

国家药监局提醒关注维 C 银翘片安全性问题

国家食品药品监督管理局9月19日发布第32期《药品不良反应信息通报》，提醒医务工作者、药品生产经营企业以及公众关注中西药复方制剂维 C 银翘片安全性问题，以降低用药风险。

据介绍，维 C 银翘片是由13味药制成的中西药复方制剂，其中含有维生素 C、氯苯那敏、对乙酰氨基酚等3种化学成分。维 C 银翘片为非处方药，具有辛凉解表、清热解暑的作用，患者可以自行购药。

2004年1月1日~2010年4月30日，国家药品不良反应监测中心病例报告数据库中有关维 C 银翘片的病例报告数共计1885例，严重病例报告共计48例，无死亡报告。严重病

例的不良反应表现为：全身发疹型皮疹伴瘙痒、严重荨麻疹、重症多形红斑型药疹、大疱性表皮松解症、肝功能异常、过敏性休克、过敏样反应、昏厥、间质性肾炎、白细胞减少、溶血性贫血等。

病例报告数据库信息分析显示，维 C 银翘片的安全性问题与其所含的相关成分有一定关联性。分析还显示，维 C 银翘片的使用存在超出说明书使用现象，表现为未按照说明书推荐的用法用量使用，同时合并使用与维 C 银翘片成分相似的其他药品以及对维 C 银翘片所含成分过敏者用药。

国家食品药品监督管理局建议医生开处方或药店售药时，应提示患者维 C 银翘片为中西

药复方制剂，含氯苯那敏、对乙酰氨基酚及维生素 C。对该药所含成分过敏者禁用，过敏体质者慎用。

患者应严格按说明书用药，避免超剂量、长期连续用药。用药后应密切观察，出现皮肤瘙痒、皮疹、呼吸困难等早期过敏症状时应立即停药并及时处理或立即就诊。出现食欲不振、尿黄、皮肤黄染等症状应立即停药并监测肝功能，及时就诊。

与此同时，国家食品药品监督管理局要求生产企业完善产品说明书和包装、标签，增加相关安全性信息，并加强上市后安全性研究，确保产品的安全性信息及时传达给医生和患者。（新华社）



效果。

把降压药与非降压药搭配起来使用 有些药物如他汀类降脂药、阿司匹林、镇静剂和钙剂等虽不能直接降低患者的血压，却可以减轻患者动脉硬化、血管栓塞等症状，具有协助降压的作用。高血压患者在服用降压药的同时若在医生的指导下适当地服用上述相关的非降压药，不仅可以收到较好的降压效果，还可防止一些并发症的发生。

将药物疗法与非药物疗法搭配起来使用 高血压患者在服用降压药的同时常常需要同时进行非药物治疗。非药物疗法主要是指科学地调整生活方式，比如要保证患者有充足的睡眠、使患者保持情绪稳定、让患者经常进行运动、减轻肥胖患者的体重、让患者戒烟限酒等。将药物疗法与非药物疗法搭配起来使用已经得到人们的普遍认可，这不仅可以缓解长期用药给患者带来的经济负担和心理压力，对于缓解患者的病情也有很大的帮助。（张会）

人感染新型布尼亚病毒，临床可表现为发热、全身不适、乏力、头痛、肌肉酸痛，以及恶心、呕吐、厌食、腹泻、便血等；可伴肺、肾、肝、心、脑等多脏器功能损害，少数重症患者可因呼吸衰竭、急性肾衰竭、弥漫性血管内凝血而死亡。

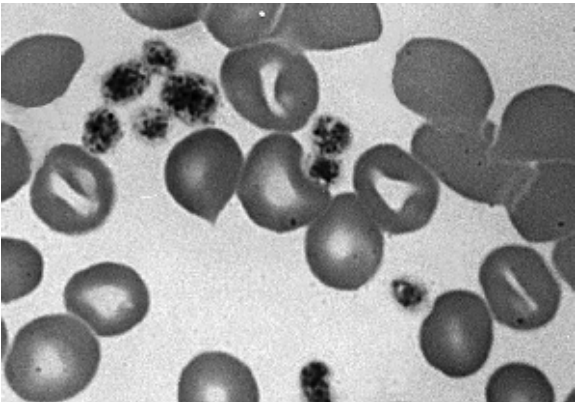
国家中医药管理局组织中医药防治传染病专家委员会专家与来自河南信阳市商城、山东蓬莱、广东省等地的中医药一线专家，对近年来蜱虫传播疾病病例的中医症候特点、核心病机进行了研讨，总结了既往的相关救治经验，认为本病属于中医“瘟疫”范畴，初起邪犯肺卫，卫气同病，毒邪壅盛，毒损脉络，重症可表现为气营（血）两燔，若热势鸱张，败坏形体，可导致正衰邪陷。中医药应早期介入，根据本病的不同阶段辨证施治。

