

的最终诊断依据是在腹腔或囊肿内看到或抽出乳糜液,乳糜试验或苏丹Ⅲ染色阳性后方可确诊。本病应注意与胰腺假性囊肿、肾囊肿、肾积水、腹膜后囊肿、卵巢囊肿等鉴别。

肠系膜乳糜囊肿大多数长在小肠系膜,多数靠近肠系膜缘,乳糜液进行性增长可造成肠管压迫或诱发肠扭转、破裂、出血、感染,严重者可危及患儿生命,因而一旦确诊,无论是否有症状,均应手术治疗^[3]。肠系膜乳糜囊肿的手术方法是根据其于邻近肠管及肠系膜血管的关系而采取不同的方法。当囊肿与肠管及系膜血管之间分界清楚、无明显粘连时,应完整切除囊肿。如果粘连严重时,可切除相邻的一段肠管,并连同有囊肿的系膜作扇形切除,行肠管端端吻合。如果囊肿广泛多发或与系膜重要血管粘连紧密时,切除后可引起大段肠管坏死或损伤重要脏器,则仅切除与血管不相粘连的囊壁,剩余的囊壁搔刮及烧灼,以消除内皮细胞。单纯囊肿切开极

易复发,囊肿腹壁造瘘外引流术有可能形成经久不愈的瘘道,囊肿腹壁内开窗可发生腹水或乳糜腹水,囊肿与肠道吻合有引起肠内容物反流发生感染形成脓肿的危险,加之切除不充分者恶变率高,故不宜采用。在小儿未见并发恶性肿瘤的相关报道,及时手术者预后良好。本组病例无手术死亡,术后恢复良好。

[参 考 文 献]

[1] 《中华小儿外科杂志》西南编审组. 腹痛、发热、腹部包块[J]. 中华小儿外科杂志,2002,23(1):94-95.
[2] 李善春,郑辉明,戴育坚,叶彤、王英俊. 小儿肠系膜囊肿诊治体会(附 16 例报告)[J]. 临床小儿外科杂志,2002,1(5):364-365
[3] 杨雪松,唐耘漫,刘文英,钟麟,李福玉. 小儿肠系膜乳糜囊肿[J]. 中华小儿外科杂志,2006,27(10):522-524.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

盐酸克林霉素注射液致小儿软瘫 2 例

梁冬梅,于艳,宋波

(青岛大学医学院附属威海医院儿科,山东 威海 264200)

[中图分类号] R978.1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)03-0417-02

例 1,男,5 岁,体重 20 kg,因发热、咽痛 3 d,双下肢无力、血尿 2 h 入院。入院当天上午在当地诊所静脉滴注 5% 葡萄糖 250 mL 加克林霉素 0.5 g,分 2 次给药。中午自诉双下肢麻木,不能站立及独立行走,无疼痛,无抽搐,伴有洗肉水样血尿 2 次,无尿频尿痛,无水肿,无外伤史。既往有高热惊厥史。用药当天因体温 40℃ 为防止惊厥口服安定 2 mg 1 次。入院时查体:神清,精神略不振,呼吸平稳,20 次/min,双肺呼吸音清,心音有力,律齐,心率 85 次/min,腹平软,肝脾肋下未及,双上肢肌力,肌张力正常,双下肢肌力Ⅳ级,肌张力稍低,腱反射减弱,病理征阴性。辅助检查:头颅 CT、双下肢及腰椎骨盆

片无异常。腰穿脑脊液生化及常规均正常,血糖、K⁺、Na⁺、Ca²⁺、Mg²⁺均正常,肌电图正常。血常规:WBC 12.0 × 10⁹/L, N 0.74, L 0.20, M 0.07, RBC 4.57 × 10¹²/L, Hb 121 g/L, PLT 245 × 10⁹/L, 小便常规:尿蛋白+,红细胞+++,肾功及双肾 B 超无异常。入院后给青霉素控制感染,能量合剂及钙剂对症治疗,第 2 天缓解,能行走,无下肢麻木,肉眼血尿消失,复查小便常规恢复正常,查体肌张力、肌力、腱反射正常。6 d 后出院。出院后随诊半年,活动正常,未再有类似症状出现。

例 2,男,1 岁,体重 13 kg,因咳嗽 5 d,不能站立 1 d 入院。因 β-内酰胺类药物过敏在我院门诊用克

[收稿日期]2007-09-06;[修回日期]2007-10-08
[作者简介]梁冬梅,女,大学,主治医师。主攻方向:小儿肾脏疾病。

林霉素 0.25 加 5% 葡萄糖 250 mL 静脉滴注,分 2 次,共用 3 d。入院当日早晨发现患儿不能独立行走,无哭闹。双手不能握住奶瓶,喝奶不呛。发病前可独立行走。入院时查体:神清,精神略不振,眼睑无下垂,呼吸平稳,30 次/min。双肺呼吸音清,腹平软,肝脾肋下未及,四肢肌力、肌张力稍低。腱反射减弱,病理征阴性。辅助检查:头颅 CT 无异常,双下肢及腰椎骨盆片无异常。腰穿脑脊液生化及常规无异常, Ca^{2+} 2.3 mmol/L、 K^{+} 4.5 mmol/L、 Na^{+} 121 mmol/L、 Cl^{-} 102 mmol/L、血糖 4.5 mmol/L,肝、肾功能正常。入院后停用克林霉素,给抗感染及钙剂治疗。第 2 天可独立行走,双手握持恢复正常,5 d 后出院。随诊半年,活动如常。

