

· 短篇及病例报道 ·

加替沙星致尖端扭转型室性心动过速 1 例

胡方靖, 武军驻[△]

(武汉大学基础医学院生物化学与分子生物学系 430071)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.31.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)31-3350-02

1 临床资料

患者,女,70岁,体质量 60 kg。主诉:咳嗽、咳痰、心悸伴发热 10 d。于 2011 年 7 月 15 日入院。既往有冠心病、原发性高血压等病史,平时口服阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀、硝酸甘油等药物维持,此次入院前 10 d,因感冒受凉后出现阵发性咳嗽、咳痰等症状,痰呈脓性,由于不见好转而就诊。入院检查:体温(T)38.5℃,脉搏 95 次/分,呼吸 20 次/分,血压(BP)170/90 mm Hg,慢性病容,咽部略充血,颈静脉略有怒张,两肺遍及湿性罗音,心界向左扩大,心率(HR)110 次/分,心律不齐,无杂音,肝脾不大,下肢无水肿。辅助检查:心电图检查示房颤,表现为房率约 400 次/分,室率 100 次/分,QRS 0.06 s,QT 间期 0.40 s,胸片显示肺部炎性病变,抽血检查血常规提示白细胞总数和中性粒细胞比例增高,肝、肾功能及血糖等指标正常,电解质提示血钾 2.85 mmol/L,即用补达秀 1.5 g,3 次/日,诊断:冠心病,阵发性心房颤动,心功能 I 级、原发性高血压 3 级、极高危组,下呼吸道感染。

入院后,常规监测 T、脉搏、HR、BP 以及血氧饱和度(SpO₂)等指标,痰液定量培养结果回报:提示有肺炎链球菌生长,浓度约为 2×10⁶ cfu/mL。治疗上给予地高辛、倍他乐克、阿司匹林肠溶片,加替沙星 0.2 g,静脉滴注(滴速不宜超过 30 滴/分),每日 2 次,3 d 后症状有所好转,查体示体温 37.0℃,BP 130/95 mm Hg,双肺闻及少许湿罗音,复查血常规示白细胞计数与分类比例恢复正常,心电图提示窦性心律,但仍有间歇性房颤,心率 65~75 次/分,P-R 间 0.16 s,QRS 0.08 s,QT 间期 0.50 s;第 4 日改用加替沙星胶囊 0.2 g,口服,每日 2 次,第 6 日上午 10:00 患者突然出现晕厥,气促等不适,再次行心电图检查提示短阵尖端扭转型室性心动过速(torsades de pointes, TDP)连续 4~5 次心搏,房性和室性早搏,随即停用加替沙星,予异丙肾上腺素 1 mg,硫酸镁 2.0 g,10%氯化钾 10 mL 等静脉滴注,0.5 h 再次出现频发室性早搏二联律,经静脉注利多卡因 50 mg 后,室早消失,血钾 3.60 mmol/L。继用利多卡因 300 mg 静脉维持,随后又出现频发室性早搏,短阵室速,基础心率 60~65 次/分,故增加异丙肾上腺素,滴速 5 mg/min,并静推硫酸镁 1.0 g 后,病情稳定,复查血钾 3.50 mmol/L,心电图示 QT 间期 0.40 s,观察 5 d 后,好转出院。

2 讨论

本病例中患者女性,年龄较大,既往有冠心病、原发性高血压等病史,主诉咳嗽、咳痰,查体见生命体征异常,慢性病容,咽部略充血,颈静脉略有怒张,两肺遍及湿罗音,心界向左扩大,律不齐,心电图示房颤,胸片及血常规提示肺部炎性病变,痰液定量培养结果回报有肺炎链球菌生长,电解质示血钾低于正常范围(即用补达秀长期口服),结合上述病史、症状、体征及辅检

