



非外科手术预防用抗感染药物的使用指南(四)

中图分类号:R982

文献标识码:A

文章编号:1006-0111(2006)05-0379-06

5 需预防用抗感染药物的无发热粒细胞减少症者

5.1 无发热粒细胞减少症者的机会感染 粒细胞减少(粒细胞数 $<500/\text{mm}^3$,持续7天以上)的病人处于严重感染增长的风险中,并会导致死亡。血癌(hematologic malignancies)病人,特别是急性白血病,因为使用抗肿瘤药物也处于感染的特殊风险中。为骨髓移植而接受抗肿瘤药物的患者其体内粒细胞也会严重减少,面临很大的感染风险。粒细胞减少的程度和持续时间是引起感染的最大风险因素,例如,粒细胞计数小于 $100/\text{mm}^3$ 是极其危险的,即使它持续时间不到7天,也会出现发热,需要使用抗感染药物。其他的风险因素包括粘膜和皮肤损伤,留置导管,使用仪器,牙周疾病,牙科手术,器官移植时使用的抗排异剂危及其他免疫反应等。与抗肿瘤药物治疗有关的粒细胞减少患者要比其他原因(如再生障碍性贫血、HIV感染)引起的粒细胞减少者,获得感染的风险更大,因为,化疗引起粘膜整体性改变,将增加细菌或真菌定植的机会^[1]。

5.1.1 常见病原体 从粒细胞减少症患者感染后体内分离得到的病原体,有葡萄球菌,链球菌,大肠杆菌,肺炎球菌,念珠菌属,曲霉菌属,巨细胞病毒等。

5.1.2 预防原则 首先确定高危人群,急性白血病、抗肿瘤化疗患者等出现粒细胞减少时,容易并发感染。其次,对高危人群实施保护性隔离^[2],如对病房或住房严格消毒、隔离。第三,全身清洁消毒,包括口腔、鼻腔、指甲、肛门、留置导管。第四,避免粘膜、皮肤损伤。第五,一般不考虑预防性使用抗生素。有报道称,研究表明化疗时预防性使用抗生素的粒细胞减少患者,2周内发生感染的几率为81.8%;而不使用抗生素的患者,2周内发生感染的几率是55.6%^[3],两者有显著差异。盲目使用抗生素往往会适得其反,因此,一般仅会在出现轻度感染的征兆时,使用低毒、价廉的抗生素,如青霉素等。

5.1.3 预防措施 大多数回顾性研究不支持对粒细胞减少症患者预防性使用抗感染药物,尽管有少量的报道表明预防性抗感染与粒细胞减少症者的感

染发生率降低有关,但因缺少大规模的随机、双盲、对照试验的可靠数据支持,难以为预防用药提供足够的资料。另一方面,预防性使用抗感染药物并未改善死亡率,而且,可能产生的耐药菌风险等,最终超过降低感染率带来的好处。但是,在下述情况下,可以考虑预防性使用抗感染药物(见表5)。

①预防细菌感染。如果患者存在患卡氏肺孢子虫肺炎的风险(如儿童白血病、组织胞浆菌病、艾滋病等)时,可预防性使用复方新诺明,每天口服2次,每次2片。如果使用喹诺酮类药物,口服环丙沙星片或胶囊500mg,每天2次;静注环丙沙星400mg,每天2次。或者口服或静注氧氟沙星200mg,每天2次。预防给药时机应在抗肿瘤化疗开始的同时进行,直至粒细胞计数大于 $500/\text{mm}^3$ 。

②预防真菌感染。对于预期会经历长时间(7天以上)粒细胞减少的血癌或骨髓移植病人,一般不推荐预防性抗真菌感染的治疗。然而,如果白念珠菌感染的风险比较高,其他念珠菌感染的风险比较低,可以给予氟康唑预防,但应考虑重要的风险(增大非白色念珠菌属和其他更耐药的真菌感染)及相关的费用。预防剂量是口服或静注氟康唑400mg,一天1次。备选方案是静注两性霉素B 0.1~0.25mg/kg·d。预防时机应在血癌病人开始抗肿瘤药物治疗,骨髓移植病人开始调整治疗方案。预防持续到粒细胞计数超过 $500/\text{mm}^3$,或病人出现发热时。

