

# 临床安全用药信息

## Medication Safety Information

主办单位：INRUD中国中心组临床安全用药组

承办单位：药物不良反应杂志社

首都医科大学宣武医院

华中科技大学附属同济医院

第1页

2014年04月 总第10期

### 特别关注

## 药害事件回顾与用药安全警醒

### 国内安全信息

- 2 药害事件回顾与用药安全警醒
- 4 关注含羟乙基淀粉类药品的肾损伤及死亡率增加

### 个案报道

- 6 静脉注射破伤风抗毒素引起严重过敏反应报告
- 7 塞来昔布致急性胰腺炎

### 国外安全信息

- 8 FDA开展睾酮药品引起心血管事件风险性的调查
- 8 FDA开展沙格列汀增加心衰患者住院风险的调查研究

### 时讯速递

二十世纪是药害事件频现的时代，虽然已逐渐远去，但药害事件造成的巨大伤痛仍难以抹去。进入新的世纪，药物导致的伤害事件仍不时见于媒体和报端。据报道：药物损害占医疗损害的比例近20%；数据表明，我国每年有250万人因药害事件而住院治疗，死亡19.22万人。据不完全统计，药物导致的死亡人数已居各类疾病死亡人数之首。近些年来，药物损害导致的医疗纠纷案例也呈现逐年上升趋势。面对沉痛的历史和严峻的药害事件现实，应加大对药害事件的特别关注，强化对安全用药的警示。

## 特别关注

## 药害事件回顾与用药安全警醒

二十世纪是药害事件频现的时代，虽然已逐渐远去，但药害事件造成的巨大伤痛仍难以抹去。进入新的世纪，药物导致的伤害事件仍不时见于媒体和报端。据报道：药物损害占医疗损害的比例近20%；数据表明，我国每年有250万人因药害事件而住院治疗，死亡19.22万人。据不完全统计，药物导致的死亡人数已居各类疾病死亡人数之首。近些年来，药物损害导致的医疗纠纷案例也呈现逐年上升趋势。面对沉痛的历史和严峻的药害事件现实，应加大对药害事件的特别关注，强化对安全用药的警示。

### 二十世纪重大药害事件

100年以来，全球曾发生重大的药害事件有40余起，其中比较典型的是“沙利度胺（反应停）事件”（1950~1962年），是历史上最大的药物性灾难。重大药害事件包括：磺胺酰剂（美国，1937年）致肾功能衰竭358例，死亡107例；甘汞（英国，1939~1948年）致患者肢端疼痛症，儿童死亡585例；黄体酮（美国，1939~1950年）致女婴外生殖器男性化600余例；非那西丁（欧洲和美国，1953~1966年）致肾脏损害、肾功能衰竭2000余例；三苯乙醇（美国，1959~1962年）患者白内障、乳房增大、阳痿、脱发1000余例；沙利度胺（反应停）（欧洲，1950~1962年）致畸胎、多发性神经炎12000例；异丙基肾上腺素气雾剂（澳大利亚和英国，1960~1966年）致患者心律紊乱、心动过速，死亡3500例；氯碘奎（日本，1965~1972年）致患者亚急性脊髓视神经痛综合征（SMON）7865例，死亡394例；普萘洛尔（英国，1970~1979

年）致患者耳-皮肤-粘膜综合征数千例；小柴胡汤（日本，1994~1999年）致间质性肺炎188例，死亡22例等。二十世纪，我国也经历多起重大的药害事件，例如：酮康唑（1986~1995年）致肝损害22例，死亡2例；感冒通致血尿60例；青霉素/苯甲醇(1984年~)肌肉注射致注射部位臀大肌萎缩者约有1000万例；四环素族抗生素导致牙齿黄染患者不计其数；左旋咪唑（1979~1986年）致脑炎20000多例，受害人数超过上百万例，成为神经内科的主要疾病，仅次于脑卒中。乙双吗啉(1984~1992年)致骨髓造血细胞抑制（相关性白血病）140例，该药早在1985年被WHO禁用，但我国直到2001才列入禁用名单。

