

我院中成药使用合理性分析

段菊屏 李一舟 谭小雯
长沙市中医医院 湖南长沙 410100

【摘要】目的 分析我院中成药使用情况,对存在的问题提出解决方法,保证中成药合理使用。**方法** 采用回顾性分析方法,随机抽取 2016 年 1-12 月份处方(包括住院医嘱)进行统计分析。**结果** 我院中成药使用率为,中药注射剂使用率为 43%,存在超适应症用药、超疗程用药、重复用药等问题。**结论** 建立规范的中成药使用制度,培养正确临床用药思维,才能提高临床中成药应用水平。

【关键词】 中药注射剂; 使用合理性; 疏血通; 血栓通

【中图分类号】 R288 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2017)02-263-02

1 资料与方法

1.1 一般资料: 2016 年 1-12 月期间每月随机抽取 5 天门处方,各病区住院医嘱共 200 份。

1.2 方法: 根据《医院处方点评管理规范(试行)》、《中成药临床应用指导原则》、药品说明书等相关文献作为依据,对抽查的处方进行点评,统计中成药、中药注射剂的使用比率,将不合理处方按超疗程用药、用法用量不适宜、适应症不适宜、重复用药、遴选药品不适宜、联合用药不适宜、配伍禁忌用药进行分类统计。

2 结果

2.1 中成药使用基本情况: 2016 年我院门诊处方中成药使用率为 43.55%(门诊基本为口服用药),住院医嘱中成药使用率为 45.00%,其中中药注射剂使用率为 21.00%。

2.2 不合理处方情况: 抽查的中成药处方中不合理比率为 12.35%,主要表现为超疗程用药、用法用量不适宜、适应症不适宜、重复用药、联合用药不适宜、配伍禁忌用药、超适应症用药 7 方面,7 种情况的构成比见表 1。

表 1: 中成药不合理使用情况

不合理用药类型	构成比 (%)
超疗程用药	12.30
用法用量不适宜	5.45
适应症不适宜	14.62
重复用药	20.45
联合用药不适宜	17.63
配伍禁忌用药	8.97
超适应症用药	20.58

3 讨论

3.1 超疗程用药: 临床上常常受到中药“性质温和,副作用小”这类观点的影响,使得超疗程的情况屡有出现,其实中药长期使用也是有副作用的,尤其是毒性中药,日本“小柴胡汤”事件就是个很好的例子^[1]。《中成药临床应用指导原则》中规定中药注射剂要按说明书疗程使用。如骨科使用血栓通/血塞通从入院一直使用至出院,通常为 20 天以上,最长用药时间可达 50 天。还有些内科病人,在使用血栓通一段时间后,接着改为血塞通/丹红注射液继续使用,表面上看似并未超过疗程,实际上这些药物要么具有相同成分如血栓通与血塞通,要么具有相同药理作用,因此这样的接连使用实际也是超过了药物使用的疗程。活血化瘀类中药注射剂有扩张血管,抑制血小板聚集,抗凝血的作用,这类病人往往联用其他抗凝西药,长期使用可导致出血倾向甚至出血。

3.2 用法用量不适宜: 要发挥作用必须采用正确给药途径及用量,剂量小达不到效果,耽误治疗,剂量过大易造成药品不良事件。如心内科病人苦碟子全部采用 40ml/次的剂量,多次抽查发现其中包括许多八九十岁的老人,因剂量越大,不良反应发生概率越高,该药规定高龄患者使用日剂量不应超过 20ml。外用药雪上花搽剂,医生按日常习惯 10ml/次,3 次/日,大家一般会认为外用制剂最多是皮肤过敏之类反应,剂量大小、时间长短应该无影响,殊不知该药成分雪上一枝花有较强毒性,每次的量超过 6ml,用药时间超 10 天,都可能造成患者中毒。

3.3 适应症不适宜: 中成药虽然采用现代制剂方法研制,但其处方组成也遵循中医理论的组方特点,说明书功能、适应症均按中医理论描述,因此临床使用也应遵循这一原则,准确的辨证施治。实际情

