

药学与临床

二〇一三年第三期

「升降沉浮」

升降沉浮是指药物对人体作用的不同趋向性。

金元时期王好古有：、夫气者天也，温热天之阳；寒凉天之阴，阳则升，阴则降；味者地也，辛甘淡地之阳，酸苦咸地之阴，阳则浮，阴则沉、论断。



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

中国急性缺血性脑卒中诊治指南（2010 版）[连载三].....	1
慢性阻塞性肺疾病诊疗规范（2011 版）[连载三].....	8
我院药品不良反应监测报表收集结果通报.....	15
关注克林霉素注射剂不良反应.....	16
药典中的单味中药口服制剂.....	（鹿岩）17

封面设计：孙世光

临床药学室联系电话：36487 36418

中国急性缺血性脑卒中诊治指南 (2010 版)

(中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组)

三、特异性治疗

特异性治疗指针对缺血损伤病理生理机制中某一特定环节进行的干预。近年研究热点为改善脑血循环的多种措施 (如溶栓、抗血小板、抗凝、降纤、扩容等方法) 及神经保护的多种药物。

(一) 改善脑血循环

1. 溶栓: 溶栓治疗是目前最重要的恢复血流措施, 重组组织型纤溶酶原激活剂 (rtPA) 和尿激酶 (UK) 是我国目前使用的主要溶栓药, 目前认为有效抢救半暗带组织的时间窗为 4.5 h 内或 6 h 内。

(1) 静脉溶栓: 1) rtPA: 已有多个临床试验对急性脑梗死 rtPA 静脉溶栓疗效和安全性进行了评价, 其治疗时间窗包括发病后 3 h 内、6 h 内或 3~4.5 h。NINDS 试验显示, 3 h 内 rtPA 静脉溶栓组 3 个月完全或接近完全神经功能恢复者显著高于安慰剂组, 两组病死率相似。症状性颅内出血发生率治疗组高于对照组。ECASSIII 试验显示, 在发病后 3~4.5 h 静脉使用 rtPA 仍然有效。Cochrane 系统评价 rtPA 溶栓的亚组分析显示, 6h 内静脉 rtPA 溶栓明显降低远期死亡或残疾, 但显著增加致死性颅内出血率, 每治疗 1000 例患者可减少 55 例死亡或残疾。用多模式 MRI 或 CT 帮助选择超过 3 h 但存在半暗带可以溶栓的患者仍处于研究阶段。rtPA 除出血风险外, 有出现血管源性水肿引起呼吸道部分梗阻的报道。2) 尿激酶: 我国九五攻关课题“急性缺血性脑卒中 6 h 内的尿激酶静脉溶栓治疗”试验分为 2 个阶段。第 1 阶段开放试验初步证实国产尿激酶的安全性, 确定了尿激酶使用剂量为 100 万~150 万 IU。第 2 阶段为多中心随机、双盲、安慰剂对照试验, 将 465 例发病 6h 内的急性缺血性脑卒中患者随机分为 3 组, 静脉给予尿激酶 (150 万 IU 组 155 例, 100 万 IU 组 162 例) 组和安慰剂组 (148 例)。结果显示 6h 内采用尿激酶溶栓相对安全、有效。3) 静脉溶栓的适应证与禁忌证: ①适应证: A. 年龄 18~80 岁; B. 发病 4.5 h 以内 (rtPA) 或 6 h 内 (尿激酶); C. 脑功能损害的体征持续存在超过 1 h, 且比较严重; D. 脑 CT 已排除颅内出血, 且无早期大面积脑梗死影像学改变; E. 患者或家属签署知情同意书。②禁忌证: A. 既往有颅内出血, 包括可疑蛛网膜下腔出血; 近 3 个月有头颅外伤史; 近 3 周内有胃肠或泌尿系统出血; 近 2 周内进行过大的外科手术; 近 1 周内有不

压迫止血部位的动脉穿刺。B. 近 3 个月内有脑梗死或心肌梗死史，但不包括陈旧小腔隙梗死而未遗留神经功能体征。C. 严重心、肝、肾功能不全或严重糖尿病患者。D. 体检发现有活动性出血或外伤（如骨折）的证据。E. 已口服抗凝药，且 INR>15；48h 内接受过肝素治疗（APTT 超出正常范围）。F. 血小板计数低于 $100 \times 10^9/L$ ，血糖 <27mmol/L。G. 血压：收缩压 > 180 mmHg，或舒张压 >100 mmHg。H. 妊娠。I. 不合作。

4) 静脉溶栓的监护及处理：A. 尽可能将患者收入重症监护病房或卒中单元进行监护；B. 定期进行神经功能评估，第 1 小时内 30 min 1 次，以后每小时 1 次，直至 24 h；C. 如出现严重头痛、高血压、恶心或呕吐，应立即停用溶栓药物并行脑 CT 检查；D. 定期监测血压，最初 2 h 内 15 min 1 次，随后 6 h 内 30 min 1 次，以后每小时 1 次，直至 24 h；E. 如收缩压 ≥ 180 mmHg 或舒张压 ≥ 100 mmHg，应增加血压监测次数，并给予降压药物；F. 鼻饲管、导尿管及动脉内测压管应延迟安置；G. 给予抗凝药、抗血小板药物前应复查颅脑 CT。

(2) 动脉溶栓：动脉溶栓使溶栓药物直接到达血栓局部，理论上血管再通率应高于静脉溶栓，且出血风险降低。然而其益处可能被溶栓启动时间的延迟所抵消。一项随机双盲对照试验（n=121）显示，对发病后 6 h 内重症大脑中动脉闭塞患者动脉使用重组尿激酶原，治疗组 90 d 时改良 Rankin 量表评分和血管再通率均优于对照组，症状性颅内出血和总病死率在两组间差异无统计学意义，有待更多临床试验证实。

目前有关椎一基底动脉脑梗死溶栓治疗的时间窗、安全性与有效性只有少量小样本研究。尚无经颈动脉注射溶栓药物治疗缺血性脑卒中有效性及安全性的可靠研究证据。

推荐意见：（1）对缺血性脑卒中发病 3 h 内（I 级推荐，A 级证据）和 3~4.5 h（I 级推荐，B 级证据）的患者，应根据适应证严格筛选患者，尽快静脉给予 rtPA 溶栓治疗。使用方法：rtPA 0.9 mg/kg（最大剂量为 90 mg）静脉滴注，其中 10% 在最初 1 min 内静脉推注，其余持续滴注 1 h，用药期间及用药 24 h 内应如前述严密监护患者（I 级推荐，A 级证据）。（2）发病 6 h 内的缺血性脑卒中患者，如不能使用 rtPA 可考虑静脉给予尿激酶，应根据适应证严格选择患者。使用方法：尿激酶 100 万~150 万 IU，溶于生理盐水 100~200 ml，持续静脉滴注 30 min，用药期间应如前述严密监护患者（II 级推荐，B 级证据）。（3）可对其他溶栓药物进行研究，不推荐在研究以外使用（I 级推荐，C 级证据）。（4）发病 6 h 内由大脑中动脉闭塞导致的严重脑卒中且不适合静脉溶栓的患者，经过严格选择后可在有条件的医院进行动

