

药学与临床

二〇一二年第一期

【十八反】

本草明言十八反，

半蒺贝藜及攻乌。

藻戟遂芫俱战草，

诸参辛芍叛藜芦。



山东中医药大学第二附属医院·山东省中西医结合医院

药学部临床药学室主办

目录

中国血糖监测临床应用指南（2011年版）解读.....	（刘健） 1
用药失误防范.....	（刘健） 4
2011年度我院药品不良反应报表统计分析.....	（执笔：刘丽达） 7
2011年下半年我院甲状腺、乳房、腹外疝手术及冠脉介入治疗术患者病历抗菌药物使用情况汇总分析.....	（宋毅斐） 10
骨科手术出院病历抗菌药物使用情况分析.....	（孙世光） 15
口服降糖药使用说明.....	（李玉静） 16
胰岛素及其类似物使用说明.....	（李玉静） 17
“药典”成方遴选.....	（鹿岩） 18

封面设计：孙世光

临床药学室联系电话：36487 36418

中国血糖监测临床应用指南 (2011 年版) 解读

糖尿病 (DM) 监测、心理教育、运动治疗、饮食治疗及药物治疗是 DM 综合管理的五个方面。血糖监测是 DM 监测的重要内容之一, 监测结果即有助于评估 DM 患者糖代谢紊乱的程度又能反映降糖治疗的效果, 为以 DM 患者制定合理的降糖方案。

一、不同时间血糖意义

(一) **空腹血糖**: 指早晨 6-7 点, 8-10 小时未进食的过夜血糖。意义: 反映胰岛 B 细胞功能, 特别是胰岛素基础分泌状况; 评价药物治疗的效果; 空腹血糖同餐后血糖有着密切的关系, 对于餐后血糖水平和餐后血糖的漂移程度具有预测作用; 空腹血糖水平与 HbA1c 的关系比餐后血糖更为密切。无论是血糖监测还是血糖控制都应当从空腹血糖开始。

(二) **餐前血糖** 意义: 反映胰岛素基础分泌状况; 发现无症状及医源性低血糖; 评价药物治疗效果; 有低血糖风险者、老年人应经常测定餐前血糖。

(三) **餐后 2h 血糖**: 第一口进食开始计算时间的早、中、晚餐后 2h 血糖。意义: 反映胰岛素餐时分泌 (追加分泌) 状况; 评价药物治疗效果以调整药物治疗方案。研究证明监测餐后 2h 血糖可: 提高监测 DM 患者检出阳性率; 多数老年 DM 患者仅表现为餐后高血糖; 餐后高血糖同心脑血管事件高度相关。

(四) **睡前血糖** 意义: 适用于注射胰岛素特别是注射中长效胰岛素的患者; 评价药物治疗效果及是否需要加餐, **预防低血糖发生**; 可用于验证空腹血糖和评估空腹高血糖。

(五) **凌晨血糖** 意义: 适于治疗已接近治疗目标而空腹血糖仍高者, 以分辨空腹高血糖出现的原因 (苏木杰现象/黎明现象), 及时调整药物; 是发现**夜半无症状低血糖**的重要时点。

(六) **随机血糖**: 除以上指定监测时间外的任意时间血糖。意义: 随时捕捉特殊情况下的血糖变化, 作为临时调整治疗的依据; 很多特殊情况对血糖的影响非常大又非常敏感, 比如: 旅游、生病、情绪变化、吃特殊食品、劳累、月经期、运动; 任意时血糖值都不应超过 11.1mmol/L。

二、胰岛素治疗 DM 患者自我血糖监测 (SMBG)

SMBG 是患者利用血糖仪进行的血糖监测，是最基本的评价血糖控制水平的手段，DM 患者应进行 SMBG 监测，监测点可选择餐前、餐后 2h、睡前及夜间（一般为 Am: 2:00~3: 00），或可依据治疗方案制定个体化的监测方案。

1. 多次胰岛素注射患者的 SMBG 方案：建议涵盖空腹、三餐前后、睡前 7 个时间点。如有低血糖表现需随时测血糖。如出现不可解释的空腹高血糖或夜间低血糖，应监测夜间血糖。达到治疗目标后每日监测血糖 2~4 次（表 1）。

表 1 多次胰岛素注射治疗的血糖监测方案举例

血糖监测	空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前
未达标	×	×	√	×	√	×	×
已达标	×				×	×	×

注：“×”需测血糖的时间；“√”可以省去测血糖的时间

2. 基础胰岛素治疗患者的 SMBG 方案：见表 2。

表 2 基础胰岛素治疗的血糖监测方案举例

血糖监测		空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	说明
未达标	每周 3 天	×							每 2 周复诊 1 次
	复诊前 1 天	×	×		×		×	×	
已达标	每周 3 次	×	×				×		每月复诊 1 次
	复诊前 1 天	×	×		×		×	×	

3. 每日 2 次预混胰岛素治疗患者的 SMBG 方案：见表 3。

表 3 基础胰岛素治疗的血糖监测方案举例

血糖监测		空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	说明
未达标	每周 3 天	×							每 2 周复诊 1 次
	复诊前 1 天	×	×		×		×	×	
已达标	每周 3 次	×	×				×		每月复诊 1 次
	复诊前 1 天	×	×		×		×	×	

三、非胰岛素治疗患者的 SMBG 方案

1. 非胰岛素治疗患者的短期强化监测方案：见表 4。

此方案适用于：有低血糖症状；旅行；感染等应激状态；正在对用药、饮食或运动方案进行调整；HbA1c 水平升高；刚进入一个新的生活环境；需要获得更多的血糖信息等情况。在获得充分的血糖数据并采取了相应的治疗措施后，可以减少到交替监测方案，见表 5。

表 4 非胰岛素治疗患者的短期强化血糖监测方案

血糖监测	空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	说明
周 1								每周监测 3 天，每次 5~7 个点
周 2~周 4	×	×	√	×	×	×	√	
周 5~周 7								

表 5 非胰岛素治疗患者的交替自我血糖监测方案

血糖监测	空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	说明
周 1	×	×						
周 2			×	×				
周 3					×	×		
周 4	×	×						
周 5			×	×				
周 6					×	×		
周 7	×	×						

2. 非胰岛素治疗患者的餐时配对方案：餐时配对方案建议每周 3 天，分别配对监测早餐、午餐和晚餐前后的血糖水平，见表 8，帮助患者了解饮食和相关治疗措施对血糖水平的影响。

表 6 非胰岛素治疗患者的餐时配对血糖监测方案（以进餐为基础的自我血糖监测）

血糖监测	空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	说明
周 1	×	×						
周 2								
周 3			×	×				
周 4								
周 5								
周 6					×	×		
周 7								

