药学与临床

二〇一〇年第六期

皇甫谧（公元215年-公元282年）魏晋间医学家、文学家和史学家，“针灸鼻祖”，撰《针灸甲乙经》奠定针灸学科理论基础。

山东中医药大学第二附属医院·山东省中西医结合医院

药剂科临床药学室主办

目录

《中国国家处方集》（2010 版）学习专栏 1

调血脂的治疗目标及降脂药物的比较（二） 1

关于单纯高血压不建议 ACEI+ARB 联用资料（三） 4

高血压合并糖尿病患者的降压治疗 5

2010 年度我院药品不良反应报表分析 6

《中医体质分类与判定》标准 9

小知识：冬虫夏草适宜的服用方法 11

我院普通制剂品种简介 11

临床药学室联系电话：36487　36418

《中国国家处方集》（2010 版）学习专栏

调血脂的治疗目标及降脂药物的比较（二）

血脂异常通常指血浆中胆固醇(TC)和/或甘油三酯(TG)升高，俗称高脂血症。高脂血症的治疗可分为药物治疗和非药物治疗(非药物治疗包括饮食治疗和运动治疗等)，非药物治疗是治疗高脂血症的首选。但对于应用严格的饮食疗法及正规的运动疗法治疗半年以后，血脂含量仍无明显下降者，则应在医生的指导下，选用降脂药物治疗。

一、调血脂治疗的目标

根据 2007 年中国成人血脂异常防治指南，对血脂异常患者开始调脂治疗的 TC 和 LDL-C 值及其目标值见表 1。表 2 为我国血脂水平标准分层标准。表 3 为血脂异常危险分层方案。

表 1　血脂异常患者开始调脂治疗的 TC 和 LDL-C 值及其目标值(mmol/L)

危险等级	TLC 开始	药物治疗开始	治疗目标值
低危：10 年危险性 < 5%	TC≥6.22	TC≥6.99	TC < 6.22
	LDL-C≥4.14	LDL-C≥4.92	LDL-C < 4.14
中危：10 年危险性 5～10%	TC≥5.18	TC≥6.22	TC < 5.18
	LDL-C≥3.37	LDL-C≥4.14	LDL-C < 3.37
高危：CHD 或 CHD 等危症或	TC≥4.14	TC≥4.14	TC < 4.14
10 年危险性 10～15%	LDL-C≥2.59	LDL-C≥2.59	LDL-C < 2.59
极高危：ACS 或	TC≥3.11	TC≥4.14	TC < 3.11
缺血性心血管病合并 DM	LDL-C≥2.07	LDL-C≥2.07	LDL-C < 2.07

CHD：冠心病；ACS：急性冠状动脉综合症；DM：糖尿病

表 2　我国血脂水平分层标准(mmol/L)

分层	TC	LDL-C	HDL-C	TG
合适范围	< 5.18	< 3.37	≥1.04	< 1.70
边缘升高	5.18～6.19	3.37～4.12		1.70～2.25
升高	≥6.22	≥4.14	≥1.55	≥2.26
降低			< 1.04	

表 3　血脂异常危险分层方案（mmol/L）

危 险 分 层	TC 为 5.18～6.19 或 LDL-C 为 3.37～4.12	TC≥6.22 或 LDL-C≥4.14
无高血压且其他危险因素数<3	低危	低危
高血压或其他危险因素≥3	低危	中危
高血压且其他危险因素数≥1	中危	高危
冠心病及其等危症	高危	高危

注：其他危险因素包括年龄(男≥45 岁，女≥55 岁)、吸烟、低 HDL-C、肥胖和早发缺血性心管病家族史

二、降脂药物的比较

临床上供选用的调脂药物可分为：他汀类、贝丁酸类、烟酸类、胆酸螯合剂等。

1.他汀类：他汀类药物是治疗高胆固醇血症的首选药物。能显著降低 TC、LDL-C 和载脂蛋白 B（Apo B），也降低 TG 水平和轻度升高 HDL-C。此外，还可能具有抗炎、保护血管内皮功能等作用，这些作用可能与冠心病事件减少有关。

一般的他汀类药物适用于治疗任何类型的高胆固醇血症（纯合子家族性高胆固醇血症除外），辛伐他汀是唯一对纯合子家族性的高胆固醇血症有一定疗效的他汀类药物。服用后有可能引起 ALT 及 AST 升高，且呈剂量依赖性，长期服用者应定期监测 ALT、AST 及 CK（肌酸激酶）。他汀类药物可引起肌病，包括肌痛、肌炎和横纹肌溶解。儿童、孕妇、哺乳期的妇女及存在肝脏病变者禁用。本类药不宜与烟酸、贝特类、环孢霉素、雷公藤及环磷酰胺合用，以免引起严重的肌肉及肝、肾功能损害。

