

下:

1 临床资料

30 例中,男 18 例,女 12 例,年龄 22~53 岁,平均 38.5 岁。按照损伤部位分 T₁₂ 骨折 7 例, L₁ 骨折 13 例, L₂ 骨折 10 例,多为无椎管内占位,或椎管内占位 < 1/3,均无神经损伤表现。

2 治疗方法

2.1 手术方法 采用连硬外麻醉,后侧正中切口,依次切开皮肤,皮下组织至胸背筋膜层,脊突旁开约 1 cm 处,向下可触及关节突,从此处纵形剪开胸背筋膜,可见竖脊肌群,于最内侧第一、二条肌腱之间作纵向钝性分离(此间隙为内侧的多裂肌与外侧的最长肌之间隙),显露关节突及横突,椎体定位准确后,在“人字脊”上或横突中点钻孔,钻入椎弓根钉,装上 AF 或钉棒,术中不需输血,术后不用放置引流管。

2.2 中药外治法 术后 10 天左右拆线,如伤口愈合良好,拆除缝线 2 天后采用中药熏蒸,每天 1 次,每次约 30 分钟。处方组成:苍术、红花、紫荆皮、透骨草、威灵仙、海桐皮、艾叶、海风藤、伸筋草、鸡血藤等。

3 结果

23 例病人获得随访,平均 7.2 个月(4~11 个月),7 例失随访,所有随访患者的胸腰段骨折椎体获得了良好愈合,无一例发生骨折复位丢失,以及内固定松动、断裂。

4 讨论

胸腰段骨折传统的后侧正中入路手术方法是:将骶脊肌在椎板上的附着剥离,此手术的优点是视野广,缺点是损伤大、出血量大,影响背部肌肉功能及早期功能锻炼。采用经竖脊肌间隙入路的方法:(1)所有显露过程都是在肌肉进行,保留了竖脊肌的起止点,不影响患者术后的背部肌肉功能,可早期进行功能锻炼。(2)肌肉间分离可明显减少出血量。(3)术后竖脊肌可自行靠拢关闭潜在的腔隙,所以术后无需再放置引流管,也避免了术后的再次失血。(4)经竖脊肌间隙入路,为肌间隙入路,符合现在倡导的微创手术理念,相比传统手术,能够明显缓解患者术后的疼痛。(5)术口拆线后,配合传统的中药熏蒸可促进局部的瘀血扩散、吸收、缓解疼痛,明显有利于腰背肌功能的恢复。

38 例注射用头孢美唑钠不良反应分析

★ 张耀东 周学琴 (北京大学深圳医院药剂科 深圳 518036)

摘要:目的:了解注射用头孢美唑钠在临床应用的不良反应,探讨其一般规律及特点。方法:对我院 2008 年 1 月~2008 年 12 月 ADR 监测室收集的 38 例注射用头孢美唑钠不良反应报告进行分析。结果:注射用头孢美唑钠不良反应以神经系统表现为主且主要发生于老年患者,其次为皮肤系统及消化系统损害。结论:老年患者应慎用头孢美唑钠,规范合理用药,以减少或控制 ADR 的发生。

关键词:注射用头孢美唑钠;不良反应;分析

头孢美唑钠(Cefmetazole Sodium)为头霉素类半合成抗生素,性能与第二代头孢菌素相近,通过强力抑制增殖期细菌的细胞壁的合成而达到杀菌作用。抗菌谱包括革兰阳性、阴性菌和厌氧菌,对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、肺炎杆菌、变形杆菌、类杆菌属、消化球菌属及消化链球菌等有良好的抗菌作用,适用于敏感菌所致的下呼吸道感染(肺炎和支气管炎)、妇科炎症、肾盂肾炎、腹膜炎、败血症、胆囊炎及胆管炎的治疗。头孢美唑钠对 β -内酰胺酶的抵抗力高,因此对 β -内酰胺酶的敏感菌的很强抗菌力。本文通过对我院 2008 年 1~2008 年 12 月发生的头孢美唑钠不良反应进行分析,旨在研究药物不良反应发生的特点及规律,为临床安全合理用药提