三、血糖其他监测方法

1. HbA1c HbA1c 是反映既往 2~3 月平均血糖水平的指标，即是评估长期血糖控制状况的金标准，也是临床决定是否需要调整治疗的重要依据。研究已证实，以 HbA1c 为目标的强化血糖控制可降低糖尿病微血管及大血管并发症的发生风险。《中国 2 型糖尿病防治指南》的建议，在治疗之初至少每 3 个月检测 1 次，一旦达到治疗目标可每 6 个月检查 1 次。HbA1c 检测无需患者空腹，可以任意时间采血，不受进餐影响。维生素 C、维生素 E、大剂量的水杨酸盐、促红细胞生成素及氨苯砞等药物可使 HbA1c 测定结果降低。

2. 糖化血清蛋白 (GA) 对短期内血糖变化比 HbA1c 敏感，通常认为 GA 测定可反映患者近 2~3 周内的平均血糖水平，是评价患者短期糖代谢控制情况的良好指标，尤其是对于 DM 患者治疗方案调整后疗效的评价，如短期住院治疗的 DM 患者，GA 可能比 HbA1c 更具有临床参考价值。

伴有白蛋白转化异常疾病（如肾病综合征、甲状腺功能异常、肝硬化等疾病）的 DM 患者，其 GA 水平会受到影响，甲亢者可使 GA 测定结果降低，甲低者可使测定结果升高；体重指数 (BMI) 对 GA 水平呈负性影响。

3. 动态血糖监测(CGM) 是指通过葡萄糖感应器监测皮下组织间液的葡萄糖浓度而反映血糖水平的监测技术, 可以提供连续、全面、可靠的全天血糖信息。CGM 主要的优势在于能发现不易被传统监测方法所探测到的高血糖和低血糖, 尤其是餐后高血糖和夜间的无症状性低血糖。1 型 DM、胰岛素强化治疗的 2 型 DM 以及血糖波动大的患者是首选推荐进行 CGM 的人群。

(刘健)

用药失误防范

药物是治疗疾病的有效医疗干预之一。理想的药物治疗是使患者在最低的用药风险下, 治愈或缓解疾病, 达到维持或提高其生活质量的治疗预期效果。然而, 在药物治疗过程中, 有时一些已知或未知的风险常与药物使用相伴, 如药物选择错误、给药剂量错误、给药途径错误、用药对象错误及给药时间错误等, 这些可避免的用药失误或用药差错 (Medication Errors ,ME) 可能会给患者造成伤害。避免或减少用药失误, 对提高患者的药物治疗安全及促进医疗安全具有重要意义。

一、ME 的定义

目前, 对于 ME 国际上尚没有统一的定义, 最常被引用的定义是“美国国家用药失误通报及预防协调审议委员会”所定义的内容: 在药物治疗过程中, 医疗专业人员、患者或消费者不适当地使用药物或因而造成的患者的损伤的可预防的事件。此类事件的发生可能与专业医疗行为、健康医疗产品 (药品、给药装置等)、工作流程与系统有关, 包括处方的开具、医嘱的建立与沟通; 产品的标识、包装与命名; 药品的调剂、分送与给药; 病患卫生教育及药疗监测等。

二、ME 的含义

(1) 用错患者: 指将药物用错病人, 此类错误易发生在药师发药和护士给药的环节中, 药师和护士通常在短时间内处理多个病人的发药和给药工作, 流程的遗漏和个人疏忽都可能导致用错病人。

(2) 用错药物: 指给患者用了与其治疗无关的或对于患者不适宜的药物。此类 ME 易发生在医生开医嘱时, 由于医生不了解药物特性或患者其它相关疾病特点可能开错药物, 其中禁忌证用药对病人可能产生严重的危害。另外, 药师调配时看错药名, 或护士对医嘱理解错误, 也可能产生用错药的后果。

(3) 用错剂量: 指用药剂量过大造成中毒或剂量过小延误治疗时机, 医、药、护及患者等均可发生此类错误, 如计算错误、书写差错、转抄医嘱错误、理解错误等都是常见原因。

(4) 用错给药途径: 指口服、注射、外用等给药部位或方法错误, 医、药、护及患者都可能错误理解给药途径, 医务人员不了解新药的剂型特点是常见原因。

(5) 用错时间: 指错误的用药时间、间隔和疗程。如: 处方医生没有清楚地交代, 药师没有给予必要的书面及口头指导, 护士不重视严格的给药时间, 患者不了解按时间及疗程治疗的重要性。

三、ME 发生的原因

ME 发生是多方面因素造成的, 如知识不足、不规范操作、工作人员精力不集中、或管理系统中的失误等。医务人员在医疗实践过程中应当时刻避免 ME。医务人员在提高工作的警惕性和责任心的同时, 也应了解 ME 发生的原因, 以采取有效措施避免 ME 发生。常见的 ME 原因可概括为六个方面:

(1) 沟通失误: 处方或医嘱书写字迹潦草可导致药师辨认错误, 药名读音相似使处方者和给药者理解不同, 写错剂量或剂量单位, 使用缩写引起误解等。

(2) 产品的缺陷: 包装外观相似的药品极易误导药师和护士拿错药品, 同种药物不同规格之间也常常引起用药剂量差错。

(3) 工作流程和环境的缺陷: 药师未执行双人核对制度, 护士临时稀释药品, 药品摆放货位凌乱, 新手值班, 工作过于繁忙等。

(4) 剂量计算错误: 儿童用量需严格计算, 对于静脉用药的浓度和化疗药给药剂量必须重视, 必须掌握激素或麻醉性镇痛药等同类药品的等效剂量。

(5) 给药错误: 如给错病人、错过正常的给药时间、用口服或外用剂型注射给药等。有时还错将滴眼剂用于滴鼻, 或将滴鼻剂用进耳朵等

(6) 患者教育欠缺: 有的患者不了解所使用的药物使用时间、服用方法、疗程及贮存条件, 对发生已知或未知的不良反应不知晓对策等。

四、ME 的危害

ME 是医疗差错的主要原因之一。ME 可造成药源性疾病, 甚至死亡, 增加医疗成本, 浪费医疗资源。“美国用药差错报告系统”将 ME 按患者机体受损害程度而分为 9 级 (A~I)。患者因药品不良反应引起的损害, 不属于 ME。

A 级：未发生 ME，但客观环境或条件可能引发 ME。 B 级：ME 发生，但药物未发给患者。 C 级：ME 发生，但未对患者造成伤害。 D 级：需要监测 ME 对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害。 E 级：ME 造成患者暂时性伤害，需要采取预防措施。 F 级：ME 对患者的伤害可导致患者住院或延长住院时间。 G 级：ME 导致患者永久性伤害。 H 级：ME 引起危及生命事件，如过敏性休克、心律不齐。 I 级：ME 导致患者死亡。

五、ME 的防范

人有其局限性，任何人都有可能犯错误，应该相信没有人会故意去犯错。对于个体或个案出现的 ME 正确的态度是不应回避和隐瞒，更不能着力于惩罚或者歧视犯错误的个人，而是从系统分析的角度去探寻差错发生的经过、条件和原因，从而改进流程和技术，并以其经验和教训对相关人员进行培训和警示。

