



江西省人民医院

JIANGXI PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL

南昌医学院第一附属医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF NANCHANG MEDICAL COLLEGE

医院药讯 2024年第2期

# 医院药讯

YI YUAN YAO XUN

Hospital

Pharmaceutical

Information



2024年第2期

江西省人民医院药学部

主办

2024第2期

## 目录

政策与法规.....	3
关于调整精神药品目录的公告 .....	3
关于加强右美沙芬等药品管理的通知 .....	3
临床与药学.....	6
痛风用药知多少，关节疼痛别受罪 .....	6
用药“十二时辰”——我该什么时候吃药？ .....	8
一分钟带你了解“蟑螂药”，康复新液！ .....	13
饮料虽“好”，切莫贪杯 .....	16
万古霉素血药浓度监测项目简介 .....	19
“急救药”硝酸甘油片，怎么吃才管用？ .....	23
预防骨质疏松，应该怎么补钙呢？ .....	26
缺铁性贫血您了解多少？ .....	28
细菌耐药监测.....	33
江西省人民医院 2024 年二季度细菌监测报告 .....	33
继续教育.....	49
药学专业继续教育试题 .....	49

## 政策与法规

### 关于调整精神药品目录的公告

国家药监局 公安部 国家卫生健康委（2024 年第 54 号）

根据《麻醉药品和精神药品管理条例》有关规定，国家药品监督管理局、公安部、国家卫生健康委员会决定调整精神药品目录。现公告如下：

一、 将右美沙芬、含地芬诺酯复方制剂、纳呋拉啡、氯卡色林列入第二类精神药品目录。

二、 将咪达唑仑原料药和注射剂由第二类精神药品调整为第一类精神药品，其它咪达唑仑单方制剂仍为第二类精神药品。

本公告自 2024 年 7 月 1 日起施行。

特此公告

来源：国家药品监督管理局

### 关于加强右美沙芬等药品管理的通知

国药监药管〔2024〕16 号

各省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团药监局、卫生健康委：

根据《国家药监局、公安部、国家卫生健康委关于调整精神药品目录的公告》（2024 年第 54 号），自 2024 年 7 月 1 日起，右美沙芬（包括盐、单方制剂，下同）、纳呋拉啡（包括盐、异构体和单方制剂，下同）、氯卡色林（包括盐、异构体和单方制剂，下同）、含地芬诺酯复方制剂列入第二类精神药品目录；咪达唑仑原料药（包括

盐、异构体，下同）和注射剂由第二类精神药品调整为第一类精神药品。根据《药品管理法》《麻醉药品和精神药品管理条例》等法律法规，结合精神药品目录调整和药品上市等情况，现将有关事宜通知如下：

一、生产右美沙芬、咪达唑仑原料药和注射剂、含地芬诺酯复方制剂的药品生产企业应当按照《麻醉药品和精神药品管理条例》《关于印发〈麻醉药品和精神药品生产管理办法（试行）〉的通知》（国食药监安〔2005〕528号）有关规定，向所在地省级药品监督管理部门申请相应品种的定点生产资格。生产右美沙芬、咪达唑仑注射液的药品生产企业应当申报 2024 年度生产需用计划。

二、自 2024 年 7 月 1 日起，未取得相应品种定点生产资格和生产需用计划的企业不得生产右美沙芬、纳呋拉啡、氯卡色林、含地芬诺酯复方制剂、咪达唑仑原料药和注射剂。上述品种不得委托生产。

三、右美沙芬、纳呋拉啡、含地芬诺酯复方制剂药品上市许可持有人、生产企业应当严格按照《药品注册管理办法》（国家市场监督管理总局第 27 号令）的规定办理相应药品标签、说明书的变更手续。自 2024 年 10 月 1 日起，所有生产出厂和进口的右美沙芬、纳呋拉啡、含地芬诺酯复方制剂必须在其标签和说明书上印有规定的标识。之前生产出厂和进口的上述品种在有效期内可继续流通使用。

四、自本通知发布之日起，不具备第二类精神药品经营资质的药品经营企业不得再购进右美沙芬、纳呋拉啡、含地芬诺酯复方制剂，原有库存产品登记造册向所在地承担药品监督管理职责的部门报告

后，按规定售完为止；不具备第一类精神药品经营资质的药品经营企业不得再购进咪达唑仑注射剂，原有库存产品按原渠道退回。

五、自 2024 年 7 月 1 日起，研制、购买、邮寄、运输和进出口右美沙芬、纳呋拉啡、氯卡色林、含地芬诺酯复方制剂、咪达唑仑原料药和注射剂应当符合《药品管理法》《麻醉药品和精神药品管理条例》有关精神药品管理要求。

六、自 2024 年 7 月 1 日起，医疗机构购买、储存和使用右美沙芬、纳呋拉啡、含地芬诺酯复方制剂应当按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第二类精神药品管理有关规定执行；咪达唑仑注射液按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第一类精神药品管理有关规定执行。

七、右美沙芬、纳呋拉啡、含地芬诺酯复方制剂的药品上市许可持有人、药品生产经营企业应当按照《药品管理法》等法律法规要求，建立并实施上述药品的追溯制度，按照规定提供追溯信息。医疗机构应当按照《药品管理法》等法律法规要求，提供药品追溯信息。

各级药品监管部门应当加强药品企业右美沙芬等精神药品研制、生产和经营的监督管理；各级卫生健康部门应当加强医疗机构精神药品使用的监督管理，督促有关单位严格执行上述规定，保障医疗需求，防止流入非法渠道。

来源：国家药品监督管理局

# 临床与药学

## 痛风用药知多少，关节疼痛别受罪

供稿：祝瑶露

李医生，您好，我最近总是感觉脚趾关节疼得厉害，尤其是晚上，简直难以入睡。

别担心，我会仔细检查的。您这种情况，可能是痛风引起的。痛风是一种单钠尿酸盐沉积在关节所致的晶体相关性关节病，其与**嘌呤代谢紊乱**和/或**尿酸排泄减少**所致的高尿酸血症直接相关。

痛风？那我应该怎么办呢？听说痛风很难根治。

其实，痛风并不可怕，只要我们合理地控制饮食，避免高嘌呤食物的摄入，同时定期服用降尿酸药物，就可以有效地控制病情。

请问常用的痛风的治疗药物有哪些呢？

急性痛风发作期可以使用**秋水仙碱、非甾体抗炎药和糖皮质激素类等**。间歇期和慢性期可以使用促尿酸排泄药**苯溴马隆**等；以及抑制尿酸生成药**别嘌醇、非布司他**等。

有没有一些简单的方法，可以帮助我记住用药和饮食的注意事项呢。

当然有了，我给你编一个顺口溜吧。记住这个顺口溜，你就能轻松掌握痛风用药和饮食的要点了。

今天，小编就来为您介绍一下痛风治疗常用药物

并为您附上防治痛风顺口溜！

### 痛风急性发作如何用药？

急性期治疗原则是快速控制关节炎症和疼痛。一线治疗药物有秋水仙碱和非甾体抗炎药，当存在治疗禁忌或治疗效果不佳时可考虑短期应用糖皮质激素抗炎治疗。

药物	秋水仙碱	塞来昔布	泼尼松
类别	抑制粒细胞浸润	非甾体抗炎药	糖皮质激素类
用法用量	首剂 1 mg，1 h 后增加 0.5 mg，12 h 后按照 0.5 mg，1~3 次/d。	200 mg，2 次/d。	0.5mg·kg <sup>-1</sup> ·d <sup>-1</sup> ，连续用药 5~10 d 停药，或用药 2~5 d 后逐渐减量，总疗程 7~10 d。
不良反应及注意事项	可能出现胃肠道反应及肝肾脏损害，建议定期监测肝肾功能及血常规。	关注胃肠道黏膜损害以及肾功能	关注高血压、高血糖、高血脂、水钠潴留、感染、胃肠道出血、骨质疏松等不良反应。

### 痛风间歇期和慢性期如何用药？

建议使用降尿酸药物，如果在稳定的降尿酸治疗过程中出现痛风急性发作，则无须停用降尿酸药物，可用时进行抗炎、镇痛治疗。

药物	苯溴马隆	非布司他	别嘌醇
类别	促进尿酸排泄	抑制尿酸生成	
初始剂量	25~50 mg/d	20 mg/d	50~100 mg/d
剂量递增	每 2~4 周可增加 25 mg/d	每 2~4 周可增加 20 mg/d	每 2~4 周可增加 50~100 mg/d
最大剂量	100 mg/d	80 mg/d	600 mg/d，分 3 次口服
不良反应及注意事项	定期监测肝肾功能。若出现持续性腹泻，立即停药。	警惕有无心肌梗死和脑卒中症状和体征。	严密监测皮肤改变及肾功能。

### 痛风的非药物治疗有哪些？

(1) 生活方式干预：①限制高嘌呤物的摄入，如动物内脏、酒类、螃蟹、菌类食品、肉汤、羊肉、豆芽等；②加强运动、肥胖者减轻体重等。

(2) 控制痛风伴发疾病及相关危险因素，如高血脂、高血压、高血糖、吸烟等。

### 顺口溜

痛风用药有诀窍，听我给您来说道。  
急性发作莫惊慌，秋水仙碱先上阵。  
塞来昔布消炎好，泼尼松来把忙帮。  
稳定后需降尿酸，别嘌醇片调控佳。  
非布司他抑合成，苯溴马隆促排泄。  
牢记医嘱控饮食，定期检查尿酸值。  
认识远离痛风病，健康生活伴您行。

### 总结

痛风已经成为我国仅次于糖尿病的第二大代谢类疾病，未经治疗的痛风可能会导致严重并发症，给患者带来长期的痛苦。每年的 4 月 20 日是“世界痛风日”，也是国内“全民关注痛风日”。今年的主题是“精准防控、畅享生活”，愿所有人都能够通过科学的健康管理、早期的预防和控制，远离痛风，享受健康生活。

### 参考文献

- [1]徐东,朱小霞,邹和建,等. 痛风诊疗规范[J]. 中华内科杂志,2023,62(9):1068-1076.  
[2]司可,陈颖,王颜刚.难治性痛风中西医结合治疗专家共识(2023)[J].精准医学杂志,2023,38(06):471-474+480.

## 用药“十二时辰”——我该什么时候吃药？

供稿人 王雪莹

在医院药房凭处方拿药后，药师总会告诉你——

“XX 抗过敏药要睡前吃”，“XX 降糖药在餐前服用”，“XX 降压药要早上吃”，“XX 调血脂药要睡前吃”……当你从药师手中接过一盒药后，会不会心中也带着疑问：这么一个小小的药片竟然有这么服用时间的讲究，这都是为什么呢？

要想知道这背后的原理，首先要引入一个概念“十二时辰”，十二时辰指的是中国古代劳动人民根据一日间太阳出没的自然规律以及自己日常的生产活动、生活习惯而归纳出的。古代人把一天划分为十二个时辰，每个时辰相当于现在的两个小时。

与自然界的绝大多数事物类似，人体也有十二时辰的规律，也叫做人体的生物钟，即人体的一切的生命活动，如细胞、组织、器官的生理功能的活动以近似十二时辰（24 小时）为周期的节律性变化<sup>[2]</sup>，通俗得说，人体内的各种脏器（脑心肝脾肺肾）在 24 小时之内是交替值班的。因此人体的各项生理功能在一天之内处于不断的周期性、节律性变化，血压、血糖、呼吸以及体内各种酶类、激素等含量，都会在生物钟的调控下进行有节律的波动变化(图 1)，并且会在某个特定的时刻或者时间段出现峰值与低谷<sup>[3][4]</sup>。

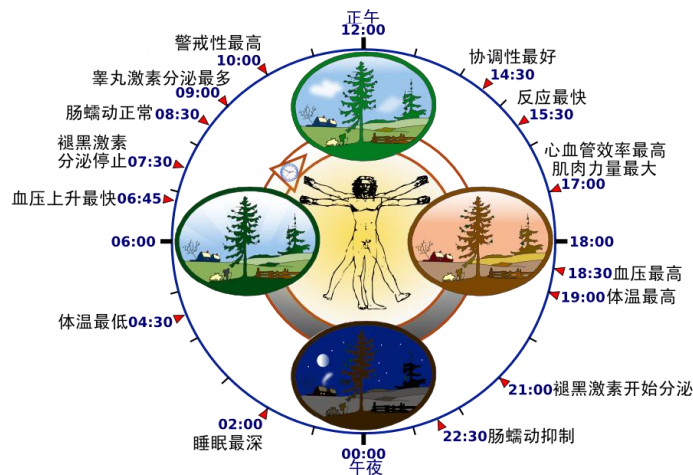
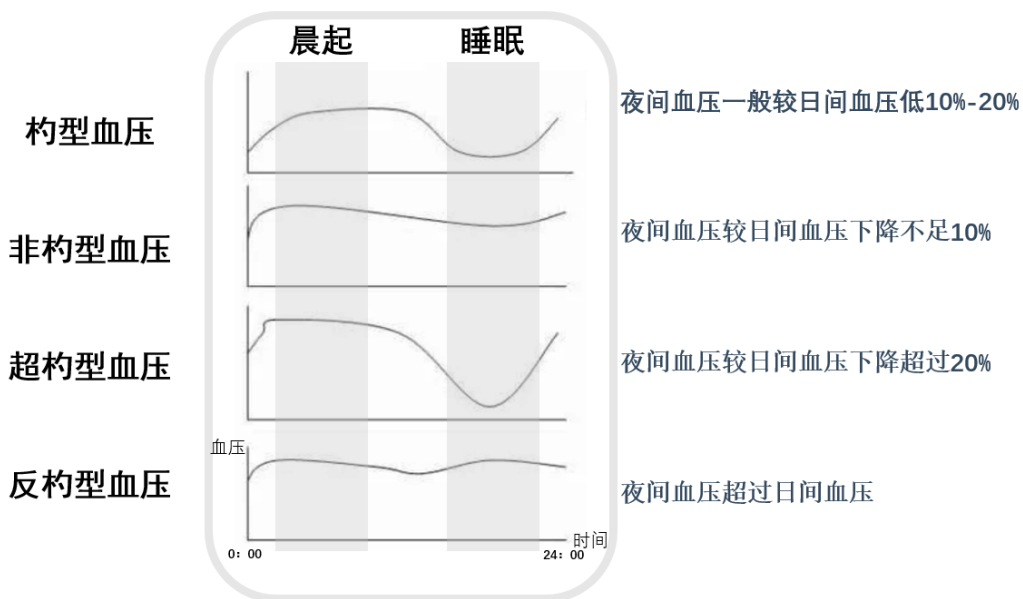


