

	组别	入室时	拔管前	吸痰拔管时	拔管后
SBP (mmHg)	复合组	136±11	119±9	133±12 <sup>1</sup>	124±9
	对照组	131±13	138±10	157±10**	156±9**
DBP (mmHg)	复合组	79±10	67±9	77±11	73±8
	对照组	76±5	82±7	93±9**	90±11*
HR (bpm)	复合组	83±14	87±9	97±12 <sup>1</sup>	86±2
	对照组	82±12	88±11	104±12**	96±15*

注:与拔管前5min比较: \*P<0.05、#P<0.01,与复合组比较, ☆P<0.05、★P<0.01。

### 3 讨论

同气管插管一样,拔管也可以引起强烈的心血管反应。有文献报道拔管期高血压发生率4~65%<sup>[1]</sup>,围拔管期由于麻醉转浅,伤口疼痛、苏醒期躁动和吸痰、导管对气管壁的刺激均可使交感神经系统兴奋,导致心动过速、血压升高及儿茶酚胺过度释放,从而增加心肌氧耗<sup>[2]</sup>。这对原有高血压、冠心病患者尤为不利,可能将增加心肌负荷,容易发生心肌缺氧、心率紊乱以及心脑血管意外。我们观察到单纯气管内插管全麻病人,围拔管期心血管反应相当强烈,其结果与以往文献报道相符<sup>[3]</sup>。采用全麻复合硬膜外阻滞,能有效抑制围拔管期的心血管反应,这可能是由于硬膜外麻醉阻断了相关部位交感神经兴奋功能,抑制交感神经活性增高,

减少气管插管时儿茶酚胺的分泌;交感神经阻滞,阻滞区域容量血管处于扩张状态,副交感神经相对亢进,心律减慢,此作用部分抵消了拔管所致交感性心血管副反应,加以病人苏醒后术区无痛,减轻了因伤口痛所引起的情绪躁动,血压升高和心律增快<sup>[4]</sup>。在术毕拔管前,复合组心血管指标比对照组趋于稳定,拔管时HR、SBP虽较拔管前升高,但与入室时相当,能有效预防围拔管期高血压、心律增快的发生,从而使整个围拔管期血流动力学较稳定。此外,还可经硬膜外导管给药继续进行术后镇痛治疗。

总之,全麻复合硬膜外阻滞麻醉对围拔管期心血管反应或心脑血管意外等并发症的发生有一定预防作用,特别是对原有高血压、冠心病等严重心脑血管疾病患者尤为有益。

### 参 考 文 献

- [1] Halpern NA, Sladen RN, Goldberg JS, et al. Nicardipine infusion for postoperative hypertension after surgery of the head and neck. Crit Care Med. 1990, 18(9):950-5.
- [2] Bidwai AV, Bidwai VA, Rogers CR, et al. Blood-pressure and pulse-rate responses to endotracheal extubation with and without prior injection of lidocaine. Anesthesiology. 1979, 51(2):171-3.
- [3] 周德华, 陈泰卫. 预防气管拔管时的心血管反应. 临床麻醉学杂志, 1995, 11:334-6.
- [4] 杨瑞, 赵秀云. 硬膜外阻滞加浅全麻的应用. 国外医学? 麻醉学与复苏分册. 1997, 2:92-5.

## 双解止泻颗粒联合甘草锌治疗婴幼儿秋季腹泻 118 例临床观察

曹淑萍<sup>1</sup> 李昌武<sup>2</sup> 邓三根<sup>1</sup> 刘建林<sup>1</sup>

(1 峡江县人民医院 江西峡江 331409; 2 峡江县中医院 江西峡江 331409)

【中图分类号】R285.6 【文献标识码】B 【文章编号】1672-5085 (2009)30-0073-02

**【摘要】** 目的 观察双解止泻颗粒联合甘草锌治疗婴幼儿秋季腹泻的临床疗效。方法 将我院门诊确诊为秋季腹泻的患儿118例,随机分成治疗组和对照组。两组都给予常规治疗,治疗组加用双解止泻颗粒及甘草锌颗粒,比较两组疗效。结果 治疗组显效率明显优于对照组。结论 双解止泻颗粒联合甘草锌治疗小儿秋季腹泻疗效肯定,值得临床推广使用。

