

# 药学简讯 (内部刊物)

季刊

2011年12月改版

## 主管

西安交通大学第二附属医院药事管理与药物治疗学委员会

## 主办

西安交通大学第二附属医院药学部

## 主审

李宗芳 高亚

## 主编

张抗怀

## 副主编

王娜

## 编委

蔡艳 王海涛 李亚 张莉  
余静洁 李友佳 谢姣 王岩  
杨乾婷

## 本期责任编辑

李友佳

## 投稿电话

029-87679574

## 电子邮箱

jdeyyxb@163.com

## 网址

<http://www.2yuan.org/Hospitals/Main>

2021年第2期(总第89期)

<b>药事管理·</b>	<b>1</b>
国家卫健委印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第八版 修订版)	1
国家卫健委关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知	1
国家卫健委印发β内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则	2
<b>·治疗指南·</b>	<b>4</b>
《中国2型糖尿病防治指南(2020年版)》发布	4
《中国多黏菌素类抗菌药物临床合理应用多学科专家共识》摘要	7
<b>·合理用药·</b>	<b>9</b>
什么是β-B类降压药?	10
中成药联合用药禁忌大全	11
<b>·药物警戒·</b>	<b>12</b>
国家药监局修订氨酚麻美口服溶液等14个品种药品说明书	12
英国警示氨基糖苷类药物线粒体突变患者耳聋风险增加	13
<b>·抗菌药物·</b>	<b>15</b>
哪些呼吸科常见的细菌感染推荐使用短期抗生素治疗?	15
艰难梭菌感染的管理	16
<b>·科研动态·</b>	<b>18</b>
FDA 批准超速效赖脯胰岛素治疗糖尿病	18
Lancet Oncology: 抗高血压治疗与癌症风险的关系	19
Cell: 轻症 COVID-19 感染能诱导病毒特异性免疫记忆	20
<b>·处方点评·</b>	<b>20</b>
杏芍氯化钠注射液临床使用专项点评分析报告	20

# 药事管理·

## 国家卫健委印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版 修订版）

### 一、文件制定背景

当前，世界各国正广泛开展新型冠状病毒疫苗预防接种，多数人员在接种疫苗后会产生新型冠状病毒特异性抗体。为进一步提高新型冠状病毒肺炎诊疗工作的科学性、规范性和有效性，国家卫健委组织专家对《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版）》相关内容进行修订，形成了《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版 修订版）》并于 2021 年 4 月 14 日发布。

### 二、诊疗方案修订要点

一是明确提出新冠肺炎的诊断原则，即：根据流行病学史、临床表现、实验室检查等进行综合分析，作出诊断。新型冠状病毒核酸检测阳性为确诊的首要标准。未接种新型冠状病毒疫苗者新型冠状病毒特异性抗体检测可作为诊断的参考依据。接种新型冠状病毒疫苗者和既往感染新型冠状病毒者，原则上抗体不作为诊断依据。

二是在确诊病例诊断标准中更加强调新冠病毒核酸检测结果的重要性。将“实时荧光 RT-PCR 检测新型冠状病毒核酸检测阳性”与“病毒基因测序与已知的新型冠状病毒同源”两条诊断标准整合为“新型冠状病毒核酸检测阳性”。

三是对抗体诊断适用对象进行了限定。在疑似病例诊断中，近期接种过新冠病毒疫苗者的相关抗体检测结果不作为参考指标；在确诊病例诊断中，抗体诊断仅适用于“未接种新冠疫苗者”。在此基础上，修订版诊疗方案对确诊病例的抗体诊断内容进行了简化，更加方便实际操作。

四是进一步强调了预防接种对疾病防控的重要性，指出“接种新型冠状病毒疫苗是预防新型冠状病毒感染、降低发病率和重症率的有效手段，符合接种条件者均可接种”。

（来源：国家卫健委官网）

## 国家卫健委关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知

### 一、文件制定背景

国家卫生健康委于 2021 年 4 月 7 日发布了关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知，旨在进一步加强抗微生物药物管理，积极应对微生物耐药，持续提高临床合理用药水平，保护人民健康。

## 二、文件主要内容解读

《通知》立足于当前社会高度关注的微生物耐药问题，从五个方面提出了具体要求。

一是充分认识做好抗微生物药物管理的重要性，要求各地高度重视抗微生物药物管理工作，持续做好工作部署和责任落实。

二是统筹部署推进，全面加强抗微生物药物管理，要求各地规范感染性疾病的临床诊疗工作，开展有针对性的理论和实践培训，医疗机构应科学调整优化抗微生物药物供应目录。

三是完善管理措施，进一步提高合理用药水平，要求各地将抗微生物药物合理使用情况纳入医院评审、公立医院绩效考核、合理用药考核等工作，进一步增加全国抗菌药物临床应用监测网、细菌耐药监测网入网医疗机构数量，试点开展抗微生物药物体外敏感性折点研究。

四是立足多学科协作，提高感染性疾病诊疗能力，要求医疗机构加强感染性疾病科建设，实施临床重要耐药微生物感染的个性化循证防控措施，优先培养配备抗感染领域的临床药师，规范β内酰胺类药物皮试。

五是加强宣传引导，提高全民合理用药意识，要求各地重点宣传抗微生物药物使用误区和不合理使用的危害，建立抗微生物药物合理使用定期宣传机制，切实提升公众对合理使用抗微生物药物的认知水平。

（来源：国家卫健委官网）

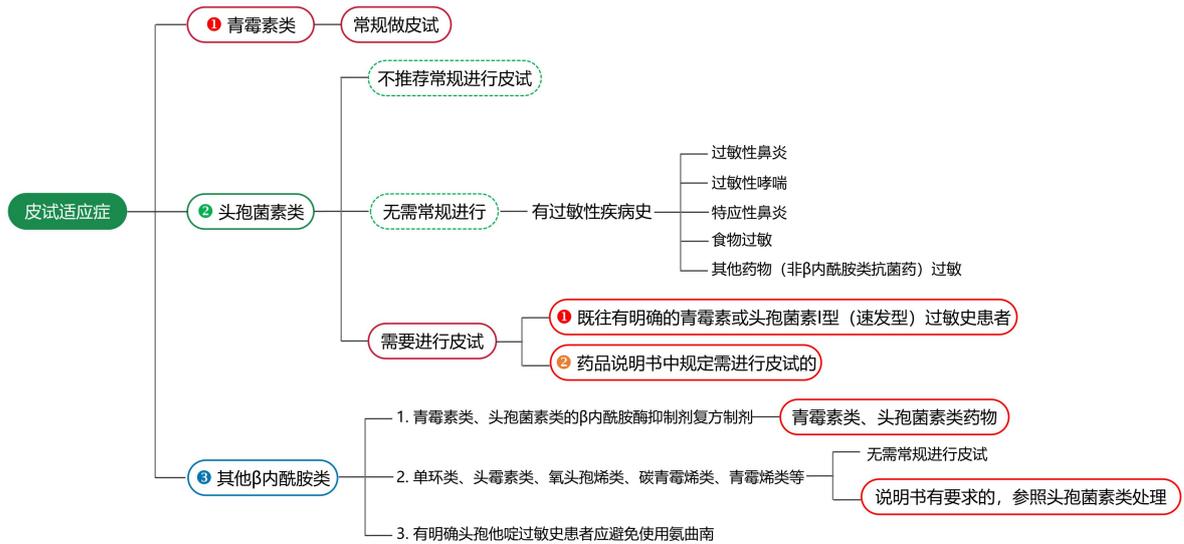
## 国家卫健委印发β内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则