图1 人体生物钟—生理功能节律<sup>[1]</sup>

传统临床上，药物的使用遵循血药浓度稳定以达到最佳治疗效果的措施，但近几十年的研究发现，一些药物的治疗效应及毒副作用与机体这些生理功能的节律变化息息相关<sup>[5]</sup>。因此在用药过程中，应考虑用药时间对治疗效果和毒副作用的影响。下面就以常见的高血压用药为例来具体说明用药时间对药物疗效的影响。

人体血压存在着明显的昼夜节律性，在自然状态下，人体血压在早上9~11点和下午6~7点比较高，而在凌晨2~3点时比较低，呈典型的“双峰一谷”型，这种血压类型称为杓型血压<sup>[6]</sup>。但也有一部分高血压患者的血压节律发生异常改变，夜间不降反而升高，则称之为反杓型高血压，除此之外还有超杓型与非杓型高血压，针对不同的高血压分型，推荐的用药时间也不相同<sup>[7-10]</sup>。



为反杓型高血压，除此之外还有超杓型与非杓型高血压，针对不同的高血压分型，推荐的用药时间也不相同<sup>[7-10]</sup>。

### 杓型高血压

如果血压昼夜节律存在，人体由睡眠状态转为清醒状态并开始活动，血压从相对较低水平迅速上升至较高水平，称为“晨峰现象”，这类病人推荐降压药**晨起即服**，越早越好，同时降压药选用长效或控释剂型，使降压药物峰效应与血压清晨高峰相对应。

### 超构型高血压

此类患者应在**晨起即刻服用**长效降压药（如氨氯地平、硝苯地平控释片等），越早越好，避免夜间服用降压药，尽可能上午服用，在降低白天血压的同时避免夜间血压过低。若白天血压控制仍不理想，可结合血压波动的规律和药效动力学特点，选择长效+中短效药物的组合，进一步控制白天血压，但应注意中短效降压药可能增加体位性低血压的风险，具体措施结合医生诊断并咨询专业药师。

### 非构型、反构型高血压

此类患者药物治疗首选 24h 平稳降压的长效降压药物。若夜间血压控制仍不理想，可将一种或数种长效降压药改为下午（16:00）、晚间（20:00）或睡前（22:00）服用，能够使 70% 以上的患者恢复构型血压节律。若上述方法夜间血压仍高，可在用药基础上，尝试睡前加用  $\alpha_1$  肾上腺素能受体拮抗剂等中短效降压药，更大力度地降低夜间的血压，能使昼夜血压曲线恢复正常，但应警惕夜间起床时发生体位性低血压的可能。

---

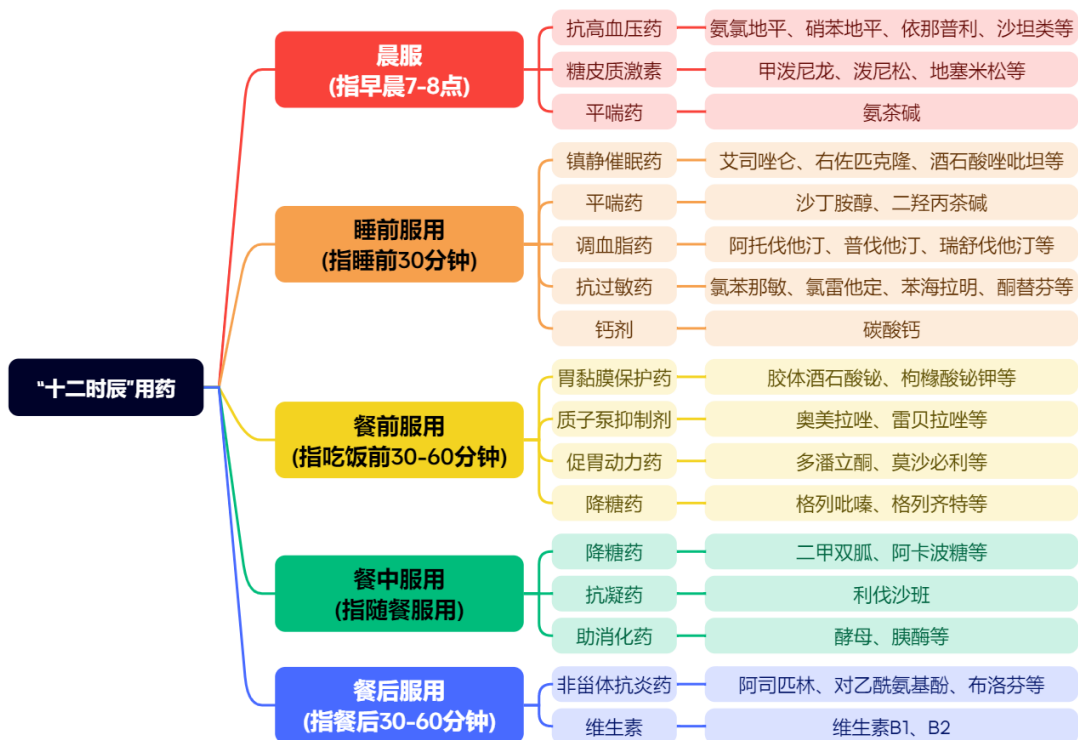
高血压病人在确定了自己的高血压分型后，在医生的评估和指导下，选择合适的药物并在正确的时间服用，方能达到最佳的治疗效果。

---

然而，有些病人服药往往不遵循医嘱与人体时间规律，常常是“东一次、西一次”，想起来就吃，觉得只要吃了就行，导致一次服药之后似乎是病情有所改善，过不了多久病情又开始反复，这样不仅影响了药物作用的发挥，还耽误了病情。

要知道，药物在人体内的吸收、分布、代谢、排泄也是遵循时间规律的，药物都有其相应的半衰期（半衰期是指血浆药物浓度降低一半所需的时间），也就是说，一次给药之后，药物会在一定的时间内在体内被消除，因此我们需要在恒定的时间间隔内重复给药，当一个给药间隔内的摄入药量等于排出量时，血药浓度达到稳态，即稳态血药浓度，此时药物可发挥最佳的治疗效果。

因此，按照“十二时辰”服药非常重要。下表总结了一些常见药物的推荐服药时间。



只有在正确的时间服药，才能达到最好的治疗效果。服药前应仔

细阅读药品说明书，按照药品说明书上推荐的服药时间服用。当然，每个个体都有差异，没有千篇一律适用的规律，遇到用药问题，请及时咨询医生与药师，避免盲目用药。

## 参考文献

- [1] <https://zh.wikipedia.org/wiki/%E6%98%BC%E5%A4%9C%E8%8A%82%E5%BE%8B#>
- [2] Thosar S S, Butler M P, Shea S A. Role of the circadian system in cardiovascular disease. *J Clin Invest.* 2018 Jun 1;128(6):2157-2167.
- [3] Allada R, Bass J. Circadian Mechanisms in Medicine. *N Engl J Med.* 2021 Feb 11;384(6):550-561.
- [4] Portaluppi F, Bagni B, degli Uberti E. Circadian rhythms of atrial natriuretic peptide, renin, aldosterone, cortisol, blood pressure and heart rate in normal and hypertensive subjects. *J Hypertens.* 1990 Jan;8(1):85-95.
- [5] Ohdo S, Koyanagi S, Matsunaga N. Chronopharmacological strategies focused on chrono-drug discovery. *Pharmacol Ther.* 2019 Oct;202:72-90.
- [6] 中国高血压联盟《动态血压监测指南》委员会.2020 中国动态血压监测指南[J].中国循环杂志,2021,36(4):313-328.
- [7] 国家心血管病中心.中国心血管健康与疾病报告 2021[M].北京:科学出版社,2022.
- [8] The Writing Committee of the Report on Cardiovascular Health and Diseases in China. 中国心血管健康与疾病报告 2021 概要[J]. 中国循环杂志, 2022, 37 (06): 553-578.
- [9] World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults[R]. Geneva: World Health Organization, 2021:1-61.
- [10] Hermida R C, Ayala D E, Fernández J R. Administration-time differences in effects of hypertension medications on ambulatory blood pressure regulation. *Chronobiol Int.* 2013 Mar;30(1-2):280-314.

## 一分钟带你了解“蟑螂药”，康复新液！

供稿人：付思婕

在日常生活中，很多人会因为磕磕碰碰而受伤，面对伤口不知道选择哪种药物治疗。上述对话中提到的康复新液，它的成分为美洲大蠊干燥虫体的乙醇提取物。美洲大蠊，俗称蟑螂，但是这种蟑螂可以治疗疾病，作为中药应用已有上千年的历史，在《神农本草经》中关于它的记载是：“味咸、寒，治血瘀，症坚、寒热，破积聚，喉咽痹，内寒无子。”<sup>[1]</sup>现代药理学研究发现康复新液中含有多肽类、核苷类、

