

0 级; 显著进步: 功能缺损评分减少 46% ~ 90%, 减残程度 1 ~ 3 级; 进步: 功能缺损评分减少或增加在 18% 以内; 恶化: 功能缺损评分增加在 18% 以上。统计学处理采用 t 检验和 X^2 检验。

2 结果

2.1 治疗 2 周后疗效评定结果

治疗 2 周后, 治疗组 40 例中基本痊愈 7 例, 显著进步 17 例, 进步 12 例, 无效或恶化 4 例; 对照组 40 例中基本痊愈 4 例, 显著进行 12 例, 进步 16 例, 无效或恶化 8 例。经 X^2 检验两组疗效无显著差别 ($P > 0.05$)。

2.2 治疗 1 个月后疗效评定结果

治疗 1 个月后, 治疗组 40 例中基本痊愈 26 例, 显著进行 11 例, 进步 2 例, 无效或恶化 1 例; 对照组 40 例中基本痊愈 18 例, 显著进行 8 例, 进步 8 例, 无效或恶化 6 例。经 X^2 检验治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

二维三七桂利嗪系桂利嗪、三七总皂甙、维生素 E、维生素 B6 组成的中西复方制剂。其中桂利嗪为钙通道拮抗剂, 它能选择性扩张痉挛的病理性脑血管, 增加脑缺血区的血流量, 减轻钙离子介导的神经细胞中毒性反应, 阻断自由基引起的细胞破坏作用; 三七中的皂甙、黄酮甙等能扩张血管抑制血小板凝集, 降压、降低血液黏度和抑制炎症反应; 维生素 E 也是一种抗氧化剂, 能够防止细胞膜的脂质过氧化, 抵抗自由基损伤; 维生素 B6 是一种神经细胞代谢中的重要辅酶, 在氨基酸、蛋白质、脂肪代谢、神经纤维髓鞘形成中具有重要作用。这些成分作用于脑梗死后缺血脑组织病理生理过程中的不同环节和途径, 有利于受损脑组织修复, 减少迟发性神经损害, 发挥良好的综合治疗作用。临床观察表明, 二维三七桂利嗪治疗急性脑梗死疗效满意, 无明显副作用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-383.

临床药物的合理应用原则

丁录荣

(黑龙江省牡丹江医学院红旗医院药剂科 157011)

抗菌药物应用于临床已有 50 多年, 它的广泛应用对不

少传染病和感染性疾病的控制起了重要作用, 但如果应用不当或滥用, 不仅在经济上造成浪费, 也会对人体造成严重后果。首先影响到患者的治疗效果, 二是浪费了大量的抗菌药物, 三是药物的不良反应增多, 四是使感染细菌发生变化, 使细菌的耐药性迅速增长。因此抗菌药物的合理应用是大家所关心的问题。

所谓合理应用抗菌药物指在正确指征下选用适宜的药剂、并采用适宜的剂量和疗程、以达到杀灭病原微生物和控制感染的目的, 同时采取综合疗法以增强患者的免疫力, 并防止各种不良反应的发生, 为确保获得最佳疗效和最小的不良反应, 做到安全、有效、经济、合理的使用抗菌药物。

抗菌药物合理应用的原则:

1 根据抗菌谱选用抗生素

每一种抗生素它的适应范围是不一样的, 并不是每一种抗生素对每一种感染都有效, 所以要根据疾病情况来选用抗生素。

2 建立病原学诊断

分析致病菌并根据其对药物的敏感程度选择药物。

3 根据药效学和药动学特点选择抗菌药

在抗感染治疗时, 能否获得预期的结果有赖于病原菌、药物、和病人相关的一些因素。在疾病过程中, 既不是病原微生物的活性也不是抗菌药物药动学数据单独就能描述病原菌、宿主和抗菌药物之间复杂的相互作用关系。为了较准确反映三者之间的关系, 研究者提出了药动学和药效学数据集在一起的参数, 越来越多的临床数据支持这些参数在指导抗菌治疗中的可行性, 不同类的抗菌药物可采用不同的药动学和药效学参数。浓度依赖性抗菌药的特点是在较大浓度范围内, 随着药物浓度的增加, 杀菌率和杀菌程度增大; 而时间依赖性抗菌药物则在到达抗菌阈浓度后, 即使继续增加药物浓度, 其杀菌率与杀菌程度仍然保持相对不变。

