

# 药学与临床

二〇一一年第四期

## 《神农本草经》

是我国传统医学四大经典著作之一，  
也是我国现存最早的药理学专著，  
第一次系统总结了中药四气五味、  
有毒无毒及服药剂型选择等药理学理论，  
并提出“君臣佐使”和“七情合和”  
的组方配伍原则，  
初步奠定了中药学理论基础。



山东中医药大学第二附属医院·山东省中西医结合医院

药剂科临床药理学室主办

# 目录

2011 年 1~3 季度我院微生物标本送检结果统计分析.....	1
革兰阳性菌感染的治疗..... (韩英华)	4
重视中药输液中的微粒..... (刘健)	8
医药生物统计作图软件推荐: GraphPad Prism..... (孙世光)	9
冠心病的中成药治疗..... (刘健)	10
关注吡格列酮的膀胱癌风险..... (孙世光)	13
来得时 (Lantus) 增加致癌风险? ..... (孙世光)	14
美国心脏学会聚焦 SATURN 研究: 强效降脂研究不断前行..... (孙世光)	15
头孢唑林钠与五水头孢唑林钠..... (宋毅斐)	17
关于院内中药制剂调查表的反馈意见.....	18
2011 年度我院药品不良反应报告通报.....	18
常用中药性味、归经及功效表 (三) .....	19

封面设计: 孙世光

临床药学室联系电话: 36487 36418

## 2011 年 1~3 季度我院微生物标本送检结果统计分析

为加强抗菌药物临床应用的管理,促进抗菌药物的合理使用,有效控制细菌耐药。我院《2011 年抗菌药物临床应用专项整治活动实施方案》(院发【2011】77 号)文件要求定期公布本院细菌耐药监测情况,为临床合理选用抗菌药物提供参考依据。为此,我院感染管理科、检验科微生物室及药剂科临床药学室共同协作,通过《药学与临床》等途径定期反馈我院微生物标本检测及细菌耐药性监测信息。期望临床在拟定抗菌药物治疗方案时,将我院的监测结果作为选择抗菌药物品种的重要参考依据之一。

### 1 微生物标本来源及统计标本时间

本次统计标本由临床科室采集,由我院微生物实验室培养、分离及监测致病菌耐药性。统计的标本时间是 2011 年 1~3 季度。5 种致病菌对抗菌药物的耐药性监测数据是 2011 年 1~6 月份的监测结果。

### 2 统计结果

2.1 全院临床科室送检的标本数 1925 个,标本检出的阳性率为 36.8% (708/1925),详见表 1。

2.2 送检标本类型、数量及阳性检出率,见图 1。

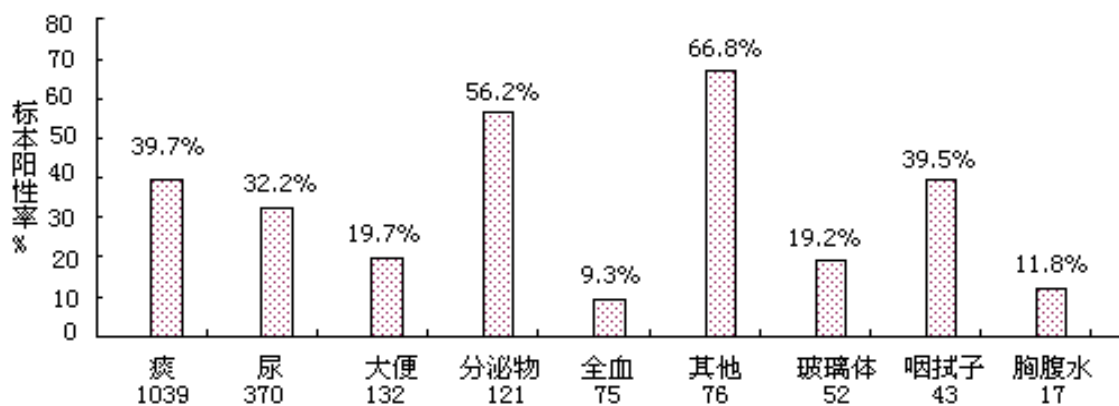


图1 送检样本类型、样本数量及检测阳性率

2.3 检出的主要致病菌及分离的菌株数,见表 2。

2.4 2011 年上半年,常见的 5 种致病菌对我院常用抗菌药物的耐药性统计,见图 2。

### 3 结果分析

3.1 抗菌药物临床应用专项整治活动要求,医院应加强临床微生物标本检测和细菌耐药监测,医院接受抗菌药物治疗的住院患者检验样本送检率不低于 30%。表 1 数据显

示，标本送检数居前 5 位的科室的标本量占送检标本总量的 56.2%（1083/1925），其中呼吸科的标本数居首，占总量的 23.9%（458/1925），这说明呼吸科重视微生物标本的送检，这对抗感染治疗由入院最初的经验性治疗转为靶向性治疗具有重要参考意义，值得肯定。

3.2 我院送检标本阳性率达到 36.8%，检出致病菌主要是细菌及真菌。主要致病细菌种类近 20 种，分离的细菌株数近 500 余株。其中，中段尿及分泌物的检测阳性率分别是 32.3% 和 56.2%。这提示我院感染致病的细菌种类多，通过感染部位微生物标本培养，可明确感染的细菌类型，减少用药的盲目性，提高抗感染的有效性。

3.3 我院检出的致病细菌以 G-菌为主，约占 85%。检出率居前 6 位的菌株依次是：铜绿假单胞菌、大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌、嗜麦芽窄食单胞菌及鲍曼不动杆菌。“卫生部 38 号文”及“抗菌药物临床应用专项整治活动”均要求建立抗菌药物临床应用预警机制，其内容是依据细菌对抗菌药物的耐药性，确定抗菌药物的应用管理。①对细菌耐药率超过 40% 的抗菌药物，应慎重经验用药；②对细菌耐药率超过 50% 的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用；③对细菌耐药率超过 75% 的抗菌药物，应暂停该类药物的临床应用。图 2 中的三条虚线，分别代表耐药率 40%、50% 及 75%。除嗜麦芽窄食单胞菌外，其他 5 种致病菌对抗菌药物的耐药性详见图 2。

3.4 嗜麦芽窄食单胞菌为自然界的常见细菌，是条件致病菌，是临床的重要致病菌。机体抵抗力低下、长期接受抗菌药物治疗或侵入性操作（如建立人工气道通气等）的患者易增加此致病菌的感染或定植。

该类菌是多重耐药菌株，对  $\beta$ -内酰胺类（氨曲南、头孢曲松、头孢他啶等）、氨基苷类、喹诺酮类抗菌药物有着较高的耐药率，对碳青霉烯类的亚胺培南耐药率 100%。对均有较高的耐药率。复方新诺明是治疗该类细菌感染的有效药物之一，另外，尚可选用头孢哌酮-舒巴坦等。临床分离出此类细菌后，应进行药敏试验，临床根据药敏结果选用合理的抗菌药物进行治疗；对于易感染此类细菌的高危患者，在药敏试验结果出来之前，可依据临床经验，选择合适的抗菌药物(如复方新诺明等) 尽早开始经验治疗。

3.5 在我院，临床分离的金黄色葡萄球菌对克林霉素的耐药率在 80% 以上。我院细菌感染又以 G-菌感染为主，克林霉素的抗菌谱主要是 G+球菌和厌氧菌。除非有明确的药敏试验支持，该药不宜经验用药。

表 1 微生物标本送检数量排序及标本检出阳性率

科室	呼吸	肾病中心	干西	职业病	门诊	干东	心外	神经外	心内	消化	眼科	泌尿外	康复	神经内	内分泌	普外	儿科	骨外	妇产	耳鼻喉	胸外	干北
排序	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
标本数(个)	458	210	172	132	111	93	86	74	73	70	65	54	50	47	44	38	25	21	20	10	9	6
阳性率%	35.4	23.3	33.1	28.0	49.5	46.2	44.2	68.9	32.9	14.3	16.9	66.7	60.0	53.2	36.4	65.8	12.0	42.9	20.0	60.0	66.7	16.7