供参考。

1 资料与方法

1.1 资料 对我院 2008 年 1~2008 年 12 月 ADR 监测室收集的 38 例注射用头孢美唑钠不良反应报告进行分析。经广东省药品不良反应监测中心评估认定,均已上报国家药品不良反应监测中心。

1.2 ADR 因果关系判断标准 根据国家食品药品监督管理局 2004 年 3 月 4 日颁布的《药品不良反应报告和监测管理办法》第四章药品不良反应病历的分析与评价进行评价。肯定 9 例,很可能 25 例,可能 4 例。

1.3 方法 依照药品不良反应报告,按照年龄、性别、不良反庆发生时间和不同器官系统损害的病历

进行统计和分析。

2 结果

2.1 ADR 在不同年龄的分布 38 例报告中女性多于男性,女性 24 例,男性 14 例。老年患者发生 ADR 多于青壮年患者。38 例 ADR 在不同年龄段的分布详见表 1。

表 1 38 例注射用头孢美唑钠
不良反应不同年龄段的分布

年龄段(岁)	男 n(%)	女 n(%)	总计 n(%)
18~30	2(5.26)	2(5.26)	4(10.53)
31~49	2(5.26)	3(7.89)	5(13.16)
50~65	4(10.53)	9(23.68)	13(34.21)
66~80	6(15.79)	10(26.32)	16(42.11)
合计	14(36.84)	24(63.16)	38(100.00)

2.2 受累器官系统分布及临床表现 见表 2。

表 2 38 例注射用头孢美唑钠
不良反应受累器官系统分布及临床表现

器官系统	主要临床表现	例数 n(%)	总计 n(%)
神经系统	双眼发黑	8(21.05)	2(57.89)
	头痛,头晕	6(15.79)	
	肢体发麻	3(7.89)	
	耳鸣	3(7.89)	
	烦躁	2(5.26)	
皮肤系统	皮疹	3(7.89)	0(26.32)
	瘙痒	3(7.89)	
	风团	2(5.26)	
	眼睑红肿	2(5.26)	
消化系统	恶心	3(7.89)	(15.79)
	呕吐	2(5.26)	
	腹痛	1(2.63)	

2.3 ADR 与不良反应史 38 例注射用头孢美唑钠报告中,药物不良反应史不详的有 21 例,占 55.27%;有确切药物不良反应史 9 例,占 23.69%;没有药物不良反应史 8 例,占 21.06%。提示对有些即使没有药物不良反应史的患者在用药时也应谨慎,严密监测不良反应,及早发现及时处理。

2.4 ADR 用药次数及发生时间 38 例头孢美唑钠报告中,一次用药的 27 例,占 71.05%;多次用药的 11 例,占 28.95%。用药后最短发生 ADR 的时间 5~15 分钟 21 例,占 55.27%;用药后发生 ADR 的时间 20~45 分钟 12 例,占 31.58%;用药后发生 ADR 的时间最长的时间 1.5~3 小时 4 例,占 10.53%。说明多数药品不良反应的发生在第一次用药时即可出现,但是,也有相当数量的药品不良反应是蓄积性的。

3 讨论

头孢美唑对需氧菌和厌氧菌有双重抗菌作用,临床上常用于有厌氧菌参与的混合感染,如腹腔感

染、盆腔感染、口腔感染、肺脓疡等,其用药方案比以往惯用的包含有甲硝唑、克林霉素或氯霉素与氟喹诺酮类或氨基糖苷类的联合用药方案更为安全,因此临床使用广泛。

3.1 患者年龄、性别与 ADR 的关系 从表 1 可见,38 例头孢美唑钠不良反应男性 14 例(36.84%),女性 24 例(63.16%)。18~30 岁 4 例占总例数的 10.53%;31~49 岁 5 例占总例数的 13.16%;50~65 岁 13 例占总例数的 34.21%;66~80 岁 16 例占总例数的 42.11%。老年患者易发生 ADR 的因素大致为:随着其生理性肝肾功能减退,药物的吸收、分布、代谢和排泄发生变化,肝脏的代谢能力减弱、肾小球滤过率及肾小管分泌能力降低,易导致药物蓄积,增加不良反应发生的几率^[1]。因此,老年患者应慎用重药。

