

占两次服药的 3.69%，主要表现为儿童服药。如患者朱某某，男，1.5 岁，复方新诺明片 12 片，每日两次，每次 0.48g。该患者虽每日给药次数正确，但从年龄与剂量上讲，每次单剂量偏大，易给患者带来毒副作用。

(三)每日给药三次的 225 例，占使用总数的 11.54%。如患者王某某，男，26 岁，复方新诺明 24 片，每日 3 次，每次 2 片。该患者虽每次单剂量合适，但两次服药间隔时间短，易引起药物的蓄积。由此可见，超量或药量不足或服用次数不当，均不能维持药物的最佳血药浓度。

**三、重复用药问题** 复方新诺明片是由新诺明 0.4g 和抗菌增效剂甲氧苄胺嘧啶 (TMP)0.08g 组合而成的复方制剂，这一比例关系经实验证明是恰当的。可在调查中发现，个别处方在用复方新诺明的同时又加服 TMP。如患者廖某，男，8 岁，复方新诺明 24 片，每日两次，每次 1 片；TMP0.1×6 片每日两次，每次 2 片。这种用法明显欠妥。TMP 成人用量只是 0.1~0.2g，每日两次；而 8 岁患者也用此剂量显然过高，更何况复方新诺明本身就含 TMP。这势必造成抗菌增效剂过大，加重不良反应。

**四、不合理的配伍** 从处方调查中发现有以下几种配伍不当的情况：

(一)复方新诺明与食母生配伍 此类处方 76 张，占总数 3.44%。食母生含多种 B 族维生素，如 PABA。服用食母生后可使体内

PABA 含量增加，与磺胺药竞争二氢叶酸合成酶，促进二氢叶酸的合成，从而促进核蛋白的合成。有利于细菌的生长繁殖，使复方新诺明的抑菌作用下降，故两药不宜配伍。

(二)复方新诺明与维生素 C 配伍 调查发现。与维生素 C 配伍的处方有 358 张，占总数的 16.21%。笔者认为，复方新诺明是碱性药物，而维生素 C 是酸性药，二者配伍势必影响复方新诺明在胃肠道的溶解度，使新诺明吸收减少。如确需配伍使用，应间隔用药 2~3h 为宜，以避免维生素 C 对复方新诺明吸收的影响。

(三)复方新诺明与胃蛋白酶合剂配伍 此类处方 112 张，占总数 5.1%。胃蛋白酶是一种消化酶，在中性、碱性时消化能力弱<sup>[4]</sup>，在 pH1.5~2.5 之间活性最强，能消化凝固的卵蛋白。当 pH 值升至 4~8 时，即失去活力。复方新诺明为碱性药物，可影响胃蛋白酶的活力。反过来该药也降低复方新诺明的溶解度，易造成对肾脏的损害，故两药不宜同时服用。

正确使用复方新诺明并合理配伍，对治疗疾病，发挥疗效是至关重要的。鉴于处方调查中发现的问题，应引起足够的重视。

#### 参考文献

- [1]屠锡德等. 生物药剂学 1981:233
- [2]周景云,李银增. 中国医院药学杂志,1988;8(7):325
- [3]刘学道. 中国医院药学杂志,1983;3(4):13
- [4]陈新谦主编. 新编药理学. 第 10 版. 北京:人民卫生出版社,1974:463

## 我院抗菌药物使用情况分析

朱丽华

(三明市第一医院 三明 36500)

**摘要** 我院 1991—1993 年抗菌药使用情况以消耗量计:针剂是以青霉素类居首;片剂是以喹诺酮类居首。以金额计:先锋霉素类居首,其次是喹诺酮类、青霉素类。

**关键词** 抗菌药物;药物利用;分析

抗菌类药物是目前药品中消耗量最大,使用最广泛的一类药物。我院是一个拥有500张床位的综合性医院,每年抗菌药物消耗金额约为全年药品消耗金额的25%,现将我院1991年~1993年来,使用抗菌药物的品种、金额、消耗量及各类抗菌药物在临床应用中所占的比重进行比较。以对常用抗菌药物的消耗情况作一分析和探讨,供同仁参考。

### 一、资料与方法

附表 三明市第一医院抗菌药物消耗变化情况

	消耗金额(万元)			消耗比例(%)			92年比91年	93年比92年
	91年	92年	93年	91年	92年	93年	增长%	增长%
青霉素类	18.73	21.80	31.04	18.84	21.54	20.02	16.43	42.34
先锋霉素类	13.29	27.23	55.16	13.38	26.91	35.56	104.84	102.55
氨基糖甙类	7.49	11.96	20.26	7.54	11.81	13.07	59.58	69.48
大环内酯类	4.16	5.75	3.15	4.19	5.68	2.03	38.05	-45.24
喹诺酮类	6.95	21.31	34.17	6.99	21.06	22.04	206.81	60.34
其它类	48.75	13.16	11.28	49.06	13.00	7.28	-73.01	-14.25
合计	99.38	101.21	155.06	100.00	100.00	100.00		

### 三、讨论

(一)我院1991~1993年抗菌药物消耗量的百分比表明:针剂的青霉素类从68.02%下降到60.80%;氨基糖甙类从18.5%上升到23.06%;先锋霉素类从5.51%上升到18.5%,青霉素类的用量居首。

