

北京市海淀医院
(北京大学第三医院海淀院区)
Drug Information of Peking Haidian Hospital

药讯



2018年 第1期

主办单位 北京市海淀医院药事管理与药物治疗学委员会
北京市海淀医院药剂科

目 录

药学文摘.....	- 1 -
临床药师在胰岛素与中药注射剂配伍中的用药监护	- 1 -
不良反应.....	- 4 -
2017 年我院第四季度药物不良反应总结	- 4 -
药物警戒.....	- 5 -
药物警戒快讯 2017 年第 10 期（总第 174 期）	- 5 -
美国更新治疗阿片成瘾药物与苯二氮卓类及中枢神经	- 5 -
系统镇静剂联合使用的风险管理建议	- 5 -
美国警示奥贝胆酸增加严重肝损害的风险	- 7 -
加拿大评估非典型抗精神病药与梦游和失眠相关饮食失调症的潜在风险	- 8 -
加拿大警告坎格列净下肢截肢风险	- 9 -
药事管理.....	- 11 -
总局关于修订含钆对比剂说明书的公告（2018 年第 2 号）	- 11 -
含钆对比剂说明书修订要求	- 12 -
含钆对比剂反复使用引起脑部钆沉积风险的通报问答	- 13 -
学习园地.....	- 14 -
INR 计算与填写	- 14 -
《流行性感冒诊疗方案》（2018 年版）	- 15 -
科室文化.....	- 25 -
休闲益智.....	- 30 -
填字游戏：在空格内填上文字组成药品名称	- 30 -
杂志征文.....	- 32 -

药学文摘

临床药师在胰岛素与中药注射剂配伍中的用药监护

——摘自《临床合理用药》·杜新

对于冠心病合并糖尿病的患者，医师常给予含丹参中药注射剂静脉滴注，但当患者伴有高血压或心力衰竭时，为减少钠盐的摄入，或者药品要求用葡萄糖做溶媒时，医师往往在含有丹参中药注射剂的葡萄糖输液里加入胰岛素注射液，这种用药方案在临床广泛使用。临床药师对此用法的诸多问题进行关注，查找相关文献进行总结，并积极将信息与临床医师交流，协助其调整用药方案，提高药物治疗效果，现总结如下。

1 胰岛素在葡萄糖注射液中的含量及稳定性

胰岛素是一种重要的蛋白质激素，作为药物制剂在临床上应用的注射胰岛素是具有 R6 态构象的六聚体，其中包含 2 个锌离子，进入人体后要解聚成单体才能发挥生理调节功能。

《中国药典》规定，葡萄糖注射液的 pH 值范围为 3.2~5.5。在此 pH 条件下，胰岛素能否以稳定的六聚体形式存在非常重要。笔者查阅有关资料表明，在酸性环境下，胰岛素注射液的含量及生物活性在一定时间内是保持基本稳定的。唐翠等^[1]研究了不同 pH 值条件下胰岛素的稳定性及生物效应的变化，显示 pH 值为 1.2、4.9、6.2 和 7.4 时，胰岛素在 3h 内含量和生物活性基本不变。而彭巧君等^[2]的研究表明，在不考虑吸附性的情况下，胰岛素在联合用药时，室温下 8h 后开始出现浓度降低，尤其是与酸性药物合用时明显。因此建议护士在配置胰岛素注射液时应现配现用，对于采取集中配置输液的科室尤其注意，避免过早配置长时间存放，以保证液体中胰岛素的稳定性，防止糖尿病患者出现血糖波动。

中药注射液多要求溶媒为 250~500ml，对滴注时间也有要求，多要求滴注时间在 1h 以上。在大量溶媒中长时间滴注，葡萄糖的比重较大，胰岛素由于比重较轻会慢慢浮于容器上层，造成输注过程中的含量不稳定，中后段时浓度偏高。另外容器及管路对胰岛素的吸附作用不容忽视，在胰岛素输入的初始阶段吸附占优势，至中后段时由于胰岛素溶液流经输液管以洗脱为主，致使液体中胰岛素浓度高于标准浓度，使胰岛素输入集中在后阶段，以上两种因素都增加了发生低血糖的危险性。这就提醒我们，为保持胰岛素在输注过程中含量的最大稳定性，应在配液时及输液过程中多次振摇，使药物与溶媒充分混合，并提醒护士加强巡查，

观察患者用药期间反应，避免低血糖的发生。

2 胰岛素与含丹参中药注射剂配伍过程中的含量及稳定性

丹参制剂主要含有两类成分，一类是水溶性的酚酸类化合物如丹参素、原儿茶醛以及丹酚酸 B 等，另一类是脂溶性的二萜醌类化合物如二氢丹参酮 I、隐丹参酮、丹参酮 I 以及丹参酮 II 等。该类药物的注射剂与胰岛素配伍后，两种药物的含量、稳定性是否会发生变化，及是否会增加不良反应发生率，这些都是临床药师应该关注的问题。张策等^[3]将 5%葡萄糖注射液 250ml、胰岛素注射液 4U（0.1ml）、香丹注射液 20ml 进行配伍，采用高效液相色谱法考察胰岛素在 24h 内的稳定性，并考察 24h 内液体的 pH 值及外观变化。结果显示，24h 内胰岛素的含量、液体的 pH 值及外观均无变化。另外任贤等^[4]也进行了丹参多酚酸盐与胰岛素注射剂配伍使用的稳定性研究，结果显示，注射用丹参多酚酸盐与胰岛素配伍，0~4h 内外观、不溶性微粒、各组分含量测定方面均符合规定。

含丹参中药注射剂成分复杂，胰岛素本身为大分子蛋白质，二者配伍是否发生药效学的相互作用，增加不良反应的发生率。据王宏海^[5]报道，该院 35 例关于中药注射剂的不良反应中，有 25 例为胰岛素注射液与中药注射剂配伍使用，其中 10 例为丹参注射液与胰岛素配伍过程中发生，患者多表现为寒战、发热。分析原因可能由于受生产工艺的限制，中药注射剂中所含大分子物质具有抗原性，在与胰岛素注射剂配伍（因胰岛素注射剂也是大分子蛋白质）时，相互作用后或在它们代谢过程中，极有可能产生抗原性物质，这些物质与机体作用后就可能引起过敏反应，严重者可危及生命。这也提示我们在二药配伍使用过程中，要加强对不良反应的警惕与监测，严格控制滴速，加强巡视。用药前仔细询问患者，对过敏体质、有药物过敏史者及年老体弱的患者需特别注意，加强监护。

3 胰岛素对消方案的效果

作为常规的胰岛素对消方案，临床通常 2~4g 葡萄糖加入 1U 正规胰岛素（RI），即葡萄糖和 RI 按 1：4 比例配置，以促进机体对葡萄糖的利用，减少血糖波动。照此标准，5%葡萄糖注射液 250ml 即 12.5g 葡萄糖需配置胰岛素的量为 3.13~6.25U。而临床常用量为胰岛素 4U，折合每 3.13g 葡萄糖加入 1U 胰岛素。对此用药方案能否有效对消溶媒中的葡萄糖，是否适用于所有的糖尿病患者，临床药师存在疑问，并查找相关文献。

刘安诺等^[6]对符合条件的 172 例 2 型糖尿病患者，给予静脉滴注 0.9% 氯化钠溶液 250ml；及 5% 葡萄糖液 250ml + 胰岛素 4U 两种方案，监测患者空腹、输注即刻、结束及

结束后 2h 血糖的变化。结果发现静脉输注按此比例配置的葡萄糖液后有 70 例患者血糖升高,即 40.7% 的患者血糖在输注过程中及结束后 2h 均不能保持平稳。由此可见,常规的 1:4 比例配置的葡萄糖胰岛素注射液不能保持所有患者血糖的平稳,甚至可引起医源性的血糖升高,应引起临床高度重视。部分患者输注期间血糖不能保持平稳,可能存在严重的胰岛素抵抗和(或)胰岛 β 细胞功能减退,输注按 1:4 比例配制的葡萄糖胰岛素溶液,葡萄糖不能被完全代谢,为弥补这部分患者胰岛素的不足和对胰岛素的敏感性下降,必须增加胰岛素用量。可建议临床医师在制定用药方案时,考虑个体因素,对于存在胰岛素抵抗的患者,适当增加胰岛素的用量。要重视输注过程中的血糖监测,根据监测结果针对性的调整胰岛素用量,做到个体化给药。