### 一、文件制定背景

为进一步规范β内酰胺类抗菌药物皮肤试验的使用和判读，促进抗菌药物合理应用，国家卫健委委托国家卫生健康委抗菌药物临床应用与细菌耐药评价专家委员会制定了《β内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则（2021年版）》并于2021年4月16日发布。

### 二、文件主要内容解读

β内酰胺类抗菌药物具有重大临床价值，由于医务人员对该类药物诱发过敏反应存在担忧，青霉素和头孢菌素皮肤试验被广泛应用于用药前预测过敏反应。《指导原则》**不推荐在使用头孢菌素前常规进行皮试**。有两种情况下需要在给药前进行皮试，如药品说明书中规定需进行皮试的。提醒：使用β内酰胺类抗菌药物前是否需要进行皮试，由医师基于以上适应证判定。需进行皮试者，应由医师开具皮试医嘱后进行。



### 皮试液配制

以注射用青霉素 G 或青霉素 G 皮试制剂稀释为 500U/ml 的皮试液，前者需多步稀释，后者仅一步稀释。推荐头孢菌素类的皮试液浓度为 2mg/ml。并设立阴性对照（生理盐水）及阳性对照（0.01mg/ml 磷酸组胺）有助于排除假阳性反应及假阴性反应。

### 皮试操作

皮试过程中，用 75%乙醇消毒前臂掌侧下段皮肤，对乙醇敏感的患者可使用生理盐水清洁。使用 1ml 一次性注射器抽取皮试液，先排净针管内空气。用一手绷紧患者皮肤，另一手持针，针头斜面向上，与皮肤呈 5~15° 进针。皮内注射皮试液 0.02~0.03ml，形成直径 3mm 的皮丘。

### 皮试后判断结果

皮试后 15~20 分钟后判断皮试结果。如皮丘较之前注射形成的皮丘直径扩大  $\geq 3\text{mm}$  应判断为皮试阳性，伴有红晕或痒感更支持呈阳性反应。（皮试阳性，皮丘直径不再以  $> 1\text{cm}$  为标准）。皮试阴性不能完全排除过敏反应的可能。注意：皮试阳性（除非皮试诱发严重过敏反应）不应记录为“过敏”，而应记录为“皮试阳性”。

### 严重过敏反应抢救

若出现严重过敏反应，首选用药是肾上腺素，糖皮质激素不是严重过敏反应的抢救首选用药。使用肾上腺素（1:1000）： $\geq 14$  岁：深部肌肉注射 0.3~0.5ml； $< 14$  岁：0.01ml/kg 体重深部肌肉注射，单次最大剂量 0.3ml。注射最佳部位为大腿中部外侧。5~15 分钟后效果不理想者可重复注射。

（来源：国家卫健委官网）

## ·治疗指南·

### 《中国 2 型糖尿病防治指南（2020 年版）》发布

近年来，以糖尿病为代表的代谢性疾病患病率逐年升高，已成为突出的全球性公共健康问题。作为糖尿病大国，我国在提高糖尿病诊疗水平方面也面临着诸多挑战。为应对不断变化的糖尿病防治形势，进一步优化糖尿病诊疗策略，由中华医学会糖尿病学分会主持修订的《中国 2 型糖尿病防治指南（2020 年版）》（以下简称《指南》）于今年 4 月正式发布，将对进一步规范我国糖尿病的预防、诊疗、管理等方面发挥积极推动作用。

#### 一、指南主要内容概览

新版指南共包括 19 个章节，相较于 2017 年版指南在多方面进行了修订和更新，本文汇总了 11 项重点更新内容供临床参考。



#### 二、指南更新要点解读

1、将糖化血红蛋白（HbA1c）纳入糖尿病诊断标准 在有严格质量控制的实验室，采用标准化检测方法测定的 HbA1c $\geq$ 6.5%可以作为糖尿病的补充诊断标准。这一新标准预示既往 11.2%糖尿病患病率将进一步提升。

2、在糖尿病眼底病的检查中增加了新的诊断方法 在糖尿病视网膜病变章节部分加入了人工智能在糖尿病视网膜病变筛查和分级诊断的作用，人工智能筛查系统有望成为糖尿病视网膜病变筛查、诊断和随访的重要辅助工具。

3、糖尿病医学营养治疗 添加了每日能量供给量表格，按照糖尿病患者的体重和活动量计算每天热卡需要量。

4、糖尿病相关技术 新添注射技术和胰岛素泵的内容。

5、T2DM 患者的体重管理 超重和肥胖成人 2 型糖尿病（T2DM）患者的管理目标为减轻体重的 5%~10%。超重和肥胖成人 T2DM 患者的体重管理方式包括生活方式干预、药

物、手术等综合手段。肥胖的成人 T2DM 患者尽量通过生活方式及药物治疗，血糖仍然控制不佳者建议采用代谢手术治疗。

6、血糖监测 将葡萄糖目标范围内时间（TIR）纳入血糖控制目标。采用 2019 年发布的 TIR 国际共识中推荐的目标，即 1 型糖尿病及 T2DM 患者的 TIR 控制目标为 >70%，但应高度个体化，同时关注低血糖以及血糖波动。

7、低血糖分级 1 级低血糖为血糖 <3.9 mmol/L 且  $\geq$  3.0 mmol/L；2 级低血糖为血糖 <3.0 mmol/L；3 级低血糖为没有特定血糖界限，伴有意识和（或）躯体改变的严重事件，需要他人帮助的低血糖。

8、慢性肾脏病进展风险及就诊频率 用表格的背景颜色代表慢性肾脏病进展的风险，其中绿色为低风险，黄色为中风险，橙色为高风险，红色为极高风险。

### 三、降糖药物选择和治疗流程图

近年，多种具有新降糖机制的药物上市，新指南对其临床证据做了及时更新。药物的有效性、安全性和卫生经济学指标仍然是新指南制定降糖药物治疗流程图的重要参考依据。对使用时间长、经过大型临床试验和其他循证医学研究证明有良好疗效及安全性的药物放在优先选用的位置上。