### 国内10年来重大药害事件

进入21世纪以来，国内重大药害事件时有发生。典型药害事件：（1）关木通事件（2003年）：龙胆泻肝丸由于其药材组分关木通含有马兜铃酸，后者可导致肾损伤，出现中草药肾病100多例。（2）亮菌甲素事件（2005年）：该事件是美国1937年磺胺酰剂事件的重演。齐二药以二甘醇替代丙二醇作助剂生产亮菌甲素注射剂，致广州中山医院感染科病人14例死亡，估计全国死亡病例至少在30例以上。（3）欣弗事件（2006年）：克林霉素磷酸酯葡萄糖注射液（商品名：欣弗）产品染菌致全国16个省市93例严重反应和11例死亡。（4）人免疫球蛋白事件（2007年）：由于非法采集问题“血浆”致生产的人免疫球蛋白不符合安全要求，导致多例用药者都出现感染，查丙肝抗体阳性。（5）甲氨蝶呤事件（2007年）：由于生产线被长春新碱

## 特别关注

污染，导致厂家生产的甲氨蝶呤应用于急性白血病患者，多家医院出现下肢疼痛、下肢麻木、大小便失禁，脊髓马尾神经以下瘫痪等症状的患者，人数达293例。（6）肝素钠事件（2007~2008年）：由于中国肝素钠原料供应商生产的“肝素钠原料”中含有多硫酸软骨素（0.3%），导致高发过敏和死亡案例。据美国FDA统计，自2007年12月至2008年2月，发生近期群体高发的过敏事件785例报告，91例死亡（60%为过敏性休克），其中与肝素相关的死亡46例，直接相关死亡19例。群体高发的过敏事件785例报告，91例死亡（60%为过敏性休克），其中与肝素相关的死亡46例，直接相关死亡19例。问题肝素钠原料召回后，因应用肝素钠而致死的病例又降至2007年的正常水平。

### 药害事件的成因

药害事件，简言之就是药物导致的伤害事件。其包括三种类型：药品不良反应、药品损害事件和用药错误。药品是用于预防、治疗疾病，有目的地调节人体生理机能的物质。药品是具有功能/功效产品，在调节人体机能的同时，会不可避免地对人体产生不利作用。这就是药物的两面性。基于此，正常正确使用药品，理论上也会出现药物不良反应/副作用，这是基于药物活性和选择性的必然结果。其次，如果药物不符合使用安全要求（药品质量问题）自然会对人体增加更大的损害。再者，如果用药不合理或者滥用药物，就会不可避免地对人体造成重大损害。另外，由于医药技术的进步，原来传统获得药物方式（例如医生自行调配药剂、使用天然药材等）已经发生很大变

化，多数药物已经能人工合成，大批量生产，药品投放的市场广泛，全世界已经是一个统一的市场，不再仅局限于某一区域。因此，一旦药品质量有问题，其造成的危害是世界性的，成为药物性灾难。而药品质量的保证涉及到药品设计、药品生产、药品供应（贮存保管）、药品使用、药品监测、用药管理、药品消费者等许多环节。可见，药害事件的发生，基于药物本身的属性特征，并受多种因素的影响。

### 用药安全警示

重大药害事件的回顾，目的在于警示人们必须关注用药安全问题。基于药害事件发生的药物属性特征，药物本身就具有收益和风险的两面性，并受药品产业链条上多个环节的影响。因此，药品是一把“双刃剑”，用药必须防药害。防范重大药害事件发生，避免药物性灾难出现，必须加强新药的审批工作，加强药品上市后药害事件的监测，确保药品质量，强化合理用药，避免用药错误，加强用药监管、建立健全的药物不良反应/事件和用药错误报告制度，开展药害事件的流行病学研究和科学评估，降低药害事件发生，防止药害事件的流行。这些应该成为相关部门的高度关注和具体行动，医疗机构和医务人员首当其冲。合理用药、安全用药，警钟长鸣。

---Bates DW Cullen DLaird Net alIncidence of adverse eventsand negligence in hospitalized patients [J]. N Engl J Med, 1991, 324(6):370



## 国内安全信息

### 关注含羟乙基淀粉类药品的肾损伤及死亡率增加风险

国家食品药品监督管理总局于2014年2月26日发布此风险警示函。含羟乙基淀粉类药物为血容量补充药，主要用于预防和治疗各种原因造成的低血容量。含羟乙基淀粉类药物在我国已经上市销售使用多年，包括羟乙基淀粉20氯化钠注射液、羟乙基淀粉40氯化钠注射液、羟乙基淀粉130/0.4氯化钠注射液和羟乙基淀粉200/0.5氯化钠注射液等4个分子量产品。

