

我院门诊处方用药情况分析

王玉英(上海市静安老年医院,上海 200040)

本实验通过对我院门诊西药处方的统计,及对处方中合理用药、药物使用频率等情况所进行的分析,了解处方用药的基本情况及存在的问题,藉此为医院门诊药物的使用提供参考依据,促进合理用药的进一步开展。

1 资料来源

随机抽取我院 2000 年 7~12 月份 15d 门诊西药处方

5467 张(公费医疗处方因受用药限制未作统计,眼科、口腔科因设在急诊亦未统计),统计分析处方的分布、药物使用频率及合理用药情况。

2 结果与分析

2.1 处方分布情况:见表 1。

表 1 处方分布情况

科别	处方数	百分比/%	科别	处方数	百分比/%
内科	2481	45.38	妇科	554	10.13
外科	1022	18.70	神经专科	302	5.52
中医科	927	16.96	耳鼻喉科	181	3.31

2.2 处方分析:在随机抽查的处方中,含有抗菌药物的处方 1192 张,占 21.80%,其中含有一种抗菌药的处方 975 张,两种抗菌药的 198 张,两种以上抗菌药的 19 张,含有心脑血管系统药的处方 774 张,含有解热镇痛药的处方 460 张,其次含抗高血压药的处方 440 张,含消化系统药的处方 342 张,含维生素类药的处方 289 张,含循环系统药的处方 275 张,含降血糖药的处方 238 张,含呼吸系统药的处方 186 张。门诊几个主要科室用药情况见表 2。

表 2 主要科室用药分类情况

科别	抗菌药物	心脑血管系统	解热镇痛	抗高血压	消化系统	维生素类	循环系统	降血糖	呼吸系统
内科	497	554	254	285	218	170	136	192	133
外科	368	38	48	25	39	39	60	7	6
中医科	224	152	102	110	70	30	62	39	32

2.3 用药频率分析:在抽查的处方中,出现频率最高的药物为尼莫地平,占 7.24%,其次为新亚丹消和头孢氨苄,分别占 6.91%和 6.48%,具体情况见表 3。

表 3 门诊使用药物前 15 位排序

药品	使用次数	使用频率	排序
尼莫地平片	396	7.24	1
新亚丹消片	378	6.91	2
头孢氨苄胶囊	354	6.48	3
头孢拉定胶囊	330	6.04	4
阿斯匹林片	254	4.65	5
吗叮啉片	248	4.54	6
长效异乐啉片	236	4.32	7
寿比山片	206	3.77	8
百服宁片	177	3.24	9
心脑舒通胶囊	165	3.02	10
环丙沙星胶囊	118	2.16	11
蒙诺片	100	1.83	12
血脂康	89	1.63	13
阿莫西林胶囊	83	1.52	14
维生素 E 胶丸	77	1.41	15

2.4 合理用药分析:合理用药是指以医学、药学以及相关科学知识,指导社会人群的用药。药物使用水平是医疗技术水平的直接反映。在抽查处方中,根据中华人民共和国药典(1995 年版二部)的《临床用药须知》及各药品说明书,共有不合理处方 56 张,主要表现在配伍不合理、重复用药、用药方法用药剂量不当等方面。其中配伍不当的共 10 张,用法用量不当的 24 张,重复用药的 15 张,品种过多的 7 张,各占不合理用药的比例分别为 12.86%、42.86%、26.78%、12.50%,占抽查处方总数的比例分别为 0.18%、0.44%、0.27%、0.13%。造成上述不合理处方的原因有多种,比如患者多科就诊,根据患者要求开药,或临床医生对某些药物的成份不太清楚等等。

3 讨论

3.1 合理配伍用药:抗菌药物在门诊用药中占有主要地位,其口服制剂以头孢氨苄、头孢拉定、阿莫西林等为主。尤其是头孢拉定,以其抗菌谱广、肝毒性低的特点为病人所首选。抗菌药的使用渐呈上升趋势,这是因其在治疗各种感染性疾病方面起着重要的作用。然而,抗菌药物之间及抗菌药物与其他药物之间的不合理应用亦会引起正常菌群的失调、作用拮抗、细菌耐药性增加等不良反应。例如:抗菌药与培菲康,因培菲康是多种活性菌制剂,内有活的乳酸杆菌及双歧杆菌,合用后则杀死活菌,使培菲康失效。再如:头孢菌素与利菌沙合用,前者为繁殖期杀菌药,后者为速效抑菌药,二者合用后,细菌繁殖被抑制,头孢菌素则无法发挥杀菌作用。若把两种或两种以上的药物叠加使用,比如阿莫西林加头孢氨苄,二者会因作用于相同的靶位,均竞争青霉素结合蛋白而产生拮抗,甚至诱导耐药菌株的产生。因此,用药合理配伍,对于发挥药物的最佳疗效,提高患者疾病的治愈率非常重要。

