

严重药物热 1 例的教训

江苏省东台县梁垛镇卫生院 梅建东

药物热在基层医院往往被忽视,有报道在原因不明的长期发热中因药物所致者占1—2%^[1]。如不能及时识别治疗,可危及生命。我们遇到一例,教训深刻,特提出讨论,供同道参考。

病例:患者韩××,女,35岁。1987年8月8日开始发热,右上腹阵发性疼痛。第三天村卫生室诊断为:“胆道感染”,给予10%葡萄糖500毫升,加氨苄青霉素6克,地塞米松10毫克,每日一次静脉滴注,并给氯霉素0.5克,每日三次口服,地塞米松用三天,其余药物继续使用,体温正常,但仍腹痛,转我院治疗。

入院检查:体温36.5℃,脉搏84次/分,呼吸22次/分,巩膜、皮肤无黄染、无出血点及皮疹,心肺无异常,右上腹有压痛。化验:血白细胞8600/立方毫米,中性细胞占72%,淋巴白细胞占25%,嗜酸性白细胞占3%,初步诊断为胆道感染。

治疗经过:先给予10%葡萄糖500毫升,加氯霉素1克静脉滴注,每日一次,并给维生素K₁8毫克肌肉注射,每日二次。第二天又加氨苄青霉素1克肌肉注射,每日三次,第三天上午开始发热,下午4时,发热高达39.5℃,躯干出现细小皮疹,傍晚开始消退,以后每天都发热,呈弛张热型,体温最高达40℃,除有心动过速感心悸乏力厌食外,无其它症状。先后作肥达氏反应、抗“O”、找

疟原虫等检查,均示正常,于发热第六天,头痛剧烈,恶心、呕吐,经会诊考虑为“药物热”,停药观察,停药第二天,体温开始下降,第三天体温正常,住院11天,痊愈出院。

讨论:药物热为药物过敏所致,很可能与体液免疫有关^[1]。药物作为全抗或半抗原与体内蛋白结合后产生抗体,抗原—抗体复合物,在激活粒细胞后即可释放内源性致热原而引起患者发热。该患者入院后,使用药物第三天开始发热,并出现皮疹,作有关辅助检查又无异常,本应考虑为药物热,但由于忽视了这一点,使患者病情危急,教训深刻。通过此病例分析,我们的教训是:1.对任何接受了药物治疗的发热患者均应考虑到药物热的可能,特别是在患者原来疾病的症状正在改善之际出现了发热时则更应注意;2.用药后体温不退,又出现过敏症状,如皮疹、关节疼痛等,应考虑为药物热的可能;3.用药后体温不退,虽无过敏症状,而又无其它症状者,亦应考虑为药物热;4.对轻微疾病,药物能少用则少用,能不用则不用,能单用则不多用,以免引起药物热。

参 考 文 献

- [1] 丛志强:药物热。医师进修杂志,1987,10:29。