

表1 地高辛单用和与硝苯吡啶并用的药动学

参 数	地 高 辛	地高辛和硝苯吡啶
$t_{1/2\beta}$ (hr)	0.64±0.05	0.62±0.15
$t_{1/2\alpha}$ (kr)	39.87±6.88	37.40±7.64
V <sub>dc</sub> (L/kg)	0.72±0.10	0.85±0.10
V <sub>dapp</sub> (L/kg)	12.30±4.83	12.43±4.90
Cl <sub>s</sub> (ml/分/kg)	3.72±1.08	3.99±1.27
CL <sub>r</sub> (ml/分/kg)	2.07±0.66	1.95±0.86
CL <sub>cr</sub> (ml/分kg)	1.21±0.42	1.22±0.34
尿回收率 (%剂量/72hr)	48.50±10.66	49.67±8.52

苯吡啶时，其稳态地高辛血浆浓度和Cl<sub>r</sub>均无改变。相反，Belz等则报道健康志愿受试者并用硝苯吡啶期间，其地高辛的稳态血清浓度则增加45%。

由于5组研究者中有4组报告硝苯吡啶不影响地高辛的体内处置，因而地高辛与硝苯吡啶并用时可以不监测血浆地高辛浓度。

进一步需要研究的是阐明异搏定、硫氮

革酮、硝苯苄胺啶、Tiapamil、Gallop-amil导致地高辛消除减低而其血浆浓度增加的作用机理。

[The Journal of Clinical Pharm. & Clinical Pharmacology, 26 (4): 304~305, 1986 (英文)]

刘锡均 陶其海译 苏开仲校

\* \* \* \* \*

· 文摘 ·

### 红霉素引起卡马西平中毒1例

作者报道1例40岁已婚妇女双相情感性精神病，接受锂盐治疗约10年。患者有严重的经前症状，如水滞溜、乳房及腹部疼痛、单侧性偏头痛、恶心、呕吐及激动性等。因锂盐能加重恶性症状，故每逢经期开始前7天患者不能服用锂盐；她采用每30天有10天不用锂盐的给药方案，因此近2年来每年2次发病。患者改服卡马西平，剂量渐增至600mg/日，无不良反应。考虑到偏头痛可能系慢性鼻窦炎引起，加服红霉素500mg，每日两次。开始三天每天服用200mg无困难，第二天她服了400mg（卡马西平治疗的第5天）患者感到恶心、呕吐、视力模糊、嗜睡及隐约的双侧头痛。次日她分三次服用600mg卡马西平，并继续服红霉素，结果出现共济失调及头晕。立即停服上述两种药物。

医生检查患者意识清楚，定向力良好，问答适当。但指鼻试验及快速交替运动试验显示轻度的意向性震颤，步态不稳，其它无异常发现。当时患者的卡马西平血药浓度为22μg/ml（卡马西平的治疗血浓度为8~12μg/ml）。停药后第2天，卡马西平血药浓度降至6.5μg/ml，她仍感恶心、呕吐、共济失调及嗜睡等。

1月后患者重新服用卡马西平治疗（但未服红霉素），1月内维持剂量渐增至600mg/日，血浓度为8~12μg/ml。她耐受此剂量很好，患者治疗16个月一直情绪正常。

Mesdjian等曾报道大环内酯类抗生素三乙酰竹桃霉素（triacetyloleandomycin）导致17例癫痫患者卡马西平中毒，他们亦报道2例因并用红霉素而引起卡马西平中毒的患者。红霉素亦属大环内酯类抗生素，同卡马西平一样均系经肝脏微粒体酶系统代谢。本文所述一例在接受卡马西平治疗前肝功能正常；在并用红霉素后出现的症状与卡马西平中毒症状一致，且与异常高的卡马西平血液（22μg/ml）相符。在重新单用相同剂量（600mg/日）的卡马西平并未出现中毒症状。显然此例卡马西平中毒与加服红霉素引起的相互作用有关。据报道红霉素能降低卡马西平的清除率，但此相互作用的动力学仍待进一步研究。

[J Clin Psychiatry《美国临床精神病学杂志》，47（3），147，1986（英文）]

邹本泽摘译 张紫洞校