

栓剂较灌肠液在腔道容量,体积小,在腔道易保留(存留时间长),且具有缓释作用,抑杀菌结果证明,完全可以维持腔道有效杀菌作用的浓度。

本品制备工艺简单,制剂质量可靠,性质

稳定,疗效确切,还具有较灌肠液使用操作方便、经济、便于携带和保存,适用于患者在家庭病床的治疗等优点。用药期间未发现不良反应,有进一步研究使用价值。

红霉素不良反应的防治

林 玳

(浙江省舟山市人民医院 舟山 316000)

红霉素为大环内酯类抗生素,毒性较低,随着临床上的广泛使用,其不良反应的报道也日渐增多,主要为胃肠道反应、肝脏毒性反应、过敏反应、大剂量应用还可产生对耳、心脏毒性,静脉用药可致血栓性静脉炎等等。其中的一些不良反应,人们可以使用各种方法加以预防并及早发现,以减少对肌体的损害。下面就对红霉素不良反应的防治作一概述。

一、胃肠道不良反应的防治

胃肠道不良反应是服用红霉素常见的反应,表现为上腹不适、腹部疼痛、恶心呕吐和腹泻等。可采用下列几种方法来预防此类不良反应。贾文秀等^[1]报道在用红霉素和氯霉素联合用药预防污染性手术后感染时,对出现的红霉素胃肠道反应用灭吐灵进行预防和治疗。观察组 112 人,输液前肌注灭吐灵 20mg、或出现症状后给 20mg,对照组 104 例,给药前不用灭吐灵、出现症状后用其它药物治疗。用灭吐灵组仅有 4 例有轻度的症状,发生率为 3.57%,而对照组有 75 例存在不同程度的症状,发生率为 72.12%,说明灭吐灵对红霉素的副作用有预防效果。全金凤等^[2]在 56 例观察组的 500ml 红霉素液体(含 0.6g 红霉素)中加盐酸山莨菪碱注射液 10mg,对照组 50 例不加盐酸山莨菪碱,结果不良反应的发生率,观察组为 10.7%,对照组为 36%,

说明山莨菪碱对红霉素的胃肠道不良反应具有预防作用。王敬东等^[3]报道了静滴红霉素前 10min 舌下含服硝苯地平 10~15mg,以预防其胃肠道不良反应。治疗组舌下含服硝苯地平,对照组则不用,治疗组预防不良反应的有效率为 81%,对照组为 42%,治疗组的疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。也有报道^[4]通过延长红霉素静滴时间和事先给予外周抗胆碱药—格隆溴铵(Glycopyrrolate) 0.1mg 来降低其胃肠道不良反应。将病人分成 4 组进行研究,30/P 组:事先 15min 静脉给予安慰剂,而后 30min 内静脉滴注红霉素 500mg;60/P 组:事先 15min 静脉给予安慰剂,而后 60min 内静滴红霉素 500mg;30/G 组:事先 15min 静脉给予格隆溴铵,而后 30min 内静滴红霉素 500mg;60/G 组:事先 15min 静脉给予格隆溴铵,而后 60min 内静滴红霉素 500mg。结果延长红霉素静滴时间和事先给予格隆溴铵。胃肠道副作用趋向减少,30/P 组为 47%,60/P 组为 30%,30/G 组为 24%,60/G 组为 10%。

二、肝毒性反应的防治

红霉素可引起肝损害,主要为胆汁郁积性肝炎综合症。文献^[5]报道 17 例急性肺炎和 2 例急性支气管患者,每天口服红霉素 2.0g,共 10 天,头 5 天加用红霉素磷酸盐 1.0g,每日一次静滴。结果用药 2~5 天出现