普伐他汀：初始剂量一次 10mg～20mg，睡前顿服。最大剂量一日 40mg。

辛伐他汀：其降低血中 TC 的强度较普伐他汀强。适用于治疗伴有冠心病的高胆固醇血症的病人。用法：⑴高胆固醇血症：初始剂量一次 10～20mg，晚间顿服。心血管事件高危人群推荐初始剂量一次 20～40mg，晚间顿服。最大的用药剂量不可超过一日 80mg。调整剂量应间隔 4 周以上。⑵纯合子家族性高胆固醇血症：推荐一次 40mg，晚间顿服；或一日 80mg，分早晨 20mg、午间 20mg 和晚间 40mg 服用。⑶儿童(10～17 岁)：推荐初始剂量一日 10mg，晚间顿服。最大剂量为 40mg，应按个体化调整剂量。

阿托伐他汀：与别类降脂药物联合应用时，其不良反应的发生率较其他他汀类药物最低。其降脂作用较强。小剂量的阿托伐他汀，即能明显地降低血中 TC 的浓度。用法：成人一日 1 次，初始剂量 10mg，晚饭后顿服。之后，根据病情调整用药剂量（间隔 4 周）。成人一日用药的最大剂量不可超过 80mg。

氟伐他汀：不推荐用于 18 岁以下年龄。用法：一次 20～40mg，晚餐时或睡前顿服。剂量可按需要调整，反应不佳者可一次 40mg，一日 2 次。

2.贝特类：贝特类药物降低血中 TG 疗效确切，降低血中 TC 的作用则弱于他汀类。故该类药物是治疗以 TG 增高为主的高脂血症的首选药物。病人在服用贝特类降脂药物期间，要定时检测肝酶及肌酶、血尿酸等，发现异常时，应减少用药剂量或停药。孕妇、哺乳期妇女及有严重肝肾功能损害者禁用贝特类药物。

苯扎贝特：此药能够增强抗凝类药物及降压类药物的药效，因此，当其与抗凝药物、降压类药物合用时，应减少后两类药物的用药剂量。用法：一次 200～400mg，一日 3 次，餐后或与饭同服。维持量一次 400mg，一日 2 次。

吉非贝齐：此药在降低血中 TG 含量的同时也有升高血糖浓度的作用。因此，病人在服用吉非贝齐时，应定期检查血糖。糖尿病患者禁用吉非贝齐。用法：一次 0.3～0.6g，一日 2 次，早餐及晚餐前 30 分钟服用。

非诺贝特：其微粒化胶囊剂、缓释胶囊剂不可掰开或嚼碎服用，用法：一日 1 次，睡前服用。

3.烟酸类：属 B 族维生素，当用量超过作为维生素作用的剂量时，可有明显的降脂作用。该类药物适用于治疗高 TG 血症及以 TG 升高为主的混合性高脂血症。

阿昔莫司：具有降低病人空腹血糖的作用，且不影响降糖药物的药效，适用于由糖尿病引起的高脂血症病人；不影响人体内尿酸的代谢，也适用于治疗伴有高尿酸血症的高脂血症病人。用法：成人一次 0.25g，一日 2～3 次，根据血中 TG 及 TC 水平调整剂量，一日总量不超过 1.2g，餐后服用。

维生素 E 烟酸酯：动脉出血、糖尿病、青光眼、痛风、高尿酸血症、肝病、溃疡病、低血压、肝功能不全患者慎用。用法：一次 0.1～0.2g，一日 3 次。

四、胆酸螯合剂：该类药物只有降低血中胆固醇的作用，对任何类型的高 TG 血症患者及纯合子家族性高 TC 血症患者无效。该类药物包括考来烯胺(消胆胺)、考来替泊、地维烯胺等，适用于对他汀类药物治疗无效的高胆固醇血症的病人。

五、其他

ω-3 脂肪酸降脂作用低于他汀类药物及贝特类药物，适用于伴有高脂血症的冠心病及脑血栓病的患者。常用的此类药物有：多烯酸胶丸、深海鱼油丸等。

泛硫乙胺通过加速脂肪酸在肝和动脉壁中的 β-氧化过程，而起到降脂的作用。同时，它还有防止胆固醇沉积于血管壁的作用。其降脂作用低于他汀类药物和贝特类药物。其适用于伴有糖尿病的高脂血症患者。

弹性酶片是血管壁弹性蛋白纤维新陈代谢过程中的一个酶。其参与脂类的代谢，降低血中胆固醇浓度的作用弱于他汀类药物。弹性酶片适用于治疗高脂血症、糖尿病、动脉硬化等疾病。

脂必妥是由红曲等天然药物组成。它具有降低血中 TC 及 TG 浓度的作用。

普罗布考通过渗入到脂蛋白颗粒中影响脂蛋白代谢，而产生调脂作用。可使血

浆 TC、LDL-C 降低，但也明显降低 HDL-C。主要适应于高胆固醇血症，尤其是纯合子型家族性高胆固醇血症。常见的不良反应包括恶心、腹泻、消化不良等；亦可引起嗜酸细胞增多，血浆尿酸浓度增高；最严重的不良反应是引起心电图 QT 间期延长，但极为少见，因此有室性心律失常或心电图 QT 间期延长者禁用。

