

医生处方 用药指南

张焕根 编著

北京大学医学出版社

医生处方用药指南

张焕根 编著

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医生处方用药指南/张焕根编著. —北京: 北京大学
医学出版社, 2007 (2008.1 重印)
ISBN 978-7-81071-957-5

I. 医… II. 张… III. 用药法—指南 IV. R452-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 097851 号

医生处方用药指南

编 著: 张焕根

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 吕晓凤 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 21 字数: 531 千字

版 次: 2007 年 8 月第 1 版 2008 年 1 月第 2 次印刷 印数: 3001-5000 册

书 号: ISBN 978-7-81071-957-5

定 价: 46.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

药物是人类同疾病作斗争的重要武器。药物治疗在临床医疗实践中占有重要地位，约有 75% 的疗效是通过药物治疗来实现的。尤其在内科疾病治疗中，离开药物，内科医生几乎是一筹莫展。然而，如果用药不当或者滥用、误用，会造成不良后果，轻则延误病情，浪费药品和金钱；重则产生毒副反应，引起药源性疾病，使病人遭受极大的痛苦，甚至危及生命。随着临床药理学和临床药学的迅速发展，临床药师配合医师参与医院查房，直接面对个体病人，观察病情和用药效果，进行用药指导和监测，协助临床医生制定合理的用药方案，共同研究防范药物不良反应和药源性疾病，进行药物临床应用评价等，都需要医师和药师达成共识才有可能真正实施。医-药结合得越好，医疗质量就越能提高，从而使药物治疗达到疗效好、副作用小、花钱少的目的。而最终受益者是病人。

本书从处方指南角度出发，阐述用药的全过程。内容包括：正确选用药物与剂型，掌握恰当的剂量与用法，适当的途径和用药时间，医嘱与忌口，用药监护与咨询服务，药物应用评价，熟悉药物不良反应和药物中毒，药源性疾病，自我药疗与非处方药以及国家药物政策的督导作用等。

本书旨在通过推动临床医-药结合，促进合理用药，提高医疗质量。本书理论联系实际，实用性强，可作为各级医疗单位中执业医师、执业药师、护师、乡村医生和社区卫生服务中心医护人员工作中的必备参考书；也可供广大爱好医药卫生知识的自我保健者阅读。

编 者

2006 年 6 月

中国医学生誓词

健康所系，性命相托。当我步入神圣医学学府的时刻，谨庄严宣誓：

我志愿献身医学，热爱祖国，忠于人民，恪守医德，尊师守纪，刻苦钻研，孜孜不倦，精益求精，全面发展。我决心竭尽全力除人类之病痛，助健康之完美，维护医术的圣洁和荣誉。救死扶伤，不辞艰辛，执著追求，为祖国医药卫生事业的发展 and 人类身心健康奋斗终生！

希波克拉底誓言

医神阿波罗，埃斯克雷彼斯及天地诸神为证，鄙人敬谨宣誓，愿以自身能判断力所及，遵守此约。

凡授我艺者敬之如父母，作为终身同世伴侣，彼有急需我接济之。视彼儿女，犹我弟兄，如欲受业，当免费并无条件传授之。凡我所知无论口授书传俱传之吾子，吾师之子及发誓遵守此约之生徒，此外不传与他人。

我愿尽余之能力与判断力所及，遵守为病家谋利益之信条，并检束一切堕落及害人行为，我不得将危害药品给与他人，并不作此项之指导，虽然人请求亦必不与之。尤不为妇人施堕胎手术。我愿以此纯洁与神圣之精神终身执行我职务。凡患结石者，我不施手术，此则有待于专家为之。

无论至于何处，遇男或女，贵人及奴婢，我之唯一目的，为病家谋幸福，并检点吾身，不做各种害人及恶劣行为，尤不做诱奸之事。凡我所见所闻，无论有无业务关系，我认为应守秘密者，我愿保守秘密。倘使我严守上述誓言时，请求神只让我生命与医术能得无上光荣，我苟违背誓，天地鬼神共殛之。

