

我国临床药师参与用药决策的现状与展望

陈剑鸿, 王碧江, 刘松青(第三军医大学西南医院药剂科, 重庆 400038)

摘要: 本文概述我国临床药师目前在临床用药决策中的作用, 并分析造成这种状况的原因, 同时指出临床药师参与用药决策的必要性和必然性, 对我国临床药师如何在用药决策中发挥应有的作用和促进临床药师参与用药决策作了展望。

关键词: 临床药师; 用药决策; 现状; 展望

中图分类号: R951 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006- 0111(2001)- 03- 0178- 03

随着改革的深入, 医学知识的普及和人们文化素质的提高, 以及对提高生活质量的追求, 合理用药越来越为病员所需要。医疗行为中最为重要的一环——用药决策, 也越来越需要临床药师的参与。目前, 医院药学工作中心由传统的保障供给型向临床参与型的转向, 医院药学工作模式也从集中型向分散型转换, 临床药师在用药决策中的作用也愈加突出。本文就临床药师参与用药决策的现状与展望加以讨论。

1 临床药师参与用药决策的现状

1.1 临床药师参与用药决策急需深入

目前临床药师的工作局限于促进合理用药、药品使用监控、收集药物反馈信息进行药物再评价、开展新药管理与新药服务等。临床药师在临床实践中, 只是担任用药决策的“善后工作”, 如临床药理的调查性工作, 也就是追踪药物的疗效, 对其进行评价。这种评价的结果没有系统地反馈到用药决策中。因为病人用何药物, 尤其是在具有相同或相似药理作用的药物之间的如何选择以及各种药物之间如何搭配、如何协同、如何避免配伍禁忌等, 均掌握在临床医师手中。至多临床医师电话咨询调剂室药学人员, 询问 β 受体阻断剂、血管扩张剂有哪些品种。至于具有同种功效的药物之间如何选择则在很大程度上取决于商品的广告与商家的促销。而真正懂得药理与药效强度的临床药师反而不能参与对病人的用药决策。尽管目前临床药师经过药物的再评价对病人用药后的效果进行系统的统计学分析, 掌握了影响药物临床效果的各种因素, 但他们不能参与用药决策。成果也只能通过发表论文、举办专题讲座等形式传播给某些临床医师。多数临床医师, 对药物选择标准则来自于陈旧的药学知识、有限的药学实践以及药品推销商的游说。

1.2 用药决策中临床药师的权利和作用方式尚未

达成共识

随着医院药学任务的变迁, 早在 60 年代临床药学概念便已兴起。但是临床药师在用药决策中的权利、作用方式如何定位, 未能形成统一的认识。在临床实践中, 由于临床医师对病人疾病的病史以及目前的病理生理学状态较为熟悉, 加之历史形成的习惯, 对于如何进行药物治疗, 对临床医师形成了依赖性。这样, 临床药师与临床医师在用药决策中的权利与责任的界定和如何发挥作用, 如何与临床医师协作配合成了问题的关键。

1.3 我国对临床药师在用药决策中的重要作用认识不够、不统一

由于临床药师在用药决策中的权利与责任、作用方式未确定以及对用药决策的参与不够, 临床药师的重要作用未能得到体现。有无临床药师参与的用药决策, 其临床效果缺乏充分的比较, 因此, 临床药师参与的用药决策的优越性得不到体现, 对临床药师的重要作用的认识越欠缺则越得不到统一。

1.4 临床药师队伍力量薄弱

要发挥临床药师在用药决策中的作用, 体现临床药师参与的用药决策的优越性, 必须要有一支强大的临床药师队伍。1992 年美国医院药师协会中就有 10% 以上的会员直接参与临床药物治疗工作^[3]。由于我国临床药师参与临床实践少, 加上人们对临床药师的作用认识不够, 因此, 临床药师参与用药决策不能制度化。鉴于临床药师的威信与地位得不到提升, 这样, 临床药师越加得不到重视, 临床药师队伍的建设便越得不到加强, 以致淡化了临床药师的作用, 于是形成恶性循环。

