

两组治疗前后 Hb、BUN、Scr、Ca⁺⁺、P⁻ 比较,见表 2。

表 2 两组治疗前后各相关指标值比较($\bar{x} \pm s$)

项 目	对照组(n=27)		治疗组(n=27)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
Hb(g/L)	88.11 ± 27.20	82.04 ± 22.26*	78.04 ± 26.50	82.52 ± 25.99
BUN(mmol/L)	22.77 ± 11.32	22.11 ± 11.91	22.42 ± 14.16	15.77 ± 7.20 [△]
Scr(μmol/L)	569.32 ± 409.36	601.11 ± 402.62	609.06 ± 576.78	418.49 ± 253.11**
Ca ⁺⁺ (mmol/L)	2.02 ± 0.32	1.99 ± 0.33	2.02 ± 0.29	2.06 ± 0.34
P ⁻ (mmol/L)	1.83 ± 0.76	1.89 ± 0.76	2.12 ± 1.22	1.93 ± 1.12

注:与同组治疗前相应值比较 * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

与对照组相应值比较 $\Delta P < 0.05$

三、讨论

复方丹参注射液由丹参、降香配制而成,大量临床和药理学研究认为,丹参能调节毛细血管张力、改善血液流变性、影响纤溶活性、降低血液粘度等作用^[4]。在慢性肾衰患者,复方丹参注射液的有效成分丹参酮等能改善因肾衰所致的肾素和血浆容量的失调;缓解因肾素的增加所致的肾小血管阻力增大、红血球瘀积、肾脏血流减少等的连锁反应^[5],有利于增加血流量、建立侧枝循环。本文结果显示,治疗组治疗后 BUN、Scr 显著下降,(P 值分别 < 0.05 和 < 0.01),而与对照组比较,BUN 下降亦有显著意义($P < 0.05$)。患者主观症状改善,食欲、体重增加,恶心呕吐减轻甚至消失,尿量增多亦较明显。

本结果显示治疗组的 Hb 变化统计学上无意义,可能与治疗时间尚短,治疗中补充造血所必须的物质如铁、叶酸、VitB₁₂ 等不及时

或不足有关。但与对照组的 治疗前、后有显著下降($P < 0.05$)相比较,还是有一定的疗效。至于血钙、血磷测定值治疗前、后及与对照组比较均无意义,亦可能与治疗时间短、肾小管功能恢复慢且不易有关。综上所述,复方丹参注射液对慢性肾衰有一定的治疗作用。考虑到其安全性较好且价格低廉,对于需长期治疗的肾衰患者来说,本品具有临床应用价值。

参考文献

- [1]顾家珍,李俊,刘世清,等.心内直视手术中复方丹参的心肌保护作用.中国中西医结合杂志,1998;18(2):68
- [2]徐守江,王万铁.复方丹参注射液治疗慢性肝病.温州医学院学报,1993;32(3):169
- [3]叶任高,沈瑞清.肾脏病诊断与治疗学.第1版.北京:人民卫生出版社,1994:516
- [4]陆建军.丹参的临床新用途.中国医院药学杂志.1991;5(11):230
- [5]卢焰山.丹参治疗慢性肾功能不全临床疗效观察.湖北中医杂志,1990;4:14

消化性溃疡不合理用药简析

冯 堃

(济南铁路局中心医院 济南 250001)

摘要 本文为探讨消化性溃疡的合理用药,提供参考依据。分析了消化性溃疡治疗中的不合理现象,并作了初步分析。

关键词 消化性溃疡;不合理用药;药物配伍

我院临床药理学室自 1989 年成立以来,坚持每季度抽查门诊处方 2000 余份,经多年调查积累,发现消化性溃疡治疗药物应用不合理现象较多,现汇总分析如下,供临床用药参考。

一、用药不当

目前认为幽门螺旋杆菌作为一种致病因子在消化性溃疡的形成和复发中起着重要作用,因此根除幽门螺旋杆菌是防治消化性溃疡的重要步骤,需加用抗菌治疗,但大部分此类处方未加用抗生素,这也是造成长期用药效果不佳及容易复发的重要原因。有报道短程三联疗法(包括次枸橼酸铋、甲硝唑和四环素或阿莫西林)根除幽门螺旋杆菌成功率可达 60%~80%^[1];阿莫西林合用奥美拉唑方案,病人依从性佳,副作用少,确有快速清除幽门螺旋杆菌及较短时间内促进溃疡愈合的作用^[2];庆大霉素缓释片与法莫替丁联用亦为治疗消化性溃疡较为满意的方法。

二、服药时间不当

抗酸药在胃液酸度高峰时服用很重要,空腹时服药效仅维持半小时,而饭后 1~2h 服用,因胃排空减慢药效可维持 3~4h;铋剂应在饭前半小时或睡前服用,不宜大剂量长期服用,不宜同服牛奶、抗酸剂,因牛奶和制酸药可干扰其作用^[3]。另外,西咪替丁一般在进餐时与睡前服药效果最好,与制酸药伍用时,两药摄入时间务必隔开,否则西咪替丁的吸收可减少。

三、合并用药不当,导致疗效降低或不良反应增加

1. H₂-受体拮抗剂与甲氧氯普胺或多潘立酮合用。H₂-受体拮抗剂如西咪替丁、雷尼替丁主要抑制胃酸分泌,从而促使溃疡膜的修复,它们的疗效与其剂量及胃内滞留时间密切相关,若与甲氧氯普胺或多潘立酮合

用,由于其促进胃肠蠕动,使 H₂-受体拮抗剂在胃内停留时间缩短,而且影响其体内过程,使其生物利用度降低,再者,西咪替丁、雷尼替丁能升高血清催乳素浓度,从而引起女性乳房胀痛,溢乳及男性乳房发育,而甲氧氯普胺和多潘立酮也能刺激催乳素分泌,所以若两者合用不仅影响西咪替丁和雷尼替丁的疗效,而且可加重副作用^[4]。

2. 抗酸药与喹诺酮类抗菌药合用。抗酸药因可降低胃液酸度而使喹诺酮类抗菌药物吸收减少,应避免同服。另外,盖胃平或复方氢氧化铝片等抗酸药的主要成分有三硅酸镁和氢氧化铝,而铝镁等多价阳离子与喹诺酮类结构中的 4-氧基和邻近羧基发生螯合作用,由于这些基团是喹诺酮类药物的活性部分,所以多价金属阳离子可降低喹诺酮类的吸收,降低其活性和抗菌后效应^[5]。

3. 抗胆碱类药与甲氧氯普胺合用。抗胆碱类药如颠茄片、丙胺太林能抑制胃肠蠕动,延迟胃排空时间,具解痉作用,而甲氧氯普胺则促进胃肠蠕动和排空,两种药理作用正好相反,不宜合用。

综上所述,解决防治消化性溃疡药物使用不当的对策主要是明确诊断与掌握适应症,根除幽门螺旋杆菌,注意各类药物之间的相互作用,合理选择安全有效的给药方案。

参考文献

- [1]卢恕,于建民.治疗消化性溃疡药物的合理应用.新药与临床,1995;14(5):289~92
- [2]刘进进,屠柏强.阿莫西林合用奥美拉唑治疗幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡病 85 例.新药与临床,1995;14(5):305~6
- [3]中华人民共和国卫生部药典委员会编.临床用药须知,1995:237
- [4]吴学新,王治臣.多潘立酮与其它药物的相互作用.中国医院药学杂志,1995;15(4):156~7
- [5]于吉峰.氟喹诺酮类抗菌药与其它药物配伍应注意的问题.中国医院药学杂志,1993;13(1):44~5