4 超出说明书用药问题亟待临床重视

中药注射剂临床使用的基本原则中规定:中药注射剂严禁混合配伍,应单独使用,禁忌与其他药品混合配伍使用。香丹注射液(四川升和药业)说明书中明确规定“本品不宜与其他药物在同一容器内混合使用”;丹红注射液(菏泽步长制药)说明书中也有如此说明。丹参酮IIA 磺酸钠注射液(上海第一生化制药)则规定除了配伍使用安全性已得到临床验证的药物,该药不宜与其他药物在注射器或输液瓶中混合。医师在制定超出说明书范围的用药方案时必然要承担该诊疗行为所带来的风险。当患者发现说明书用法用量与用药方案不一致时,尤其是发生药物不良反应时就会产生疑问,甚至引发医患纠纷。作为一名临床药师有必要对此进行提醒与监督,提示医师有责任深入了解所选药品,并应保证患者所获得的利益大于可能存在的风险。在患者知情同意的前提下,完善病历(记录用药目的、疗效及不良反应等),警惕可能发生的相互作用及不良反应,当发生不良事件时能合理有效的进行处理,以最大限度的保护患者用药的安全有效。

参考文献

- 1 唐翠,印春华,裴元英,等.口服胰岛素的胃肠道稳定性研究[J].中国药学杂志,2004,10(39):764.
- 2 彭巧君,杨益.正规胰岛素在联合用药中稳定性的观察[J].新疆医科大学学报,2008,31(8):953.
- 3 张策,范青,吕慧怡,等.胰岛素在葡萄糖及香丹注射液配伍中的稳定性考察[J].中国药师,2008,11(11):1299.
- 4 任贤,谢楠,徐向阳,等.注射用丹参多酚酸盐与 21 种临床常用药品配伍稳定性研究[J].中国药业,

2001, 21(2):22-24.

5 王宏海. 某院 35 例中药注射剂与胰岛素配伍不良反应报告分析 [J]. 中国医药指南, 2009, 8(7) :73.

6 刘安诺, 彭巧君. 静点葡萄糖和胰岛素对 2 型糖尿病患者血糖影响的观察性研究 [J]. 安徽医药, 2009, 13(9):1136.

不良反应

2017 年我院第四季度药物不良反应总结

2017 年第四季度药剂科共收到合格的药物不良反应报告 21 例，其中呼吸科 11 例；耳鼻喉科、临床药学各 2 例；心内科、老年内科、泌尿外科、普通内科、普外科、骨科各 1 例。

本季度发生的药物不良反应多是由抗菌药注射剂引起，按照药品品种来分，药物不良反应主要集中于以下几种：

一、抗菌药类 16 例

药品名称	例数	ADR 表现
毕立枢（头孢美唑钠）	4	皮疹；头昏；局部麻木；过敏样反应；头晕、胸闷
注射用五水头孢唑林钠	3	皮疹；瘙痒
安灭菌（注射用阿莫西林钠克拉维酸钾）	1	寒战注射部位红肿
美士灵（注射用头孢米诺钠）	1	声音嘶哑；咽部不适
美士灵（注射用头孢米诺钠） 银杏叶提取物注射液	1	瘙痒、皮疹；
左克（左氧氟沙星注射液）	1	头痛
可乐必妥（左氧氟沙星氯化钠注射液）	2	注射部位静脉炎；心悸；头晕；多汗
注射用盐酸万古霉素	1	肝功能异常
悉能（硫酸依替米星注射液）	1	心悸；头晕；
硫酸依替米星注射液 曼奇（注射用克林霉素磷酸酯）	1	皮疹；恶心

二、其他类 5 例

药品名称	例数	ADR 表现
注射用硝普钠	1	头痛；出汗；肌肉震颤
多索茶碱注射液	1	房颤
盐酸胺碘酮注射液	1	过敏样反应；腰痛；恶心；呕吐
银杏叶提取物注射液	1	输液反应
注射用骨肽	1	胸闷；心悸；头晕；恶心

本季度的 ADR 报表，有 16 例是注射用抗菌药引起的不良反应，不良反应的表现多是过敏样反应、皮疹、瘙痒、头晕、恶心、注射部位红肿等常见不良反应。

另外有 5 例是注射用硝普钠、多索茶碱注射液、胺碘酮注射液等药物引起的肌肉震颤、房颤、过敏等不良反应，提醒临床使用时注意。

我院虽然已逐渐形成良好的不良反应上报氛围，但现病区上报报表较少，希望各科主任和临床医师能引起重视，给与大力支持。

药剂科临床药学室

2018 年 1 月 2 日

药物警戒

药物警戒快讯 2017 年第 10 期（总第 174 期）

2018 年 02 月 07 日 发布

美国更新治疗阿片成瘾药物与苯二氮卓类及中枢神经

系统镇静剂联合使用的风险管理建议

经过再次评估，美国食品药品监督管理局（FDA）建议阿片成瘾治疗药品丁丙诺啡和美沙酮不应给予正在服用苯二氮卓类或其他中枢神经系统镇静剂的患者。联合使用以上药品会增加

严重副作用的风险；然而，未接受过阿片成瘾治疗药品引起的伤害通常大于合用以上药品引起的风险。医务人员实施谨慎的药品管理措施可减少这些风险。FDA 正要求将这项信息以及减少合用辅助治疗（MAT）药品和苯二氮卓类药品的详细建议纳入到丁丙诺啡和美沙酮的产品说明书中。

许多阿片类药品依赖的患者也可能使用苯二氮卓类或其他中枢神经系统镇静剂，或在医务人员的指导下或不合理使用。尽管联合使用这类药品存在严重风险，那么对使用苯二氮卓类或中枢神经系统镇静剂的患者而言，可以采取排除使用辅助药物治疗的患者或使患者终止辅助药物治疗的措施，即使这样也均不能阻止患者同时联合使用这些药物。相反，联合使用会发生在既定的治疗方案之外，这将导致更严重的后果。

医务人员应采取行动和预防措施并应制定一个用于丁丙诺啡或美沙酮与苯二氮卓类或其他中枢神经系统镇静剂联合使用时的治疗计划。包括：

- 针对联合使用引起的严重风险对患者进行教育，包括用药过量和死亡，这些风险可在当中枢神经系统镇静剂以处方形式或不合理用药（联合使用）时发生。

- 当开始应用辅助药物治疗时，应制定管理处方或不合理应用苯二氮卓类或其他中枢神经系统镇静剂的方案。

- 如果可能的话，逐渐减少苯二氮卓类或其他中枢神经系统镇静剂的剂量直到中断治疗。

- 如果患者因焦虑或失眠正在接受苯二氮卓类或其他中枢神经系统镇静剂治疗，应核实患者的诊断，并考虑这些疾病的其他治疗手段。

- 应识别那些可能需要长期辅助药物治疗的患者，持续给予辅助药物治疗的药物直到患者受益并达到预期的治疗目标。

- 医务人员之间互相沟通以确保其他处方者知晓患者正在服用丁丙诺啡或美沙酮进行治疗。

- 监测药品的不合理使用，包括通过尿及血样的筛查。

接受辅助药物治疗的患者应持续服用这些经医生处方的药物。在与医务人员沟通之前不应擅自停止服用其他处方药物。在开始服用任何新的药物之前，告诉医务人员正在进行辅助药物治疗。当服用辅助药物治疗的药物时，不应服用未经处方的苯二氮卓类或其他镇静剂或喝酒，因为联合使用增加伤害的可能性，包括用药过量和死亡。