(1) 遵守作业流程的操作规程。违反药品调剂操作规范和流程是导致药房调剂发生 ME 的主要危险因素。

(2) 建立 ME 报告制度，鼓励无记名式自愿报告 ME 隐患及事故。对于已发生的 ME 进行分析评价，分析 ME 发生原因以及今后预防 ME 发生的措施。

(3) 列出医院高风险药品、易混淆药品目录，并做好相应标示，以免药师或护士取药时拿错。

(4) 规范处方书写行为，字迹应清晰，不要使用药名缩写、用法简称等，避免处方者与发药者之间的理解误差。

(5) 药品使用过程是综合了医、药、护专业人员的合作，他们之间应加强有效沟通，以避免 ME 发生，如药师遇到疑问处方不能猜测，必须立即与医师确认。一个 ME 发生，往往可能就是用药过程中，若干个环节、若干个个人失误的积累。每个环节中的每一个人都应履行减少或避免 ME 的责任，才能避免 ME 发生。

(6) 加强对患者的用药教育与沟通。医师、药师给患者的用药信息和指导不应有原则的差异，若药师的指导与医生的医嘱不一致，就提示用药过程中一定出现了错误。

五、结束语

ME 在任何时候都是客观存在的，是影响和威胁患者安全的重要问题。ME 发生原因有操作者个人因素，也无疑蕴涵着用药管理过程中存在某些疏漏，讨论 ME 目的不是惩罚某个责任者，而应是找出用药管理过程中问题所在，制定相应措施，避

免类似 ME 重复发生。

(刘健)

2011 年度我院药品不良反应报表统计分析

截止 2011 年 12 月 31 日, 我院药品不良反应监测办公室共收到临床各科室及药房上报的药品不良反应 (ADR) 报表共计 317 份, 现将 317 份 ADR 报表进行汇总、分析, 为临床安全用药提供参考。

一、根据给药途径分类: 静脉途径给药的 ADR 比例为 80.1% (西药注射剂为 66.2%, 中药注射剂为 13.9%), 口服途径给药的 ADR 比例为 13.6%。静脉途径给药因起效快、生物利用度高、便于血药浓度控制等优点, 在抢救病人中发挥着积极的作用, 但因其滴注速度、PH 值、渗透压等因素, 造成静脉途径给药的风险远远高于其它途径给药, 建议医师在保证治疗的前提下, 合理采用给药方式。

二、根据药品 ADR 报告涉及药品类别分类: 中药注射剂 ADR 比例为 13.9%, 居首位; 喹诺酮类 ADR 的比例为 13.3%, 居次位。结果见表 1。

对于喹诺酮类临床应用, 卫生部 38 号文明确要求“严格控制喹诺酮类药物临床应用”, 对喹诺酮类药物临床使用的安全性必须予以重视, 在选用该类药品时必须要有严格指征, 医师应了解其说明书中的注意事项及用药前、用药中须监测的化验室指标。

表 1 我院 2011 年收集的 ADR 报表中各类药品所占比例

排序	药品类别	报告数量 (例)	构成比例 (%)	排序	药品类别	报告数量 (例)	构成比例 (%)
1	中药注射剂药品	44	13.9	11	消化系统药品	7	2.2
2	喹诺酮类药品	42	13.5	12	水、电解质及酸碱平衡药品	6	1.9
3	大环内酯类药品	30	9.5	13	抗变态反应药品	5	1.6
4	心血管系统药品	27	8.5	14	麻醉用药品	4	1.3
5	神经系统药品	25	7.9	15	妇科用药品	4	1.3
6	头孢菌素类药品	23	7.3	16	调节内分泌药品	4	1.3
7	林可胺类药品	20	6.3	17	解热镇痛药品	3	1.0
8	硝基咪唑类药品	10	3.2	18	维生素类药品	3	1.0
9	呼吸系统药品	10	3.2	19	抗病毒药品	3	1.0
10	抗肿瘤药品	8	2.5	20	其它	31	9.8

三、在我院发生的西药 ADR 中, 以消化系统反应、过敏样反应、注射部位反应、中枢神经系统反应、循环系统反应居多, 其中, 注射用门冬氨酸洛美沙星 (星洛)、注射用克林霉素磷酸酯 (可欣林) 及注射用门冬氨酸阿奇霉素 (博抗) 三种药品的 ADR 在上报的 ADR 中居前三位, 分别占 6.7%、6.3%、6.0%, 此三种药品的 ADR

例数约占总数的 1/5，结果见表 2。

注射用克林霉素磷酸酯（可欣林）对革兰氏阳性菌、厌氧菌敏感，常见 ADR 为胃肠道反应，但应注意该药可增强吸入性麻醉药的神经肌肉阻滞作用，导致骨骼肌软弱、呼吸抑制或麻痹（呼吸暂停），在手术中或术后合用时应注意。

四、中药注射液发生的 ADR 中，注射用血栓通（晨钟）为 10 例、银杏达莫注射液（美欣怡）为 6 例（批号 100854 为 5 例，均为头痛、头晕）、注射用丹参（冻干）为 6 例，结果见表 3。中药注射剂中有效成分多为大分子物质（如色素、鞣质、淀粉、蛋白质等）是引起 ADR 的主要原因；其次药液的浓度过高、滴注速度过快也是不容忽视的。

综上所述，2011 年我院药品不良反应上报类型及临床表现呈多样性，在临床用药中应加强对患者的用药指导，严格按说明书使用，注意药品的适应症、剂量、配伍及禁忌症等，及时反馈药品 ADR 的发生，避免给患者造成不必要的损害。

表 3 中药注射液 ADR 的发生例数及 ADR 名称

序号	通用名	商品名	例数	不良反应名称（例次）
1	注射用血栓通	晨钟	10	胸闷 1，心悸 1，皮疹 4，头痛 2，头晕 1，静脉炎 1
2	银杏达莫注射液	美欣怡	6	头痛 5，头晕 5，恶心 1（批号 100854 为 5 例头痛、头晕）
3	注射用丹参（冻干）		6	寒战 2，心悸 1，肢体麻木 1，静脉炎 1，头痛 1
4	痰热清注射液		5	高热 1，寒战 2，胸闷 1，恶心 1，呕吐 1
5	舒血宁注射液		3	静脉炎 2，面色潮红 1
6	疏血通注射液		3	发热 1，静脉炎 1，面色潮红 1
7	血塞通注射液	凯思宁	2	皮疹 1，恶心 1
8	红花黄色素氯化钠注射液	西克	2	瘙痒 1，头痛 1
9	热毒宁注射液		2	恶心 1，呕吐 1，皮疹 1

