



弋矶山药讯

Yijishan Pharmaceutical Newsletters



2018 第2期

皖南医学院弋矶山医院

弋矶山药讯

(内部刊物 仅供交流)

2018年第2期

(季刊 总第136期)

服务宗旨:

面向临床, 服务一线

主办

皖南医学院临床药学研究所
皖南医学院弋矶山医院药剂科

联系方式

地址: 安徽省芜湖市赭山西路2号

邮编: 241001

联系人: 杨小骏、汪慧芳

电话: (0553) 5739915

E-mail: yjs120@126.com

目 录

药闻药事

- 安徽将统一基本医保药品和医疗服务项目目录
- 双黄连注射剂禁用于4岁以下儿童及孕妇
- 2017年度中国药学会发展奖揭晓
- 18种药品由处方药转换为非处方药
- 抗癌药创新药加速入市 为骨髓瘤患者带来福音

合理用药与药学服务

- 细数十类不能突然停药的药物
- 10大抗菌药物的配伍应用
- 匹多莫德说明书修订前后变化
- 降尿酸药知多少?
- 请牢记: 抗菌药物的调配和滴速!

不良反应

- 2017年全国静脉注射药品不良反应占比升高
- 警惕克林霉素注射剂有10大不良反应
- 国家药监局要求修改柴胡注射液说明书

科室动态

- 我院药学部又一部个体化药学著作问世
- 我院协办芜湖市2018年“525护肤日”宣传活动
- 我院获2017年度芜湖市药械安全监测工作先进单位

药闻药事

安徽将统一基本医保药品和医疗服务项目目录

安徽省拟将城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、工伤保险和生育保险的药品目录整合成统一目录,同时制定统一的基本医疗保险医疗服务项目目录。统一的药品目录和医疗服务目录将于2018年6月15日之前公布。

日前印发的《安徽省基本医疗保险药品目录整合工作方案》明确,此次将按照“原则上保留原有城镇居民医保药品目录和新农合报销药品目录内的所有品种,整合形成全省统一的城乡居民基本医保药品目录”要求,实施城乡居民基本医疗保险药品目录整合工作。整合后的《药品目录》适用于城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、工伤保险和生育保险等各种医疗保险、保障制度。

目录内药品的医保支付将分为甲类、乙类和重点监控乙类。其中,人社部通知中规定的甲类品种建议按照1.0的系数纳入政策范围可补偿费用。医保支付范围内的中药饮片纳入甲类管理(不包括中药配方颗粒)。《药品目录》中不属于甲类的品种纳入乙类管理,按照不同的系数纳入政策范围可补偿费用。

整合后的《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》适用于安徽省各种基本医疗保险、保障制度,包括综合服务类、手术与康复类、医技诊疗类、介入类、麻醉类、中医及民族诊疗类、临床各系统诊疗类、按病种收费类、新增及自主定价类等9类。医疗服务项目支付包括完全支付类、部分支付类、重点监控类、不予支付类4类。

据介绍,安徽省新农合报销药品目录现阶段包括1400余种药品,而现行城镇居民医保药品目录涵盖2300种左右。这也意味着整合后参加城乡居民医保的农民能够报销的药品将增加900种左右。

(来源:新华社)

双黄连注射剂禁用于4岁以下儿童及孕妇

继“明星药”柴胡注射液禁用于儿童后，又一款中药注射剂用药被限制。国家药监局今日(6月11日)发布公告要求双黄连注射剂更改说明书，标明4周岁及以下儿童、孕妇禁用。

此前，双黄连注射液在上呼吸道感染、肺炎、扁桃体炎、咽炎等病症治疗中应用普遍。此次修改，国家药监局要求双黄连注射剂在说明书“禁忌”项中列明：4周岁及以下儿童、孕妇禁用。

国家药监局还要求在说明书中增加警示语，内容应包括“本品不良反应包括过敏性休克，应在有抢救条件的医疗机构使用，使用者应接受过过敏性休克抢救培训，用药后出现过敏反应或其他严重不良反应须立即停药并及时救治。”

记者注意到，今年以来，已有多款中药注射剂被国家药监局要求修改说明书，禁用于新生儿、儿童或孕妇。

今年4月，国家药监局发布公告，决定对参麦注射液说明书增加警示语，并对不良反应、禁忌和注意事项进行修订。其中明确提及，禁忌项应当包括：“新生儿、婴幼儿禁用”，“孕妇、哺乳期妇女禁用”。

5月底，中国首个中药注射剂品种柴胡注射液也被要求更改说明书，在禁忌项下，须列出“儿童禁用”。

(来源：新京报)

2017年度中国药学会发展奖揭晓

近日，由北京长江药学会发展基金会和中国药学会联合举办的2017年度中国药学会发展奖颁奖大会在京举行。中国食品药品检定研究院王军志研究员等24位在药学领域作出突出贡献，并取得重大科技成果的专家学者，分别获得创新药物奖、康辰骨质疏松医药研究奖、食品药品质量检测技术奖、临床医学研究奖等奖项。中国工程院院士桑国卫、中国工程院院士黄璐琦、中国食品药品检定研究院院长李波、国家药典委员会秘书长张伟等向获奖者颁奖。

据介绍,创新药物奖特别贡献奖获得者王军志研究员主持建立了国际先进的生物药品质量控制和安全评价体系,助推我国甲型 H1N1 流感疫苗率先在全球上市。该评价体系还促使 EV71 疫苗获批上市,结束了全球没有手足口病疫苗的历史,成千上万儿童因此受益。创新药物奖突出成就奖获得者鲁先平教授率领团队历经 12 年研发的原创新药西达苯胺,是国际上首个亚型选择性组蛋白去乙酰化酶抑制剂,可用于救治复发性、难治、罕见的外周 T 细胞淋巴瘤患者。创新药物奖突出成就奖获得者端青研究员成功研制了炭疽杆菌、鼠疫杆菌等 17 种高致病性病原体微生物的快速检测试剂。其中,11 种国外未见注册,试剂的特异性、敏感性和稳定性均达国际水平,已列入国家反恐物资储备,并在国家重大活动安保、刑事案件侦破、疫情处置和临床疾病检测中发挥出关键作用。食品药品质量检测技术奖获得者姜红等 9 位获奖者,在食品药品和创新药物质量标准的制订方面做了大量创新性工作。康辰骨质疏松医药研究奖获得者贺良等 8 位学者,在新药研究、骨质疏松中药新药临床试验等临床及基础研究中的成果,在促进骨代谢、骨折愈合方面取得满意疗效。临床医药研究奖获得者孙连桂发明的牵正灵——双向人体营养平衡疗法诊疗系统,可通过激活末梢神经逆向改善周围和中枢神经的功能,造福数万名面神经疾病患者。

(来源:中国医药报)

18 种药品由处方药转换为非处方药

日前,国家药品监督管理局发布公告,对 19 种药品的管理类别进行了重新界定。

公告指出,根据《处方药与非处方药分类管理办法(试行)》(国家药品监督管理局令第 10 号)的规定,经国家药品监督管理局组织论证和审定,板蓝根泡腾片等 18 种药品由处方药转换为非处方药;伤湿止痛膏已不符合目前乙类非处方药确定原则,由乙类非处方药转换为甲类非处方药。其他调整的药品品种见文末表格。

