

表1 7例病人的主要临床资料和不良反应

序号	性别	年龄	基础心脏病	心律失常类型	不良反应	抢救措施	结果
1	男	70	冠心病 心功能Ⅲ级	室上速	注药后20 min 心力衰竭加重 心源性休克	血管活性药物 及利尿剂	2 h后死亡
2	女	63	冠心病	室上速	注药后23 min 窦性静止	异丙肾上腺素	2.5 h后 恢复窦性
3	男	46	无	房颤	注药后10 min Ⅱ度Ⅱ型AVB 血压下降	异丙肾上腺素 升压药	2 h后恢复 窦性
4	男	61	扩张型心 肌病	预激并 房颤	注药后30 min Ⅲ度AVB 血压下降 1 h后心脏骤停	异丙肾上腺素 心肺复苏	2 h后死亡
5	女	72	冠心病	房颤	注药后20 min 窦性静止 血压下降	异丙肾上腺素 升压药	1 h后恢复 窦性
6	男	64	冠心病 心功能Ⅲ级	室上速	注药后5 min Ⅲ度AVB 血压下降	异丙肾上腺素 升压药	3 h后恢复 窦性
7	男	68	冠心病	室上速	注药后6 min 窦性静止	异丙肾上腺素	2 h后恢复 窦性

今为止普罗帕酮仍被认为是广谱、高效和不良反应少而轻的抗心律失常药。

本文所述7例普罗帕酮引起严重心血管不良反应患者，例2、例5、例7分别在用药后6~23 min出现窦性静止，予异丙肾上腺素治疗后1~2.5 h恢复窦性心律。例3、例4、例6分别在用药后5~30 min出现Ⅱ度Ⅱ型和Ⅲ度AVB，血压亦下

降，用药治疗后例3、例6于2 h、3 h恢复窦性，血压也回升，但例4效果欠佳，继而出现心脏骤停，予心肺复苏失败，2 h后死亡。例1用药后20 min出现心衰加重、心源性休克，抢救无效2 h后死亡。笔者认为虽然普罗帕酮不良反应较少，但其引起严重心血管不良反应的危险依然存在，且有时为致命性的，尤其是对严重心衰、心肌疾病等患者。为避免使用普罗帕酮时出现重度传导阻滞、心衰加重及严重室性心律失常，建议：(1) 严重心功能不全、缓慢型心律失常、心肌疾患及低血压病人禁用普罗帕酮；(2) 静脉注射普罗帕酮时，应当进行心电监护1 h以上，并备置抢救药物和器械，一旦出现严重反应立即抢救；(3) 老年人由于窦房结和房室传导系统均会发生退行性变化，故采用普罗帕酮治疗时应从极小剂量开始；(4) 若口服普罗帕酮，有条件应监测血药浓度，调整剂量，如原有心律失常加重或出现其他类型心律失常时，宜及时减量，避免严重不良后果发生。

参考文献:

[1] 贾博琦, 鲁云兰. 现代临床实用药物手册 [M]. 第2版. 北京: 北京医科大学出版社, 2001. 297-298.  
 [2] 尤华, 王维中. 普罗帕酮致严重传导阻滞5例 [J]. 中老年心脑血管病杂志, 2001, 4 (3): 142-143.  
 [3] 王建军, 胡锐, 周南. 普罗帕酮致严重心律失常1例 [J]. 临床心血管杂志, 2003, 7 (7): 428.  
 [4] 崔世贞, 王慧华. 口服普罗帕酮引起窦房阻滞和心脏停搏1例 [J]. 新药与临床, 1988, 7 (4): 246.

## 职业性二氯乙烷中毒1例报告

### A case of occupational dichloroethane poisoning

齐庆来

(铁岭市疾病预防控制中心, 辽宁 铁岭 112001)

#### 1 病例介绍

患者, 男性, 24岁, 胶浆车间刮板工, 工龄1个月, 既往健康。2005年2月, 即工作第2周始头晕、恶心, 第3周伴头痛, 呕吐数次, 酒醉感, 以感冒治疗, 坚持工作。第4周出现嗜睡感、步态蹒跚。当地诊所治疗3 d无效, 于发病后18 d入院。查体: T 37.5℃, P 64次/min, R 16次/min, BP 145/80 mmHg。嗜睡状态, 双瞳孔等大, 光反应稍迟钝, 双眼球外展受限。无发绀, 颈抵抗(±)。心肺腹(-), 四肢肌力Ⅱ级, 腱反射(±), 病理反射(±)。血尿常规正常, 肝功、胸片正常, EKG正常。入院后头部CT检查: 皮层下白质呈弥漫性密度减低区。眼底检查: 双视乳头充血、毛细血管扩张、边界稍模糊, 余(-)。采取降低颅内压、控制脑水肿、营养脑细胞、抗感染以及维持水、电解质及酸碱平衡等治疗措施。3 d后好转自动离院。离院4 d症状突然加重, 昏睡、阵发性抽搐返院。因脑水肿进行性加重, 内科治疗无效, 于1周后行颅骨去骨瓣减压术并气管切开, 重症监护2周病情稳定。住院2个月好转出院。

#### 2 现场调查

患者所在工厂为新建私营小企业, 生产油田用胶筒, 仅患者1名工人, 每日操作1~1.5 h, 无防护, 操作后即离开车间(约64 m<sup>2</sup>)。操作中将二氯乙烷液体与橡胶颗粒按质量1:1盛入密闭容器加热搅拌成黏稠糊状胶浆备用。操作过程: 将胶浆盛入敞口桶, 刮板蘸胶浆涂刮在已缠好的钢丝排线上, 二氯乙烷挥发后即成成品。胶浆用量10~15 kg/d。于患者入院后第5天模拟现场采样, 溶剂解析-气相色谱法检测分析二氯乙烷浓度。模拟现场与实际操作现场基本一样, 工人将胶浆涂刮在纤维板上。于操作开始15 min及停止30 min后各采集1份样品。测定值分别为256 mg/m<sup>3</sup>和107 mg/m<sup>3</sup>, 超过国家标准(PC-STEL15 mg/m<sup>3</sup>) 16倍和6倍。

#### 3 讨论

二氯乙烷中毒的特点是潜伏期较长、起病隐匿, 突出表现为脑水肿, 可反复或突然加重。该患职业史明确, 作业环境二氯乙烷浓度严重超标, 起病后病情逐渐加重, 主要临床表现为中枢神经系统受损, 符合职业性二氯乙烷中毒发病特点。经脱水剂、皮质激素等综合治疗3 d, 脑水肿得到暂时控制, 因患者擅自离院, 导致4 d后病情反复, 脑水肿进行性加重, 出现昏迷, 频繁抽搐, 不得不施行手术减压。本病脑水肿治疗至少应持续2周以上, 激素用量必须足够, 首选地塞米松, 必要时可用至40~80 mg/d。患者离院期间停用了脱水剂, 激素用量明显不足, 治疗不规则可能是导致疾病反复并明显加重的主要原因。