

合理使用药物。药物的不合理使用不仅会给患者带来沉重的精神负担,还会影响疾病的进程或预后,增加不良反应的发生率,严重者影响患者的生命健康。据统计,全球有 30% 患者的死亡与不合理用药有关^[6],因此,安全、有效、经济、适当地使用药物,对于保障人民的生命健康,保证社会效益、经济效益有着十分重要的意义。

为进一步提高合理用药水平,笔者认为应该扩充药剂科工作职能,在做好临床药品供应,调配等常规服务的同时,必须重视加强药师自身素质培训,全面提升药学服务专业知识含量,除编写好药讯之外,还要利用组织讲座的形式,向临床宣传用药的基本原则、常用药物的作用机制、毒副作用、不良反应、药物之间的相互作用等药理学和药代动力学知识,弥补部分医生药学知识的不足。进一步加强与临床医师的沟通,真正发挥各自的专业优势,辅助与配合临床医生在繁重的临床工作中合理选择药物。药师还

要在平时的工作中加强审方管理,发现不合格处方及时与医师联系、反馈,确保临床用药安全、有效,进一步提高医院的服务质量。

参考文献:

- [1] 戴白英,刘裕昆,汪一复.实用抗菌药理学[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,1998:59~223.
- [2] 董辉,林静,骆稽西.整肠生与抗菌药物的敏感实验[J].中国医院药学杂志,2003,23(3):182.
- [3] 王君耀,赵一峰.3种微生态制剂与常用抗菌药物的相互作用[J].中国医院药学杂志,2003,23(7):419.
- [4] 翟昕迪,方娟娟.高血压治疗药物处方分析及相互作用监测[J].中国药学杂志,2003,38(1):68.
- [5] 李焕德,程济能.临床药理学[M].北京:人民卫生出版社,2003:169.
- [6] Guay DR. Micronized fenofibrate: a new fibric acid hypolipemic agent[J]. Ann pharmacother,1999,33(10):1083.

收稿日期:2005-11-11

加替沙星与头孢曲松治疗复杂性尿路感染的疗效比较

罗一玲,邓白荔(广东省湛江市中心人民医院药剂科,广东 湛江 524037)

摘要 目的:比较加替沙星和头孢曲松治疗复杂性尿路感染的疗效 方法:179例复杂性尿路感染的住院患者随机分为两组:加替沙星组(89例);加替沙星0.4g静滴,连用5~7d;头孢曲松组(90例):头孢曲松2g,静滴,连用7~10d。对所有患者在治疗前、治疗中和治疗结束后5~7d进行治疗评估。结果:加替沙星组平均接受7d的治疗,头孢曲松组平均接受5d的治疗。临床反应评定两组成功率(治愈加有效),前者为93.8%,后者为81.3%;两组常见的不良反应均为胃肠道反应,此外头孢曲松尚出现过敏反应。结论:对复杂性尿路感染患者,加替沙星的疗效优于头孢曲松。

关键词 加替沙星;头孢曲松;尿路感染;临床疗效

中图分类号:R983

文献标识码:A

文章编号:1006-0111(2006)04-0214-03

我国每年到医院治疗的近200万例尿路感染患者中多数为单纯性尿路感染,这类感染选用适当的抗菌药物治疗3d,症状可及时减轻。可是对术后患复杂性尿路感染的患者需要更加细致的治疗,包括治疗前后的尿培养,以及对革兰阴性杆菌有广谱抗菌活性的药物7~14d的治疗。虽然对尿路感染的定义尚未取得共识,本组却包括了尿路感染所定义的广义患者,以随机将加替沙星治疗复杂性尿路感染患者的疗效与头孢曲松进行对比。

1 资料与方法

1.1 临床资料 18岁以上住院患者,症状与体征符合复杂性尿路感染,入选标准:①尿样白细胞数>5个高倍视野,至少1种尿道病原菌的菌落数 $\geq 10^4$ cfu/mL,②至少有下列一种症状:尿急、尿频、尿痛、血尿,发热或有发热史;③尿道有解剖或功能异常;④曾接受抗菌治疗不足24h,或虽超过24h但未见改善者,或者病情尚未稳定者。排除标准:孕妇或哺乳期妇女以及对氟喹诺酮类或头孢菌素类抗菌药物过敏或出现严重不良反应者,重度疾病需要静脉抗菌治疗或需要辅助抗菌药物者,在30d内曾接受药物试验者,不稳定的精神病或癫痫患者,妨碍疗效评价或影响受试者耐药性的疾病。根据上述入选和

排除标准,共入选 179 例,随机分成加替沙星组(n=89)和头孢曲松组(n=90)。2 组复杂性尿路感染患者的疾病严重程度见表 1。

表 1 复杂性尿路感染患者的疾病严重程度(例)

