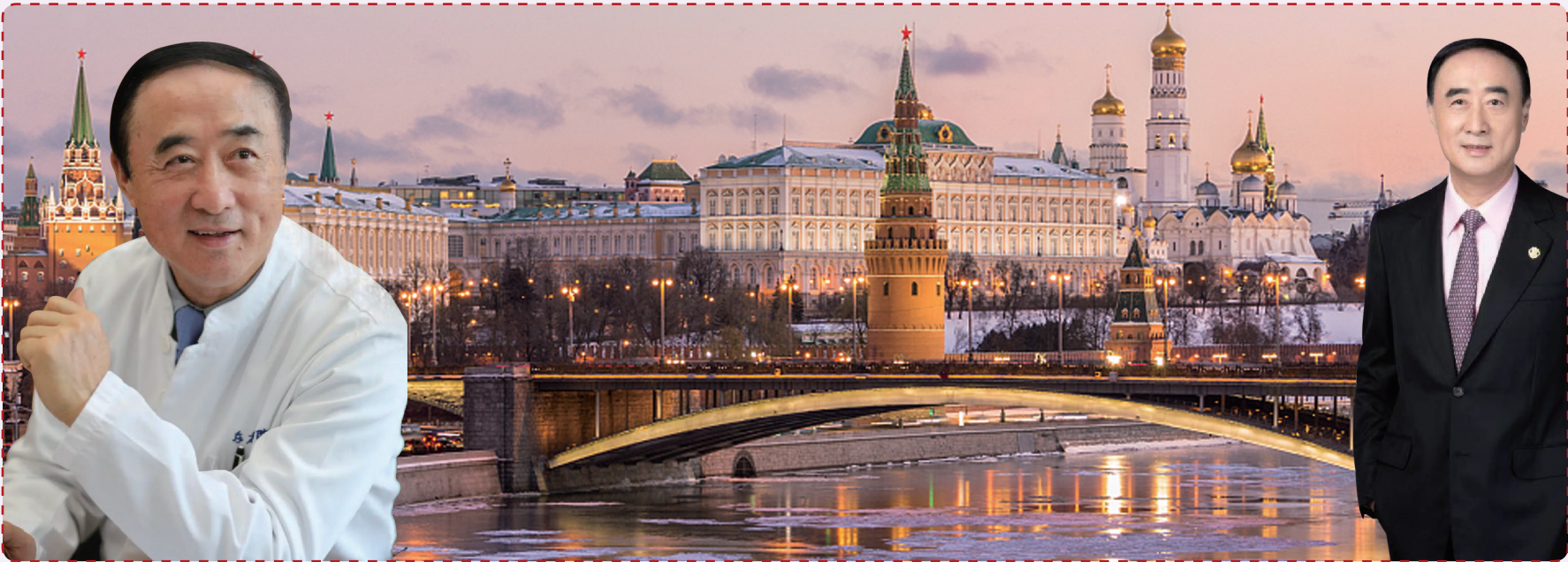


医学参考报

全科医学与精准健康传播专刊
General Practice & Precision Health Communication
第五期 NO.05

铸·仁匠人物篇——刘中民教授

当选为俄罗斯工程院外籍院士



刘中民教授具备 30 余年急危重症和疑难复杂心脏病临床一线诊疗经验，在人工心脏和心肺移植治疗终末期心力衰竭方面经验丰富；牵头承担大张江国家干细胞产业基地和国家干细胞转化资源库、上海干细胞转化研究院建设项目，率先在国内打造集干细胞基础研究、临床研究、产业化于一体的创新产业平台；具有汶川地震等重大灾难救援实战经验，以此为基础创立了中国灾难医学理论与城市应急管理的灾难医学救援体系。以第一完成人获国家科技进步奖二等奖、上海市教学成果奖一等奖及何梁何利基金“科学与技术进步奖”。

同济大学附属东方医院作为中华人民共和国国家卫生健康委员会和俄罗斯联邦卫生部在灾难医学合作项目的落实单位，积极探索“一带一路”沿线国家灾难医学领域的有效合作机制，与俄方共同牵头成立灾难医学救援联盟，加强“一带一路”沿线国家

在灾难医学领域的合作。通过与俄罗斯工程院建立的合作渠道，携手俄方在共同感兴趣的科技领域开展合作，研究商定双方在灾难医学领域的合作计划和项目，并开展相关经验和科研成果交流。
(江华 报道)

导 读

王立祥、王贵强：肥胖日秤好体重——下调体重“已重”管理下篇
2版

心房颤动基层合理用药指南
4版

ДИПЛОМ
ИНОСТРАННОГО ЧЛЕНА
№ 1702
Решением Общего собрания
Российской инженерной академии
от 20 апреля 2022г. Протокол № 16
Лю Чжунминь
избран
ИНОСТРАННЫМ ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ
(АКАДЕМИКОМ)
Российской инженерной академии
Президент
Российской инженерной академии
Главный учёный секретарь
Российской инженерной академии
МОСКВА
2022

Диплома
FOREIGN MEMBER
№ 1702
Resolution of the General Meeting
of the Russian Academy of Engineering
April 20, 2022 Minutes of the meeting №16
Liu Zhongmin
elected
FOREIGN FULL MEMBER
(ACADEMICIAN)
of the Russian Academy of Engineering
President
of the Russian Academy of Engineering
Chief Scientific Secretary
of the Russian Academy of Engineering
МОСКОВ
2022



王立祥、王贵强：肥胖日秤好体重——下调体重“已重”管理下篇



【据人民日报健康客户端 2022 年 5 月报道】题：王立祥、王贵强：肥胖日秤好体重——下调体重“已重”管理下篇（作者王立祥教授等）

肥胖（obesity）是一组常见的代谢性症候群。WHO 早就将肥胖列入疾病名单，并认为是全球最大的成年人慢性健康问题，是心脑血管等重大慢性疾病的危险因素。全球每年因肥胖症死亡的人数高达 400 万，故如何科学体重管理显得尤为重要。《中华精准健康传播专家共识》中指出：“面对当今医学科学的深入发展与日益增长的健康需求，令健康传播工作者难以以专概全；面对当今多元化信息和健康传媒的纷繁复杂，令广大民众难以准确获取且无所适从；面对当今生态环境的

变化莫测，令社会人文健康难以适应而提速更新。”因此，对于体重管理的传播也需要从精准健康传播入手，即要在空间位置上、时间感念中、世间变幻下精炼准确地定位体重管理目标，聚焦机体生理、精神心理、社会伦理的靶点，进行以深耕健康传播资源、细作健康传播途径、感染健康传播受众为内容，建立生命全过程、全方位、全周期、立体式、全链环的体重健康管理传播系统。摘录《中国研究型医院杂志》发布的《〈中华精准健康传播专家共识〉之公民体重管理指南》，现分享《下调体重“已重”管理下篇》。

“下调”主要对体重超重管理及时干预。“已重”即为 BMI ≥ 24.0 kg/m²，或不伴有肥胖相关疾病。尤其 BMI ≥ 28 kg/m² 伴有肥胖相关疾病是急需干预阶段。正如前文提到体重管理涉及多个方面、多项环节、多重因素的影响，在实施过程中应采用标准化、多元化和个性化并重的方法（图 1）。

一、标准“三方”

根据 WHO 定义，健康的减肥方法必须遵循 3 个原则：①减的主要是脂肪，避免水分的流失和肌肉的耗损；②增加肌肉的质量，提高其紧致度和弹性，防止减肥后皮肤和肌肉松弛；③增强内脏主要器官功能，而非仅仅不明显伤害身体。故健康的减肥目标是体重降低 0.5 ~ 1 kg/ 周，快速减肥，会对身体造成伤害。其中改善饮食的营养含量和适度增加体力活动是体重管理的基石，应该视之为标准化的方法。减肥是系统工程，需要 3 个方面：①全面的检测、评估和跟踪的智能化监测系统；②专业的体重管理专家指导；③健康体重专家团队，包括医学、健康管理、营养、心理、运动体能等专家。

1. 评估定方案 在减肥前需完成 23 项肥胖问题问卷和禁忌证选择，填写疾病史、家族史、减肥史、药物史；使用体脂秤测量并获取体重、BMI、代谢评估等个人身体基础数据；将个人体检报告共享给体重管理教练进行分析。体重管理教练分析和评估患者身体数据，如身体健康与疾病状况、肥胖程度、适宜采用的减肥技术等；制定减肥方案（健康管理师制定减肥方案前需要填写方案制定依据）。通常制定减肥方案之前，患者需要在正规医疗机构进行体检，并提供体检报告。针对不同患者情况进行不同方案定制。