蛋白质等多种活性成分，具有通利血脉，养阴生肌的功效，目前已广泛应用于临床，接下来，我们一起来了解一下吧！

## 一、药理作用

1、抗炎：激活创面的免疫细胞，提高免疫活性，并增加巨噬细胞发挥吞噬作用，直接吞噬病原微生物，并快速降低炎症因子水平<sup>[2]</sup>。

2、黏膜创面修复：促进血管新生，加速肉芽组织生长，改善黏膜创面的血液微循环，增加血管流量，加速病理组织修复再生<sup>[2]</sup>。

3、皮肤创面修复：有效修复皮肤创面，促进坏死组织脱落，加快创面愈合<sup>[2]</sup>。

4、抗肿瘤：抑制癌变细胞增殖，且可作为抗肿瘤药物的辅助治疗药物，降低化疗毒性和不良反应<sup>[2]</sup>。

## 二、临床应用

1、口腔科疾病：牙周炎、口腔溃疡、疱疹性口腔炎等。

2、消化科疾病：胃、十二指肠溃疡，溃疡性结肠炎等。

3、外科疾病：烧伤、烫伤、术后创面、褥疮等。

4、肺结核

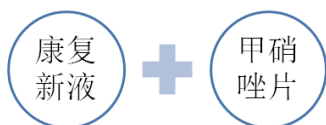
## 三、用法用量

1、内服：一日 3 次，一次 10ml 或遵医嘱。

2、外用：先用生理盐水或双氧水清创干净，再用康复新液冲洗，并用浸透该药的纱布填塞或敷用<sup>[3]</sup>。

## 四、联合用药

1、牙周炎

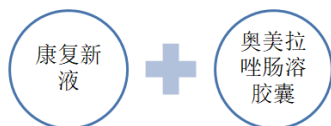


两者联用能更好地改善口腔环境，恢复牙周状态<sup>[4]</sup>。

用法：康复新液一日 3 次，一次 10ml，含漱 3-5min 吐出，含漱后 1h 内避免漱口、进食等。

甲硝唑一日 3 次，一次 0.4g。

## 2、十二指肠溃疡



两者联用可改善胃表皮再生能力，促进溃疡愈合<sup>[5]</sup>。

用法：康复新液一日 3 次，一次 10ml。

奥美拉唑肠溶胶囊晨起口服，一日 1 次，一次 20mg。

## 3、II 度烧烫伤



两者联用可使创面处于湿润环境，湿润状态使表皮细胞迁移速度加快，缩短愈合时间<sup>[6]</sup>。

用法：先用生理盐水清洁创面，再将康复新液与磺胺嘧啶银乳膏混合搓揉透纱布，而后敷在创面上。

## 五、注意事项

1、内服：建议餐前服用；用药期间，建议忌口辛辣、油腻、生冷食物，并减少坚硬、不易消化食物的摄入。

2、外用：如果创面比较大，应结合抗生素治疗；用药期间，要保持创面清洁，减少感染。

3、哮喘患者及孕妇禁用。

### 参考文献

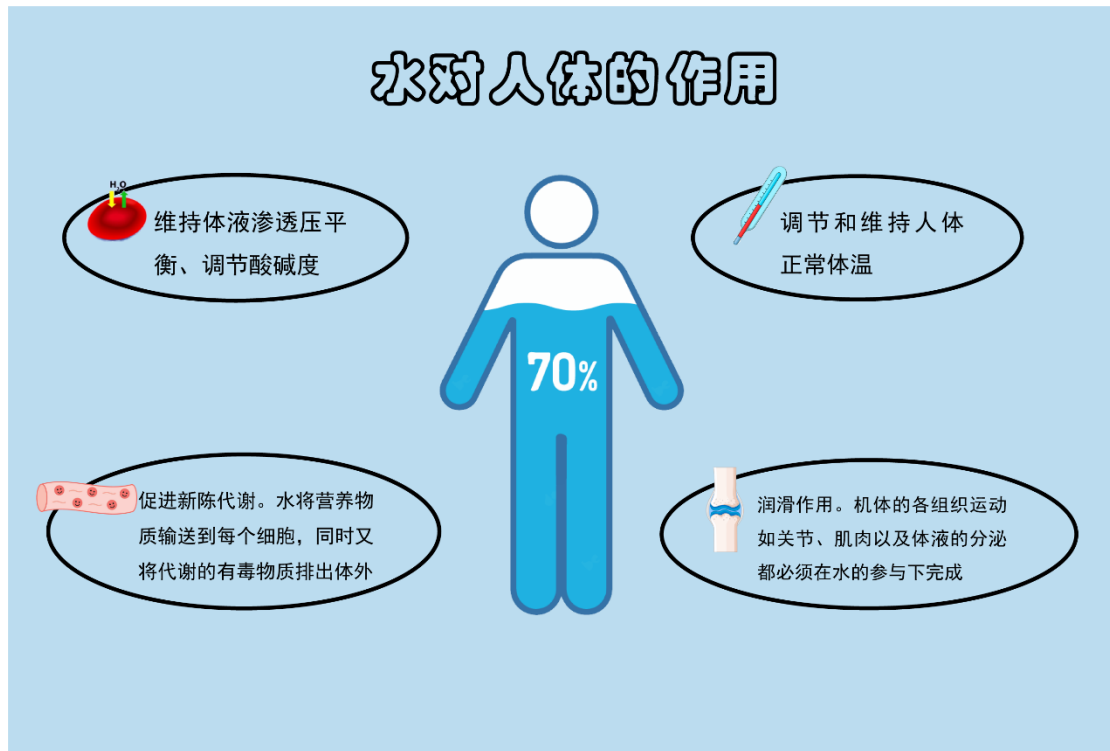
- [1] 高洁,沈咏梅,岳碧松.美洲大蠊药理作用及其临床疗效的研究进展[J].中药药理与临床,2018,34(04):203-208.
- [2] 曹瑞青.康复新液药理作用及其临床应用[J].临床医药实践,2022,31(09):682-684.
- [3] 康复新液说明书
- [4] 曾群.康复新液联合甲硝唑治疗牙周炎的应用效果观察[J].实用中西医结合临床,2023,23(24):63-65.
- [5] 张建海,俞建洪.康复新液联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗十二指肠溃疡临床研究[J].新中医,2024,56(01),67-71.
- [6] 欧雪吟,欧世州.磺胺嘧啶银联合康复新液对Ⅱ度烧烫伤创面修复效果观察[J].中国乡村医药,2020,27(01),22-23.

## 饮料虽“好”，切莫贪杯

供稿：王雪莹

上班一杯咖啡、逛街一杯奶茶、聚会一杯可乐已经成为现代人日常生活的一种习惯，琳琅满目的饮料给人们平淡的生活增添了仪式感，日常一杯可以使人心情愉悦，然而，长期大量饮用，甚至有人用喝饮料代替喝水，这无疑是一种错误的观念。那么饮料为什么不能代替水呢？

首先我们要了解水对人体的重要作用。水是生命之源、健康之本，人体组织中水约占 70%，水不但起到体内物质输送与媒介作用，而且直接参与生物大分子合成，与生物大分子共同完成了人体的物质代谢、能量代谢和信息代谢，与衰老、寿命、免疫、代谢有直接的关系<sup>[1,2]</sup>。



人体内缺乏水分会导致体液失衡，血液浓度增加和 pH 值降低，从而影响新陈代谢的正常进行，会诱发肥胖、高血压、糖尿病等多种疾病。可见水对人体健康发挥着至关重要的作用。

当然有人会发出这样的疑问：饮料中也有水，我喝饮料不就等于喝水吗？

答案是否定的，喝饮料并不等于喝水。喝水是**补水**的过程，而喝饮料是**失水**的过程。

饮料中除了水之外还有多种化学添加剂如盐分、糖精、咖啡因、色素、香精、防腐剂等，这些成分在人体内代谢缓慢，不仅不易被人体吸收，还可能会刺激胃肠道和加重肾脏过滤的负担，为了加快这些成分分解和代谢，就需要消耗大量的水分，因此，喝饮料实际上带走了细胞中的水分，加重了身体的缺水，这也是人们常常觉得喝饮料越喝越渴的原因。

所以，喝饮料并不等于喝水，长期喝饮料还会对我们的身体带来诸多危害<sup>[3]</sup>。

### 1、 肥胖

饮料中碳水化合物、糖分的摄入会导致体内热量增加，机体无法消耗的多余热量会转化为脂肪。

### 2、 糖尿病

高糖饮料摄入过量导致胰岛素抵抗、胰岛细胞功能障碍和炎症，胰岛素分泌不足进而引起糖尿病。

### 3、 心血管疾病

喝饮料导致体内水分减少，血液粘稠度增加，导致血管堵塞，动脉硬化，进而诱发多种心血管疾病。

### 4、 痛风

饮料摄入过量导致尿酸大量产生，而肾脏排出量有限，代谢产物无法及时排出体外，在体内蓄积产生高尿酸，进而引起痛风。

### 5、 骨质疏松、损害牙齿

饮料中的磷元素会促进钙的丢失，降低骨密度，诱发骨质疏松。糖精、色素等化学添加剂会腐蚀牙齿，损伤牙釉质，引起牙髓炎、牙周病等。

此外，有些“饮料爱好者”在服药期间也免不了“畅饮”一杯，有些患者觉得药苦，甚至用饮料送服，这些做法都是不可取的。饮料中的某些成分可能会和药物发生相互作用，破坏药物的有效成分，影响药物的吸收，导致治疗效果降低，甚至产生不良反应和毒副作用<sup>[4-6]</sup>。

常见饮料对药物的影响	
咖啡	咖啡中的咖啡因会刺激胃酸分泌，与布洛芬等解热镇痛药同服会加重对胃黏膜的刺激作用，可能诱发胃出血、胃穿孔；咖啡因兴奋中枢神经，降低镇静催眠药的药效。
果汁	果汁中的果酸可能导致阿司匹林类解热镇痛药、抗菌药物等提前溶解，损伤胃黏膜，降低药效，如与磺胺类药物同服会导致药物在酸性饮料中溶解度降低，析出结晶而损害肾脏，引起尿路结石；西柚汁中的柚皮素可以影响与降压药代谢有关的酶的功能，造成血液中药物浓度过高，增加毒副作用。
酒饮料	啤酒等酒精饮料中含有乙醇，乙醇能增强肝药酶活性，加快药物代谢，降低药效。与中枢抑制药、镇静催眠药、抗组胺药、抗抑郁药同服加深中枢抑制，甚至致人死亡；与血管扩张药、降压药同服加重体位性低血压；与非甾体抗炎药同服增加消化道刺激性；与头孢类药物同服还可发生双硫仑反应，产生胸闷、气短、喉头水肿、呼吸困难甚至过敏性休克。
茶饮料	茶类含有较多的鞣质，与酶制剂同服会降低药效；与金属类药物(硫酸锌、铁剂、钙剂、铝剂、铋剂等)、生物碱类药物(麻黄碱、可待因、黄连素等)和苷类药物(洋地黄、地高辛等)同服会生成难溶或不溶性沉淀，使其疗效降低；茶叶中的茶碱可兴奋中枢神经，与镇静催眠药相互拮抗而使其失去药效。
乳饮料	牛奶等乳饮料中的钙离子会与抗生素如四环素、红霉素、甲硝唑等药物生成络合物从而影响药物的吸收；与止泻药同服不仅会降低止泻药的药效，其含有的乳糖成分还容易加重腹泻症状；与异烟肼、抗过敏药、强心苷类药物同服可能增加中毒的风险。

所以，饮料虽“好”，切莫贪杯！大家在服药期间应该尽量避免饮料的摄入，水才是我们身体最好的“调节剂”。要想保持健康的好身体，从多喝水做起吧！

## 参考文献

- [1] 杨植. 水与人体健康[J]. 中国产经, 2018(11):82-83.
- [2] 李巍. 水对人体健康的重要作用[J]. 中国初级卫生保健, 1994(08).
- [3] 沈丽萍, 汪正园, 范菁, 等. 含糖饮料的健康危害及控制策略研究进展[J]. 环境与职业医学, 2023,40(07):769-774.
- [4] 段妍琴. 饮食对口服药物疗效的影响[J]. 中南药学(用药与健康), 2015(11):18-19.
- [5] Komori K, Fukuda M, Matsuura T, et al. Effect of Alcoholic Beverages on Drug Absorption: Blood Concentration Profile of Ibuprofen in Mice[J]. Journal of Applied Pharmacy, 2017,09.
- [6] Reis A, Joaquim J. Drug Interaction With Milk and The Relevance of Acidifying/Alkalinizing Nature of Food[M]. 2015.

## 万古霉素血药浓度监测项目简介

供稿：杜超颖

药理作用及临床应用

万古霉素是临床常用的糖肽类抗菌药物，主要通过抑制细菌细胞壁的合成起到杀灭细菌的作用，临床用于革兰阳性球菌感染，尤其是耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染（*methicillin-resistant staphylococcus aureus*, MRSA）的一线治疗。

#### 药代动力学特点

吸收	口服不吸收，生物利用度<5%，常用剂型为注射剂
分布	血供丰富处浓度高，可广泛分布于各组织体液中，对炎性脑脊液穿透力较好，可治疗脑膜炎
代谢及排泄	体内基本不代谢，主要以原型经肾清除

#### 血药浓度监测意义

万古霉素的治疗窗窄，既往研究显示对其开展治疗药物监测（therapeutic drug monitoring, TDM）可显著提高治疗有效率，并降低肾毒性的发生风险。

#### 推荐进行万古霉素 TDM 的患者类型

1. 重症监护病房患者、肥胖患者、烧伤患者、应用肾损害药物的患者及肾功能不全的患者
2. 新生儿/儿童患者、接受肾脏替代治疗患者
3. 肾功能不稳定患者
4. 老年患者（> 65 岁）
5. 中重度心力衰竭、成人体质量过低患者、肾功能亢进患者

#### 推荐监测指标

1. 谷浓度
2. 24 h 药时曲线下面积（24 h area under the concentrationtime curve, AUC<sub>0~24 h</sub>，此项我院暂未开展）

### 3. 峰浓度

常规不监测峰浓度，因为万古霉素作为时间依赖型抗菌药物，监测峰浓度对疗效的监测意义不大；并且万古霉素的组织再次分布速度缓慢，导致峰浓度难以监测。除非有以下特殊情况：动力学的改变、脑膜炎，治疗后无临床应答患者等。

#### 目标范围

##### 1. 谷浓度

- 1) 普通感染的成人患者，推荐万古霉素目标谷浓度维持在 10~15 mg/L
- 2) 对于严重 MRSA 感染的成人患者，建议万古霉素目标谷浓度维持在 10~20 mg/L
- 3) 对于新生儿/儿童患者，推荐万古霉素谷浓度维持在 5~15 mg/L

##### 2. $AUC_{0-24h}$

400 ~ 650 mg · h · L<sup>-1</sup>

#### 首次 TDM 时间

1. 对于肾功能正常的患者，建议第 3 天（首次给药 48 h 后，通常第 5 剂给药前 30 min）开始进行万古霉素 TDM
2. 对于肾功能不全的患者，推荐首次给药 72 h 后开展万古霉素 TDM

#### TDM 复测时间

1. 初始 TDM 后调整了患者的给药剂量，推荐在剂量调整后给药 4 ~ 5 剂时重复进行 TDM

2. 无论 TDM 后万古霉素剂量是否发生调整，对于入住 ICU、接受血管活性药物治疗、接受肾脏替代治疗或严重感染患者，推荐至少每周重复进行 1 次 TDM

### 检测方法

#### 化学发光微粒子免疫分析(CMIA)



雅培 i2000SR 型全自动化学发光仪

#### 万古霉素血药浓度监测相关要求及时间

项目名称	采样要求	标本类型	检测时间	出报告时间	备注
万古霉素血药浓度	用药达稳态后监测 <b>谷浓度</b> ：下一次给药前 30 min 采血 <b>峰浓度</b> ：给药完成后 0.5~1 h 采血	紫色 EDTA 抗凝采血管	每周一、三、四、五上午	标本签收后 2 h	节假日检测时间可能有变，可来电咨询
<b>地址</b> ：江西省南昌市东湖区爱国路 92 号江西省人民医院宿舍区规培楼 5 楼药学部-个体化治疗药物监测室					
<b>电话</b> ：0791-86891529					

### 参考文献

- [1] 万古霉素临床应用剂量专家组. 万古霉素临床应用剂量中国专家共识[J]. 中华传染病杂志, 2012, 30(11): 641-646.
- [2] He N, Su S, Ye Z K, et al. Evidence-based guideline for therapeutic drug monitoring of vancomycin: 2020 update by the Division of Therapeutic Drug Monitoring, Chinese Pharmacological Society[J]. Clin Infect Dis, 2020.71 (Suppl): S363- S371.
- [3] 何娜, 苏珊, 翟所迪, 等.《中国万古霉素治疗药物监测指南(2020 更新版)》解读[J]. 临床药物治疗杂志, 2021, 19(01): 12-16.

