

硝苯吡啶治疗顽固性呃逆

山东兖州县人民医院(兖州 272000) 曲中宁 苗兴旺

呃逆是与膈肌有节律不随意运动有关的突然吸气声音。单纯的呃逆一般不会持续超过几分钟,而认为是生理性的肌阵挛。慢性呃逆是由于“呃逆反射弧”的持续紊乱。顽固性呃逆多发于各种危重病症。其原发病可为刺激延髓的疾病(脑瘤、脑炎、脑栓塞、脑血管病等),或继发于其他疾病(冠心病、肝癌、胃癌、肺癌等),个别顽固性呃逆与遗传因素有关。临床上常以抗惊厥药,强安定药,多巴胺拮抗剂,肌肉松弛剂、镇静剂,安眠药,三环抗抑郁药,麻醉药,GABA促进剂等治疗,而效果甚微,且持续发作时间较长,给患者增加痛苦,甚至危及生命。

硝苯吡啶(NIF)是一种钙通过细胞膜慢通道内流的拮抗剂,其治疗顽固性呃逆的机理可能是通过阻滞 Ca^{2+} 的细胞内流,从而降低膈肌兴奋性,能解除膈肌痉挛。口服与舌下含化分别在20 min和5 min内起效,疗效显著,且停药后复发,再用仍有效,国内外均有报道,值得推广使用。

Lipps等^[1]报道7例难治性呃逆患者(症状为3周~20年),在使用安定,氟哌啶醇、卡马西平、丙戊酸、胃复安治疗均无效,改用口服NIF,首先10 mg,每日3次,如无效,剂量增至20 mg,每日3次。结果4例口服NIF 10 mg,每日2~3次后,呃逆完全终止,其中2例于停药4~12 h后症状复发,但每次给药后呃逆再度消失。1例用药后呃逆发作次数和严重程度均有明显减轻。2例无效者中,1例呃逆长达20年,另1例伴有严重肾衰。Mukhopadnyay等^[2]报道一例纤维性组织细胞瘤继发肝、肺转移的

患者,在化疗期间出现顽固性呃逆,虽给予通常的治疗,包括用口咽部刺激和苦味治疗,但均无效,病人严重虚弱。考虑到呃逆系由膈肌强烈收缩引起,而改用NIF治疗。初始剂量为10 mg,q 8 h,口服,以后增加至20 mg,呃逆完全消退。但停药后仍然复发。因而作者认为,顽固性呃逆致虚弱的患者,如用常规治疗无效时可先试用NIF。周氏等^[3]报道18例顽固性呃逆(原发病为冠心病、肝病、脑炎,尿毒症等)采用NIF 10 mg,咬碎舌下含服或吞服,半小时内呃逆不止者,追服10 mg,呃逆反复发作,重复应用,14 h最大用量不超过100 mg,首次剂量不宜大于20 mg,结果,服10 mg后4~30 min呃逆停止者8例,追服本品10 mg后,呃逆在2 h内停止药7例,显著减轻者2例,无效1例,总有效率94.4%。4例因反复发作,重复使用仍有效。杨氏^[4]报道1例72岁老年患者因胆系感染,给予抗感染、利胆等治疗时引起频繁呃逆,经机械刺激,药物穴位封闭,口服山莨菪碱,甲氧氯普胺,氟哌啶醇等治疗无效,改用NIF 10 mg舌下含用,Tid。用药1次呃逆次数即减少。1 d后呃逆停止,用药3 d天后停药,呃逆未再复发。另1例57岁脑血栓患者,在治疗中出现频繁呃逆。经耳针、山莨菪碱,地西洋等治疗无效后,采用利多卡因静滴,呃逆次数有所减少。第3天改用NIF 10 mg舌下含服,Tid,1 d后呃逆消失,服药3 d停用,2 d后呃逆又发作,再用NIF 1 d呃逆消失,维持用药5 d后停用,以后未再复发。王氏^[5]报道102例流行性出血热(EHF)顽固呃逆

病人, 呃逆持续 1 d 以上者 17 例, 间断频繁呃逆 2 d 以上者 35 例, 呃逆用阿托品, 654—2, 氯丙嗪等治疗无效者 50 例, 首次舌下含服 NIF 0.4 g, 然后改为 0.2 g 口服, 每日 2 次, 连用 1~2 d。结果 94 例(92.16%)痊愈, 即服药半小时内呃逆减轻, 2 h 内呃逆停止且不复发; 3 例(2.94%)有效, 即服药半小时内呃逆减轻, 2 h 至 1 d 内呃逆不停止, 呃逆间隔时间明显延长者; 5 例(4.90%)无效, 即服药后呃逆不停止者。作者指出呃逆是 EHF 常有且较顽固的症状, 不易控制, 可发生于 EHF 各期, 使用抗胆碱药或平滑肌解痉剂, 镇静剂治疗, 效果不理想, EHF 患者呃逆可能是膈肌本身舒缩功能失调, 而非非迷走神经兴奋所致。EHF 呃逆患者使用 NIF 后膈肌痉挛能舒张, 呃

逆得以解除。另外本组病例中有 27 例低钙血症, 低钙血症能加重呃逆, 使用 NIF 能阻滞 Ca^{2+} 向细胞内流, 从而使细胞外 Ca^{2+} 浓度增加, 呃逆减轻。

NIF 在治疗顽固性呃逆中, 副作用较少, 鉴于 NIF 具有很强的降血压作用, 在一些重症病人使用时应卧床, 严密观察血压变化, 血压下降应减少药物用量或停药。

参 考 文 献

- [1] Lipps DC et al. *Neurology*, 1990, 40(3):531
- [2] Mukhopadhyay P et al. *N Eng J Med*, 1986, 314(19):1256
- [3] 周迎宪等. *实用内科杂志*, 1989, 9(7):341
- [4] 杨国民. *新药与临床*, 1991, (10)4:234
- [5] 王文兴. *实用内科杂志*, 1992, 12(2):39

· 文 摘 ·

月经过多——当前药物治疗的观点

张弓长 史标译 张紫洞校

因为月经过多发生在 9~14% 的健康妇女当中, 因此很多临床医生会遇到与此相关的一些问题。月经过多很难客观具体说明, 而且在可用的药物之间选择一种治疗常常不是一件容易的事。在这篇评述中, 讨论了关于月经过多诊断、基础病理生理学以及治疗, 尤其是药物治疗的有用的知识。总的说来要强调一种实用的途径。

避孕要求以及引起月经过多的基本原因就决定了治疗月经过多时的药物选择。如果要求避孕, 口服联合避孕药并连续服用孕激素类。口服药或药用于宫内避孕器(IUD)对原发性月经过多、以及子宫纤维肌瘤和出血

有关的月经过多均为首选药物。如果不要求避孕, 首选的治疗就是仅在月经期间需要服用的药物, 如前列腺素合成抑制剂或抗纤维蛋白溶解剂。其中, 抗纤维蛋白溶解剂可最大限度地减少经血损失, 而前列腺素合成抑制剂副作用发生率最低。后者还对减轻痛经具有特别的优点。在治疗月经过多时不要使用麦角新碱。

虽然这一评价是令人满意的, 到目前为止在各种药物治疗形式的结合方面尚未进行研究, 但是这种评价是会有用的。