

干扰素不适用于流行性腮腺炎的治疗

杨以真 蔡修熙

(浙江省台州医院 临海 317000)

摘要 为了解干扰素对流行性腮腺炎是否有治疗作用,收集曾用干扰素治疗的患者 49 例,未用干扰素治疗者 62 例,进行临床各项指标回顾性比较,结果差异显著。全部病例最后均停用干扰素,改为常规治疗后才痊愈。表明干扰素治疗流行性腮腺炎无效,并可使病情加重、病程延长,应引起临床医师的注意。

关键词 干扰素;流行性腮腺炎;治疗作用

流行性腮腺炎(流腮)是由流行性腮腺病毒引起的急性呼吸道传染病。流腮病毒属副粘液病毒,系 RNA 型^[1],目前尚无有效的治疗药物。利巴韦林疗效不显著。由于干扰素具有广谱抗病毒作用,近来有人试用 α -干扰素治疗流腮。本文收集 1995 年 1 月至 1997 年 5 月份住院治疗的流腮病人 111 例,进行回顾性总结,现将两组治疗结果比较分析如下。

一、一般资料

将曾用过干扰素治疗的 49 例列为干扰素组,其中男 30 例,女 19 例,年龄 9~32a(平均 15.3a);未用过干扰素治疗的 62 例列为非干扰素组,其中男 42 例,女 20 例,年龄 7~27a(平均 14.5a)。两组病人治疗前病情轻重无显著差异(见表 1, $P > 0.05$)。两组在年龄、性别、病情等各项指标均具有可比性。

表 1 两组流腮病人治疗前病情比较 $P > 0.05$

| 组别 | 例数 | 发热 | 腮腺两侧肿大 | 颌下腺肿大 | 睾丸炎 | 脑电图异常 | 心电图异常 |
|-------|----|--------|---------|---------|--------|---------|--------|
| 干扰素组 | 49 | 7(14%) | 25(51%) | 33(67%) | 4(8%) | 36(73%) | 5(10%) |
| 非干扰素组 | 62 | 9(15%) | 33(53%) | 43(69%) | 6(10%) | 45(73%) | 7(11%) |

二、治疗方案及结果

两组病人就诊后,一组按常规治疗,另一组曾用 α -干扰素治疗,剂量为 10~100 万 μ /d,疗程 2~9d。结果两组在治疗 2d 后病情变化有显著差异(见表 2)。干扰素组因症

状加重而停用干扰素,先后改用地塞米松、利巴韦林及阿米卡星或青霉素注射,与非干扰素组治疗方案一致。结果干扰素组的平均住院天数为 13.7d,非干扰素组为 6.3d,有非常显著差异($P < 0.01$)。

表 2 两组流腮病人治疗 2 天后病情比较

| 组别 | 例数 | 发热 | 腮腺两侧肿大 | 颌下腺肿大 | 睾丸炎 | 脑电图异常 | 心电图异常 |
|------------|----|---------|---------|---------|--------|---------|---------|
| 干扰素组 | 49 | 42(86%) | 41(84%) | 42(86%) | 7(14%) | 39(80%) | 19(39%) |
| 非干扰素组 | 62 | 6(10%) | 24(39%) | 30(48%) | 4(6%) | 36(58%) | 4(6%) |
| <i>P</i> 值 | | <0.01 | <0.01 | <0.01 | >0.05 | <0.05 | <0.01 |

三、讨论

从表 2 可见,49 例曾用 α -干扰素治疗的流腮患者病情均明显加重,各种并发症比率高于非干扰素组,有极显著差异。其中 1 例青年患者,曾用 α -干扰素 100 万 μ /d,连用 9 天,其间症状逐日加重,并发脑炎和心肌

受损。入院治疗 1 月余才恢复出院。非干扰素组治疗 2d 各种症状均明显好转,住院天数明显少于干扰素组。

干扰素虽为目前抗病毒治疗效果较肯定的药物之一,并能抑制细胞增殖和具有免疫功能调节作用,但副作用也较多。在治疗中

除可出现肌痛、发热、食欲减退等常见不良反应外,有报道指出,可引起器质性和非器质性特异性自身抗体,诱发自身免疫性疾病或加剧自身免疫性疾病症状。出现自身免疫反应者约占1~2%^[2]。流腮是由腮腺病毒致病,腮腺和其它组织的广泛受累表明它是一种系统性感染,病理检查证明腮腺腺体的反应属于非特异性炎症^[1],其所表现的某些症状可能与自身免疫反应有关,故推测干扰素可加重这些症状。

此外,干扰素虽是一种抗病毒药物,但抗病毒作用是通过诱导细胞产生“抗病毒蛋白”和介导免疫反应来实现的,因而抗病毒作用出现较迟缓^[3],使得病毒在充足的时间内可

被某些因素激活而加重症状。当流腮病人接受干扰素治疗后,病毒不能及时被抑制反被激活,又使机体的自身免疫反应加剧,导致病情加重。

通过两组治疗效果的比较,得知干扰素治疗流腮无效并可使病情加重,病程延长,应引起临床医师的注意。

参考文献

- [1]王贤才译.希氏内科学.第二分册.呼和浩特:内蒙古人民出版社,1985:11
- [2]胡文铎,崔乃杰,高仲阳.国家基本药物及新特药临床指南.天津:天津科技翻译出版公司,1996:369
- [3]罗永雄,杨道铎,干扰素致口唇单纯疱疹3例.药物流行病学杂志,1996;5(3):189-90

输液反应成因与护理对策

王凤江红

(解放军第141医院 青岛 266100)

输液疗法在临床治疗中占有重要地位,其特定的给药方式有利于联合用药,能保持稳定的血药浓度,达到速效和高效,这些作用优于片剂和针剂。然而大输液的不良反应也相当严重,因输液反应引起的医疗纠纷和致病人死亡的医疗事故时有发生。因此,预防和减少输液不良反应是开展临床药学提高护理质量的内容之一。

一、热原反应的“双热峰”及危害

热原是细菌死亡后细胞壁破裂时释放的一种内毒素,主要致热活性是脂多糖。人体注入含内毒素的液体达 $1\mu\text{g}/\text{kg}$ 以上,在1h和3h有两次体温上升的高峰,称“双热峰”。第一峰是内毒素直接作用下丘脑体温调节中枢,第二峰是由于外来性致热物质(如细菌或内毒素)被多核白细胞吞噬后再从白细胞分离出来的致热物质,此物称为白细胞热原,它的毒性比原内毒素高100倍,从而使体温升高达 40°C ^[1],严重者出现昏迷、虚脱、内毒

素休克及弥漫性血管内凝血而死亡。

二、输液反应的分类

临床上发生的输液反应可分为三类:季节性热原反应,散在性热原反应和迟发性热原反应。

季节性热原反应有一定的规律性。(1)主要发生在夏季,输液反应的人数较多且集中。(2)有输液反应的液体多为夏季生产,且为同一品种和同一批号,用鲎试法作内毒素复测阳性率较高。(3)停止使用或更换批号,输液反应不再发生。

散在性热原反应无明显的规律性,其原因的查找比较困难,临床表现:(1)一年四季均可发生,输液反应以散在的、个别的患者为主。(2)加药的液体有输液反应的较多,用留样检品作内毒素复测结果一般为阴性。

迟发性热原反应的特点是:在输液过程中“双热峰”不明显,出现临床症状是在输液完后半小时之内发生的,极易错过抢救时机。