

我院门诊不合理使用抗菌药处方浅析

唐冰 庞云丽 韦丽佳(成都军区昆明总医院 昆明 650032)

摘要 目的:了解我院抗菌药用药情况,提高用药水平。方法:从我院1998年1~3月份的门诊处方中随机抽取1696张处方,进行回顾性分析。结果:使用抗菌药物610方,占总数的36%,而不合理使用抗菌药物的47方,占7.7%。结论:我院门诊使用抗菌药绝大多数是合理的,但不应忽视少数不合理用药的问题。

关键词 抗菌药;不合理用药;处方分析

据有关资料表明,目前吞噬人类生命的几大因素中,药源性疾病就是其中之一。国外报道,药源性疾病入院率为2.9%~5.1%,住院病人中因用药不合理而致死者约为0.5%~1.4%^[1]。所以合理用药问题已越来越受到医药界人士的重视。在我国医院用药中抗菌素长期占首位。根据我院门诊病人流量大,来源复杂,药物不良反应难于监测的特点,我们从1998年1~3月份的处方中随机抽取了1696张处方,其中使用抗菌药物610方,占总数的36%,而不合理使用抗菌药物的47方,占7.7%,现分析如下:

1 抗菌药物的滥用及用量不当

处方1:

利君沙(琥乙红霉素)	0.125	3/d
阿莫西林胶囊	0.5	3/d
板兰根	2片	3/d
复方盐酸苯丙醇胺 1盒	1片	3/d

分析:患者为16mo幼儿,因感冒就诊,是细菌还是病毒引起的尚属不清,使用以上抗菌药物用于治疗或是用于预防不合理之处有二:其一,阿莫西林用量过大;其二,阿莫西林与利君沙联用使抗菌活性减弱,因利君沙可迅速阻断细胞的蛋白质合成,使细菌不能进入繁殖期,而阿莫西林仅对繁殖期的细菌有杀灭作用。

处方2:

帕尔克(复方美沙芬片)	60片	2片	3/d
康泰克	50粒	1粒	3/d
氨苄青霉素	120片	2片	3/d

利君沙	120片	2片	3/d
-----	------	----	-----

分析:处方2是一张治疗感冒的处方,是否需要使用抗菌药尚且不论,应用抗菌药物疗程不合理,抗菌素常规治疗一般7~10d,处方中两种抗菌药均为20d量,使病人如此长时间联合使用抗菌素实在是很不负责任。是否适合病情需要,是否会发生毒副作用,令人担心。况且氨苄青霉素与利君沙配伍属不合理联用(见前),长时间使用抗生素会引起肠道菌群失调,甚至导致二重感染^[2]。

处方3:注射用氨苄青霉素 0.5×3瓶 0.5肌注 qd

分析:明显的用量不足,既是用药剂量过低,又是用药次数过少,达不到有效的血药浓度,也达不到治病的效果。更为严重的不良后果是剂量不足往往导致耐药菌株的产生。资料表明,国内有些致病菌临床分离株的耐药性已明显高于发达国家^[3]。

2 抗菌素与其它药物不合理联用

处方4:阿莫西林+乳酶生

分析:乳酶生为乳酸杆菌干燥制剂,乳酸杆菌进入肠道后,能分解糖类生成乳酸,使肠内酸度增高,从而抑制肠内病原体的繁殖,防止蛋白质发酵,减少肠内产生气体,而阿莫西林具有抑制或杀灭乳酸杆菌的作用,故二者不宜联用。

处方5:利君沙+维生素C+乙酰螺旋霉素

分析:利君沙和乙酰螺旋霉素属大环内酯类抗生素,在碱性环境中抗菌效力强,当pH在5.5~8.5之间,抗菌强度随pH值增高而增强;

pH 在 3.2~3.5 之间时会使红霉素大量分解破坏^[4],故与维生素 C 不能配伍使用。红霉素与乙酰螺旋霉素抗菌谱相似,在细菌体内均与核糖体的 50s 亚基结合而抑制蛋白质的合成,当细菌与一种以上这些药物接触时,可以导致另一种药物的活性受抑制,此点在体外实验已被证明,不宜联合应用。

