

及性腺发育不良,第二性征不明显。具有这种体质的人身体瘦小,体质脆弱,可因轻微的疾病或临床治疗措施如疫苗注射、小的手术、食道镜及气管镜检查、抽血检验等而发生猝死。虽然一些学者认为胸腺肥大和淋巴组织增生无非是解剖学上的变异与猝死无关。但由于胸腺淋巴体质临床表现无特异性,人们对其认识不足,过去一般不轻易做出胸腺淋巴体质致猝死诊断,但在遇到无明显原因猝死但胸腺肥大者,仍考虑胸腺淋巴体质<sup>[4]</sup>。

胸腺淋巴体质致猝死的机制,目前尚无定论,一般认为与高度肥大的胸腺压迫气管和过敏反应(I型变态反应)有关,但现在大多数学者认为胸腺淋巴体质患者最可能的死因为急性肾上腺危象所致水电解质紊乱、酸碱失衡和循环障碍<sup>[5]</sup>。

胸腺淋巴体质猝死诱因多样,轻微的外界刺激、创伤、感染、注射接种均能导致具有该体质者猝死。胸腺肥大的小儿患间质性肺炎较多,而且多在轻度肺炎时即死亡,与正常胸腺小儿肺炎病变比较,前者病变中炎症轻,淤血、水肿重,甚至发生出血<sup>[6]</sup>。本文报道的2例患儿均发现有轻度间质性肺炎。2例均在第2次接种乙肝疫苗后死亡,脑脊髓高度水肿,提示发生I型变态反应可能性大,病例2患儿胸腺明显肥大压迫气管,机械性通气障碍加速了该患儿死亡进程,且在发生猝死前无明显临床症状,可能跟患儿迅速进入休克状态有关。故作者认为,虽然胸腺淋巴体质致猝死死因、诱因复杂多种,但肾上腺皮质功能减退引起的机体各器官对应激的高反应性和低耐受性是发病的基础,感染及变态反应是促使该体质患者死亡的重要因素。

#### · 短篇及病例报道 ·

## 多西他赛注射液致严重心动过缓 1 例

吕 东,于柏生<sup>△</sup>,徐玉超

(中国人民解放军第四五六医院普外科,济南 250031)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)34-4231-02

本科应用多西他赛注射液治疗 1 例乳腺癌患者时发生药物不良反应,表现为严重窦性心动过缓,经积极抢救治疗,患者痊愈出院,现将病例报道如下。

### 1 临床资料

患者,女性,53 岁。因“乳腺癌改良根治术后”入院行化疗。病理报告:右乳浸润性导管癌(Ⅱ~Ⅲ级),淋巴结 3/16 癌转移。免疫组织化学:雌激素受体(ER)阳性、孕激素受体(PR)阳性、原癌基因(C-roryBb-2)阴性、细胞角蛋白(CK)阳性、抑癌基因(p53)阳性。患无心脏病、高血压等病史。心率 70 次/分,心电图及其他各项检查未见异常,遂行 PA 方案化疗(口服地塞米松片,每天 16 mg,连续 5 d;次日,多西他赛注射液 75 mg/m<sup>2</sup>,共 100 mg;第 3 天,阿霉素 40 mg/m<sup>2</sup>,共 60 mg)。多西他赛注射液输入 0.5 h 后,患者诉憋喘并心前区不适,急查心电图提示:窦性心动过缓(心率 43 次/分)、心肌缺

婴幼儿期胸腺肥大是儿科的一种常见的临床表现,大多见于患儿因其他疾病而作 X 线片检查中发现<sup>[7]</sup>,故在发生猝死前发现胸腺淋巴体质的高危人群并进行观察或治疗极具意义,因此建议临床医师对证实有胸腺肥大患儿,在患感染性疾病或接种疫苗时,必须将其列为“危险组”进行观察和治疗,同时应告诫家长仔细观察患儿,如出现不良反应需来院及时处理。

