

指南·标准·共识

文章编号:1005-2224(2009)06-0442-05

儿童呼吸安全用药专家共识:感冒和退热用药

陈爱欢¹,陈慧中²,陈志敏³,邓力⁴,洪建国⁵,胡仪吉⁶,江载芳⁶,
李昌崇⁷,陆权⁸,王立波⁹,杨永弘⁶(按姓氏拼音排序)

中图分类号:R72 文献标志码:B

儿童有别于成人,其器官功能尚未发育完全,肝脏解毒和肾脏排泄等功能较弱,因此对药物的耐受性较差,如果用药不当,很容易引起不良反应,甚至对健康造成甚于疾病本身的严重危害。特别是2岁以下儿童,用药宜慎重。儿童呼吸系统疾病位居儿童疾病谱首位,呼吸道用药需求量大,临床医师处方不当的现象容易普遍存在^[1-3]。单就我国感冒药而言,不仅占据了大量的市场份额,而且种类繁多,不同商品名的感冒药常含有同一成分,重复使用极易引起中毒。为了避免因治疗用药不当所造成的危害,提高医务人员对儿童呼吸用药安全知识的了解,国内部分儿科呼吸学专家参考国内外有关研究资料和用药规范,共同制定了《儿童呼吸安全用药专家共识:感冒和退热用药》,供儿科医师参考。

1 祛痰药

主要通过稀释痰液或液化黏痰,使之易于咳出,常用的祛痰药根据其作用方式分为3类^[4-5]。(1)恶心性祛痰药或刺激性祛痰药:前者如愈创木酚甘油醚、氯化铵、碘化钾、远志、桔梗等,口服后刺激胃黏膜,引起轻微的恶心,反射性地促进支气管分泌增加,使痰液变稀,易于咳出。刺激性祛痰药是一些挥发性物质,如桉叶油、安息香酊等,其蒸汽可刺激呼吸道黏膜,增加腺体分泌,使痰液稀释,易于咳出。(2)黏液溶解剂:如N-乙酰半胱氨酸可分解痰液的黏性成分如黏多糖、黏蛋白,能使稠厚的痰液溶解,黏度降低而易于咳出。(3)黏液调节剂:如溴己新、氨溴索等,主要作用于气管、支气管产生黏液的细胞,促其分泌黏滞性低的分泌物,使呼吸道分泌的流变性恢复正常,痰液由黏变稀,易

于咳出。

1.1 氯化铵 口服可刺激胃黏膜迷走神经末梢,引起轻度恶心,反射性地致使气管、支气管腺体分泌增加。部分氯化铵吸收进入血液后,经呼吸道排出,由于盐类的渗透压作用而同时带出水,使痰液稀释,易于咳出。多用于急慢性呼吸道炎症痰黏稠不易咳出者。除祛痰作用外,氯化铵还有利尿和酸化体液和尿液的作用。

常见的不良反应:包括恶心、呕吐、胃痛等胃黏膜刺激症状。肝、肾功能不全者及消化性溃疡患儿慎用,镰状细胞贫血患儿可引起缺氧。代谢性酸中毒、尿毒症患儿忌用。过量和(或)长期服用可能造成酸中毒和低钾血症。与磺胺嘧啶、呋喃妥因等合用可产生配伍禁忌。该药可降低伪麻黄碱、美沙酮等药的疗效,可增强四环素、青霉素的抗菌作用。

儿童常规剂量:每日40~60 mg/kg,或1.5 g/m²,分4次口服给药。饭后服用。2岁以下须遵医嘱。

1.2 愈创木酚甘油醚 为美国最常用的口服祛痰药,属恶心性祛痰药,能刺激胃肠道黏膜反射性地引起支气管黏膜腺体分泌增加,降低痰液黏稠度,使黏痰易于咳出。愈创木酚甘油醚尚有一定的防腐和抗炎作用,对支气管平滑肌有一定的舒张作用。用于各种原因引起的咳嗽^[4,6]。