一、辨证论治

（一）邪犯肺卫 临床表现：患者有蜱虫咬病史，发热，恶寒或不恶寒，无汗或少汗，肌肉酸痛，头痛，或咳嗽，或恶心，舌质红，苔薄白、薄黄或薄腻，脉浮数。治法：辛凉解暑，疏风透邪。基本方药：银翘散加減。金银花、连翘、荆芥穗、芦根、白茅根、薄荷、赤芍药、粉葛根、黄芩、甘草。用法：水煎服，每天1~2剂。加減：1.便秘加大黄，腹泻加黄连。2.咽喉肿痛加玄参。3.咳嗽加桔梗、杏仁、前胡。4.表情淡漠、舌苔腻者加藿香、苍术、苏叶。5.恶心加姜半夏。中成药：金银花口服液、抗病毒口服液、蓝芩口服液等。

（二）毒壅肺胃 临床表现：壮热不退，汗出，烦躁口渴，头痛，面红，恶心或呕吐，纳差，腹痛，便秘，尿黄，舌质红，苔黄或腻，脉洪大或脉缓。治法：清气泻热，解毒活络。参考方药：白

发热伴血小板减少综合征 中医诊疗方案



虎汤加減。石膏、知母、苍术、板蓝根、炒栀子、连翘、炒杏仁、丹参、鲜白茅根、甘草。用法：水煎服，每天1~2剂。加減：1.腹满，便秘加酒大黄、硝硝。2.恶心、呕吐加苏叶、黄连、芦根。中成药：金银花口服液、抗病毒口服液、蓝芩口服液等。可选用喜炎平注射液、热毒宁注射液等静脉滴注。

（三）毒损脉络 临床表现：高热，或伴皮肤斑疹，便血，或见咯血，尿赤，小便不利，舌质暗红，伴瘀斑等，舌苔薄黄，脉细数。治法：凉血解毒，清热通络，益气养阴。方药：犀角地黄汤合生脉散加減。水牛角、生地黄、牡丹皮、赤芍药、桃仁、连翘、石膏、鲜白茅根、紫草、西洋参、三七、麦门冬、五味子。用法：水煎服，每天2~3剂。中成药：口服云南白药，可选用喜炎平注射液、热毒宁注射液、丹参注射液、参麦注射液等静脉滴注。

（四）气营（血）两燔 临床表现：壮热烦躁，夜寐不安，间有谵语，吐血、衄血、便血、尿血，或发斑，舌绛，苔黄少津，脉细数。治法：清

气凉营（血），泻热解毒。基本方药：清瘟败毒饮加減。石膏、水牛角、生地黄、金银花、黄连、栀子、知母、白茅根、赤芍药、玄参、丹参、麦门冬、西洋参、甘草。用法：水煎服，每天2~3剂。加減：1.疫毒迫血妄行，出血较多者，加侧柏叶、旱莲草。2.呕血、便血者加大黄粉、三七粉。中成药：口服安宫牛黄丸或紫雪散；可选用喜炎平注射液、热毒宁注射液、丹参注射液、参麦注射液等静脉滴注。

（五）正衰邪陷 临床表现：精神萎靡，嗜睡，甚则神昏，谵妄；呼吸急促；少尿；汗出肢冷，脉细数或微等。治法：扶正固脱，解毒开窍。方药：参附龙牡汤合生脉散加減。红人参、炮附子、麦门冬、五味子、山茱萸、龙骨、牡蛎、连翘、草河车、人工牛黄、石菖蒲、郁金。用法：水煎服，每天2~3剂。加減：神昏或抽搐加人工麝香、羚羊角粉。中成药：口服苏合香丸，可选用参麦注射液、生脉注射液、醒脑静注射液等静脉滴注。