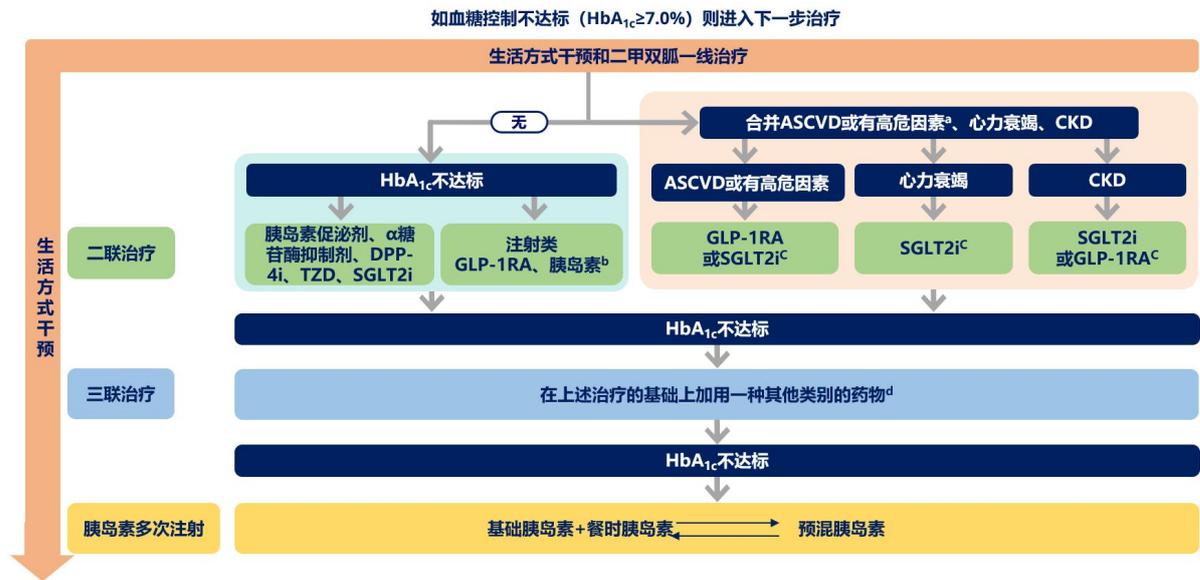


图 1：2 型糖尿病高血糖治疗流程图

关于糖尿病高血糖治疗流程图（图 1），分为单药治疗、二联治疗（分为口服类和注射类）、三联治疗和胰岛素多次注射。二联治疗时可选择多种药物，并根据有或无动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）及高危因素、心衰或慢性肾脏病选择合适的药物。指南中强调了高血糖药物治疗要点，生活方式干预和二甲双胍是 T2DM 患者高血糖的一线治疗。生活方式干预是 T2DM 的基础治疗措施，应贯穿于治疗的始终。若无禁忌证，二甲双胍应一直

保留在糖尿病的治疗方案中。对于口服降糖药 3 个月后仍不达标者，建议启动胰岛素治疗(图 2)。

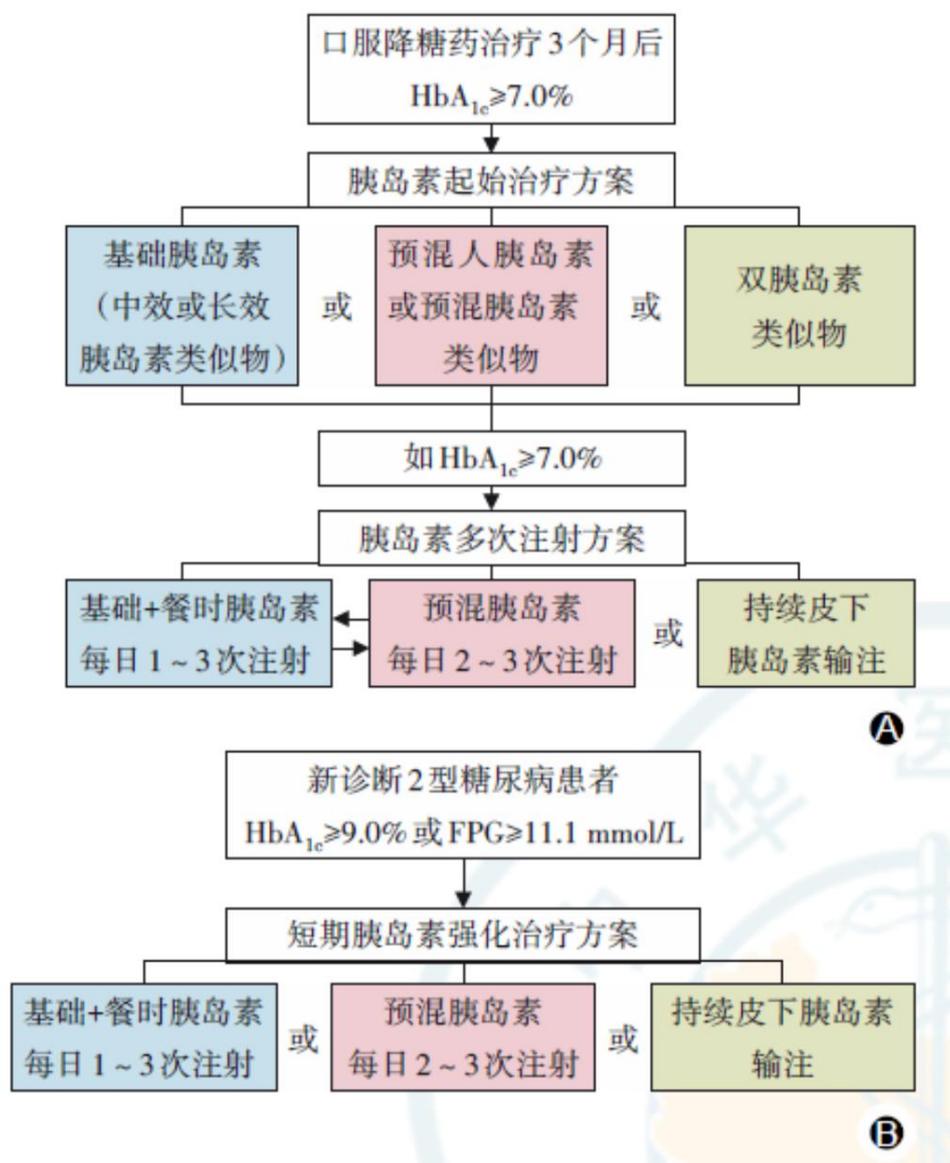


图 2: 2 型糖尿病的胰岛素治疗路径

**治疗要点包括:**

采用 1 种降糖药治疗而血糖不达标者 采用 2 种甚至 3 种不同作用机制的药物联合治疗，也可加用胰岛素治疗。

合并 ASCVD 或心血管风险高危的 T2DM 患者 不论其 HbA1c 是否达标，只要没有禁忌证都应在二甲双胍的基础上加用具有 ASCVD 获益证据的胰高糖素样肽 1 受体激动剂 (GLP 1RA) 或钠 葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂 (SGLT2i)。

合并慢性肾脏病或心衰的 T2DM 患者 不论其 HbA1c 是否达标，只要没有禁忌证都应在二甲双胍的基础上加用 SGLT2i; 合并慢性肾脏病的 T2DM 患者，如不能使用 SGLT2i

可考虑选用 GLP 1RA。

(来源：医脉通内分泌科，2021.04)

## 《中国多黏菌素类抗菌药物临床合理应用多学科专家共识》摘要

尽管多黏菌素类药物上市较早，但由于对其药效学、药代动力学相关研究不充分且缺乏高质量的临床随机对照实验，如何准确合理地使用多黏菌素类药物一直困扰着一线临床医生。为此，在参阅国内外对多黏菌素类药物的临床研究应用进展及相关指南共识基础上，我国感染领域多学科专家制定了《中国多黏菌素类抗菌药物临床合理应用多学科专家共识》。在此，以七个问题的形式来解答临床上常见的多黏菌素类药物的应用问题。

### 一、国内外现有多黏菌素类抗菌药物及含量如何换算？

目前国内外已上市注射用多黏菌素类药物有 3 种。注射用硫酸多黏菌素 B，注射用多黏菌素 E 甲磺酸钠和注射用硫酸多黏菌素 E。其中后者仅在我国临床应用。

药物名称	含量换算
注射用硫酸多黏菌素 B	1 mg=1 万 U
注射用多黏菌素 E 甲磺酸钠 (又称黏菌素甲磺酸钠，是不具有抗 菌活性的前体药物)	100 万 U≈80 mg CMS≈33 mg CBA(多 黏菌素 E 基质)
注射用硫酸多黏菌素 E	1 mg≈2.27 万 U