表 2 微生物标本送检标本分离的主要致病细菌及菌株数

致病菌	G+菌											G-菌							
	金葡萄球菌	表皮葡萄球菌	肠球菌	肺炎链球菌	耐甲氧西林金葡萄菌	铜绿假单胞菌	大肠埃希菌	肺炎克雷伯菌	嗜麦芽窄食单胞菌	鲍曼不动杆菌	肠杆菌	变形杆菌	粘质沙雷菌	志贺菌	副流感嗜血杆菌	流感嗜血杆菌	卡他奈瑟菌	枸橼酸杆菌	
菌株数	32	18	13	4	3	172	70	38	36	31	15	12	8	8	7	7	5	1	

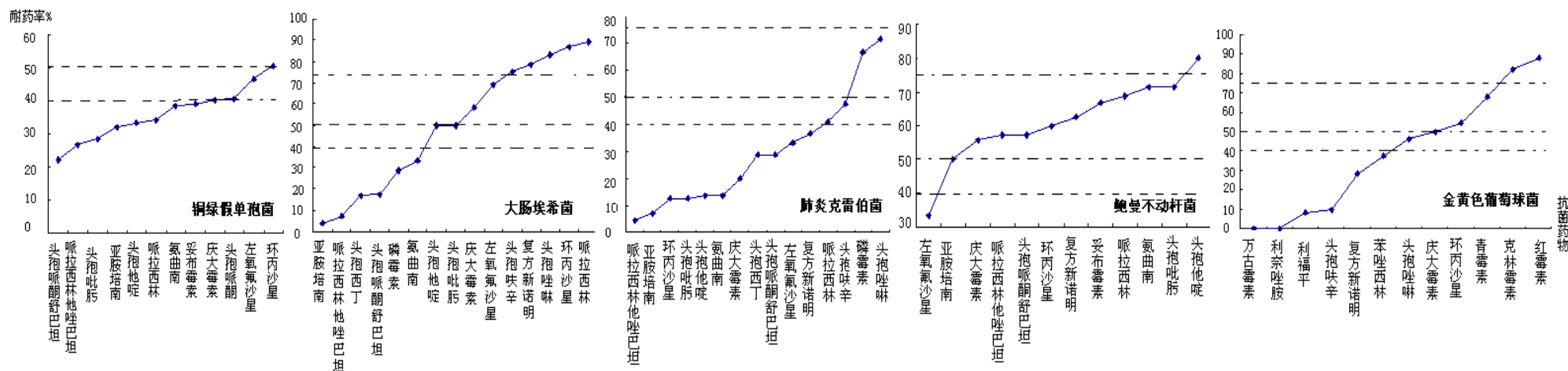


图 2 我院常见 5 种致病菌对抗菌药物的耐药性

## 革兰阳性菌感染的治疗

近年来，革兰阳性菌（G+菌）感染呈上升趋势。在医院获得性感染，特别是重症感染的病例中，呼吸道、尿液、伤口分泌物、血流感染中，革兰阳性菌均能占到一定的比例。尤其是血流感染中，葡萄球菌、肠球菌、凝固酶阴性葡萄球菌（CNS），几乎能占到血培养标本的 3/4。

临床重要的革兰阳性球菌主要见于三个菌属：葡萄球菌属、链球菌属（肺炎链球菌、溶血链球菌、草绿色链球菌）和肠球菌属。其中，葡萄球菌引起的感染占到了医院革兰氏阳性球菌感染的 51%。

### 一、革兰阳性球菌微生物学特点及耐药机制

#### （一）葡萄球菌

葡萄球菌按照是否产凝固酶分为凝固酶阳性（CPS）和 CNS。前者主要是金葡菌，毒力强于后者，因此临床一旦分离到金葡菌很容易判断为致病菌。但 CNS 的耐药率几乎都要高于金葡菌。二者区别见下表。另外，临床上还可根据其对于苯唑西林是否敏感而分为甲氧西林敏感（MSSA）或耐药葡萄球菌（MRSA）。

从流行病学上来说，葡萄球菌的传染源主要是患者和金葡菌的带菌者。带菌者在人群当中可以达到 20%~30%；而医务人员则可以达到 50%~90%。传播途径最重要的是一接触传播。易感者主要是免疫缺陷人群，病毒感染后肺部病变者，新生儿，老年人，糖尿病、肿瘤、粒细胞缺乏患者，还有皮肤黏膜的完整性被破坏的人群。

其感染类型主要包括：皮肤软组织感染；中枢神经系统感染；血流感染；骨及关节感染；肺炎；肠炎；感染性心内膜炎；尿路感染；异物植入相关感染；中毒休克综合征。其中中毒休克综合症是最凶险的疾病，死亡率高达 90%。

要诊断葡萄球菌感染，首先根据临床的症状，如疔、痈几乎百分之百都为葡萄球菌引起。但是，更多时候是要通过细菌培养来诊断。

细菌培养结果须谨慎解释，尤其是凝固酶阴性葡萄球菌。同时应注意鉴别寄殖与感染，有时需多次培养。

目前临床常见葡萄球菌耐药菌株主要包括：产青霉素酶金葡菌、甲氧西林耐药金葡菌、万古霉素中介金葡菌和万古霉素耐药金葡菌。

MRSA 是目前医院内感染的主要病原体之一。其耐药机制为 PBP 改变所致，即由于金葡菌内膜上诱导产生了一种特殊的青霉素结合蛋白—PBP2a。这种 MRSA 特有的

PBP2a 不但与  $\beta$ -内酰胺类抗生素亲和力均极低,而且具有其它高亲和力的 PBP 的功能。当其它高亲和力 PBP 与  $\beta$ -内酰胺类抗生素结合后, PBP2a 可取代其功能而不被抗生素杀灭。

MRSA 实际上早已不是单纯对甲氧西林耐药的问题。由于 PBP2a 可被  $\beta$ -内酰胺类抗生素,如青霉素类、头孢菌素类和头霉素所诱导,可形成对以上各类  $\beta$ -内酰胺类抗生素高度耐药的菌株。

## (二) 肠球菌

肠球菌为条件致病菌,可致人体多系统感染性疾病。目前临床最主要的肠球菌属的致病菌有粪肠球菌和屎肠球菌。偶尔会看到坚韧肠球菌、鸟肠球菌、鹌鸡肠球菌等。这些病原体的毒力不强,但生存力很强,其耐药性是肠球菌最重要的致病因素。国外报道,近年来肠球菌耐药性明显增强,且呈多重耐药,包括对  $\beta$ -内酰胺类、氨基糖苷类、糖肽类抗菌药物耐药。其中屎肠球菌比粪肠球菌更易耐药。

肠球菌引起感染的部位主要是在尿路、腹腔和盆腔。另外,对于免疫缺陷的人群或者流置导管的人群,可以引起血流感染、引起心内膜炎、引起伤口软组织感染,中枢神经系统感染罕见。

由于其细胞壁厚,肠球菌对大多数抗生素表现为固有耐药,头孢菌素类对其无效。目前,肠球菌耐药性明显增多,呈多重耐药,特别是近年来出现的耐万古霉素肠球菌和氨基糖苷类高水平耐药的肠球菌,给临床治疗带来很大困难。

## 二、抗感染治疗及其抗菌药物选择

### (一) 抗感染治疗

抗感染治疗有两种:一种是经验治疗:即建立在流行病学资料之上,推测可能的致病病原体及其敏感性,根据推测选择敏感药物,尽量多的覆盖病原体来达到治疗效果。是治疗初始的必然选择,亦用于非重症感染;一种是病原治疗:也叫靶向治疗。即根据细菌培养、药敏结果选择药物治疗疾病,目的是保证病人的安全,保证更有效、更安全、更低成本,达到完善治疗目的。医院感染、重症社区感染应确保达到病原治疗,但一些培养结果的可靠性值得怀疑。