[4] 何志超, 伍俊妍, 邱凯锋. 万古霉素个体化给药临床药师指引[J]. 今日药学, 2015, 25(02):78-82.

## “急救药”硝酸甘油片，怎么吃才管用？

供稿：姜雅萍

劳动或情绪激动时，您是否有过突然的胸部正中或稍偏左，胸骨中下 1/3 处类似拳头或更大区域憋闷、堵塞或疼痛，有时还会放射到手臂、颈部、下巴和背部可伴有或不伴有出汗，甚至有垂死感。这是心脏供血不足所致的心绞痛<sup>[1-2]</sup>！如果家中备有“急救药”硝酸甘油片，您知道怎么吃才管用吗？

案例：

60 岁的王大爷在爬了 5 层楼梯后，忽然心绞痛发作，捂着胸口，表情痛苦，他扶着楼梯，急忙从裤兜中拿出硝酸甘油含服一片，可还是胸闷伴恶心、冷汗、头晕，跌倒了。

为什么大爷服了硝酸甘油片后，还会出现胸闷、头晕、跌倒呢？他的硝酸甘油片服用方法哪里出错了？服用硝酸甘油有什么讲究呢？

**注意点 1：**这其实是老年人血管迷走反射引起的低血压症状。硝酸甘油是扩血管药，站立服用可发生严重低血压<sup>[3]</sup>、头晕而跌倒，应立即平卧休息数分钟，多数能自行缓解<sup>[4]</sup>，所以服药建议采用**坐位或半卧位**。



**注意点 2:** 硝酸甘油治疗心绞痛时，应舌下含服一片，可以用水或盐水湿润舌下粘膜，以加快吸收。1-2 分钟就可起效，30 分钟内不宜喝水进食<sup>[2]</sup>。



**注意点 3:** 成人一次含服 0.25mg-0.5mg（半片-1 片），第一片服用没有缓解，每隔 5 分钟可再服 1 片，最多连续用三片<sup>[3-4]</sup>。但须警惕是否发生急性下壁心肌梗死<sup>[5]</sup>，因此建议可在第一片服药未起效时，及时送医<sup>[6]</sup>！切勿盲目加大服药剂量，可导致严重低血压、心动过速等不良后果<sup>[2]</sup>。

**注意点 4:** 硝酸甘油物理化学性质极不稳定，不但怕光，还怕热。为防意外发生，您会选择把药放在哪呢？贴身携带会随体温增

加药的温度，加速硝酸甘油中有效成分的挥发。正确的做法：应放置在**25度以下，棕色瓶子，密封保存**。可放在包内随身携带，以备急用。每次取药时应**快开快盖，用后盖紧**<sup>[2]</sup>。

开封后，受温、湿度和贮藏方式等多种因素影响，有效期大大缩短，即便未过有效期也不宜使用<sup>[6]</sup>，建议**6个月更换一次**。舌下含服硝酸甘油片时的**烧灼或刺痛感**是药物发挥疗效的正常表现，若自己舌下含服硝酸甘油没有这种感觉应更换新药<sup>[7]</sup>。

最后，硝酸甘油虽然是心绞痛的常用药，能够明显缓解症状，但不能改善病情的进展。心脏病患者千万不能因为有药物可以缓解症状，就不去及时就诊<sup>[6]</sup>。

温馨提示：

- ①下列5种患者须禁用硝酸甘油：青光眼、颅内压增高者；心肌梗死早期合并低血压者；心动过速者；严重贫血者；对硝酸甘油过敏者<sup>[8]</sup>；
- ②合并用药：有使用PDE-5抑制剂（如西地那非、他达拉非、伐地那非等）和可溶性鸟苷酸环化酶激活剂（如利奥西呱、维立西呱等）的患者禁用硝酸甘油片<sup>[9]</sup>。

参考文献：

- [1]刘梦田.心绞痛来袭? 紧急应对与预防小贴士[N].医药养生保健报,2024-02-10 (003).
- [2]金涛.服用硝酸甘油莫入误区[N].大众健康报,2022-07-07 (012).
- [3]汪渊源.救心药你用对了吗[J].江苏卫生保健,2017,(03): 17.
- [4]晓东.胸闷胸痛含片硝酸甘油就行吗[J].健康博览,2015,(11): 32-33.
- [5]陈伟.下壁心肌梗死患者静滴硝酸甘油诱发低血压伴心动过缓的原因分析[J].广东医学院学报,1999,(03):275-276.
- [6]于新怡.急救药不等于救命药 专家谈硝酸甘油的合理使用[J].首都食品与医药,2017,24(13):60-61.
- [7]丁倩,李博宇,张青霞.硝酸甘油开封后贮藏风险调查与防范[J].中国药物警戒, 2023, 20 (03): 326-330.

[8]王儒.5种患者禁用硝酸甘油[J].江苏卫生保健,2016,(03):33.

[9]硝酸甘油片说明书.北京益民药业有限公司.修改日期:2021.01.26.

## 预防骨质疏松，应该怎么补钙呢？

供稿：付思婕

“打个喷嚏，竟然骨折了”

“年龄增大，个子缩水了”

以上的情况不是个例，越来越多的人由于平时缺乏锻炼，爱喝碳酸饮料，饮食也不规律，便出现了“脆皮现象”。长此以往，骨质疏松症可能会悄悄找上门来。

### 一、什么是骨质疏松症？

骨质疏松症是一种以骨量低下、骨组织微结构损坏，导致脆性增加，易发生骨折为特征的全身性骨病。主要表现为疼痛、脊柱变形和骨折等<sup>[1]</sup>。此外由它引起的长期身体不适和疼痛还会对人的心理健康及生活质量产生负面影响。而预防骨质疏松，补钙是关键。

### 二、如何合理补钙？

钙是骨骼的主要成分之一，有助于维持骨骼的密度和结构，防止骨骼变薄和易碎<sup>[2]</sup>。钙并不是吃得越多，补的越快，摄入过量的钙反而容易诱发其他健康问题。下面表格为人体各个阶段膳食钙参考摄入量<sup>[3]</sup>。

年龄/阶段	推荐摄入量/适宜摄入量 (mg/d)	可耐受最高摄入量 (mg/d)
0岁~0.5岁	200 (适宜摄入量)	1000
0.5岁(含)~1岁	350 (适宜摄入量)	1500
1岁(含)~4岁	500	1500
4岁(含)~7岁	600	2000
7岁(含)~9岁	800	2000

9 岁（含）~18 岁	1000	2000
18 岁及以上	800	2000

注：孕妇与乳母无需额外增加钙摄入，与同龄人推荐摄入量一致即可<sup>[3]</sup>。

我们每天的食物中都含有钙质，如奶制品、豆制品和一些绿色蔬菜等。但如果食物所含的钙并不能满足机体的需要时，我们可以选择服用钙剂。目前，市面上的钙剂可以划分为以下 4 类<sup>[4]</sup>：

分类	无机钙	有机钙	活性钙	新型钙
药物	碳酸钙、磷酸钙等	醋酸钙、葡萄糖酸钙等	龙牡壮骨冲剂等	氨基酸钙、酪酸钙等
优点	含钙量高	溶解度高，对胃肠刺激小	含钙量高	溶解度高，对胃肠道没有刺激性
缺点	水溶性低，易引起胃肠刺激	含钙量低；糖尿病人群不宜选用葡萄糖酸钙	水溶性低，易影响消化功能	价格较贵

我们可以根据钙剂的含量、溶解度、吸收率等进行选择。一般来说尽量选用含量高的钙剂，如碳酸钙制剂，但胃酸缺乏的人群不宜选用。其中对于儿童来说，可以选择口感好、水溶性好的钙剂，如：葡萄糖酸钙口服液等。同时因维生素 D<sub>3</sub> 能促进小肠对钙的吸收率<sup>[5]</sup>，与钙剂搭配一起用，效果更优，所以建议选择碳酸钙 D<sub>3</sub> 制剂等。

碳酸钙 D<sub>3</sub> 制剂是日常生活中较为常见的复方制剂，主要有三种剂型。若为颗粒剂时，可以用温水溶解后服用；若为咀嚼片时，可以咀嚼后咽下；若为片剂时，可以温水吞服。该药临床不良反应较轻，主要表现为便秘、腹痛、嗝气等肠胃不适。服用该种药物时，应避免进食富含纤维素的食物、饮用含酒精和咖啡因的饮料以及大量吸烟，因为这些会抑制钙剂的吸收<sup>[6]</sup>。

### 三、掌握小技巧，补钙更轻松

- 1、建议餐后服用，此时对钙质的吸收和利用比较有利<sup>[7]</sup>。
- 2、建议少量多次，一次性服用大剂量的钙，人体吸收率不高，同时在服用钙剂期间，应该每日均衡，不可时多时少<sup>[7]</sup>。
- 3、避免与影响钙吸收的药物合用：如四环素、异烟肼、皮质类固醇等<sup>[7]</sup>。
- 4、定期监测血钙和尿钙，防止补钙过量<sup>[7]</sup>。

想要预防骨质疏松，单纯的补钙是不够的，适量的运动、合理的膳食、健康的生活方式等也是非常重要的。另外，建议平时多关注自身骨骼健康，如果已经出现骨质疏松等情况，建议及时找医生进行规范化、针对性的诊断和治疗。

### 参考文献：

- [1] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会,章振林.原发性骨质疏松症诊疗指南(2022)[J].中国全科医学,2023,26(14):1671-1691.
- [2] 邓永春.骨质疏松患者如何补钙[J].中国食品,2023(22):158.
- [3] 中国营养学会.中国居民膳食营养素参考摄入量[M].北京:人民卫生出版社,2023.
- [4] 陈育民.哪种钙补充剂适合我[J].家庭医学,2019(05):62.
- [5] 李本明.补钙制剂的合理选择[J].黑龙江医药,2014,27(03):611-614.
- [6] 董希瑶,刘韶华,娄馨予.老年性骨质疏松临床常用钙制剂的研究进展[J].中国老年学杂志,2023,43(20):5112-5115.
- [7] 刘晓东,戴洪斌,黄春燕.预防骨质疏松,钙要怎么补[J].家庭医药,就选医药,2024(02):44-45.

## 缺铁性贫血您了解多少？

供稿：余佩琪

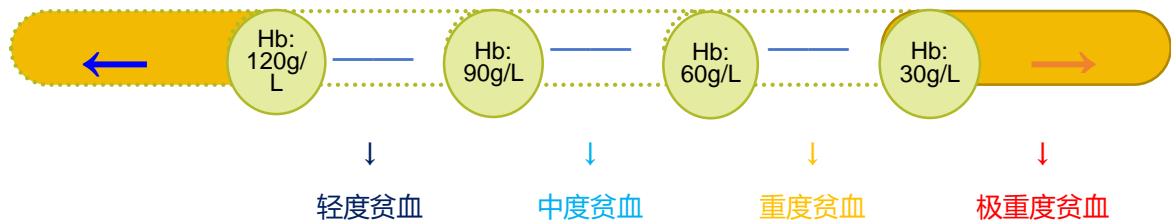
小静最近工作时，总是头晕、乏力、脸色苍白，容易发怒，去医院检查后，医生说是缺铁性贫血。

这种情况可能很多人都遇到过，接下来我们就来了解下什么是缺

铁性贫血。

通常我们以血红蛋白（Hb）含量的多少来评判是否贫血：一般成年男性 Hb<120g/L，成年女性 Hb<110g/L，孕妇 Hb<100g/L 即诊断为贫血。

贫血的分级：



**缺铁性贫血**是贫血的一种，也是临床上最常见的贫血。由于铁缺乏造成体内贮存铁耗竭，血红蛋白合成减少，进而影响红细胞生成所引起的贫血<sup>[1]</sup>。

★铁摄入不足：婴幼儿不及时添加蛋类、肉类等含铁量较高的辅食，青少年偏食，妊娠或哺乳导致需铁量增加又没有及时补充。

★铁吸收障碍：各种肠道疾病容易导致铁的吸收障碍。

★铁丢失过多：长期出血导致红细胞丢失又得不到纠正，比如胃肠道疾病中的痔疮、胃十二指肠溃疡、息肉、肿瘤、慢性肾衰竭行血液透析等。另外，过度献血也可以导致铁丢失过多。