### 二、多黏菌素类药物的药敏试验方法及药敏折点分别是？

ISO-20776 标准微量肉汤稀释法作为测定肠杆菌、铜绿假单胞菌和不动杆菌属对黏菌素类药物体外敏感性的参考方法。在铜绿假单胞菌和鲍曼不动杆菌复合群中多黏菌素 E 的 MIC 可预报多黏菌素 B 的 MIC。同时，对于多黏菌素 E，微量肉汤稀释法，多黏菌素 E 肉汤纸片洗脱法和多黏菌素 E 琼脂实验是可以相互替代的，但不适用于不动杆菌属。

菌种	抗菌药物	MIC 折点 (mg/L)	
		敏感(S)	耐药(L)
肠杆菌目	多黏菌素 B 或多黏菌素 E	≤2	≥4
铜绿假单胞菌	多黏菌素 B 或多黏菌素 E	≤2	≥4
鲍曼不动杆菌	多黏菌素 B 或多黏菌素 E	≤2	≥4

### 三、多黏菌素类药物临床应用的适应症有哪些？

- 1.铜绿假单胞菌导致的泌尿系感染、肺部感染、脑膜炎、血流感染。
- 2.铜绿假单胞菌导致的局部感染和眼结膜感染。
- 3.对其敏感，且其他毒性更低的抗菌药物治疗无效或禁忌时下列细菌所致的严重感染：不动杆菌属、气单胞菌属（尤其导致菌血症时）、大肠埃希菌（尤其泌尿系感染时）、肠杆菌属、克雷柏菌属（尤其导致菌血症时）、嗜麦芽窄食单胞菌、枸橼酸杆菌属。
- 4.肺部、皮肤软组织、眼、耳、关节感染等，特别是 CRO 引起的感染。

5.侵袭性感染优先选择多黏菌素 B，下尿路感染优先选择多黏菌素 E 甲磺酸钠。

#### 四、多黏菌素类药物的用法与推荐剂量是？

用法及推荐剂量（针对肾功能正常患者）	
硫酸多黏菌素 B	2016 版 HAP/VAP 指南：2.5-3 万 U/kg/d，分 2 次静滴 2019 国际共识指南：负荷剂量：2-2.5 万 U/kg；维持剂量： 1.25-1.5 万 U/kg，q12h *治疗合并脓毒症或脓毒症休克的危重患者，建议给予负 荷剂量及较大维持剂量，但不建议单次剂量超过 200mg
硫酸多黏菌素 E	100-500 万 U/d，分 2-3 次静滴
注射用多黏菌素 E 甲磺酸钠	2019 国际共识指南：负荷剂量：0.5-1h 内输注 300mg CBA (约 900 万 U)；维持剂量：300-360mg CBA (约 900-1090 万 U)，q12h *对于重症患者可以静脉给予负荷剂量

#### 五、肾功能障碍患者及透析患者用法及推荐剂量是？

用法及用量推荐（针对肾功能障碍患者）		
注射用多黏菌素 B：无需调整剂量		
多黏菌素 E 甲磺酸钠		
肌酐清除率 (ml/min)	剂量 (CBA, mg/d)	剂量 (100 万 U/d)
0	130	3.95
5-10	145	4.40
10-20	160	4.85
20-30	175	5.30
30-40	195	5.90
40-50	220	6.65
50-60	245	7.40
60-70	270	8.35
70-80	300	9.00
80-90	340	10.30
90 以上	360	10.90

针对血液净化患者，硫酸多黏菌素 B 无需调整剂量。多黏菌素 E 甲磺酸钠分布容积小，蛋白结合率低，在血液净化时可以通过弥散，对流等方式被清除。

血液净化方式	剂量
维持性血液透析	非透析日：130 mg CBA/d 透析日：130 mg CBA/d，透析后给药 *若血液透析时间长，应于透析后 3/4 h 补充给药一次， 剂量为 40/50 mg CBA/d
持续缓慢低效血液透析（SLED）	130 mg CBA/d 在此基线基础上，每进行 1 h SLED，剂量增加 10%/h
连续性静脉-静脉血液透析滤过模式	220 mg CBA，q12h

#### 六、多黏菌素类药物不良反应及临床对策有哪些？

不良反应	评估	对策
------	----	----

肾毒性	1.蛋白尿，管型尿，氮质血症，血肌酐升高 2.发生率：30-60% 3.多为轻症，停药后逐步恢复 4.相较于多黏菌素 E 甲磺酸钠，硫酸多黏菌素 B 急性肾损伤发生率相对较低	1.用药时不宜超过最大推荐剂量 2.建议进行治疗药物监测（TDM） 3.避免同时使用其他肾毒性药物
神经毒性	1.面部麻木，潮红，头晕及共济失调，嗜睡，外周感觉异常，呼吸暂停 2.发生率：小于 7%	1.避免同时使用肌肉松弛药物，麻醉剂，镇静剂，激素，非甾体抗炎药 2.纠正低蛋白血症
皮肤色素沉着	1.头颈部皮肤颜色加深（升高 3-6 个色调），与日光照射无关 2.发生率：8%-15% 3.可能与药物暴露剂量高、时间长有关	/
药物相互作用	1.非去极化神经肌肉阻滞剂：阿库氯铵，泮库溴铵，筒箭毒碱等 2.氨基糖苷类药物：阿米卡星，卷曲霉素，庆大霉素等	尽量避免合用，若不可避免，密切观察患者是否出现呼吸困难及暂停，备好机械通气设施

### 七、多黏菌素类药物的单药与联合治疗？

对于 CRAB、CRPA、CRE 等感染的治疗，临床显示单用的治疗失败率高，不推荐单独应用，通常采用两药或三药联合应用。总体原则为建议联合一种或多种对细菌敏感的药物，若无真正敏感的药物，在非敏感药物中选择相对折点 MIC 最低的药物。

CRE 感染	
MDR 肺炎克雷伯菌所致 HAP/VAP	多黏菌素 E 甲磺酸钠联合美罗培南（MIC < 32 mg/L）明显降低病死率
多种原发灶的重症 CRKP 血流感染者	以多黏菌素 E 甲磺酸钠为基础的两药或三药联合方案病死率为 22.1%，较单药治疗的病死率 52.8%大幅提升
CRAB 感染（主要是在清除病原体方面优势显著）	
CRAB 所致 HAP/VAP 及血流感染	多黏菌素 E 甲磺酸钠联合利福平/磷霉素/舒巴坦均有效
CRAB 腹腔感染/尿路感染/皮肤软组织感染	多黏菌素 E 甲磺酸钠联合磷霉素
CRPA 感染	
CRAP 所致肺部感染	吸入用多黏菌素 E 甲磺酸钠联合其他药物静脉给药，微生物结局优于单药治疗

（来源：中华结核和呼吸杂志，2021.04）

## ·合理用药·

## 什么是β-B类降压药？

β-B，就是β受体阻断药的英文简称。它的英文全称是β-receptor blocking drugs。它是一类能够选择性地和β受体结合，竞争性阻断神经递质或肾上腺素受体激动药对β受体的激动作用的药物。

β受体阻断药分类如下表。

药物类型	药物名称	商品名	给药途径	脂溶性	水溶性	水脂双溶性	有无拟交活性	半衰期	作用时间
选择性β <sub>1</sub> 受体阻断剂	酒石酸美托洛尔片	倍他乐克	口服	√			无	3~7h	3.3~6.4h
	琥珀酸美托洛尔缓释片		口服	√			无	20h	24h
	富马酸比索洛尔片	康忻	口服			√	无	9~12h	24h
	阿替洛尔片	宁新宝	口服		√		无	6~7h	24h
	盐酸艾司洛尔注射液	爱络	静脉				无	9min	10~30min
非选择性β受体阻断剂	普萘洛尔片	心得安	口服	√			无	3.5~6h	6~12h
兼具α <sub>1</sub> 受体阻滞作用的非选择性β受体阻断剂	卡维地洛片	金络	口服	√			无	7~10h	24h
	盐酸拉贝洛尔片	-	口服	√			有	6~8h	8~12h
	盐酸阿罗洛尔片	阿尔马尔	口服			√	无	10~12h	-

