

Y 用药提醒

错误用药
加速晚期心力衰竭患者死亡

对晚期心力衰竭以及寿命有限的患者进行药物治疗可能是无效甚至不适当的。西班牙学者研究发现,晚期心力衰竭以及寿命有限的患者都应用了过多预防性药物、用于延长寿命的药物以及其他不适当治疗。研究结果显示,需要对晚期心脏病以及预后较差的老年患者进行个体化药物治疗分析。

该研究具体内容如下:

目的: 估计晚期心力衰竭以及寿命有限患者的预期中位存活期少于6个月,来分析这些患者的用药适宜性。

方法: 研究者对某三级医院老年科中符合寿命有

限标准,且住院期间死亡的所有晚期心力衰竭患者(4年半内)资料进行了回顾性分析。研究者分析了患者入院前的用药,尤其是预防性用药或用于延长寿命的药物。

结果: 此次研究共纳入72例患者,平均年龄为85.4岁,其中52.3%为女性。40例患者入院时的预防性用药为抗血小板药物,其中17例患者为口服抗凝剂,14例患者为他汀类药物,9例患者为骨质疏松药物;29例患者服用的用于延长寿命的药物为血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素II受体拮抗剂。

(紫夕)

联用糖皮质激素
可减少血管加压素用量

糖皮质激素和血管加压素都是感染性休克的辅助治疗药物,一项血管加压素与感染性休克的研究和一些回顾性研究发现,糖皮质激素与血管加压素存在相互作用,两药联用与单独使用血管加压素相比,血浆中血管加压素水平更高、治疗效果更好。

鉴于以上大多是回顾性的研究,伦敦帝国理工学院的专家们采用前瞻性随机对照方法对血管加压素和糖皮质激素之间的相互作用,以及血管加压素作为初始升压药治疗感染性休克的可行性进行了研究。

共有31名患者被纳入试验组,30名被纳入对照组,其中6名试验组患者及2名对照组的患者未使用任何剂量去甲肾上腺素。18名患者从一开始即使用血管加压素作为升压药物,43名患者最开始使用去甲肾上腺素升压,诊断为感染性休克后平均4小时内改用血管加

素升压。

研究结果显示,试验组与对照组,在规定的3个时间点测得的血浆血管加压素平均浓度均没有统计学差异。

治疗后两组的平均动脉压基本相同,但试验组血管加压素的所用天数较对照组少3.1天,所用总剂量不到对照组的一半。两组的补液量、乳酸清除率、死亡率、新发脏器功能衰竭、衰竭脏器功能恢复天数均无统计学差异。患者对早期应用血管加压素升压耐受性良好,一共发生14起药物不良反应,仅有1起严重的不良反应可能与血管加压素有关。

研究结果表明,糖皮质激素与血管加压素存在相互作用,糖皮质激素不影响血管加压素的血浆浓度,但联用可缩短血管加压素的疗程,并使所需总剂量减少一半,血管加压素作为感染性休克的初始升压药是可行的。

(丁香)

阿司匹林不增加头颈部皮肤
手术后出血风险

停用抗凝药物会增加患者出现血栓栓塞的风险,围手术期停用阿司匹林引发心血管事件的风险比不停用阿司匹林高出3倍。相比于身体其他部位,头颈部皮肤手术具有更高的出血风险,围手术期停用抗凝药物在这类手术中更常见。

德国汉堡埃普多夫大学医学中心回顾性研究了近400个病例,认为并无充分证据表明患者服用阿司匹林会增加头颈部皮肤手术后出血风险。

研究共回顾性调查了468名有术后出血风险的手术患者,其中176例患者的手术部位在头颈部。259例患者在接受手术操作的同时仍然在服用阿司匹林,209例患者在接受手术操作的时候没有服用阿司匹林,所有操作都是在局部麻醉下进行操作。

结果显示,所有的出血都在术后两天内发生的,其中绝大多数在手术当天发生,服用阿司匹林组和未服用阿司匹林组在术后出血率之间没有显著差异。影响手术出血的因素可能包括手术操作、病损类型、性别、手术部位、病损范围等。

患者服用苯丙香豆素可导致术后出血的概率显著增加,但是这种术后出血的风险是可控的。阿司匹林的抗凝效应是抑制血小板不可逆的堵塞血管,而苯丙香豆素则是基于维生素K拮抗剂、干扰凝血因子的合成。前者主要是使动脉血中有效,而后者在静脉中效力更加强。

研究结果表明,由于担心术后出血而在围手术期停用阿司匹林是没有必要的,特别是在头颈部皮肤外科手术当中。

(范腾飞)