缺铁性贫血的临床表现<sup>[2]</sup>

A

脸色苍白、乏力、易疲倦、头晕、耳鸣、心悸、气促，体力、耐力下降。

B

烦躁、易怒、注意力不集中、异食癖（如喜吃泥土、煤渣、生米等）。

C

口腔炎、舌炎、舌乳头萎缩、缺铁性吞咽困难。毛发干枯、脱离。指甲缺乏光泽、脆裂易裂。

## 缺铁性贫血的治疗

治疗原则：“根除病因，补足铁量”！

缺铁性贫血的药物治疗中**首选口服铁剂**。在使用口服铁剂时配合维生素 C 进行治疗可起到不错的效果。常见的口服铁剂包括：

(1) 无机铁：硫酸亚铁片、硫酸亚铁缓释片（整片用温水送服，不可掰开弄碎咀嚼服用）。

(2) 有机铁：琥珀酸亚铁片、富马酸亚铁片、右旋糖酐铁分散片、蛋白琥珀酸铁口服溶液、葡萄糖酸亚铁糖浆。

(3) 元素铁：多糖铁复合物。

常见口服铁剂的用法用量及特点：

A. **硫酸亚铁**：0.3g/次，每天 3 次。

常用于慢性失血，营养不良、妇女妊娠期、儿童生长发育期引起的缺铁性贫血。

B. **琥珀酸亚铁**：0.2g~0.4g/次，每天 1 次。

口服后吸收平稳，生物利用度高，对胃肠道黏膜刺激性明显轻于硫酸

亚铁。

C. **富马酸亚铁**：0.2g/次，每天 3 次。

含铁量高，起效快，胃肠道不良反应较少。

D. **右旋糖酐铁分散片**：50~300mg/次，每天 1 次。

该药在肠道中能完整地吸收，且吸收率较高，补铁效果更有保证，口感好，无刺激性气味，特别适合儿童缺铁性贫血的治疗，服用方便。

E. **葡萄糖酸亚铁**：0.3~0.6g/次，每天 3 次。

用于各种原因引起的缺铁性贫血，特别是儿童生长发育期的缺铁性贫血。对胃肠道刺激性小，作用温和、铁利用率高，起效快。

F. **多糖铁复合物**：含铁量高，口服次数少（每日 1 次）。

可迅速提高血铁和血红蛋白水平，对胃肠道黏膜无刺激和腐蚀作用，避免了消化道的不良反应。多糖铁复合物制剂有胶囊剂，特别适合有消化道溃疡，又伴缺铁性贫血的患者服用。

注意事项：口服铁剂容易刺激胃肠道，会引起恶心、呕吐、胃酸、胃痛、腹泻等症状，所以最佳服用时间为**饭时或饭后半小时**，且不宜与牛奶、咖啡、浓茶等同服。铁剂会减少肠蠕动，引起便秘、黑便。**服用液体铁剂的患者口腔中会有金属味，牙齿染色，由于铁剂对牙釉质有损害，建议用吸管服用<sup>[3]</sup>**。另外，用药期间需适量的**增加饮水量<sup>[3]</sup>**。<sup>[3]</sup>口服铁剂不耐受或疗效不佳的缺铁患者，建议静脉补铁。常用的静脉铁剂有右旋糖酐铁注射液、蔗糖铁注射液，静脉铁剂给药频率不应超过每周三次。注射铁剂治疗可导致注射部位疼痛，局部淋巴结肿痛，荨麻疹等，甚至引起过敏性休克。静脉铁剂和口服铁制剂同时使

用时会导致口服铁剂的吸收降低。

铁剂治疗后，监测血红蛋白上升至少 15g/L 为治疗有效标准，在血红蛋白恢复正常后仍需要继续补充铁剂 3 个月以上来补足储存铁。

贫血患者日常生活中要注意合理膳食，增加富含微量营养素食物的摄入。儿童、孕妇、哺乳期妇女可提高动物性食品和富含维生素 C 水果、蔬菜在饮食中的比重，提高铁的吸收率<sup>[4]</sup>。注意避免高脂肪食物、豆浆、碱性食物、茶、咖啡、含鞣酸多的蔬菜和水果、桃仁、杏仁、海带、萝卜等，以去除减少或抑制铁吸收的因素。

### 参考文献

- [1] 李宁宁.缺铁性贫血[J].人人健康,2023(36):49.
- [2] 缺铁性贫血的症状表现[N]. 上海中医药报,2006-04-14(009).
- [3] 田月,徐蓓,余克富,等.铁剂的药学特性与药学监护[J].临床药物治疗杂志,2022,20(12):13-18.
- [4] 吴雪琴,庄碰霞,连雪娥.缺铁性贫血患者如何科学饮食[N].中国食品报,2022-12-02(003)

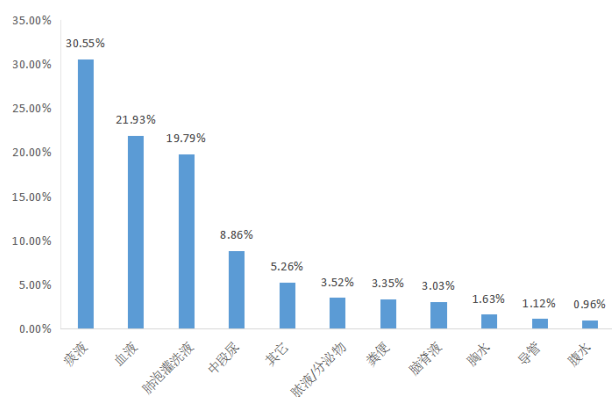
# 细菌耐药监测

## 江西省人民医院 2024 年二季度细菌监测报告

供稿：江西省人民医院检验科

### 一、2024 年第二季度全院标本类型和细菌构成分析

#### 1、2024 年第二季度全院 10711 位患者送检 30333 份微生物学检验标本类型分布



#### 2、2024 年第二季度全院 30333 份送检标本科室及患者数分布对比

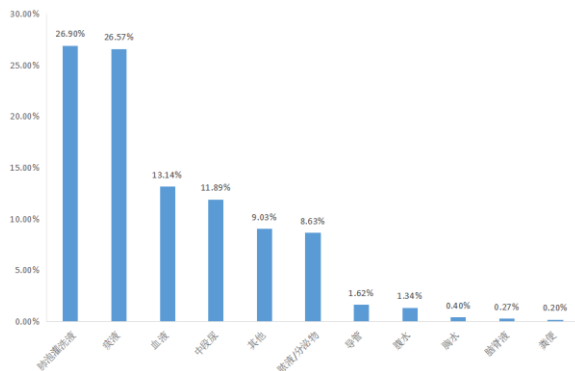
科室	株数量	病人数量	科室	株数量	病人数量	科室	株数量	病人数量
(新区)高血压门诊	4	4	急诊(红)	1	1	心内八科	72	44
(新区)门诊	3	2	急诊icu	1	1	心内二科	123	66
(新区)肿瘤科	1	1	急诊科	1490	133	心内九科	97	43
部质控2	20	18	急诊重症监护(红)	1211	47	心内六科	91	47
产科	463	281	康复医学科	284	80	心内七科	67	30
创伤急救	267	155	老年医学门诊	3	1	心内三科	89	44
儿科	119	100	泌尿外科(爱)	318	238	心内十科	66	30
耳鼻喉科	58	53	泌尿外科(红)	605	390	心内四科	126	73
二部神经内科	427	83	内分泌二区	100	38	心内五科	158	60
二部中西医结合	326	74	内分泌一区	91	54	心内一科	332	64
干呼吸科	1642	177	普外二科	103	45	心内重症监护	613	66
干内分泌科	1	1	普外三科	781	154	心身医学科	3	2
干消化科	1401	157	普外四科	49	27	心胸外一区	342	124
干心内一科	158	37	普外一科	88	48	心脏血管外科	2	2
风湿免疫二区	358	104	器官移植科ICU	587	75	胸外ICU	243	180
风湿免疫一区	365	104	全科医学科	600	108	胸外三科	163	51
妇科	16	10	神内二科	371	106	血液二科	421	114
妇科(红)	104	47	神内三科	204	65	血液一科	151	23
感染性疾病科	700	153	神内四科	144	51	血液重症监护	123	31
骨三科	209	110	神内一科	224	71	眼科	46	19
骨一科	270	98	神内重症监护	593	120	一部A区	201	32
呼吸二科	2068	388	神外二科	316	94	一部B区	546	35
呼吸三区	1879	355	神外一科	118	60	肿瘤二科	170	71
呼吸一科	1100	235	肾内三科	3	2	肿瘤三区	156	69
呼吸重症监护	524	45	肾脏二科	307	105	肿瘤四区	133	64

消化内科	154	69	肾脏一科	255	113	肿瘤五区	108	46
消化内科(红)	370	138	整形科	16	10	肿瘤一科	4	2
门诊(爱)	365	218	正骨科	4	2	重症医学监护(爱)	1593	139
门诊(红)	402	122	胃肠外科(红)	152	62	重症医学监护(红)	1301	152

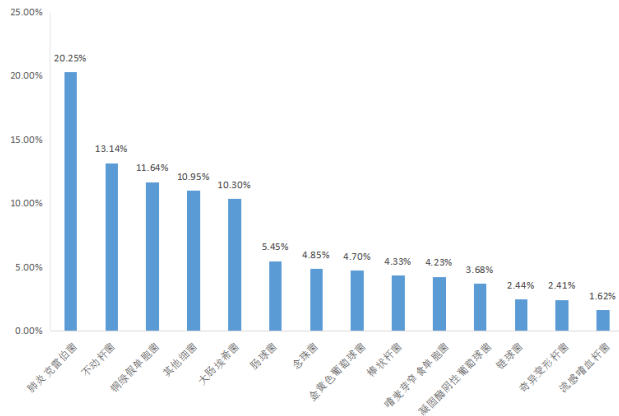
### 3、2024 年第二季度全院 20391 份微生物培养标本送检科室及患者数分布对比

科室	株数量	病人数量	科室	株数量	病人数量	科室	株数量	病人数量
(新区)高血压门诊	4	4	急诊(红)	1	1	心内八科	53	42
(新区)门诊	3	2	急诊icu	1	1	心内二科	108	65
(新区)肿瘤科	1	1	急诊科	983	132	心内九科	65	43
部质控 2	20	18	急诊重症监护(红)	821	47	心内六科	89	47
产科	462	280	康复医学科	158	78	心内七科	40	23
创伤急救	253	155	老年医学门诊	3	1	心内三科	57	41
儿科	119	100	门诊(爱)	280	214	心内十科	45	27
耳鼻喉科	53	52	门诊(红)	399	120	心内四科	106	67
干呼吸科	591	172	泌尿外科(爱)	306	236	心内五科	118	57
干内分泌科	1	1	泌尿外科(红)	586	390	心内一科	256	63
干消化科	557	154	内分泌二区	51	38	心内重症监护	382	66
干心内一科	127	36	内分泌一区	85	53	心身医学科	3	2
二部神经内科	209	73	普外二科	88	44	心胸外一区	204	110
二部中西医结合	197	72	普外三科	759	154	心脏血管外科	2	2
风湿免疫二区	242	104	普外四科	45	26	胸外 ICU	227	178
风湿免疫一区	278	101	普外一科	83	46	胸外三科	100	43
妇科	16	10	器官移植科 ICU	583	75	血液二科	304	113
妇科(红)	100	47	全科医学科	341	106	血液一科	117	23
感染性疾病科	459	147	神内二科	199	103	血液重症监护	77	31
骨三科	180	108	神内三科	137	64	眼科	29	19
骨一科	193	97	神内四科	107	51	一部 A 区	193	32
呼吸二科	813	383	神内一科	126	65	一部 B 区	498	35
呼吸三区	591	328	神内重症监护	513	120	肿瘤二科	147	66
呼吸一科	404	215	神外二科	290	94	肿瘤三区	138	65
呼吸重症监护	237	41	神外一科	112	60	肿瘤四区	121	63
消化内科	149	68	肾内三科	3	2	肿瘤五区	93	46
消化内科(红)	309	137	肾脏二科	200	105	肿瘤一科	3	2
整形科	16	10	肾脏一科	195	111	重症医学监护(爱)	1347	139
正骨科	4	2	胃肠外科(红)	142	59	重症医学监护(红)	1284	152