原国家食品药品监督管理局已于2005年通报过低分子羟乙基淀粉的肾功能损害风险。近期，欧盟、美国、加拿大等国外药品管理部门就含羟乙基淀粉类药物对特定健康条件患者的肾损伤及死亡率增高风险陆续发布了多项风险控制措施。国家食品药品监督管理总局针对其安全性问题再次进行了分析和评估，并向广大医务人员和公众发布此期药品不良反应信息通报，以促进临床安全、合理使用羟乙基淀粉类药物。

#### 一、特定健康条件患者的肾损伤、死亡率增高风险及证据

国外多项研究和荟萃分析结果提示严重脓毒血症患者使用羟乙基淀粉类药物与晶体液相比较，死亡率和/或需要肾脏替代疗法的肾损伤风险增加。在一项多中心、平行、双盲临床试验中，研究者将需要液体复苏的ICU严重脓毒血症患者随机分为两组，一组使用6%羟乙基淀粉130/0.42氯化钠注射液，另一组使用醋酸林格氏液，剂量为每日33 ml/kg。主要观察指标为

随机分组90天后的死亡或终末期肾功能衰竭（依据肾透析）。804例患者参与了随机分配，其中入组798例患者，两组干预人群的基线特征相似。在第90天时，羟乙基淀粉130/0.42氯化钠注射液组死亡率51%，林格氏液组死亡率43%，统计学显示两组结果有显著性差异；每组均有1例患者出现终末期肾功能衰竭。在90天的观察期内，22%的羟乙基淀粉130/0.42氯化钠组患者接受了肾脏替代疗法（RRT），而林格氏液组占16%，两组比较结果有显著性差异；两组发生严重出血的比例分别为10%和6%，两组比较结果无显著性差异。研究结果提示严重脓毒血症患者使用羟乙基淀粉130/0.42氯化钠注射液治疗90天时死亡风险及需要接受RRT治疗的风险增加。

欧洲药品管理局建议含羟乙基淀粉类药物不再用于脓毒血症、烧伤和重症患者。美国在羟乙基淀粉类药物的说明书中加入黑框警告，建议此类产品不再应用于危重成人患者，包括败血症、收入ICU的患者。加拿大建议此类产品不再应用于脓毒血症患者、严重肝脏疾病患者和某些类型的肾功能损害患者。

#### 二、国内外药品不良反应监测情况

2004年1月1日至2013年6月19日，国家药品不良反应监测病例报告数据库中检索到9例（占总报告0.3%）羟乙基淀粉类药物的肾功能损害报告。其中5例患者原患慢性肾脏疾病，1例原患失血性休克。5例患者明确标注使用的药品为低分子羟乙基淀粉。不良反应结果8例为好转或痊愈，1例有后遗症（原患慢性肾功能不

## 国内安全信息

全)。所有羟乙基淀粉类药品的不良反应报告中，用药原因主要为手术中或手术后补充血容量、失血性低血流量、脑梗塞、外伤、烧伤等；仅有1例（0.03%）用药原因为感染性休克。

典型病例：患者男，70岁。因腹不全肠梗阻、高血压病入院治疗。2011年3月28日检查肾功能正常。3月28日至30日连续3天使用羟乙基淀粉130/0.4氯化钠250ml静滴。3月31日复查肾功能，尿素氮22.61mmol/L，肌酐395umol/L。停用羟乙基淀粉氯化钠注射液，并给予护肾对症治疗，肾功能指标逐渐下降，4月13日查肾功能，尿素氮8.59mmol/L，肌酐95umol/L。

截至2013年6月3日，WHO药品不良反应数据库共检索到羟乙基淀粉类药品的不良反应报告1196例，涉及不良反应1962例次。泌尿系统损害100例次，包括急性肾衰竭、面部水肿、肾痛、血尿、无尿症、肾病、蛋白尿、慢性肾衰竭、肌酐清除率降低、中毒性肾病、肾小管坏死、肾小管坏死、慢性进展性肾衰竭、肾乳头坏死、尿失禁。

### 三、建议

含羟乙基淀粉类药品在特定健康条件的患者中存在着死亡率升高、肾损害及过量出血等风险。医务人员和患者应充分重视含羟乙基淀粉类药品的安全性问题，详细了解禁忌症、不良反应、注意事项和相互作用。在治疗前医生询问患者的既往病史（如严重脓毒血症、肝肾功能障碍、凝血功能异常等），将可能存在

的安全性隐患告知患者，在增加剂量或调整治疗方案时，应密切关注患者的不良反应发生情况。

由于文献资料提示在严重脓毒血症患者中使用含羟乙基淀粉类药品，可以增加死亡风险；伴有肾功能损害、肝功能损害、凝血机制障碍等高危因素病人使用本品的风险会增加；在接受心肺分流术的开胸手术患者可导致过量出血；因此医务人员在使用此类产品时，应根据患者的健康条件，权衡利弊后谨慎使用。如在使用过程中患者出现肾功能异常、凝血机制异常等不良事件，应及时处置。

药品生产企业应进一步完善药品说明书和标签中不良反应、使用禁忌、注意事项等信息，并及时将含羟乙基淀粉类药品的安全性信息及变更情况告知处方医生，必要时对医护人员开展使用本品的相关培训，提醒临床医生在使用时关注禁忌及慎用事项，合理使用本品。建议生产企业加强该产品上市后的安全性监测，开展相应的研究工作，采取有效措施最大限度地保障患者的用药安全。

---国家食品药品监督管理局药品评价中心 国家药品不良反应监测中心

---[http://www.cdr.gov.cn/xxtb\\_255/](http://www.cdr.gov.cn/xxtb_255/)



## 个案报道

### 案例一：静脉注射破伤风抗毒素引起严重过敏反应报告

#### 病史简介

患者，男，52岁，于12小时前右眼不慎被钢筋击伤，随后来我院就诊，经检查以“右眼穿通伤”于2013年12月1日21时32分收治入院。入院查体：视力右眼光感(+)，右眼1.0;眼压右眼T-1，右眼结膜水肿，颞上方见巩膜裂伤，结膜下积血，前房浅，积血约3mm,瞳孔散大且对光反射消失。左眼未见明显异常。眼眶CT提示右眼球破裂伴玻璃体内出血，少许积气。右侧玻璃体内多发低密度影，不排除异物可能。入院诊断为右眼球穿通伤，右眼球内异物(?)，右眼前房积水。患者自述既往有破伤风抗毒素(TAT)皮试阳性史。患者于入院当晚22时36分在进行TAT脱敏治疗第三针注射完毕后出现过敏症状，予以抗过敏、升血压等抢救治疗后于23时30分体征趋于平稳。2013年12月4日在各项生命体征稳定的情况下全麻行右眼穿通伤清创缝合术。术后给予局部抗感染抗炎、全身抗感染治疗。患者术后恢复良好，于2013年12月7日办理手续出院。

#### 不良反应发生过程及处理

患者因TAT皮试阳性，故于入院当晚22时36分执行TAT脱敏治疗，50分钟后当脱敏治疗第三针注射完毕后患者诉皮肤瘙痒，出现皮肤多处出现丘疹、血压下降95/50mmHg等过敏性休克反应体征，当即给予地塞米松10mg静推，并予以0.9%氯化钠注射液250ml，地塞米松5mg静滴，10分钟后患者诉症状无缓解，且有喉头紧缩感，立即吸氧，并肌注异丙嗪50mg，10分钟后患者血压呈下降趋势(80/40mmHg)，给予肾上腺素0.5mg静推，后血压呈上升趋势，半小时后血压再度下降，复又给地塞米松10mg静推，碳酸氢钠60ml静推，并给予奥美拉唑40mg静滴后，23



时30分患者各项生命体征趋于平稳。

#### 药物分析

破伤风抗毒素是一种血清制品，对人体是一种异体蛋白，它既能给人体提供特异性抗毒素抗体来中和人体相应的外毒素，同时，又是一种具有抗原性的特异性蛋白，能刺激人体产生相应抗体，故初次注射有可能发生血清过敏性休克。破伤风抗毒素注射液在预防破伤风中应用已久，使用过程中偶有过敏反应发生，医务工作者注射前，必须做过敏试验，无论皮试结果如何，均应做好抢救过敏性休克的准备工作，注射后不能让患者马上离开，至少观察30分钟。

#### 结论

破伤风抗毒素皮试过程中即出现过敏性休克较为少见。本例患者在破伤风抗毒素皮试为阳性，进行脱敏注射过程中引起迟发性过敏休克，提示该患者对破伤风抗毒素存在高敏现象。报告者认为在进行破伤风抗毒素注射时应注意：①皮试浓度、试验方法、结果判断以及脱敏注射标准的执行；②皮试前要详细询问患者有无过敏史，作好记录；③对于破伤风抗毒素皮试阳性患者，在进行脱敏注射时更应严密观察是否出现过敏性休克现象，并及时作出处理。④患者在脱敏治疗1小时后方可离开，如回家后身体有不适，立即到就近医院就诊，应引起重视。

---华中科技大学同济医学院附属同济医院案例

## 个案报道

### 案例二：塞来昔布致急性胰腺炎

#### 病史简介

患者，女，43岁，因双侧肩周炎自行服用塞来昔布胶囊0.2 g，2次/d，共2周。2013年4月14日末次服药后2 h，患者上腹部出现持续性钝痛，进食后加重，向左腰背部放散，伴腹胀、恶心、呕吐（胃内容物），呕吐后腹痛不缓解，遂就诊于我院门诊，肌内注射阿托品0.5 mg后腹痛缓解不明显，收入我院消化内科。患者既往无肝胆疾病及结石史，无药物及食物过敏史。

体格检查：体温36.2℃，脉搏74次/min，呼吸20次/min，血压120/80 mmHg(1 mm Hg=0.133 kPa)。急性面容。腹膨隆，中上腹有压痛及反跳痛，肠鸣音1次/min。余未见异常。实验室检查：外周血白细胞计数 $12.7 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.74，淋巴细胞0.16，红细胞计数 $4.3 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白133 g/L，血小板计数 $146 \times 10^9/L$ ；丙氨酸转氨酶（ALT）13 U/L，天冬氨酸转氨酶（AST）22 U/L，L-γ-谷氨酰转氨酶（GGT）15 U/L；空腹葡萄糖（Glu）6.2 mmol/L，三酰甘油（TG）2.34 mmol/L，白蛋白（ALB）40 g/L；淀粉酶1822 U/L，胰淀粉酶1529 U/L，脂肪酶1410 U/L；C反应蛋白125 mg/L。红细胞沉降率、肾功能、电解质、尿常规、粪常规均正常。心电图和胸部X线片均正常；腹部X线立位透视未见肠管内气体，液体形成液平面；腹部彩色超声检查示胰腺弥漫性增大，边缘模糊；磁共振胰胆管造影（MRCP）示胰腺体积增大、饱满，胰腺周围可见液性渗出，双肾前筋膜增厚，胆汁淤滞，未见胆囊结石及胰胆管异常。胃镜示慢性浅表性胃炎，未见十二指肠病变。胃镜不支持急性胃肠炎、消化性溃疡；B超及患者既往史不支持急性胆囊炎、胆石症；腹部X线立位透视不支持急性肠梗阻等疾病。入院诊断：急性胰腺炎。

#### 治疗与转归

停用塞来昔布，禁食，给予液体复苏、脂肪乳、氨基酸营养支持治疗，给予奥曲肽0.1 mg，皮下注射，4次/d；加贝酯100 mg入5%葡萄糖溶液500ml，3次/d静脉滴注，3 d后改为100 mg入5%葡萄糖溶液500ml，1次/d静脉滴注；乌司他丁10万单位入5%葡萄糖溶液

500ml，2次/d静脉滴注；埃索美拉唑20mg、左氧氟沙星0.5g入5%葡萄糖溶液250ml，1次/d静脉滴注；奥硝唑氯化钠注射液100 ml(含奥硝唑0.5g)，2次/d静脉滴注。经13 d治疗，患者腹痛、腹胀消失，生命体征稳定，腹部平坦柔软，无明显压痛及反跳痛。实验室检查示淀粉酶86 U/L，胰淀粉酶48 U/L，脂肪酶55 U/L，白细胞计数 $7.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.65，淋巴细胞0.32。胰腺CT示胰腺头、体、尾在同一层面，形态及大小基本正常。患者于4月27日痊愈出院。

