

类风湿因子皆有不同程度的作用。

#### (五)典型病例介绍

病例1 李××,女,23岁,本厂工作大学生,门诊号 04223

1985年2月8日初诊:左膝、踝关节肿胀,触痛、灼热、屈伸不利,步履艰难2年,时轻时重,阴雨天更甚,舌质红、苔黄,实验室检查:抗“O”800单位,血沉27mm/h,关节X线摄片未见异常,西医诊断为风湿性关节炎。内服地塞米松,消炎痛,肌注青霉素等效果不佳,故来我科痹症组治疗。

证属湿热阻络,投以湿热痹冲剂,宜清热利湿,疏风通络。服药1周,自觉周身关节轻松,面容转红润。3周后肿胀、灼热痛消除,关节活动如常,理化复检:抗“O”、血沉均降至正常范围,随访至今未复发(山西省长治市惠丰机械厂职工医院提供)

病例2 湛××,男49岁,合肥市政处干部。

发热,咽痛伴四肢大关节游走性疼痛4d而入院。前4d始有恶寒发热,伴咽痛、其身楚疼痛,四肢大关节游走性疼痛,以腹、膝、腕关节为主,呈对称性,局部有热感,触之痛甚,关节周围皮肤有对称环形红斑,伴口干苦且粘,尿短赤,胸闷脘痞。纳少恶心,舌红苔黄腻,脉滑数,体温38.6℃,血沉70mm/h,粘蛋白

18mg%,西医诊断,急性风湿热、中医辨证湿热痹。

治疗:湿热痹冲剂每日3次,每次1袋,一周后,疼痛明显减轻体温降至正常。环形红斑消失,口干苦,胸闷痞闷等症消除,食欲正常,无恶心,舌淡红苔薄白腻,脉微滑数,血沉30mm/h,粘蛋白13.5mg%。继服药1周,所有症状、体征消失,舌淡红苔薄白,脉微滑,血沉5mm/h,粘蛋白4.2mg%,临床痊愈而出院。(安徽中医学院附院提供)

病例3 吴××,男,43岁,工程师 痹症编号105

风湿性关节炎2年史,84年8月7日痹症专科门诊治疗,症见四肢大关节游走性疼痛,活动痛甚,双腕、双膝局部红肿热痛,验血,白细胞15400,血沉80mm/h,粘蛋白7.8mg%,抗“O”1250单位,畏寒怕风,发热38度,口渴不欲饮,溲短赤,肢体沉重疫痛,乏力,脉濡数,苔薄黄腻,舌质红,证属痹症湿热阻络症型。予湿热痹冲剂,每日三次,每次1袋,一周后关节红肿热痛减轻,持续服药一月,诸症均见减和,热度退净,白细胞7000,血沉30mm/h(大幅度下降),抗“O”小于500单位,粘蛋白3.42mg%,临床疗效满意。

(上海光华医院提供)

## 头孢他定二种给药途径的血浓比较

管明英 褚美琦

(湖州第二医院临床药学室 湖州 313000)

**摘要** 本文采用微生物法测定区域性灌注与静注头孢他定的动脉血浓度,并进行比较,其峰值分别为84.22μg/ml和58.27μg/ml, $t_{1/2}=1.65h$ ,有显著性差异( $P<0.05$ ),表明区域性灌注优于静注给药途径,前者能提高某些脏器炎症组织的血药浓度。

**关键词** 头孢他定;区域性灌注;静注;血药浓度

头孢他定(Ceftazidime;复达欣)为第三代头孢菌素,几年来,我院外科受动脉造影、

区域性止血、癌肿化疗启示,用抗生素区域性灌注(Antibiotic Local Infusion,简称 ALI)疗法治疗细菌性肝脓肿、肺脓肿及胰腺脓肿等,据临床观察,ALI 疗法比静脉给药效果明显<sup>[1]</sup>。本文用微生物法对 ALI 和静注头孢他定 1.0g 它的腹腔动脉血浓度进行测定比较,结果表明,二种给药法的同期动脉血浓度有显著差异。

一、资料与方法

(一)一般资料

随机选择 ALI 疗法患者 15 例,男 11 例,女 4 例,年龄为 44.8±6.4a,肝肾功能检查属基本正常。头孢他定粉针(英国 Glaxo 生产)。微生物法测定:枯草芽孢杆菌[CMCC (B)63501],培养基 VII,灭菌缓冲液 pH6.0。净化操作台、细菌培养箱、游标卡尺、定量平皿等,均符合微生物法测定要求。

(二)血药浓度测定

1. 给药与采样 将供试者按 Seldinger 法<sup>[2]</sup>经股动脉穿刺插管,选用 6.5~7F cordis 导管插入腹腔动脉,插入导管留置,缝合固定。根据药敏试验用头孢他定。二组样本系同一批供试者。

静注组:从留置导管中抽取血样作空白对照,然后经周围静脉缓慢推注头孢他定 1.0g (用 20ml 生理盐水溶解稀释),分别于

给药后 0.5、1.0、2.0、4.0、8.0h 从留置导管中抽取血样,经离心分离,取上层血清进行血药浓度测定。

ALI 组:上述供试者静注 24h 后,从留置导管中抽取血样作空白对照,然后即刻用 20ml 生理盐水溶解稀释头孢他定 1.0g 从导管中缓慢推入,按同静注组的采样时间、部位抽取血样,经离心分离,取上层血清进行血药浓度测定。

