



胺碘酮长期应用致间质性肺炎 1 例

北京大学人民医院药剂科 任晓蕾 贺真 李玉珍

病历摘要

现病史和既往史

62岁的女性患者，因咳嗽3个月于2010年11月26日入院。既往有高血压病史34年，最高达180/100毫米汞柱(24.0/13.3千帕)；入院前10年被诊断为肥厚型梗阻性心肌病，接受美托洛尔、地尔硫卓和贝那普利治疗；入院前6年出现心房纤颤，4年前接受永久性心脏起搏器置入术，手术后开始服用胺碘酮300毫克/天，4年来间断；无慢性肺部疾病史，使用胺碘酮前胸片无异常。

3个月前，患者无明显诱因出现咳嗽、少痰，阿奇霉素及氨溴索等治疗无效。两天前，患者发热，咯少量黄痰，静脉滴注头孢曲松，症状稍好转。CT示：双肺间质弥漫渗出性病变，间质性肺炎可能性大，纵隔多发淋巴结肿大，心脏增大，肺动脉高压。

治疗经过
入院后，考虑肺部病变可能为

胺碘酮所致，停用胺碘酮，给予泼尼松龙治疗。给予美托洛尔、地尔硫卓和头孢曲松，以及利尿、维持电解质平衡等治疗。

入院第五天因头孢曲松效果不佳，改为头孢他啶抗感染治疗，美托洛尔及地尔硫卓继续应用。

第九天自身抗体谱检查示抗内皮细胞抗体阳性，抗核抗体斑点型1:80，除外免疫相关肺损伤。支气管镜检查示气管、支气管炎性反应。支气管肺泡灌洗液检查示细胞总数 1.1×10^6 /毫升，巨噬细胞85%，分叶核细胞4%，淋巴细胞10%，嗜酸性粒细胞1%。间质性肺炎诊断明确。

待患者症状好转且无其他系统感染迹象之后，停用头孢他啶，给予泼尼松龙30毫克，每天1次，口服。入院第十二天，X线胸片检查：双肺间质渗出性病变较前范围缩小，程度减轻，心脏增大无显著变化。

12月8日患者病情稳定，出院。

药师分析

本例患者无慢性肺部疾病史，接受胺碘酮治疗前胸片未见异常，服用胺碘酮4年后无明显诱因出现咳嗽、发热，胸部CT、支气管镜及相关检查提示间质性肺炎。停用胺碘酮，给予泼尼松龙治疗后好转，故考虑间质性肺炎与胺碘酮相关。

胺碘酮半衰期较长，40-70天，患者长期服用胺碘酮，即使剂量控制在200毫克/天，仍可能发生肺毒性。随着胺碘酮治疗周期延长，肺毒性风险亦升高。研究显示，接受小剂量胺碘酮(<400毫克/天)治疗者肺毒性发生率<2%，建议长期用药者应接受最小有效剂量。

药师建议
本例提示临床医师，虽然胺碘酮作为重要抗心律

失常药被广泛应用，但是治疗期间肺毒性风险却不容忽视，建议使用胺碘酮前进行利益风险评估，定期检测患者肺功能，以减少和及时发现肺毒性。

一旦患者被诊断为胺碘酮性肺损害，应及时减量或停药，尽量避免肺部不可逆病变。多数患者停药后缓解，严重患者可短期接受糖皮质激素治疗。

链接



图1 胺碘酮肺毒性患者胸片：双侧肺叶状或弥漫性浸润，伴局部肺实变。

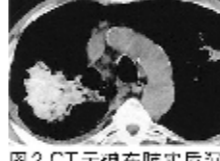


图2 CT示双肺间质肺炎，纵隔淋巴结肿大，肺动脉高压。

胺碘酮肺毒性可能发生的机制
胺碘酮具有细胞毒性作用，胺碘酮及其代谢产物蓄积于肺泡Ⅰ型细胞溶酶体中，可引起内源性脂质过氧化，从而引起脂质过氧化反应，导致活性氧产生，引起脂质过氧化，破坏肺泡Ⅰ型细胞膜完整性，引起细胞毒性损伤。