#### 1. 怀疑存在 G<sup>+</sup>菌感染时经验治疗

怀疑为链球菌感染,首选青霉素 G、头孢菌素。医院获得性感染,怀疑为葡萄球菌感染,要尽可能选用对甲氧西林耐药的葡萄球菌有效的药物;社区获得的感染必要时也要考虑到这种可能。如怀疑为肠球菌感染,经验治疗应首选糖肽类,因肠球菌里对青霉

素 G、氨苄西林有一定的耐药率，尤其是屎肠球菌的耐药率非常高。

## 2. 葡萄球菌感染的病原治疗

不产青霉素酶菌株（极少）可选用青霉素 G；产青霉素酶菌株，要用一代头孢菌素、耐酶青霉素或者是酶抑制。如为甲氧西林耐药菌株则首选糖肽类（万古霉素、去甲万古霉素、替考拉宁）治疗，对重症甲氧西林耐药葡萄球菌感染还要联合治疗。

总而言之，如怀疑为链球菌属细菌的感染，可选用青霉素 G、头孢菌素；如怀疑为葡萄球菌或肠球菌感染，在医院获得性感染里面几乎都要选用糖肽类。

### （二）药物选择

#### 1. 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌

**MRSA 基本特点：**（1）金葡菌通常寄居在皮肤或鼻腔；（2）医源性 MRSA 感染多发生于医院或医疗机构中，特别常见于老年人和危重患者；（3）MRSA 感染主要涉及肺炎、皮肤/皮肤软组织感染、血流感染及骨感染等；（4）MRSA 传播几乎总是通过直接或间接与 MRSA 感染患者接触所致。

不同器官的 MRSA 感染、疾病的严重程度不同，选择的药物、剂量、疗程、给药途径有较大差异。临床常见 MRSA 感染的药物治疗和 MRSA 主要抗菌药物的特点见表 2 和表 3。

#### 2. 肠球菌

头孢菌素无效。

首选：（1）青霉素或氨苄西林±氨基糖苷类（全身感染）；（2）磷霉素、呋喃妥因（仅用于尿路感染）。

青霉素耐药或过敏：（1）糖肽类；（2）氟喹诺酮类、氯霉素或多西环素（根据药敏）；（3）必要时联合磷霉素、利福平。

糖肽类耐药或过敏：（1）利奈唑胺；（2）奎奴普汀/达福普汀；（3）达托霉素，替加环素体外有效；（4）**VanB 菌株，替考拉宁联合氨基糖苷类。**

目前，革兰阳性菌感染的最大的问题就在于其耐药性的节节攀升，使临床治疗成本升高。现存治疗药物作用机制多样化，各有其独特的临床应用价值。临床只有不滥用药并根据不同药物特点合理用药，才能有效减少耐药发生和传播。

【参考文献】[1] 葡萄球菌的耐药分析. 西安交通大学学报（医学版）.2011.

[2] 革兰阳性菌感染的治疗. 复旦大学附属华山医院抗生素研究所.

[3] 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染防治专家共识(2010).



表 2 MRSA 感染的药物选择及具体用药方案

感染部位 (或疾病)		用药方案
皮肤及软组织感染	社区获得性 MRSA 所致脓疱病	夫西地酸、莫匹罗星 (局部应用)
	单纯皮肤溃疡	夫西地酸、莫匹罗星 (局部应用)
	并发蜂窝组织炎、邻近部位骨髓炎、菌血症、糖尿病足者	轻症感染者: 多西环素、克林霉素 对二者耐药者: 糖肽类、利奈唑胺 感染较重或有菌血症高度风险者: 糖肽类、利奈唑胺、达托霉素 (静脉输注) 混合感染 (如糖尿病足感染): 替加环素
	插管部位感染	轻症感染: 口服药物 对伴有明显硬结、蜂窝组织炎或菌血症的静脉输注部位的严重感染: 糖肽类、利奈唑胺 (静脉输注)
泌尿系统感染		单纯感染: 据药敏选用呋喃妥因、甲氧苄氨嘧啶、复方新诺明等口服药物 复杂感染: 糖肽类或达托霉素
骨和关节感染		糖肽类、糖肽类土利福平 (或夫西地酸钠)
菌血症		糖肽类、利奈唑胺 (疗程 14 天)
感染性心内膜炎或高危因素者		糖肽类、利奈唑胺 (疗程 6 周)
呼吸系统感染		糖肽类、利奈唑胺
眼部及中枢系统(CNS)感染		深部眼睛感染和 CNS 感染: 万古霉素、万古霉素+利福平 静脉治疗无效的 MRSA 脑膜炎: 万古霉素 (鞘内注射) 敏感细菌引起的眼睛浅部感染: 庆大霉素、夫西地酸钠、氯霉素

表 3 MRSA 感染主要抗菌药物的特点

药物	单独用药	适应症	不良反应	特点
万古霉素 (去甲万古霉素)	是	菌血症; 严重皮肤组织感染; 骨感染	红颈综合征; 肾毒性, 尤其与氨基糖苷类联合应用时; 皮肤粘膜综合征; 肝功损害、黄疸	对耐药金葡菌高度有效; 有较强的抗厌氧菌作用; 口服吸收不好, 组织浓度不高, 尤其是胃及中枢神经系统; 半衰期 4~6h, 须多次给药; 肾毒性; 严重感染时应密切监测以保证有效血药浓度, 建议血清谷浓度在 15-20mg/L 以上; 滴注时间须 ≥60min
利奈唑胺	是	万古霉素耐药的屎肠球菌感染; 金葡菌或肺炎链球菌引起的院内获得性肺炎; 社区获得性肺炎及伴发的菌血症; 严重皮肤软组织感染, 包括未并发骨髓炎的糖尿病足部感染	5-10% 出现骨髓抑制; 周围神经病变; 乳酸酸中毒, 血清素综合症等, 多见于疗程大于 28 天患者; 与 5-羟色胺类药物合用时可发生 5-羟色胺综合症	主要用于万古霉素治疗无效或不可耐受的重症感染患者的序贯治疗; 口服生物利用度近 100%; 过血脑屏障, 可用于难治性中枢神经系统 G+ 球菌感染的治疗; 使用方便, 可静脉滴注、口服, 适宜序贯疗法; 按 ≤600mg q12h 剂量给药, 耐受性较好。肾功能不全或轻、中度肝功能受损无需调整剂量
替考拉宁	是	严重软组织感染; 菌血症	可见肝肾功能异常、神经系统反应; 具一定耳毒性	对多重耐药 G+ 菌显著的抗菌活性; 具有抗厌氧菌活性; 良好的组织渗透性; 血浆蛋白结合率高, 半衰期长, 需要给与负荷剂量; 给药方案灵活简单, 静推、静滴、肌注均可, 每天只需给药 1 次; 具有良好的耐受性和安全性
夫西地酸	除局部外用外, 不单用	皮肤软组织感染; 定植菌去除; 骨感染的辅助治疗	静脉用药时可出现黄疸	已出现耐药; 该药经肝脏排泄; 组织浓度高; 有静脉和口服制剂, 可序贯治疗

## 重视中药输液中的微粒

中药注射剂系指中药材经提取纯化后制成的供注入人体内的溶液、乳状液及供临床使用前配成溶液的粉末或浓缩液的无菌制剂。

中药注射剂所致的药品不良反应（ADR）占中药 ADR 的 75% 以上，涉及多系统、多器官。如 ①过敏反应，表现为突发的心慌、胸闷、呼吸困难、喉头水肿，皮肤过敏反应多见皮疹及皮肤瘙痒；②发热，以中度及高热为主，伴有或不伴有寒战；③消化道反应，表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、黄疸、转氨酶升高等；④血液系统损害，表现为出血、溶血性贫血、白细胞减少、血小板减少、过敏性紫癜等；⑤心血管系统损害，以心律失常多见，亦见有心绞痛、心肌损伤、血压骤升或骤降等；⑥中枢神经系统反应，以头痛、头晕、眩晕、兴奋、烦躁等为主。⑦运动系统反应，表现为腰背剧痛、肌肉震颤、关节肿胀疼痛等；⑧其他，急性肾衰竭、急性肺水肿、静脉炎等。

