

用头孢菌素类药先锋霉素 IV 节省 132.7 元。对于妇产科围手术期病人首选抗菌药物应该是庆大霉素加青霉素 G, 而并非妥布霉素和头孢菌素类先锋霉素 VI。从病人的满意度来看, A 方案的满意度也是最高的, C 方案中病人的不满意主要体现在费用太高, 难以承受。也有少数病人受广告和促销误导, 要求首选头孢菌素类抗菌药。作为一名医务工作者, 应以科学为依据, 合理选用抗菌药物, 合理分配国家有限的医疗资源。

4.2 妇产科围手术期病人感染一般为混合感染。从调查的结果表明, 使用氨基糖苷类庆大霉素+ β -内酰胺类青霉素 G 和广谱头孢菌素类先锋霉素 V 的有效率均比单独使用氨基糖苷类妥布霉素高, 但先锋霉素 VI 费用高。因此, 妇产科围手术期病人宜选用氨基糖苷类+ β -内

酰胺类抗菌药。

4.3 以增长费用-效果的药物经济学原理对治疗妇产科围手术期病人的 3 种用药方案进行分析, A 组与 C 组相对于 B 组增加相同的疗效其增加的费用分别为-9.6 元和 22.5 元, 得出 A 组为最佳的治疗方案。药物经济学家是一门新兴的临床药学科, 提供了比较和分析不同治疗方案的费用机制。增长费用-效果分析是比较医院内两种抗菌药物治疗方案之间相对优势的最合理方法。

参考文献:

- [1] 孔晓东. 药物经济学的概念方法和应用[J]. 国外医学药学分册, 1994, 21(1): 13
- [2] 何志高, 陈洁, 张丹. 生命延长和健康的改善的价值[J]. 药学实践杂志, 1998, 16(1): 1.

收稿日期: 1999-06-28

102 份心血管病住院病历不合理用药分析

叶爱菊(浙江省三门县人民医院, 三门 317100)

摘要:目的: 为了提高临床合理使用心血管药的水平, 增强疗效, 降低不良反应。方法: 对 1997 年至 1998 年 2 年间的 102 份心血管病住院病历用药作回顾性分析。结果: 有理论和临床意义的不合理用药病历 20 份(19.6%), 因不合理用药而发生可确定的心血管系统不良反应 5 例, 其中, 1 例死亡与不合理用药密切相关。结论: 临床特别是基层医院不合理使用心血管药相当严重, 急需药师走向临床, 纠正不合理用药。

关键词: 心血管药; 不合理用药; 病历

中图分类号: R969.3

文献标识码: B

文章编号: 1006-0111(2000)01-0047-03

本文对 1997 年至 1998 年 2 年间 102 份心血管病住院病历的不合理用药作回顾性分析, 以引起临床医生的重视。

1 病人情况

102 份病历中, 患者年龄 26~100a, 平均 68a, 65a 以上占 63.7%。治疗转归: 好转 93 例, 未愈 7 例, 死亡 2 例。有理论和临床意义的不合理用药 20 份(19.6%), 其中 1 例死亡与不合理用药密切相关。不合理用药主要有以下几个方面。

2 结果与分析

2.1 充血性心衰治疗中用药不当的问题

2.1.1 难治性心衰患者, 盲目增加地高辛剂量和加用西地兰。冠心病、心功能 IV 级, 房颤的 74a 患者, po 地高辛 0.25mg/d \times 7d, 因心衰未控制, 改地高辛 0.375mg/d \times 7d, 期间因心衰反复发作, 临时 iv 西地兰 8 次, 0.2~0.3mg/次, 心衰进行性加重。老年人地高辛的维持量一般为 0.125mg/d, 某些老年心衰病人用 0.0625mg/d 即可, 日剂量分 2~3 次服用, 以减少血药浓度

波动^[1]。因洋地黄中毒可表现为心衰加重,故用地高辛治疗心衰时,心衰症状得以缓解或消失后,再度出现心衰体征,特别存在中毒诱因时应考虑地高辛中毒的可能,不能盲目增加地高辛剂量或加用西地兰,应该监测地高辛的血药浓度并调整剂量^[2]。

2.1.2 心衰患者超极量使用氨茶碱。脑梗死、原发性高血压 II 期的 75a 患者,经溶栓、抗凝、降低颅内压、预防感染、西咪替丁抗溃疡等治疗,原发病好转。d3, 6:00 因出现呼吸急促、胸闷、肺部闻及较多的痰鸣音,给予氨茶碱等治疗,至 17:00,氨茶碱已 iv 0.5g,雾化吸入 0.5g。17:30 突发心脏性哮喘,按顺序 iv 氨茶碱 0.25g,速尿 20mg、甲基泼尼松龙 40mg、西地兰 0.4g,舌下含服硝酸异山梨酸 10mg。18:00 出现呼吸停止,心电监护示室速马上转入室颤,抢救 30min 无效死亡。氨茶碱在年老、心衰、肝肾功能不良者体内清除率降低,易致氨茶碱中毒,应减少剂量。且西咪替丁抑制肝药酶,进一步降低茶碱的清除,导致氨茶碱蓄积中毒。其中毒常致快速型心律失常,呼吸困难者易发生室颤^[3]。