### 参考文献:

- [1] 中华医学会. 临床技术操作规范(病理学分册)[M]. 北京:人民军医出版社,2004:15-19.
- [2] 郭景元. 现代法医学[M]. 北京:科学出版社,2000:191-261.
- [3] 张雪,张东彦,兰蓓,等. 胸腺淋巴体质患儿接种疫苗诱发死亡报告 1 例及国内其他同类病例报告分析[J]. 首都医科大学学报,2011,32(5):704-709.
- [4] 朱寿田,楼善贤,施红旗,等. 猝死 37 例死因分析[J]. 临床与实验病理学杂志,2004,20(4):303-305.
- [5] 王惜春,顾纪容,朱忠尧. 多腺体自身免疫综合征猝死 5 例分析[J]. 中华内分泌代谢杂志,2001,7(2):70.
- [6] 魏守礼,张杰英,李建军,等. 小儿胸腺肥大猝死 10 例尸检报道[J]. 诊断病理学杂志,2002,9(6):337-338.
- [7] 曾虹,林广裕. 婴幼儿胸腺肥大 37 例诊断及误诊分析[J]. 中国实用儿科杂志,2003,18(9):563-564.

(收稿日期:2013-09-08 修回日期:2013-10-22)

血。考虑为多西他赛注射液药物不良反应,立即停多西他赛注射液,并予以持续心电监护、吸氧、急查心肌酶谱及心肌梗死标记物、静脉注射阿托品 1 mg 提高心率、静脉注射磷酸肌酸钠及单硝酸异山梨酯注射液保护心肌。1 h 后患者症状缓解,心率 80 次/分,指脉氧监测波动在 90 左右。复查心电图示心肌缺血表现缓解。心肌酶谱及心肌梗死标记物均正常,密切观察病情变化。2 h 后患者再次出现心率下降,46 次/分,血压 110/70 mm Hg。再次给予阿托品注射液 0.5 mg 静脉推注,并将异丙肾上腺素注射液 0.5 mg 加入 500 mL 生理盐水中缓慢静脉滴注(15 滴/分),患者心率升至 110 次/分,2 h 后患者血压突然下降至 70/40 mm Hg,立即给予多巴胺注射液 20 mg 静脉推注,多巴胺注射液 120 mg 缓慢静脉滴注,血压恢复至 110/70 mm Hg,心率维持在 60~70 次/分。连续 5 h 患者病情平稳,之后再次出现心率降至 45 次/分,并出现尿潴留,给予阿托品

注射液 0.5 mg 静脉推注、阿托品注射液 5 mg 加入 500 mL 生理盐水缓慢静脉滴注、导尿, 心率维持在 60~70 次/分。第 2 日停用阿托品, 心率保持 60~70 次/分, 观察 2 日后病情稳定出院。

## 2 讨 论

多西他赛注射液(Docetaxel 又名多西紫杉醇泰帝素)临床多用于乳腺癌、卵巢癌、非小细胞肺癌或多种化疗耐药实体瘤的治疗, 是当今治疗晚期乳腺癌最有效的药物之一, 临床常与阿霉素合用治疗乳腺癌。多西他赛注射液的不良反应有骨髓抑制、过敏反应、皮肤反应、液体潴留、胃肠道反应、神经系统、肝功损害, 其他不良反应有低血压、脱发、乏力、局部刺激、静脉炎等。有少量报道用药期间出现心动过速、房颤、心律失常、高血压、心力衰竭等<sup>[1]</sup>。很少有出现严重心动过缓的报道。有学者检索文献 58 篇, 涉及紫杉醇不良反应 1 052 例<sup>[2]</sup>, 未见严重窦性心动过缓的报道。本例患者之前无任何药物、食物等过敏史, 无冠心病史及相关症状, 化疗前心电图检查正常。出现严重心动过缓并低血压实属罕见, 如果治疗不及时极有可能导致永久性窦房结功能损害及心跳骤停。本例提示:(1)多西紫杉醇及紫杉醇类药物存在心脏毒性, 可导致心律失常、血压变化、心肌缺血及梗死、心肌收缩或舒张功能损伤等, 从而影响预后及生存率。国外研究认为发生的原因可能是紫杉醇类药物影响心脏的自主节律与心脏传导有关<sup>[3]</sup>。另一项研究发现, 使用紫杉醇类药物后, 可出现以传导障碍和心动过缓为主的心律失常, 常具有自限性, 停药后可自行恢复。同时研究也显示器质性心脏病患者使用紫杉醇类药物心脏毒性的发生率明显高于

