药学与临床

2010年 第11期

张仲景
东汉末年（公元150年-公元219年）著名医学家，被称为医圣，著有传世巨作《伤寒杂病论》。

山东中医药大学第二附属医院·山东省中西医结合医院
药剂科临床药学室主办

目　录

药源性低钾血症及防治 1
戒酒硫反应 3
超出药品说明书适应证用药须慎重 5
胰岛素制剂的辨析 5
六味地黄丸之辨证施治 7
2010 年第一季度我院药品不良反应监测报表收集结果通报 8
2010 年第一季度我院药品不良反应监测数据分析 9
中药注射液说明书中的内容摘抄 11

临床药学室联系电话：36487　36418

药源性低钾血症及防治

钾是人体内电解质的重要离子之一，在维持细胞的正常代谢、调节细胞内液的容量及渗透压、维持体液的酸碱平衡、维持神经及肌肉细胞膜的兴奋性以及维持心肌细胞的正常功能有着重要的生理作用。血清钾正常浓度值范围在 3.5~5.5mmol/L，当浓度低于 3.5 mmol/L 时称低钾血症。药源性低钾血症(drug-induced hypokalemia)是指患者治疗过程中，某些药物导致钾经肾脏或消化道排泄增多，或钾向细胞内转移，使得血清钾浓度降低，引起患者出现一系列低钾血症的临床征候。低钾血症的临床表现可涉及神经、消化、循环、泌尿等多器官系统。

1 药源性低钾血症的临床表现

1.1 神经系统　低钾血症在神经系统可表现烦躁不安、表情淡漠、精神抑郁、嗜睡、神志不清、昏迷，患者情绪波动、记忆力、定向力丧失、精神错乱等。

1.2 神经肌肉症状 低钾血症时，细胞外液中钾离子的浓度下降，使得神经肌肉的应激性降低，患者出现肌肉无力，肌无力同时常伴有肢体麻木、肌肉压痛和手足搐搦。随着低钾的加重，严重者可出现瘫痪症状。若肌力减弱影响至呼吸肌时，患者可出现呼吸衰竭；影响至平滑肌表现为肠麻痹，甚至麻痹性肠梗。

1.3 循环系统　心肌细胞内、外钾的浓度对心肌的自律性、传导性和兴奋性有影响作用。在心肌收缩期钾离子从细胞内逸出，而舒张期又向细胞内转移。轻度低钾血症多表现心悸、窦性心动过速房性及室性早搏；重度时表现为室上性或室性心动过速、心室扑动或心室颤动及心力衰竭等严重反应。心电图对于低钾诊断有较特异价值，QT 延长、ST 段下降、T 波低平、出现 U 波；随着低钾的加重，可出现 T-U 融合；严重时可出现 T 波倒置、RS-T 段下垂，补钾后上述改变可很快改善。低钾血症可加重或引起心力衰竭，亦增加洋地黄中毒的危险。

1.4 泌尿系统　低钾时，肾脏对水的重吸收能力下降，可出现多尿、夜尿、烦燥口渴症状。长期的低钾血症可能导致肾小管损害(低血钾性肾病)。当血清钾浓度降低至 3.0mmol/L 以下时，一般即可出现临床症状。

1.5 消化系统　低钾致胃肠道平滑肌受累时，轻者出现食欲不振、腹胀、恶心、便秘，严重时可出现麻痹性肠梗阻。

1.6 横纹肌裂解症　正常肌肉收缩时，横纹肌中钾可释放出，使局部血管扩张

以适应生理需要。当血清钾浓度低至 2.5mmol/L 时，体内严重缺钾时，钾在横纹肌中的释放受到阻碍，使得肌肉收缩时肌组织相对缺血，严重时可以出现横纹肌裂解，肌球蛋白大量从肾排出，有时可诱发急性肾功能衰竭。

2 引起药源性低钾血症的药物

抗感染药物：青霉素钠、美洛西林钠、头孢噻肟钠、克林霉素磷酸酯、林可霉素、氨苄西林、头孢唑啉、头孢哌酮、头孢曲松钠、阿米卡星、妥布霉素、环丙沙星、加替沙星、卷曲霉素、万古霉素、伊曲康哇、两性霉素 B、甲硝唑等。

