

验。皮试阳性者因病情需要,可采用小剂量脱敏疗法。应用中一旦发生速发型过敏反应,要及时按青霉素救治原则处理。

三、指导患者饮食自我管理

血栓病人中风预报检测项目中,血脂、胆固醇普遍升高。调查表明,膳食中脂肪胆固醇摄入的质与量与高脂血症有密切关系。高脂血症使全血粘度增加,有利血栓形成。良好的膳食管理是预防治疗血栓病的重要措施之一。

我们使用清栓酶治疗的25例病人,由于是门诊治疗,一日数餐均在家中,给饮食管理带来一定困难。为保证药物治疗效果,我们向病人进行饮食管理重要性的宣传,详细了解每位病人的饮食习惯,发现42%的患者长期食用高脂肪、高胆固醇、高糖饮食。为此我向病人提出了饮食自我管理原则,详细列出可选用的食物、限制、禁用食物指导卡,分送给病人,帮助他们选择食物,使病人对含高胆固醇、高脂肪、高热量、高糖及刺激性食物有所了解,从而有目的地选择调节和管理自己的饮食,提高疾病

的自护能力。

四、重视病人静脉保护

脑血栓病人以老年居多。血管特点表现为弹性差,脆性大,肥胖患者静脉显露不明显。清栓酶治疗的唯一途径是静脉用药,一个疗程至少15—20天,大部分患者需连续治疗2—3个疗程,因此静脉保护是保证治疗的重要条件。我们在选择血管时坚持从远端细小静脉开始,循序渐进地进行穿刺。并根据血管特点,穿刺时要动作轻柔,固定牢固,保证一针见血;静脉插管者注意管道通畅并防止感染。另外,由于清栓酶有降低纤维蛋白原等较明显的抗凝效应,老年患者血管弹性差,收缩缓慢。我们认为在液体滴完拔除针头时,不能按其它住院病人拔针常规进行,按压穿刺处应由医务人员执行,时间要相对延长,一般按压时间不少于40秒为宜;也可在穿刺处压一棉球,再以胶布加压后嘱患者自行按压数分钟。笔者曾观察按常规拔针按压穿刺处,不少患者穿刺处常有血液流出或出现皮下血肿,经改进后未再发生此类现象。

年龄和体重对糖甙药物治疗的影响

A. Ruiz-Torres和R. Velasco (西班牙马德里市王子医院老年代谢研究所)

张大庆译 许士凯校 张紫洞审

一、前言

众所周知,青年患者能够耐受良好的洋地黄投予量,对于老年患者则可发生洋地黄毒性反应。究其原因,老化心肌对正常洋地黄血药浓度敏感性增加;老年的糖甙类动力学的转变可导致较高的洋地黄心肌浓度;或者由于患者体重的不同,使用药剂量估计错误。

二、老化与洋地黄敏感性

人类老化进程中甲状腺功能、肾脏排泄

功能及代谢率(如药物的消除)可见降低,同时体重也下降。所有的致病因素在老年患者均有存在,由此导致的洋地黄中毒的临床效应很可能发生于老年患者。Gordon等(1969)采用静脉注射³H—地高辛进行研究,结果表明,相同的剂量在老年患者中可引起较高血药浓度。这是由于老年患者身材较小(体重减轻)和经尿排泄减少的缘故。在地高辛血清水平低于2 ng/ml范围内曾确定真正导致心肌敏感的某些因素,这些因

素除电解质紊乱外,是心肌缺血和甲状腺机能减退。

对于老年患者需要用较小的剂量以获得适当的洋地黄化这一趋势,虽然已有较为满意的解释,但在通常实践中治疗依然存在着问题。为确定合适的个体剂量而规定一个总的标准是必要的。不过一方面肾功能测定尚不能推荐为一种老年医学的常规方法,而另一方面在老年非卧床患者中也发现地高辛血浆浓度水平与血尿浓度或肌酐清除率之间无相关性。

三、血药浓度与治疗范围

通过我们柏林小组的研究,发现地高辛的血药浓度高低完全取决于体重。此外,我们测出地高辛中毒限度超过 $2.0\text{ng}/\text{ml}$,但其血液浓度曲线亦不符合Gaussian分布。通过对317例患者的1109次测定,其中93%患者的治疗范围变动介于 $1.2\sim 1.7\text{ng}/\text{ml}$ 。体重作为地高辛用药剂量的一种参数,其重要性对于消瘦比肥胖更为明显。还发现体重轻者更易发生洋地黄中毒反应。

四、老年患者的血药浓度水平

给予 $0.4\text{mg}\beta$ -乙酰地高辛的维持剂量后,发现老年患者的血药浓度较中青年患者更高。通过对每70kg体重地高辛血药浓度的计算,表明地高辛血药浓度与体重相关,而

与年龄关系不大。

老年人的地高辛血药浓度较高可以导致较高的心肌组织浓度,这是合乎逻辑和可预见的。患者产生地高辛不良反应表明血药浓度较高,但仍属少数。这也许与开始中毒和血药浓度测定这段时间有关。现已知道中毒患者中在不良反应完全消失之前,地高辛血药浓度降至正常范围内。在70岁以上老年人中可观察到大量中毒患者,而在年青人则需较高的地高辛血药浓度才可发现。