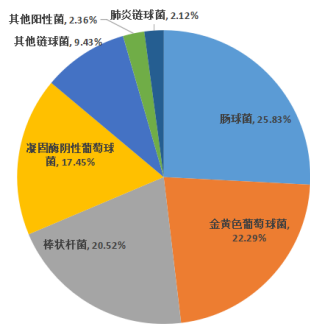
### 4、2024 年第二季度全院分离细菌 4019 株的标本类型分布图



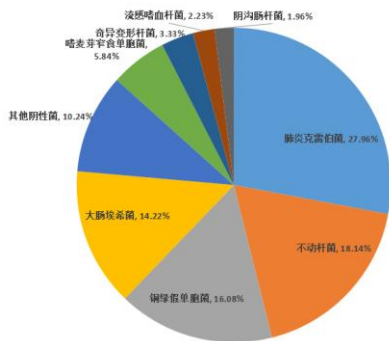
### 5、2024 年第二季度全院分离细菌 4019 株的构成分布



## 6、2024 年第二季度全院分离 848 株 G+菌的分布



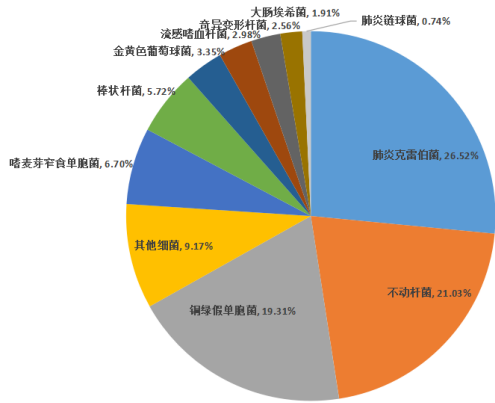
## 7、2024 年第二季度全院分离 2911 株 G-菌的分布



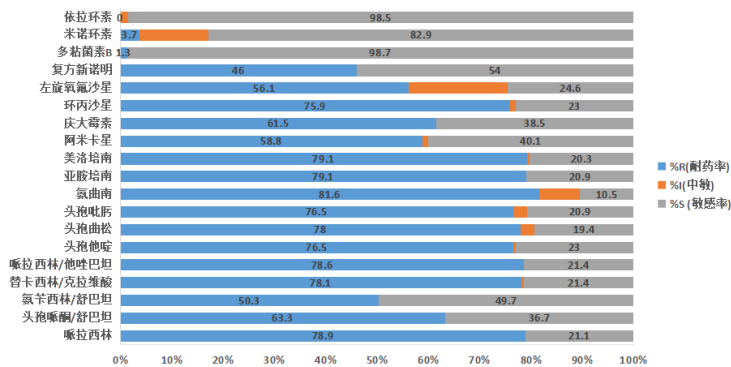
## 二、按照标本类型进行的细菌构成及药敏结果分析

### 1、呼吸道标本细菌构成及药敏分析

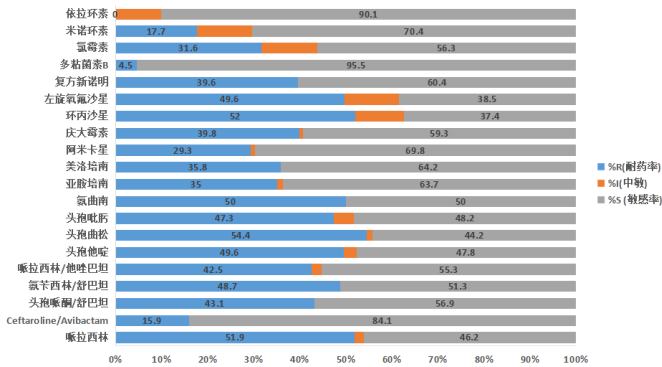
#### 1.1、呼吸道标本分离的 2149 株细菌构成



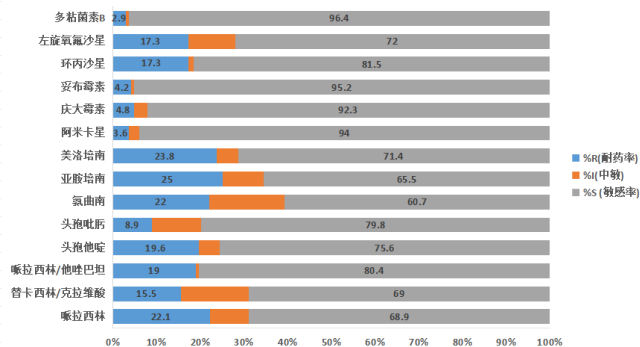
### 1.2、187 株呼吸道标本分离的鲍曼不动杆菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



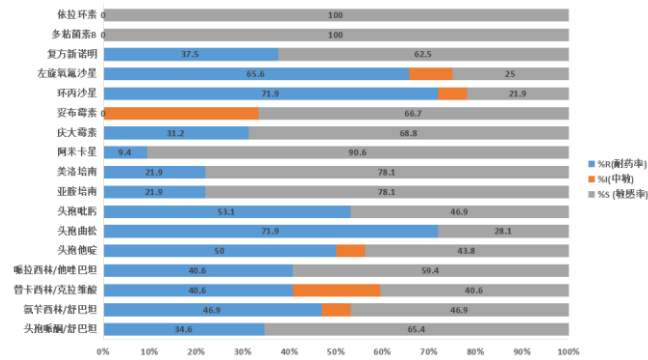
### 1.3、226 株呼吸道标本分离的肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



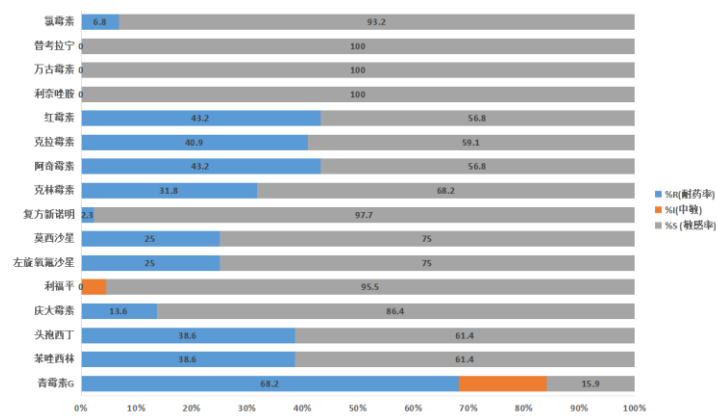
### 1.4、168 株呼吸道标本分离的铜绿假单胞菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



### 1.5、32株呼吸道标本分离出的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

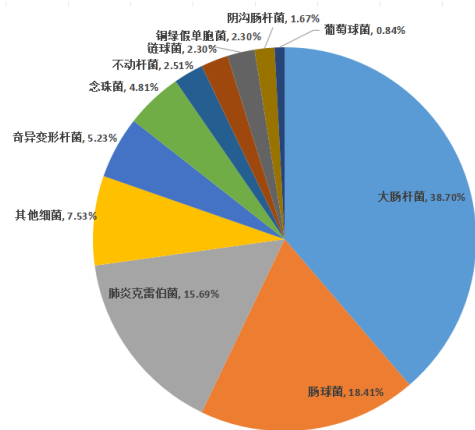


### 1.6、44株呼吸道标本分离出的金黄色葡萄球菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

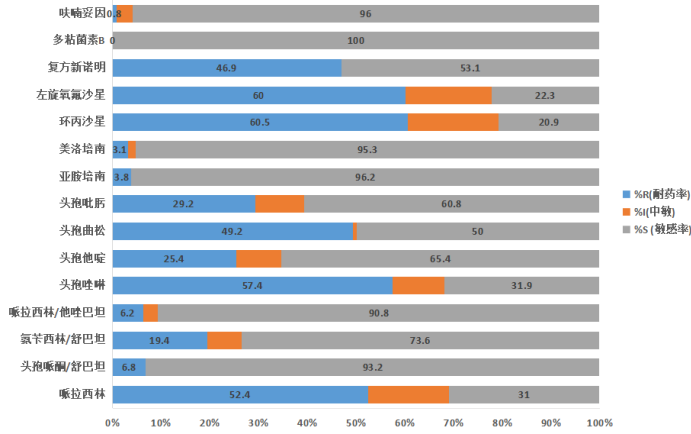


## 2、尿液标本细菌的构成及药敏结果

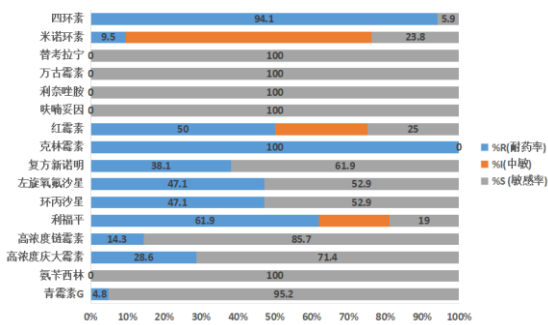
### 2.1、尿液标本分离的 478 株细菌构成



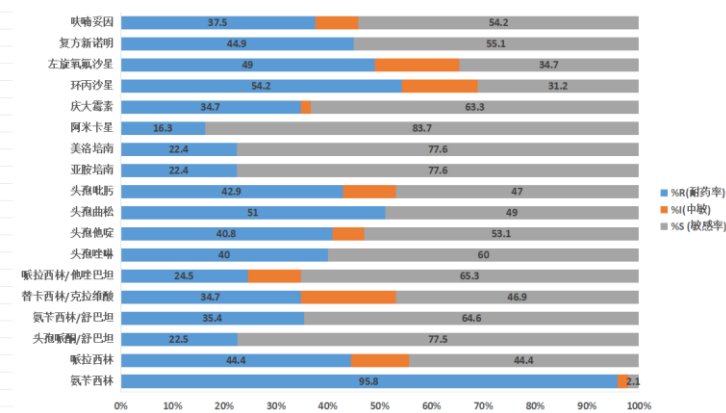
### 2.2、130株尿液标本分离的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



### 2.3、21 株尿液标本分离的粪肠球菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



### 2.4、49 株尿液标本分离的肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



## 3、血液标本细菌构成及药敏结果分析

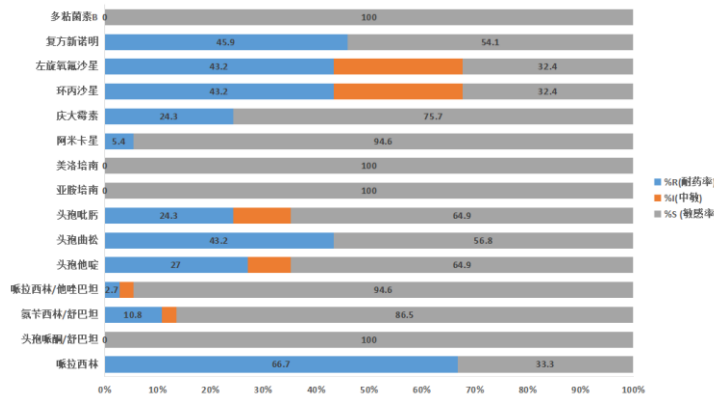
### 3.1、528 株血液标本分离的细菌构成

#### 参考答案

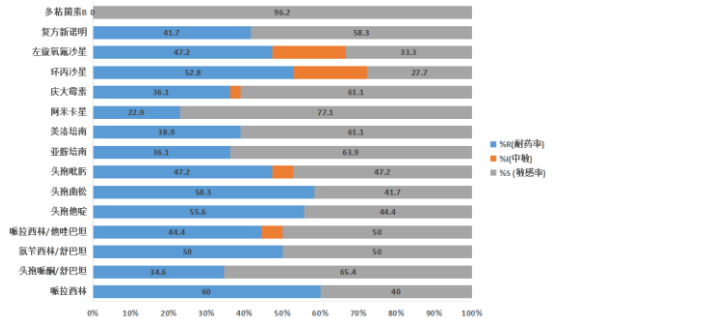
- 1、D 2、A 3、B 4、D 5、B 6、A 7、E 8、D 9、B 10、D 11、C  
12、D 13、E 14、B 15、C 16、C 17、D 18、A 19、C 20、C



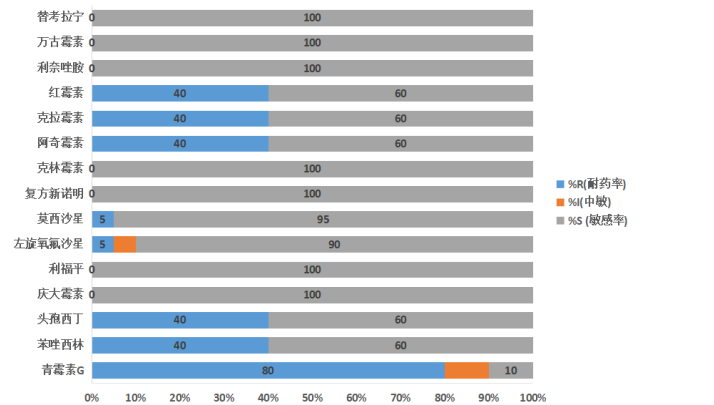
### 3.2、37株血液标本分离的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



### 3.3、36株血液标本分离的肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



### 3.4、20株血液标本分离的金黄色葡萄球菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

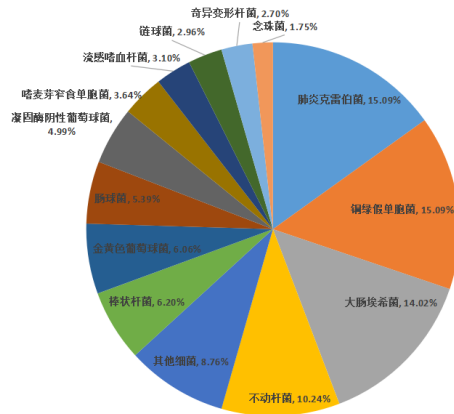


## 三、按照科室专业类别进行细菌构成及药敏分析

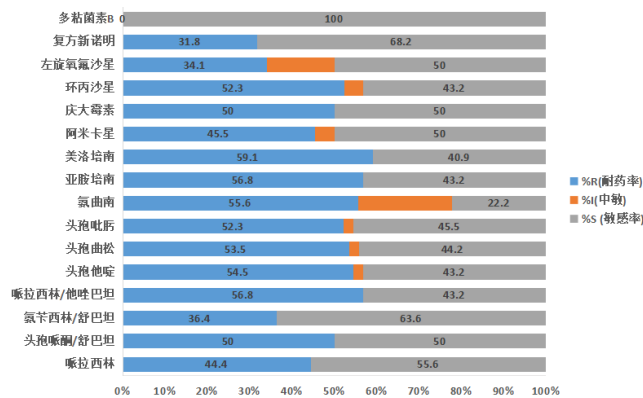
(内科科室包括：呼吸内科、神经内科、肾内科、消化内科、内分泌科和血液科等；外科科室包括：普外科、骨科、心胸外科、心内科和泌尿外科等；老年病科室包括：干部病房一部和干部病房四部；ICU 病区包括急诊科、呼吸科重症监护、神经外科、神内重症监护病区和重症医学科。)

## 1、内科病区细菌构成及药敏结果分析

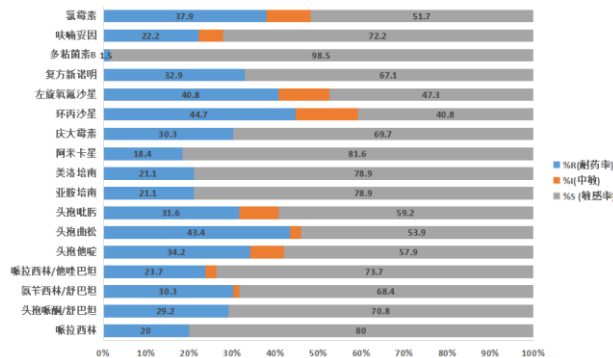
### 1.1、内科送检标本中分离的 742 株细菌构成 (%)