我国现行《药品管理法》对药品按照处方药、OTC(非处方药)甲类、乙类分类管理。

处方药是指必须凭执业医师或执业助理医师处方才可调配、购买和使用药品;非处方药是指为方便公众用药,在保证用药安全的前提下,经国家卫生行政部门规定或审定后,不需要医师或其它医疗专业人员开写处方即可购买的药品,一般公众凭自我判断,按照药品标签及使用说明就可自行使用。

一种药品从处方药转为非处方药,需要长期的临床数据积累,证明该药品在非处方药销售模式下不会出现过量使用、不当使用、或因人体差异而出现的安全性问题。

在此之前,国家药品监督管理局每年都会批准一定数量的处方药转为非处方药。由于药品特殊性,国际上对处方药转为非处方药始终比较慎重。此次公布的19个品种,也以中成药居多。

在销售方面,处方药只能凭医生处方销售,绝大部分市场局限在医院终端,且不得在大众媒体进行广告宣传。前不久,引发舆论风波的“鸿茅药酒”,正在国家药品监督管理局的组织下,进行由非处方药转化为处方药进行论证工作。如果一旦转成处方药,鸿茅药酒就不能再像之前那样,发布铺天盖地的广告进行宣传了。

此外,《处方药与非处方药分类管理办法(试行)》中还规定,经营处方药、甲类非处方药的药品零售企业应当配备执业药师或者其他依法经资格认定的药学技术人员。经营乙类非处方药的药品销售企业,应当配备经设区的市级食品药品监督管理机构或者省、自治区、直辖市人民政府食品药品监督管理部门直接设置的县级食品药品监督管理机构组织考核合格的业务人员。

从处方药变成非处方药,意味着这些药品到患者手中的会渠道增加,更加容易被买到。但值得注意的是,有数据显示,我国每年因药物不良反应住院的病人达250万,每年约有19.2万人死于药物不良反应。因此,虽然是非处方药,但在购买和使用时,也要引起充分重视。

(来源: 搜狐健康)

中国首个一周一次降糖药上市

近日，中国领先的生物制药公司三生制药宣布，首个胰高血糖素样肽-1受体激动剂周制剂百达扬（通用名：注射用艾塞那肽微球）正式在中国上市。这款长效周制剂通过微球技术持续提供稳态艾塞那肽血药浓度，发挥长效强力的降糖作用，提高患者用药的方便性和依从性。

北京大学人民医院内分泌科主任纪立农教授说：“我们的研究发现，对于中国的2型糖尿病患者，一周一次的艾塞那肽微球治疗26周后可有效改善患者血糖，糖化血红蛋白降低1.43%，空腹血糖降低40.57毫克/分升，同时降低体重1.63千克；此外，与短效艾塞那肽制剂治疗组相比，艾塞那肽微球治疗组胃肠道不良反应更少，低血糖风险更低，血糖控制得更好。”

解放军总医院内分泌科主任母义明教授介绍，注射用艾塞那肽微球，是中国上市的第一个一周一次的降糖药。在中国2型糖尿病防治指南（2017年版）中，该类药物可以作为口服单药治疗效果不佳时联合治疗的选择，与在指南上具有同样地位的需要每日注射一次的基础胰岛素相比，一年可减少注射313针，极大地提高患者用药的方便性和治疗体验。

（来源：搜狐健康）

抗癌药创新药加速入市 为骨髓瘤患者带来福音

治疗多发性骨髓瘤口服药物伊沙佐米日前获国家批准进入我国市场。专家表示，抗癌药、创新药加速入市，将为我国骨髓瘤患者带来更多用药选择和更便捷的治疗方案。

国际骨髓瘤工作组委员、上海交通大学医学院附属仁济医院血液内科主任侯健教授介绍，多发性骨髓瘤在我国发病率居血液恶性肿瘤第二位。该病会导致全身多处骨骼发生骨质破坏、反复骨折和骨痛以及骨髓、肾脏、免疫系统等严重衰竭，甚至危及生命。

一直以来,多发性骨髓瘤治疗药物和手段匮乏。由于疾病本身特征,患者在一线治疗达到缓解后经历反复复发,国内已上市药物远远不能满足患者需求,同时国外创新药价格居高不下,导致不少患者望“药”兴叹、饱受病痛折磨。

抗癌药、创新药加速入市正在改变这一局面。侯健教授表示,作为全球首个口服的蛋白酶体抑制剂,伊沙佐米的获批为多发性骨髓瘤患者开启了全口服治疗时代,显着改善患者生存状况的同时,有效提高了患者治疗的便捷性和依从性。因此,从国际指南到《中国多发性骨髓瘤诊治指南(2017年修订)》,伊沙佐米联合来那度胺和地塞米松都是复发难治患者的推荐治疗方案之一。

统计显示,我国每年新发癌症病例超350万,抗肿瘤药市场规模超过千亿元,约一半来自进口。为满足广大群众迫切用药需求,近年来,我国出台多项政策鼓励和加速国内外抗癌药、创新药上市。

目前,具有明显临床优势的抗癌药物注册申请已被我国纳入优先审评审批范围。国务院常务会议近日决定5月1日起对进口抗癌药实施零关税,并通过将临床试验申请由批准制改为到期默认制等措施加快创新药进口。一系列举措,将给癌症患者带来更多治愈的希望。

(来源: 人民网)

合理用药与药学服务

细数十类不能突然停药的药物

1. 心血管药物

1) 抗心绞痛的药物: 如硝酸异山梨酯、 β -受体阻滞剂等, 若随意中断, 易导致心绞痛发作, 甚者引起心肌梗塞。

● 例如, 阿替洛尔的临床效应与血药浓度可不完全平行, 剂量调节以临床效应为准。停药过程至少 3 天, 常可达 2 周, 如有撤药症状, 如心绞痛发作, 则暂时再给药, 待稳定后渐停用。

3) 降压药: 突然停用降压药可乐安、甲基多巴, 会造成血压在短期内重新上升, 甚至超过治疗前, 出现头痛、头晕、眩晕、呕吐、视力模糊等高血压危象, 严重者可导致脑出血死亡。

4) 抗心律失常药: 骤停抗心律失常药奎尼丁、利卡多因, 可导致严重的心律失常, 甚至诱发心房纤颤。

2. 肾上腺皮质激素类药物

长期应用强的松、地塞米松等肾上腺皮质激素类药物, 会使病人肾上腺皮质功能下降, 皮质激素分泌功能受到抑制。如果突然停药, 可出现两种病理情况:

1) 医源性肾上腺皮质功能减退。大多数病人停药后, 在感染、创伤、手术等诱因下, 可突然出现头昏、恶心、呕吐、休克及低血糖昏迷等症状。

2) 皮质激素停药综合征。停用皮质激素后还可发生以下三种情况:

● 停药过于突然, 体内的皮质激素浓度突然下降, 临床可表现腓肠肌及股部等肌肉疼痛, 且可伴有肌肉僵硬现象; 膝及踝部等关节疼痛; 全身无力; 情绪消沉; 发热、恶心、呕吐等。

● 停药复发。有些反复发作的皮肤病, 如慢性湿疹、系统性红斑狼疮, 由于多次使用皮质激素(包括外用制剂)来缓解症状, 结果逐渐产生习惯性。主观上感觉激素效果好, 停药后就产生不适感或恐惧, 甚至认为疾病的复发与停药有关。

● 反跳现象。使用激素治疗后, 症状可完全控制或缓解, 突然停药或减量, 即见原发病复发或者恶化, 还会产生肾上腺皮质危象, 主要表现为厌食、恶心、呕吐、乏力、疲倦等, 甚至发生休克、死亡, 这称为反跳现象。反跳现象多见于系统性红斑狼疮、湿疹等。