况是医生忽略中医的辨证论治,按照西医诊断盲目使用,如出现寒证用寒药,热证用热药^[2]。儿科支气管肺炎(风寒袭肺证)使用小儿消积止咳及蓝芩口服液,前者具有清热肃肺,消积止咳功效,适于痰热证。后者用于急性咽炎、肺胃实热证所致的咽痛、咽干、咽部灼热。两药都属于热证用药,不适用风寒袭肺证。

3.4 重复用药: 重复用药包括组方药味是否重复,联用药物是否属于同一功效类别,或是主要关注含有特殊组分毒烈性饮片或化学药物的药品等^[3]。我院表现突出的为清热解毒类药物的使用,如咽炎、扁桃体炎、上呼吸道感染,联合使用蒲地蓝消炎口服液+清热消炎宁片、新癍片+清热散结胶囊的情况。这些药物均具有清热解毒、消肿止痛的功效,用于流行性感、咽喉炎、肺炎、疮疡脓肿等。这些药物多由苦寒中药组成: 如蒲地蓝消炎口服液中蒲公英、板蓝根、苦地丁、黄芩; 珍黄片中珍珠、人工牛黄、黄芩、冰片; 清热消炎宁片中九节茶; 新癍片中肿节风(别名九节茶)、人工牛黄、珍珠。性味苦寒药物,量大、久服易伤胃气,另外泌尿系统结石使用八正片+藤黄胶囊的情况,两药均适用于下焦湿热所致的热淋,联用属于重复用药。

3.5 联合用药不适宜: 应遵循药效互补和增效减毒原则,病情复杂患者联用药物可能性增大^[4]。骨科常常将两种及以上中成药联合使用,如三乌胶丸、活络消痛片、追风透骨胶囊、大活络胶囊。三乌胶丸内含生草乌、生川乌、附子; 活络消痛片内含制川乌、制草乌; 追风透骨胶囊内含制川乌、制草乌、制天南星、朱砂; 大活络胶囊内含制草乌、天南星、两头尖、全蝎。皆含有毒性成分,联合久服无疑加大药物致中毒的风险,造成肝、肾、中枢神经系统损伤。呼吸道感染咽炎、扁桃体炎、肺炎常常将两种作用相反的药物联用,如三拗片+蓝芩口服液、三拗片+喉咽清口服液等。三拗片适用于风寒袭肺证,症见咳嗽声重,咳嗽痰多,痰白清稀。蓝芩口服液、蒲地蓝消炎口服液、喉咽清口服液清热解毒,利咽消肿,适用于肺胃实热所致的咽痛、咽干、扁桃体炎。两者联用作用相互削弱,且其中一种药物可能造成原有症状的加重。

3.6 配伍禁忌用药: 中成药配伍禁忌的内容很多,包括传统的“十八反、十九畏”理论,以及中西药物联合使用禁忌,还有中药注射剂与其他药物配伍时发生物理或化学反应的情况等^[5]。我院自 2014 年起开展了静脉配置服务,基本解决中药注射剂配制的问题。目前临床主要存在的是口服中成药、中西药物联合禁忌的问题,如三拗片与氨茶碱联合使用存在配伍禁忌,因三拗片中含有麻黄,将降低氨茶碱作用效果,但不良反应发生却增高,因此禁止两药合用。

3.7 超适应症用药: 是指处方的临床诊断与药品说明书功能主治完全不一致,且没有循证医学研究结果和充分的文献报道等证据支持^[6],中成药尤其是中药注射剂应严格按照药品说明书规定用药,且对患者进行辨证施治,严禁超功能主治用药。较突出的是骨折、关节炎、腰椎病、颈椎病等使用活血化瘀类中药注射剂,如血栓通、血塞通、灯盏花素等,这类药主要是针对缺血性心脑血管病,如中风偏瘫,胸痛心痛、冠心病,心绞痛等。虽然医生对骨折、关节炎、腰椎病、颈椎病的治疗目的为活血祛瘀通脉,但药物作用归经并不一样,药物说明书也未批准此类适应症,因此属于超说明书用药。另外四妙丸作为除湿剂,由苍术、盐黄柏、薏苡仁、牛膝组成,适用于湿热下注所致的痹病,症见足膝红肿,筋骨疼痛。我院妇科将其用于子宫出血、月经紊乱、卵巢功能障碍、盆腔炎; 泌尿外科用于前列腺炎、前列腺增生,也属于此类情况。