心率增快是高血压患者心血管事件及死亡的独立危险因素。2018年欧洲心脏病学会和欧洲高血压学会将静息心率>80次/min新增为高血压患者的心血管危险因素。

### β受体阻断药适应症有：

- (1) 高血压伴交感神经活性增加（常见临床表现包括心率增快伴舒张压升高）；
- (2) 高血压合并快速性心律失常；
- (3) 高血压合并冠心病；
- (4) 高血压合并慢性心力衰竭；
- (5) 高血压合并主动脉夹层；
- (6) 高血压合并肥厚型心肌病；
- (7) 高血压伴偏头痛、老年人震颤、甲亢及高动力状态等；
- (8) 妊娠高血压。

### β受体阻滞剂优势：

- 1、β受体阻滞剂和(或)钙拮抗剂是稳定性冠心病患者控制心率和症状的一线治疗；

- 2、慢性心绞痛或心肌缺血伴高血压，既往有心肌梗死或心功能不全的患者，应首选  $\beta$  受体阻滞剂；
- 3、 $\beta$  受体阻滞剂是微血管性心绞痛的一线治疗；
- 4、心肌缺血面积较大 (>10%) 且无症状的患者应考虑应用  $\beta$  受体阻滞剂；
- 5、 $\beta$  受体阻滞剂可用于不伴有预激综合征的心房颤动患者的心室率控制；以及心房颤动患者的长期心室率控制；
- 6、 $\beta$  受体阻滞剂用于冠心病合并高血压患者的循证医学证据显示， $\beta$  受体阻滞剂可降低血压和心脏负荷，改善心肌缺血，是此类患者首选的治疗药物；
- 7、 $\beta$  受体阻滞剂用于冠心病合并心力衰竭患者能改善症状和生活质量，降低死亡、住院及猝死风险；
- 8、 $\beta$  受体阻滞剂用于冠心病合并快速型心律失常患者，可预防心室颤动，降低猝死风险及控制心房颤动及心房扑动的心室率，特别是显著减少室性心律失常。

(来源：合理用药百科，2021.05)

## 中成药联合用药禁忌大全

中成药只要对症效果是比较理想的，但中成药联用也有一些禁忌。如果不懂或一时疏忽违背了联用的原则，就会造成不良影响！例如，有人将复方丹参滴丸和速效救心丸联合用药治疗冠心病、心绞痛，两种中成药均含有冰片成分，冰片过量，易伤脾胃。建议间断服用复方丹参滴丸，速效救心丸作为急救药品使用或遵医嘱服用。为了方便临床掌握常用中成药联用的配伍禁忌，以表格的形式进行简要归纳。

### 一、含“十八反”药味的配伍禁忌

含附子（治疗风寒湿痹证）	含川贝母、半夏（治疗止咳化痰证）	相互作用
大活络丸、尪痹冲剂、天麻丸、人参再造丸	川贝枇杷露、蛇胆川贝液、通宣理肺丸	违反“半蒺贝薤及攻乌”

含海藻或甘遂	含甘草	相互作用
心通口服液、内消瘰疬丸；祛痰止咳颗粒	橘红痰咳颗粒、通宣理肺丸、镇咳宁胶囊	违反“藻戟遂芫俱战草”

### 二、含“十九畏”药味的配伍禁忌

含郁金	含丁香（母丁香）	相互作用
利胆排石片、胆乐胶囊、胆宁片	六应丸、苏合香丸、妙济丸、纯阳正气丸、紫雪散	违反“丁香莫与郁金见”

### 三、有毒成分叠加，引起不良反应

不合理联用举例	联用后果
复方丹参滴丸+速效救心丸	两者均含冰片，冰片过量伤脾胃
大活络丹+天麻丸	两者均含附子，毒性增强
朱砂安神丸+天王补心丹	两者均含朱砂，毒性增强

#### 四、症候禁忌不同的不合理联用

不合理联用举例	联用后果
附子理中丸+牛黄解毒片	附子理中丸是温里剂，牛黄解毒片为清热剂，两者症候禁忌相反，禁止联用
附子理中丸+黄连上清丸	附子理中丸是温里剂，黄连上清丸为清热剂，两者症候禁忌相反，禁止联用
金匱肾气丸+牛黄解毒片	金匱肾气丸是补肾助阳的常用方，牛黄解毒片为清热剂，两者症候禁忌相反，禁止联用

#### 五、两者相互作用导致不良反应

含朱砂(A药)	含较多还原性溴离子或碘离子(B药)	联用后果
磁朱丸、更衣丸、 安宫牛黄丸	消瘿五海丸、内消瘰疬丸	长期同服，在肠内会形成有刺激性的溴化汞或碘化汞，导致药源性肠炎，赤痢样大便。A药不宜与B药联用。

合理使用中成药对提高其疗效有着重要的意义，特别是注重科学合理的联用能起到单一中成药不能达到的效果，但如果不注意中成药联用的禁忌，就会适得其反，谨记常用的中成药配伍的不良后果，指导患者用药更合理、更科学。

(来源：药圈网，2021.06)

## ·药物警戒·

### 国家药监局修订氨酚麻美口服溶液等 14 个品种药品说明书

为进一步保障公众用药安全，国家药品监督管理局决定对氨酚麻美口服溶液等 14 个品种药品说明书进行修订。具体修订要求如下：

#### 一、品种名单

氨酚麻美口服溶液、氨酚麻美糖浆、小儿氨酚烷胺颗粒、氨酚伪麻那敏咀嚼片、小儿复方氨酚烷胺片、小儿氨咖黄敏颗粒、氨金黄敏颗粒、氨咖愈敏溶液、儿童复方氨酚肾素片、氨咖黄敏口服溶液、氨酚伪麻那敏分散片(III)、小儿氨酚那敏片、小儿氨酚黄那敏片、小儿氨酚黄那敏颗粒等 14 个品种。

#### 二、警示语

增加警示语：“不建议家长或监护人自行给 2 岁以下婴幼儿使用本品，应在医师或药师的指导下使用。”

### 三、注意事项

1.增加“不建议家长或监护人自行给2岁以下婴幼儿使用本品，应在医师或药师的指导下使用。”

2.增加“应严格按照药品说明书用法用量使用，避免用药过量。”

3.将“不能同时服用与本品成份相似的其他抗感冒药”改为“应避免合并使用含有相同或相似活性成份的抗感冒药。”

（来源：国家药品监督管理局药品评价中心，2021.04）

## 英国警示氨基糖苷类药物线粒体突变患者耳聋风险增加

2021年1月7日，英国医疗与健康产品管理局（MHRA）发布消息，有证据表明，线粒体突变患者中氨基糖苷相关耳毒性的风险增加，包括患者的氨基糖苷血清水平在推荐范围内的情况。这些线粒体突变罕见，外显率不确定。基因检测不应推迟急需的氨基糖苷类药物治疗，但可以考虑，尤其是在开始反复或长期治疗前。

