药物不良反应杂志 2003 年第 4 期

卡供应，以氨基酸补充蛋白质，为使氨基酸在体内被充分利用合成蛋白质，应及时补充足够的能量（如脂肪乳和葡萄糖注射液），适量的电解质和微量元素以及维生素。一般情况下，推荐的非蛋白热卡和氮之比为 150:1，据此计算，在输注 8.5%乐凡命 250ml 时需给予 525 千卡能量支持，即相当于 10%葡萄糖 1312ml。

（3）据此发生的药物不良反应，提示对于急性胰腺炎患者在输注乐凡命时应根据其用量给予足够量的能量支持，乐凡命滴速控制在 30~40 滴·min⁻¹ 为宜。

鲁南贝特致过敏反应

严枫 刘性涛（乌鲁木齐市 69048 部队卫生队、新疆 乌鲁木齐 830002）

患者男，28 岁。因口服鲁南贝特 3 d，面部、四肢水肿 1 天，于 2002 年 10 月 15 日就诊。询问病史，患者在外院诊断为“坐骨神经痛”，给予鲁南贝特 2 片，tid，po，服药期间未合用其它药物。既往无药物过敏史。于服药第 3 天，患者出现颜面部、手臂、腿部水肿，伴皮肤潮红，皮温较正常皮肤高，同时自感口唇麻木，遂来我队就诊。查体：T 37.2°C，P 88 次·min⁻¹，BP 105/85mmHg（1mmHg=0.133kPa）。患者一般情况尚可，颜面部及眼睑、耳廓、口唇中度水肿，全身皮肤可见不规则红色皮疹，不突出皮肤表面，皮肤划痕试验阳性，心、肺、腹未见异常。尿常规正常。疑为药物所致，嘱其停服鲁南贝特。给予 5%葡萄糖注射液 250ml+50%葡萄糖注射液 20ml +10%葡萄糖酸钙注射液 10ml + Vit C 4g 静滴，地塞米松 10mg 由无非氏管。用药 0.5h 后皮疹消退，眼睑、耳廓、口唇及四肢水肿减轻。继续口服抗过敏药：氯苯那敏（扑尔敏）4mg、葡萄糖酸钙 0.5g、Vit C 200mg，po，tid，2d 后水肿消退。9 d 后患者因坐骨神经痛发作再次自服鲁南贝特 2 片。半小时后症状复现，再次来我队诊治，嘱其停用鲁南贝特，处置同前，半小时后症状消失，诊断为鲁南贝特所致的过敏反应。

讨论 鲁南贝特是中枢神经经肌松弛剂氯唑沙宗和抗炎镇痛药对乙酰氨基酚组成的复方制剂。氯唑沙宗最常见的不良反应为嗜睡、头痛、胃肠道刺激，也有胃肠道出血，过敏，肝功能异常的报道。对乙酰氨基酚（扑热息痛），常用于复方制剂中，有解热镇痛抗炎作用，其不良反应有厌食、恶心、出干、腹泻，偶有过敏性皮疹、药热、溶血性贫血。患者两次用药，发生两次基本相同症状、体征，经抗过敏处理后，均迅速痊愈，故可确诊为鲁南贝特所致，但是与其中何种成份相关有待探讨。

交沙霉素致多形性红斑药疹 2 例

李俊 林奕（深圳市东湖医院，广东 深圳 518020）

例 1 女，35 岁，因咽喉疼痛 1 周，于 2002 年 7 月 15 日来我院就诊。患者既往无药物食物过敏史。
查体：T 36.5°C，全身皮肤、粘膜未见黄染、出血点及皮疹，咽部明显充血，未见糜烂，双侧扁桃体无肿大，心、肺正常。诊断为“咽炎”，给予交沙霉素 0.4g，po，tid。5 h 后患者复诊，诉服药 2 h 后全身出现皮疹，伴瘙痒。查体：T 36.8°C，P 75 次·min⁻¹，BP 120/75mmHg（1mmHg=0.133kPa），咽部充血明显，心、肺未见异常，全腹平软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及。皮肤症状：颈前、躯干、四肢皮肤散在分布小钱大小的水肿性圆形红斑，丘疹，边缘清晰，中心呈紫红色，未见水疱、糜烂及渗出，皮疹尤以双上肢、胸腹部及背部明显，尼氏征阳性。血、尿常规，肝、肾功能检查均正常。诊断为多形性红斑型药疹
（交沙霉素所致）。即停服交沙霉素，给予地塞米松5mg，10%葡萄糖酸钙10ml静滴，qd；口服氯雷他定（开瑞坦）、维生素C片；外涂炉甘石洗剂。5d后症状体征消失。