(下转第 264 页)

观察射干麻黄汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效

冯丹琪

长沙市中医医院（长沙市第八医院） 湖南长沙 410100

【摘要】目的 观察分析观察射干麻黄汤加减应用在小儿咳嗽变异性哮喘治疗中的临床疗效。**方法** 将本院于 2015 年 2 月至 2017 年 2 月期间收治的小儿咳嗽变异性哮喘患儿 98 例作为研究资料，随机将 98 例患儿分为两组各 49 例，其中对照组患儿采用孟鲁司特钠咀嚼片治疗，而观察组患儿则采用射干麻黄汤加减治疗，对两组患儿治疗后的临床疗效进行比较分析。**结果** 观察组患儿与对照组患儿治疗总有效率分别为 91.84% 和 75.51%，观察组患儿临床疗效更好，两组数据比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论** 在小儿咳嗽变异性哮喘治疗中应用射干麻黄汤加减治疗效果显著，明显改善患儿的临床症状，具有重要的临床价值。

【关键词】 射干麻黄汤；小儿咳嗽变异性哮喘；临床疗效

【中图分类号】 R272 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 02-264-01

咳嗽变异性哮喘属于较为常见的儿童慢性咳嗽疾病，临床表现为发作性咳嗽，且无喘息症状，一般在运动期间、气候变化期间等发病率较高，具有病程长和常规治疗效果差等问题^[1]。中医学将咳嗽变异性哮喘纳入“咳嗽”范畴。本次研究对射干麻黄汤加减应用在小儿咳嗽变异性哮喘治疗中的临床疗效进行了探讨，并选择本院收治的小儿咳嗽变异性哮喘患儿 98 例作为研究资料，详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：本次共选择 98 例患儿作为研究对象，均为我院于 2015 年 2 月至 2017 年 2 月期间收治，且均符合 2002 年《使用儿科学》第 7 版中咳嗽变异性哮喘诊断标准和 1994 年《中医病症诊断疗效标准》中寒饮伏肺证诊断标准^[2]。采用随机数字抽取表法将患儿分为对照组与观察组，每组各 49 例患儿。其中对照组患儿男 28 例，女 21 例，年龄为 2 岁至 8 岁，平均年龄为（5.14±2.02）岁，病程 2 天至 52 天，平均病程（30.05±10.25）天；观察组患儿男 29 例，女 20 例，年龄为 2 岁至 8 岁，平均年龄为（5.20±2.13）岁，病程 3 天至 52 天，平均病程（30.14±10.07）天。采用统计学软件对两组患儿基本参数进行比较分析，均无差异显著性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组，给予对照组患儿采用孟鲁司特钠咀嚼片（Merck Sharp Dohme Ltd，批准文号：国药准字 J20070068）治疗，5 岁及以下患儿每日 1 次，每次 4mg，5 岁以上患儿每日 1 次，每次 5mg。

1.2.2 观察组，给予观察组患儿实施射干麻黄汤加减治疗，药房组成：射干 8g，炙麻黄 8g，细辛 2g，清半夏 8g，炙款冬花 10g，炙紫菀 10g，醋五味子 5g，桔梗 8g，生姜 2 片，大枣 3 枚。给予痰多患儿增加炒苏子 10g，炒葶苈子 10g；给予舌红、吐黄痰患儿增加黄芩 10g，瓜蒌 10g；给予舌质暗患儿增加桂枝 4g，川穹 8g，威灵仙 8g。每日 1 剂 200ml 分早晚两次服用。

1.3 观察指标：对两组患儿治疗后的临床疗效进行比较分析。临床疗效分为治愈、进步、无效，其中治愈为患儿伴有咳嗽症状，但较轻且无需给药，其他临床症状基本消失；进步为患儿伴有咳嗽症状，次数明显减少，其他临床症状明显改善；无效为患儿咳嗽症状及其他症状无明显变化，甚至出现加重情况。治疗总有效率 =（治愈例数 + 进步例数）/ 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理方法：上述患者的所有数据结果均采入到 SPSS19.0 软件进行分析处理，确保录入过程客观真实，以 95% 为可信区对数据进行处理，正态计数资料采用率（%）表示，采用 χ^2 检验， P

