

性好,安全性高。这类药物若价格适度下调,在市场上的占有率将会增大。

胰岛素类降糖药,皮下给药吸收迅速,起效快。特别是近年来 30R 诺和灵、70/30 优比灵等人胰岛素的的应用,更是具有用药方便、准确、无痛等特点。另据文献报道^[2],美国已研制开发出非注射给药的吸入式胰岛素,可以预见,这一剂型胰岛素面世,市场商机将会无限。

参考文献:

[1] 邹豪,邵元福,朱才娟,等. 医院药品 DDDs 数据排序分析的原理及利用[J]. 中国药房,1996,7(5): 215.
 [2] 解斌,戴振国. 合理用药问答[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2003. 146.

收稿日期:2004-09-09

癌痛患者麻醉性镇痛药使用情况分析

王惠茹(郑州铁路分局医院,河南 郑州 450053)

摘要 目的:了解我院 2003 年癌痛患者麻醉性镇痛药的使用情况,发现癌痛治疗过程中存在的问题,为真正实现“让癌症病人无痛”的基本目标提供参考。**方法:**抽取 2003 年我院癌痛患者麻醉性镇痛药处方 412 张,以 DDD 值作为药物利用情况的客观指标,以 DUI 值作为药物评价的判断指标,分析其使用情况。**结果:**我院 2003 年癌痛患者麻醉性镇痛药处方占总处方量的 4.39%,常用药物有哌替啶、可待因、硫酸吗啡控释片(美施康定)、吗啡、芬太尼贴片(多瑞吉)5 种,它们的 DUI 都小于 1。其中药物消耗量、金额量最多的均为吗啡制剂。**结论:**我院麻醉性镇痛药治疗癌痛患者,其剂量偏小,尚未严格执行 WHO 推荐的三阶梯止痛方案。

关键词 麻醉性镇痛药;处方分析;药物利用分析

中图分类号:R971+.1 文献标识码:A 文章编号:1006-0111(2005)-0041-02

合理应用麻醉性镇痛药,不仅能解除癌症患者的痛苦,防止疼痛性休克发生,还能改善患者的生活质量。现在我国治疗癌性疼痛的方法正从传统止痛方案向 WHO 推荐的三阶梯止痛方案过渡。大量临床实践证明,按三阶梯止痛方案基本原则给药,可使 90% 以上的癌痛得到控制。由于三阶梯止痛基本原则中二、三阶梯均为麻醉性镇痛药,因此,本文对我院癌痛患者麻醉性镇痛药的使用情况进行调查分析,以期临床合理应用麻醉性镇痛药提供参考。

1 材料

从我院 2003 年总处方 93 792 张中整理出癌痛患者麻醉性镇痛药处方 412 张,分别记录患者的用药情况(药品名称、剂型、规格、给药途径、给药剂量、给药天数)和用药金额。

2 方法

采用 WHO 药物使用研究小组建议的限定日剂量(DDD)方法,参考《新编药理学》第 15 版及临床常规用量,确定 DDD 值。以 DDD 值作为药品利用

动态的客观指标,以药物利用指数(DUI)值作为药物评价的判断指标,如 DUI > 1.0,说明医师日处方量大于 DDD;如 DUI < 1.0,说明医师日处方量小于 DDD^[1]。计算公式为:

$$DDDs = \text{总用量} / \text{该药的 DDD 值}$$

$$DUI = DDDs / \text{AUDs (实际用药天数)}$$

3 结果

2003 年我院总处方 93 792 张,其中癌痛患者麻醉性镇痛药处方 412 张,占 4.39%,共涉及常用麻醉性镇痛药 5 种,4 种剂型。各种药物的一般情况见表 1,各种药物的利用情况见表 2。

表 1 我院 2003 年癌痛患者麻醉性镇痛用药年消耗量和金额统计

药名	规格	药物消耗量(mg)	金额(元)
哌替啶	50mg,100mg/支	22 500	645.50
可待因	15mg/片	8 250	258.50
硫酸吗啡控释片(美施康定)	10mg,30mg/片	23 300	6 894.00
吗啡	10mg/支	3 500	1 127.00
芬太尼贴片(多瑞吉)	2.5mg/贴	87.5	2 721.60

作者简介:王惠茹(1975-),女,学士,药师. Tel:0371-3731952.
 E-mail:whr816@yahoo.com.cn

表2 麻醉性镇痛药物利用情况

药名	DDD 值 (mg) ^[2]	DDDs	AUDs	DUI
哌替啶	600	37.5	115	0.33
可待因	250	33.0	115	0.29
硫酸吗啡控释片(美施康定)	180	129.4	321	0.40
吗啡	60	58.3	162	0.36
芬太尼贴片(多瑞吉)	2.5	35.0	105	0.33

