

• 安全用药 •

甲基硫氧嘧啶致粒细胞缺乏、胆汁淤积性黄疸 1例

贺佩祥 洪彦科 (湖南益阳地区人民医院, 益阳 413000)

患者, 女, 25 a。10 a前因确诊 Graves 病而行甲状腺次全切除术, 术后无症状, 未服药治疗。93年7月因出现心悸、多汗而服甲基硫氧嘧啶, 剂量: 300 mg/d (未查 T_3 , T_4 , 血象正常)。半月后出现畏寒、发热、咽痛, 左面颊肿痛, 尿深黄, 腹泻。查血象 $WBC 2.0 \times 10^9/L$, $N: 0.76$, $L: 0.23$, 肝功能: $SB 72.0 \mu mol/L$, $1'-SB 40.0 \mu mol/L$, $SGPT$ 正常, $HBsAg(+)$ 。2 d后病情加重, 出现感染性休克。体查 $T 39.5^\circ C$, $P: 120$ 次/min, $R 30$ 次/min, $BP 8.0/5.0$ kPa, 皮肤巩膜中度黄染, 左面颊红肿、触痛, 张口困难, 口腔有脓臭味, 可见脓性分泌物溢出。双肺呼吸音粗, 未闻及啰音。心率 120次/min, 律齐, 心音低。腹平软, 肝右肋下 1 cm, 质软, 无压痛, 脾未扪及, 腹部移动性浊音阴性, 双下肢轻度浮肿, 右下肢胫骨前可见一皮肤溃烂区 0.5×0.5 cm², 有少量脓液, 周围红肿。膝反射减弱。血常规 $Hb 103$ g/L, $WBC 0.35 \times 10^9/L$, $N: 0$, $Pt 91 \times 10^9/L$, 8 h后复查 $Hb 105$ g/L, $WBC 0.30 \times 10^9/L$, $N: 0$, $Pt 90 \times 10^9/L$ 。查肝功能: $SB 74.0 \mu mol/L$, $1'-SB 43 \mu mol/L$, $SGPT$ 正常, $AKP: 4.0$ 金氏单位, $HBsAg$

(+) $SP 37.8$, $A 19.0$, $G 18.8$, $A/G = 1:1$ 。尿常规正常, 双胆阳性。 $T_3: 302$ ng/L (正常值 $500 \sim 2000$ ng/L), $T_4: 10.6 \mu g/L$ (正常值 $35.0 \sim 140 \mu g/L$), $rT_3: 22895$ ng/L (正常值 $250 \sim 600$ ng/L) 大便秘常规发现霉菌孢子和霉菌丝。咽拭子培养为绿脓杆菌。胸片: 双肺散布片絮状影提示炎性浸润。肝胆脾B超: 肝大小形态正常, 表面光滑, 实质回声均匀, 光点细, 分布均, 肝内结构清晰。胆囊扩张并积液, 左右肝管、胆总管内径正常, 脾稍大。

患者入院后感染不能控制, 9 d后死于感染性休克。死亡当天查血常规 $Hb 105$ g/L, $WBC 0.7 \times 10^9/L$, 未分类, $Pt 21 \times 10^9/L$ 。肝功能 SB 、 $1'-SB$ 、 $SGPT$ 正常。最后诊断: 甲基硫氧嘧啶所致急性白细胞缺乏症, 胆汁淤积性黄疸, 感染性休克。

在抗甲状腺药物治疗中, 致粒细胞缺乏以甲硫咪唑为多^[1], 由甲基硫氧嘧啶在半月内致粒缺, 胆汁淤积性黄疸等多种并发症属罕见。抗甲状腺药物有粒缺、胆汁淤积性黄疸、肝功能损害, 皮肤反应, 胃肠道反应、浮肿、关节痛等多种副作用, 应严格使用。