

庆大霉素诱发 4 例急性肾功能衰竭讨论

张勇良 (浙江省青春医院, 杭州 310016)

沈云骊 (浙江省药品检验所, 杭州 310004)

庆大霉素(GM)是氨基糖甙类抗生素(AGS), 临床应用已达20余年^[1]。今介绍临幊上应用 GM 所诱发的药源性急性肾功能衰竭(ARF), 经抢救无效的病例, 希能引起警戒。

1 临幊资料

GM 所诱发的 ARF 病例为三男一女, 平均年龄 61.25 a。用药最大剂量 40 万单位/d, 最小 16 万单位/d, 时间最长 17 d, 最短 7 d。

例一 62 a, 男性, 临幊诊断为右下肺炎, 于 1991 年 12 月 17 日入院, 给以 GM 32 万单位、1/d、静滴, 8 万单位、1/d、雾化吸入, 3 d 后改为 24 万单位、1/d、静滴, 8 万单位、2/d、雾化吸入和头孢霉素 V 6 g、1/d、静滴, 连续 17 d, 共住院 26 d。例二 61 a、女性, 临幊诊断为慢性胆囊炎胆石症急性发作, 于 1990 年 12 月 12 日入院, 给以 GM 16 万单位静滴 1/d × 7 d、头孢霉素 V 4 g 静滴 1/d × 10 d 治疗,

*许秀梅, 女, 29岁。1986年毕业于黑龙江卫生学校药剂专业, 1992年毕业于沈阳药学院药学专业函授。

共住院27 d。例三、四系51和71 a、男性，患白血病和药物性皮炎伴局部感染，均用GM 24万单位静滴1/d × 7 d、头孢霉素V 6 g 静滴1/d × 7 d 治疗，共住院12 d。

四例均当尿检出现蛋白、红白血球、管型和血肌酐、尿素氮明显升高，肾损害显著时，才停用GM，虽经腹膜透析等综合措施，均已为时过晚，因不可逆性ARF而死亡。

2 讨论

GM的AGS药物性肾损害是侵犯肾小管引起急性肾小管坏死(ATN)，ATN一旦出现，临幊上就表现为ARF，是药物引起肾脏损害中发生率最高的一种，占药源性ARF的一半多。

2.1 药物性肾损害的诊断

实验室检查中尿沉渣检查，既简易行，又颇具价值。凡有用药史、尿中出现不同程度蛋白、红白细胞和管型，尤见颗粒、上皮管型，应视为ATN注意观察血肌酐和尿素氮的升高、判断肾损程度颇为实用。体内合成的小分子蛋白 β 2—微球蛋白(β 2—MG)和近曲小管细胞内的酶 β 2—N—乙酰氨基葡萄糖(NAG)，是近年作为监测肾毒性指标具有重要意义。

2.2 有肾脏损害副作用药物的用药

2.2.1 老年人肾脏有具特殊的病理生理特点。随着年龄的增长，肾渐趋缩小，肾功能减退，肾小球滤过率从40 a以后，每10 a下降10%^[2]，对2000名老年住院病人的调查指出，ADR约占15.3%，且发生率也随年龄的增长而增加^[3]，在一些应激情况下容易发生ARF，且易延误诊断，预后较差。

2.2.2 避免和慎用加重肾毒性药物。大多数药物都有或多或少的毒性，且反应程度与剂量成正相关，对肾功能不良者更易受损，尤对GM，防止大剂量、长时间应用至关重要，对老年病者应更慎用和减

量，并防止与肾毒性有协同作用的药物合用，诸如AGS与头孢霉素类合用。

2.2.3 及时停药。药物肾损一旦发生时，至关重要的首先是及时停药，轻者尚可逐渐恢复，重者也可改善。中毒性肾损害时的治疗关键是将使用的药物排出，血液的净化治疗——血透、腹透和血浆置换术是主要手段。

2.2.4 药物性肾损害预防上，对原有肾病者抗生素应首选青霉素，原则上不用头孢类，必须加用时，也以选二、三代头孢类药为宜，并相应减量和延长间隔，同时监测血肌酐和肌酐清除率。即使肾功正常者，也应避免头孢类与AGS联合应用，必须时应选用二、三代头孢类。同时ADR的发生率尚与药种数相关，以简为宜，当只接受一种药物时，仅占10.8%，同时接受6种不同药物时，则增高到27%。还注意到时辰药代动力学的变化^[4]，GM对小鼠的急性毒性随用药时间不同有昼夜节律性变化，白昼用药毒性明显大于夜间，及毒性呈季节性节律变化。日本中野重行等人证实，GM在健康志愿者的药代动力学也有昼夜节律性变化，夜间用药浓度比白昼大，半衰期也较白昼长。

参 文 献

- 出口浩一等。庆大霉素对临床分离菌株的抗菌活性。国外医药(抗生素分册)，1992，9(5):362—364
- 张欣洲。老年人肾脏病临床研究的某些进展。中华老年医学杂志，1991，10(3):189
- 陈百川(编译)。老年人的药物治疗。老年病症状鉴别诊断。天津：天津科技出版社，303—317
- 宋建国。庆大霉素在小鼠的时辰毒性及时辰药代动力学。药学学报，26(6):401—405