

### 3 讨论

由表1可见,4年来,我院中药注射剂用药金额逐年增加,年增长率分别为81.5%、13.4%和75.7%,品种逐年增多,说明其临床应用呈上升的趋势,究其原因,主要是注射剂较之口服剂型起效更快,作用更强有很大关系,尤其适于休克昏迷患者的急救。

由表2、表3可见,单品种用药金额排序,参脉注射液前3年均稳居首位,血塞通注射液由前2年的第7、8位升至2006年的首位,心脑血管类药物品种数量众多,用药金额及DDD<sub>s</sub>4年中排序连年攀升,主要是因为这类中药注射剂处方来源可靠,临床疗效确切,起效迅速,副作用小,该类中药注射液在心脑血管急症上的应用以及预防用药和维持治疗方面所发挥的作用不容忽视<sup>[2]</sup>。

中药注射剂是传统中药给药途径的重大突破,其一般来源于古方、验方以及植物单体化合物,具有疗效确切、起效迅速、价格适中的特点,对一些临床疑难杂症和中医急症有较好的疗效,具有较大的发展潜力,是今后中药制剂开发研究的主流方向,希望本文的分析能为医师临床用药和生产企业选择新药研究方向提供参考。

### 参 考 文 献

- [1] 王嘉凌,马劲,郭能灿,等. 医院用药分析与监测系统的功能研究[J]. 中国药房,2000,11(6):262-263.
- [2] 全香花,王辉明,孙向红,等. 2002~2004年我院中药注射剂应用状况及趋势分析[J]. 中国药房,2006,17(3):197-199.

(收稿日期:2007-06-12 修回日期:2007-07-25)

## 我院门诊中药处方质量问题及对策

徐少平

(广西平果县妇幼保健院药剂科,平果县 531400)

【关键词】 中药处方;质量管理;对策

【中图分类号】 R 451 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)09-1402-03

笔者在综合医院工作多年,发现综合医院的中药处方常存在各种不良现象。为提高中药处方质量,现就工作中发现的问题及应采取的对策阐述如下,供同道参考。

### 1 中药处方存在的主要问题

#### 1.1 医生方面的问题

1.1.1 书写处方格式不规范:一张完整规范的中药处方应包括“前记”、“处方正文”和“用法”。大多医生只注重“处方正文”的书写,而对其“前记”及“用法”则随意书写。“前记”主要包括性别、年龄、地址、诊断等。部分医生对这些项目的重要性认识不够,有漏项或有填写模糊的如:“年龄”一项,无论老年或青壮年均写为“成”。而不同年龄药的用法、用量也略有不同,这些概念的模糊,会造成药剂人员对处方的用药监督产生障碍。有的医生不填写地址或随意填上一个大地名,根本无实际使用意义,其实地址在有关用药问题上需和患者取得联系时是相当重要的。中药的煎煮法很讲究,有的宜先煎、后下或烩化等以发挥该药物的最佳疗效。有的医生却未明确标注其煎法,从而影响了药物的疗效。如“大承气汤”功用峻下热结,主治阳明腑实证。方中大黄宜后下,芒硝溶服。服法是分温再服,得下,余勿服。如果将大黄、芒硝与枳实、厚朴同煎,就不会产生峻下热结之功用。因为大黄、芒硝同煎时间过久,会减慢泻下的作用。阿胶、鹿胶在复方中应用时均宜烩化,和其它药物同煎就会影响其疗效。还有处方把“用法”写成“遵医嘱”、“自用”等。《处方管理办法》已明确规定不能