③预防病毒感染。尽管对于骨髓移植病人,抗病毒治疗可作为再次预防,但是,对粒细胞减少症病人,包括骨髓移植病人,不推荐抗病毒治疗作为初次预防的手段。

6 常见需预防用抗感染药物的HIV感染者

对HIV感染者机会感染^[1]的预防和治疗是感染性疾病研究快速发展和变化的领域。由于世界各国都加强了对HIV感染者机会感染的研究,加上不断引用新的药物或新的药物治疗方案,这一领域的实际状况正在持续演变。本文提出的推荐或建议是依据前几年的临床信息,以及有关权威部门的预防

用药指南。因此,读者应当经常关注最新的临床实践,以及政府卫生部门的指导意见。

表5 粒细胞减少者或骨髓移植者机会感染的预防

感染性质	适用患者	推荐用药方案	替代用药方案	证据力度
细菌感染	预期粒细胞数 $< 500/\text{mm}^3$, 持续 7d 或 7d 以上的患者	不推荐	成人:口服甲氧苄氨嘧啶 160mg 和磺胺甲基异恶唑 800mg, bid (或口服复方新诺明 2 片, bid);口服环丙沙星 500mg, bid;静注环丙沙星 400mg, bid;口服或静注氧氟沙星 200mg, bid。 儿童:口服甲氧苄氨嘧啶 6 ~ 10mg/kg · d 和磺胺甲基异恶唑 30 ~ 50mg/kg · d, 分两次给药。	C NA
真菌感染	预期粒细胞数 $< 500/\text{mm}^3$, 持续 7d 或 7d 以上的患者	不推荐	成人:静注或口服氟康唑 400mg, qd。或静注两性霉素 B 0.1 ~ 0.25mg/kg · d。 儿童:静注或口服氟康唑 3 ~ 5mg/kg · d, 或静注两性霉素 B 0.1 ~ 0.25mg/kg · d。	C NA
病毒感染	骨髓移植后巨细胞病毒培养阳性的患者	不推荐初次预防	骨髓移植的成人或儿童:继发预防包括静注更昔洛韦至少 3 个月,或者静注阿昔洛韦 1 个月,然后,口服阿昔洛韦。	C

6.1 HIV 感染患者的念珠菌病、组织胞浆菌病和球孢子菌病的预防 艾滋病患者发生粘膜、皮肤感染的次数相当高,主要病原菌为白念珠菌和其他念珠菌。这些感染主要累及口咽部、食道或阴道。口咽部念珠菌病的发生与 HIV 疾病的严重程度有关,在无症状的 HIV 感染者中发生率达到 62%,在与艾滋病相关疾病者中的发生率为 43 ~ 78%,在确诊艾滋病的患者中的发生率为 54 ~ 93%。食道念珠菌病在确诊艾滋病患者中的发病率是 15%,而阴道念珠菌病的发病率在 HIV 感染的妇女中是 52%。

播散性组织胞浆菌病的发病率在确诊的艾滋病患者中为 1%,但在组织胞浆菌病流行区的 HIV 感染者中的发病率约为 5%。组织胞浆菌病易误诊为呼吸道感染或肺部疾病,而且,该病是自限性的,多数患者无需治疗而痊愈,但少数病人会发展为严重的肺及肺外病,危及生命^[4]。球孢子菌病是相对不常见的感染,据估计,在艾滋病患者的机会感染中只占 0.25%,但在球孢子菌病的流行地区,可高达 25%。目前,球孢子菌病病例报道仅 2 例^[5],但随着 HIV 感染人群的增多,球孢子菌病的发病率预计会增大。

6.1.1 常见病原体 念珠菌、组织胞浆菌和球孢子菌。念珠菌在体内和体外广泛存在,当机体处于健康状态时,一般不会引发疾病。一旦大量、长期使用抗菌素,导致体内菌群失调,免疫力下降,疾病就会卷土而来。HIV 感染患者由于免疫缺陷,容易引起感染。据报道,念珠菌病是 HIV 感染患者最常见的机会感染疾病。