胺碘酮性间质性肺炎的临床特点
出现干咳、呼吸困难；
X线胸片出现网状或蜂窝状改变，不能用其他原因解释；
停药后症状及X线表现均好转。

注：图片内容非本例患者资料



联合使用胃药为何不见效

在临床上，为了尽快治愈大多数慢性胃炎和消化性溃疡，在单药治疗无效时，医生常常会选择联合用药，有时患者选择两种以上的药物联合使用。但是，如果患者缺乏联合用药的基本知识，随意使用，就可能出现“联合用药，仍不见疗效”的尴尬情况。下面，介绍联合用药的基本原则，供大家参考。

一、联合用药，服药顺序要正确
在临床上，常用的联合用药是抑酸剂、胃黏膜保护剂、促胃动力药等。联合用药服药顺序举例如下：以抑酸剂为主药，应辅以胃酸中和剂和胃黏膜保护剂；以胃黏膜保护剂和促胃动力药为主药，应辅以抑酸剂。一般，抑酸剂宜在服用胃黏膜保护剂后1个小时服用。

二、症状缓解后，停药时间要妥当
胃病治疗常规用药和强化用药。常规用药是为了彻底治愈疾病或巩固疗效，强化用药则是为了迅速缓解症状。

三、联用药物时，选择药物要仔细
药物联用，可能相互冲突，出现药物配伍禁忌。将胃蛋白酶(不包括胰酶)和促胃动力药同时使用，可使胃蛋白酶迅速进入小肠碱性环境，影响其药效的发挥。抑酸剂会影响促胃动力药的吸收，同时服用会影响药效的发挥。建议调整服药时间和服药剂量，一般以间隔1个小时服用为宜。

四、有些患者需要维持治疗
许多患者以为，胃病治愈后就万事大吉，事实并非如此。饮食不节、幽门螺杆菌再感染、使用损伤胃黏膜的药物、精神因素等都可能引起胃病再次复发。因此，有些患者还需要维持治疗，包括持续最低剂量治疗和间歇治疗两种方式，具体应听从医生的建议。总之，胃病联合用药很复杂，用得不好，疾病早除；反之，迁延难愈，需要医生和患者共同努力。

冠心病患者应坚持服用他汀类药物

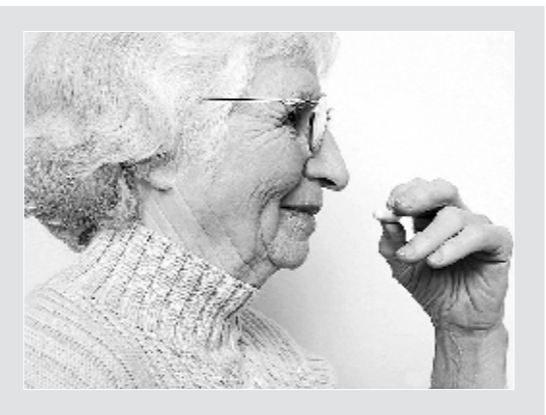
“我的血脂不是很高，为什么要用辛伐他汀(他汀类药物)啊？”吴大爷不解地问。

其实，吴大爷的这种顾虑并非偶然。我也曾遇到过这样的问题，即血脂并不高的冠心病患者是否该用辛伐他汀、阿托伐他汀或普伐他汀等他汀类药物。患者往往会对这种怀疑态度，甚至把药带回家后，把他汀类药物置于一旁，记起了就服，记不起就停用，时断时续。为什么会有如此现象，有医生曾对此进行了原因分析，认为患者的思想顾虑有二：一是由于对他汀类药物的作用不甚了解，误认为他汀类药物起不了什么关键作用；二是由于他汀类药物偏贵，担心医生是为了“奖金”而开这类药物，担心自己在经济上受损失。