结果,诊断为“冠心病,阵发性心房颤动,心功能 I 级、原发性高血压 3 级、极高危组,下呼吸道感染”较为明确。患者入院后除口服地高辛、倍他乐克、阿司匹林肠溶片等药物治疗心血管病,还静脉滴注加替沙星控制肺部感染,张莉等^[1]采用多中心、随机、单盲、对照试验,选择呼吸道和泌尿道急性细菌性感染患者 205 例,随机分为加替沙星组 102 例,左氧氟沙星组 103 例,结果治疗结束后痊愈率分别为 68.63%和 65.05%,总有效率分别为 93.14%和 91.26%,细菌清除率分别为 92.86%、91.86%;两组治疗前后的血液学及生化指标无明显变化,不良反应发生率分别为 5.88%、6.80%($P<0.05$)。加替沙星治疗敏感病原体引起的呼吸道感染、泌尿道感染疗效显著,不良反应发生率较低。陈楚和^[2]以加替沙星为关键词,对武汉市药品不良反应(ADR)监测中心 2004 年 1 月至 2009 年 5 月数据库收集的 ADR 报告进行检索,从给药途径等方面,对相关报告结果进行综合分析。结果加替沙星 ADR 报告共计 244 例,以静脉给药途径为主。单一用药为主要用药方式。由于加替沙星穿透性好,肺组织及细胞内浓度高,能快速杀灭胞内外细菌,半衰期及抗菌后效应长,口服与静脉生物利用度无差别,本例患者经静脉给药后病情好转,血象恢复正常,口服能耐受,无心力衰竭和休克等并发症和高危因素,无明确特殊耐药细菌感染,可实现序贯治疗,入院后给予加替沙星针 0.2 g,静脉滴注(滴速不宜超过 30 滴/分钟),每天 2 次,3 d 后改用加替沙星胶囊 0.2 g,口服,每天 2 次^[3],一国际多中心研究(CAPO 研究)显示呼吸喹诺酮单一早期序贯治疗较头孢菌素加大环内酯类治疗疗效更好^[4]。患者经数天治疗(使用了加替沙星等药物,未使用延长 QT 间期的药物)后复查心电图提示 QT 间期延长(0.50 s),血清电解质未复查,未对延长的 QT 间期和血清钾作针对性的处理,导致最终出现 TDP 并发室早二联律,当即给予异丙肾上腺素、利多卡因、硫酸镁以及氯化钾等药物进行急救处理,提高护理等级,观察几天后病情稳定,未再出现不适。

加替沙星属第四代氟喹诺酮类药物,抗菌谱比以往的氟喹诺酮类更广泛,组织分布广,不仅对革兰阴性菌为主的院内感染有效,还能有效地用于多种社区获得性感染,但是,近年来国内外关于其心脏毒性的报道已引起关注,主要表现为引起心电图 QT 间期延长,继之发生尖端扭转型室性心动过速。女性、原有 QT 间期延长、心功能不全、肝、肾功能障碍、电解质紊乱、药物静脉滴注速度快或剂量大、并用能够引起 QT 间期延长的药物等是诱发心脏毒性的危险因素^[5]。另外,当患者合并有其他心血管疾病,需要使用 I A 类、I C 类或者 III 类药物如索他洛尔时,避免与喹诺酮类药物合用,索他洛尔与环丙沙星并用可引起尖端扭转型室性心动过速^[6]。氟喹诺酮类常用药物中加替沙星可以引起 TDP,其发生机制尚不明确,可能与抑制心肌细胞 K⁺离子通道,使 K⁺外流受阻有关^[7]。如吡喹酮

[△] 通讯作者, Tel:13387507411; E-mail:wujzh46@yahoo.com.cn。

胺降低血钾诱发长 QT 综合征致 TDP^[8], 赵建霞^[9] 回顾性分析 2007 年 1 月至 2010 年 2 月收治的 TDP 41 例患者的临床资料, 结果 30 例患者应用硫酸镁治疗方案终止, 6 例应用异丙肾上腺素终止, 1 例安置临时心室起搏器终止, 死亡 4 例。因此, 积极应用硫酸镁、异丙肾上腺素等, 能有效降低病死率。

参考文献:

- [1] 张莉, 杜智敏, 韩毓博, 等. 加替沙星与左氧氟沙星治疗急性细菌感染的疗效比较[J]. 医药导报, 2010, 29(6): 720-721.
- [2] 陈楚和. 244 例加替沙星不良反应报告分析[J]. 医药导报, 2010, 29(6): 809-810.
- [3] 刘如品, 刘国清, 杨秀霞, 等. 加替沙星序贯疗法治疗下呼吸道感染临床研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2006, 6(1): 39-42.
- [4] 杨平满, 周建英, 程正文, 等. 加替沙星序贯治疗老年下呼

· 短篇及病例报道 ·

子宫腔镜术后妊娠子宫破裂病例分析(附 3 例报告)

刘小利, 王雪燕, 池余刚

(重庆市妇幼保健院妇产科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.31.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)31-3351-02

随着妇科内镜技术的快速发展和广泛应用, 子宫肌瘤的手术治疗逐渐向保留子宫、保留生育功能的宫、腹腔镜微创手术方向发展, 且生育前的子宫肌瘤剔除术增加, 使得术后妊娠的女性增多。临床医生对剖宫产术后再次妊娠子宫破裂的预防意识已大大提高, 但对腔镜术后妊娠导致子宫破裂的认识还显不足。就此, 本文回顾性分析了本院近 5 年来发生的 3 例子宫腔镜术后妊娠自发性子宫破裂, 现报道如下。