脉溶栓 (II 级推荐, B 级证据)。(5) 发病 24 h 内由后循环动脉闭塞导致的严重脑卒中且不适合静脉溶栓的患者, 经过严格选择后可在有条件的单位进行动脉溶栓 (III 级推荐, C 级证据)。(6) 溶栓患者的抗血小板或特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗者, 应推迟到溶栓 24 h 后开始 (I 级推荐, B 级证据)。

2. 抗血小板: 大样本试验 (中国急性脑卒中试验和国际脑卒中试验) 研究了脑卒中后 48 h 内口服阿司匹林的疗效, 结果显示, 阿司匹林能显著降低随访期末的病死或残疾率, 减少复发, 仅轻度增加症状性颅内出血的风险。一个预试验提示轻型脑梗死或 TIA 患者早期联用氯吡格雷与阿司匹林是安全的, 可能减少血管事件但差异无统计学意义。目前尚无评价其他抗血小板药物在脑卒中急性期临床疗效的大样本 RCT 报道。

推荐意见: (1) 对于不符合溶栓适应证且无禁忌证的缺血性脑卒中患者应在发病后尽早给予口服阿司匹林 150~300 mg/d (I 级推荐, A 级证据)。急性期后可改为预防剂量 (50~150 mg/d), 详见二级预防指南。(2) 溶栓治疗者, 阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓 24h 后开始使用 (I 级推荐, B 级证据)。(3) 对不能耐受阿司匹林者, 可考虑选用氯吡格雷等抗血小板治疗 (III 级推荐, C 级证据)。

3. 抗凝: 急性期抗凝治疗虽已应用 50 多年, 但一直存在争议。Cochrane 系统评价纳入 24 个 RCT 共 23 748 例患者, 药物包括普通肝素、低分子肝素、类肝素、口服抗凝剂和凝血酶抑制剂。其 Meta 分析显示: 抗凝药治疗不能降低随访期末病死率; 随访期末的残疾率亦无明显下降; 抗凝治疗能降低缺血性脑卒中的复发率、降低肺栓塞和深静脉血栓形成发生率, 但被症状性颅内出血增加所抵消。心脏或动脉内血栓、动脉夹层和椎一基底动脉梗死等特殊亚组尚无证据显示抗凝的净疗效。3h 内进行肝素抗凝的临床试验显示治疗组 90 d 时结局优于对照组, 但症状性出血显著增加, 认为超早期抗凝不应替代溶栓疗法。凝血酶抑制剂, 如阿加曲班 (argatroban), 与肝素相比具有直接抑制血块中的凝血酶、起效较快、作用时间短、出血倾向小、无免疫源性等潜在优点。一项随机、双盲、安慰剂对照试验显示症状性颅内出血无显著增高, 提示安全。

推荐意见: (1) 对大多数急性缺血性脑卒中患者, 不推荐无选择地早期进行抗凝治疗 (I 级推荐, A 级证据)。(2) 关于少数特殊患者的抗凝治疗, 可在谨慎评估风险、效益比后慎重选择 (IV 级推荐, D 级证据)。(3) 特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗的患者, 应在 24 h 后使用抗凝剂 (I 级推荐, B 级证据)。

4. 降纤：很多研究显示脑梗死急性期血浆纤维蛋白原和血液黏滞度增高，蛇毒酶制剂可显著降低血浆纤维蛋白原，并有轻度溶栓和抑制血栓形成的作用。

(1) 降纤酶（defibrase）：2000年国内发表的多中心、随机、双盲、安慰剂对照试验（n=2244）显示，国产降纤酶可改善神经功能，降低脑卒中复发率，发病6h内效果更佳，但纤维蛋白原降至13g/L以下时增加了出血倾向。2005年发表的中国多中心降纤酶治疗急性脑梗死随机双盲对照试验纳入1053例发病12h内的患者。结果显示治疗组3个月结局优于对照组，3个月病死率较对照组轻度增高。治疗组颅内出血显著高于对照组，颅内出血无明显增加。

(2) 巴曲酶：国内已应用多年，积累了一定临床经验。一项多中心、随机、双盲、安慰剂平行对照研究提示巴曲酶治疗急性脑梗死有效，不良反应轻，但应注意出血倾向。另一项随机、双盲、安慰剂对照研究比较了6h内使用巴曲酶或尿激酶的疗效，显示两组残疾率差异无统计学意义。

(3) 安克洛酶（ancrod）：安克洛酶是国外研究最多的降纤制剂，目前已有6个随机对照试验纳入2404例患者，但结果尚不一致。

(4) 其他降纤制剂：如蚓激酶、蕲蛇酶等临床也有应用，有待研究。

推荐意见：对不适合溶栓并经过严格筛选的脑梗死患者，特别是高纤维蛋白血症者可选用降纤治疗（II级推荐，B级证据）。

5. 扩容：对一般缺血性脑卒中患者，目前尚无充分RCT支持扩容升压可改善预后。Cochrane系统评价（纳入18项RCT）显示，脑卒中后早期血液稀释疗法有降低肺栓塞和下肢深静脉血栓形成的趋势，但对近期或远期病死率及功能结局均无显著影响。

推荐意见：（1）对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩容（II级推荐，B级证据）。

（2）对于低血压或脑血流低灌注所致的急性脑梗死如分水岭梗死可考虑扩容治疗，但应注意可能加重脑水肿、心功能衰竭等并发症。此类患者不推荐使用扩血管治疗（III级推荐，C级证据）。

6. 扩张血管：目前缺乏血管扩张剂能改善缺血性脑卒中临床预后的大样本高质量RCT证据，需要开展更多临床试验。

推荐意见：对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩血管治疗（II级推荐，B级证据）。

（二）神经保护

理论上, 针对急性缺血或再灌注后细胞损伤的药物(神经保护剂)可保护脑细胞, 提高对缺血缺氧的耐受性。主要神经保护剂的临床研究情况如下:

钙拮抗剂、兴奋性氨基酸拮抗剂、神经节苷脂和 NXY-059 等在动物实验中的疗效都未得到临床试验证实。关于镁剂的一项 RCT 研究显示硫酸镁组死亡人数或残疾率较对照组无明显降低。另一项脑卒中后早期使用镁剂的试验 (FAST-MAG) 正在进行。

依达拉奉是一种抗氧化剂和自由基清除剂, 国内外多个随机双盲安慰剂对照试验提示依达拉奉能改善急性脑梗死的功能结局并安全; 胞二磷胆碱是一种细胞膜稳定剂, 几项随机双盲安慰剂对照试验对其在脑卒中急性期的疗效进行了评价, 单个试验都显示差异无统计学意义, 但 Meta 分析 (4 个试验共 1372 例患者) 提示: 脑卒中后 24 h 内口服胞二磷胆碱的患者 3 个月全面功能恢复的可能性显著高于安慰剂组, 安全性与安慰剂组相似。cerebrolysin 是一种有神经营养和神经保护作用的药物, 国外随机双盲安慰剂对照试验提示其安全并改善预后。毗拉西坦的临床试验结果不一致, 目前尚无最后结论。

推荐意见: 神经保护剂的疗效与安全性尚需开展更多高质量临床试验进一步证实 (I 级推荐, B 级证据)。

(三) 其他疗法

1. 丁基苯酞: 丁基苯酞是近年国内开发的 I 类新药。几项评价急性脑梗死患者口服丁基苯酞的多中心随机、双盲、安慰剂对照试验显示: 丁基苯酞治疗组神经功能缺损和生活能力评分均较安慰剂对照组显著改善, 安全性好。

