

士是医师医嘱的执行者。医师和护士在 ADR 监测中具有不可替代的作用。我们外请药学专家或医院临床药师向临床医师和护士讲授有关药物流行病学知识,重点介绍 ADR 概念、开展 ADR 监测的重要性、药物体内代谢特点等,在一定程度上扭转了他们药学知识相对缺乏的状况,也调动了其参与 ADR 监测的积极性,发挥了其在这项工作中的优势。

2 充分利用合理用药网络系统^[1]

2002 年 PASS 引入我院,并与我院医院信息系统(HIS)整合,构成了医院合理用药网络系统。我们注意利用该系统的药物信息和住院病人详细资料,寻找可能出现 ADR 的病例,并进行统计分析。比如,我们对曾有发热或使用抗过敏、抗休克药物的病例进行追踪,再与临床医师和护士联系,及时发现部分 ADR 病例。几年来,我们利用 PASS,在一定程度上提高了 ADR 报告率。

3 建立 ADR 报表

军队 ADR 报表内容较多、繁琐。针对这一情况,我们将 ADR 报表进行改进,医师或护士只须填写姓名、科室及床位号,明显提高了 ADR 报告率。医院药学部在收到 ADR 报表后,利用 PASS,迅速查询到该病人信息,然后由临床药师再详细填写上报全军 ADR 监测中心,同时到相应的临床科室分

析情况。这样做,既减轻了医务人员负担,同时也提高了 ADR 报告率。

4 开展用药咨询和细化分类

一是坚持做到门诊用药咨询,细致解答病人提出的各类用药问题,既丰富了临床药师的医学知识,也使其作用得到充分发挥。二是针对各种药物的功能进行分类细化,防止重复用药。如中成药复方益肝灵中含有水飞蓟和五味子,而护肝片中也含有五味子,两药同时使用会造成五味子成分的重复。再如,某些发热病人服用感冒药物,同时又开具速效伤风胶囊,两药均为复方制剂,其中均含有对乙酰氨基酚和氯苯那敏,合用可能会因药量增加而出现 ADR。

我们充分利用两大系统(PASS 和 HIS)的作用,通过在线检索,对疑难危重、临床用药复杂,但不宜判断的 ADR 的病人,与临床医师一道进行有针对性的合理用药查房,指导临床用药,既克服了临床药师人员的不足,也达到了临床医师和临床药师的优势互补。

参 考 文 献

- [1] 魏振满,刘丽萍,贺承山.合理用药网络系统的构建和应用.中国药业杂志.2004;13(7):53

(编校:王 敏 收稿:2006-05-30)

• 短篇与个案 •

鲜黄花菜致秋水仙碱中毒 2 例

121100 辽宁义县 65651 部队医院 刘 伟

关键词:鲜黄花菜;秋水仙碱中毒

中国图书分类号:R 595.7

食用鲜黄花菜易引起秋水仙碱中毒。2005 年我院收治鲜黄花菜致秋水仙碱中毒 2 例。现报告如下。

1 病例报告

患者均为男性,分别为 42 岁和 18 岁父子。均在食用新鲜黄花菜约 1 h 后出现上腹部持续性疼痛、频繁呕吐、腹泻、四肢无力、头晕等症状。入院后查体:其父面色苍白,脱水外

貌,脉搏 120/min,呼吸 24 次/min,血压 90/60 mmHg,剑突下压痛(+),四肢末梢凉,腱反射减弱;其子脉搏 90/min,血压 95/60 mmHg,剑突下压痛(±),余未见异常。均诊断为鲜黄花菜中毒。立即用清水 5 000 ml 洗胃,同时各建立两组静脉通道,大量输入维生素 C,积极纠正水、电解质紊乱,进行解痉、利尿、导泻等对症治疗,2 h 后自觉症状均好转,经检验其排泄物中秋水仙碱呈阳性。次日痊愈出院。

2 讨 论

黄花菜系百合科植物,其花、根中均含有秋水仙碱,鲜黄花菜含量较高,干黄花菜中含量较少。秋水仙碱溶于水,加热后易降解,光照后颜色变深。秋水仙碱的毒性在于它在体内被氧化为二秋水仙碱,食入后有毒成分在胃肠道迅速吸收,在人体内与蛋白质结合率为 50%,在肝脏脱乙酰酶的作用下降解,经肝肠循环代谢,1/4 以原形从肾脏排出。凡其排泄所经过之处,均可发生严重的刺激症状,严重者损伤肾

脏,出现血尿、尿闭。另外,秋水仙碱能使脊髓及延脑麻痹,如发生上行性麻痹,可在 24~48 h 因呼吸麻痹死亡。

在短时间内误食含秋水仙碱类食物中毒后,应立即洗胃,在洗胃时禁用高锰酸钾等氧化剂,以免氧化成氧化二秋水仙碱而加重病情。如消化道刺激症状明显时,可重复给予少量的蛋清或牛奶等,腹泻时可给予 5% 鞣酸蛋白灌肠。食用鲜黄花菜要去其长柄,用开水烫后再用冷水浸泡数小时,炒熟后食用,且不可一次食入过量;也可将鲜黄花菜蒸熟后晒干,食前用水泡开,经进一步加工后食用。

(编校:程国洲 收稿:2006-05-21)