南丁格尔誓约

余谨于上帝及公众前宣誓：愿吾一生纯洁忠诚服务，勿为有损无益之事，勿取服或故用有害之药，当尽予力以增高吾职业之程度，凡服务时所知所闻之个人私事及一切家务均当谨守秘密，予将以忠诚勉助医生行事，并专心致志以注意授予护理者之幸福。

作者简介



张焕根 1943 年 12 月 12 日生，姜堰市人。毕业于北京医学院。主任药师、执业药师。一生从事过制药、药政管理、药品检验、药品经营工作。1982 年获得县“优秀卫生工作者”奖状。发表论文十多篇，获得过美国柯尔比科学文化情报中心《优秀医药学论文证书》、泰州市第一届《自然科学优秀学术论文奖》。个人业绩收录于《中国·人才库·中国医学专家》、《共和国名医专家大典》、《世界科技专家与人才》、《中国专家大词典》、《共和国建设者》等典籍。

目 录

第一章 处方规范与分析	(1)
第一节 处方及其意义.....	(1)
第二节 医师处方权.....	(1)
第三节 处方制度.....	(2)
第四节 处方的结构与格式.....	(3)
第五节 处方书写要求.....	(3)
第六节 处方审查.....	(5)
第七节 处方分析.....	(6)
第八节 处方统计.....	(7)
第二章 用药选择	(8)
第一节 药物在治疗中的重要地位.....	(8)
第二节 药品及其分类.....	(9)
第三节 药物作用	(13)
第四节 药物选择	(19)
第五节 用药原则	(22)
第六节 剂型选择	(27)
第七节 联合用药与相互作用	(34)
第八节 合理用药	(45)
第三章 用药对象	(56)
第一节 种族	(56)
第二节 血型	(57)
第三节 性别	(57)
第四节 年龄	(63)
第五节 个体差异	(69)
第六节 患者病理情况	(70)
第七节 职业与经济状况	(73)
第八节 用药心理	(74)
第四章 用药剂量	(77)
第一节 剂量划分法	(77)
第二节 量-效关系.....	(78)
第三节 剂量的掌握	(80)
第四节 剂量单位	(87)
第五节 儿童用药剂量的计算	(89)
第六节 老年人用药剂量	(92)
第七节 特殊管理药品的常用量与极量	(92)
第八节 剂量过大的危害	(95)

第五章 用药途径	(98)
第一节 用药途径的选择	(98)
第二节 注射给药	(102)
第三节 植入给药	(120)
第四节 口服给药	(122)
第五节 粘膜给药	(133)
第六节 皮肤给药	(145)
第六章 用药时间	(151)
第一节 药物时效关系	(151)
第二节 用药时间的重要性	(152)
第三节 按传统习惯确定服药时间	(153)
第四节 按半衰期确定用药时间	(155)
第五节 按生物钟确定用药时间	(157)
第六节 顿服疗法	(161)
第七节 停药时间	(161)
第七章 忌口	(166)
第一节 疾病与忌口	(166)
第二节 服药与忌口	(169)
第三节 服药与忌油、盐、醋、糖、味精	(172)
第四节 服药与忌酒	(173)
第五节 服药与忌茶	(177)
第六节 服药与戒烟	(177)
第八章 用药监护	(179)
第一节 医嘱与依从性	(179)
第二节 药学监护	(182)
第三节 治疗药物监测	(184)
第四节 制定给药方案	(191)
第五节 用药咨询服务	(195)
第九章 药物不良反应	(197)
第一节 药物作用的两重性	(197)
第二节 药物不良反应的类型	(199)
第三节 药物不良反应发生原因	(207)
第四节 药物不良反应的判定与等级	(209)
第五节 药物不良反应的治疗与责任	(210)
第六节 药物不良反应的监测与报告	(211)
第十章 药物中毒	(215)
第一节 中毒原因与机制	(215)
第二节 中毒的诊断	(216)
第三节 药物中毒的一般治疗	(221)
第四节 常见药物中毒解救	(228)