3.抗癫痫药

若骤然停药,会导致癫痫频频发作,甚至出现癫痫持续状态。在用药过程中如改用其他新药,原用药也不可骤停,要与新药同时服用一段时间后再逐步减量,待到病情完全控制后,方可完全停药。

●例如,丙戊酸钠如果突然停药,出现伴有缺氧和生命威胁的癫痫持续状态的可能性很大。在以前已接受其它抗癫痫药物的病人,用丙戊酸钠缓释片要逐渐进行,在2周内达到最佳剂量,其它治疗逐渐减少至停用。如需加用其它抗癫痫药物,应逐渐加入。

4.镇静安眠药物

长期服用安定、安宁、去甲羟安定、舒乐安定、硝基安定、利眠宁、水合氯醛等药物,如骤然停药,就会出现焦虑、兴奋、震颤、肌肉抽搐、头痛、胃肠功能失调、厌食、感知过敏、癫痫发作等症状。

5.抗精神病药

精神分裂症患者在服用氯丙嗪期间,尽管已有相当一段时间没有发作,但如果突然停药,则会出现精神分裂症现象的急剧恶化。因此,氯丙嗪治疗精神分裂症,应在症状好转后逐渐减量,并在一段时间内应用维持量(每日50~100毫克),以巩固疗效,预防复发。

6.抗抑郁药物

长期服用抗抑郁药,如丙咪嗪、氟西汀、舍曲林、氟伏沙明、喜普妙等,突然停药后,就会出现恶心、呕吐、眩晕、头痛、肌肉痛、焦虑等症状。抑郁症是一种有复发倾向的慢性疾病,如果治疗不充分,复发次数增多,不仅会增加治疗的难度,而且会花费更多的时间和费用。

7.降血糖药物

如果在血糖控制正常后就立即停用降血糖药物,可使血糖浓度急剧上升,使病情恶化。特别是平时应用胰岛素治疗的病人,治疗显效后如果突然停用胰岛素,可发生酮症酸中毒,乃至昏迷。

8.抗生素以及抗结核类药物

许多细菌感染病人用抗生素后,发烧、乏力等感染症状迅速消失,实际上细菌尚未彻底清除。这时,如果病人以为药到病除而擅自停药,结果会导致病情反复、恶化及细菌耐药性产生。

至于各类抗结核药物，目前采取短程督促强用药 9 个月，甚至在症状消失后还要继续服用，以防复发。如果停药过早，不仅复发，且会转为晚期结核和全性播散性结核，给彻底治疗带来困难。

9.抗乙肝药物

当慢性乙肝病人停止抗乙肝治疗后，包括拉米夫定、阿德福韦酯、恩替卡韦等，已经发现有重度急性肝炎发作的报道。对那些停止抗乙肝治疗的病人的肝功能情况应从临床和实验室检查等方面严密监察，并且至少随访数月。如必要，可重新恢复抗乙肝病毒的治疗。

例如，拉米夫定(贺普丁)世界上第一个口服核苷类抗乙肝病毒药(HBV)。服药期间 HBV 被强力地抑制了，病情当然也会大大好转，但是突然停药，HBV 立即就被”解放”了，可能很快造成肝损伤，甚至比原来还要加重，病人的症状又出现了，这就叫”拉米夫定停药后肝炎”。与此同时，病人的转氨酶会上升，可能达到正常上限的 3~10 倍;出现黄疸，胆红素超过正常值 2 倍;乙肝病毒 DNA 由阴转阳，严重者还可能发生肝衰竭乃至死亡。

10.口服长效避孕药

这类药物也不可突然停药，要想停药时，应在月经周期第 5 日起服短效避孕药，连续 3 个月，作为停用长效避孕药的过渡。

服药后 3~4 小时内如果出现呕吐，则相当于漏服，应立刻按照所服药品说明书上的要求来补救。

(来源：合理用药百科)

匹多莫德说明书修订前后变化

匹多莫德是种什么药？宝爸宝妈听着可能不陌生，有时候宝宝感冒了，天天咳嗽、嗓子疼、流鼻涕……儿科诊室开出的药单里就有它，据说可以增强孩子的免疫力。

3月9日，国家食品药品监督管理总局发布公告，决定对匹多莫德制剂（包括匹多莫德片、散、分散片、口服溶液、口服液、胶囊、颗粒）说明书进行修订。

这个重磅消息一出，家长们都在关心：总局发布的匹多莫德制剂说明书模板，和旧版相比改动大不大？咱家的娃还能不能吃这种药呢……

来！敲黑板啦！下面这几个重要改动，爸爸妈妈要了解一下哦！

1、适应证范围缩小了

旧版：

匹多莫德的旧版说明书显示：“本品为免疫调节剂，适用于机体免疫功能低下患者的上下呼吸道反复感染（咽炎、气管炎、支气管炎等）；耳鼻喉科反复感染（鼻炎、扁桃体炎、鼻窦炎、中耳炎）；泌尿系统感染；妇科感染；并可用于预防急性感染，缩短病程，减少疾病的严重程度；可作为急性感染期的辅助用药。”

新版：

修订后的匹多莫德的适应证只“用于慢性或反复发作的呼吸道感染和尿路感染的辅助治疗”，删掉了其他一些急性病的感染、耳鼻喉科感染以及妇科感染。

总体来讲，适应证的范围缩小了，不再体现“免疫调节剂”的功能，并强调了“辅助治疗”的定位。因为儿科的很多疾病是急性感染，如小儿流感等，说明书删去“预防急性感染”，保留“慢性或反复发作的呼吸道感染”，可有效避免儿童急性感染时的滥用。

2、不良反应说明白了

旧版：

旧版说明书在不良反应项目中的描述是：“尚未有用本品出现不良反应的报导。”

新版：

修订后，不良反应的空白被填补了。新版说明书的描述如下：

“上市后监测和文献资料可观察到以下不良反应：

消化系统损害：偶见恶心、呕吐、腹泻、腹痛、胃部不适、口干、腹胀、食欲异常、胃灼热等，罕见肝脏氨基转移酶升高；

皮肤及其附件损害：偶见可致皮肤过敏（包括皮疹和瘙痒）、皮肤潮红等；严重者可罕见皮肤、粘膜溃疡；

神经系统损害：偶见头晕、头痛、眩晕等；

其他：偶见胸闷、发热、嗜睡、心悸、面部水肿、唇部水肿等。”

3、使用人群有所限制

说明书增加了限定人群，对于儿童用药，明确规定“本品可用于3岁及以上儿童及青少年患者”“3岁以下儿童禁用”。

4、用法用量有新规定

修订后的说明书规定：“3岁及以上儿童及青少年：每次0.4g，每日两次，不超过60天。成人：每次0.8g，每日两次，不超过60天。”

强调了连续用药时间，儿童、青少年及成人都应“不超过60天”。

儿童用药疏忽不得，家长一定要认清药品说明书再给孩子服用哦！

很多宝宝反复感冒，并非是免疫力低下导致的。对于绝大多数孩子来说，随着年龄增长和身体发育，免疫系统也会不断成熟，抵御疾病的能力逐渐增强。长期给孩子服用“增强免疫力”的药物，属于滥用药物

