

## 门诊不合理用药处方分析

曾英彤,朱红球(广东省人民医院药学部,广东 广州 510080)

**摘要** 目的:调查门诊不合理用药情况并分析、找出原因以期提高用药水平。方法:随机抽取2002年下半年21 920张门诊处方,对其中不合理用药情况进行统计分析。结果:占不合理处方的百分比依次分别为:配伍不合理(36.67%)、用法用量不合理(22.79%)、药物合用而增加不良反应(19.54%)与药物合用而降低疗效(15.12%)等。结论:健全合理用药监督机制、开展药学监护是用药安全、有效的保证。

**关键词** 不合理用药;处方分析;门诊处方

中图分类号:R969.3

文献标识码:B

文章编号:1006-0111(2004)02-0114-02

处方分析是了解临床用药情况和促进合理用药的重要手段之一,笔者就随机抽查过2002年下半年21 920张门诊处方进行统计和分析,现将结果报道如下,以供同仁参考。

### 1 资料来源和方法

随机抽查2002年7-12月我院门诊处方共21 920张,占全年处方总数的2.03%,处方样本基本覆盖全院门诊各专科,具有一定的代表性,并对其中不合理用药的类型、处方张数等进行统计和分析。

### 2 结果

21 920张被抽查处方的合格率为98.04%,其中不合理用药处方430张,占抽查处方的1.96%。其分类统计结果见表1。

表1 不合理用药处方统计

不合理用药类型	处方数	占不合理处方(%)	占调查处方(%)
配伍后理化性质改变,影响疗效	162	37.67	0.74
用法、用量不合理	98	22.79	0.45
药物合用而增加不良反应	84	19.54	0.38
药物合用而降低疗效	65	15.12	0.30
选药不合理	21	4.88	0.02
合计	430	100	1.96

### 3 不合理用药处方分析

#### 3.1 配伍后理化性质发生变化而影响药物疗效

①青霉素类用葡萄糖注射液为溶媒,或与维生素C、氨茶碱同瓶输注。青霉素G溶液只在中性溶液中最稳定,而葡萄糖注射液的pH为3.25-5;维生素C偏酸性;氨茶碱偏碱性。以上的配伍都可使青霉素容易发生分解,生成致敏产物,同时使疗效降低。青霉素类最好用生理盐水作溶媒,如果必须用葡萄糖注射液,也应该减少输血量到100mL,并于0.5h内滴

完,以保证疗效。②三磷酸腺苷与维生素B<sub>6</sub>。三磷酸腺苷注射液在pH8.9稳定,酸性条件下则产生沉淀,维生素B<sub>6</sub>注射液的pH为3.4,两者并用可产生沉淀。

3.2 药物合用后疗效降低 ①青霉素类与大环内酯类合用。例如:羟氨苄青霉素+琥乙红霉素、羟氨苄青霉素+罗红霉素等,青霉素类为快速杀菌剂,主要作用于细菌细胞壁,而红霉素类则为抑菌剂,抑制细菌蛋白质的合成,使细菌细胞壁不发生合成和自溶现象,两者合用可减少青霉素的作用点,使其杀菌作用减弱。②复合维生素B与双八面体蒙脱石(肯特令)合用。肯特令为强吸收剂,对水溶性维生素有不同程度的吸附作用,同服后使后者的吸收减少,血药浓度降低<sup>[1]</sup>。

3.3 药物联用后不良反应增加 ①第3代喹诺酮类与碳酸氢钠并用。如司帕沙星或芦氟沙星+碳酸氢钠等,由于大多数第3代喹诺酮类在碱性环境中容易析出结晶,故两者合用可导致血尿、甚至肾损害。同时,氟喹诺酮类有酶抑作用,与氨茶碱、华法令、咖啡因联用,可导致这些药物的血药浓度升高,甚至中毒。②复方新诺明与复方氯化胺溶液。氯化胺溶液呈酸性,可使复方新诺明的代谢产物乙酰化物的溶解度下降,容易在肾小管析出结晶,导致肾损害。

3.4 选药不合理 ①儿童用诺氟沙星等氟喹诺酮类药物。由于诺氟沙星为含氟药物,可直接损害幼龄动物的软骨<sup>[2]</sup>,造成支重关节面的损伤和糜烂,远期影响骨代谢和发育,一般12岁以下儿童禁用。②哺乳期妇女失眠服用地西洋。由于地西洋能进入乳汁,其代谢产物为去甲基地西洋,两者均可引起婴儿昏睡,使体重减轻,亦可引起新生儿黄疸,故哺乳期妇女不可服用。

