

痰热清注射液引起严重不良反应 1 例

李莲华, 陈琦, 谢娟

(贵州省人民医院 药剂科, 贵州 贵阳 550002)

[关键词] 痰热清; 不良反应; 多器官功能衰竭

[中图分类号] K562.21 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2012)06-0690-02

痰热清属中药注射剂,有清热、化痰、解毒作用。痰热清说明书中的不良反应都比较轻,在文献中有严重不良反应的报道,但无死亡病例的报道,故临床医生认为该药是安全的,在儿童和老年人中应用广泛。现将2012年3月临床使用痰热清注射液引起严重不良反应最后导致死亡的病例报告如下。

1 临床资料

患者,女,79岁,因咳嗽、咳痰、全身酸痛乏力、恶心呕吐2d,于2012年3月急诊科就诊。既往有高血压病史,否认药物过敏史。查体:无发热、腹痛及腹泻,无心悸、胸闷及胸痛,无少尿、浮肿等;血压116/68 mmHg,呼吸20次/min,神清合作,皮肤巩膜无黄染,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音;心率70次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹平软,无压痛及反跳痛,双下肢不肿。初步诊断为支气管炎、胃炎、高血压。予美洛西林钠抗炎,痰热清止咳化痰,泮托拉唑钠保护胃黏膜,盐酸甲氧氯普胺止吐治疗。患者入院1h静脉滴注完美洛西林钠3g,无异常症状;用0.9%氯化钠20ml清洗输液管后,静脉滴注5%葡萄糖注射液250ml加痰热清注射液20ml,大约滴注10min(约20ml药液)时患者出现寒颤、发冷、口唇发绀,立即停止输液,上氧,测量体温为36.9℃,静脉推注地塞米松5mg,未见好转,此时患者双肺呼吸音粗,大量湿啰音及哮鸣音,脉搏140次/min,律齐无杂音;呼吸35次/min;血压200/110 mmHg;给予0.9%氯化钠50ml加硝普钠25mg,以5mg/h避光泵入。血生化检查正常;血常规检查:钠121.8 mmol/L,氯92.8 mmol/L,二氧化碳结合力14.2 mmol/L,钙1.97 mmol/L,白蛋白32.5 g/L,白球比值0.8,磷1.93 mmol/L,葡萄糖15.7 mmol/L,半胱氨酸蛋白

抑制剂C 1.87 mg/L,谷草转氨酶34 U/L,乳酸脱氢酶325 U/L, α -羟丁酸脱氢酶203 IU/L,肌酸激酶同工酶59 U/L,球蛋白40.6 g/L。血气分析结果:I型呼吸性衰竭、代谢性酸中毒失代偿。心电图示窦性心动过速(136次/min),考虑急性左心衰,给予0.9%氯化钠20ml、西地兰0.2mg及速尿20mg缓慢静脉推注。患者昏迷,立即胸外心脏按压,心肺复苏,吸痰、气管插管,静推肾上腺素共6次,上有创呼吸机,抢救50min无效,患者死亡。

2 讨论

痰热清是从黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘等中药中提取的有效成分,临床上广泛用于风温肺热病、痰热阻肺证,症见发热、咳嗽、咯痰不爽、咽喉肿痛、口渴、舌红、苔黄;亦用于肺炎早期、急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作以及上呼吸道感染证候者。痰热清注射液偶有过敏反应,可见头晕、恶心、呕吐、全身发红、瘙痒或皮疹。韦炳华^[1]、汪洋清^[2]、杨玲^[3]、刘艾^[4]等关于痰热清不良反应有过敏反应、过敏性休克、头昏恶心、腹泻、高热、肾功能异常、呼吸困难、喉头水肿、皮肤及附件损害等,但无死亡病例报道。

本例患者是美洛西林钠和痰热清联用,虽然在使用美洛西林钠之前皮试阴性,但中间只间隔0.9%氯化钠注射液20ml。按痰热清说明书上的要求与其它药联用,在换药时需先用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液(50ml以上)冲洗输液管或更换输液器,并保持一定的时间间隔。本例患者冲洗输液器的时间和液体量都不够,可能是产生不良反应的原因。2011年药品不良反应监测年度报告指出,在药品不良反应中,65岁以上老人的比例明显升高^[5-6]。本例患者79岁,身体各器官功能减退,对于使用中药注射剂更易造成药品不良反应,

