

## 医院药品集：一种基本药物制度的类型

范济明译 张紫洞校

美国医院药房保管的药物有一定的数量限制。这些可供应的品种都是经过筛选而能够满足住院病人各种病情的治疗需要。这就需要药物品种有一种广泛性名单,但又要远远少于美国市场可供应的品种。现在我们可以把医院药品集作为一种基本药物制度的例子来研讨一下。《美国纽约医院药品集》收载有约 850 种具有同样活性的各种盐类。这些药物是按照医嘱或处方加以调配的。如果认为某个病人必须使用药品集以外的品种治疗确实好些,必须提出使用该药的“非药品集药物”申请单,写出该病人需要的药物名称并注明科学的理由或必需的论证,及为什么药品集中尚无此种好药的原因。

医院设有“药事委员会”,规定每月开一次会议,审议药品集制度中基本药物存在的问题。每月例会主要是评价需要向药品集增加的新药物。任何一位医院医生都有提出增添新药的权力。但是医生必须送交书面申请书,阐明该药的药理学作用和临床药理学的内容、该药治疗作用的现有资料,以及现有药物品种为什么达不到治疗作用而该药却能够达到治疗效果及必须增添的理由;并且附交原始科学论文的参考文献。然后药房有关药师要写出对所提药物的审评、提出类似药物的有关资料,并介绍每种同类药物是否在药品集收载。最后将医生的申请和药房的审评在每月会议前送交委员会的每个成员。委员会开会讨论申请和决定是否增该药品以改进院中病人的治疗。理由充分,委员会将会通过增该新品种。如果只用于特殊病例,委员会可限制其仅在特殊情况下使用,例如一种备用的抗生素就是一个例子。

医院药事委员会的成员包括各科的医生

以及药剂科和护理部的代表。主席是一位医生,而秘书则由药房主任担任。

讨论增加新品种的焦点包括:

1、所提出的药物是否真正有治疗的优点?例如:在每一种药理或治疗类别中,我们习惯准备几种药物,这样做可使病人不耐受这种药物或对具有特异不良反应的病人使用。但在同一类中究竟需要若干不同的药物?在某一类药物中是否必须有五、六种才算合适呢?

2、一种新的“给药系统”方便治疗,是否值得多花费用?如果真能增强病人的遵从性,那还是可以增添的。

3、最近,高费用的某些生物技术产品已经迫使医院去考虑此类药物的费用在效果上是否同本身的价值一致。有时这是一种伦理上的问题,因为从科学资料分析,某一新品种只对有限的特殊适应症产生明显的效益。为此可将该药添入名单中,应限制它只可用于该适应症,不允许广泛应用于疗效不明确的病症。

从药品名单中删除某种药物也是十分困难的。首先必须查明删除一种药物所获得的益处是否较之为此所做的努力来得大,可以权衡一下。对某类药物我们备有“预备品种”,当认为它们有价值而又不能确定时,将预备品种加入备用类别中去。然后经过 6 个月的实践,我们再重新自动考虑是否最终增添该品种。该药物处于“备用”阶段,可以按常规的药品集中药物一样,不必填申请单而依据医嘱或处方即可用药。用这种方式,一种医院药品集或基本药物制度得到发展和管理,这样对于病人的治疗效果与节省开支同时都得到改善。

(下转 89 页)

防和早期治疗白细胞减少,免疫受损的成人 and 儿童高危人群的真菌感染,共 562 例。统计结果证明氟康唑的预防效果优于口服多烯类。在氟康唑组中真菌感染的发生率较低。所有三种药的耐受性均良好,可发生轻至中度的胃肠道反应。

在治疗儿科病人时剂量是一个重要的考虑。本氟康唑方案每日只需口服一次,而口服多烯类需要每日服药 4 次。

作者们采用大样本多中心研究血液和恶性肿瘤儿科病人,用氟康唑预防真菌感染,其安全性与耐受情况优于制霉菌素和 AMB。作者们推荐对免疫受损的儿童预防真菌感染可用氟康唑。

Zervos 等<sup>[3]</sup>指出念珠菌属特别是患癌症,脏器移植,大的外科手术以及住在 ICU 病房免疫受损病人中急剧增加的医院感染的致病菌,已有许多作者证实用氟康唑在恶性肿瘤高危真菌感染中获得好的预防效果。氟康唑 50mg/d, 28d 比安慰剂或口服多烯类预防更有效,例如 Brammer 在一份 511 例对化疗、放疗或 BMT 致白细胞减少的高危病人进行前瞻性随机试验,用氟康唑 50mg/d, 与口服多烯类(制霉菌素至少  $4 \times 10^6 \mu/d$ , AMB2g/d 为多日量),氟康唑组发生口咽部念珠菌病 4 例,而多烯类组 22 例 ( $P < 0.001$ ),系统性真菌感染氟康唑治疗组为 6 例,而多烯类治疗组为 9 例,氟康唑的预防效

果优于多烯类。

Marchisio 等<sup>[4]</sup>用氟康唑治疗 51 例 HIV 感染儿童口咽部念珠菌病,平均年龄 5 岁,由白念珠菌引起的口咽部念珠菌病 28 例 (55%),氟康唑平均用量 3.4mg/kg/d (2~5.6mg/kg/d),平均用药 12 天 (6~28d),到治疗结束,90% 儿童获临床治愈,6% 好转,4% 失败。念珠菌根除 82%,临床失败的儿童因为给药量偏低,低于 3mg/kg/d,治疗 2,4 周后临床治愈率在儿童中各为 88% 和 82%。同样真菌根除各为 76%。6 例儿童发生轻的不良反应:1 例发疹,5 例轻度肝酶值升高。本资料揭示氟康唑对 HIV 感染儿童口咽部念珠菌病的治疗是安全,有效的。

#### 参考文献

- [1] Grant SM, Clissold SP. Fluconazole. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic potential in superficial and systemic mycosis. *Drugs*, 1990, 39(6): 877~916.
- [2] Ninane J et al. A multicentre study of fluconazole versus oral polyenes in the prevention of fungal infection in children with hematological or oncological malignancies. *Eur J Clin Microbiol Inf Dis*, 1994, 13(4): 330~337.
- [3] Zervos m, Meuneir F. Fluconazole (Diflucan): a review. *Int J Antimicrob Agents*, 1993, 3: 147~170.
- [4] Marchisio P, Principi N. Treatment of oropharyngeal candidiasis in HIV-infected children with oral fluconazole. *Eur J Clin Microbiol Inf Dis*, 1994, 13(4): 338~340.

(上接 125 页)

为此,医疗质量通过下列三方面可以得到改善:

- 1、明确只选择得到证实疗效的药物去使用。
- 2、药房供应有限制的药物,能够使医生熟悉掌握每种药物,获得更完善的知识。
- 3、药品集中药物名称较少,这就减少药

品混乱而导致发给病人错药的机会。

自从规定医生可根据需要对特殊病人申请非药品集药物和增加新药在一个月內即可添入名单之后,在临床上得以实行了治疗的个体化合理用药,同时病人得到及时而先进的治疗。

[*Chin J Clin Pharmacol*, 1993; 1: 8-9 (英文)]