（一）标准“三方”

1. 评估定方案：减肥前，需完成23项肥胖问题问卷和禁忌证选择，填写疾病史、家族史、减肥史、药物史；使用体脂秤测量并获取体重、BMI、代谢评估等个人身体基础数据。
2. 干预定方法：减肥过程主要分为3个阶段，即减肥期、平台期、过渡保持期。不同的时期会有针对性的干预措施。
3. 服务定方略：随着人民生活水平提高和方式的改变，肥胖症的发病率不断上升，成为威胁人类健康的重要杀手。

中国研究型医院

Journal of Chinese Research Hospitals

ISSN 2095-5273
CN 10-1271/R
主管：中国研究型医院学会
主办：中国研究型医院学会

2022年6月11日 星期三 首页 期刊简介 编委会 投稿须知 期刊订阅 图书订阅 广告服务 下载中心

中国研究型医院, 2021, 8(2): 68-76 <https://doi.org/10.19450/j.cnki.jcrh.2021.02.017>

本期刊 本期目录 | 过刊浏览 | 高级检索

《中华精准健康传播专家共识》之公民体重管理卫生健康指南

Health guide for weight management of citizens in the consensus of experts on accurate health communication

摘要

相关文章

推荐阅读

Metrics

下载: PDF(989KB)
输出: BibTeX | EndNote (RIS)

摘要 肥胖正成为威胁健康的“杀手”之一，根据《中华精准健康传播专家共识》的中华精准健康传播理念，系统的介绍了从公民体重管理的上防体重“未重”的“预认识”“预警三警”“预防三防”，到中控体重“欲重”的“生理三机”“心理三为”“伦理三信”，再到下调体重“已重”的“标准三方”“多元三调”“个体三变”全要素、全方位、全立体的科学化体重管理体系，为保持健康体重提供科学指导。

关键词：体重 肥胖症 健康促进 健康教育 指南

Abstract: Obesity is evolving into a killer that threat to health. This article is based on the primary connotation of the Chinese accurate and healthy transmission ring in weight management, and systematically introduced the upper control defense bodyweight of the pre-recognition of the "traceability, dynamic, and immediate", the pre-warning of the "indicator, behavior, and mood", and the prevention of "dietary, active, and emotional". The middle-control body weight focus on the physical of "the function of living things, the opportunities of life, and the opportunities of survival", the psychology of "the act of an individual, the act of a spirit, and the act of a society", and the ethics of "the belief of morality, the credit of things, and the beliefs of the culture". Lower control body weight focus on the standard "the evaluation of the scheme, the method of the reservation, and the method of service prescription", the multiple of "the self-regulation, family regulation, and social regulation", and the individual "the change of time, the change of place, and the change of person" to provide a full-element, all-round, all-dimensional scientific body weight management system.

Key words: Body weight Obesity Health promotion Health education Guidebooks

出版日期: 2021-04-15 发布日期: 2021-05-17 整期出版日期: 2021-04-15

通讯作者: 王立祥、王贵强、王玮廷 E-mail: Email:wjlwxs@163.com

引用本文:
中国健康管理协会健康文化委员会 中国研究型医院学会心肺复苏专业委员会 中华医学会科学普及分会. 《中华精准健康传播专家共识》之公民体重管理卫生健康指南[J]. 中国研究型医院杂志, 2021, 8(2): 68-76.

链接本文:
<http://www.chinrhj.com/CN/10.19450/j.cnki.jcrh.2021.02.017> 或 <http://www.chinrhj.com/CN/Y2021/V8/I2/68>

版权所有 © 2020 《中国研究型医院》编辑部

地址：北京市朝阳区安东里甲3号通用国际中心A座2002-2003室 邮编：100022 电话：010-58795682-809 E-mail: crhjam@126.com

本系统由北京玛格泰克科技发展有限公司设计开发

下转第 3 版 ►►

医学参考报

全科医学与精准健康传播专刊

理事长兼总编辑：巴德年 社 长：魏海明
副理事长兼副总编辑：曹雪涛等 副社长：吕春雷
理事会秘书长：周 赞 副社长：周 赞

社 址：北京市西城区红莲南路30号红莲大厦
B0403
邮 编：100055
总 机：010-63265066
网 址：www.yxckb.com

名誉主编：刘中民 殷大奎
顾 问：陈义汉 白岩松
主 编：王立祥
主 审：王永晨 王贵强
执行主编：江 华 汪 茜

副 主 编（按姓氏笔画排序）：

王 仲 王洪武 方力争 吴 浩 邱泽武 宋祖军 张存泰
单志刚 孟庆义 徐增光 唐 芹 鲁 翔

专家编委（按姓氏笔画排序）：

丁 静 丁海霞 王 爽 王 敏 王 慧 王春艳 王荣英

王留义 王朝昕 方宁远 尹朝霞 占伊扬 任菁菁 刘天威
刘永铭 刘铮然 刘维文 刘翠中 杜兆辉 杜振双 李 瑾
李春君 杨秋萍 肖 雪 吴 方 吴 京 汪 浩 汪志良
张 韬 张宜民 陈 红 陈 晨 陈 巍 易春涛 罗轶玮
单海燕 宗建平 茹晋丽 柳 晖 费爱华 姚晨姣 顾 耘
顾申红 徐仲卿 高艳霞 唐 岚 唐国宝 崔丽萍 阎渭清
梁兴伦 葛剑力 蒋静涵 韩 静

编辑部主任：胡 蓉

编 辑（按姓氏笔画排序）：

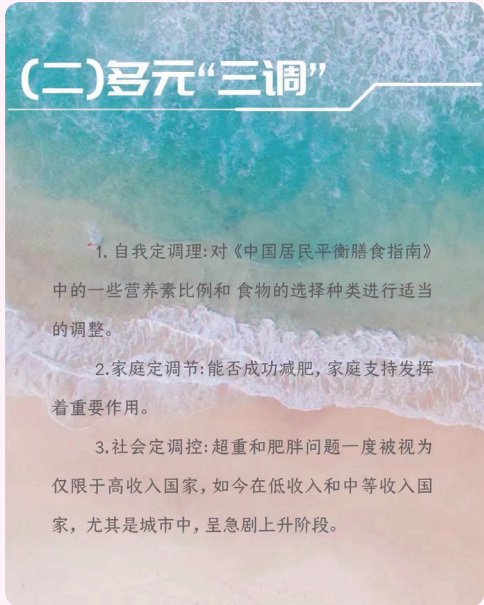
王 娇 史 宇 何 平 耿莎莎

上接第 2 版

2. 干预定方法 减肥过程主要分为 3 个阶段，即减肥期、平台期、过渡保持期。不同的时期会有针对性的干预措施。

3. 服务定方略 自改革开放以来，随着人民生活水平的提高和生活方式的改变，肥胖症的发病率不断上升，成为威胁人类健康的重要杀手。有报道，40 年时间全球肥胖人口从 1.05 亿升至 6.41 亿，且青少年的肥胖呈现上升趋势。

因此，健康体重应是以管理体重为目的，从人体代谢的角度出发，以健康概念为基础，体重管理教练运用医学、健康管理学等相关学科的理论、技术和方法，对人体成分、食物摄入、水分及运动量实时监测记录，对参与体脂代谢的脂类、糖类、蛋白质、无机盐代谢的相关生化指标（三酰甘油、胆固醇、血浆脂蛋白、血糖、胰岛素等）进行检测与评估，动态监测脂类代谢产物（尿酸），对饮食营养、运动、心理、睡眠等方面给予指导与干预，结合人工智能技术，运用大数据分析生成体脂代谢管理方案，并制订合理的、可行的、针对代谢状态的个体化干预与代谢调控方案，促进机体的代谢平衡。



重和肥胖的人应进行多样性的系列体育活动，因为不同类型的活动对健康的作用不同。例如，有氧运动不仅对心脏和肺有益，也有助于降低各种非传染性疾病的风险。

1. 自我定调理 对于减肥人群来说，需要对《中国居民平衡膳食指南》中的一些营养素比例和食物的选择种类进行适当的调整。想要达到减肥目的，需要通过饮食和运动相结合，形成合理的热量盈缺，即摄入热量小于热量消耗。在满足热量限制的前提下，再进行营养摄食。通常 3 餐能量的分配比例是早餐 30%、午餐 40%、晚餐 30%，即 3：4：3。对于肥胖者特别是中度肥胖者建议将其比例调整为 4：4：2 或 4：5：1，晚餐完全可以采用半饥饿疗法，能量摄入量为 150 ~ 200 kcal。

