

立经济核算后,才能有条件改善自制制剂的包装。

5. 有利于提高药局的工作质量。有了经济自主权,就可以把工作质量同经济效益、奖金制度结合起来,有利于贯彻“各尽所能,多劳多得”的原则,克服吃“大锅饭”的弊病。这样就可以大大提高制剂质量

的合格率、库存药材质量的完好率、账物相符率、药品及时供应率,减少差错事故的发生。

6. 有利于加强科室的自身建设。药局实行独立经济核算后,可以利用部分资金来更新制药设备,购买先进仪器,开展科研。这样就可以有效地提高药局在医院的地位。

加强处方管理,提高用药水平

54590部队医院

南京军区卫校

九九九厂职工医院

张振家

苏开仲

涂力成

笔者随机抽查分析了某医院全月处方4972张,发现其中不合格处方有685张(占全月处方总量的13.78%),包括泛用或滥用抗生素(186张,占3.8%)、给药方案不合理(12张,占0.24%)、以及处方书写不完整(484张,占9.74%)。处方具有法律、技术和经济等方面的责任,其质量高低关系到药物的疗效与安全性,同时也是正确评价医疗单位的医疗水平和质量的重要依据。本文列举数例,目的在于使广大医药工作者能引起重视。

一、泛用、滥用抗生素的处方例

某些医生把抗生素作为“万能药”不加选择地用于感冒、上呼吸道感染,又把抗生素作为一般性小外伤感染的常规用药,而且不考虑药物间的相互作用,采取不恰当的“联合堆积疗法”等习以为常。

【处方1】青霉素G 40万 μ × 8 肌注, 4/日
强力霉素 0.2 × 8 口服, 4/日
复方扑尔敏 2片 × 6 口服, 3/日
复合维生素B 2片 × 6 口服, 3/日

【处方2】红霉素0.5 × 4 0.5/次, 4/日, 口服
青霉素80万 μ
链霉素0.5 } × 2 2/日, 肌注

【处方3】庆大霉素 4万 μ
链霉素 0.5 } × 4 肌注, 2/日

讨论:

1. 处方1~3均用于感冒、发烧和上呼吸道的患者,而此类疾病多数为病毒性感染,少数为细菌性感染或继发细菌感染。然而,3个处方均采用抗生素“堆积疗法”,实属泛用。

2. 3个处方均未考虑药物间的配伍变化和相互作用。处方1:强力霉素是四环素类抗生素,能抑制细菌生长,而青霉素则对增殖型细菌作用显著。两药并用可致青霉素的杀菌作用降低甚至无效;其机制是四环素类抗生素为快速抑菌剂,能使细菌蛋白质合成迅速被抑制,细菌处于静止状态,从而使青霉素的抗菌效能降低或失效。因此强力霉素等四环素类抗生素与青霉素呈药理性拮抗作用,故不宜并用。若需并用时,可在服用青霉素后2~3小时再并用强力霉素。

处方2红霉素和青霉素的主要抗菌谱均为革兰氏阳性菌,两者并用时并非提高疗效和扩大抗菌范围;而且红霉素是通过阻碍菌体蛋白合成而发挥抑菌作用的,故有可能拮抗青霉素G的抗菌活性。此外青霉素的 β -内

酰胺环可致链霉素失活，故处方中在同一针筒内混注显然是不合理的；而且一旦引起过敏反应，两药混用的严重程度可比单用青霉素时为高，因此青、链霉素应避免在同一针筒内注射。

处方3庆大霉素和链霉素对肾脏均有较大毒性，对耳蜗神经影响较大，可引起听觉及前庭功能障碍；故两药并用后毒副作用增强。

上述处方均属泛用、滥用抗生素的典型处方；此外尚有氯霉素及磺胺类等与青霉素G并用，氨基糖甙类抗生素如庆大霉素、卡那霉素、链霉素、新霉素等相互并用，这些都属不合理的处方。

二、给药方案不合理处方例

【处方1】庆大霉素 24万u
5%葡萄糖氯化钠1000ml } 静滴

【处方2】次碳酸铋0.3 }
黄连素 0.1 } ×30 口服，5片/次，
TMP 0.1 } 3/日

【处方3】复方新诺明 2. }
TMP 0.1 } ×6 每天3次

讨论：

1. 庆大霉素安全有效的最佳血药浓度一般为4~8 μg/ml；若用单室模型计算，处方1的庆大霉素的达峰浓度约为12.65 μg/ml，该浓度已超过其最大治疗浓度（12 μg/ml），因而可能产生毒性反应。

2. 处方2中三种药物的用量均过大，通常口服次碳酸铋的剂量为0.3~0.9/次，黄连素为0.1~0.2/次，TMP为5 mg/kg体重。TMP的半衰期为14~17小时，故不必要每日用药三次。此外处方中的次碳酸铋在肠道内可形成保护膜覆盖粘膜表面，从而妨碍黄连素发挥作用，属配伍禁忌的处方。

3. 处方3给药次数不合理，给药方法也久妥。处方中的复方新诺明已含有TMP，而再加用TMP纯属重复给药，其不仅造成药物浪费，而且还可增加药物的不良反应。SMZ的半衰期约12小时，TMP为14~17小