（六）余邪未清，气阴两伤 临床表现：低热，乏力，纳差，口渴，舌质红，苔薄白，脉细数或缓。治法：清解余邪，益气养阴。方药：连翘竹叶石膏汤加減。连翘、竹叶、石膏、青蒿、太子参、麦门冬、北沙参、鲜芦根、陈皮、甘草。用法：水煎服，每天1剂。

二、外治法

（一）结肠滴注给药：恶心、呕吐症状重，口服汤药困难者，可用中药汤剂结肠滴注；高热持续，可用柴胡注射液、清开灵注射液等结肠滴注给药。

（二）外用：蜱虫叮咬局部可选用梅花点舌丹、六神丸、玉枢丹、新癪片等，研细末醋调外用。

的分期定义的）病人为0.85次/例，3期病人为1.34次/例，4期病人为2.00次/例。总体上，22%的2期疾病患者、33%的3期疾病患者，以及47%的4期疾病患者，出现了频繁的急性发作（随访第一年中急性发作≥两次）。在所有慢性阻塞性肺病分期中，预测急性发作的最佳单项指标是急性发作史。频繁急性发作的表型在3年期间似乎相对稳定，并且可以根据病人对既往经治事件的回忆进行预测。该表型除了与较严重的疾病和既往急性发作相关以外，还与胃食管反流或胃灼热、生活质量较差以及白细胞计数升高独立相关。

虽然随着慢性阻塞性肺病进展，急性发作变得更加频繁和更严重，但其发生率似乎可以反映出一种独立的易患性表型。这对于在各种疾病严重度范围内，采取针对急性发作的预防策略有意义。（吕国平 译）



尽管我们知道，急性发作是慢性阻塞性肺病中的重要事件，但我们对其发生频率、决定因素和影响大小的了解还不完全。我们在一个大型观察性队列中，对以下假设进行了检验：慢性阻塞性肺病有一种不依赖于疾病严重的频繁急性发作的表型。

方法 我们在2138例被纳入纵向评估慢性阻塞性肺病以识别预见性替代终点研究的病人中，分析了急性发作的频率和相关性。急性发作的定义是致使医师开具抗生素和（或）皮质类固醇处方，或者导致（患者）住院（重度急性发作）的事件。我们观察了3年期间的急性发作频率。

结果 随着慢性阻塞性肺病严重度的增加，急性发作变得更加频繁（和更严重）。第一年随访期间的急性发作率是：2期慢性阻塞性肺病（分期是按照慢性阻塞性肺病全球倡议

关注β受体阻断剂用量不足

美国一项前瞻性注册研究入选1971例心肌梗死患者（48.2%为ST段抬高心肌梗死），旨在评估出院时及出院3周后的β受体阻断剂使用情况，以及极小剂量应用β受体阻断剂的临床预测因子。

结果表明，虽然患者出院时β受体阻断剂处方率很高（93.4%），但用量极不规范：处方中20.1%小于25%目标剂量，36.5%为25%目标剂量，26.4%为26%~50%目标剂量，17%为50%以上目标剂量。出院3周后，76.4%的患者未调整用药剂量。

进一步分析表明，不合并高血压、急性经皮冠状动脉介入、高龄和不应血管紧张素转换酶抑制剂是极小剂量应用β受体阻断剂的

临床预测因子。

该研究发表于《美国心脏杂志》。

专家观点 上海交通大学医学院附属瑞金医院施仲伟教授

β受体阻断剂应用不规范现象在国内外普遍存在。医生出于担心其减慢心率所致不良反应而谨慎处方该药无可厚非，但由此导致的用量不足问题亟待关注。β受体阻断剂用量不足原因可能在于：临床缺乏监督机制，导致医生调整药物剂量的积极性受限；门诊患者居多，药物不良反应难以及时监测，药物剂量不易调整；医生对β受体阻断剂认识不足，误认为该药减慢心率的作用与剂量呈线性关系，故心率减慢至一定程度后不敢加量给药。