（FDA 网站）

美国警示奥贝胆酸增加严重肝损害的风险

美国食品药品监督管理局（FDA）警告称奥贝胆酸正在被一些中、重度肝功能损伤的患者以错误的剂量使用，导致出现严重肝功能损伤甚至死亡的风险增高。一些患者接受了过量的药物、尤其是超说明书给药次数的要求用药。有小部分患者因轻微的肝脏疾病使用了正常剂量的奥贝胆酸也出现了肝功能损伤。在现行的药品说明书上已经明确了奥贝胆酸的推荐使用剂量以及应对病人进行监测的措施。FDA 正在和厂商沟通，将公布这些安全性问题。

奥贝胆酸用于治疗一种罕见的慢性肝脏疾病，这种病被称作原发性胆汁性胆管炎(PBC)，PBC 可以导致肝内胆道炎症、损伤以及被破坏，这直接导致了肝脏内部胆汁的增多，而这种增多会导致肝脏的慢性损伤，最终可导致肝脏丧失功能。奥贝胆酸可抑制胆汁酸的生成，从而改善疾病。

医务人员须知：

- 在给患者使用奥贝胆酸前应检测患者的肝功能基线水平。
- 中度至重度肝功能损害的患者应按每周 5 毫克的剂量计划开始，而不是其他 PBC 患者每天 5 毫克的剂量，如果需要的话，可以提高到最大批准剂量每周两次共 10 毫克。
- 医务人员应定期监测患者的疾病进程，当患者出现中、重度肝损害的倾向时，应降低给药频率到一周 1 次或 2 次。
- 服用奥贝胆酸的患者，应定期监测肝脏损伤程度（如恶化的肝脏血液检测，出现与病人疾病程度不一致的与肝脏有关的不良反应）如果怀疑肝损害，应停止使用奥贝胆酸，在患者病情稳定后，权衡患者的获益风险之后再考虑是否继续用药。

- 对患者进行潜在肝损害症状的教育。

患者须知：

- 如果对使用奥贝胆酸有问题或有顾虑请及时与医生联系。
- 如果出现了皮肤瘙痒或皮肤瘙痒严重，请及时告知医生。
- 如果出现了疲劳、腹泻、体重减轻、腹痛、腹胀、食欲减退、恶心呕吐、行为改变或混淆、一些不明原因的焦虑或不安、眼睛或皮肤黄染、血便或黑便等，患者应立即报告给医生。

（FDA 网站）

加拿大评估非典型抗精神病药与梦游和失眠相关饮食失调症的潜在风险

加拿大卫生部在一篇描述一名经齐拉西酮治疗的患者发生了梦游和失眠相关饮食失调症的个例报道发表后,对使用非典型抗精神病药的潜在梦游和失眠相关饮食失调症风险进行了评估。梦游是一种可致患者在睡眠时起身行走或做其他复杂行为的睡眠障碍。失眠相关饮食失调症是梦游的一种变异形式,表现为患者在睡眠时频繁起身饮食和喝水。因此,患者可能在睡眠状态中有烹饪食物等危险行为,而这些行为可能导致患者受到伤害。

非典型抗精神病药在加拿大用于治疗精神分裂症、双相障碍和抑郁等精神障碍。自 1991 年以来,在加拿大有 9 种不同的非典型抗精神病药上市:阿立哌唑、阿塞那平、氯氮平、鲁拉西酮、奥氮平、帕潘立酮、奎硫平、利培酮和齐拉西酮。上述部分药品在加拿大有仿制药上市。梦游在阿立哌唑、鲁拉西酮、帕潘立酮、奎硫平和利培酮的产品安全性信息中已经纳入。失眠相关饮食失调症只在鲁拉西酮、帕潘立酮、奎硫平和利培酮的产品安全性信息中纳入。

在此次评估期间,加拿大卫生部共收到了 13 例本国境内的疑似非典型抗精神病药使用相关的梦游和失眠相关饮食失调症的个例报告。对这 13 例报告的评估提示,其中 2 例睡眠障碍很可能与非典型抗精神病药的使用相关。这些患者在停止给药治疗后好转。13 例报告中的 6 例,发现存在可能的关联性。其他风险因素例如共患疾病,睡眠障碍的既往发病史,其他治疗药物的使用,都可能导致梦游和失眠相关饮食失调症的发生;但是非典型抗精神病药使用与梦游和失眠相关饮食失调症间的因果关联性无法排除。其余 5 份报告因没有足够的信息而无法评估。

本次安全性评估也查阅了 413 份国际上与非典型抗精神病药使用相关的梦游和失眠相关饮食失调症的个例报告,但这些报告只提供了有限的额外信息。此外,加拿大卫生部查找到 23 篇已发表的与非典型抗精神病药使用相关的梦游和失眠相关饮食失调症的个例报告。其中,多数个例报告描述了当患者停止给药治疗,其症状得到缓解。在部分病例中,当患者重新使用该类药物时,这些症状又重新出现。以更高剂量服用本类药物比服用推荐剂量发生梦游和失眠相关饮食失调症的频率更高。总之,对这些个例报告的评估提示非典型抗精神病药使用与梦游和失眠相关饮食失调症存在关联性。

加拿大卫生部建议更新所有非典型抗精神病药的产品安全性信息。将继续监测非典型抗精神病药相关的安全性信息以识别和评估其潜在风险,并在任何新的健康风险被确认时采取及时和适当的风险控制措施。

(加拿大卫生部网站)

加拿大警告坎格列净下肢截肢风险

2017 年 9 月 6 日,加拿大卫生部发布公告,警告患者使用坎格列净(商品名 INVOKANA)或坎格列净与二甲双胍复方制剂(商品名 INVOKAMET)可能导致下肢截肢风险升高。

坎格列净是一类称为葡萄糖协同转运酶 2 (SGLT2) 抑制剂的口服降血糖药,用于治疗 2 型糖尿病。

在患有心血管疾病或心血管疾病风险因素的 2 型糖尿病患者中开展的两项长期临床研究(CANVAS 和 CANVAS-R)发现,使用坎格列净后下肢手术截肢风险升高约二倍,该风险主要影响脚趾和足中部,也可能影响腿部。CANVAS 和 CANVAS-R 是两项大型、长期、随机、安慰剂对照临床试验,用于评估 10142 名 2 型糖尿病合并心血管疾病或至少有两项心血管疾病风险因素的患者使用坎格列净的长期心血管终点。截肢发生率增高发生在两项临床试验的第一个 26 周,两个试验患者平均随访时间各为 5.7 年和 2.1 年。尽管绝对风险在以前曾经截肢、存在周围血管性疾病或外周神经病变患者中更高,但风险的升高独立于这些因素之外,这种风险的升高没有剂量相关性。在两个试验的治疗组中,与导致截肢相关的最常见医学事件是下肢感染、糖尿病足部溃疡、外周动脉疾病和坏疽。在其他 12 项 3 期或 4 期临床试验中未观察到截肢风险升高,这些临床试验包含了 8114 例病例,大多数患者都没有心血管疾病,平均暴露时间为 0.9 年。

患者须知:

- 坎格列净是一类 2 型糖尿病治疗药,通过阻止肾脏对糖的重吸收而发挥作用,使糖从尿中排出。在长期临床研究发现脚趾和足中部的截肢风险升高,尤其是在患有心血管疾病的患者中。

- 服用 INVOKANA 或 INVOKAMET 的患者如果出现腿或足部疼痛、触痛、溃疡或感染,应立即告诉医务人员。患者和医务人员还应注意血液循环不良的症状,如皮肤发青、发冷,毛发和脚趾甲生长缓慢。建议适当的足部护理和充足的水份摄入。

- 消费者应联系医务人员获取更多信息。

医务人员须知:

医务人员在使用坎格列治疗患者时应遵守已有的糖尿病护理指南:

- 考虑患者既往史中可能导致截肢风险升高的因素。
- 密切观察存在截肢风险因素的患者，如那些以前曾经截肢的患者、存在外周血管疾病或外周神经病变的患者。
- 让患者了解日常性足部护理、充足饮水的重要性，以及了解血容量不足的症状和体征的重要性。
- 监测患者血容量不足的体征和症状，确保患者按照产品说明书的建议充足饮水，从而预防血容量不足。
- 提醒患者如果发生疼痛、溃疡、皮肤变色、感染、新发下肢疼痛或触痛时应告之医生。
- 尽早开始治疗足部溃疡、感染、新发疼痛或触痛等疾患。
- 出现严重并发症，如下肢皮肤溃疡、感染、骨髓炎或坏疽，应停止使用坎格列净。