2. 家庭定调节 肥胖人群能否成功减肥，家庭支持发挥着重要作用。家庭对于减肥者心理干预可采用策略性影响方法，即运用关于行为矫正的方法和技术来解决心理问题并规范行为。肥胖者在不同的减肥时期会遇到犹豫、焦虑、担心、放弃等不同的心理问题，家庭成员及时关注并干预心理状态将会达到事半功倍的效果（图 2）。

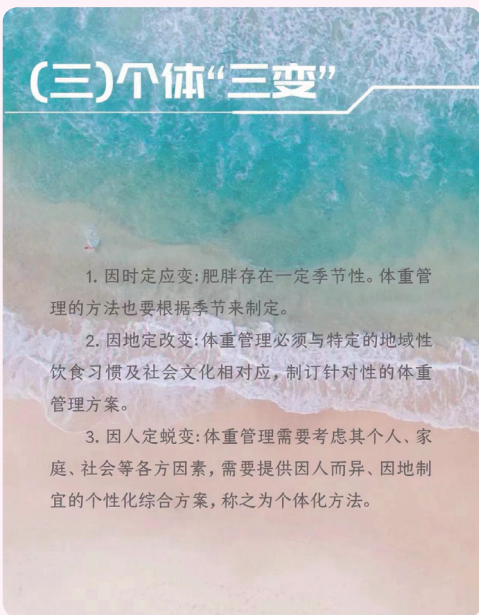
3. 社会定调控 超重和肥胖问题一度被视为仅限于高收入国家，如今在低收入和中等收入国家，尤其是城市中，呈急剧上升趋势。体重不正常人群数量急剧增加导致绝大多数人处在亚健康或不健康状态，整个社会的健康水平明显下降。因此，体重管理需要社会环境的支持。社会环境对体重的影响体现在生活的方方面面，如卫生、农业、交通、城市规划、生活环境、食品加工、生态、市场、教育等。交通方面，特别是城市应当保证合理的自行车道和步行街道布局，保障人们上下班和外出时骑自行车和步行的自由，增加体力活动，利于体重管理；食品加工方面，食品生产过程中不要过精过细，尽量减少加工食品中脂肪、糖和盐的含量；所有的进餐点要保证供给健康的食品；工作区域，社区应鼓励建设并营造健身环境。

三、个体“三变”

1. 因时定应变 肥胖存在一定季节性表现。体重管理的方法也要根据季节来制定。人类是恒温动物，在外界寒冷时人体能通

二、多元“三调”

体重管理涉及各种因素交织，改善饮食和增加体力活动的标准化方法常常难以实施，更无法达到目标，继而发展衍生出多种减肥方法即为多元化方法，如低能量的代餐、膳食补充剂、低糖饮食、低盐低脂饮食、素食（低脂高碳水化合物）饮食等。还有间歇性断食、辟谷（中医）等能量限制饮食方法。增加体力活动有减肥训练营、减肥俱乐部、健走团等。有研究者认为超



3. 因人定蜕变 针对个体的体重管理需要考虑其个人、家庭、社会等各方因素，需要提供因人而异、因地制宜的个性化综合方案，称之为个体化方法，包括个性化指导、心理干预、药物治疗、手术治疗等。超重或肥胖患者的体重干预应当根据身体情况结合健康管理师的专业指导进行，其中，并非所有患者都适合减肥，特殊疾病患者所采取的干预方法也各有差异。

（耿莎莎 报道）

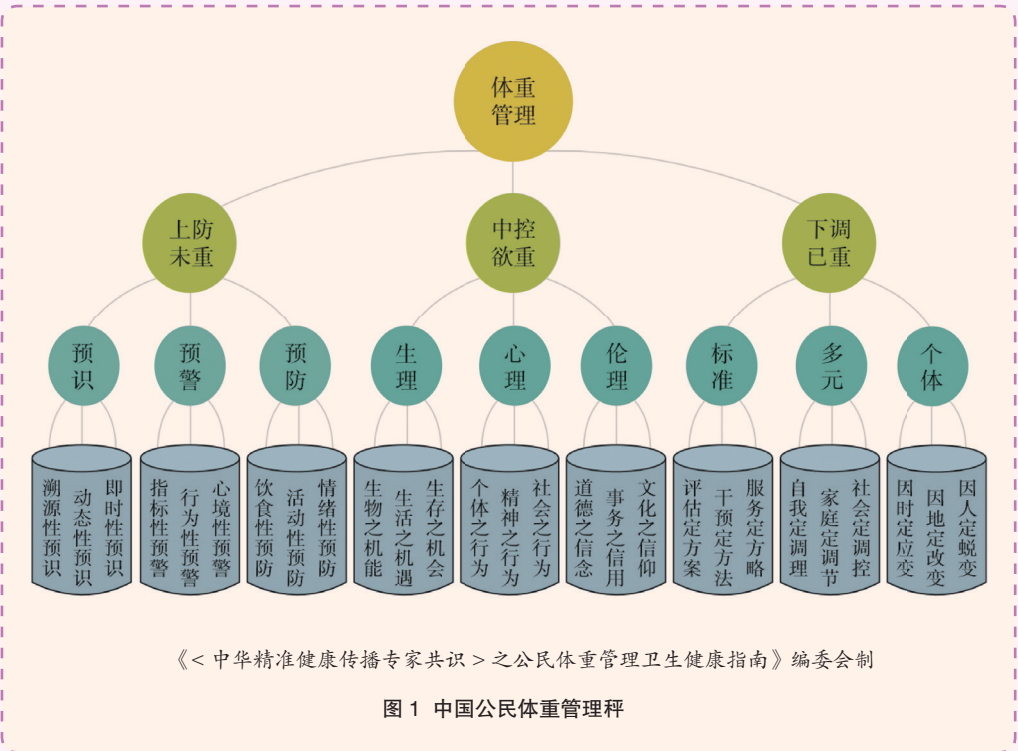


图 1 中国公民体重管理秤

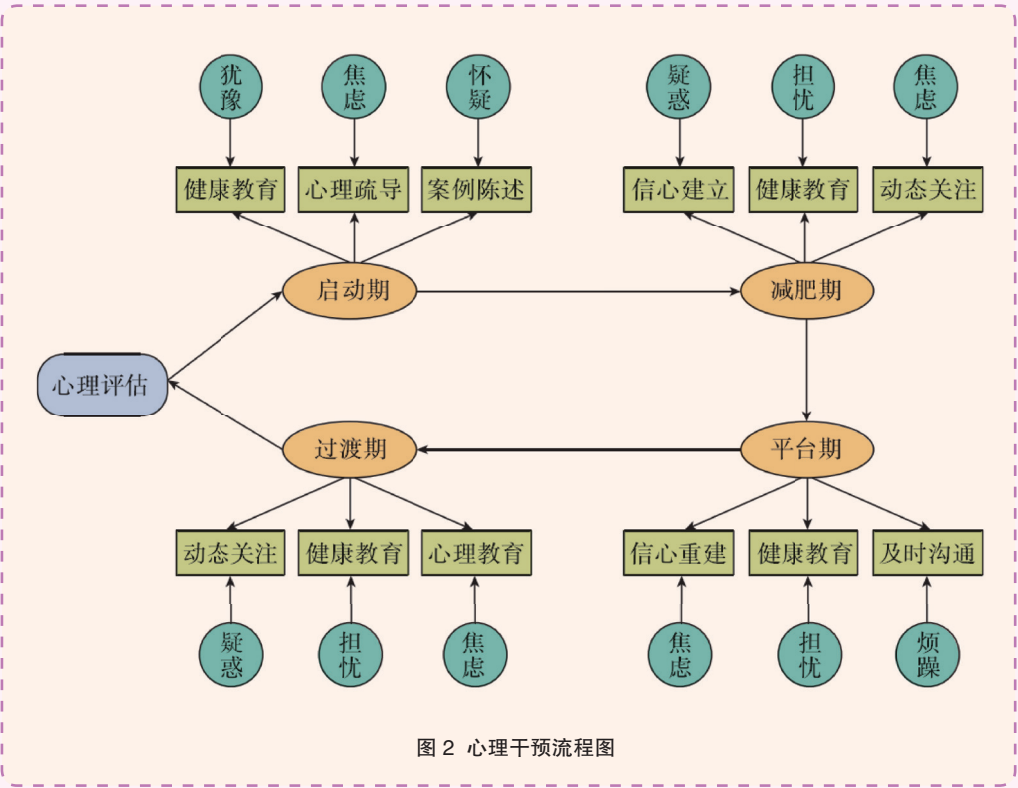
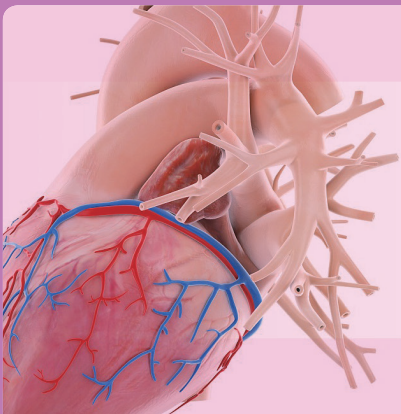


图 2 心理干预流程图



心房颤动基层合理用药指南

【据《中华全科医师杂志》2021年2月报道】题：心房颤动基层合理用药指南（作者中华医学会等）

一、疾病概述

心房颤动（atrial fibrillation）是一种常见的心律失常，是指规则有序的心房电活动丧失，代之以快速无序的颤动波，是严重的心房电活动紊乱。心房颤动在心电图上主要表现为P波消失，代之以不规则的心房颤动波；RR间期绝对不规则。心房颤动使心房失去有效的收缩与舒张，伴有快速或缓慢心室率，导致心脏泵血功能下降，心房内附壁血栓形成。其常见的临床症状包括心慌、胸闷、运动耐量下降。器质性心脏病发生心房颤动的症状较重，当心室率>150次/min时还可诱发冠心病患者出现心绞痛发作、二尖瓣狭窄患者发生急性肺水肿、心功能受损患者发生急性心力衰竭。

二、药物治疗原则

心房颤动的主要药物治疗包括预防患者发生卒中风险的抗凝治疗、改善患者症状、降低心室率的药物治疗，以及恢复并维持窦性心律的抗心律失常药物治疗。见表1。

1. 心房颤动患者最严重的并发症是脑卒中等血栓性疾病的发生，随机对照研究表明，维生素K拮抗剂华法林可使心房颤动患者卒中发生率降低64%。非维生素K拮抗口服抗凝药为心房颤动血栓预防提供了更安全有效的选择，包括直接凝血酶抑制剂达比加群酯、Xa因子抑制剂利伐沙班等。不推荐抗血小板

药物（如阿司匹林、氯吡格雷）用于心房颤动患者的血栓栓塞的预防。

2. 心室率控制是心房颤动管理的主要策略，也是治疗的基本目标之一，能够明显改善心房颤动相关症状。对于无心力衰竭或低血压，不伴有预激综合征的心房颤动患者，心室率控制的常用药物包括β受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙离子拮抗剂地尔硫草和维拉帕米。而对于急性心力衰竭伴快速心室率心房颤动的患者，可选用胺碘酮或洋地黄类药物。

3. 恢复并维持窦性心律的抗心律失常药物治疗是改善心房颤动患者症状的主要治疗措施，主要的药物包括Ⅰc类（如普罗帕酮）、Ⅲ类抗心律失常药（如胺碘酮、伊布利特、索他洛尔）等。

三、治疗药物

（一）美托洛尔

1. 药品分类：Ⅱ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于心房颤动控制心室率。

3. 禁忌证：禁用于心源性休克；病态窦房结综合征；二、三度房室传导阻滞；不稳定的、失代偿性心力衰竭患者（肺水肿、低灌注或低血压）；有症状的心动过缓或低血压；心率<45次/min、PQ间期>0.24s或收缩压<100mmHg（1mmHg=0.133kPa）的怀疑急性心肌梗死的患者；伴有坏疽危险的严重外周血管疾病患者；对本品中任何成分或其他β受体阻滞剂过敏者。

4. 不良反应及处理：常见不良反应为心动过缓、心脏传

导阻滞、心力衰竭、低血压、皮肤瘙痒、胃肠道反应、头晕、乏力、抑郁等。一般不需要特殊处理。

5. 剂型和规格：（酒石酸盐）片剂，25mg/片、50mg/片；（酒石酸盐）注射液，5ml：5mg。

6. 用法和用量：
（1）口服。25~50mg/次、2~3次/d，或100mg/次、2次/d。最大剂量一日不应超过400mg。

（2）静脉注射。成人剂量5mg，用葡萄糖稀释后，以1~2mg/min速度缓慢静脉注射，如病情需要5min后重复注射1次，视病情而定，总剂量不超过10mg。

7. 药物代谢动力学：美托洛尔的生物利用度为40%~50%。在服药1~2h达到最大的β受体阻滞作用。1次/d口服100mg后，对心律的作用在12h后仍显著。血浆半衰期为3~5h。约5%的美托洛尔以原形由肾排泄，其余均被代谢。

8. 药物相互作用：美托洛尔应避免与巴比妥类药物、普罗帕酮、维拉帕米合并使用。当与下列药物合并使用时可能需要调整剂量：胺碘酮、Ⅰ类抗心律失常药物、非甾体类抗炎药（NSAID）、苯海拉明、地尔硫草、肾上腺素、苯丙醇胺、奎尼丁、可乐定。应严密监控同时接受其他β受体阻滞剂（如噻吗洛尔滴眼液等）或单胺氧化酶（MAO）抑制剂的患者。接受β受体阻滞剂治疗的患者，吸入麻醉会增加心脏抑制作用。接受β受体阻滞剂治疗的患者应重新调整口服降糖药的剂量。若与西咪替丁或胍屈嗪

合用，美托洛尔的血浆浓度会增加。

（二）艾司洛尔

1. 药品分类：Ⅱ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于心房颤动时控制心室率。

3. 禁忌证：禁用于支气管哮喘或有支气管哮喘病史；严重慢性阻塞性肺病；窦性心动过缓；二、三度房室传导阻滞；难治性心功能不全；心源性休克；对艾司洛尔过敏者。

4. 不良反应：心血管系统常见不良反应为低血压、心动过缓、传导阻滞、外周灌注不足的症状；神经系统常见不良反应为头痛、头晕、嗜睡、乏力、惊厥等；呼吸系统常见不良反应为支气管痉挛、呼吸困难；消化系统不良反应为恶心、呕吐、消化不良、便秘、口干、腹部不适等。注射部位可发生炎症反应，表现为水肿、红斑、烧灼感、血栓性静脉炎和外渗性皮肤坏死。大多数不良反应为轻度、一过性。最重要的不良反应是低血压。使用艾司洛尔单纯控制心室率有发生死亡的报道。

5. 剂型和规格：注射液，1ml：0.1g、2ml：0.2g、10ml：0.1g。

6. 用法和用量：成人使用本品时，起始静脉注射负荷量为0.5mg/（kg·min），约1min，随后静脉滴注维持，剂量自0.05mg/（kg·min）开始，4min后若疗效理想则继续维持，若疗效不佳可重复给予负荷量并将维持量以0.05mg/（kg·min）的幅度递增。维持量最大可加至0.3mg/（kg·min），但0.2mg/（kg·min）

以上的剂量未显示能带来明显的好处。

7. 药物代谢动力学：艾司洛尔在体内代谢迅速，不受代谢组织（如肝、肾）的血流量影响，半衰期短，通过持续静脉滴注可维持稳态血药浓度。在体内代谢为酸性代谢产物和甲醇，在用药后24h内，73%~88%的药物以酸性代谢产物形式由尿排出，仅2%以原形由尿排出。艾司洛尔约55%与血浆蛋白结合，其酸性代谢产物10%与血浆蛋白结合。

8. 药物相互作用：艾司洛尔与交感神经节阻断剂合用，会有协同作用，应防止发生低血压、心动过缓、晕厥；与华法林合用，艾司洛尔的血药浓度可能会升高，但临床意义不大。与地高辛合用时，地高辛血药浓度可升高10%~20%；与吗啡合用时，艾司洛尔的稳态血药浓度会升高46%；与琥珀胆碱合用可延长琥珀胆碱的神经肌肉阻滞作用5~8min；艾司洛尔会降低肾上腺素的药效；艾司洛尔与维拉帕米合用于心功能不良患者会导致心脏停搏。

（三）普萘洛尔

1. 药品分类：Ⅱ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于洋地黄疗效不佳的心房扑动、心房颤动心室率的控制。

