

26.1mm, 第四组平均为 18.6mm, 两组混合标准差 2.70; 标准误 1.21; $P < 0.01$ 。第三组与第四组间差异非常显著。

以上实验结果说明猴菇菌片对胃蛋白酶有一定的抑制吸附作用。

四、讨论

临床治疗胃溃疡病的药物很多, 其作用机理各有不同。实验证明猴菇菌片治疗胃溃疡病的作用机理可能是通过其对胃蛋白酶的抑制作用而促进溃疡愈合, 在治疗胃溃疡病的药物中猴菇菌片可能属于胃蛋白酶抑制剂。

输液反应原因浅析

第二军医大学第二附属医院(上海 200003) 李曼园

输液疗法是临床最常用的治疗手段之一。但由于液体或药物制备不纯、输液用具不洁, 液体选用不当, 无菌操作观念不强, 药物配伍不妥, 输液过多或速度过快等原因, 常可见病人出现这样或那样的反应, 这种因输液而出现的不良反应被统称为输液反应。

临床上最常见的输液反应为发热反应(又称热原反应), 其次为过敏反应、急性肺水肿、细菌污染反应。还有, 空气栓塞、静脉炎等也归属于输液反应之列。这里要说明的是: 输液反应并不仅仅是输液本身带致热原而引起的, 影响输液反应的因素还很多, 它既与致热原、药物、环境等外在因素有关, 又与人体本身的体质、机能状态等内在因素有联系。现就输液反应原因浅析如下:

1. **药物因素** 输液中带有致热原是造成热原反应的主要原因, 这类致热原主要是指某些被破坏的细菌残体及其代谢物, 如革兰氏阴性杆菌内毒素等, 其次是霉菌、病毒等微生物的代谢产物。此外, 各种不溶性异物颗粒, 如灰尘、玻璃屑、纤维屑等, 亦可作为致热原引起热原反应。这跟药物原料和容器的质量以及输液配制过程有关联。

许多药物在输液中配伍时, 因溶解度小、pH 改变、离子络合、聚合或分解等原因, 产生不溶性颗粒, 也会增加输液反应的发生。

某些药物进入人体后, 可与蛋白质等大分子结合, 形成“结合抗原”而引起过敏反应,

如青霉素类、磺胺药、普罗卡因、细胞色素 C 等。还有一些制剂, 如水解蛋白、右旋糖酐、代血浆、白蛋白等。由于原料不纯或有异性蛋白, 也可引起过敏反应。

静脉输液浓度较高、刺激性强的药物, 如四环素、氢化可的松、去甲肾上腺素、红霉素等, 可引起局部静脉壁的化学炎症反应。

还有一些药物用在病人身上后会出现“药物热”的反应。药物热是药物本身的一种副作用, 它约占整个药物不良反应的 3~5%。这类药物有^[1]: 两性霉素 B、奎尼丁、水杨酸盐、别嘌呤醇、硫嘌呤、头孢菌素类、碘化物、异烟肼、对氨基水杨酸、利福平、链霉素、万古霉素、酮康唑等。药物热的发生机理比较复杂, 典型的药物热多在用药后 7—10d 内出现。因此, 药物热不同于一般所说的输液反应, 应加以区别。

2. **输液过程** 输液过程具有多环节的特点, 影响输液反应的因素较多。除输液本身的质量纯度外, 输液器的清洁与否, 跟输液反应的发生有很大相关性。输液导管冲洗不净, 残留的细菌虽经高压灭菌, 但死菌体内释放出的内毒素未被高温灭活, 当被输液带进入人体后即可发生热原反应。

输液时药液外漏, 可造成局部水肿。静脉插管部位维护不妥, 插管时间过长(超过 48h), 易造成输液性感染。输液速度过快、短期内输入过多的液体, 使循环血容量急剧增

加,心脏负担过重,易引起急性肺水肿和心力衰竭。

3. 病人的体质和机能状态 由于个体的差异,病人对热原和药物的反应是有差异的。机体的机能状态不同,对热原的反应亦有明显差异。神经系统处于抑制状态,对热原的反应就不敏感;兴奋状态时,则对热原敏感。

因此,临床上高热病人,重症病人易出现输液反应。垂体肾上腺皮质机能低下时,机体对有害因子的抵抗力下降,也容易出现输液反应。

参考文献

[1]小泉一弘,牧野莊平,最新医学.昭和59年39(6):1149

甲硝唑对慢性支气管炎、肺气肿的疗效观察

山东省平度市人民医院(平度 266700) 范珍云

上呼吸道感染引起的慢性支气管炎、肺气肿是临床的常见病和多发病。重者可丧失劳动能力,甚至失去生命。

甲硝唑,又名灭滴灵。1978年世界卫生组织将甲硝唑定为抗厌氧菌感染的基本药物,1979年日内瓦国际会议推荐甲硝唑为防止各种厌氧菌感染的首选药物。随着人们对甲硝唑认识的不断加深,其应用范围也不断扩大。据报道:甲硝唑对革兰氏阴性无芽孢厌氧菌、革兰氏阳性厌氧芽孢菌、厌氧球菌都有着较好的杀灭或抑制作用,并且极易进入人体大部分组织和体液中迅速达到治疗浓度,长期使用一般不会引起菌群失调,不诱发双重感染。

笔者自1992年以来,连续对74例患者(其中男48例,女26例;40~50岁8例,51~60岁40例,61~70岁26例)应用甲硝唑配合其它抗菌药物治疗慢性支气管炎、肺气肿病进行观察,发现有显著疗效,临床总有效率为100%,一般用药3~7d,症状将有明显好转。现将我院自1992年至1993年应用甲硝唑治疗慢性支气管炎、肺气肿的几例典型病例报告如下:

病例1:男,40岁,农民。自幼患支气管炎,后并发肺气肿,几十年来,几乎失去了劳动能力。每年冬春两季,病情加重。1992年1月,病人再次来门诊诊治。笔者除常规应用红

霉素1.2g加入生理盐水内静脉滴注外,又给予2%甲硝唑250ml静脉滴注,连用两天,第三天,病情有明显好转,又滴注5次,咳喘症状基本消失。为巩固疗效,又给予甲硝唑片剂口服,每次0.4g,每日3次。经此次治疗后,病情痊愈,以后也很少感冒,能参加正常体力劳动。随访两年,病情稳定,未再发作。

病例2:女,54岁,中学教师。患支气管炎并肺气肿10余年,每当感冒、病情加重时,胸闷、气急,咳嗽不止,吐黄色脓痰,影响正常工作。笔者根据以往病史及现急性发作症状,给予2%甲硝唑250ml静脉滴注,并配合盐酸洁霉素1.8g加生理盐水内静脉滴注,每日1次,连续用药7d,待病情稳定后,改用口服甲硝唑片剂,每次0.4克,每日3次,疗效显著。随访两年,此病未再发作。

病例3:男,70岁,农民。患支气管炎并肺气肿20余年,平时病情轻时,就自服氨茶碱、抗菌药物;发作厉害时,经常住院治疗。咳喘、气急、吐黄色脓痰、强迫体位,端坐呼吸,精神萎靡、食欲不振。笔者给予2%甲硝唑250ml静脉滴注,每日1次;盐酸洁霉素1.8g加生理盐水内静脉滴注,每日1次;复方甘草片3片,每日3次含化。用药后,当天症状减轻,疗效显著,连续用药7d,病情明显好转,随访2年,病情稳定,并能早晚坚持室外散步、锻炼身体。