2016 年 10 月加拿大卫生部根据 CANVAS 中期研究结果,对 INVOKANA 和 INVOKAMET 的产品专论进行了修订,包含了下肢截肢的不良反应,并在患者信息中进行了提示。加拿大卫生目前正与生产商合作,更新加拿大坎格列净的产品专论,以反映 CANVAS 的最终临床试验结果。此外,加拿大卫生部还通过 Healthy Canadians 网站中的召回和安全警示数据库向公众沟通此重要信息。

(加拿大卫生部网站)

加拿大评估宫内节育器与母乳分泌减少的潜在风险

加拿大卫生部对使用左炔诺孕酮宫内给药系统 (LNG-IUS) 产品导致母乳分泌减少的风险开展了评估,于 2017 年 9 月 21 日发布消息称,目前 LNG-IUS 产品信息提到这些避孕措施似乎并不影响母乳产生的数量和质量。

宫内节育器,即放置在妇女子宫内 (IUS) 的左炔诺孕酮 (LNG, 一种避孕激素) 给药装置,通过缓慢释放 LNG,可达到 3 到 5 年的避孕效果。LNG-IUS 产品包括有曼月乐, Jaydess 和 Kyleena, 分别于 2001、2013、2017 年在加拿大批准上市,适应症为避孕,曼月乐的适应症同时包括特发性月经过多的治疗。

加拿大卫生部共对 24 篇相关的处于哺乳期并使用 LNG-IUS 产品的妇女进行了评估, 这些研究表明使用 LNG-IUS 产品能提供高效的避孕效果,而且也不影响哺乳。同时,加拿大卫生部收到了 19 例哺乳期妇女在使用 LNG-IUS 后母乳分泌减少的报告。这 19 例报告均使用了曼月乐,其中 13 例报告中曼月乐的使用被认为很可能对哺乳困难有影响; 3 例报告认为与哺乳困难可能相关,因为在停止使用 LNG-IUS 产品后母乳分泌量恢复到了正常水平; 其余 3

例报告没有足够信息表明会影响母乳产量。

加拿大卫生部评估后认为 LNG-IUS 产品和乳汁分泌减少风险的关联性证据有限。加拿大卫生部正在考虑更新产品信息，提醒已有妇女使用 LNG-IUS 产品后母乳分泌减少的病例报告。加拿大卫生部将继续监测 LNG-IUS 产品的相关安全性风险。

(加拿大卫生部网站)

药事管理

总局关于修订含钆对比剂说明书的公告（2018 年第 2 号）

2018 年 01 月 15 日 发布

为进一步保障公众用药安全，国家食品药品监督管理总局决定对含钆对比剂（钆喷酸葡胺注射液、钆双胺注射液、钆贝葡胺注射液、钆塞酸二钠注射液、钆特酸葡胺注射液、钆特醇注射液、钆布醇注射液）说明书增加警示语，并对【用法用量】、【注意事项】等项进行修订。现将有关事项公告如下：

一、所有含钆对比剂生产企业均应依据《药品注册管理办法》等有关规定，按照含钆对比剂说明书修订要求（见附件），提出修订说明书的补充申请，于 2018 年 3 月 15 日前报省级食品药品监管部门备案。

修订内容涉及药品标签的，应当一并进行修订；说明书及标签其他内容应当与原批准内容一致。在补充申请备案后 6 个月内对所有已出厂的药品说明书及标签予以更换。

含钆对比剂生产企业应当对新增不良反应发生机制开展深入研究，采取有效措施做好使用和安全性问题的宣传培训，指导医师合理用药。

二、临床医师应当仔细阅读含钆对比剂说明书的修订内容，在选择用药时，应当根据新修订说明书进行充分的效益/风险分析。

三、患者应严格遵医嘱用药，用药前应当仔细阅读说明书。

特此公告。

附件：含钆对比剂说明书修订要求

食品药品监管总局

2018 年 1 月 9 日

附件

含钆对比剂说明书修订要求

含钆对比剂包括钆喷酸葡胺注射液、钆双胺注射液、钆贝葡胺注射液、钆塞酸二钠注射液、钆特酸葡胺注射液、钆特醇注射液、钆布醇注射液。以上药品说明书须按下列要求修订：

一、增加警示语

警示语内容如下：

钆沉积

线性和大环类含钆对比剂（GBCAs）均会在大脑及其他组织中发生痕量钆沉积。动物实验研究显示在重复使用 GBCAs 之后，线性 GBCAs 的沉积量比大环类高。本品为线性（或大环类）GBCA（此处由生产企业注明为线性或大环类）。

二、【用法用量】项

对于有通常推荐剂量和最高剂量的品种，增加内容如下：

尽可能使用最低批准剂量。

三、【注意事项】项

增加注意事项内容如下：

1.应谨慎使用 GBCAs。当平扫磁共振不能获得相应至关重要的诊断信息时，可使用 GBCAs，尽可能使用最低批准剂量。

2.钆沉积

当前证据表明，多次使用 GBCAs 后，痕量钆可残留于脑部及其他身体组织中。研究报告显示，多次使用 GBCAs 后可引起脑部信号强度增加，特别是在齿状核和苍白球，目前线性 GBCAs 相关报道较多，大环类 GBCAs 报道较少。动物实验研究显示在重复使用线性 GBCAs 之后钆沉积量高于重复使用大环类。

脑部钆沉积的临床意义尚不清楚。

为了最大限度地降低钆在脑部沉积相关的潜在风险，必须严格按照适应症和批准剂量使

用, 推荐使用满足诊断的最低批准剂量并在重复给药前进行仔细的获益风险评估和患者知情沟通。

(注: 说明书其他内容如与上述修订要求不一致的, 应当一并进行修订。)

含钆对比剂反复使用引起脑部钆沉积风险的通报问答

2017 年 12 月 06 日 发布

一、什么是含钆对比剂? 在临床中如何应用?

含钆对比剂(GBCA)含有钆元素, 通过载体分子相互连接形成螯合剂。在此过程中, 有机大分子在钆周围组成一个稳定的复合体。螯合钆较游离钆的毒性降低。根据化学结构的不同, 可分为线性和大环类, 线性结构更易释放钆离子, 大环类结构更稳定、更不易释放钆离子。

GBCA 主要用于磁共振成像(MRI)检查时增强内脏器官、血管和组织的影像质量。

二、我国上市的含钆对比剂包括哪些?

目前, 我国批准上市的有钆喷酸葡胺注射液、钆双胺注射液、钆贝葡胺注射液、钆塞酸二钠注射液、钆特酸葡胺注射液、钆特醇注射液、钆布醇注射液等 7 种 GBCA。除了钆塞酸二钠注射液、钆特醇注射液、钆布醇注射液外, 其他均纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017 年版)》, 所有 GBCA 均没有列入《国家基本药物目录(2017 年版)》。

三、含钆对比剂有哪些不良反应?