使用这些模糊不清字句。应注明清楚每次服用的药量、次数、餐前餐后服或午后或入夜服等。

1.1.2 药品名使用混乱,处方药名不规范:(1)有的医生随意增减药名或使用药物别名,如“紫苏叶”写成“紫叶”,“茜草”写成“红茜草根”,“全蝎”写成“全虫”,“甘草”写成“灵通”等。这样很容易导致歧义,也不符合标准处方书写要求。(2)不写明药物全名、是用生品还是用制品,生熟不分互相取代。如生黄芪与炙黄芪互代,生牡蛎与煅牡蛎互代等。其实,生药与熟药作用相差很大,甚至相反。从炮制角度看,同一药物经不同的炮制方法加工后,其功效就会有差异,甚至会产生相反的疗效。如大黄,生用主要泻下攻积,清热泻火;炮制后的大黄炭其泻下作用极弱,而收敛吸附、止血之效则较强,一生一制,功效截然不同。又如“附子”,不注明“黑附子”、“白附子”,是否炮制。“白附子”为天南星科植物独角莲的干燥块茎,其功能祛风痰,镇痉,有大毒。而“黑附子”为毛茛科乌头的子根的加工品,其功能回阳,温里,散寒止痛。(3)处方中错别字随处可见,如将“茯苓”写为“茯0”,“肉豆蔻”写为“肉扣”,“钩藤”写成“勾藤”让人啼笑皆非。此类问题的出现多是医生文化存在差异,用药习惯有别或对药材来源不清楚等原因引起。(4)有的中医师易误笔,中药一字之差,作用却大不相同,甚至相反,贻误病机。如将滋肾益肝的山茱萸误笔为温胃散寒的吴茱萸,把补中益气固表的黄芪误写为苦寒泻火的黄芩,把止汗的麻黄根误成发汗作用很强的麻黄等其作用则完全相反。这样就失去了立方之旨,延误或加重了患者的病情。

1.1.3 药物用量不准确:有的医师中医药基础理论知识不够扎实,对中药的有效成分、毒副作用了解不全,对《中国药典》的规定标准不够熟悉等,造成计量模糊、盲目组方、不合理联合用药、大剂量用药等。(1)中药处方的计量单位应按标准写出克或g。我们在处方中常看到“颗”、“粒”、“个”、“片”、“钱”、“条”等不规范的计量单位如:“红枣1枚”、“生姜3片”、“蜈蚣2条”等。这此含义模糊,量之多少无法掌握。如蜈蚣“2条”,因其大小不一,量的差别较大。药典明确规定其用量为3~6g,它含有组胺样物质和溶血性蛋白质,少量能兴奋心肌,剂量过大可使心肌麻痹,并能抑制呼吸中枢引起过敏性休克<sup>[1]</sup>。所以计量模糊既不符合处方书写规范,也给调配工作带来麻烦和可能给患者带来严重的不良反应。(2)盲目超大剂量用药,处方用药量大大超出药典所规定的剂量,有每方一、二味药用量很大的,也有全方药物用量均大的。药量过大一是易中毒,常言说:“是药三分毒”。任何一种药物都具有一定的毒副作用,特别是药典上注明有毒的药物,如:川乌、草乌、附子、白附子等;药量过大,药力过猛,酿成不良后果。二是浪费,药量过大在煎药过程中不易完全煎出其有效成分,而大量的有效成分都随药渣被丢弃造成浪费,也给患者造成不必要经济负担。药物用量应根据病情并应考虑其可能产生的毒副作用和药性大小以及病人年龄、性别、体质等。因此,医师临证时,不但要在辨证论治的基础上遣药组方,而且还必须掌握正确、规范的药名书写、药物的准确用量才能做到准确而无过。

1.1.4 医生对君、臣、佐、使药不明:君、臣、佐、使药是中药方剂组成的基本原则,也是中医辨证施治的根本途径。但是在处方中,我们发现有的医生方理不明、法不清、每方药物杂乱不精、目标不明确、重点不突出、药物随意堆砌、配伍不合理。(1)君药:即针对主病或主症起主要治疗作用的药物,是方剂组成中不可缺少的主药。(2)臣药:辅助君药加强治疗主病或主症的或针对兼病起主要治疗作用的药物。(3)佐药:配合君、臣药以加强治疗作用,或直接治疗次要症状的药物;还有消除或减弱君、臣药的毒性或制约其峻烈之性的作用。(4)使药:即引经药及调和药。年资较浅的医生,特别是西医专业开中药处方的医生因其没有系统掌握中医药基础理论,所以开出的处方很容易违背中药的组方原则。还有的对中药配伍不甚明确,甚至违背配伍禁忌“十九畏”、“十八反”。如有的医生处方中经常同时出现海藻和甘草,依据配伍原则,海藻、甘草当属“十八反”,为配伍禁忌,易引起不良反应。

## 1.2 药剂人员方面的原因

1.2.1 责任心不强,误抓、漏抓药物。由于药剂人员的责任心不强,调配处方时不认真,不遵守技术操作规程,不按次序调配及未按医嘱正确发放药品,导致药物误抓、漏抓、错配、错发、多发药品等错误。(1)外观近似的药物易误抓如:龟板与鳖甲,杏仁与桃仁,大枣与小枣,乳香与没药,炙甘草与炙黄芪,煅牡蛎与生牡蛎等。因此,在配方过程中必须严格识别药物的形态。(2)药名相近的药物易误看误抓如:山茱萸与吴茱萸,桑螵蛸与海螵蛸,白芍与赤芍,补骨脂与骨碎补,五味子与

