

用,使其在临床应用中受到一定限制。目前已开发了多种布洛芬新剂型。如布洛芬注射剂,透皮吸收的洛布芬乳膏的及口服布洛芬微囊颗粒剂等均有利于减少其不良反应,增加其临床疗效。

参 考 文 献

- [1] Dudley HF, *Drugs*, 1957, 33(1):35
 [2] Alexander AM et al, *Clin Hosp Pharm*, 1985, 10(1):30
 [3] 巨晓南. *健康报*, 1990, 10, 18(2)
 [4] Lanza FL, *Am J Med*, 1984, 77(1A):19
 [5] 罗挺, 姜江. *中级医刊*, 1987, 22(1):43
 [6] Stern RS et al; *JAMA*, 1984, 252(12): 1453
 [7] Editorial, *Pharm J*, 1989, 242(6535):618

- [8] Editorial, *Lancet*, 1989, II(8666):779
 [9] Koyer GL et al. *Am J Med*, 1986, 77 (1A):25
 [10] 编辑部译. *中国医学论坛报*, 1990, 15(4):24
 [11] Kantor TG. *Am J Med*, 1984, 77(1A): 121
 [12] 李定国译. *药学通报*, 1985, 20(3):191
 [13] Quinn JP et al. *Neurology*, 1984, 34(1): 108
 [14] Robinson DR, *Am J Med*, 1983, 74 (10B): 26
 [15] 李泽华. *健康报*, 1990, 11, 27(3)
 [16] Stevenson SD, *J Allergy Clin Immunol* 1984, 74(4):617
 [17] Editorial. *Pharm J*, 1937, 239(6414):180
 [18] Ayres JG et al. *Lancet*, 1987, I(8541): 1062
 [19] Furst DE, *Am J Med*, 1984, 77(1A):51

小儿呼吸道感染的合理用药

解放军成都军区总医院(成都 610083) 刘明蓉 胡晓斌

小儿呼吸道感染是世界各国医药界普遍重视的课题,尤其在发展中国家,婴儿及5岁以下儿童因呼吸道感染致死的人数,占死亡儿童的20~40%。本文着重就小儿呼吸道感染的合理用药作简要介绍。

一、抗病毒药的应用

小儿呼吸道感染在气候骤变时尤易发生,其病原体多为病毒,占38~80%,其中包括RNA病毒及DNA病毒。病毒感染时,其鼻部症状比咽部症状明显,血中白细胞降低,因此,当小儿出现发热、鼻塞、流涕、喷嚏、干咳时应首选并立即使用抗病毒药物以阻止病毒对小儿的进一步侵害。常见抗病毒药物有中药、西药及生物制剂三大类。

1. 抗病毒中药

中药资源丰富,治疗小儿呼吸道感染有肯定的疗效。较常见的抗病毒中成药见表-1,从表-1可看出其多由板蓝根、银花、连翘、黄芩、大青叶等抗病毒中药组成,但是目前以小儿为用药对象的中成药不但品种较少,而且制剂种类也单一,因此应大力开发儿童用中成药制剂。

2. 抗病毒西药

小儿发生呼吸道感染,一般应首选毒副作用小,疗效肯定的中成药,但若为急性呼吸道感染,应采用显效快而作用强的抗病毒西药,常见的有金刚烷胺、病毒灵、病毒唑及潘生丁,这里需特别强调的是潘生丁,早年潘生丁仅是一种冠脉扩张及抗血小板聚集

表 1

常见的抗病毒中药

药 名	主 要 成 分	用法、用量
抗病毒冲剂	板蓝根	tid, 半包/次 P0
小儿感冒冲剂	菊花、杏仁	tid, 1包/次 P0
银翘解毒片	银花、连翘	tid, 2片/次 P0
双黄口服液	金银花、黄连	tid, 5ml/次 P0
大青叶口服液	大青叶	tid, 5ml/次 P0
小儿热速清口服液	金银花	tid, 10ml/次 P0
板蓝根注射液	板蓝根	tid, 1~2ml/次 P0

药。近年发现此药有广谱抗毒作用。Tonew 的研究表明其对多种 DNA 及 RNA 病毒均有抑制作用, 能选择性抑制病毒 RNA 合成, 而对宿主 RNA 合成无影响, 因此治疗量对人体无毒副作用^[2]。1989 年 Lichtner 的研究表明潘生丁可增强特异性体液免疫反应及特异性细胞免疫反应, 有人将其用于幼儿急性呼吸道感染的防治, 获得成功^[3], 但我国

临床目前还未采用。使用抗病毒西药应注意三点: (1) 确诊病毒原方下药, 见表-2。(2) 选择毒副作用小的给药方法。如病毒唑可口服、静脉给药或吸入, 但前二种给药方法可引起骨髓抑制和正色素正细胞性贫血。而吸入则副作用小, 偶见皮疹或结膜炎。(3) 当病情好转并巩固后立即停药。

