日复查 AST27 U/L, CK、LDH、HBDH 均正常。

【例 2】 女, 43 岁, 防寒工, 于 2000 年 1 月从事刷胶工种, 出现头晕、乏力伴眼干涩、流泪症状, 于 2001 年 3 月头晕、头痛加

收稿日期: 2004-08-09; 修回日期: 2004-09-20

作者简介: 徐雯 (1962-), 女, 副主任医师, 从事职业病临床工作。