表 2 西药 ADR 的发生例数及 ADR 名称

序号	通用名	商品名	例数	不良反应名称 (例次)	序号	通用名	商品名	例数	不良反应名称 (例次)
1	注射用门冬氨酸洛美沙星	星洛	21	高热 2, 瘙痒 7, 恶心 4, 心悸 4, 静脉炎 3, 胸闷 3, 虚汗 3, 头痛 2	20	注射用环磷腺苷葡胺	尤力	3	心悸 3, 头晕 1
2	注射用克林霉素磷酸酯	可欣林	20	高热 2, 发热 3, 恶心 8, 呕吐 8, 注射部位疼痛 2, 皮疹 1, 口苦 2, 面色潮红 1	21	注射用奥扎格雷钠	露疏	3	注射部位疼痛 1, 头痛 1, 牙龈出血 1
3	注射用门冬氨酸阿奇霉素	博抗	19	寒战 1, 恶心 9, 呕吐 8, 注射部位疼痛 6, 头痛 2, 皮疹 2, 腹痛 2	22	克拉霉素缓释片	诺邦	3	皮疹 2, 腹泻 1
4	吡拉西坦氯化钠注射液	朗欧	8	注射部位疼痛 6, 寒战 1, 心悸 1, 恶心 1, 皮疹 1	23	硝酸异山梨酯注射液	爱倍	3	头痛 3
5	盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液		7	瘙痒 3, 恶心 2, 呕吐 2, 注射部位疼痛 2, 皮疹 1	24	注射用美洛西林钠舒巴坦钠	凯韦可	2	皮疹 1, 发热 1
6	奥硝唑氯化钠注射液	圣诺安	5	恶心 2, 呕吐 2, 心悸 1, 皮疹 1, 瘙痒 1, 肢体麻木 1, 注射部位疼痛 1	25	注射用盐酸头孢吡肟	若能	2	皮疹 1, 腹泻 1
7	左氧氟沙星胶囊		5	恶心 3, 视觉异常 1, 腹泻 1	26	注射用头孢唑肟钠	益保世灵	2	过敏性休克 1, 高热 1, 寒颤 1
8	注射用头孢呋辛钠	信立欣	4	注射部位疼痛 2, 皮疹 1, 瘙痒 1	27	注射用头孢美唑钠	毕立枢	2	头晕 2, 呕吐 1, 耳鸣 1
9	奥拉西坦注射液	倍清星	4	寒战 1, 皮疹 2, 头痛 1	28	盐酸左氧氟沙星注射液	金诺尔曼	2	恶心 1, 乏力 1, 震颤 1
10	前列地尔注射液	曼新妥	4	皮疹 3, 静脉炎 1	29	低分子右旋糖酐氨基酸注射液	利右安	2	头痛 1, 恶心 1, 口唇紫绀 1
11	注射用乳糖酸阿奇霉素	其仙	4	注射部位疼痛 2, 静脉炎 1, 恶心 1, 呕吐 1	30	缩宫素注射液		2	寒颤 1, 恶心 2, 呕吐 1
12	罗红霉素胶囊	赛乐林	4	腹痛 3, 恶心 3, 头晕 1	31	马来酸桂哌齐特注射液	安捷利	2	头胀 1, 注射部位疼痛 1
13	加替沙星葡萄糖注射液	艾尔嘉	3	视力模糊 1, 恶心 3, 呕吐 2, 皮疹 1	32	甲硝唑片		2	恶心 2
14	注射用头孢米诺钠	华克平	3	皮疹 2, 心悸 1	33	复方利血平氨苯蝶啶片		2	头胀 2, 耳鸣 1
15	注射用头孢替安	锋替新	3	皮疹 2, 恶心 1, 呕吐 1	34	双氯芬酸钠肠溶片	扶他林	2	皮疹 1, 胃肠胀气 1
16	注射液泮托拉唑钠	韦迪	3	头晕 1, 恶心 1, 皮疹 1	35	异丙托溴铵气雾剂	爱全乐	2	憋喘 1, 面部潮红 1
17	注射用炎琥宁		3	皮疹 3	36	硫酸特布他林雾化液	博利康尼	2	心率过速 2
18	10%氯化钾注射液		3	静脉炎 3	37	丹参酮 II A 磺酸钠注射液	诺新康	2	皮疹 1, 恶心 1
19	注射用盐酸川芎嗪	川青	3	呕吐 1, 头痛 1, 瘙痒 1					

(刘丽达)

2011 年下半年我院甲状腺、乳房、腹外疝手术及冠脉介入治疗 术患者病历抗菌药物使用情况汇总分析

为贯彻落实山东省卫生厅《关于印发 2011 年全省抗菌药物临床应用专项整治活动方案的通知》（鲁卫医字【2011】68 号）要求，及进一步促进我院抗菌药物的合理使用，药剂科临床药理学室按照我院抗菌药物临床应用专项整治活动方案部署，于 2011 年下半年，逐月对我院的单病种 I 类切口手术和介入治疗手术病历进行了回顾性调研分析，现将 2011 年下半年各月的分析结果汇总如下：

一、调查对象与方法

根据我院病案室和放射科的病历登记册及病历登记软件中的相应信息，随机抽取时间为 2011 年 7 月份~12 月份，出院诊断为甲状腺、乳房、腹外疝手术或冠脉介入治疗病人的出院病历，共计 106 份，作为本次调研的单病种病历，其中甲状腺手术出院病历 22 份、乳房手术出院病历 8 份、腹外疝手术出院病历 9 份、冠脉介入治疗病历 67 份（各月病历抽取的具体情况见下表）。上述病历分别来自普外科、泌尿外科和心脏中心。

2011 年下半年各月份单病种病历抽取情况表（单位：份）

病历种类	月份						总计
	7 月份	8 月份	9 月份	10 月份	11 月份	12 月份	
甲状腺手术病历	5	4	3	3	2	5	22
乳房手术病历	0	1	3	1	3	0	8
腹外疝手术病历	1	1	1	1	2	3	9
介入治疗手术病历	5	15	10	13	14	10	67
总计	11	21	17	18	21	18	106

二、评价依据

本次调研评价分析的主要依据为《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发【2009】38 号）（以下简称为“卫生部 38 号文”），《抗菌药物临床应用指导原则》及《关于印发 2011 年全省抗菌药物临床应用专项整治活动方案的通知》（鲁卫医字【2011】68 号）。

三、调查统计结果

2011 年下半年调研所抽取的 106 份病历中有 86 份单病种病历预防选用了抗菌药物，即 I 类切口手术抗菌药物预防使用率达 81.14%（86/106）。现根据所调查的几个