例2男，28岁。因尿道不适2周，于2002年8月2日来我院就诊。患者既往无药物食物过敏史。查体无阳性体征。经实验室检查示：尿支原体培养阳性，诊断为非淋菌性尿道炎。给予交沙霉素0.4g，po，tid。4h后患者复诊，诉服药2h后全身出现皮疹，伴瘙痒，无发热，无胸闷、心悸。查体：T 36.5℃，P 88次•min⁻¹，BP 113/75mmHg，心、肺正常，腹软，无压痛，肝脾肋下未触及。皮肤症状：头面部、颈部、躯干、四肢皮肤出现对称性钱币大小椭圆形红斑、丘疹，有散在小水疱，未见糜烂及渗出，皮疹中央颜色暗红，边缘清晰，部分皮疹融合，尼氏征阳性。眼、口腔、阴囊均未见皮疹。血、尿常规，肝、肾功能检查均正常。诊断为多形性红斑型药疹（交沙霉素所致）。即嘱患者停服交沙霉素，给予地塞米松5mg，10%葡萄糖酸钙10ml，维生素C 1g静滴，qd；口服氯雷他定、西咪替丁；外涂炉甘石洗剂。7d后皮疹逐渐消退。

讨论 交沙霉素是大环内酯类抗生素，对革兰氏阳性球菌、革兰氏阴性杆菌、支原体、衣原体等有抗菌作用[1]。近年来，临床上常以交沙霉素作为治疗支原体的首选药物[2]。该药不良反应少，偶有胃部不适、食欲不振等消化道症状。本文2例患者既往无药物过敏史，单服交沙霉素2h后即出现皮疹，可以肯定为交沙霉素所致，属Ⅰ型变态反应。因此，使用交沙霉素时应注意观察。

参考文献
[2] 胡继红，胡云建，张秀珍，等。生殖道支原体对6种抗生素耐药性趋势调查[J].首都医药，1999，6（1）：34。

米非司酮和前列腺素类药诱发系统性红斑狼疮2例

邹少华，林桦，梁大明，孙明芹（烟台毓璜顶医院，山东烟台264000）

目前，米非司酮和前列腺素类药物联合应用终止早期妊娠已取得了满意的临床效果。但是，由于有些人员未能在医务人员的监护下合理应用，致使患者在用药后出现的不良反应，不能及时诊治或诊断不明，贻误病情。近几年，我们发现并收治2例口服该类引产药物诱发系统性红斑狼疮（SLE）的患者，现报告如下。

临床资料

例1患者23岁，自述服药前无重大病史；例2患者25岁，在17岁时曾患肾结核治愈。两例患者皆为在零售药店购药自行使用，用药后引产完全。用药3~5d后出现皮肤症状。表现为面部和双手部皮肤出现皮疹，颜色青紫，发生水泡；同时伴有低热，测体温38℃左右。两例患者先在当地医院就诊，例1按一般过敏症状处理，例2诊断为“过敏性红斑性狼疮”。例3，2例患者面部、手、足皮疹渐退，但双手青紫加重，触痛明显，遇冷加重，伴脱发、关节痛、鼻腔溃疡，口唇、黏膜糜烂，光敏，持续发热，体温波动于37.3~38.5℃。由当地医院转我院就诊。检查患者皮肤情况：面部以鼻部为中心，双颊部蝶形分布红斑疹，无渗出、水疱及结痂，双手足趾（趾）伸曲侧散在大小不一多形红斑型皮疹，愈后留有点状、斑状皮肤萎缩。甲周皮肤、甲后皱襞和邻近皮肤见短线状毛细血管扩张，毛发稀疏，呈弥漫性脱发，鼻腔内溃疡结血痂，少数萎缩斑，双手足末段青紫。

实验室检查

例1，WBC2.6×10⁹·L⁻¹，Hb 90g·L⁻¹，PC 95×10⁹·L⁻¹，ESR 65mm·h⁻¹；尿蛋白（+），尿潜血+++；抗核抗体（ANA）均质弥漫型1:320（+），双链DNA抗体（dsDNA-Ab）22.6%，C₃ 0.439g·L⁻¹，C₄ 0.086g·L⁻¹，CH₅₀ 40Kw·L⁻¹，CIC 7.0μg·L⁻¹，ENA抗体：抗sm+，抗SSA+，抗RNP+，抗DNP+，抗SCL₇₀+。

例2，WBC 2.4×10⁹·L⁻¹，PC 90×10⁹·L⁻¹，