常见的不良反应:恶心、胃部不适、头晕、嗜睡等。另对该药过敏者、肺出血患儿、急性胃肠炎患儿、肾炎及肾功能减退患儿禁用。

儿童常规剂量:2岁以下须遵医嘱2~6岁;每次0.05~0.1 g;~12岁,每次0.1~0.2 g。每日2~3次,口服给药,饭后服用。

1.3 溴己新 主要作用于气管、支气管黏膜腺体的杯状细胞,一方面促进溶酶体释出,使黏液中的黏多糖解聚,降低黏液的黏稠度,但作用较弱;另一方面使杯状细胞分泌黏性较低的小分子黏蛋白,致使气管、支气管的流变学特性恢复正常,黏痰减少,痰液稀释易于咳出。祛痰作用还与其促进呼吸道黏膜的纤毛运动及具有恶心性祛痰作用有关。主要用于肺或支气管慢性疾病有黏痰又不易咳出的患儿。

轻微不良反应:胃部不适、恶心、胃痛、腹泻等胃肠道

作者单位:1. 广州医学院第一附属医院, 广州 510260; 2. 首都儿科研究所, 北京 100020; 3. 浙江大学医学院附属儿童医院, 杭州 310003; 4. 广州医学院附属广州市儿童医院, 广州 510120; 5. 上海交通大学附属第一人民医院, 上海 200080; 6. 首都医科大学附属北京儿童医院, 北京 100045; 7. 温州医学院附属育英儿童医院, 浙江温州 325027; 8. 上海交通大学附属儿童医院, 上海 200040; 9. 复旦大学附属儿科医院, 上海 201102

通讯作者: 陆权, 电子信箱: luquan-sh@vip.sina.com

反应,以及头痛、头晕等,经减量或停药后可消失。血清氨基转移酶可一过性升高。严重不良反应:皮疹、遗尿。消化性溃疡患儿慎用。溴己新可使四环素类抗生素在支气管的分布浓度升高。

儿童常规剂量:5岁以下,每次4 mg,每日2次;5岁及5岁以上,每次4 mg,每日3~4次;口服给药。

1.4 氨溴索 为溴己新的活性代谢产物,能增强呼吸道黏膜浆液腺分泌,减少黏液腺分泌;可使痰中的黏多糖纤维断裂从而稀释痰液,并通过抑制糖蛋白合成而降低痰黏度;促进肺表面活性物质分泌,增强支气管纤毛运动,使痰液易于咳出。除祛痰作用外,还具有一定的镇咳作用。

不良反应:上腹部不适、纳差、腹泻,偶见皮疹,有报道快速静脉注射可引起患儿腰部疼痛和疲乏无力感。应避免同时服用强效镇咳药。注射液不应与pH大于6.3的其他溶液混合使用。氨溴索可增强阿莫西林及阿莫西林克拉维酸、红霉素等药物在肺部的分布浓度,从而提高后者的抗菌疗效。它与 β_2 肾上腺素受体激动剂、茶碱等支气管扩张剂合用时有协同作用。

儿童常规剂量:口服溶液:<2岁,每次7.5 mg;2~5岁,每次7.5 mg;>5~12岁,每次15 mg;>12岁,每次30 mg。每日2~3次,饭后服用,长期服用者可减为每日2次。缓释胶囊:按每日1.2~1.6 mg/kg计算。

静脉注射:术后肺部并发症的预防性治疗:<2岁,每次7.5 mg;2~6岁,每次7.5 mg;>6~12岁,每次15 mg;>12岁,每次15 mg,每日2~3次。严重病例可增至每次30 mg;均应缓慢注射。