依折麦布为胆固醇吸收抑制剂，口服后有效地抑制胆固醇和植物固醇的吸收，减少胆固醇向肝脏的释放，加速 LDL 的代谢。常见的不良反应为头痛和恶心。用法：一次 10mg，一日 1 次。可单独服用或与他汀类联合应用，可空腹或与食物同时服用。

关于单纯高血压不建议 ACEI+ARB 联用资料（三）

1．2009 版加拿大高血压指南明确指出不应联合应用血管紧张素酶抑制剂（ACEI）与血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）类药物。对于伴有心血管疾病或 2 型糖尿病的高血压患者，ACEI 与 ARB 具有相似的靶器官保护作用。但 ONTARGET 研究显示，与单独应用 ACEI 相比，联合应用 ACEI 与 ARB 虽可使血压进一步降低，但并不能进一步减少其终点事件的发生，反而明显增加不良反应事件（低血压、高血钾以及肾脏损害）。严重慢性肾脏疾患时，联合应用 ACEI 与 ARB 可能降低尿蛋白排泌量，但不能减少心血管终点事件，却显著增加不良反应发生率。严重心力衰竭患者联合应用这两类药物可能有助于降低再住院率。因此，基于现有循证医学证据，仅重度心力衰竭与蛋白尿性肾病患者可以考虑接受 ACEI/ARB 联合治疗，且需密切监视其不良事件的发生。

2．支持联合使用 ACEI 与 ARB 治疗肾脏疾病的 COOPERATE 试验最终被证明是虚假的。2009 年 10 月 10 日，英国杂志《Lancet》发表了有关 COOPERATE 试验的撤稿声明，明确指出 2003 年发表的 COOPERATE 试验研究报告的第一作者（Nakao）在该研究中存在严重的学术不端行为。ACEI 与 ARB 联合所带来的获益非常有限，但所带来的伤害非常明确，早期的 RESOLVD 试验和近期发表的 ONTARGET 试验都证明了这一点。因此，即便不禁止联合，也应尽可能减少这两种药物的联合使用。

3．2010 年美国高血压协会发表降压药物联合治疗意见书，具体内容如下：①优先选择的方案：ACEI+利尿剂；ARB+利尿剂；ACEI+钙拮抗剂（CCB）；ARB+CCB；②二线联合方案：β-受体阻滞剂（β-RB）+利尿剂；CCB(二氢吡啶类)+β-RB；CCB+利尿剂；肾素抑制剂+利尿剂；肾素抑制剂+ARB；噻嗪类利尿剂+保钾利尿剂；③不推荐常规应用的联合方案：ACEI+ARB；ACEI+β-RB；ARB+β-RB；CCB（非二氢吡啶类）+β-RB；中枢降压药物+β-RB。

4．中国高血压防治指南(2009 年基层版)推荐以下前 4 种组合方案,必要时或慎用后 2 种组合方案:①CCB 和 ACEI 或 ARB；②ACEI 或 ARB 和小剂量利尿剂；③CCB(二氢吡啶类)和小剂量 β-RB；④CCB 和小剂量利尿剂；⑤小剂量利尿剂和小剂量 β-RB；⑥α-受体阻滞剂（α-RB）和 β-RB （心功能不全者慎用 α-RB）。根据替米沙坦单用或与雷米普利联用全球终点研究（ONTARGET）结果，应慎重 ACEI 和 ARB 联合用于某些心血管病高危患者。难治性高血压（应用非药物治疗以及包括利尿剂在内的至少 3 种药物治疗数周仍不能将血压控制在目标水平）常用长效 CCB、利尿剂、ARB 或 ACEI 等联合治疗。加用安体舒通对部分患者可能有效；可用利尿剂+长效 CCB+ACEI 或 ARB 联合治疗。

5．2010 年《中国国家处方集》记载高血压治疗药物联合方案为 ACEI/ARB+噻嗪类利尿剂；CCB+ACEI/ARB；CCB+噻嗪类利尿剂；CCB+β-RB。

高血压合并糖尿病患者的降压治疗

高血压与糖尿病是经常伴随出现的 2 种常见慢性病。约 40%的糖尿病患者同时患有高血压，按照中国高血压防治指南，糖尿病患者的血压应控制在 130/80 mmHg 以下，则大部分糖尿病患者都需要降压治疗。高血压合并糖尿病患者的心血管风险极高，需要更为合理的降压治疗方案，以降低发生心、脑血管并发症的风险。

高血压合并糖尿病患者的降压治疗时，必须考虑——降压药物对糖代谢的作用或对糖尿病的作用。⑴利尿剂和 β-RB 均可导致糖代谢紊乱，利尿剂主要是增加 K^+ 的排泄，使体液中的糖不能有效进入细胞，从而导致血糖升高；而 β-RB 则主要是加重胰岛素抵抗，抑制胰岛素分泌，增加体重，从而导致血糖升高。⑵CCB 对糖代谢没有影响。⑶ACEI 和 ARB 这两种肾素系统抑制剂具有一定程度的改善糖代谢