中药注射剂的原料因受产地、季节、气候等因素的影响，导致生产原料质量不稳定，是其产生 ADR 的原因之一。中药注射剂的药味多，成分复杂，其中的许多组分尚未明确，未明确的组分是导致其 ADR 的原因之一。中药注射液中的致敏原不清楚、制剂中的辅料及临床不合理使用也是其易发生 ADR 的原因。另外，中药注射剂自身生产工艺及临床使用配制输液过程中微粒数量增加，易引起输液反应等临床损害，临床医师应予以重视。

输液中的不溶性微粒侵入机体可引起肉芽肿和肺气肿，造成供氧不足，引起静脉炎、局部组织血栓和坏死，造成过敏反应、热原反应。

当前列入国家标准的 100 余种中药注射剂，其制备工艺有：提取有效成分单体、提取有效部位、水煎醇沉、醇提水沉、水蒸气蒸馏及综合法等。然而，无论通过哪种工艺方法提取精制的中草药成分，都是物理反应过程。换言之，中药提取成分溶解于中药注射液的溶媒中。中药成分在溶媒中溶解颗粒的大小及数量，若不借助仪器，单凭目测是无法确定。为加强对中药注射液微粒的监控，在 2005 年版《中国药典》（一部）首次规定：中药注射剂装量 < 20ml，需进行不溶性微粒的检查。然而，药典收载的中药注射剂品种不足已上市的 5%。众多中药注射液的标准未纳入药典一部，对装量 < 20ml 的注射剂的微粒也未进行检查。

中药注射剂在临床应用时一般需与输液配伍，有研究发现：中药注射液与输液配伍后，溶液中的微粒发生变化，配伍后不同粒径的微粒有倍增现象，倍增程度与微粒粒径

及所配伍输液品种不同而不同。中药注射剂与其他药物合用,如与其他中药注射剂、西药注射剂混合,可致混合后的药液稳定性下降,使有效成分发生变化(颜色加深),或使杂质析出(浑浊),或改变不溶性微粒的大小及数量。

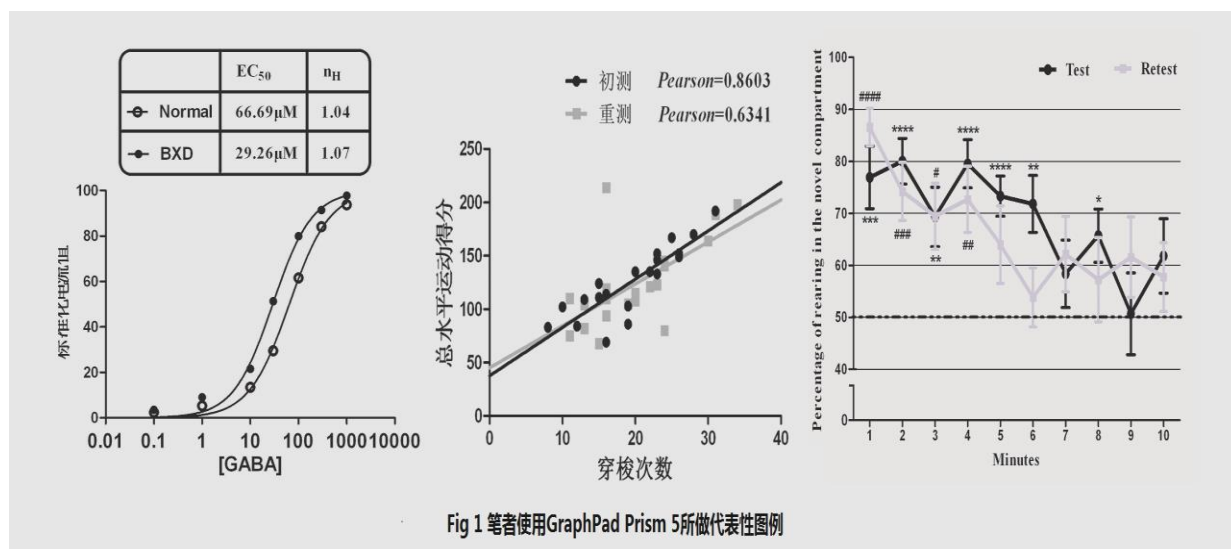
为防止中药注射剂与溶媒稀释后因盐析作用产生大量不溶性微粒,溶媒一般应选择10%葡萄糖注射液稀释,而不宜选用0.9%氯化钠注射液。但有的品种的适宜稀释溶媒却是0.9%氯化钠注射液。选择中药注射液的溶媒,临床医师一定要依据拟使用的中药注射剂的药品说明书。碳酸氢钠属碱性药物,其与中药注射剂发生配伍变化较多,中药注射剂应避免与其配伍。

【参考文献】中药注射剂的安全性评价进展.中国新药杂志,2007.

## 医药生物统计作图软件推荐: GraphPad Prism

“科研设计,统计先行”,这是许多优秀科研团队多年科研实践得出的经验和教训。

GraphPad Prism 是一款集生物统计、曲线拟合和科技绘图于一体的优秀科研统计作图软件,尤其在曲线拟合方面是当之无愧的高手(包括细菌生长曲线,量效曲线,生存曲线等数十个生物统计模块)。GraphPad Prism 绘图功能很具特色,无需专门绘制统计图形,只要选择正确的数据类型,图形自动生成且随数据改变及时更新(与 word 完美衔接)。有关 GraphPad Prism 统计作图,以及医药生物相关基本统计思维和原则,笔者在实际工作及投稿过程中积累了一定的经验,有兴趣的同仁可以随时与我们联系交流(zydey\_lcyx@163.com 或者 S.G.SUN@hotmail.com)。



## 冠心病的中成药治疗

冠心病是因为冠状动脉粥样硬化引起的局部动脉狭窄而导致的一系列症候改变，其属中医胸痹心痛范畴。冠心病在古代医籍中被称为“胸痹”、“心痛”、“心悸”等病名。本虚标实为胸痹、心悸的病机，“本”指气血阴阳虚、“标”指瘀血、痰浊，临床上以气虚血瘀为常见。但就某一患者而言，在明确诊断的基础上，还应依据患者的临床表现进一步辨清证型，才能在众多的的中成药中选择出适宜药物，做到辨证施治用药。

冠心病心绞痛的共同的中医病机是血脉不畅、脉络闭阻。若结合患者临床表现，又可有：寒凝、气滞、痰阻、肝郁、血瘀、气阴两虚、阳气不足、阴虚等证型。遇寒则犯者多为寒凝；内热甚者多为火郁；嗜食肥甘厚味属痰者居多；发病与情绪相关者多为肝郁；病久者则以血瘀为多；疲劳过度则可见气阴两虚；年老体弱则以虚证多见；或同时兼两种及两种以上证型。不同证型体现了不同患者的个性特征，临床用药中要兼顾到病、证两方面的问题，才有可能获得好的临床疗效。

冠心病的中医治疗原则通常包括“通”、“补”二义。临证必须分清虚实缓急、轻重，掌握分寸，随证治之。实证为主者，当以“通脉”为主，应度其寒凝、热结、气滞、痰阻、血瘀等不同而分别给予温通、清热、理气、化痰、活血化瘀等法；虚证为主者，权衡心脏阴阳气血之不足，有否兼肝、肾、脾、胃等脏气的偏衰，采用益心气、养心阴、补心血、温心阳、健脾和胃、补益肝肾等法。冠心病为虚实夹杂之证，亦有相间为病者，如：气阴两虚，气滞血瘀，痰瘀互阻，阳虚寒凝等，可辨证联合应用中成药。表 1 为冠心病的中医辨证及主证。

