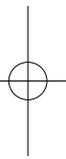
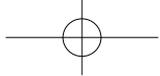


# 1 名药漫谈





# 华法林：“钢丝上舞蹈”的抗凝药

◎ 王毅

华法林是临床上最常用的抗凝药之一。为什么服用华法林的患者被称为“钢丝上的舞者”？服用这类抗凝药，应该注意些什么呢？

血栓性疾病的发生率逐年提高，已成为威胁人类生命安全、导致严重并发症、病残率的常见疾病之一，而口服抗凝血药物早已成为预防及治疗此类相关疾病的重要手段。虽然以拜瑞妥、利伐沙班等抗 Xa 因子为代表的新型抗凝血药物逐步应用于临床，但以华法林、阿司匹林、波立维为代表的传统抗凝血液药物现在仍是临床中最常用的抗凝药物。

## 口服抗凝药的分类

临床中传统的口服抗凝血药物主要有两类：一类是以华法林为代表的双香豆素抗凝剂，它主要应用于血栓栓塞性疾病、房颤、瓣膜病、外科换瓣术后；另一类是以阿司匹林、波立维为代表的抗血小板凝集药物，它主要应用于冠心病、冠脉支架术后，冠脉搭桥术后及有心脑血管高危风险患者的治疗。

两类药物的疗效早已得到了医学界的肯定，但患者在服药的过程中会有一些不经意的做法从而影响到药物的疗效，严重时还可能危及生命。下面我们聊一聊口服抗凝药物在使用过程中需要关注的一些问题。

## “钢丝上舞蹈”的抗凝药

为什么服用华法林的患者被称为“钢丝上的舞者”？原因很简单，华法林的有效量、无效量、致出血量都非常接近。酶原国际标准化比值（International Normalized Ratio, INR）是调整用药的标尺，但标尺范围窄，一般要调整到 2~3

之间，这就要求患者在服药过程中有些特殊要注意的方面：

### 听从“背景音乐”的指挥

详细告知医生既往病史、服药史、过敏史；  
严格遵医嘱用药、药量准确、定时抽血化验；  
按时服药，避免漏服、错服，禁补服；  
拔牙或手术需要停药时需经专业医生同意。

### 细心观察自身变化

大便颜色发黑、便血，小便为红或棕色；  
牙龈出血；  
女性患者月经出血量异常增多；  
皮肤瘀斑；  
疼痛、呕吐、头晕、视物不清、言语不利；  
小伤口血流不止；  
呼吸困难或胸痛；  
身体某一部分出现麻痹或刺痛；  
有以上症状时，需及时就医。

### 避开危险因素

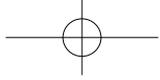
外来危险 避免碰撞、外伤，减少危险活动，注意自我保护。

自身因素 饮食合理，如芥菜、洋葱、芒果、大蒜和银杏可以增强华法林的抗凝作用；绿茶、菠菜、海藻类、扁豆、蛋黄和人参会降低华法林的抗凝作用。正常的饮食和生活习惯对抗凝的影响不大。患者应避免在同一时间内大量摄入这些食物，也避免在一个阶段内长期食用这些食物。

只要能按照上述提示做好日常保健，其实“在钢丝上起舞”并不是那么可怕，而华法林也将为健康保驾护航。

## 服抗血小板药注意事项

那么，服用阿司匹林、波立维的患者应注意些什么呢？相对于华法林，服用阿司匹林、波立维的患者就可以说“轻松”了，此类药品服用更加简单，您只需



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

注意以下几点：

详细告知医生既往病史、服药史、过敏史；

按时服药，避免漏服、错服；

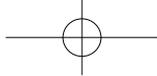
建议饭后 1 小时后用药以减轻对胃黏膜的刺激，拜阿司匹林宜整片吞服，忌嚼服；

观察大小便情况，阿司匹林易引起胃黏膜的损伤，以消化道出血症状最为常见；

按时就医，做好原发病的预防保健工作；

出现活动性出血症状时，立即就医。





# 布洛芬还是安全的

© 陈东生 黄怡菲

据美国《纽约每日新闻》报道，2003年，时年7岁的小女孩萨曼莎因为发热，吃了强生药厂生产的儿童布洛芬（镇痛消炎药），结果不仅没有好转，反而出现高热、喉咙痛、眼睛有红点等症状，身上90%的皮肤被灼伤，送去医院救治后双目失明。萨曼莎前后共接受眼部手术230次，视力却仍未恢复。

2007年，萨曼莎的父母向法院提起诉讼。最终，美国马萨诸塞州法院裁定，强生集团应对萨曼莎以及她的父母做出6300万美元的巨额赔偿。

此前有研究表明，在服用布洛芬药物时，如果使用不当可能会对肾脏造成伤害。

强生公司在一份声明中称：“儿童布洛芬，在指导下使用，是一种安全、有效的治疗轻微疼痛和发热的药，我们认为药物的警示标签是合理的。”

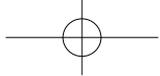
这则消息将布洛芬推到了公众安全用药的风口浪尖上。此前，布洛芬一直被认为是一种安全系数极高的药物。大家不禁要问：“布洛芬，到底是否真的安全？”

## 布洛芬是安全的药物

布洛芬是人们寻找有效消炎镇痛且低不良反应药物过程中研究的产物。

布洛芬是解热镇痛类非处方药物（Over the Counter, OTC），用于治疗轻度至中度疼痛和炎症反应，例如痛经、头痛（包括偏头痛）、术后疼痛、牙痛、肌肉骨骼和关节病变，如强直性脊椎炎、骨关节炎、类风湿关节炎；关节周围病变，如滑囊炎、腱鞘炎以及软组织疾病，如扭伤、拉伤，也可用于急性上呼吸道感染、急性咽喉炎等疾病引起的发热。

布洛芬剂型多为口服制剂，包括布洛芬片、布洛芬颗粒、布洛芬缓释胶囊、



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

布洛芬混悬液，以及布洛芬和盐酸伪麻黄碱的复方制剂布洛伪麻片等，此外，还有用于局部给药的布洛芬栓、布洛芬乳膏等。

试验和临床证据表明：布洛芬既有效又安全，其安全记录是其作为镇痛药成为非处方药的主要因素。

在英国，1983年布洛芬成为第一个可以通过非处方药方式销售的非甾体抗炎药；第二年，布洛芬在美国也成为非处方药。美国国家食品药品监督管理局（Food and Drug Administration, FDA）申明“口服布洛芬制剂是安全有效镇痛和消炎药物”。根据现有的临床资料，在遵照适应证使用的前提下，布洛芬是一个安全、有效的非处方药物。

新闻中报道的7岁小女孩萨曼莎，在服用布洛芬后，发生中毒性表皮坏死松解症，属于严重过敏反应，这是一个服药后发生严重不良反应的典型事例。

药品不良反应指合格药品（假冒伪劣药品不在此范畴）在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。尽管药品从开发研究到临床试验都要经过严格的审批程序，但由于受当时科技认知等客观条件的限制，药物不良反应仍无法完全避免。常言道“是药三分毒”，就是这个道理。而且有些罕见、迟发、发生于特殊人群的不良反应用于发生概率极低，有的甚至在上市数年后才会被发现。上述的新闻报道就是这样一个例子。

针对药品不良反应事件发生率的不断提高和严重性的日益加剧，我国政府从法规完善到监测实施，做了大量工作。先后颁布了《药品不良反应信息通报》《药品不良反应报告和监测管理办法》，并建立了药品不良反应监测信息网络系统，这些对公众的合理用药、保障用药安全起到了警示和指导的作用。

## 生活中慎选解热镇痛抗炎药

解热镇痛抗炎药是一类有解热、镇痛，多数还有抗炎、抗风湿作用的药物。市售的解热镇痛药物有很多种，除了前面介绍的布洛芬外，还有阿司匹林、对乙酰氨基酚、双氯芬酸等。

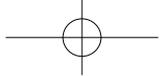
阿司匹林具有较强的解热镇痛作用，常与其他解热镇痛药配成复方，用于缓解头痛、牙痛、肌肉痛、神经痛和感冒发热等症状。其抗炎抗风湿作用也较强，

对类风湿关节炎亦可迅速镇痛，消除关节炎症，减轻关节损伤，目前仍是首选药。此外阿司匹林还能抑制血栓形成，临床上用小剂量阿司匹林防治血栓形成，降低心肌梗死病死率和再梗死率，防止脑血栓形成。阿司匹林常见不良反应为消化道反应，刺激胃黏膜，引起上腹不适，胃灼痛，甚至诱发或加重溃疡和出血。少数患者可出现荨麻疹、血管神经性水肿甚至过敏性休克。因此哮喘、鼻息肉及慢性荨麻疹患者禁用阿司匹林。葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺陷者、痛风及心、肝、肾功能不全者慎用。极少数病毒感染伴发热的儿童或青年应用阿司匹林后出现严重肝功能损伤合并脑病（瑞夷综合征），因此，10岁左右儿童，患流感或水痘者忌用。

对乙酰氨基酚的解热镇痛作用缓和持久，强度与阿司匹林相似，临床用于感冒发热、关节痛、头痛、神经痛和肌肉痛等。因无明显胃肠刺激，适合阿司匹林过敏、消化性溃疡、阿司匹林诱发哮喘等不宜使用阿司匹林的头痛发热患者。由于不良反应相对较少，可引起恶心、呕吐，偶见皮肤过敏反应，3岁以下儿童及肝肾功能发育不全者慎用。由于本药不诱发溃疡和瑞夷综合征，被世界卫生组织推荐为小儿首选解热镇痛药。

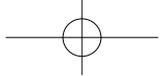
双氯芬酸为强效解热镇痛抗炎药。解热、镇痛、抗炎效应强于阿司匹林。临床用于类风湿关节炎、粘连性脊椎炎、椎关节炎等引起的疼痛、各种神经痛、手术后疼痛等中度疼痛。服药初期有轻度胃肠刺激症状、轻度眩晕或头痛，继续服药数天后可自行消失，大剂量或长期使用可使极少数患者出现溶血性贫血、骨髓抑制和暂时性肝肾功能异常。连续用药一般不超过1周。儿童、哺乳期妇女、孕妇不宜使用。

解热镇痛药只能暂时解除患者痛苦，不能消除病因，也不能缩短病程，随意服用此类药物还可能掩盖病情，延误诊断，导致不良后果。故一般发热患者不应急于使用解热药，而应尽快就诊查明病因。作为非处方药使用时，一般限服3日，不得长期服用。患者在选择药物时，一般应以疗效确切、毒性低、价格较便宜的药物如阿司匹林、乙酰氨基酚、布洛芬及其复方制剂为首选，儿科用药以乙酰氨基酚、布洛芬为首选。肾炎、消化性溃疡或对阿司匹林不耐受者，可选用对乙酰氨基酚。孕妇及有严重肝、肾功能损伤者，应禁用或慎用此类药物。



“药”为你好：  
这么用药没毛病





# 胰岛素：从“纯天然”到“转基因”

◎ 张征

甘精胰岛素曾引发人们对其“导致肿瘤发生风险升高”的质疑。虽然这一指控已被否定，但人们骨子里对新药的担心却没那么快烟消云散。

胰岛素的发现，是人类在糖尿病治疗领域取得的突破性进展。在此之前，糖尿病还是一种不治之症，剥夺着大量患者的健康与生命。除了主张严格限食，医生们对此束手无策，不少患者甚至死于限食带来的严重营养不良。

## “纯天然”：动物胰岛素

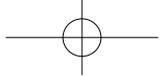
转机发生在 1921 年，加拿大医生班廷（Banting）和他的助手贝斯特（Best）从狗的胰腺中提取出了胰岛素，并在次年成功应用于糖尿病患者，取得“肉白骨、起死人”般的神奇疗效，整个医学界为之轰动。

当时，胰岛素都是从猪、牛等家畜的胰腺中提取而得，可谓“纯天然绿色药物”。但是，每吨动物胰腺只能提取 4~5g 胰岛素，产量太低，价格昂贵，远不能满足广大糖尿病患者的用药需求。

另外，与人类胰岛素相比，动物胰岛素在氨基酸组成和结构上存在细微差别。作为一种外来异物物质，会受到人体免疫系统的排斥，造成药物抵抗、效价降低。再加之提纯工艺水平有限，难免掺入杂质，可能导致部分患者出现过敏反应，甚至引起动物传媒感染。

## “转基因”：生物合成人胰岛素

如何得到与自身一致的人胰岛素？如何批量、廉价地生产胰岛素？为了解决这些难题，科学家一直进行着不懈努力。



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

1955年，美国化学家桑格（Sange）通过“敲碎”胰岛素、并对“碎片”进行分析和鉴定，终于搞清楚胰岛素的氨基酸排列顺序。1965年，中国科学家在世界上首次合成了具有生物活性的牛胰岛素，开启了人工合成胰岛素的新纪元。但是，这种通过化学合成法得到的人胰岛素，由于成本很高，药源匮乏，价格仍然居高不下。一直到20世纪80年代基因重组技术的成熟，这个难题才得到圆满解决。

办法就是“转基因”。将人类胰岛素基因植入到细菌的基因中，如大肠杆菌或酵母菌，然后大量繁殖细菌，收集细菌所分泌的“人胰岛素”。由于细菌的数量呈指数级增长，一个转基因细菌在短短几小时后就能产生上百万的后代，这意味着人们能够以很低的成本获得几乎无限量的胰岛素。

### “再加工”：人胰岛素类似物

胰岛素合成方式上的重大飞跃，惠及了数以亿计的糖尿病患者。而且，科技的发展从未停下脚步。

20世纪末，科学家通过改变人胰岛素的氨基酸序列和结构，研制出能更好模仿人体生理胰岛素分泌特点的“胰岛素类似物”，这也被称为继动物胰岛素、生物合成人胰岛素之后的“第三代胰岛素”。