4 根据病人的生理、病理、免疫等状态合理用药

考虑肝肾不全时的用药选择, 避免造成更大的伤害。糖尿病人口服氟霉素或磺胺类药物, 可加强口服降血糖药物的作用。肌注抗菌药物如青霉素、氨基糖甙类等吸收极差, 须改为静脉给药。肾功能不全尽量不用氨基糖甙类。肝功能不全慎用红霉素、氯霉素、林可霉素等主要在肝内代谢的药物, 肝脏疾病禁用四环素, 酮康唑等。

5 特殊人群用药

使用抗生素要充分考虑老年人、婴幼儿、孕妇、新生儿等的特殊用药要求。老年人肾脏的肾单位仅为年轻人的一半。老年人的某些慢性疾病也可减少肾脏的灌注, 这些均影响药物的排泄, 使药物在体内积蓄, 容易产生不良反应或中毒。因此使用氨基糖甙类、四环素类、头孢菌素类要慎用。新生儿肝酶系不足或缺乏, 肾排泄功能不完全, 细胞外液容积较大, 药物半衰期延长; 皮肤黏膜面积相对较大, 皮肤吸收作用强, 易引起严重反应, 血浆蛋白结合率较低, 致血游离药物浓度高; 骨发育不完善, 禁用氟喹诺酮类。据报到, 静脉滴注大剂

量四环素治疗患肾盂肾炎的孕妇,可引起爆发性肝脏代偿失调症候,死亡率很高。孕妇应用无味红霉素引起阻塞性黄疸并发症的可能性增加,可逆的肝脏毒性反应的发生率高达 10 ~ 15%。

6 严格控制预防用抗菌药物的范围

外科手术预防用药原则:严格消毒及无菌操作,降低感染的发生率;清洁无污染或轻度污染伤口,估计感染率低于 5% 时,一般不必应用抗菌药物预防感染;因手术时间过长,术中组织损伤严重,术后可能引发感染时,采用抗菌药物预防感染;选用毒性小,能针对产生感染的致病菌,在手术部位组织中能达到足够浓度的抗菌药物;一般主张在术前 1 h 或麻醉开始给抗菌药物,根据术后体温、血象及切口情况决定术后停药时间,一般术后 3 h 停药。

7 抗菌药物的联合应用

(1) 病因未明的严重感染,在患者病情危重不宜等待的情况下,可选用抗菌药物联合应用,但对多数可用一种抗菌药物控制的感染,只宜选用一种药物。(2) 联合用药较单独用药需有更明确的指征,同类药物一般不宜合用,联合用药中至少有一种对致病菌有相当的活性。(3) 长期用药可能产生细菌耐药性,可以联合用药。如治疗结核杆菌:利福平+异烟肼+乙胺丁醇。

8 根据抗生素在体内的吸收、分布、代谢、排泄来选择抗生素

进入血液循环的抗菌药物,呈游离状态者,其分子小,可迅速分布各组织和体液中到达感染部位。林可霉素、磷霉素、氟喹诺酮类在骨组织中可达较高浓度,在治疗骨感染时

可选用此类抗感染药物。氨基甙类国外主张每日一次大剂量给药比多次小剂量用药副作用明显下降。

9 根据感染疾病的规律及其严重程度选择抗生素

重症深部感染选择抗菌作用强,在血与组织中药物浓度较高的抗生素。头孢噻吩和头孢唑啉对金葡菌败血症都有效,但头孢唑啉血药浓度与组织浓度均比头孢噻吩高,半衰期也较长。抗菌药物的局部应用宜尽量避免,皮肤黏膜局部应用抗菌药物后很少被吸收,在感染部位不能达到有效浓度,反易引起过敏反应或导致耐药菌产生。因此治疗全身性感染或脏器感染时,应避免局部应用。青霉素类、头孢菌素类等易产生过敏反应的药物不可局部应用;氨基糖甙类等耳毒性药物不可局部滴耳。

[参考文献]

- [1] 唐镜波. 合理用药国际网络通讯. 中国年鉴[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2003~ 2004.
- [2] 丁国华, 高宏, 孟松伟. 合理用药评价[M]. 北京: 化学工业出版社, 2006. 3.
- [3] 王顺年, 赵树进, 蒋琳兰. 临床合理用药指南[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006. 1.
- [4] 顾觉奋. 抗生素的合理应用[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004. 7.
- [5] 王峰, 黄万象. 感染病合理用药[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 3.
- [6] 唐镜波, 孙静. WHO 国家药物政策及合理用药理论和实践[M]. 北京: 中国科学技术出版社.