

我院住院不合理处方浅析

【作者】 张韶湘 余晓玲 邹昱蕾 张昆欣

云南省昆明市中医医院制剂室 (昆明 650011)

【摘要】 目的 浅析我院住院处方不合理使用情况,促进合理用药,确保用药安全。方法 随机抽取我院 2009 年住院处方 2000 份,分析处方中存在的合理用药。结果 共审核处方 2000 例,不合理处方 95 例,占所查处方的 4.75%。不合理用药现象主要涉及抗生素应用、老年人用药、药理拮抗、溶媒不当和用法错误方面。结论 药师审核处方在促进临床合理用药,确保用药安全方面起着重要作用。

【关键词】 处方分析;合理用药

【中图分类号】 R969.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-3384(2011)-01-0055-03

为了解我院住院患者临床药物的使用情况,笔者随机抽查我院 2009 年住院处方 2000 份,分析不合理用药情况,及时反馈,防止差错,促进合理用药,确保临床用药安全。

1 资料与方法

1.1 资料

随机抽取我院病案室 2009 年住院处方 2000 份。

1.2 方法

根据药品说明书、公开发表的国内外文献、各类药物临床应用指导原则等,对其中不合理处方进行分类汇总,分析整理。

[20] Donat SM, Shabsigh A, Savage C, et al. Potential impact of postoperative early complications on the timing of adjuvant chemotherapy in patients undergoing radical cystectomy: a high-volume tertiary cancer center experience[J]. Eur Urol, 2009, 55: 176-185.

[21] Advanced Bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant Chemotherapy in Invasive Bladder Cancer: Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Patient Data [J]. Eur Urol, 2005, 48: 202-205; discussion 205-206.

[22] Neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: a randomised controlled trial. International collaboration of trialists [J]. Lancet, 1999, 354: 533-540.

[23] Advanced Bladder Cancer Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: a systematic review and meta-analysis [J]. Lancet, 2003, 361: 1927-1934.

[24] Grossman H B, Natale R B, Tangen C M, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer [J]. N Engl J Med, 2003, 349: 859-866.

[25] Clark. PE. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. Expert Review of Anticancer Therapy, 2009, 9: 821-830.

[26] Sternberg CN, Yagoda A, Scher HI. et al. Methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin for advanced transitional cell carcinoma of the urothelium. Efficacy and patterns of response and relapse [J]. Cancer, 1989, 64: 2448-2458.

[27] Viens, P, Gravis G, et al. Impact of recombinant human granulocyte colony stimulating factor on dose intensity and toxicity of three cycles of methotrexate, vinblastine, doxorubicin and cisplatin in patients with previously untreated urothelial bladder carcinoma [J]. Eur Cytokine Netw, 1996, 7: 395-399.

[28] Mitra AP, Bikhahn M, Cote RJ, et al. p53 and retinoblastoma pathways in bladder cancer [J]. World J, Urol, 2007, 25: 563-571.

[29] von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT, et al. Gemcitabine and cis-platin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large, randomised, multinational, multicentre, phase III study [J]. J Clin Oncol, 2000, 18: 3068-3077.

2 结果

随机抽取的 2000 份处方中,不合理处方 95 份,占所查处方的 4.75%。不合理用药现象主要涉及抗生素应用、老年人用药、毒副作用增加、药理拮抗、溶媒不当和用法错误等方面。其中,居前三位的是抗生素使用不规范、老年人超量用药和毒副作用增加,分别占 49.1%、33.7% 和 11.9%。

2.1 抗生素的使用

根据抗生素药代动力学和药效学的特点,抗生素可分为 3 类:时间依赖型抗生素、浓度依赖型抗生素及介于两者之间的抗生素。我院以前两种类型居多。

2.1.1 时间依赖型抗生素 代表药物为青霉素类、头孢菌素类(第四代头孢菌素类除外)及非典型 β -内酰胺类(氨基糖苷类)。此类药物的给药原则是不增加给药剂量,而是缩短给药时间间隔,一般 3~4 个半衰期给药 1 次,日总剂量分 3~4 次给药^[2]。处方中抗生素的不合理使用,如头孢呋辛 3.0g, qd 给药,此种给药方式,影响抗菌疗效,容易产生耐药菌株,导致不良反应蓄积。所随机抽取的处方中头孢类抗生素 qd 给药出现频繁,占此类不合理用药处方数的 82.7%。

2.1.2 浓度依赖型抗生素 代表药物为氨基糖苷类和喹诺酮类。氨基糖苷类日剂量单次给药与多次给药相比,药效增加或不变,但肾毒性的发生率呈下降趋势。喹诺酮类日剂量单次与多次用药相比虽然疗效可能提高,但其不良反应也呈现出一定的浓度依赖性,故目前除半衰期很长的药物外尚不提倡日剂量单次给药^[3]。鉴于上述报道,建议将 79 岁的老年急性尿路感染患者的治疗方案由左氧氟沙星 0.4g, qd 调整为 0.4g, bid 为宜。

2.1.3 外科预防用抗生素 《抗生素临床应用指导原则》中规定:外科手术总的预防用药时间不 > 24h, 个别情况可延长至 48h。此次抽取的处方中仍存在手术前无指征、超有效覆盖时间使用抗生素