“药驾”危险
应当警惕

□赵成龙



国外一项研究曾在18882个发生交通事故死亡的驾驶员死亡后4小时内采集血液样本,进行乙醇(酒精)和其他43种药物筛查,结果乙醇阳性率达51.5%,而其他药物的阳性率也接近18%。波兰的一项研究也发现,20%的交通事故是由于驾驶员服用了一些日常药物造成嗜睡引起的,而肇事驾驶员对此却全然不知。由此可见,与药物有关的交通事故死亡率不容小觑,医务人员应当及时主动地提醒患者,以减少或避免此类事故的发生。



“药驾”危害何其多

所谓“药驾”,是指开车人服用了某些药物后驾车出行。比如有的药物服用后可引起头晕、嗜睡、倦怠,使反应能力显著降低;有的药物服用后会出现共济失调,使本能反射动作的时间明显延长,动作协调能力下降,从而无法正常控制操作油门、刹车和方向盘等;还有的药物服用后会造视力、听力减退,注意力分散,不能正常接受灯光刺激反应,甚至不能正确分辨道路上的行驶线、斑马线等,极易导致判断失误;还有的药物服用后导致兴奋不已、易激动,往往会因情绪失控而酿成交通事故。

酒后驾车的危险尽人皆知,但很多人对服药后驾车的危险认识还不够。专家希望医务人员能及时提醒前来看病的患者,告诉他们服用什么药物会出现困倦等症,以免患者服药后开车面临危险。

七大类药物有影响

依据世界卫生组织的分类和临床经验,有七大类药物会

对驾驶产生影响,它们分别是抗组胺药、镇静催眠药、抗抑郁药、解热镇痛药、抗高血压药、降糖药、抗心绞痛药等。

抗组胺药能够通过血脑屏障进入中枢,有明显的中枢抑制作用,使反应能力下降,甚至引起嗜睡、眩晕、头痛、颤抖、耳鸣和幻觉反应。因此,医务人员应及时提醒患者在服用此类药物后,最好在一段时间内休息一下,不可立即驾车上路。

镇静催眠类药物可产生镇静、催眠和抗惊厥作用。开车之前绝对禁止服用此类药物。

抗抑郁药如帕罗西汀、丙咪嗪、舍曲林等。该类药服用后容易出现困倦、疲劳、头痛等不良反应。不同结构类型的药物又有各自的不良反应特点:如三环类中的丙咪嗪可出现口干、视力模糊、心动过速、出汗、眩晕等症;新型抗抑郁药舍曲林的不良影响明显低于三环类药物,偶见恶心、呕吐、口干、头晕、震颤、疲劳和激动等症。故服用此类药物后不宜驾驶车辆和从事高空作业。

解热镇痛类药物服用后易出现眩晕、耳鸣、听力减退等症,也需要谨慎驾驶车辆。

目前,很多新型降压药实现了24小时持续平稳降压,提高了降压达标的水平,显著降低了不良反应的发生率,故高血压人群合理使用新型降压药物有利于驾驶安全。但是,在服用降压药物的初期,机体处于适应调节阶段,较易出现不良

反应症状,也应慎重驾车。在使用一些药物如哌唑嗪、特拉唑嗪初期,尤其要注意防范可能出现的体位性低血压症状。

糖尿病患者驾车过程中,要谨防出现低血糖反应,以免引起心悸、头晕、多汗、虚脱症状。驾驶员在使用降糖药物时要在医师的指导下选用降糖作用平稳、不易出现低血糖反应的品种。

抗心绞痛的药物会扩张血管,从而导致头痛;还会因升高眼压、颅压而导致视力不清、头晕乏力等,容易造成驾驶员判断失误,影响行驶安全。

医务人员应及时提醒

驾驶员一旦服用某些药物后,不仅造成反应能力显著降低,而且还会造成视力、听力减退,注意力分散,极易导致判断失误等情况的发生。

因此,临床医生或药师应在患者服药期间,主动提醒患者所开药品的副作用,服药后是否适合开车,在驾车时一定要仔细阅读药品说明书,了解所含成分及注意事项。患者如果一定要开车,医务人员可为其更换其他同类药品。

我国2011年5月1日正式实施“酒驾入刑”,司机都知道“开车不喝酒,喝酒不开车”。现在,为了自己和他人的健康,希望更多的人树立起合理用药、规避交通意外的意识。

(作者供职于河南省人民医院)

处方点评

病例:男,刚出生22天,儿内科。
临床诊断:新生儿高胆红素血症。
处方:茵栀黄口服液5毫升,每天3次,口服。
存在的问题:诊断与用药不符,属于超说明书用药。
分析:茵栀黄口服液的功效为清热解毒、利湿退黄,用于肝胆湿热所致的黄疸,没有治疗婴幼儿高胆红素血症的适应证,存在医疗风险。

(任艳丽)

K 科技前沿

瑞戈非尼可延长
晚期结直肠癌患者生存期

近日,拜耳医药保健公司发布了瑞戈非尼Ⅲ期临床试验结果。研究对象为204位接受标准治疗后、肿瘤仍处于进展期的转移性结直肠癌亚洲患者,结果发现,与最佳支持治疗方案相比,抗肿瘤药物瑞戈非尼与最佳支持治疗方案相结合的方法,可显著延长患者总生存期和无进展生存期,且安全性与该药已知的安全性结果相一致。

“亚洲地区结直肠癌患者持续增长,晚期患者的医疗需求仍然很高。”上海复旦大学附属肿瘤医院相关负责人表示,本次研究发现,瑞戈非尼可使接受标准治疗后,肿瘤仍处于进展期的亚洲转移性结直肠癌患者的总生

存期获得明显提高。这是第二个证明瑞戈非尼单药治疗能改善转移性结直肠癌患者人群生存期的随机Ⅲ期临床研究。

拜耳医药保健公司执行委员会及全球研发部约尔格·默勒博士称,“瑞戈非尼是一种口服多激酶抑制剂,已获准在全球50多个国家和地区用于转移性结直肠癌的治疗,为医生及患者增添了一种重要的治疗方法,可根据各地的医疗实际状况进行选择”。

据了解,该公司目前拥有3种抗肿瘤产品,同时还在不断研发,体现了以肿瘤潜在靶点和通路为优先的研究思路。

(李馨芳)

中国科学院
完成抗生素A201A全合成

从中国科学院上海有机化学研究所传出消息,该所生命有机化学国家重点实验室俞颂颛课题组在最新研究中,完成了抗生素A201A的首次全合成。

自1928年英国科学家弗莱明发现青霉素以来,抗生素已成为人类发现抗菌、抗肿瘤和免疫抑制等药物的主要来源。不同来源的抗生素往往结构独特而复杂,不断挑战化学家的合成能力。这种挑战也促进了有机合成化学和药物化学的发展。

据俞颂颛介绍,A201A是一种结构独特的核苷类抗生素,其中含环外烯醚的咪唑糖单元从未在其他天然产物中出现过。该抗生素由美国礼来公司于1976年从一株链霉菌中分离得到,对革兰氏阳性菌和大多数厌氧性革

兰氏阴性菌显示出强烈的抗菌活性。由于该化合物含有模拟rRNA末端的3-酰胺核苷片段,学界推测其作用于核糖体A位从而抑制蛋白质的合成。

上述课题组采用线性的合成策略,通过对5个砌块的糖苷化和酰胺化完成拼接。其中通过Mitsunobu糖苷化高立体选择性地实现了咪唑糖1,2-顺式糖苷键的构建,通过优化条件立体选择性地实现了E式烯醇甲醚的合成,通过自主发展的一价金促进的糖苷化反应实现了咪唑的N-糖苷化,并实现了对含有酸性敏感基团和碱性氮原子的复杂底物的糖苷化。这种线性和模块化合成策略也为A201A类生物的发散性合成以进行构效关系的研究提供了可能。

(黄辛)

高效能他汀
降低心肌梗死患者死亡率

虽然应用了他汀类药物,但是患者的心血管残余风险依然存在。治疗选择包括更高效的他汀类药物或添加应用依泽替米贝。目前还没有关于此类患者应用依泽替米贝的临床结果数据。英国学者研究发现,与辛伐他汀单药治疗组相比,转为接受高效能他汀治疗的患者死亡率显著降低。依泽替米贝组未带来可观察到的死亡率受益。

该研究旨在通过与高效能他汀联合辛伐他汀和依泽替米贝疗法对比,确定接受辛伐他汀治疗的首发心肌梗死患者的全因死亡率。研究者使用英国全科医学研究数据库进行一项前瞻性纵向研究。首发急性心肌梗死患者接受他汀类或依泽替米贝治疗且在急性心肌梗死发生30天内开始应用他汀类药物的患者被纳入研

究。根据对这些患者的随访情况把他们分为3组:辛伐他汀单药治疗组、高效能他汀类药物组(刚开始应用辛伐他汀后来又转为应用阿托伐他汀或罗素伐他汀的患者)和依泽替米贝联合他汀类药物组(接受依泽替米贝联合他汀治疗的患者)。