第五节	其他类中毒解救·····	(238)
第十一章	药源性疾病·····	(244)
第一节	药源性疾病概论·····	(244)
第二节	药源性疾病基本类型·····	(246)
第三节	药源性疾病的防治·····	(278)
第十二章	药物临床评价·····	(286)
第一节	新药临床评价·····	(286)
第二节	药物再评价·····	(289)
第三节	药物动力学参数评价·····	(292)
第四节	生物利用度评价·····	(294)
第五节	药物应用评价·····	(296)
第六节	药物利用评价·····	(299)
第七节	循证医学评价·····	(300)
第八节	药物经济学评价·····	(301)
第十三章	自我药疗与非处方药·····	(309)
第一节	自我保健·····	(309)
第二节	非处方药·····	(310)
第三节	非处方药的遴选原则与标准·····	(310)
第四节	非处方药的分类与品种范围·····	(312)
第五节	非处方药的应用·····	(313)
第十四章	国家药物政策与监督·····	(315)
参考文献	·····	(324)

第一章 处方规范与分析

第一节 处方及其意义

一、处方

凡制备任何药剂的书面文件均可称之为**处方**（prescription）。

医师处方 是由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为某一特定患者医疗、预防或其他需要而开写的药方；由药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为发药凭证的医疗用药的医疗文书。

法定处方 是国家药典规定的处方，为一般现成的制剂。

协定处方 以经典药理学专著为基础，集中了本院医生的临床用药经验，对本院范围内常用的药物原则规定了用药适应证和用法用量，切合本院医疗工作实际，起着指导合理用药的作用。协定处方由本医院医师与药师共同协商制订，它便于控制药物的品种与质量，可操作性强，适于大量配制与贮备，可以事前分装好，减少病人候药时间，提高工作效率。《协定处方集》必须定期修订，不断补充更新。

电子处方 即由医师用计算机输入处方，程序自动划价并将药品记账，由网络将处方传送至药房的作业方式。如果患者需要处方外配，有权要求打印纸质处方并由医生签名。

无药处方 对于一些慢性病人，处方开的是生活饮食的提醒和忠告。通过饮食方面的调节控制病情，开保健处方更有助于治疗，同时也是提醒他们，有些病的保养比治疗更重要。

药师处方 是临床药师根据病人情况的变化而修改的药物处方。在下列情况下被认为是适当的：给药遗漏或延迟可引起对病人的损害；治疗反应评价表明，为使病人获得最大利益，药物和剂量的修正是必要的。药师处方可减少药疗错误，降低药物费用，减少并发症。

二、处方的意义

在医药上，处方是医疗和配药之间的重要书面文件，保证了病人用药安全与有效。

在法律上，因开写处方或调配处方而引起的差错以及造成的医疗事故，医师或药师分别承担担负的法律责任。

在经济上，处方是药品消耗及药品经济收入结账的凭据和原始依据。

第二节 医师处方权

一、处方权

开写处方的医师必须具有一定的执业医师资格才能拥有处方权。

经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。

经注册的执业助理医师开具的处方须经所在执业地点执业医师签字或加盖专用签章后方有效。

经注册的执业助理医师在乡、民族乡、镇的医疗、预防、保健机构执业，在注册的执业地点取得相应的处方权。

试用期的医师开具处方，须经所在医疗、预防、保健机构有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

实习医生、进修医生没有单独的处方权，必须在上一级执业医师指导下开处方，并经上级或带培医师签字后处方方能生效。

二、麻醉药品处方权

经注册的执业医师或高年资住院医师以上专业技术职务并经考核能正确使用麻醉药品。

进行计划生育手术的医务人员经考核能正确使用麻醉药品的，在手术期间有麻醉药处方权，并需报经当地卫生行政部门批准后方可。

三、签章留样备案

有处方权的执业医师须在注册的医疗、预防、保健机构签名留样及专用签章备案后方可开具处方。处方医师的签名式样及专用签章必须留样于药房备查；并不得任意改动，否则应重新登记留样备案。

