

例2：强的松与消炎痛合用时，强的松对消化道有刺激性，因其能抑制蛋白质的合成，促进蛋白质的分解，并能刺激胃酸和胃蛋白酶的分泌，降低胃与十二指肠粘膜组织对胃酸的抵抗力，阻碍组织修复，延缓溃疡愈合。因此活动性溃疡病患者禁用。消炎痛对胃的副作用也很强，两者合用对胃的刺激作用增加。

例3：强的松为糖皮质激素，与四环素类短期合用可增强抗炎效果，但如长期合用可引起四环素耐药菌及变形菌等的异常繁殖（即二重感染）。因为强的松长期或大剂量应用能抑制机体免疫作用，在这样情况下，再用四环素类药物，可造成白色念珠菌、霉菌等二重感染及诱发和加重耐药菌的传染病。

4、重复用药的危害 我们利用“药讯”向临床介绍本院现有的30多种复方制剂的组成和含量，对医生避免重复用药有一定参考价值，但复方制剂是层出不穷的，有的复方制剂未及时介绍就出问题。如一病人因血脂高服降脂平一个月，最后一周加服康力龙，结果发现转氨酶升至200以上，血脂不仅没有下降，反而高达700，停药后逐渐下降，但仍有反复。实际上，降脂平为一复方制剂，其主要成份是安妥明衍生物（对氯苯氧异丁酸铝）75mg，康力龙0.5mg及烟酸、肝乐、维生素B₆等。降脂平的副作用可引起谷丙

转氨酶的轻度升高，康力龙对肝脏也有影响，此例病人在连续服用降脂平的三周中已出现轻度副作用，第四周又加服康力龙重复用药使副作用加重。至于血脂反而升高的原因还有待于进一步研究。

三、参予病人用药咨询

调查分析处方虽然可以回顾过去、警惕未来，但基本上是被动的，只有把工作做在前面，深入临床、面向病人，参予制定给药方案，预先审查处方用药的合理性，发现问题与医生协商，及时修改，保证病人用药的安全有效，才是开展临床药学的根本目的。修正一张用药不妥的处方对医生也是一次有效的促进，所以，药剂人员运用自己的知识对临床用药进行“把关”是重要的。我们在配方发药中越来越重视了这一点，仅84年上半年在门诊急诊处方中检查出并及时纠正的不合理用药已达555次，其中属用法不当可能造成病人严重不良反应的即有140项，如庆大霉素+卡那霉素、庆大霉素+碳酸氢钠、安体舒通+氯化钾、甘露醇+氯化钾注射液等不合理的处方都得到了及时纠正。今后还必须做出更大的努力。

临床药学发展迅速，有的国家在门诊药房随时可以进行血药浓度监测等工作，我国医院药房也正在开展，只要我们坚持努力，一定能够开创出一个崭新的局面来。

554份病历用药情况的调查分析

解放军290医院 郭涛 冀洪贤 张跃晨 童秋华

为了配合临床合理用药，我们抽查了本院82年11月~83年3月份554份病历，82年第三季度5000张门诊处方用药情况。病历中有配伍问题或用药不当的共107份，占19.3%，门诊处方中有问题共225张，占4.5%。绝大

多数是联合用药，少则2~5种，多则10余种，最多每日每次用药达16种（复方制剂作一种计）。兹将用药情况分析如下。

不合理用药产生药物的相互作用

1、维生素B₁、B₂、C与胃得乐片、碳

酸氢钠片、胃舒平片、氨茶碱等伍用。

(1) 维生素B₁在硷性溶液中迅速分解, 并被氧化成具荧光的硫色素而失效。在37℃的碳酸氢钠溶液中, 几乎全部分解。故与碳酸氢钠、胃舒平、胃得乐等伍用不妥。

(2) 核黄素在硷性环境中极易变质分解为光黄素失效。

(3) 维生素C在硷性环境或接触微量金属元素(如Fe⁺⁺⁺)可被分解破坏。故与三价铁离子同服不合理。有的病历, 将维生素C与氨茶碱一起加入同一瓶液体中静脉滴注, 不仅维生素C会破坏, 且可析出氨茶硷沉淀。

2、维生素类用量不当

维生素B₁的用量, 多数以20mg 3/日内服。但其口服后主要在小肠吸收, 因是季胺类化合物, 在肠道吸收不完全, 若每日40mg, 最多只能吸收8~15mg, 加大剂量, 并不能相应地增加吸收量。

维生素C毒性低, 但长期大剂量应用易致草酸盐结石。

3、青霉素的应用情况

目前青霉素耐药菌株不断增加, 从26850例药敏试验得知青霉素的总耐药率(对八种细菌耐药率平均数)达85.43%。宜在连用3~5天后无效就停药, 长期应用可致耐药率提高。青霉素更不宜作预防用药。

4、抗生素的不合理伍用

(1) 四环素族与胃宁中砷的Al³⁺, 胃得乐中Bi³⁺、Mg²⁺作用可形成络合物, 在肠道中难吸收, 明显降低其生物利用度。而且四环素族与胃得乐合用, 由于后者含碳酸氢钠致胃液pH上升, 四环素族溶解度及吸收量下降。