2. 人尿激肽原酶: 人尿激肽原酶 (尤瑞克林) 是近年国内开发的另一个 I 类新药。评价急性脑梗死患者静脉使用人尿激肽原酶的多中心随机、双盲、安慰剂对照试验显示: 尤瑞克林治疗组的功能结局较安慰剂组明显改善并安全。

3. 高压氧和亚低温的疗效和安全性还需开展高质量的 RCT 证实。

(四) 中医中药

1. 中成药: 中成药在我国广泛用于治疗缺血性脑卒中已有多年。一项系统评价共纳入 191 项临床试验, 涉及 21 种中成药共 189 项临床试验 (19180 例患者) 的 Meta 分析显示其能改善神经功能缺损, 值得进一步开展高质量研究予以证实。

2. 针刺: 目前已发表较多关于针刺治疗脑卒中疗效的临床试验, 但研究质量参差不齐, 结果不一致。Cochrane 系统评价共纳入 14 项 RCT (共 1208 例患者), Meta

分析显示，与对照组相比，针刺组随访期末的死亡或残疾人数降低，差异达统计学意义的临界值（ $P=0.05$ ），神经功能缺损评分显著改善。但针刺与假针刺进行比较的试验未能重复以上效果。

推荐意见：中成药和针刺治疗急性脑梗死的疗效尚需更多高质量 RCT 进一步证实。建议根据具体情况结合患者意愿决定是否选用针刺（II级推荐，B级证据）或中成药治疗（III级推荐，C级证据）。

四、急性期并发症的处理

（一）脑水肿与颅内压增高

严重脑水肿和颅内压增高是急性重症脑梗死的常见并发症，是死亡的主要原因之一。

推荐意见：（1）卧床，避免和处理引起颅内压增高的因素，如头颈部过度扭曲、激动、用力、发热、癫痫、呼吸道不通畅、咳嗽、便秘等（I级推荐）。（2）可使用甘露醇静脉滴注（I级推荐，C级证据）；必要时也可用甘油果糖或呋塞米等（II级推荐，B级证据）。（3）对于发病 48 h 内，60 岁以下的恶性大脑中动脉梗死伴严重颅内压增高、内科治疗不满意且无禁忌证者，可请脑外科会诊考虑是否行减压术（I级推荐，A级证据）。（4）对压迫脑干的大面积小脑梗死患者可请脑外科会诊协助处理（III级推荐，C级证据）。

（二）出血转化

脑梗死出血转化发生率为 8.5%~30%，其中有症状的为 1.5%~5%。心源性脑栓塞、大面积脑梗死、占位效应、早期低密度征、年龄大于 70 岁、应用抗栓药物（尤其是抗凝药物）或溶栓药物等会增加出血转化的风险。

研究显示无症状性出血转化的预后与无出血转化相比差异并无统计学意义，目前尚缺乏对其处理的研究证据；也缺乏症状性出血转化后怎样处理和何时重新使用抗栓药物（抗凝和抗血小板）的高质量研究证据。目前对无症状性出血转化者尚无特殊治疗建议。

推荐意见：（1）症状性出血转化：停用抗栓治疗等致出血药物（I级推荐，C级证据）；与抗凝和溶栓相关的出血处理参见脑出血指南。（2）何时开始抗凝和抗血小板治疗：对需要抗栓治疗的患者，可于出血转化病情稳定后 7~10 d 开始抗栓治疗；对于再发血栓风险相对较低或全身情况较差者，可用抗血小板药物代替华法林。

（三）癫痫

缺血性脑卒中后癫痫的早期发生率为 2%~33%，晚期发生率为 3%~67%。目前缺乏脑卒中后是否需预防性使用抗癫痫药或治疗脑卒中后癫痫的证据。

推荐意见：（1）不推荐预防性应用抗癫痫药物（IV级推荐，D级证据）。（2）孤立发作 1 次或急性期痫性发作控制后，不建议长期使用抗癫痫药物（IV级推荐，D级证据）。（3）脑卒中后 2~3 个月再发的癫痫，建议按癫痫常规治疗，即进行长期药物治疗（I级推荐）。（4）脑卒中后癫痫持续状态，建议按癫痫持续状态治疗原则处理（I级推荐）。

（四）吞咽困难

约 50%的脑卒中患者入院时存在吞咽困难，3 个月时降为 15%左右。为防治脑卒中后肺炎与营养不良，应重视吞咽困难的评估与处理。

推荐意见：（1）建议于患者进食前采用饮水试验进行吞咽功能评估（II级推荐，B级证据）。（2）吞咽困难短期内不能恢复者早期可插鼻胃管进食（II级推荐，B级证据），吞咽困难长期不能恢复者可行 PEC 进食（III级推荐，C级证据）。

（五）肺炎

约 56%脑卒中患者合并肺炎，误吸是主要原因。意识障碍、吞咽困难是导致误吸的主要危险因素，其他包括呕吐、不活动等。肺炎是脑卒中患者死亡的主要原因之一，15%~25%脑卒中患者死于细菌性肺炎。

推荐意见：（1）早期评估和处理吞咽困难和误吸问题，对意识障碍患者应特别注意预防肺炎（I级推荐，C级证据）。（2）疑有肺炎的发热患者应给予抗生素治疗，但不推荐预防性使用抗生素（II级推荐，B级证据）。

（六）排尿障碍与尿路感染

排尿障碍在脑卒中早期很常见，主要包括尿失禁与尿潴留。住院期间 40%~60%中重度脑卒中患者发生尿失禁，29%发生尿潴留。尿路感染主要继发于因尿失禁或尿潴留留置导尿管的患者，约 5%出现败血症，与脑卒中预后不良有关。

推荐意见：（1）建议对排尿障碍进行早期评估和康复治疗，记录排尿日记（II级推荐，B级证据）。（2）尿失禁者应尽量避免留置尿管，可定时使用便盆或便壶，白天每 2 小时 1 次，晚上每 4 小时 1 次（I级推荐，C级证据）。（3）尿潴留者应测定膀胱残余尿，排尿时可在耻骨上施压加强排尿。必要时可间歇性导尿或留置导尿（IV级推荐，D级证据）。（4）有尿路感染者应给予抗生素治疗，但不推荐预防性使用抗生素（I级推荐）。

（七）深静脉血栓形成（deep vein thrombosis, DVT）和肺栓塞

DVT 的危险因素包括静脉血流淤滞、静脉系统内皮损伤和血液高凝状态。瘫痪重、年老及心房颤动者发生 DVT 的比例更高，症状性 DVT 发生率为 2%。DVT 最重要的并发症为肺栓塞。根据相关研究建议按如下意见处理。

推荐意见：（1）鼓励患者尽早活动、抬高下肢；尽量避免 T 肢（尤其是瘫痪侧）静脉输液（I 级推荐）。（2）对于发生 DVT 及肺栓塞高风险且无禁忌者，可给予低分子肝素或普通肝素，有抗凝禁忌者给予阿司匹林治疗（I 级推荐，A 级证据）。（3）可联合加压治疗（长筒袜或交替式压迫装置）和药物预防 DVT，不推荐常规单独使用加压治疗；但对有抗栓禁忌的缺血性脑卒中患者，推荐单独应用加压治疗预防 DVT 和肺栓塞（I 级推荐，A 级证据）。（4）对于无抗凝和溶栓禁忌的 DVT 或肺栓塞患者，首先建议肝素抗凝治疗，症状无缓解的近端 DVT 或肺栓塞患者可给予溶栓治疗（IV 级推荐，D 级证据）。

[连载三〇完]

[参考文献]中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.