讨论 克林霉素对金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、溶血性链球菌、草绿色链球菌、肺炎球菌等革兰阳性菌以及消化球菌、消化链球菌、脆弱类杆菌、真杆菌、内酸杆菌等厌氧菌有抗菌作用^[1]。临床上因使用方便,不用皮试等优点而被广泛使用。本品的不良反应病例报告也在逐年上升。其中的神经肌肉阻滞作用是在药物相互作用中的严重不良反应^[2]。克林霉素的神经肌肉阻滞作用,其作用点是全方位的,即对突触前、受体、通道及肌肉均具阻滞作用^[3]。在联合用药中,尤其是当本类药物与麻醉药、肌松药、镇痛药、催眠药、镇静药与其他中枢神经系统抑制药以及某些抗生素(如氨基糖苷类、万古霉素类)等联合应用时,均可能因其各自的神经肌肉阻滞与中枢抑制作用的累加和协同,出现肌肉松弛加重、呼吸抑制或麻痹,心功能抑制,最后导致呼吸与心跳骤停^[4]。血液透析和腹腔透析都不能有效地清除血中的克林霉素^[5]。一旦出现上述不良反应,可试用钙剂及新斯的明对抗。

上述 2 例病例发病前均静脉使用过盐酸克林霉素注射液,不在同一诊疗单位使用,使用的药物厂家不同,故不考虑是药物的质量问题。应用克林霉素后出现的一过性瘫痪,在停用克林霉素,并用钙剂对抗后很快缓解。随诊半年,未再有类似情况发生。排除其他引起瘫痪的疾病,考虑为克林霉素所致。实用儿科学^[6]推荐克林霉素小儿的剂量为:静滴每日 15~25 mg/kg,分 2 次,药物说明中无年龄限制。李文汗^[7]推荐克林霉素小儿的剂量为:1 月龄以上儿童重症感染静滴每日 15~25 mg/kg,据病情还可加至每日 25~40 mg/kg,分 3~4 次。有文献也报道^[8],新生儿禁用,4 岁以下儿童慎用。例 1 用量在

正常最大范围内,用后出现血尿,克林霉素引起的药物性血尿在文献中也多有报道。用药前曾口服镇静药安定,追问病史,患儿既往有多次发热时口服安定镇静预防惊厥史,均无此类情况发生,故不考虑为安定所引起。可能为安定协同克林霉素的中枢神经系统不良反应,以至出现一过性下肢麻木、肌无力。例 2 在正常用量范围内分次用药,出现了神经肌肉阻滞的表现,由于在此年龄段运动系统发育还不完善,往往会影响到临床医生的判断,此项不良反应更易被忽视。

使用克林霉素出现神经肌肉受损的病例已有报道^[9]。而克林霉素的神经肌肉阻滞作用引起的小儿瘫痪则报道较少。对不能表述的婴幼儿,在临床应用中更要注意,以防发生危及生命的严重不良反应。临床应用中,要掌握适应证、年龄及剂量,克林霉素一般不作为首选药物,用于对青霉素及头孢类无效者,克林霉素的剂量不能过大、静脉滴注浓度不能过高、静滴速度不少于 0.5~1 h、疗程不宜过长,一般不超过 1 周;须密切注意不良反应的发生,尤其是门诊病例,本组 2 例病例均在门诊发生,医生应向患者家属交代药物的可能的不良反应,一旦发生,应立即就医;克林霉素与其他药物间可能会发生相互作用,尽量避免联合用药,确需用时,应密切监测;一旦发生不良反应,立即停药,并及时对症处理。

[参 考 文 献]

[1]

陈新谦,金有豫,汤光. 新编药理学[M]. 第 16 版. 北京:人民卫生出版社,2007, 796-799.

[2]

Paul Waish. Physixians' Desk Reference[M]. 54th ed. Monr-vale; Medical Economics Company, 2000, 2423.

[3]

陈世铭. 药物不良相互作用的临床意义与处理[M]. 北京:中国科学技术出版社, 1993,170.

[4]

辛艳丽. 克林霉素用药安全性调查与评价[J]. 中国药房, 2005, 16(23):1086.

[5]

道毅俊,张亮. 钟明康. 克林霉素的安全性评价[J]. 药物警戒, 2007, 4(1):42.

[6]

胡亚美,江载芳. 实用儿科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002,2609.

[7]

李文汗. 新编儿科药物手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000,42.

[8]

夏瑜. 克林霉素的不良反应及预防[J]. 抗感染药学, 2007, 3(4):189.

[9]

黄祥,李军,郑丽娜,李勇. 克林霉素的不良反应与用药安全性[J]. 药物不良反应杂志, 2003, 5(2):83-87.

(本文编辑:吉耕中)