的情况。如混合痔患者,血象无异常,无炎症体征,在术前静脉滴注头孢哌酮/舒巴坦 + 替硝唑时间长达 1 周。

2.2 老年人用药

老年人患病时常表现为多种基础疾病共存,多种药物联用已成为一个普遍现象。有统计表明老年患者用药时的不良反应发生率随用品种增多呈上升趋势^[4]。同时,老年患者容易产生体内药物不良反应蓄积,因此我国药典规定 60 岁以上老年患者的用药剂量应为成人剂量的 3/4。长期以来,我院收治的患者多为老年患者,占病人总数的 70% 以上,医嘱在剂量上多采用成人常用量给药,部分药物甚至超常用量给药。以 70 岁脑梗死恢复期伴冠心病、陈旧性心肌梗死患者为例,同时使用成人常用剂量的阿司匹林肠溶胶囊、氢氯吡格雷片、肝素钠注射液及红花黄色素注射液,增加了出血后遗症的隐患。又如 61 岁的慢性阻塞性肺病患者,氨茶碱 0.2g, tid 给药。因此,应力求治疗方案个体化,以获得更大的疗效和更小的毒副作用。

3 不合理用药分析与讨论

3.1 毒副作用增加

3.1.1 呋塞米 + 头孢美唑钠 呋塞米为强效利尿药,利尿作用强大,能迅速使大量的液体排出,使头孢美唑钠的血药浓度增高,发生急性肾衰竭等不良反应的可能性和严重程度也会增加。

3.1.2 复方甘草酸苷注射液 + 注射用甲泼尼龙琥珀酸钠 两者均会导致低血钾、高血压、水钠潴留等,合用使不良反应被放大,加重上述症状。

3.1.3 呋塞米 + 地高辛 呋塞米为强效的排钾利尿药,与地高辛合用容易引起低血钾而致洋地黄中毒。

3.1.4 螺内酯 + 地高辛 螺内酯会延长地高辛的半衰期,引起地高辛蓄积。

3.1.5 龙骨、牡蛎、石膏等 + 地高辛片 升高血钙浓度,增强治疗作用的同时,也增加了洋地黄中毒

的可能。

3.1.6 乌头类 + 地高辛片 正性肌力和负性频率作用增强,心脏毒性增加。如大活络丸 + 地高辛片。

3.1.7 麻黄 + 氨茶碱片 两者分别通过激活腺苷酸环化酶和抑制磷酸二酯酶以增加细胞中环磷腺苷的浓度,两者解痉平喘的作用机制相似,但有文献报道两者配合服用,其疗效不仅不及单独使用,还会使毒性增加 1~3 倍^[5]。如院内中药制剂“温阳平喘胶囊”含有麻黄却与氨茶碱合用。

3.2 药理拮抗

3.2.1 活菌剂 + 抑菌剂 双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊 + 氨苄西林/丙磺舒胶囊,前者为活菌剂,后者为抗菌剂,两者合用疗效相互影响,服用时必须分开。

3.2.2 颠茄合剂 + 多潘立酮 颠茄合剂含阿托品,为抗胆碱药,有缓解松弛平滑肌痉挛作用,减低胃肠排空;多潘立酮为促胃动力药,加快排空,两药合用影响疗效。

3.2.3 秦艽、鹿茸 + 降糖药 秦艽和鹿茸能产生肾上腺皮质激素样作用而致血糖升高,从而影响降糖药的疗效,如:独活寄生丸 + 拜糖平。

3.3 溶媒不当

3.3.1 0.9% 生理盐水 + 丹参注射液 丹参注射液中含有丹参素、咖啡酸、丹参酚酸 A、B 和 D 等酸性成分。以 0.9% 生理盐水作为溶剂,对丹参注射液稳定性的影响存在不确定性,属于超药品说明书规定范围使用。

3.3.2 对非糖尿病老年心力衰竭患者输注 0.9% 生理盐水容易造成水钠潴留,进一步加重水肿和心脏负荷。必须使用时,建议控制输注量及滴注速度。

3.4 用法错误

用法错误多因未间隔服用,形成络合物或沉淀,而降低疗效,如:①维生素 B₁ 或 B₆ 与含有地榆、大黄的汤药同时服用。②院内中药制剂“麻仁

丸、三生调脂舒、养血生发合剂”因含有蒽醌或黄酮类成分,不宜与含有金属离子的药物(如氢氧化铝、碳酸钙维 D 片等)同时服用。

3.5 导致不合理用药的主要原因

医生仅从疾病需要开具医嘱,没有全面考虑每种药物的药理作用机制及药物联用产生的相互作用(包括治疗作用和不良反应)。

药师参与临床的积极性不高,结构老化,对行业动态的关注度不够,缺乏对专业资料的收集、整理和学习。

药物品种繁多,新品种层出不穷;院内制剂不具备相关药理药效资料,医生和药师很难及时、迅速、准确掌握药物信息。

医院药学服务新模式有待进一步确立。

我院目前临床药学工作的开展范围仍很局限,服务水平较低,形式单一。为适应新形势下医药发展的要求,药师的工作应该由传统的供应型转变为技术信息型,应深入临床,融入临床,全面开展不良反应监测、血药浓度监测、药学情报和药物咨询等工作,实现医药的合理化工分,建立优势互补、相互支撑的医疗团队,以利于为患者提供安全、有效、经济、合理的治疗措施。因此,药师应加强业务学习,主动转换角色,在促进临床合理用药,确保在用药安全方面发挥重要作用。

【参考文献】

- [1]王睿. 药代动力学/药效学理论在呼吸感染治疗中的应用[J]. 中国实用内科杂志, 2009, 29: 865-867.
- [2]戴自英, 刘裕昆, 汪复. 实用抗菌病学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1998, 59-223.
- [3]刘又宁. 应重视时间与浓度依赖性抗生素的合理应用[J]. 中华医学杂志, 2001, 81: 5.
- [4]郭秀芳, 史艳光. 对 15000 张老年患者处方中不合理用药分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2002, 2: 6-8.
- [5]曹书颖. 支气管哮喘治疗中不宜同时应用氨茶碱和麻黄碱[J]. 中国临床医生, 2001, 4: 47.