

2011—2013 年我院门急诊癌痛患者 麻醉药品处方调查分析

刘碧丽, 杨嘉永

(厦门大学附属第一医院药学部, 福建 厦门 361003)

摘要:目的 对 2011—2013 年厦门大学附属第一医院门急诊用于癌症镇痛处方进行调查分析, 探讨本院创建“癌痛规范化治疗示范病房”活动对门急诊麻醉药品处方的影响。方法 收集本院 2011—2013 年门急诊用于癌症镇痛所有麻醉药品、第一类精神药品处方共 6 824 张, 其中 2011 年 2 088 张、2012 年 2 280 张、2013 年 2 456 张。对其药品使用情况进行逐一统计、整理、分析。结果 麻醉药品总消耗量逐年增加, 注射用麻醉药品的使用频率最低, 普通片剂次之, 缓控释制剂使用频率最高; 2013 年的门急诊麻醉处方合格率较 2011 年明显升高(97.7%比 86.8%, $P < 0.05$)。结论 本院自 2012 年开展创建“癌痛规范化治疗示范病房”活动后, 本院的肿瘤诊疗进一步规范, 处方质量进一步提高, 符合“癌痛三阶梯止痛”给药原则, 临床止痛治疗基本上实现首选无创途径给药、个体化治疗等。

关键词: 癌症; 癌痛; 麻醉药品; 止痛

中图分类号: R971+2

文献标志码: A

文章编号: 1009-8194(2014)04-0129-03

DOI:10.13764/j.cnki.lcsy.2014.04.054

癌性疼痛是癌症患者最痛苦、最难以忍受的常见症状, 尤其是晚期癌症患者, 疼痛发生率高达 65%~85%^[1]。癌性疼痛作为很重要的一个症状, 严重影响了患者的生活质量, 同时也加重患者家属的精神压力和经济负担, 因此, 止痛治疗是癌症治疗的重要组成部分。为进一步促进肿瘤的规范化诊疗管理, 提高癌痛的规范化治疗水平, 改善对肿瘤患者的医疗服务, 提高肿瘤患者的生存质量, 厦门大学附属第一医院于 2012 年 3 月开展了“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动。现笔者对本院 2011—2013 年门急诊用于癌症镇痛麻醉药品处方进行调查分析, 探讨“癌痛规范化治疗示范病房”活动对本院门急诊麻醉药品处方的影响。

1 材料与方法

1.1 资料来源

选择本院 2011、2012、2013 年门急诊用于癌症镇痛所有麻醉药品、第一类精神药品处方 2 088 张、2 280 张、2 456 张, 共计 6 824 张。

1.2 调查方法

统计各类麻醉性镇痛药物的规格、用药数量、诊断等相关信息; 采用限定日剂量(DDD), 计算各药的用药频度(DDDs), 并对其进行分析。药品的

DDD 值参照有关资料^[2]及药品说明书确定。以药品的总用量除以 DDD 值, 求得该药 DDDs。根据 WHO 推荐三阶梯止痛原则、《麻醉药品临床应用指导原则》, 分析用药的合理性; 根据《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范(试行)》等分析处方的合理性。

DDDs 可反映用药动态和用药结构, DDDs 越大, 说明该药的使用频率越高。因某些麻醉性镇痛药物在使用上有特殊性, 如芬太尼透皮贴剂可持续贴用 72 h, 笔者则以该药一次量除以 3 d, 求得该药 DDD 值; 再如硫酸吗啡缓释片、盐酸羟考酮控释片、芬太尼透皮贴剂在用量上一般应依据患者病情、疼痛的严重程度、年龄及服用镇痛药史决定用药剂量, 笔者则以说明书中规定一般初始用药剂量为该药的 DDD 值。

1.3 统计学方法

应用 SPSS 19.0 统计软件。计数资料以率(%)表示, 组间比较采用卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2011—2013 年麻醉药品消耗量、DDDs 及 DDDs 构成比比较见表 1; 2011—2013 年门急诊麻醉处方质量比较见表 2。

收稿日期: 2013-12-31

通信作者: 杨嘉永, 主任药师, E-mail:541495255@qq.com。

表 1 2011—2013 年麻醉药品消耗量、DDDs 及 DDDs 构成比比较

药品名称	消耗量 <i>m</i> / mg			DDDs			DDDs 构成比 / %		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
哌替啶针	2 500	100	0	12.5	0.5	0.0	0.04	0.00	0.00
吗啡针	270	440	450	9.0	14.7	15.0	0.03	0.04	0.04
羟考酮缓释片	168 020	212 285	134 620	16 802.0	21 228.5	13 462.0	51.29	56.76	36.72
吗啡缓释片	147 250	123 650	179 240	7 362.5	6 182.5	8 962.0	22.48	16.53	24.45
芬太尼透皮贴剂	11 294	9 274	10 332	8 067.0	6 624.0	7 380.0	24.63	17.71	20.13
可待因片	45 240	41 820	34 500	502.7	464.7	383.3	1.53	1.24	1.05
吗啡片	0	21 600	37 025	0.0	720.0	1 234.2	0.00	1.93	3.37
美沙酮片	0	32 460	78 300	0.0	2 164.0	5 220.0	0.00	5.79	14.24