慢性阻塞性肺疾病诊疗规范（2011 版）

卫办医政发（2011）108 号

十一、治疗

（一）稳定期治疗。

1. 教育与管理。

教育与督导吸烟的 COPD 患者戒烟，并避免暴露于二手烟。戒烟已被明确证明可有效延缓肺功能的进行性下降。

嘱患者尽量避免或防止粉尘、烟雾及有害气体吸入；帮助患者掌握 COPD 的基础知识，学会自我控制疾病的要点和方法；使患者知晓何时应往医院就诊。

2. 药物治疗。

（1）支气管舒张剂。

支气管舒张剂是控制 COPD 症状的重要治疗药物, 主要包括 β_2 受体激动剂和抗胆碱能药。首选吸入治疗。短效制剂适用于各级 COPD 患者, 按需使用, 以缓解症状; 长效制剂适用于中度以上患者, 可预防和减轻症状, 增加运动耐力。甲基黄嘌呤类药物亦有支气管舒张作用。不同作用机制与作用时间的药物合理联合应用可增强支气管舒张作用、减少不良反应。

1) β_2 受体激动剂: 短效 β_2 受体激动剂 (SABA) 主要有沙丁胺醇 (Salbutamol)、特布他林 (Terbutaline) 等定量雾化吸入剂, 数分钟内起效, 疗效持续 4~5 小时, 每次 100~200 μ g (1~2 喷), 24 小时内不超过 8~12 喷; 长效 β_2 受体激动剂 (LABA) 主要有沙美特罗 (Salmeterol)、福莫特罗 (Arformoterol) 等, 作用持续 12 小时以上, 每日吸入 2 次。

2) 抗胆碱药: 短效抗胆碱药 (SAMA) 主要有异丙托溴铵 (Ipratropium bromide) 定量雾化吸入剂, 起效较沙丁胺醇慢, 疗效持续 6~8 小时, 每次 40~80 μ g, 每日 3~4 次; 长效抗胆碱药 (LAMA) 主要有噻托溴铵 (Tiotropium bromide), 作用时间长达 24 小时以上, 每次吸入剂量 18 μ g, 每日 1 次。

3) 甲基黄嘌呤类药物: 包括短效和长效剂型。短效剂型如氨茶碱 (Aminophylline), 常用剂量为每次 100~200mg, 每日 3 次; 长效剂型如缓释茶碱 (Theophylline SR), 常用剂量为每次 200~300mg, 每 12 小时 1 次。高剂量茶碱因其潜在的毒副作用, 不建议常规应用。吸烟、饮酒、服用抗惊厥药、利福平等可引起肝脏酶受损并缩短茶碱半衰期, 降低疗效; 高龄、持续发热、心力衰竭和肝功能明显障碍者, 同时应用西咪替丁、大环内酯类药物、氟喹诺酮类药物和口服避孕药等均可能使茶碱血药浓度增加。由于此类药物的治疗浓度和中毒浓度相近, 建议有条件的医院监测茶碱的血药浓度。

(2) 糖皮质激素。

长期规律吸入糖皮质激素适于重度和极重度且反复急性加重的患者, 可减少急性加重次数、增加运动耐量、改善生活质量, 但不能阻止 FEV₁ 的下降趋势。联合吸入糖皮质激素和长效 β_2 受体激动剂, 疗效优于单一制剂。不推荐长期口服、肌注或静脉应用糖皮质激素治疗。

(3) 其他药物。

1) 祛痰药: 常用药物有盐酸氨溴索、乙酰半胱氨酸、羧甲司坦、标准桃金娘油等。

2) 抗氧化剂: 有限证据提示, 抗氧化剂如羧甲司坦、N-乙酰半胱氨酸等可降低疾病急性加重次数。

3) 疫苗: 主要指流感疫苗和肺炎疫苗。接种流感疫苗可预防流感, 避免流感引发的急性加重, 适用于各级临床严重程度的 COPD 患者; 建议年龄超过 65 岁及虽低于此年龄但 FEV1<40% 预计值的患者可接种肺炎链球菌多糖疫苗等以预防呼吸道细菌感染。

4) 中医治疗: 某些中药具有调理机体状况的作用, 可予辨证施治。

3.非药物治疗。

(1) 氧疗。

长期氧疗对 COPD 合并慢性呼吸衰竭患者的血流动力学、呼吸生理、运动耐力和精神状态产生有益影响, 可改善患者生活质量, 提高生存率。提倡在医生指导下施行长期家庭氧疗 (LTOT)。

1) 氧疗指征 (具有以下任何一项):

①静息时, $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2 < 88\%$, 有或无高碳酸血症。

② $56\text{mmHg} \leq \text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, $\text{SaO}_2 < 89\%$ 伴下述之一: 继发红细胞增多 (红细胞压积 $> 55\%$); 肺动脉高压 (平均肺动脉压 $\geq 25\text{mmHg}$); 右心功能不全导致水肿。

2) 氧疗方法: 一般采用鼻导管吸氧, 氧流量为 1.0~2.0 L/min, 吸氧时间 $> 15\text{h/d}$, 使患者在静息状态下, 达到 $\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$ 和 (或) 使 PaO_2 升至 90% 以上。

(2) 康复治疗。

康复治疗适用于中度以上 COPD 患者。其中呼吸生理治疗包括正确咳嗽、排痰方法和缩唇呼吸等; 肌肉训练包括全身性运动及呼吸肌锻炼, 如步行、踏车、腹式呼吸锻炼等; 科学的营养支持与加强健康教育亦为康复治疗的重要方面。

(3) 外科手术治疗。

如肺大疱切除术、肺减容术和肺移植术, 可参见相关指南。

应当根据 COPD 的临床严重程度采取相应的分级治疗 (见表 2)。

(二) 急性加重期治疗。

1.确定 COPD 急性加重的原因。

引起 COPD 急性加重的最常见原因是呼吸道感染, 以病毒和细菌感染最为多见。部分患者急性加重的原因难以确定, 环境理化因素改变亦可能参与其中。对引发 COPD 急性加重的因素应尽可能加以避免、去除或控制。

表2 稳定期COPD的分级治疗方案

I 级 (轻度)	II 级 (中度)	III 级 (重度)	IV 级 (极重度)
避免危险因素, 接种流感疫苗; 按需使用短效支气管舒张剂			
规律应用一种或多种长效支气管舒张剂; 辅以康复治疗			
		反复急性加重, 可吸入糖皮质激素	
		出现呼吸衰竭, 应长期氧疗可考虑外科手术治疗	

注: 短效支气管舒张剂指短效 β_2 受体激动剂、短效抗胆碱药及氨茶碱; 长效支气管舒张剂指长效 β_2 受体激动剂、长效抗胆碱药和缓释茶碱; 建议首选吸入型支气管舒张剂治疗。