（来源：药葫芦娃微信公众号）

10 大抗菌药物的配伍应用

一、青霉素类药

青霉素类药由于不良反应较少，杀菌力强，一直在临床广泛应用。青霉素类药与丙磺舒、阿司匹林、吲哚美辛、保泰松和磺胺类药合用，可降低青霉素在肾小管的排泄，提高血药浓度，延长血浆半衰期，增加药物毒性。青霉素与甲氨蝶呤相互竞争肾小管分泌，使甲氨蝶呤在肾脏的清除率降低，血药浓度增高，增加了甲氨蝶呤的毒性反应。青霉素与华法林合用，能够抑制血小板功能，减少凝血因子合成，增加抗凝药作用，导致出血时间延长，致出血的风险增加，两者一合用时应严密监测凝血酶原时间及时调整药物用量。

- 1.与考来烯胺、考来替泊同用可以降低青霉素的血药浓度与别嘌醇合用可使青霉素类药导致皮肤药疹的机率增加，与维库溴胺类肌松药合用，可延长神经肌肉阻滞作用。
- 2.与头孢噻肟合用，使后者的总清除率降低。
- 3.与环孢素合用，可提高环孢素的血药浓度。与伤寒疫苗用，因青霉素对伤寒沙门杆菌具有抗菌活性，故可减弱疫苗的免疫活性。青霉素类在与一些抗菌药物同时应用时，合理的配伍可以使药物产生协同作用。青霉素类与庆大霉素、卡那霉素等氨基糖苷类抗生素合用，对铜绿假单胞菌、沙雷杆菌、克雷伯杆菌等有协同抗菌作用与头孢类药物合用，对铜绿假单胞菌、大肠杆菌产生协同或累加抗菌作用。

二、头孢菌素类药

头孢类药由于近年来广泛应用于临床，其药物的不良反应与配伍禁忌越来越受到重视。头孢类药物由于自身对肝肾具有一定的毒副作用，在与有可能导致肝肾功能受损的药物配伍时，应引起足够的重视。头孢类药物与强利尿剂（呋塞米、依地尼酸、布美他尼等）、抗肿瘤药（卡氮介、链佐星等）及氨基糖苷类抗生素等同用，均能增加肾毒性；与丙磺舒同用可抑制头孢类药物在肾脏的排泄，使血药浓度升高 30%。

- 1.与非甾体抗炎镇痛药、抗血小板药、磺吡酮等同用，药物对血小板的抑制作用累加，增加出血的危险性。
- 2.与抗凝药或溶栓剂同用，可干扰维生素 K 代谢，导致低凝血酶原血症，临床可见药物引起的出血征象。
- 3.与卡马西平合用，导致卡马西平血药浓度升高，必须合用时，应注意监测卡马西平血药浓度。

- 4.与苜丙酮香豆素合用时,致后者作用增强,其机制可能为药物导致肠道菌群失调维生素K合成发生障碍。
- 5.含铝、钙、镁的药物或H₂受体拮抗剂与头孢类药合用时,由于胃中pH值升高,口服头孢菌素类药吸收受到影响,导致药物血浓度降低,影响药物疗效,故不宜同时与抗酸药合用,应间隔2小时以上服用。
- 6.与含铁药物同服时,头孢类药物吸收减少,如需合用,也应间隔2小时以上。
- 7.与抗胆碱药合用,可降低头孢类药血浆峰浓度,但吸收程度不受影响。
- 8.与美洛西林、哌拉西林联用,对铜绿假单胞菌和大肠杆菌有协同作用或累加作用。
- 9.与庆大霉素、阿米卡星等氨基糖苷类药合用,对多种革兰阴性需氧菌和链球菌有协同抗菌作用,但联合用药可加重肾毒性。
- 10.与多粘菌素E、多粘菌素B、万古霉素合用,可加重肾毒性。
- 11.与伤寒疫苗同用,因头孢菌素对伤寒沙门杆菌具有抗菌活性故可减弱疫苗的免疫效应。

三、其他β-内酰胺类药

此类药物与丙磺舒合用时可竞争性激活肾小管分泌,抑制肾脏排泄,导致药物半衰期延长,血药浓度增加。因此不推荐该类药与丙磺舒联用。有报道显示上述两者合用时亚胺培南的半衰期可延长约6%,曲线下面积(AUC)增加13%,血浆清除率下降约13%。

- 1.β-内酰胺类药与呋塞米等强利尿剂合用可增加肾毒性,还可以影响乙醇代谢,使血中乙醇醛浓度上升,显示双硫仑样反应(面部潮红、头痛、眩晕、腹痛、胃痛、恶心、呕吐、心率加快、血压降低、嗜睡、幻觉等)。
- 2.与肝素、华法林合用,由于血小板功能受到抑制,凝血因子生成减少,增加了出血的可能。
- 3.与茶碱同用可发生茶碱中毒(恶心、呕吐、心悸、癫痫发作等),其可能的机制是合用增加了中枢神经毒性作用与丙戊酸钠等抗癫痫药合用可使抗癫痫药的血药浓度降低,从而导致癫痫再发作与氨基糖苷类药物合用,对某些铜绿假单胞菌的分离株,可产生协同作用。
- 4.与伤寒疫苗同用,因其对伤寒沙门杆菌具有抗菌活性故可减弱疫苗的免疫活性。

四、氨基糖苷类药

氨基糖苷类药与代血浆类药(右旋糖酐、海藻酸钠)、利尿药(依地尼酸,呋塞米)、致耳毒性药物(红霉素)及卷曲霉素、顺铂、万古霉素、去甲万古霉素等合用,不论是先后或连

续用药，还是局部或全身应用药物，均可增加耳毒性与肾毒性，药物引起的听力损害，可在用药期间发生，也可在停药后继续进展，严重者造成耳聋，听力损害可能恢复，也可呈现永久性。

- 1.与多粘菌素类合用也可增加肾毒性。
- 2.与中枢麻醉药、肌松药（琥珀胆碱、筒箭毒碱、氯唑沙宗等）及其他具有肌松作用的药物（地西洋、苯二氮卓、奎尼丁等）合用，神经肌肉的阻滞作用增强，导致肌肉软弱、呼吸抑制或呼吸麻痹。用抗胆碱酯酶药或钙盐有助于阻滞作用的恢复。

五、大环内酯类药

大环内酯类药较常见的有红霉素、阿奇霉素、克拉霉素等，此类药物与 P450-系统代谢的药物，如卡马西平、环孢素、地高辛、他克莫司、苯妥英钠、阿芬他尼、西沙必利、丙吡胺、洛伐他汀、溴隐汀、丙戊酸钠、特非那定和阿司咪唑等同时使用，可能提高这些药物的血药浓度而发生不良反应，其中：

- 1.与特非那定、阿司咪唑合用，明显改变药物代谢，偶见严重的心血管不良反应，表现为心电图 QT 间期延长，室性心律失常。
- 2.与西沙必利同服，可引起心电图 QT 间期延长，室性心动过速、心室纤颤。
- 3.与洛伐他汀合用，抑制洛伐他汀代谢而增加其血药浓度，可能引起横纹肌溶解，同用时应注意监测肌酸激酶和氨基转移酶。

以上药物又能通过肝脏微粒体氧化酶，降低大环内酯类药的药效。

- 4.与环孢素合用，促进环孢素的吸收并干扰其代谢，临床表现为腹痛、高血压、肝功能障碍及肾毒性，合用时需监测肾功能及测定环孢素血药浓度。

- 5.与黄嘌呤类药物（二羟丙茶碱除外）同用，可使氨茶碱的肝清除率降低，导致氨茶碱血药浓度升高和药物毒性增加，这一现象在联合用药 6 日后多见发生，氨茶碱清除率的降低幅度与大环内酯类药物的血药浓度峰值成正比。