2.1.3 重度心衰、急性肺水肿使用 β 阻滞剂。急性心肌梗死者给予阿替洛尔 12.5mg bid,及其它治疗。d3 出现左心衰、急性肺水肿,加用多巴酚丁胺、多巴胺、硝酸甘油、西地兰等治疗。阿替洛尔继续使用原剂量,心衰进行性加重, d7 自动出院。重度心衰特别是肺水肿为 β 阻滞剂的禁忌症,此类患者应先用正性肌力的强心剂、利尿剂、硝酸酯类及血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 等治疗,待肺淤血清除,周围水肿改善后, β 阻滞剂应从最小剂量开始,并根据心衰体征调整剂量。如心衰体征恶化应减量直至停用;如患者可耐受宜逐渐加量并长期维持,可改善心功能,且宜选用非选择性的 β 阻滞剂如卡维地洛、美托洛尔等^[4]。

2.1.4 心衰合并室上速者先用多巴酚丁胺和氨茶碱治疗。1 例左心衰 III, BP23.0/14.0 kPa, P150 次/min,心电图示室上速, 8:00 给予多巴酚丁胺 40mg 和酚胺拉明 20mg 加入 10%

葡萄糖液 100ml iv gtt, 20gtt/min。8:30 iv 速尿 20mg, 氨茶碱 0.25g。9:30 出现呕吐、晕厥, BP10.5/7.0kPa。即停此组输液,给予二磷酸果糖 100ml。10:00 BP15.5/8.5kPa。再 iv 西地兰 0.2mg, 11:00 BP 上升为 20.6/11.3kPa。多巴酚丁胺激动 β_1 受体,加速房室传导,增加心率;氨茶碱也具兴奋心脏作用,两者协同使室上速并发室速,致晕厥发生。心衰合并室上速或房颤者应先用洋地黄类药,后用多巴酚丁胺^[3]。

2.1.5 心衰未完全控制使用布洛芬或地尔硫。风心心衰者经治疗胸闷、气促有所减轻,因背部胀痛给予缓释布洛芬 0.3g, bid。5d 后心衰再发,出现急性肺水肿。布洛芬可致水潴留,水肿,减弱速尿的利尿作用,使心功能不全者心衰加重^[3]。地尔硫 具负性肌力作用,长期用于心衰型冠心病,可使心衰加重,特别是合并收缩性心衰者。

2.1.6 心衰合并肺部感染, 抗生素使用不当,感染控制不佳,致心衰反复发作(3 例)。表现为长期盲目使用广谱抗生素,细菌培养报告为白色念珠菌感染,在抗真菌治疗同时未及时停用原广谱抗生素,忽视了广谱抗生素可致二重感染;消除半衰期短的抗生素如青霉素、磷霉素采用 qd 给药。

2.2 心绞痛治疗中较突出的问题

2.2.1 心绞痛用硝酸异山梨酯等治疗时发生休克,继续使用原剂量的硝酸异山梨酯。心绞痛房颤者,入院时 BP14.0/9.3kPa,给予极化液,普萘洛尔 10mg;硝酸异山梨酯 10mg; 2h 后 BP10.6/8.0kPa,胸痛未绞解,继续给予硝酸异山梨酯 10mg, q4h。d2 给予丹参静滴,硝酸异山梨酯改为 10mg, q6h;硫酸镁 2.5g 加入极化液静滴, qd。20:30 出现胸闷、胸痛、大汗淋漓、恶心、呕吐, BP9.3/6.7kPa,需用多巴胺、阿拉明维持血压, d5 才停用硝酸异山梨酯、多巴胺、阿拉明, BP12.6~14.0/8.0~9.3kPa。硝酸异山梨酯和硫酸镁均能扩张血管,降低血压,当血压下降过低时,硝酸异山梨酯应减量直至停用。

2.2.2 硝酸异山梨酯与多种降压药合用致血压过度下降,心绞痛下能缓解。心绞痛高血压

者给予硝酸异山梨酯 10mg, tid; 地尔硫 缓释片 30mg, tid; 尼群地平 10mg, tid。d3 BP 由入院时 23.9/11.8kPa 降至 14.6/6.7kPa, 心绞痛未缓解。停用尼群地平, 心绞痛缓解。此 3 种药均能扩张外周血管, 使舒张压过度下降, 心肌供血不足, 致心绞痛不能缓解。