6.1.2 预防原则 ①确定高危人群。免疫功能缺陷或免疫功能低下者,如 CD4/CD8 异常,肾上腺皮质功能不足,器官移植后, HIV 感染者等。②注意个人卫生,加强营养,提高机体免疫力。如注意饭前便

后洗手,食具消毒,器具专用。③避免或减少医源性诱因。如缩短住院时间、合理使用药物,特别是使用好抗生素和皮质激素,准确使用留置导管。有报道说,广谱抗菌药的长期、大剂量使用是致深部念珠菌感染的主要因素^[6]。④预防外源性感染。空气滤过以减少环境空气的污染,将严重的 HIV 感染者保护性隔离。⑤杜绝接触传播源,如接触患有组织胞浆菌病的病人;避免接触含有鸟类、蝙蝠排泄物的土壤。⑥必要时,根据感染的微生物种类分别给予预防性用药。

6.1.3 预防措施 ①预防念珠菌病。对于 HIV 感染者粘膜、皮肤的念珠菌感染,不推荐常规性初次预防。因为考虑到三唑类抗真菌药物对急性疾病、不常发生的严重侵入性疾病的治疗效果,以及可能的耐三唑类念珠菌的产生、药物相互作用和常规预防的成本,预防的价值不大。对于高风险的病人(即 CD4 + 淋巴细胞计数 < 50 个/ μL),可以使用三唑类抗真菌药物。氟康唑对骨髓移植患者全身性念珠菌病的感染预防作用已被多中心临床研究所证实,但对中性粒细胞减少症的疗效仍具有争议性^[4]。因此,预防性使用三唑类药物,应仔细地选择合适的品种,并在个体化的基础上使用。一般推荐每日口服氟康唑 100 ~ 200mg(见表 6)。

②预防组织胞浆菌病和球孢子菌病。不推荐常规性预防 HIV 感染者可能出现的组织胞浆菌病和球孢子菌病,因为预防的价值缺乏实质性数据。对于严重的 HIV 感染(CD4 + 淋巴细胞计数 < 100 个/ μL),可以考虑每日口服伊曲康唑 200mg。据报道,艾滋病患者的伊曲康唑胶囊生物利用度要比健康人大约低 50%。而伊曲康唑口服液的血浆水平要比伊曲康唑胶囊高 50 ~ 70%。因此,作为预防用药最好选用伊曲康唑口服液。