的作用，其原因可能在于肾素系统抑制剂可升高血 K^+浓度，可以缓解服用噻嗪类利尿剂后低钾所导致的糖代谢紊乱。

CCB、ACEI 和 ARB 均有扩血管作用，又称血管活性降压药物。ACCOMPLISH 研究结果显示：高血压合并糖尿病的患者联合使用血管活性降压药物：氨氯地平+贝那普利（CCB 与肾素系统抑制剂）在心血管事件获益方面明显优于氢氯噻嗪+贝那普利（利尿剂与肾素系统抑制剂）。一项研究厄贝沙坦治疗糖尿病肾病试验提示，厄贝沙坦与氨氯地平在预防并发症方面各有其优势，前者可更有效地预防肾功能不全和心力衰竭，而后者则更有效地预防脑卒中和心肌梗死的发生。

合并糖尿病的高血压患者降低血压极其困难。美国心脏病协会有关难治性高血压的降压治疗建议的用药方案：如果在足量使用 CCB+肾素系统抑制剂的情况下，仍不能有效控制血压、实现降压达标，可以选择噻嗪类利尿剂作为第 3 类药物。噻嗪类利尿剂不仅有助于控制血压，而且其代谢不良反应也可在一定程度上因使用了肾素系统抑制药物而得到一定程度的缓解。

对于高血压与糖尿病患者，在强调降压达标的同时，绝不能忽视降压达标的过程。尤其是对已存在较严重动脉粥样硬化斑块的患者，一方面应处理斑块，另一方面注意血压降低的速度，应给患者一些时间逐步将血压控制到达标或理想血压水平。高血压合并糖尿病患者常以收缩压升高为主。因此，应注意不能将舒张压水平降得过低．尤其不能低于 60 mmHg，从而在最大程度获得降压益处的同时，尽可能减少降压治疗可能带来的不良反应，甚至伤害。

本文摘自：内科理论与实践，2008.3⑸：专家论坛：高血压合并糖尿病患者的降压治疗。

2010 年度我院药品不良反应汇总分析

截止 2010 年 12 月 24 日，我院药品不良反应监测办公室（临床药学室）共收到临床各科室及药房上报的有效药品不良反应（ADR）报表共计 310 份，约是 2009 年上报数量的 4 倍（310/76），超额完成上级药政管理部门下达的 200 份数量指标任务。

2010 年，我院 ADR 监测上报工作有了长足进步，这说明临床在对患者的安全用药给予重视的基础上加强了用药监测，使得患者用药中的 ADR 得以及时发现，

降低 ADR 对患者的进一步损害，有力地促进了我院医疗安全。了解我院药物发生的 ADR 现状，可为临床安全用药提供参考，现将 310 份报表的分析结果汇总如下：

一、在 310 份 ADR 报表中，患者的年龄 2a~91a，其中 60a 以上患者约占 46%（143/310），这提示 ADR 可发生于任何年龄，但老年人为 ADR 的高发人群，这可能与老年人肝、肾等脏器功能减退，且多伴有多种基础疾病、多药合用等因素相关。临床在用药时应注意给药剂量、给药速度及药物之间的相互作用，加强用药中的监测。

二、从给药途径来看，静脉途径给药 ADR 发生率为 86.5%（268/310）居首位，口服途径给药占 12.6%居第二位。这提示静脉给药的风险高于口服给药，临床在选用静脉给药时应慎重。在保证治疗的前提下，建议临床能口服给药不选择注射给药，能肌肉注射给药不选择静脉途径给药。

三、310 份报表 ADR 发生率中，抗感染药物为 39%（121/310），居首位；中药注射剂为 20.3%（63/310），居次位。

与喹诺酮类药物相关的 ADR 为 51 份，居 121 份抗感染药物的首位，约占 ADR 总数的 16.5%（51/310）。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，在选用该类药物时必需有严格指征，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。

与中药注射剂相关的 63 份 ADR 报表中，因临床超说明书剂量使用而引发的 ADR 的机率较常规用药高。如红花黄色素注射剂引起的 ADR 中的 50%（8/16）存在超说明书剂量用药，这警示——超说明书剂量使用药品存在安全隐患。2010 年 12 月 29 日，院发[2010]89 号《关于进一步规范中药临床应用的通知》文件明确要求，临床在使用中药时，须严格按照药品说明书辩证辨病规范使用，严禁未经辩证辨病超剂量使用中药。