组别	前列腺肥大		尿道畸形		留置导尿管		完全性梗阻		复杂性尿路感染	
	重度	轻中度	重度	轻中度	重度	轻中度	重度	轻中度	重度	轻中度
加替沙星组	1	13	0	15	1	3	1	11	2	42
头孢曲松组	14	14	0	16	1	5	1	17	2	38

1.2 研究设计 采用全院 17 个科室各病区,随机开放标记的临床研究进行,在查问患者详细病史以及物理检查后,留取尿样进行分析和培养。加替沙星 0.4g,静滴,qd,共 7~10d;头孢曲松组予头孢曲松 2g,静滴,qd,共 7~10d。治疗开始后第 3 天~第 5 天为初期的复查,治疗后第 7 天~第 9 天复查,评价临床疗效和细菌学效果,治疗 4~6 周,作远期复查。每次均重新评价体征和症状,记录可能的不良反应,采尿样分析培养。

1.3 疗效评估 治愈:指与复杂性尿路感染有关的体征和症状完全消除;改善:指体征和症状未完全消除,但不需加抗菌药物治疗;无效:指对治疗无反应。未复查者归入“无法评价”一类。细菌学的评价包括清除:指尿菌落数被清除或减少到 <10 000cfu/mL;存留:指尿菌落数 ≥10 000 cfu/mL,为获得耐药性。可能的药物相关性不良反应分为轻度、中度、重度,并评估为可能性不大、可能、可能性很大、肯定有关和肯定无关。

2 结果

表 2 复杂性尿路感染患者的尿路菌清除率

病原菌	加替沙星组(89 例)		头孢曲松组(90 例)	
	例数	细菌根除率(%)	例数	细菌根除率(%)
尿菌检验根除率				
革兰阴性菌	87	97.3	87	92.9
革兰阳性菌	3	86.2	10	75.6
合计	90	96.9	97	91.1
尿菌清除	88	97.9	93	94.8
病人个体尿菌				
大肠埃希菌	67	98.3	45	93.2
肺炎克雷伯杆菌	25	93.2	21	96.0
奇异变形杆菌	9	100	7	97.0
绿脓杆菌	6	86.3	4	62.0
弗氏枸橼酸菌	4	61.0	3	80.0
泄殖腔杆菌	4	100	5	67.0
产气肠杆菌	2	100	4	89.0
摩氏摩根菌	2	100	0	0
粪链球菌	5	67.0	6	79.0
无乳链球菌	3	100	3	67.0

2.1 疗效 2 组间的细菌清除率统计学上有差异,见表 2。治疗结束后第 7 天~第 10 天复查时,加替沙星组治愈率为 93.8%,改善率为 2.7%,4 例无效,头孢曲松组治愈率为 81.2%,改善率为 6.3%,12 例无效。两组细菌清除率经 χ^2 检验, $P < 0.05$,显然,加替沙星组优于头孢曲松组。

治疗结束后复查发现,加替沙星组 3 例,头孢曲松组 9 例患者有重复感染。在前者重复感染的 3 人中,2 株分离菌对加替沙星敏感,1 株为耐药蛋白链球菌;在后者重复感染的 9 人中,6 株对头孢曲松敏感,2 株介于中间或耐药,1 株分离菌未作药敏试验。

2.2 不良反应 2 组不良反应多为轻中度,发生率分别为加替沙星组 4.2%,头孢曲松组 7.8%。头孢曲松组 6 例过敏,1 例头晕,1 例皮疹;加替沙星组皮疹 1 例,恶心 3 例,胃肠道不良反应发生率 2 组相似,各为 3 例。

3 讨论

复杂性尿路感染的致病菌以大肠杆菌最为常见,约占 60%~80%,其次为副大肠杆菌、变形杆菌、克雷白杆菌、产气杆菌、粪链球菌、葡萄球菌或绿脓杆菌。加替沙星是继诺氟沙星、氟罗沙星之后研制开发的又一氟喹诺酮类抗菌药,加替沙星由于 C₈ 位的修饰,加替沙星的光毒性最小,在氟喹诺酮类的药物中其疏水性最大,这能更好地解释加替沙星具有很少导致细菌耐药性突变的特性,且加替沙星对第一级突变株仍有活性。8-甲氧基的存在已被证明能降低预防金黄色化脓葡萄球菌突变株发展所需的浓度及提高药物对金黄色葡萄球菌和大肠杆菌第一级拓扑异构酶 IV 和 DNA 螺旋酶突变株致死率^[1]。与同类抗菌药物相比具有抗菌谱广、抗菌作用强,体内吸收完全、分布广泛、血药浓度高,维持时间长,组织穿透性好,生物利用度高,临床适用范围广,疗效高,不良反应轻微,用药安全、方便等优点^[1]。