2. 标准溶液的配制 精密称取头孢他定粉 50mg 置 100ml 容量瓶中,用灭菌缓冲液溶解稀释至刻度(贮备液 500μg/ml)。取上述贮备液适量用灭菌缓冲液与空白血清(1:1)稀释至 1.25、2.5、5.0、10.0、20.0μg/ml 浓度。体外抑菌试验表明,浓度在 1~25μg/ml 范围内线性相关良好(r = 0.993 ~ 0.998)。

3. 标准曲线的绘制及样品测定 细菌平皿制作及打孔法测定步骤见文献<sup>[3][4]</sup>。取样品与系列浓度的标准液(20μl)在同一细菌平皿中平行操作,置 37℃ 细菌培养箱中培养 16~18h,分别测量抑菌环的直径(d 值),将标准液浓度的对数对 d 值回归得一回归方程,将待测样品 d 值代入方程中求出样品的浓度。

二、结果 见表 1

表 1 头孢他定的二种不同途径的腹腔动脉血浓度(μg/ml)(n=15)

给药途径与剂量	给药后采血时间(h)				
	0.5	1.0	2.0	4.0	8.0
静脉推注 1.0g (对照组)	50.86 (3.45)	38.28 (3.20)	22.24 (1.55)	11.50 (1.01)	2.04 (0.18)
腹腔动脉灌注 1.0g (实验组)	68.73 (4.63)	52.23 (3.54)	39.10 (2.34)	15.28 (1.31)	2.91 (0.24)

注:括号内数字为标准差

三、讨论

(一)由表 1 所示,ALI 比静注头孢他定的同期动脉血浓度高,二者有显著性差异(P < 0.05)。经药动学计算,ALI 静注头孢他定 1.0g 后的血浓度峰值分别为 84.22μg/ml 和

58.27μg/ml,按一级速率消除,t<sub>1/2</sub>=1.65h。

(二)ALI 疗法系将导管插入病变器官的供血动脉,从导管推入抗生素,使高浓度药物进入具有丰富毛细血管的炎症充血组织,经静脉回流再次进入病灶局部,这可提高病变

组织内的药物浓度,尤为冲击峰值相差更甚。器炎症局部组织的抗生素浓度,从而提高治  
笔者认为,ALI比静注更有利于提高某些脏疗效果。见表2。

表2 两种不同方法治疗细菌性肝脓肿疗效比较

	平均退热期(d)	治愈期(d)	脓肿缩小率(%)		
			1周	2周	3周
动脉灌注组(n=29)	7.4±3.2	21.8±10.1	56.1±15.4	85.4±12.7	91.7±16.5
静脉滴注组(n=15)	16.5±4.3	35.7±17.5	34.8±17.1	54.9±10.6	69.2±18.4

(三)在灌注药物后或每次抽血后均须注入2~3ml肝素生理盐水(25~50u/ml)保留于导管内,关闭三通管,用无菌纱布包扎,严防血凝固和细菌污染。从导管中抽取血样时,应将开始部分血样弃去,以确保取样的正确性。

(四)本文实验用对照标准品头孢他定粉针替代(116mg或氢氧化头孢他定相当于

100mg头孢他定游离酸)。

#### 参考文献

- [1]顾凤元·陆永良·韩春蕃等,中国实用外科杂志1993;8(13):473
- [2]王应才编,导管治疗,第一版·湖北科技出版社·1985:40-51
- [3]药典委员会编,中国药典1990版二部附录114~5
- [4]袁天兴编,药物动力学实践与研究——血药浓度的监测·中国医院管理杂志社·1989:21

## 消痛乳的研制及临床疗效观察

王其田 蒋有华 周东

(解放军第534医院 洛阳 471003)

**摘要** 本院自制配消痛乳口服液治疗食管癌放疗反应158例(男性98例,女性60例,平均年龄50岁)。结果显示止痛总有效率达93%,其中女性(93.3%)略高于男性(92.8%);体外放疗(93.9%)略高于腔内放疗(92.2%)。P>0.05。

**关键词** 消痛乳;食管癌;放疗反应

食管癌患者用电子直线加速器放射治疗或后续治疗时常出现食管粘膜反应,临床表现为疼痛加剧,病理证实局部充血,水肿等,严重影响进食和后续治疗。对此目前尚无特效药物,为此我们从92年8月起将本院研制的“消痛乳”用于临床,收到较为满意的效果。经158例病人的临床观察,证明该药疗效迅速可靠,未发现不良反应。该制剂药源方便,操作简单,现介绍如下:

### 一、处方的组成与制备

#### (一)处方

云南白药 20.02g

羧甲基纤维素钠 45.0g  
地塞米松磷酸钠 0.2g  
聚山梨酯80 10ml  
硫酸庆大霉素 800万u  
液体石蜡 1000ml  
盐酸普鲁卡因 20.0g  
香精 适量  
清鱼肝油 10ml  
蒸馏水加至 2000ml

(二)制备 先取羧甲基纤维素钠加蒸馏水适量过夜溶胀后,分别加入地塞米松磷酸钠,硫酸庆大霉素,盐酸普鲁卡因,云南白药,