实际上，冠心病患者不必有上述顾虑。因为他汀类药物不仅仅是一种降脂药，能够降低胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇，更是抗动脉粥样硬化的“基石”性药物。不论冠心病患者的血脂是否增高，长期服用他汀类药物都有助于改善冠心病病情，减少冠心病急性事件，降低心绞痛、心肌梗死和冠脉猝死的发生率。这是因为他汀类药物一方面能够通过降低胆固醇浓度，减少胆固醇在血管壁的沉积，延缓动脉硬化与狭窄的进展；另一方面能够改善血管内皮细胞功能，促进保护血管的物质分泌，延缓血管老化。另外，他汀类药物所具有的抗炎、抗氧化作用可使冠状动脉粥样斑块趋于稳定，减少破裂概率，进而减少冠脉急性事件的发生。

美国著名的心血管专家埃里克曾经如此评价他汀类药物：“在动脉粥样硬化处理方面，他汀类药物减少主要血管事件，如死亡、心肌梗死和卒中的疗效，均已超越其他药物。”(魏开敏)

高血压用药有七忌



高血压的主要危害在于引起心、脑、肾以及整个动脉系统损害。一旦患者发生靶器官损害，降压达标将会更难，治疗效果亦将更差，因此应努力在发生显著靶器官损害之前，将患者血压持久地控制在理想范围内。

实际上，高血压所导致的靶器官损害是一个缓慢渐进的过程，在出现明显的临床表现之前，脏器损害的病理生理过程即已启动。对于

高血压，降压治疗的最终目的是降低心血管危险水平，减少靶器官的损害，进而最大程度地改善患者的预后。因此，高血压的药物选择必须始终认真对待。

一、忌擅自乱用降压药
服药类型不对路，则降压效果不明显，用药应遵从医生的指导。

二、忌频繁换药，随意增加服药剂量
俗话说“欲速则不达”，降压操之过急，效果不仅差，还可能发生意外，降压药物均要在用药后的两周左右才能达到最佳效果。

三、忌单一用药
轻度高血压可以单一一药治疗。中重度高血压提倡联合用药，能够发挥药物的协同作用，减少每种药物的剂量，部分抵消药物的不良反应。

四、忌只服药不测血压
自觉症状和病情轻重并不是完全一致的，应定时测量血压，及时调整用药，以达到维持巩固的效果。

五、忌间断服药
杜绝“血压一高就吃几片，血压一降马上停药”这种危险的服药方法，这不仅不能控制好血压，甚至加重病情。血压大幅度波动所造成的危害更大，它可以引起血管内膜的损伤，促进动脉粥样硬化的形成。

六、忌无症状不服药
有些患者感到自己症状不明显就索性停药，这很可能会使病情加重，血压波动，导致心脑血管疾病的发生。

七、忌临睡前服用降压药
有可能导致脑血栓、心绞痛、心肌梗死等严重后果，比较危险。正确方法是在临睡前两个小时服药。(张婷)

加强中医药特色管理 推进中医院科学发展

本报记者 刘岩 通讯员 周先朝

走进灵宝市中医院的门诊大厅，古代名医画像、医学生誓言悬挂在最醒目的地方，墙上的护士誓词、科室标识、标牌、版面，医院内的中医文化长廊，无一不让人感觉到传统中医文化的氛围。灵宝市中医院院长樊建说，我们要——

抓住“中”字做文章

记者了解到，灵宝市中医院骨科开展的《经皮穿针外支架固定治疗股骨转子间不稳定型骨折的临床疗效研究与评价》获得中华中医药学会科学技术奖二等奖；《手法复位空心加压螺旋钉内固定治疗股骨颈骨折》、《镍钛记忆合金聚醚醚酮治疗髌骨骨折》的研究分别获得灵宝市科技进步奖二等奖、三等奖；内科病区开展了《简易踝背指数检测对心脑血管疾病早期筛查和诊断的意义》的科研课题。该院充分发挥中医药特色优势，遵循“能中不西、中西结合”的方法，坚持对医护人员进行中医经典、中药方剂和中医护理操作技术培训学习，在临床推广使用中医药手段治疗疾病，努力提高中医药服务质量和水平，突出中医药优势，规范特色病证管理。住院患者的病历中必须有中医辨证施治和理、法、方、药的内容，做为重点督查项目并与各科室签订《中草药使用目标管理责任书》，保证了住院患者中药使用率达到要求，大大降低了患者医疗费用。