β受体阻断剂应从小剂量开始给药，但在治疗中不能仅停留于小剂量，及时上调剂量直至目标剂量非常重要。当前指南建议的β受体阻断剂剂量范围源于大型临床试验结果，但临床试验剂量设计缺乏个体化，不一定适用于所有患者。因此，临床医生应在遵循指南基础上，个体化处方β受体阻断剂，如下建议可供参考：一、结合患者基础病情，即对于无禁忌症但心功能下降和有心力衰竭临床表现的患者，起始剂量应很小。二、结合患者基础心率，即基础心率偏快者，起始剂量可有所加大。三、结合治疗病种，即具有β受体阻断剂治疗强适应症（如心肌梗死）患者，应尽量达到目标剂量，而治疗高血压患者则不必强求。（陈健）

链接 β受体阻断剂在心血管应用专家共识(2009年)要点		
适应症	ST段抬高心肌梗死	非ST段抬高急性冠状脉综合征
	ST段抬高心肌梗死急性期口服β受体阻断剂适用于无禁忌症的所有患者。所有患者急性期后仍应长期口服β受体阻断剂；早起因禁忌未能使用者，出院前应行再评估，以便应用β受体阻断剂进行二级预防。	在无禁忌症情况下，β受体阻断剂应及早口服应用；急性期后所有患者均应予β受体阻断剂长期治疗作为二级预防。急性期一般不静脉应用β受体阻断剂，但患者有剧烈缺血型胸痛或伴血压显著升高，其他处理未能缓解且无禁忌症，可静脉应用β受体阻断剂。
口服给药	小剂量开始，逐渐递增，可达到下列剂量并维持应用：美托洛尔片25~50毫克每天两次，或缓释片50~100毫克每天1次；比索洛尔5~10毫克每天两次；阿替洛尔25~50毫克每天两次；普萘洛尔10~80毫克每天2~3次。	
静脉给药	美托洛尔首剂2.5毫克缓慢静脉注射（5~10分钟），需要时30分钟后可重复一次。其他静脉制剂亦可应用，但经验较少；艾司洛尔首剂0.25毫克/千克体重缓慢静脉注射（5~10分钟），必要时以0.025~0.15毫克/（千克体重·分）维持；拉贝洛尔5~10毫克静脉注射（3~5分钟），必要时以1~3毫克/分维持。静脉给药后均应口服β受体阻断剂维持。	
禁忌症	有心力衰竭临床表现，伴低心排出量状态如末梢循环灌注不良，伴较高源性休克风险[年龄超过70岁、基础收缩压低于13.3千帕（110毫米汞柱）、心率超过110次/分等]，以及二、三度房室传导阻滞。对于伴严重慢性阻塞性肺病或哮喘、基础心率不足60次/分的患者，β受体阻断剂亦须慎用。	
用药原则	既积极又慎重。积极是指无禁忌症的患者均可应用；慎重所指，一是主要应用口服制剂，只有少数急重患者伴难以控制的剧烈胸痛和高血压才适用静脉制剂；二是应用前必须评估是否有禁忌症，β受体阻断剂不得应用于有禁忌症的患者，应用静脉制剂尤其须从掌握适应症和禁忌症。	

高血压是一种常见病。由于该病的发病机制较为复杂，使用单一的方法进行治疗往往效果不佳。临床上治疗高血压常采用多种方式搭配使用的方法治疗高血压。

将不同的降压药搭配起来使用 临床上这种搭配疗法最为常用。常用的降压药包括利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、β受体阻断剂、钙拮抗剂、血管紧张素Ⅱ受体阻断剂、α₁受体阻断剂等六大类。这些降压药各有利弊，产生的副作用也不同。如利尿剂若长期使用可使患者的血钾浓度发生变化。β受体阻断剂若长期使用可使患者的血脂升高和发生低血糖。血管紧张素转换酶抑制剂使用后可使患者出现干咳等症状。将不同的降压药联合起来使用不但可以增强降压的效果，更可以减轻药物的副作用。为了做到这一点，市场上便出现了许多复方降压制剂，如复方降压片、北京降压0号等。通常临床上不主张将同一类的降压药联合使用，因为这样做会加大药物的副作用。此外，短效制剂也不宜联合使用。因为联合使用短效制剂会影响降压的稳定性，也不利于对患者靶器官的保护及对冠心病、心力衰竭等疾病的预防。

将中药与西药搭配起来使用 临床研究发现，中药具有很好的降压作用。让患者服用中药降压还可以减少他们长期服用西药的顾虑。因此，可以将中药和西药联合起来降压。常用于降压的中成药有珍菊降压片、地奥降压片等。单味的降压中药有黄柏、知母等。此外还有中药复方降压汤剂、降压的药膳方和食疗方等。高血压患者在服用西药降压的同时，若在医生的指导下选用一些中药帮助降压常可以收到理想的降压

五倍子虫为同翅目蚜虫科昆虫，寄生于盐肤木上，刺激叶组织或嫩枝木上，畸形生长，膨大成瘤，一般于9~10月间将虫瘤采下，杀其内部寄生之虫，干燥备用。五倍子味苦酸，性平，入肺、胃、大肠经。中医认为它具有敛肺涩肠、止血解毒的功效，可治肺虚久咳、久痢、久泻、脱肛、自汗、盗汗、遗精、便血、衄血、崩漏、外伤出血、肿毒疮疖等症。《本草纲目》上载有：“敛肺降火，化痰饮，止咳嗽，消渴，盗汗，呕吐，失血，久痢，心腹痛等。可治眼赤湿烂，消肿毒，喉痹，敛溃疮、金疮，收脱肛、子肠坠下。”现代科学研究证明它含有鞣酸、树脂、脂肪等成分，对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、羊毛样小孢子菌、红色毛癣菌、新型隐球菌等有抑制作用。五倍子外用疗效显著。

五倍子蜜膏：将五倍子炒黑研末，用蜂蜜、米醋各半调成稠糊，敷患处，每天1~3次。治疗疳疖肿痛有良效。

倍蜜膏：五倍子用50%蜜水拌匀，文火炒至

深黄色，取出待冷后研末备用。用时调渗疹面，外盖凡士林纱布，绷带固定，隔天换药一次。治疗小腿溃疡、疮面腐臭流水。

倍冰散：五倍子5克、冰片1克，共研为细末，撒布于患处，能即时止痛。治口舌生疮。

五倍子猪油膏：五倍子粉、生猪油等量捣烂，皲裂者将油膏填入裂缝内；冻疮久不愈者将油膏摊于纱布上，贴于患处，用橡皮膏固定。对于手足皲裂及冻疮久不愈者有显著疗效。

倍胆散：五倍子粉30克、枯矾粉30克，共研为细末，先用过氧化氢将耳内脓液洗净，然后吹药，每天两次，至愈为止。治急慢性中耳炎有良效。

五倍子糖粉：用五倍子、绵白糖等量混合搽于患处，每天3次。治疗口舌生疮、溃疡等症颇有良效。

（陈景胜）

中医综合疗法治疗急性踝关节扭伤

踝关节扭伤为一种常见病，在人体诸关节扭伤中发病率最高，以外侧副韧带损伤多见。中医在治疗不需手术的运动扭伤，以及围手术期康复治疗上，较于西医治疗有一定的优势。我院应用中药骨科七厘散外敷及手法治疗急性踝关节扭伤110例，取得满意疗效。

治疗方法 采用中药外敷配合患肢固定制动。首先静养，用枕头把小腿垫高，骨科七厘散敷于患处。七厘散药物组成：血竭30克，麝香、冰片各0.5克，乳香、没药、红花各5克，朱砂4克，儿茶8克。用法：外用少许，以酒调冷敷患处；扭伤48小时后热敷外敷，早期敷药后用绷带包扎，保持踝关节于受伤韧带松弛的位置，并暂时限制走路。韧带撕裂伤较严重者，可选用胶布或夹板固定踝关节于0度位，内翻扭伤采用外翻固定，外翻扭伤采用内翻固定，并适当抬高患肢，以利消肿。一般固定3周左右，若韧带完全断裂者则固定4~6周。在急性期过后以手法治疗为主，医者坐于患者对面，患者把脚平放在枕床上，可以稍倾斜侧身躺，医者用一指禅推法或指揉法在患者局部进行

操作，时间约5~10分钟；之后采用拔伸环摇法治疗：外侧副韧带损伤手法，患者侧卧于床上，患肢在上，一助手固定患者小腿，医者自跟骨及跗骨处拿住患踝，拇指扣压痛点，在相对拔伸牵引的情况下，做踝关节的摇法，然后再用力将踝关节跖屈内翻，随后迅速外翻内曲踝关节，拇指同时在痛点进行点揉理顺；内侧面副韧带损伤手法治疗与外侧副韧带相同，但方向相反。