方面进行简要结果统计。

1、抗菌药物费用、住院药品费用与住院总费用之间的统计结果，见表 1-1。

表 1-1 各月单病种病历抗菌药物费用、住院药品费用与住院总费用情况统计表

项目 月份	抗菌药物费	住院总药费	住院总费用	抗菌药物费	抗菌药物费	住院总药费
	用 (单位: 元)	(单位: 元)	(单位: 元)	用 住院总费用	用 住院总药费	住院总费用
7 月份	6114.80	83844.44	525580.3	1.17%	7.30%	15.96%
8 月份	15307.92	165778.41	2314729.97	0.66%	9.23%	7.16%
9 月份	11072.4	128611.52	742726.89	1.49%	8.61%	17.32%
10 月份	9399.16	131287.2	1064601.62	0.88%	7.16%	12.33%
11 月份	3067.15	100174.5	867483.84	0.35%	3.06%	11.55%
12 月份	4227.60	106831.70	824476.78	0.51%	3.96%	12.96%
总计	49189.03	716527.77	6339599.4	0.78%	6.87%	11.31%

2、单病种手术使用抗菌药物的用药合理性评价结果，见表 2-1。

表 2-1 各月用药合理性评价表

项目 月份	适应证	药物选择	单次剂量	每日给药次数	溶剂选择	溶剂用量	用药途径	更换药品	联合用药	围手术期用药时间		
										术前	术中	术后
7 月份	7/4	5/2	2/5	5/2	7/0	7/0	7/0	/	/	1/6	6/1	0/7
8 月份	18/1	11/7	7/11	16/2	18/0	16/2	17/1	/	/	1/17	15/3	0/18
9 月份	13/4	8/5	3/10	10/3	13/0	12/1	13/0	/	0/1	5/8	10/3	0/13
10 月份	17/0	2/15	12/5	5/12	17/0	17/0	17/0	/	/	1/15	12/4	4/12
11 月份	11/3	4/7	8/3	4/7	11/0	11/0	11/0	/	/	1/9	9/1	8/2
12 月份	6/5	6/0	3/3	6/0	6/0	5/1	6/0	/	/	1/3	4/0	2/2
合计	72/17	36/36	35/37	46/26	72/0	68/4	71/1	/	0/1	10/58	56/12	14/54

说明：①表格中各数据为“合理/不合理”，即“/”前为合理的，“/”后为不合理的。

②本次抽取病历 106 份，其中 17 份未用抗菌药物，86 份为预防用药，3 份病历术前已有感染相关的诊断故为治疗用药，由于治疗用药时间范围涵盖手术期用药时间，且医嘱中未对围手术期用药时间进行交代，故本次抽查也无法对该类病历的围手术期用药时间进行评价，另外，有 1 份病历因无手术记录，而无法评价围手术期用药的时间。

③如果评价为“无适应证”，则其后的各选项不再评价。

④无更换药品和联合用药的，也不再进行该项目的评价。

3、抗菌药物品种选择的统计结果，见表 3-1。

表 3-1 各月单病种病历抗菌药物品种选择统计表

抗菌药物类别 月份	青霉素类+酶抑制剂	一代头孢菌素	二代头孢菌素	三代头孢菌素	三代头孢菌素+酶抑制剂	头霉素类	林可胺类	喹诺酮类	硝基咪唑类
7 月份		4	3			1	2	1	
8 月份	3	10	4		2		1		
9 月份		8	4	1		2		2	1
10 月份	2	2	4			9			
11 月份		5	3	1		4	1		
12 月份	1	6		1			3		
合计	6	35	18	3	2	16	7	3	1

4、清洁手术抗菌药物应用情况的各类相关监控指标数据汇总如下：

表 4-1 清洁手术抗菌药物各月监测数据统计表

监测项目 月份	抗菌药物使用强度(DDD)	清洁手术预防用抗菌药物百分率	清洁手术预防用抗菌药物人均用药天数	接受清洁手术者，术前 0.5~2.0 小时内给药百分率
7 月份	49.1 (72.17/147)	100.0% (11/11)	5.1 (56/11)	9.1% (1/11)
8 月份	62.37 (153.42/246)	95.2% (20/21)	5.3 (106/20)	4.8% (1/21)
9 月份	61.73 (116.67/189)	94.1% (16/17)	4.9 (78/16)	29.4% (5/17)
10 月份	32.68 (71.57/219)	94.4% (17/18)	4.1 (70/17)	5.6% (1/18)
11 月份	15.73 (32.4/206)	61.9% (13/21)	2.4 (31/13)	4.8% (1/21)
12 月份	19 (38/200)	50% (9/18)	2.2 (20/9)	5.6% (1/18)
合计	40.12 (484.23/1207)	81.13% (86/106)	4.2 (361/86)	9.4% (10/106)

四、分析评价

1、根据卫生部及我省卫生厅制定相关要求，药品收入总金额占医疗收入总金额的比例应 $\leq 45\%$ ，抗菌药物使用金额占药品总收入的比例应 $\leq 15\%$ ，2011 年下半年调查的 106 份单病种治疗病历显示该两项数值各月份均达到了规定要求（见表 1-1）。但由于所抽查的病例均为单病种的手术病历，且 106 份抽查病历中 67 份为冠脉介入治疗病历，介入手术支架费用及其它药品费用较高，故药品总费用和抗菌药物费用所占金额比例就相对较低，所以上述两项结果在衡量本院该两项指标时并不具有代表性，仅供参考。

2、根据卫生部及我省卫生厅制定的相关要求，抗菌药物使用强度力争控制在 40DDD 以下。结合本次调研的相关统计数据（见表 4-1），我院 2011 年下半抗菌药

物使用强度为 40.12DDD。自 2011 年 9 月份起, 由于我院针对抗菌药物强制整顿工作采取了相关措施, 目前已连续 3 个月抗菌药物使用强度控制在了 40DDD 以下。

3、根据目前国家对抗菌药物临床应用专项检查工作的相关规定, I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例应 $\leq 30\%$ 。自本次调研开始, 我院 I 类切口手术预防使用抗菌药物百分率已由最初的 100% 逐月下降至 50.00% (见表 4-1), 这与相关科室的努力密不可分, 为尽早达到国家对 I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例 $\leq 30\%$ 的规定, 还望大家在保证医疗质量与安全的同时继续努力。

4、根据卫生部 38 号文的附件“常见手术预防用抗菌药物表”, 颈部外科 (含甲状腺) 手术、乳腺手术、腹外疝手术抗菌药物选择第一代头孢菌素, 2011 年下半年抽查病历中抗菌药物选择合理的为 36 份, 不合理的也为 36 份。据统计 (见表 3-1), 至本次调研最后一个月抗菌药物选择合理率已达到 100%。我院在 I 类切口手术抗菌药物选择上, 选择种类比较繁多, 严格按照卫生部 38 号文选择第一代头孢菌素的病历有 35 份, 占 38.46% (35/91)。

