



卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》
和《处方管理办法》
培训资料汇编

山东鲁抗医药股份有限公司新药销售公司 编印
SHANDONG LUKANG PHARMACEUTICAL CO.,LTD.

编者按

leaderette

2004年国家继续加大对抗菌药物的监管力度,规定自7月1日起抗生素药物需凭处方购买。卫生部于8月份配套出台了《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》,对规范我国医疗机构医疗行为,提高药物治疗水平,加强医德医风建设具有重要的指导意义。

为推动各地、各级医疗机构全面贯彻《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》的实施,推进合理使用抗菌药物进度,提高处方质量,保障病人用药安全。卫生部决定举办《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》培训班,并于11月13-14日在广州举行第一次会议——“华南四省三级医院培训班”。约请卫生部医院管理研究所药事管理研究部、中华医院管理学会药事管理专业委员会吴永佩教授;复旦大学抗生素研究所、复旦大学附属华山医院传染病科张永信教授;上海第二医科大学附属瑞金医院院感染办、临床微生物科倪语星教授等国内知名专家、教授,为来自广东、广西、福建、海南四省、区各三级医院的400余名药事管理负责人,进行了有关两个文件的实施和合理应用抗菌素药物等内容的讲座。山东鲁抗医药股份有限公司作为会议协办单位参加了此次会议。

为大力支持《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》两个文件的实施,使更多的医务人员认识两个文件的重要性,并在今后工作中认真贯彻执行。我公司特将此次“华南四省三级医院培训班”讲座内容汇编成册,免费发放到各合作单位医院。以尽我们对《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》两个文件在全国各地、各医疗机构贯彻实施,支持各医疗单位药事管理工作的绵薄之力。

山东鲁抗医药股份有限公司新药销售公司

总经理:宋丙瑞

2004年12月

目录

CONTENTS

§ · 实施《指导原则》促进临床抗菌药物合理使用 / 张永信	1
§ · 《处方管理办法（试行）》制定的背景与主要内容释义 / 吴永佩	11
§ · 贯彻实施《办法》《指导原则》促进临床合理用药 / 李大川	30
§ · 细菌耐药监测与抗菌药物临床应用 / 倪语星	36
§ · 合理应用抗菌药	48
§ · 抗菌药物临床应用指导原则	
前言	66
抗菌药物临床应用的基本原则	67
抗菌药物临床应用的管理	73
各类抗菌药物的适用证和注意事项	74
各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗	88
§ · 处方管理办法（试行）	113

实施《指导原则》促进临床抗菌药物合理使用

复旦大学抗生素研究所 华山医院传染病科 张永信 教授

1、抗菌药是国内耗量最大的药物

1996～ 长江流域医院用药信息网资料分析

1998 全球抗感染药销售 400 亿美元

抗生素 250—260 亿

抗病毒药 55 亿～56 亿

抗真菌药 40—42 亿

国内药厂 抗菌药生产量>>需求。

2、上海地区96-2000年药物使用金额（万元）

	抗菌药	所有药物	抗菌药%
96	39237	114983	34.12
97	41131	142943	32.97
98	54370	174408	31.17
99	61190	200057	30.59
00	71156	254537	27.96

3、2001-2003年长江流域6城市抗菌药使用金额（万元/所占百分比）

城市	2001	2002	2003
上海	77787/27.36%	77524/26.27%	91533/25.37%
杭州	28392/30.93%	36105/31.29%	42359/30.69%
南京	24773/31.03%	26976/29.77%	33955/30.69%
武汉	24442/37.77%	30206/38.67%	38869/39.76%
成都	16363/31.3%	19987/31.97%	24911/31.33%
重庆	17912/39.81%	18824/38.82%	22643/37.01%
合计	189669/30.7%	209622/30.37%	254271/30.0%