### 一、给医务人员的建议

氨基糖苷类药物的使用可导致罕见的耳毒性病例；一些证据表明线粒体突变（尤其是m.1555A>G突变）与这种耳毒性的风险增加有关。

有些病例报告了线粒体突变患者的耳毒性，这些患者的氨基糖苷血清水平在推荐范围内。这些线粒体突变罕见，所观察到的耳毒性效应增加的外显率未知。

考虑在患者中进行基因检测的必要性，尤其是那些在需要反复或长期使用氨基糖苷治疗的患者中，但不得为进行检测而推迟紧急治疗。

在易感突变患者中做出处方决策时，请考虑氨基糖苷类药物治疗的必要性与其他可用选择。

为尽量减少包括耳毒性在内的不良事件风险，建议对所有患者持续监测（治疗前、治疗中和治疗后）肾功能（血清肌酐、肌酐清除率）和听觉功能以及肝脏和实验室指标。

建议已知线粒体突变或有耳毒性家族史的患者在使用氨基糖苷类药物前应告知医师或药师。

### 二、氨基糖苷类药物耳毒性风险提示

氨基糖苷是广谱杀菌抗生素。包括庆大霉素、阿米卡星、妥布霉素和新霉素。氨基糖苷类药物的治疗窗较窄，可产生毒性，包括肾毒性和耳毒性，其可导致永久性听力损失。这种

效应与治疗的剂量和持续时间有关，并因肾脏或肝脏损害或两者兼有而加剧，在老年人和新生儿中更可能发生。

为降低全身用氨基糖苷类药物的耳毒性风险，建议定期进行血清浓度监测，以维持氨基糖苷水平低于耳蜗-前庭系统的毒性阈值。每种药物的产品信息均提供了毒性阈值方面的剂量考虑和建议。对于有其他危险因素的患者，听觉、前庭和肾功能的评估尤为必要。

### 三、线粒体突变与氨基糖苷耳毒性评估

2020 年，出于线粒体突变对氨基糖苷类药物耳毒性风险影响方面的担忧，MHRA 进行了一项安全性评估。MHRA 检索到多项已发表的流行病学研究表明，在 m.1555A>G 突变的患者中给予氨基糖苷类药物发生耳聋的风险增加。也有 m.1555A>G 患者在推荐血清水平内使用氨基糖苷发生耳聋的病例报道。一些病例与母亲有耳聋病史和/或线粒体突变有关。

尽管未发现新霉素、庆大霉素、阿米卡星或妥布霉素外用制剂的病例，但基于共同的作用机制，在毒性部位（耳部）使用新霉素和其他氨基糖苷类药物有可能产生类似效应。m.1555A>G 突变是最常见的线粒体 DNA(mtDNA)突变，在一般人群中估计患病率为 0.2%。该突变与感音神经性耳聋有关，并发生于母系遗传性耳聋的家庭中。

对于母亲有耳聋病史和/或线粒体突变且需要氨基糖苷治疗的患者，临床医师应遵循当地的线粒体突变筛查指南。基因筛查可能特别适用于需要反复或长期使用氨基糖苷类药物治疗且耳毒性风险增加的患者。

### 四、证据和案例报告

MHRA 的评估集中于 4 项关键的流行病学研究，这些研究报告了线粒体突变与使用氨基糖苷类药物引起耳聋风险增加之间的关联。此外，从医学文献中发现了 10 例表明该毒性的病例报告。合理的生物学机制进一步支持了这一证据，其中突变的线粒体核糖体更类似于细菌核糖体，可能为氨基糖苷提供结合位点；这一效应已在生化试验中得到证实。

尽管由于线粒体突变的罕见性，许多流行病学研究的统计功效比较低，但认为证据足以更新存在全身吸收或在毒性部位（耳部）使用的氨基糖苷类药品的产品信息。产品信息将进行更新，以包括已知线粒体突变的患者潜在的耳毒性风险增加的警告。若患者知晓（或认为自己有）线粒体疾病，则患者信用该药物之前与其医师或药师沟通。

这些线粒体突变罕见，所观察到的耳毒性效应增加的外显率未知。对于已知有易感突变的患者，在处方时必须考虑氨基糖苷类药物治疗的必要性和可用的替代治疗方案，这一点非常重要。

（来源：英国医疗与健康产品管理局 MHRA 网站&中国药物警戒，2021.05）

## ·抗菌药物·

### 哪些呼吸科常见的细菌感染推荐使用短期抗生素治疗？

抗生素的过度使用，不但加重了出现副作用的风险，还导致了日渐增加的耐药性问题，研究发现，由细菌感染导致的常见细菌感染如慢阻肺（COPD）急性加重或单纯性支气管炎、社区获得性肺炎（CAP）、尿路感染（UTI）和蜂窝组织炎，并不需要过长时间的抗生素治疗。美国医师协会（ACP）基于现有的证据，提出了在以上几种常见细菌感染中可使用短期抗生素的建议，本文就其中的呼吸科疾病进行介绍。

#### 一、COPD 加重及急性单纯性支气管炎

对于有细菌感染的临床症状（如呼吸困难、脓性痰和/痰量增加）的 COPD 急性加重期或急性单纯性支气管炎患者，需将抗生素的治疗时间限制为 5 天。

急性单纯性支气管炎，定义为胸片正常的急性呼吸道感染，通常由病毒引起的、影响大气道的自限性感染。ACP 指南曾建议，除非怀疑为肺炎，否则不应该对支气管炎患者开具抗生素治疗。

对于 COPD，GOLD 指南则建议对有细菌感染临床症状（如呼吸困难、脓性痰和/痰量增加）的患者使用抗生素治疗 COPD 的恶化。

抗生素的选择应覆盖最常见的细菌病原体（包括流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等），可使用  $\beta$  内酰胺类、四环素类、大环内酯类、二代、三代头孢菌素或喹诺酮类药物。GOLD 指南建议可对 COPD 急性加重的患者使用 5~7 天的抗生素，但一项使用短期抗生素治疗慢性支气管炎和 COPD 加重的 meta 分析（包含 21 项 RCTs，n=10698）显示，应用短期抗生素（平均 4.9 天）和较长期治疗（平均 8.3 天）的患者在临床改善方面没有差异，应用不同抗生素之间的亚组分析同样无差异。短期的抗生素治疗疗效同样有效。

#### 二、社区获得性肺炎

对于非免疫功能低下的 CAP 患者，初始抗生素治疗应至少为 5 天，5 天后是否延长抗生素治疗时间需根据患者的生命体征、饮食能力及精神状态来决定。

CAP 通常表现为发热、咳嗽伴脓痰、呼吸困难和胸痛。经验性的抗生素治疗需涵盖 CAP 的常见病原体（包括肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎支原体和金黄色葡萄球菌等）以及典型病原体（如军团菌等），健康的成年人通常使用①氨基青霉素、青霉素类/酶抑制剂复合物②一代、二代头孢菌素③多西环素、米诺环素④呼吸喹诺酮类⑤大环内酯类抗生素；患有基础疾病的患者可用①青霉素类/酶抑制剂复合物②二代、三代头孢菌素③呼吸喹诺酮类④前 3 类之一联合多西环素、米诺环素或大环内酯类。

基于 3 项 meta 分析和多项 RCTs 试验，2019 年 IDSA/ATS 的 CAP 指南建议针对 CAP 患者应至少使用 5 天的抗生素，是否延长使用时间需根据患者的生命体征、饮食能力及精神状态来决定。

其中一项 meta 分析（包含了 21 项试验，其中 19 项 RCTs）显示，短期治疗（≤6 天）与长期治疗的疗效相似，且严重不良事件较少（RR=0.73，95%CI 0.55-0.97），死亡率较低（RR=0.52，0.33-0.82），另一项回顾性研究发现每多开一天的抗生素，相关的不良事件风险就会增加 5%。