2 临床药师参与用药决策的必要性与必然性

2.1 合理用药的需要

据 WHO 提供的资料, 全球有 1/3 的患者死于用药不当, 全球有 1/7 病死者的死因不是自然界固

有的疾病,而是不合理用药。唐镜波的调查^[1]指出,我国不合理用药约占用药者的12%~32%。随着药物开发的突飞猛进,大量新药以及新包装、新剂型的老药涌入临床,药物的品种、数量、剂型越来越多,同时医学模式、医学理念、医学诊断技术、非药物治疗技术等不断进步,这两大方面均需要目前主要用药决策者——临床医师去涉猎这些知识,这将给本已十分繁忙的临床医师形成巨大的压力。具体到每个病人,如何正确合理地应用好各种药物,给病人带来最好的治疗效果,这需要大量的时间与精力去摸索,这对临床医师形成一定的难度,因而用错药、浪费药的情况时有发生。解决这一矛盾需要掌握药物最新信息并熟悉合理用药规律的临床药师参与到用药决策中来。彭程等^[2]指出,有临床药师参与的用药决策提高了救治成功率。

2.2 医药学发展形势的需要

随着医药学的发展,临床上药物治疗学课题,如药物治疗成本合理性、药物治疗个体差异性等,这些课题的研究需要临床药师积极参与,研究总结其中的规律,然后将结果反馈于用药决策,使之更加合理。

2.3 适应社会医疗保障体制变革的需要

社会医疗保障体制变革对医院药学服务提出了新课题,例如如何合理地开发医疗资源、如何降低医疗成本,药物费用则成为其中的焦点之一。为了适应这一变革的需要,用药决策必须有临床药师的参与,只有这样,才能在保证同样疗效的前提下,降低诊治药物的费用。

2.4 适应市场经济的需要

随着市场经济的发展,医院之间也不例外地形成竞争态势,在争取病人的市场竞争中,医院治疗质量与治疗成本则成为竞争成败的关键。医院治疗、诊断中不可能脱离药物,充分发挥药物的疗效,合理合药,提高医院治疗质量,降低治疗成本,改善医院服务形象,提高医院的市场竞争能力,这些均需要临床药师参与用药决策。

2.5 新药再评价和新药管理的需要

我国研制的一、二类新药为数不多,大多新药均是仿制品,有些甚至是厂家通过药品包装、改变剂型、复方组合、更换商品名等手段以老充新。新药的应用,尤其是后者,在疗效改进不多或没有改进的情况下,使药物治疗成本大幅度提高。临床药师通过对新药先行小范围试用对其进行临床疗效的再评价、总结、比较,掌握了新药的优劣、知道如何取舍,

因此,临床药师的参与可以使用药决策更加优化。

3 临床药师参与用药决策的方式与内容

如何使临床药师更好地参与到临床用药决策中来,如何与医院的救治行为相协调,这是一个值得研究的课题。从目前来看,可以从以下几个方面展开:

3.1 临床病区配备临床药师

国内目前还无任何单位拥有普遍分布的专科化临床药师^[4]。因此,只可能为医院大病区配备临床药师。临床药师须熟练掌握本病区的用药规律,检查本病区的用药情况,检查无异议后签字,本病区的药物治疗方案方可执行。

3.2 处方把关

门诊各大诊区设立临床药师,临床药师了解病人病历,检查处方并签字后方可划价收费取药。

3.3 建立临床药师参与的查房制度

各病区临床药师参加该病区的每日查房,了解病人病情,指导并检查该病区的药物治疗情况。解答病员的用药疑问。

3.4 提供合理用药咨询

各病区的临床药师必须系统熟练掌握该区所用各种药物的所有资料,包括绝对疗效、相对疗效(与同类药物的比较)、毒副作用、配伍禁忌、药物性价比等。能为本病区或相关病区的病人、临床药师、临床医师以及护理、检验、影像检查等人员提供用药咨询。

3.5 定期举办临床用药方向的学术活动

总结近期用药情况、反馈药物再评价结果、系统介绍新药的发展与引进情况。使临床药师与临床医师之间在用药决策方面逐渐达成共识。

4 促进临床药师参与用药决策的措施

4.1 提高临床药师队伍的质与量

目前临床药师队伍还相当弱小,在数量上远不能满足每个临床科室配备一位临床药师。用药决策中临床药师的参与受到严重制约。另外,已有的少量临床药师,由于对用药决策的参与少,临床实践不够,在一定程度上存在着“责任淡化”现象,进而使临床药师的服务对象、工作性质发生偏移。这些均影响了临床药师队伍专业知识结构的优化,使得临床药师队伍的质量受到一定程度的影响。因此加强临床药师队伍建设,尤其是量的建设是强化临床药师参与用药决策的关键。

4.2 树立临床药师的形象

可以先设立用药决策中有临床药师参与的试验病区,然后与无临床药师参与者进行比较,通过比较

分析, 并加强宣传, 使病员、临床医师看到有临床药师参与的用药决策的优越性, 从而树立临床药师的良好形象, 使病人、医护人员普遍接受临床药师对用药决策的参与。同时, 临床药师也应本着以人本的服务思想, 积极参与临床实践并不断更新、完善自身的知识结构, 提高参与用药决策的水平。