4、2003年度上海与国际药品销售比较

抗菌药物所占全部药物份额

上海：超过总量的 1/4（25.38%）

其中抗生素占 3/4 以上，头孢菌素近一半。

世界：以调脂药、抗精神失常药占多数

头孢菌素及抗菌复合物制剂仅占 2%

销售额前 10 位药物

上海：有 4 种抗生素（多头孢类抗生素）

且排名第一、二、四、五位

世界：没有抗菌药

5、不协调

* 药费增长>GDP 增长

* 抗菌药比例 28—40%>>文明国家

* 新、贵品种居多

* 合理用药推荐<滥用势头

6、不合理用药现象严重

* 抗菌药占门诊处方量的 24%以上，比例最大。

* 住院患者 79%应用了 1 种或 1 种以上抗菌药，而根据药敏实验而选择的只占 14%。

7、细菌耐药现象日趋严重

* 甲氧西林耐药金葡菌（MRSA）

* 耐甲氧西林表青霉素耐药肺炎链球菌（PRSP）

* 葡萄菌（MRSE）

* 万古霉素耐药肠球菌（VRE）

* 产超广谱 β -内酰胺酶（ESBLs）革兰阴性杆菌

8、滥用误区

* 抗菌药=消炎退热药

* 抗菌药预防所有感染

* 以广谱抗菌药对付常见感染

* 新、贵品种的疗效优于老、廉品种

* 个人老经验就是真理

9、《指导原则》特点，强调抗菌药应用指征

治疗性应用 ■ 细菌性感染

■ 真菌、分枝杆菌、支原体、衣原体、螺旋体、立克次体、原虫感染

10、预防性应用指征

■ 霍乱、鼠疫、流脑、结核

内、儿科 1—2 特定菌

■ 风湿热

■ 孕妇菌尿症

不成规预防用药

■ 病毒感染、昏迷、休克、穿孔…

11、外科预防用药

■ 清洁手术	针对切口感染	一般不用药，特定情况下可用药（污染机会多、重要脏器或异物植入术、高龄、免疫缺陷）
■ 清洁-污染手术	手术部位感染或术后全身感染	针对性规范用药

12、强调尽早查明致病原 针对用药

- * 规范培养，测药敏，结合临床评价
- * 危重感染先经验用药
- * 根据临床特点 判断病原种类

13、树立正确的抗感染思路

- * 尽早确定致病原
 - 规范留取标本，培养病原，测定药敏，结合临床评价。
 - 依据临床特点判断病原
 - 参考经验疗法
- * 将抗菌药最突出的特点用于临床
- * 选用对患者最安全的方案

14、经验疗法

感染特点	可能致病菌	首选药	次选药
皮肤软组织创伤、感染、脓肿挤压	葡，金葡	耐酶青，一代头孢 单用或联合氨基苷	林可红、环丙等、万古
大面积烧伤	葡、绿脓 肠杆菌科 不动杆菌 真菌	哌拉或三代头孢 氨基苷	环丙等；A 氨基苷
气管切开、人工呼吸机	肠杆菌科 绿脓、不动 金葡	同上	同上
慢性肺疾			
吸入肺炎（院外）	口腔厌氧菌	青（大量）	氨基青+酶抑制剂、克林
吸入肺炎（院内）	肠杆菌科 厌氧菌	哌拉+甲硝唑	庆大+克林
保留导尿管	肠杆菌科	氨基青+酶抑制剂	三代头孢
尿路手术	绿脓	氨基苷	氨基苷
前列腺肥大	肠球菌		



中国驰名商标

妇产科手术	大肠、B 链	酶抑制剂复合剂	二代、三代头孢
流产分娩后	肠球		+ 甲硝唑或克林
	脆弱类杆菌		
胆道肠道手术	肠杆菌科	酶抑制剂复合剂	二代、三代头孢
	脆弱类杆菌		+ 甲硝唑或克林
留置静脉导管	葡		
人工替代物	肠杆菌科	耐酶青	万古或三代头孢
	念珠菌		氨基苄
	绿脓		

15、“理想”品种

- * 抗菌作用独特
- * 在感染部位药物浓度足够高
- * 对患者安全

16、抗菌药最突出的特点

- * 独特的抗菌特点

耐药革兰阳性菌

万古霉素 替考拉宁 利奈唑酮、
奎奴普汀/达福普汀

产 ESBL 革兰阴性菌

碳青霉烯类、酶抑制剂复合剂、头霉素

耐庆大革兰阴性菌

异帕米星、阿米卡星、奈替米星

嗜麦芽窄食单胞菌

特美汀、舒普深、氟喹诺酮类

- * 感染部位药物浓度高

- * 安全

17、组织浓度

骨	克林、林可、磷、氧氟、依诺、环丙
前列腺	氟奎诺酮、红、SMZ、TMP、四
胆汁	大环内酯、林可、利福、哌酮、曲松、庆大等、氨苄、派拉
浆膜腔	大多药物可入，除包裹积液或脓稠