也许有人会觉得奇怪，为什么对人类自己的胰岛素还要进行再加工？胰岛素类似物怎么会比我们的“原装”胰岛素更适应人？

这要从胰岛素的分泌模式说起。

### 超短效胰岛素

生理状态下，为了应对进餐后的血糖升高，人体的胰腺会立刻分泌胰岛素进入血液，即时发挥降糖作用。而皮下注射胰岛素与之相比，会有一个延迟的时间差。具体来说，胰岛素经皮下注射后，开始是以六聚体的形式存在，逐渐解离为二聚体、单体，在组织间隙中扩散，最后进入血液发挥生理作用。从注射到起效，整个过程大约需要30分钟。这就要求糖尿病患者在进餐前半小时注射胰岛素，否则，胰岛素就无法在正确的时间和地点发挥降糖效应。

这就好比千辛万苦修筑防洪堤坝，而洪峰却在人们严防死守地点的上游早早到达，结果很容易造成溃坝，良田化为泽国。不仅餐后血糖明显升高，更为严重的是，在另一个时间点又会诱发低血糖。

提前注射胰岛素，远不是听上去那么简单。注射之后到进餐，每次掐准 30 分钟并非易事，尤其是在焦急、繁忙状态或旅行、赴宴等外出场合。而对于一些老人和心不在焉的职场人，有时在进餐前甚至压根记不起自己有没有提前打过胰岛素，这给疾病控制带来严重隐患。

20 世纪 90 年代，科学家们终于找到了解决办法：在保留胰岛素活性的基础上，通过改变氨基酸组成和空间结构，促进胰岛素的解聚和吸收，实现注射后快速起效。例如，将人胰岛素的 B28 位脯氨酸和 B29 位赖氨酸调换位置，所得到的产物“赖脯胰岛素”，改变了人胰岛素的自发聚合特性，从而易于解离。又如，将人胰岛素 B28 位脯氨酸由天门冬氨酸代替，得到新产物“门冬胰岛素”，能够同样起到迅速吸收的目的。

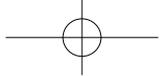
简而言之，这些新型超短效胰岛素，吸收和起效时间更快，患者不再受到“提前 30 分钟”的制约，使用胰岛素更加灵活方便，大大减少了漏用或重复用药的潜在风险。

## 超长效胰岛素

光有超短效还不够，胰岛素类似物还有另一个完全相反的发展方向：超长效。

还是从胰岛素分泌模式说起。我们的胰腺并非仅仅在进餐时才分泌胰岛素，而是全天候保持着脉冲式分泌的工作状态，这种持续、非进餐时的胰岛素分泌被称为基础胰岛素，对稳定血糖意义重大。而动物或常规人胰岛素经皮下注射后，作用持续时间很短，除非使用超级武器“胰岛素泵”，否则根本无法模拟这一生理分泌特点。

早在动物胰岛素时代，科学家们就在尝试解决这个问题。比如预先将胰岛素与鱼精蛋白结合，使其在皮下注射后缓慢分解，逐渐发挥生物效应，延长作用持续时间。但是，经过这样处理的胰岛素存在明显的药效高峰和波谷，而且生物利用度的变异较大，容易引起血糖的上下波动。



“药”为你好：  
这么用药没毛病

超长效胰岛素类似物的发明很好地解决了这个问题。例如，通过甘氨酸代替人胰岛素的 A21 位门冬氨酸，并在 B 链末端增加两个精氨酸，所得到的“甘精胰岛素”，能在皮下形成细小的微沉淀，使得吸收延迟，有效作用曲线呈平坦直线。简单说来，就是通过对人胰岛素的加工和修饰，使其稳定、缓慢发挥作用，从而实现“打一针，管一天”的治疗效果。和既往的精蛋白结合胰岛素相比，具有作用时间更长、疗效更稳定的优点。

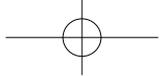
如何评价这三代胰岛素？

胰岛素的发现和应用，肇始于“一代”动物胰岛素，而滥觞于“二代”生物合成人胰岛素。前者横空出世，开创了糖尿病药物治疗的新时代；后者克服了前者的免疫原性、过敏性、低效价等一系列缺点，并实现巨量产能，从而使胰岛素的普及应用成为可能。“三代”超短效 / 超长效人胰岛素类似物，更好地模拟了生理胰岛素分泌模式，使用药更加方便、安全，糖尿病患者有望实现更平稳的血糖控制、更小的低血糖风险、更低的糖尿病并发症发生可能。

目前，已罕能见到动物胰岛素的身影，它已圆满完成自己的历史使命，悄然退场。而对于胰岛素类似物是否能全面取代人胰岛素，医生们却有不同的观点。无论是从患者用药体验，还是从临床效果来看，胰岛素类似物都取得了更好的成绩。但是，决定一种“新型”药物去留的，并不仅仅看眼下疗效，仍需要更长的应用时间，和更多的用药经验总结。例如，作为超长效胰岛素杰出代表的甘精胰岛素，就曾引发人们对其“导致肿瘤发生风险升高”的质疑，虽然这一指控已被更多研究调查所否定，但人们骨子里对新药物的担心却没那么快烟消云散。

至少在当下，生物合成人胰岛素仍拥有最为丰富的循证医学证据和临床使用经验，另外还有个突出优点：便宜。对于已习惯提前注射、血糖控制良好的糖尿病患者，当然没有必要停止现有治疗方案，而非去换用一种昂贵得多的药物。就像没必要硬拉着一个习惯喝豆花、啃大蒜的老农，去西餐厅品咖啡、尝芝士，还美其名曰：“潮流”。

而对另一部分人群，比如高龄、有心血管疾病史、容易发生低血糖的患者，如果经济承受能力不成问题，选用胰岛素类似物显然更加有效、安全。总之，“只爱尝新，一味排旧”和“衣不如新，药不如故”是对待药物的两个极端态度，在用药时一定要避免。



# 抗菌药物的“大家族”

◎ 沈素

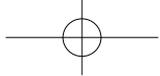
生活中，抗生素是我们非常熟悉的一类药品。生病了，也许需要口服或者注射抗生素。媒体上总是在提倡大家不要“滥用抗生素”，那么，我们经常用到的基本药物中，哪些属于抗生素呢？抗生素又都有哪些类别呢？让我们一起走进抗菌药物大家族去认识一下它们。

国家基本药物目录中的抗菌药物有以下这些分类，有些您可能耳熟能详，有些您可能闻所未闻：

- \* 青霉素类（包括青霉素、苯唑西林钠、氨苄西林、哌拉西林钠、阿莫西林、阿莫西林克拉维酸钾）
- \* 头孢菌素类（包括头孢唑林钠、头孢氨苄、头孢呋辛钠、头孢曲松钠）
- \* 其他  $\beta$ -内酰胺类
- \* 氨基苷类（包括阿米卡星、庆大霉素）
- \* 四环素类
- \* 大环内酯类（包括红霉素、阿奇霉素）
- \* 其他抗生素（包括克林霉素、磷霉素）
- \* 糖肽类
- \* 喹诺酮类（诺氟沙星、环丙沙星、左氧氟沙星）
- \* 磺胺类（比如复方磺胺甲噁唑）

何为抗菌药物的抗（耐）药性？

细菌耐药性有三种。第一种叫做固有耐药，又称天然耐药，由细菌染色体基因决定，代代相传；第二种叫做获得性耐药，是指细菌在接触抗生素后，改变代谢途径，使自身不被抗菌药物杀灭的抵抗力，这种耐药菌可通过耐药基因的传代、转移、传播、扩散、变异等，形成高度和多重耐药；还有一种叫做交叉耐药，细



“药”为你好：  
这么用药没毛病

菌对某种抗菌药产生耐药性后，对其他从未接触的抗菌药也产生耐药性。

避免耐药性的产生，需要我们做好 5 点：① 合理选用抗菌药；② 足够的剂量和疗程；③ 必要时联合用药；④ 有计划地轮换供药；⑤ 开发新的抗菌药。

抗菌药物具有  $\beta$ -内酰胺类、头孢菌素类、氨基苷类、大环内酯类和喹诺酮类等 5 大分支。

### $\beta$ -内酰胺类

包括青霉素类、头孢菌素类、其他  $\beta$ -内酰胺类、 $\beta$ -内酰胺酶抑制药和  $\beta$ -内酰胺类抗生素复方制剂。

这类药品的性状为干燥粉末，水溶液中极不稳定。并且这类抗生素不宜口服，肌内注射吸收快而完全。

这一大分支是我们抗感染的首选：如溶血性链球菌所致蜂窝织炎、丹毒、扁桃体炎、心内膜炎；肺炎链球菌引起的大叶肺炎、脓胸、支气管肺炎；草绿色链球菌引起的心内膜炎；脑膜炎；淋病、梅毒、钩端螺旋体病、回归热；白喉、破伤风、气性坏疽等。常见不良反应有过敏反应，如皮肤过敏、血清病样反应较多见；过敏性休克；最严重时表现有循环衰竭、呼吸衰竭和中枢抑制。局部刺激症状：红肿、疼痛、硬结。

需要注意的是，青霉素类药物为杀菌性抗生素，杀菌疗效主要取决于血药浓度的高低，在短时间内有较高的血药浓度时对治疗有利。若采取静脉滴注给药，宜将一次剂量的药物溶于约 100mL 输液中，于 0.5~1 小时内滴完。一则可在较短时间内达到较高的血药浓度，二则可减少药物分解并产生致敏物质。

### 头孢菌素类

这一分支的抗生素繁衍能力很强，现已有四代。是不是第四代就比第一代好呢？

第一代头孢菌素常用品种有头孢唑林钠、头孢氨苄、头孢拉定、头孢羟氨苄、头孢克洛等。其中除头孢唑林钠只能供注射外，其他的均可口服。不同品种的头孢菌素有各自的抗菌特点，如头孢噻吩对革兰阳性菌的抗菌作用较优，而头孢唑林钠则对某些革兰阴性菌有一定作用。

第二代头孢菌素主要品种有头孢呋辛钠、头孢孟多、头孢替安等。对革兰阳性菌的抗菌效能与第一代相近或较低，而对革兰阴性菌的作用较为优异。

第三代头孢菌素对革兰阳性菌的抗菌效能普遍低于第一代（个别品种相近），对革兰阴性菌的作用较第二代头孢菌素更优越。头孢拉定、头孢派酮、头孢曲松钠等。

第四代头孢菌素的主要代表药物有头孢匹罗、头孢吡肟等。对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌抗菌效果好，对肠杆菌的作用超过第三代头孢菌素。主要用于对第三代头孢菌素耐药的革兰阴性杆菌引起的重症感染。对大多数厌氧菌有抗菌活性。

在使用上，四代抗生素各有千秋：

第一代主要用于敏感菌所致的呼吸道和尿路感染、皮肤和软组织感染；第二代可用于敏感菌所致肺炎、胆道感染、菌血症、尿路感染和其他组织器官感染；第三代用于治疗对其他多数药物耐药的病原菌引起的严重感染，如败血症、脑膜炎、肺炎、骨髓炎、尿路的严重感染，对铜绿假单胞菌感染有效，对产超广谱 $\beta$ -内酰胺酶的菌株无效；第四代具有第三代头孢菌素抗菌活性，对染色体 $\beta$ -内酰胺酶效果更为稳定。

常见不良反应为过敏反应，偶见过敏性休克。过敏者有5%~10%对头孢菌素有交叉过敏反应；静脉给药也可发生静脉炎；第一代头孢噻吩、头孢氨苄大剂量时可出现肾脏毒性，这与近曲小管细胞损伤有关；第三、四代头孢菌素偶见二重感染；头孢孟多、头孢哌酮高剂量可出现低凝血酶原血症或血小板减少。

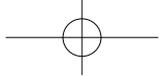
### 氨基苄类

主要对革兰阴性杆菌，包括大肠杆菌、克雷伯菌属、肠杆菌属、变形杆菌属、沙雷菌属、产碱杆菌属、不动杆菌、志贺菌属、沙门菌属、枸橼酸杆菌等有效。有的品种对铜绿假单胞菌或金黄色葡萄球菌，以及结核杆菌等也有抗菌作用。

### 大环内酯类

本类药物阻碍细菌蛋白质的合成，属于生长期抑菌剂。其抗菌谱包括葡萄球菌、化脓性和草绿色链球菌、肺炎链球菌、粪链球菌、白喉杆菌、炭疽杆菌等。我们常用的有红霉素和阿奇霉素等。

不良反应主要有：肝毒性，主要表现为胆汁淤积、肝酶升高，一般停药后可恢复；耳鸣和听觉障碍：静脉给药时可发生，停药或减量可恢复；过敏，主要表现为药物热、药疹、荨麻疹等；局部刺激，注射给药可引起局部刺激，故本类



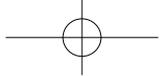
**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

药物不宜用于肌肉注射，静脉滴注可引起静脉炎，故滴注液宜稀（浓度小于 0.1%），滴入速度不宜过快。

### **喹诺酮类**

喹诺酮类是一类合成抗菌药，与许多抗菌药物间无交叉耐药性。主要作用于革兰阴性菌的抗菌药物，对革兰阳性菌的作用较弱。

不良反应主要有：胃肠道反应，恶心、呕吐、不适、疼痛等；中枢反应，头痛、头晕、睡眠不良等，并可致精神症状，有癫痫病史者慎用；光敏反应，少数喹诺酮类药物如洛美沙星较明显，因此，服药期间应避免紫外线和日光照射；关节损伤与跟腱炎，本类药物可影响软骨发育，孕妇、未成年人不可使用；可产生结晶尿，尤其在碱性尿中更易发生；大剂量或长期应用本类药物易致肝损伤；心脏毒性，QT 间期延长；干扰糖代谢，糖尿病患者使用时应注意。