长期服用华法林的患者，应用大环内酯类药物时可导致凝血酶原时间延长，从而增加出血危险，这种情况多见于老年人。两者必须合用时，华法林的剂量宜适当调整，并严密观察凝血酶原时间与阿司咪唑、特非那定等抗组胺药合用时，可见心脏不良反应，表现为严重的室性心律失常，两者不宜联合用药与质子泵抑制剂（兰索拉唑、奥美拉唑）联用时，不会改变两者的

生物利用度,但可使大环内酯类药物在胃中的局部浓度升高,这种效应有助于大环内酯类和质子泵抑制剂联合应用,用于治疗幽门螺杆菌感染。

六、万古霉素类药

- 1.与水杨酸盐、依地尼酸、呋塞米、两性霉素B、杆菌肽、巴龙霉素及多粘菌素类合用,可增加肾毒性和耳毒性与环孢素合用增加肾毒性。
- 2.与抗组胺药布克力嗪、赛克力嗪、吩噻嗪类、噻吨类、曲美苄胺等药合用时,可掩盖耳鸣、头昏、眩晕等耳毒性症状与琥珀胆碱维库铵等药物合用,可增加琥珀胆碱维库铵阻滞作用。
- 3.与考来烯胺同时服用,因阴离子交换树脂能与其结合,可使药效灭活。
- 4.与麻醉药同用,可增加与输液有关的过敏反应发生。

七、多粘菌素类药

多粘菌素类药物与肌松药(包括去极化与非去极化肌松药)、吩噻类药物(丙氯拉嗪、异丙嗪)、氨基糖苷类抗菌药、肌肉松弛作用明显的麻醉药等合用,会增加神经肌肉阻滞作用与地高辛联合用药可增加地高辛作用。由于多粘菌素类药物引起血钾降低,心肌在低血钾时对地高辛敏感性增加,地高辛的治疗量与中毒量又较为接近,极易出现不良反应,应引起足够的重视。

- 1.与磺胺类药和甲氧苄啶联合应用,可增强粘菌素对肠杆菌属、肺炎杆菌和铜绿假单胞菌等敏感菌的抗菌作用,对沙雷菌属、变形杆菌属也呈协同抗菌作用。粘菌素与氨基糖苷类、万古霉素、甲氧西林等同用,可增加肾毒性。
- 2.与头孢噻吩同用易发生肾毒性。
- 3.与肌肉松弛药、麻醉药同用可增强后者的神经肌肉阻滞作用。
- 4.与能酸化尿液的药物合用可增强多粘菌素的抗菌活性。

八、磺胺类药

与华法林、醋磺己脲、保泰松、甲氨蝶呤、苯妥英钠和硫喷妥钠合用时,因磺胺类药物可取代这些药物的蛋白结合位点,或抑制其药物代谢,导致上述药物在体内的作用增强,易出现药物的不良反应在与磺吡酮合用时,磺胺类药物在肾小管的分泌减少,药物通过肾小管时间延长,导致血药浓度升高,增加药物毒性作用。

- 1.磺胺类药物遇酸可析出不溶性沉淀，与酸性药物（维生素 C 等）合用，可析出结晶。
- 2.与乌洛托品合用时，乌洛托品与磺胺形成不溶性沉淀物，发生结晶尿的危险性增加，如合用尿碱化药可增加磺胺在碱性尿中的溶解使排泄增加。
- 3.与骨髓抑制药合用可能增加此类药物对造血系统的不良反应。
- 4.与溶栓药合用可增加其潜在的毒性作用。
- 5.与肝毒性药物合用，可引起肝毒性发生率的增加。
- 6.与避孕药（雌激素类）长期合用，可导致避孕药药效降低，并增加经期外出血的机会。
- 7.与环孢素同用可使环孢素的作用降低。

九、氟喹诺酮类药

由于对细胞色素 P450 结合部位的竞争性抑制，氟喹诺酮类药物可使茶碱类药物在肝脏清除率明显减少，血浆半衰期延长，血药浓度升高，出现茶碱中毒的有关症状（恶心、呕吐、震颤、不安、激动、抽搐、心悸等），两药不宜合用，若必须同用，应监测茶碱类血药浓度并及时调整用药剂量。

- 1.氟喹诺酮类药与多价金属离子螯合而减少药物吸收，故不宜与含铝、镁的药物（抗酸药、去羟肌苷）及钙、铁、锌剂同用，如不能避免时，应在服用氟喹诺酮类药前 2 小时或后 6 小时服用为宜。
- 2.与非甾体类抗炎药物（如吲哚美辛、布洛芬、吡罗昔康）合用会产生药物拮抗作用，应避免同时应用。
- 3.在与丙酸类解热镇痛药合用时，可致中枢神经兴奋性增强，偶有引起痉挛的报道。
- 4.氯霉素、利福平、呋喃妥因可拮抗氟喹诺酮类药物的药理作用；与钙通道阻滞剂（硝苯吡定）合用时，会影响氟喹诺酮的血药浓度。硫酸铝和抗酸药可使氟喹诺酮吸收速率减慢 25%，ACU 降低约 30%，如在服用氟喹诺酮类药物 4 小时前或 2 小时后服硫酸铝或抗酸药影响甚微。碱性药物、抗胆碱药、H₂ 受体拮抗剂（如雷尼替丁、法莫替丁、西咪替丁等）可降低胃液酸度，减缓氟喹诺酮类药物的排泄，清除率显著降低，易形成药物蓄积。
- 5.与双香豆素、华法林合用可延长凝血酶原时间，增加华法林的抗凝作用，同用时应严密监测患者的凝血酶原时间。氟喹诺酮可使环孢素的血药浓度升高，应用时需监测环孢素的血药浓度调整剂量。

十、甲硝唑类药

- 1.甲硝唑类药物与西咪替丁等抑制肝微粒体酶活性的药物同用，可减缓甲硝唑的代谢及排泄，延长药物的半衰期，应注意监测血药浓度并调整剂量。
- 2.与氯喹同时应用，可治疗阿米巴肝脓疡，但联用出现急性肌张力障碍的可能性增加；甲硝唑干扰双硫仑代谢，两药合用时患者可出现精神症状，两药应至少间隔2周使用。
- 3.与苯妥英钠、苯巴比妥等诱导肝微粒体酶的药物同用，可加速甲硝唑的代谢，使血药浓度下降，同用时苯妥英钠的清除率下降，药物排泄减慢，血药浓度升高。氢氧化铝、考来烯胺可降低本药的胃肠吸收，使生物利用度降低14.5%。
- 4.与糖皮质激素同用，可加速甲硝唑从体内排泄，使血药浓度下降31%，联用时需适当加大甲硝唑剂量。

在大剂量的锂剂治疗时合用甲硝唑，可引起血清锂浓度升高甚至锂中毒，应在加用甲硝唑治疗几日后，测定血清锂浓度及肌酸酐水平。甲硝唑抑制华法林和其他口服抗凝药的代谢，使凝血酶原时间延长。

甲硝唑引起体内乙醛蓄积，干扰乙醇的氧化过程，出现双硫仑样反应，在本药治疗期间及停药后3日内，应避免接触含酒精饮品。

(来源：中国医院用药评价与分析)

降尿酸药知多少

尿酸过高，可能会诱发痛风，还可能导致尿酸在肾脏、输尿管、膀胱形成结石(尿酸盐结石)，加重肾损伤。

怎么办?降尿酸药来帮忙。

一、尿酸多高时需要吃降尿酸药?

