

大霉素等有更强的抗菌活性^[7,8]。对使用其他抗生素 3d 未见效者,使用 NFX 有效率为 88.9%,而对青霉素无效的患儿,使用 NFX 有效率达 90.9%^[5]。临床上用 NFX 治疗儿童肠道、泌尿道及呼吸道感染等,有效率大于 80%。国内学者^[9,10]用 NFX 治疗小儿耐药性伤寒及副伤寒,治愈率为 100%,NFX 还用于治疗儿童其他感染性疾病,见附表。

附表 诺氟沙星治疗小儿感染性疾病

No	小儿感染性疾病类型	例数	有效率(%)
1	肠道感染		
	弯曲杆菌肠炎	89	98.6
	沙门氏菌肠炎	45	100
	痢疾性肠炎	140	95.8
	其他肠炎	174	100
2	泌尿道感染	181	96.1
3	急性肺炎	19	81.8
4	呼吸道感染	48	87.3
5	化脓性腮腺炎	1	100
6	脓皮病	2	100
7	龟头包皮炎	1	100
8	耐药性伤寒	81	100
9	乙型副伤寒	18	100

综上所述,NFX 高效低毒,临床适应症广,在儿科领域有广阔的应用前景。将 NFX 扩大应用于小儿感染性疾病的同时,应尽可能多的积累第一手资料,尤其对治疗周期长,年龄偏小的患儿,更要进行随访,着重观察其

骨骼系统的变化,进一步研究总结,以促进 NFX 更好地服务于临床,服务于儿童。

参考文献

- [1] Schaad UB. Use of the quinolones in paediatrics. *Drugs* 1993;45(Suppl 3):37
- [2] Adam D. Use of quinolones in paediatric patients. *Reviews of infections diseases* 1989;11(Suppl 5):S1113
- [3] 王晓峰,尹澎,姜素椿等. 吡哌酸和氟哌酸对儿童发育的随访调查. *中国抗生素杂志*,1991;16(2):147
- [4] Hidenori M, Toshiaki A, Koji U, et al. Clinical evaluation of norfloxacin in children. *The Japanese Journal of Antibiotics* 1990;43(5):790
- [5] Ryochi F, Hidenori M, Osamu A, et al. Evaluation of norfloxacin in the paediatric field. *The Japanese Journal of Antibiotics* 1990;43(1):181
- [6] Susumu N, Kenji N, Hajime S, et al. Pharmacokinetics, bacteriological and clinical studies in the paediatric field on norfloxacin. *The Japanese Journal of Antibiotics* 1990;43(5):769
- [7] Yoshikiyo T, Mitsuo K, Hiroyuki I, et al. Laboratory and clinical studies on norfloxacin in the paediatric field. *The Japanese Journal of Antibiotics* 1990;43(5):807
- [8] 青河寛次・荘司孝. Norfloxacin と Gentamicin を用いたクレーデ氏法の評価 *The Japanese Journal of Antibiotics* 1993;46(4):331
- [9] 冯恩勤,林承仪. 诺氟沙星治疗小儿耐药性伤寒 41 例. *新药与临床*,1990;9(3):166
- [10] 周卫东,郭春红. 氟哌酸治疗乙型副伤寒 18 例疗效观察. *中国实用儿科杂志*,1994;9(4):232

试论青霉素溶剂的选择与合理用药

来文立 杨春友 王永军 杨玲
(解放军第 151 医院 安阳市 455000)

青霉素 G (penicillin G) 从发现使用至今已有 50 余年的历史,在抗感染方面可以说功勋卓著。在革兰氏阳性菌、螺旋体感染的治疗中还是首选药物^[1],不失为一种高效低毒的抗生素。但在使用过程中,由于使用溶剂不同,所带来的治疗效果也不同。某些偏碱或酸

性溶剂会导致青霉素的分解加速,效价降低,过敏反应增加^[2]。有些中性溶剂在皮试和肌注中剧烈痛疼,成人都难以忍受,小儿更甚,因此造成青霉素的使用严重不合理。特别是婴幼儿,一般的细菌感染或上呼吸道感染时,首先使用的常是先锋类或氨基甙类抗生素,