18、抗菌药在CSF中的浓度

脑膜无炎症时 CSF 浓度>MIC	脑膜炎时 CSF 浓度≥MIC	脑膜炎时 CSF 浓度≤MIC	CSF 中浓度难测
氯	青	链	苄星青
SD	氨苄	庆大	林可
TMP	哌拉西林	妥布	克林
美洛西林	曲松	红	克拉
拉氧头孢	他定	苯唑	阿奇
吡嗪酰胺	唑肟	酮康唑	多粘
INH	噻肟	(>0.8/d)	曲康唑

利福平	呋新	两性 B
乙胺丁醇	西丁	
乙硫异烟胺	氨曲南	
氟康唑	美罗培南	
5FC	四	
甲硝唑	氧氟沙星	
阿昔洛韦	环丙	
	培氟	
	阿米卡星	
	万古	

19、次要特点不单独用于临床

单纯 G+菌感染不选用： 三代头孢
氨基苷类
氟喹

20、第三代头孢

	肠杆菌科	绿脓	耐酶	排泄	其它
噻肟	+++	+	耐	肾	肝内代谢
哌酮	++	+++	不耐	肝胆	出血倾向
曲松	++~+++	++	耐	肝胆	半衰期长
他定	+++	+++	耐	肾	入 CSF 多 免疫缺陷 者感染

21、碳青霉烯类

	泰能 Imipenem	美平 Meropenem	克倍宁 Panipene
G+	++	+~++	++~+++
肠杆菌科	+++	++++	++~++++
绿脓杆菌	++~+++	+++	++
厌氧菌	+++	+++	+++
对去氢肽酶			
稳定性	不稳	稳定	尚稳
中枢毒性	++	±	±

22、强调给药方案科学合理

- * 剂量
- * 途径
- * 次数
- * 疗程

23、强调个体化给药

- * 特殊生理状态：老年人 新生儿 儿童 孕妇 授乳妇
- * 特殊病理状态：肝功能不全 肾功能不全 免疫功能缺陷

24、老人抗菌药药理

- * 肾功能减退，半衰期长，血浓度高
- * 肝解毒功能降低
- * 组织退化、防御功能低，胃、尿、胆汁中常有菌
- * 水量减少，药物在脂肪中浓度高
- * 白蛋白减少，游离物多

25、老人感染特点

- * 易发生细菌感染
- * 常见肺炎、慢支、尿感、胆道感染、败血症
- * 常见菌：G-杆菌、金葡、肺球、真菌

26、老人抗菌治疗

- * 易用杀菌剂
- * 避免肾毒性药物
- * 有条件的做 TDM（特别用肾毒性药物时）
- * 不良反应多，且不易发现
- * 肝肾清除减退、剂量低、分次
- * 注意全身状态、心功能、水盐平

27、小儿抗菌药药理

- * 药物酶系不成熟，血浓度偏高
- * 肾发育不全，药物排泄减少
- * 胞外溶液量大，药物清除慢
- * 药物与血浆蛋白的结合松，游离药物多

28、小儿抗菌治疗

- * 剂量宜低
- * 避免应用毒性明显的药物：氨基糖甙类、多粘、磺胺、呋喃、喹诺酮
- * 避免肌注

29、孕妇抗菌药药理

- * 血容积大，肾血流量大，分布容积大
- * 剂量宜增，对药物毒性敏感
- * 药物通过胎盘影响胎儿

30、乳妇抗菌治疗

- * 授乳影响胎儿：磺胺、异烟肼、红、甲硝唑
- * 安全：β-内酰胺类

31、肝功能减退时抗菌药物的应用

药物	对肝脏的作用	肝病时应用
大环内酯类	酯类自肝胆系统消除减少； 酯化物具肝毒性	按原量慎用，减量应用 避免应用其酯化物
林可类	半衰期延长，清除减少，转氨酶增高	减量慎用
氯	在肝内代谢减少，血液系毒性	避免使用
利福平	可致肝毒性，可与胆红素竞争酶结合 致高胆红素血症	避免使用，由应避免与 异烟肼同用
异烟肼	异烟肼清除减少，菌具肝毒性	避免使用或慎用
两性B	肝毒性、黄疸	禁用
四、土	严重肝脂肪变性	避免使用
磺胺	肝内代谢，与胆红素竞争血浆蛋白 结合，引起高胆红素血症	避免使用
酮康唑、咪康唑	肝内代谢灭活，肝病时灭活减少	避免使用或监测 血药浓度慎用
派拉、阿洛	肾、肝清除，肝病时清除减少	严重肝病时减量慎用
噻吩、噻吩	肾、肝清除，严重肝病清除减少	严重肝病时减量慎用