促成严重不良反应的发生。此例导致患者死亡的严重不良反应再次提示中药注射剂成分复杂,不易提纯,出现不良反应不易把握,使用时应小心谨慎。

在临床工作中,为减少药物出现严重不良反应,应严格掌握适应症,合理选择给药途径,能口服给药的,不选用注射给药;能肌内注射给药的,不选用静脉注射或滴注给药,必须选用静脉注射或滴注给药的应加强监测;辨证施治,严格按照药品说明书规定的功能主治使用,禁止超功能主治用药;严格掌握中成药用法用量及疗程,严格按照药品说明书推荐剂量、调配要求、给药速度、疗程使用药品,不超剂量、超滴速和超疗程用药;严禁混合配伍,谨慎联合用药。中药注射剂应单独使用,禁忌与其他药品混合配伍使用;如确需联合使用其他药品时,应谨慎考虑与中药注射剂的间隔时间以及药物相互作用等问题。用药前应仔细询问过敏史,过敏体质者慎用中药注射药。老人、儿童、肝肾功能异常患者等特殊人群和初次使用中药注射剂的患者应慎重使用,密切观察,加强监测。需要长期使用者在每

疗程间要有一定的时间间隔,加强用药监护。用药过程中,应密切观察用药反应,特别是刚开始 5 ~ 30 min,发现异常,应立即停药,对症处理。

3 参考文献

- [1] 韦炳华,陈清. 痰热清注射液的不良反应分析[J]. 中国医药导报,2011(1):134-135.
- [2] 汪洋清. 痰热清药物不良反应报告分析[J]. 中国实用医药,2010(22):130.
- [3] 杨玲,赵玉生. 中药制剂痰热清的不良反应分析[J]. 实用医技杂志,2008(32):4673.
- [4] 刘艾,雷招宝. 痰热清注射液的不良反应及其防治[J]. 中国医疗前线,2008(21):104.
- [5] 王卫东,张振霞. 65 例中药制剂不良反应分析[J]. 实用临床医药杂志,2011(19):138-139.
- [6] 王勤,张敏,王瑟红. 药物不良反应 197 例临床分析[J]. 实用临床医药杂志,2010(24):62-63.

(2012-07-17 收稿,2012-09-20 修回)

编辑:周凌

(上接第 685 页)

障碍时,胃排空延迟、胃电收缩节律紊乱,幽门开放,十二指肠收缩频率和(或)幅度降低,胃幽门十二指肠协调运动及推进性压力减少,逆蠕动增多,则发生胆汁反流,引起胃损伤。当存在精神、工作等压力过大等内在或外在因素时,可导致胃肠动力紊乱或障碍,从而导致胆汁反流,若长期诱因不去除,胃黏膜发生相应的病理改变^[7],本组胃动力异常胆汁反流性胃炎多为年轻患者,精神压力大,睡眠差者,虽然临床症状不典型,但内镜下见胃窦黏膜胆染更加偏黄,甚至部分病例较残胃者黄、腻、厚、稠。

Hp 感染和胆汁反流都与胃黏膜损害有关,胆汁在体内或体外均可杀灭 Hp,在高浓度的胆汁酸作用下可使菌体外形由杆状变成表面带气泡状或球状、最终浓缩呈团块而失去活性。所以胆汁反流性胃炎同时伴有 Hp 感染情况在理论上是难以成立的,但许多资料报道胆汁反性胃炎可同时合并有 Hp 感染,Hp 感染率虽较低,但与组织炎症密切相关^[8]。由于这两种因素均可造成黏膜损伤,所以引起不同程度的内镜下胃黏膜改变,本研究的结果与此类似,部分病例合并有 Hp,推断可能 Hp 感染在前,然后出现胆汁反流并导致 BRG,进一步加重了胃黏膜的损害。

4 参考文献

- [1] 孔建华. 胆汁反流性胃炎的研究进展[J]. 中国实用内科杂志,2009(1):157-159.
- [2] Chan DC, Fan YM, Lin CK, et al. Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy to reduce enterogastric reflux and Helicobacter pylori infection [J]. J Gastrointest Surg, 2007(12):1732-1740.
- [3] 彭伟,范红,周雁,等. 熊去氧胆酸联合多潘立酮治疗原发性胆汁反流性胃炎 156 例临床研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2009(8):732-734.
- [4] Chen H, Li X, Ge Z, et al. Rabeprazole combined with hydrocortisone is effective for patients with bile reflux gastritis after cholecystectomy[J]. Can J Gastroenterol, 2010(3):197-201.
- [5] 张晓慧. 胆囊切除术后胆汁反流性胃炎患者的临床特征分析[J]. 实用临床医药杂志,2011(9):117-118.
- [6] Rehfeld JF, Friis Hansen L, Goetze JP, et al. The biology of cholecystokinin and gastrin peptides [J]. Curr Top Med Chem, 200(12):1154-1165.
- [7] 姚萍,王磊. 原发性胆汁反流性胃炎临床病理特征分析[J]. 解放军医学杂志,2011(5):498-500.
- [8] 顾炜,蔡兵. 梗阴性黄疸大鼠应激时血浆表皮生长因子变化与急性胃黏膜病变关系的研究[J]. 实用临床医药杂志,2012(5):7-9.

(2012-08-27 收稿,2012-10-08 修回)

编辑:周凌