四、将 2010 年上报的 310 份 ADR 报表按照 ADR 类型及临床表现分类（见表 4）。发生频次居前 6 位的是：过敏样反应（96）、消化系统反应（70）、中枢神经系统反应（59）、循环系统反应（26）、注射部位反应（26）、发热（18）。其中，⑴与哌拉西林钠舒巴坦钠、注射用红花黄色素、胸腺肽、复方氨林巴比妥相关的**过敏性休克** 4 例；⑵与注射用阿魏酸钠、舒血宁注射液相关的的**消化道出血** 2 例；⑶引起**发热**的 ADR 18 例，其中 8 例与中药注射剂相关。

患者出现 ADR：有的在用药中过程中、有的为首次用药后、有的为多次用药后，这说明患者出现 ADR 的时间并不与用药时间存在完全同步性，且临床发生 ADR 类型及临床表现又呈现多样性，所以，临床在用药前应加强对患者的用药指导，告诉患者及时反馈用药中及用药后出现的不适症状，以避免因 ADR 延误发现而造成对患者的损害。

五、2010 年，我院发现新的和严重的 ADR 数量分别为 52 例、6 例，占总上报数量的 18.7%（58/310），其余 83.3%为已知的、一般的 ADR。提请临床减少顾虑，避免新的和严重的 ADR 出现漏报现象。因为，新的和严重的 ADR 监测上报对患者的安全用药更具有指导作用。

表 4　　310 例药品不良反应的类别及临床表现

不良反应类别	临床表现(例数)	引起 ADR 的药物
过敏样反应(96)	皮疹、皮肤瘙痒(92)	β-内酰胺类及酶抑制剂(24)、喹诺酮类⑲、克林霉素磷酸酯⑵、大环内酯类⑸、生物制剂⑺、注射用红花黄⑾、其他中成药⒀、其他药物⑾
	过敏性休克(4)	哌拉西林钠舒巴坦钠⑴、注射用红花黄色素⑴、胸腺肽⑴复方氨林巴比妥⑴
消化系统反应（70)	恶心、呕吐(55)	β-内酰胺类⑹、喹诺酮类⑾、硝基咪唑类⑸、大环内酯类⑷、林可霉素类⑵、生物制剂⑸、中成药⑹、化疗药⑺、其他⑼
	腹泻⑹	β-内酰胺酶抑制剂⑵、喹诺酮类⑵、大环内酯类⑴、兰索拉唑片⑴
	腹痛⑸	注射用门冬氨酸阿奇霉素⑴、门冬氨酸洛美沙星⑴、拜阿司匹林肠溶片⑴、注射用更昔洛韦钠⑴、门冬氨酸鸟甘酸⑴、
	胃肠道出血(2)	注射用阿魏酸钠⑴舒血宁注射液⑴
	乏力、食欲减退(2)	多西他赛注射液⑴、丹参酮ⅡA 磺酸钠注射液⑴
中枢神经系统反应（59)	头痛(37)	硝酸酯类⒁、酚妥拉明注射液⑴门冬氨酸鸟甘酸⑴环磷腺苷葡胺⑵依那普利⑴丁咯地尔⑶奥美拉唑⑴低分子右旋糖酐氨基酸⑴氯雷他定⑴β-内酰胺类及酶抑制剂⑵水溶性维生素⑴氨氯地平⑴注射用阿魏酸钠⑴、痰热清⑴注射用血栓通⑵、银杏达莫注射液⑵、神经节苷酯⑴、注射用红花黄色素⑴
	头晕(16)	硝酸酯类⑵、β-内酰胺类⑴、喹诺酮类⑵、二甲双胍缓释片⑴盐酸川芎嗪⑴益心舒胶囊⑴黄体酮胶丸⑴核黄酸磷酸钠⑴、七叶皂苷钠⑴溴隐亭⑴、舒血宁注射液⑴、氨氯地平⑴、阿奇霉素⑴、阿魏酸钠⑴
	面色苍白、无力、双手抽搐(2)	注射用阿昔洛韦钠⑵
	大汗(1)	单硝酸异山梨酯注射液⑴
	面部麻木不适(2)	复方苦参注射液⑴、天麻素注射液⑴、
	精神症状异常(1)	加替沙星氯化钠注射液⑴
循环系统反应(26)	胸闷、憋气(12)	β-内酰胺类及酶抑制剂⑶、喹诺酮类⑷、克林霉素磷酸酯⑴、银杏达莫注射液⑴、盐酸川芎嗪注射液⑴、20%脂肪乳⑴、注射用红花黄色素⑴、
	心悸(9)	酒石酸美托洛尔⑴、纤溶酶⑴、注射用血栓通⑴、血栓通软胶囊⑴、阿魏酸钠⑴、注射用阿昔洛韦⑴、加替沙星⑴、丹参酮ⅡA(1)、门冬氨酸洛美沙星(1)
	心率减慢(1)	枸橼酸芬太尼注射液⑴
	面部发红、发热(3)	鲑降钙素注射液⑴、奥硝唑注射液⑴、地塞米松⑴
	血压升高(1)	盐酸氯胺酮⑴