表 6 HIV 感染患者机会感染的预防

感染性质	适用患者	推荐用药方案	替代用药方案	证据力度
粘膜、皮肤念珠菌病	CD4 + < 50 个/ μ L 的成人 CD4 + < 500 个/ μ L 的 1~5 岁的 儿童,或 CD4 + < 200 个/ μ L 的 6 岁以上儿童。	不推荐	每日口服氟康唑 100~200mg。	B
		不推荐	口服 4~6mL 制霉菌素混悬剂(10 万单位/mL), q6h。或者口服 clotrimazole 片 10mg,每日 5 次。	NA
播散性组织胞浆菌病	流行区 CD4 + < 100 个/ μ L 的成人 居民 流行区 CD4 + < 500 个/ μ L 的 1~ 5 岁的儿童,或 CD4 + < 200 个/ μ L 的 6 岁以上儿童。	不推荐	每日口服伊曲康唑 200mg。	B
		不推荐	口服伊曲康唑 2~5mg/kg,每 12~24h1 次,氟康 唑 3~6mg/kg,q24h。	NA
球孢子菌病	流行区 CD4 + < 100 个/ μ L 的成人 居民 流行区 CD4 + < 500 个/ μ L 的 1~ 5 岁的儿童,或 CD4 + < 200 个/ μ L 的 6 岁以上儿童。	不推荐	每日口服伊曲康唑 200mg。	B
		不推荐	口服伊曲康唑 2~5mg/kg,每 12~24h1 次,氟康 唑 3~6mg/kg,q24h。	NA
隐球菌脑膜炎	流行区 CD4 + < 50 个/ μ L 的成人 居民 流行区 CD4 + < 500 个/ μ L 的 1~ 5 岁的儿童,或 CD4 + < 200 个/ μ L 的 6 岁以上儿童。	不推荐	每日口服氟康唑 200mg,或口服伊曲康唑 200mg。	A
		不推荐	口服氟康唑 3~6mg/kg,qd,或口服伊曲康唑 2~ 5mg/kg,每 12~24 小时 1 次。	NA
鸟-胞分枝杆菌 复合体	CD4 + < 50~75 个/ μ L 的成人 CD4 + < 50 个/ μ L 的 6~12 岁的 儿童 CD4 + < 7.5 个/ μ L 的 2~6 岁的 儿童,CD4 + < 500 个/ μ L 的 1~2 岁儿童,CD4 + < 750 个/ μ L 的不 到 1 岁儿童。	口服 叠氮红霉素 1200mg,每周 1 次或 口服 克拉霉素 500mg, bid。	口服利福布丁 300mg,qd,加服或不加服叠氮红 霉素 1200mg,每周 1 次。	A
		口服 叠氮红霉素 20mg/kg (最大 1200mg),每周 1 次或 口服 克拉霉素 7. 5mg/kg (最大 500mg), bid。	口服利福布丁 300mg,qd,或口服叠氮红霉素 5mg/kg(最大 250mg),qd。	NA
		口服 叠氮红霉素 20mg/kg (最大 1200mg),每周 1 次或 口服 克拉霉素 7. 5mg/kg (最大 500mg), bid。	口服利福布丁混悬液 5mg/kg,qd,或口服叠氮红 霉素 5mg/kg(最大 250mg),qd。	NA

6.2 HIV 感染者的新型隐球菌感染 在感染 HIV 的病人中,新生隐球菌感染是机会感染和死亡的一个主要原因。HIV 感染患者最常见的表现是隐球菌脑膜炎。它在晚期 HIV 感染者中的发病率大约是 6%,死亡率为 25~60%^[7]。儿童 HIV 感染者更易出现隐球菌脑膜炎。

6.2.1 常见病原菌 新生隐球菌(*Cryptococcus neoformans*)。

6.2.2 预防原则 ①确定高危人群。一般认为隐球菌初次感染是环境暴露的结果。尽管目前对暴露源尚不清楚,但是,暴露在鸽粪污染很严重的地方与隐球菌感染的高发病率有关^[1]。HIV 感染者长期在污染区工作和生活,增大引发隐球菌脑膜炎的风险。最可靠的风险因素是 CD4 + 淋巴细胞计数,有研究显示,在出现隐球菌感染的艾滋病病人中,78% 的 CD4 + 淋巴细胞计数 < 50 个/ μ L。因此,HIV 感染、CD4 + 淋巴细胞计数 < 50 个/ μ L 是对隐球菌感染采取预防的指标。②避免感染。注意避免接触传染

源,如患有隐球菌感染的病人应远离喂养有家禽、家鸽的场所。③考虑耐药菌株,适时使用药物预防。一般首选氟康唑预防隐球菌感染。隐球菌脑膜炎在早期易误诊或漏诊,晚期则缺乏有效药物,病死率高。因此,需要尽可能地早期诊断,对 HIV 感染者要想到隐球菌感染的可能,及时做隐球菌抗原检测。一旦发现感染要立即采用分期综合治疗方案,联合使用抗真菌药物^[7]。

6.2.3 预防措施 对于高危人群,应每天口服氟康唑 200mg(见表 6),或者口服伊曲康唑 200mg。有研究表明氟康唑优于伊曲康唑。究竟选用哪种药物,应根据个体情况及风险评估作出预防用药决策。