# 阿莫西林，消炎第一药？

◎ 吴志

“我一感冒就吃阿莫西林，不会有啥问题吧？”住在福州市马尾区的陈益晶女士说，今年国家对阿莫西林归入处方药后，她买了好几盒放家里，每次感冒就会服用感冒药加阿莫西林。对此，南京军区福州总医院第一附属医院门诊部黄德华主任医生做了相关解读。

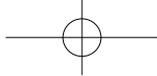
## 阿莫西林并非感冒、发热首选药

阿莫西林是目前应用较为广泛的一种青霉素类抗生素，杀菌作用强而迅速，且不易受大部分食物影响，吸收完全。在医院门诊抗生素的使用中，占到一半以上。其制剂有胶囊、片剂、颗粒剂、分散片等。常用的片剂有 0.125g 和 0.25g 两种规格；胶囊有 0.125g、0.25g 和 0.5g 三种规格；注射用的规格为每支 0.5g。

不论是哪一种剂型阿莫西林，对储存环境的要求都很高，应该遮光、密封，在凉暗干燥处保存。不少人放置药物如同对待杂物，哪里方便放哪里，甚至将阿莫西林置于离炉灶、暖气等热源较近的地方，极容易发生变质。

阿莫西林适用于敏感细菌所致的感染，如溶血链球菌、肺炎链球菌、葡萄球菌或流感嗜血杆菌所致中耳炎、鼻窦炎、咽炎、扁桃体炎等上呼吸道感染；急性支气管炎、肺炎等下呼吸道感染；大肠杆菌、奇异变形杆菌或粪肠球菌所致的泌尿生殖道感染；溶血链球菌、葡萄球菌或大肠杆菌所致的皮肤软组织感染，以及急性单纯性淋病。此外，阿莫西林亦可与克拉霉素、兰索拉唑三联用药根除胃、十二指肠幽门螺杆菌，降低消化道溃疡复发率。

阿莫西林并不是呼吸道疾病的首选药。实际上，阿莫西林对病毒性的感冒、发热并不起作用。生活中，大多数的感冒发热等呼吸道疾病是由病毒引起的，该



“药”为你好：  
这么用药没毛病

症状无须使用阿莫西林，只有细菌性感染时才需要服用阿莫西林。其实，阿莫西林最适合消化道疾病，如腹痛、溃疡等。例如，阿莫西林 500mg，甲硝唑 0.2g，每日三次，奥美拉唑 10mg，每天一次，四周为一疗程，可很好地缓解胃病症状，还可修复胃黏膜以及胃部受损部位，减少用西药产生的不良反应。此外，阿莫西林与  $\beta$ -内酰胺酶抑制剂如克拉维酸合用时，抗菌作用明显增强，尤其能增强阿莫西林对拟杆菌、军团菌、诺卡菌和假鼻疽杆菌等非敏感菌株的作用。

该药宜饭后服用，以减轻胃肠道反应。在服药期间，不要吃高纤维食品，如燕麦、芹菜、胡萝卜等，以免降低药效。另外，阿莫西林与庆大霉素、卡那霉素、环丙沙星、培氟沙星等药物属于配伍禁忌，联用时不能放在同一个容器中。

## 阿莫西林并非必备药品

如今，越来越多的人，将阿莫西林作为家中的必备药品，成为治疗头疼脑热的特效药。事实上，阿莫西林属于广谱类抗生素，对很多致病菌有效，但必须在专业医生指导下使用，将其作为家庭常备药物自行服用既有盲目性，也有危险性。长期滥用就会导致恶性循环，除了容易出现过敏症状，对肝脏造成负担，严重的情况甚至无药可用。

为了防止严重过敏反应的发生，阿莫西林用药前必须详细询问过去病史，包括用药史、是否用过青霉素类药、有无易为患者忽略的反应症状，如胸闷、瘙痒、面部发麻、发热等，以及有无个人或家族有变态反应性过敏性疾病等。

使用阿莫西林前必须进行青霉素皮肤试验，阳性反应者禁用。临床上，阿莫西林的不良反应发生率约为 5%，多见荨麻疹、皮疹和哮喘等过敏反应，或者腹泻、恶心、呕吐等消化系统症状，还有贫血、惊厥、兴奋、焦虑、失眠和头晕等不良反应。在服用阿莫西林的过程中，如果出现上述不良反应，必须立刻停药。

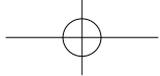
孕妇和哺乳期妇女以及 3 个月以下儿童慎用，因为阿莫西林可经乳汁少量排出，哺乳母亲使用阿莫西林后，有可能致婴儿过敏。阿莫西林与避孕药合用时，可干扰避孕药的肠肝循环，从而降低其药效。还有研究认为，氯霉素、大环内酯类、磺胺类及四环素，有可能在体外干扰阿莫西林的抗菌作用。

阿莫西林口服制剂仅用于治疗轻中度感染。用药过量时，可采取支持治疗和

对症治疗。用量上，口服时成人1次0.5g，每6~8小时1次，每日剂量不超过4g；小儿每日20~40mg/kg，每8小时1次服用。治疗无并发症的急性尿路感染可予以单次口服本品3g即可，也可于10~12小时后再增加一次3g剂量。新生儿和早产儿一次口服50mg，12小时1次；感染严重者可每8小时1次。肌内注射或稀释后静脉滴注时，每次0.5~1g，每日3~4次；小儿每日50~100mg/kg，分3~4次静脉滴注。

一感冒就买阿莫西林吃其实就是滥用抗生素。实际上感冒大多是由病毒引起的，吃对付细菌的抗菌素并没有效果。只有在感冒继续发展，并发细菌感染之后，才可以使用抗菌素。





# 沙星：“带刺”的抗菌“明星”

◎ 吴志 罗金财

郑女士平日里一遇上感冒发热，便习惯性地自行服用左氧氟沙星来缓解，效果一直不错。可前几天，她听说服用左氧氟沙星可能会引起视网膜剥离。这消息可把她吓坏了。

郑女士听到的传闻是否真实？这“带刺”的抗菌“明星”，能不能继续用呢？如果能用，又如何拔掉附着其上的“刺”呢？

## 跨越四代，叫好又叫座

南京军区福州总医院眼科中心主任、主任医师陈梅珠介绍，左氧氟沙星是一种氟喹诺酮类抗生素，常用于治疗呼吸道及泌尿生殖系统感染。氟喹诺酮类和喹诺酮类是一类的药物，前者只是在药物的分子结构上均有氟原子，增加了其抗菌谱和抗菌力。

喹诺酮类是一类较新的合成抗菌药，抗菌谱广，活性强，组织渗透性好，不易产生耐药性，对静止期和生长繁殖期细菌均有明显作用。它以细菌的脱氧核糖核酸（Deoxyribonucleic Acid, DNA）为靶，妨碍 DNA 回旋酶，进一步造成细菌 DNA 的不可逆损伤，达到抗菌效果。该类药物与许多抗菌药物间无交叉耐药性，是理想的抗菌药。

该类药物分为四代，第一代抗菌作用弱，只对大肠杆菌、痢疾杆菌、克雷伯杆菌、少部分变形杆菌有抗菌作用，已被淘汰。第二代抗菌谱也相对较窄，仅对革兰阴性菌有效，多用于泌尿道和消化道感染，吡哌酸是国内主要应用品种。第三代除对革兰阴性菌，如大肠杆菌、变形杆菌、伤寒杆菌、沙门菌属、志贺菌属的部分菌株等作用进一步增强外，对铜绿假单胞菌也有效，且抗菌谱扩大到金黄

色葡萄球菌、肺炎链球菌、溶血性链球菌、肠球菌等革兰阳性球菌、衣原体、支原体、军团菌及结核杆菌，国内已生产诺氟沙星、氧氟沙星、培氟沙星、环丙沙星等。第四代在第三代的基础上，加强抗厌氧菌活性，抗菌谱进一步扩大，对部分厌氧菌、革兰阳性菌和铜绿假单胞菌的抗菌活性明显提高，并具有明显抗菌后效应。产品有加替沙星与莫西沙星等，不良反应更少，但价格较贵。

大部分喹诺酮类药物口服吸收迅速而完全，药效相对较高。除诺氟沙星和环丙沙星外，其余药物的吸收率均达给药量的 80%~100%，可在肺、肝、肾、膀胱、前列腺、卵巢、输卵管和子宫内膜等，组织和体液中分布广泛，达到较高的药物有效浓度。

有些喹诺酮类药物在人体内已无法检测时，仍在 2~6 小时内对某些细菌有明显抑制作用，说明有明显抗菌长效性。同时，培氟沙星、氧氟沙星和环丙沙星可通过正常或炎症脑膜进入脑脊液达到有效治疗浓度。左氧氟沙星具有较强穿透性，可在细胞内达到有效治疗浓度。

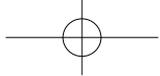
### “一票否决”并不科学

国外有研究报道说，在服用左氧氟沙星的患者中，出现视网膜剥离的危险比一般人高出 5 倍。

目前，在我国，该药在眼科临床上应用较广泛，常用于眼科手术前给药，预防术后感染，眼科患者还经常用到氟喹诺酮类滴眼液。

任何一种研究都会存在一些瑕疵。上例报道中，研究人员只是分析了患者处方情况，并不能确定患者是否服用喹诺酮类药物；正在服用的患者可能存在风险，但最近和以前曾服用该类抗生素的患者，与视网膜脱落风险无关。说明氟喹诺酮类药物致视网膜剥离的可能性属于急性毒性反应，需要进一步开展药物流行病学调查。

“一票否决”并不科学，每种药物都有不同程度的不良反应。喹诺酮类药物临床应用已经数十年，当然会发现许多相关性较低的不良反应。客观地说，喹诺酮类药物不良反应均较轻，能被大多数患者所耐受。最常见的不良反应有：味觉异常、食欲缺乏、恶心、呕吐、腹痛、腹泻及便秘等，常与剂量有关。大剂量或长期应用本类药物，才易致肝损伤。



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

同时，服用喹诺酮类药物，可能会有头晕、头痛、失眠、眩晕及情绪不安等，以失眠最多见。严重时可发生复视、色视、抽搐、神志改变等中枢神经和幻觉、幻视等精神症状，但极少见，通常在剂量过大、有精神病或癫痫病史等特殊情况下，才有可能偶见。与茶碱或非甾体抗炎镇痛药同用，可增加中枢的毒性反应。所以，有精神病或癫痫病史者不宜使用。还有研究发现，儿童用药后可出现关节疼痛和水肿，所以不宜用于儿童。药物可经乳汁分泌，孕妇也不宜使用。

此外，该类药品可能还会出现血管神经性水肿、皮肤瘙痒、皮疹等过敏症状，发生率在 0.6% 左右。偶见过敏性休克，个别出现光敏性皮炎，以服用洛美沙星最为多见。因此，用药期间应避免过度日光或人工紫外线照射。与茶碱或非甾体抗炎镇痛药同用，可增加中枢的毒性反应。

当然，这一研究结果也提醒了医生和患者都要警惕药物不良反应。服用喹诺酮类药物时应注意遵医嘱服用、空腹服用或进餐前至少 1 小时、餐后至少 2 小时服用。因为食药同服可能影响药物吸收。服后宜多进水以保持 24 小时排尿量在 1200mL 以上，出现不适后及时停药就医。肝功能、肾功能减退者，需权衡利弊后应用，并调整剂量。

## 常见六种抗菌“明星”

### 诺氟沙星

作为第一个氟喹诺酮类药物，对大多数革兰阴性杆菌的抗菌活性与氧氟沙星相似。口服易受食物影响，空腹比饭后服药的血药浓度高 2~3 倍。主要用于肠道和泌尿生殖道敏感菌感染，效果良好；对无并发症的急性淋病有效；治疗呼吸道、皮肤、软组织及眼等部位的感染，疗效一般。

### 环丙沙星

口服吸收较快，但不完全。针对革兰阴性杆菌的体外抗菌活性，该药是目前临床应用的氟喹诺酮类药物中较高的。主要用于治疗敏感菌引起的泌尿道、胃肠道、呼吸道、骨关节、腹腔及皮肤软组织等感染。常见胃肠道反应，也有神经系统症状，偶见变态反应、关节痛或一过性转氨酶升高。该药“挂瓶”用时，血管局部有刺激反应。

### 氧氟沙星

口服吸收迅速完全，突出特点是在脑脊液中浓度高。对革兰阳性菌作用比诺氟沙星强；对其他葡萄糖非发酵性革兰阴性菌的作用比诺氟沙星及庆大霉素强。主要用于敏感菌所致的泌尿道、呼吸道、胆道、皮肤软组织、耳鼻喉及眼部的感染。因有较好的抗结核杆菌活性，对已耐链霉素、异烟肼、对氨基水杨酸钠（PAS）的结核杆菌仍有效，所以是治疗结核病的二线药物，与其他抗结核药合用时呈协同作用。不良反应少而轻，主要有胃肠道反应，偶见神经系统症状和转氨酶升高。

### 左氧氟沙星

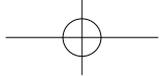
抗菌活性比氧氟沙星强 2 倍，临床用量为氧氟沙星的一半，易制成注射剂。对葡萄球菌和链球菌的抗菌活性是环丙沙星的 2~4 倍，对厌氧菌的抗菌活性是环丙沙星的 4 倍。除对临床常见的革兰阳性和革兰阴性致病菌抗菌活性极强外，对支原体、衣原体及军团菌也有较强的杀灭作用。最突出的特点是不良反应远低于氧氟沙星，在目前氟喹诺酮类药物中不良反应也是较小的。

### 洛美沙星

口服吸收完全，70% 以原形从尿排出，对繁殖期细菌和蛋白质合成抑制期细菌均显示迅速杀菌作用，并具有明显的抗菌后效应。对葡萄球菌具有较强抗菌活性，对衣原体、支原体、结核杆菌等也有作用。主要用于治疗敏感菌引起的呼吸道、泌尿道、消化道、皮肤、软组织和骨组织感染。不良反应主要是胃肠道反应、神经系统症状、变态反应等。在所有氟喹诺酮类药物中洛美沙星最易发生光敏反应，其发生率随用药时间延长而增高。