2.3 急性心肌梗死仅注射 1 次蝮蛇抗栓酶

急性心肌梗死溶栓后最常见的并发症为再狭窄, 为了减少再狭窄, 溶栓后应肝素化 3d, 并长期服用阿司匹林、噻氯匹定等抗血小板聚集药或采用其它抗凝治疗。

2.4 降压药使用方法不正确致血压剧烈波动

高血压脑病者用卡托普利 12.5mg, tid; 硝苯地平 10mg, tid 治疗, BP17.3/10.6kPa。改卡托普利为 12.5mg, qn, BP17.3~23.9/13.3~14.6kPa。卡托普利改为 12.5mg, bid, 早中服用, 连续 3d, 晚上 BP20.0~21.3/13.3~14.6kPa。短效的硝苯地平降压作用强, 作用时间短, 血压波动大, 现不提倡用于高血压。卡托普利为短效降压药, 早中服药则晚上至次晨不能维持有效的血药浓度, 血压升高, 对于夜间血压升高者, 宜采用等间隔服药法, 以减少血压波动。

肺结核合并高血压者, 14:00 BP29.9/16.0kPa, 给予 5% 葡萄糖液 500ml 加酚妥拉明 50mg 静滴。17:30 时滴入酚妥拉明约 35mg, BP14.6/8.0kPa, 出现神志不清, 烦躁不安, 即停此组输液。至 18:30 患者神志仍不清, BP16.0/9.3kPa, 给予尼可刹米、高渗糖、脑活素、吸氧等处理, 患者神志逐渐转清, 至 20:30 BP 上升为 18.6/10.6kPa。酚妥拉明滴速太快或剂量过大可使血压剧降, 导致脑供血不足而产生昏迷或脑血栓形成。故 iv gtt 酚妥拉明时应有专人观察, 其所致的低血压应用去甲肾上腺素对抗。

2.5 普罗帕酮剂量过小(50mg, tid)

普罗帕酮最佳剂量为 400~800mg/d, 超过 800mg/d 或较低剂量(300~399mg/d) 疗效均降低^[5]。故上述剂量, 更不能纠正心律失常。

2.6 一些值得注意的合并用药

如地高辛合用硫酸铝、螺内酯、地尔硫 , 前者可减少地高辛吸收; 后两者可升高地高辛血药浓度。阿替洛尔与利多卡因、地尔硫 合用, 前者因利多卡因清除率降低而增加毒性; 后者抑制心脏传导及心室功能起协同作用。ACEI 与螺内酯、氯化钾合用可致高血钾。硝苯地平与降糖药合用宜调整降糖药剂量。同类药之间合用如硝酸异山梨酯与单硝酸异山梨醇酯, 尼群地平与地尔硫 、尼莫地平等合用, 可加重不良反应。

3 讨论

治疗心血管病药物作用复杂, 使用不当不仅无效还可使原有疾病加重, 甚至发生意外事件。医生对这类药物的药学知识和治疗经验常有一定的局限性, 特别是基层医院, 不合理用药时有发生, 药害并非少见。这就需要丰富药学知识的药师走向临床, 协助医生解决治疗上的难题, 直接为患者服务。

参考文献:

- [1] 王 凯, 方文应. 地高辛合理应用的再探讨[J]. 中国医院药学杂志, 1996, 10(6): 491.
- [2] 孙增先, 沈来龙, 张雪峰, 等. 难治性心衰病人地高辛中毒监测[J]. 中国医院药学杂志, 1996, 16(7): 295.
- [3] 中华人民共和国卫生部药典委员会. 临床用药须知[M]. 北京: 化学工业出版社, 1995. 222, 184, 130.
- [4] 胡大一, 刘晓惠. β 阻滞剂左充血性心力衰竭治疗中的应用[J]. 临床心血管病杂志, 1998, 14(3): 187.
- [5] 诸骏仁, 李志善, 陶 萍, 等. 普罗帕酮、莫雷西嗪、美西律的疗效和安全性评价[J]. 中华心血管病杂志, 1998, 26(3): 167.

收稿日期: 1999-07-19

(上接第 58 页) 明显和理想的, 有关咳嗽的报道有单声干咳、剧烈咳嗽和持续性干咳, 但伴口腔溃疡者少见, 可能是个体差异, 为避免这类不良反应的发生, 提醒我们的临床医生在应用中应注意个体差异。用药剂量、用药时间、及时观

察发现用药后的不良反应, 如发现以上症状应及时停药或改服他药, 以减少患者不应有的痛苦, 取得良好的临床效果。

收稿日期: 1999-05-26