6.3 HIV 感染者的播散性鸟-胞分枝杆菌复合体感染 20 世纪 90 年代,一项结核病流行病学调查发现,在我国人口中非结核分支杆菌感染率为 2/10 万,在结核病中,分支杆菌感染率为 15.35%。据报道,在全球,非结核分支杆菌病呈上升趋势,HIV 感染者是感染非结核分支杆菌的高危人群,特别是以

播散性鸟-胞分枝杆菌复合体(MAC)肺病居多。非结核分枝杆菌是一种环境分枝杆菌^[8],来源于污水、土壤、空气中的气溶胶。该菌广泛的环境分布给预防带来很大困难,分枝杆菌感染主要通过呼吸道、皮肤损伤、胃肠道等途径^[9]。

MAC 在世界上广泛分布,引起 80% 的非结核分枝杆菌淋巴结炎。在欧美国家,艾滋病尸检中 20% ~40% 检出 MAC。

6.3.1 常见病原体 鸟-胞分枝杆菌复合体。

6.3.2 预防原则 ①确定适合预防的人群。播散性 MAC 感染常见于 HIV 感染者,且 CD4 + < 100 个/ μ L。因此,一般认为,预防对象应是 HIV 感染,且 CD4 + < 100 个/ μ L 的患者。但研究发现,预防效果在 CD4 + < 50 ~ 70 个/ μ L 的患者中比较显著,而在 CD4 + 在 75 ~ 99 个/ μ L 之间的患者中不显著。②隔离传播途径。有研究显示当水源管理不严,医院手术器械被污染,创口污染等易招致非结核分枝杆菌爆发流行^[9]。因此,应强化医院感染专业知识教育;抓好消毒灭菌工作,如使用有效的消毒剂(2% 戊二醛);搞好环境卫生;抓好侵入性操作的管理,如手术、注射、穿刺、透析等,严格规范操作程序,避免医务人员的皮肤损伤。③药物预防。叠氮红霉素、克拉霉素、利福布丁等可降低高危人群感染 MAC 的概率。与安慰剂组对照,药物预防可以降低一半的发病率,但对 HIV 感染者存活时间的影响仍不清楚。

6.3.3 预防措施 对于高危人群(HIV 感染者,CD4 + 淋巴细胞计数 < 50 ~ 75 个/ μ L)应口服叠氮红霉素 1 200mg,每周 1 次;或者口服克拉霉素 500mg,bid。替代方案是每日口服利福喷丁 300mg,可加或不加叠氮红霉素。最后的预防选药,取决于患者的个体情况和当时的药品供应状况。

参考文献:

- [1] ASHP Commission on therapeutics. ASHP therapeutic guidelines for nonsurgical antimicrobial prophylaxis[J]. Am J Health - Syst Pharm. 1999;56(6):1201.
- [2] 杨俊超,盖自宽,王建英,等. 急性粒细胞减少与缺乏症的首诊处理[J]. CGP 中国全科医学, 2005;8(2):122.
- [3] 姜凤朝,王玲,何庚辅,等. 58 例急性白血病合并感染时抗生素的临床应用分析[J]. 白血病, 2000;9(2):110.
- [4] 王勇. 组织胞浆菌病的诊断与治疗[J]. 中国热带医学, 2006;6(3):518.
- [5] 李晓莉. 皮肤类似草样肉芽肿的播散性球孢子菌病[J]. 皮肤病学, 2006;2(2):62.
- [6] 黄忠奎,陈平,陈德宇. 念珠菌病的防治研究[J]. 医学综述, 2004;10(5):299.
- [7] 廖万清. 隐球菌性脑膜炎诊治的研究现状[J]. 第二军医大学学报, 2001;22(11):1003.
- [8] 王忠仁,张宗德,张本. 非结核分枝杆菌的流行趋势[J]. 临床肺科杂志, 2000;5(2):83.
- [9] 胡忠义. 非结核分枝杆菌与医院感染的爆发流行和预防控制[J]. 疾病控制杂志, 2000;4(4):350.