我院用于胸痹、心悸治疗的中成药数量多，约 60 余种，这些中成药有着各自适用的临床辨证，若未加辨证即给患者用药，有可能于病无利而有损。因此，对西医诊断为冠心病的患者应用中成药治疗前，一是要对患者进行辨证，依据临床辨证选择成药，不辨证用药或虽辨证但选择药物功效与辨证不符均可能对患者病情造成损害；二是要熟知拟用成药的药品说明书，掌握药物处方组成及用量，避免重复用药或药物超量使用。表 2 是依据国家药典《临床用药须知（中药卷 2005 版）》，对我院部分可用于治疗胸痹、心悸的中成药及其所适应的辨证和注意事项进行汇总，以期对临床合理选用成药能有所帮助。

表 1 冠心病的中医辨证、主证

辨 证		主 证		
标 实 证	痰浊	偏寒	胸痛痞满, 恶心, 心悸, 咳嗽痰多	
		偏热	苔白滑或腻, 脉沉滑或结代	
	血瘀	胸痛胸闷, 状如针刺、痛有定处, 阵阵发作, 痛引肩背舌质暗或瘀斑, 脉弦细、涩促或结代	苔黄腻, 脉弦滑或弦数	
	气滞	胸闷串痛, 憋气, 烦躁气短, 不时呃逆, 暖气得舒, 每当情志影响病势加重, 苔薄白, 脉弦		
	寒凝	胸闷甚, 遇寒即发, 舌质淡, 脉沉弦或迟		
食积	胸闷憋气, 突发痛, 脘胀拒按, 恶心呃逆, 便粘臭, 苔厚腻, 脉弦滑或现弦涩, 间有结象			
本 虚 证	阴虚	心阴虚	胸中隐痛, 夜晚较显, 五心烦热, 咽干盗汗, 面潮红, 舌质红, 脉细数或促	心悸
		肝肾阴虚		头晕, 目眩, 耳鸣, 腰酸肢麻
	阳虚	心阳虚	胸中隐痛, 时作时止, 劳累疼重, 胸闷短气, 精神倦怠, 自汗、畏寒肢冷, 肿胀, 面色白,	心悸
		肾阳虚	舌淡或胖, 脉沉细	夜尿频数
		脾阳虚		腹胀, 食少
	气虚	心气虚	胸闷阵阵隐痛, 气短乏力, 舌淡胖或有齿印, 脉濡或沉细结代	心悸, 心慌
肾气虚			头晕目眩, 健忘, 腰膝软, 耳鸣	

表 2 胸痹、心悸的临床辨证、治疗药物及注意事项

病 名	辨 证	药 名	主要药物组成	注意事项
中风、胸痹	风痰瘀阻	大活络丸	蕲蛇、乌梢蛇、全蝎、地龙、天麻、威灵仙、制草乌等	阴虚火旺、脾胃虚寒者慎用; 出血性中风初期、神志不清者忌用; 服用期间戒酒; 含草乌有毒, 用药不可过量
胸痹	寒凝气滞	冠心苏合丸	苏合香、冰片、乳香(制)、檀香	阴虚血瘀、痰瘀互阻者禁用; 久服耗伤正气, 不宜长期使用; 胃炎、胃溃疡、食管炎慎用; 胃弱者慎用。
心悸	气虚	黄芪注射液	黄芪	心肝热盛、脾胃湿热者禁用; 过敏体质者慎用
胸痹	气虚血瘀	活心丸	人参、灵芝、红花、冰片、牛黄、麝香、蟾酥	孕妇、经期禁用; 含蟾酥, 慎与洋地黄类药物同用; 饭后服用
胸痹		诺迪康胶囊	圣地红景天	孕妇禁用, 经期慎用
胸痹、不寐		七叶神安片	三七叶总皂苷	阴虚火旺, 痰热内盛之不寐者不宜; 寒凝血瘀, 痰饶互阻, 阴虚血瘀之胸痹心痛者不宜单用
胸痹、中风		通心络胶囊	人参、水蛭、土鳖虫、赤芍、乳香(制)、降香、全蝎、蜈蚣等	饭后服用; 孕妇、经期及出血倾向者禁用
胸痹		心可宁胶囊	丹参、三七、红花、水牛角、牛黄、冰片、蟾酥、人参须	含蟾酥, 慎与洋地黄类药物同用; 经期及出血倾向者禁用
胸痹		养心氏片	黄芪、丹参、党参、人参、当归、山楂、葛根、延胡索(炙)等	孕妇慎用
心悸	气血两虚	柏子养心丸	炙黄芪、党参、当归、川芎、柏子仁等	阴虚火旺或肝阳上亢者禁用; 宜饭后服用; 含朱砂, 不可过服、久服; 不可与碘化物药物同服。
心悸、便血		归脾丸	炙黄芪、龙眼肉、当归、白术等	阴虚火旺者忌用

心悸	气阴两虚	参麦注射液	红参、麦冬	有引起过敏性休克报道，加强用药监护
心悸、胸痹		生脉注射液	红参、麦冬、五味子	寒凝血瘀之胸痹者不宜使用；过敏体质者慎用
心悸、胸痹		稳心颗粒	黄精、党参、三七、琥珀、甘松	痰热内盛者禁用；孕妇、经期禁用
胸痹		益气复脉胶囊	生晒参、黄芪、丹参麦冬、五味子、川芎	寒凝血瘀之胸痹者不宜单用；痰湿壅滞，舌苔腻者慎用；孕妇及经期禁用
心悸		益心舒胶囊	人参、黄芪、丹参、麦冬、五味子、川芎、山楂	痰热盛者不宜；孕妇、经期禁用
胸痹	气滞血瘀	复方丹参滴丸	丹参、三七、冰片	寒凝血瘀者不宜使用，脾胃虚寒者慎用，宜饭后服用，孕妇禁用
胸痹		冠心丹参滴丸	丹参、三七、降香油	寒凝血瘀、气虚血瘀、阴虚血瘀之胸痹心痛不宜单用本品，经期及出血倾向者禁用
胸痹		麝香保心丸	麝香、人参、肉桂、苏合香、蟾酥、牛黄、冰片	本品含蟾酥，不宜久用，有强心作用，不宜与洋地黄类药物同用；孕妇禁用，
胸痹		速效救心丸	川芎、冰片	寒凝血瘀、阴虚血瘀之胸痹心痛不宜单用本品；伴有中度心力衰竭的心肌缺血者慎用，过敏史者慎用，孕妇禁用，
胸痹		香丹注射液	降香、丹参	孕妇慎用，经期及出血倾向者禁用，过敏体质慎用
心悸、胸痹、 胸痹		心可舒片	丹参、葛根、三七、山楂、木香	气虚血瘀、痰瘀互阻之胸痹心悸不宜单用本品
胸痹		血府逐瘀胶囊	桃仁（炒）、红花、地黄、川芎、当归、牛膝等	气虚血瘀者慎用，体弱无瘀者不宜使用，孕妇忌用
心悸	心肾阳虚	宁心宝胶囊	虫草头孢菌粉	若有气滞、血瘀、痰浊者，应配合其他药物治疗
心悸		心宝丸	附子、鹿茸、人参、肉桂、洋金花、三七、麝香、蟾酥	含洋金花有毒，不宜过服、久服；青光眼患者禁用；阴虚内热、肝阳上亢、痰火内盛者不宜使用；含蟾酥有强心作用，服洋地黄类药物者慎用；孕妇、经期禁用
心悸、不寐	心肾阴虚	天王补心丸	地黄、天冬、麦冬、酸枣仁、柏子仁、当归等	脾胃虚寒、阳虚内寒者不宜使用；含朱砂，不可过服、久服；肝肾功能不全者禁用
胸痹、中风	血瘀兼气阴两虚	复方血栓通胶囊	三七、黄芪、丹参、玄参	痰瘀阻络、气滞血瘀者不宜使用
中风、胸痹、 胸痹	瘀血阻络	灯盏细辛注射液	灯盏细辛	脑出血急性期及有出血倾向者不宜使用，孕妇慎用
胸痹		地奥心血康胶囊	薯蓣科植物黄山药或穿龙薯蓣的根茎	过敏体质者慎用，孕妇慎用，经量过多者禁用
胸痹		双丹胶囊	丹参、牡丹皮	寒凝血瘀胸痹心痛者慎用；孕妇及经量过多者禁用
胸痹		心达康胶囊	沙棘	孕妇慎用，经期及出血倾向者禁用
胸痹、中风		血塞通软胶囊	三七总皂苷	阴虚阳亢或肝阳化风者不宜单用本品
胸痹、中风		银杏叶滴丸	银杏叶	寒凝血瘀、气虚血瘀、阴虚血瘀、痰瘀互阻之胸痹心痛及风痰阻窍之中风偏瘫不宜单用本品
胸痹		注射用丹参	丹参	经期及出血倾向者禁用，过敏体质慎用