漏抓。处方调配时不按顺序逐一抓取,或两位药剂人员共同调配同一处方时粗心大意往往造成漏抓,有的是漏抓一味至两味,更有甚者漏抓几味药物。(4)有些药物因其性状及所含化学成分不同需冲碎或先煎、后下、包煎、烊化或吞服等。然而有些药剂人员图方便或责任心不强,该另包的不另包,该先煎后下的没先煎后下,或时有忘记告诉患者其特殊的煎法或干脆遗漏没把该药给患者,这势必会影响疗效,甚至失效而达不到治疗目的。(5)发药时不认真核对患者姓名,一边说话、谈笑,一边发药导致发错药,如把甲病人的药发给乙病人。这将会酿成极其严重的后果甚则导致医疗事故的发生。

1.2.2 药物剂量不准:中药处方用量的技巧性极强,医生选药、配伍、用量非常准确,如调剂人员称量不准确,就会造成药物疗效、主治病证、禁忌证的改变。有的药剂人员在调配中药处方时,经常“以估代称”,用手抓药,根本不称,或虽称量往往是称药的总重量(如每剂党参15g,3剂45g)在分药时每剂药量多少不均,重量差异很大,这样达不到每剂中药总重量误差 $\leq 5\%$ 的标准<sup>[2]</sup>。影响药物的疗效。

1.2.3 模糊处方、自作主张:有的药剂人员碰到模糊处方或药房缺货时,不问医生而自作主张,生制不分或擅用其替代品等,如炙甘草擅用甘草代,制大黄用生大黄代、党参用黄芪代等。这些都有可能使药物达不到应有的治疗效果,甚至产生不良反应。

1.2.4 其它:(1)审核处方不认真,对处方中各项内容缺失视而不见如:处方前记写不全、处方中的不合理用药现象、不规范的计量单位等不能及时提醒医师改正。(2)调配处方时不查药物的质量,以致有时发出过期、失效、变质发霉及混有杂质的药物,严重损害了病人健康,影响了医院的声誉。(3)服务态度不尽人意。对病人过多询问往往不能耐心回答,态度生硬,造成不必要的纠纷。有的对规章制度缺乏自我约束,迟到、脱岗、串岗或在岗谈笑,做私事等现象屡有发生。

## 2 对策

2.1 加强医生对处方书写质量的重要性教育 处方是由注册医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的,由药学技术人员审核、调配、核对,并作为发药凭证的医疗用药的医疗文书<sup>[3]</sup>。处方中的一个错误对患者来说可能会造成一个大损害,万一发生医疗纠纷,处方是必不可少的证据之一。因此,处方质量的高低,关系到医疗质量和医疗安全。而有些医师责任心不强,对处方规范化书写重视不够而出现种种的处方质量问题。因此,医生必须以高度责任感,严谨的科学态度,做到明确诊断、用药准确、剂量恰当、书写清晰完整、文字规范等。认真书写每一张处方,确保处方质量和医疗安全。

2.2 加强专业人才的培养提高业务水平 医院各级领导应注重人才的培养,特别是有中药处方权的各科医师及药剂人员,鼓励他们努力钻研业务,加强在职继续教育培训,以自学为主,脱产学习为辅。保证他们有进修学习的机会,可分批到中医药院校进行短期进修培训或参加各级机构开展的各种中医药学术讲座等以提高中医药理论水平。医院可举办诸如临

床合理用药、药物相互作用、药物不良反应等问题的讲座或组“医”、“药”之间的业务交流,相互沟通,取长补短共同提高业务素质。组织他们认真学习和贯彻卫生部和国家中医药管理局联合颁布的《处方管理办法》《医院处方规范》《合理用药》和《临床用药须知》等。定期检查各科的学习记录情况,并对重要内容进行考核,提高业务技术水平,减少不规范处方的发生。

2.3 加强管理,建立健全各项规章制度 (1)制定《处方质量评分标准》《药品调剂差错事故登记簿》和各种奖惩制度。对工作中出现的问题要进行详细登记,每月组织本科人员进行讨论总结并制定整改措施。出现差错且情节严重者可待岗学习或转岗,轻者扣除当月奖金或取消当年评先评优资格,对坚持原则,严把质量关的优秀人员要予以奖励。(2)杜绝非药学专业技术人员从事药品调剂工作。审核和调配处方的药剂人员必须为依法经资格认定的药学技术人员。(3)医院成立检查小组,对药房工作进行不定期抽查,并公布检查结果,接受医院监督,提高工作效率。(4)处方中有不明、疑问的地方,要及时与医生取得联系,与医生共同协商解决。不完善、不规范的处方,应让其重新开写。对有配伍禁忌或剂量问题的处方应当拒绝调配,必要时经处方医生更正或重新签字,方可调配。⑤药剂人员对处方所列药品不得擅自更改或代用,调配处方必须核对,确保处方调配准确率,保证临床用药安全有效。

