

## 多虑平引起震颤麻痹征群一例报告

陈祥忠 陈龙英

(解放军 303 医院神经内科 南宁 530021)

患者男性,45 岁。病案号 119760,于 1993 年 11 月 4 号入院。患者自 10 年前开始,无任何原因反复出现头昏、失眠、多梦。住院前 1 月上述症状加重伴记忆力下降,精神不集中,对任何事情都不感兴趣。查体:一般情况尚可,神清合作,表情淡漠,颅神经(一),心肺听诊无异常,腹部检查无特殊,神经系统未发现阳性体征。既往史无特殊,肝肾功能检查均正常。住院诊断:神经症;后应用多虑平片 50mg 3/日,服药第 3 天,病人出现四肢不自主抖动,面具脸,语言缓慢,慌张步态,动作迟缓,双手静止性震颤,肌张力增高呈齿轮

样,双侧腱反射亢进,掌颌反射阳性,双侧巴氏征(+),奥本汉氏征(+)。估计服多虑平所致,停用此药后症状逐渐消失。

讨论:多虑平是一种副作用极少的抗忧郁病药。对抑郁症特别是焦虑性抑郁症效果良好。多虑平能阻断多巴胺神经受体或耗竭锥体外系多巴胺贮存,导致乙酰胆碱系统的功能相对增强,引起以肌张力增高及运动障碍为主要表现的锥体外系症状,特别是对药物高敏患者更易出现。在出现毒性反应后,应立即停药,无需特殊处理,在较短时间内临床症状即可消失。

## 转移因子致大疱性表皮松解坏死型药疹死亡一例

杨素兰 王君松

(济南军区第 88 医院 泰安 271000)

患者×××,女,67 岁,因全身皮肤红斑水疱伴发烧 3d,于 1994 年 3 月 22 日住院诊治。病人于该月 19 日注射 1 支转移因子(山东省生物制品研究所,批号 931002)。次日下午发现前胸散发粟粒到指顶大丘疹、红斑。皮疹迅速增多扩大,部分皮疹融合成斑片,且面部已出松弛性水疱,破溃,渗液,体温 38℃以上,服息斯敏无效。门诊以大疱性表皮松解萎缩坏死型药疹入院治疗。

病人既往有风湿性心脏病 10 余年,伴二尖瓣狭窄及闭锁不全、心房颤动。多发性脑梗塞,偏瘫失语 8 年。1993 年 4 月因小肠坏死,

进行肠切除。近期末用其他药物。

体检 T38℃,P120 次/min R40 次/min,BP12.0/8.5kpa,急性重病容,昏睡状态。听诊双肺呼吸音粗,可闻及哮鸣音;心率 122 次/min,心律绝对不齐。心尖可闻及Ⅲ—Ⅳ级收缩期杂音;主动脉听诊区可闻及Ⅲ级收缩期杂音;肝、脾肋下未触及;右上、下肢偏瘫,右巴氏征阳性,皮肤科情况:全身皮肤密布粟粒到指顶大丘疹,红斑,多呈暗红色,以躯干及面部尤甚,有的红斑中央有小疱,面部有松弛性大疱、破溃、渗液,四肢皮疹间有正常皮肤,尼氏征阳性,鼻、口腔、眼粘膜均有糜

烂及分泌物。

**实验室检查** WBC  $13.1 \times 10^9/L$ , RBC  $4.47 \times 10^{12}/L$ , W—SCR 0.221, W—LCR 0.779, Glu 24.06mmol/L, K<sup>+</sup> 3.9mmol/L, Na<sup>+</sup> 130.8mmol/L, Cl<sup>-</sup> 96mmol/L, CO<sub>2</sub>—CP 22mmol/L, 肝功及大小便常规正常。

**治疗** 入院后经大剂量激素静滴, 抗感染, 补液, 纠正水、电解质平衡及心衰, 全身皮肤无菌包扎等治疗。但病情仍进行性加重, 全身皮肤呈污灰色, 除小腿外几乎无正常皮肤, 躯干及四肢大片皮肤剥脱, 显露出鲜红色糜烂面, 呈Ⅰ°烧伤样外观, 不断呻吟。入院第5天体温升至 39.3℃, 出现呼吸困难, 双肺布满痰鸣音。口腔颊部出现白色假粘膜, 直接镜检, 找到假菌丝及大量孢子, 痰培养为白色念珠菌, 示病人合并念珠菌性支气管肺炎, 给予酮康唑治疗。27日7明出现吸气性呼吸困难及口唇紫绀, 病情进一步恶化, 终因抢救无效于28日2时死亡。

#### 讨论

1. 本文所报告病例发病前只用过转移因子。据典型病史及皮损特点, 诊断当无问题, 大疱性表皮松解萎缩坏死型药疹死亡率较高。病人虽经多方面治疗, 终因患有多种慢性疾病, 体质较差, 最后又合并念珠菌性支气管肺炎, 多种因素抢救无效死亡。

2. 在有关“转移因子的研究和应用”文献中, 未见有任何毒副反应报告, 使用安全<sup>[1][2]</sup>。本文所报告的药疹多种药物均可引起, 但转移因子引起此型药疹尚未见报告。应引起研究人员、生产厂家和临床医师的重视。

3. 转移因子注射液致大疱性表皮松解坏死型药疹的原因, 是药物本身所致还是在存放过程中分解了致敏性物质所致, 是一个尚待进一步研究的问题。

#### 参考文献

- [1]张光曙. 胎盘转移因子的研究和应用, 第1版. 北京: 中国科学技术出版社, 1992  
[2]转移因子注射液介绍说明书

## 呋喃唑酮致血小板减少性紫癜一例

蔡挺

(宁波市第二医院内科 宁波 315000)

患者男, 71岁, 农民, 住院号12166, 因全身瘀点瘀斑4d于1991年4月5日以“继发性血小板减少性紫癜”入住。患者于入院前一周因“慢性胃炎、幽门螺旋杆菌阳性”而服用呋喃唑酮(痢特灵)片治疗(0.2, tid), 服药后第4天起全身出现散在瘀点, 以下肢为主, 2d后融合成片伴口粘膜出血而急诊入院。平素体健, 无类似病史, 起病前无上感病史, 无慢性肝病, 亦无X线及苯等化学物品接触史。查体: T36.8℃, R20/min, P80/min, BP13/9kpa, 神清, 全身广泛瘀点, 口腔内可见一3×

2cm血泡, 心肺无殊, 肝脾肋下未及。辅助检查: 血常规 Hb 91g/L, WBC  $5.3 \times 10^9/L$ , N 0.6, L 0.4, PC  $32 \times 10^9/L$ , BT 5', CT 2', 大便OB(+++), 尿常规(-), 骨髓象巨核细胞数量减少。束臂试验阳性。入院后停用呋喃唑酮, 作对症处理, 未使用激素。第2天起未见新的出血情况, 半月及1月后查血小板分别为  $96 \times 10^9/L$  和  $13.2 \times 10^9/L$ , 第30天骨髓象正常, 痊愈出院, 随访3年正常。

讨论: 根据有关服药史, 停药后出血症状自动好转及骨髓象, 诊断为继发性血小板减