

产创收的项目。在此前提下,来确定本单位制剂的地位和品种。二是适当把握制剂规模。应根据单位制剂的用量,把制剂规模确立在一个适当的位置上,千万不能认为制剂室越大越好,进行超规模建设。这样做,不但会使医院和药剂科背上沉重的经济包袱,而且会阻碍医院药学技术的全面发展。这是被近来一些单位的事实所证明的。三是正确把握医院药学工作的重点。医院药学工作的重点正在向注重临床合理用药和技术服务的方向转移。而制剂是属于供应范畴,目前占用相当力量可以说是不得已而为之的事。随着制药工业的发展与进步,社会化、集约化大生产肯定代替松散性、一家一户的生产。因此,医院药学应尽早转移到指导合理用药上来。

(二)严格制剂审查与审批

在制剂报批逐步走上正规情况下,主要把好三关:一要严格审查。在审查中,应抓住以下环节:(1)形式审查。在收到制剂申报表后,要对所申报的资料进行仔细审查,看是否符合报批要求,不符合的坚决退回;(2)技术审查。对符合报批要求的制剂,应按各类制剂的技术规定进行严格技术审查,达不到技术要求的,应退回原单位进行补充,待符合要求后再进行审查;(3)条件审查。要对所报制剂的配制剂条件进行检查验收,达不到相应条件的,也不予审批。二要严格审批。对下列情况要从严审批:一是不以临床和科研需要为主要目的的制剂要从严;二是比较时髦

的制剂,如各种生长因子,脏器组织制剂要从严;三是联合申报的制剂要从严。三要严格管理。在管理中,主要加强制剂品种、质量和条件的管理。对品种,发现申报单位与配制单位不符以及批报后1年以上不配制的,要给予撤销;对质量,应实行质检与抽检相结合方法,质检应形成制度,抽查不定期进行。对条件,主要是落实制剂室年检的措施,每年对制剂条件检查1次。

(三)加大监督执法力度

根据制剂中出现的新动向,当前应从监督内容、方法和处罚上,突出重点,抓住要领,加大力度。在监督内容上,重点是:(1)不经报准和在不具备条件场所配制剂,尤其是生物、生化制剂。根据掌握的情况,目前仍有一些单位在不具备条件的地方配制不经批准的制剂,特别是科研、教学单位;(2)以科研协作为借口拿到外单位甚至地方单位使用;(3)联合报批和不在报批单位制剂室配制的制剂。在监督方法上,除了采取预先通知的方法,还应采取不通知甚至微服私访的方法,以便能了解到真实情况。从最近查处几起乱配制剂的情况,多数是未预先通知和微服私访中发现的。在监督处罚上,除应按照《军队药品监督管理行政处罚暂行规定》给予经济处罚外,还应采取行政手段用适当方式对当事单位和个人给予曝光,以克服一些单位愿意让经济处罚,不愿意通报点名的心理,让其在经济上和形象上都受到惩罚和损失。

我院 1996 年抗感染药用药分析

马妍丽

(西安军工医院 西安 710077)

我院是一所综合性职工医院,编制床位306张,1996年门诊病人10万人次。抗感染药使用率达60%;药品经费收入占整个医院

收入的39%;西药库发出药品金额占全院用药金额的4/5。本文对我院1996年度西药库发出的抗感染药品进行了统计分析,为今

后对该类药物的选择采购等决策工作提供依据,并在一定程度上反映出我市二级甲等医院用药水平和趋势。

一、数据统计

(一)抗感染药品在西药中的比重

表 1 抗感染药在西药中的比重

药 物	品 种 数	金额数(万元)	品种百分比	金额百分比
西药	656	453	100	100
抗感染药	57	172	8.7	38.0

由表 1 可见,抗感染药的发出金额及品种数分别占西药金额的 38% 和 8.7%,表明此类药物在西药中占有重要位置;说明其使用普遍性。我院外科病员较多,也是抗感染药的消耗处于显著位置的一个重要因素。

(二)抗感染药剂型与金额构成比

由表 2 可见,剂型以片剂(含胶囊剂)最多,为 26 种,其次为注射剂 23 种,两种剂型品种数占总体的 85.9%。从金额构成看,注射剂所占比率最高,为 62.3%,注射剂,片剂两者金额之和占 96.4%。

(三)抗感染药消耗金额分类统计

由表 3 可看出,青霉素类,头孢霉素类分别以高居金额排序的第 1 位和 2 位。青霉素类,以其价格低廉,疗效肯定占居首位。这符合我国国情和职工医院的特点,既考虑到国营企业的负担,又注意了病人的承受能力。

(四)对销量和金额较大的前 10 种药品

表 4 抗感染药金额排序(前 10 位)