表 2 2011—2013 年门急诊麻醉处方质量比较

项目	总处方张数	合格处方		不合格处方					
				缺项漏项		超量		重复用药	
		张数	%	张数	%	张数	%	张数	%
2011	2 088	1 812	86.8	109	5.2	125	6.0	42	2.0
2012	2 280	2 120	93.0	88	3.9	50	2.2	22	1.0
2013	2 456	2 399	97.7	37	1.5	12	0.5	8	0.3*

* $P < 0.05$ 与 2011 年比较。

3 讨论

本调查结果显示:1)3 年中,本院门诊癌症患者应用注射用麻醉药品止痛的频率非常低,口服制剂使用较为广泛,符合 WHO 提出的癌痛三原则中提出的首选无创途径给药的基本原则。吗啡注射液 2013 年用于癌痛处方量有所增加,经调查,吗啡注射液主要用于终末期癌痛患者。2)2011—2013 年本院哌替啶注射液用于癌痛镇痛逐年下降,至 2012 年起几乎未再应用于癌痛患者,符合癌疼痛治疗规范。哌替啶的止痛强度仅为吗啡的 1/10,维持时间较短,约 2~4 h,代谢产物去甲哌替啶的清除半衰期长,具有潜在的神经毒性及肾毒性作用,WHO 已将哌替啶列为癌疼痛治疗不推荐的药物。2013 年本院哌替啶注射液仅用于门急诊,如创伤、胆绞痛、肾绞痛等各种剧痛。3)成人癌痛临床实践指南(中国版)2010 年阿片类药物维持治疗的原则指出,“对于稳定剂量短效阿片类药物控制良好的慢性持续性疼痛,增加缓释或长效制剂,以提供控制镇痛背

景”,“当 24 小时阿片类药物的止痛剂量比较稳定时,考虑将短效阿片类药物更换为缓释阿片类药物来控制慢性持续性疼痛”。本院 2011—2013 年缓控制剂使用率较高,DDDs 构成比分别为 98.40%、91.00%、81.30%。2012 年、2013 年比例有所下降,主要因为 2012 年起本院新引进美沙酮片用于癌疼痛患者。缓控制剂中,羟考酮缓释片用量占多数,主要因为羟考酮为纯阿片受体激动剂,该制剂具有独特的双相吸收模式(38%即释成分,62%控释成分),同时满足快速镇痛与持续镇痛的双重需要,其口服方便,一日 2 次,患者依从性好,且药物吸收规律,医生易于掌控,容易调整剂量,无天花板效应。有文献^[3]报道,硫酸吗啡控释片与盐酸羟考酮控释片治疗癌疼痛的成本-效果分析显示后者远远优于前者。4)止痛药物剂量不足是药物止痛效果不佳的主要原因,阿片类止痛药物有效剂量个体差异较大。2012 年以来,本院门急诊为中重度疼痛需长期使用阿片类止痛药物镇痛治疗的癌痛患者的处方单次剂量最高达到了硫酸吗啡缓释片 360 mg,羟考酮缓

释片 280 mg, 芬太尼贴剂 42 mg 等, 符合“实施癌痛个体化治疗”原则, 摆脱过去阿片恐惧症导致用药不充分的状况。5) 可待因片用量较少, 且呈逐年下降趋势, 由于强阿片类新药物剂型的出现, 现在实行的“三阶梯”原则已发生很大的改变, 尤其是第二阶梯中度疼痛的患者, 已能使用一些新的强阿片类剂型(羟考酮缓释片、芬太尼透皮贴剂等)治疗, 并以方便、实用等优势得到医患双方的认可, 使二阶梯的划分趋于淡化, 药物(可待因)用量减少, 本院可待因亦主要用于癌痛合并剧咳及剧烈咳嗽的短期治疗, 使用合理。符合“癌痛应尽早、足量使用强阿片类药”的新理念。6) 成人癌痛临床实践指南(中国版)2010 年阿片类药物维持治疗的原则指出, “对于持续性疼痛, 最好按时给阿片药物, 同时处方短效药物治疗爆发痛”, “对于无法通过缓释阿片类药物缓解的疼痛, 包括爆发痛或急性加重的疼痛、与活动或体位相关的疼痛、或在给药间期末出现的疼痛, 给予解救剂量的短效阿片类药物进行治疗”。2012 年, 本院启动“癌痛规范化治疗示范病房”创建活动后, 为了更好地满足临床癌痛规范化药物治疗需要, 药学部新进了盐酸吗啡片及盐酸美沙酮片, 填补了之前本院门急诊癌痛剂量滴定及爆发性疼痛无药可用的空白, 使本院治疗癌痛药物品种更加多样, 结构更加合理, 更好地满足不同患者需求。美沙酮虽主要用于阿片成瘾的维持治疗, 但同时也是一种良好的镇痛药物, 且具有良好的胃肠道吸收性, 代谢产物无活性, 作用时间长, 价格低廉的特点, 与其他 μ 受体激动剂有不完整的交叉耐受性^[4]。因此, 本院 2013 年盐酸美沙酮片用量较 2012 年显著增加, 其使用量有赶超缓控释剂的趋势。7) 本院 2012 年创建“癌痛规范化治疗示范病房”活动开始后, 医院各级部门不仅进一步规范了临床止痛药的合理使用, 处方合格率也明显上升。不合格处方中, 有些