## 关注吡格列酮的膀胱癌风险

吡格列酮为噻唑烷二酮类 2 型糖尿病治疗药，可减少胰岛素抵抗性，抑制肝脏葡萄糖生成，提高外周组织的葡萄糖利用，从而降低血糖。目前国内 20 余家企业生产该产品，剂型包括片剂、胶囊剂、复方制剂（与二甲双胍），商品名包括：艾可拓、瑞彤、艾汀、卡司平等。近年，多项证据显示，吡格列酮有增加膀胱癌的风险，各国也采取暂停使用、修改说明书等措施。

1. 临床前动物试验和上市后临床研究提示吡格列酮可能增加膀胱癌的发生风险。

2. 美国一项长达十年的流行病学研究发现，吡格列酮的使用与膀胱癌的发生虽然没有显著相关性，然而随着使用时间的延长和累积剂量的增加，罹患膀胱癌的风险显著增加。FDA 于 2010 年 9 月发布了警示信息，并统一修订了说明书，增加对膀胱癌风险的进一步提示。

3. 法国卫生部门开展的有关吡格列酮和膀胱癌风险的流行病学研究显示，使用吡格列酮和膀胱癌的发生之间具有统计学意义的相关性，对于吡格列酮累积剂量较大以及长期使用的患者，膀胱癌的发生风险更高。2011 年 6 月法国宣布暂停使用含吡格列酮的药物。

4. 欧洲药品管理局开展了针对吡格列酮与膀胱癌风险的评估工作，认为不同来源的证据显示吡格列酮可能轻度增加膀胱癌的发生风险，尤其是长期、高累积剂量的治疗，并决定修订产品说明书，将膀胱癌患者、有膀胱癌病史或出现未明原因血尿的患者列入使用禁忌，同时决定采取其他一些措施将吡格列酮升高的膀胱癌风险降至可接受的水平。

流行病学研究提示，吡格列酮的使用可能小幅增加膀胱癌的发生风险，长期使用风险增加。因此建议广大医务人员和患者：①膀胱癌患者、有膀胱癌病史的患者应避免使用吡格列酮；②在有效治疗的前提下，尽量使用低剂量的吡格列酮；③使用吡格列酮治疗，尤其是长期或高剂量治疗的患者，应定期进行检查；④如患者在使用吡格列酮过程中如出现血尿、尿频、尿急、排尿疼痛等症状，应立即就诊；⑤吡格列酮为处方药，患者应在医生的指导下使用。医生应定期评估吡格列酮的治疗效益，权衡用药利弊，为患者制定合理、安全的糖尿病治疗方案。

另外，同类药物罗格列酮（商品名：文迪雅、爱能等）因存在严重心血管安全

性问题，卫生部和 SFDA 已于 2010 年 9 月发布了严格限制罗格列酮使用的风险管理措施。

【参考文献】药品不良反应信息通报

## 来得时（Lantus）增加致癌风险？

编者：近期，国内大众报纸出现“胰岛素来得时增加致癌风险”的报道，我们查阅相关文献得知，起因于圣安东尼奥乳癌研讨会上瑞典学者隆德大学的 Hakan Olsson 教授的报告：相比于使用常用药二甲双胍的糖尿病患者，使用来得时的患者存在高达 2.9 倍的致癌风险。

糖尿病、胰岛素与癌症的关系是学术界关注的热点之一；与非糖尿病人群相比，糖尿病人群中发生某些肿瘤（如乳腺肿瘤、消化道肿瘤等）的风险显著增加。流行病学研究提示这种现象可能与糖尿病患者中具有肥胖、超重和不健康生活方式等肿瘤发生危险因素者的比例过高有关，两者在发病中可能有共同病因学基础，而高血糖和糖尿病患者常伴随的胰岛素抵抗也是肿瘤发生的危险因素。来得时是一种长效胰岛素，主要用于治疗需要基础（长效）胰岛素控制高血糖的 2 型糖尿病成年患者，以及患有 1 型糖尿病的成年和儿童（6 岁或以上）患者。

质疑声：

2011 年，隆德大学的 Hakan Olsson 于圣安东尼奥乳癌专题讨论会上公开了研究结果，这项在瑞典进行的研究观察了在瑞典西南的 23000 名患者的病历，试图找到与癌症的共同关联，结果发现服用赛诺菲长效胰岛素的癌症风险明显加倍，还发现糖尿病和肥胖会普遍地增加患癌症的可能性。

2009 年，欧洲糖尿病研究学会官方刊物《糖尿病学》，曾发表了 4 项基于欧盟国家患者登记库的大规模观察性研究结果，其中 3 项研究以及 1 篇随刊述评都提示，来得时会使癌症发病的风险增加。

2009 年，美国食品药品监督管理局（FDA）发布安全性信息称，正在审查 4 项已经发表的观察性研究，其中 3 项研究显示癌症风险的增加与来得时的使用有关。

2002 年，《毒物学》杂志刊登了一项关于来得时潜在的致癌作用的研究，但是研究中所使用的来得时剂量要远远低于另一种胰岛素类似物 B10Asp 当年的试验剂量。（注：B10Asp 由于在老鼠试验中发现具有促乳腺癌作用，其临床试验在 1992 年就被中止了，所以也就没能上市。）简而言之，这就意味着来得时可能具有和 B10Asp 相似的致癌作用。



2000 年,《糖尿病》杂志刊登了来得时的促骨肉瘤细胞增殖作用的研究。此研究发现,来得时促进细胞增殖的作用是人胰岛素的 6-8 倍,这种作用是通过刺激胰岛素样生长因子 1 (IGF-1) 受体来产生的。而其他研究则发现 IGF-1 与癌症之间存在相关性。

支持者:

2011 年,迪拜召开的世界糖尿病大会——国际糖尿病联盟 (IDF) 年会上发表了最新的荟萃分析数据。该项目的研究负责人、法国里昂国际预防医学研究所 (IPRI) 所长 Peter Boyle 博士报道说,在综合分析已有信息的基础上,证明甘精胰岛素与其他胰岛素治疗相比,不伴癌症风险的升高;同时还指出, Hakan Olsson 教授的研究中使用来得时患者发生乳腺癌的例数太少,以至于不能将该药物的使用与乳腺癌发生风险间做任何的关联。这些结果让患者和他们的医生们在用药时更为安心。”

美国 FDA 发布了关于来得时的安全审查以及可能的癌症风险信息公告:目前的审查结果没有证据表明来得时增加癌症风险;中华医学会糖尿病分会和内分泌学分会于 2011 年 12 月 11 日联合发表声明:目前仍没有明确的证据提示,在糖尿病患者中甘精胰岛素的使用与肿瘤发生的风险增高相关。因此,在控制血糖需要时仍可按照两学会发布的相关指南和共识选用甘精胰岛素。除调整治疗方案需要,目前正在使用甘精胰岛素控制血糖的糖尿病患者不需停用该种胰岛素而换用其他种类的胰岛素。