利尿剂：噻嗪类及袢利尿剂、吲哒帕胺。

皮质激素：地塞米松、沙美特罗替卡松吸入剂、布地奈德气雾剂。

呼吸系统药物：联邦止咳露、复方甘草片、复方甘草合剂、博利康尼。

抗精神病药物：氯丙嗪、维思通、氯氮平、氟哌啶醇、舒必利、阿立哌唑、利培酮、奎硫平。

其他药物：维生素 B12 注射液、利巴韦林注射液、肾上腺素注射液、曲马多注射液、非那根片、安乃近片、呋麻滴鼻液、甘利欣注射液、人参、牛黄降压片、柴胡、强力宁及中药清热利水剂、胰岛素、氨基酸注射液。

3.药源性低钾血症的预防与治疗

3.1 药源性低钾血症，几乎包含临床常用各类药物，但利尿药、抗感染药物、皮质激素三类药物为常见，占到 63%。若长时间使用此三类药物，应加强患者血钾浓度监测及注意心电图变化。

3.2 老年人血钾总量较成年人减少，且以细胞内钾的减少为主，因此较成年人更易发生药物诱导的低钾血症，但由于老年人多合并多种疾病，药物诱导所致的低血钾症状往往与疾病所表现的症状难以区分，若低钾血症不能被及时诊断，会贻误病情，造成严重的不良后果。因此，要重视老年人的病理生理及用药特点，详细询问病史及用药史，做好电解质及心电图等相关检查，以预防低钾血症的发生。

3.3 近年国外的研究显示：噻嗪类利尿剂治疗高血压，特别在应用较大剂量时可导致低血钾，体内钾贮备减少导致胰岛素敏感性降低，以及胰岛 β 细胞对血糖的反应下降，从而出现糖代谢异常。血钾浓度的下降可能诱发糖尿病。建议应用噻嗪类利尿剂的患者，需把血钾水平维持在 4. 0 mmol/L 以上。

3.4 药源性低钾血症的处理原则：①停用或减少有关药物并给予补钾。②注意是否并存其它电解质紊乱和酸碱平衡失调，并给予相应处理。③对于顽固性低钾血症的

患者，应考虑低镁血症的存在，应同时补充镁。④静脉补钾时应尽量使用 0.9%氯化钠注射液作为溶媒，避免使用葡萄糖注射液，这是由于血中钾离子可随着葡萄糖进入细胞内，即使补钾也可能使血清钾进一步降低，使原先的低钾血症症状进一步加重。

3.5 低钾血症的治疗包括钾盐补充和原发病的纠正。针对疾病的治疗或去除病因是最根本的治疗，补钾是低钾血症的基础治疗。目前，补钾治疗没有固定的模式可循，特定的病人需要个体化方案。颈内静脉和股静脉等中心静脉快速输入高浓度钾已证明是安全；外周静脉也是安全的，但疼痛和静脉炎的发生率较高；口服是最安全的补钾方法。

3.6 补钾时应根据患者的病情选用适宜的补钾药物。在碱中毒时，必须选用氯化钾，若此时采用枸橼酸钾或葡萄糖酸钾等碱性钾盐，则碳酸氢盐负荷增加可引起碳酸氢盐尿，增加肾脏失钾，使得低钾不易纠正；当低钾伴有代谢性酸中毒，如肾小管酸中毒或糖尿病酮症酸中毒时，则宜选用碳酸氢钾；伴有高氯性酸中毒，如肾小管酸中毒时，则不宜用氯化钾补钾。

