

因缺锌以及代谢衰退而使肌肉组织内积聚的乳酸、丙酮酸难以继续氧化,常出现乏力、肌肉酸痛等,又因缺锌而使味觉素合成障碍,出现味觉改变、食欲不振。常年饮用富锌富硒茶可消除肌肉乳酸的积聚,有利于疲劳的恢复。锌参与味觉素的合成,故饮用该茶可增强和维持味觉的敏感性,增进食欲。

此外,常年饮用富锌富硒茶还可预防因缺锌引起的老年性白内障、老年痴呆、视觉和色觉障碍、贫血等。预防因缺硒引起的克山病、大骨节病及某些关节疾病。并能增强性欲,提高视力和增强机体的抗病能力。

经近年来的研究证实,生长于大巴山腹地的陕西西乡茶叶含锌量达 36~53.5ppm,

含硒量达 0.6~0.858ppm,属天然富锌富硒茶,并定名为西乡天然锌硒保健茶。这是继陕西紫阳富硒茶以后的又一新发现。其含锌量远超过紫阳富硒茶,最近在西安市通过专家评审认可。目前已作为国内新型优质保健饮料开发使用,以满足广大饮茶者特别是中、老年人的保健需要。

此外,该县最近还与解放军五三八医院通力合作,利用当地得天独厚的资源优势,又研制出了天然锌硒绞股蓝袋泡茶等系列产品,以提供和满足中、老年人对延缓衰老、预防癌症和冠心病、抗疲劳、降脂、降压等的新型保健饮料的需要。

茚得卡尼特对左心室功能不全患者的作用

刘晓帆 张紫洞 校

盐酸茚得卡尼特 (Indecainide) 是一种新的抗心律失常药,1989 年经美国 FDA 批准,用以治疗恶性室性心律失常。本文以心脏病患者为研究对象评价其作用。

11 名患者室性过早综合波出现率 ≥ 30 /小时,有中度至明显左心室功能不全,射血分数平均为 $34\% \pm 8\%$ 。茚得卡尼特起始剂量口服 50 mg,每 6 小时给药一次。如果对室性过早综合波抑制 $\leq 80\%$ 、患者能耐受治疗,可隔 3 日增加日剂量 100 mg,最大剂量每日 400 mg。

结果表明:经茚得卡尼特治疗后,室性过早综合波的出现率由给药前平均 319 ± 400 /小时 ($32 \sim 1157$ /小时,中位数 147) 降至 157 ± 446 /小时 ($0 \sim 1496$ /小时,中位数 10); 11 例患者中 9 例室性过早综合波抑制达 80% 以上 ($P < 0.05$)。8 例有非持续性心动过速发作的患者,用药后 5 例发作完全抑制,1 例

无改变,2 例发作增加。PR 间期由给药前平均 158 ± 22 msec ($140 \sim 200$ msec) 最大增至 178 ± 69 msec ($140 \sim 320$ msec),平均百分率改变为 $30\% \pm 23\%$ 。QRS 间期从给药前平均 90 ± 14 msec ($80 \sim 120$ msec) 最大增至 104 ± 18 msec ($80 \sim 120$ msec, $P < 0.05$),平均百分率改变为 $16\% \pm 16\%$; 10 例患者中 6 例 QRS 间期增加,4 例平均增至 120 ± 11 msec 的患者出现新的心室内传导减慢。本品与地高辛合用,可增强对 PR 间期的影响,QRS 间期改变也较大。作者建议对服地高辛的患者要注意观察 PR 间期的改变,加强安全用药。本品不改变 QT 或 QT_c 间期。十一例患者除 2 例因不良反应停止给药外,9 例接受本品的每日剂量平均为 189 ± 33 mg,有效血药浓度平均为 627 ± 173 ng/ml; 半数受试者的有效血药浓度为 600 ng/ml。PR 间期的改变率与血药浓度呈线性相关 ($r = 0.80$), $P <$

0.001); QRS 波的延长与 QRS 间期的改变也与血药浓度相关 ($r=0.66, P<0.001$); 而血药浓度与射血分数呈负相关 ($r=0.71, P<0.02$), 心功能明显受损的患者本品血药浓度较高。用药期间 2 例患者产生恶心、1 例便秘; 未证实不良反应与血药浓度有关。

研究者认为: 本品延长体表心电图 PR 和 QRS 间期与其延长希氏束心电图的 AH 和 HV 间期的临床电生理效应一致, 而对 PR 间期影响比对 QRS 间期明显, 这说明本品对

AV 结和对 His-Purkinje 传导的效应可用于治疗室上性心动过速。根据该研究, 射血分数降低或肾功能减弱的心脏病患者, 开始使用本品时或增加剂量时, 应进行血药浓度监测。这类患者可能需要较小的剂量或减少给药次数, 以避免出现不必要或意外的高浓度。

[Clin Pharmacol Therapeutics 临床药理学和临床药理学, 1990; 48(5): 582(英文)]

血管紧张素转换酶抑制剂性咳嗽

姜延宁译 陈金明校 张紫洞审

对咳嗽作为血管紧张素转换酶 (ACE) 抑制剂 (如卡托普利、依那普利) 的副作用的认识正不断深入。文献报道其发生率高达 15.4%。这与先前估计的且仍为制药厂所引用的 1~3% 的发生率形成鲜明对照。

特征

目前对此类咳嗽的叙述是一致的。常以喉后部搔痒感开始, 然后进展到所谓最典型的干性、无痰、持续性咳嗽, 即干咳, 很少被描述为产痰性。咳嗽常在晚上或仰卧位时加重; 可为阵发性, 严重时伴有呕吐。

时间过程

咳嗽在服药后 24 小时至数月内发作。在多数情况下, 治疗期间咳嗽持续存在。停药后症状消失可能需数日, 这可能与此类特殊药物的已知药物动力学有关。更换另一种 ACE 抑制剂或重新使用原来药物治疗, 通常导致咳嗽复发。

危险因素

咳嗽反应似与剂量无关。咳嗽在女性更常见, 女性与男性之比为 2:1, 原因尚不清楚。由于现有大多数报道的病例系绝经后妇女,

故激素的影响可能性不大。当咳嗽发生于青年妇女时, 月经周期似不影响咳嗽频率。虽然服用 ACE 抑制剂与支气管高反应性普遍增加无关, 但哮喘是否增加其危险性尚不清楚。依那普利咳嗽发生率可能比卡托普利高。如果这样, 依那普利作用时间较长可解释此现象。

机理

虽然咳嗽反应的机理尚不清楚, 但血管紧张素 I 积蓄的可能性不大。目前怀疑是 ACE 的其他分解物如缓激肽和 P 物质的积蓄。在肺脉管系统由 ACE 分解缓激肽和 P 物质, 在体内和体外试验中, 卡托普利均抑制这些过程。

治疗

对 ACE 抑制剂引起的咳嗽唯一有效的治疗是停药。一项无对照研究报道, 用环氧酶抑制剂舒林酸 (Sulindac) 后咳嗽反应明显减少。现有另一种非甾体抗炎药二氯芬酸 (diclofenac) 使用效果相似报道。这些观察支持一种理论: 前列腺素类可能作为 ACE 抑制剂诱发的咳嗽的主要化学介质。