(陈盛新,冯惠坚,蒯丽萍编辑)

临床用药指南——非外科手术预防用抗感染药物的使用指南(四) 试题

1. 粒细胞减少的病人是指:
 - A. 粒细胞数 < 400/ mm^3 ,持续 7 天以上
 - B. 粒细胞数 < 500/ mm^3 ,持续 3 天以上
 - C. 粒细胞数 < 300/ mm^3 ,持续 5 天以上
 - D. 粒细胞数 < 500/ mm^3 ,持续 7 天以上
 - E. 粒细胞数 < 1000/ mm^3 ,持续 7 天以上
2. 无发热粒细胞减少症病人发生感染时常见的病原体有(多选):
 - A. 葡萄球菌
 - B. 链球菌
 - C. 大肠杆菌
 - D. 肺炎球菌
 - E. 绿脓杆菌
3. 无发热粒细胞减少症病人预防感染的原则有(多选):
 - A. 保护性隔离
 - B. 确定高危人群
 - C. 全身清洁消毒
 - D. 避免粘膜、皮肤损伤
 - E. 使用抗生素
4. 研究表明化疗时不使用抗生素的患者,2 周内发生感染的几率为:
 - A. 80.8%
 - B. 81.8%
 - C. 82.8%
 - D. 55.6%
 - E. 56.6%
5. 以下有关实施预防措施的说法正确的有(多选):
 - A. 大多数回顾性研究支持对粒细胞减少症患者预防性使用抗感染药物
 - B. 预防性使用抗感染药物可以改善死亡率
 - C. 大多数回顾性研究不支持对粒细胞减少症患者预防性使用抗感染药物
 - D. 预防性使用抗感染药物不能改善死亡率
 - E. 以上说法都不正确

6. 哪些病人可以考虑预防性使用抗菌药预防细菌感染(多选):
- A. 预期会经历长时间(7d以上)粒细胞减少的血癌或骨髓移植病人
 - B. 病人存在患卡氏肺孢子虫肺炎的风险
 - C. 儿童白血病患者
 - D. 组织胞浆菌病、艾滋病患者
 - E. 白念珠菌感染风险较高的病人
7. 艾滋病患者发生感染主要病原菌为(多选):
- A. 白念珠菌
 - B. 金葡菌
 - C. 组织胞浆菌
 - D. 绿脓杆菌
 - E. 球孢子菌
8. 粒细胞减少者或骨髓移植者预防细菌感染替代用药方案有(多选):
- A. 静注或口服氟康唑 3~5mg/kg·d
 - B. 口服复方新诺明 2片, bid
 - C. 静注环丙沙星 400mg, bid
 - D. 口服甲氧苄氨嘧啶 160mg 和磺胺甲基异恶唑 800mg, bid
 - E. 静注阿昔洛韦 1个月
9. 粒细胞减少者或骨髓移植者预防真菌感染替代用药方案有(多选):
- A. 静注阿昔洛韦 1个月
 - B. 静注或口服氟康唑 400mg, 一天1次
 - C. 口服复方新诺明 2片, bid
 - D. 口服甲氧苄氨嘧啶 160mg 和磺胺甲基异恶唑 800mg, bid
 - E. 静注或口服氟康唑 3~5mg/kg·d
10. 无症状 HIV 感染者发生口咽部念珠菌感染的比率为:
- A. 15%
 - B. 43%
 - C. 54%
 - D. 62%
 - E. 78%
11. 播散性组织胞浆菌病的发病率在确诊的艾滋病患者中为:
- A. 1%
 - B. 2%
 - C. 3%
 - D. 4%
 - E. 5%
12. 球孢子菌感染在艾滋病患者机会感染中所占百分比为:
- A. 5%
 - B. 10%
 - C. 15%
 - D. 20%
 - E. 25%
13. HIV 感染患者最常见的机会感染病原菌为:
- A. 白念珠菌
 - B. 金葡菌
 - C. 组织胞浆菌
 - D. 绿脓杆菌
 - E. 球孢子菌
14. HIV 感染者的念珠菌病、组织胞浆菌病和球孢子菌病的预防原则有(多选):
- A. 确定高危人群
 - B. 注意个人卫生
 - C. 避免或减少医源性诱因
 - D. 预防外源性感染
 - E. 杜绝接触传染
15. HIV 感染者的皮肤念珠菌病预防措施有(多选):
- A. 常规性初次预防
 - B. 每日口服氟康唑 100~200mg
 - C. 每日口服伊曲康唑 200mg
 - D. 静注或口服氟康唑 3~5mg/kg·d
 - E. 口服 4~6mL 制霉菌素混悬剂, 每6小时1次
16. HIV 感染者的球孢子菌病预防措施有(多选):
- A. 常规性初次预防
 - B. 口服伊曲康唑 2~5mg/kg, 每12~24h1次
 - C. 每日口服伊曲康唑 200mg
 - D. 静注或口服氟康唑 3~5mg/kg·d
 - E. 口服 4~6mL 制霉菌素混悬剂, 每6小时1次
17. HIV 感染者的隐球菌脑膜炎预防措施有(多选):
- A. 每日口服氟康唑 200mg
 - B. 口服氟康唑 3~6mg/kg, 每日1次
 - C. 每日口服伊曲康唑 200mg
 - D. 静注或口服氟康唑 3~5mg/kg·d
 - E. 口服 4~6mL 制霉菌素混悬剂, 每6h1次
18. HIV 感染患者最常见的表现是:
- A. 粘膜、皮肤念珠菌病
 - B. 播散性组织胞浆菌病
 - C. 球孢子菌病
 - D. 隐球菌病
 - E. 鸟-胞分枝菌复合体感染