4. 总结

药源性低钾血症的临床报道逐年增多，临床医务人员应予以重视。低钾血症若能早发现并及时处理，则患者的预后良好；若低钾血症发生迅速或处理不及时，严重者可危及患者生命。

戒酒硫反应

戒酒硫（双硫仑）样反应是患者服用某些药物后，接触乙醇（酒）而引起的一类反应。反应时主要症状如下：

轻度：颜面或全身皮肤潮红，轻度头昏，心慌，无恶心、呕吐、发热、头痛。

中度：头昏、头痛、心慌、恶心、呕吐、发热，但无胸痛、呼吸困难、休克。

重度：胸痛、呼吸困难、休克，甚至意识障碍、大小便失禁，并可能出现心梗及急性肝功能损害。

1．双硫仑样反应发生的机制

乙醇进人体内后，先在肝脏内经乙醇脱氢酶作用转化为乙醛，乙醛再经乙醛脱氢酶作用转化为乙酸，乙酸进人枸橼酸循环，最后转变为水和CO_2排出（图1）。

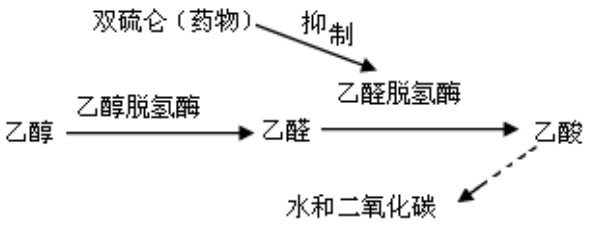

图1 乙醇在体内的代谢过程

头孢哌酮等药物的作用与双硫仑的相似，可抑制乙醛脱氢酶，使乙醛不能氧化为乙酸，导致体内乙醛蓄积，产生不适症状，从而引起双硫仑样反应。

2．双硫仑样反应发生的时间、缓解时间

多数患者在饮酒后5～60min内出现反应，最迟者发生在饮酒后1d。轻者的反应缓解时间介于0.5h～3h之间，同时伴有其他并发症者的缓解时间延长。

值得注意的是：有12%的患者停药（最长停药时间1w）后饮酒，仍可发生双硫仑样反应。建议：应用引起双硫仑样反应药物者，服药期间及停药7d以内不宜饮酒。

3．双硫仑样反应治疗措施

给予吸氧、补液、地塞米松及大剂量维素C等对症支持治疗。抽搐发作，安定10mg静注，可重复使用，甘露醇125～250ml快速静点减轻脑水肿；顽固性呕吐，胃复安10mg肌注；低血压休克，给予升压抗休克治疗；精神异常者，给予氟哌啶醇5mg静注；饮酒量大者，应用纳络酮、高渗葡萄糖加速乙醇代谢。

4．引起双硫仑反应的药物

文献报道引起双硫仑反应的药物以头孢菌素类居多（约占文献报告例数的90.3%），其中又以头孢哌酮居首位，其次为头孢唑啉；其他类药物以硝基咪唑类为常见。

表1　　文献报道可引起双硫仑反应的药物

剂型	头孢菌素类药物	其他类药物
注射剂	头孢哌酮、头孢哌酮与舒巴坦、头孢唑啉、头孢噻肟钠、头孢曲松	甲硝唑、替硝唑、奥硝唑、氢化考的松*、胰岛素
口服剂	头孢克洛、头孢氨苄	呋喃唑酮、呋喃坦丁、霍香正气水*、华法林、料酒鱼汤*
外用		乙醇皮肤消毒*、碘酊消毒*、甲硝唑

* 药物或制剂中含有乙醇，有的人体内乙醛脱氢酶缺乏。

超出药品说明书适应证用药须慎重

临床实践中超出药品说明书适应证用药的现象时常可见，而有关方面对此却又没有明文规定，那么超出药品说明书适应证用药如何处理，以及随之而引起的系列问题常困绕着医师。如医师用药是否应该与药品说明书注明的适应证一致？超出药物说明书注明的适应证范围用药妥当吗？如果超范围用药发生了与药物有关的不良事件，给患者造成了损害，医院是否应该赔偿？法律角度看，医师超出药品说明书适应证用药须慎重。

医务工作者必须认识到：

（一） 药品说明书是通过国家有关行政管理部门批准，具有法律效力的文件。

（二） 国家有关行政管理部门对药品说明书（包括适应证）的审批非常严格，国家食品药品监督管理局颁布的《新药审批办法》明确规定，已上市药品增加新的适应证属于 5 类新药范畴，有规范的申请及审批程序。

（三） 从法律意义看，如果没有充分的证据证明超出药物说明书注明的适应证用药的合理性和安全性，如果发生药物引起的不良反应且对患者造成损害，而医师又不能证明用药后发生的不良反应与该药物无关时，医师的这种医疗行为应该属于违反医疗常规，属于医疗事故定义的范围，是不受法律保护的。相反，如果医师严格按照药物说明书注明的适应证用药，即使引起了某些不良后果，药厂也会对此负主要责任。

（四） 教科书和一般药物手册的法律效力则远远低于药品说明书，前者均不具有法律效力，只能作为参考。医学文献属于学术讨论范围，其试验设计是否严格随机双盲对照，观察病例数、病例选择条件、统计学方法使用等是否严格控制，其有效性和安全性需要考证。

