

# 某医院儿科门诊糖皮质激素使用情况调查分析<sup>①</sup>

韦贤<sup>1</sup>, 韦信伟<sup>1</sup>, 陆高翔<sup>2</sup>②

(1. 右江民族医学院, 广西 百色 533000 E-mail: wei700@126.com;  
2. 右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000)

**摘要:** **目的** 调查某医院儿科门诊糖皮质激素的使用情况。**方法** 随机抽取某医院儿科门诊西药房2014年1~2月份儿科电子处方1220张, 调查内容包括: 性别、年龄、诊断、遴选糖皮质激素药物名称、用药途径以及用药剂量等。**结果** 一共抽出1220张电子处方, 使用糖皮质激素药物共238张, 即糖皮质激素药物的使用频率为19.51%, 其中地塞米松磷酸钠注射液占38.23%、醋酸泼尼松片占32.77%、吸入用布地奈德混悬液(进口)占13.02%、联合用药占2.52%。**结论** 本次调查该医院门诊儿科处方使用糖皮质激素药物比较广泛, 因此, 临床医师必须严格掌握适应证, 安全、合理给药。

**关键词:** 儿科; 糖皮质激素; 门诊医疗; 调查

**中图分类号:** R95

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1001-5817(2014)05-0771-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.050

糖皮质激素(Glucocorticoid), 又名肾上腺皮质激素, 是由肾上腺皮质分泌的一类甾体激素, 也可由化学方法人工合成。随着儿科临床疾病研究的日益深入, 糖皮质激素药物应用越来越广泛, 其具有调节糖、脂肪和蛋白质的生物合成和代谢的作用, 还具有抑制免疫应答、抗炎、抗毒、抗休克作用。但是如果应用不当或者滥用, 将给患儿带来严重不良反应。儿童作为特殊用药群体之一, 其正处在生长发育阶段, 新陈代谢十分旺盛, 同时, 其肝脏、肾脏、中枢神经系统及内分泌系统均未发育完全, 对药物的临床疗效将产生必然的影响<sup>[1]</sup>, 因此儿童用糖皮质激素药物的安全性应当引起高度重视和关注。为此, 本文通过对某医院儿科门诊西药房处方糖皮质激素使用情况进行调查统计分析<sup>[2-3]</sup>, 为确保某医院患儿安全、合理使用糖皮质激素药物提供数据和理论支持。

## 1 资料来源

根据某医院2014年1~2月份儿科糖皮质激素药物使用情况进行统计, 随机抽取儿科电子处方1220张。

## 2 方法

该院2014年1~2月儿科处方用糖皮质激素药物进行调查、统计、分析, 采用随机抽样法抽取1220张处方, 调查内容包括: 性别、年龄、诊断、遴选糖皮质激素药物名称、用药途径以及用药剂量等。根据《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》(卫办医政发[2011]23号)、《医院处方点评管理规范(试行)》(卫医管发[2010]28号)、《医疗机构药事管理规定》(卫医政发[2011]11号)、《国家基本药物目录2009年版基层部分》(中华人民共和国卫生部等进行分析以及安全、合理用药评价)。

## 3 结果

**3.1 患儿情况** 本次随机抽取该院门诊西药房儿科电子处方1220张, 其中男性电子处方共718张(占58.85%), 女性共502张(占41.15%)。使用糖皮质激素药物电子处方共238张(占19.51%)。详细分布情况, 见表1。

表1 某医院2014年1~2月使用糖皮质激素患儿年龄分布

年龄	n	使用激素人数比(%)
1周岁以内(新生儿期)	45	45:247(18.22)
1~3岁(幼儿期)	73	73:424(17.23)
>3岁	120	120:549(21.86)

**3.2 临床适应证** 糖皮质激素药物在儿科应用相对广泛, 该医院仅仅在儿科方面使用频率达到了19.51%。在使用糖皮质激素药物电子处方238张中, 应用于治疗支气管炎、急性毛细支气管炎、喘息型支气管炎等为主。详细糖皮质激素药物应用现状, 见表2。