五、实际应用

将上述结果应用于普通临床实践,我们已计算出与体重相关的剂量,以此作为一种维持治疗的理想剂量,适用于无肾病的老年人的心衰。我们所计算出的地高辛剂量(表1)基本上与Jelliffe和Brooker(1974)所推荐的适于具有正常肌酐清除率的患者的诺模图相一致。在最近七年内,我们已将此方法应用于治疗病人,并且很少发现中毒。同时,口服给药后24小时的地高辛血药浓度每周均可测出,这正是我们所期望的结果。作为反证,我们以体重作为唯一指标,已使发生不良反应的肾功能正常患者维持洋地黄化。洋地黄疗法可继续适用于未发生不良反应的每一名患者。某些洋地黄中毒实例如表2所示。

表1 老年患者推荐剂量

地高辛	$\sim 8\ \mu\text{g}/\text{kg}$ 体重
β -乙酰地高辛	$\sim 5\ \mu\text{g}/\text{kg}$ 体重
β -甲基地高辛	$\sim 4\ \mu\text{g}/\text{kg}$ 体重
洋地黄毒甙	$\sim 1.5\ \mu\text{g}/\text{kg}$ 体重

[注] 本表所列剂量实际上略低于所用药物制剂的剂量,如60kg体重约等于 $480\ \mu\text{g}$ 用量,实际上仅为 $375\ \mu\text{g}$ 地高辛量(1 + 1/2片)。

表2 洋地黄中毒实例

病例*	年龄(岁)	现用剂量	体重(kg)	正确剂量(mg)
H·L·	68	0.5mg地高辛	42.2	0.3(约1片)
M·G·	66	0.2mg洋地黄毒甙	51.7	0.07(约1/2片)
E·F·	80	0.5mg地高辛	53.8	0.4(约1/2片)

[注] 均为女性。

六、小 结

洋地黄的不良反应该基本上依赖于血药浓度超过治疗有效范围(高达2 ng/ml)。中青年患者能够很好耐受的甾体类药物剂量若用于老年患者便会导致高的血药浓度。虽然因素有几种但其中最重要的一种因素是老年患者的体重较轻。将洋地黄用药剂量与体重

调整得当,这一点是减少老年患者发生洋地黄中毒倾向的最好方法。

(参考文献9篇略)

[《药物和老年》(Drugs and Aging), Springer-Verlag, Berlin, 1986, P140~143, 1986) 英文]

红黄溶液在会阴感染性伤口的应用

解放军230医院 妇产科 张艳玲 冯温萍 李 华
药 局 段纯厚

会阴部伤口由于位于肛门附近,污染机会多,即使投予大剂量抗生素全身用药,疗效也不甚满意,而且副作用大。我科自86年以来应用红黄溶液对会阴部伤口进行外敷换药,收到了明显效果。

一、配方组成与制法

配方:大黄500g,红花500g,赤芍500g,丹皮500g。

制法:取上述四味药加水煎煮二次,第一次2小时,第二次1小时,合并煎液,滤过,滤液浓缩至糖浆状,加乙醇使含乙醇量为60%,搅匀,静置过夜。滤过,滤液回收乙醇,加注射用水使成为2000ml,灌封。每瓶100ml,100℃灭菌30分钟,即得。

二、用 法

患者会阴部伤口先用生理盐水或新洁尔灭溶液清洗干净,再用预先配制好的红黄溶液浸泡无菌纱布贴敷于创面处,伤口较深或有窦道形成时,先用盐水冲洗后,再用红黄溶液纱条填塞,表面伤口创面再敷盖红黄溶液纱布。每次~6 8小时,每日3~4次。治疗换药一周左右,伤口即可愈合。

三、典型病例

例1:金×,女,24岁,86年3月18日入院。因宫缩乏力,在侧切术、胎头吸引器助产下,分娩一女婴,产时出血约500ml,

血色素8g,产后给予青霉素抗炎治疗,5天拆线,伤口有1×1×0.5cm面积未愈合,并有窦道形成,伤口表面有脓苔复盖,恶臭。停用抗菌素,改用红黄溶液外敷换药。2天后创面新鲜,肉芽组织增生,7天后伤口愈合出院。

例2:苗××,女,23岁,于88年10月7日入院,因胎儿宫内窘迫,行侧切术,胎头吸引器助产,分娩1男婴。产后给予氨苄青霉素6.0g 1/日静滴。5天拆线,切口未愈。感染创面1.5×3cm、深1.5cm,脓性分泌物较多,伴臭味。改用红黄溶液外敷换药,3天后脓性分泌物减少,创面新鲜,12天后伤口愈合出院。

四、体 会

我们近几年来一直应用红黄溶液治愈感染性创口有特效,减轻了产妇的痛苦,缩短了住院时间,病人容易接受。实践证明,红黄溶液对多种球菌、链球菌及部分杆菌有不同程度的抑制作用,并且渗透性强,易吸收,其抗炎、消肿、去腐生肌作用疗效显著。红黄溶液配方简单,使用时操作简便易行,换药方便,病人可自行换药。适用于中小城市和农村医院病人的应用,减轻了患者负担,因而是一种值得推广的外科用药。