医师被责令暂停执业、被责令离岗培训期间或被注销、吊销执业证书后，其处方权即被取消。医务处应及时以书面形式通知药剂科，在本院增加处方权的执业医师名单及撤销已离开医院或其他原因停止处方权的医师名单，以免在法律上引起纠纷。

第三节 处方制度

医师处方和药学专业技术人员调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则，并注意保护患者的隐私权。

医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

为便于药学专业技术人员审核处方，医师开具处方时，除特殊情况外必须注明临床诊断。

开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品的处方须严格遵守有关法律、法规和规章的规定。开具麻醉药品处方时，应有病历记录。

医师不得为本人或家属开处方。

处方为开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

第四节 处方的结构与格式

一、前记

一般也称为处方自然项目。

处方笺开头首行印有本机构名称、费别、处方编号；下一行印有患者姓名、性别、年龄、职业、工作单位、家庭住址；再下一行印有科别、病室和床位号、门诊号或住院病历号、临床诊断、开具日期等。

麻醉处方笺增加“诊断印象”一项。

二、正文

上记即医师请求或吩咐药剂调配人员的指示，可用 Rp 标示。Rp 是拉丁文 recipe “请取”的缩写。

中记即医生根据患者病情或其他需要开写的用药依据，包括药名、剂型、规格、数量。同一处方中的各药物成分，在治疗和剂型构成上所起的作用是不同的，一般应按其作用性质依次排列：主药、佐药、矫味药、赋形剂或稀释剂。剂量单位按法定计量单位规定书写。

下记记载处方中指出的调配药物的方法、过程。

标记指明药品的用法、时间、次数、应用部位、用药途径。

三、后记

在处方下方医师、药师审核、调配与核对、发药人签字处，药费（价）或记账处签名。

第五节 处方书写要求

处方一般用钢笔或圆珠笔书写。字迹要清楚，不得涂改。若有修改，医师必须在修改处签字及注明修改日期，以示负责。

每张处方只限于一名患者的用药。西药、中成药、中药饮片要分别开具处方。

紧急处方可在处方上端写 cito!（快），statim!（立即），citissim!（火速），或在处方左上角加盖“急”字图章。

写处方时要严肃认真，一切考虑完善后再行书写。

处方记载患者的一般项目应清晰、完整、并与病历记载相一致。处方前记的认真填写，有利于药师在审查处方及调配药物时作为参考。“性别”、“年龄”为药剂人员核对剂量的主要依据，对未成年的儿童尤为重要。患者年龄必须写实足年龄，婴幼儿写日、月龄，必要时，婴幼儿要注明体重。“单位或住址”一方面可作为准确区分病人的依据，防止同名同姓混淆；另一方面可防止可能出现的发药差错，及时找到病人。

处方一律用规范的中文（或英文）名称。药品名称以《中国药典》及《中国药品通用名称》（Chinese approved drug names, CADN）或经国家批准的专利药品名为准。如无收载，可采用通用名或商品名。但是，过多的商品名或专利名显然存在促成药物误用或滥用的弊端。一药多名不仅让病人无所适从，就连医药人员也难免混淆不清。有人统计了 200 种常用

药品，同一药物有 4 个药名的占 20%，5 个药名的占 25%，6 个药名的占 25%，7 个药名的占 15%，甚至有 10 个药名以上的。

WHO 要求使用药品的国际非专利名称。

医院制剂品名的书写应当与正式批准的名称一致。

西药、中成药处方，每一种药品需另起一行。

中药饮片处方的书写，可按君、臣、佐、使的顺序排列；药物调剂、煎煮的特殊要求注明在药品之后上方，并加括号，如（布包）、（先煎）、（后下）等；对药物的产地、炮制有特殊要求，应在药名之前写出。