带来一系列不合理用药等问题:一是导致敏感菌群的变异加快;二是耐药株的不断增长;三是造成二重感染的不断发生;四是加重患者的经济负担。为此,笔者就青霉素溶剂的选择及促成合理用药方面探讨如下:

一、由于溶剂使用不合理,使青霉素不能充分发挥作用

在革兰氏阳性菌感染的治疗中,尽管新的抗生素很多,但在同等价格中优于青霉素的抗生素还不多见。除过敏反应外其余方面的毒副反应青霉素均小于目前其它新的抗生素。由于青霉素水溶液的不稳定性,厂家必须生产成粉针剂,在传统的使用中,只用灭菌注射用水作为溶媒,进行青霉素皮试和肌注。为了减轻局部的刺激性,过去曾用 2% 的苯甲醇注射液或 0.25% 利多卡因注射液作溶剂。可这些方法只能作为肌肉注射,且由于 2% 的苯甲醇溶液有溶血作用并对肌肉有刺激性^[2],已少用。但在皮试中为了不影响皮试结果,溶剂中又不能加任何止痛剂,单用注射用水为溶剂皮试或肌肉注射时疼痛剧烈,一般成人都难以忍受,有的患者注射 3-5 次后臀部即疼痛的不便行走。因此,有大部分患者不愿意接受青霉素的肌注治疗,就会改用其它抗生素如林可霉素、先锋霉素、庆大霉素等,或者改为静脉滴注。静滴适用于重病,如感染性心内膜炎、化脓性脑膜炎患者^[2]。可是由于用药途径的改变又延长了单次治疗时间,增加了医疗负担。另外在婴幼儿方面,肌注青霉素的给药方法由于剧疼已有被淘汰的趋势,使青霉素不能合理使用,这样就造成青霉素的用量大大减少,不能充分发挥其价廉、质优、高效、低毒的优越性。

二、加入含糖溶剂中静滴,影响青霉素效价

在临床上有相当一部分医务人员使用青霉素时,往往习惯使用 5% 或 10% 葡萄糖注射液作为溶剂进行静脉滴注,目的是既抗菌消炎,又增加营养,可谓“一举两得”。却不考

虑因葡萄糖注射液 pH 值偏低可造成青霉素水解加快使效价降低。再则,文献多次报道,病房大批病人使用青霉素时,往往出现稀释配药过早的现象,短则 3-4 个小时,长则 7-8 个小时,更有甚者多种药物配伍于一瓶之中,忽视了理化因素对青霉素稳定性的影响。有资料证明,青霉素在 5%、10% 葡萄糖液及糖盐水中的稳定性在相同条件下远低于生理盐水及注射用水。它不但效价降低而且青霉噻唑酸和青霉烯酸的含量增高,导致过敏反应的可能性增大^[3]。

三、用生理盐水作溶剂,疗效好、痛苦小、值得推广

为了减轻病人的痛苦,在不影响青霉素效价的情况下,选用一种合适的溶剂来解决青霉素肌注疼痛的问题势在必行。笔者通过门诊 108 例病人(成人 62 例,小儿 46 例)全部使用生理盐水做溶剂,进行青霉素皮试和肌注,无一例反应疼痛,且婴幼儿都能接受,肌注局部无硬结、无肿痛、皮试阳性率无差异,病人易接受,反应良好。远远优于单独用注射用水及 2% 苯甲醇、0.25% 利多卡因等溶剂。再者使用生理盐水还有溶解快,短时间内效价稳定等优点。虽说文献上有用生理盐水作溶剂的条文^[4]。但在临床上实际使用很少,没有使用注射用水那么普遍。应推广使用生理盐水作为青霉素皮试或肌注溶剂,以达到青霉素在抗感染治疗中的疗效好、痛苦小的目的。

造成使用生理盐水作溶剂较少有诸多因素:(1)大多数医护人员认为青霉素皮试只能用注射用水做溶媒,明明使用的是青霉素加 250ml 生理盐水静滴,但也要再开一支注射用水做皮试。所以改变医护人员的认识也很重要。(2)市面上难以见到 5-10ml 的生理盐水销售,只有少数医院自制,且只供自用,这样就给乡镇、农村一些基层医疗单位造成使用困难,500ml 生理盐水打开最多只能用 1-2 次,严格讲只能用一次,余下的要弃掉,浪费

