

## 双异丙吡胺毒性反应

杭州第四人民医院内科 冯正华 叶敏和

双异丙吡胺是一种新的抗心律失常药,其电生理特性与奎尼丁相似。能延长动作电位时间及有效不应期,降低最大舒张期电位及动作电位幅度,抑制零位相最大上升速率,传导速度和位相4舒张期除极。对室性及室上性心律失常均有良好疗效。应用本药期间,可出现抗胆碱效应、心肌的负性肌力作用及传导延迟。较为常见的副作用为口干、头昏、视力模糊、恶心、排尿不畅及心悸等<sup>[1]</sup>。近有文献报告,其毒副反应以Q-T间期明显延长和快速室性心律失常,心源性休克最为严重,可危及生命。在一般剂量甚至低于维持量时即可发生,屡见于用本药治疗后一至三天内<sup>[2]</sup>。因此,一般认为在用药期间应定期检查心电图,以防室速、室颤的发生。对原有前列腺肥大的老年人、窦房结功能不全的快慢综合征、重度房室传导阻滞、未控制心衰、低血压及青光眼病人应慎用。

最近我们遇见一例,服用双异丙吡胺后引起便秘,临床上颇为少见,特介绍如下。

患者,男性,26岁。因胸闷、心悸二月余,经心电图检查发现频发室性早搏,于1984年3月23日住院。平时易“感冒”,着凉后常有鼻塞、咽痛、头痛等症状。入院检查:体温37℃,脉搏68,血压106/60。发育正常,自动体位,无紫绀,浅表淋巴结无肿大。咽部轻度充血,扁桃体无肿大。两肺正常。心界不大,心率68,  $P_2 > A_2$ ,  $S_1$ 低钝,可闻早搏7~8次/分,有时呈二联律,未闻杂音。腹壁平坦,柔软,无压痛,无包块,肝脾未触及。胸片:心脏各房室无明显增大,两肺及膈未见异常。周围血象:白细胞7600,中

性62%,血色素13g。大小便常规正常。超声心动图检查:主动脉前后壁主波振幅低平,活动平直,二尖瓣前叶呈双峰曲线,并可见提前出现之E峰,室隔与左室后壁呈逆向运动,左室后壁活动欠佳,各房室大小正常。心音图: $S_1$ 振幅低,  $S_1 < S_2$ 。心功能测定提示泵血功能降低。住院后初步诊断为病毒性心肌炎,频发室性早搏。予以卧床休息、维生素C、肌苷等治疗,同时给予双异丙吡胺口服,一日三次,每次0.2g。服用二次后感口干、排尿不畅,次日起便秘。将药量减少为一日二次,每次0.2g,仍连续三天未解大便。故停用双异丙吡胺改服慢心律、苯妥英钠,排便转为正常,一天一次。半月后因室性早搏未得到控制,再次试用小剂量双异丙吡胺,一日三次,每次0.1g,服药后次日起又发生便秘,停药后排便又恢复正常。

讨论:双异丙吡胺具有奎尼丁样抑制心脏兴奋传导和延长不应期的作用,据认为为本药副作用较奎尼丁小。临床上用于治疗各种类型早搏及心动过速等心律失常。根据我们的观察,本药确为较有效的抗心律失常药。其特点是奏效快,抗心律失常范围广,能口服又能注射。口服后可以迅速从胃肠道吸收,静脉注射后能立即产生作用。抗胆碱能作用为本药最常见的副作用,口干、排尿不畅、视物模糊、心率增快较为多见,而引起便秘甚为少见,但值得引起注意。本病例先后二次服用双异丙吡胺后发生便秘,可能系该药的抗M-胆碱作用引起肠蠕动减弱,肠道平滑肌紧张度降低,粪便向前推进力量不足所致。我们认为近期内发生过心肌梗塞的病

人，出现心律失常时不宜应用双异丙吡胺，  
以免发生意外。

## 考 参 文 献

- [1] 徐济民 新药与临床, 3(1):12, 1984
- [2] 陈锡林 药学通报, 19(3):61 1984