

我院麻醉性镇痛药应用情况分析

邱振宁 (宁波市医疗中心李惠利医院, 浙江 宁波 315040)

摘要:目的 评估我院麻醉性镇痛药的应用情况。方法 统计全院 2000 ~ 2003 年麻醉性镇痛药数量并对 2003 年 10 月至 2004 年 9 月的全院麻醉处方进行分析。结果 度冷丁用量居高不下, 四个主要药物品种的 DUI 均不大于 1。结论 调查结果显示我院麻醉性镇痛药使用基本合理, 个别处方不规范, 但今后仍应注重个体化给药方案的实行。

关键词: 麻醉性镇痛药; 处方分析; DDD 值; DUI 值

中图分类号: R956 文献标识码: B 文章编号: 1007-7693(2005)05-0432-03

Analysis of the usage of narcotic analgetics in our hospital

QIU Zhen-ning (Ningbo Medical Care Centre, Li Hui Li Hospital, Ningbo 315040, China)

ABSTRACT: OBJECTIVE To evaluate the usage of narcotic analgetics in our hospital. **METHODS** The amount of narcotic analgetics used in this hospital during the period of 2000 ~ 2003 and all prescriptions of narcotic analgetics during Oct. 2003 ~ Sep. 2004 were analyzed. **RESULTS** The sum of use of pethidine hydrochloride injection was still high. DUI of four primary drugs was not more than 1. **CONCLUSION** The usage of narcotic analgetics is basically reasonable. Some prescriptions are not standard, and the individual medication needs to be improved more.

KEY WORDS: narcotic analgetics; prescription analysis; DDD; DUI

据世界卫生组织 (WHO) 统计, 全世界每天至少有 500 万人受到癌痛的折磨。在我国, 每天有近 100 万人因癌症引发疼痛, 能否实现让癌症患者无痛已成为衡量一个国家医疗水平的重要标志。合理应用镇痛药, 不仅能解除患者痛苦, 防止疼痛性休克发生, 还能改善患者的生命质量。现在我国治疗癌性疼痛的方法正从传统止痛方案向 WHO 推荐的“三阶梯止痛方案”过渡, 选择正确的药物、正确的剂量、正确的

间隔时间、正确的用药途径, 便可使 90% 以上的癌痛得到控制。为评估我院麻醉性镇痛药的应用情况, 笔者对全院 2000 年至 2003 年麻醉性镇痛药的使用情况进行了统计, 并对 2003 年 10 月至 2004 年 9 月的麻醉处方进行了分析, 以期为临床合理应用麻醉性镇痛药提供有价值的参考。

1 资料与方法

1.1 资料

根据我院计算机数据库中的数据,统计 2000 ~ 2003 年全院麻醉性镇痛药使用数量,收集我院 2003 年 10 月至 2004 年 9 月的麻醉处方共 9017 张,记录药品名称,统计药品品种、总用量、日剂量、总用药天数等。

1.2 方法

按照 WHO 推荐的限定日剂量 (defined daily dose, DDD) 作为药品利用动态客观指标,采用药物利用指数 (drug utilization index, DUI) 作为分析判断指标^[1],结合《新编药理学》(第 15 版)^[2],分析患者麻醉性镇痛药的使用情况,以此说明合理用药的程度,再结合处方进一步分析其整个药物治疗过程中的给药间隔时间、用药途径等。

1.3 计算方法

DDDs = 总用量 / 该药物的 DDD 值, DUI = DDDs / 总用药天数^[3]。

2 结果

本院现有麻醉性镇痛药 6 种,剂型 3 种,芬太尼针仅用于手术前后麻醉镇痛,用途单一,磷酸可待因片主要用于镇咳,且其用量较小,故两者暂不作分析。2000 ~ 2003 年各种药物使用数量统计见表 1,其中四种主要麻醉性镇痛药 2003 年 10 月 ~ 2004 年 9 月间使用情况分析见表 2。

表 1 2000 年 ~ 2003 年全院麻醉性镇痛药用药情况统计

Tab 1 The amount of narcotic analgetics used in our hospital during the period 2000 ~ 2003

药品名称	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年
枸橼酸芬太尼注射液 (mg)	1450	3597	2320	2270
盐酸哌替啶注射液 (mg)	359750	423950	483750	467150
盐酸吗啡注射液 (mg)	1560	2970	1630	1180
硫酸吗啡缓释片 (mg)	303930	366480	347310	395320
磷酸可待因片 (mg)	12960	40950	43230	47580
芬太尼透皮缓释贴剂 (mg)	1637.5	1782.5	3682.5	5592.5

表 2 2003 年 10 月 ~ 2004 年 9 月四种主要麻醉性镇痛药使用情况分析

Tab 2 The statistics of consumption of four primary drugs during Oct. 2003 ~ Sep. 2004

药品名称	总用量	DDD 值	总用药天数	DDD _s	DUI
	(mg)	(mg)	(天)		
盐酸哌替啶注射液	416250	100	6064	4162.5	0.69
盐酸吗啡注射液	1040	10	103	104	1.0
硫酸吗啡缓释片	390500	90	6363	4339	0.68
芬太尼透皮缓释贴剂	4812.5	1.667	2894	2887	1.0

