

## 贯彻《麻醉药品和精神药品管理条例》让痛者不痛

曹信杰(秦皇岛市海港医院,河北 秦皇岛 066000)

中图分类号:R95

文献标识码:B

文章编号:1006-0111(2006)04-0234-02

2005年11月1日《麻醉药品和精神药品管理条例》<sup>[1]</sup>(以下简称《条例》)开始施行。国务院颁布的这个《条例》就是要在严格管理、防止流弊、杜绝毒源的基础上,最大限度地满足广大患者治疗的需要,特别是疼痛患者的镇痛需要。因此,在医疗机构如何执行好《条例》,不人为限制我国阿片类药物的医疗消耗量,合理使用与规范管理,摆到了每个医、药工作者面前。本文就贯彻执行《条例》和合理使用麻醉药品,谈几点体会与建议。

### 1 疼痛治疗的主要误区

多年来,我国在麻醉药品使用上,一直是采取保守态度。可以简单地归纳为四个误区。

**1.1 一误阿片类镇痛药会成瘾。**全国的癌症疼痛治疗现状调查显示:公众、医务人员及药物供应、管理人员,依然对阿片类药物的成瘾怀有恐惧心理。这就造成癌痛患者在疼痛中煎熬。然而,有专家总结发现在40多年的晚期肿瘤患者诊疗过程中,只遇到4例出现精神依赖,证实其危险性极微。为解除“成瘾恐惧症”,WHO有关专家委员会建议用“药物依赖性”取代“药物成瘾性”这个术语<sup>[2]</sup>。

**1.2 二误使用哌替啶镇痛最有效。**我国使用哌替啶较多,与国际上的消费模式不接轨。哌替啶的镇痛作用强度仅为吗啡1/10,代谢产物去甲哌替啶的清除半衰期长,具有潜在神经毒性和肾毒性。另外哌替啶口服吸收利用率很差,多采用肌肉注射,本身会产生疼痛。因此WHO已经将哌替啶列为癌症疼痛患者不推荐使用的药物<sup>[2]</sup>。

**1.3 三误疼痛剧烈时才使用镇痛药。**在临床上患者疼得顶不住了,才给用镇痛药,即为按需用药。而事实上对于疼痛患者只有及时、按时用药才更安全有效,而且给药的剂量也可小一些。

**1.4 四误阿片类药物广泛使用会造成滥用。**1980年全球吗啡医疗消费量是2 299kg。WHO在1982年发布癌症三级阶梯镇痛方案后,1990年全球吗啡的消耗量达到7 419kg,2000年21 661kg。10年来,阿片类药物的用量每年都在大幅度攀升,

然而并没有增加滥用的危险。说明只要合理使用,合理管理,阿片类药物是较为安全有效的<sup>[2]</sup>。

### 2 《条例》与以往有关法律法规的不同

《条例》及有关配套规章<sup>[3,4]</sup>与以往有关法律法规相比,在理念上有了很多创新,采取了更加务实的态度对待麻醉药品的使用与管理。其突出特点是对麻醉药品和精神药品在使用上不是卡死而是放活;在管理上不是放松而是更严,做到严而不死,活而不乱。其核心就是用得上,管得住。

**2.1 首先,《条例》规定了印鉴卡的发放和培训考核工作由药监部门转换到卫生主管部门。**从而使管理更接近和方便了临床。

**2.2 为了使疼痛病人能够及时得到治疗,《条例》在第三十九条明确规定:**“具有麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师,根据临床应用指导原则,对确需使用麻醉药品或者第一类精神药品的患者,应当满足其合理用药需求。在医疗机构就诊的癌症疼痛患者和其他危重患者得不到麻醉药品或者第一类精神药品时,患者或者其亲属可以向执业医师提出申请”。并规定“执业医师应当及时为患者提供麻醉药品或者第一类精神药品”。为了保证患者确实能用上麻醉药品和第一类精神药品,《条例》又在第四十二条中明确了保证办法,即“医疗机构抢救病人急需麻醉药品和第一类精神药品而本医疗机构无法提供时,可以从其他医疗机构或者定点批发企业紧急借用。”第四十四条还规定,因治疗疾病需要,个人凭医疗机构出具的医疗诊断书等证明文件,可以携带单张处方最大用量的麻醉药品和精神药品出入境。医务人员为了医疗需要,经有关部门批准后,也可携带少量麻醉药品和精神药品出入境。从而充分地保证了患者能合理及时地用上麻醉药品和精神药品。这是在以往有关管理规定中从未有过的。

**2.3 为方便临床用药,《条例》规定对临床需要而市场无供应的麻醉药品和精神药品,持有医疗机构制剂许可证和印鉴卡的医疗机构需要配制制剂的,经有关部门批准可以自配自用。**这与以往医

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<sup>[2]</sup>。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<sup>[2]</sup>。

**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 $\beta$ 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