

氯喹致尖端扭转型室速一例报告

附院内科 连美玲 祝惠民 陈清枝

李×× 女 59岁。住院号19865 因反复短阵抽搐38小时于1980年9月1日23时30分入院。患者因隔日寒热5日,拟诊疟疾,于1980年8月31日清晨自服氯喹1.0克,服后1小时余,突然晕倒,不省人事,二便失禁,被他人发现后送我院,在门诊观察38小时期间,先后七次突发四肢抽搐,面色苍白,心跳、呼吸停止。每次均经心外按摩,人工呼吸复苏。病后食欲尚可,无呕吐,腹泻,二便正常,既往无心脏病史及昏迷抽搐史。

体查:体温37.2℃,脉搏96次/分,呼吸26次/分,血压110/70毫米汞柱,嗜睡状态,瞳孔等大同圆,对光反射存在,颈软,心界不扩大,心率96次/分,律齐,第一心音稍低,心尖部闻及二级吹风样柔和收缩期杂音,两肺呼吸音清晰,未闻及罗音,腹软,肝脾不肿大,神经系统病理反射未引出。实验室检查:血片疟原虫(-),血清钾4.5毫克当量/升。患者前六次抽搐,未作心电图连续观察,于第七次,即发病后第37小时,突然四肢抽搐,心跳,呼吸暂停,同时观察心电图,见一系列形态,大小及振幅不一,宽大畸形的QRS波群,心律不规则,心室率平均为190次/分,每隔3—4个心搏,QRS主波方向围绕基线上下扭转,持续达10秒。抽搐未发作时心电图见各导联T波低平,u波高耸大于T波,心率84次/分,Q—T间期0.40秒。

患者经用导丙基肾上腺素,利多卡因,补钾,纠酸,低流量吸氧,激素等治疗,未再发作,一月后出院。

低钾是引起尖端扭转型室速的常见病因之一,本例虽无失钾病史,考虑与氯喹可抑制酶系统,使心肌细胞钠钾泵转运功能障碍,诱发体内缺钾有关^②。再则氯喹具有奎尼丁样作用,可使Q—T间期近长,减慢室内传导速度等因素,引起尖端扭转型室速导致阿—斯二氏综合症的发作。

但9个月仍然生存。我们的第一例主要是为了解除疼痛而作的姑息性手术,例2仍在随访中。该方法有下列优点:(1)手术保留了股血管神经,尽管股前侧和内侧的肌群起止点完全切断,肌肉、皮肤所组成的皮瓣相当大,但血运良好,不易发生皮瓣坏死。本文报告两例术后均一期愈合。(2)由于保留了全层肌肉,填塞创口较好,发生死腔积液的可能性小,我们两例均未发生积液。(3)暴露好,可直视下处理盆腔内血管神经,减少失血,例1肿瘤凸向盆腔内,影响操作,但向内侧推开亦然能清楚地暴露盆内血管神经。(4)对于臀部、髋关节后侧病变无法用后侧皮瓣包创面者尤其适用,即使髋关节和腿上端的病变适于用后侧皮瓣者选择该方法亦有好处。

参考文献从略