2.COPD 急性加重严重程度的评估。

与患者急性加重前病史、症状、体征、肺功能测定、动脉血气分析和其他实验室检查指标进行比较, 可据以判断本次急性加重的严重程度。

(1) 肺功能测定: $FEV_1 < 1L$ 提示严重发作。但加重期患者常难以配合肺功能检查。

(2) 动脉血气分析: $PaO_2 < 50mmHg$, $PaCO_2 > 70mmHg$, $pH < 7.30$ 提示病情危重, 需进行严密监护并给予呼吸支持治疗。若有条件, 应转入内科或呼吸重症监护治疗病房 (MICU 或 RICU)。

(3) 胸部影像学、心电图 (ECG) 检查: 胸部影像学检查有助于鉴别 COPD 加重与其他具有类似症状的疾病。若出现低血压或高流量吸氧后 PaO_2 不能升至 $60mmHg$ 以上的情况, 要警惕肺血栓栓塞症的可能, 宜安排 CT 肺动脉造影 (CTPA) 等相关检查。ECG 有助于心律失常、心肌缺血及右心增大和 (或) 肥厚的诊断。

(4) 其他实验室检查: 血象 (血白细胞、红细胞计数、红细胞压积、血小板计数等)、血液生化指标等检查以及病原学检测等均有助于判断 COPD 急性加重的病情, 指导诊疗。

3.COPD 急性加重的院外治疗。

对于病情相对较轻的急性加重患者可在院外治疗, 但需注意严密观察病情变化, 及时决定需否送医院治疗。

(1) 支气管舒张剂: COPD 急性加重患者的门诊治疗包括适当增加以往所用支气管舒张剂的剂量及次数。若未曾使用抗胆碱能药物, 可以加用。对更严重的病例, 可以给予数天较大剂量的雾化治疗, 如沙丁胺醇、异丙托溴铵, 或沙丁胺醇联合异丙托溴铵雾化吸入。支气管舒张剂亦可与糖皮质激素联合雾化吸入治疗。

(2) 糖皮质激素：全身使用糖皮质激素对急性加重期患者病情缓解和肺功能改善有益。如患者的基础 FEV1 < 50% 预计值，除应用支气管舒张剂外，可考虑口服糖皮质激素，如泼尼松龙每日 30~40mg，连用 7~10d。

(3) 抗菌药物：COPD 症状加重、痰量增加特别是呈脓性时应给予抗菌药物治疗。应根据病情严重程度，结合当地常见致病菌类型、耐药趋势和药敏情况尽早选择敏感抗菌药物（见表 3）。

4. COPD 急性加重的住院治疗。

(1) 住院治疗的指征：

- 1) 症状明显加重，如短期出现的静息状况下呼吸困难等；
- 2) 出现新的体征或原有体征加重，如发绀、外周水肿等；
- 3) 新近发生的心律失常；
- 4) 有严重的伴随疾病；
- 5) 初始治疗方案失败；
- 6) 高龄；
- 7) 诊断不明确；
- 8) 院外治疗效果欠佳。

(2) 收住 ICU 的指征：

- 1) 严重呼吸困难且对初始治疗反应不佳；
- 2) 出现精神障碍，如嗜睡，昏迷；
- 3) 经氧疗和无创正压通气（NIPPV）治疗后，仍存在严重低氧血症（ $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$ ）和（或）严重高碳酸血症（ $\text{PaCO}_2 > 70\text{mmHg}$ ）和（或）严重呼吸性酸中毒（ $\text{pH} < 7.30$ ）无缓解，或者恶化。

(3) COPD 急性加重住院的治疗处理。

- 1) 根据症状、血气分析、X 线胸片评估病情的严重程度。
- 2) 控制性氧疗。

氧疗是 COPD 住院患者的基础治疗。无严重合并症的患者氧疗后易达到满意的氧合水平（ $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 或脉搏血氧饱和度 $\text{SpO}_2 > 90\%$ ）。应予控制性低浓度氧疗，避免 PaO_2 骤然大幅升高引起呼吸抑制导致 CO_2 潴留及呼吸性酸中毒。施行氧疗 30 分钟后，须复查动脉血气以了解氧疗效果。

- 3) 抗菌药物。

抗菌药物治疗在 COPD 患者住院治疗中居重要地位。当患者呼吸困难加重,咳嗽伴有痰量增多及脓性痰时,应根据病情严重程度,结合当地常见致病菌类型、耐药趋势和药敏情况尽早选择敏感药物。

通常 COPD 轻度或中度患者急性加重时,主要致病菌常为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌及卡他莫拉菌等。COPD 重度或极重度患者急性加重时,除上述常见致病菌外,常有肠杆菌科细菌、铜绿假单孢菌及耐甲氧西林金黄色葡萄球菌等感染。发生铜绿假单孢菌感染的危险因素有:近期住院、频繁应用抗菌药物、以往有铜绿假单孢菌分离或定植等。根据可能的细菌感染谱采用适当的抗菌药物治疗(见表 3)。长期应用广谱抗菌药和糖皮质激素易继发深部真菌感染,应密切观察真菌感染的临床征象并采取相应措施。

表 3 COPD 急性加重期抗菌药物应用参考表

病情	可能的病原菌	宜选用的抗生素
轻度及中度 COPD 急性加重	流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌	青霉素、 β 内酰胺 / 酶抑制剂 (阿莫西林 / 克拉维酸等)、大环内酯类 (阿奇霉素、克拉霉素、罗红霉素等)、第 1 代或第 2 代头孢菌素 (头孢呋辛、头孢克洛等)、多西环素、左氧氟沙星等,一般可口服
重度及极重度 COPD 急性加重 无铜绿假单孢菌感染危险因素	流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷白菌、大肠杆菌、肠杆菌属等	β 内酰胺/酶抑制剂、第二代头孢菌素 (头孢呋辛等)、氟喹诺酮类 (左氧氟沙星、莫西沙星、加替沙星等)、第三代头孢菌素 (头孢曲松、头孢噻肟等)
重度及极重度 COPD 急性加重 有铜绿假单孢菌感染危险因素	以上细菌及铜绿假单孢菌	第三代头孢菌素 (头孢他啶)、头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、美洛培南等也可联合应用氨基糖苷类、喹诺酮类 (环丙沙星等)

4) 支气管舒张剂。短效 β_2 受体激动剂较适用于 COPD 急性加重的治疗。若效果不显著,建议加用抗胆碱能药物 (异丙托溴铵,噻托溴铵等)。对于较为严重的 COPD 急性加重,可考虑静脉滴注茶碱类药物,但须警惕心血管与神经系统副作用。 β_2 受体激动剂、抗胆碱能药物及茶碱类药物可合理联合应用以取得协同作用。

5) 糖皮质激素。COPD 急性加重住院患者在应用支气管舒张剂基础上,可口服或静脉滴注糖皮质激素。使用糖皮质激素要权衡疗效及安全性。建议口服泼尼松龙每日 30~40mg,连续 7~10d 后减量停药。也可以先静脉给予甲泼尼松龙,40mg 每日一次,3~5d 后改为口服。延长糖皮质激素用药疗程并不能增加疗效,反而会使副作用风险增加。