静脉滴注:12岁以上儿童,每次30 mg,每日2次。12岁以下须遵医嘱。

1.5 N-乙酰半胱氨酸 最早应用于20世纪60年代,为临床常用祛痰药,它能溶解黏液痰,也能溶解脓性痰。N-乙酰半胱氨酸为黏液溶解药,含有活性巯基(-SH),可以打断黏液蛋白的双硫键(-S-S-键),使黏蛋白分解,降低痰液黏滞性,使之容易咳出,从而改善症状。N-乙酰半胱氨酸还能刺激呼吸道纤毛运动,刺激胃-肺迷走神经反射,从而促进黏液清除。主要用于大量黏痰阻塞引起的呼吸困难,如急性慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核、肺炎、肺水肿以及手术等引起的痰液黏稠、咳痰困难。还可用于对乙酰氨基酚中毒的解救^[7]。

不良反应:为呛咳、支气管痉挛、恶心、呕吐、胃炎、皮疹等,一般经减量后可缓解。其他还有心血管系统、中枢神经系统、发热、寒战、转氨酶升高、凝血酶原时间缩短等不良反应报道。糖尿病患者、婴幼儿慎用。支气管哮喘、严重呼吸道阻塞等患儿禁用,尤其是雾化吸入或气管内滴注。如发生支气管痉挛应立即停药,用异丙肾上腺素缓解。本药直接滴入呼吸道可产生大量痰液,需用吸痰器吸引排痰。应避免同时服用强效镇咳药。本药可减弱青霉素、四环素、头孢菌素类抗菌活性,因此不宜与这些药合用。与碘化油、胰蛋白酶、糜蛋白酶有配伍禁忌。其水溶

液在空气中易变质,应临用前配置,剩余溶液置于冰箱冷藏,48 h内使用。口服颗粒剂可加少量温水(低于80℃)混匀^[7]。

儿童常规剂量:喷雾吸入:非急救情况下,以10%溶液喷雾吸入,每次1~3 mL,每日2~3次;气管滴入:急救时以5%溶液经气管插管或直接滴入气管,每次1~2 mL,每日2~6次;气管注入:急救时以5%溶液用注射器从气管的甲状软骨环骨膜处注入气管腔,每次婴儿0.5 mL,儿童1 mL。口服祛痰:每次100 mg,每日2~4次,依年龄酌情增减。

用于对乙酰氨基酚中毒症时,在中毒后10~12 h用药最有效,口服:起始140 mg/kg,然后每次70 mg/kg,共用17次。病情严重可将药物溶于5%葡萄糖注射液200 mL内静脉给药。

祛痰药的用药建议:宜先查明咳嗽、咳痰的原因,区别咳嗽性质和痰的性状,有针对性地选择祛痰药;糖浆剂不应用于母乳喂养的婴儿,因为糖可降低婴儿对母乳的兴趣。祛痰药多数可致恶心、呕吐,所以用量不宜过大,以免导致电解质紊乱。

2 镇咳药

常用的镇咳药根据作用部位可分两大类:(1)中枢性镇咳药:直接抑制延髓咳嗽中枢,产生镇咳作用,如右美沙芬、可待因、喷托维林,多用于无痰的干咳。(2)周围性镇咳药:为抑制咳嗽反射弧感受器、传入神经、传出神经、效应器的任何一个环节而止咳的药物,如甘草硫浸膏等。右美沙芬、可待因是目前临床上最常用的两种镇咳药,常与祛痰药或第一代抗组胺药组成复方制剂。

2.1 右美沙芬 中枢性镇咳药,常用其氢溴酸盐,通过抑制延髓咳嗽中枢起镇咳作用,因其没有成瘾性,是目前使用最广泛的治疗上呼吸道感染致急性咳嗽的镇咳药之一^[8]。右美沙芬镇咳作用与可待因相似或稍强,10 mg右美沙芬相当于15 mg可待因的镇咳作用^[9]。其治疗量不抑制呼吸,宜长期服用无成瘾性。右美沙芬如果组方合理、小剂量用药,作为镇咳剂是安全的,但其滥用则可能导致脑损伤、意识丧失、心脏异常跳动甚至死亡等严重不良事件。因此,美国食品药品监督管理局(FDA)2005年警告公众切勿滥用右美沙芬。右美沙芬主要用于刺激性干咳和频繁、剧烈的咳嗽,不推荐用于慢性或伴有大量分泌物的咳嗽。右美沙芬仅有镇咳作用,使用时应注意引起咳嗽的原因,用药1周如症状不缓解,须进一步查明病因。