片剂的大环内酯类为14.8%下降到10.04%;喹诺酮类从18.08%上升到34.39%;先锋霉素类从11.85%上升到20.06%;复方新诺明从23.8%下降到14.37%;其它类从31.71%下降到20.48,喹诺酮类的用量居首。

根据消耗金额统计数据表明:青霉素类从18.84%上升到20.03%;先锋霉素类从13.38%上升到35.56%;氨基糖甙类从7.54%上升到13.07%;喹诺酮类从6.99%上升到22.04%;大环内酯类从4.19%下降到2.03%。先锋霉素为消耗金额最大,其次喹诺酮类和青霉素类。

以我院药库1991年~1993年来发出抗菌药物的数量作为消耗数据,并按《新编药物学》第十三版的分类方法进行统计,根据消耗数量以当年最高批价计算出消耗金额及所占的金额、针剂、片剂的百分比。

### 二、数据统计结果

历年消耗抗菌药物的数据综合统计结果见附表。

(二)随着抗菌药物在临床上的广泛使用,尤其是滥用,致使耐药菌株逐年增加;临床上革兰氏阴性杆菌感染的比率明显增高;过去少见的病原及新病原不断出现。青霉素类与头孢菌素类相比在抗菌谱、抗菌活性、毒副作用等方面,均存在不同点,而头孢菌素以广谱、低毒等特点,深受医生患者的欢迎。无论口服或注射剂的用量平均增长速度分别为30%和23%。青霉素类近两年平均下降率为5%,但由于价格低廉用量仍居首位,占整个注射剂用量的60%;氨基糖甙类在治疗革兰氏阴性菌方面有特点,但有的副作用大,有的效果不明显,预计今后消耗将有所下降。

口服抗菌药第三代喹诺酮类药物近年来发展迅速,抗菌谱广,杀菌力强,用量每年按35%速度增长,现占整个口服量34.39%;而大环内酯类由于生物利用度不高,达不到预期效果,它和复方新诺明及其它抗菌药物用量平均每年下降率分别为18%、23%、20%。

(三)医师对感染性疾病患者,常常开出

大剂量抗菌药物,不仅浪费,而且易使患者产生不良反应。因此,医院要尽快建立《快速细菌药敏测试法》,从感染性疾病患者身上采样分离出敏感细菌,快速告诉医师该患者适合用何种抗菌药及其所需药量,药剂人员从药

品质量上保证供应,提倡合理应用抗菌药,保护公民身体健康,减少国家负担,这才是我们医药人员神圣的职责。

(本文承蒙我院朱贤道主任药师指导审阅,特此致谢。)

## 我院处方规范化管理措施

祝秋芬 赵爱国

(解放军第 150 医院药剂科 洛阳 471037)

**摘要** 我院针对处方书写中存在的薄弱环节,制订处方规范化标准,加强组织措施,密切联系临床,认真宣传,检查考核,反复落实,强化了处方规范化管理,使处方合格率由几年前的 16% 提高到 100%。

**关键词** 处方;规范化;管理措施

处方书写与调配规范化,不仅是处方管理科学化,正规化的重要举措,也是考核医院医疗质量的重要指标,它与临床用药安全紧密相关。为了提高处方书写与调配质量,我们狠抓处方规范化管理,经过 4 年多的努力,使我院处方合格率达到 100%

### 一、统一处方规范化标准

处方的书写在总后颁发的《医疗护理操作常规》上做了原则的要求,但在具体的执行上,存在较大的自由度。我们针对处方的上项、中项、下项每个部分的内容都进行了逐字逐句地斟酌,科学地制订每项内容应达到的标准,使其规范统一,为处方的正规书写提供了具体依据。

(一)在处方上项,对年龄的认识是较模糊的。《常规》上要求只是书写实足年龄,如何确切地表示出实足年龄,就不够统一准确。婴幼儿对药物是非常敏感的,在小儿处方的年龄项中,必须准确无误地书写。在诸多的表示方法中,根据科学的计算,采用  $h/12$  岁更能准确地表示出实足年龄。我们将小儿的年龄,大概分为 3 个年龄段,并将这三个年龄段的书写标准规定如表 1。

此外,其它每一项内容要求的标准,亦都认真进行推敲,力求准确、统一,便于衡量。

表 1 儿童年龄表示法规定

年龄段	1 个月以下	1 个月~1 岁	1 岁~12 岁
表示法	n 天	$\frac{n}{12}$ 岁	$1\frac{n}{12}$ 岁~ $11\frac{n}{12}$ 岁
举 例	25 天	$\frac{6}{12}$ 岁	$1\frac{n}{12}$ 岁; $4\frac{n}{12}$ 岁

(二)在处方中项,遇到的问题比较多。我们根据《常规》上的要求,分别对药品名称、剂型、规格及用法做了详细规定。

1. 药品名称应科学、统一,符合世界卫生组织拟定的药品通用名称。鉴于药品名称混乱易引起多种不良影响,我们规定以《中国药典》收录的药品名称为我院处方正规的药品名称,避免同一药品不同名称的混乱现象,以利于处方规范化管理的推进。

另外,我们还针对临床医师处方中出现的中文和拉丁文混写、药品名和化学式混写以及各种错别字现象,规定“处方中项必须用同一种文字书写,不得中拉混写,更不允许以化学符号、化学式来代替药名”,规定医师书写处方必须使用规范汉字。

2. 处方书写必须把同种药品不同剂型明确表示出来。如注射剂大体分为三种类型:固体、液体、生物制剂,在药品名称上对剂型