（五） 超出药物说明书注明的适应证以外的范围用药，是医疗纠纷的潜在诱因，除非有足够的安全和有效证据，并且向患者说明，取得患者的理解，否则应慎重选用。

胰岛素制剂的辨析

胰岛素制剂种类多，其名称常易混淆，临床医师在开具处方时常感到困惑，为此撰写此文，以期为临床在选择和使用胰岛素提供参考。

在选择胰岛素制剂时，医师应明确选择哪种时效类型的胰岛素，其次要了解所选择的胰岛素浓度，对有胰岛素笔的患者，应选择使用相应规格的笔芯而不是注射液。

1．动物胰岛素与人胰岛素

1.1 动物胰岛素：包括牛胰岛素和猪胰岛素。牛胰岛素自牛胰腺提取而来。分子结构有三个氨基酸与人胰岛素不同，疗效稍差；猪胰岛素自猪胰腺提取而来，分子中仅有一个氨基酸与人胰岛素不同，因此疗效比牛胰岛素好。

1.2 人胰岛素：是通过基因工程生产，其氨基酸排列顺序及生物活性与人体本身的胰岛素完全相同。

2 各种时效型胰岛素

2.1 短效胰岛素（正规胰岛素 Rugular Insulin）：常用 R 来表示，又称可溶性胰岛素。有普通猪胰岛素（简称 RI）；基因重组人胰岛素有诺和灵 R，优泌林 R，国产的人胰岛素甘舒霖 R。性状为无色透明液体，是唯一可供静脉使用的品种。起效快、作用时间短为其特点。皮下注射后 20~30min 起效，达峰时间为 2~4h，持续时间 5~8h。

2 .2 中效胰岛素：常用 NPH 或 N 表示，又称低精鱼精蛋白锌胰岛素。性状为乳白色浑浊液体，不可用于静脉点滴，仅供皮下或肌肉注射。起效时间较短效延迟，约为 1.5~4 h，达峰时间 6~8h，持续时间 14~16h。有诺和灵 N，优泌林 N 和甘舒霖 N。

2.3 长效胰岛素：又称精蛋白锌胰岛素。性状为乳浊液，不能用于静脉点滴。起效时间 3~4h，达峰时间 14 ~20h，持续时间约 24~36h。一般本品不单用，常与短效胰岛素合用。由于其起效很慢，持续时间长而难确定其适宜剂量，临床已少用。

2.4 预混胰岛素：是将短效(R)与中效(N)胰岛素按不同比例预先混合的胰岛素制剂。性状为白色混悬液，仅供皮下注射。起效快、持续时间长为其作用特点。

常见品种有诺和灵 30R、诺和灵 50R、优泌林 70/30 。其中 30R 是指 R 与 N 比例各占 30%和 70％；50R 是指 R 与 N 的比例各占 50％；优泌林 70/30 是指 R 与 N 比例各占 30%和 70％。

3 胰岛素类药物

3.1 超短效胰岛素： 门冬胰岛素 (诺和锐) 是胰岛素 B 链上第 28 位的脯氨酸被门冬氨酸替代获得的胰岛素类药物，是基因重组技术的应用成果。其皮下注射后 10~20min 迅速起效，达峰时间约为 40min，作用持续时间 3~5h。优泌乐是胰岛素 B 链 28 位上的脯氨酸与 29 位上的赖氨酸互换而形成的胰岛素类药物。其皮下注射后吸收很快，注射后在 15min 内起效，达峰时间为 30～60min，作用持续时间为 2～4h 可在注射后立即进餐。

3.2 长效胰岛素类药物：甘精胰岛素（glargine）是通过基因重组技术生产的长效

胰岛素类药物。其皮下注射后立即聚合、溶解度降低，形成 glargine 沉淀物，因此吸收被延迟，作用时间也被延长。临床试验显示，其作用缓慢，可在糖尿病患者体内持续发挥药效 24h，并且无明显的血药高峰。葡萄糖钳夹试验证实，糖尿病患者注射 glargine 后，在 24h 内，体内对葡萄糖的利用能保持相对稳定，而且不受注射部位的影响。地特胰岛素（Insulin Detemir，诺和平）是第一个采用化学修饰的方法获得的、一种相对安全且能够有效控制血糖的长效胰岛素类似物，在有效控制血糖的同时降低低血糖发生率，减少体重增加。地特胰岛素只需每日使用 1 次即可有效降低血糖，作用时间长达 24 小时。在药代动力学及控制血糖的药效学方面，地特胰岛素与甘精胰岛素相似。

六味地黄丸之辨证施治

【溯源】

六味地黄丸，最早见于张仲景所著《伤寒杂病论》之“金匮肾气丸”（八味地黄丸，即桂附地黄丸）；后宋代名医、儿科专家钱仲阳（所著儿科专著《小儿药证直诀》）将八味地黄丸去掉温补药附子和桂枝，即现在的六味地黄丸，最初主要用于治疗小儿先天不足，发育迟缓等病症，如表现为立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟的“五迟”证。