6) 利尿剂。COPD 急性加重合并右心衰竭时可选用利尿剂,利尿剂不可过量过急使用,以避免血液浓缩、痰粘稠而不易咳出及电解质紊乱。

7) 强心剂。COPD 急性加重合并有左心室功能不全时可适当应用强心剂；对于感染已经控制，呼吸功能已改善，经利尿剂治疗后右心功能仍未改善者也可适当应用强心剂。应用强心剂需慎重，因为 COPD 患者长期处于缺氧状态，对洋地黄的耐受性低，洋地黄治疗量与中毒量接近，易发生毒性反应，引起心律失常。

8) 血管扩张剂。COPD 急性加重合并肺动脉高压和右心功能不全时，在改善呼吸功能的前提下可以应用血管扩张剂。

9) 抗凝药物。COPD 患者有高凝倾向。对卧床、红细胞增多症或脱水难以纠正的患者，如无禁忌证均可考虑使用肝素或低分子肝素。COPD 急性加重合并深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症时应予相应抗凝治疗，发生大面积或高危肺血栓栓塞症可予溶栓治疗。

10) 呼吸兴奋剂。危重患者，如出现 PaCO_2 明显升高、意识模糊、咳嗽反射显著减弱，若无条件使用或不同意使用机械通气，在努力保持气道通畅的前提下可试用呼吸兴奋剂治疗，以维持呼吸及苏醒状态。目前国内常用的药物为尼可刹米(可拉明)、山梗菜碱(洛贝林)和吗乙苯吡酮等。由于中枢性呼吸兴奋剂作用有限，且易产生耐受性，同时有惊厥、升高血压、增加全身氧耗量等副作用，对于已有呼吸肌疲劳的患者应慎用。

11) 机械通气。

重症患者可根据病情需要，选择无创或有创机械通气。同时应监测动脉血气状况。

①无创机械通气：应用无创正压通气(NIPPV)可降低 PaCO_2 ，缓解呼吸肌疲劳，减轻呼吸困难，从而减少气管插管和有创呼吸机的使用，缩短住院天数。使用 NIPPV 要注意掌握合理的操作方法，提高患者依从性，以达到满意的疗效。

NIPPV 的应用指征：

适应证(至少符合下述中的 2 项)为中至重度呼吸困难；伴辅助呼吸肌参与呼吸并出现胸腹矛盾运动；中至重度酸中毒($\text{pH}7.30\sim7.35$)和高碳酸血症($\text{PaCO}_2 45\sim60\text{mmHg}$)；呼吸频率 >25 次/min。

禁忌证(符合下述条件之一)为呼吸抑制或停止；心血管系统功能不稳定(顽固性低血压、严重心律失常、心肌梗死)；嗜睡、意识障碍或不合作者；易误吸者(吞咽反射异常，严重上消化道出血)；痰液黏稠或有大量气道分泌物；近期曾行面部或胃食管手术；头面部外伤；固有的鼻咽部异常；极度肥胖；严重的胃肠胀气。

②有创机械通气：在积极药物和 NIPPV 治疗条件下，患者呼吸衰竭仍进行性恶化，出现危及生命的酸碱失衡和/或神志改变时宜采用有创机械通气治疗。

有创机械通气的具体应用指征：严重呼吸困难，辅助呼吸肌参与呼吸并出现胸腹矛盾运动；呼吸频率 >35 次/min；危及生命的低氧血症（ $\text{PaO}_2 < 40\text{mmHg}$ 或 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200\text{mmHg}$ ）；严重的呼吸性酸中毒（ $\text{pH} < 7.25$ ）及高碳酸血症；呼吸抑制或停止；嗜睡，意识障碍；严重心血管系统并发症（低血压、休克、心力衰竭）；其他并发症（代谢紊乱、脓毒血症、肺炎、肺血栓栓塞症、气压伤、大量胸腔积液）；NIPPV 治疗失败或存在使用 NIPPV 的禁忌证。

对于合并严重呼吸衰竭接受有创机械通气治疗的 COPD 急性加重病例，通常宜采用有创-无创序贯通气疗法。对于因肺部感染诱发急性加重和呼吸衰竭病例，可以采用肺部感染控制窗作为由有创向无创机械通气转化的时间切换点实施有创-无创序贯通气治疗。

12) 其他住院治疗措施。

注意维持液体和电解质平衡，在出入量和血电解质监测下补充液体和电解质；注意补充营养，对不能进食者需经胃肠补充要素饮食或予静脉营养；注意痰液引流，积极给予排痰治疗（如刺激咳嗽，叩击胸部，体位引流等方法）；注意识别并处理伴随疾病（冠心病，糖尿病，高血压等）及合并症（休克，弥漫性血管内凝血，上消化道出血，胃功能不全等）。

[连载三〇完]

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）：

自 2013 年 6 月 26 日—2013 年 9 月 25 日，我院第三季度共上报药品不良反应 99 例（目标数为 101 例），指标完成率为 98.12%。说明各科室护士长及科主任对该项工作非常重视，医院药品不良反应监测办公室将在下一步的工作中，继续通过各种方式加强信息沟通，与临床各科室共同做好我院药品不良反应监测和上报工作。各监测点上报数据见表 1。

医院药品不良反应监测办公室

二〇一三年九月二十五日

表 1 2013 年第三季度各监测点上报数据汇总

基层监测点	目标数	实际上报数	基层监测点	目标数	实际上报数
心内科	3	0	住院西药房	15	11
呼吸科	3	5	中药房	15	26
消化科	3	0	门诊西药房	9	10
内分泌科	3	3	社区西药房	6	7
神经内科	3	4	社区中药房	6	6
儿科	3	3	骨外科	1	1
干部病房东	3	2	神经外科	1	0
干部病房西	3	4	心外科	1	0
肾病中心	3	0	泌尿外科	1	2
门诊	3	0	普外科	1	0
康复科	3	1	麻醉科	1	0
职业病科	3	0	五官科	1	0
急救中心	3	3	妇产科	1	0
预保科	3	11	总计	101	99

关注克林霉素注射剂不良反应

山东省药品不良反应监测中心病例报告数据库中，克林霉素注射剂大剂量、高浓度、快速给药易引起肾脏损害，提醒临床予以关注。

一、不良反应/事件基本情况

2012 年 1 月 1 日至 2012 年 8 月 16 日我省共发现克林霉素注射剂引起的严重不良反应有 110 例，除常见的有胃肠道反应（恶心、呕吐、腹泻、腹痛等）、血液系统（白细胞减少、中性粒细胞减少、嗜酸性粒细胞增多和血小板减少等）、过敏样反应（皮疹、瘙痒、血管神经性水肿等）外，肾脏损害较为突出，涉及病例 54 例，主要表现为腰痛、血尿、肾功能异常、肾衰竭等。

二、临床用药的风险

1. 用药剂量：2012 年严重不良反应/事件数据中，单次给予 1.2g 引起肾脏损害例数为 21 例，占肾脏损害数的 39.6%；单次给予 1.8g 引起肾脏损害例数为 22 例，占肾脏损害数的 41.5%。根据药品说明书及有关文献提示成人中度感染为 0.6~1.2g/日，

分 2~4 次给药; 严重感染为 1.2~2.4g/日, 分 2~4 次给药。

2. 稀释浓度: 2012 年严重不良反应/事件数据中, 有 20 例给予 1.2g~1.8g, 用 100ml 氯化钠注射液或葡萄糖注射液稀释, 根据药品说明书及有关文献提示 0.6g 应加入 100~200ml 氯化钠注射液或葡萄糖注射液稀释。