## ● 经验交流

# 低场 MR 常规 SE 序列和 FLAIR 序列成像在 67 例肝局灶性病变的应用

蒙家彦 谭俊扬 莫隆高 韦琳 韦学 韦作康

(广西河池市人民医院放射科,河池市 547000)

【关键词】 磁共振成像;肝肿瘤;肝疾病;

【中图分类号】 R 445.2;R 735.7 【文献标识码】 B

2.4 加强医德医风教育,提高职业道德修养 改善服务态度 给病人发药时态度和蔼,详细正确说明药物的用法,用量和注意事项,对病人的咨询应耐心解答,积极主动地为病人提供药学信息服务,指导病人合理用药。做到准确无误,保证自己的工作质量,避免差错,使患者用药安全有效并明确按医嘱用药的意图,增加患者用药的依从性,达到治疗疾病的目的。

笔者认为,要想改变目前中医处方存在的混乱现象,就必须加强中医基础理论学习,提高和充分理解传统中医的辨证施治、治病求本的理论,熟练掌握中医方剂学的立法组方、配伍规律和临床药物应用知识,熟练掌握中医处方的基本技能,在理解的基础上,熟记一定数量具有代表性的常用方剂。真正使理、法、方、药的应用完整统一,逐步实现中医处方的标准化和规范化。

## 参 考 文 献

- [1] 刘敏. 基层医院中药处方及调剂中存在的问题及对策[J]. 中医药学刊, 2006, 24(5): 943.
- [2] 罗宝生. 浅谈中药处方调配中常见的问题[J]. 云南中医药杂志, 2006, 27(2): 60-61.
- [3] 国家卫生部、国家食品药品监督管理局. 处方管理办法(试行)[J]. 医药导报, 2005, 24(1): IV-V.

(收稿日期:2007-06-06 修回日期:2007-07-08)

【文章编号】 0253-4304(2007)09-1404-03

肝脏的局灶性病变包括肝细胞性肝癌、肝转移瘤、肝脓肿、肝海绵状血管瘤和肝囊肿等多种疾病,在临床工作中较为常见,其常规 MR 征象存在一定的交叉,部分病例也常缺乏特征性的临床资料,以致临床工作中常有误诊发生。低场 MR 能根据快速反转恢复(fast inversion recovery, FIR)序列成像选择不同的反转恢复时间,可以得到液体抑制反转恢复(fluid attenuated inversion recovery, FLAIR)序列的图像<sup>[1-3]</sup>。笔者将常规 SE 序列和 FLAIR 序列技术结合应用于肝脏局灶性病变,旨在发现不同的信号特征,以探讨 FLAIR 序列技术在肝脏局灶性病变的临床应用价值。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 肝脏局灶性病变 67 例,其中男 45 例,女 22 例。年龄 36~72 岁,平均 49.5 岁。肝脏局灶病包括肝细胞

性肝癌 21 例,肝转移瘤 8 例,肝脓肿 12 例,肝海绵状血管瘤 16 例,肝囊肿 10 例。病例的定性诊断均于 MR 检查后,证实方法包括:肝细胞性肝癌病例按全国肝癌防治研究协作组制定的标准而诊断原发性肝癌<sup>[4]</sup>或经手术切除病灶的病理组织学证实;肝转移瘤者通过临床恶性肿瘤病史证实;肝脓肿、海绵状血管瘤及肝囊肿通过结合临床生化、CT、B 超及临床追踪结果证实。

1.2 方法 应用 GE signa profile 0.2T 永磁开放型。全部病例进行腹部适当加压,采用体部相控线圈,均行横断位扫描,常规 SE 序列, T<sub>1</sub>WI: TR 320~400 ms, TE 12~14 ms; T<sub>2</sub>WI: TR 3 800~5 000 ms, TE 80~108 ms, 采集次数(NSA)=2 次。短反转时间的反转恢复(short TI inversion recovery, STIR)序列: TR 3 000~4 300 ms, TE 33~53 ms, 反转恢复时间 TI 90~100 ms。液体抑制反转恢复(fluid attenuated inversion recovery, FLAIR)序列: TR 5 600 ms,