结果 痊愈（踝关节肿痛完全消失，恢复正常功能活动）83例，显效（踝关节肿痛消失，仅长时间行走感患处轻度疼痛不适，关节功能活动基本恢复）12例，有效（踝关节肿痛减轻，遇劳累或久站立后症状加重，关节功能活动较治疗前有改善）10例，无效（治疗前后无明显改善）5例。总有效率为95.45%。

笔者对踝关节扭伤所采用的治则是动静结合，先止血后活血，止痛、消肿，经临床证实疗效满意，能使扭伤的踝关节尽快的修复，充分体现了对踝关节扭伤早期的治疗优势，值得推广应用。

（张松平）

目前还没有改变过敏体质的治疗方法，但正确、规则地药物治疗可良好地控制过敏性鼻炎的症状，常用的药物可分为以下几类。

抗组胺药：该类药可口服、起效快，对鼻塞、喷嚏、流清涕有良好效果，但对舒缓鼻塞效果较差。第一代抗组胺药包括苯海拉敏、氯苯那敏、异丙嗪等，因为具有中枢镇静作用，易引起嗜睡。现在应用的第二代药物，包括阿司咪唑、氯雷他定等，起效快、作用时间长，一般每天只需服药2次，无服药后的嗜睡副作用，是过敏性鼻炎首选的治疗药物。缩血管剂：常用的有麻黄素滴鼻剂和肾上腺素滴鼻剂，主要用于治疗鼻塞，但使用不要超过3天，长期使用会导致反射性鼻塞和药物性鼻塞。

抗胆碱药：异丙托溴铵喷雾剂喷鼻对流清涕、打喷嚏效果显著。将其与糖皮质激素联合应用，还可有效缓解鼻塞，作用迅速。主要副作用

有鼻干涩和鼻出血，需注意用量不可太大，喷嚏次数不可太频繁。

类固醇药物：类固醇药物被认为是目前治疗过敏性鼻炎最有效的药物，可有效地消除过敏性鼻炎的症状，优点为用药剂量少，可直接作用于鼻黏膜，副作用轻，使用方便。常用制剂包括氟替卡松、布地奈德等，与其他抗过敏药联合效果显著。

肥大细胞膜稳定剂：用于预防复发，主要有色苷酸钠喷雾剂和酮体芬口服剂，主要在过敏性鼻炎的高发期，特别是过敏性鼻炎合并哮喘患者，可提前几天预防性服用酮体芬，也可在外出时随身携带色苷酸钠喷雾剂，感到鼻子发痒要打喷嚏时立即喷鼻一次。此类药物对鼻塞、鼻涕和流涕的治疗效果优于对鼻塞的治疗，仅适用于轻症患者。（周洪）

深静脉血栓患者可望单药治疗

前不久，在欧洲心脏病学会2010年年会上公布的一项临床试验结果显示，在急性症状性深静脉血栓（DVT）患者预防复发方面，口服利伐沙班与当前标准治疗疗效相似，安全性相当。这一结果为DVT的治疗提供了一种简便、有效且安全的治疗方案，未来在一定程度上可能取代当前的标准治疗方案。

“当前DVT的标准治疗方案从一开始使用皮下注射依诺肝素治疗，随后口服维生素K拮抗剂。这种方案在使用过程中需要频繁、严格的抽血监测，患者有可能因不方便而中断治疗。抗凝药物利伐沙班用于DVT治疗时，单药口服治疗即可，且使用过程中无须根据性别、体重、年龄和肾功能状态调整剂量，无须抽血监测。”复旦大学附属中山医院血管外科王玉

琦教授说。

这项临床研究纳入了约3400名急性症状性DVT但不伴肺栓塞的患者，将口服利伐沙班单药治疗与当前DVT的标准治疗进行比较。结果表明，与标准治疗相比，利伐沙班在主要疗效终点——症状性DVT再发和致死性或非致死性肺栓塞的累积发生率上达到了非劣效性（2.1%与3.0%），且两者大出血和临床相关的非大出血事件发生率也相似，两组均为8.1%；实验患者每月均进行了肝功能检测，并未见肝损害的迹象。在本项研究中，服用利伐沙班的患者因不良事件而停药的比例很低，与对照组相比，在临床净获益，即由主要疗效终点和大出血事件构成的次要终点上，与标准治疗相比，利伐沙班组有显著提高。（闫丽新）