### 莫西沙星

1999 年被批准用于临床，有文献称为第四代喹诺酮类药物。口服吸收率为 90%，体内分布比环丙沙星广。对多数阳性和阴性菌、厌氧菌、结核杆菌、衣原体和支原体作用强；对肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、支原体和衣原体作用明显强于环丙沙星；对肺炎链球菌和金黄色葡萄球菌作用超过氧氟沙星。用于治疗呼吸道、泌尿道和皮肤软组织感染。不良反应少，至今未见严重过敏反应，几乎没有光敏反应。



## 他汀药物：控制胆固醇的撒手锏

◎ 胡大一

他汀类药物是目前临床上应用最多的降脂药物，“他汀”是音译名，学名是“ $\beta$ -羟基 $\beta$ -甲基戊二酰辅酶A还原酶抑制剂”，因其显著降低低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C），轻度升高高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C），是目前临床上降脂治疗的首选药物，也是防治冠心病的首选药物。

他汀类药物在冠心病防治上所起的作用，丝毫不亚于20世纪青霉素对感染性疾病治疗所引发的那场医学大革命；可以毫不夸张地说，他汀类药物的问世和应用是现代冠心病治疗史上的一个里程碑，它开创了冠心病防治的新纪元！原因如下：

首先，他汀类药物有明确的降胆固醇作用，疗效肯定。他汀类药物是目前已知最强的降低低密度脂蛋白胆固醇的药物，具有确切的防治冠心病和减少死亡的作用。

其次，他汀类药物功能多样。他汀类药物不仅仅是只具有降脂作用，还有降脂外作用，如抗炎，改善血管内皮功能，稳定或逆转动脉粥样斑块，使斑块不容易破裂形成血栓，减少心肌梗死、脑中风和冠心病的发生，因此医生对有些血脂正常的患者建议服用他汀类药物，这时候不是降脂，而是取其降脂外作用。

很多人都希望治病能一劳永逸。比如有的人希望通过在冠脉血管内安放支架，治疗血管狭窄，企图不用再服药物。在病房，很多冠心病患者问我，有没有一种神药吃了之后冠心病就好了。我告诉他们目前唯一一个证明可以控制动脉粥样斑块进展或逆转斑块的药物只有他汀类药物。因为动脉粥样硬化是一个慢性的、多种因素长期作用于血管导致病变的过程，现在的医学还没有完全清楚它的发病机制，因此有些药物或医疗器械宣称可以治愈冠心病都是不可信的。

如果有冠心病，已经安了支架或做了搭桥，或者有糖尿病或高血压和吸烟，

如果希望自己不再发生心绞痛，希望冠状动脉血管不再狭窄，目前最有效的预防药物就是他汀类药物。

并不是所有血脂异常的人都须用降脂药物。血脂异常最基础和最重要的治疗是改变生活方式，包括控制饮食和加强锻炼，减少肉类摄入，增加蔬菜水果摄入，多喝水，多运动，通过改变生活方式可以使胆固醇水平降低达 20% 左右。

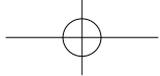
对于已经诊断冠心病和（或）糖尿病的患者，无论胆固醇水平如何，都应立即开始使用他汀类药物治疗，将患者的 LDL-C 降至 2.0mmol/L 以下；对处于吸烟状态或有高血压、肥胖的患者，当 LDL-C 高于 3.3mmol/L 就应给予他汀类药物治疗，将患者的 LDL-C 降至 3mmol/L 以下。

对于年轻人，没有冠心病和高血压、糖尿病、吸烟等状况，血总胆固醇轻微升高并不需要药物治疗，只有当饮食运动控制至少一个月后未见效果，且血 LDL-C 超过 4.14mmol/L 时，才考虑服用降脂药物。

我们知道血脂异常是一个慢性疾病，其对动脉粥样硬化和冠心病的作用终身存在，且逐步加重。因此，对于已经有冠心病、糖尿病、脑中风、外周血管病或高血压合并一项或以上危险因素的患者（危险因素同前）降脂治疗应该长期坚持。比如一个高血压患者，再加上是男性，年龄大于 45 岁，就应该坚持服用他汀类药物。或者有高血压，再加上吸烟或肥胖，也应该坚持服用他汀类药物。

大量的临床研究结果表明，只有长时间的降脂治疗才能获得明显的好处，而且降脂治疗时间越长，获得的好处越大。所以，服用降脂药物其实并没有疗程的规定。达到降脂目标以后，还需要长期服药维持疗效。只要你能坚持，没有发现不良反应（包括肝酶或肌酶的升高分别 3 倍和 10 倍，或者有不能解释的肌痛或肌无力），就不要随意停止降脂治疗。但对于一个普通人，没有高血压、糖尿病或冠心病或脑中风或外周血管病，单纯血脂高，可以服用他汀类药物，血脂正常后维持 3 个月左右停药，但需继续控制饮食和体育锻炼，半年后复查血脂。如果血脂正常就这样控制即可；如果血脂升高，建议你坚持服用他汀类药物。

关于吃药，在百姓中常流传“是药三分毒，能不吃药就不吃，能少吃药就少吃”，这句话充分体现了大众对药物不良反应的担心。近年来，血脂异常与冠心病的密切关系受到重视，因而服用降脂药物成了目前的热门话题。如何看待他汀类药物的不良反应呢？需要了解其不良反应，但不能因噎废食。他汀类药物的主



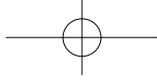
**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

要不良反应之一是对肝脏和肌肉的损伤，但是发生率都非常低，尤其是肝酶异常，可能仅是他汀类药物降脂作用的体现，而不是肝损伤的标志，迄今为止全球没有 1 例肝衰竭的报道。研究显示，大约每 1000 例患者服用他汀类药物会有 1 例发生肝脏转氨酶升高（升高到正常值的 3 倍以上），并且与服用药物的剂量有关。服药剂量大，转氨酶升高的可能性也大；剂量小，转氨酶升高的可能性也要小些。在转氨酶升高的情况下，只要停药，通常在 2~3 个月之内，就可恢复到正常水平。

他汀类药物另一个不良反应是肌病。如果服用他汀后觉得肌肉疼痛、乏力，抽血化验血中“肌酸激酶”明显升高，比正常值增高 10 倍以上，就可以确诊肌病。不过，肌病十分罕见，在 10000 例单用他汀类降脂的患者中，只有 1 例可能发生。大多数患者发现症状后立即停药，肌病可得到有效控制。只有极个别患者未得到及时诊治才会发展成肾功能衰竭。

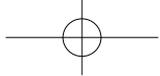
很多患者因为担心他汀类药物不良反应而停用或拒绝使用，这是非常不正确的做法，可能与很多人对药物不了解有关。国外他汀类药物使用率非常高，尤其是冠心病、糖尿病患者，多数患者坚持使用他汀类药物。这与国外医学界和政府近 30 年来坚持不断地推广胆固醇知识以及他汀类药物治疗理念有关。

总之，血脂异常与冠心病、脑卒中密切相关，尤其是胆固醇水平的高低决定着冠心病、脑卒中的发生风险，而他汀类药物是降低胆固醇最有效的药物，也是冠心病二级预防的基石药物。因此，读者在关注高血压、糖尿病的同时莫要忘记胆固醇，冠心病患者和糖尿病患者要坚持使用他汀类药物。



# 2 安全用药常识





# 带你走进不一样的“是药三分毒”

◎ 李广润

在我国，民间常有“是药三分毒”的说法。当需要吃药时，很多人会用这句话来警示身边的朋友“药品都有三分毒，怎么能随便吃呢”。这样的理解正确吗？

## “是药三分毒”的理论渊源

在古代，人们习惯用“三”来表示多数。比如三思而后行、三缄其口。所以，古人常说“是药三分毒”，而不说“是药四分毒”或者“是药五分毒”。“是药三分毒”的观念已经深入人心，但是追溯其根源却无从查证，后人推测其理论出处在成书于两千多年前战国或者西汉时期的《黄帝内经》。

## 何谓“毒”？

“是药三分毒”中“毒”的含义有广义和狭义之分，与现代药理学中药物的“毒性”有较大差别。广义认为，第一，古人将药与毒并列，认为药即毒，毒即药，毒药是一切药物的总称。第二，古人认为“毒”指药物的“偏性”，常用药物来“以偏纠偏”和“以毒攻毒”。比如，利用中药的“寒热”偏性（也就是“毒”性）来祛除（或中和）人体内“热寒”病邪的偏性，即所谓“寒者热之，热者寒之”。第三，古人用“毒性”来表示药物作用的强弱。如内经《素问·五常政大论》将药物毒性分为“大毒”“常毒”“小毒”和“无毒”四类，而《中华人民共和国药典》则将含有毒性的中药分为“大毒”“有毒”和“小毒”三类。

到了现代，人们对“是药三分毒”中“毒”的理解逐渐偏于狭义。现代药理学理论认为“毒”是指药物的不良反应。放在今天，“是药三分毒”这句话，可

以理解为凡是药物都具有不良反应。药物是把双刃剑，既能治病，亦能致病，都会产生不良反应。但是，由于个体差异的原因，其发生的严重程度可能表现不一。

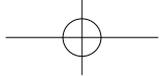
### “不随便”而非“不能”吃药

源于对“是药三分毒”产生的恐惧感，有些人生病后不敢吃药，选择拖延的方法，让身体自我调整，这往往会耽误治疗时机，小病拖成大病，最后不得不住院治疗。“是药三分毒”不是告诉我们药物有“毒”就“不能”吃药，而是“不随便”吃药。科学选择和服用药物，不随便吃药，亦可有效避免或减少药物不良反应的发生。这些方法有助于预防药物不良反应：

患者就诊时，需要主动告诉医生自己对哪些药物成分过敏，以避免开具含此类药物成分的药物。还有些药物的不良反应，对某些职业的人影响较大。如大多数感冒药物都含有马来酸氯苯那敏，也叫扑尔敏，这是一种抗组胺成分，含有这种药物成分的抗感冒药在服用后易出现头痛、眩晕、疲劳、耳鸣、紧张或焦虑、警觉性下降、注意力分散，甚至思维混乱、困倦嗜睡等症状。司机朋友应尽量避免服用含此类成分的抗感冒药。此外，还应合理安排服药时间，如有胃肠道不良反应的药物应尽量在饭后半小时后服用。

很多患者患有不止一种疾病，有些人甚至需要服用七八种以上的药物。大多数药物需经肝药酶的代谢，药物同时服用往往会发生相互作用，提高不良反应的发生率。所以，除非医生特殊交代需同服的药物外，其他药品应尽量单独服用，西药和中药间尽量间隔半小时以上。

吃药前，必须看药品说明书，了解药品发生不良反应的症状。对说明书中不良反应较多，注意事项较多的药品，吃药时应严格按照医生的治疗方案服药，并注意观察。一般来说，大多数药物的不良反应，人体可耐受，用药一段时间后，机体会适应，症状会自然减轻。如身体受不了，应立即停药，去医院寻求医生或者药师的指导。



# “丙球”不是保健品

◎ 方健

有一位妈妈咨询：“我家宝宝经常感冒，能否注射丙种球蛋白（简称“丙球”）来增强抵抗力？”很多人都有这样的疑问，他们希望通过免疫增强剂来增强免疫力，不轻易生病。事实是这样吗？

## 丙种球蛋白：主要成分是“抗体”

丙种球蛋白是比较特殊的药物，因为它是一种血液制品，必须从健康人血浆中提取生产，它的别名还有：免疫血清球蛋白、普通免疫球蛋白、人血丙种球蛋白和静脉注射用人免疫球蛋白，其中静脉注射用人免疫球蛋白才是化学名，如果医生开具处方，不可以书写“丙种球蛋白”，必须写“静脉注射用人免疫球蛋白”才算规范。

人体血浆中天然存在丙种球蛋白，其中大部分具有“抗体”活性。所谓“抗体”，我们可以将其看做专门对付细菌或病毒等外来病原体的蛋白质，其重要性不言而喻。很多人提倡感冒了不吃药，说靠自身抵抗力对付病毒感染，后来还真的康复了，其中就有自身的“抗体”发挥作用了。给人体静滴注射丙种球蛋白，其实就是将抗体直接补充到人体内，使之进入较强的免疫状态，一旦细菌或病毒入侵，这些抗体就直接参与到与“敌对分子”的战斗中，最终杀死细菌或病毒。

## “丙球”的使用有严格适应证，不是保健品

正由于丙种球蛋白富含“抗体”，具有免疫功能，在一些重症感染疾病和自身免疫性相关疾病中发挥作用，目前它用于下列疾病的治疗：

原发性免疫球蛋白缺乏症，如 X 连锁低免疫球蛋白血症，常见变异性免疫缺陷病，免疫球蛋白 G 亚型缺陷病等。

继发性免疫球蛋白缺陷病，如重症感染、新生儿败血症等。

自身免疫性疾病，如原发性血小板减少性紫癜、川崎病、部分神经免疫性疾病如急性格林巴利综合征（以进行性、对称性和弛缓性肢体瘫痪为特征），值得一提的是，丙种球蛋白除了具有免疫调节作用，还能促进受病毒感染的神经细胞再生。

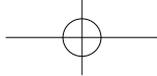
尽管丙种球蛋白可以用于上述多种疾病的治疗，但必须警惕的是，丙种球蛋白是血制品，不能完全排除血液污染的可能，临床也陆续有过因注射丙种球蛋白而感染丙肝的病例报道，从控制传染角度来说，丙种球蛋白不可以当成保健品广泛普遍运用，需要严格按上述适应证凭处方用药。另外从经济角度分析，丙种球蛋白价格较为昂贵，而提供的免疫增强效应却只是短暂的，这是由于它的半衰期为 16~24 天，一个月后体内即已代谢清除，往往需要再次补充。