右美沙芬可产生副作用为头晕和胃肠功能紊乱。与可待因相似,它可引起敏感个体的组胺释放,通常剂量时,其毒性作用较低。然而高剂量时,右美沙芬可导致中枢神经系统抑制。有2例儿童的不良反应报告,其症状为共济失调、眼球震颤和意识紊乱,2例均未出现呼吸衰竭,尽管这两例的用药剂量为常规推荐的9~12倍^[10]。该药与氟西汀、派罗西汀合用,可加重其不良反应。与其他中枢神经系统抑制药合用,可增强中枢抑制作用。与阿片受体拮抗

剂合用,可出现戒断综合征。

儿童常规口服剂量:<2岁以下,须遵医嘱服用;2~6岁,每次2.5~5 mg,每日3~4次;>6~12岁,每次5~10 mg,每日3~4次。

2.2 可待因(甲基吗啡) 中枢麻醉性镇咳药,常用其磷酸盐,能直接抑制延髓咳嗽中枢,同时也有镇痛作用。口服吸收快速而完全,镇咳持续时间为4~6 h。临床用于缓解各种原因引起的剧烈干咳,尤其适用于伴有胸痛的剧烈干咳。与安慰剂比较,可待因在治疗慢性支气管炎或COPD时可降低40%~60%的咳嗽次数,但对急性上呼吸道感染引起的咳嗽效果欠佳^[11]。

较常见的不良反应为心理变态或幻想;心率增快或减慢,心律异常;有轻微的呼吸抑制作用、欣快感和成瘾性。少见的不良反应为耳鸣、震颤、皮肤瘙痒、荨麻疹或血管神经水肿等变态反应。大剂量可致惊厥。痰多患儿禁用,因其能抑制咳嗽反射,使大量痰液阻塞呼吸道,继发感染而加重病情。支气管哮喘、急腹症、颅脑外伤或颅内病变等慎用。与其他吗啡类药物合用可加重中枢性呼吸抑制,与肌肉松弛剂合用,呼吸抑制较为明显。

2.3 福尔可定 福尔可定是类似于可待因的中枢性镇咳药,易经消化道吸收,并能自由透过血脑屏障。主要用于中枢神经系统抑制咳嗽反射;也可直接作用于延髓的咳嗽中枢,选择性地抑制咳嗽;同时也具有镇静和极弱的镇痛作用。主要用于干咳。国外资料显示,其中枢镇咳作用与可待因相似,因其在体内不转化为吗啡,成瘾性极小,故比可待因更安全。其副反应罕见,主要为头晕和胃肠道功能紊乱(如恶心或呕吐),偶见便秘、嗜睡、兴奋、共济失调和呼吸抑制等不良反应^[12-13]。

儿童口服剂量:6个月至2岁,每次2.5 mg;2~6岁,每次5 mg;6岁以上,每次10 mg,每日3次。

镇咳药的用药建议:儿童一般应少用镇咳药,多痰或肺淤血患儿应禁用。少数剧烈咳嗽或伴有胸痛和高张力气胸的患儿,可给予镇咳药,但必须严格控制、谨慎应用。儿童必须禁用具有成瘾性的中枢镇咳药,如可待因及含可待因的复方制剂。儿童使用镇咳药3~7 d若效果不明显,应作进一步检查以免漏诊、误诊。