头孢曲松为第 3 代头孢菌素类抗生素,通过抑制细胞壁的合成在体外对广泛的革兰阴性菌及革兰阳性菌发挥杀菌作用。(下转第 235 页)

疗机构制剂室不许配制麻醉药品的规定显然又是一大改变。

2.4 《条例》及配套规章既放宽了使用又严格了管理。《条例》及配套规章在沿用了以往有关规定如“购用印鉴卡”、“五专—加锁”(专用处方、专柜存放、专帐、专册登记、专人加锁保管)外,又增加“注射剂只许在医疗单位使用”、“空瓶和废贴剂交回核销”等管理措施外,还明确了“专柜”是保险柜,“加锁”管理必须是双人双锁。还特别强调了储存麻醉药品和第一类精神药品专用库房要设有防盗设施并安装报警装置;对于借用麻醉药品和第一类精神药品的管理问题,《条例》要求事后必须向有关部门报备借用情况;对制剂生产和出入境携带麻醉药品和第一类精神药品的管理问题,《条例》都强调了必须到有关部门办理相关手续。《条例》对各行各业使用麻醉药品和精神药品都做了详尽的规定。这就使麻醉药品和精神药品既能放开使用又能严格管理,达到管而不死放而不乱的效果。

2.5 《条例》强调了使用中的科学管理,即《条例》第三十八条强调医疗机构对本单位执业医师要进行有关麻醉药品和第一类精神药品使用知识培训、考核,考核合格的,授予麻醉药品和第一类精神药品处方资格。执业医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格后,方可在本单位开具麻醉药品和第一类精神药品处方。并在很多地方都强调了麻醉药品和精神药品的合理使用。以便科学、合理、严格地应用、管理麻醉药品。

3 关于我国麻醉药品使用的建议与商榷

3.1 消除疼痛是患者的基本权利,必须重视。镇

痛是世界性课题。1995年世界上把疼痛确定为第五生命体征,同时又将每年的10月10日定为世界镇痛日。2001年提出“消除疼痛是患者的基本权利。”2002年则确认慢性疼痛是一种病^[2]。说明对镇痛的重视和消除疼痛的重要性与迫切性,因此,必须予以重视。

3.2 要重视吗啡的应用。WHO在癌症三级阶梯镇痛方案中推荐吗啡作为缓解重度疼痛的代表药物,并提出以吗啡的消耗量作为评价对三级阶梯镇痛方案贯彻力度的一项指标。而我国1983年消耗吗啡7kg,相当于0.006mg/人,到了2002年增长31.5倍,达到253kg,相当于0.195mg/人。尽管提升的幅度已经很大,但在世界吗啡消耗量排名中仍然靠后,离低级消耗标准1mg/人相差很远^[2]。

3.3 严格按《条例》办事,把消除疼痛落到实处。落实WHO执行好三级阶梯镇痛方案的要求,就要严格按《条例》办事。不要以种种理由加码,另搞规定。不要把国务院调整政策的规定变调走样。切实理解、同情、满足疼痛患者的需要,把工作落到实处。

参考文献:

- [1] 国务院. 麻醉药品和精神药品管理条例. 2005.
- [2] 卫生部医政司, 卫生部国际交流中心编. 麻醉药品临床使用与规范化管理培训教材(全国麻醉药品培训专用教材). 2, 97, 98, 109, 110. 2005.
- [3] 卫生部. 麻醉药品、精神药品处方管理规定卫医发[2005]436号, 2005.
- [4] 卫生部. 医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定卫医发[2005]438号, 2005.

收稿日期:2006-04-28

(上接第215页)

对大多数 β 内酰胺酶(青霉素酶及头孢菌素酶)具有很高的稳定性。

本组研究结果表明,加替沙星0.4g 静滴, qd, 用7~10d 治疗复杂性尿路感染的临床疗效和细菌清除率与头孢曲松2g, 静滴, qd, 7~10d 的结果, 加替沙星组93.8%的患者症状全部消退, 2.7%的患者症状减轻; 头孢曲松组81.2%的患者症状消退, 6.3%的患者症状减轻。综上所述, 加替沙星是治疗

复杂性尿路感染敏感、安全的药物, 可作临床推广。

参考文献:

- [1] 邓立东, 周 静. 氟喹诺酮类新药——加替沙星[J]. 中国临床药理学杂志, 2002, 11(4): 245.
- [2] 于志英, 陈彩霞. 环丙沙星序贯疗法预防妇科术后感染[J]. 中国临床药理学杂志, 2002, 11(4): 100.

收稿日期:2006-03-13