### 滥用丙种球蛋白的危害

家长把丙种球蛋白当作保健品给孩子增强免疫力，会有什么危害？对于一般的儿童，轻微的感冒、细菌或病毒感染性疾病会使得自身体内产生抗体，相应地给予抗感染或抗病毒药物治疗即可治愈，每一次这样的疾病，体内的免疫系统由于抗体的产生反而更加强大，如果总是通过丙球预防感冒或其他疾病，儿童自身免疫系统反而失去锻炼机会，导致自身免疫调节功能紊乱甚至免疫力下降，最终会更加容易生病。

再者如上文提到的，作为血液制品，丙球还是有传播丙肝病毒的可能，尽管概率非常小。另外，输注丙球速度过快时容易发生发热、寒战、皮疹、恶心、头痛、胸闷等过敏反应，有时注射后几天还会发生上述不适症状。

最后，对于文章开始那位妈妈的咨询，答案是最清楚不过了：正常的婴幼儿应用免疫增强剂只有害处并没有益处。



# 帮您解读药品外包装

◎ 张洪军

## 认识药品的商品名及通用名

药品的通用名是国家药典或药品标准采用的法定名称。它的特点是通用性，即不论何处生产的同种药品都可用的名称。药品的商品名则是不同药厂生产的同一药品可以起的不同的名称，具有专署性，受到法律的保护。由于同一种药物在不同药厂生产往往具有不同的商品名，如常用感冒药复方氨酚烷胺有感叹号、快克、感康等多种商品名。一药多名易造成重复用药，给患者带来很多不良反应，甚至危及生命。选药时认准通用名，则可避免用药重复。

## 识别处方药与非处方药

处方药是指需经过医生处方才能从药房或药店得到并要在医生监控或指导下使用的药物。非处方药（OTC）是指那些消费者不需要持有医生处方就可直接从药房或药店购买的药物。相对处方药来说，非处方药的特点是应用安全、疗效确切、质量稳定、使用方便，因此可以按说明书使用或在药师指导下购买和使用。

## 关注药品贮存条件及有效期

药品有效期是指药品被批准的使用期限，其含义为药品在一定储存条件下，能够保证质量的期限。人们在购买或使用药品时要关注药品的有效期，如有效期至2017年6月，说明该药品到2017年7月1日即开始失效，失效药品切不可使用。

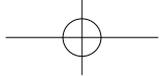
另外，药品必须按要求在适当温湿度等条件下储存，否则，有效期内的药品也可能失效。

### 认真检查包装完整

在药品零售、医务人员临床用药及百姓购药、用药时，一定要注意认真检查好药品的包装完整情况，检查该药品的包装与说明书、标签是否符合要求。为了经营销售和购买使用的药品安全有效，一定要正确辨认药品的包装标志。国家对药品包装标签说明书有如下规定：一般药品包装分为内包装和外包装；药品包装标签内容对产品表述应准确无误、应安全合理用词，不得印有各种不适当的宣传产品文字；药品的商品名是经过国家药监局批准后方可在包装和标签上使用的，商品名不得与通用名连写，应分行书写；同一生产企业、同一药品的相同规格品种，其包装标签的格式及颜色必须一致，不得使用不同商标；药品的最小包装必须附有规定印制的标签和说明书。

### 特殊药品注明规定

对于特殊药品，如麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品，以及外用药品、非处方药品的包装标签上应在醒目的位置上注明规定标志。对储存有特殊要求的药品亦应注明。进口药品包装、标签上应注明“进口药品注册证号”或“医药产品注册证号”“生产企业名称”等。凡是进口药品的包装标签所用的文字必须为中文，民族药可以加注民族文字，药品的包装可用条形码和外文对照，专利产品可标明专利标记和专利号。



# 吃这些药时多喝水

◎ 赵成龙

在大多数人看来，吃药时喝水就是为了更容易咽下药片。但实际上，吃有些药的时候，多喝水不但能减轻药物不良反应，还能增加药效。

## 平喘药

服用茶碱、二羟丙茶碱等，由于其具有利尿作用，使尿量增多而易致脱水，出现口干、多尿或心悸；同时哮喘者又往往伴有血容量低下。因此，宜注意适量补充液体，多喝白开水。

## 利胆药

利胆药能促进胆汁分泌和排出，有助于排出胆道内的泥沙样结石和胆结石术后少量的残留结石。但利胆药中苯丙醇、羟甲香豆素、去氢胆酸和熊去氧胆酸服后可引起胆汁的过度分泌和腹泻。因此，服用期间应尽量多喝水，以避免过度腹泻而脱水。

## 蛋白酶抑制剂

在艾滋病联合治疗中，蛋白酶抑制剂中的雷托那韦、茚地那韦、奈非那韦、安普那韦、洛匹那韦等，多数可形成尿道结石或肾结石。所以在治疗期间一日需饮水 2000mL 以上以避免结石的出现。

## 双膦酸盐

双膦酸盐对食管有刺激性，其中阿伦膦酸钠、羟乙膦酸钠、丙氨膦酸二钠、氯屈膦酸钠用于治疗高钙血症时，可致电解质紊乱和水丢失，故应注意补充液体，使一日尿量达 2000mL 以上。同时嘱咐患者口服此类药物后不宜立即平卧，需保持上身直立 30 分钟。

## 抗痛风药

应用排尿酸药苯溴马隆、丙磺舒、别嘌醇时应多喝水，使一日尿量在 2000mL 以上，同时应碱化尿液，以防止尿酸排出过程中在泌尿道沉积形成结石。

## 抗尿结石药

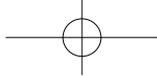
服用中成药排石汤、排石冲剂或西药消石素、消石灵后，都宜多喝水，保持一日尿量在 3000mL 左右，以冲洗尿道，减少尿盐沉淀的机会。

## 电解质

口服补液盐粉、补液盐 2 号粉，每袋加 500~1000mL 凉开水，溶解后服下。

## 磺胺类药

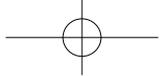
主要由肾排泄，在尿液中的浓度高，可形成结晶性沉淀，易发生尿路刺激和阻塞现象，出现结晶尿、血尿、尿痛和尿闭等。在服用磺胺嘧啶、磺胺甲噁唑和复方磺胺甲噁唑（复方新诺明）后宜大量饮水，以尿液冲走结晶，也可加服碳酸氢钠（小苏打）以碱化尿液，促使结晶的溶解度提高，以减少析晶对尿道的损伤。



💊“药”为你好：  
这么用药没毛病

## 氨基苷类抗生素

链霉素、庆大霉素、卡那霉素、阿米卡星对肾脏的毒性大，虽在肠道不吸收或吸收甚微，但多数在肾脏经肾小球过滤，尿液中浓度高，浓度越高对肾小管的损害越大，应多喝水以稀释并加快药物排泄。



## 动物抓咬伤不宜用创可贴

◎ 陈向齐

创可贴，是人们家庭中常见的必备品之一，因其可以止血保护创口，且使用起来方便快捷。然而，创可贴使用不当一样会对伤口造成损伤，南京军区福州总医院皮肤科副主任医生陈向齐提醒说，创可贴的使用时间最好别超过两天，而且并非所有创口都适合使用创可贴。

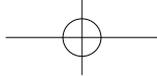
### 使用时间不宜过长

几天前，家住福州市凤会小区的刘晓芳大妈切菜时不小心割破了手指头，便用创可贴包扎起来。几天时间过去了，刘大妈觉得包着更有利伤口愈合，一直没更换下来。然而，就在第四天时，她感觉手上的伤口奇痒难耐，而且周围的皮肤都发白、变软且水肿起来了，这可把她吓坏了，她赶忙撕开创可贴一看，伤口不但没好，反而发炎溃烂了，最后不得不去医院打点滴消炎治疗。

创可贴，又名“止血膏布”，具有止血、护创作用。它是由一条长形的胶布，中间附以一小块浸过药物的纱条构成。由于它的结构所限，创可贴一般只能用于小块创伤的应急治疗，从而起到暂时止血、保护创面的作用。

“应该注意，使用创可贴的时间不宜过长。”陈向齐指出，如果过久地使用它，创可贴外层的胶布不透空气，便会使伤口和伤口周围的皮肤发白、变软，导致继发感染。

还有的人喜欢把创可贴紧紧地缠在创口上，觉得这样可以使创可贴的药性更直接对准伤口，防止外界感染物进入。实际上，如果创可贴缠得太紧，会使创口处的血液循环受限，可能会导致手指和足趾发生缺血性坏死的情况。



 “药”为你好：  
这么用药没毛病

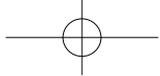
## 动物抓咬伤等不宜用

生活中有很多人无论是划伤、烧伤还是被开水烫伤了都会习惯性地拿出创可贴贴上。

创可贴固然有其好处，但它只适用于出血不多、创面较小且不需要缝合等情况，实际生活中有些创口是不适合用创可贴的。例如疖肿、烫伤、化脓感染和各种皮肤疾病或者伤口有异物等情况，不宜使用创可贴；遇到失血多、创面大的伤口时也不适合再用创可贴。

另外，动物咬伤、抓伤的创口，毒虫造成的创口等也不适合用创可贴。有时生活里我们遇到一些轻微的擦伤，只要涂一些碘酒进行消毒即可起到预防感染的作用，也不需要使用时创可贴。

在适合使用创可贴的前提下，检查一下创口处是否有污泥等污染物，如有不洁物，需用生理盐水将伤口清洗、擦干、涂上碘甘油，然后再贴上创可贴，且要贴成螺旋状。使用一段时间后要及时更换创可贴，尤其是在炎热的季节，要是发现伤口处有溃烂，要及时到医院治疗。



# 服镇痛药八大注意

◎ 苏新民

58岁的王女士反复头痛了20年，她养成了服用“去痛片”的习惯。然而“去痛片”不但没有根除她的烦恼，反而使她服用的剂量越来越大，由最初每天吃1片就管用，到最近一年每天2~3次、每次2~3片才能稍稍缓解疼痛，而且吃完药后还出现了呕吐、耳鸣等症状。

疼痛是人们生活中经常遭遇的症状，如关节痛、肌肉痛、头痛、牙痛、腰痛……镇痛药使人们对疼痛的感觉大大减轻，因此，各种镇痛药就成为家庭药箱必备的药品。其实这样做具有很大的危险性。镇痛药是把双刃剑，合理使用可起到减轻疼痛的作用，但如果使用不当，则会对人体健康造成严重损伤。

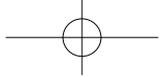
## 镇痛药的种类

镇痛药大体可分为三类：

(1) 非甾体抗炎镇痛药。以阿司匹林为代表，如布洛芬、消炎痛、扑热息痛、罗非昔布、塞来昔布等。非甾体类抗炎镇痛药使用广泛、疗效确切，用于一般常见的疼痛，不具有成瘾性。但如果使用不当，也会对人体健康造成损伤。临床上报告的不良反应，大多是这一类镇痛药造成的。

(2) 中枢性镇痛药。以曲马多为代表，是人工合成的中枢性镇痛药，属于二类精神药品，被列为非麻醉性镇痛药。曲马多的镇痛作用比一般的解热镇痛药要强，但又不及麻醉镇痛药，其镇痛效果为麻醉镇痛药代表性药物——吗啡的1/10。主要用于中等程度的各种急性疼痛及手术后疼痛等。

(3) 麻醉性镇痛药。以吗啡、哌替啶等阿片类药物为代表。这类药物镇痛作用很强，但长期使用会成瘾。国家对这类药物有严格的管理制度，不能随便使用，



“药”为你好：  
这么用药没毛病

主要用于晚期癌症患者。除上述三类镇痛药外，还有其他一些镇痛药，如中药复方镇痛药，肠痉挛腹部疼痛使用的山莨菪碱等。

## 滥用镇痛药的危害

长期地、超剂量地或不严格掌握使用指征而不合理地使用镇痛药，可能产生各种药物不良反应甚至严重危害：

(1) 掩盖病情。如果在未经医生诊治之前滥用镇痛药，虽然暂时疼痛的感觉可以减轻，但有可能掩盖疾病特有的症状，给医生诊断带来困难而贻误病情。

(2) 容易成瘾。一些镇痛药尤其是高效镇痛药，长期应用成瘾，即对此种药物产生依赖性。尤其应注意的是以曲马多为代表的中枢性镇痛药，以二类精神药品上市，在临床上广泛使用，普遍认为很安全。但近几年来临床研究证明，不合理使用也会成瘾，因此，在使用时应予注意。

(3) 引起过敏反应。许多镇痛药可引起哮喘、荨麻疹、过敏性鼻炎等，特异体质者可出现血管神经性水肿等过敏反应。

(4) 损伤造血系统。一些镇痛药长期或过量服用，可对造血系统及白细胞造成损伤，引起粒细胞减少、再生障碍性贫血、凝血障碍等疾病。

(5) 胃肠不适。几乎所有非甾体抗炎药说明书中，最先提示的不良反应都是上腹不适、恶心、饱胀、嗝气、食欲缺乏等。严重时可能发生胃出血。

(6) 引起中毒性肝炎。在治疗剂量下，能导致 10% 的患者出现肝脏轻度受损，长期或大量服用扑热息痛可影响肝功能，引起中毒性肝炎。

(7) 导致肾功能不全和间质性肾炎。长期或大量服用含有非那西丁的解热镇痛合剂，可引起肾乳头坏死及肾间质炎性改变性肾病。近年来，国内外有许多因服用镇痛药发生肾毒性作用的报道，其中主要是镇痛药抑制了前列腺素合成，导致肾功能不全和间质性肾炎。