3. 给药速度: 2012 年严重不良反应/事件数据中, 未见详细的滴注速度。根据药品说明书及有关文献提示静脉滴注需将本品 0.6g 用 100~200ml 氯化钠注射液或葡萄糖注射液稀释成 $\leq 6\text{mg/ml}$ 的浓度的药液, 静脉滴注 30 分钟。

三、安全用药建议

根据我省药品不良反应监测数据, 提醒临床对克林霉素注射剂可能引起的严重肾损害予以关注, 并建议从以下方面采取措施:

1. 控制给药剂量和稀释浓度、分次、缓慢给药。建议参照药品说明书提示用药。
2. 密切关注患者出现的肾损害前兆。当出现腹痛、腰痛、血尿时暂停用药, 必要时做进一步检查。
3. 特殊人群用药应谨慎。对于老年人、儿童、以及肾功能低下者谨慎用药。
4. 加强药品不良反应监测与反馈信息。

(摘自: 药品不良反应信息通报)

药典中的单味中药口服制剂

2010 版“中国药典”(一部) 载有中成药 1069 种, 其中由单味中药制备而成的口服制剂 69 种。此类品种组方简单, 疗效确切, 适合临床以中药饮片或配方颗粒开具处方, 以煎汤或代茶饮等形式使用。现汇总如表 1, 供医师、药师参考。

表 1 单味中药口服制剂

中成药	处方	功能	工艺
七叶神安片	三七叶	益气安神, 活血止痛。用于心气不足, 心血瘀阻所致的心悸, 失眠, 胸闷, 胸痛。	水煎
三七片	三七 3~9g	散瘀止血, 消肿止痛。用于咯血, 吐血, 衄血, 便血, 崩漏, 外伤出血, 胸腹刺痛, 跌扑肿痛。	生粉入药
山香圆片	山香圆叶 18~36g	清热解毒, 利咽消肿。用于肺胃热盛所致的急喉痹, 急乳蛾, 症见咽部红肿, 咽痛。	水煎
山绿茶降压片	山绿茶	清热泻火, 平肝潜阳。用于眩晕耳鸣, 头痛头胀, 心烦易怒, 少寐多梦; 高血压, 高血脂症见上述证候者。	渗漉
小儿敷脐止泻散	黑胡椒 0.3g	温中散寒, 止泻。用于小儿中寒, 腹泻, 腹痛。	生粉入药

中成药	处方	功能	工艺
五味子糖浆	五味子 1.5~3g	益气生津，补肾宁心。用于心肾不足所致的失眠，多梦，头晕；神经衰弱症见上述证候者。	渗漉
丹参片	丹参 9~12g	活血化瘀。用于瘀血闭阻所致的胸痹，症见胸部疼痛，痛处固定，舌质紫暗；冠心病心绞痛见上述证候者。	乙醇回流后水煎
乌灵胶囊	乌灵菌粉 3g	补肾健脑，养心安神。用于心肾不交所致的失眠，健忘，心悸心烦，神疲乏力，腰膝酸软，头晕耳鸣，少气懒言，脉细或沉无力；神经衰弱见上述证候者。	生粉入药
正清风痛宁片	青风藤	祛风除湿，活血通络，消肿止痛。用于风寒湿痹病，症见肌肉酸痛，关节肿胀，疼痛，屈伸不利，僵硬，肢体麻木；类风湿性，风湿性关节炎见上述证候者。	
芫龙胶囊	秦艽	清肝泄热。用于功能性消化不良属肝胃郁热证者，症见胃脘饱胀，脘部烧灼，口干口苦。	渗漉
石淋通片	广金钱草 47g	清热利尿，通淋排石。用于湿热下注所致的热淋，石淋，症见尿频，尿急，尿痛或尿有砂石；尿路结石，肾盂肾炎见上述证候者。	水煎
北豆根片/胶囊	北豆根	清热解毒，止咳祛痰。用于咽喉肿痛，扁桃体炎，慢性支气管炎。	酸水浸提
冬凌草片	冬凌草 18~45g	清热解毒，消肿散结，利咽止痛。用于热毒壅盛所致咽喉肿痛，声音嘶哑；扁桃体炎，咽炎，口腔炎见上述证候者及癌症的辅助治疗。	乙醇回流提取
汉桃叶片	汉桃叶 27~45g	祛风止痛，舒筋活络。用于三叉神经痛，坐骨神经痛，风湿关节痛。	水煎
地奥心血康	黄山药或穿龙薯蓣提取物	活血化瘀，行气止痛，扩张冠脉血管，改善心肌缺血。用于预防和治疗冠心病，心绞痛以及瘀血内阻之胸痹，眩晕，气短，心悸，胸闷或痛。	
西青果茶	西青果 15g	清热，利咽，生津。用于阴虚内热伤津所致咽干，咽痛，咽部充血；慢性咽炎，慢性扁桃体炎见上述证候者。	水煎
百令胶囊	发酵虫草菌粉 3~9g	补肺肾，益精气。用于肺肾两虚引起的咳嗽，气喘，咳血，腰背酸痛；慢性支气管炎的辅助治疗。	
金水宝胶囊/片	发酵虫草菌粉 3~6g	补肺益肾，秘精益气。用于肺肾两虚引起的咳嗽，精气不足，久咳虚喘，神疲乏力，不寐健忘，腰膝酸软，月经不调，阳痿早泄；慢性支气管炎，慢性肾功能不全，高脂血症，肝硬化见上述证候者。	
华山参片	华山参	温肺平喘，止咳祛痰。用于寒痰停饮犯肺所致的气喘咳嗽，吐痰清稀；慢性，喘息性气管炎见上述证候者。	渗漉
血康口服液	肿节风	活血化瘀，消肿散结，凉血止血。用于血热妄行，皮肤紫斑；原发性及继发性血小板减少性紫癜。	水煎
全天麻胶囊	天麻 3~9g	平肝，熄风，止痉。用于肝风上扰所致的眩晕，头痛，肢体麻木，癫痫抽搐。	生粉入药
远志酊	远志 1.2~3g	祛痰药，用于咳痰不爽。	渗漉
牡荆油胶丸	牡荆	祛痰，止咳，平喘。用于慢性支气管炎。	挥发油入药
灵丹草颗粒	臭灵丹草 15~40g	清热疏风，解毒利咽，止咳祛痰。用于风热邪毒，咽喉肿痛及肺热咳嗽；急性咽炎，扁桃体炎，上呼吸道感染见上述证候者。	蒸馏，水煎
枇杷叶膏	枇杷叶	清肺润燥，止咳化痰。用于肺热燥咳，痰少咽干。	水煎