较大,使用不便。为了发挥青霉素肌注疗效好,费用少,省工省时的特点。建议有条件的厂家及各医院制剂单位生产 5-10ml 生理盐水安瓿供应临床和市场,让基层医疗单位能够使青霉素的肌注简便。

四、合理使用抗生素,让青霉素这一老药永放光辉

由于抗菌药物品种不断增多,新的耐药菌株也不断增加。目前临床上抗生素的不合理使用十分严重:一是使用时间不够,在没有完全杀灭敏感菌就停药;二是频繁更换抗生素种类;三是盲目使用新的抗生素。但都忽视了使用抗生素种类的越多、时间越长、抗菌谱越广、发生二重感染的可能性越大,耐药菌群也会越多。将会出现科学家所警告的:“我们将面临着细菌不死,无药可治”的局面,为了改变抗生素的不合理使用,减少因滥用所带来的危害,主张有效、单一使用抗生素,对青霉素敏感的细菌感染应首选青霉素治疗。在

活体内证实,间歇地应用青霉素水剂时,青霉素消失后仍继续发挥其杀菌作用,细菌受青霉素杀伤后,恢复增殖力一般需要 6-12 小时,一般情况下,每日 2 次肌注能达到治疗价值(因青霉素 G 是对生长繁殖的细菌有杀伤作用)^[6]。非严重感染者应尽量使用青霉素肌注,让青霉素这一老药永放光辉。

致谢:李复发副主任药师,胡屏山副主任药师的指导。

参考文献

- [1]王玉祥,曹立林. 基本药物临床评价. 石家庄:河北人民出版社,1989:398
- [2]陈新谦,金有豫. 新编药理学. 第 13 版. 北京:人民卫生出版社,1992:54,206,55
- [3]容健材,廖锡麟. 新编药理学. 第 2 版. 南京:江苏科学技术出版社,1992:522
- [4]裘雪友,孙定人,喻维新. 药师手册. 第 1 版. 北京:人民军医出版社,1992:416
- [5]容健材,廖锡麟. 新编药理学. 第 2 版. 南京:江苏科学技术出版社,1992:520

蜂胶益胃胶囊治疗胃脘痛 35 例临床观察

马继红 叶海军 迟家平 薛秉文

(解放军第 205 医院 锦州 121001)

摘要 本文报道应用蜂胶益胃胶囊治疗 35 例胃脘痛患者。其中,肝郁气滞型 23 例,脾胃虚寒型 12 例,应用快胃片 15 例作对照组,随机分组进行临床观察,治疗结果经统计学处理,肝郁气滞型治疗组疗效明显高于对照组($P < 0.01$);脾胃虚寒型治疗组疗效与对照组无显著差异($P > 0.05$),且未发现有毒副作用,可供临床借鉴。

关键词 蜂胶益胃胶囊;胃脘痛;临床应用

蜂胶益胃胶囊是我院研制的新型抗溃疡纯天然中药,由蜂胶、乌贼骨、柴胡、三七等 13 味中药组成,具有理气解郁,温中和胃,消炎生肌,制酸止痛之功效。我院 1995 年 6 月以来,采用蜂胶益胃胶囊治疗 35 例胃脘痛患者,其中肝郁气滞型 23 例,脾胃虚寒型 12 例,疗效显著,现撰文如下:

一、临床资料

经中医辨证及胃镜检查确诊后的 50 例患者随机分为两组。蜂胶益胃胶囊治疗组 35 例,其中,肝郁气滞型 23 例,男 18 例,女 5 例,平均年龄 44 岁,主证为胃脘钝痛,时作时止,痛有定处,食欲减退,食后脘胀或饱满,嗝气吞酸,偶发恶心呕吐,舌苔薄白,舌质淡红,脉弦;脾胃虚寒型 12 例,男 10 例,女 2 例,平均年龄 43 岁;主证为胃脘隐痛,痛有定处,绵