3 鼻减充血剂

鼻减充血剂药理作用是使肿胀的鼻黏膜血管收缩,以减轻鼻充血。可用于缓解急、慢性鼻炎和鼻窦炎等上呼吸道感染引起的鼻塞、流涕、打喷嚏等症状。给药方法常为鼻腔局部给药和全身给药(口服)。但鼻腔长期使用鼻减充血剂可并发药物性鼻炎和鼻黏膜充血反弹,特别是专门用鼻呼吸的婴儿,鼻充血可较先前的症状加重,故局部减充血剂慎用。目前,伪麻黄碱是儿科最常用的口服鼻减充血剂。

3.1 伪麻黄碱 常用其盐酸盐。主要通过促进去甲肾上腺素释放而间接发挥拟交感神经作用。可选择性地收缩

血管、消除鼻咽部黏膜充血、肿胀,且对心率、血压和中枢神经系统的作用较弱。盐酸伪麻黄碱有多种剂型,目前儿科临床常使用复方制剂,联合解热镇痛药(如对乙酰氨基酚、布洛芬)、抗组胺药(如扑尔敏)、止咳药(如右美沙芬)等^[14]。

3.2 盐酸赛洛唑啉 为拟交感神经药,可作用于鼻黏膜 α -肾上腺素能受体,产生血管收缩作用,从而减少血流量和鼻充血。该药是一个具有 α -受体活性的拟交感剂,血管收缩迅速,作用时间长,副反应小。市场上多用其滴鼻液。适用于解除急慢性鼻炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎、肥厚性鼻炎等引起的鼻症状。个别患儿用药后可能有过性鼻黏膜灼感、干燥感、头痛、头晕、心率加快等,停药后立即消失^[15]。

0.05% 盐酸赛洛唑啉滴鼻液常用剂量:用于6~12岁儿童,每侧鼻腔各2~3滴,早晨和睡前各1次,必要时可增加1次。6岁以下儿童须在医生指导下使用。总剂量不超过0.4 mg/kg,连用不超过7 d。

鼻减充血剂的用药建议:普通感冒或存在鼻塞、流涕时,可用含伪麻黄碱制剂缓解鼻塞和保持呼吸道通畅。婴儿应慎用局部减充血剂。

4 解热镇痛药

解热镇痛药是一类具有解热、镇痛作用,且大多数还有抗炎、抗风湿作用的药物。阿司匹林是这类药物的代表。该类物质均具有解热、镇痛作用,但基于化学结构的不同,其抗炎作用各具特点,如阿司匹林的抗炎作用较强,而对乙酰氨基酚几乎无抗炎作用。由于解热镇痛药的种类、剂型和商品名称繁多,故使用不当会造成严重危害。

4.1 阿司匹林 即乙酰水杨酸,为一种历史悠久的解热镇痛药,其解热镇痛作用强而迅速,同时还具有抗炎、抗风湿、抗血栓形成的作用。最常见的不良反应为胃肠道反应,甚至可引起胃溃疡和胃出血,对肝、肾功能也有损害,过量服用的毒性作用及其特异性的水杨酸过敏反应,是严重或致死性的不良反应。儿童患流行性感(流感)或水痘后使用该药,可能引起瑞氏综合征,造成白细胞、血小板降低。因此,许多国家卫生部门立法,撤销阿司匹林儿童制剂。世界卫生组织主张,急性呼吸道感染引起发热的儿童不应使用阿司匹林,其用途仅限于儿童风湿热、幼年关节炎和川崎病^[16]。我国推荐的非典型肺炎(SARS)治疗方案中规定:发热儿童禁用阿司匹林^[17]。

