

药物与临床 ·

赖氨匹林退热疗效观察

黄中炎 陈勇

[关键词] 赖氨匹林;高热;疗效
[中图分类号] R971+.1 [文献标识码] B [文章编号] 1008-8830(2000)01-0055-01

发热是小儿常见的临床表现,可由多种疾病引起。持续高热将引起机体调节功能紊乱等一系列不良反应,因此,对高热患儿应采取积极的降温措施。我科自1997年7~12月应用赖氨匹林治疗各种疾病引起的发热50例,疗效显著,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

200例均为1997年7~12月因各种疾患引起发热的住院患儿。其中男82例,女118例。年龄<1岁56例,~3岁42例,~6岁45例,~14岁57例。呼吸道疾患127例,感染性腹泻41例,泌尿系感染19例,其它13例。

1.2 治疗方法

将200例患儿随机分成四组,每组50例。赖氨匹林治疗组(A组)每次10~25 mg/kg肌肉或静脉注射;阿斯匹林组(B组)每次5~10 mg/kg口服;复方氨基比林组(C组)每次0.1 ml/kg肌肉注射(半岁以内不用),小儿退热栓组(D组)1岁以内75 mg/次,1~2岁150 mg/次,3~4岁300 mg/次置肛。以上四种药均单独使用,在用药4h内不与其它退热药混用。

1.3 统计学处理

结果用($\bar{x} \pm s$)表示,各对应数据均采用差异显著性检验(U检验)处理。

2 结果

2.1 观察项目

四组病例用药前体温均在38.5℃以上,在用药前、用药后30、60及120 min各测试体温1次。

2.2 退热疗效比较

应用赖氨匹林后30、60、120min的体温变化与应用阿斯匹林相比,经统计学处理, $P > 0.05$,差异无显著性,故二者退热效果相似。与应用复方氨基比林、小儿退热栓相比,经统计学处理, $P < 0.05$,有显著性差异,故认为赖氨匹林具有起效快、降温速度快的优点,是理想的退热药品。我们在应用赖氨匹林过程中,有1例患儿出现出大汗,8例患儿轻微胃肠不适,其它患儿未出现任何副作用。见附表。

附表 退热疗效比较($\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$)				
组别	用药前	用药后(min)		
		30	60	120
A组	39.3 $\pm$ 0.3	38.7 $\pm$ 0.3	37.5 $\pm$ 0.4	36.5 $\pm$ 0.5
B组	39.2 $\pm$ 0.5	38.8 $\pm$ 0.4	37.6 $\pm$ 0.5	36.6 $\pm$ 0.5
C组	39.4 $\pm$ 0.4	39.0 $\pm$ 0.3	38.1 $\pm$ 0.4	37.3 $\pm$ 0.5
D组	39.4 $\pm$ 0.5	38.9 $\pm$ 0.4	38.2 $\pm$ 0.5	37.8 $\pm$ 0.05

3 讨论

赖氨匹林为赖氨酸和阿斯匹林的复盐,其解热作用是通过前列腺素起作用,对血小板凝集有抑制作用^[2]。赖氨匹林在水中有很好的溶解度,可供肌肉和静脉注射,肌注后血药浓度可维持36~120 min,静注后血浆浓度约为口服的1.8倍^[3]。国外已将赖氨匹林广泛应用于解热,它是一种优良的非口服型解热剂^[4]。填补了传统解热药仅能口服和肌肉注射而不能静脉点滴的空白,不仅克服了口服给药儿童不合作及胃肠反应重的缺点,并对重症及输液的高热患儿可直接静脉给药,避免了肌肉注射的痛苦,使家属更易于接受,也方便了医护人员。在所治病例中,仅1例出现大汗,8例轻微胃肠不适。据此,我们认为赖

[作者简介] 黄中炎,女,1964年出生,本科,主治医师。
[作者单位] 430063 武汉武昌铁路医院儿科

氨匹林可供肌肉和静脉注射,具有起效快降温速度快的优点,退热效果显著,毒副作用小,适用范围广,是理想的退热药物,值得在临床推广应用。

[参 考 文 献]

[1] 王燕,综述. 发热和解热药的应用. 临床儿科杂志,1995, 19:

59~60.