**【关键词】** 双解止泻颗粒 甘草锌 婴幼儿 秋季腹泻

秋季腹泻是秋冬季婴幼儿腹泻最常见的病原。呈散发或小流行。经粪-口传播,也可经呼吸道感染而致病,多发生在6~24个月婴幼儿,常并发脱水、酸中毒及电解质紊乱。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择我院2008年9月-11月门诊确诊为秋季腹泻患儿118例。年龄6个月-2岁,男60例,女58例。随机分为两组,治疗组59例,男32例,女27例;对照组59例,男28例,女31例。两组病情轻重、发病年龄、性别均无统计学差异。

#### 1.2 方法

两组均给予常规治疗,包括补液,口服益生菌、蒙脱石粉,抗病毒等。治疗组加用双解止泻颗粒(主要由黄芩、葛根、升麻、地锦草、车前子组成),用法: <1岁者,每次2克,1-2岁者,每次4克,每日2次;甘草锌颗粒,按元素锌20mg/d,分两次口服,至腹泻治愈。

#### 1.3 疗效判定

用药后24h大便次数减少,呕吐停止,脱水纠正,3d内痊愈为有效;用药后48h大便次数减少,呕吐停止,脱水纠正,4d-

5d内痊愈为好转;5d以后痊愈为无效。

### 2 结果

治疗组59例,有效44例,好转14例,无效1例,总有效率98.3%,无效率1.7%;对照组59例,有效19例,好转20例,无效20例,总有效率67.1%,无效率32.9%。两组疗效比较有显著差异。

### 3 讨论

秋季腹泻潜伏期1-3天,起病急,常伴有发热与上呼吸道感染症状,病初1-2天常发生呕吐,随后出现腹泻。大便次数多、量多、水分多,易并发脱水、酸中毒及电解质紊乱。近年报道,轮状病毒感染可侵犯多个脏器,可产生神经系统症状,有的表现为血清心肌酶谱增高,提示有心肌受损<sup>[1]</sup>。因此积极治疗小儿秋季腹泻,具有重要的临床意义。

该病属中医学“泄泻”的范畴。小儿泄泻发生的原因,以感受外邪、伤于饮食、脾胃虚弱为多见<sup>[2]</sup>。故《幼幼集成·泄泻证治》说:“夫泄泻之本,无不由于脾胃。若饮食失节,寒温不调,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降,而泄泻作矣”。而治疗组中加用的双解止泻

颗粒:黄芩、地锦草清肠化湿止泻,葛根解表清热、化湿止泻,车前子清利湿热止泻,升麻升举清阳。故可明显缓解或消除腹泻、发热等症状,缩短病程,减少并发症的发生。

锌是人体必需微量元素之一,为100多种酶的关键组成成分,各种原因所致腹泻皆可妨碍锌的吸收,而缺锌可致消化功能减退,免疫功能降低,容易发生感染<sup>[1]</sup>。有人报道急性腹泻患儿组的血锌含量明显低于正常对照组,有统计学差异( $P<0.01$ )<sup>[4]</sup>。2007年8月在雅典举行的第25届世界儿科大会指出:微量元素锌的补充是小儿腹泻病治疗的两大进展之一,补元素锌10~20mg/d直到腹泻停止可减轻5岁以下儿童腹泻程度、缩短病程。

本观察表明:双解止泻颗粒联合甘草锌颗粒参与小儿秋季

腹泻的治疗,可明显缓解症状,缩短病程,从而减少并发症。值得临床推广使用。

## 参 考 文 献

- [1] 沈晓明 王卫平.儿科学(第7版)[M].北京:人民卫生出版社,2008:251.
- [2] 汪受传.中医儿科学.北京[M]:中国中医药出版社,2002:100-101.
- [3] 沈晓明 王卫平.儿科学(第7版)[M].北京:人民卫生出版社,2008:78.
- [4] 张传凯.急性腹泻患儿64例血锌检查结果分析[J].基层医学论坛,2006,10(7):580-581.

## 浅析中药注射剂不良反应原因

付晓玲(滁州市食品药品检验所 安徽滁州 239000)

【中图分类号】R969.3

【文献标识码】B

【文章编号】1672-5085(2009)30-0074-02

【关键词】中药注射剂 不良反应 原因

中药注射剂是20世纪50年代后发展起来的中药新型剂型,具有生物利用度高、作用迅速等特点,近年来,中药注射剂在临床上广泛应用,关于中药注射剂不良反应的报道不断增加。因此,中药注射剂的疗效和安全性问题,已引起临床的质疑,也严重阻碍了我国中药现代化的发展。笔者对中药注射剂不良反应的发生原因进行分析,以期防范措施的研究,促进合理用药。