氯霉素点眼致白细胞减少 1 例

100856 北京 国防大学第二门诊部 王光辉

关键词:氯霉素眼药水;白细胞下降;变态反应
中国图书分类号:R 557+.1

1 病例报告

患者女,7 岁。因沙眼用 0.25% 氯霉素眼药水点眼 3 天,4~5 次/天。用药次日双眼轻微红肿,逐渐加重,并见下眼睑皮下小出血点,双侧结膜弥漫性充血,并出现鼻塞等症状。以往未曾用过氯霉素,其间未服用过任何药物。停药,检查血常规:白细胞 $3.5 \times 10^9/L$,中性 0.60,淋巴 0.30,嗜酸性粒细胞 0.06;红细胞 $4.5 \times 10^{12}/L$,血小板 $180 \times 10^9/L$ 。给予维生素 B₁₂、B₁ 和叶酸肌注,2% 色甘酸钠滴眼 1 周。复查白细胞 $6.5 \times 10^9/L$,中性 0.68,淋巴 0.35,嗜酸性粒细胞 0.02,眼睑红肿消退,恢复正常。

2 讨论

氯霉素对骨髓造血功能有一定抑制作用。用药过程中可引起白细胞下降和粒细胞缺乏症,甚至可造成血小板减少性紫癜、溶血性或再生障碍性贫血,其发生率占用药的 1/10 万~1/5 千。一般多因大量、连续给药数天而导致严重不良反应,小剂量、短时间点眼出现白细胞下降少见。有学者认为,可能是变态反应所致。血细胞下降多在应用氯霉素 2 次以上或间断用药后发生。也有学者认为,这是药物不良反应,氯霉素会对骨髓细胞内线粒体的蛋白质合成产生抑制作用,有肝肾功能障碍的病人易造成氯霉素体内蓄积,而抑制血细胞生成。还有观点认为,由氯霉素造成的再生障碍性贫血病人,肝内缺乏与氯霉素结合的酶,使有活性的氯霉素在血液内浓度增高而抑制骨髓。本例有荨麻疹、皮疹、湿疹等过敏史,符合变态反应特点。

(编校:范晨芳 收稿:2006-07-24)

巨大肌肉浸润性脂肪瘤 1 例

741000 甘肃天水 68202 部队医院 朱国鸿 马兵海

关键词:脂肪瘤;肌肉浸润
中国图书分类号:R 739.43

1 病例报告

患者女,66 岁。因右大腿后侧无痛性包块 9 年入院。患者于 9 年前发现右大腿后侧有一核桃大小包块,质软、无压痛,逐渐增大,入院时包块已大如足球,影响屈蹲、行走,表面皮肤易擦伤。查体:右大腿后侧可见一巨大椭圆形包块,向下悬垂,上缘至臀部,下缘至腘窝,并可左右摆动,其表面光滑,上上方有一 $7 \text{ cm} \times 10 \text{ cm}$ 瘢痕,中央有 $2 \text{ cm} \times 3 \text{ cm}$ 溃疡面,有少许分泌物,周围色素沉着。表面测瘤体 $35 \text{ cm} \times 30 \text{ cm} \times 20 \text{ cm}$,周径 91 cm,质软,与周围组织界限清晰,皮温正常。右腹股沟淋巴结不肿大,右下肢无麻木及肿胀,右髋关节、膝关节及踝关节活动尚可,膝反射存在,巴宾斯基征阴性。右股骨正侧位 X 线片正常。B 超示右大腿后内侧呈实质性回声区,外侧可探及混合性回声区、有分隔。采用持续硬膜外麻醉,俯卧位,沿右大腿后侧于瘤体外侧行纵向切口,约 35 cm;术中见瘤实质为淡黄色脂肪组织,呈分隔状,坐骨神经受压呈薄纸样,自瘤体中央穿过。部分股二头肌及半腱肌呈脂肪样变,瘤体深达股骨粗线处骨膜。手术彻底切除瘤体,并切除大腿内侧多余皮肤,设计皮瓣,放置胶皮引流管,缝合切口。瘤体重 10 kg,病理诊断为肌肉浸润性脂肪瘤。术后给予抗感染、止血药。皮瓣成活,切口 I 期愈合,无坐骨神经损伤症状,术后 15 天出院。

2 讨论

脂肪瘤可发生于任何年龄,主要累及肢体肌肉组织、无痛,肌肉运动收缩时可隆起,病理检查可见肌肉被脂肪组织代替。本例为浸润于横纹肌内生长的脂肪瘤。诊断时须与脂肪瘤样脂肪肉瘤、弥漫性脂母细胞病、肌肉血管瘤、肌肉变性后修复代偿性脂肪组织增生等疾病鉴别。本病以手术治疗为主,只要彻底切除,复发率极低。肌肉浸润性脂肪瘤早期手术,对组织破坏较轻,对肢体功能影响较小。本例病程已 9 年,瘤体巨大,手术时切除了部分股二头肌及半腱肌,对组织损伤较大,术后右下肢屈膝功能受到影响。由于瘤体长期压迫神经,可导致其变形,若不慎损伤,修复困难,因此,手术切除时应注意保护周围神经。本例随访 5 年无复发,无坐骨神经损伤症状。

(编校:范晨芳 收稿:2006-06-20)

小剂量氯胺酮复合地西洋抑制阑尾牵拉反应 120 例

733000 甘肃武威 解放军第十医院 王育栋 王 燕 褚英豪

关键词:牵拉反应;氯胺酮;地西洋
中国图书分类号:R 971+.1

2003 年以来,我们在硬膜外麻醉下,采用小剂量氯胺酮复合地西洋抑制阑尾手术牵拉反应 120 例,效果满意。