(8) 神经系统不良反应。可出现头痛、头晕、耳鸣、耳聋、弱视、嗜睡、失眠、感觉异常、麻木等。有些症状不常见，如多动、兴奋、幻觉、震颤等，发生率一般小于 5%。

(9) 妊娠期的不良反应。非甾体抗炎镇痛药被认为是诱发妊娠期急性脂肪肝

的潜在因素；孕妇服用阿司匹林可导致产前、产后和分娩时出血；吲哚美辛可能会引起某些胎儿短肢畸形、阴茎发育不全。

(10) 其他。一些镇痛药长期服用可诱发肾乳头癌、肾盂癌、膀胱癌等；非甾体抗炎镇痛药能明显干扰血压，使平均动脉压上升；长期服用镇痛药可致听力下降。

## 服用镇痛药应注意的问题

同任何事物一样，镇痛药也具有其两面性，既可治病，也可致病，是一把双刃剑。让患者了解更多不良反应信息，为的是选择更适合自身的药物，而不是因噎废食放弃必要的治疗。只要全社会都来共同关注用药安全问题，就可以避免和减少药物不良反应的危害，筑起一道安全用药的屏障。

### 不要自行服用

有疼痛不适症状时，不要自己到药店买药服用，要到医院进行检查，既可以增强用药的针对性，又能避免掩盖真正的病症而耽误治疗。有人认为中药镇痛药比较安全，没有不良反应。其实中药也有不良反应，一些复方中药镇痛剂中含有的如关木通等，容易引起肝、肾的损伤，在使用中也要谨慎。

### 选用有先后

针对疼痛部位、疼痛性质、疼痛强度，正确选用镇痛药。一般首先使用非阿片类药物，如果所用药物剂量及用法不能达到镇痛效果，可加用弱阿片类药物，如果二者合用后仍不能镇痛，则可以使用强阿片类药物。

### 服用时间不宜太长

长期反复使用同一种镇痛药物会产生耐药性，不应依靠增加剂量实现镇痛效果，应及时改用其他化学结构类型的镇痛药物代替。需要长期用药时，应在医生指导下使用，用药过程中注意观察可能出现的各系统、器官和组织的损伤。

### 不要随意加大剂量

镇痛药也有“封顶效应”，在规定的服用量内若药物不能缓解症状，加大药量不但不能缓解症状，还会增加对人体的不良反应。如果在规定剂量内疼痛没有缓解，可以加服另外的镇痛药，两种及以上的镇痛药同时服用不仅能降低药物的不良反应，还能增强药效。需要注意的是，不能同时服用两种同类的镇痛药，这



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

可根据说明书中的“作用类别”判断：如同阿司匹林属于乙酰水杨酸，就不能和其他乙酰水杨酸类药物一起服用。

### **不要饮酒**

酒精可以增加镇痛药物的毒性，加重对胃肠道黏膜的刺激，哪怕是常规剂量也可引起肝脏及肾脏的损伤。不宜与抗凝药（如华法林）合用，因为可能增加出血的危险。

### **饭后服用**

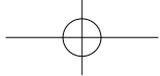
尤其是阿司匹林类的消炎镇痛药，要在饭后服用，避免引起消化不良，胃部不适甚至胃出血。

### **严格遵照医嘱或按照说明书服药**

在使用非处方品种时，应该仔细阅读药物说明书，严格按照药品说明书的使用剂量和疗程用药。若是处方药则要严格遵照医嘱服用。有些患者为了快点缓解疼痛症状而超剂量服用镇痛药，这样会增加不良反应的机会。在不能确定用药剂量是否合适时，要向临床医生、药师进行咨询。

### **禁服或慎服镇痛药情况**

神经病理性疼痛，包括带状疱疹后神经痛、糖尿病外周神经痛、坐骨神经痛、三叉神经痛等，它们是由神经损伤或躯体感觉系统发生障碍引起的而非“炎症”，因此布洛芬等“抗炎药”无法缓解这种疼痛；活动性消化性溃疡和近期胃肠道出血者；对阿司匹林或其他非甾体类药物过敏者；肝功能不全者；肾功能不全者；严重高血压和充血性心力衰竭患者；血细胞减少者和妊娠和哺乳期妇女。



# 谨防药物中毒性耳聋

◎ 赵守琴

一旦听力丧失，即使停止用药也难以恢复。因此使用耳毒性药物时请注意，一定要密切观察耳鸣、眩晕等早期症状，一旦发现应及早停药。

## 什么是药物中毒性耳聋？

许多药物或化学制剂具有耳毒性，由这些药物或化学制剂所导致的听力损失，称为药物中毒性耳聋。药物性耳聋被破坏的不是外耳和中耳的声音传导系统（不是传导性耳聋），而是感知声音最重要又最脆弱的部位耳蜗毛细胞遭到药毒损伤。毛细胞是听觉神经的末梢感受器。耳毒性药物专门伤害毛细胞，让人感受不到外界的声音。这种耳聋属于“感音神经性耳聋”。

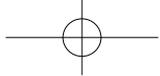
## 耳毒性药物都有哪些？

耳毒性药物是指有可能造成内耳结构性损伤的药物。

1999年，卫生部（现已改为卫计委）颁布了《常用耳毒性药物临床使用规范》，包括链霉素、庆大霉素、卡那霉素、新霉素、阿司匹林、红霉素等30种药物。按规定孕妇及6岁以下的婴幼儿严禁使用耳毒性抗生素。

耳毒性药物的滥用会导致临时或者永久的听力缺失，也会对已有的感音性听觉缺失造成更大伤害。那么，在我们平时所使用的药物中，都有哪些药物具有耳毒性呢？

常见的耳毒性药物有：①氨基苷类抗生素：链霉素、庆大霉素、卡那霉素、新霉素、妥布霉素等；②非氨基苷类抗生素：万古霉素、红霉素、多粘菌素B、



“药”为你好：  
这么用药没毛病

氯霉素等；③某些抗肿瘤药：争光霉素、长春新碱、顺铂等；④髓祥利尿剂：速尿（呋塞米）、利尿酸等；⑤解热镇痛药：水杨酸制剂等；⑥抗疟疾药：奎宁、氯喹等。

## 抗生素的三种耳毒反应

引起耳聋的药大多是抗生素类的药物。耳毒性抗生素具有三个隐蔽性特点：迟发性、渐进性和过敏性。

迟发性耳毒反应：如庆大霉素、链霉素等药物引起的听力损伤，首先发生在内耳高频区（约 8000Hz），使高音听力下降，一般不易被人察觉。待用药数月或停药一年后，毒性扩展至低频区，患者听话发生困难。这在医学上称为“迟发性耳毒反应”，以婴幼儿与老年人最为多见。

渐进性耳毒反应：如新霉素、卡那霉素等药物，即使停止使用，它们在体内也已完全分解、排泄，但由药物引起的内耳毛细胞的退化及听神经细胞的变性萎缩，却仍在继续进行，直至听力完全丧失。此称“渐进性耳毒反应”。

过敏性耳毒反应：再如一位患者在注射了半支链霉素后，就立即发生了剧烈的眩晕、耳鸣，继而听力迅速下降、恶心，出现耳聋等症状。这类患者多有家族性对这类药物敏感史。此谓“过敏性耳毒反应”。

## 氨基糖苷类抗生素为何易致聋？

在我国的聋哑儿中，因滥用抗生素造成中毒性耳聋的患儿人数众多，每年仍以一定的速度递增。在耳毒性药物引起的耳聋中，以氨基糖苷类抗生素中毒性耳聋最为常见，也最为明确。

除了人们所熟知的链霉素以外，临床上常用的氨基糖苷类抗生素还有卡那霉素、核糖霉素、庆大霉素、妥布霉素等近 20 种。且氨基糖苷类抗生素与强利尿药联用时，还会使氨基糖苷类抗生素的耳毒性加强，导致严重暂时性或永久性耳聋。

那么，氨基糖苷类抗生素中毒都与哪些因素有关？

- 用药剂量：中毒与剂量密切相关，剂量越大，耳中毒程度越重；
- 给药途径：全身用药（肌肉或静脉）较局部用药（鼓室）更易引起内耳中毒；
- 肾功能状况：氨基糖苷类药物经肾脏排泄，当肾功能不良时，更易中毒；
- 药物可经胎盘进入胎儿血循环，因此，母孕期应用氨基糖苷类药物，会导致胎儿耳聋；
- 噪声、振动、饥饿、糖尿病等加重中毒。因此，当患者处于噪声环境下、饥饿状态或者合并全身疾病时应用耳毒性药物后，其中毒程度会加重；
- 某些个体或家族对此药有高敏感性，即使是很小的剂量，也可能引起耳中毒；
- 年龄因素，例如婴幼儿和老年人易感，很小的剂量也可能导致耳聋。

### 药物中毒性耳聋有何表现？

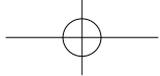
药物中毒性耳聋的临床表现为：患者在应用耳毒性药物（可以小剂量，也可能是长期应用）后出现耳鸣（它可能比听力下降出现得更早）、听力下降，甚至出现眩晕等症状，且听力下降是双侧对称性的。我们可以依据患者用药史，双耳耳聋病史，纯音听力图显示双耳对称性感音神经性聋的特征，以及伴随的耳鸣或眩晕等症状进行诊断。

### 药物中毒性耳聋的防治

药物中毒性耳聋一旦发生，是不可逆的，很难用药物治愈，因此，预防至关重要。我们可以通过以下几点措施来进行预防。

#### 避免滥用抗生素

如今，耳毒性药物被滥用的现象仍十分普遍。比如不是由耳鼻喉科专科医生用药，或是小门诊开药等，都很容易造成药物滥用的情况。对于耳毒性药物，除非绝对必需，应避免使用。需要使用时剂量必须个体化，并采取一定的保护措施。对婴幼儿、孕妇、老年人、肝肾功能不全患者，以及原有感音神经性耳聋者应慎用



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

或适当减小剂量，对有遗传性耳聋家族史的患者应慎用或不用。

建议家长在医院给孩子用药时，一定要查看药品说明书，问清是否是氨基糖苷类抗生素，慎重用药。避免随便使用抗生素，必须用时，剂量宜小，疗程宜短，尽量不要静脉给药，避免联合用药。此外，孕妇应禁用耳毒性药物，这类药对胎儿有明显的不良反应。若服用了耳毒性抗生素，药物可能会通过胎盘进入胎儿内耳，造成听神经的损伤，导致孩子先天药物性耳聋。要慎用耳毒性药物，尤其是有家族易感性的人群，更应该严格禁用耳毒性药物。有些药有明显的家族易感性，用药量与中毒程度极不相称，少量用药即可导致不可逆的重度耳聋。

### **观察用药后早期反应**

注意观察用药后的反应，如出现耳胀满感、耳鸣、眩晕、口角麻木、平衡失调、听力下降等症状时要及时停药。避免同时或先后应用多种有耳毒性作用的药物。

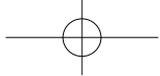
由于药物的耳毒性存在个体差异，有些中毒症状不是用药后立即就能表现出来的。有些人几天后出现耳鸣等问题，有些人几个月后才出现症状。临床上，耳聋多在用药后 1~2 周出现，并会逐渐加重。因此，用药后如果出现耳鸣等症状，应立即停药。应特别提醒的是，对于儿童来说，特别是幼儿，由于不会诉说或表达不准确，早期的症状不太容易识别。有时孩子不哭不闹，反而变得安静，具有很大的隐蔽性。

### **服用神经营养药**

用抗生素期间，同时服用神经营养药，如维生素 B、维生素 C 及硫酸软骨素等，促使感觉细胞利用多种营养物质进行新陈代谢，以起到保护内耳、预防药物中毒的作用。早期轻度中毒者，听力多可恢复。

### **一旦发病尽快停用药物**

对于已经发生的药物中毒性耳聋，一旦发病应尽快停用耳毒性药物；早期可应用糖皮质激素、营养神经药物以及改善微循环药物治疗。必要时可加用激素，治疗可持续 2~3 个月。同时要积极的听力和语言训练，力争使轻中度患者的听力恢复或好转，将危害降至最低程度。对于晚期患者，可依据耳聋程度选择佩戴助听器，振动声桥植入，或者人工耳蜗植入等手段。



## 如何理解“肝肾功能不全者慎用”

◎ 罗志

细心的患者在用药时常会留意到一些药品的说明书上写着这么一句话：“肝肾功能不全者慎用”。尤其是有些慢性疾病患者，对用药期间医生开出的肝、肾功能化验单颇不以为然，认为多此一举。殊不知，肝、肾等器官在药物代谢过程中担当着“重任”，极易受到药物的损伤，如果不当用药，甚至可能会产生比不用药还严重的后果。

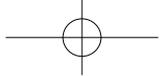
### 药品说明为何要注明“肝肾功能不全者慎用”？

肝脏、肾脏是人体分解、代谢和排泄药物的主要器官，号称“人体化工厂”“人体清洁站”。水溶性、相对分子质量小的药物，可直接经肾脏由尿液排出体外。而那些脂溶性、相对分子质量大的，则必须在肝脏分解、转化为水溶性代谢物，使相对分子质量大的变为相对分子质量小的物质，再经肾脏由尿液或随胆汁经肠道排出体外。肾脏在对药物的摄取、转运、蓄积和排出过程中，也密切接触药物分子，正因为肝、肾承担着如此重任，才极易受到药物的损伤。这就是许多药品都注明“肝肾功能不全者慎用”的原因，一些药物在用药过程中对患者进行肝、肾功能检查也是十分必要的。

### 滥用药物流是导致药物性肝损伤的罪魁祸首

研究发现，许多药物导致的肝肾损伤都是由于不良的用药习惯所致。

过量、过频等滥用药物的行为，会导致体内药物浓度过高，甚至在肾脏内发生结晶、免疫复合物沉积等，从而影响肾功能。如易引起肾毒性的药物链霉素、



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

灰黄霉素等，如过量使用容易出现尿量变化较大，如少尿、无尿或尿量增加，患者出现水肿、高血压、高血钾，化验可有血清尿素氮、肌酐异常升高等药物性肾损伤症状。由此可见，滥用药物是导致药物性肝肾损伤的罪魁祸首。