【方解】

六味地黄丸由熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓这六味中药组成。方中重用熟地滋阴补肾，填精益髓，为君药；山茱萸补养肝肾，并能涩精，山药补益脾阴，亦能固肾，共为臣药；三药配合，肾肝脾三阴并补，是为“三补”；但熟地黄用量是山萸肉和山药之和，故仍以补肾为主。泽泻利湿而泄肾浊，并能减熟地黄之滋腻；茯苓淡渗脾湿，并助山药之健运；丹皮清泄肝火，并制山茱萸之温涩；三药为佐药，是为“三泻”。六味合用，“三补三泻”，其中补药用量重于泻药，是以补为主，肝脾肾三阴并补，以补肾阴为主，为“补阴方药之祖”。

【主治证】

六味地黄丸主要用于治疗肾阴虚。

中医基础理论认为，“阴虚生内热，阳虚生外寒”，故阴虚发热，阳虚恶寒。肾阴虚的典型症状是潮热、盗汗、手心和脚心烦热及遗精早泄等；肾阳虚的典型症状是四肢发凉、喜热怕冷、腰膝酸软乏力、不耐疲劳及阳痿早泄等。

明代名医薛己主张，肾阴虚用六味地黄丸，肾阳虚用八味地黄丸。

【典型方药辨析】

桂附地黄丸，即金匮肾气丸、八味地黄丸，具温补肾阳、化气行水之功效，主要用于治疗因肾阳不足所致的肾虚水肿、腰膝酸软乏力、畏寒肢冷、阳痿早泄等疾病。

六味地黄丸，“补阴方药之祖”，是滋补肾阴的基础方剂，具有滋阴健脾、补益肝肾之功效，常用于一般肝肾阴虚引起的潮热、盗汗、手心和脚心烦热等症。

麦味地黄丸是在六味地黄丸方剂中入麦冬和五味子菊花二味中药制成。麦冬清养肺阴，解热除烦，五味子滋肾而敛收肺气；麦味地黄丸具滋肾阴而偏养肺之功效，故多偏于治疗肺肾阴虚所致的咳嗽气喘、咽干咳血、眩晕耳鸣等症。

杞菊地黄丸是在六味地黄丸方剂中入枸杞子和菊花二味中药制成。枸杞子能补肝肾，菊花能清肝明目降肝火；杞菊地黄丸具滋肾阴而偏于清肝明目之功效，故多偏于治疗头晕目眩、视物模糊、眼睛干涩、电脑视疲劳等症。

知柏地黄丸是在六味地黄九的方剂中加入知母、黄柏二味中药配制而成。知母善于清肺热降胃火，黄柏为清利下焦火之良药，常用于肝胆及大肠湿热症；知柏地黄丸具有滋肾阴而偏于下焦湿热之功效，故多偏于阴虚火旺、骨蒸劳热、耳鸣遗精、小便短赤等症。

2010 年第一季度我院药品不良反应监测报表收集结果通报

院属各科室、社区卫生服务中心（站）：

为贯彻执行院发《关于进一步加强药品及医疗器械不良反应/事件监测和报告工作的通知》[2010]2 号文件的要求，进一步加强药品不良反应监测工作，确保临床医疗安全。医院药品不良反应/事件监测和报告领导小组（以下简称“医院 ADR 监报领导小组”）对各科室一季度上报的药品不良反应报表数进行通报。

全院一季度目标上报数 63 例，实际完成 87 例，指标完成率 139.3%（24/63）；其中，普外科、妇产科、住院西药房、中药房、门诊中药房、南郊社区药房超额完成任务。

从完成的上报数量看，一季度药品不良反应监测上报工作已得到护士长及科主任的重视。但有的科室未充分认识到开展药品不良反应监测和上报工作对临床治疗的意义，没有认识到认真、及时、准确上报所在病区发生的药品不良反应是医务工作者的

法定义务，因此存在迟报所在辖区发生的药品不良反应情况。对此，医院药品不良反应监测办公室在下一步的工作中，要通过多种形式开展药品不良反应知识宣传，加强与临床的信息沟通，与临床科室共同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

二〇一〇年四月六日

2010 年第一季度我院药品不良反应监测数据分析

2010 年 1 季度，医院药品不良反应监测办公室（临床药学室）收集到有效药品不良反应（ADR）报表共计 87 份，其中住院病人 59 份，门诊与社区上报 28 份。现将上述 87 例 ADR 报表进行了简要的统计分析，以期为临床安全用药提供参考。