GBCA 的不良反应主要表现为皮疹、瘙痒、荨麻疹、恶心、呕吐、过敏性休克、过敏样反应、头晕、胸闷、呼吸困难、潮红、静脉炎、心悸等。

此次通报中提到的钆在脑部沉积的风险, 国内尚无相关病例报告, 国内外也尚未发现与脑部钆沉积相关的影响健康的不良结局。应密切关注此类风险。

四、使用含钆对比剂的注意事项是什么？

1. 请医务人员关注国外相关研究发现的 GBCA 反复使用引起钆在脑部沉积的风险，现有的证据表明，线性和大环类 GBCA 均会在大脑中发生痕量钆沉积，但线性的沉积量比大环类高。应谨慎使用 GBCA，在必须使用的情况下，应使用最低批准剂量，并在重复给药前仔细进行获益风险评估。

2. 患者在涉及使用 GBCA 的 MRI 检查中，对个人健康状况存在任何问题时，应及时询问医务人员。

学习园地

INR 计算与填写

要求各实验室使用标有国际敏感度指数 (ISI) 的凝血活酶试剂，根据 PT 比值 (PTR) 和 ISI 值计算出每份质评血浆国际标准化比率 (INR)，计算方法如下：

计算公式
$$INR = \left(\frac{PT_{test}}{PT_{normal}} \right)^{ISI}$$

1.1、PT 比值

PT 比值 (PTR) 计算方法：将所测质评血浆 PT 秒数除以同一种凝血活酶所测正常人血浆的 PT 秒数。

例如：用你实验室凝血活酶测质评血浆的 PT 结果为 14 秒

用你实验室同一凝血活酶测正常血浆的 PT 结果为 13.5 秒

则比值为：14/13.5=1.04

1.2、ISI

ISI 为国际敏感度指数 (International Sensitivity Index) 的缩写，是用多份不同凝血因子水平的血浆与国际参考制品 (IRP) 作严格的校准，通过回归分析求得回归斜率而得到的，代表凝血活酶试剂对凝血因子缺乏的敏感性，ISI 值越低则敏感性越高，进口凝血活酶试剂均标有 ISI 值，可用此值计算出 INR 值。如果所用试剂未标明 ISI 值，建议向厂家询问，或者改用更规范的试剂。

1.3、INR

INR 为国际标准化比率 (International Normalized Ratio) 的缩写。用凝血活酶所测得的参比血浆与正常血浆的 PT 比值和所用试剂标出的 ISI 值计算出 INR, 使不同的凝血活酶试剂测得的结果具有可比性。

从指尖或静脉采取少量血液, 检测血液凝固的时间, 就可测得 INR 了。

INR 的值越高, 血液凝固所需的时间越长。这样可以防止血栓形成, 例如血栓导致的中风。但是, 如果 INR 值非常高时, 就会出现无法控制的出血的风险。所以应该向你的医生报告任何异常的出血或皮肤淤斑。

INR 可有效监测使用抗凝 (“血液稀释”) 药物的效果, 例如华法林 (Warfarin)。通常使用抗凝治疗预防有心房纤维性颤动的患者的中风; 也用来预防静脉血栓的复发。但是, 一旦使用华法林, 就应规律性的监测 INR。如同患者应该知道他们的血压值一样, 他们也应该知道他们的华法林用量及 INR 值。

健康成年人, INR 值大约 1.0。有静脉血栓的患者的 INR 值一般应保持在 2.0~2.5 之间; 有心房纤维性颤动的患者的 INR 值一般应保持在 2.0~3.0 之间。然而, 理想的 INR 值一定要为每一个病人制定个性化指标。当 INR 值高于 4.0 时, 提示血液凝固需要很长时间, 这可能引起无法控制的出血, 甚至死亡。而 INR 低于 2.0 不能提供有效的抗凝。

《流行性感 冒诊疗方案》(2018 年版)

流行性感 冒 (以下简称流感) 是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病, 在世界范围内引起暴发和流行。流感起病急, 虽然大多为自限性, 但部分因出现肺炎等并发症可发展至重症流感, 少数重症病例病情进展快, 可因急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 和/或多脏器衰竭而死亡。重症流感主要发生在老年人、年幼儿童、孕产妇或有慢性基础疾病者等高危人群, 亦可发生在一般人群。2017 年入冬以来, 我国南北方省份流感活动水平上升较快, 当前处于冬季流感流行高峰水平。全国流感监测结果显示, 流感样病例就诊百分比和流感病毒检测阳性率均显著高于过去三年同期水平, 流感活动水平仍呈现上升态势, 本次冬季流感活动强度要强于往年。为进一步规范和加强流感的临床管理, 减少重症流感发生、降低病死率, 在《甲

型 H1N1 流感诊疗方案（2009 年第三版）》和《流行性感 冒诊断与治疗指南（2011 年版）》的基础上，结合近期国内外研究成果及我国既往流感诊疗经验，制定本诊疗方案。

一、病原学

流感病毒属于正粘病毒科，为 RNA 病毒。根据核蛋白和基质蛋白分为甲、乙、丙、丁四型。目前感染人的主要是甲型流感病毒中的 H1N1、H3N2 亚型及乙型流感病毒中的 Victoria 和 Yamagata 系。流感病毒对乙醇、碘伏、碘酊等常用消毒剂敏感；对紫外线和热敏感，56℃ 条件下 30 分钟可灭活。

二、流行病学

（一）传染源

流感患者和隐性感染者是流感的主要传染源。从潜伏期末到急性期都有传染性。受感染动物也可成为传染源，人感染来源动物的流感病例在近距离密切接触可发生有限传播。

病毒在人呼吸道分泌物中一般持续排毒 3-6 天，婴幼儿、免疫功能受损患者排毒时间可超过 1 周，人感染 H5N1/H7N9 病例排毒可达 1~3 周。

（二）传播途径

流感主要通过打喷嚏和咳嗽等飞沫传播，也可经口腔、鼻腔、眼睛等黏膜直接或间接接触传播。接触被病毒污染的物品也可引起感染。人感染禽流感主要是通过直接接触受感染的动物或受污染的环境而获得。

（三）易感人群

人群普遍易感。接种流感疫苗可有效预防相应亚型的流感病毒感染。

（四）重症病例的高危人群

下列人群感染流感病毒，较易发展为重症病例，应给予高度重视，尽早（发病 48 小时内）给予抗病毒药物治疗，进行流感病毒核酸检测及其他必要检查。

1. 年龄 < 5 岁的儿童（年龄 < 2 岁更易发生严重并发症）
2. 年龄 ≥ 65 岁的老年人
3. 伴有以下疾病或状况者：慢性呼吸系统疾病、心血管系统疾病（高血压除外）、肾病、肝病、血液系统疾病、神经系统及神经肌肉疾病、代谢及内分泌系统疾病、免疫功能抑制（包括应用免疫抑制剂或 HIV 感染等致免疫功能低下）
4. 肥胖者 [体重指数（body mass index, BMI）大于 30, BMI = 体重(kg)/身高 m²]

5. 妊娠期妇女。

三、发病机制及病理

(一) 发病机制

甲、乙型流感病毒通过 HA 结合呼吸道上皮细胞含有唾液酸受体的细胞表面启动感染。流感病毒通过细胞内吞作用进入细胞，病毒基因组在细胞核内进行转录和复制。复制出大量新的子代病毒颗粒，这些病毒颗粒通过呼吸道粘膜扩散并感染其他细胞。流感病毒感染人体后，可以诱发细胞因子风暴，导致全身炎症反应，出现 ARDS、休克及多脏器功能衰竭。

(二) 病理改变

病理变化主要表现为呼吸道纤毛上皮细胞呈簇状脱落、上皮细胞化生、固有层粘膜细胞充血、水肿伴单核细胞浸润等病理变化。重症肺炎可发生弥漫性肺泡损害。合并脑病时出现脑组织弥漫性充血、水肿、坏死。合并心脏损害时出现心肌细胞肿胀、间质出血，淋巴细胞浸润、坏死等炎症反应。

四、临床表现和实验室检查

潜伏期一般为 1-7 天，多为 2-4 天。

(一) 临床表现

主要表现为发热、头痛、肌痛和全身不适起病，体温可达 39-40℃，可有畏寒、寒战，多伴全身肌肉关节酸痛、乏力、食欲减退等全身症状，常有咽喉痛、干咳，可有鼻塞、流涕、胸骨后不适等。颜面潮红，眼结膜充血。

部分以呕吐、腹痛、腹泻为特点，常见于感染乙型流感的儿童。

无并发症者病程呈自限性，多于发病 3-4 天后体温逐渐消退，全身症状好转，但咳嗽、体力恢复常需 1-2 周。

(二) 并发症

肺炎是流感最常见的并发症，其他并发症有神经系统损伤、心脏损害、肌炎、横纹肌溶解综合征和脓毒性休克等。

1. 肺炎

流感并发的肺炎可分为原发性流感病毒性肺炎、继发性细菌性肺炎或混合性肺炎。流感起病后 2-4 天病情进一步加重，或在流感恢复期后病情反而加重，出现高热、剧烈咳嗽、脓