3. 禁忌证：禁用于支气管哮喘；心源性休克；二、三度房室传导阻滞；重度或急性心力衰竭；窦性心动过缓者。

4. 不良反应：应用本品可出现眩晕、神志模糊（尤见于老年人）、精神抑郁、反应迟钝等中枢神经系统不良反应；头昏（低血压所致）；心动过缓（<50次/min）；较少见的有支气管痉挛及呼吸困难、充血性心力衰竭；更罕见的有发热和咽痛（粒细胞缺乏）、皮疹（过敏反应）、出血倾向（血小板减少）；不良反应持续存在时，须格外警惕雷诺征样四

表1 心房颤动的药物治疗

用药指征	药物种类	推荐药物
心房颤动急性发作时控制快速心室率	Ⅱ类(β受体阻滞剂)抗心律失常药 Ⅳ类(非二氢吡啶类钙拮抗剂)抗心律失常药 洋地黄类抗心律失常药	美托洛尔、艾司洛尔、普萘洛尔 地尔硫草、维拉帕米 去乙酰毛花苷、地高辛
复律	Ⅰc类(钠通道阻滞剂)抗心律失常药 Ⅲ类(钾通道阻滞剂)抗心律失常药	普罗帕酮 胺碘酮、伊布利特、索他洛尔
预防心房颤动引起的血栓栓塞	抗凝药	华法林、达比加群酯、利伐沙班、肝素、低分子肝素

上接第 4 版

肢冰冷、腹泻、倦怠、眼口或皮肤干燥、恶心、指趾麻木、异常疲乏等。

5. 剂型和规格：片剂，10 mg/片。

6. 用法和用量：

（1）成人：10 ~ 30 mg/次、3 ~ 4 次/d。饭前、睡前服用。

（2）儿童：根据体重计算用量，0.5 ~ 1.0 mg/（kg·d），分次口服。

7. 药物代谢动力学：本药口服吸收率约 90%。5 h 达血药峰浓度，血浆蛋白结合率 90% ~ 95%，在肝脏广泛代谢。口服半衰期为 3.5 ~ 6.0 h，经肾脏排泄，包括大部分代谢产物及小部分（< 1%）原形。

8. 药物相互作用：与利血平、洋地黄、钙拮抗剂、拟交感胺类、氟哌啶醇等药物有相互作用，需严密观察。与氢氧化铝凝胶、氯丙嗪、甲状腺素、降糖药、苯妥英钠、苯巴比妥和利福平等合用时需调整药物剂量。

（四）地尔硫草

1. 药品分类：Ⅳ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于心房颤动控制心室率。

3. 禁忌证：禁用于病态窦房结综合征或二、三度房室传导阻滞（已安置心脏起搏器者除外）；低血压（收缩压 < 90 mmHg）；对地尔硫草过敏者。

4. 不良反应：常见的不良反应有浮肿、头痛、恶心、眩晕、皮疹、无力。罕见的不良反应如下。

（1）心血管系统：房室传导阻滞、心动过缓、束支传导阻滞、充血性心力衰竭、心电图异常、低血压、心悸、晕厥、心动过速、室性早搏。

（2）神经系统：多梦、遗忘、抑郁、步态异常、幻觉、失眠、神经质、感觉异常、性格改变、嗜睡、震颤。

（3）消化系统：厌食、便秘、腹泻、味觉障碍、消化不良、口渴、呕吐、体重增加、碱性磷酸酶、乳酸脱氢酶、谷草转氨酶、谷丙转氨酶轻度升高。

（4）皮肤：瘀点、光敏感、瘙痒、荨麻疹。

5. 剂型和规格：片剂，30 mg/片。

6. 用法和用量：口服，起始剂量 30 mg/次、4 次/d，餐

前及睡前服药，每 1 ~ 2 天增加 1 次剂量，直至获得最佳疗效。平均剂量范围为 90 ~ 360 mg/d。

7. 药物代谢动力学：口服后通过胃肠道吸收较完全，有较强的肝脏首过效应，生物利用度为 40%。血浆蛋白结合率为 70% ~ 80%。体内代谢完全，仅 2% ~ 4% 以原形随尿液排泄。血浆消除半衰期为 3.5 h。

8. 药物相互作用：本品与普萘洛尔、西咪替丁、地高辛、麻醉药、卡马西平、环孢菌素、利福平、三唑仑和米达唑仑等有相互作用，在开始或停止合用时需调整药物剂量。

（五）维拉帕米

1. 药品分类：Ⅳ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于心房颤动控制心室率。

3. 禁忌证：禁用于严重左心室功能不全；低血压（收缩压 < 90 mmHg）或心源性休克；病态窦房结综合征（已安装心脏起搏器患者除外）；二或三度房室阻滞（已安装心脏起搏器患者除外）；心房扑动或心房颤动患者合并房室旁路通道；已知对盐酸维拉帕米过敏的患者。

4. 不良反应及处理：便秘，眩晕，恶心，低血压，头痛，外周水肿，充血性心力衰竭，窦性心动过缓，房室传导阻滞，皮疹，乏力，心悸，转氨酶升高，伴或不伴碱性磷酸酶和胆红素的升高，这种升高有时是一过性的，甚至继续使用维拉帕米仍可消失。

5. 剂型和规格：片剂，40 mg/片；注射剂，2 ml：5 mg。

6. 用法和用量：

（1）口服。成人起始剂量为 40 ~ 80 mg/次、3 ~ 4 次/d，按需要及耐受情况可逐日或逐周增加剂量，一日总量一般在 240 ~ 480 mg；成人处方极量一日 480 mg。

（2）静脉注射。用于治疗快速室上性心律失常，必须在连续心电监测下进行，于 2 ~ 3 min 内注射 5 ~ 10 mg，必要时 5 ~ 10 min 后可再给 5 mg。对老年患者，为减轻不良反应，上述剂量经 3 ~ 4 min 缓慢注入。

（3）静脉滴注。加入氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注，5 ~ 10 mg/h。一日总量不超过 50 ~ 100 mg。

（4）肝、肾功能损害的

患者慎用维拉帕米。严重肝功能不全时维拉帕米的清除半衰期延长至 14 ~ 16 h，该类患者只需服用正常剂量的 30%。

7. 药物代谢动力学：口服后 90% 以上被吸收，1 ~ 2 h 内达血药峰浓度，作用持续 6 ~ 8 h。血浆蛋白结合率约为 90%。主要经肝脏代谢，约 70% 以代谢物随尿液排泄。平均半衰期为 2.8 ~ 7.4 h，长期用药可增至 4.5 ~ 12.0 h。静脉注射后的清除呈双指数型，分布半衰期约为 4 min，消除半衰期为 2 ~ 5 h。

8. 药物相互作用：与 β 受体阻滞剂、地高辛、胺碘酮、环磷酰胺、长春新碱、苯巴比妥、泼尼松、西咪替丁、阿霉素、顺铂等药物有相互作用，合用

时应调整药物剂量。

（六）去乙酰毛花苷

1. 药品分类：洋地黄类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于控制快速心室率的心房颤动。

3. 禁忌证：禁用于预激综合征伴心房颤动或扑动；任何强心苷制剂中毒；室性心动过速、心室颤动；梗阻性肥厚型心肌病（若伴收缩功能不全或心房颤动仍可考虑）。

4. 不良反应及处理：新出现的心律失常、胃纳不佳或恶心、呕吐（刺激延髓中枢）、下腹痛、异常的无力、软弱。疑有洋地黄中毒时，应做地高辛血药浓度测定。

5. 剂型和规格：注射剂，2 ml：0.4 mg。

6. 用法和用量：静脉注射。

首剂 0.4 ~ 0.6 mg，用 5% 葡萄糖注射液 20 ml 稀释后缓慢注射，需要时可 2 ~ 4 h 后再给 0.2 mg；维持剂量 0.2 ~ 0.4 mg/次、1 次/d 或 1 次/12 h。情况紧急时，0.4 ~ 0.6 mg 以 25% 葡萄糖液稀释后静脉注射（5 min 以上），2 ~ 4 h 后需要时再给 0.2 ~ 0.4 mg。起效后可改口服洋地黄制剂。

7. 药物代谢动力学：静脉注射后 10 ~ 30 min 起效，1 ~ 3 h 作用达高峰，作用持续时间 2 ~ 5 h，半衰期为 33 ~ 36 h。3 ~ 6 d 作用完全消失，在体内转化为地高辛，经肾脏排泄。