19. 分枝杆菌感染的主要途径有(多选):
A. 呼吸道 B. 胃肠道 C. 血液 D. 皮肤损伤 E. 母婴传染
20. HIV 感染者预防散播性鸟-胞分枝杆菌复合体感染的主要措施有(多选):
A. 口服叠氮红霉素 1 000mg,每周 1 次 B. 口服克拉霉素 500mg,每周 2 次
C. 口服利福喷丁 300mg D. 口服叠氮红霉素 1200mg,每周 1 次
E. 口服克拉霉素 1 000mg,每周 1 次

《药学实践杂志》2006 年第 5 期继续教育试题答题卡

姓名		科别		职称						
邮编		电话								
工作单位										
▶试题 1	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 2	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 3	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 4	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 5	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 6	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 7	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 8	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 9	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 10	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 11	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 12	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 13	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 14	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 15	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 16	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 17	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 18	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 19	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○
▶试题 20	A	○	B	○	C	○	D	○	E	○

注:①请将正确的答案用 2B 铅笔涂黑②答题卡复印有效

③回函地址:上海市国和路 325 号药学实践杂志编辑部收(200433)

· 药物不良反应个案报告 ·

康尔心胶囊致尿潴留 2 例

邱守田,张兰河(山东省滨州市中心医院,山东 滨州 251700)

中图分类号:R931.71

文献标识码:D

文章编号:1006-0111(2006)05-0384-01

康尔心胶囊为一中成药,含有三七、人参、丹参、山楂、麦冬、枸杞子、何首乌等中药。临床主要用于冠心病、心绞痛的治疗。关于该药的不良反应目前报道尚少,笔者经治的患者中有 2 例因用康尔心胶囊致尿潴留,现报道如下:

例 1:男性,58 岁。诊断冠心病、心绞痛。给予康尔心胶囊(长沙东风药业生产,国药准字 Z43020389)4 粒, tid。8d 后患者渐感排尿困难,查膀胱充盈,尿潴留。考虑系药物所致。停用本品,并

行膀胱区按摩,热敷,1d 后排尿困难症状消失。

例 2:男性,63 岁。诊断为冠心病。给予康尔心胶囊 4 粒, tid,阿司匹林肠溶片 0.3, qd。1 周后出现排尿困难,膀胱充盈,尿潴留。停药给予膀胱区按摩,局部热敷,排出少量尿液。2d 后排尿恢复正常。为明确诊断,患者再服康尔心胶囊,3d 后又出现排尿困难,经停药及局部热敷处理后,1d 后排尿恢复正常。

收稿日期:2005-12-01