表 2

抗病毒西药

药 物	抗病毒谱	用 途
金刚烷胺	抗流感病毒对流感 B 病毒无效	使用少
病毒灵	对流感 A、B、副流感鼻病毒、合胞病毒、3、8 型腺病毒均有作用	防治流感、腮腺炎咽结合膜热、麻疹
病毒唑	腺病毒、疱疹病毒痘病毒均有作用	广泛
潘生丁	广谱	急性呼吸道感染

3. 抗病毒生物制剂

目前临床医生对小儿呼吸道感染最头痛的问题之一就是病儿感染后, 其细胞及体液免疫功能尤其是前者受到明显抑制, 病儿从此遭受反复感染, 甚至造成呼吸道持久功能性器质性损害, 有的甚至侵害心脏, 导致小儿心肌炎。抗病毒生物制剂不但能杀灭和抑制病毒, 而且能提高病儿的免疫功能, 可谓双管其下。常见这类生物制剂有干扰素、聚肌胞。其中干扰素可以肌注、静脉内给药、皮下注射、超声雾化吸入或滴鼻。

已证明 α -干扰素滴鼻可减少鼻病毒引起的 33% 鼻症状, 减少 40% 呼吸系统疾病的发作, 用于预防时, 对接触过鼻病毒者可使其“症状日”缩短 76%, 减少发病 80%。聚肌胞为干扰素诱生剂, 目前临床并未用于小儿呼吸道感染, 而多用于治疗乙肝、带状疱疹、疱疹角膜炎等疾病^[4]。

二、抗生素的应用

呼吸道感染不应滥用抗生素, 但是当咽部充血及疼痛较明显, 有渗出物, 血中白细胞增高, 并能确证为细菌感染时应加用抗生素

治疗。并同时注意三点：(1) 细菌的耐药性。(2) 抗生素的毒性，大部分抗生素无毒或毒性较小，有显著毒性的是氨基糖甙类抗生素。(3) 了解儿科及呼吸道抗生素的药物动力学，如小儿的肾功能、代谢酶及免疫功能均发育不完善，了解药物达到呼吸道浓度与各种细菌所需的MIC，从而利于选择最佳治疗药物，药物的给药途径、用法及用量。目前临床使用较多的抗生素有青霉素类、头孢菌素类、氨基糖甙类、大环内酯类、磺胺类和喹诺酮类等。这里需强调的是目前滥用抗生素问题十分严重，往往是没仔细全面考虑就上高级抗生素，如头孢菌素和大环内酯抗生素，而且愈用愈高级，这既达不到治疗效果又增加了病家经济负担，况且一种新药的副作用需经多年及大量临床病例才能发现，尤其对儿童应尽可能选用疗效好，久经临床考验的药物如青霉素类及磺胺类药物。从目前来看，适宜儿童用的抗生素较多，但儿童用剂型较少，因此建议多研究开发适宜儿童用新剂型，如滴鼻剂、雾化剂、栓剂。

三、其它药物

小儿发生呼吸道感染时，除采用上述药物外，还应同时采用对症药物，如出现高热则应采用退热剂；出现高热惊厥，则肌注苯巴比妥钠；出现鼻塞则0.5%麻黄硷滴鼻；

出现咳嗽时，应采用止咳祛痰药，如氯化胺、鲜竹沥、甘草合剂、急支糖浆等；出现喘息时则用氨茶硷，从而达到控制减轻症状，改善生活质量的目的。

四、其它疗法

研究表明小儿呼吸道感染，尤其是反复呼吸道感染与小儿维生素A缺乏有明显关系^[5]，因此除抗感染、止咳、平喘、退热疗法外，应给浓鱼肝油或维生素AD注射液治疗。此外，物理疗法的迅猛发展，给小儿呼吸道感染增加新的治疗手段，常见的有超短波透热治疗法，其目的是通过电磁场高热达到消炎化痰之目的。

总之，小儿呼吸道感染的发生率高，危害大，如果不合理选择和使用药物，不但会影响小儿的正生常生活，而且会诱发各种器官功能性损害，对日后生活、学习造成严重后果，因此应引起足够重视。

参 考 文 献

- [1] U. N里德, H. 魏纳著, 武忠弼主译《病理学》, 人民卫生出版社, 1989, 528~565
- [2] Tonew E et al. Acta Urol, 1982, 26: 125
- [3] Rainite-Audinene AB et al. Pediatría 1989, 10: 108
- [4] 姚龙. 实用儿科杂志, 1991, 6(1): 7
- [5] 张宇聪. 实用儿科杂志, 1991, 6(1): 34

新药和新用法改善癌症治疗的希望

陈向齐译 张 钧校

在美国临床肿瘤学协会的年会上大家热切期待的临床试验结果中包括化疗新方法，已有药物的新用法和提高癌症患者生存质量的新途径。

* 几项研究调查了用于治疗晚期乳腺和卵巢癌的紫杉醇的其它用途。比如东方合作肿瘤组发现 25 名非小细胞性肺癌的病人中约 1/4 的患者有效。安德森癌症中心的一项