4.2 布洛芬 有明显的抗炎、解热、镇痛作用。其解热镇痛作用在5~10 mg/kg剂量范围内呈剂量依赖关系,在7.5~10 mg/kg剂量范围内具有临床疗效,在给药后3~4 h体温降低最大^[18]。常规剂量使用时,不良反应发生低,耐受性与对乙酰氨基酚相似,是另一种最常用的解热镇痛药。根据国内外研究,布洛芬治疗儿童高热安全、有效、持续时间长,适于儿科广泛临床应用,但应注意用药过量和过频。布洛芬常见的不良反应为消化道不良反应,包括消化不

良、胃烧灼感、胃痛、恶心和呕吐等。出现胃溃疡和消化道出血者不足1%。1%~3%的患儿出现神经系统不良反应,如头痛、嗜睡、眩晕、耳鸣等。少见的不良反应为下肢水肿、肾功能不全、皮疹、支气管哮喘、肝功能异常、白血病减少等。布洛芬与阿司匹林有交叉过敏,故对阿司匹林过敏的儿童禁用。

口服给药用于发热,分散片、混悬液:推荐剂量每日20 mg/kg,分3次服用;缓释混悬液:每日20 mg/kg,分2次服用;混悬滴剂:每次5~10 mg/kg,需要时6~8 h重复使用,每24 h不超过4次,直肠给药:1~3岁患儿每次50 mg,塞肛内,如症状无缓解,每6~8 h重复给药1次,24 h不超过200 mg,3岁以上患儿每次100 mg。

布洛芬的推荐剂量为5~10 mg/kg,6~8 h 1次。美国允许6个月以上儿童使用^[19]。

4.3 对乙酰氨基酚 又称扑热息痛,是一种比较安全的退热药,其解热镇痛作用强度与阿司匹林相似,几乎没有抗炎作用。常规剂量短时间服用该药,不良反应很少,但如果大剂量或较长时间应用,则有可能发生肝毒性^[20]。

有研究建议对乙酰氨基酚可使用的每次负荷剂量为30 mg/kg,甚至可达40 mg/kg,但对于高剂量使用是否会带来更好的治疗效果还不十分明确^[21]。因此,多数文献支持每次最大剂量为10~15 mg/kg^[22]。药代动力学显示,与口服剂量相比,直肠给药生物利用度较低,但直肠给予15 mg/kg与口服相同剂量的对乙酰氨基酚疗效相似,所以没有理由选择更高的剂量^[21]。基于既往大量研究,发热儿童使用对乙酰氨基酚的单次剂量不应超过75 mg/(kg·d),如果伴发热疾病的儿童接受大于此剂量或总剂量超过150 mg/kg,或如果儿童出现恶心、腹痛或黄疸症状需立即进行肝功能测试。

用对乙酰氨基酚常规剂量偶见恶心、呕吐、出汗、腹痛等;少数患儿可发生过敏性皮炎、粒细胞缺乏、血小板减少等。不良反应通常与高剂量长期用药、过量用药或伴有肝、肾功能不全等有关。对阿司匹林过敏者对该药通常不发生过敏,但小于5%的阿司匹林过敏患儿服用该药后可能发生轻度支气管痉挛性反应。严重肝肾功能不全者禁用。肝病或病毒性肝炎、轻至中度肝肾功能不全者、严重心肺疾病患儿、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症患儿慎用。

儿童常规剂量:口服给药,每次10~15 mg/kg,或每日1.5 g/m²,每4~6 h 1次。3~12岁小儿每24 h不超过5次,疗程不超过5 d。直肠给药,每次150~300 mg,每天1次。2岁以下须遵医嘱。

4.4 安乃近 其解热镇痛作用机制与布洛芬相似,但可产生较多的不良反应,主要有肾毒性、胃肠道出血、严重皮疹、过敏反应、致死性粒细胞缺乏和再生障碍性贫血。安乃近口服给药已很少使用。由于既往多采用肌肉注射给药,可引起注射部位红肿、疼痛,使用不当甚至有可能造成儿童臀部肌肉萎缩,重复的肌肉注射还可能造成儿童焦虑