一、患者的年龄分布从 2 岁~91 岁，60 岁以上者占到 55.2%，这可能与老年人肝、肾等脏器功能减退，且大多同时患有多种基础疾病、多药合用等因素相关（图 1）。

二、从给药途径来看，以静脉给药为主，占全部 ADR 的 81.61%，其次分别是口服给药 17.25%，外用 1.15%。静脉滴注给药产生 ADR 的诱因较多，如内毒素、PH 值、渗透压、微粒、药物相互作用等。因此建议临床在选用静脉给药时应慎重，口服、肌肉注射给药能治愈者尽量避免静脉给药，同时注意药物相互作用（图 1）。

三、在所有怀疑引起 ADR 的药品中，抗感染药物 ADR 发生率最高，达 39.08%；其次为中药制剂，占 21.84%，且感染药物又以β-内酰胺类及β-内酰胺酶抑制剂发生率最高，其次为喹诺酮类和大环内酯类。

中成药制剂由于成分比较复杂，其中的蛋白质或生物大分子物质进入体内，可刺激机体产生相应的抗体，从而导致疗效不稳定并影响安全性，因此 ADR 的发生率也较高。尤其是一些中药注射剂，由于各厂家制备工艺不同，使有效成分的提取和杂质除尽有较大差异。另外，不合理的中西药配伍及溶媒选择不当也将导致 ADR 的发生。因此建议临床上使用中药注射剂时要格外注意，尽可能不要与西药配伍使用，也不主张两种以上的中药制剂配伍。