1 临床资料

病例 1, 女, 32 岁, 因“停经 35⁺ 周, 持续性下腹痛 2 h”入院。患者因“不育症”在本院行体外受精-胚胎移植(IVF-ET)术, 植入 2 枚胚胎。孕期产检规范, 入院查体: 痛苦面容, 腹肌紧张, 宫底部压痛明显, 无反跳痛, 扪及不规律弱宫缩, 胎心(140/142)次/分, 肛诊宫口未开, B 超提示双胎妊娠, 胎盘位于后壁; 血红蛋白 97 g/L。入院前 5 d 血红蛋白 116 g/L。既往史: 1 年余前因“子宫肌瘤”在外院行腹腔镜下子宫肌瘤挖除术(瘤体约 5 cm×6 cm, 位于宫底部)。考虑子宫破裂, 胎盘早剥不排除, 急诊剖腹探查术, 术中见腹腔内积血及凝血块约 500 mL, 娩出两女活婴后, 见子宫后壁广泛膜状粘连带, 后壁距宫底约 2 cm 处有一个 1 cm×2 cm 大小的破口, 有活动性出血, 破口周边肌层菲薄, 有胎盘附着, 遂行子宫破裂修补。术后 6 天患者痊愈出院。

病例 2, 女, 25 岁, 因“停经 29 周, 下腹痛 3 h”。患者因“不育症”在本院行 IVF-ET 术, 植入 2 枚胚胎。后 B 超提示双胎妊娠, 羊水过多, 双胎输血综合征。孕期产检规范, 入院查体: 生命体征平稳, 腹隆, 子宫张力较大, 无明显压痛, 未扪及明显宫缩, 胎心甲胎 146 次/分, 乙胎 150 次/分, 宫口未开。既往史: 2 年前曾在外院行腹腔镜下子宫肌瘤挖除术(瘤体位于子宫后壁, 大小不详)。入院后患者腹痛逐渐加剧, 因考虑“急性胰腺炎”可能, 转入综合性医院, 转院当天胎心消失, 超声提示

吸道感染临床观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(6): 690-693.

- [5] 努尔加瓦尔, 木黑亚提. 氟喹诺酮类和大环内酯类抗菌药物的心脏毒性[J]. 中国健康月刊, 2010, 29(6): 140-141.
- [6] 李海燕, 王巧红, 撒丽. 药物并用致尖端扭转型室性心动过速 1 例护理[J]. 上海护理, 2008, 8(6): 82-83.
- [7] 刘晓, 周颖, 崔一民. 氟喹诺酮类药物所致尖端扭转型室性心动过速[J]. 药物不良反应杂志, 2011, 13(2): 95-98.
- [8] 李开亮, 司全金, 惠海鹏. 低血钾诱发长 QT 综合征致尖端扭转型室性心动过速[J]. 临床误诊误治, 2009, 22(3): 28.
- [9] 赵建霞. 41 例尖端扭转型室性心动过速诊治分析[J]. 中外医学研究, 2011, 9(13): 114-115.

(收稿日期: 2012-02-12 修回日期: 2012-05-16)

腹腔内大量液性暗区, 急诊剖腹探查时发现腹腔积血达 2 000 mL, 子宫底部见一长约 15 cm 破口, 破口处有胎盘组织附着, 见明显的活动性出血, 术中行子宫破裂修补术。母亲抢救成功, 双胎均胎死宫内。

病例 3, 女, 32 岁, 因“停经 30 周, 腹痛半天”入院。未正规产检, 入院查体: 生命体征不平稳, B 超提示腹腔内液性暗区, 急诊剖腹探查发现宫底后壁有一个 5 cm×3 cm 破口, 见胎盘附着, 腹腔积血达 2 000 mL。行子宫修补术。母亲抢救成功, 胎儿娩出后 2 天夭折。既往史: 患者 1 年前曾 2 次宫腔镜下子宫内膜粘连分离术。

2 讨论

不育症患者行宫腹腔镜手术后能明显提高妊娠率已是不争的事实。与传统的开腹手术相比, 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术(laparoscopic myomectomy, LM)存在出血少、术后疼痛轻、恢复时间短、手术并发症少等方面优势, 已经成为有生育要求的子宫肌瘤合并不孕患者的首选治疗方法。LM 术后子宫破裂的发生率约为 0.5%~1.5%^[1]。宫腔镜诊治术, 尤其是使用过电切者, 术后妊娠发生子宫破裂的风险亦增加。

2.1 瘢痕子宫妊娠期破裂的高危因素 凡是引起子宫张力增加、诱发子宫收缩的妊娠并发症均是瘢痕子宫破裂的高危因素, 如巨大儿、双胎、羊水过多、先兆早产、引产等。由于这些因素增加了子宫张力, 在妊娠晚期血容量增加较快时, 或在胎动频繁、子宫收缩时, 可造成对瘢痕部位的牵拉和压迫, 使脆弱的瘢痕组织逐渐发生破裂。本文前两例患者均为双胎妊娠, 病例 2 还合并羊水过多, 子宫张力明显增加, 且 3 例患者子宫破裂均发生于 29~35 周之间, 此时正是孕妇血容量增加的高峰期。**2.2 LM 与子宫破裂的相关因素及预防** 通过复习多篇文献, 本文总结出以下几点 LM 与子宫破裂的相关因素^[2-4]。(1) 局部组织破坏的深度: LM 术中是否损伤内膜是引起子宫破裂