除此之外，还有一系列针对儿童 CAP 患者短期抗生素治疗的研究，同样证实短期治疗良好的有效性，但目前还未写进指南，需进一步进行研究。

### 三、总结

因此，临床医生在治疗此类常见细菌感染疾病时，应注意，短期抗生素的使用并不比长时间的抗生素治疗效果差，而且还能够降低副作用风险并有助于控制日益严重的耐药性问题。

（来源：医脉通抗感染，2021.04）

## 艰难梭菌感染的管理

艰难梭菌（*Clostridium difficile*）为革兰阳性产芽孢厌氧杆菌，是人类肠道正常菌群成员。不规范使用抗生素时，可导致肠道菌群失调，耐药性艰难梭菌大量生长繁殖就可导致抗生素相关性腹泻和伪膜性肠炎等疾病。

近期，美国结肠和直肠外科医师学会(ASCRS)发布了艰难梭菌感染（CDI）的管理指南，主要针对艰难梭菌感染的管理提供指导建议，内容涉及评估、药物治疗、手术治疗以及复发或难治性艰难梭菌感染的管理等。

### 一、评估

1.临床疑似 CDI 时，应进行疾病特异性病史调查，强调危险因素、症状、潜在共病情况以及严重或暴发性疾病的迹象。

2.进行患者评估以确定 CDI 的严重程度，以及是否存在腹膜炎或多系统器官衰竭。

3.CDI 的诊断应包括实验室粪便检测，使用 2 步检测法可提高准确性。

4. 不建议进行常规内镜评估来诊断或确定 CDI 的范围。

5.影像学评估在 CDI 中的作用有限。

### 二、药物治疗

6.CDI 住院患者应采取感染控制措施。

7.实施循证抗生素管理计划可降低 CDI 的发生率。

8.考虑口服万古霉素或非达霉素作为初次 CDI 的一线治疗方法，单独应用甲硝唑已经不再被认为是合适的一线治疗方法。

9.益生菌可能对于预防 CDI 有效，但对治疗 CDI 无效。

### 三、手术治疗

10.手术治疗艰难梭菌性结肠炎通常用于治疗结肠穿孔或严重结肠炎经药物治疗没有改善的患者。

11.结肠次全切除伴回肠末端造口术是治疗严重复杂或爆发性艰难梭菌性结肠炎的典型手术方式。

12.回肠分流造口术伴顺行结肠灌洗可作为结肠次全切除术治疗严重复杂或爆发性 CDI 的替代方法。

### 四、复发和难治性 CDI

13.对于病情稳定的复发性或难治性 CDI 患者，万古霉素长疗程+贝佐单抗或非达霉素是一种可接受的治疗方法。

14.复发性或难治性 CDI 患者，如果常规治疗措施包括适当的抗生素治疗均失败时，通常应考虑进行粪菌移植（肠内粪菌移植）。

15.在复发性或难治性 CDI 患者中，除了标准治疗外，还可以考虑应用包括其他抗菌剂、结合剂和益生菌的辅助药物。

### 五、CDI 的治疗建议

#### 1、初次感染

➤轻度-中度感染或重度感染：

万古霉素 125mg，4 次/d 或非达霉素 200mg，2 次/d，共 10 天；

贝佐单抗 10mg/kg 输注，作为高危患者的辅助治疗；

➤严重复杂性感染或爆发性感染：

万古霉素 500mg，4 次/d 口服；联合甲硝唑 500mg，静脉给药，3 次/d；

对于肠梗阻患者，考虑万古霉素直肠给药；

#### 2、再次感染

➤轻度-中度感染或重度感染

如果初次治疗应用甲硝唑，则此时选用万古霉素 125mg，4 次/d，共 10d。

如果万古霉素 10 日疗法用于初次感染的治疗，则选用非达霉素 200mg，2 次/d，

共 10d 或万古霉素延长方案逐渐减量或脉冲给药。

如果初次感染采用非达霉素治疗，则采用万古霉素延长方案逐渐减量或脉冲给药。

贝佐单抗 10mg/kg 输注，作为高危患者的辅助治疗。

➤ 严重复杂性感染或暴发性感染：

万古霉素 500mg，4 次/d 口服；联合甲硝唑 500mg，静脉给药，3 次/d；

对于肠梗阻患者，考虑万古霉素直肠给药；

3、三次或后续感染

➤ 轻度-中度感染或重度感染：

如果粪菌移植（FMT）可行，则选用 10 日万古霉素治疗随后进行 FMT；

贝佐单抗 10mg/kg 输注，作为高危患者的辅助治疗；

如果 FMT 不可行，则采用万古霉素延长方案逐渐减量或脉冲给药 + 非达霉素或利福昔明。

➤ 严重复杂性感染或暴发性感染：

万古霉素 500mg，4 次/d 口服；联合甲硝唑 500mg，静脉给药，3 次/d；

对于肠梗阻患者，考虑万古霉素直肠给药；

（来源：医脉通抗感染，2021.05）

## ·科研动态·

### FDA 批准超速效赖脯胰岛素治疗糖尿病

超速效赖脯胰岛素（URLi），在短效赖脯胰岛素的基础上改良的一种起效更快、持续时间更短的胰岛素，更大程度上模拟生理条件下、餐后胰岛素的释放曲线。超速效赖脯胰岛素与赖脯胰岛素相比，达到 50%最大功效的时间分别为 12.8 分钟和 25.4 分钟，两者 30 分钟内的总暴露量分别为 99.3pmol/h/L 和 34.8pmol/h/L。超速效赖脯胰岛素 20 分钟达到峰值，持续 6 小时。

2020 年 6 月，超速效赖脯胰岛素（Lyumjev™）已经被 FDA 批准上市。2020 年 6 月，Diabetes Care 发表的 PRONTO-T2D 研究结果：超速效赖脯胰岛素与赖脯胰岛素在长效胰岛素基础上治疗 2 型糖尿病的 3 期临床研究。

评价赖脯胰岛素与超速效赖脯胰岛素（URLi）比较，在长效胰岛素基础上治疗 2 型糖尿病的疗效和安全性。共 673 位患者，在优化的、长效甘精胰岛素或长效德谷胰岛素的基础

上,联合餐前赖脯胰岛素治疗 8 周后,患者随机分入餐前 0-2 分钟注射超速效赖脯胰岛素组、或普通赖脯胰岛素组。

两种短效胰岛素均能改善患者糖化血红蛋白,治疗结束时糖化血红蛋白分别为 6.92%和 6.86%。在控制 1 小时和 2 小时餐后血糖的变化方面,超速效赖脯胰岛素优于赖脯胰岛素:餐后 1 小时两组差异为 0.66 mmol/L,2 小时两组差异为 0.96 mmol/L。接受超速效赖脯胰岛素治疗的患者餐后 30 分钟至 4.0 小时内,餐后血糖偏移明显减少。两种治疗方法之间的总体治疗紧急不良事件,包括低血糖,发生率相似。

结论:在 2 型糖尿病患者中,餐时注射的超速效赖脯胰岛素与餐前注射的赖脯胰岛素在控制糖化血红蛋白方面效果相当,但在餐后血糖控制方面优于赖脯胰岛素。

2020 年 8 月 Diabetes Obesity Metabolism 发表了 PRONTO-T1D 研究结果:与赖脯胰岛素相比,超速效赖脯胰岛素改善了 1 型糖尿病患者餐后血糖控制。