### 1 中药注射剂的常见不良反应临床表现

中药注射剂的不良反应常累及多器官、多组织、多系统,归纳起来主要有以下几类:一是过敏反应。轻者表现为皮疹和瘙痒等皮肤损害,重者表现为高热、寒战、过敏性休克、器官功能衰竭甚至死亡。二是消化系统反应。表现为恶心呕吐、腹痛腹泻或腹胀、消化道出血等。三是呼吸系统反应。常出现呼吸困难或急促,甚则引起呼吸衰竭、急性肺水肿等。四是血液系统反应。表现为皮下紫癜、白细胞减少、急性再生障碍性贫血等。五是泌尿系统反应。可出现尿频、血尿、蛋白尿、少尿、肾衰等。六是神经系统反应。出现头痛、眩晕、失眠、抽搐、末梢神经炎等。七是运动系统反应。表现为四肢无力、麻木、震颤、关节肿胀等。中药注射剂还可引起疼痛、性功能减退、视觉损害等不良反应。

### 2 引起中药注射剂不良反应的原因

#### 2.1 生产环节

2.1.1 药材因素 我国中药材种类繁多,成分复杂,中药注射剂的有效成分、毒性、疗效等至今尚未完全阐明,这些都增加了不良反应发生的机会。中药注射剂所采用的药材由于产地不同、采集季节不同,所含有效成分有较大的差异,同时中药材注射剂往往是由多种中药成分提取精制而成的复方制剂,目前已列入国家标准的109种中药注射剂中,属复方制剂的有50种,药味越多就越容易出现不良反应。

2.1.2 工艺因素 中药注射剂制备工艺落后,除去12个保密品种外,很少见有新方法、新技术、新工艺的应用。在制备过程中,药材中含有的淀粉、色素、鞣质、多肽蛋白质、树脂、绿原酸等杂质难以除尽,会以胶体形式存在于药液中,进入机体后极有可能作为半抗原与血浆蛋白结合成全抗原,引起过敏反应。中药注射剂生产过程中的添加剂、增溶剂、着色剂、赋形剂等物质必须通过先进严格的工艺才能有效剔除,否则成为过敏物

质而诱发各种不良反应。中药注射剂制备过程中的提纯、微粒控制和附加剂的使用等对不良反应的发生有直接影响。

2.1.3 标准因素 大部分中药注射剂质量控制标准不完善、专属性低,仅能对所含个别成分进行定性鉴别和含量测定,无法对所有成分做出定性、定量分析,特别是对人体有害的成分不能做出限量检查。中药材种植受自然环境的影响较大,如农药、重金属、放射性元素、微生物的污染等都会影响到药材的质量。由于原料来源、包装材料、生产条件、生产过程控制不同,同一产品不同厂家内在品质相差较大,增加了临床不良反应的风险。

#### 2.2 临床环节

2.2.1 机体因素 临床使用中药注射剂发生不良反应,大多与患者体质、性别、年龄存在一定关系。由于存在个体差异,如遗传基因、体内药物代谢酶活性及免疫系统的差异等,导致个体对药物的反应性不同,过敏体质患者不良反应发生率较高,且往往较严重。女性比男性发生率高。新生儿、婴幼儿各系统器官功能不健全,易发生不良反应,老年人发生率较青年人高,从生理上看,老年人各脏器功能开始减退,药物代谢的速率减慢,易发生不良反应。

2.2.2 联合用药 临床上常将中药注射剂与西药配伍使用,以达到中西药联用协同增效作用。由于中药成分复杂,注射剂的研制和应用时间相对较短,至今中药注射剂与其他药物的配伍尚属科研空白,因此应尽量单独使用,避免与其他药物配伍,如确属必要时也应在两药之间适当加输液隔开,或间隔一段时间使用,防止几种药物在血液中混合发生化学反应,发生不良反应。

2.2.3 稀释剂选择 中药注射剂在使用时需要加一定液体稀释,在与稀释剂配伍时容易因pH值、溶解度等的改变而析出。在临床使用中,很多医师并未深入考察中药注射剂与稀释剂配伍的稳定性,随意选择稀释剂,造成不良反应的发生。因此,在选择稀释剂的时候,首先按照说明书中推荐的稀释剂溶解稀释,说明书中未写明的,可考虑与葡萄糖配伍,因钠离子有时可对中药注射剂的稳定性产生影响,同时配伍后应密切关注是否有沉淀、变色、不溶性微粒的出现。稀释剂的用量也不能忽视,生脉注射液要求用5%葡萄糖200~500ml稀释后静脉滴注,有用5%葡萄