凡药典收载的品种应以《临床用药须知》剂量为准。新药剂量应以法定说明书所示剂量为准。

每种药品必须与用量同写一行，不要使数种药物混占一行。

处方上药品剂量与数量一律用阿拉伯数字书写。在处方上应审慎使用小数点。因为小数点如果书写不够清楚或未看清楚时都有可能造成医疗差错。

药品剂量应当使用公制单位。重量为克（g）、毫克（mg）、微克（ μg ）、纳克（ng）；容量为毫升（ml）；国际单位为 IU。在书写外文符号时必须清楚，往往一字之差，差之千倍。

现在一般厂家生产药品按需要分剂量小包装。医师处方最好以 1 小包装为单位，这样可以连同小包装内的药品说明书直接发给患者，方便病人用药时参考。注射液为支、瓶；片、丸、胶囊剂为片、丸、粒；颗粒剂为袋；溶液剂为支、瓶；软膏及霜剂为支、盒。

处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可酌情适当延长，如炎症可开 5~7 天，妇科调经药可开一个周期的药量，结核、糖尿病等慢性病可根据病情开一个月的用量。

如医疗需要，特殊情况需超过常规使用剂量时，医师须在剂量旁边注明原因并再次签名，以示不是误用。

药品用法可用本国文字写，每日×次，每次××等方法表示。不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。也可仍沿用拉丁文缩写。如：bid, tid, qid, im。

开具处方后的空白处应画一斜线，以示处方完毕。

处方开具后尚须细看一遍，保证完全无误后，才可签名交与病人。

处方中使用缩写词，在某种意义上来说，是一种惯例，是为了方便快捷、提高工作效率。缩写字句有早为国际通用的，也有习惯沿用的。凡是缩写的词，其末端必须标以圆点（.）符号。缩写要求简单、明了且不混淆。缩写不当，会给药房人员和病人带来麻烦；缩写错误，可能酿成医疗事故。

药名简写或缩写必须为国内通用写法。应避免能混淆意义的缩写。

有些抗生素的药名缩写词在专业文献中常能见到，如 PG, PC：青霉素；SM：链霉素；KM：卡那霉素；CM, CP：氯霉素；EM：红霉素；GM：庆大霉素。但在处方上使用就不妥，因这类缩写字母少，差别不大，而且有一词多义的情况，故容易造成发药错误。因此，处方上不宜使用抗生素这类缩写词。

一药多词，如：地塞米松：DX、DXM、DM；磺胺醋酞钠：SA、SC；氢氯噻嗪：DCT、DHCT；青霉素 G：PG、PC、PNC、PNG；碳酸氢钠：SB、NB、SODA；葡萄糖氯化钠：

GNS、D/S，使药剂人员易搞混淆，造成发药差错。

有的片剂上印有药名缩写字母，如 SMZco：复方磺胺甲唑；DXM：地塞米松。但也有的是生产厂产品的标志符号，如 CH：赛庚啉；co-D：复方地芬诺酯；A：强力安喘通。这些符号不能在处方上作为药名缩写字。

一些字母与阿拉伯数字组成的缩写字，因药名中带有数字代号，本身不妥，且易与药品的规格、剂量混淆，一般不宜选用。如：

缩写词	药名	缩写词	药名	缩写词	药名	缩写词	药名
5-Fu	氟脲嘧啶	D ₈₆₀	甲苯磺丁脲	B ₁₂	维生素 B ₁₂	AT ₅₈₁	邻脂苯芥
AY ₆₄₀₄₃	普萘洛尔	B ₅₁₈	环磷酰胺	Ba ₄₁₁₆₆	利福平	BRL ₁₆₂₁	氯唑西林
BL ₁₃₉	胃胺	CB ₂₀₄₁	白消安	BRL ₁₇₀₂	双氯西林	CI ₅₈₁	氯胺酮
HB ₄₁₉	格列本脲						

不常用的冷僻药物在处方上不宜使用缩写字。如 DXMG：二甲双胍；D-50：吡嗪酰胺钠；cc：环胞苷；ASP：门冬酰胺酶；CMT：通用解毒散。因为药剂人员不易认识。

