

5. 体会

(1)据报道,药品不良反应以抗生素引起最多^[3,4]。本文 156 例抗菌素所致的不良反应占本院收集到药品不良反应报告总数的 62.65%,涉及抗菌素 18 种,以青霉素类发生率占首位,其中氨苄青霉素频次最高,与文献记载不同^[5]。可能与氨苄青霉素使用的日益广泛有关,而氨苄青霉素的迟发性皮疹与制剂纯度有关^[6]。

(2)某些药品的致热反应可能与检验标准有关。庆大霉素^[7]中含有致热物质,其含量甚微或对家兔致热性不强,因此按一般热原检查法尚不能检出,而增大剂量可引起致热反应。目前临床 1 日 1 次疗法多见(剂量 ≥ 1 日剂量,1 次投与)如庆大霉素 24 万单位+5%葡萄糖静脉点滴,有时会引起致热反应。这些问题或许对修订标准可提供一定的参考依据。

(3)156 例抗菌素的不良反应多数是皮

肤损害(89.18%),可能与皮肤损害易观察有关。

(4)不良反应的因果关系评定结果,定为“很可能”的占 71.79%,其中相当部分临床经验判断为肯定,但是因没有重复试验,根据卫生部试点文件中规定的判断标准只能定为很可能。

(5)我院收到的药品不良反应报告涉及抗菌素的最多,而抗菌素是临床最常用的药物类别之一。要做好药品不良反应的监察工作,首先要抓好抗菌素的不良反应报告。

参考文献

[1]药品不良反应通讯,1988,1:5
 [2]李洁等. 药学通报. 1985,(8):477
 [3]金循槐等. 药学情报通讯,1990,(4):30
 [4]靳桂明等. 中国药学杂志,1993,(7):423
 [5]戴自英. 抗菌素副作用. 人民卫生出版社. 1973,67 页
 [6]Trissel LA. Handbook on Injectable Drugs, 3rd ed
 Bethesda ASHPsp,1983;35

诺氟沙星葡萄糖注射液致过敏反应三例

空军南京医院(南京 210002) 司梁宏 姚英

在门诊药房发药过程中发现,有患者退回诺氟沙星葡萄糖注射液,反映有过敏反应,不能使用。

病例 1 高× 男 23 岁 因腹痛、腹泻伴畏寒、发热、浓血便就诊。查体:有轻压痛,大便 RT、巨噬细胞阳性。医生诊断为:急性细菌性痢疾。

处方:0.2%诺氟沙星葡萄糖注射液 200ml 静滴 1/日×7;
 林格氏液 500ml 静滴 1/日×7;
 痢特灵 0.1g×21 片,每日 3 次,每次 1 片;
 扑热息痛 0.5g×9 片,必要时服 1 片

该患者静脉滴注诺氟沙星葡萄糖注射

液,5min 后出现心慌、头晕等症状,难以支撑,手背皮肤有红色皮疹出现。因过敏反应而退药。

病例 2 李× 女 40 岁 因发热、咳嗽 1 周,咳黄浓痰就诊,医生诊断为支气管扩张。

处方:5%葡萄糖 250ml,静滴 1/日×3;
 丁胺卡那霉素注射液 0.4g,静滴 1/日×3;
 0.2%诺氟沙星葡萄糖注射液 200ml,静滴 1/日×3;
 云南白药粉 4 克,每日 3 次,每次 0.5g。

该患者静滴 10min 后出现口干、静脉周围皮肤奇痒、血管出现红肿,由手背逐渐向上

漫延,故退药。

病例3 朱×女 30岁 因尿频、尿急、尿痛就诊。医生诊断为下泌尿系统感染:

处方:0.2%诺氟沙星葡萄糖注射液
200ml,静滴 1/日×3;

双克 25mg×9片,每日3次,每次1片,口述多饮水。

该患者静滴诺氟沙星葡萄糖注射液10min后静脉呈一条红线,逐渐向上沿伸,血管充血、周围有红晕,微热。有疼痛、热感。无压痛,故因过敏反应退药。

诺氟沙星是新型喹诺酮类,广谱抗菌药物,具有强大的抗菌活性,尤其对革兰氏阴性细菌的抗菌作用更强,对大部分革兰氏阳性细菌也有明显的抑制作用。

诺氟沙星葡萄糖注射液,化学名:1-乙基-6-氟-4-氧-1,4-二氢-7-(1-哌嗪基)-3-喹啉羧酸。是氟哌酸的新剂型。

据《现代应用药学》1990年2期“氟哌酸的不良反应”一文中谈到,口服氟哌酸的过敏反应,一般症状为药物热、皮疹、荨麻疹、搔痒、皮肤发红等呈血清病样反应。由于氟哌酸注射液是静脉滴注。直接作用于血管,通过扩散作用于皮肤,因而过敏反应尤其明显。如上所述病例,静脉周围皮肤奇痒、皮肤发红。静脉呈一条红线,逐渐向上漫延、静脉疼痛、皮肤有红色皮疹出现等,进一步证明了氟哌酸的过敏反应。另外氟哌酸在胃肠道的反应、恶心、呕吐。神经系统反应、头痛、头晕、心悸等,在氟哌酸静脉给药中也有出现。

对于以上病例所述过敏反应症状,由于及时发现,即时停药,症状也即时消失。可以说明氟哌酸注射液引起的过敏反应在短时间内是可逆性的。但为了防止变态反应性发生,在用药前应仔细询问患者有无特异性体质及药物过敏史,对有过敏反应者应慎用。

补阳还五汤治疗脑白质营养不良二例报告

宁乡县中医院(湖南 410600) 左爱云
宁乡县人民医院(湖南 410600) 谭淑桃

脑白质营养不良是一种遗传性家族性疾病,是一种遗传性因素决定的酶缺陷,从而使正常的髓磷脂不能够形成所致。本院近十年中共收治2例经CT扫描检查确诊病例,采用补阳还五汤治疗,取得满意疗效,现介绍如下。

例一:王××,女性,22岁,已婚,住院号90578,因右侧肢瘫痪,语言蹇涩20d,以脑血管意外,于1990年11月20日收入我院住院治疗。患者起病无明显诱因,逐日出现右侧肢体无力,麻木,酸胀,行走困难,站立不稳,口角歪斜,最后出现右侧半身不遂,躯体不能移动,不能发音讲话。在当地医院治疗,病情逐日加重方转来我院,起病前后无畏寒发热,无

头痛呕吐,无外伤史。体查,T36.5℃,P96次/分,R22次/分,BP10/8KPa,神志清楚,语蹇流涎,口角向左侧歪斜,右侧额纹,鼻唇沟变浅,心肺肝脾检查未发现异常。脑膜刺激征阴性,未引出病理神经体征,右上肢肌力Ⅰ级,下肢肌力Ⅲ级,肌张力减退,肌肉无明显萎缩,皮肤感觉减退,膝反射引出,稍低于健侧,舌紫,苔薄白,脉弦细。脑脊液压力正常,为无色透明液体,蛋白质定性阳性,血象正常。入院3d按脑瘤脑血栓形成治疗无效,则到湖南医科大学附属第一医院作CT扫描检查,结果诊断为“脑白质营养不良”。在治疗方面,西药无好的治疗方法,运用中医辨证论治,采用补气、养血,通络之补阳还五汤加减治疗,取得