4.3 建立制度

在有临床药师队伍的量与质的保证下, 医院可建立相应的制度, 如处方的药师认可制度、临床药师参与的查房制度等。确保临床药师在用药决策中的

权利, 从而更好地发挥其作用。

参考文献:

- [1] 唐镜波, 谭 军. 合理用药、基本药物及药物流行病学的相关性与发展[J]. 药物流行病学杂志, 1995, 4(3): 129.
- [2] 彭 程, 罗朝利. 临床药师参与制定临床用药方案[J]. 中国医院药学杂志, 1998, 18(12): 539.
- [3] Hassan Y, Aziz NA, Awang J, et al. An analysis of clinical pharmacist interventions in an intensive care unit[J]. J Clin Pharm Ther, 1992, 17(6): 347.
- [4] 胡晋红, 王 卓. 临床药学与临床药师[J]. 中国药房, 1999, 10(5): 236.

收稿日期: 2000- 12- 19

(上接第 177 页)

3.4 用药量次及日数

可待因、美施康定片均为常规用量, 1~ 3 次/日, 均为两日内服药, 哌替啶、吗啡均为常规用量, 癌症晚期病人可持“三证”每次取 5 天量, 其余单次用药。芬太尼为常规用量, 手术诱导麻醉用, 通常分为 2~ 4 次, 当日手术用药。

3.5 药物利用情况

5 种麻醉药品的 DDD 值, 药物利用指数 (DUI), 见表 3。根据 Chodse 教授的方法计算^[1], 药物利用指数 $DUI = \text{总 DDDs} / \text{用药总天数}$ 。

表 3 5 种麻醉药品的 DDD 值及 DUI

药名	DDD 值 (mg)	总量 (mg)	总 DDDs	总天数	DUI
哌替啶	100	97 550	975.50	1529	0.64
吗啡	15	4 180	278.67	415	0.67
可待因	90	5 310	59	70	0.84
芬太尼	0.1	81.6	816	179	4.56
美施康定	60	11 220	187	187	1.00

4 讨论

4.1 从表 1 结果分析: 使用麻醉药品的病人年龄分布广泛(2~ 87a), 20 岁以下 123 例, 占 6%; 21~ 60 岁 1438 例, 占 69.9%; 61 岁以上 495 例, 占 24.1%。结果提示: 5 种麻醉药品多数在成年人范围内使用, 集中在 21~ 60 岁年龄段。从性别看, 男女之间用吗啡和美施康定情况差别较大, 用吗啡女性占 67.4%, 提示妇产科手术镇痛, 妇科肿瘤患者有增多的趋势。美施康定一般用于晚期癌症, 提示男性患者高于女性。

4.2 从表 2 看应用科室最多的为麻醉科, 占 46.8%, 其次为内科病房(包括综合内科、神经内科、心内科和保健病房), 占 15.6%, 急诊科 11.6%, 普外科 8.8%。表明麻醉药品集中于麻醉科、内科、急诊科和普外科使用。提示我院麻醉药品的管理重点应放在上述 4 个科室, 特别对急诊病人在药品的使用和管理上要严格落实各种制度, 防止不法分子从中变相骗购, 流入非法渠道。从各类药物看, 哌替啶各科使用均为首位, 芬太尼则主要用于麻醉科, 吗啡主要是麻醉科、心内科、内外科, 可待因和美施康定主要是急诊科和内科使用。

4.3 从表 3 结果提示, 哌替啶使用最多, 为 975.50 DDDs, 其次为芬太尼, 816.00 DDDs, 可待因 59.00 DDDs, 临床应用最少。按 WHO 建议的限定日剂量 DDD 的方法和 Chodse 教授提出的 DUI 为指标评价 5 种麻醉药品, 只有芬太尼的 $DUI > 1$ 。芬太尼主要是麻醉科手术中诱导麻醉用, 参考文献上限定的剂量与实际应用中的个体差异相差较大, 有报道芬太尼在诱导麻醉时剂量可达到 1.4mg, 且临床上对此剂量已普遍接受^[2], 故本统计 $DUI > 1$ 不属滥用。总的看来, 本院对麻醉药品的管理符合规定, 使用基本合理, 无滥用倾向。

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] 徐凯智, 胡小芹. 心脏瓣膜置换术大剂量芬太尼麻醉的药代动力学研究[J]. 中华麻醉学杂志, 1996, 16(2): 51.

收稿日期: 2000- 11- 04