注射部位反应(26)	注射部位疼痛(16)	喹诺酮类⑶阿奇霉素⑶、左卡尼汀⑵、比拉西坦氯化钠注射液⑴、前列地尔⑴、胰岛素注射液⑵、丹参冻干粉⑴、刺五加注射液⑵、复方苦参注射液⑴
	静脉炎(10)	门冬氨酸阿奇霉素⑵加替沙星葡萄糖注射液⑴注射用前列地尔⑷、复方氨基酸注射液⑴、痰热清注射液⑵、
发热(18)	寒战、发热(18)	中药注射剂(8)、生物制剂⑵、注射用门冬氨酸洛美沙星⑴、阿奇霉素⑴、马来酸桂哌齐特⑴、盐酸丁咯地尔⑴、注射用脂溶性维生素⑴、头孢哌酮舒巴坦钠⑴、哌拉西林舒巴坦钠⑴、替硝唑注射液⑴、
其他(15)	膝关节疼痛(1)	替米沙坦片⑴
	牙龈出血(2)	拜阿司匹林肠溶片⑵
	口干、口苦(3)	蒲参胶囊⑴克林霉素磷酸酯⑵
	尿频、尿潴留(3)	黄葵胶囊⑴盐酸帕罗西汀片⑴、盐酸文拉法辛缓释胶囊⑴
	呛咳(1)	枸橼酸芬太尼⑴
	水肿	硝苯地平缓释片⑵双氯双酚钠⑴
	月经延迟	云南白药胶囊⑴
	脱发	注射用多西他赛⑴

《中医体质分类与判定》标准

2009 年 4 月，中华中医药学会颁布了《中医体质分类与判定》标准（表 5）。该标准是我国第一部规范和指导中医体质研究和应用的的文件，旨在为体质辨识及与中医体质相关疾病的防治、养生、保健及健康管理提供依据。该标准将体质分为：平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、血瘀质、痰湿质、湿热质、气郁质、特禀质 9 种基本体质类型，并从形体特征、常见表现、心理特征、发病倾向、对外界环境适应能力五个方面进行了体质特征表述。

⑴平和质：是指阴阳气血调和，以体态适中、面色红润、精力充沛等为主要特征的体质状态。⑵气虚质：是指元气不足，以疲乏、气短、自汗等气虚表现为主要特征的体质状态。⑶阳虚质：是指阳气不足，以畏寒怕冷、手足不温等虚寒表现为主要特征的体质状态。⑷阴虚质：是指阴液亏少，以口燥咽干、手足心热等虚热表现为主要特征的体质状态。⑸痰湿质：是指痰湿凝聚，以体型肥胖、腹部肥满、口黏苔腻等痰湿表现为主要特征的体质状态。⑹湿热质：是指湿热内蕴，以面垢油光、口苦苔黄腻等湿热表现为主要特征的体质状态。⑺血瘀质：是指血行不畅，以肤色晦暗、舌质紫暗等血瘀表现为主要特征的体质状态。⑻气郁质：是指气机郁滞，以神情抑郁、忧虑脆弱等气郁表现为主要特征的体质状态。⑼特禀质：是指先天失常，以生理缺陷、过敏反应等为主要特征的体质状态。

表 5　　《中医体质分类与判定》标准表

体质类型	形体特征	常见表现	心理特征	发病倾向	对外界环境适应能力
平和质	体形匀称健壮	面色、肤色润泽，头发稠密有光泽，目光有神，鼻色明润，嗅觉通利，唇色红润，不易疲劳，精力充沛，耐受寒热，睡眠良好，胃纳佳，二便正常，舌色淡红，苔薄白，脉和缓有力	性格随和开朗	平素患病较少	对自然环境和社会环境适应能力较强
气虚质	肌肉松软不实	平素语音低弱，气短懒言，容易疲乏，精神不振，易出汗，舌淡红，边有齿痕，脉弱	性格内向，不喜冒险	易患感冒、内脏下垂等病；病后康复缓慢	不耐受风、寒、暑、湿邪
阳虚质	肌肉松软不实	平素畏冷，手足不温，喜热饮食，精神不振，舌淡胖嫩，脉沉迟	性格多沉静、内向	易患痰饮、肿胀、泄泻等病；感邪易从寒化	耐夏不耐冬；易感风、寒、湿邪
阴虚质	体形偏瘦	手足心热，口燥咽干，鼻微干，喜冷饮，大便干燥，舌红少津，脉细数	性情急躁，外向好动，活泼	易患虚劳、失精、不寐等病；感邪易从热化	耐冬不耐夏；不耐受暑、热、燥邪
痰湿质	体形肥胖、腹部肥满松软	面部皮肤油脂较多，多汗且黏，胸闷，痰多，口黏腻或甜，喜食肥甘甜黏，苔腻，脉滑	性格偏温和、稳重，多善于忍耐	易患消渴、中风、胸痹等病	对梅雨季节及湿重环境适应能力差
湿热质	形体中等或偏瘦	面垢油光，易生痤疮，口苦口干，身重困倦，大便黏滞不畅或燥结，小便短黄，男性易阴囊潮湿，女性易带下增多。舌质偏红，苔黄腻，脉滑数	性格多心烦急躁	易患疮疖、黄疸、热淋等病	对夏末秋初湿热气候，湿重或气温偏高环境较难适应
血瘀质	胖瘦均见	肤色晦暗，色素沉著，容易出现瘀斑，口唇暗淡，舌暗或有瘀点，舌下络脉紫暗或增粗，脉涩	易烦，健忘	易患癥瘕及痛证、血证等	不耐受寒邪
气郁质	形体瘦者为多	神情抑郁，情感脆弱，烦闷不乐。舌淡红，苔薄白，脉弦	性格内向不稳定、敏感多虑	易患脏躁、梅核气、百合病及郁证等	对精神刺激适应能力较差；不适应阴雨天气
特禀质	过敏体质一般无特殊，先天禀赋异常或有畸形，或有生理缺陷	过敏体质常见哮喘、风团、咽痒、鼻塞、喷嚏等；遗传性疾病有垂直遗传，先天性、家族性特征；胎传性疾病为母体影响胎儿个体生长发育及相关疾病特征	因禀质特异情况而不同	过敏体质易患哮喘、荨麻疹、花粉症及药物过敏等；遗传或先天性疾病	适应能力差，如过敏体质者对过敏季节适应能力差，易引发宿疾