< 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较：对表 1 进行分析后可知，观察组患儿与对照组患儿治疗总有效率分别为 91.84% 和 75.51%，观察组患儿临床疗效更好，两组数据比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表 1：对照组与观察组患儿临床疗效分析（%）

组别	例数	治愈	进步	无效	治疗总有效率
观察组	49	28 (57.14)	17 (34.70)	4 (8.16)	91.84
对照组	49	12 (24.49)	25 (51.02)	12 (24.49)	75.51
χ^2	—	—	—	—	4.78
P	—	—	—	—	< 0.05

3 讨论

小儿咳嗽变异性哮喘临床特征为发作性阵咳，一般在夜间或清晨，但无发热、感染等情况，很容易误诊为支气管炎^[3]。由于小儿咳嗽变异性哮喘与典型哮喘发病机理相同，均以持续气道炎症与气道高反应性为主要特征，传统采用孟鲁司特钠咀嚼片治疗，虽然具有一定的效果，但与射干麻黄汤加减治疗效果相比差距较大。中医学中认为哮喘病理机制为宿痰伏肺、复感外邪等。根据《血证论》中“内有淤，气道阻塞，不得升降而喘”，因此需要采用通行经络、活血化瘀的药物，而射干麻黄汤主治“咳而上气，喉中水鸡声”，具有消痰散结和宣肺平喘等功效^[4]。本次研究对射干麻黄汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效进行探讨，结果显示观察组患儿与对照组患儿治疗总有效率分别为 91.84% 和 75.51%，数据比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），采用射干麻黄汤加减治疗的观察组患儿治疗效果显著优于采用孟鲁司特钠咀嚼片治疗的对照组患儿，利于患儿早日恢复，提高患儿的生活质量。

综上所述，对小儿咳嗽变异性哮喘患儿采用射干麻黄汤加减治疗能够明显提高患儿的生活质量，改善患儿临床症状，具有重要的临床价值。

【参考文献】

- [1] 邵昱. 用射干麻黄汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(19):106-107.
- [2] 李艳, 曾晓翠. 加味射干麻黄汤对小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察 [J]. 陕西中医, 2016, 37(10):1311-1312.
- [3] 刘伟, 闫尚伦. 射干麻黄汤联合孟鲁司特治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(29):16-17.
- [4] 杨莎, 何智晶. 射干麻黄汤配合西医常规治疗用于咳嗽变异性哮喘的疗效观察 [J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(3):61-61.

（上接第 263 页）

综上所述，建立规范的中成药使用规范，培养良好临床用药思维模式，积极学习各类中成药知识，开展中成药中药注射剂的处方点评，将不合理的情况多向临床反馈及宣教，增强医生中成药合理使用意识，是提高中成药合理性使用的必要条件。

【参考文献】

- [1] 梅全喜, 曾聪彦, 吴惠妃. 中药处方点评实施要点探讨 [J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33(15): 1272-1275.
- [2] 金锐, 王宇光, 薛春苗等. 中成药处方点评的标准与尺度探索

（九）寒热并用. 中国医院药学杂志 [J]. 2017, 37(3): 201-206.

[3] 金锐, 王宇光, 薛春苗等. 中成药处方点评的标准与尺度探索（二）重复用药. 中国医院药学杂志 [J]. 2017, 35(7): 565-570.

[4] 刘蕾, 孙瑞芳, 聂惠芳, 等. 民航总医院就诊患者中成药应用现状调查与分析 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2015, 15(10): 1359-1361.

[5] 金锐, 王宇光, 薛春苗等. 中成药处方点评的标准与尺度探索（三）：十八反、十九畏配伍禁忌 [J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(11): 969-1007.

[6] 李娟娟. 综合医院中成药不合理使用分析及对策 [J]. 临床合理用药, 2016, 9(8A):106-108.