表2 糖皮质激素药物应用情况

疾病名称	病例数(人次)	占应用总病例比例(%)
支气管炎	46	19.33
急性毛细支气管炎	29	12.19
喘息型支气管炎	14	5.88
毛细支气管炎	14	5.88
支气管肺炎	14	5.88
急性上呼吸道感染	12	5.04
急性喘息性支气管炎	9	3.78
急性毛细支气管炎	9	3.78
气管炎	9	3.78
哮喘	9	3.78
急性支气管炎	8	3.36
咽炎	8	3.36
喘息型支气管哮喘	5	2.10
急性咽喉炎	5	2.10
哮喘性支气管炎	5	2.10
扁桃体炎	4	1.68
肺炎	3	1.26
其他	35	14.71

**3.3 应用糖皮质激素药物种类** 在应用糖皮质激素药物治疗的238张电子处方中, 选择该类药物的分布情况为: 地塞米松磷酸钠注射液(占38.23%)、醋酸泼尼松片(占32.77%)、吸入用布地奈德混悬液(进口)(占13.02%)、联合用药(占2.52%)。具体糖皮质激素药物应用种类分布, 见表3。

① 基金项目: 广西高等教育教学改革工程项目(2014JGB202); 右江民族医学院教改项课题(右医院字[2012]28号)

② 通讯作者

表3 糖皮质激素类药物应用种类分布

糖皮质激素药物名称	例数(人次)	比例(%)
地塞米松磷酸钠注射液	91	38.23
醋酸泼尼松片	78	32.77
吸入用布地奈德混悬液(进口)	31	13.02
注射用倍他米松磷酸钠 2.63mg(冻干)	9	3.78
甲泼尼龙片(进口)	9	3.78
丙酸氟替卡松吸入气雾剂(进口)	6	2.52
醋酸泼尼松龙片	5	2.10
丙酸氟替卡松鼻喷雾剂(进口)	1	0.42
醋酸地塞米松片	1	0.42
注射用甲泼尼龙琥珀酸钠(40mg 冻干)	1	0.42
注射用氢化可的松琥珀酸钠 50mg(冻干)	1	0.42
联合用药	6	2.52

#### 4 分析与讨论

4.1 糖皮质激素类药物使用情况分析 本次随机抽取该院1~2月儿科门诊糖皮质激素电子处方中,调查显示:儿科应用糖皮质激素药物治疗达到19.51%,联合使用率达到2.52%。联合用药处方涉及以下六个二联药物:布地奈德粉吸入剂/布地奈德鼻喷雾剂;醋酸泼尼松龙片/丙酸氟替卡松吸入气雾剂;醋酸泼尼松片/吸入用布地奈德混悬液;地塞米松磷酸钠注射液/吸入用布地奈德混悬液;克林霉素磷酸酯/地塞米松磷酸钠注射液;吸入用布地奈德混悬液/醋酸泼尼松片等,这仅仅是儿科应用比例,若与抗生素使用率作为参数对比,虽从数据上显示,其远远低于谢黎崖等<sup>[4]</sup>报道的83.8%,低于国家标准的50%的目标,扩大到整个医院,该医院儿科中使用糖皮质激素药物为数不多,在应用糖皮质激素药物中依然存在不合理以及个别滥用的现象。由表2看出,用药指征不明确或完全无指征时使用激素是不合理用药的最主要表现形式,如对于呼吸道感染的患儿都使用糖皮质激素药物治疗,而没有严格掌握适应证,对于在基层用于发热患儿时,一般用于诊断明确的呼吸道的感染,最好视体温情况,一般体温高于39℃时可以利用激素的抗炎、抗毒作用,最好在应用激素的同时加用退热药以及有效地抗炎、抗病毒的药物,从而达到良好的治疗效果。在应用糖皮质激素药物中不合理、滥用现象有以下几个方面:①该医院作为三级甲等医院,综合性较强,很多病人都选择本院进行治疗,每个月整个医院的儿童门诊量约为5000例,所以儿科工作就变得比较繁忙,医师习惯用药和经验用药依然比较多和对糖皮质激素药物依赖性较大;②“计划生育”作为我国基本国策之一,很多患儿为独生子女,特别是在子女反复发烧情况下,不少家长有治病急切心理,主动要求使用糖皮质激素药物以求迅速改善病情;③个别医师为了增加个人收益以及医院某些制度影响,从而使用该类药物。建议医生加强病理学、药理学知识的培训以及提高个人职业道德素质修养,安全、合理使用糖皮质激素药物,同时降低对糖皮质激素药物的依赖性。

4.2 糖皮质激素在疾病中的应用分析 糖皮质激素药物作用十分广泛,对糖、蛋白质、脂肪、水盐代谢均有影响<sup>[5]</sup>,同时糖皮质激素应用也相当广泛,合理使用就尤为重要。从表2可以看出,该医院儿科疾病治疗中,主要运用糖皮质激素药物治疗支气管炎、急性毛细支气管炎、喘息型支气管炎、毛细支气管炎、支气管肺炎等。由于应用该类药具有很多不良反应:①代谢紊乱;②诱发或加重感染;③诱发和加重溃疡;④骨质疏松;⑤神经精神异常;⑥肌肉萎缩及儿童发育迟缓;⑦眼部症状;⑧医源性肾上腺皮质功能不全。特别是儿科,儿童作为特殊用药群体之一,临床医师谨慎使用糖皮质激素药物,一般情况下,应尽量避免对儿童使用肾上腺糖皮质激素,比如可的松(短效)、泼尼松(中效强的松)等,但是此药在外用的时候,医师必须严格掌握适应证<sup>[6]</sup>,对于患儿而言,因为糖皮质激素能促使蛋白质分

解抑制其合成,容易造成负氮平衡,生长激素分泌缺乏,从而造成肌萎缩和生长发育缓慢。为避免在治疗过程中不良反应的发生,因此建议医师:不管任何感染的重心都应在于预防,所以关键之处在于进行激素治疗前,最好全面评估患者的免疫状态,必要的时候预防性给药,同时在疾病治疗的过程中要严密观察患者病情动态,从而达到在遵从循证医学证据前提下,进行个体化治疗,最终达到对疾病安全、合理性治疗,让患儿早日康复,为构建和谐医患关系打下坚实的基础。

4.3 遴选糖皮质激素药物种类分析 常用糖皮质激素按药效维持时间长短划分,则可分为:①短效:氢化可的松、可的松;②中效:泼尼松、泼尼松龙、甲泼尼龙、曲安西龙;③长效:地塞米松、倍他米松。从表2可知,该院儿科门诊糖皮质激素应用主要遴选了地塞米松磷酸钠注射液(38.23%)、醋酸泼尼松片(32.77%)、吸入用布地奈德混悬液(进口)(13.02%),同时联合用药占2.52%。但是该院相当部分医师不注意用药剂量,通常按照个人临床经验、习惯用药给药,造成不少不良反应的发生,由于不良反应大多发生与药理剂量、用药种类、用法、给药途径等都有密切关系。因此,临床医师应根据患儿具体情况,严格按照《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》<sup>[10]</sup>,根据药品说明书用法用量合理给药。同时从表2可知,该院少数医师也使用吸入糖皮质激素治疗支气管哮喘,例如:吸入用布地奈德混悬液,由于吸入性糖皮质激素直接作用于支气管靶器官浓度高,起效快,同时其比口服给药不良反应小,在临床应用上是比较理想的给药方式<sup>[7]</sup>。不仅仅如此,吸入性糖皮质激素药物是目前临床上控制哮喘最有效的药物<sup>[8]</sup>。目前临床上推荐联合使用吸入性糖皮质激素与长效的 $\beta_2$ 受体激动剂,联合使用后,对于药效具有协同作用,增加了患者的依从性,减少了不良反应<sup>[9]</sup>。总之,建议医师:应根据具体病情和患者的具体情况确定剂量和给药途径以及是否联合用药。一般情况下应以小剂量来控制或缓解其主要症状,当收到临床治疗效果时,就应该逐渐减量至停用。

#### 5 结语

由于糖皮质激素药物应用广泛,同时不良反应类型也多,后果比较严重,不良反应发生率高,再加上医师经验用药、习惯用药,不合理用药普遍存在,将可能带来越来越严重后果。因此,医师应该严格执行我国卫生部于2011年发布的《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》<sup>[10]</sup>,这样就可以有效减少糖皮质激素滥用、不合理应用导致的多种药物不良反应,另外,医师也可以参考国外发达国家关于糖皮质激素使用应遵循的原则<sup>[11]</sup>:①尽可能避免使用糖皮质激素;②出生婴儿头3~4d禁用地塞米松;③可自主呼吸的患儿不应使用糖皮质激素;④依赖机械通气的危重患儿可使用糖皮质激素,但应与患儿家长协商,充分考虑利弊;⑤使用糖皮质激素时,应使用尽可能小的剂量及最短的疗程,这样就可以有效减少糖皮质激素滥用、不合理应用导致的多种药物不良反应。全社会,特别是医护人员,应该更加关注、关心儿童疾病的合理治疗,在临床上使用糖皮质激素时应综合考虑合理的适应证、药物剂型、给药剂量及用药方法等因素,从而有利于儿童健康、茁壮成长。

#### 参考文献:

- [1] 陈兆波,张振海,胡家全,等.某院门诊儿科用药合理性调查分析[J].中国药房,2007,18(4):313-314.
- [2] 张东粉.关于医院门诊药房非街体抗炎药使用情况的调查分析[J].临床研究,2013,11(24):520-521.
- [3] 何纯生.儿科门诊用药处方中常用药物的合理性分析[J].当代医学,2014,20(1):22-23.
- [4] 谢黎崖,洪俩和,许浩云.儿科门诊抗菌药物应用调查分析[J].药物流行病学杂志,2004,13(5):266-267.

(下转第775页)

2.2.4 职业分布 除保育员及保姆、牧民、渔(船)民及离退人员中无病例外,其余各职业人群均有分布,发病数构成比前3位的职业分别为散居儿童、幼托儿童和学生,3者发病数共占99.82%,其中以散居儿童报告发病所占比例最大,共68 832例,占79.06%;其次是幼托儿童,共15 097例,占17.34%;学生位居第3位,共2 978例,占3.42%;其余职业的病例数为161例,占0.18%。

2.3 实验室诊断 6年共报告实验室诊断病例947例,其中检出EV71型病毒330例,CoxA16型病毒205例,其他肠道病毒412例,以其他型肠道病毒所占比例高(43.51%),其次是EV71型病毒(34.85%),CoxA16型病毒相对较低(21.64%)。各县区检出EV71型病毒比例前三位为平果县、田东县、右江区;检出CoxA16型病毒比例前三位为平果、凌云、靖西;检出其他肠道病毒比例前三位为平果、田东、乐业。其中2009~2013年全市报告的实验室诊断病例中,检出EV71型病毒的例数比例分别为68.33%、66.67%、29.17%、61.51%、10.10%;CoxA16型病毒的比例分别为10.00%、1.96%、41.67%、6.42%、34.34%。提示同一地区不同时间,手足口病原可出现不同类型的交替流行<sup>[1]</sup>。

2.4 重症和死亡病例 6年中,全市12个县(区)报告重症病例338例(2008年1例、2009年11例、2010年164例、2011年7例、2012年141例、2013年14例),重症数前五位的县依次为田东(91例)、右江(63例)、田阳(56例)、平果(47例)、靖西(20例)。报告死亡病例36例,平果(9例)最高,依次为田东(7例)、田阳(6例)、右江(5例)、靖西(2例)、隆林(2例)、西林(2例)、德保(1例)、凌云(1例)、田林(1例),那坡、乐业无死亡病例。死亡病例中33例为散居儿童,3例为幼托儿童;男童20例,女童16例;年龄最小10个月,最大5岁,其中0岁~组6例,占16.67%;1岁~组16例,占44.44%,2岁~组7例,占19.44%,3岁~组组5例,占13.89%,4岁~组和5岁~组各1例,占5.56%。死亡病例中有9例首诊是在村级卫生室(或个体诊所)就诊;从发病到就诊最长6d,最短0d,平均为3d;发病到死亡最长8d,最短0d,中位数为4d。

### 3 讨论

手足口病自2008年5月纳入传染病管理以来,成为了百色市发病率上升幅度最大和死亡率最高的丙类传染病。百色市2009~2013年发病率、死亡率和重症病例比例呈现低—高一低—高一低,隔年高峰流行的特点。在后续的几年百色市手足口病的流行是否还保持隔年高峰的趋势,与手足口疫苗的研发使用时间、病毒优势毒株的变化和易感人群免疫屏障的建立等有关,对这种趋势仍需做进一步的研究和跟踪。

从全市2008~2013年手足口病的流行特征分析,报告发病数和年均发病率均较高的为田东、平果、田阳、右江区四县(区);病例报告集中在4~6月,与李华民等<sup>[2]</sup>报道的湖北省咸宁市一致;发病以4岁以下年龄段所占比例最高,占84.43%,男性发病高于女性,这与有关报道相符<sup>[3-4]</sup>,发病构成以散居儿

童为主,占79.06%。因此,严格按照卫生部手足口病防控方案的要求,在高发季节、重点地区,针对重点人群开展有效的防控措施尤为重要。

百色市2008~2013年手足口病重症病例数占总病例数的0.39%,明显高于湖北省武汉市的平均水平(0.02%)<sup>[5]</sup>。本研究分析显示,2009年、2010年和2012年EV71是优势毒株,2011年和2013年CoxA16毒株则占优势。EV71仍是引起手足口病重症病例的主要病原体,与国内报道一致<sup>[6-7]</sup>,EV71病毒感染导致的重症和死亡病例明显高于其他病毒感染,这可能是百色市2011年和2013年重症数锐减和病死率极低的原因之一。

根据百色市手足口病的流行病学特征,为遏制疫情传播,降低病死率,主要做好以下预防控制措施:一是加强手足口病监测,提高监测敏感性,严防聚集性和暴发疫情发生;二是加大手足口病防治知识宣传力度,尤其是提高0~4岁儿童家长对手足口病严重性的认识;托幼机构要建立健全晨检和缺勤追踪制度、开展“洗手行动”、“消毒行动”;三是加强对村医和个体诊所管理,不得截留5岁以下发热、出疹婴幼儿患者,应及时转诊到正规医院,避免延误治疗出现重症死亡病例<sup>[8]</sup>;四是持续开展病原学监测,及时掌握病毒株变化情况,掌握手足口病的流行规律,为制定预防控制措施提供依据。

### 参考文献:

- [1] 王兰,项慧,谢瑜. 临海市2010~2011年手足口病病原学监测结果分析[J]. 中国预防医学杂志,2012,13(12):931-932.
- [2] 李华民,安峰涛,咸宁市2008~2010年手足口病流行病学分析[J]. 中国公共卫生管理,2012,28(3):294-295.
- [3] 詹钦勇,荣飏. 厦门市2008~2010年手足口病疫情分析[J]. 海峡预防医学杂志,2011,17(6):29-30.
- [4] 黄莉. 湖北省恩施州2008~2010年手足口病疫情分析[J]. 中国预防医学杂志,2010,11(10):1049-1050.
- [5] 杨小兵,孔德广,余滨. 武汉市2008~2011年手足口病流行病学特征分析[J]. 中国预防医学杂志,2013,14(3):211-212.
- [6] 刘继艳,赵银枝,王亚丽,等. 开封市2009~2010年手足口病重症病例流行特征分析[J]. 中华疾病控制杂志,2012,16(4):313-314.
- [7] 赵元昊,李志会,李鹏,等. 济南市手足口病患者肠道病毒71型的分离和鉴定[J]. 国际病毒学杂志,2010,37(3):92-96.
- [8] 李锡太,刘白薇,贾蕾,等. 北京市2010年手足口病死亡危险因素分析[J]. 中华疾病控制杂志,2012,16(5):409-410.

收稿日期:2014-07-23

(上接第772页)

- [5] 李瑞. 药理学[M]. 4版. 北京:人民卫生出版社,1999:251-255,284.
- [6] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药理学[M]. 15版. 北京:人民卫生出版社,2003:48-79,566.
- [7] 郑加亮. 糖皮质激素药物的用药误区和合理应用分析[J]. 大家健康,2014,8(1):194
- [8] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:71.

- [9] 吴君华,柳晨,裴元英. 布地奈德研究进展及临床应用[J]. 中国临床药理学杂志,2007,16(1):59.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 卫办医政发[2011]23号 糖皮质激素类药物临床应用指导原则[S]. 北京:中华人民共和国卫生部办公厅,2011.
- [11] Imam AP, Halpem GM. Uses, adverse effects of abuse of corticosteroids Patr 1. [J]. Allergol Immunopathol (Madr),1994,22(6):250-260.

收稿日期:2014-07-23