化学分子式不宜作处方药名。如 NaCl、KCl、NaHCO₃、H₂O₂ 等。

麻醉药品、精神药品、毒性药品、放射性药品等名称不得做任何形式的缩写。

医师不可随意制造药名或随便简写、缩写药名，不得自造简化字，不得用化学符号、汉语拼音字母或代号代替药名，以避免发错药。有的医疗机构为了截留处方，防止病人带处方外出购买药品，自行编制药品缩写名或用代号的做法是极其错误的。

第六节 处方审查

一、处方监督权

药师有处方监督权，对医师乱开处方，滥用药品有权拒配。但一般药师没有处方修改权（临床药师除外），不论是处方中任何差错和疏漏，都必须请医师修改，如缺药，建议代用品，也必须通过医师重开处方或修改后签字方可调配。

药学专业技术人员经处方审核后，发现药品滥用和用药失误或可能对病人造成损害，认为存在用药安全问题时，应告知处方医师，请其确认或重新开具处方，并记录在处方调剂问题专用记录表上，经办药学专业技术人员应当签名，同时注明时间。

对于发生严重药品滥用和用药失误的处方，药学专业技术人员应当按有关规定报告。

二、处方的审核

加强发药前的快速审查对防止乱用药物和保证病人用药质量具有十分重要的意义。审查的目的是要衡量用药是否对病人全面有利。要求药师快速完成，以纠正药物不必要的相互作用和毒、副作用的出现，从而提高用药质量。

1. 处方合法性审核

药学专业技术人员应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。对于不规范处方或不能判定其合法性的处方，不得调配。

2. 用药适宜性审核

药学专业技术人员应当对处方用药适宜性进行审核。

- (1) 对规定必须做皮试的药物，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- (2) 处方用药与临床诊断的相符性；
- (3) 剂量、用法；
- (4) 剂型与给药途径；
- (5) 是否有重复给药现象；
- (6) 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。

3. 审查工作涉及三个方面

- (1) 对处方成分和作用进行具体分析；
- (2) 对医嘱和护士的施药及服务质量，加以具体指导，以建立正确的给药方法；
- (3) 对病人用药后是否异常及时提出必要措施，特别对精神药物和抗生素尤为重要，也要考虑经济条件。

4. 处方审核的具体内容

- (1) 药名、规格是否书写正确；有无成分相同而商品名不同的药品，以防重复用药；
- (2) 用药剂量是否合理；
- (3) 用药方法是否恰当；
- (4) 处方用药有无配伍禁忌，会否产生相互作用；
- (5) 对特殊管理的药品（麻醉药、精神药品）是否按有关规定执行。

三、审查处方的方法

应用电子计算机管理，既快速又准确。有的在机内储存药物的种类、剂量、用药途径等参数，在不符合参数时则出示原因；有的在多药并用时出示配伍与禁忌的答案；有的能够鉴别和防止药物的相互作用，当将一个药物名称输进机内，潜在的相互作用若存在时，可以较完整地出示药理原因和处理法。

在没有电子计算机的医疗单位可采用记录格式总结本单位的审查工作和处理办法。

第七节 处方分析

一、处方分析

主要对处方书写规范化和用药合理化等方面进行调查分析。

1. 处方书写方面

书写不合格、字迹潦草，不写性别、年龄或只写“成”，药名不正规、剂型不明确，不写规格，用量不当，用法不清或无用法，皮试未注明，涂改后不签名，大方或怪方，医师不签名或只签姓，配方者不签名或只签姓。

2. 处方用药合理性分析

分析用药与适应证是否相符，用药欠妥分为无指征用药、适应证掌握不严、选药欠妥、联合用药欠妥、用药过多、剂量偏大、重复用药、滥用、配伍禁忌或不当。

3. 住院病人用药分析 天数、用药种数、总量。

二、处方分析的一般步骤

(1) 抽样。一般采用随机抽样的方法，每次处方调查所抽取的处方总量应不少于 5000 张；

(2) 调查表格的设计；

(3) 实施调查；

(4) 数据处理和分析；

(5) 报告调查结果。

第八节 处方统计

一、处方差错登记

对医师开写的错误处方进行登记，定期报告院长。一般与赏罚挂钩的差错登记有利于提高医师及药师工作的责任心。

美国的一项调查表明：美国的医生处方错误十分严重，并因此造成了对病人的极大危害。数量最多也是最严重的处方错误是用药剂量过大，其次是处方中忽略某些病情，再次是用药剂量不足或让病人服用对其有过敏作用的药物。