食欲不振、恶心、呕吐、反酸、右季肋区沉重感,且 19 例中 16 例谷氨酸脱氢酶(GDH)、19 例中 13 例山梨醇脱氢酶(SDH)、19 例中 11 例 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)活性增高,疗程结束后,17 例病人这三种酶活性均明显增高,用药前后差异显著($P < 0.05$),其它生化指标无明显变化。停用红霉素 2 天后,食欲不振等症状消失,14~16 天后 6 例 GDH、SDH 和 γ -GT 恢复正常。因此作者认为长期使用红霉素者,要加强对其肝毒性的监测,最敏感、最可靠的监测措施是进行肝功能的某些生化检查,其中 GDH 和 SDH 增高主要反映肝细胞损伤、溶解, γ -GT 增高则提示胆汁淤积。研究表明^[6]用过 10 天红霉素的每百万患者,将有 2.28 例发生急性肝炎,此研究资料中无 1 例服用过无味红霉素,但作者发现琥珀酸乙酯红霉素危险性较大,对红霉素引起的肝炎,停用药物可使肝炎缓解,因此对急性肝炎,要仔细研究用药史。红霉素也可引起急性肝坏死^[7]

三、耳毒性反应的防治

红霉素的耳毒性罕见。红霉素可使双侧感觉神经性听力丧失,但这一毒性反应是可逆的,肾功能不全的老年人出现此毒性反应的危险性似乎更大。有人^[8]对此进行了研究,将 45 例社区获得性肺炎,24 例接受红霉素 4g/d(1.0g, 6h1 次),6 例接受红霉素 2g/d(0.5g, 6h1 次),皆用生理盐水 250ml 在 1h 内静滴,15 例给予其它抗生素治疗,同时监测其听力图变化及血药浓度。结果表明,24 例接受 4g/d 红霉素治疗者,5 例出现耳中毒症状,表现为听力下降或耳鸣,其平均血药峰浓度为 17.1 μ g/ml,未发生耳中毒患者平均峰浓度为 10.4 μ g/ml。接受 2g/d 红霉素治疗的患者,无耳中毒发生,他们的平均血药峰浓度为 6.9 μ g/ml。说明红霉素的耳毒性是剂量与血药浓度依赖性,多在治疗 3~7 天发生,停药后 6~14 天皆恢复。因此接受红霉素 4g/d 治疗的患者,应在 2~5 天监测听力变化,早

期及时停药,耳毒性是可逆的,否则也可能出现永久性的听力损伤。

四、对心脏毒性反应的防治

红霉素可使心房及心室的不应期明显延长,对易感人群,红霉素可引起致命性心律失常及晕厥。体内外的观察均已确认,红霉素对心脏复极的药理作用是浓度依赖性的,QT 间期的延长程度与红霉素的滴注速度呈正相关。红霉素的血清半衰期为 1~2h,因此最大的血清浓度及最明显的 QT 间期延长均在用药后短时间内出现。文献^[9]报道了 1 例红霉素引起的扭转型室速及心脏抑制,QT 间期明显延长,V 波明显,血清红霉素浓度超出正常治疗范围。因此为防止红霉素的心脏毒性作用,应避免血清红霉素浓度过大,给予尽可能慢的滴注速度,并在应用较大剂量红霉素之前及用药过程中,谨慎监护心脏节律及 QT 间期。

五、其它

服用红霉素还会发生过敏反应,如皮疹、药物热、嗜酸细胞增多、引发支气管哮喘、过敏性休克等,因此已知对红霉素过敏者,不可再用。红霉素还会诱发低血糖,空腹服用应注意。红霉素静脉给药可刺激静脉,引起疼痛甚至静脉炎,静脉用药时,应每天检查有无静脉刺激症或静脉炎,肌注 100mg 以上,可引起严重的局部疼痛,不宜肌注。

参考文献

- [1]贾文秀,赵荣梅. 灭吐灵对红霉素副作用的疗效观察. 中国医院药学杂志,1991;11(8):381
- [2]全金凤,张继龙,赵熙钢. 盐酸山莨菪碱对抗红霉素不良反应的观察. 人民军医,1995;(5):26~7
- [3]王敬东,王爱梅. 硝苯地平预防红霉素胃肠道反应. 中级医刊,1995;30(4):42~3
- [4]赵合兴摘,王淑梅校. 延长红霉素静滴时间并事先给予格隆溴铵可减少其胃肠道副作用. 国外医学抗生素分册,1993;14(2):156~7
- [5]牛光明,刘延春摘,吴德林校. 胺碘达隆、红霉素的肝毒性及其早期诊断. 国外医学药学分册,1991;18(6):371
- [6]邓万俊摘,罗道森校. 红霉素及四环素引起的急性肝病. 国外医学抗生素分册,1995;16(3):234~5