3.2 头孢美唑钠引起神经系统不良反应机理 从表 2 可见,38 例头孢美唑钠不良反应神经系统 22 例,占总例数的 57.89%。近年来,临床广泛使用头孢类抗生素,其不良反应已引起临床工作者的关注,有关双硫仑反应也逐渐被认识,一些以神经系统症状为主要表现的双硫仑样反应也屡屡报导^[2,3]。头孢美唑母核的 3 位上含有甲硫四氢唑侧链,通过抑制乙醛脱氢酶的活性,使血中乙醛浓度升高,从而出现一系列的血管运动性和神经精神症状,轻者一般出现头痛、头昏、恶心、呕吐、面部发热、皮肤猩红、烦躁不安等,严重的病例可导致呼吸抑制、心率失常、惊厥、脑出血,且大部分都在用药后 5~10 分钟内出现。

头孢美唑在体内不被代谢,大部分以具有抗菌活性的未变化状态从尿中排泄,也不能透过血脑屏障,故推测头孢美唑引起神经系统不良反应机理与双硫仑样反应有关。

3.3 头孢美唑钠不良反应的防治 对头孢美唑或其他头孢类抗生素有过敏史的患者禁用,有青霉素类抗生素有过敏史的患者慎用,过敏体质和过敏家族史者慎用,老年患者和肾功能不全患者慎用或减量使用。一旦发生过敏反应特别是过敏性休克或严重的皮肤过敏反应应立即停止用药,进行抢救并对症治疗,防止严重的不良反应发生。

为减少双硫仑样反应的发生,给药期间及给药后至少 1 周避免饮酒,一些可能与抗生素产生双硫仑样反应的食物如鱼类、豆类、乳酪、茶叶、咖啡等避免同时食用,同时临床医生应提高头孢美唑钠可引起以神经系统症状为主要表现的双硫仑样不良反应的警觉。

建议临床医生在用药时一定要严格掌握用药的指征,安全、合理、有效的使用药物,减少或避免药物不良反应的发生。

参考文献

[1]杨晓华. 1230 例抗生素不良反应分析[J]. 中国药房, 2001, 12

(2):106.

[2]刘松岩,刘松柏,邢影. 以神经系统症状为主要表现的双硫仑样反应[J]. 中国实验诊断学, 2008, 12(4):52-3.

[3]王雪梅,王俊芳,任从棉. 服用药物期间饮酒对机体的严重损害分析[J]. 中国疗养医学, 2008, 17(11):688-9.

慢性乙型肝炎中医证型与拉米夫定抗病毒疗效关系的临床观察

★ 徐凤¹ 王正春¹ 王燕华² 王烽¹ 罗菊珍¹ 吴珍珍¹ 肖木生² 徐强胜³ (1. 广东省深圳市横岗人民医院 深圳 518115; 2. 湖北黄石市传染病院 黄石 435004; 3. 广东省深圳市宝安区人民医院 深圳 518104)