建议:

- 1、医疗专业人士应继续根据药品说明书中的推荐来处方来得时。
- 2、患者应继续使用来得时,除非其医生告诉他们停用。
- 3、对于长期使用来得时女性患者,建议定期进行乳腺癌排查。

## 美国心脏学会聚焦 SATURN 研究: 强效降脂研究不断前行

2011 年 11 月 15 日,美国心脏学会 (AHA) 年会报告及《新英格兰医学杂志》同时刊发为期 2 年的瑞舒伐他汀与阿托伐他汀的头对头研究 (SATURN), 即“应用血管内超声 (IVUS) 评估瑞舒伐他汀 (阿斯利康) 与阿托伐他汀 (辉瑞) 在冠状动脉粥样硬化中的疗效比较研究”。

SATURN 研究是一项双盲、平行阳性药物治疗对照、多中心、III 期临床研究，在全球 170 个临床中心随机了 1385 例有冠状动脉疾病的高胆固醇血症患者，研究治疗期为 104 周，旨在通过 IVUS 检查，比较瑞舒伐他汀 40 mg/d 和阿托伐他汀 80 mg/d 对动脉粥样硬化负荷的影响。该研究显示，强效他汀强化降脂能逆转冠脉粥样硬化斑块的进展：瑞舒伐他汀 40mg 与阿托伐他汀 80mg 相比，在降低冠状动脉粥样硬化斑块体积百分比（PAV）方面数值上有优势，但差异未达统计学显著性，而在降低动脉粥样硬化斑块总体积（TAV）方面显著优于后者。瑞舒伐他汀 40 mg 较阿托伐他汀 80 mg 能更显著地降低 LDL-C 水平，分别降低至  $62.6 \pm 1.0$  mg/dL 和  $70.2 \pm 1.0$  mg/dL ( $P < 0.01$ )。在瑞舒伐他汀组，LDL-C 水平降至 70 mg/dl 的患者比例达到 72.1%，而在阿托伐他汀组，该比例为 56.1%，两者比较有显著差异 ( $P < 0.001$ )。而瑞舒伐他汀组 HDL-C 水平显著高于阿托伐他汀组，分别为  $50.4 \pm 0.5$  mg/dl 和  $48.6 \pm 0.5$  mg/dl ( $P = 0.01$ )。

既往众多他汀类药物基础及临床研究均表明，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平升高是明确的心血管疾病（CVD）致病性危险因素。他汀类药物是降低 LDL-C 水平的最有效治疗药物，其在冠心病一级和二级预防中能降低心血管事件。他汀还具有显著的抗炎、抗氧化、抗栓等作用，可改善与斑块纤维帽破裂和急性缺血事件相关的斑块稳定性。

SATURN 研究是迄今为止评价不同他汀对冠状动脉粥样硬化斑块负荷变化影响的最大规模临床研究，该研究为探讨最大推荐剂量的瑞舒伐他汀和阿托伐他汀在动脉粥样硬化治疗上的差异提供了新的依据。SATURN 研究结果证明，瑞舒伐他汀和阿托伐他汀均可大幅降低了 LDL-C ( $< 70$  mg/dl) 而显著逆转冠状动脉粥样硬化斑块；同时，两者大剂量长期应用的不良事件发生率低，都具有良好的安全性。SATURN 试验结果从影像学角度，这为临床强效降脂逆转斑块增加了最新的强有力证据。除了个别他汀制剂，如辛伐他汀 80 mg 因增加肌病风险受到 FDA 警告，总体来讲他汀的安全性不成为问题：瑞舒伐他汀和阿托伐他汀的不良反均极低，且瑞舒伐他汀 40 mg 肝酶升高和 HbA1c 升高的发生率更低于阿托伐他汀 80mg。高剂量他汀可实现多重获益和安全性的统一。

## 头孢唑林钠与五水头孢唑林钠

五水头孢唑林钠与头孢唑林钠是否为一种药物呢？这是临床医生、护士及患者时常向临床药师提出的一个问题。为客观解答此问题，我们进行了资料查询，现将结果汇总如下：

一、五水头孢唑林钠的稳定性高于头孢唑林钠<sup>[1]~[2]</sup>。头孢唑林钠是由日本藤泽药品株式会社开发的、1971 年在日本上市的第一代头孢菌素，有  $\alpha$  型、 $\beta$  型、 $\gamma$  型和无定型等晶型。为提高头孢唑林的稳定性，国内两家研究机构合作对  $\alpha$  型头孢唑林钠分子存在状态进行改进，使 2 分子头孢唑林、10 分子水和 1 个钠离子构成单晶螯合结构，得到五水头孢唑林钠。五水头孢唑林钠已于 2005 年在国内上市。国家食品药品监督管理局考虑到两种制剂的稳定性差异，故将五水头孢唑林钠的有效期定为 24 个月，较头孢唑林钠的有效期增加了 6 个月，但两种制剂在各自有效期内性质稳定，符合质量标准的要求。

二、头孢唑林钠和五水头孢唑林钠应为同一通用名的药品，只不过是存在状态不同，稳定性存有差异。依据是①《中国药典》（2010 版）、《临床用药须知》（2005 年版）和《新编药理学》（第 17 版），仅有头孢唑林钠一种药物名称可供查询，均未收载五水头孢唑林钠；②对照注射用五水头孢唑林钠与注射用头孢唑林钠的说明书，两种药品说明书中“适应症”、“用法用量”、“禁忌症”、“注意事项”、“儿童用药”、“老年用药”、“药物相互作用”、“药代动力学”等项下，在叙述上几乎无差别；③注射用五水头孢唑林钠说明书的“药理毒理”与“不良反应”项下直接以头孢唑林为描述对象，讲述头孢唑林的抗菌谱及应用头孢唑林后的不良反应发生情况，并且与注射用头孢唑林钠说明书上的该两项叙述一致；④另外，目前尚无文献资料报道五水头孢唑林钠与头孢唑林钠在临床应用上的比较。

三、在《国家基本药物目录（2009 版）》基层医疗卫生机构配备使用部分和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2009 年版）》中，头孢唑林钠和五水头孢唑林钠同列入同一通用名药品——头孢唑林，属甲类药物<sup>[3]</sup>。

四、从药物经济学角度分析，注射用头孢唑林钠优于注射用五水头孢唑林钠。注射用头孢唑林钠 0.5g/支的零售价格多在 2 元左右，而注射用五水头孢唑林钠，1.0g/支的零售价格多在 50 元左右，相同剂量单位注射用五水头孢唑林钠的价格约是注射用头孢唑林钠价格的 10 余倍。注射用五水头孢唑林钠和注射用头孢唑林钠

说明书中成人常用剂量均为一次 0.5~1g，一日 2~4 次。如果按照一次 1g，一日 2 次的剂量来算，每天应用注射用五水头孢唑林钠比应用注射用头孢唑林钠多支付药费近 100 元。

- 【参考文献】[1]上市后的注射用五水头孢唑林钠（新泰林）临床应用及安全性调查分析. 中国临床药理学, 2009.  
[2]一种新型螯合结构五水头孢唑林钠的长期稳定性考察. 中国抗生素杂志, 2009.  
[3]中国国家处方集（2010 版）. 化学药品与生物制品卷. 人民军医出版社, 2010.