在一项为期 26 周的 III 期临床试验中,评估了超速效赖脯胰岛素 (URLi) 与赖脯胰岛素在成人 1 型糖尿病患者中的疗效和安全性。

研究发现超速效赖脯胰岛素在控制糖化血红蛋白方面,不劣于赖脯胰岛素。餐时注射超速效赖脯胰岛素在减少餐时 1 小时和 2 小时餐后血糖方面明显更优秀:1 小时两组血糖差异为 1.55mmol/L,2 小时两组差异为 1.73 mmol/L,餐后 4 小时低血糖发作降低 37% (P=0.013)。其他的不良反应发生率相似。

结论:在 1 型糖尿病中,超速效赖脯胰岛素提供了良好的血糖控制,餐后血糖控制优于赖脯胰岛素。

(来源: Journal Club 前沿医学报导, 2021.05)

## **Lancet Oncology: 抗高血压治疗与癌症风险的关系**

2021 年 4 月 Lancet Oncology 发表研究成果:“荟萃分析:抗高血压治疗与癌症风险的关系”。

文章旨在评价抗高血压药物 (ACEI、ARB、 $\beta$  受体阻滞剂、钙通道阻滞剂和噻嗪类利尿剂) 对癌症风险的影响。这项荟萃分析纳入了 33 个试验,包括 26 万名参与者,共记录到 15012 例癌症事件。

中位随访 4.2 年后,个体参与者数据的荟萃分析中,除了钙通道阻滞剂,没有发现其他降压药和癌症发生风险之间的关系:ACEI 类药物后患癌症的风险比为 0.99,ARB 的风险比为 0.96, $\beta$  受体阻滞剂的风险比为 0.98,噻嗪类利尿剂的风险比为 1.01,

均无统计学意义；只有钙通道阻滞剂服用后的癌症风险升高 6%（风险比 1.06）。在网络荟萃分析中，没有发现降压药与癌症风险相关。

结论：抗高血压药物的使用对癌症风险几乎没有影响；但一些证据不足以完全排除钙通道阻滞剂与癌症风险的关联性。

（来源：Lancet Oncology, 2021.05）

## Cell: 轻症 COVID-19 感染能诱导病毒特异性免疫记忆

2021 年 5 月 Cell 发表基础研究：轻症 COVID-19 感染能诱导功能性病毒特异性免疫记忆。

免疫记忆的基础是具有病毒中和特性的 B 细胞、T 细胞激活、扩增和分化；再次接触到病原体后，再次活化可预防、减轻疾病，减少病原体传播。大多数 COVID-19 感染者只有轻微症状，这类患者是否也会诱导出免疫记忆尚不清楚。研究者对 COVID-19 轻症感染的康复者进行了纵向评估，目的是确定他们是否会发展、并维持 SARS-CoV-2 特异性免疫记忆。

康复患者出现 SARS-CoV-2 特异性 IgG 抗体，记忆 B 细胞和记忆 T 细胞持续至少 3 个月，而且特异性 IgG、记忆 B 细胞随时间增加。此外，病毒特异性 IgG 记忆淋巴细胞表现出强大的抗病毒功能相关的特征：在与抗原再次相遇时记忆 T 细胞增殖并分泌细胞因子 IL-2 和 IFN- $\gamma$ ；而记忆 B 细胞表达单克隆抗体时，能够表达受体直接中和病毒。

结论：轻症 COVID-19 感染也可以诱导记忆淋巴细胞、持续存在至少 3 个月。

（来源：Cell, 2021.05）

## ·处方点评·

### 杏苧氯化钠注射液临床使用专项点评分析报告

杏苧氯化钠注射液为复方制剂，成分为银杏叶提取物和磷酸川芎嗪。银杏叶提取物具有降血脂、降胆固醇、增加动脉血流量、改善脑缺血、抗凝血、降低血黏度、改善血液流动特性、防止血栓形成及促进血栓溶解的作用。川芎嗪有抗血小板聚集、扩张小动脉、改善微循环及增加脑血流的作用。为促进杏苧氯化钠注射液在临床的规范使用，现对其使用情况进行专项点评。

## 一、抽样方法

根据我院辅助用药使用情况，对 2021 年 3 月使用杏苧氯化钠注射液（100ml/瓶）的出院病历随机抽取 50 份进行点评。

## 二、点评依据

1. 《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发[2010] 28 号）；
2. 药品说明书。

## 三、点评内容及结果

### 1. 适应证

此次抽查的 50 份病历中，无适应证用药的共 10 份，占 20.0%。主要表现为：为骨质疏松、系统性红斑狼疮、结缔组织病、桥本甲状腺炎、癫痫等患者使用杏苧氯化钠注射液。

### 2. 禁忌证

此次抽查的 50 份病历中发现有用药禁忌的共 2 份，占 4.0%。主要表现为：多发性大脑内出血、上消化道出血。

### 3. 给药途径

此次抽查的 50 份病历中未发现给药途径不适宜情况。

### 4. 给药频次

杏苧氯化钠注射液的说明书中推荐用法用量为一次 100~250ml，一日 1 次。

此次抽查的 50 份病历中给药频次不适宜的共 10 份，占 20.0%。主要表现为：给药频次为每日两次。

### 5. 同时使用 2 种及以上药理作用相同或类似的药品

此次抽查的 50 份病历中，存在“同时使用 2 种及以上药理作用相同或类似的药品”的共 1 份，占 2.0%。主要是同时使用了杏苧氯化钠注射液和舒血宁注射液。

## 四、小结

表 1 杏苧氯化钠注射液点评结果汇总

不合理用药类型	病例数（份）	占点评病历的百分比
无适应证	10	20.0%
禁忌证	2	4.0%
给药频次	10	20.0%
同时使用 2 种及以上药理作用相同或类似的	1	2.0%

---

## 药品

---

从此次点评可以看出，我院杏芍氯化钠注射液在使用中主要存在的问题有：无适应证用药、给药频次不适宜。杏芍氯化钠注射液主要用于缺血性心脑血管疾病，临床使用应严格掌握用药的适应证。临床上给药频次的多少直接影响着药物对疾病的治疗效果，多次用药出现不良反应的风险要高于单次用药。所以，临床在使用药物时应严格按照说明书规定的给药频次使用。

此外，此次点评还发现，临床在使用辅助药物时存在重复用药现象，有病历同时使用了2种作用药理相同的药品，造成了医疗资源的浪费，同时增加了不良反应发生的几率。建议临床在治疗时不得同时使用2种及以上药理作用相同或类似的药品。另外此次点评中存在用药禁忌证的现象，临床上对出血患者使用杏芍氯化钠注射液，可能会增加患者的出血风险，加重原患疾病，对患者产生不利影响。因此临床在使用药物时应严格按照说明书，禁止在有药品禁忌证的情况下使用药品。

（来源：西安交通大学第二附属医院药学部，2021.03）

## 《药学简讯》征稿启事

《药学简讯》是由西安交通大学第二附属医院药学部主办的院内交流刊物，自创刊以来，一直遵循服务于临床，促进合理用药的宗旨，突出实用，坚持理论与临床结合，提高与普及并重。力求成为临床医师、护师和药师提高专业水平、交流研究成果及工作心得的重要平台。目前主要栏目有药事管理、辅助用药、治疗指南、个体化用药、抗菌药物、合理用药、用药监护、药物警戒、科研动态。欢迎广大读者积极投稿，并对刊物的内容、栏目设置提出更好的建议和意见。