时，每日用药二次足以达到治疗水平；而处方中每日三次给药不仅无益，相反可使毒性增加。

三、处方书写不完整

（一）姓名、年龄书写含糊

有的处方不写患者的姓名，而只写××政委、书记、主任…等。多数处方在年龄上只写“成”字，老幼处方无标明实足的“岁”和“月”。

（二）随意简化中外文名称

1. 用化学分子式代替药名 如KCl（氯化钾）、NaHCO₃（碳酸氢钠）、稀HCl（稀盐酸）、FeSO₄（硫酸低铁）…等屡见不鲜。

2. 不恰当的外文缩写或中、外文混用有的医生习惯将维生素C写成“ViC”、维生素B₂写成“ViB₂”、维生素AD胶丸写成“ViAD”丸等；个别处方将大黄苏打片写成“大黄NB”片。

3. 不合理的中文缩写 如用“双克”代替双氢克尿塞、“硫阿”代替硫酸阿托品、“胃酶合”代替胃蛋白酶合剂、“综合”代替复方甘草合剂…等。

（三）药物名称、剂型、剂量或单位错、漏

1. 药物名称写错 如咳必清写成“咳必轻”、安坦写成“定坦”、灭滴灵写成“灭的宁”、安络血写成“安诺血”、度米芬喉片写成“杜咪分候片”、芦丁（路丁）写成“露丁”……等。

2. 剂型不明确 如醋酸可的松软膏只写“醋可松”（一支，外用）、10%葡萄糖注射液写成“10%糖（500ml×1并）”，维生素C注射液只写“VC0.5×1”、鱼肝油丸只写“鱼肝油（42粒）”。

3. 剂量、单位未标明或错误 如刺五加1并（?片）、地巴唑1并（含量?，?片）、土霉素24片（含量?）、消炎痛0.1（mg）×12片、安定2.5（mg）×10片…。

(四) 用法不明或超量

1. 用法不明确 如软膏剂、擦剂等外用处方多数只写“外用”，既未写明用药部位，也未注明用药次数，使调配人员无法向病人交待用法。

2. 内服药与外用药同开一张处方 这类处方以五官科用药较为多见。按总后卫生部颁布的“医院工作制度”处方书写的规定：“毒、麻、限剧药与普通药，内服药与外用药不得同开一张处方”。希望广大医药工作者引起重视。

3. 超剂量处方 按有关规定“普通药以三日量为限，对某些慢性病或特殊情况，最多不超过七日量；若需超七日量者须经有关部门领导批准方可发药”。抽查处方中发现，有的处方量长达二个多月（如酵母片1000片，3片/日），有的甚至把限剧药也开30几天的量（如鲁米那30mg×100^{*}，1片/次，3次/日）。此外某些不宜久贮的溶液剂总量也不宜多开，如胃蛋白酶合剂500ml、0.25%氯霉素滴眼液5支…；这些

药液易霉败，总量过多不仅造成药物浪费和达不到治疗目的，相反会给病人带来不应有的痛苦。

四、小结

发生上述不合理处方的主要原因是：①领导不够重视，据了解某些领导把处方当成一般的“领料单”，根本没有认识到处方质量好坏是衡量医疗质量的重要依据，药局人员对处方审查也不严格，怕退处方会“得罪人”；②由于医务人员工作粗疏责任心不强而造成；③某些医生对药物的名称、剂型、含量、包装、服用方法、理化性质及作用机理等不太了解所致。

正确合理使用药物能治病救人，若用之不慎，轻者降低疗效或无效，甚至贻误病情；严重者可增加毒性，给患者带来痛苦，甚至危及生命。希望医药界的同行们能切实加强合理处方的研究，从而推动临床药疗质量的提高。

(参考文献 9 篇略)

增设情报药师之我见

沈阳军区大连第二疗养院药械科 任 明

药物情报活动随着医药科学的进步应运而生。在先进国家中药物情报业务与医院药局的调剂、制剂、管理、检验业务等并驾齐驱。我国近年来也十分关注这项新业务，尽管起步晚，但由于客观的迫切需要迅速发展，并以其促进药学进步的巨大作用向人们启示：药局设立情报药师已是大势所趋。

药物在防治疾病中占有重要位置，据统计在疾病治疗中约有75%是依靠药物治疗的，然而由于药物滥用，也会危害健康和生命。国外曾报道美国妇女由于使用了黄体酮治疗先兆流产而造成600余名女婴外生殖器

男性化；欧洲和美国一些肥胖的年青妇女为了减肥而使用了二硝基酚，以致产生白内障和骨髓抑制，甚至造成177人中毒死亡；日本由于服用8-羟基喹啉造成8000人失明和肢体瘫痪；法国曾因久服铋盐使1000多人产生中枢神经损伤。国内外关于滥用抗生素而招致继发感染率上升及药物不良反应加重的报道已为人熟知。据国内抽样调查统计，药源性疾病约占常见病的8%，药疗事故约占医疗事故的30%。随着新品种的争相问世，老药新用的不断开发及合并用药的日益增多，潜伏着的药物危害也同时增加。因此临床医