四、从 ADR 临床表现看，药品所致的器官系统损害主要表现在皮肤及消化系统，其次为中枢神经系统反应，再次为局部刺激症状和循环系统不良反应（图 2、表 1）。

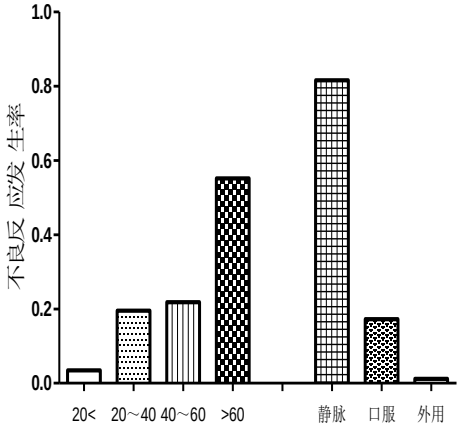

图1 不同年龄段及 给药途径药品 不良反 应发 生率

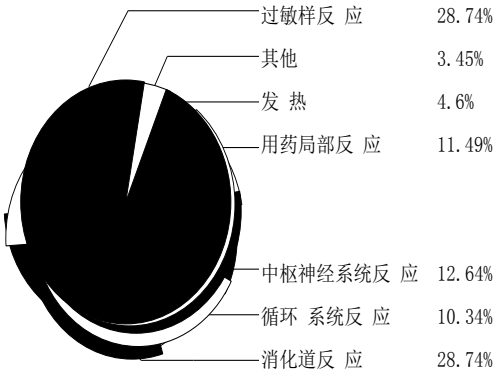

图2 87例不良反 应主 要症状 表 现及 其发 生频率

表 1　　不良反应类别及临床表现（例数）

不良反应类　别	临床表现	引起 ADR 的药物
过敏样反应（25）	皮疹、皮肤瘙痒（24）	β-内酰胺类及酶抑制剂（10）、克林霉素磷酸酯（1）、门冬氨酸洛美沙星（4）、注射用阿昔洛韦（1）、疏血通注射液（1）、注射用复合辅酶（1）、单唾液酸四己糖神经节苷脂（1）、低分子肝素钙注射液（1）、丹参酮ⅡA 磺酸钠注射液（1）、康艾注射液（1）、灯盏细辛注射液（1）、天和骨痛贴膏（1）
	过敏性休克（1）	注射用红花黄色素（1）
消化系统反应（25）	恶心、呕吐（17）	β-内酰胺类（1）、加替沙星（3）、门冬氨酸洛美沙星（2）、注射用乳糖酸阿奇霉素（1）、注射用克林霉素磷酸酯（1）、克林霉素缓释片（1）、双氯芬酸钠片（1）、洛索洛芬钠片（1）、注射用奥美拉唑钠（1）、注射用阿昔洛韦钠（1）、2%脂肪乳注射液（1）、注射用复合辅酶（1）、冠心丹参胶囊（1）、注射用红花黄色素（1）
	腹泻（3）	β-内酰胺酶抑制剂（1）、门冬氨酸洛美沙星（1）、兰索拉唑片（1）、
	腹痛（3）	注射用门冬氨酸阿奇霉素（1）、拜阿司匹林肠溶片（1）、注射用更昔洛韦钠（1）
	胃肠道出血（1）	注射用阿魏酸钠（1）
	乏力、食欲减退（1）	多西他赛注射液（1）
中枢神经系统反应（11）	头痛（4）	硝酸异山梨酯注射液（2）、甲磺酸酚妥拉明注射液（1）注射用血栓通（1）、
	头晕（3）	β-内酰胺类（1）、单硝酸异山梨酯胶囊（1）、二甲双胍缓释片（1）、
	面色苍白、无力、双手抽搐（1）	注射用阿昔洛韦钠（1）
	大汗（1）	硝酸异山梨酯注射液（1）
	面部麻木不适（1）	复方苦参注射液（1）
	精神症状异常（1）	加替沙星氯化钠注射液（1）
循环系统反应（9）	胸闷、憋气（3）	β-内酰胺类及酶抑制剂（1）银杏达莫注射液（1）、盐酸川芎嗪注射液（1）
	心悸（5）	酒石酸美托洛尔（1）、注射用纤溶酶（1）、注射用血栓通（1）、血栓通软胶囊（1）、注射用阿魏酸钠（1）
	心率减慢（1）	枸橼酸芬太尼注射液（1）

用药局部作用（10）	注射部位疼痛(8)	加替沙星葡萄糖注射液（1）、门冬氨酸阿奇霉素（2）、注射用左卡尼汀（2）、比拉西坦氯化钠注射液（1）、、注射用前列地尔（1）、注射用丹参（1）、刺五加注射液（1）
	静脉炎（1）	复方氨基酸注射液（1）
发 热（4）	寒战、发热（4）	注射用门冬氨酸洛美沙星（1）、复方氨基酸注射液（2）、疏血通注射液（1）
其 他（3）	膝关节疼痛（1）	替米沙坦片（1）
	牙龈出血（1）	拜阿司匹林肠溶片（1）
	口干（1）	蒲参胶囊（1）

中药注射液说明书中的内容摘抄

中药注射剂是中药现代化的产物，在临床辨证施治的同时，应密切关注其适应症及注意事项，以获取最大效益而尽量减少不良反应的发生。为此，我们根据本院目前中药注射剂品种，对其说明书进行摘录，为临床安全有效使用提供参考。

名称	组方	功能主治	适应症	注意事项
艾迪注射液	斑蝥、人参、黄芪、刺五加	清热解毒，消瘀散结	原发性肝癌，肺癌，直肠癌，恶性淋巴瘤，妇科恶性肿瘤	孕妇及哺乳期妇女禁用，首次给药速度小于 15 滴/分，
参麦注射液	红参、麦冬	益气固脱，养阴生津，生脉	气阴两虚型之休克、冠心病、病毒性心肌炎、慢性肺心病、粒细胞减少症	本品含有皂甙，不得与其他药物配伍；对本类药品过敏或有严重不良反应病史者禁用。
喘可治注射液	淫羊藿、巴戟天	温阳补肾，平喘止咳	主治哮证属肾虚挟痰证	孕妇慎用；阴虚火旺者慎用；
刺五加注射液	异嗪皮定、丁香、总甙	平补肝肾，益精壮骨	肝肾不足所致的短暂性脑缺血发作，脑动脉硬化，脑血栓形成，脑栓塞等亦冠心病，心绞痛合并神经衰弱和更年期综合症等	对本品过敏或有严重不良反应者禁用；有过敏史体质者慎用；输液速度不宜过快，成人 40～50 滴/分为宜。
灯盏细辛注射液	灯盏花、细辛	活血祛瘀，通络止痛	瘀血阻滞，中风偏袒，肢体麻木，口眼歪斜，言语謇涩及胸痹心痛；缺血性中风，冠心病心绞痛见上述证候者	脑出血急性期禁用，不得与酸性较强的药物配伍(溶媒以 0.9%氯化钠注射液为宜）
注射用丹参冻干粉	丹参提取物	活血通脉	胸痹血瘀证，症见：胸部刺痛、绞痛，痛有定处，或有心悸；冠心病、心绞痛见上述证候者	禁止静脉注射给药，出现皮疹应立即停药
复方苦参注射液	苦参、白土苓	清热利湿，凉血解毒，散结止痛	癌肿疼痛、出血	严重心肾功能不全者慎用。
黄芪注射液	黄芪	益气养元，扶正祛邪，养心通脉，健脾利湿	心气虚损、血脉瘀阻之病毒性心肌炎、心功能不全及脾虚湿困之肝炎	对本品过敏及严重过敏体质者禁用。
苦碟子注射液	苦碟子	活血止痛，清热祛瘀	瘀血闭阻的胸痹：胸闷、心痛，口苦，舌暗红或存瘀斑等适冠心病、心绞痛见上述症状者亦可脑梗塞者	对本品过敏及严重过敏体质者禁用；近期出现或有出血倾向者禁用；10ml 药液所需溶媒量不得少于 100ml；低血压者慎用；肝肾功能

