

包括搔痒(5.9%)、中度烧灼感或刺痛、震颤、麻木、或头皮不适(3.4%)和轻度红斑、水肿或头皮疹(2.1%)。应劝告病人,高甲菊酯可能暂时加重头虱感染时常见的搔痒、红斑、水肿等症状,若刺激持续存在,应与医生联系。应用后高甲菊酯吸收极少,未必会发生全身反应。

使用高甲菊酯之前,应将头发用香波洗涤并用水漂净、毛巾擦干。用足量(25~50ml)高甲菊酯霜(冲洗配方)饱和头发与头皮。药剂必须在头发上保留10分钟,再用水洗净。即使经过这样漂洗后再用正常香波洗头,仍有一些药物保留在头发上,可保持疗效长达2周。需要重复治疗的病人不到1%;然而在初次用药至少7天后如果发现活虱,可第二次用药。

由于高甲菊酯活性持久,不必为了疗效去清除虱卵。当然为美容需要或符合某些学校规定的“无虱卵”制度,可用特别设计的梳子(随药附送)很容易将虱卵除掉。

高甲菊酯漂洗霜浓度1%,装于2液啉可挤出塑料瓶。只能凭医嘱使用,而除虫菊酯类制剂却可不凭处方供应。

◆◆◆◆◆ ◆抗高血压药◆ ◆◆◆◆◆

▲依那普利(Enalapril,商品名: Vasotec,药厂:Merck Sharp and Dohme)是一种前体药,口服后经水解形成依那普利特(Enalaprilat)——一种强效血管紧张素转化酶(ACE)抑制剂。因依那普利特吸收很差,故用其乙酯型依那普利作为前体药。

美国上市的第一个ACE抑制剂是巯甲丙脯酸,它同本品可做最好的对比。与巯甲丙脯酸不同,本品不含巯基,因此某些不良反应发生率较低。

本品适于治疗高血压,可单独应用,也可与其它抗高血压药特别是噻嗪类利尿剂合用。临床研究证明,它对高血压的降低作用

与利尿剂、 β 受体阻滞剂(如心得安)或巯甲丙脯酸效果相同。初步资料提示,本品对充血性心力衰竭也有效,但其标签没有标明这种作用,而巯甲丙脯酸却标示这一适应症。

本品最常见的不良反应是头痛(4.8%)、眩晕(4.6%)、疲劳(2.8%)。大多数病人不良反应是轻度的和暂时的,但在临床试用中也有约6%的病人需停药。其它反应约有1~2%病人出现腹泻、恶心、药疹、咳嗽、低血压和直立性效应。无其他并发症的高血压病人极度低血压虽然罕见,但严重的盐/容量衰竭病人,而且他们正用强力利尿剂或透析治疗的病人则很可能发生。危重病人在治疗的头2周应严密监护,并在增加依那普利和/或利尿剂的剂量时亦然。所有病人应注意及时报告头晕等症状,尤其在治疗的头几天,如发生晕厥应停药并请医生会诊。据报道有时应用依那普首次剂量之后约0.2%的病人会发生血管性水肿。因为血管性水肿与致命性喉头水肿和/或休克有关,应劝告病人立即报告面部、眼、唇、舌肿胀和呼吸困难等症候。

ACE抑制的结果之一是醛固酮分泌减少,因而血清钾升高。据报道血钾升高的病人(大于5.7mEq/L)约占接受依那普利病人的1%。接受潴钾利尿剂(如氨氯吡咪、螺旋固酮、氨苯喋啶)、补钾或含钾代替品和/或肾功能不全和糖尿病病人,高钾血症危险更大。对此类病人应经常监测血清钾水平。

曾报道原有肾功能不全和/或同时服用利尿剂的病人,本品使血尿素氮和血清肌酐水平升高。应严密监测肾功能,特别是治疗的最初几周病人处于危重期间。应用本品曾发生蛋白尿,不过较巯甲丙脯酸发生率低。本品在临床研究中未发现肾病综合征。

巯甲丙脯酸的常见不良反应是药疹和味觉异常。本品的发生率明显较低。一些用巯甲丙脯酸发生反应的病人,改用本品结果并

未复发此症状。

现有资料提示,应用依那普利引起中性白细胞减少或粒细胞缺乏症的危险很小,但应告诫病人及时报告任何感染症状(如咽痛、发热),这些可能是中性白细胞减少的征兆。

本品具长效,通常可每日一次给药,而巯甲丙脯酸一般每日2~3次。因为同服利尿剂可能发生症状性低血压,如有可能在依那普利治疗开始前,提前2~3天应停用利尿剂治疗。如果单独使用本品不能有效地控制血压,可再重新应用利尿剂。

胃肠道中存在食物可降低巯甲丙脯酸吸收30~34%,因而它宜在饭前1小时服用。虽然本品吸收不完全(剂量约60%被吸收),但吸收不受食物存在的影响,因此就餐时服用药物不影响其疗效。

对未服利尿剂的病人,建议初始剂量每日一次5mg,必要时剂量逐渐增加,维持治疗量通常每日10~40mg,一次或分二次服用。如每日服药一次,治疗间歇后期降压效应趋向降低,应考虑增加剂量或每日二次给药。

市售马来酸依那普利片,每片含量为5、10、和20mg。另有与双氢克尿塞的复方制剂供应。

◆◆◆◆◆ 抗心律失常药 ◆◆◆◆◆

随着五种新药上市,使得治疗品种相当少的抗心律失常药三年来有了明显的发展。室安卡因(Tocainide)1984年上市,哌氟酰胺(flecainide)和醋丁酰心安(acebutolol)1985年上市,慢心利(mexiletine)和胺碘酮(amiodarone)在最近的1986年上市。此外,哌苄苯胺(encainide)和艾斯莫尔(esmolol)已于1986年12月获FDA批准,将于1987年上市。抗心律失常药常根据其电生理特性分类(表6),慢心利与利多

卡因相似属IB类,而胺碘酮属III类。

表6 抗心律失常药的分类

I类 钠通道阻滞剂	
IA	0—相明显压低,传导效应中等,延长复极化。 双异丙吡胺(Disopyramide)、普鲁卡因酰胺、奎尼丁
IB	0—相压低最小,传导效应轻度,缩短复极化。 利多卡因、慢心利、室安卡因
IC	0—相压低明显,传导效应明显,缩短复极化。 哌氟酰胺、哌苄苯胺*
II类 β-肾上腺素能阻滞剂	
心得安、醋丁酰心安、艾斯莫尔*	
III类 延迟复极化、传导效应轻度	
胺碘酮、溴苄胺	
IV类 钙通道阻滞剂	
戊脉安	

*1987年上市

▲盐酸慢心利(Mexiletine hydrochloridum)结构与利多卡因相似,也有局麻和抗心律失常作用。本品口服吸收良好(约90%)。与利多卡因不同的是它不经过首过代谢。本品适用于抑制症状性室性心律失常,包括频发性早搏(单一性或多源性)、二联律和室性心动过速。临床研究标明其功效与奎尼丁、普鲁卡因酰胺和双异丙吡胺相似。不过在临床研究中有些病人用这种药有效,而对其他药则不一定有效,某些用其它药物无满意效果的室性心律失常病人,慢心利也许有效。本品已与其它抗心律失常药(如奎尼丁、心得安)联合用于某些顽固性心律失常。此种联合用药对许多病人有效,并且由于单个药物用量较低,不良反应发生率也较低。

慢心利的电生理特性和适应症与另一种可口服的利多卡因同系物室安卡因相似。本品与室安卡因效应差不多,尽管某些病人对