和恐惧以致于不配合医生的治疗。目前仍有医院采用10%~20%溶液滴鼻,对<10个月婴儿疗效确切,>5~6岁的儿童一般不滴鼻给药,为保证用药安全只能用1次。致死性粒细胞缺乏为安乃近最严重的副反应。1977年美国停止使用安乃近,目前有27个国家禁止或限制使用安乃近。但国内有的地方医院还在使用,应引起高度重视^[19]。

4.5 尼美舒利 其解热镇痛作用和抗炎作用均较强。但该药可与阿司匹林和其他非甾体抗炎药发生交叉变态反应,对乙酰水杨酸或其他非甾体抗炎药过敏者禁用。因该药在儿童治疗应用中引起多起严重不良反应,葡萄牙已于1999年禁止该药用于儿科。而且由于有影响肝脏的严重副反应的报道,2007年5月27日爱尔兰药政当局终止了所有含尼美舒利制剂的授权。随后不久,新加坡卫生局及我国台湾卫生当局也相继采取了终止或限制使用含尼美舒利制剂的措施。同年6月欧洲药品局(EMA)开始对尼美舒利制剂的肝脏安全性进行评估,建议用尼美舒利治疗时间应该限制,最长不能超过5 d;所有超过15 d用量的包装需要全部撤柜。建议医生对个别病人在作总体风险评价的基础上开具尼美舒利处方。美国FDA已经修改尼美舒利使用说明书,加黑框警示,提示此药的确可引起肝功能衰竭。而该药的安全性问题仍未在我国儿科临床引起足够重视,故在有效而更安全的退热药可供选择的情况下,尼美舒利不宜作为退热首选药物。

解热镇痛药的用药建议:解热镇痛药属对症治疗,有时可因用药掩盖了症状而影响诊断,故对诊断不明的小儿应慎重使用;选择毒性低、不良反应少、儿童易接受的剂型,不推荐儿童使用针剂。目前认为最适于儿童使用的解热镇痛药为对乙酰氨基酚和布洛芬;应避免同时服用多种解热镇痛药,可采用交替给药的方式退热,增加退热疗效;根据儿童年龄、体重计算药量,避免用药过量或过频;小儿应避免长期应用此类药物,疗程不应>1周;不可滥用糖皮质激素退热,因其有免疫抑制作用,使用不当可促使细菌或病毒感染扩散而加重病情。除非有急性炎症反应综合征、病情严重者。

参考文献:

- [1] Respiratory tract infections in children [EB/OL]. http://ompharma.com/respiratory_tract_infections.html, 2009-05-11.
- [2] Velissariou IM, Kafezis DA. Chronic cough in children: recent advances[J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2004, 2(1):111-117.
- [3] Das B, Sarkar C, Majumder AG. Medication use for pediatric upper respiratory tract infections [J]. Fundam Clin Pharmacol, 2006, 20(4):385-390.
- [4] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药物学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:393, 396.
- [5] 张瑶华,李端. 中国常用药品集[M]. 上海:上海交通大学出版社, 2006:666.
- [6] Sofia RD. Effect of glyceryl guaiacolate in animal models of in-