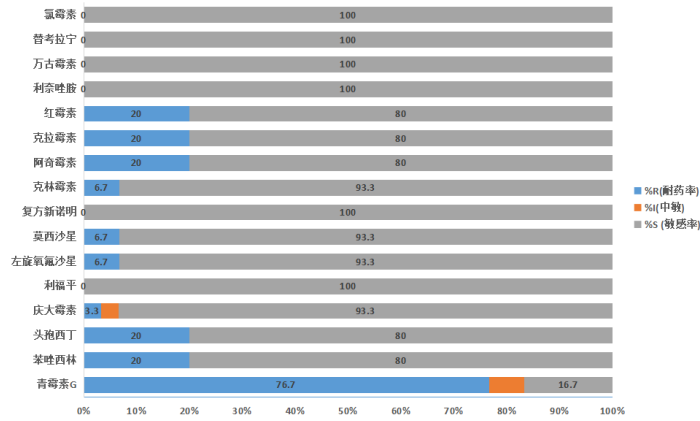
### 1.2、44 株内科送检标本中分离的鲍曼不动杆菌 (剔除掉重复菌株) 药敏结果



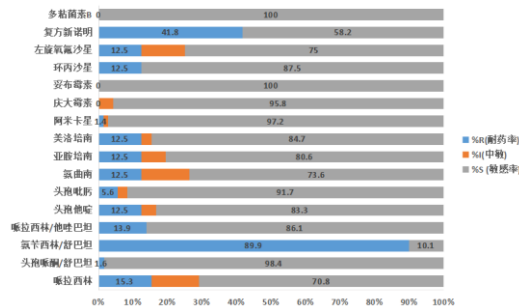
### 1.3、76 株内科送检标本中分离的肺炎克雷伯菌 (剔除掉重复菌株) 药敏结果



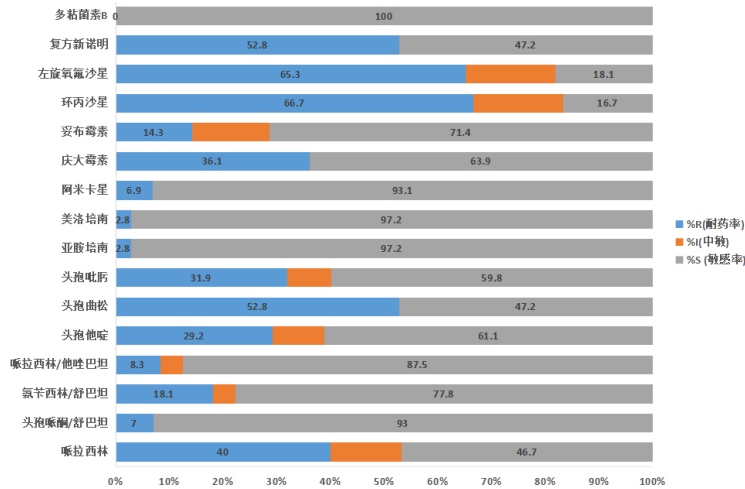
### 1.4、30 株内科送检标本中分离的金黄色葡萄球菌 (剔除掉重复菌株) 药敏结果



1.5、72 株内科送检标本中分离的铜绿假单胞菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

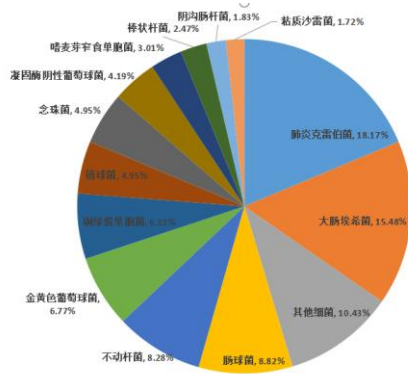


1.6、72 株内科送检标本中分离的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

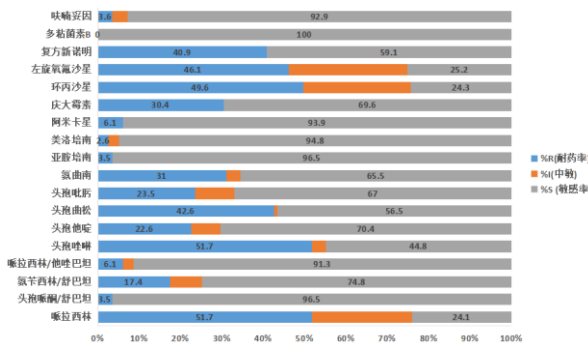


2、外科病区细菌构成及药敏结果分析

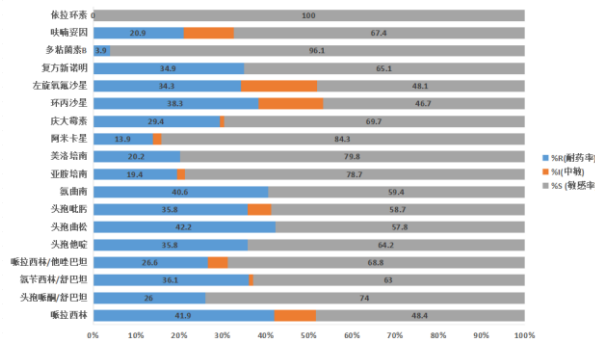
2.1、930 株外科送检标本中分离的细菌构成



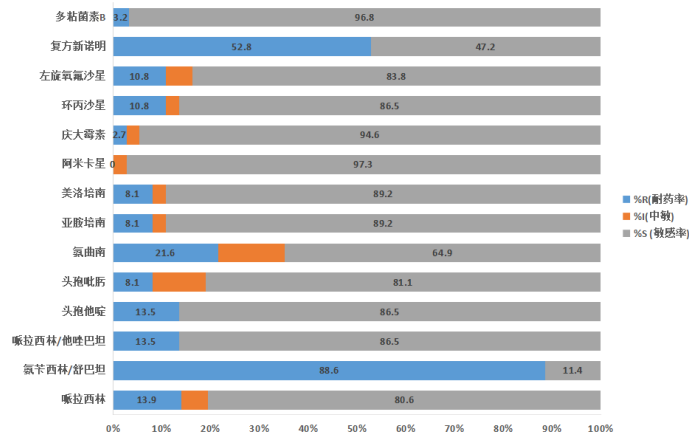
2.2、115 株外科送检标本中分离的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



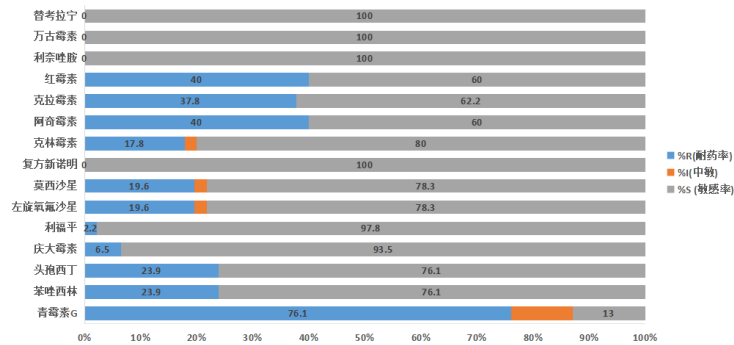
2.3、109 株外科送检标本中分离的肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



2.4、37 株外科送检标本中分离的铜绿假单胞菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

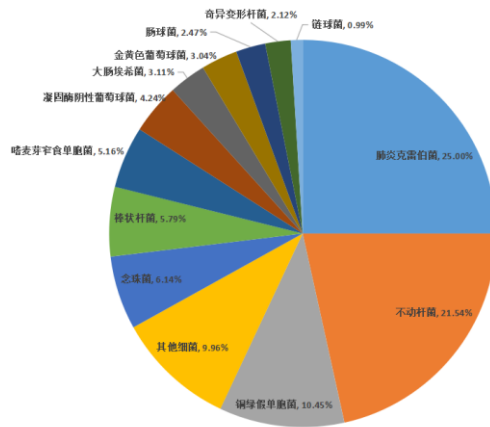


### 2.5、46株外科送检标本中分离的金黄色葡萄球菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

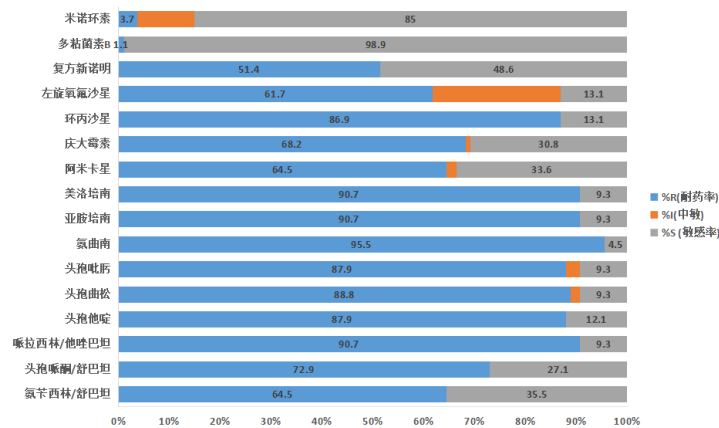


## 3、ICU 病区细菌构成及药敏结果分析

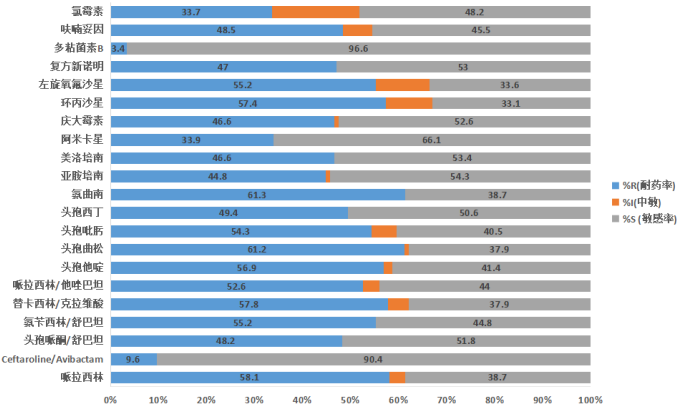
### 3.1、1416株 ICU 送检标本中分离的细菌构成



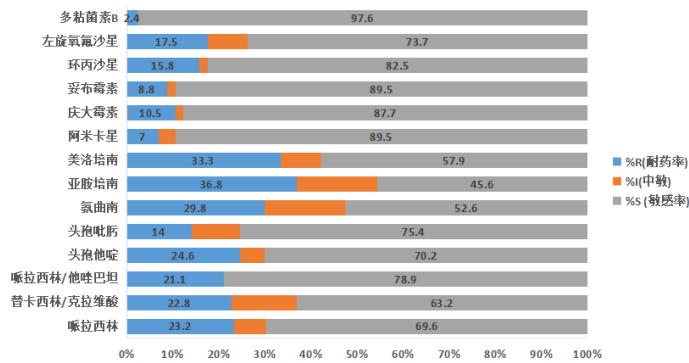
### 3.2、107株 ICU 送检标本中分离的鲍曼不动杆菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



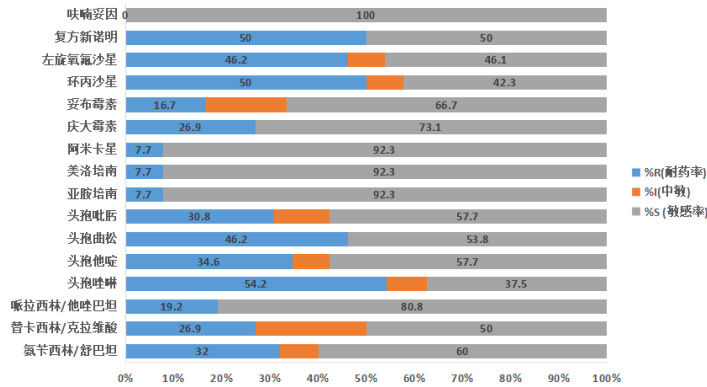
### 3.3、116株 ICU 送检标本中分离的肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



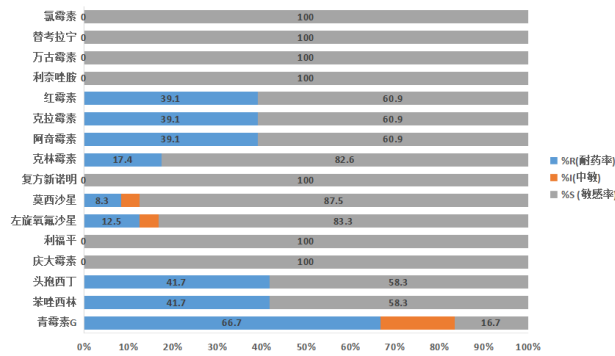
3.4、57株 ICU 送检标本中分离的铜绿假单胞菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



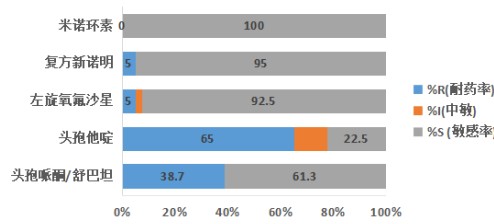
3.5、26株 ICU 送检标本中分离的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