位 序	品 名	规 格	金额(元)	构成比(%)
1	头孢噻肟钠	1g/支	315280	18.3
2	氨西林胶囊	0.25g/粒	257331	14.9
3	泰星注射液	8 万 U/支	193564	11.3
4	青霉素钠	80 万 U/支	154519	9.00
5	利菌沙片	0.125g/片	121000	7.03
6	氨苄青霉素	0.5g/支	90000	5.2
7	环丙沙星注射液	0.2g/支	87640	5.1
8	阿莫西林胶囊	0.25g/粒	80691	4.7
9	甲硝唑葡萄糖注射液	0.5g/瓶	68362	4.0
10	氧哌嗪青霉素	0.5g/支	48400	2.0

第三代头孢类抗生素头孢噻肟钠具有广谱,高效、安全、疗效确切的特点,以及价格上

进行统计,结果见表 4。

表 2 抗感染药剂型品种与金额构成比

剂型名称	品种数	金额构成比(%)
注射剂	23	62.3
片剂(胶囊剂)	26	34.1
粉剂	2	1.2
水剂	7	1.4
膏剂	5	1.0
合 计	63	100.0

表 3 各类抗感染药品消耗金额构成比

位序	分 类	品种	金额构成比(%)
1	青霉素类	10	39.9
2	头孢菌素类	6	22.4
3	氨基糖甙类	5	12.0
4	大环内酯类	5	8.6
5	喹诺酮类	5	8.0
6	硝咪唑类	4	4.6
7	抗病毒类	5	1.8
8	磺胺类	3	0.9
9	抗结核类	4	0.6
10	其它类	10	1.2
合计		57	100.0

的优势倍受医生的亲睐,但也不排除广告与厂商的不正当的促销手段这一因素。对此医

院已采取了相应措施,预计1997年这一现象将会改变;氨基糖甙类新药的推出,用量也在上升,妥布霉素就是一例。利君沙依其疗效较好,价格适中,口服方便等优点而排位仅次于青霉素类,头孢菌素类及氨基糖甙类;环丙沙星注射液,甲硝唑葡萄糖注射液居前十位,说明喹诺酮类,硝咪唑类药也得以广泛应用。

二、小结

上述统计分析,我院抗感染药仍以青霉素类为主体,其销售金额占抗感染药总额的

40%,这一结果,表明了中小型医院的用药情况,也说明了该类药疗效确切,价格低廉的特点,不合理用药的状况较为普遍,特别是在未用其它抗生素,或未作体外细菌培养药敏试验则直接使用头孢噻肟钠等第三代头孢菌素,致使该药的销售金额居第一位,这不仅加重了病人负担,也致使耐药菌株增加,另外预防用药的比重较高,联合用药较为普遍,抗生素的选用基本上停留在经验治疗阶段,这些问题均应引起临床重视。

口服甘草锌致不良反应2例分析

王中影 肖雷

(安徽医科大学附属医院 合肥 230022)

甘草锌是一种有机药物。锌是人体内细胞生长和繁殖以及某些酶活性所必需的微量元素;甘草味甘,补益心气。本品为胶囊制剂,在临床中已被广泛应用,极少出现不良反应。我科近几年在临床应用中发现2例不良反应,现报道如下。

患者,31a,面部脂溢性皮炎就诊,给予甘草锌胶囊(0.25g,浙江永宁制药厂,9311034),0.5g, tid, pc, po;局部外用5%硫磺霜, bid。于用后d6,患者出现颜面部不适,自觉局部皮肤肿胀、麻木、无红斑及新起皮疹,原有皮损有所好转,四肢末端轻度水肿。停用甘草锌胶囊,原外用药物继续应用,5d后上述症状明显改善、四肢末端水肿消失。为加强药物疗效,再次重复应用同样甘草锌胶囊,0.25g, tid;另加安体舒通20mg, po, tid,配合面部外用药物,连续用药4wk,患者面部脂溢性皮炎痊愈,未出现以上不良反应。患者既往有青霉素过敏史。

患者,19a,面部寻常性痤疮就诊,给予甘草锌胶囊(0.25g,浙江永宁制药厂,

9311034),0.25g, tid, pc, po,面部外用1%氯霉素霜, bid。于用药后d2,患者出现头晕、耳鸣,胸闷,眼睑及四肢末端明显水肿,伴有恶心、呕吐,面部无新起皮疹及红斑,立即停用甘草锌胶囊,原外用药物继续应用,同时给予肌注异丙嗪,25mg;胃复安,10mg。于注射后15~20min自觉症状明显减轻。另外给予po特非那丁60mg, bid,于7d后患者上述症状消失。为慎重考虑用药,重复应用同样甘草锌胶囊,0.25g, tid,于用药后12h患者即出现上述不良反应,并自感症状加重,立即停药,加强抗过敏治疗,改用其它药物治疗原发疾病,不良反应症状渐缓解。患者回忆有磺胺药物过敏史。

分析:我科临床应用甘草锌治疗疾病,疗程长,剂量大,可能会引起药物积蓄中毒。并且发现以上2例均有药物过敏史,为预防应用过程中不良反应的发生,临床上除注意掌握用药时间及剂量外,还应注意有无过敏体质,以便在临床应用中更安全,更可靠。