摘要:目的:观察慢性乙型肝炎中医证型与拉米夫定抗病毒疗效的关系。方法:对入选病例进行中医辨证分型,观察不同中医证型患者接受拉米夫定治疗 52 周后,肝功能,乙肝病毒标志物(HBV-M),HBV-DNA 变化以及拉米夫定耐药。结果:各组疗程完成后,HBV-DNA 阴转率,谷丙转氨酶(ALT)复常率,肝胆湿热型显著高于其它中医证型($P < 0.05$),肝胆湿热型 > 肝郁脾虚型、肝肾阴虚型、脾肾阳虚型、瘀血阻络型;52 周时拉米夫定耐药率肝胆湿热型显著低于其它中医证型($P < 0.05$)。肝胆湿热型 < 肝郁脾虚型 < 肝肾阴虚型、脾肾阳虚型及瘀血阻络型。结论:慢性乙型肝炎患者拉米夫定抗病毒疗效、耐药性与中医证型相关。

关键词:肝炎;乙型;慢性;拉米夫定;耐药;疗效;中医证型

拉米夫定在慢性乙型肝炎不同中医证型患者抗病毒疗效及其意义尚少见报道,我们对 81 例慢性乙型肝炎患者进行中医辨证分型,应用拉米夫定抗病毒治疗,以观察其中医证型和抗病毒治疗疗效的相关性。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 81 例服用拉米夫定患者为我院感染科肝病门诊,湖北省黄石市传染病院肝病门诊及肝病科病房住院的慢性乙型肝炎患者。男 58 名,女 22 名,年龄 18~65 岁,平均年龄 36.7 岁,病程最短 1.7 年,最长 12 年,平均年龄 4.5 年,病变程度为轻度 11 例,中度为 46 例,重度 24 例,诊断符合 2000 年西安第 10 次全国病毒性肝炎与肝病学术会议修订的病毒性肝炎诊断标准^[1]。所有病例符合血清 HBV-DNA 均为阳性,定量 $> 1.0 \times 10^5$ capys/ml,实验室未检查出 YMDD 变异,血清 ALT 水平在正常参考值上限 2~5 倍,所有患者 1 年内未使用干扰素,核苷类药物,胸腺肽。无其它肝炎病毒重叠感染。

1.2 辨证标准 中医辨证标准参照 2004 年中华中医药学会内科分会慢性肝炎辨证标准^[2],排除中医辨证不属于慢性肝炎辨证标准者。

1.3 治疗方法 口服拉米夫定每次 100 mg,每日 1 次,疗程 52 周,治疗开始前 4 周,每 2 周检查肝功能

一次,每 4 周检查血清 HBV-M 及 HBV 定量,4 周后每 4 周检查肝功能一次,每 12 周检查血清 HBV-M、HBV 定量以及 YMDD 变异,连续观察 52 周。

1.4 观察指标及观察项目 观察指标为血清 HBV-M(ELISA 法),血清 HBV-DNA(荧光 PCR 法)及肝功能(速率法,全自动化分析仪),HBV-DNA 耐药变异(PCR 产物测序法)。观察项目为应用拉米夫定抗病毒治疗 52 周后,HBV-DNA 阴转率(以 HBV-DNA < 1000 Capys/ml 有意义),ALT 复常率,以及拉米夫定耐药率。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

CHB 患者拉米夫定抗病毒治疗后,中医证型与血清 HBV-DNA,肝功能的变化。

表 1 CHB 患者拉米夫定治疗应答与中医证型关系

	例数	HBV-DNA 变化		ALT 变化		P 值
		阴转例数	阴转率(%)	复常例数	复常率(%)	
肝胆湿热(A)	35	33	94.29	32	91.43	<0.05
肝郁脾虚(B)	13	9	69.23	7	53.85	>0.05
肝肾阴虚(C)	11	7	63.64	6	54.55	>0.05
脾肾阳虚(D)	10	7	70.00	5	50.00	>0.05
瘀血阻络(E)	12	7	58.33	5	41.67	>0.05

治疗 52 周后,观察对象血清中 HBV-DNA 阴转率为 77.78。HBV-DNA 转阴率肝胆湿热型显著高于其它证型($P < 0.05$),其它证型间无显著性差异($P > 0.05$);观察对象,ALT 复常率为 67.90%。肝