- flammation and pain[J]. Res Commun Chem Pathol Pharmacol, 1980, 28(2):285-293.
- [7] 徐凌, 蔡柏蔷. N-乙酰半胱氨酸在肺部疾病中的应用进展[J]. 国外医学呼吸系统分册, 2004, 24(6): 413-416.
- [8] Lee PCL, Jawad MS, Eccles R. Antitussive efficacy of dextro-methorphan in cough associated with acute upper respiratory tract infection [J]. J Pharm Pharmacol, 2000, 52 (9): 1137-1142.
- [9] 张永信. 临床药物使用手册[M]. 上海:上海科技教育出版社. 2001:553.
- [10] World Health Organization [WHO]. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children [EB/OL]. [http://www. popline. org/docs/1513/274916. html](http://www.popline.org/docs/1513/274916.html), 2009-05-11.
- [11] Bolser DC. Cough suppressant and pharmacologic protussive therapy: ACCP evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2006, 129(S1): 238S-249S.
- [12] 唐国贵, 李白恩. 复方福尔可定口服液治疗小儿急性呼吸道感染疗效观察[J]. 儿科药科学杂志, 2008, 14(3): 20-22.
- [13] 张芹, 叶海燕, 闫军. 澳特斯小儿止咳露临床疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(23): 3762-3763.
- [14] 史宇翔, 苏嫦娥. 中美两国 OTC 药物中伪麻黄碱的应用[J]. 中国药师, 2001, 4(3): 225-226.
- [15] 潘如斌. 盐酸赛洛唑啉滴鼻液[J]. 药学进展, 1998, 22(3): 191-192.
- [16] WHO model list of essential medicines for children [EB/OL]. [http://www. who. int/medicines/ publications / essentialmedi- cines/en/index. html](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html), 2009-05-11.
- [17] 卫生部推荐的传染性非典型肺炎治疗方案[J]. 中国职业医学, 2003, 30(3):3.
- [18] Autret-Leca E. A general overview of the use of ibuprofen in paediatrics[J]. Int J Clin Pract, 2003, 135 (S):9-12.
- [19] 第23届国际儿科大会各专业及专题学术交流概述[J]. 中华儿科杂志, 2002, 40(1):4-19.
- [20] 江明性. 新编实用药理学[M]. 2版. 北京:科学技术出版社, 2005:197-207.
- [21] Treluyer JM, Tonnelier S, Athis P, et al. Antipyretic efficacy of an initial 30 mg/kg loading dose of acetaminophen versus a 15 mg/kg maintenancedose[J]. Pediatrics, 2001, 108: E73.
- [22] Scolnile D, Kozer E, Jacobson S, et al. Comparison of oral versus normal and high-dose rectal acetaminophen in the treatment of febrile children [J]. Pediatrics, 2002, 110:553-556.

2009-04-28 收稿 本文编辑:郭继龙

读者·作者·编者

读者意见征询表

《中国实用儿科杂志》自1986年创刊以来,在广大读者的关心与支持下,逐步发展壮大,已成为国内儿科领域权威杂志之一。为更好地满足读者需要,我们决定举办读者调查活动,希望得到您的反馈信息。在临床工作中,如您有疑难问题,也请随时与我们联系,必要时我们会以“专家答疑”方式在杂志上刊登。

- 姓名:_____ 性别:_____ 年龄:_____ 学历:_____ 职称:_____
- 工作单位(科室):_____ 电话:_____ E-mail:_____
- 通信地址:_____ 邮政编码:_____
1. 本刊来源: A. 个人订阅 B. 科室订阅 C. 图书馆 D. 厂家赠送 E. 其他
2. 阅读本刊时间: A. 1年以内 B. 1~5年 C. 5~10年 D. 10年以上
3. 一般情况下有_____人可分享您手上的杂志?
4. 通常您最先翻看的内容是:_____
5. 每期您会仔细阅读的版面占: A. < 20% B. ~ 50% C. ~ 80% D. > 80%
6. 您对本刊的广告信息: A. 特别留意 B. 偶尔留意 C. 不感兴趣
7. 您希望本刊增设哪些栏目,增加哪方面内容?_____
8. 您希望本刊进行哪方面的读者互动活动?_____
9. 您近期比较关注的选题是:_____
10. 您经常阅读的其他同类期刊有:_____
11. 您对本刊有何建议?_____

此表填好后(可复印或另纸誊写)请寄《中国实用儿科杂志》编辑部 朱冰梅收(地址:沈阳市和平区南京南街9号5层,邮编110001),发送传真(024-23866456)或E-mail(zgsykdzpk@163.com)亦可。期盼您的参与!

《中国实用儿科杂志》编辑部