3.5 用法、用量不合理 ①用药相隔时间不合理。服用缓释制剂和半衰期长的药物随意增多次数,例

如芬必得 0.2tid; 引达帕胺 2.5mg tid; 阿斯咪唑 10mg tid; 罗红霉素 0.15tid 等。相反,  $\beta$ -内酰胺类药物 1日1次给药, 由于大多数该类药物的半衰期  $t_{1/2}$  很短, 后效应较弱, 因此除个别  $t_{1/2}$  很长的药物(如头孢曲松)可每日给药 12次, 其它  $t_{1/2}$  较短者一日的剂量 24次给药的效果更好, 且不易产生细菌耐药性。②用法不合理。肠溶衣片、控释片或需整片吞服的药物, 采用 1/2片、bid 等用法, 不仅破坏了该剂型的特殊骨架结构和释放系统, 也降低了药效, 增加药物的不良反应。

#### 4 讨论

在临床实践中, 不合理用药现象屡见不鲜, 其中主要原因包括: ①近年来新药不断上市, 药物信息量激增, 医师难以全面掌握, 部分医师仅凭个人有限的经验用药, 使不合理用药难以避免。②药师没能深

入临床, 在促进临床合理用药方面未能发挥应有的作用等。解决不合理用药的对策: 一要制定切实可行的合理用药监督管理措施, 应将药物治疗学和合理用药列为医师继续教育的必须内容, 以强化、更新医师的药学知识, 减少因医师不了解药物体内过程及药物相互作用而造成的不合理用药现象。二要开展临床药学监护, 药师要努力提高专业素质, 积极参与临床药物治疗方案的制定; 定期进行处方合理用药的调查和分析; 确保临床用药的安全和有效。

#### 参考文献:

- [1] 鲍家科, 杨继红. 双八面体蒙脱石对几种 B 属维生素的吸附作用[J]. 中国药学杂志, 1998, 33(8): 503.
- [2] 曲芬, 姜素椿. 唑诺酮类药物的软骨毒性[J]. 中国临床药学杂志, 1998, 7(6): 316.

收稿日期: 2003-08-27

## · 药物不良反应 ·

### 别嘌醇引起不良反应 1 例

苏佳 (广西壮族自治区南溪山医院, 广西 桂林 541002)

中图分类号: R983<sup>+</sup>.2

文献标识码: D

文章编号: 1006-0111(2004)02-0115-01

#### 1 临床资料

患者, 男, 69岁, 因踝关节、肘关节、指关节红肿热痛近 1年, 近半月来突然出现半夜关节剧痛而惊醒, 于 2002年 7月 28日来我院就诊。入院查体: T 36.8℃、P 84次/min、R 20次/min、BP 115/69mmHg, 心肺听诊无异常, 肝功能检查: ALT 20 IU/L、AST 18 IU/L、GGT 20 IU/L, 血尿酸测定: 700 $\mu$ mol/L, 诊断为痛风。给予口服别嘌醇 0.1g, 秋水仙碱 1mg, qd, 服药 2d, 于 2002年 7月 31日晨发现患者双上肢及大腿内侧有针尖至绿豆大小的红色丘疹, 形态不一、色泽鲜艳、边界清楚、对称分布, 伴全身皮肤轻度瘙痒, 当时考虑为抗痛风药过敏, 即属患者停药, 而未给予任何处理, 至中午 11:00 许, 皮疹逐渐增多、扩大, 很快泛发至背、胸、腹部, 并部分相互融合成片状, 自觉全身皮肤瘙痒难忍, 无发热畏寒, 无胸闷、气促、腹痛腹泻等。11:30 许患者面部躯干及四肢均出现轻度浮肿, 当时查血 WBC 11.1 $\times 10^9$ /L、L 0.10、N 0.90, 次日查肝功 ALT 310IU/L、AST 116 IU/L、GGT 297 IU/L。

处理: 立即给予静脉推注硫代硫酸钠 0.64g, 静

脉点滴 10% 葡萄糖 500mL、加康体多 20mL、维生素 C 2.0g、地塞米松 15mg, qd, 10% 葡萄糖 250 mL 加甘利欣 30mL, qd, 口服西替利嗪 10mg qd、赛庚定 2mg tid、肝太乐 0.2g tid、肌苷 0.4g tid。8月 17日皮疹基本消失, 8月 27日复查肝功: ALT 36 IU/L、AST 22 IU/L、GGT 11 IU/L, 考虑病人为别嘌醇引起的不良反应, 但又不排除秋水仙碱的可疑性, 8月 28日再次给予秋水仙碱 1mg qd, 痛时加服 0.5mg, 服药 2天未出现不良反应, 即出院。随访 1月无上述不良反应。

#### 2 讨论

别嘌醇为目前唯一抑制尿酸合成的药物, 临床适用于原发性和继发性高尿酸血症尤其是尿酸生成过多而引起的高尿酸血及反复发作或慢性痛风者, 其不良反应发生率约为 5%~20%, 可出现皮疹、低热、暂时性氨基转移酶升高或粒细胞减少, 但多发生于用药 34周, 此病例出现如此严重不良反应, 仅发生于用药 2次(200mg)时, 实属罕见。

收稿日期: 2003-09-01