				不全者慎用。
清开灵注射液	胆酸、珍珠母（粉）、猪去氧胆酸、栀子、水牛角（粉）、板蓝根、黄芩苷、金银花	清热解毒，镇静安神	外感风热时毒、火毒内盛所致高热不退、烦躁不安、咽喉肿痛、舌质红绛、苔黄、脉数；上呼吸道感染，病毒性感冒，急性扁桃体炎，急性咽炎，急性气管炎，高热等症属上述证侯者	有表证恶寒发热者、药物过敏史者慎用；如出现过敏反应应及时停药并做脱敏处理；注意滴速勿快。
生脉注射液	红参、麦冬、五味子	益气养阴，复脉固脱	气阴两亏，脉虚欲脱的心悸、气短、四肢厥冷、汗出、脉欲绝及心肌梗塞、心源性休克、感染性休克等具有上述证候者	高血压者大剂量使用本品应谨慎；用药过程中注意血压的监测。
疏血通注射液	水蛭、地龙	活血化瘀，通经活络	瘀血阻络所致的中风中经络急性期，症见半身不遂，口舌歪斜、言语蹇涩；急性期脑梗塞见上述证候者	禁用于：过敏史者、孕妇、无血淤症者及出血倾向患者；老人、肝肾功能异常者慎用；首次使用的患者应慎重。
舒血宁注射液	银杏叶提取物	扩张血管，改善微循环	缺血性心脑血管疾病，冠心病，心绞痛，脑栓塞，脑血管痉挛等	控制滴速，注意观察病人血压，不得超量使用（静脉滴注 20ml/d）
痰热清注射液	黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘	清热、化痰、解毒	风温肺热病痰热阻肺证，症见：发热、咳嗽、咳痰不爽、咽喉肿痛、口渴、舌红、苔黄；肺炎早期、急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作以及上呼吸道感染属上述证候者	对本品过敏或过敏体质者禁用；严格控制输液速度（30-60 滴/分）。
醒脑静注射液	麝香、郁金、冰片、栀子	清热解毒，凉血活血，开窍醒神	气血逆乱，脑脉瘀阻所致中风昏迷，偏瘫口；外伤头痛，神志昏迷；酒毒攻心，头痛呕恶，昏迷抽搐	孕妇忌用；本品过敏者慎用；
血塞通注射液	三七总皂苷	活血祛瘀，通脉活络	中风偏瘫、瘀血阻络证，动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞、脑栓塞、视网膜中央静脉阻塞见瘀血阻络证者	禁用于脑血管破裂者及驾驶员和高空作业人员；孕妇慎用
血栓通注射液	三七总皂苷	活血祛瘀：扩张血管，改善血液循环	视网膜中央静脉阻塞，脑血管病后遗症，内眼病，眼前房出血等	孕妇慎用；连续给药不得超过 15d；禁用于脑溢血急性期、禁用于既往对人参、三七过敏的患者；禁用于对酒精高度过敏的患者，用药期勿从事驾驶及高空作业等危险作业
茵栀黄注射液	茵陈、栀子、黄芩甙、金银花	清热，解毒，利湿，退黄	肝胆湿热，面目悉黄，胸胁胀痛，恶心呕吐，小便黄赤	对本品过敏患者禁用；孕妇及过敏体质者慎用
银杏达莫注射液	银杏叶提取物、双嘧达莫	调节血管的舒缩功能，清除自由基，拮抗血小板活化因子，保护神经元	预防和治疗冠心病、血栓栓塞性疾病	慎用于：有出血倾向者、过敏体质及其他药物过敏史者、输液速度不宜过快