[7]蓝顶琴.红霉素的严重不良反应.实用医学杂志,1993;9(4):37~9

分册,1992;19(6):374~5

[8]谭旭民摘,张德华校.红霉素的耳毒性.国外医学药

[9]邓万俊摘,罗道森校.红霉素引起的心脏毒性.国外医学抗生素分册,1996;17(5):395~6

分娩期产妇用药的几点认识

鞠 华 韩传华

(山东省蒙阴县妇幼保健院 山东蒙阴 276200)

产妇用药,就是用药目的不是针对产妇所出现的病理情况,而是为了加强宫缩,促进宫口扩张、缩短产程、缓解胎儿宫内缺氧,且又不会对母婴造成病理损害的用药。为使产妇顺利分娩、确保优生。自九一年我们尝试在第一产程中给产妇用药,并取得了良好的效果。现随机取资料完整的 100 例(另附 100 例未用药的对照)报告如下:

一、资料与方法

(一)用药对象 身体健康无严重疾病,具有经阴分娩条件的产妇。

1. 年龄:用药组产妇年龄 23~32a,平均 $26.7 \pm 2.56a$ 。

2. 胎次:见表 1。

表 1 产妇胎次情况

分组	胎次	产	流	例数	%
I	1	0	0	36	36
II	2	0	1	42	42
III	3	0	2	6	6
IV	3	1	1	10	10
V	4	1	2	6	6
合计				100	100

3. 孕周:用药组产妇妊娠周数为 38~42 $\frac{3}{7}$,平均 $40 \frac{2}{7} \pm 1 \frac{5}{7}wk$ 。

4. 服催产乳时宫口情况:用药组 100 例病人在服催产乳前肛查,宫口扩张 0.5cm 者 88 例,宫口扩张 2cm 者 12 例,平均 $0.50 \pm 0.26cm$ 。

对照组产妇的一般资料与用药组基本一致。

(二)药物 (1)催产乳:由生鸡蛋 2 个加蓖麻油 30ml,充分调匀后加热不断搅动至凝固成块状。(2)新三联:5%葡萄糖 20ml + 维生素 C 1g + 地塞米松 5mg。(3)安定 10mg 静推。

(三)用药时间及方法 产妇临产后,给予催产乳一剂,产妇自服,服后可随意活动。待产妇宫口开大 3cm,给予静推安定 10mg,用药后大部分产妇即很快安静入睡,一小部分产妇神志尚清仍应卧床,注意护理,防止坠床损伤,宫口开全后给予静推新三联。

三、结果

(一)产程进展 对照组产妇第一产程潜伏期时间平均为 $7.32 \pm 2.35h$,活跃期为 $4.76 \pm 1.15h$,第二产程为 $0.95 \pm 0.31h$ 。用药组产妇服催产乳后第一产程潜伏期时间平均为 $4.58 \pm 3.30h$,活跃期为 $2.75 \pm 1.52h$,第二产程为 $0.75 \pm 0.23h$ 。用药后第一产程、活跃期及第二产程显著缩短($P < 0.01$)。

(二)分娩方式 对照组 100 例产妇顺产 85 例,胎吸 9 例,因产程延长、胎儿宫内窘迫等剖宫产 6 例,分别占 85%、9%、6%。用药组 100 例产妇顺产 92 例,胎吸 5 例,因宫颈坚韧剖宫产 3 例,分别占 92%、5%、3%。

(三)出血量 对照组 100 例产妇产后 1h 内阴道出血量平均 $206 \pm 57ml$ 。用药组 100 例产妇产后 1h 内阴道出血量平均 $150 \pm 46ml$ 。

(四)新生儿体重 对照组 100 名新生儿