性痰、呼吸困难，肺部湿性罗音及肺实变体征。外周血白细胞总数和中性粒细胞显著增多，以肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌等为主。

2. 神经系统损伤

包括脑炎、脑膜炎、急性坏死性脑病、脊髓炎、吉兰-巴雷综合征（Guillain-Barre syndrome）等。

3. 心脏损伤

心脏损伤不常见，主要有心肌炎、心包炎。可见肌酸激酶升高、心电图异常，重症病例可出现心力衰竭。此外，感染流感病毒后，心肌梗死、缺血性心脏病相关住院和死亡的风险明显增加。

4. 肌炎和横纹肌溶解

主要症状有肌痛、肌无力、肾功能衰竭，血清肌酸激酶、肌红蛋白升高、急性肾损伤等。

5. 脓毒性休克

表现为高热、休克及多脏器功能障碍等。

（三）实验室检查

1. 外周血常规：白细胞总数一般不高或降低，重症病例淋巴细胞计数明显降低。

2. 血生化：部分病例出现低钾血症，少数病例肌酸激酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酐等升高。

3. 病原学相关检查：

（1）病毒核酸检测：以 RT-PCR（最好采用 real-time RT-PCR）法检测呼吸道标本（咽拭子、鼻拭子、鼻咽或气管抽取物、痰）中的流感病毒核酸。病毒核酸检测的特异性和敏感性最好，且能区分病毒类型和亚型。

（2）病毒抗原检测（快速诊断试剂检测）：快速抗原检测方法可采用胶体金和免疫荧光法。由于快速抗原检测的敏感性低于核酸检测，因此对快速抗原检测结果的解释应结合患者流行病学史和临床症状综合考虑。

（3）血清学检测：检测流感病毒特异性 IgM 和 IgG 抗体水平。动态检测的 IgG 抗体水平恢复期比急性期有 4 倍或以上升高有回顾性诊断意义。

（4）病毒分离培养：从呼吸道标本中分离出流感病毒。在流感流行季节，流感样病例快速抗原诊断和免疫荧光法检测阴性的患者建议也作病毒分离。

（四）影像学表现

并发肺炎者影像学检查可见肺内斑片状、磨玻璃影、多叶段渗出性病灶；进展迅速者，

可发展为双肺弥漫的渗出性病变或实变，个别病例可见胸腔积液。

儿童病例肺内片状影出现较早，多发及散在分布多见，易出现过度充气，影像学表现变化快，病情进展时病灶扩大融合，可出现气胸、纵隔气肿等征象。

五、诊断

诊断主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查。

（一）临床诊断病例

出现上述流感临床表现，有流行病学证据或流感快速抗原检测阳性，且排除其他引起流感样症状的疾病。

（二）确定诊断病例

有上述流感临床表现，具有以下一种或以上病原学检测结果阳性：

1. 流感病毒核酸检测阳性（可采用 real-time RT-PCR 和 RT-PCR 方法）。
2. 流感病毒分离培养阳性。
3. 急性期和恢复期双份血清的流感病毒特异性 IgG 抗体水平呈 4 倍或 4 倍以上升高。

六、重症与危重病例

（一）出现以下情况之一者为重症病例

1. 持续高热 >3 天，伴有剧烈咳嗽，咳脓痰、血痰，或胸痛；
2. 呼吸频率快，呼吸困难，口唇紫绀；
3. 神志改变：反应迟钝、嗜睡、躁动、惊厥等；
4. 严重呕吐、腹泻，出现脱水表现；
5. 合并肺炎；
6. 原有基础疾病明显加重。

（二）出现以下情况之一者为危重病例

1. 呼吸衰竭；
2. 急性坏死性脑病；
3. 脓毒性休克；
4. 多脏器功能不全；
5. 出现其他需进行监护治疗的严重临床情况。

七、鉴别诊断

（一）普通感冒

流感的全身症状比普通感冒重；追踪流行病学史有助于鉴别；普通感冒的流感病原学检测阴性，或可找到相应的感染病原证据。

（二）其他类型上呼吸道感染

包括急性咽炎、扁桃体炎、鼻炎和鼻窦炎。感染与症状主要限于相应部位。局部分泌物流感病原学检查阴性。

（三）其他下呼吸道感染

流感有咳嗽症状或合并气管-支气管炎时需与急性气管-支气管炎相鉴别；合并肺炎时需要与其他肺炎，包括细菌性肺炎、衣原体肺炎、支原体肺炎、病毒性肺炎、真菌性肺炎、肺结核等相鉴别。根据临床特征可作出初步判断，病原学检查可资确诊。

八、治疗

（一）基本原则

1. 对临床诊断病例和确诊病例应尽早隔离治疗。
2. 住院治疗标准（满足下列标准 1 条或 1 条以上）：
 - （1）妊娠中晚期妇女。
 - （2）基础疾病明显加重，如：慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、慢性心功能不全、慢性肾功能不全、肝硬化等。
 - （3）符合重症或危重流感诊断标准
 - （4）伴有器官功能障碍。
3. 非住院患者居家隔离，保持房间通风。充分休息，多饮水，饮食应当易于消化和富有营养。密切观察病情变化，尤其是儿童和老年患者。
4. 流感病毒感染高危人群容易引发重症流感，尽早抗病毒治疗可减轻流感症状，缩短流感病程，降低重症流感的病死率。
5. 避免盲目或不恰当使用抗菌药物。仅在流感继发细菌性肺炎、中耳炎和鼻窦炎等时才有使用抗生素的指征。
6. 儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林药物以及其他水杨酸制剂。

（二）对症治疗

高热者可进行物理降温，或应用解热药物。咳嗽咳痰严重者给予止咳祛痰药物。根据缺氧程度可采用鼻导管、开放面罩及储氧面罩进行氧疗。

（三）抗病毒治疗

1. 抗流感病毒治疗时机

发病 48 h 内进行抗病毒治疗可减少流感并发症、降低住院患者的病死率、缩短住院时间，发病时间超过 48 h 的重症患者依然能从抗病毒治疗中获益

重症流感高危人群及重症患者，应尽早（发病 48h 内）给予抗流感病毒治疗，不必等待病毒检测结果；如果发病时间超过 48 h，症状无改善或呈恶化倾向时也应进行抗流感病毒治疗。

无重症流感高危因素的患者，发病时间不足 48 h，为缩短病程、减少并发症也可以抗病毒治疗。

2. 抗流感病毒药物

神经氨酸酶抑制剂（NAI）对甲型、乙型流感均有效。

（1）奥司他韦：成人剂量每次 75mg，每日 2 次，疗程 5 天，重症病例剂量可加倍，疗程可延长。肾功能不全者要根据肾功能调整剂量。1 岁及以上年龄的儿童应根据体重给药：体重不足 15Kg 者，予 30mg 每日 2 次；体重 15~23Kg 者，予 45mg 每日 2 次；体重 23~40Kg 者，予 60mg 每日 2 次；体重大于 40Kg 者，予 75mg 每日 2 次。对于吞咽胶囊有困难的儿童，可选用奥司他韦颗粒剂。对用药过程中无效或病情加重的患者，要注意是否出现耐药。

（2）扎那米韦：适用于成人及 7 岁以上青少年，用法：每日 2 次，间隔 12 小时；每次 10mg（分两次吸入）。但吸入剂不建议用于重症或有并发症的患者。

（3）帕拉米韦：成人用量为 300~600mg，小于 30d 新生儿 6mg/kg，31-90d 婴儿 8mg/kg，91d-17 岁儿童 10mg/kg，静脉滴注，每日 1 次，1~5 天，重症病例疗程可适当延长。目前临床应用数据有限，应严密观察不良反应。

