

加,心脏负担过重,易引起急性肺水肿和心力衰竭。

3. 病人的体质和机能状态 由于个体的差异,病人对热原和药物的反应是有差异的。机体的机能状态不同,对热原的反应亦有明显差异。神经系统处于抑制状态,对热原的反应就不敏感;兴奋状态时,则对热原敏感。

因此,临床上高热病人,重症病人易出现输液反应。垂体肾上腺皮质机能低下时,机体对有害因子的抵抗力下降,也容易出现输液反应。

#### 参考文献

[1]小泉一弘,牧野莊平,最新医学.昭和59年39(6):1149

## 甲硝唑对慢性支气管炎、肺气肿的疗效观察

山东省平度市人民医院(平度 266700) 范珍云

上呼吸道感染引起的慢性支气管炎、肺气肿是临床的常见病和多发病。重者可丧失劳动能力,甚至失去生命。

甲硝唑,又名灭滴灵。1978年世界卫生组织将甲硝唑定为抗厌氧菌感染的基本药物,1979年日内瓦国际会议推荐甲硝唑为防止各种厌氧菌感染的首选药物。随着人们对甲硝唑认识的不断加深,其应用范围也不断扩大。据报道:甲硝唑对革兰氏阴性无芽孢厌氧菌、革兰氏阳性厌氧芽孢菌、厌氧球菌都有着较好的杀灭或抑制作用,并且极易进入人体大部分组织和体液中迅速达到治疗浓度,长期使用一般不会引起菌群失调,不诱发双重感染。

笔者自1992年以来,连续对74例患者(其中男48例,女26例;40~50岁8例,51~60岁40例,61~70岁26例)应用甲硝唑配合其它抗菌药物治疗慢性支气管炎、肺气肿病进行观察,发现有显著疗效,临床总有效率为100%,一般用药3~7d,症状将有明显好转。现将我院自1992年至1993年应用甲硝唑治疗慢性支气管炎、肺气肿的几例典型病例报告如下:

病例1:男,40岁,农民。自幼患支气管炎,后并发肺气肿,几十年来,几乎失去了劳动能力。每年冬春两季,病情加重。1992年1月,病人再次来门诊诊治。笔者除常规应用红

霉素1.2g加入生理盐水内静脉滴注外,又给予2%甲硝唑250ml静脉滴注,连用两天,第三天,病情有明显好转,又滴注5次,咳喘症状基本消失。为巩固疗效,又给予甲硝唑片剂口服,每次0.4g,每日3次。经此次治疗后,病情痊愈,以后也很少感冒,能参加正常体力劳动。随访两年,病情稳定,未再发作。

病例2:女,54岁,中学教师。患支气管炎并肺气肿10余年,每当感冒、病情加重时,胸闷、气急,咳嗽不止,吐黄色脓痰,影响正常工作。笔者根据以往病史及现急性发作症状,给予2%甲硝唑250ml静脉滴注,并配合盐酸洁霉素1.8g加生理盐水内静脉滴注,每日1次,连续用药7d,待病情稳定后,改用口服甲硝唑片剂,每次0.4克,每日3次,疗效显著。随访两年,此病未再发作。

病例3:男,70岁,农民。患支气管炎并肺气肿20余年,平时病情轻时,就自服氨茶碱、抗菌药物;发作厉害时,经常住院治疗。咳喘、气急、吐黄色脓痰、强迫体位,端坐呼吸,精神萎靡、食欲不振。笔者给予2%甲硝唑250ml静脉滴注,每日1次;盐酸洁霉素1.8g加生理盐水内静脉滴注,每日1次;复方甘草片3片,每日3次含化。用药后,当天症状减轻,疗效显著,连续用药7d,病情明显好转,随访2年,病情稳定,并能早晚坚持室外散步、锻炼身体。

总结以上应用甲硝唑治疗慢性支气管炎、肺气肿的病例,笔者认为这些老慢支病人,可能都存在厌氧菌与需氧菌混合感染,所以按照传统的疗法,应用一般的抗菌药物,只

能缓解症状,由于没有消灭厌氧菌,炎症就不能根除,治疗效果不佳。而在临床上采用甲硝唑合并其它抗菌药物,则大大增强了疗效。

## 肾功能替代疗法的药物剂量

周守进译 顾翠谨校 张钧审

本文为透析或血液滤过病人药物剂量的调整提供实践指导。

在英国,肾功能替代治疗的主要方法有四种类型:

1. 周期性血液透析(HD)。
2. 持续性不卧床性腹膜透析(CAPD)。
3. 持续性动脉(或静脉)的血液透析(CAVHD 或 CVVHD)。这些疗法有时也称血液透析法。
4. 持续性动脉血液滤过法(CAVH)。

一种专用的透析器可以将 CAVH 与 CAVHD 相结合,病人在进行常规的血液透析时,假如还需要清除电解质,在开始做 CAVHD 的同时,还将进行周期性 CAVH。

### 一、影响药物清除的因素

**血液透析法** 有利于 HD 清除的药物主要性状如下:

(1)低分子量。一般来说,当分子量低于 500 道尔顿时通常随着分子量的降低清除率有比例地增高。

(2)与血浆蛋白的结合率低。

(3)低表观分布容积,大概规则是假如分布容积小于 1L/kg 则有利于药物的清除,大于 2L/kg 不易清除。

(4)水溶性大。

(5)肾功能正常的病人,肾清除率高。

下列是影响药物清除的透析因素,但难以定量:

(1)透析过程的持续时间。

(2)透析器中的血液流速。

(3)透析膜的种类。

(4)透析液的流速和成份。

以上这些因素和其他因素综合在一起形成一种复杂的方式,决定了操作过程中药物的总清除率。同时要定量药物清除也是困难的。通常通过药物代谢动力学等参数的检查来判别药物是否被明显地清除。

CAPD 同样的,药物特性在 HD 中易于清除的,则在 CAPD 中也易于清除。一般来说,假如表观分布容积小于 1L/kg 和血浆蛋白的结合率小于 20%,药物易被 CAPD 清除。影响药物清除的其他因素是透析液的组成,腹膜的病理症状,腹腔中透析液的容积和交换速率,以及血浆和透析液之间的渗透浓度梯度。频繁地变换 CAPD(例如每 1~4h 为一个周期)增加药物的清除。在 CAPD 中用于有效清除的药物剂量,通常以滴定的方式给药,以达到所需要的效果并可避免不良的副反应。

CAVHD(或 CVVHD) 这种较新的方法与超滤方法相结合,溶质迁移并扩散,从血液通过膜进入透析液。渗透作用也是这个过程中的一个因素。直到取得可靠的数据,由于过程是相似的,因此,我们假设药物的处理按常规 HD 进行。

CHVH 因为没有涉及到透析液,扩散和渗透并不是影响 CHVH 的因素。通常血液滤过膜比血液透析膜渗透性更强。

在 CAVH 中影响药物清除的主要药物动力学因素是: