

我院肿瘤患者止吐药物使用合理性与疗效分析

江彦*,宋洪涛[#](南京军区福州总医院药学科,福州 350025)

中图分类号 R975⁺.4;R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)05-0602-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.05.07

摘要 目的:为肿瘤患者止吐药物的合理使用提供参考。方法:通过医院集成医疗终端管理系统(EMRS)收集我院肿瘤科2015年10月—2016年6月使用止吐药物患者的医嘱共2 616份,对其使用合理性进行统计分析并评价其疗效。结果:在调查的2 616例病例中,符合纳入排除标准的病例有1 301例,其中595例、合计760例次患者存在不合理用药现象,主要包括药物选择不适宜(33.82%)、用法用量不合理(25.26%)、联合用药不恰当(34.08%)、用药疗程不规范(6.84%)。女性患者的恶心发生率高于男性,差异有统计学意义($P=0.003$),而不同性别患者的呕吐发生率则差别不大($P>0.05$);不同年龄患者的恶心、呕吐发生率均差别不大($P>0.05$);合理用药组的恶心、呕吐控制率均高于不合理用药组。不同催吐风险化疗药物止吐治疗合理用药组的成本均值均低于不合理用药组,提示止吐药合理使用能在保证治疗效果的同时减轻患者的经济负担。结论:临床应根据化疗药的催吐风险分级合理选用止吐方案,联合化疗患者应根据最高催吐风险的化疗药物选择止吐方案,严格掌握止吐药用法用量和疗程,并在选择止吐方案时综合考虑患者的治疗费用,保障患者用药安全、有效、经济、合理。

关键词 化疗;止吐药物;合理用药;疗效

感染增加有关。由此可见,我院的AECOPD患者抗感染治疗的抗菌药物选择较为合理。

DUI和ATD^[12]都是DDDs与用药天数或总用药人数的比值,都是药物利用合理性评价的主要指标。3年中DDDs都最高的注射用头孢地嗪钠ATD都大于10 d,且DUI也远大于1.0,应警惕药物滥用的可能;但注射用头孢地嗪钠B/A 3年中都在1~2之间,其销售金额与DDDs的同步性较好且稳定,符合经济实用型药物的特点。另外DDDs较高的注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠的DUI远小于1.0,ATD也在3 d左右,显著低于药品说明书的要求,应警惕不能达到有效控制感染的目的,其主要原因是药品断供或患者病情变化致更改抗菌药物种类。因此,注射用头孢地嗪钠和注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠的药物利用合理性有待提高。

DDC、B/A其本质都是销售金额与DDDs的比值,是药物利用经济性评价的主要指标。从研究结果中可见,注射用头孢地嗪钠的药物经济性较好,注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠、注射用亚胺培南西司他丁钠和注射用美罗培南的药物经济性较差。

综上所述,我院2013—2015年AECOPD患者的抗感染治疗适应证掌握更严格,抗菌药物使用率在逐年下降,抗菌药物的品种选择较为合理,药物利用基本合理的抗菌药物数量在逐年增加,但注射用头孢地嗪钠和注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠的药物利用合理性有待提高。当然上述药物利用评价是单纯从药物流行病学研究来展开的,暂未排除药物利用评价的影响因素对评价结果的影响,如药品不良反应、医保政策、患者依从性等。针对观察性研究中发现的问题,可进一步进行分析

研究和干预性研究,以推动AECOPD患者抗菌药物的合理使用。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南:2013年修订版[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.
- [2] 余国辉,李其皓.细菌感染在慢性阻塞性肺疾病急性加重期的诊治进展[J].国际呼吸杂志,2010,30(1):41-43.
- [3] 柳涛,蔡柏蔷.慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略2013年版介绍[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(11):805-807.
- [4] 全国中青年呼吸学者沙龙.如何理解和实施慢性阻塞性肺疾病防治全球倡议[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(8):506-507.
- [5] 贝承丽.湖南省不同等级医院《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》贯彻情况调查[D].长沙:中南大学,2009.
- [6] 吴廷琰,傅鹰.药物利用评价研究方法学简介[J].药物流行病学杂志,2005,14(1):46-49.
- [7] 宫建,潘雯,毕开顺,等.药物流行病学在临床药学专业中的作用及其授课关键浅析[J].中国药房,2013,24(48):4606-4608.
- [8] 张桂芬,朱爱国,王建.我院2012—2013年抗菌药物利用分析[J].中国药房,2015,26(5):585-589.
- [9] 张薇.以限定日剂量值为基础进行药物利用研究的影响因素分析[J].中国全科医学,2010,13(25):2892-2894.
- [10] 梁新梅,梁克诚.慢性阻塞性肺疾病急性加重期病原菌研究进展[J].医学综述,2014,20(13):2389-2391.
- [11] 肖永红.推进抗菌药物合理应用:《抗菌药物临床应用指导原则(2015版)》解读[J].国际流行病学传染病学杂志,2015,42(5):289-292.
- [12] 杜广清,马辉,王汝龙.以平均治疗日数开展药物利用动态监测的原理及注意事项[J].中国医药,2009,4(3):232-233.

* 药师。研究方向:临床药学。电话:0591-22859853。E-mail: jyxdd@163.com

[#] 通信作者:主任药师,教授,博士生导师。研究方向:药剂学、临床药学、药理学。电话:0591-22859459。E-mail:sohoto@vip.163.com

(收稿日期:2016-09-06 修回日期:2016-10-10)

(编辑:晏妮)

Analysis of Rationality and Therapeutic Efficacy of Antiemetics in Cancer Patients of Our Hospital

JIANG Yan, SONG Hongtao (Dept. of Pharmacy, Fuzhou General Hospital of Nanjing Military Command, Fuzhou 350025, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for rational use of antiemetics in cancer patients. METHODS: Two thousand six hundred and sixteen pieces of medical orders of patients receiving antiemetics were collected from oncology department of our hospital via EMRS during Oct. 2015-Jun. 2016. RESULTS: Among 2 616 cases surveyed, 1 301 cases conformed to inclusion and exclusion criteria, of which irrational use of drugs were found in 595 cases, 760 times in total. Main manifestations were unsuitable drug selection (33.82%), irrational usage and dosage (25.26%), unsuitable drug combination (34.08%) and non-standard medication course (6.84%). The incidence of nausea in female was higher than male, with statistical significance ($P=0.003$), but gender had no significant effect on the incidence of nausea ($P>0.05$). Age had no significant effect on both nausea and vomiting ($P>0.05$). The control rate of nausea/vomiting in rational drug use group was higher than irrational drug use group. Average cost of antiemetic treatment of different emetic risk chemotherapy drugs in rational drug use group were all lower than irrational drug use group, indicating therapeutic efficacy could be guaranteed and economic burden was reduced in rational drug use group. CONCLUSIONS: The antiemetic plan should be selected rationally according to emetic risk degree of chemotherapy drugs. Patients receiving combined chemotherapy should select antiemetic plan according to highest emetic risk degree of chemotherapy drugs, and strictly master usage, dosage and duration. At the same time, treatment cost should be considered when selecting antiemetic plan to guarantee the safe, effective, economical and rational use of drugs.

KEYWORDS Chemotherapy; Antiemetics; Rational drug use; Therapeutic efficacy

化疗所致恶心呕吐 (Chemotherapy induced nausea and vomiting, CINV) 是化疗期间最常见的药品不良反应 (ADR) 之一, 会使患者因惧怕而拒绝进一步接受治疗, 从而贻误控制肿瘤的时机, 直接威胁患者的生命安全^[1-2]。临床上针对肿瘤患者使用止吐药物的方案各不相同, 部分患者存在药物选择不适宜、用法用量不合理、用药疗程不规范等情况, 止吐药物的过量使用不但增加了患者的经济负担, 还会提高 ADR 发生率^[3-4]。因此, 合理地选用止吐方案对保证治疗的顺利进行有着重要意义^[5]。

目前, 5-羟色胺 3 (5-HT₃) 受体拮抗药是控制 CINV 症状的主要药物, 为了解我院肿瘤科止吐药物使用情况, 本研究对我院肿瘤科 2015 年 10 月—2016 年 6 月化疗患者使用止吐药物的数据进行分析, 结合临床疗效和 ADR 指标分析止吐治疗的效果, 并对其用药合理性作出评价, 从而推动我院临床合理用药。

1 资料与方法

1.1 资料来源

通过医院的集成医疗终端系统 (EMRS), 导出肿瘤科 2015 年 10 月—2016 年 6 月的患者医嘱共计 2 616 份进行研究。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 2015 年 10 月—2016 年 6 月期间在肿瘤科住院的患者; (2) 经组织学或病理学确诊为肿瘤的患者; (3) 住院期间进行化疗并使用止吐药物的患者^[6-7]。

排除标准: (1) 长期使用激素者; (2) 长期服用非甾体抗炎药者; (3) 怀孕期妇女; (4) 同时进行放疗者; (5) 精神疾病或其他原因引起顽固性呕吐者; (6) 存在脑转移、有颅内高压等可致呕吐者; (7) 同时进行临床试验者^[4,7]。

1.3 专项点评对象

参考相关指南及药品说明书等, 将医院药品目录中的止吐药物列入专项点评对象, 包括 5-HT₃ 受体拮抗药 (如盐酸格拉司琼注射液、盐酸帕洛诺司琼注射液、注射用盐酸托烷司琼、甲磺酸托烷司琼注射液和盐酸昂丹司琼胶囊等); 类固醇激素 (如地塞米松磷酸钠注射液); 质子泵抑制剂 (PPI, 如注射用奥美拉唑和注射用泮托拉唑等); 其他止吐药物 (如苯海拉明片、西咪替丁注射液和盐酸甲氧氯普胺注射液等)^[8]。对于指南中推荐的阿瑞匹坦, 因我院暂无此药, 所以不作为点评对象。

1.4 判定标准

1.4.1 止吐方案的选择标准 化疗药物的催吐性强弱按引起呕吐发生率的高低 (在不预防止吐的前提下), 分为高度催吐风险 (呕吐发生率 $>90\%$)、中度催吐风险 (呕吐发生率为 $30\% \sim 90\%$)、低度催吐风险药物 (呕吐发生率为 $10\% \sim <30\%$)、轻微催吐风险 (呕吐发生率为 $<10\%$)^[9-10]。肿瘤科常用化疗药物催吐风险分级见表 1。

国内外相关指南指出, 应根据不同化疗药物的催吐风险分级选用不同的止吐方案。对于多种化疗药物联用的患者, 应根据最高催吐风险的化疗药物选择止吐方案。静脉化疗药物所致恶心/呕吐预防方案见表 2, 口服化疗药物所致恶心/呕吐预防方案见表 3^[9]。

对于止吐的解救性治疗, 基本原则是酌情给予不同类型的止吐药: ①重新评估药物催吐风险、疾病状态、并发症和治疗方案; 注意各种非化疗相关性催吐原因, 如脑转移、电解质紊乱或其他胃肠道异常。②针对化疗药物催吐风险确定给予患者的最佳治疗方案。如果呕吐患者口服给药难以实现, 可以经直肠或静脉给药; 必要时选择多种药物联合治疗, 同时可以选择不同的方案或不同的途径。③考虑在治疗方案中加入劳拉西泮和阿

表1 肿瘤科常用化疗药物催吐风险分级

Tab 1 The emetic risk degree of commonly used chemotherapy drugs in cancer department

给药途径	高度催吐 风险药物	中度催吐 风险药物	低度催吐 风险药物	轻微催吐 风险药物
静脉给药	顺铂 环磷酰胺 (>1 500 mg/m ²) 表柔比星 (>90 mg/m ²)	卡铂 环磷酰胺 (≤1 500 mg/m ²) 奥沙利铂 甲氨蝶呤 (≥250 mg/m ²) 伊立替康 表柔比星 (≤90 mg/m ²) 奈达铂 洛铂	5-氟尿嘧啶 培美曲塞 多西他赛 甲氨蝶呤 (<250 mg/m ²) 紫杉醇 曲妥珠单抗 依托泊苷 吉西他滨 氟尿嘧啶 卡培他滨	贝伐珠单抗 长春新碱 长春瑞滨 博来霉素
口服给药		伊马替尼 替莫唑胺		吉非替尼 厄洛替尼 替吉奥

表2 静脉化疗药物所致恶心/呕吐预防方案

Tab 2 Prevention plan of intravenous chemotherapy-induced nausea/vomiting

催吐风险	急性CINA	延迟性CINA
高度	5-HT ₃ 受体拮抗药+地塞米松+神经激肽1受体拮抗药或PPI	地塞米松+NK-1受体拮抗药±劳拉西泮±H ₂ 受体拮抗药或PPI
中度	5-HT ₃ 受体拮抗药+地塞米松+NK-1受体拮抗药±劳拉西泮±H ₂ 受体拮抗药或PPI	5-HT ₃ 受体拮抗药+地塞米松+NK-1受体拮抗药±劳拉西泮±H ₂ 受体拮抗药或PPI
低度	地塞米松;甲氧氯普胺;丙氯拉嗪±劳拉西泮±H ₂ 受体拮抗药或PPI	无常规预防
轻微	无常规预防	无常规预防

表3 口服化疗药物所致恶心/呕吐预防方案

Tab 3 Prevention plan of oral chemotherapy-induced nausea/vomiting

催吐风险	急性CINA	延迟性CINA
高度~中度	5-HT ₃ 受体拮抗药±劳拉西泮±H ₂ 受体拮抗药或PPI	无常规预防
低度~轻微	无常规预防	无常规预防

普唑仑。④考虑在治疗中加入奥氮平,或者采用甲氧氯普胺替代5-HT₃受体拮抗药,或者在治疗中加入一种多巴胺拮抗药。⑤除5-HT₃受体拮抗药外,可选择其他药物辅助治疗,如劳拉西泮、屈大麻酚、大麻隆、氟哌啶醇、奥氮平、东莨菪碱、丙氯拉嗪和异丙嗪等^[10]。

1.4.2 疗效判定标准 化疗药物ADR的严重程度可以采用美国国家癌症研究所(NCI)的不良事件常用术语标准(Commom Terminology Criteria for Adverse Events, CTCAE)来评价^[11],恶心/呕吐的不良事件分级详见表4。恶心完全控制定义为患者在进行了止吐治疗后无恶心症状,呕吐完全控制定义为患者在进行了止吐治疗后无呕吐发作,以恶心/呕吐的完全控制率对我院止吐治疗的疗效进行评价。

1.4.3 经济学评价指标 研究中所涉及的成本包括直接成本、间接成本和隐形成本,由于后两者不确定因素较多,因此本研究中仅纳入直接医疗成本^[12]。本研究将患者分为合理用药组与不合理用药组,以患者化疗后出

表4 恶心/呕吐的不良事件分级^[5]

Tab 4 Degree of nausea/vomiting adverse events

不良事件分级	恶心	呕吐
1	食欲降低,不伴进食习惯改变	24 h内1~2次发作(间隔5 min)
2	经口摄食减少,不伴明显的体质量下降、脱水或营养不良	24 h内3~5次发作(间隔5 min)
3	经口摄入能量和水分不足,需要管饲、全肠外营养或者住院	24 h内≥6次(间隔5 min),需要管饲、全肠外营养或者住院治疗
4		危及生命,需要紧急治疗
5		死亡

现的不良反应程度为观察指标,分别比较两组患者接受高度、中度、低度和轻微4个催吐风险药物化疗方案达到恶心/呕吐完全控制的止吐成本均值差异,对其进行经济学评价。

1.5 统计学方法

采用SPSS 21.0软件对数据进行统计分析。计量资料以均值表示,采用方差分析;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果与分析

2.1 一般资料

本次研究共调查2 616例患者,按纳入与排除标准,调查的病例中有1 171例未使用化学药物进行抗肿瘤治疗;排除的病例有:同时进行放疗者(28例)、同时进行临床试验者(31例)、存在脑转移者(85例)。纳入研究范畴的病例合计1 301例,其中男性684例,女性617例。

2.2 5-HT₃受体拮抗药使用的基本情况

我院肿瘤科2015年10月—2016年6月5-HT₃受体拮抗药的注射剂使用量排序由高到低依次为:盐酸格拉司琼注射液、注射用盐酸托烷司琼、盐酸帕洛诺司琼注射液、盐酸帕洛诺司琼注射液和甲磺酸托烷司琼注射液;口服剂型中盐酸昂丹司琼胶囊为出院带药,共使用了949粒。

2.3 止吐药物不合理使用情况

2015年10月—2016年6月,肿瘤科共595例,合计760例次患者存在止吐药物不合理使用的现象(同一例患者可能存在多种不合理情况),主要包括:药物选择不适宜(38.82%)、用法用量不合理(25.26%)、联合用药不恰当(34.08%)和用药疗程不规范(6.84%),详见表5。

2.3.1 药物选择不适宜 在760例次不合理用药的患者中,共有257例次存在药物选择不适宜现象,占33.82%。根据指南推荐,使用轻微、低度催吐风险的化疗药物时,不推荐使用5-HT₃受体拮抗药,若出现恶心呕吐,推荐使用甲氧氯普胺、氟哌啶醇等进行解救性止吐^[9]。典型病例:1例结肠恶性肿瘤患者,在使用贝伐珠单抗进行化疗期间,给予盐酸格拉司琼注射液进行止吐治疗。贝伐珠单抗在分级中属于轻微催吐风险化疗药物,指南中不推荐常规预防止吐,而该例患者使用了5-HT₃受体拮抗药进行预防性止吐治疗,属于药物选择不适宜。

表5 肿瘤科止吐药物不合理使用分布情况(例次)

Tab 5 Distribution of irrational use of antiemetics in cancer department(case number)

时期	药物选择不适宜	用法用量不合理	联合用药不恰当	用药疗程不规范	合计
2015年9月	20	26	21	11	78
2015年10月	26	19	10	4	59
2015年11月	30	31	21	7	89
2015年12月	40	20	26	10	96
2015年1月	33	6	33	4	76
2015年2月	28	10	41	9	88
2016年3月	30	25	39	5	99
2016年4月	22	26	37	0	85
2016年5月	28	29	31	2	90
合计	257	192	259	52	760
构成比,%	33.82	25.26	34.08	6.84	100

2.3.2 用法用量不合理 在不合理用药患者中,用法用量不合理共192例次,占25.26%,表现在药品的用法用量超出说明书规定。典型病例:1例卵巢癌患者,在使用紫杉醇、顺铂化疗期间,连续4 d静脉续滴盐酸帕洛诺司琼注射液0.25 mg, qd进行止吐治疗。帕洛诺司琼半衰期为40 h,该药说明书中指出因对频繁给药(每日连续或隔日交替)的安全性和有效性未评价,因此不推荐7 d内重复给药。该患者在7 d内连续使用盐酸帕洛诺司琼注射液4 d,属于用法用量不合理。

2.3.3 联合用药不恰当 联合用药不恰当主要为2种或2种以上5-HT₃受体拮抗药联用。在不合理用药患者中,共有259例次存在联合用药不恰当现象,占34.08%。典型病例:1例肺恶性肿瘤患者,在使用多西他赛、顺铂进行化疗期间,同时使用盐酸格拉司琼注射液和盐酸帕洛诺司琼注射液进行止吐治疗。NCCN指南中推荐使用单剂量5-HT₃受体拮抗药^[9],格拉司琼和帕洛诺司琼属于药理作用相同的药物,该患者在同一化疗周期中联用2种5-HT₃受体拮抗药,属于联合用药不恰当。

2.3.4 用药疗程不规范 用药疗程不规范表现在患者接受疾病治疗的过程中连续使用药物的天数过长。本研究显示,有52例次患者存在超疗程用药现象,占6.84%。典型病例:1例鼻咽恶性肿瘤患者,在使用吉西他滨、奈达铂进行化疗期间,连续6 d使用盐酸格拉司琼注射液进行止吐治疗。格拉司琼的半衰期为2.3~5.9 h,盐酸格拉司琼注射液的说明书中推荐的用药疗程为化疗前30 min使用,每一疗程可连续使用5 d^[13]。该患者的用药疗程超出说明书中相关规定,属于超疗程用药。

2.4 不同性别、年龄患者的CINV发生率

2.4.1 不同性别患者的CINV发生率 纳入研究的1 301例患者中,有209例出现恶心症状,其中男性90例,女性119例,女性患者的恶心发生率高于男性,差异有统计学意义($P=0.003$);有107例出现呕吐症状,其中男性48例,女性59例,女性患者的呕吐发生率略高于男性,差异无统计学意义($P=0.095$)。不同性别患者CINV发生率

比较见表6。

表6 不同性别患者的CINV发生率比较

Tab 6 Comparison of the incidence of CINV among different gender groups

性别	n	恶心,例	恶心发生率,%	呕吐,例	呕吐发生率,%
男性	684	90	13.16	48	7.02
女性	617	119	19.29	59	9.56
合计/平均	1 301	209	16.06	107	8.22

2.4.2 不同年龄患者的CINV发生率 在调查的病例中,患者在化疗后出现恶心、呕吐的症状在6个年龄组之间的发生率不同,但差异无统计学意义($P=0.211$ 、 $P=0.066$)。不同年龄患者的CINV发生率比较见表7。

表7 不同年龄患者的CINV发生率比较

Tab 7 Comparison of the incidence of CINV among different gender groups

年龄	n	恶心,例	恶心发生率,%	呕吐,例	呕吐发生率,%
<29	58	13	22.41	10	17.24
30~39	81	10	12.35	4	4.94
40~49	230	43	18.70	22	9.57
50~59	400	67	16.75	25	6.25
60~69	395	58	14.68	36	9.11
>70	137	15	10.95	11	8.03
合计/平均	1 301	206	15.83	108	8.30

2.5 疗效评价

在调查的病例中,合理用药组患者合计706例,其中恶心症状达到完全控制的有622例(占88.10%);不合理用药组患者595例,恶心症状达到完全控制的有474例(占79.67%);合理用药组患者恶心控制率高于不合理用药患者,差异有统计学意义($P<0.01$),详见表8。合理用药患者呕吐完全控制率(93.34%)高于不合理用药组(90.25%),差异亦有统计学意义($P=0.041$),详见表9。数据分析显示,合理用药能有效地控制恶心/呕吐;而不合理用药不但不能提高患者的恶心/呕吐控制率,而且提高了药品不良反应发生率,在用药过程中应尽量避免。

表8 恶心症状控制情况

Tab 8 Nausea control situation

组别	n	恶心完全控制,例	恶心完全控制率,%
合理用药组	706	622	88.10
不合理用药组	595	474	79.67

表9 呕吐症状控制情况

Tab 9 Vomiting control situation

组别	n	呕吐完全控制,例	呕吐完全控制率,%
合理用药组	706	659	93.34
不合理用药组	595	537	90.25

2.6 经济学分析

患者采用同类药物进行止吐治疗的过程中,可能在产生相似的临床效果的前提下耗费不同的治疗成本^[14]。由疗效分析的结果可知,合理用药组患者恶心/呕吐完全

控制率高于不合理用药组。将合理用药组与不合理用药组患者按所使用化疗药的催吐风险分为高度、中度、低度和轻微4个级别,分别比较两组患者不同催吐风险化疗方案达到恶心/呕吐完全控制的治疗成本,详见表10。由表10可知,针对不同催吐风险化疗药的合理用药组患者成本均值均低于不合理用药组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。这提示合理使用止吐药能在保证治疗效果的同时节约治疗成本,减轻患者的经济负担,节省医疗资源,有利于医疗资源的合理分配。

表10 两组患者恶心/呕吐完全控制的成本(均值,元)
Tab 10 Cost of complete nausea/vomiting control in 2 groups (average value, yuan)

组别	高度催吐	中度催吐	低度催吐	轻微催吐
合理用药组	257.80	173.00	0.52	1.00
不合理用药组	422.76	319.27	172.92	139.69
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着我国肿瘤发病率的逐年升高,化疗已经成为最主要的抗肿瘤手段之一,而CINV对患者生活功能和治疗依从性有着重要影响,预防治疗CINV对疾病的治疗与患者的生存质量改善都有重要意义^[15]。研究结果显示,女性患者的恶心发生率高于男性,合理用药组患者止吐疗效高于不合理用药组且治疗成本均值更低,提示合理用药能在保证止吐疗效的同时节约治疗成本。因此,化疗时应及早根据患者的个体情况对危险因素作出评估,合理有效地选择止吐方案。但用药过度的情况仍然存在,临床药师针对止吐药物的使用方案提出以下几点建议:根据化疗药的催吐性风险分级合理选用止吐方案,联合化疗患者应根据最高催吐风险的化疗药物选择止吐方案;严格掌握用法用量和用药疗程;建议医师在选择止吐方案时综合考虑患者的治疗费用,保障患者用药安全、有效、经济、合理^[16]。本研究对我院肿瘤科化疗患者治疗CINV的止吐药物使用情况进行分析,有利于临床医师更好地认识CINV治疗的现状及存在的不足,为指导临床用药提供一定的依据,有助提高医师的合理用药意识,加强与药师互相合作,共同促进止吐药物的临床规范使用。

参考文献

[1] Roila F, Herrstedt J, Aapro M, et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results

of the Perugia consensus conference[J]. *Ann Oncol*, 2010, 21(5):232-243.

[2] 孙丹霞, 邱焱, 侯源源, 等. NK-1受体拮抗剂在癌症化疗止吐中的应用[J]. *中国肿瘤临床*, 2012, 39(20):1572-1574.

[3] 陈文举, 宋金森, 方惠娟, 等. 肿瘤化疗中止吐药物的合理应用[J]. *中国药事*, 2013, 27(2):209-213.

[4] 董爽, 于世英. 肿瘤化疗所致恶心呕吐现状调查[J]. *中国循证医学杂志*, 2013, 13(6):687-691.

[5] Rao KV, Faso A. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: optimizing prevention and management[J]. *Am Health Drug Benefits*, 2012, 5(4):232-240.

[6] 王文娜, 林秋菊, 罗健. 雷贝拉唑联合托烷司琼及地塞米松防治肿瘤患者化疗所致胃肠道反应的疗效研究[J]. *中国全科医学*, 2015, 18(22):2688-2691.

[7] 李科珍, 方勇, 龚妹, 等. 3种止吐药物对卵巢癌患者TP方案化疗所致恶心呕吐的抑制作用[J]. *医药导报*, 2011, 30(10):1301-1304.

[8] 尹月, 邱新野, 贾立华, 等. 肺部肿瘤科止吐用药医嘱点评及合理性分析[J]. *中国药物应用与监测*, 2014, 11(1):41-47.

[9] The National Comprehensive Cancer Network. *NCCN clinical practice guidelines in oncology: antiemesis*[S]. 2015.

[10] CRPC, ASMS. 肿瘤治疗相关呕吐防治指南:2014版[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2014, 19(3):264-266.

[11] 孙燕, 石远凯. *临床肿瘤内科手册*[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015:89-90.

[12] 刘思婧. 左氧氟沙星与头孢西丁治疗成人非重症获得性肺炎的成本-效果分析[J]. *中国药房*, 2015, 26(29):4033-4035.

[13] 陈新谦, 金有豫, 汤光. *新编药理学*[M]. 17版. 北京:人民卫生出版社, 2011:493-494.

[14] 樊孝娟. 国产和进口氯吡格雷在急性冠脉综合征治疗中的成本效果分析[J]. *中国现代药物应用*, 2015, 9(23):173-174.

[15] Radbruch L, Payne S, de Lima L, et al. The Lisbon challenge: acknowledging palliative care as a human right[J]. *J Palliat Med*, 2013, 16(3):301-304.

[16] Caracuel F, Baños Ú, Herrera MD. Influence of pharmaceutical care on the delayed emesis associated with chemotherapy[J]. *Int J Clin Pharm*, 2014, 36(2):287-290.

(收稿日期:2016-07-05 修回日期:2016-10-31)

(编辑:晏妮)

《中国药房》杂志——中国科技论文统计源期刊, 欢迎投稿、订阅