## 关于院内中药制剂调查表的反馈意见

2011 年 12 月份，药剂科药品检验室对本院副高以上临床中医师及相关科室主任进行了关于院内中药制剂的问卷调查，内容主要涉及临床医师对有关院内中药制剂相关材料的熟知情况及其相关经验方的组成、功效主治、剂型及药理毒理情况。在此，非常感谢临床相关科室的配合和支持，现将问卷情况集中反馈如下：

1. 经验组方药味偏多，个别组方君药偏多。通常，制剂检验品种数不少于三分之一，且君药、毒性药及贵重药材均需要进行药品检验。
2. 个别组方牵扯毒性药材或药味剂量超出药材标准。根据山东省《医疗机构制剂注册管理办法》（试行）实施细则，具有 5 年以上使用历史的中药制剂可免报药效、毒理和临床研究资料（13-17 项），但是含有毒性药材、十八反和十九畏配伍以及超剂量药材者必须进行毒理试验。

## 2011 年度我院药品不良反应报告通报

院属各科室、社区卫生服务中心（站）：

截止 2011 年 12 月 31 日，医院各监测点共上报药品不良反应 282 例，完成行政部门下达的 2011 年的目标数量。总体而言，多数临床科室对药品不良反应的上报给予了重视，其中泌尿外科、五官科和门诊西药房的工作尤为突出，超额完成上报任务，这说明临床科室的主任、护士长重视患者的用药安全监控，确保医疗质量安全。然而，个别科室存在上报滞后现象，期望在 2012 年做到按时上报。

2012 年，医院药品不良反应监测办公室将通过各种方式进一步做好药品安全信息提供服务，让我们共同协作做好我院药品不良反应监测和上报工作。

医院药品不良反应监测办公室

二〇一一年十二月三十一日

## 常用中药性味、归经及功效表 (三)

十、理气药 凡以疏理气机、消除气滞或气逆证为主要作用的药物, 称理气药。

药名	性味	归经	功效
陈皮	辛、苦, 温	脾肺	理气健脾, 燥湿化痰
橘红	辛、苦, 温	脾肺	散寒、燥湿、利气、化痰
青皮	苦、辛, 温	肝胆胃	疏肝破气, 消积化滞
枳实	苦、辛, 微寒	脾胃大肠	破气消积, 化痰除痞
木香	辛、苦, 温	脾胃大肠胆	行气, 调中, 止痛
香附	辛、微苦, 微甘平	肝三焦	疏肝理气, 调经止痛
乌药	辛, 温	肺脾肾膀胱	行气止痛, 温肾散寒
沉香	辛、苦, 温	脾胃肾	行气止痛, 降逆止呕, 温肾纳气
檀香	辛, 温	脾胃肺	理气调中, 散寒止痛
川楝子	苦, 寒; 有小毒	肝胃小肠膀胱	行气止痛, 疏肝泻热, 杀虫疗癣
佛手	辛、苦, 温	肝胆胃肺	疏肝解郁, 理气和中, 燥湿化痰
玫瑰花	甘、微苦, 温,	肝胃	行气解郁, 活血止痛
薤白	辛、苦, 温	肺心胃大肠	通阳散结, 行气导滞
青木香	辛、苦, 微寒	肝胃	行气止痛, 解毒消肿
大腹皮	辛, 微温	脾胃大肠小肠	行气导滞, 利水消肿
柿蒂	苦平	胃	降气止呃

十一、止血药 凡以制止体内外出血为主要作用, 常用以治疗出血证的药物, 称为止血药。止血药又分为: 凉血止血药、化瘀止血药、收敛止血药及温经止血药。

1、凉血止血药			
大蓟	苦、甘, 凉	心肝	凉血止血, 散瘀解毒消痈
小蓟	苦甘凉	心肝	凉血止血, 散瘀解毒消痈
地榆	苦、酸, 微寒, 大肠	肝胃	凉血止血, 解毒敛疮
槐花	苦微寒	肝大肠	凉血止血, 清肝明目
侧柏叶	苦涩, 微寒	肺肝大肠	凉血止血, 祛痰止咳
白茅根	甘, 寒	肺胃大肠	凉血止血, 清热利尿
苎麻根	甘, 寒	心肝	凉血止血, 安胎, 清热解毒
2、化瘀止血药			
三七	甘微苦温	肝胃	化瘀止血, 消肿定痛
茜草	苦, 寒	肝	凉血止血, 活血通经
蒲黄	甘微辛平	肝心	化瘀, 止血, 利尿
五灵脂	苦甘温	肝脾	化瘀止血, 活血止痛
降香	辛, 温	肝脾	化瘀止血, 活血止痛, 降气避秽
3、收敛止血药			
白及	苦、甘、涩, 微寒	肺胃肝	收敛止血, 消肿生肌
仙鹤草	苦、涩, 平	肺肝脾	收敛止血, 补虚, 止痢, 杀虫
棕榈	苦涩平	肺肝大肠	收敛止血
血余炭	苦涩平	肝胃大肠	收敛止血, 化瘀, 利尿
藕节	甘涩平	肝脾胃	收敛止血, 散瘀
药名	性味	归经	功效

鸡冠花	甘涩凉	肝大肠	收敛止血，清热凉血，止泻止带
4、温经止血药			
艾叶	辛、苦，温	肝脾肾	温经止血，散寒止痛，调经安胎，祛湿止痒
炮姜	苦、涩，温	脾肝	温经止血，温中止痛，温中止泻

十二、化痰止咳平喘药 凡能化痰或祛痰治疗痰证为主要作用的药物，称化痰药；以制止或减轻咳嗽喘息为主要作用，用治咳喘证的药物，称止咳平喘药。

1、温化寒痰药			
半夏	辛，温；有毒	脾胃肺	燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结，外用消肿止痛
天南星	苦、辛，温；有毒	肺肝脾	燥湿化痰，祛风解痉；外用消肿止痛
白附子	辛、甘，温；有毒	胃肝	燥湿化痰，祛风止痉，解毒散结止痛
白芥子	辛，温	肺	温肺化痰，利气散结，通络止痛
皂荚	辛、咸，温；有小毒	肺大肠	祛顽痰，开窍通闭，祛风杀虫
白前	辛、苦，微温	肺	降气，消痰，止咳
2、清化热痰			
前胡	苦辛微寒	肺	降气化痰，宣散风热
桔梗	苦、辛，平	肺	开宣肺气，祛痰排脓，利咽
川贝母	苦、甘，微寒	肺心	清化热痰，润肺止咳，散结消肿
浙贝母	苦，寒	肺心	清热散结，化痰止咳
瓜蒌	甘、微苦，寒	肺胃大肠	清热化痰，利气宽胸，散结消痈，润燥滑肠
竹茹	甘，微寒	肺胃	清化热痰，开郁除烦，清胃止呕
天竺黄	甘，寒	心肝	清化热痰，清心定惊
海藻	咸寒	肝胃肾	消痰软坚，利水消肿
昆布	咸寒	肝胃肾	消痰散结，利水消肿
海蛤壳	苦咸寒	肺胃	清热化痰，软坚散结，制酸止痛
海浮石	咸寒	肺	清热化痰，软坚散结
瓦楞子	咸平	肺胃肝	消痰软坚，化瘀散结，制酸止痛
礞石	肝咸平	肺肝	坠痰下气，平肝镇惊
3、止咳平喘药			
苦杏仁	苦，微温；有小毒	肺大肠	止咳平喘 润肠通便
苏子	辛，温	肺大肠	降气化痰，止咳平喘，润肠通便
百部	甘苦，微温	肺	清肺止咳 杀虫灭虱
紫菀	苦甘，微温	肺	润肺下气，化痰止咳
款冬花	辛，温	肺	润肺下气，止咳化痰
马兜铃	苦微辛寒	肺大肠	清肺化痰 止咳平喘
枇杷叶	苦，微寒	肺胃	清肺化痰止咳 降逆止呕
桑白皮	甘，寒	肺	泻肺平喘 利水消肿
葶苈子	苦、辛，大寒	肺膀胱	泻肺平喘 利水消肿
白果	甘、苦、涩，平；有毒	肺	敛肺平喘 收涩止带 固精缩尿
洋金花	辛温，有毒	肺肝	止咳平喘，止痛，止痉
罗汉果	甘，凉	肺大肠	清热润肺，生津止渴，润肠通便

(待续)