[2] 陈新廉,金有豫. 新编药理学. 第 13 版. 北京:人民卫生出版社,1992, 158~158.
[3] 沈刚. 实用儿科药物手册. 上海:上海科学技术文献出版社, 1995, 158~158.
[4] 朱满芳,周冠红,沈蓓岑. 赖氨匹林退热作用观察. 新药与临床,1985, 4: 5.

(收稿日期:1999 - 08 - 14 修回日期:1999 - 12 - 25)
(本文编辑:吉耕中)

病例报告 ·

克隆氏病合并再生障碍性贫血 1 例

张宇昕 李文仲

[中图分类号] R574.62 [文章编码] 1008 - 8830(2000)01 - 0054 - 01

1 临床资料

患儿,女,12 岁。因反复发热、皮疹、关节痛 1 月余,腹浮 1 d 入院。入院后患儿持续发热,伴腹胀,右下腹痛,大便每天 5~20 次,有粘液无血。体查:体温 40℃、呼吸 30 次/min,脉搏 148 次/min,血压 93/46 mmHg。急性重病容,呼吸急促,全身皮肤见散在点状出血点及瘀斑,浅表淋巴结不大,口腔溃疡,心肺检查无异常。腹胀,腹肌紧张,肝脾触诊不满意。实验室检查:红细胞 $2.10 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 76 g/L,白细胞 $0.66 \times 10^9/L$,血小板 $13 \times 10^9/L$,出血时间 2 分,凝血时间 6 分。大便潜血(+++),红细胞(++),白细胞(++). B 超:阑尾脓肿,腹腔积液。血培养:克雷伯氏菌及产气大肠杆菌。大便培养:克雷伯氏菌及产气大肠杆菌。骨髓涂片:骨髓增生重度减低,粒:红为 2.3:1,全片未找到巨核细胞,淋巴细胞占 80%,符合再生障碍性贫血。骨髓活检:全血细胞减少,脂肪组织占 90%,符合再生障碍性贫血。患儿腹痛一直不能缓解,于入院第 8 天行剖腹探查,术中见腹腔大量淡红色液体,全部小肠胀气,距回盲部约 60 cm 长的一段回肠与全段升结肠表面均见密布散在的出血点,部分大网膜覆盖回盲部,充血水肿明显,将大网膜分离见整段升结肠肿大,肠壁变厚变硬,肠管变粗,持续到结肠肝曲。术后病理示:回盲部克隆氏病,伴广泛粘膜下出血,明显水肿;慢性阑尾炎。术后病情危重,持续发热、皮肤出血、排血便、腹胀、腹腔引流出淡红色液体约 2 000 ml,全血细胞减少,经抢救无效死亡。

2 讨论

克隆氏病多见于青壮年,其发病与感染、免疫反应、遗传等机制有关。病变多见于回肠末段与邻近结肠,临床上可表现为发热、贫血、营养不良、腹痛、腹泻、腹包块、瘻管形成和肠梗阻;可伴有关节、皮肤、口腔粘膜、肝脏等肠外损害。多数患者反复发作,迁延不愈,预后不佳。再生障碍性贫血是因骨髓造血功能衰竭而发生的一类贫血,可发生于任何年龄,其发病机制与造血干细胞缺乏、骨髓微循环缺陷、免疫反应异常等有关,临床表现为贫血、出血、感染,预后不佳。本例克隆氏病与再生障碍性贫血并存实属罕见。安子元^[1]曾报道克隆氏病合并全血细胞减少 1 例,但骨穿结果不支持再障。本例血培养及大便培养均为克雷伯氏菌及产气大肠杆菌生长。这两种细菌均为条件致病菌,在患儿全身免疫功能低下时,条件致病菌很容易通过血液循环产生全身感染引起败血症。肠道正常情况下寄生的细菌在免疫功能低下时可致病而引起败血症。本例克隆氏病与再生障碍性贫血两种病同时发生是否与异常免疫反应或感染等机制有关,尚有待进一步探讨。

[参 考 文 献]

[1] 安子元. 非造血系统疾病的全血细胞减少 199 例分析. 中国实用内科杂志,1996, 16: 149~151.
(收稿日期:1999 - 09 - 18 修回日期:1999 - 12 - 30)
(本文编辑:吉耕中)

[作者简介] 张宇昕,女,1973 年出生,本科学历,住院医师
[作者单位] 510080 广州 广东省人民医院儿科