4 分析与结论

4.1 WHO 推荐吗啡作为治疗中、晚期癌痛的首选药物,并认为一个国家的吗啡消耗量是衡量该国癌痛状况改善的重要标志。从表 1 可以看出,我院 2003 年吗啡制剂消耗量、金额量均占有麻醉性镇痛药的第 1 位,这说明我院癌症患者止痛用药的方向是正确的。但同时也能看到仍有相当多的癌症患者使用哌替啶止痛,哌替啶的消耗量仅次于吗啡。按国际麻醉药品管理局(INCB)提供的数据显示,2000 年我国吗啡消耗量为 162kg,仅占全球总量的 0.7%,平均每人 0.13mg,只有发达国家人均用量的 0.6%。由此可见我国仍应继续努力改善癌症患者的疼痛治疗,提高癌症患者的生存质量。

4.2 由表 1 可见,吗啡控释片(美施康定)在吗啡制剂的消耗中占绝大多数,因其具有口服给药方便,镇痛作用强大稳定,恒速释药,持续时间长等优点。但应注意的是其胃肠道刺激大,便秘严重,临床使用中宜相应给予缓泻剂、多纤维膳食及预防呕吐的药物,提高癌痛患者的依从性,改善其生活质量。

4.3 哌替啶可作为急性疼痛的治疗及短期止痛药,其虽然镇痛起效快,但镇痛作用持续时间短(2.5~3.5h),仅相当于吗啡的 1/8^[3]。其代谢产物去甲哌替啶半衰期长,易在体内蓄积引起中枢神经系统症状,导致惊厥,甚至癫痫发作,肾功能不良患者尤其容易发生。因此在有吗啡制剂治疗癌痛能得到满足的情况下,应有效控制哌替啶用于癌痛治疗^[4]。从表 1 可以看出,我院癌痛患者哌替啶消耗量仅次于吗啡,显然是不尽合理的。哌替啶长期用于癌症患者的止痛治疗不仅会导致不必要的药物不良反应,而且反复肌肉注射,既增加患者的痛苦和经济负担,又增加护士的工作量,因此应尽量避免使用。

4.4 芬太尼透皮贴片属强阿片类镇痛药,WHO 已把它归属于第三级镇痛药。多瑞吉作为芬太尼的控释贴片给药剂型,可持续 72h 释放芬太尼,释放速率恒定,用药后 12~24h 内血清芬太尼达稳态。由于上述优点,避免了慢性癌痛患者频繁的多次用药带来的麻烦,而且透皮给药系统不受吞咽能力和首过作用的影响,其胃肠道反应和便秘的发生率小于吗

啡控释片,临床应用前景广阔,特别适用于不能口服给药的中、晚期癌痛患者。从表 1 可见其金额排名第 2 位,但从处方可查得 2003 年我院仅消耗 35 贴。造成此种现象的原因是多瑞吉价格较高,且此药在医保目录中为乙类药,患者自付比例较高,医师开方受限。望有关部门能给予解决,以利此类患者实行有效的三阶梯止痛治疗。

4.5 可待因属第二级镇痛药,其镇痛作用小于吗啡但强于一般解热镇痛药,对中度癌痛有效。从表 1 及我院处方可见其主要用于镇咳。因此应提醒医师加强其在癌痛方面的应用。

4.6 从表 2 可以看出,我院麻醉性镇痛药的使用剂量偏小,DUI 都小于 1,不够合理。这说明我院对 WHO 三阶梯止痛方案执行的力度和宣教还不够。三阶梯止痛方案中的二、三阶梯药均为国家管制的麻醉药品,管理严格,使很多人认为其应限制使用;并且医务人员和患者对麻醉性镇痛药有成瘾恐惧症,从而使三阶梯止痛方案的推广受限。实际上身体依赖性和耐受性是此类镇痛药治疗中的正常生理反应,根本不同于成瘾性。成瘾性是一种行为综合征,以精神依赖和异常的药物行为为特征,成瘾者因非医疗目的强制性使用药物,而不顾药物的有害作用,成瘾性可能会有躯体依赖性 or 耐受性。医务人员对此要有正确认识,并在临床中帮助患者正确评价疼痛。癌痛患者使用麻醉性镇痛药时,其给药剂量应切合病人实际,以有效镇痛为标准来调整,可随时加大剂量或给予换药。国家食品药品监督管理局(SFDA)在国药管安[1998]160 号《关于癌症病人使用吗啡极量问题的通知》中取消了癌痛病人关于吗啡极量的限制,强调对癌痛患者用药个体化,对癌症患者镇痛使用吗啡的剂量应由医师根据病情需要和耐受情况决定,不受中国药典中极量的限制^[5]。临床工作中应贯彻“吗啡无极量”原则,使癌症患者的疼痛有效缓解,改善生活质量。

参考文献

- [1] 林能明,林 昀,姚安娜. 麻醉镇痛药用于晚期癌痛分析[J]. 中国药师,2003,6(2):103.
- [2] 陈新谦,金有豫,汤 光. 新编药理学[M]. 第 15 版. 北京:人民卫生出版社,2003. 167~170.
- [3] 孔 燕,顾慰萍. 癌症三阶梯止痛指导原则[M]. 北京:北京医科大学出版社,1999. 34.
- [4] 杨克元. 癌症三级止痛阶梯疗效实施过程中的问题和对策[J]. 中国药事,1999,13(2):91.
- [5] 郭春宏. 我院麻醉性镇痛药物利用分析[J]. 中国医院药学杂志,2004,24(5):309.

收稿日期:2004-08-01