分两天测两次血尿酸，男性>420 μmol/L，女性>360 μmol/L，就是血尿酸过高了，临床上称为高尿酸血症。需要注意的是：测量前要空腹，不要吃过多高嘌呤食物。高嘌呤食物有：猪牛羊肉、动物内脏、蘑菇、豆类、坚果等。

二、有哪些降尿酸药?

降尿酸的药物主要分为两种:

1. 促进尿酸排泄的药物, 如苯溴马隆、丙磺舒、磺吡酮。

其中, 最常使用的是苯溴马隆, 该药可使尿中尿酸排泄增多, 从而降低血中尿酸水平。

2. 抑制尿酸生成的药物, 如别嘌醇。

别嘌醇使尿酸生成减少, 从而防止尿酸形成结晶在局部沉积, 还可使尿酸形成的结晶重新溶解。

三、药物使用注意事项

1. 苯溴马隆: 用药期间需大量喝水。用药初期, 每天喝水不少于 1500ml-2000ml, 也要保持一定尿量, 避免形成结石。

2. 别嘌醇: 应从小剂量开始服用, 逐渐加量。

药师提示: 如果用药过程中出现了严重的不良反应, 需要及时到正规医疗机构寻求医生或药师的帮助。

(来源: 医脉通)

临床请牢记: 抗菌药物的调配和滴速

要保证抗菌药物安全合理的使用, 减少和尽量避免不良反应的发生, 我们医务工作者必须关注抗菌药物的调配和滴速。

抗菌药物如调配不当, 有可能会使溶液形成沉淀造成药效降低, 此外大量不溶性微粒输入人体时, 可导致热原样反应(表现为体温升高、寒战、心跳加快、呼吸加促等)、局部组织损伤或坏死、凝血反应甚至死亡。如:

1、复方氯化钠(林格)液中加入头孢曲松钠会使溶液形成不溶性沉淀, 使用到人体可能造成死亡的严重后果;

2、0.9%氯化钠溶液中加入氟罗沙星会使溶液沉淀、浑浊;

3、5%葡萄糖液中加入氨苄西林会使溶液沉淀变色;

4、5%葡萄糖液中加入红霉素会使药效下降。

药物滴速过快会加重心脏负担,滴速过快影响了疗效易造成不良反应甚至是严重不良反应的发生。如:

1、氟喹诺酮类或亚胺培南滴速过快可能会造成脑内药物浓度过高,导致一些中枢神经系统不良反应;

2、氟喹诺酮类滴速过快可能会造成呕心呕吐;

3、万古霉素短时间滴速过快会出现红人综合征、低血压等副作用,万古霉素静滴速度过快严重的引起心脏骤停、呼吸衰竭死亡(有相关报道);

4、氨基糖苷类和万古霉素等药物,静脉输注过快,使单位时间内经肾脏排泄的药物浓度过高,可致药物性肾损害和耳毒性。

总结:严格按照说明书使用配液和控制好液体滴速

1、配液

大多数抗菌药物应使用生理盐水做为配液,生理盐水 PH 为 4.5-7.0 中性偏酸,大多数抗菌药物使用生理盐水配液后稳定,但这几种抗菌药物不能用生理盐水配液:阿洛西林钠、氟罗沙星、培氟沙星、多黏菌素 B、两性霉素 B 脂质体、两性霉素 B。

2、滴速

根据说明书、相关文献以及 PK/PD 原则抗菌药物滴速应偏慢,使抗菌药物在体内时间延长更好的达到疗效,减少不良反应的发生。

(来源:医学界临床药学频道)

药品不良反应

2017年全国静脉注射药品不良反应占比升高

近日,由国家药品不良反应监测中心编撰的《国家药品不良反应监测年度报告(2017年)》发布。《报告》指出,2017年全国药品不良反应监测网络共收到《药品不良反应/事件报告表》142.9万份,其中新的和严重药品不良反应/事件报告43.3万份,较2016年增长2.2%,显示我国药品不良反应报告可利用性持续增加。在不良反应/事件报告中,按照药品给药途径统计,静脉注射给药占61.0%,占比升高1.3%。

在基本药物领域,2017年全国药品不良反应监测网络共收到不良反应/事件报告59.2万份。其中,化学药品和生物制品报告50.7万例次,严重报告5.3万例次;报告数量排名前5位的分别是抗微生物药、心血管系统用药、抗肿瘤药、调节水电解质及酸碱平衡药、消化系统用药。中成药共收到报告10.1万例次,严重报告8134例次;报告总数由多到少依次为内科用药、骨伤科用药、妇科用药、外科用药、耳鼻喉科用药、眼科用药,其中内科用药报告数量占86.8%。

《报告》指出,2017年化学药品、生物制品不良反应/事件报告情况与2016年相比未出现显著变化。在报告总体排名及严重报告排名中,抗感染药继续居首位,但其构成比呈现连年下降趋势,提示临床对抗感染药使用管理措施效果进一步显现。在给药途径分布中,静脉注射给药构成比显著高于其他给药途径,提示我国注射剂使用比较广泛,仍需进一步加强注射剂使用管理和安全监测。

《报告》显示,2017年中药不良反应/事件报告数量比2016年略有下降。从药品类别看,主要涉及活血化瘀类、清热解毒类、益气养阴类、凉开类等中药;从严重报告涉及的给药途径看,静脉注射给药占比高达84.1%,提示仍需要继续关注中药注射剂的用药风险。在报告涉及患者方面,65岁以上老年患者占27.0%,而严重报告中涉及老年患者的比例为36.8%。

(来源:健康报)

警惕克林霉素注射剂有 10 大不良反应

克林霉素又称氯洁霉素，为林可霉素的衍生物，对各类厌氧菌具有良好的抗菌作用。适用于革兰氏阳性菌和厌氧菌引起的呼吸系统感染、泌尿系统感染、女性盆腔及生殖器感染、皮肤和软组织感染、骨和关节感染、腹腔内感染等治疗。克林霉素不适用于中枢神经系统感染，因其穿透血脑屏障能力很差。

克林霉素注射剂包括盐酸克林霉素注射剂和克林霉素磷酸酯注射剂。由于有些病人“偏信”注射给药方式，且克林霉素注射前不需做过敏试验，所以克林霉素在基层滥用很严重，从而引起很多药物不良反应和药物不良事件。

警惕克林霉素注射剂的严重不良反应

在国家药品不良反应监测中心病例报告数据库中，克林霉素注射剂不良反应/事件问题较为严重，主要以全身性损害、呼吸系统损害、泌尿系统损害为主，其中导致急性肾功能损害、血尿的问题相对突出。

1、过敏性休克

典型病例：

患者，男性，18岁。因急性上呼吸道感染给予盐酸克林霉素注射液 0.9g 静脉滴注，5分钟后患者主诉头晕，大汗淋漓，面色苍白；测血压 60/40mmHg，继而神志不清。立即停止输液，吸氧，给予肾上腺素 1 毫克，地塞米松 10 毫克治疗。5 分钟后患者神志清醒，上述症状好转。

2、急性肾功能损害、血尿

典型病例：

患者，女性，44岁。因咽痛、发热，给予克林霉素磷酸酯注射液 1.8g 加入生理盐水 150 ml 中静脉滴注，输注后约 1 小时，患者出现血尿，为全程血尿，尿内无血丝血块，伴腰酸，尿少，次日查肌酐 459.5 μ mol/L，诊断为急性肾功能衰竭。