二、对不合格处方进行统计

用“表格打分法”，把处方中每一项目都订出质量标准和应得分数，满分计 100 分。请高年资医师参加评阅，提供医生参考，引以为戒。只要领导重视，医生加强责任心，药剂人员细心，处方合格率就会不断提高。

三、处方用药的统计

用药品种统计、药品消耗情况，用药品种调查：抗生素类使用%，激素类使用%，维生素类使用%，基本药物使用率，处方的平均费用等。

第二章 用药选择

第一节 药物在治疗中的重要地位

药物是指供防治或诊断疾病所用的物质的统称。世界卫生组织给“药物”的定义是：任何为了接受者的利益，用于或打算用于改进或考察生理系统或疾病状态的物质或产品。

药物是医生对付疾病的武器。没有药物，再高明的医生也无可奈何；没有药物，人类将会面临一个病魔肆虐的世界。“人类的灵巧就在于能造出各种形式的药物”。人类在与各种疾病斗争中，使用药物是最基本最重要的措施。临床医学由医务人员对疾病的诊断与治疗两大部分组成，药物治疗（drug therapy）是临床治疗的基本手段，也是应用最广泛的治疗方法，约 3/4 的疾病是采用药物治疗的。据估计，临床治疗疾病获得的疗效，约有 70% 来自药物。即便是物理治疗、手术治疗、放射治疗等疾病治疗中，也需要联合药物治疗，才能达到提高和巩固疗效，防治并发症的目的。

医生的职责不仅是认识各个疾病的基本特征及典型症状，而且要认识到疾病是一个动态过程，要很好地熟悉疾病发展过程中的病理、生理变化。根据病人个体间的差异和疾病的不同阶段，并针对影响疾病预后的各已知可变因素，制订出用药个体化的治疗方案；同时还需要掌握药物的理化性质、药物相互作用、给药途径，了解影响体内药物浓度的生理过程，熟悉药物防治疾病的原理、疗效机制、不良反应等，力求比较理想的治疗效果。

“临病胜临敌，用药如用刑”。如何选好和用好药物，这是所有临床医生每天必须面临的实际问题。所以，一个优良的医生必须熟悉解剖生理学、病理学、生理生化以及微生物与寄生虫学等医学基础知识，借以加深对病人和疾病的认识，以此作为用药依据，同时又必须熟悉药理学（药效学与药物代谢动力学）、临床药理学、毒理学、药物治疗学、生物药剂学、临床药学等药物基础知识，医-药结合得越好，医疗质量就越能提高，使药物治疗有可能达到冒最小风险而获得最大治疗效益的目的。

有关药物与治疗方面的基础科学简介：

临床药理学（clinical pharmacology）是以人体为对象，研究药物与人体之间的相互作用关系和规律的学科。包括两个方面：即药理学方面的药效学和药动学，临床方面的临床试用、临床疗效和毒副作用监测、药物相互作用等。

药效学（pharmacodynamics）是研究药物对人体生理与生化机能的影响和临床效应，以及药物的作用原理、量效关系及其一系列影响因素的科学。

药物代谢动力学（pharmacokinetics）是以数学模型定量地研究药物在正常人与病人体内的吸收、分布、代谢和排泄的动态变化规律性，特别是血药浓度随时间变化的规律。

时间药理学（chronopharmacology）主要是研究昼夜节律对药物作用和体内过程的影响。

免疫药理学（immunopharmacology）是研究药物与免疫及免疫相关性疾病的相互作用规律的一门边缘分支学科。