3 讨论

3.1 药物使用量情况分析

通过表 1 可以看出,近四年几种药物用量都呈上升趋势,尤以多瑞吉 (芬太尼透皮缓释贴剂) 升幅最为明显,2003 年的用量是 2000 年的 3.42 倍。由此可见,新型控缓释制剂已被越来越广泛应用。从表中还可以看到另一现象,度冷丁 (盐酸哌替啶注射液) 的用量一直居高不下。从处方情况看,在癌症患者的止痛方面,虽然美施康定 (硫酸吗啡缓释片) 的

用量增长明显,但许多医生还是习惯使用度冷丁。事实上,WHO 已将度冷丁列为癌症疼痛治疗不推荐的药物。度冷丁的止痛作用强度仅为吗啡的 1/10,其代谢产物去甲基哌替啶的半衰期长,容易在体内蓄积,依据蓄积浓度的高低分别产生战栗感、震颤、抽搐、癫痫样大发作等严重神经毒性症状,故癌痛治疗不宜选用度冷丁^[4]。

3.2 药物利用情况分析

以 WHO 药物利用与研究小组提出的 DDD 和 DUI 理论为依据,来评价我院麻醉性镇痛药使用的合理性。从表 2 可以看出,度冷丁的 DUI 较小,为 0.69,其主要用于外伤、肾绞痛、手术前后以及癌痛治疗,其中对晚期癌痛治疗大多数为传统的按需给药,即痛是用,因此日用量不足,故 DUI 值较小。吗啡注射液的使用已居于末位,仅用于手术麻醉前给药和部分非癌性疼痛治疗,基本不用于晚期癌痛治疗, DUI = 1.0,符合推荐的 DDD 值。美施康定作为控制重度疼痛的首选药物在临床上已得到了广泛应用。我院调查情况与此治疗原则相符,其用药频度居首位。美施康定的 DUI = 0.68,可能与临床医生担心过度用药易引起患者成瘾有关。应当提醒临床医生注意的是,世界卫生组织 DDD 值的设立只遵循了药物的适应症,并未考虑患者的个体差异、依从性和联合用药的情况,晚期癌症患者麻醉性镇痛药的使用应以合理有效的镇痛为最终目的,可以不受药典规定极量的限制^[5]。因此建议临床医生在遵循用药原则的前提下,不必过分担心成瘾性问题而减少镇痛药的用量。国外通过贯彻《癌症三阶梯止痛方案》近 20 年的大量实践证实,癌症患者长期使用吗啡止痛而成瘾者罕见,其比例不到 0.2%^[6]。多瑞吉的 DUI = 1.0,与推荐的 DDD 值相符,使用合理。

从处方统计结果看,有少数美施康定处方存在用药时间方面的问题,其中必要时服一粒的情况占 26.26%,一日三次的用法占 2.02%,需要指出的是美施康定是一种控释制剂,所以使用时不能把它当作速释制剂使用,它的药物释放并无峰谷现象,只需每 12h 给药一次即可达到治疗目的。若不能缓解疼痛应调整剂量至一次 60mg 甚至 90mg。临床用药应强调按时给药而不是按需给药,这样才能使患者得到有效镇痛,防止用药次数过频而形成依赖性。晚期癌痛给药应以口服为主,对晚期不能口服的患者也可采用直肠给药,本次调查中通过直肠给药的占 6.06%。

综上所述,我院麻醉性镇痛药的应用基本合理。但以下问题值得关注:首先是许多医务人员对癌痛患者的治疗缺乏认识,对癌痛评估的手段落后,评估不足,对麻醉性镇痛药的不良反应顾虑过多,分不清“药物滥用”与“长期医疗需要”的区别。《癌症三阶梯止痛方案》推行多年,经各国临床观察,获得了令人满意的效果。我国卫生部也于 1991 年 4 月发文,在全国推行这一方案,但至今癌症患者的止痛并未得到充分治疗,癌症患者大多都是单一用药,与 WHO 提出的让癌症患者不痛的目标还有一定距离,需进一步加强学习,使医务人员不但注重癌症治疗,而且应掌握和重视癌痛治疗^[7]。我们医务人员应用爱心和全新的知识、观念来让癌症

患者的疼痛降到最低程度,直至达到不痛的目标,把对患者的关怀和尊重融入整个治疗过程中去,提高癌痛患者的生命质量,使之充分享受人生。

参考文献

- [1] 查仲玲,张玉.药物利用研究[J].药物流行病学杂志,1996,5(2):112.
- [2] 陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].第15版.北京:人民卫生出版社,167-170.
- [3] 周元瑶.药物流行病学[M].北京:中国医药科技出版社,

1996,192-195.

- [4] US. Public Health Service[M]. Management of Cancer Pain Rockville, AHCPR Publication, 1994,39-74.
- [5] 国药管安[1998]160号《关于癌症病人使用吗啡极量问题的通知》
- [6] 杨志元.癌症三极止痛阶梯疗法实施过程中的问题和对策[J].中国药事,1999,13(2):91.
- [7] 中华人民共和国卫生部药政管理局.癌症病人三阶梯止痛疗法的指导原则[S].1993.

收稿日期:2004-12-07