截至今年7月，入住灵宝市中医院的卒中患者较去年同期增加23.1%以上，综合治疗效果明显提高。针灸理疗科是河南省基层医疗机构特色专科建设项

目，该院整合了针灸理疗和康复设备资源，在原门诊治疗的基础上，于今年6月扩展了14间200平方米的病区，设置病床12张；利用项目资金配置的先进专科医疗设备30(件)均已投入使用，采用针灸、拔罐、理疗、针刀松解、推拿等中医特色疗法，医治颈肩腰腿痛和关节退行性疾病、心脑血管疾病、骨伤科疾病等。这些有效扩大了中医非药物治疗项目，推进了针灸推拿、康复治疗等中医适宜技术的发展，今年1-7月门诊人次较去年同期增长了28.1%，业务量和业务收入比上年同期提高30%。

灵宝市中医院不断创新，引进新的医疗技术，提高医院核心竞争力；鼓励医务人员积极参与科研和学术活动，以科研带动临床发展；大力实施“名医、名科、名院”战略，进一步——

加强重点专科的建设

灵宝市中医院在专科专病建设上着重制订发展规划，确定专科专病项目，促进保障机制，坚持走“建专科、创特色、树品牌”之路。该院卒中专科被确定为三门峡市特色专科，灵宝市中医院利用项目资金配置的康复设备和全部安装到位，夯实了卒中专科建设的基础；进一步巩固提高骨科在全市龙头地位，增设了新的病区，选派人员进修学习，建立技术小组，开展科研项目名称研究，有效地提升了社会知名度。今年1-7月的骨折患者持续增多，业务收入占全院总收入的54.5%，较去年同期有较大幅度提高；同时积极扶持烧伤科的重点专科建设，为申报三门峡市重

点专科奠定基础。

在抓好以上重点专科建设的同时，灵宝市中医院以中医中药为主体，筛选、培育和扶持具有发展潜力的专科及专病。高血压病科、皮肤科、妇科等科室在业务建设上也有新的发展和突破，通过加强管理、提高技术、建立信誉，该院逐步形成中医特色科室。在此基础上，该院又——

以服务促进和谐

“大娘，您今天觉得怎么样，给您洗洗头好吗？”在灵宝市中医院骨科病区，护士小李和小王来到了3号病房一位大妈的床前。这位大妈是小李和小王的包干患者，护士不仅负责患者的医疗护理，还要为患者进行生活护理，如洗头、擦澡、为行动不便的患者剪指甲等。该院实行医患“一对一”服务，切实改善服务态度，构建和谐医患关系。今年5月，该院的60%病区实施了优质服务示范工程活动；购置了两万多元的必备设施，制订计划，调配人员，使此项活动稳步推进；在门诊大厅，在导医咨询服务台配备推车、担架、汽筒、水瓶等服务设施，增加候诊椅，设置开水间；病区及门诊各科室的指示标识规范，服务须知公示醒目，首问负责人人皆知。

灵宝市中医院为了加强职业道德和行业作风建设，制定了《中医医院医务人员医德规范实施细则》、《医院工作人员守则》等一系列规章制度，规范职工的言行，认真抓好医务人员的职业道德和行风建设工作。该院涌现出了拾金不昧、热心服务患者的

结束语

灵宝市中医院自2005年开展“医院管理年”活动以来，连续5年位居三门峡市县级中医医疗机构前列，分别获得省中医管理局、三门峡市卫生局医院管理年“先进单位”、“优秀单位”荣誉称号。今年1-7月全院门诊量与去年同期相比，增长了2.5%；住院患者与同期相比增长了28.5%；经济收入与同期相比增长了25%；药品收入占业务总收入的42.1%；中药收入占药品总收入的51.3%；中药饮片收入占中药收入的45%。

采访结束时，樊建说：“目前医药卫生体制改革的形势更加紧迫，在下一步的工作中，灵宝市中医院将坚持中医办院方向，发挥中医药特色优势，加大专科专病的建设与特色管理，提升中医药服务水平，努力为发展中医药卫生事业作出积极贡献！”



灵宝市中医院全景图