### 特殊人群更易发生药物导致的肝肾损伤

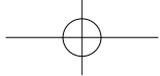
妊娠、有肝病史、长期酗酒者、老人、儿童或极少数特殊体质人群是药物性肝损伤的易发人群，该人群在用药期间容易诱发较为严重的肝损伤，且绝大多数患者无明显症状，仅发现转氨酶升高等部分指标异常。所以该人群在用药时，最好每两星期至一个月查一次肝功能、尿常规，防患于未然。

### 怎样避免发生药物性肝肾功能损伤？

避免过量、过频等滥用药物的行为，不随意增加剂量、延长疗程或不规则用药是避免发生药物性肝肾损伤的最好防范措施。此外，还有极其重要的一条便是“谨遵医嘱”。

为了避免或减少发生药物性肝、肾损伤，首先应做到医患之间的密切配合，患者应将自己的有关病史、药物过敏史告诉医生。在用药过程中应定期检查肝、肾功能，同时细致观察自己原有疾病的症状有无变化。患有慢性疾病需长期使用经肝脏代谢的药物者，应注意适时更换品种，因为体内药物代谢酶的耗竭可使药物大量蓄积而产生毒性。

值得一提的是，一些所谓的“保肝药物”名不副实，切莫盲目使用。



# 网上购药如何去伪存真

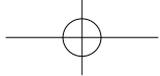
◎ 张继春

网上的药品商务信息和买卖是时代的一种进步，但是目前我国各种制度和监督还不健全。百姓在体验网上购药的便捷服务时，也应当时刻提醒自己：很多虚假的药品广告和药品信息也通过搜索引擎充斥互联网，对百姓用药安全构成了风险。消费者一定要提高自我保护意识，务必在药品监管部门批准的正规网站上购买药品。

那如何识别正规网站呢？要仔细查看网站是否具有相应的资质和证书。我国药监局 2005 年发布的《互联网药品交易服务审批暂行规定》中明确指出：在我国从事互联网药品交易服务的网站，需持有《互联网药品交易服务资格证书》。目前很多网站其实只持有《互联网药品信息服务资格证书》，这样是不能开办网上药店的。经过国家药监部门和信息电信部门审批的网络药店，都必须在取得《互联网药品信息服务资格证书》三个月后，申办《互联网药品交易服务机构资格证书》，未取得《互联网药品交易服务机构资格证书》的企业不得开展互联网药品交易业务。“合法售药网站在其网站首页显著位置标明有相关部门颁发的《互联网药品交易服务机构资格证书》的编号”，另外，“互联网药品交易服务机构资格证书有效期五年”。

## 如何判断证书的真伪？

建议大家可直接登录国家食品药品监督管理局官方网站（网址：<http://app1.sfda.gov.cn/datasearch/face3/dir.html>“其他”项目中的“互联网药品交易服务”）进行查询。经营性网站在网页末还应有当地药监部门和工商行政管理部门的备案信息。如果没有标注，那多为非法药品网站。消费者应当机立断，不能和其交易。



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

心存侥幸心理，是万万不可取的。

建议大家在网上购买药品时留意以下几点：

(1) 咨询药师。药品属于特殊商品，如果您对所购药品有疑惑，还要求助于专业人员。目前网上药店一般都配有专门的咨询药师，您可以通过在线咨询专业药师获取有关购药和用药的知识。

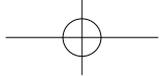
(2) 网上只能选购非处方药（OTC）。根据相关规定，目前国内网络药店只能向消费者销售非处方药，应该说，这是保证网络药品交易安全问题的最有力措施。如患者需要处方药时，还是要到医院请医生诊查后开处方，然后持处方到医院药房或合法的社会药店取药。

(3) 注意所购药品是否缺货。由于是网络购药平台，商家未必备足每一种您选购的药品，故您在选购前务必注意该药是否有货，以免延误治疗。

(4) 紧急情况需及时就医。对于某些急需药品或不确定的身体不适，建议您及时到医院就医，不要耽搁了病情。

(5) 关于配送问题。一般来说，网上药店都可利用其本地医药物流进行配送，既可配送片剂、丸剂、颗粒类、膏药等药品，也可配送液体制剂。对于外地消费者，一般不承接液体类产品（口服液等）、玻璃瓶制品药物的配送。

(6) 注意药品验收。验收药品时，必须认真查看药品名称、生产单位、生产日期、有效期，当然更要看清药品储存条件，特别是有低温储存要求的药品，必须查看送药上门者的送药交通工具是否有低温装置，否则药品很容易变质，影响疗效。



## 细说输液利与弊

◎ 钟雪 胡欣

最近召开的“中国输液安全专家共识定稿会”上，专家指出，输液不良反应发生率高的问题应引起公众重视，并呼吁设“输液安全日”。

目前，在我国感冒输液是常有的事情，每到流感高发期，医院就出现不少主动向医生提出输液要求的患者，“吊瓶森林”一度成为我国一些医院的“风景线”。近年国家发改委调查数据显示，我国输液使用量高达 104 亿瓶，相当于人均每年消耗输液 8 瓶，远高于国际上人均 3~4 瓶的平均水平。

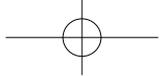
那么，感冒真的需要输液吗？输液的疗效是否优于其他给药方式？哪些原因影响输液安全？输液又存在哪些风险？如何避免或减少输液风险？

### 感冒需要输液吗？

输液治疗是将大量的无菌溶液或药物直接输入静脉的治疗方法，是临床治疗重病和抢救的重要措施。然而，绝不能不分疾病的轻重，盲目采用输液的治疗形式。

输液可补充患者的血容量、改善微循环、维持血压，可用于治疗大出血、休克、严重烧伤的患者；可纠正水、电解质失调，维持酸碱平衡，可用于治疗剧烈恶心、呕吐、严重腹泻的患者；可补充营养，供给能量，用于不能经口进食的患者、吞咽困难及胃肠吸收障碍的患者；可输入药物，用于治疗严重感染、水肿等患者。

但是感冒发热多数是由于病毒感染引起的，一般是不需要输液治疗的，对于病毒感染目前还没有特效的药物，输入抗菌素不仅不能治疗感冒，可能带来许多严重的不良反应，如耳毒性、肾毒性、肝毒性、血液毒、神经毒、免疫毒、肺毒性、眼毒性、胃肠毒、生殖毒，甚至过敏性休克而引起死亡，同时还会导致细菌耐药



💡“药”为你好：  
这么用药没毛病

的发生，真正需要使用时无效，因此普通感冒，一般不必输液治疗，除非患者伴有其他严重的疾病。

## 输液疗效更好吗？

当口服或肌肉注射给药时，药物吸收相对较慢，起效自然也就慢；而输液可直接进入血液，可使药物快速到达病患部位并发挥作用，同时可避免肝脏对药物的“破坏”，使药物具有较高的“利用率”。

但是输液治疗也存在着严重弊端，输入体内的液体中都含有肉眼看不到的微粒，当这些微粒进入血液后会长时间地在体内“游走”，可随着血液“旅游”全身，堵塞毛细血管，甚至引起血栓。同时，起效快伴随的不良反应发生也快，而且更严重。盲目输液治疗弊大于利，所以，世界卫生组织多次告诫“能口服的不注射”。

## 哪些原因影响输液安全？

影响输液安全的因素众多，常见的原因包括几方面：

### 输液反应

输液反应广义上包括最常见的致热源反应（发热反应）、过敏反应（过敏性休克、血清样反应）、循环负荷过重（心力衰竭、肺水肿）、空气栓塞、血管迷走性晕厥（晕针）、静脉炎（化学性、感染性）、菌血症或败血症等。输液器材质量差或操作不当都可引发输液反应。

### 不溶性微粒

常见的不溶性微粒有玻璃屑、橡胶粒、淀粉、纤维、晶粒、尘埃等。生产过程采用的注射用水、药物与添加剂、内包材、环境污染等都可能含有这些不溶性微粒。微粒随输液“混入”血液，进入人体可堵塞毛细血管，存在严重的、持久的风险。

### 医源性因素

因“化药水”选择不当、溶解方法不妥、多种药物同瓶输注、中西药随意混合、输液速度不适宜、护理操作有误等问题会导致药液出现浑浊、变色、结晶等现象。

### 患者因素

体质差、抵抗力低的患者，如儿童、老年人、孕产妇、感染患者更易发生输液反应。

### 其他因素

环境、温度、空气均是输液反应发生的影响因素。

## 输液不良反应有哪些？

### 发热反应

输注过程中患者突然出现发冷、寒战、发热，严重者体温可达40℃，伴有恶心、心悸、呕吐等全身症状。

### 静脉炎

长期输注高浓度、刺激性较强的药液，或长期静脉留置针输液，引起局部静脉壁发生炎症反应，处理不当易产生全身或局部感染。

### 急性肺水肿

药物过量或滴注过快，易造成循环负荷过重或电解质失衡。患者突然出现呼吸困难、胸闷、咳嗽和咯粉红色泡沫痰。

### 空气栓塞

输液管内空气未排尽，输液管连接不紧，加压输液，输血及输液时无人看守导致液体输完未及时换药或拔针使空气进入静脉等都是可能引起空气栓塞的因素，可导致患者呼吸困难、发绀，严重时可危及生命。

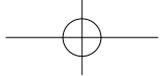
### 医源性疾病的增多

输液增加了感染性疾病如甲型肝炎、乙型肝炎、艾滋病的传播机会。

## 如何降低输液风险？

要想降低输液风险，确保患者用药安全，全方位的加强输液管理是必不可少的。

首先，要从源头上解决问题，确保药品质量是前提，药品生产厂家要严格控制药品生产过程；卫生机构要出台相关指南，为医务人员提供参考依据，《中国输



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

液安全专家共识》就是很好的材料，医疗机构可以此材料为依据对临床医生进行培训，让他们了解滥用输液的弊端；同时还可为患者进行科普教育。

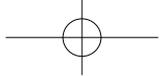
其次，患者自身要提高安全意识，应到正规医院进行输液；过敏体质者要提前告知医务人员。

最重要的是医务人员要加强责任感和业务能力：医生应熟练掌握输液适应证和禁忌证，处方时做到“能口服的不肌注，能肌注的不输液”，降低输液率。

护士输液前应仔细检查输液器具，严格遵守操作规范进行配液、加药，药物一般应现配现用或尽快使用，同时要加大输液中巡查力度，特别是第一次输液时，严密观察过敏反应，同时控制好滴速并随时观察患者有无出现异常反应，一旦出现输液反应，应立即停止输液，快速进入救治程序。

输液治疗已成为临床药物治疗重要的给药形式之一，利弊与共，提倡合理使用才能减少不良事件的发生，也不能因噎废食。只有遵循“能口服不肌注，能肌注不输液”的给药原则，正确认识输液、合理使用输液、加强临床输液管理，才能提高临床药物治疗水平，保障患者的用药安全。





# 用药无小事，用药的N个基本常识

◎ 徐英宏

## 认识药品说明书的重要性

很多患者用药前没有阅读药品说明书的习惯，更有甚者，为了减少包装，将外包盒连同药品说明书一起丢掉。这是不正确的。

药品说明书对于合理用药，避免和减少不良反应的发生是一个非常重要的文字材料，有其独特的法律地位和法院认同的优先效力。不仅医务人员要认真学习、掌握，作为患者或其监护人在使用药品前，除了用药指导（医嘱）还要阅读说明书，看的顺序依次为：适应证、禁忌、慎用、注意事项和不良反应等其他内容。对上述内容没有记载的药品说明书，患者如有疑问可以咨询医生或药师。

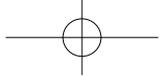
## 饭前还是饭后服药的问题

由于食物对有些药物的吸收率和生物利用度有影响，从而引起药物饭前服用和饭后服用的效果不同。所以某些药品在说明书的“用法用量”部分会明确说明饭前或饭后服用。

饭前服用是指此药需要空腹（餐前1小时或餐后2小时）服用以利吸收。而饭后服用则是指饱腹（餐后0.5小时）时服药，利用食物减少药物对胃肠的刺激或促进胃肠对药物的吸收。

一般而言，凡是要求药物充分、快速吸收，而无刺激性的药物，均应在饭前口服。如保护胃黏膜的药物、胃肠推动药、肠道止泻、对胃无刺激的滋补性中成药等应在饭前0.5~1小时服用。

那些对胃壁有刺激性的药物，除标明必须在饭前服和必须在睡前服用的药物



**“药”** 为你好：  
这么用药没毛病

外，应在饭后 0.5~1 小时服用。这是因为油类食物可促进胆汁分泌，增加脂溶性药物的吸收。

泻药、催眠药可在睡前临时服用。

糖尿病患者的血糖随进餐而波动，因此服药也要照顾到进餐。拜唐平可以抑制肠道对葡萄糖的吸收，因此应在进食过程中服用，糖适平等磺脲类降糖药宜在饭前服用，而降糖灵等双胍类降糖药则最好在饭后服用。

### 用药时间和次数的问题

如何理解“一日三次”口服？很多人按早、中、晚三餐餐前或餐后服用。其实药物的用药时间和次数，是根据人体药物代谢动力学试验测定出药物在人体内的代谢速率后而定的，“一日三次”是以一日 24 小时为基准，每 8 小时服药一次，只有按时服药才能维持体内有效的血药浓度，达到治疗效果。如果把 3 次服药时间都安排在白天，会造成白天血药浓度过高，可能发生不良反应，而夜晚又达不到治疗浓度。我曾遇到一癫痫患儿，医生处方为口服德巴金口服液 2.5mL，一日三次。家长按三餐时间服药，白天病情得以控制，但夜晚却时常发病，后经药师指导按 8 小时服药后，病情基本得以控制。