小知识：

冬虫夏草适宜的服用方法

冬虫夏草为昆虫和真菌的混合体，既为中药，又为补品。服用补品，一般有四种方法：泡茶、水煎、炖汤和泡药酒。许多人喜欢用泡茶的方法来服用冬虫夏草。

冬虫夏草体内的很多有效成分属大分子，如蛋白质、核苷等。用水泡后仅有少部分有效成分溶解到水中，饮用后其药效难以发挥。即使嚼吃泡软的虫草，其有效成分也不能充分消化吸收。只有通过足够长时间的水煮或酒的浸泡，才能使其有效成分充分溶解出来，才能利于人体的吸收。另外，冬虫夏草用普通水洗后再开水浸泡，并不能去除干净其表面附着的很多寄生虫、真菌孢子，服用后可能对人体产生不利影响。水煎、炖汤或酒浸泡，既能保证有效成分的充分溶解，又能保证安全。

因此，冬虫夏草服用方法不宜选泡茶，可选择水煎、炖汤或泡药酒。

我院普通制剂品种简介

我院制剂室现有普通制剂及中药制剂品种 30 余个，其中许多制剂经多年临床应用疗效确切，医生与患者的反应良好。希望临床医生把制剂应用过程中的感受及建议告诉我们，同时也期待医生将一些疗效好，临床应用方便的处方和协定处方提供给我们，我们将协助临床科室进行医院制剂的研发，以提高我院医院制剂的水平。现将 19 个制剂介绍如下:

33%硫酸镁溶液

【适应症】用于利胆、十指肠引流。

【用法用量】口服：利胆，一次 4～10ml，一日 3 次，饭前服。外用：十二指肠引流（灭菌液）。

【不良反应】呕气、腹胀、食欲不振。

【规格】硫酸镁，33g/100ml

【价格】2.8 元/瓶

50%硫酸镁溶液

【适应症】用于导泻及局部消肿。

【用法用量】口服：导泻，一次 10～40ml，清晨空腹服。外用：局部消肿等。

【不良反应】呕气、腹胀、食欲不振。

【规格】硫酸镁，50g/100ml

【价格】3.1 元/瓶

10%碘化钾溶液*

【适应症】用于视神经萎缩和促进玻璃体混浊的吸收；防治地方性甲状腺肿等。

【用量用法】口服，一次 2～10ml，一日 3 次，饭后服用。

【不良反应】少数对碘过敏患者，在用药后立即或几小时后发生血管神经性水肿，上呼吸道粘膜刺激症状，甚至喉头水肿引起窒息。长期应用可出现口内铜腥味，喉部烧灼感、鼻炎、皮疹等。

【孕妇及哺乳期妇女用药】⑴妊娠妇女应用大剂量碘化物，可以致甲亢，对胎儿也有危险性，因可发生先天性甲状腺肿大。⑵碘化物能分泌入乳汁，哺乳易致婴儿皮疹，甲状腺功能受到抑制，故妇女哺乳期间应禁用或暂停哺乳。