3.6、24株 ICU 送检标本中分离的金黄色葡萄球菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

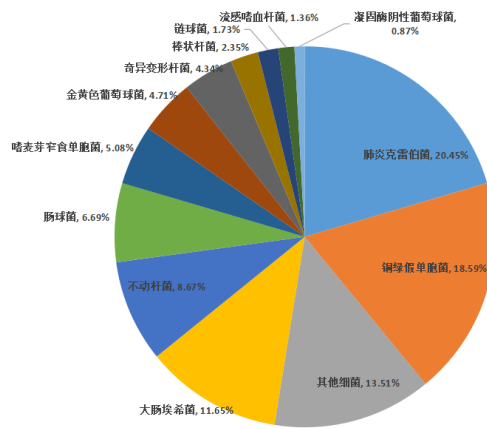


### 3.7、40株 ICU 送检标本中分离的嗜麦芽窄食单胞菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

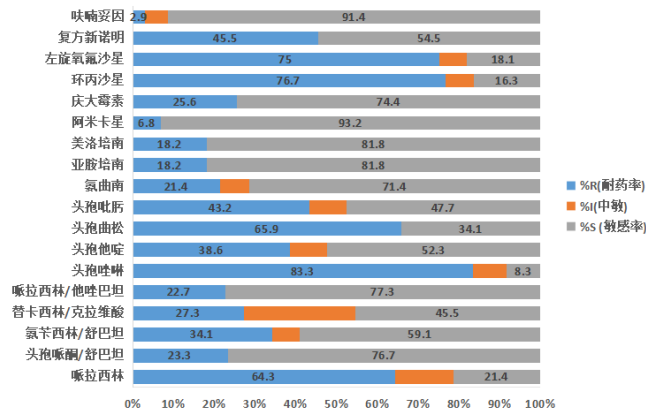


## 4、老年病区细菌构成及药敏结果分析

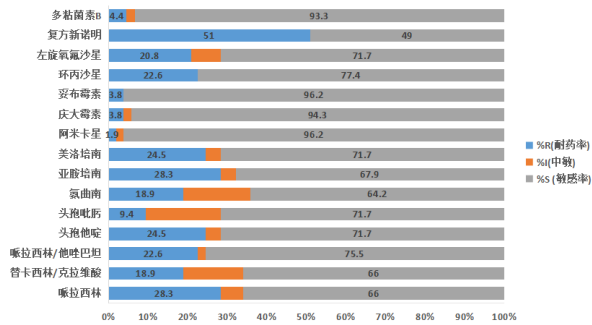
### 4.1、807株老年病区送检标本中分离的细菌构成



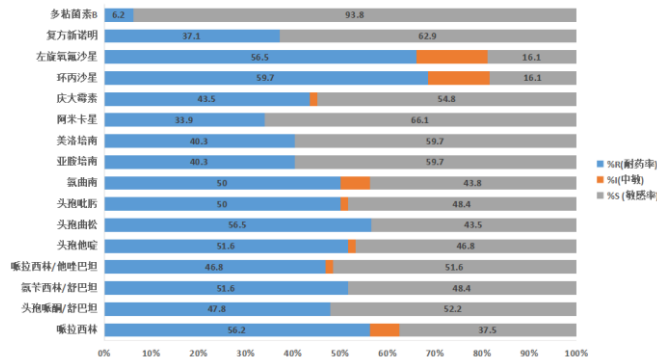
### 4.2、44株老年病区送检标本中分离的大肠埃希菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



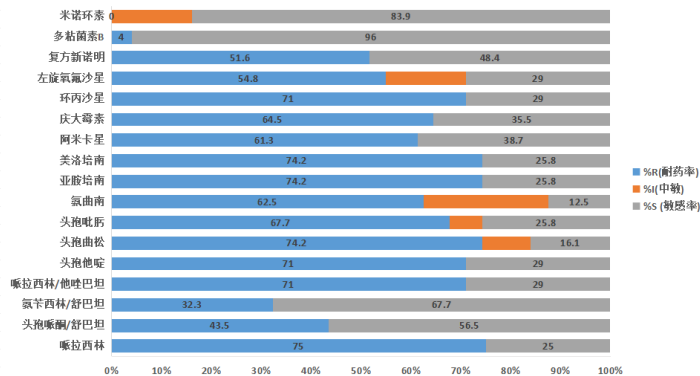
### 4.3、53株老年病区送检标本中分离的铜绿假单胞菌（剔除掉重复菌株）药敏结果



#### 4.4、62 株老年病区送检标本中分离的肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

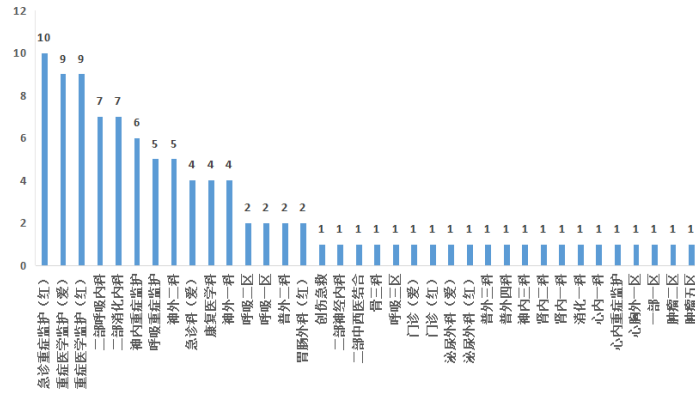


#### 4.5、31 株老年病区送检标本中分离的鲍曼不动杆菌（剔除掉重复菌株）药敏结果

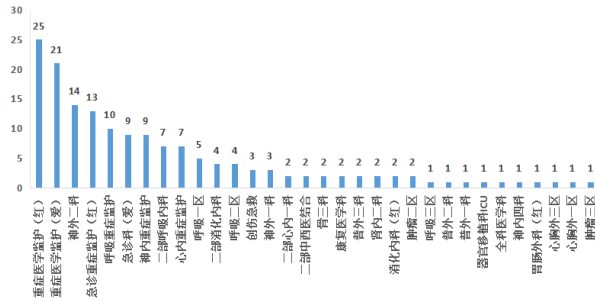


## 四、多重耐药菌分布

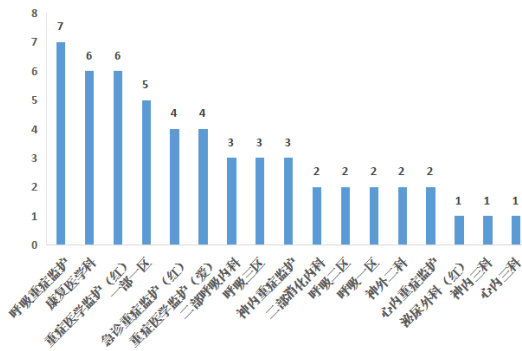
### 1、全院 99 株碳青霉烯耐药肺炎克雷伯菌（剔除掉重复菌株）的科室分布



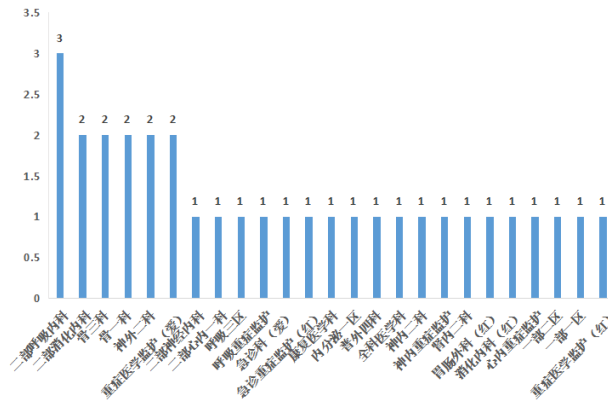
2、全院 160 株碳青霉烯耐药鲍曼不动杆菌（剔除掉重复菌株）的科室分布



3、全院 54 株碳青霉烯耐药铜绿假单胞菌（剔除掉重复菌株）的科室分布



4、全院 32 株 MRSA（剔除掉重复菌株）的科室分布



## 五、总结

2024 年 4-6 月,江西省人民医院检验科微生物室共收到临床各科室送检的微生物检验标本 30333 份;较 2024 年第一季度总送检率减少了 12.42%。直接涂片革兰染色、荧光染色、抗酸染色和墨汁染色标本 9942 份;共计 7176 位患者送检各类培养标本 20391 份。培养生长各类病原微生物 4019 株,分离率较 2024 年第一季度增加了 4.07%。

# 继续教育

## 药学专业继续教育试题

1. 监测他克莫司的血药浓度最宜采用的标本是 ( )
  - A. 红细胞
  - B. 血浆
  - C. 血小板
  - D. 全血
  - E. 血清
2. 既有抗病毒作用又有免疫调节作用的药物是 ( )
  - A. 干扰素
  - B. 拉米夫定
  - C. 利巴韦林
  - D. 泛昔洛韦
  - E. 阿德福韦
3. 药物的首过效应是 ( )
  - A. 药物于血浆蛋白结合
  - B. 肝脏对药物的转化
  - C. 口服药物后对胃的刺激
  - D. 肌注药物后对组织的刺激
  - E. 皮肤给药后药物的吸收作用
4. 关于三相气雾剂叙述不正确的是 ( )
  - A. 可能存在气、液、固三相
  - B. 可以是乳剂型气雾剂
  - C. 可以是混悬剂型气雾剂
  - D. 可以是溶液剂型气雾剂
  - E. 需要加入抛射剂

5. 检测限常按一定信噪比 (S/N) 时相应的浓度或进样量来确定, 该信噪比一般为 ( )
- A. 1:1
  - B. 3:1
  - C. 5:1
  - D. 7:1
  - E. 10:1
6. 胃蛋白酶最适宜的 pH 为 ( )
- A. 2.0 - 3.0
  - B. 2.5 - 7.0
  - C. 1.5 - 7.5
  - D. 5.5 - 7.0
  - E. 7.0 - 8.0
7. 酶原激活是指 ( )
- A. 辅助因子与酶蛋白结合的过程
  - B. 酶原的蛋白质与相应的维生素衍生物的结合过程
  - C. 酶蛋白与别构激活剂结合的过程
  - D. 酶蛋白与金属离子结合的过程
  - E. 酶的活性中心形成或暴露的过程
8. 以下药物中既能阻断  $\alpha$  受体, 又能阻断  $\beta$  受体的是 ( )
- A. 酚妥拉明
  - B. 普萘洛尔
  - C. 吲哚洛尔
  - D. 拉贝洛尔
  - E. 美托洛尔
9. 可首选用于癫痫持续状态的药物是 ( )
- A. 硝西洋
  - B. 地西洋

- C. 佐匹克隆
  - D. 扎来普隆
  - E. 苯巴比妥
10. 下列属于肝药酶诱导剂的是 ( )
- A. 氯霉素
  - B. 异烟肼
  - C. 保泰松
  - D. 苯巴比妥
  - E. 酮康唑
11. 下列属于 M 抗胆碱药且具有中枢抑制作用的是 ( )
- A. 毒扁豆碱
  - B. 山莨菪碱
  - C. 东莨菪碱
  - D. 哌仑西平
  - E. 筒箭毒碱
12. 葡萄糖的转运方式是 ( )
- A. 过滤
  - B. 简单扩散
  - C. 主动转运
  - D. 易化扩散
  - E. 胞饮
13. 苯巴比妥中毒者输注碳酸氢钠的目的主要是 ( )
- A. 纠正和防止酸中毒
  - B. 保护肝脏
  - C. 保护心脏
  - D. 中和药物
  - E. 增加药物排出
14. 患者服用苯巴比妥后次日出现困倦、头昏等现象属于 ( )

- A. 副作用
- B. 后遗效应
- C. 药物依赖性
- D. 特异质反应
- E. 毒性作用

15. 下列属于血容量扩充药的是 ( )

- A. 甘露醇
- B. 50%高糖溶液
- C. 右旋糖酐
- D. 甘油果糖
- E. 山梨醇

16. 主要作用于 S 期的抗肿瘤药物是 ( )

- A. 抗生素类
- B. 烷化剂
- C. 抗代谢类
- D. 长春碱类
- E. 激素类

17. 奥美拉唑特异性地作用于胃粘膜壁细胞, 降低壁细胞中的 ( )

- A.  $H^+$ ,  $Na^+$ -ATP 酶活性
- B.  $H^+$ ,  $K^+$ -ATP 酶活性
- C.  $H^+$ ,  $K^+$ - $Ca^{2+}$ 酶活性
- D.  $H^+$ ,  $K^+$ -ATP 酶活性
- E.  $H^+$ ,  $K^+$ -AMP 酶活性

(18~20 题共用题干)

患者, 男, 64 岁。患高血压病 10 年。近 2-3 年时常下肢水肿, 口服氢氯噻嗪, 症状好转。近期出现心慌、气短、水肿加重, 诊断为原发性高血压、慢性心功能不全、心肌肥大。给予地高辛口服治疗。

18. 患者在服用地高辛和氢氯噻嗪治疗的同时, 应加用 ( )

- A. 卡托普利
  - B. 硝苯地平
  - C. 肼苯哒嗪
  - D. 哌唑嗪
  - E. 普萘洛尔
19. 地高辛的作用特点，错误的是（ ）
- A. 减慢窦性心律
  - B. 增强心肌收缩力
  - C. 增强心肌耗氧量
  - D. 加速迷走神经活性
  - E. 有轻度利尿作用
20. 关于地高辛中毒的解救措施，错误的是（ ）
- A. 对缓慢型心律失常可用阿托品解救
  - B. 对危及生命的严重中毒，可静脉注射地高辛抗体的 Fab 片段
  - C. 对快速型心律失常可补充钙盐
  - D. 对室性心动过速和心室纤颤，可用利多卡因治疗
  - E. 对室性期前收缩，可用苯妥英钠控制

**答案本期找**