8. 药物相互作用：与两性霉素 B、皮质激素或失钾利尿剂同用，可引起低血钾而致洋

下转第 6 版

公益广告



积极配合
疫苗接种

接种新冠病毒疫苗是有效防护手段，要积极配合疫苗接种。任何一款疫苗都不能百分之百的预防感染，接种疫苗之后，仍要继续做好个人防护。

中宣部宣教局、国家卫生健康委宣传司 指导
中国健康教育中心 制作

上接第 5 版

地黄中毒；与制酸药（尤其三硅酸镁）或止泻吸附药（如白陶土、果胶、考来烯胺）和其他阴离子交换树脂、柳氮磺吡啶或新霉素、对氨基水杨酸同用时，可抑制洋地黄强心苷吸收而导致强心苷作用减弱；与抗心律失常药、钙盐注射剂、可卡因、泮库溴胺、萝芙木碱、琥珀胆碱或拟肾上腺素类药同用时，可致心律失常；与 β 受体阻滞剂同用，可致心动过缓；与奎尼丁、维拉帕米、地尔硫草、胺碘酮合用，可提高地高辛血药浓度；与螺内酯、呋塞米合用可延长半衰期；与血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素 II 受体拮抗剂合用可使血药浓度增高；与肝素同用，可抵消肝素的抗凝作用；红霉素可增加去乙酰毛花苷在胃肠道的吸收；禁忌与钙注射剂合用；不宜与酸、碱类配伍。

（七）地高辛

1. 药品分类：洋地黄类抗心律失常药。
2. 用药目的：用于控制伴有快速心室律的心房颤动。
3. 禁忌证：禁用于对任何洋地黄类制剂过敏或中毒者；室性心动过速、心室颤动；梗阻性肥厚型心肌病患者（若伴收缩功能不全或心房颤动仍可考虑）；伴心房颤动或扑动的预激综合征患者。
4. 不良反应及处理：常见心律失常、食欲缺乏、恶心、呕吐、下腹痛、无力；少见视物模糊或“色视”、腹泻、精神抑郁。罕见嗜睡、头痛及皮疹、荨麻疹；在洋地黄的中毒表现中，最常见者为室性早搏，其次为房室传导阻滞，阵发性或加速性交界性心动过速，阵发性房性心动过速伴房室传导阻滞，室性心动过速、室性停搏、心室颤动等。
5. 剂型和规格：片剂，0.25 mg/片；口服溶液剂，10 ml：0.5 mg、30 ml：1.5 mg、50 ml：2.5 mg、100 ml：5 mg；注射液，2 ml：0.5 mg。
6. 用法和用量：

（1）口服。成人常用量 0.125 ~ 0.500 mg/次、1 次/d，7 d 可达稳态血药浓度。若达快速负荷量，可每 6 ~ 8 h 给药 0.25 mg，总剂量 0.75 ~ 1.25 mg/d。维持量，0.125 ~ 0.500 mg/次、1 次/d。

儿童一日总量：早产儿按体重 0.02 ~ 0.03 mg/kg；1 月

龄以下足月新生儿按体重 0.03 ~ 0.04 mg/kg；1 个月 ~ < 2 岁按体重 0.05 ~ 0.06 mg/kg；2 ~ < 5 岁按体重 0.03 ~ 0.04 mg/kg；5 ~ < 10 岁按体重 0.020 ~ 0.035 mg/kg； ≥ 10 岁参照成人常用量。总量分 3 次或每 6 ~ 8 h 1 次给予，维持剂量为总量的 1/5 ~ 1/3，分 2 次，每 12 h 1 次或每日 1 次。

（2）静脉注射：成人常用量 0.25 ~ 0.50 mg/次，用 5% 葡萄糖注射液稀释后缓慢注射，之后可用 0.25 mg/次，每隔 4 ~ 6 h 按需注射，但一日总量不超过 1 mg。不能口服者需静脉注射，维持量 0.125 ~ 0.500 mg/次、1 次/d。

儿童：按下列剂量分 3 次或每 6 ~ 8 h 给予。早产儿按体重 0.015 ~ 0.025 mg/kg；1 月龄以下足月新生儿按体重 0.02 ~ 0.03 mg/kg；1 个月 ~ < 2 岁按体重 0.04 ~ 0.05 mg/kg；2 ~ < 5 岁按体重 0.025 ~ 0.035 mg/kg；5 ~ < 10 岁按体重 0.015 ~ 0.030 mg/kg； ≥ 10 岁参照成人常用量。

7. 药物代谢动力学：口服后主要经小肠上部吸收，吸收不完全且不规则，吸收率约为 75%，片剂的生物利用度为 60% ~ 80%，口服起效时间为 0.5 ~ 2 h，血浆浓度达峰时间为 2 ~ 3 h，获最大效应时间为 4 ~ 6 h。吸收后广泛分布至各组织，部分经胆道吸收入血，形成肠肝循环。血浆蛋白结合率为 20% ~ 25%，表观分布容积为 6 ~ 10 L/kg。体内转化代谢较少，主要以原形药物经肾脏排泄，给药量的 50% ~ 70% 随尿液排泄。排泄较快而蓄积性较小。消除半衰期平均为 36 h。

8. 药物相互作用：与两性霉素 B、皮质激素或排钾利尿剂等同用时，可引起低血钾而致洋地黄中毒；与制酸药或止泻吸附药、柳氮磺吡啶或新霉素、对氨基水杨酸同用时，可抑制洋地黄强心苷吸收而导致强心苷作用减弱；与抗心律失常药、钙盐注射剂、可卡因、泮库溴胺、萝芙木碱、琥珀胆碱或拟肾上腺素类药同用时，可因作用相加而导致心律失常；有严重或完全性房室传导阻滞且伴正常血钾者的应用洋地黄也不应同时应用钾盐；与 β 受体阻滞剂同用，有导致房室传导阻滞的可能；奎尼丁可使地高辛血药浓度提高约 1 倍；与

维拉帕米、地尔硫、胺碘酮合用，可引起严重心动过缓；螺内酯可延长地高辛半衰期，需调整剂量或给药间期；血管紧张素转换酶抑制剂及血管紧张素 II 受体拮抗剂可使地高辛血药浓度增高；呋塞米可使地高辛半衰期延长，有中毒危险，需监测血药浓度及心电图；红霉素可增加地高辛在胃肠道的吸收；甲氧氯普胺可减少地高辛的生物利用度约 25%；普鲁本辛可提高地高辛生物利用度约 25%；禁忌与钙注射剂合用。

（八）普罗帕酮

1. 药品分类：I c 类抗心律失常药。
2. 用药目的：用于新近发生的心房颤动转复。
3. 禁忌证：禁用于无起搏

器保护的窦房结功能障碍；二度或三度房室传导阻滞；双束支传导阻滞患者；心源性休克；肝肾功能障碍患者。

4. 不良反应：不良反应较少，主要为口干、舌唇麻木，可能是由于其局部麻醉作用所致。早期的不良反应还有头痛、头晕，其后可能出现胃肠道障碍如恶心、呕吐、便秘等。有少数患者出现上述口干、头痛、眩晕、胃肠道不适等轻微反应，一般都在停药后或减量后症状消失。有报道个别患者出现房室传导阻滞、QT 间期延长、PR 间期轻度延长、QRS 时间延长等。

5. 剂型和规格：片剂，50 mg/片、100 mg/片；注射液，10 ml：35 mg。

6. 用法和用量：

（1）口服。由于其局部麻醉作用，宜在饭后与饮料或食物同时吞服，不得嚼碎。100 ~ 200 mg/次，3 ~ 4 次/d。治疗量，300 ~ 900 mg/d，分 4 ~ 6 次服用。维持量 300 ~ 600 mg/d，分 2 ~ 4 次服用。

（2）静脉注射或滴注。需在严密监护下缓慢静脉注射或静脉滴注，成人常用量 1.0 ~ 1.5 mg/kg 或以 70 mg 加 5% 葡萄糖液稀释，于 10 min 内缓慢注射，必要时 10 ~ 20 min 重复 1 次，总量不超过 210 mg。

7. 药物代谢动力学：口服吸收良好，服后 2 ~ 3 h 达峰效，作用可持续 8 h 以上，血浆蛋白结合率高达 93%，严重肝功能损害时清除减慢。半衰期为 3.5 ~ 4.0 h。经肾脏排泄，