无器质性心脏病患者<sup>[4]</sup>。所以用药之前认真对心脏危险因素进行评估, 选择合理的治疗方案十分重要。(2)及时发现并积极治疗。对于有症状的窦性心动过缓、心脏传导阻滞的患者, 用药时应给与密切监护, 如出现严重窦性心动过缓, 应立即停多西他赛, 并使用提高心率和保护心肌的药物, 如阿托品、异丙肾上腺素、磷酸肌酸钠及单硝酸异山梨酯注射液等, 如药物治疗效果不佳, 应立即安装临时或永久性心脏起搏器, 并使用心肌保护药物, 恢复心脏功能。

## 参考文献:

- [1] 安永恒, 丁爱萍, 梁军. 肿瘤合理用药[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004; 202-206.
- [2] 王娟, 宋海娟. 紫杉醇不良反应文献分析[J]. 南方医科大学学报, 2009, 29(7): 1516.
- [3] Arbuick SG, Strauss H, Rowinsky E, et al. A reassessment of cardiac toxicity associated with Taxo[J]. J Natl Cancer Inst Monogr, 1993, (15): 117-130.
- [4] Trimble EL, Adams JD, Vena D, et al. Paclitaxel for platinum-refractory ovarian cancer results from the first 1000 patients registered to National Cancer Institut Treatment Referral Center 9103 [J]. J Clin Oncol, 1993, 11 (12): 2405.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2013-10-28)

(上接第 4229 页)

布拭干后再使用。

综上所述, 手术器械准备是卫生列车手术室护理人员的重要工作。一定数量的器械物品, 是保证手术正常进行的必备条件。作为移动性的手术救治单元, 空间、设备等条件都有很大的局限性, 必须制订可行的操作和保养灭菌规程, 对手术器材进行专人保管、专柜放置、定期检查、定期保养, 并由专职人员进行消毒灭菌, 并制订其岗位职责。保证卫生列车手术室的工作顺利开展。

## 参考文献:

- [1] 刘丁, 程晓斌. 以等级医院评审为契机提升医院感染防控水平[J]. 重庆医学, 2011, 40(36): 3647-3642.
- [2] 蒋春涛, 林霄, 李懿. 医务人员职业暴露的监测分析与风险[J]. 重庆医学, 2011, 40(36): 3668-3670.

- [3] 刘晓蓉. 医务人员锐器伤漏报分析及对策[J]. 重庆医学, 2011, 36(40): 3675-3676.
- [4] 孙波, 胡旭东. 手术器械包装材料的使用现状[J]. 护理学报, 2012, 19(3B): 18-20.
- [5] 尤勇, 杜鹃. 不同材质载物容器在装载手术器械中的应用效果[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(19): 429.
- [6] 李景杰. 手术器械及物品的管理[J]. 中国医药科学, 2011, 1(1): 57-58.
- [7] 王莉, 刘玉馥. 控制医院感染[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2002: 199-218.
- [8] 陈瑛, 胡艳, 王琪. 手术器械湿包发生原因分析及对策[J]. 中国消毒学杂志, 2013, 30(3): 288-289.

(收稿日期: 2013-08-27 修回日期: 2013-09-25)

## 不同类型资料的相互转化

如检测 4 名成年人的红细胞平均体积(MCV), 检测结果分别为 73、90、95、112 fl, 即为计量资料; 如按参考范围(80~100 fl)对受试对象进行分类, 可分为降低组(1 例)、正常组(2 例)、升高组(1 例), 即为等级资料; 如具体分类为正常组 2 例, 异常组 2 例, 即为二分类资料, 即计数资料。