结果如下:共有9597例患者符合研究标准(57%为男性,平均年龄65±13岁),辛伐他汀组6990例,高效能他汀组1883例和依泽替米贝联合他汀组724例。平均随访3.2年,1134例患者死亡。多变量比例危险率模型显示,高效能他汀组和依泽替米贝组调整后的危比值分别为0.72和0.96。包括可预测药物治疗组的各种协变量因素在内的倾向评分分析也获得了相似结果。

(秀荣)

征稿启事

本杂志在“维护用药安全、规范药房管理、搭建交流平台、彰显行业责任”的办刊宗旨,诚邀以下稿件。

临床药师专栏:各级临床药师的工作感悟,在工作中遇到的困惑,对临床用药误区的分析和提醒等(征稿对象为各级医院临床药师)。

专家在线:针对临床用药方面的疑点、难题等进行解答(受访专家或者撰稿人需具有副高以上职称)。

用药提醒:用药不良反应、

降低药物不良反应的方法等(征稿对象为不良反应办公室工作人员)。

处方点评:对典型处方进行点评,为临床提供指导。

百家药苑:对药事的学术研究或经验分享等。

来稿要求:文字力求简洁、准确,来稿请注明姓名、职称、研究方向、联系方式等。

邮箱:zhuxiaojuan77@126.com

QQ:289151457

本周刊未署名图片均为资料图片

B 百家言药

中医药治疗喘证经验

□李德俭

喘证是以呼吸困难,甚至张口抬肩,鼻翼扇动,不能平卧为特征。笔者认为,在临床上喘证是有感外邪或由饮食所伤,或由情志不畅,而使肺气不宣,气机被阻,升降失调,肺气不得降而下,上升之因,不治或不及及时治疗或治疗不彻底,逐渐使病情加重,咳久伤肺,肺失肃降,气逆而喘。喘促日久,心肺相连,脉络相通,肺失治节,气运引引失调,而致心肺同病,出现喘促,心悸,口、唇、指甲青紫,甚则喘息,大汗淋漓,亡阳亡阴的虚脱危症(肺源性心脏病)。若病久湿困脾土,脾失健运,聚湿生痰,肺气阻塞,上逆为喘咳,则是肺脾同病,症状为喘促咳嗽,呕恶食少等。肺主气,肾主纳气,二者具有统摄升降气之作用,若二者失调,肺失肃降,肾失纳气,则出现肺肾同病,症状为呼吸短促,气不得续,形瘦神乏,浮肿足冷,汗出等。

病例:李某,52岁,男,自述原有咳嗽病证,3年有余,因治疗不彻底,时有发作,10天前,因感受风寒之邪而致咳嗽病发作。由乡村医生治疗,咳嗽不见好转,咳嗽且有喘促,呼吸气促,痰稀薄而带泡沫,色白而黏,微怕风寒,头痛,微发热,胸部胀闷,苔薄白,脉浮紧。胸片示:支气管炎并发肺部感染。

分析:素有咳嗽之病,经治机被阻,升降失调,肺气不得降而下,内合于肺,肺气不宣,故咳嗽喘促,腹部胀闷;寒邪侵肺,津液不容易输布,停聚积痰,故痰液稀薄而带泡沫;风寒束表,毛窍闭塞,故头痛发热恶寒;风寒在表,故苔薄白,脉浮紧等。

治疗:宣肺散寒,止咳平喘。方用麻黄汤、杏苏散加减。方中麻黄汤宣肺、平喘,解表散寒,杏苏散以增平喘止咳、宣肺解表、化痰降逆之力。炙麻黄12克,炙杏仁15克,桂枝12克,半夏12克,陈皮12克,苏叶12克,枳壳12克,炙前胡15克,茯苓15克,桔梗12克,生姜6克,细辛3克,甘草6克。方中麻黄、苏叶温肺散寒,陈皮、半夏、茯苓、前胡化痰利气,枳壳、桔梗、杏仁平喘降逆,桂枝、生姜解表散寒。

方中麻黄配杏仁、苏叶

以增温肺散寒平喘之力;麻黄配桂枝、生姜以解表散寒之力更强;二陈汤配细辛、生姜以温化痰,痰白清稀多起泡沫更宜;杏仁配前胡、桔梗、枳壳以增强止咳利气降逆之力。

上方取7剂,水煎服。服后外表之症解除,咳嗽、喘促减轻。上方去苏叶、生姜、桂枝、麻黄,加苏子以增强降气化痰之力,取10剂,咳嗽基本减轻,继服10剂,以巩固疗效。半年后随访未复发。

(作者供职于鄱陵县中医院)