(2) 青霉素G与四环素、氯霉素等伍用, 呈拮抗作用。青霉素是繁殖期杀菌剂, 对生长繁殖期细菌作用强大, 四环素可使细菌生长受抑, 故减弱了青霉素G的作用。

青霉素与庆大霉素不宜伍用, 因青霉素

的β-内酰胺环可使庆大霉素失活。

链霉素与四环素等一般不可盲目并用。因链霉素可使细菌核蛋白聚合体分解, 而后者则能稳定核蛋白聚合体, 并能阻止链霉素进入菌体。

5、强的松与阿司匹林伍用

强的松等糖皮质激素与水杨酸衍生物并用, 能增强对消化道的刺激, 加剧溃疡, 引起胃出血。

6、地高辛的不合理应用

(1) 地高辛与土霉素伍用。土霉素属广谱抗菌素, 可使肠道菌丛发生改变, 抑制地高辛的还原代谢, 使血药浓度显著增加, 必然对洋地黄化进程或毒性反应有强烈的影响, 况且地高辛的治疗量与中毒量很相近, 更易中毒, 不宜伍用。

(2) 地高辛与普鲁本辛、胃舒平、胃得乐等伍用, 吸收降低。地高辛在肠道的吸收, 可受胃舒平和胃得乐中的三矽酸镁、次硝酸铋、硫酸镁和氢氧化铝等药物的影响, 使吸收量降低。而普鲁本辛能减慢胃肠蠕动, 使排空速率减慢, 延长地高辛与消化道粘膜的接触时间, 从而增加吸收量。

7、呋喃唑啉与碳酸氢钠、胃舒平、胃得乐等伍用。

呋喃唑啉在酸性下具最强杀菌力。呋喃唑啉在pH5.5时的杀菌力比pH8时强100倍左右, 故与碳酸氢钠等碱性药物伍用是不妥的。

关于服药时间的问题

1、利用“生物钟”原理, 采用最佳给药方案

利用生物学的时间特性与时辰药理学的知识指导合理用药, 对提高药效、降低毒副作用是有临床意义的。我们调查了内科应用糖皮质激素给药时间, 发现有77%的病例每日用糖皮质激素是分三次给药。

肾上腺皮质分泌肾上腺皮质激素一般上午八点左右血中浓度达最高峰, 随即逐渐下

降，至午夜24点最低。用药应与这种生理节律性同步。若每天上午八点给予每日所需糖皮质激素全部剂量或先给2/3量，余量在中午或傍晚再给予，可获得最佳疗效，且能使停药后发生皮质功能不足的可能性降至最低。国外学者Dubis发现早晨一次给药的总量可比多次给药总量要小，不但疗效相同，且一次给药溃疡出血发生率显然降低。本院一日量分三次给药，疗效可能欠佳。

2、习惯用药时间的商榷

本院临床各科口服给药时间基本一致，上午8点（饭后）、中午11点半（饭前）、下午五点（饭前）。不论什么药物均用此法

欠妥。如扑热息痛空腹给药20分钟即可达到最高血药浓度，而饭后则需2小时方可达到同一水平。四环素在饱腹时服用的血药浓度要比空腹时下降50~80%。核黄素的吸收是在小肠上部特殊部位，属主动转运，空腹时由于胃空速率快，不能充分吸收。饱腹时胃空速率慢，吸收部位仅出现少量药物，可使吸收量增加。故不同药物的用药时间应作适当调整，以充分发挥药效。

以上几点仅是我们对本院临床用药初步分析，难免有局限性，仅供参考。

（参考文献23篇，略）

麻醉药和毒、限剧药管理情况调查和建议

解放军南京军区杭州疗养院 张清慎

建国以来国家对麻醉药品和毒、限剧药品作出了相应的管理规定，统一制订毒、麻、限剧药专用铁柜，统一印制毒、麻、限剧药极量表，配备毒药天平，使用毒、麻、限剧药专用处方笺；规定严格的监配和校对制度，各种毒、麻、限剧药的包装容器上都有醒目的专用标志，为保证临床用药安全和有效、防止发生差错事故和保障人民健康起了积极作用。十年浩劫，毒、麻、限剧药的使用管理受到了严重破坏，为此1977年以来国家对毒、麻、限剧药的使用管理又重新作出规定和措施。通过医院整顿和检查，尽管有了明显进步，但仍然还存在一些较严重的问题，值得引起重视。笔者仅就参加南京地区医院大检查的情况提出几点意见。

一、概念模糊

1、有的药工和医护人员误认为毒、麻、限剧药都是同一类药品，因此对毒、麻、限剧药没有按照国家规定分类分别陈列

贮存和登记账卡，而是按照粉、片和针等剂型将毒、麻、限剧药混合保管和排列账目。

2、1977年版《中国药典》二部附录中明确规定了哪些是毒药，哪些是限剧药，而1979年6月国家卫生部、医药管理局通知把毒、限剧药笼统分为第一类和第二类。造成毒药和限剧药概念上的混乱。

3、有的只重视毒、限剧药管理、不重视麻醉药品管理。84年已有两所医院发生杜冷丁注射液多次被窃和两起服鸦片酊超过极量引起中毒事故。

4、有个别护士错误地把麻醉乙醚和利多卡因注射液等也列入麻醉药品进行管理。

二、品种范围混乱

1、文件中规定不一致。如1979年6月国家卫生部、医药局卫药字第837号通知中规定升汞、三氧化二砷、硝酸毛果芸香碱及氢溴酸后马托品为毒药，而1977年版《中国药典》二部附录中未载入。1979年国务院关