

反复多次注射平阳霉素所致过敏性休克一例

湖北省肿瘤医院化疗科 韩玉厦

平阳霉素为博莱霉素A₂组分。对造血系统、免疫功能基本无明显损害。故临床使用较为广泛。

国内对博莱霉素所致过敏性休克(急性暴发性反应)已有报道。而平阳霉素则尚未见诸文献。我院收治一例腹腔淋巴瘤患者,反复多次注射平阳霉素后出现过敏性休克,现报道如下:

余×,女,22岁,住院号14340,患者住院后,先采用COCF方案化疗,用药一周期,血象降至 $1100/\text{mm}^3$ 而改用(开始日期)OB方案,即:长春新碱 1mg iv 每周两次,平阳霉素 10mg im 每周两次。化疗期间同时辅助腹部小剂量放疗(^{60}Co 钴腹腔移动条照射)。

患者多次用药,从未出现发热反应,胃肠亦无特殊不适感。84年5月25日下午2时,第十七次肌肉注射平阳霉素,十分钟后,患者即感心慌,面部发热,潮红、并有恶心感,心率 160 次/分。立即肌注非那根 25mg 。二十五分钟后,患者出现呕吐,吐出大量胃内容物,随之出现颜面紫绀、胸闷,伴有呼吸困难,继而呼吸停止,脉搏微弱不清,血压迅速降至 $60/30\text{mmHg}$ 。即给氧,再次肌注非那根 25mg ,洛具林 3mg ,静注地塞米松 6mg ,静滴氢化考的松 100mg 。患者恢复呼吸,脉搏 130 次/分,血压逐渐复至 $90/60\text{mmHg}$ 。一小时后,患者全身皮肤潮红,满布红色斑丘疹,尤以双手,双足为重,继续输液,患者血压恢复正常。第二

天,躯干部斑丘疹消退双手背仍可见较多未融合之针尖大小皮疹,不痒,不痛,压之退色。第三日,全身皮疹消失。

讨论:

1) 本例患者注射平阳霉素,十分钟后即出现过敏反应,起病急剧伴有血压下降,呼吸骤停,紫绀,荨麻疹等全身严重症状。经用抗过敏,大剂量激素治疗后短期痊愈。据此特有症状符合过敏性休克诊断。

2) 本例患者所注射之平阳霉素均为华北制药厂生产,前后十七次注射均为同一批号药物(批号830105失效期1985年8月)

3) 国内外报道博莱霉素所致过敏性休克(急性暴发性反应)。国内袁泽钊等人报道了9例过敏反应多发生在头几次应用之后。而本例患者的过敏性休克却发生在注射十七次之后,尚未见报道。

4) 国内一些医院应用平阳霉素注射前,先作皮内过敏试验,或为防止副作用从小剂量开始,逐渐加至常规量。据此例情况来看,皮试恐不能准确判断患者机体对药物的特异反应。我们认为,不论是逐渐加量或多次用药均需在注射后给予严密观察,以防意外出现。至于发生休克的药敏机制仍需进一步探讨。

参考资料:

袁泽钊等:争光霉素急性暴发性反应
中华肿瘤 4: 311 1980

葡萄胎子宫次全切除后十四 年患宫颈绒毛膜癌一例报告

黑龙江省肿瘤医院 张思远 关光伟 赵玉兰

绒毛膜癌是一种高度恶性的妇科肿瘤,绝大多数继发于足月产,流产或葡萄胎之后。通过血运形成全身转移,常见于肺、阴道、外阴、脑等,单独宫颈转移者比较少见,但患葡萄胎十四年后已六十四岁的老年妇女患病者临床上实不多见。现将一

例报告如下:

患者王××,64岁。14年前因葡萄胎行双附件及子宫次全切除术,术后无不适感觉,未进行预防性化疗及其他处置。1982年2月16日以阴道不规则流血三个月入院治疗。患病三月来无咳嗽,咯血、

貌似颅咽管瘤的脊索瘤一例报告

湖北医学院附属二医院脑系科 袁先厚

我院收治一例酷似颅咽管瘤的脊索瘤病例,现报道如下:

患者,男性,47岁。诉述1981年7月1日起病,不明原因的饮食减少、浮肿、无头痛、不发烧、二便正常。曾在其它医院按“肝炎”诊治无效,一月后出现多饮多尿、视物模糊。追问在81年6月起就性功能明显减退,起病后2月病情加重频渴多尿更为突出,每日深夜间饮水6—7次,小便4—6次,昼夜间饮水总量达4500~5000毫升,尿总量5000~6000毫升。双眼视野缺损,精神萎靡不振,卧床不起,于1981年9月25日门诊以鞍区占位性病变收入住院。入院检查:神清、消瘦、血压100/70毫米汞柱,体温、脉搏、呼吸正常。双侧瞳孔等大,光反应存在,眼球运动自如,视力右0.9,左0.6,双侧视乳头边界清晰,双眼视野不规则缺损,以左侧明显,血糖及24小时尿17酮、17羟均在正常范围。颅骨平片正常,脑电图轻度异常。同年10月14日经颈动脉脑血管造影未见异常。一周后脑室Conray造影见两侧脑室对称,无明显扩大,三脑室前部可见小弧形压迹,导水管及第四脑室显示正常,考虑为鞍上占位病变,颅咽管瘤可能性大。造影前曾两次夜间骤然发生意识障碍,低血压(70/50毫米汞柱)休克表现,经补液、升压等治疗,逐渐恢复到原来水平。同年12月3日经右额骨瓣成形,前颅窝入路,

胸闷、头痛等症状。17岁月经来潮,周期4/30天,量中等。18岁结婚,19岁初孕,孕9产8,均足月顺产。末孕在14年前,为葡萄胎。检查:发育正常,消瘦,轻度贫血外观,全身表浅淋巴结不肿大。血压110/80体温36.5℃,脉搏84次。头颈胸腹无异常,下腹正中见一长20厘米手术疤痕。妇科检查:外阴老年型,阴道通畅,外阴及阴道未见紫兰结节及肿物。宫颈柱状,可见4×4厘米²紫兰色肿物,质软,触血明显。宫体缺如,除左主韧带条索状增厚有弹性外,原两附件区及宫旁无明显异常。辅助检查:血色素10.5克,红细胞360万,白细胞7100,肝功能正常。入院后两次晨尿HCG化验均呈阳性,胸部拍片未见异常。宫颈活检:炎症坏死组织中可见散在恶性肿瘤细胞(病理号:820505)。初步诊断:葡萄胎术后宫颈残端绒毛膜癌。

入院后,以5-Fu1000毫克,ACTD400微克行全身化疗。1982年3月19日,即化疗三天后于硬膜

显露蝶鞍部,见鞍隔上方视神经下方有褐灰色肿块,质软,于直视下切除肿瘤,病理报告为脊索瘤。术后三天病情稳定,神志清楚,双侧瞳孔等大,光反应存在,血压110—120/70毫米汞柱,体温、呼吸、脉搏均在正常范围,可进饮食。术后第四天出现烦躁不安、精神萎靡,血压下降至零,经输血、补液、加大激素用量后,血压回升至正常范围,神志转清醒,能进饮食。手术一周后拆线,伤口一期愈合,骨瓣局部压力不高。术后第九天出现唇舌干燥、尿少,血压测不到,意识障碍,不时出现无意识的动作,经抢救又使血压回升,意识恢复。术后第14天血压又骤然降至60/40毫米汞柱,体温39.5℃,经多种措施抢救无效,任何升压药物均不敏感,病情逐渐恶化,术后17天死亡。

讨论:脊索瘤是颅内少见肿瘤,常发生在中线部位,而鞍上更少见,其发生率约占颅内肿瘤的0.13~0.6%,其临床主要特点是引起多个颅神经损害,根据其临床症状主要表现为视丘下功能障碍,结合三脑室前部的弧形压迹及术前情况很似颅咽管瘤,而手术所见肿瘤为实质性,病理证实为脊索瘤。术前术后曾多次骤发严重低血压休克,最后救治无效死亡。死亡原因我们认为是脊索瘤在颅底呈广泛浸润性生长,手术难以彻底切除,视丘下部受到严重损害所致。

外麻醉下行腹式宫颈残端切除。术中探查:子宫双附件缺如,盆腹腔未见转移灶,肝、脾、肾、肠管等正常。打开后腹膜见宫颈肿物向膀胱后壁浆膜层浸润。遂切除残留宫颈,主韧带及阴道分别切除3厘米。术中术后经过顺利,术后继续完成第一疗程化疗。术后病理所见:大部分为出血及坏死组织,其中可见滋养叶细胞或聚集成堆或散在于平滑肌之间,滋养叶细胞为两种形态,一种为郎罕氏细胞,细胞为立方形或多边形,边界清楚,胞浆中等,淡嗜硷,核居中央。另一种为合体细胞,形状不规则核异形明显。二种滋养叶细胞均具备恶性瘤细胞特征,按不同比例分布。肿物共做三张切片仔细观察均未见绒毛组织。

病理诊断:宫颈残端绒毛膜癌(病理号820755)。4月6日开始按原方案进行第二疗程化疗,拟十天一疗程,现健在。