### 用药方法的问题

经常遇到患者常发生用药方法的错误，比如将肠溶胶囊除去胶囊外壳，倾出内容物后服用；将肠溶片、缓释片、控释片分割甚至研碎后服用；将咀嚼片不经咀嚼直接吞服；肛门栓误用于阴道；一些混悬制剂不经摇匀直接使用；外用贴剂没有将药物涂于敷料，直接贴于患处等——这些不正确的使用方法，不但不能使药物发挥疗效，有时甚至会产生不良反应。

有些药物在胃酸中不稳定或者对胃有刺激性，所以制成肠溶制剂，其外壳在胃液中不会崩解，而在肠中溶解并释放药物，所以肠溶制剂须整粒吞服。

缓释片到达体内后缓慢释放药物，可维持血液中持久的有效药物浓度，使药物治疗作用较持久。控释片在缓慢释药物的同时可以控制释放量。缓控释制剂与

相应普通制剂相比可减少给药次数或用药间隔。缓释片和控释片如有刻痕可以掰开服用，但是不能研碎服用，那样不但会失去缓释控释的效果，还可能会引起药物浓度过高而发生不良反应。

患者避免用药错误方法：一是用药前认真阅读药品说明书，二是看不懂用法时可去咨询医生或药师。

### 药物相互作用的问题

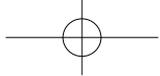
药物相互作用是指两种或两种以上的药物同时应用时所发生的药效变化。即产生协同（增效）、相加（增加）和拮抗（减效）作用。合理的药物相互作用可以增强疗效或降低药物不良反应，反之可导致疗效降低或毒性增加，还可能发生一些异常反应，干扰治疗、加重病情。作用增加称为药效的协同或相加，作用减弱称为药效的拮抗，亦称谓“配伍禁忌”。

我曾遇到一患有红斑狼疮（SLE）多年的中年女性，长期服用甲泼尼龙、赛可平、帕夫林三种药品后发现卵巢萎缩，经医生诊治，建议服用克龄蒙治疗。我发现甲泼尼龙与避孕药或雌激素合用，可增强糖皮质激素的治疗作用和不良反应。而克龄蒙属激素类替代药，与甲泼尼龙合用会加强其不良反应，且有报道在系统性红斑狼疮病例中使用后出现恶化。可见，合用药物需格外谨慎。

### 药物不良反应的问题

世界卫生组织（WHO）对药物不良反应的定义是：为了预防、诊断、治疗疾病或改变人体的身体功能，人在正常用法用量情况下服用药品所出现与用药目的无关并给患者带来不适或痛苦的有害反应。药物不良反应分A型与B型两类，A型不良反应与剂量大小有关，是药物的药理作用增强引起的，可预测，并可根据患者的需要和耐受程度调整剂量而起到防治作用。如普萘洛尔引起的低血压。B型不良反应与剂量无关，是不可预测的特殊反应，发生率低死亡率高。如青霉素引起的过敏性休克，氯霉素引起的再生障碍性贫血。

如何避免或减少不良反应？首先，服药前要仔细阅读药物说明书，了解不良



**“药”**为你好：  
这么用药没毛病

反应和禁忌证。使用对肝肾功能、造血系统、神经系统、血糖产生不良反应的药物，要向医生咨询或定期做化验检查及血中药物浓度监测；其次，请医生看病开处方时，应详述自己有无药物过敏史、病情（如糖尿病、肝功不全、肾功能障碍、有溶血反应、红斑狼疮等重要疾病），并说明目前使用的药物及过敏药物。最后，不得自行加减药物剂量或停药，有些药物如激素类、抗高血压、抗癫痫类等药物不能随意停药，如需停药应遵医嘱逐渐降低药量，避免病情反复或加重。发生不良反应时，轻者可停药观察，如严重应及时就诊。

### 药物的注意事项与禁忌的问题

某些含有活血化瘀成分的中药或中成药，女性患者常询问经期能否服用。建议经期不服用，因从理论上讲有引起经血增多的可能性。另外妇女在月经期应停止使用阴道栓剂或泡腾剂。

服用润喉片、含片等药物期间不宜饮水；服用磺胺类药物应忌食水果、果汁等酸性饮料，并多喝水；平喘药、利胆药、抗痛风药和双磷酸盐等服用期间需多喝水；抗生素类药品和微生物制剂、抗生素和吸附剂如思密达不能同时服用；微生物制剂和吸附剂等应间隔 2~3 小时服用。

### 中药与西药合用的问题

患者经常会问：中药和西药能否同时服用？回答：没有配伍禁忌的可以。但需提醒：服用时，中药与西药间隔 1~2 小时为好，因西药易与中药所含的鞣质发生化学变化而失去药效。

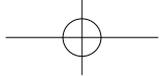
有些中西药不宜合用。如含有中药石膏、珍珠母、牛黄清心丸等成分的药物中含金属离子，与西药四环素类合用时，会在肠道形成不溶性盐类和络合物而失效。

提醒患者：中西药联合应用时，可以增强也可降低疗效，有时会形成新的不良反应，严重时可引起药源性疾病，甚至危及生命，务必要遵从医嘱。

## 药品存放的问题

由于药品的理化性质和外界因素的影响，药品质量在运输存放过程中会发生变化。因此，药师在配发有特殊储存要求的药品时，会告知患者合理存放药品的条件。一般生物制品、血液制品和微生态制剂应存放于 2~8℃ 的冰箱中。遇光不稳定的药物，如氨茶碱、维生素 C 等需要避光贮藏。未开封的胰岛素需要放置于冰箱 2~8℃ 环境中，而开封后的胰岛素放置于阴凉处保存即可。栓剂在夏季最好置冰箱冷藏，否则温度过高易变形。

药品说明书中“贮藏”项说明：阴凉处是指不超过 20℃；凉暗处是指避光且不超过 20℃；冷处是指 2~10℃；常温是指 10~30℃；密封是指容器密封以防止药品风化、吸潮、挥发或异物进入；密闭是指容器密闭，以防止尘土或异物进入。贮藏项下未规定温度的一般是指常温。



# 正确认识药物过敏

◎ 任华丽

药物过敏是指由于药物应用导致的过敏反应。常见临床症状表现为皮肤风团、瘙痒、黏膜水肿等荨麻疹及血管性水肿，严重者出现喘息、血压下降、意识丧失甚至失去生命。造成这种状况的原因是多方面的，其中与患者对药物过敏反应的错误认识有密切关系。下面就来介绍一下常见药物过敏症状认识的五大误区。

## 误区 1：吃中药不会过敏

不少人认为引起过敏反应的药物都是西药，因为西药都是化学合成的，而中药大多数都是“纯天然”的。事实上，临床引起过敏反应者确实以化学合成药物为多，如抗生素、解热镇痛药、抗毒素与血清、镇静催眠药等。然而，有些中药也含有不同的化学成分，临床上有不少患者因使用鱼腥草、双黄连、柴胡、牛黄解毒片等药物出现了不同程度的过敏甚至出现了过敏性休克导致死亡。

## 误区 2：用过的药不会过敏

有很多人喜欢使用以前用过的药物，认为以前用过没事就肯定不再过敏了，这种认识是不对的。殊不知，药物第一次进入机体后并不发生过敏反应，只有当这种药物再次进入人体时才会引发过敏，也就是说一般是两次以上用药才会发生过敏。摄入药物的次数越多，产生过敏的可能性就越大。例如，刚出生的婴儿注射青霉素时，通常不需要做过敏试验，因为在新生儿的体内还没有产生青霉素抗体。

### 误区 3: 用药后不久会发生过敏反应

不少人认为药物的过敏反应都会发生在用药的过程中或用药后不久,其实用药 1~2 天甚至更长时间发生过敏者很常见。解热镇痛药、磺胺类药或巴比妥类药物等引起的过敏反应就会有一定的潜伏期。所以,一旦出现药疹,在 20 天内用过的药都是可疑对象。

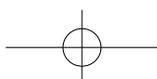
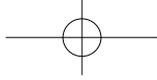
### 误区 4: 用药量小不会过敏

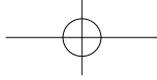
药物不良反应可通过减少剂量来缓解,但药物过敏反应与用量之间没有直接关系,有时极微小的用量也会引起强烈反应。例如,有些人在做青霉素皮肤试验时就会发生过敏性休克,而有些高敏体质的人甚至闻到青霉素的气味就会发生过敏性休克死亡。

### 误区 5: 吃药打针才会引起过敏

很多人认为只有吃药打针才会引起过敏,事实上凡致敏药物不论通过何种途径进入人体都会引发过敏,包括滴鼻、点眼、外敷、吸入、滴耳、栓剂等同样可引起过敏。

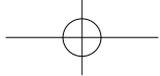
药物过敏除极少数出现过敏性休克外,绝大多数患者表现为形态各异、症状轻重不一的皮疹,轻者为非特异性的红斑、丘疹伴瘙痒,重者除全身弥漫皮疹外,还可累及黏膜和重要脏器,并因合并感染和衰竭而致死,如严重的剥脱性皮炎和大疱性表皮坏死,松懈性药疹的死亡率可高达 50% 以上。值得注意的是,在重症药疹患者中,有一半以上的患者开始时所出现的皮疹都无明显的特征性,但由于没有及时停药,加上治疗措施不力,导致皮疹加重。因此,如患者出现皮疹而又不能用其他现象解释,均要考虑是否药物过敏了,要及时停药并去医院就诊。





# 3 常见病用药





# 根除幽门螺杆菌首选“四联疗法”

◎ 陈春晓

幽门螺杆菌感染是与很多胃肠疾病有关的重要致病因子之一。药物治疗上，与三联疗法相比，四联疗法最大的优势是什么？又有什么风险呢？

很多人做胃镜检查时都会发现有幽门螺杆菌感染。幽门螺杆菌感染首先引起慢性胃炎，并导致胃溃疡和胃萎缩，严重者则发展为胃癌。及早发现幽门螺杆菌感染，及时而有效地杀灭幽门螺杆菌，对预防和控制胃癌有重大意义。

## “四联疗法”里都有些什么？

四联疗法主要是在标准三联疗法对幽门螺杆菌的根除率逐年降低的情况下，被重视提出的。四联疗法，简而言之就是在三联疗法的基础上加了铋剂的应用，就是有4种药物联合起来治疗根除幽门螺杆菌，即质子泵抑制剂+2种抗菌药物+铋剂。

### 质子泵抑制剂

质子泵抑制剂是患者所熟悉的，例如奥美拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑等，它们的主要作用是抑制胃酸的分泌，一来可以改变幽门螺杆菌一直生活的环境，二来也可以使抗菌药物更好地发挥作用。

### 抗菌药物

两种抗菌药物，比较经典的组合是四环素+甲硝唑，但是由于现在各家医院里抗菌药物的种类不一样，以及各个地区各种抗菌药物的耐药率不同，所以现在基本是在阿莫西林、呋喃唑酮、四环素、克拉霉素、甲硝唑、氟喹诺酮类，在这6种抗生素中根据患者个体情况选择2种来联合抗幽门螺杆菌治疗。

### 铋剂

铋剂是一种胃黏膜保护剂，同时也有抗幽门螺杆菌的作用。综上所述，现在所谓的幽门螺杆菌四联疗法就是质子泵抑制剂 +2 种抗菌药物 + 铋剂，疗程一般为 10~14 天。

### 四联疗法比三联疗法好在哪里？

前面已经提到，四联疗法是在标准三联疗法根除率下降的情况下被重视才提出的，所以四联疗法对于三联疗法的优势就是对于幽门螺杆菌的根除率显著提高。有研究表明，在三联疗法的基础上加入铋剂后，根除率提高 8%~14%，现在四联疗法的幽门螺杆菌根除率可以达 90%，这个应该是四联疗法的最大优势了。

然而，相对的，也有患者会质疑加入铋剂后，不良反应是否会增多，对人体的损伤是否会增大。其实对于铋剂的安全性也有荟萃分析研究，结果表明在根除幽门螺杆菌治疗中，含铋剂方案与不含铋剂方案的不良反应相比，仅粪便黑色（铋剂本身的颜色）有差异。也就是说，短期服用铋剂有相对较高的安全性，我们只要向患者解释服用铋剂后大便的颜色变化即可。

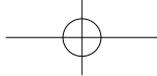
当然，如果患者本身对铋剂过敏或有自身问题不能服用铋剂，那就是另外一回事了。我们应根据患者的个体化差异，提供最适合患者的幽门螺杆菌治疗方案。

### 益生菌疗法能提高根除率吗？

益生菌主要是指一类定植在宿主体内对宿主有益的活性微生物，能够改善宿主微生态平衡，如乳酸菌、双歧杆菌、嗜酸乳杆菌等。

现在所谓的幽门螺杆菌益生菌疗法，主要是指益生菌联合标准三联或是四联疗法，即是指在标准三联和四联疗法的基础上再加入益生菌。这是近年来幽门螺杆菌治疗中比较热门的研究领域，益生菌疗法中有很多机制及疗效还很不明确。

目前可以肯定的一点是，益生菌疗法可以减少三联疗法或四联疗法带来的例如腹泻、便秘等药物不良反应，但是益生菌疗法究竟是否能提高幽门螺杆菌的根除率还存在争议，需要更多更全面的研究支持。



“药”为你好：  
这么用药没毛病

## 幽门螺杆菌能一次根除吗？

目前幽门螺杆菌治疗所要达到的目标，以及各种治疗方案比较评估的最重要指标，就是幽门螺杆菌的根除率。我们在前面提到过，目前我国采用的一线治疗方案就是四联疗法，其根除率可达 90% 以上。

当然，每个人所感染的幽门螺杆菌的耐药性不同，也就存在很多患者在正规治疗 1 次，有的甚至是 2 次之后，检测仍为阳性，这也就说明了其所感染的幽门螺杆菌耐药性较强，可能需要进行药敏实验来指向性地选择抗菌药物。同时，这类患者也给我们目前幽门螺杆菌治疗方案带来了挑战，需要我们慎重地选择药物及进行长期随访。