5、根据卫生部 38 号文的精神, 医疗机构要重点加强 I 类切口手术预防使用抗菌药物的管理和控制。I 类切口手术一般不预防使用抗菌药物, 确需使用时, 要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间。给药方法要按照《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定, 术前 0.5~2 小时内, 或麻醉开始时首次给药; 手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml, 术中可给予第二剂; 总预防用药时间一般不超过 24 小时, 个别情况可延长至 48 小时。根据统计数据 (见表 4-1), 2011 年下半年我院接受单病种清洁手术者, 术前 0.5~2.0 小时内给药百分率仅为 9.4% (10/106)。如果按照 I 类切口手术术前 0.5~2.0 小时内预防给药例数与 I 类切口手术预防选用抗菌药物例数的比值来算, 我院该项比值要高一些, 为 11.63% (10/86)。按用药合理性评价表 (见表 2-1), 术前给药时间 14.7% (10/68) 合理, 不合理的病历均为术前未给药、切皮后或术后给药; 术中给药 82.4% (56/68) 合理; 术后给药时间 20.6% (14/68) 合理, 不合理病历均为用药时间超过 48 小时。但值得一提的是, 通过医院对抗菌药物强制整顿工作的部署与落实, 清洁手术预防使用抗菌药物人均用药天数已连续半年呈逐渐下降趋势, 至调研最后一个月, 该项数值已经达到 2.2 天。

五、建议

本次调研所抽查的病历主要为单病种 I 类切口手术出院病历, 根据前不久国家

对 2011 年抗菌药物临床应用专项整治检查工作的相关情况比较，我院 I 类切口手术目前存在的问题依然较多，虽然通过医院对抗菌药物强制整顿工作的部署与落实，目前所改善，但仍需继续努力，在此提出以下建议：

1、建议医院针对性开展相关专题讲座，帮助相关科室医师进一步学习卫生部 38 号文，树立围手术期抗菌药物预防性应用严格管理的意识，自查自纠，科室间相互交流学习，介绍改进经验。

2、加强 I 类切口手术预防使用抗菌药物的管理和控制，I 类切口手术一般不预防使用抗菌药物，确需使用时，要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间，特别指出的是对于 I 类切口手术范围大、时间长（大于 3 小时）、涉及重要器官、有异物植入、年龄大于 70 岁、糖尿病控制不佳、恶性肿瘤放化疗中及免疫缺陷或营养不良的情况下可以选用抗菌药物。为了降低我院 I 类切口手术预防使用抗菌药物的比例，争取早日达到 I 类切口手术预防使用抗菌药物比例 $\leq 30\%$ 。建议相关科室根据各自的情况设立一个梯度目标，逐步降低该项比值。

3、注意 I 类切口手术预防使用抗菌药物的用药时机，严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定，术前 0.5~2 小时内，或麻醉开始时首次给药；手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂；总预防用药时间一般不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。之所以选择在术前 0.5~2 小时内给药，或麻醉开始时给药，是为了使手术切口暴露时局部组织中达到足以杀灭手术过程中入侵切口细菌的药物浓度。对于手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml 的术中给予第二剂，是为了使抗菌药物的有效覆盖时间包括整个手术过程和手术结束后 4 小时。

4、外科预防应用抗菌药物的选择视预防目的而定，为预防术后切口感染，应针对金黄色葡萄球菌选用药物，预防手术部位感染或全身感染，则需依据手术野污染或可能的污染菌种类选择。选用的药物时还应充分考虑药物的安全性、方便性、经济性。

5、为了抽取病历时便于对抗菌药物的使用情况进行合理性评价，建议医师在病程记录或手术记录中完整记录使用抗菌药物的具体情况，尤其是在下达使用抗菌药物医嘱时准确注明给药时间。同时建议护理人员在执行医嘱时严格按照给药时间给药，并按照实际操作时间填写执行医嘱的时间。

6、对于手术科室术前预防选用抗菌药物具体使用上存在的一些问题，还请相关

部门尽快协调。一是, 建议术前用药 0.5~2 小时如果是在手术室进行, 应由手术室的护士签署用药执行时间及执行者签字; 二是, 如果为提前一天下达次日术前 0.5~2 小时用药医嘱, 护士在签署执行时间上最好标明日期和时间, 否则容易理解为前一日的执行日期和时间; 三是, 医师在医嘱单中下达“术前 0.5~2 小时用药”时, 护士应严格执行医嘱, 执行时间要与医师医嘱相吻合, 另外, 对于需要皮试的抗菌药物, 其皮试时间也应与用药执行时间具有合理的时间关系。

(宋毅斐)

骨科手术出院病历抗菌药物使用情况分析

按照“2011 年卫生部抗菌药物专项整治活动方案”的有关要求和医院的工作部署, 我院临床药理学室对骨外科 7-12 月份出院病历进行了监测和分析, 现就半年抗菌药物监测情况简要汇报如下:

1. 围手术期预防给药用药时机合理性有明显提高趋势 (图 1), 尤其 11 月份、12 月份分别出现术前、术中、术后抗菌使用均正确病例 1 份。

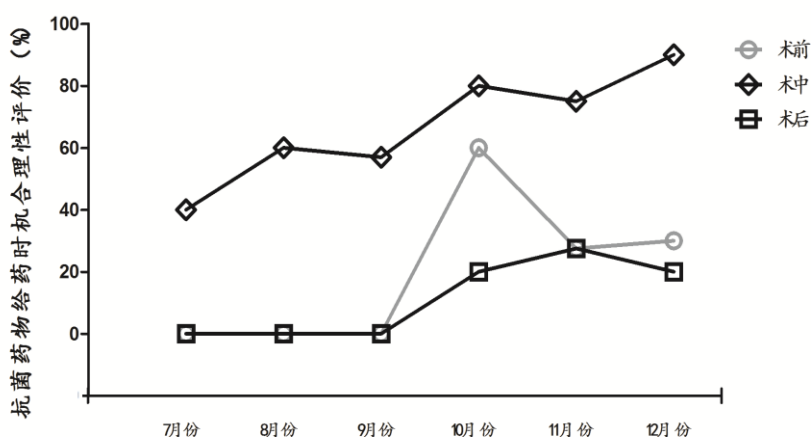


图 1 骨科围手术期抗菌药物给药时机合理性评价

2. 抗菌药物选择起点仍然偏高: 一般骨科手术建议选择一代头孢, 有植入物建议选择一、二代头孢及头孢曲松。同时, 值得提醒的是, 8 月份、10 月份分别出现 1 例氟喹诺酮类预防用药病例, 根据卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知 (卫办医政发[2009]38 号), 应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

(孙世光)