【儿童用药】儿童用药为成人服用量的 1/10～1/13。婴、幼儿使用碘液易致皮疹，影响甲状腺功能，应禁用。

【规格】碘化钾，10g/100ml

0.02% 呋喃西林溶液

【适应症】局部抗菌药。用于多种革兰阳性及阴性细菌引起的耳、鼻、皮肤疾病。对厌氧菌引起的感染也有效果。

【用法用量】外用，湿敷患处，冲洗腔道或用于滴耳。滴鼻。

【不良反应】本品能引起过敏反应，如过敏性皮炎等。

【规格】呋喃西林，0.1g/500ml

【价格】4.9 元/瓶

复方氯霉素洗剂

【适应症】适用于对氯霉素类敏感细菌所引起的座疮、脂溢性皮炎、毛囊炎等。

【用量用法】外用，局部涂抹。一日 2～3 次。

【不良反应】偶有过敏反应。儿童全身大面积使用可发生吸收中毒。

【规格】100ml：氯霉素 1g，水杨酸 2g

【价格】2.9 元/瓶

0.1% 乳酸依沙吖啶溶液

【适应症】用于外科创伤，粘膜感染等消毒和化脓性皮肤病，也可用于漱口。

【用法用量】外用，洗涤或涂抹患处，一日 2～3 次。

【不良反应】⑴偶见皮肤刺激如烧灼感，或过敏反应如皮疹、瘙痒等。⑵如果应用与光变质的乳酸依沙吖啶可引起中毒症状。

【规格】乳酸依沙吖啶，0.2g/200ml；0.5g/500ml

【价格】4.0 元/200ml；5.67 元/500ml

复方水杨酸搽剂

【适应症】用于治疗手足癣、股癣等。

【用法用量】外用，局部涂抹。

【不良反应】偶可引起接触性皮炎。孕妇及哺乳期妇女，儿童，老年人慎用。

【规格】60ml/瓶

【价格】2.4 元/瓶

炉甘石薄荷脑洗剂

【适应症】用于湿疹、皮炎、皮肤瘙痒症等。

【用法用量】外用，局部涂抹，用前摇匀。

【规格】100ml/瓶

【价格】2.5 元/瓶

复方间苯二酚洗剂

【适应症】用于治疗霉菌性皮肤病，如手足癣、体癣、股癣等。

【用法用量】外用，局部涂擦，一日数次。

【不良反应】可引起接触性皮炎，儿童在伤口上应用本品可发生正铁血红蛋白血症。

【规格】100ml/瓶

【价格】3.9 元/瓶

盐酸氮芥搽剂

【适应症】免疫抑制作用，用于治疗白癜风、斑秃。

【用量用法】外用，局部涂擦。一日 1 次。

【不良反应】使用本品有一定刺激反应，其特征为刺激感、发红、烧灼感或发痒，腹股沟区较易发生。

【规格】100ml/瓶

【价格】2.7 元/瓶

氯麻滴鼻液

【性状】本品为无色或微黄色澄明粘稠液体。

【适应症】本品具有消炎，收缩血管的作用，用于鼻炎，鼻粘膜肿胀。

【用法用量】滴鼻，一次 2～3 滴，一日 3～4 次。

【规格】8ml：氯霉素 20mg，盐酸麻黄碱 80mg

【价格】2.0 元/瓶

复方薄荷脑滴鼻液

【适应症】滋润，保护粘膜，用于干燥性和萎缩性鼻炎。

【用法用量】滴鼻。一次 1～2 滴，一日数次。

【规格】8ml/瓶

【价格】2.0 元/瓶

苯酚滴耳液

【适应症】消炎镇痛，用于中耳炎和外耳道炎。

【禁忌】化脓性中耳炎禁用。

【不良反应】长期应用可使耳鼓膜增厚，听力下降。

【用量用法】外用，涂患耳处或滴耳，一次 2～3 滴，一日 3～4 次。

【规格】苯酚，0.16g/8ml

【价格】2.0 元/瓶

硼酸滴耳液

【适应症】具有消毒，止痒作用。用于慢性中耳炎及外耳道感染。

【用量用法】外用，滴耳，一次 2～3 滴，一日 3～5 次；或用于擦洗外耳道。

【规格】硼酸，0.24g/8ml

【价格】1.8 元/瓶

1%碘甘油

【适应症】用于口腔粘膜感染，牙龈炎、牙周炎、冠周炎及牙周洁治后龈袋消炎。

【用法用量】局部涂抹，一日数次。

【规格】碘，0.08g/8ml

【价格】2.8 元/瓶

硼酸软膏*

【适应症】有保护皮肤、软化痂皮及轻度抑菌作用。用于皮肤表面创伤、溃疡、擦伤、褥疮、接触性皮炎等。

【用法用量】外用，涂搽于患处。

【规格】硼酸，1g /10g

水杨酸硫软膏*

【适应症】用于治疗体癣、头癣及疥疮等。

【用量用法】外用，涂搽于患处。一日 1～3 次。

【规格】水杨酸，0.5g/10g

氧化锌软膏*

【适应症】用于湿疹、亚急性皮炎等。

【用量用法】外用，涂患处。

【规格】氧化锌，1.5g/10g

尿素乳膏*

【适应症】用于皮肤皲裂。

【用量用法】外用，涂搽于患处。

【规格】尿素，1.5g/10g

注：*品种为特殊应用药品，临床如有需要，请先与制剂室联系。

联系人：刘启萍；联系电话：36437。

（本文由制剂室供稿）