尼莫地平注射液引起严重不良反应

王群

（昆明地区中医院，云南 昆明 637800）

患者女，65岁，头晕痛、恶心、呕吐4h，于2001年7月12日入院。患者既往有高血压病史10年，痫风病史5年。入院查体：BP180/100mmHg，背入病房，神志清楚，检查合作，双侧瞳孔等大等圆，直径约2.5mm，对光及调节反射存在。鼻唇沟无异常，口角无歪斜。颈项强直。双肺呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音。心浊心界无扩大，HR 80次·min⁻¹，节律整齐。腹部无异常。生理反射存在，病理反射未引出。入院后心电图：窦性心律，δ导联高电压，qt时间延长。血脂：TCH 6.74 μmol·L⁻¹，TG 1.11mmol·L⁻¹，HDL 3.22mmol·L⁻¹，LDL-C 2.96mmol·L⁻¹，肝功能：总蛋白70.8g·L⁻¹，白蛋白51.6g·L⁻¹，球蛋白19.2g·L⁻¹，GPT 19U·L⁻¹，肾功：BUN 6.38mmol·L⁻¹，Cr 109μmol·L⁻¹，血糖5.8mmol·L⁻¹，脑部CT：（左大脑顶叶）蛛网膜下腔出血。入院诊断：
①蛛网膜下腔出血。②高血压（Ⅲ级），高危。给予20%甘露醇静脉注射液125ml，1次q6h，氨苯西林5g静滴，预防感染，马来酸依那普利片10mg，bid po，氨氯地平片2.5mg，qd，po，降压治疗，在治疗过程中密切注意电解质情况，防止电解质紊乱，并给予其它的对症支持治疗。经上述治疗，患者病情一直稳定，血压稳定在130/80/90mmHg之间。

入院后第9天患者出现嗜睡，鼾声大作，短暂的间歇性意识丧失。即刻测电解质：K⁺ 4.2mmol·L⁻¹，Na⁺140mmol·L⁻¹，Cl⁻100mmol·L⁻¹，Ca²⁺2.5mmol·L⁻¹，Cr 100.8μmol·L⁻¹，肾功：BUN 31mmol·L⁻¹，Cr 100.8μmol·L⁻¹，肝功能正常。再次进行脑部CT检查未提示有再次脑出血。出现上述病情加重，排除再出血、脑积水，同时也排除肝肾障碍、电解质紊乱所致症状加重。

考虑为蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛引起迟发性缺血障碍，故在心电监护下给予尼莫地平注射液40ml（8mg）加入5%葡萄糖注射液500ml中，轻轻摇匀后避光静滴，滴速为15滴·min⁻¹，约滴5min后其心电监护仪瞬间心率：窦性心律，HR 37～42次·min⁻¹，BP 80/40mmHg，大汗淋漓，呼之不应，呼吸变浅，变慢，常规心电图：于长II导联可见交界区逸搏，夺获二联律。立即停用尼莫地平注射液，给予654-2注射液40mg静推，洛贝林3mg，可拉明注射液0.375g静推，多巴胺注射液40mg加入5%葡萄糖注射液250ml内静滴，参附注射液100ml加入5%葡萄糖注射液150ml内静滴，1h后血压升至120/70mmHg，心电监护瞬间心率：窦性心律，HR 80～90次·min⁻¹，呼吸平稳，呼之能应，神志模糊。第2天患者生命体征平稳，心电图异常，但患者因蛛网膜下腔出血引起的血管痉挛仍未缓解。考虑是否与患者当天病情有关。在患者生命体征平稳情况下，于第3天，再次使用尼莫地平注射液，使用方法与第1次相同，5min后患者心电监护仪瞬间心率36～45次·min⁻¹，血压下降为80/60mmHg，大汗淋漓，神志模糊，呼吸变浅变慢，四肢抽搐，立即停用尼莫地平注射液，给予洛贝林注射液6mg，可拉明注射液0.75g静脉推注，多巴胺20mg加入5%葡萄糖注射液250ml内静滴，1h后患者血压上升至120/80mmHg，心率60～70次·min⁻¹，节律整齐，呼吸平稳，呼之能应，2d后患者生命体征平稳，神志清楚，心电图正常。在以后的治疗过程中主要治疗其脑水肿、控制血压、对症、支持治疗，40d后患者痊愈出院。

讨论

蛛网膜下腔出血后易引起脑血管痉挛，导致迟发性缺血障碍。此例患者是蛛网膜下腔出血患者，在住院过程中其意识出现时好时坏，在排除再出血、电解质紊乱、肝、肾功能障碍后，考虑脑血管痉挛，给予尼莫地平注射液以减轻脑血管痉挛。尼莫地平是1，4-二氢吡啶类钙通道拮抗剂，其药理特性是有效地调节细胞内钙的水平，使之保持生理功能，对脑血管的作用尤为突出，能有效地预防和治疗因蛛网膜下腔出血引起脑血管痉挛造成的脑组织缺血性损害，抑制血管平滑肌细胞外钙离子内流，对离体或体内的脑动脉、正常或缺血的脑动脉均有扩张作用，在适宜剂量下选择性扩张脑血管，几乎不影响外周血管。本例患者滴速15滴·min⁻¹，输入5min后出现严重不良反应。故提醒医务人员对蛛网膜下腔出血患者须慎用。必须使用时，应对生命体征进行严密监护，发现异常现象及时处理，以避免不良事件发生。