3、严重心血管和呼吸抑制

克林霉素未经稀释直接推注或大量快速静滴可引起严重心血管和呼吸抑制不良反应，所以克林霉素注射剂需稀释至 6mg/ml，注射速度 \leq 30mg/min。即 0.6g 克林霉素磷酸酯至少稀释于 100ml 液体中，滴注时间应在 20 分钟以上，每次不得超过 0.6g。

不合理用药引起的严重不良事件

国家中心数据库中克林霉素注射剂严重不良反应/事件报告分析显示,该产品存在临床不合理使用情况,并且部分不合理用药问题已经是引起严重不良事件的主要原因。不合理用药现象主要表现为:

1、超适应症使用

克林霉素注射剂说明书中明确指出,适用于革兰氏阳性菌和厌氧菌引起的感染性疾病,但国家中心数据库中因病毒感染使用克林霉素注射剂的超适应症情况。

典型病例:

患者,女性,34岁。因口唇疱疹给予克林霉素磷酸酯氯化钠 250ml 静滴,输液近一半时,患者出现心悸,畏寒,寒战,血压 60/30mmHg,给予多巴胺和阿拉明升压治疗。

2、剂量过高、用法不当

克林霉素注射液说明书中明确提示:本品可静脉滴注给药,也可肌肉注射给药。成人,剂量如下:中度感染:0.6~1.2g/日,可分为2-4次给药;严重感染:1.2~2.4g/日,可分为2-4次给药,或遵医嘱。

国家中心数据库显示,超剂量使用情况严重,不合理的减少给药次数并增加每次使用剂量,更易导致不良反应的发生,而且不能维持有效的血药浓度。

典型病例:

患者,女性,35岁。因子宫肌瘤伴慢性宫颈炎,拟行腹式子宫全切术,术前小便常规检查正常,肝功能正常,肾功能检查:肌酐 51.4 μ mol/L,尿素 3.98mmol/L。术前1天,给予患者注射用盐酸克林霉素 2.4g,每日一次静点。术后第1日患者出现尿量减少。术后第2日,B超检查:双肾实质回声改变,双侧输尿管不扩张;肾功能检查:肌酐 363.1 μ mol/L。

3、儿童用药问题

满1月或以上小儿,每日15~25mg/kg,分3~4次肌注或静滴;严重感染25~40mg/kg,分3~4次肌注或静滴。

尽管说明书在“用法用量”部分都标注了儿童的每公斤体重的用量,但儿童患者仍存在不同程度的超剂量用药现象。

典型病例:

患儿,男性,2岁8个月,15kg。因扁桃体炎先给予头孢米诺(头孢米诺皮试为阴性)1.0g加入生理盐水100ml静脉滴注。用药两天后,加用克林霉素0.4g加入5%葡萄糖注射液100ml静脉滴注,用药1分钟左右,患儿出现喉头水肿,面色苍白,唇紫绀,恶心,呕吐,全身湿冷,

立即停药。给予地塞米松 5mg 静脉注射，盐酸肾上腺素 0.25mg 皮下注射，面罩吸氧等治疗后，患儿生命体征基本平稳。

克林霉素的其他常见不良反应

1、消化道反应

在应用克林霉素时要密切观察克林霉素停药后的消化道不良反应。克林霉素在肝脏中代谢，只有 10% 经肾脏排泄，半衰期为 2~4 小时，注射给药其肠道抗菌活性可保持 5 天以上，因此在停药后结肠内细菌仍可受其抑制。

克林霉素引起的消化道反应主要临床表现是恶心、呕吐、腹痛、腹泻等消化道症状。

约 10~30% 的患者可出现腹泻，1~3% 患者可发生伪膜性肠炎(难辨厌氧杆菌引起)，腹泻常出现于 4~9 天，与药物直接刺激和/或肠道菌群紊乱相关，而在老年及严重患者更为常见。临床研究表明，注射给药引起的伪膜性结肠炎为口服给药的 1/3-1/4。

克林霉素所致的伪膜性肠炎的处理：

轻症可单独停药，中、重度患者需补充水、电解质，必要时口服甲硝唑 250~500mg，一日 3 次，如复发可再服用甲硝唑，在无效时改用万古霉素口服 125~500mg，每 6 小时一次。万古霉素作为二线用药，是为了防止耐万古霉素肠球菌(VRE)的产生。

为预防或避免消化道不良反应，在用药期间禁用抗蠕动止泻药如阿片类和洛哌丁胺等，避免应用吸附性止泻药如蒙脱石或含白陶土止泻药等，以免引起腹泻或导致腹泻延长和加重。

2、肝功能异常

有些患者在应用克林霉素后会出现血清转氨酶升高及黄疸，但无肝病毒指标。多数为一过性，停药后即可消失。早期资料常描述为“可能有肝损害”。近期资料表明：转氨酶升高主要与肌肉注射时损伤局部肌肉，同时与克林霉素磷酸酯及其代谢产物干扰转氨酶测定时的比色结果有关，并非肝细胞损伤所致，但克林霉素主要在肝中代谢，因此严重肝功能不全时应慎用。

3、皮肤损害

主要表现为多行性红斑、皮疹、皮炎、脓疱、口唇破溃、眼睑充血、瘙痒、过敏性紫癜等皮肤损害，这是克林霉素临床常见的血管变态反应性疾病，因机体对某些致敏物质发生变态反应，导致小动、静脉及毛细血管的通透性和脆性增加，发生血液渗出，产生皮肤、粘膜及某些器官出血，可同时伴有血管神经性水肿、荨麻疹等其他过敏症状。

4、局部反应

肌肉注射后，在注射部位偶可出现轻微疼痛。长期静脉滴注可能会引起血栓性静脉炎。

克林霉素磷酸酯静滴可引起静脉炎,肌注局部可出现疼痛、硬结及无菌性脓肿。其它不良反应尚有皮疹、皮肤瘙痒,偶出现剥脱性皮炎;可出现肝、肾功能异常,一过性中性粒细胞减少等。

5、血液系统

口服或肌注均可引起中性粒细胞、白细胞减少,血小板缺乏,血小板减少性紫癜,一般较轻微,停药后即可恢复正常。

6、神经肌肉阻滞作用

应密切观察并监护克林霉素与呼吸抑制药、其它神经肌肉阻断药合用中的不良反应,如与阿片类镇痛药合用,克林霉素的神经肌肉阻滞作用与阿片类药物的中枢互相抑制作用累加而导致呼吸抑制或麻痹的可能。神经肌肉接头阻断作用,可能与血压下降,呼吸、心跳停止,休克样反应有关。

7、急性喉水肿

急性喉水肿是变态反应中少见的一种表现,导致急性喉阻塞,引起呼吸困难,吸气性喉鸣,口唇轻度发绀,烦躁,起病快,病情发展迅速,如果抢救不及时可出现窒息、死亡。

小结与建议

1、克林霉素常与 β -内酰胺类或氨基糖苷类抗菌药物联合以互补抗菌谱,如与氨曲南联合治疗盆腔感染或与氨基糖苷类联合,以发挥其抗革兰阳性菌和抗厌氧菌的作用,但与氨基糖苷联合应用,应严密观测其神经肌肉阻断的不良反应的互相加强,与广谱 β -内酰胺类联合,尤其应注意消化道不良反应。