离子通道 M2 阻滞剂金刚烷胺和金刚乙胺仅对甲型流感病毒有效，但目前监测资料显示甲型流感病毒对其耐药，不建议使用。

（四）重症病例的治疗

治疗原则：积极治疗原发病，防治并发症，并进行有效的器官功能支持。

1. 如出现低氧血症或呼吸衰竭，应及时给予相应的治疗措施，包括氧疗或机械通气等。
2. 合并休克时给予相应抗休克治疗。

3. 出现其他脏器功能损害时，给予相应支持治疗。

4. 出现继发感染时，给予相应抗感染治疗。

（五）中医治疗

1. 轻症辨证治疗方案

（1）风热犯卫

主症：发病初期，发热或未发热，咽红不适，轻咳少痰，无汗。

舌脉：舌质红，苔薄或薄腻，脉浮数。

治法：疏风解表，清热解毒

基本方药：银翘散合桑菊饮加减

银花 15g 连翘 15g 桑叶 10g 菊花 10g

桔梗 10g 牛蒡子 15g 竹叶 6g 芦根 30g 薄荷（后下）3g 生甘草 3g

煎服法：水煎服，每剂水煎 400 毫升，每次口服 200 毫升，1 日 2 次；必要时可日服 2 剂，每 6 小时口服 1 次，每次 200 毫升。

加减：

苔厚腻加藿香 10g、佩兰 10g；

咳嗽重加杏仁 10g、炙枇杷叶 10g；

腹泻加黄连 6g、木香 3g；

咽痛重加锦灯笼 9g、玄参 15g。

若呕吐可先用黄连 6g，苏叶 10g 水煎频服。

常用中成药：疏风解表、清热解毒类，如金花清感颗粒、连花清瘟胶囊、清开灵颗粒（口服液）、疏风解毒胶囊、银翘解毒类、桑菊感冒类等。

儿童可选儿童抗感颗粒、小儿豉翘清热颗粒等。

（2）热毒袭肺

主症：高热，咳嗽，痰粘咯痰不爽，口渴喜饮，咽痛，目赤。

舌脉：舌质红，苔黄或腻，脉滑数。

治法：清热解毒，宣肺止咳

基本方药：麻杏石甘汤加减

炙麻黄 5g 杏仁 10g 生石膏（先煎）35g 知母 10g 浙贝母 10g 桔梗 10g 黄芩 15g 柴胡 15g 生甘草 10g

煎服法：水煎服，每剂水煎 400 毫升，每次口服 200 毫升，1 日 2 次；必要时可日服 2 剂，

每 6 小时口服 1 次，每次 200 毫升。

加减：便秘加生大黄（后下）6g；

持续高热加青蒿 15g、丹皮 10g。

常用中成药：清热解毒、宣肺止咳类，如连花清瘟胶囊、银黄类制剂、莲花清热类制剂等。

儿童可选小儿肺热咳喘颗粒（口服液）、小儿咳喘灵颗粒（口服液）、羚羊角粉冲服。

2. 重症辨证治疗方案

（1）毒热壅肺

主症：高热不退，咳嗽重，少痰或无痰，喘促短气，头身痛；或伴心悸，躁扰不安。

舌脉：舌质红，苔薄黄或腻，脉弦数。

治法：解毒清热，泻肺活络

基本方药：宣白承气汤加减

炙麻黄 6g 生石膏（先煎）45g 杏仁 9g 知母 10g 鱼腥草 15g 葶苈子 10g 黄芩 10g 浙贝母 10g
生大黄（后下）6g 青蒿 15g 赤芍 10g 生甘草 3g

煎服法：水煎服，每剂水煎 400 毫升，每次口服 200 毫升，1 日 2 次；必要时可日服 2 剂，每 6 小时口服 1 次，每次 200 毫升。也可鼻饲或结肠滴注。

加减：持续高热加羚羊角粉 0.6g（分冲）、安宫牛黄丸 1 丸；

腹胀便秘加枳实 9g、元明粉 6g（分冲）；

喘促加重伴有汗出乏力者加西洋参 10g、五味子 6g。

（2）毒热内陷，内闭外脱

主症：神识昏蒙、淡漠，口唇爪甲紫暗，呼吸浅促，咯粉红色血水，胸腹灼热，四肢厥冷，汗出，尿少。

舌脉：舌红绛或暗淡，脉沉细数。

治法：益气固脱，清热解毒

基本方药：参附汤加减

生晒参 15g 炮附子（先煎）10g 黄连 6g 金银花 20g 生大黄 6g 青蒿 15g 山萸肉 15g 枳实 10g

煎服法：水煎服，每剂水煎 400 毫升，每次口服 200 毫升，1 日 2 次；必要时可日服 2 剂，每 6 小时口服 1 次，每次 200 毫升。也可鼻饲或结肠滴注。

3. 恢复期辨证治疗方案

气阴两虚，正气未复

主症：神倦乏力，气短，咳嗽，痰少，纳差。

舌脉：舌暗或淡红，苔薄腻，脉弦细。

治法：益气养阴

基本方药：沙参麦门冬汤加减

沙参 15g 麦冬 15g 五味子 10g 浙贝母 10g 杏仁 10g 青蒿 10g 炙枇杷叶 10g 焦三仙各 10g

煎服法：水煎服，每剂水煎 400 毫升，每次口服 200 毫升，1 日 2 次；必要时可日服 2 剂，每 6 小时口服 1 次，每次 200 毫升。也可鼻饲或结肠滴注。

注：

1. 妊娠期妇女发病，治疗参考成人方案，避免使用妊娠禁忌药，治病与安胎并举，以防流产，并应注意剂量，中病即止。
2. 儿童用药可参考成人治疗方案，根据儿科规定调整剂量，无儿童适应症的中成药不宜使用。

九、预防

（一）疫苗接种

接种流感疫苗是预防流感最有效的手段，可以显著降低接种者罹患流感和发生严重并发症的风险。推荐老年人、儿童、孕妇、慢性病患者和医务人员等流感高危人群，应该每年优先接种流感疫苗。

（二）药物预防

药物预防不能代替疫苗接种，只能作为没有接种疫苗或接种疫苗后尚未获得免疫能力的重症流感高危人群的紧急临时预防措施。可使用奥司他韦、扎那米韦等。

（三）一般预防措施

保持良好的个人卫生习惯是预防流感等呼吸道传染病的重要手段，主要措施包括：增强体质和免疫力；勤洗手；保持环境清洁和通风；尽量减少到人群密集场所活动，避免接触呼吸道感染患者；保持良好的呼吸道卫生习惯，咳嗽或打喷嚏时，用纸巾、毛巾等遮住口鼻，咳嗽或打喷嚏后洗手，尽量避免触摸眼睛、鼻或口；出现呼吸道感染症状应居家休息，及早就医。