口服降糖药使用说明

服药时间	药品通用名称	商品名	规格	服药次数/日	说明
早餐时服用	格列吡嗪控释片	瑞易宁	5mg	起始剂量为 5mg,一天一次, 根据需要调整剂量	适于不能规律进食者;适合伴脂代谢紊乱的 2 型糖尿病;降低餐后血糖效果好
	格列齐特缓释片	图格 达美康	30mg	30mg~120mg, 一天一次	适于合并微血管病变者;如当天忘记服用,第二天剂量不得增加
饭前 30 分钟服用	格列吡嗪片	美吡达	5mg	一般推荐剂量一日 2.5~20mg, 但日剂量超过 15mg, 宜在早, 中, 晚分三次餐前服用	适合伴脂代谢紊乱的 2 型糖尿病.
	格列喹酮片	糖适平	30mg	一般日剂量为 15~120mg, 分三次服用	适用糖尿病肾病。
	格列美脲片	亚莫利	2mg	起始剂量: 1mg, 一天一次 如有必要, 增加到 2mg	服用本药, 不得咀嚼; 对其他磺酰脲类继发性失效者有效
		迪北	1mg	起始剂量: 1mg~2mg, 一天一次 维持剂量: 1mg~4mg, 一天一次	
瑞格列奈片		孚来迪	0.5mg	起始剂量 0.5mg, 根据病情需要再作调整	肝, 肾功能损害者, 慎用; 避免与吉非贝齐合用, 后者增强其降糖作用及作用时间, 易致低血糖.
		诺和龙	1mg		
餐时服用	阿卡波糖片	拜糖萍	50mg	餐前即刻整片吞服或与前几口食物一起咀嚼服用, 起始剂量一次 50mg, 一天三次	若使用本品发生低血糖, 不宜使用蔗糖, 应使用葡萄糖
	阿卡波糖胶囊	贝希	50mg	餐前即刻整粒吞服, 起始剂量一次 50mg, 一天三次	有明显消化和吸收障碍的慢性胃肠功能紊乱患者禁用, 严重肾功能损害者禁用
餐中或餐后服用	二甲双胍缓释片	卜可	0.5g	起始剂量: 0.5g, 一天一次, 根据病情需要再调整剂量。	一日用量不得超过 2g; 服用者应定期检查肾功, 以减低乳酸中毒发生的可能
	二甲双胍片	格华止		起始剂量: 0.5g, 一天二次, 根据病情需要再调整剂量, 也可分三次服用。	
不受进餐影响	吡格列酮	瑞彤 艾汀 顿灵	15mg	15~30mg, 一天 1 次,	可增加体重, 肥胖者宜与二甲双胍联用; 增加绝经后妇女骨折的发生率; 心衰患者禁用; 水肿患者慎用; 治疗前、治疗中定期检查肝功; 有增加膀胱癌的风险

本表由山东中医药大学第二附属医院药剂科冻源社区西药房提供

胰岛素及其类似物使用说明

服药时间	药品通用名称	商品名	规格	服药次数/日	说明
早餐前 30 分钟用药	精蛋白锌胰岛素注射液		10ml: 400 单位	皮下注射，一天 1 次；	短效胰岛素制剂
	胰岛素注射液		10ml: 400 单位	皮下注射，一天 3 次；必要时可以静脉用药	
餐前 30 分钟用药	生物合成人胰岛素注射液	诺和灵 R	3ml: 300 国际单位（笔芯）	皮下注射，一般三餐前都需要注射，必要时可以静脉用药。	双效胰岛素制剂；用前翻转均匀，如果胰岛素混悬液在混摇后呈不均匀溶液，禁用
	精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混 50R）	诺和灵 50R	3ml: 300 国际单位（笔芯）		
	精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混 30R）	诺和灵 30R	3ml: 300 国际单位（笔芯）		
	精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混 30R）	诺和灵 30R	10ml: 400 国际单位（瓶装）	皮下注射，通常给予一天 1 次或 2 次	
	精蛋白锌重组人胰岛素混合注射液	优泌林 70/30	3ml: 300 单位（笔芯）		
	30/70 混合重组人胰岛素注射液	甘舒霖 30R	3ml: 300 国际单位（笔芯）		
	精蛋白重组人胰岛素注射液	重和林 M30	3ml: 300 国际单位（笔芯）		
餐前	门冬胰岛素注射液	诺和锐笔芯	3ml:300 单位（笔芯）	皮下注射，一天 3 次，必要时可以静脉用药	胰岛素类似物，起效迅速
	门冬胰岛素 30 注射液	诺和锐 30 笔芯	100 单位/毫升，3 毫升/支（笔芯）	皮下注射，一天 2~3 次，用量遵医嘱，	双效胰岛素类似物制剂。若药品内出现块状物或有霜冻状白色固体颗粒粘在笔芯底部或瓶壁上，禁用
	门冬胰岛素 30 注射液	诺和锐 30 特充	100 单位/毫升，3 毫升/支（特充）		
早上或晚上注射	精蛋白生物合成人胰岛素注射液	诺和灵 N 笔芯	3ml: 300 国际单位（笔芯）	皮下注射，可单独使用或与短效胰岛素混合使用。	中效胰岛素制剂
	精蛋白锌重组人胰岛素注射液	优泌林 N	3ml:300 单位（笔芯）		
不受进餐影响	甘精胰岛素注射液	来得时	3ml:300 单位	皮下注射，一天 1 次，早或晚。	胰岛素类似物，长效制剂

本表由山东中医药大学第二附属医院药剂科涿源社区西药房提供

（李玉静）

“药典”成方遴选

2005版“中国药典”(一部)载有中成药586种,凡被药典收录的品种,都是经过长期的临床验证,疗效确切、安全可靠。对于非保护品种,药典同时收录了制法,其中不乏一些工艺简单,如采用水煎提取或者直接粉碎服用的品种,这些品种在一定意义上可以考虑转化为中药饮片处方开具。现遴选几例,供临床医师参考。

双黄连汤

【分类】辛凉解表剂

【处方】金银花 22.5g、黄芩 22.5g、连翘 45g

【用法用量】水煎 400ml,分早晚两次饭后稍冷服。

【功效】疏风解表,清热解毒。用于外感风热所致的感冒,症见发热、咳嗽、咽痛。

【方解】方中金银花性味甘寒,芳香疏散,善散肺经热邪,又可清解心胃之热毒,为辛凉解表、清热解毒之良药,故为君药。黄芩苦寒,长于清肺热与上焦实火,并能清热燥湿,泻火解毒;连翘味苦,性微寒,既能清热解毒,又能透表达邪,长于清心火而散上焦之热,二药共为臣药。全方配合,药少而力专,共奏疏风解表、清热解毒之功。

【临床应用】

1. 感冒 因外感风热所致发热、微恶风、汗泄不畅、头胀痛、鼻塞流黄浊涕、咳嗽、舌红苔薄黄、脉浮数;上呼吸道感染见上述证候者。

2. 根据双黄连口服液及其他口服剂型的临床延伸应用报导,本方亦可用于治疗流感、支气管炎、肺炎、扁桃体炎、咽炎,及热毒壅盛引起的口腔炎、舌叶状乳头炎、小儿肺炎,外敷还可用于治疗烧烫伤感染。

【注意事项】

1. 本品清凉解表、清热解毒,风寒感冒者不适用;
2. 本药苦寒,易伤胃气,脾胃虚寒者慎服;
3. 服药期间忌服滋补性中药,饮食宜清淡,忌食辛辣厚味。
- 4 本方不宜久煎。