2、建议临床医生使用克林霉素注射剂时,严格掌握适应症,用药前详细询问药物过敏史,过敏体质者慎用;严格按说明书中的用法、用量(包括用药次数和给药途径)使用,除必须静脉输液外,尽量选择口服或肌肉注射方式给药;静脉给药注意避免剂量过大、滴注速度过快、浓度过高。

3、老年人、儿童、肾功能不全等高危、特殊人群应慎用或在严格监护下使用。使用过程中医护人员应仔细观察患者的症状和体征,一旦发现异常应立即停药,并尽快明确诊断,及时给予对症治疗。

(来源:医学界临床药学频道)

国家药监局要求修改柴胡注射液说明书

5月29日,国家药品监督管理局发布关于修订柴胡注射液说明书的公告,要求对柴胡注射液说明书增加警示语,在“禁忌”项增加“儿童禁用”内容,并对“不良反应”项和“注意事项”项作出修改。

国家药监局要求,柴胡注射液说明书的警示语内容应包括:本品不良反应包括过敏性休克,应在有抢救条件的医疗机构使用,使用者应接受过过敏性休克抢救培训,用药后出现过敏反应或其他严重不良反应须立即停药并及时救治。

公告明确,“不良反应”项应增加过敏反应、全身性反应以及呼吸系统、心血管系统、神经精神系统、消化系统用药部位的各种反应等;“禁忌”项中提出了儿童禁用,以及对本品或含有柴胡制剂及成分中所列辅料过敏或有严重不良反应病史者禁用;“注意事项”项包括出现过敏性休克后及时救治,严格按照药品说明书使用,禁止超功能主治用药,不超剂量用药,注意配伍禁忌等内容。

公告要求,柴胡注射液生产企业应依据《药品注册管理办法》等有关规定,按照柴胡注射液说明书修订要求,提出修订说明书的补充申请,于7月31日前报省级食药监管部门备案。修订内容涉及药品标签的,应当一并进行修订;说明书及标签其他内容应与原批准内容一致。在补充申请备案后6个月内对已出厂的药品说明书及标签予以更换。生产企业应对新增不良反应发生机制开展深入研究,采取有效措施做好柴胡注射液临床使用和安全性问题宣传培训,指导医师合理用药。医师应仔细阅读柴胡注射液说明书的修订内容,在选择用药时,根据新修订说明书进行充分的效益/风险分析。

(来源:中国医药报)

科室动态

我院药学部又一部个体化药学著作面世

近日,我院药学团队牵头编写的又一部个体化药学著作——《实用抗癫痫个体化药物治疗手册》(栾家杰主编)由安徽省科学技术出版社出版发行,这是继2016年《实用抗血栓个体化药物治疗手册》(栾家杰主编,安徽省科学技术出版社出版)后第二部个体化药学专著。本书主要分为上、下两篇,上篇为疾病基础知识,介绍了癫痫流行病学、发病病因及治疗原则。下篇为药物治疗篇,介绍目前临床常用的抗癫痫药物及个体化药学临床进展,并通过具体实例阐述了药物基因检测技术和血药浓度检测技术在癫痫个体化药物治疗中的实际运用。

近年来,我院药学团队一直致力于个体化药学平台的建设与临床应用,先后建立了治疗药物监测室、肿瘤药敏实验室和临床药物基因检测实验室,并确立个体化药学的学科特色发展方向。通过这些个体化检测技术的建立,我院药物治疗水平得到了很大程度的提高,药学服务质量向更深层次地发展,也为临床个体化合理用药提供了强有力的支撑。下一步我院药学团队将借助现有的个体化药学技术平台与资源,打造我院个体化精准药学服务的品牌优势,加强与兄弟医院的深度合作,提高学科辐射影响,不断推动皖南地区乃至全省个体化药学进程。



(来源: 药学部)

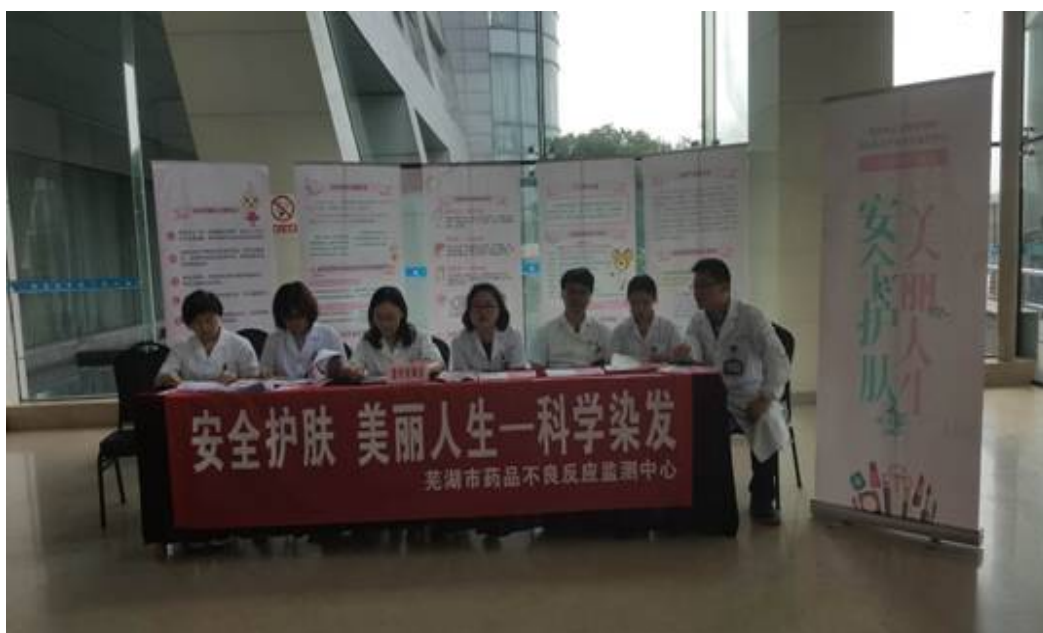
我院协办芜湖市 2018 年“525 护肤日”宣传活动

5.25 日上午, 由芜湖市食品药品监督管理局和市药品不良反应中心主办, 我院协办的“5·25 护肤日”宣传活动在我院住院大楼一楼大厅举行。本次活动主题是“安全护肤, 美丽人生——科学染发”。

来自芜湖市药品不良反应监测中心的工作人员、皖南医学院弋矶山医院皮肤科医师、药学部临床药师共同参加了本次活动。

活动现场工作人员向公众发放护肤日宣传资料, 讲解护肤知识。现场还放置有多个展板展架, 展示化妆品不良反应相关知识内容。通过本次活动使社会公众对化妆品不良反应有了更多了解和认识, 加深了人们健康护肤的意识。





(来源：药学部)

我院获 2017 年度芜湖市药械安全监测工作先进单位

3月30日,芜湖市药品不良反应中心组织召开全市2018年全市药品器械化妆品安全性监测工作暨监测人员培训会议,全市各级医疗机构,各药械化生产、经营企业的药品不良反应、医疗器械不良事件及化妆品不良反应报告上报人员及主要负责人共参加了会议。

负责我市药械安全监测工作的相关领导对我市2017年药械化安全性监测工作整体情况做了工作报告,部署了2018年全市药械化安全监测工作任务,并对我市不良反应监测工作提出了充分具体的要求。会议表彰了2017年度芜湖市药械及化妆品安全监测先进单位,皖南医学院弋矶山医院获得了由芜湖市食品药品监督管理局颁发的“2017年度药械安全监测工作先进单位”称号。



(来源：药学部)