#### 讨论

本例患者既往无肝胆疾病及结石史，发病前无酗酒及暴饮暴食，口服塞来昔布14 d后发病，此间未服用其他药物，考虑为塞来昔布所致药源性急性胰腺炎。

塞来昔布为新一代非甾体抗炎镇痛药，通过选择性抑制环氧化酶2（COX-2）抑制前列腺素生成，达到抗炎、镇痛效果。该药对具有胃肠道保护作用的生理酶——环氧化酶1（COX-1）无影响，其胃肠道不良反应发生率低于传统非甾体抗炎镇痛药，临床广泛用于治疗于类风湿关节炎和骨关节炎。塞来昔布致急性胰腺炎已有报道。该药诱发急性胰腺炎的机制有以下几种观点。(1)COX-2在消化道有表达，具有维持黏膜完整性的作用。塞来昔布为COX-2特异性抑制剂，可使前列腺素E合成减少，胃酸分泌增加，刺激胰酶过度分泌；同时可致胰腺微循环障碍，导致胰腺受损。(2)塞来昔布主要通过肝脏以羧基形式由胆汁排泄，其结晶可堵塞胆道，使胆汁淤积、反流入胰腺致胰腺细胞损伤，导致急性胰腺炎。(3)塞来昔布稳态血药浓度的表观分布容积为400L，提示塞来昔布在组织中广泛分布，长期大剂量服用可直接作用于胰腺细胞导致药物性胰腺炎。(4)过敏反应是胰腺炎发病原因之一，塞来昔布所含的磺酰胺基团可致易感个体发生过敏反应。

本例提示，磺胺类药物过敏者应避免使用塞来昔布，明确药物性急性胰腺炎诊断后应立即停药并给予对症治疗。

----《药物不良反应杂志》提供案例

## 国外安全信息

### FDA开展睾酮药品引起心血管事件风险性的调查

2014年1月31日，FDA正在进行一项在男性服用获FDA批准的睾酮药物引起卒中、心梗及死亡风险的调查。FDA已经监测到这种风险，并决定基于最近出版的两项独立研究对这种安全问题进行再评价，该两项研究表明在睾酮处方治疗的男性组有增加心血管事件的风险。FDA正在提供这方面的警戒，同时继续评估来自这些方面的研究和其他可利用数据的信息。当评估完成时，FDA将发布最后结论和建议。

睾酮是男性生长和男性特征维持的基本激素，FDA批准的睾酮类药物仅仅用于在相关体检状况下缺乏或者较低睾酮水平的男性。

目前，FDA没有结论表明获FDA批准的睾酮治疗可增加卒中、心梗或者死亡的风险。如果没有首先和卫生专业技术人员讨论任何问题或者注意事项，病人应该不需要停止服用处方量的睾酮产品。卫生专业技术人员应该注意获FDA批准的睾酮治疗效果是否可能超过潜在治疗风险。获FDA批准的睾酮药品标签处方信息应该被服从。

---<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm384225.htm>



### FDA开展沙格列汀增加心衰患者住院风险的调查研究

2014年2月11日，美国食品和药品监督管理局发布公告称FDA已经要求沙格列汀生产商调查应用2型糖尿病药物与心衰之间可能相关性的临床实验数据。FDA获得来自新英格兰杂志出版的研究结果，该研究报道了当心脏不能充分泵血时，采用沙格列汀治疗与无活性组相比，可增加心衰患者的住院率。在应用沙格列汀的住院患者，这项研究没有发现增加死亡率或者其他心血管疾病的风险，包括心梗或者卒中。

FDA要求沙格列汀生产者尽早呈递相关实验数据，之后FDA将进行彻底分析。目前，FDA考虑来自新英格兰杂志研究的初步信息。分析沙格列汀临床试验数据是更大范围评估所有2型糖尿病药物治疗与心血管风险的一部分。

沙格列汀与饮食和锻炼一起被用来降低带有2型糖尿病青年人的血糖。在食肉之后，血糖高时，其能增加身体胰岛素的生成量。

FDA建议病人不需要停止服用沙格列汀，并且应该与卫生专业技术人员谈论关于沙格列汀的任何问题和观点，卫生专业技术人员应该继续采用药品标签上处方建议。

---<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm385471.htm>