医生习惯用商品名书写药名, 根据《处方管理办法》药品名称应使用通用名称书写; 用法常用 bid, tid 等表示, 据麻醉药品的应用指导原则, 麻醉止痛药品应按时给药, 所以应正确表述为 q12h、q8h 等; 重复用药往往表现为联合使用两种缓控释强阿片类药物, 芬太尼透皮贴剂与硫酸吗啡缓释片或羟考酮缓释片, 由于此种情况不符合 2010 年卫生部《医院处方点评管理规范(试行)》的规定, 也不便于处理爆发痛和剂量滴定时计算剂量, 因此建议医生只使用其中一种。针对以上的常见问题及处方应注意的事项, 本院药房特制一些宣传卡片, 分发给相关科室和医生, 或者及时通过电话或短信及时告知处方医生, 从而提高医生知晓率, 使不合格处方率明显下降。

综上所述, 本院作为厦门市肿瘤中心, 一直以来对癌痛患者的镇痛治疗较为规范。2012 年医院开展创建“癌痛规范化治疗示范病房”的活动后, 各相关部门对照标准, 采取了加强培训教育、制定创建方案、完善镇痛药物品种、个体化治疗等措施, 使临床医生逐渐认识到以癌痛患者不痛为目标, 实现科学、个体化的用药治疗, 提高患者的生存质量, 使本院的肿瘤诊疗进一步规范, 处方质量进一步提高, 朝努力实现对肿瘤患者的人文关怀及“无痛”目标又迈进了一步。

参考文献:

- [1] 周际昌. 实用肿瘤内科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 218.
- [2] 陈新谦, 金有豫, 汤光, 等. 新编药理学[M]. 17 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 164-171.
- [3] 刘晶煜, 胥萍. 硫酸吗啡控释片与盐酸羟考酮控释片治疗癌症疼痛的成本-效益分析[J]. 中国药房, 2010, 21(14): 1269-1271.
- [4] 段砾瑕, 徐国柱. 美沙酮治疗癌症疼痛新进展[J]. 中国肿瘤, 2000, 9(12): 134-136.

(责任编辑: 况荣华)

(上接第 128 页)

参考文献:

- [1] Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health science[M]. New York: Springer Publishing Company, 2001: 61-174.
- [2] Wu Y, Larrabee J H, Putman H P. Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument [J]. Nursing Research, 2006, 55(1): 18-25.
- [3] 万恒静, 董萍. 精神科护士人文关怀的认知行为与状况调查[J]. 上海护理, 2012, 12(6): 18-20.
- [4] Wolf Z R. The caring concept and nurse identified caring behaviors[J]. Top Clin Nurs, 1986, 8(2): 84-93.
- [5] 许娟, 刘义兰, 罗健. 护理人员关怀能力现状及影响因素

调查[J]. 护理研究, 2009, 23(12C): 3306-3308.

- [6] Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice[J]. Am J Nurs, 1984, 84(12): 1480.
- [7] 顾建芳, 王君俏. 二级医院护理人员关爱行为现状及影响因素研究[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(4): 243-244.
- [8] 顾建芳, 王君俏. 护理人员关爱护理行为影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2011, 11(1): 50-52.
- [9] 黄弋冰, 许乐. 刍议当代护理人才人文关怀能力的建构[J]. 中国高等医学教育, 2006, 20(4): 70-72.
- [10] 梁月香, 霍露瑶, 严翎, 等. 护生关爱能力的影响因素及其培养对策[J]. 全科护理, 2011, 9(31): 2830-2831.

(责任编辑: 钟荣梅)