科室文化



临床药学大拜年



迎新文艺汇演



迎春晚会



爱岗敬业乐在其中



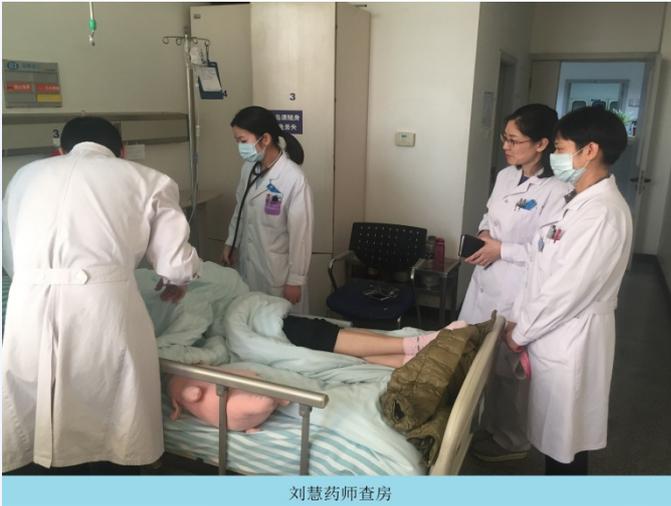
李静药学咨询门诊



和晶药师内分泌咨询门诊



曾美珍药师查房



刘慧药师查房



赵金药师床旁用药指导



李文静药师讲课



滕珈珈药师讲课



刘慧药师讲课



赵金药师查房



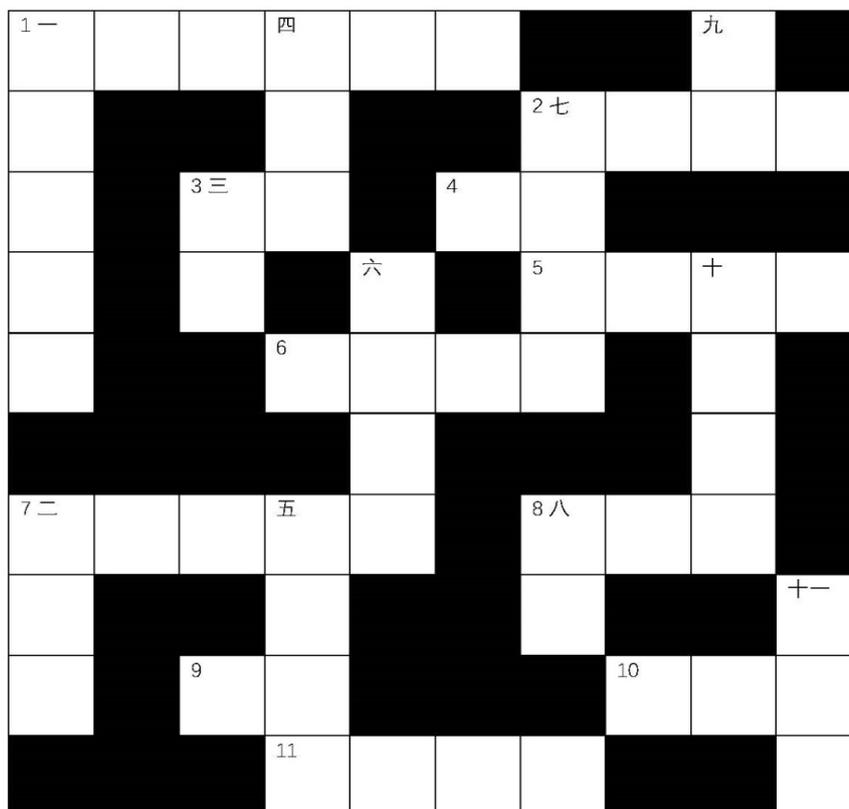
李静药师给患者提供用药教育



徐宇药师查房

休闲益智

填字游戏：在空格内填上文字组成药品名称



填字游戏

横向

- 1、 药品通用名：某钙离子拮抗剂的左旋体，用于高血压和心绞痛。
- 2、 药品通用名：抗血小板药物，本品及其主要代谢产物能可逆性地与血小板 P2Y₁₂ADP 受体相互作用，阻断信号传导和血小板活化。本品及其活性代谢产物的活性相当。本品还可通过抑制平衡型核苷转运体-1 (ENT-1) 增加局部内源性腺苷水平。
- 3、 药品通用名：治疗帕金森症的药物，本品为中枢抗胆碱抗帕金森病药，作用在于选择性阻断纹状体的胆碱能神经通路。
- 4、 药品通用名：属噻唑烷二酮类抗糖尿病药，通过提高胰岛素的敏感性而有效地控制血糖，骨质疏松症或发生过非外伤性骨折病史的患者禁用。

- 5、 药品通用名：本品为薄膜衣片，除去薄膜衣后显白色或类白色。用于高血压、稳定性心绞痛，本品为二氢吡啶类钙通道拮抗剂。
- 6、 药品通用名：本品是一种新型口服抗凝药，是 Xa 因子抑制剂，其选择性地阻断 Xa 因子的活性位点，且不需要辅因子(如抗凝血酶III)以发挥活性。通过内源性及外源性途径活化 X 因子为 Xa 因子(FXa)，在凝血级联反应中发挥重要作用。
- 7、 药品通用名：本品是一种单纯降低心率的药物，通过选择性和特异性抑制心脏起搏 If 电流而降低心率。它只特异性对窦房结起作用，对心房、房室或者心室传导时间未见明显影响，对心肌的收缩性或者心室复极化未见明显影响。
- 8、 药品通用名：本品为皮肤科用药类非处方药药品，用于湿疹、神经性皮炎，异位性皮炎及皮肤瘙痒症，为局部外用糖皮质激素。
- 9、 药品商品名：本品属于苯二氮草类,适用于焦虑障碍的治疗或用于缓解焦虑症状以及与抑郁症状相关的焦虑的短期治疗。
- 10、 药品商品名：芳基烷酸类，本品为缓释胶囊，用于缓解轻至中度疼痛如头痛、关节痛、偏头痛、牙痛、肌肉痛、神经痛、痛经。也用于普通感冒或流行性感引起的发热。
- 11、 药品通用名：用于恶性肿瘤溶骨性骨转移引起的骨痛。

纵向

- 一、 药品通用名：氟喹诺酮类药物左旋体，用于控制感染。
- 二、 药品商品名：强效利尿剂，分子量：348.43，血浆蛋白结合率很高 (>99%)，通过肾小球滤过进入肾小管的量很少，本品主要作用于髓祥升支粗段，抑制 Na⁺/K⁺/2Cl⁻转运体系。
- 三、 药品商品名：预防妊娠 20 周以后的早产。作用于子宫平滑肌的 β₂ 受体，从而抑制子宫平滑肌的收缩频率和强度。
- 四、 药品通用名：本品适用于治疗原发性高血压。本品及其具有药理活性的羧酸代谢产物(E-3174)可以阻断任何来源或任何途径合成的血管紧张素 II 所产生的相应的生理作用。与其他肽类的血管紧张素 II 拮抗剂相比，此药无激动作用。
- 五、 药品通用名：本品为苯并咪唑类化合物，是第二代质子泵抑制剂，通过特异性地抑制胃壁细胞 H⁺, K⁺-ATP 酶系统而阻断胃酸分泌的最后步骤。该作用呈剂量依赖性，并可使基础胃酸分泌和刺激状态下的胃酸分泌均受抑制。本品对胆碱和组胺 H₂ 受体无拮抗作用。

六、 药品通用名：本品作为抗凝剂用于成人择期经皮冠状动脉介入治疗(PCI)。是凝血酶的直接抑制剂，与游离及血栓上凝血酶的催化位点和阴离子外结合位点特异结合起抑制作用。

七、 药品通用名：是一种非肽类的血小板糖蛋白 IIb/IIIa 受体的可逆性拮抗剂，该受体是与血小板聚集过程有关的主要血小板表面受体。阻止纤维蛋白原与糖蛋白 IIb/IIIa 结合，因而阻断血小板的交联及血小板的聚集。

八、 药品商品名：与 5-氟尿嘧啶和亚叶酸联合应用于：转移性结直肠癌的一线治疗以及原发肿瘤完全切除后的 III 期 (Duke' s C 期) 结肠癌的辅助治疗。本品必须在使用前配制和进一步稀释，必须用规定的溶液来溶解和稀释冻干粉制剂。

九、 药品商品名：用于治疗抗雌激素治疗无效的晚期乳腺癌绝经后患者。本品为芳香化酶抑制剂，通过抑制芳香化酶的合成，从而减少了雄激素向雌激素的转化，降低了体内雌激素的水平。

十、 药品通用名：糖皮质激素类，是氢化可的松结构改造的产物，其糖代谢和抗炎作用增强，盐代谢作用减弱。

十一、 药品商品名：本品是胰岛素类似物，具有长效作用，应该每天一次在同一时间皮下注射给药。

杂志征文

欢迎投稿，地址：北京市海淀区医院药剂科临床药学 107 室，电话：82693357

联系人：贾桂胜

邮箱：mudan2888@163.com



海淀医院门诊、急诊大楼

北京市海淀区医院药讯（双月刊）

《药 讯》

2018年 第1期

主 编：贾桂胜

责任编辑：张慧英

地 址：北京市海淀区中关村大街29号

邮 编：100080

电 话：010 - 82693357