处方 6:复方新诺明+ 消炎痛(吲哚美辛)

分析:一是消炎痛为具有更高结合力的酸性物质,能将磺胺类药物从血浆蛋白结合部位置换出来,从而增加其作用;二是消炎痛与磺胺类药物对泌尿系统的损害都较重,二者合用有增加不良反应发生率的可能,应慎用或减量伍用。

处方 7:红霉素+ 银翘解毒片

分析:银翘解毒片含有机酸,红霉素属大环内酯类抗生素,这类抗生素在碱性尿液中抗菌效力强,在酸性尿液中抗菌作用弱,二者不宜合用。

3 听信广告,迷信新药

在门诊常见到这样的现象,有的医生对药物的认识仅限于厂家的药品说明书,乐于用新药,用昂贵的药或凭个人经验选用药物。例如:对革兰阳性菌作用最优的是第一代头孢菌素,而一些医生却选用昂贵的第三代头孢菌素来治疗葡萄球菌感染。克林霉素属林可霉素类抗生素,主要用于革兰阳性球菌所致的感染,有的医生用于非革兰阳性菌感染的治疗,会造成部分病人用药后症状反而加重的现象。需要提醒的是克林霉素在肝病时排泄减慢,易在体内蓄积,可导致肝毒性,使碱性磷酸酶和转氨酶升高,严重肝病时应慎用。临床上感冒症状有轻有重,但存在异病同症与同病异症等问题,作为医师应对症下药,不能一概而论,尤其是病毒性感染或发热原因不明者,不宜盲目采用抗菌药。

4 多药联用时的用药间隔不当

处方 8:

氨苄青霉素	0.25	24 片	0.5	3/d
思密达	3.0	30 包	3.0	3/d
米雅	20 片	1 盒	2 片	3/d

分析:患者为感冒并发腹泻,处方没有注明氨苄青霉素与思密达服用间隔时间,按要求口服合用思密达和抗菌素时应间隔时间,因思密达进入消化道后,对消化道粘膜有很强的复盖能力,通过与粘液糖蛋白结合,从质和量两方面来帮助上皮细胞的修复与再生,提高了粘膜屏障对攻击因子的防御功能。消化道粘膜是物质吸收的场所。当其被思密达复盖时,与思密达同服的抗菌素在消化道内与消化道粘膜的接触面减少,使吸收量减少,血药浓度降低而达不到抗感染的有效浓度。两药必须同服时,应注意间隔时间服用。

5 重复用药

处方 9:青霉素+ 氨苄青霉素 静滴

分析:临床上青霉素与氨苄青霉素合用防治感染的处方屡见不鲜,目的是想扩大青霉素的抗菌谱,但二药都不耐青霉素酶,对耐药金葡菌无抗菌作用。两药均属 β - 内酰胺类抗生素,杀菌机制都是阻止细菌细胞壁粘肽合成,导致菌体胞壁破坏,使细菌因渗透压等原因致死。因此,两药合用由于作用部位相近并不一定产生协同作用,并可使毒副作用增加。还有一种情况应引起重视,一个患者同时在两个以上的专科就诊,各科医生的处方加在一起,可能构成了重复用药的情况。

我院门诊使用抗菌药绝大多数是合理的,但不应忽视少数不合理用药的问题,因为它会增加药物的不良反应,降低疗效,延缓治疗,甚至导致严重的药源性性疾病。此外还增加了药品不合理消耗,加重了个人和国家的医疗费用负担,因此,医药工作人员共同开展合理使用抗菌药的工作是一项重要的长期工作。

参考文献

- 张宪安. 实用药源病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1997, 5
- 康白. 人类胃肠生态学. 大连: 大连出版社, 1988, 203
- 朱德妹, 王宇倩, 汪复. 上海地区 10 所医院临床分离菌的耐药性监测. 中华医学杂志, 1992, 10: 596
- 邹先彪, 张国威. 18 种抗菌药物体外抗解脲枝原体活性的比较. 成都: 中国抗生素杂志社, 1996, 1: 30

(收稿: 1998- 11- 09)