板蓝根汤

【分类】解热利咽剂

【处方】板蓝根 21~56g (或板蓝根配方颗粒折算适当包数)

【用法用量】水煎 200ml,分早晚两次饭后稍冷服,或水煎代茶饮。

【功效】清热解毒，凉血利咽。用于肺胃热盛所致的咽喉肿痛、口咽干燥、腮部肿胀；急性扁桃体炎、腮腺炎见上述证候者。

【方解】方中板蓝根性味苦寒，苦能泄降，寒能清热，本品有清热解毒，消肿利咽之功能。无论是火毒内蕴，肺胃热盛所致急喉痹、急乳蛾，还是瘟疫时毒，热毒蕴结所致的疔腮、咽喉肿痛皆可用之。

【临床应用】

1. 急喉痹 因火毒炽盛，上灼于咽而致咽部红肿、疼痛，发热，舌红，苔黄，脉数；急性咽炎见上述证候者。

2. 急乳蛾 因肺胃热毒壅盛，上蒸喉核而致喉核红肿、疼痛剧烈、或化脓，吞咽困难，发热，舌红，苔黄，脉数；急性扁桃体炎见上述证候者。

3. 疔腮 因瘟疫时毒，热毒蕴结所致发热、腮部肿胀，舌红，苔黄，脉数；急性腮腺炎见上述证候者。

【注意事项】

1. 本品为治疗肺胃实热火毒所致的急喉痹、急乳蛾、疔腮的中成药，若阴虚火旺之喉痹、乳蛾者忌用。

2. 服药期间饮食宜清淡，忌食辛辣油腻食物，以免助热生痰。

3. 本品苦寒，易伤胃气，老人、儿童及素体脾胃虚弱者慎服。

4. 急性咽炎、急性扁桃体炎感染严重，有高热等全身症状者，酌情应用抗生素，以促使炎症尽快消退。

5. 用本品治疗急性咽炎和急性扁桃体炎时，可配合使用漱口液含漱，以保持口腔清洁，或配合外用吹敷患处，以增强疗效。

五苓散

【分类】温化水湿剂

【处方】茯苓 18g、泽泻 30g、猪苓 18g、肉桂 12g、白术（炒）18g

【用法用量】研粉，混匀，分 16 包（即每包 6g）。温水冲服，一次 1~1.5 包，一日 2 次。

【功效】温阳化气，利湿行水。用于阳不化气、水湿内停所致的水肿，症见小便不利、水肿腹胀、呕逆泄泻、渴不思饮。

【方解】方中泽泻甘淡渗湿，入肾、膀胱经，功善利水渗湿消肿，重用为君药。茯苓、猪苓甘淡渗湿，健脾利湿，通利小便，增强君药利水渗湿之效，共为臣药。白术味苦性温，补气健脾，燥湿利水；肉桂味辛性热，补火助阳，温阳化气，以助膀胱气化，共为佐药。诸药合用，共奏温阳化气，利湿行水之功。

【临床应用】

1. 水肿 因阳气不足，膀胱气化无力而致水湿内停所致，症见小便不利，肢体水肿，腹胀不

适，呕逆泄泻，渴不思饮；慢性肾炎见上述证候者。

2. 蓄水证 因外感表证未尽，病邪随经入里，影响膀胱气化功能，症见发汗后，微热，口渴不欲饮，小便不利，脉浮；尿潴留见上述证候者。

3. 痰饮 由水湿内蓄于下，挟气上攻所致，症见脐下悸动，头眩，吐涎沫，短气而咳，小便不利，舌苔白腻，脉濡；慢性支气管炎见上述证候者。

4. 泄泻 由脾胃湿困，清气不升，浊气不降所致，症见泄泻如水或稀薄，呕吐，身重，体倦，或兼烦渴，小便不利，舌苔白腻，脉沉缓；慢性肠炎见上述证候者。

【注意事项】

1. 湿热下注，气滞水停，风水泛滥所致水肿不宜。
2. 痰热犯肺，气喘咳嗽者不宜。
3. 湿热下注，伤食所致泄泻不宜。
4. 本品含温热及渗利药物，孕妇慎用。
5. 服药期间不宜进食辛辣、油腻和煎炸类食物，以免助湿生热。
- 6 本方偏于渗利，应中病即止，不可久服。若入煎剂，不宜久煎。

感冒退热汤

【分类】辛凉解表剂

【处方】大青叶 24~48g、板蓝根 24~48g、连翘 12~24g、拳参 12~24g

【用法用量】水煎 400ml，分早晚两次饭后稍冷服。

【功效】清热解毒，疏风解表。用于上呼吸道感染、急性扁桃体炎、咽喉炎属外感风热、热毒壅盛证，症见发热、咽喉肿痛。

【方解】方中大青叶、板蓝根清热解毒，为君药，大青叶清热凉血作用强，板蓝根散结利咽之力优，二者合用，清热解毒利咽。连翘清热解毒散结，拳参清热解毒，共为臣药，增强君药之力。诸药合用，共奏清热解毒、疏风解表之功。

【临床应用】

1. 感冒 外感风热所致发热头痛，咽痛，全身痠痛，舌质红，苔黄薄，脉浮数；上呼吸道感染见上述证候者。

2. 乳蛾 热毒壅盛所致喉核红肿、咽喉肿痛，发热，或咳，舌质红，苔黄或黄腻，脉数；急性扁桃体炎见上述证候者。

3. 喉痹 因外感风热、毒热蕴结所致咽部肿痛，或伴发热；急性咽炎见上述证候者。

【注意事项】

1. 本方清热解毒，风寒外感者慎用。
2. 服药期间，禁食辛辣、油腻食品。
- 3 本方不宜久煎。

六一散

【分类】祛暑利湿剂

【处方】滑石粉 36g、甘草 6g

【用法用量】研粉，混匀，分 7 包（即每包 6g）。调服或包煎服，一次 1~1.5 包，一日 1~2 次；外用，扑撒患处。

【功效】清暑利湿。用于感受暑湿所致的发热、身倦、口渴、泄泻、小便黄少；外用治痱子。

【方解】方中滑石味淡体滑，能清热利小便，使二焦湿热从小便而出，用为君药。甘草生用能清热和中，又与滑石合成甘寒生津之用，使小便利而津液不伤，为臣药。两药合用，共奏清暑利湿之效。

【临床应用】

1. 暑湿 感受暑湿之邪所致的发热身倦，口渴，泄泻，小便黄少。
2. 痱子 外用于暑湿之邪所致的痱子，周身刺痒。

【注意事项】

1. 本品清暑利湿，小便清长者慎用。
2. 孕妇慎服。
3. 服药期间忌食辛辣食物，以免助湿生热。
- 4 由于本方药少力薄，单独使用，应以轻证为宜。

（鹿岩）