下转第 7 版

公益广告



遵守“一米线”，在排队、付款、交谈、运动、参观时，保持1米以上社交距离。

中宣部宣教局、国家卫生健康委宣传司 指导
中国健康教育中心 制作

上接第 6 版

不能经过透析排出。

8. 药物相互作用：与奎尼丁合用可以减慢代谢过程。与局麻药合用增加中枢神经系统不良反应的发生。普罗帕酮可以增加血清地高辛浓度，并呈剂量依赖型。与普萘洛尔、美托洛尔合用可以显著增加其血浆浓度和清除半衰期，而对普罗帕酮没有影响。与华法林合用时可增加华法林血药浓度和凝血酶原时间。与西咪替丁合用可使普罗帕酮血药稳态水平提高，但对其电生理参数没有影响。

（九）胺碘酮

1. 药品分类：Ⅲ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于心房颤动转律和转律后窦性心律的维持。

3. 禁忌证：禁用于甲状腺功能异常；碘过敏者；二或三度房室传导阻滞；双束支传导阻滞（已安装起搏器者除外）；病态窦房结综合征。

4. 不良反应：可能出现角膜微沉积、甲状腺激素水平异常、睡眠障碍、头痛、梦魇、感觉、运动或混合性外周神经病变、血清转氨酶增高、凝血异常、良性胃肠道异常（恶心、呕吐、厌食和便秘）、乏力、震颤、不自主运动、步态异常/共济失调或其他锥体外系症状，停止胺碘酮治疗后通常完全可逆；光过敏反应，应避免暴露于阳光（以及紫外光）下；弥漫性间质性或肺泡性肺炎和闭塞性细支气管炎伴机化性肺炎。

5. 剂型和规格：片剂，0.2 g/片；注射液，3 ml：0.15 g。

6. 用法和用量：

（1）口服。0.4 ~ 0.6 g/d，分2 ~ 3次服用，服用1 ~ 2周后改为0.2 ~ 0.4 g/d维持。严重者0.6 ~ 1.2 g/d，分3次服用，服用1 ~ 2周后根据需要改为0.2 ~ 0.4 g/d维持。

（2）静脉滴注。负荷量3 mg/kg，以1.0 ~ 1.5 mg/min静脉滴注维持，6 h后改0.5 ~ 1.0 mg/min，每日总量1 200 mg，最大量不超过2.2 g，以后逐渐减量，最好滴注不超过3 ~ 4 d。

7. 药物代谢动力学：主要在肝内代谢，半衰期为14 ~ 28 d，口服后4 ~ 6 h血药浓度达峰值。生物利用度50%，血浆蛋白结合率62.1%，主要经胆汁由粪便排泄。

8. 药物相互作用：胺碘酮

可增加华法林的抗凝作用；增强其他抗心律失常药物对心脏的作用；增加日光敏感性药物作用；与排钾利尿药合用，可增加低血钾所致的心律失常；增加血清地高辛浓度；与钙通道阻滞药合用可加重窦性心动过缓、窦性停搏及房室传导阻滞。

（十）伊布利特

1. 药品分类：Ⅲ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于近期发作的心房颤动或心房扑动逆转成窦性心律，不宜用于预防反复发作或阵发性心房颤动。

3. 禁忌证：对成分有过敏史者；多形性室性心动过速者（如尖端扭转型室性心动过速）；先前4 h内使用过Ⅰ类抗心律失常药（如奎尼丁、丙吡胺、普鲁卡因胺等）或Ⅲ类抗心律失常药（如胺碘酮、索他洛尔等）。

4. 不良反应：常见不良反应包括低血压、心力衰竭、肾衰竭、胃肠道症状、恶心、头痛、尖端扭转型室性心动过速等。

5. 剂型和规格：注射剂，10 ml：1 mg。

6. 用法和用量：体重< 60 kg者剂量为0.01 mg/kg，体重≥ 60 kg者为1 mg，使用方法为直接注射或用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液稀释后静脉注射，注射时间不少于10 min。如果心律失常在注射后的10 min内没有终止，可重复用药1次。若心律失常终止，出现持续性或非持续性室性心动过速，或QT间期或Q-Tc间期延长时，应马上停药。

7. 药物代谢动力学：本品血浆蛋白结合率40%，清除半衰期6 h，82%经尿液由肾脏排出和19%经胆汁由粪便排出。

8. 药物相互作用：Ⅰa类抗心律失常药（如丙吡胺、奎尼丁、普鲁卡因胺）以及其他Ⅲ类药物（如胺碘酮、索他洛尔）可能延长不应期，均不能和伊布利特注射液同时使用或注射后4 h内使用。使用其他延长QT间期药物（如吩噻嗪、三环类抗抑郁剂、四环类抗抑郁剂和某些抗组织胺类）的患者，伊布利特注射液可能增加尖端扭转型室性心动过速发生的概率。

（十一）索他洛尔

1. 药品分类：Ⅲ类抗心律失常药。

2. 用药目的：用于心房颤

动时控制心室率。

3. 禁忌证：禁用于对本药过敏者；支气管哮喘；心动过缓；房室传导阻滞；先天性或获得性QT间期延长综合征；休克患者；未控制的心力衰竭患者；低血压。

4. 不良反应：心动过缓、低血压、支气管痉挛。可有乏力、气短、眩晕、恶心、呕吐、皮疹等。严重的不良反应是致心律失常，可表现为原有心律失常加重或出现新的心律失常，严重时可能出现扭转性室心动过速、多源性室性心动过速、心室颤动，多与剂量大、低钾血症、QT间期延长、严重心脏病变等有关。

5. 剂型和规格：片剂，80 mg/片。

6. 用法和用量：口服，

40 ~ 80 mg/次、2次/d。从小剂量开始，逐渐加量。合并室性心动过速者160 ~ 480 mg/d。

7. 药物代谢动力学：口服吸收近100%，2 ~ 3 h血药浓度达峰值水平，无肝脏首过效应，生物利用度达95%，主要由肾脏排泄，肾功能正常时，消除半衰期为15 ~ 20 h，肾功能受损消除半衰期明显延长。

8. 药物相互作用：与其他Ⅰa、Ⅱ、Ⅲ类抗心律失常药同用时协同作用。与钙拮抗剂同用时可加重传导障碍，进一步抑制心室功能，降低血压。与儿茶酚胺类药（如利血平、胍乙啶）同用产生低血压和严重心动过缓。有血糖增高，需增加胰岛素和降糖药的报道。

（十二）华法林

1. 药品分类：抗凝药。

2. 用药目的：预防心房颤动引起的血栓栓塞并发症。

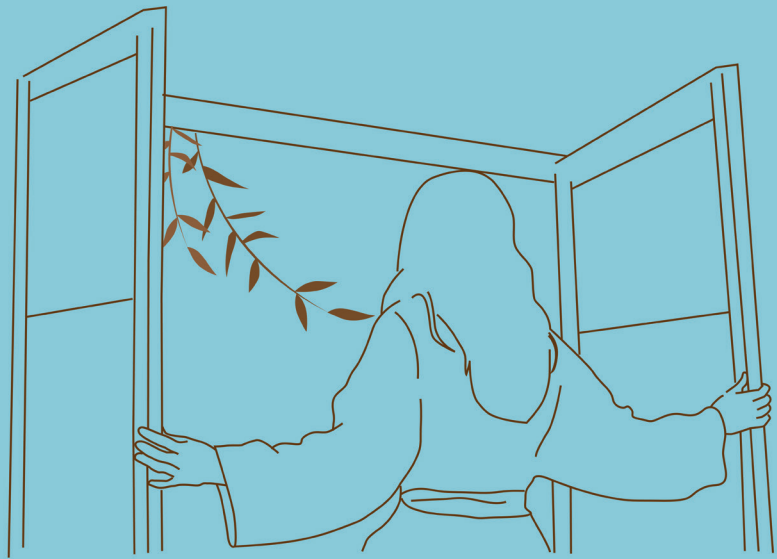
3. 禁忌证：禁用于肝肾功能损害；严重高血压；凝血功能障碍伴有出血倾向；活动性溃疡；外伤；先兆流产；近期手术者；妊娠期妇女。

4. 不良反应及处理：出血是主要不良反应。可有瘀斑、紫癜、牙龈出血、鼻出血、伤口出血经久不愈，月经过多等。用药期间应监测凝血酶原时间（PT）和国际标准化比值（INR），控制INR在目标范围内，并严密观察有无自发性出血。