中成药	处方	功能	工艺
板蓝根茶/颗粒	板蓝根 21~56g	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。	水煎
刺五加片	刺五加 12~22.5g	益气健脾, 补肾安神。用于脾肾阳虚, 体虚乏力, 食欲不振, 腰膝痠痛, 失眠多梦。	水煎
昆明山海棠片	昆明山海棠 15g	祛风除湿, 舒筋活络, 清热解毒。用于类风湿性关节炎, 红斑狼疮。	乙醇回流
垂盆草颗粒	鲜垂盆草 400~600g	清热解毒, 活血利湿。用于急慢性肝炎, 湿热瘀结证。	水煎
金银花露	金银花 7.5~22.5g	清热解毒。用于暑热内犯肺胃所致的中暑, 麻疹, 疖肿, 症见发热口渴, 咽喉肿痛, 疹疹鲜红, 头部疖肿。	蒸馏
肿节风片	肿节风 22.5g	清热解毒, 消肿散结。用于肺炎, 阑尾炎, 蜂窝组织炎属热毒壅盛证候者, 并可用于癌症辅助治疗。	水煎
胡蜂酒	鲜胡蜂 3~5g	祛风除湿。用于风湿痹阻所致的痹病, 症见关节疼痛, 肢体沉重; 急性风湿病, 风湿性关节炎见上述证候者。	酒浸 15 天
胃祥宁颗粒	女贞子 30g	养阴柔肝止痛, 润燥通便。用于阴虚胃燥, 胃脘胀痛, 腹胀, 嗝气, 口渴, 便秘; 消化性溃疡, 慢性胃炎见上述证候者。	95℃热浸
独一味胶囊/片	独一味 9g	活血止痛, 化瘀止血。用于多种外科手术后的刀口疼痛, 出血, 外伤骨折, 筋骨扭伤, 风湿痹痛以及崩漏, 痛经, 牙龈肿痛, 出血。	水煎
姜酊	生姜 1.2~2.4g	健胃驱风。	渗漉
宫血宁胶囊	重楼 6~12g	凉血止血, 清热除湿, 化瘀止痛。用于崩漏下血, 月经过多, 产后或流产后宫缩不良出血及子宫功能性出血属血热妄行者, 以及慢性盆腔炎炎之湿热瘀结所致的少腹痛, 腰骶痛, 带下增多。	乙醇回流
穿心莲片	穿心莲 6~12g	清热解毒, 凉血消肿。用于邪毒内盛, 感冒发热, 咽喉肿痛, 口舌生疮, 顿咳劳嗽, 泄泻痢疾, 热淋涩痛, 痈肿疮疡, 毒蛇咬伤。	乙醇热浸
祖师麻片	祖师麻 10g	祛风除湿, 活血止痛。用于风寒湿闭阻, 瘀血阻络所致的痹病, 症见肢体关节肿痛, 畏寒肢冷; 类风湿关节炎见上述证候者。	水煎
夏天无片	夏天无 7~11g	活血通络, 行气止痛。用于瘀血阻络, 气行不畅所致的中风, 症见半身不遂, 偏身麻木, 或跌扑损伤, 气血瘀阻所致的肢体疼痛, 肿胀麻木; 风湿性关节炎, 坐骨神经痛见上述证候者。	部分粉碎, 部分渗漉
夏枯草口服液/膏	夏枯草 45g	清火, 散结, 消肿。用于火热内蕴所致头痛, 眩晕, 瘰疬, 瘰疬, 乳腺肿痛; 甲状腺肿大, 淋巴结核, 乳腺增生病见上述证候者。	水煎
热淋清颗粒	头花蓼 30~60g	清热泻火, 利尿通淋。用于下焦湿热所致的热淋, 症见尿频, 尿急, 尿痛; 尿路感染, 肾盂肾炎见上述证候者。	水煎
柴胡口服液	柴胡 30~60g	解表退热。用于外感发热, 症见身热面赤, 头痛身楚, 口干而渴。	蒸馏, 水煎
益心酮片	山楂叶	活血化瘀, 宣通血脉。用于瘀血阻脉所致胸痹, 症见胸闷憋气, 心前区刺痛, 心悸健忘, 眩晕耳鸣; 冠心病心绞痛, 高脂血症, 脑动脉供血不足见上述证候者。	醇提
益母草颗粒/口服液/膏, 鲜益母草胶囊	益母草 15~40g	活血调经。用于血瘀所致的月经不调, 产后恶露不绝, 症见经量少, 淋漓不净, 产后出血时间过长; 产后子宫复旧不全见上述证候者。	水煎

中成药	处方	功能	工艺
消咳喘糖浆	满山红 6g	止咳，祛痰，平喘。用于寒痰阻肺所致的咳嗽气喘，咯痰色白；慢性支气管炎见上述证候者。	乙醇温浸
诺迪康胶囊	圣地红景天	益气活血，通脉止痛。用于气虚血瘀所致胸痹，症见胸闷，刺痛或隐痛，心悸气短，神疲乏力，少气懒言，头晕目眩；冠心病心绞痛见上述证候者。	
黄连胶囊	黄连 1.5~4.5g	清热燥湿，泻火解毒。用于湿热蕴毒所致的痢疾，黄疸，症见发热，黄疸，吐泻，纳呆，尿黄如茶，目赤吞酸，牙龈肿痛，或大便脓血。	生粉入药
黄藤素片	黄藤	清热解毒。用于妇科炎症，菌痢，肠炎呼吸道及泌尿道感染，外科感染，眼结膜炎。	
银杏叶片/胶囊/滴丸	银杏叶提取物	活血化瘀通络。用于瘀血阻络引起的胸痹心痛，中风，半身不遂，舌强语蹇；冠心病稳定型心绞痛，脑梗死见上述证候者。	
羚羊角胶囊	羚羊角 0.3~0.6g	平肝熄风，清肝明目，散血解毒。用于肝风内动，肝火上扰，血热毒盛所致的高热惊痫，神昏痉厥，子痫抽搐，癫痫发狂，头痛眩晕，目赤，翳障，温毒发斑。	生粉入药
断血流片/胶囊/颗粒	断血流 36~81g	凉血止血。用于血热妄行所致的月经过多，崩漏，吐血，衄血，咯血，尿血，便血，血色鲜红或紫红，功能失调性子宫出血，子宫肌瘤出血及多种出血症，单纯性紫癜，原发性血小板减少性紫癜见上述证候者。	水煎
愈风宁心片/胶囊	葛根 15g	解痉止痛，增强脑及冠脉血流量。用于高血压头晕，头痛，颈项疼痛，冠心病心绞痛，神经性头痛，早期突发性耳聋。	乙醇回流
新清宁片	熟大黄 2.7~4.5g	清热解毒，泻火通便。用于内结实热所致的喉肿，牙痛，目赤，便秘，下痢，发热；感染性炎症见上述证候者。	生粉入药
满山红油胶丸	满山红	止咳祛痰。用于寒痰犯肺所致的咳嗽，咳痰色白；急慢性支气管炎见上述证候者。	挥发油入药
豨莶丸	豨莶草 6~10g	清热祛湿，散风止痛。用于风湿热阻络所致的痹病，症见肢体麻木，腰膝酸软，筋骨无力，关节疼痛，亦用于半身不遂，风疹湿疮。	一半水煎，一半粉碎
熊胆胶囊	熊胆粉 0.3~0.6g	清热，平肝，明目。用于惊风抽搐，咽喉肿痛。	
颠茄片/酊	颠茄草	抗胆碱药，解除平滑肌痉挛，抑制腺体分泌。用于胃及十二指肠溃疡，胃肠道、肾脏、胆绞痛等。	渗漉

(注：“处方”中的剂量为折算后的每日饮片剂量)

(鹿岩供稿)