3.2 用法用量得当:抽查处方中,注射剂抗菌药则以青霉素 G 钠、氨苄西林、头孢唑啉为主,特别是青霉素 G 钠的使用频度一直占首位。但若青霉素 G 钠的用药方法或用药剂量不当,则会大大影响其疗效。青霉素 G 钠在近中性(PH6~7)溶媒中较稳定,酸性或碱性增强均可使其快速分解^[1]。而 5%葡萄糖注射液的 PH 为 3.5~5.5,易使青霉素 G 钠催化分解,故临床上不宜用于青霉素 G 钠静滴,应以 0.9%氯化钠注射液作溶媒为宜。另外,据报道^[2],氨基糖苷类抗生素几乎对各种敏感菌具有显著的抗生素后效应(PAE),并有良好的接触后效应(PEE)和剂量依赖性,虽然半衰期短,但每天一次给药仍能达到很好的疗效。而青霉素、氨苄西林及头孢唑啉对大多数敏感菌的 PAE 没氨基糖苷类那么显著,在静滴时采用 qd 是不宜的,因为青霉素 G 钠的 T_{1/2}约为 30min,用药 3~4h 已排泄 90%以上,qd 给药会造成患者体内药物有效浓度在全天 24h 内相差太大,不利于控制感染。此类药物半衰期短,且是杀菌性抗生素,只在细菌处于繁殖状态时才能发挥最佳效果。血药浓度低,会使细菌由繁殖期转入静止期,使杀菌力降低。且该类抗生素无明显的后作用,一般应以每 6h 一次为宜^[3]。

3.3 选药合理不重复:在所抽查的处方中,心脑血管系统用药、解热镇痛药、抗高血压药在用药总量上仅次于抗菌药。这也比较符合我院的特点,当前,心脑血管疾病及高血压已成为老年患者的常见疾病。

通过调查发现,许多老年患者同时患有多种疾病,通常多科就诊,多种药物并用,这就可能使得不良反应和毒性反应发生率相对增高。因此对老年患者的选药应慎重、合理。如百服宁和敌咳,前者含有盐酸伪麻黄碱,后者含有盐酸麻黄碱,二者均能加强心肌收缩力,使骨骼肌血管、冠脉和脑血管扩张,血流量增加,血压升高。故一般情况下,对患有高血压或心脏病的患者不应选用。再如:解热镇痛药多含有相同成份,像克感敏、去痛片等均含有非那西丁,大剂量或长期服用会引起肾乳头坏死、尿毒症、间质性肾炎,甚至可能进而诱

发肾盂癌或膀胱、尿道肿瘤。故应避免这类药物同时服用^[4]。

3.4 大处方：在抽查中发现个别品种多、金额大的处方，药物之间并没有多少联系，而其中有些药物特别是新药、贵药是可不用或少用的。这种大处方无疑会造成医药资源的浪费。

总之，门诊用药要做到合理、安全、有效，就要针对老年人药代学和药动学特点，选择一些疗效佳、肝肾不良反应小、依从性好的新型制剂。这就要求临床医生和药师都应加强自身的业务学习，克服知识老化，掌握药物作用机制以及配伍禁忌等知识，提高用药的合理性和科学性。

参考文献

- [1] 陈新谦,金有豫. 新编药理学. 第14版. 北京: 人民卫生出版社, 1997, 45.
- [2] 王艳. 氨基糖苷类药物的抗生素后效应研究概况. 中国药房, 1997,10(5): 235.
- [3] 中国药典. 二部. 1995: 433.
- [4] 李玉平. 建议减少使用或停止使用含非那西丁、氨基比林成份的解热镇痛药. 药学实践杂志, 1997,15(4): 243.

收稿日期:2003-05-30