若发生轻度出血，应减量或停药。严重出血可立即给予

下转第 8 版

公益广告



常通风

在居家和办公场所保持良好通风，天气允许情况下
每天至少开窗通风2次。

中宣部宣教局、国家卫生健康委宣传司 指导
中国健康教育中心 制作

上接第 7 版

维生素 K 治疗，5 ~ 10 mg/ 次，建议静脉应用。必要时联合凝血酶原复合物浓缩物或新鲜冰冻血浆快速逆转抗凝的作用。

其他不良反应有恶心、呕吐、腹泻、皮疹、过敏反应和皮肤坏死等。

5. 剂型和规格：片剂，2.5 mg/ 片、3.0 mg/ 片。

6. 用法和用量：口服，成人常用量：避免冲击治疗，口服第 1 ~ 3 天 3 ~ 4 mg（年老体弱及糖尿病患者半量即可），3 d 后可给维持量 2.5 ~ 5.0 mg/d（可参考凝血时间调整剂量使 INR 值达 2 ~ 3）。因本品起效缓慢，治疗初 3 d 由于血浆抗凝蛋白细胞被抑制，可以存在短暂高凝状态，如需立即产生抗凝作用，可在开始同时应用肝素，待本品充分发挥抗凝效果后再停用肝素。肝肾功能不全者和儿童，可依据 INR 调整剂量。

7. 药物代谢动力学：口服吸收迅速而完全，生物利用度高达 100%。血浆蛋白结合率达 98% ~ 99%，能透过胎盘，母乳中极少。主要由肺、肝、脾和肾中储积。由肝脏代谢，代谢产物由肾脏排泄。服药后 12 ~ 18 h 起效，36 ~ 48 h 达抗凝高峰，维持 3 ~ 6 d，半衰期约 37 h。

8. 药物相互作用：
（1）增强华法林抗凝作用的药物：阿司匹林、水杨酸钠、胰高血糖素、奎尼丁、吡唑美辛、保泰松、奎宁、利尿酸、甲磺丁脲、甲硝唑、别嘌呤醇、红霉素、氯霉素、某些氨基糖苷类抗菌药物、头孢菌素类、苯碘达隆、西咪替丁、氯贝丁酯、右旋甲状腺素、对乙酰氨基酚等。

（2）降低华法林抗凝作用的药物：苯妥英钠、巴比妥类、口服避孕药、雌激素、考来烯胺、利福平、维生素 K 类、氯噻酮、螺内酯、扑米酮、皮质激素等。

（3）不能与本品合用的药物：盐酸肾上腺素、阿米卡星、维生素 B₁₂、间羟胺、缩宫素、盐酸氯丙嗪、盐酸万古霉素等。

（4）与水合氯醛合用，其药效和毒性均增强，应减量慎用。维生素 K 的吸收障碍或合成下降也影响本品的抗凝作用。

（十三）达比加群酯

1. 药品分类：抗凝药。
2. 用药目的：预防存在一个或多个危险因素成人非瓣膜性心房颤动患者的卒中和全身

性栓塞。

3. 禁忌证：禁用于重度肾功能不全（肌酐清除率 < 30 ml/min）患者；临床上显著的活动性出血；有大出血显著风险的疾病或状况，如近期消化道溃疡，脑、脊髓或眼部手术，近期颅内出血，已知或可疑的食道静脉曲张，动静脉畸形，血管动脉瘤或主要脊柱内或脑内血管异常；机械人工瓣膜。联合使用环孢菌素、全身性酮康唑、伊曲康唑、他克莫司和决奈达隆，会使利伐沙班血药浓度升高，需慎用。

4. 不良反应及处理：主要为出血，轻度出血停药即可，重度出血使用依达赛珠单抗进行拮抗；肝酶升高；胃肠道反应；贫血、血红蛋白减少、血小板减少；过敏反应等。

5. 剂型和规格：胶囊，110 mg/ 粒、150 mg/ 粒（以达比加群酯计）。

6. 用法和用量：
（1）用水送服，餐时或餐后服用均可。请勿打开胶囊。成人的推荐剂量为 150 mg（1 粒）/ 次、2 次 /d，应维持终身治疗。

（2）存在出血风险的患者：如高龄（≥ 80 岁）、中度肾功能不全、联用其他抗血小板药物或之前胃肠道出血者：可考虑将患者的剂量减少为 110 mg（1 粒）/ 次、2 次 /d。

（3）肾功能不全患者，在开始本品治疗前应通过计算肌酐清除率对肾功能进行评估，轻、中度肾功能不全患者无须调整剂量，重度肾功能不全的患者（即肌酐清除率 < 30 ml/min）禁用。

7. 药物代谢动力学：达比加群酯吸收后被水解为达比加群，达峰时间为给药后 1 h。绝对生物利用度为 3% ~ 7%，血浆蛋白结合率约为 35%，分布容积为 50 ~ 70 L（以达比加群酯计），可被代谢为 4 种不同的酰基葡萄糖醛酸，主要随尿液排泄，静脉给药后肾清除率为总清除率的 80%，半衰期为 12 ~ 17 h。

8. 药物相互作用：与其他抗凝药 [如普通肝素（保持中央静脉或动脉导管通畅所需剂量除外）、低分子肝素、肝素衍生物（磺达肝癸钠、地西卢定）、口服抗凝血药（如华法林、利伐沙班，使用此类药物转换为本药时或使用本药转换为此类药物时除外）]、溶栓药、维生素 K 拮抗药合用可能导致出血风险增加；与 P- 糖蛋白抑制

药（如决奈达隆、全身用酮康唑、维拉帕米、胺碘酮、奎尼丁、克拉霉素、替格瑞洛）合用可使达比加群的血药浓度升高。

（十四）利伐沙班

1. 药品分类：抗凝药。
2. 用药目的：用于具有一种或多种危险因素（如充血性心力衰竭、高血压、年龄 ≥ 75 岁、糖尿病、卒中或短暂性脑缺血发作病史）的非瓣膜性心房颤动成年患者，以降低卒中和全身性栓塞的风险。

3. 禁忌证：禁用于对利伐沙班或片剂中任何辅料过敏的患者；有临床明显活动性出血的患者；伴有凝血异常和临床相关出血风险的肝病患者；妊娠期及哺乳期妇女。

4. 不良反应：常见不良反应有出血和贫血、恶心、γ- 谷氨酰转肽酶升高和转氨酶升高。出血性并发症可能表现为虚弱、无力、苍白、头晕、头痛或原因不明的肿胀。

5. 剂型和规格：片剂，10 mg/ 片、15 mg/ 片、20 mg/ 片。

6. 用法和用量：推荐剂量为 20 mg/ 次、1 次 /d，最大日剂量为 20 mg。低体重和高龄（> 75 岁）患者可减为 15 mg/ 次、1 次 /d。

7. 药物代谢动力学：10 mg 的利伐沙班的绝对生物利用度较高（80% ~ 100%）。利伐沙班吸收迅速，服用后 2 ~ 4 h 达到最大浓度（C_{max}）。进食对利伐沙班 10 mg 片剂的药时曲线下面积（AUC）或 C_{max} 无明显影响。利伐沙班的药物代谢动力学基本呈线性，直至达到约每日 1 次 15 mg 剂量。利伐沙班与血浆蛋白结合率约为 92% ~ 95%。稳态下分布容积约为 50 L。在利伐沙班用药剂量中，约有 2/3 通过代谢降解，然后其中一半通过肾脏排出，另外一半通过粪便途径排出。其余 1/3 用药剂量以活性药物原型的形式直接通过肾

脏在尿液中排泄，主要是通过肾脏主动分泌的方式。利伐沙班通过细胞色素 P450（CYP）3A4、CYP2J2 和不依赖 CYP 机制进行代谢。利伐沙班全身清除率约为 10 L/h，为低清除率药物。

8. 药物相互作用：不建议利伐沙班与 CYP3A4 和 P- 糖蛋白的强效抑制剂，如吡咯类抗真菌剂（如酮康唑、伊曲康唑、伏立康唑和泊沙康唑）或人类免疫缺陷病毒蛋白酶抑制剂合用，可能导致出血风险升高。非甾体抗炎药（包括阿司匹林）和血小板聚集抑制剂通常会提高利伐沙班的出血风险。利伐沙班与强效 CYP3A4 诱导剂（如利福平、苯妥英、卡马西平、苯巴比妥或圣约翰草）合用，可能使利伐沙班血药浓度降低。

（江华报道）

（DOI: 10.3760/cma.

j.cn114798-20201210-01241）

公益广告



科学佩戴口罩是预防呼吸道传染病的重要措施之一，养成随身携带口罩的习惯，有需要时及时正确佩戴。

中宣部宣教局、国家卫生健康委宣传司 指导
中国健康教育中心 制作