

3.4.1 药品信息输入不正确 未选用药品信息库提供的药品信息,而输入非规定的药品名;输入的药品剂量单位不对,如:羟氨苄青霉素胶囊 0.5,误输入为 500g,正确的输入应为 500mg。药品名称与剂量单位输入不正确,导致中心摆药室计算机均发不出药。

3.4.2 设置计价类型不正确 药品计价形式为计价、手工计价、自带药、不摆药。在输入药品时如选择后 3 种形式,中心摆药室均不摆药。因为各医院病人取药的形式各不相同,为了避免多收费、漏收费,一定要理顺收费处、中心摆药室、护士工作站之间的关系,如以摆药计价,医嘱应全部选为计价。如以医嘱计价,可根据药品使用情况分别选择手工计价、自带药或不摆药。

4 工作模式的改变

由于软件不可能适应所有医院的管理模式,必然会暂时出现一些问题。如:摆药计价的问题,按现在我国医院的工作模式,因没有中心

配液站,液体很少摆药,按我们医院核算管理模式,大输液用药核算不在摆药室,如果以摆药计价,会造成与科室重复核算。再如我院摆药室过去是周五摆 3 天药,周六再摆一些补充药,周日休息。这样周六晚上入院的病人,只有到周一才能补充药(科室可先用机动药),周一计算机摆药就会漏掉 1 天的药。采取人工摆药,这样又会给工作造成忙乱,只有改变原有工作模式,周日增加值班,解决头天入院病人的问题,才不致于造成周一的忙乱。由于各医院核算方式、工作模式不一样,软件设置也不可能面面俱到,但只要适应现在运行软件的管理模式,改变原有的一些核算与管理模式,要解决这些问题也不是困难的。

总之,“军卫 I 号”工程高级网络版在我院应用大大提高了管理的时效性,降低了管理成本。不仅收到了广泛的管理效益、社会效益和经济效益,还使我院药品管理进一步走向规范化、现代化。

收稿日期:1999-09-09

• 药物不良反应 •

卡托普利和依那普利致顽固性咳嗽伴口腔溃疡 1 例

毕宏文¹, 王晓青²(1. 解放军第 141 医院, 青岛 266100; 2. 青岛市人民医院, 青岛 266001)

关键词: 卡托普利; 依那普利; 不良反应

中图分类号: R972⁺.4

文献标识码: B

文章编号: 1006-0111(2000)01-0058-02

1 临床资料

患者刘某,女,64a,患高血压 16 年,血压常年为 21.3/13.9kPa,长期服用硝苯地平、复方降压片等降压药,因血压调节不理想,加用卡托普利用三次均出现顽固性剧烈咳嗽现象。首次服用卡托普利 25mg, tid, 10d 后出现顽固性剧烈咳嗽,咳嗽时难以自控同时伴有口腔溃疡,此时血压已降至 18.7/12kPa,由于剧咳诊断为上呼吸道感染住院治疗。体检: T36.5℃, P96 次/min, R20 次/min, BP18.7/12kPa。入院后给以青霉素钠 800 万 u 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静滴, 10d 仍咳嗽不止, 停药卡托普利, 症状减轻, 3d

后逐渐消失。后又服用 2 次,方法同上,2 次均出现剧烈咳嗽伴口腔溃疡,且溃疡部位固定,停药后逐渐恢复正常。6wk 后,又改服依那普利片,每日 10mg, 1wk 后开始咳嗽,但较卡托普利所致咳嗽轻,停药后 2d 逐渐恢复正常,后又服二次均出现咳嗽,现已改用其他降压药均未出现以上症状,但降压效果不理想。

2 讨论

卡托普利、依那普利为血管紧张素转换酶抑制剂,对多种高血压均有明显降压作用,目前已广泛用于高血压的治疗,不良反应较少,由体检看出两药的降压效果是比较(下转第 51 页)

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