32、肝功能减退时适应的抗菌药

β-内酰胺类 多粘菌素 氨基糖甙类 磷霉素 万古霉素类

33、肾功能损伤者感染时抗菌药的选用

- * 可选用，按原治疗量或略减量

红霉素、利福平、多西环素、林可霉素、氨苄西林、阿莫、派拉西林、美洛西林、
苯唑西林、头孢哌酮、头孢曲松、头孢噻吩、氯霉素、两性霉素B、异烟肼、
乙胺丁醇、甲硝唑、酮康唑

- * 可选用，剂量需中等度减少

青霉素、羧苄西林、阿洛西林、头孢唑林、头孢噻吩、头孢氨苄、头孢拉定、头孢
孟多、头孢西丁、头孢呋辛、头孢他啶、头孢唑肟、拉氧头孢、头孢吡肟、氨曲南
亚胺培南、SMZ+TDM（在血药浓度监测下应用）

- * 避免应用，确有指征应用时在血药浓度监测下显著减量应用

庆大霉素、妥布霉素、奈替米星、阿米卡星、卡那霉素、链霉素、氨基糖甙类、
万古霉素、壁霉素、氟胞嘧啶

- * 不宜用者

四环素类（除多西环素外）、呋喃妥因、萘啶酸

34、氨基糖甙类维持量的计算法（按冲击量的%计算）

内生肌酐清除率 (ml/min)	给药期间		
	8h (%)	12h (%)	24h (%)
90	84	—	—
80	80	91	—
70	76	88	—
60	71	84	—
50	65	79	—
40	57	72	92
30	48	63	86
25	43	57	81
20	37	50	75
17	33	46	70
15	31	42	67
12	27	37	61
10	24	34	56
7	19	28	47
5	16	23	41
2	11	16	30
0	8	11	21

35、减量法

轻度肾功能损伤	2/3~1/2
中度	1/2~1/5
重度	1/5~1/10

36、内生肌酐清除率

$$\text{男} = \frac{140 - \text{年龄}}{\text{血肌酐}} \times \frac{\text{标准体重 (kg)}}{72}$$

37、肾功能减退程度参考化验指标

肾功能试验	正常值	肾功能减退		
		轻度	中度	重度
内生肌酐清除率 (ml/min)	90~120	>50~80	10~50	<10
血肌酐 (mmol/l)	53~106	133~177	177~142	>442
血尿素氮 (mmol/l)	3.2~5.4	7.1~12.5	12.5~21.4	>21.4
血非氮白氮 (mmol/l)	14.3~25	28.6~42.8	42.8~71.4	>71.4

注：新→旧系数换算如下：
 血肌酐值×0.0113mg/dl
 血尿素氮值×2.8mg/dl
 血非蛋白氮×1.4mg/dl

38、免疫缺陷者感染的常见病原

疾病	免疫缺陷	病原
再障，急性白血病 自身免疫病、肿瘤 化疗、胶原病 器官移植、淋巴瘤 肿瘤化疗	中性粒细胞减低 细胞免疫缺陷	G-：肠杆菌科、绿脓 G+：葡 真菌 李斯德菌 胞内病原（军团菌、弓形体、结核杆菌与其他 分枝杆菌、麻风杆菌等） 真菌、病毒（水痘疱疹病毒、巨细胞病毒等）

39、现行经验疗法

病情	用药
中性粒细胞 $<500 \times 10^6/L$ 中性粒细胞低： $>60y$ ， 血肌酐异常高 第8颅神经损害	哌拉（或他定）+丁胺卡那 青过敏 万古+氨曲南 哌拉+头孢他定
中性粒细胞 $>500 \times 10^6$ 病情稳	苯唑（邻氯、头孢Ⅶ）+丁胺卡那 头孢他定 亚胺培南
弥漫性肺浸润	SMZ—TMP
多发性实变	大环内酯
导管感染	万古
严重腹泻、腹部明显症状	甲硝唑
广谱抗生素正规使用无效	加两性B，脂质体

40、常用抗菌药对妊娠影响的分类

- * B类 青霉素类、头孢菌素类、两性霉素B、阿奇霉素、克林霉素、克霉唑、红霉素、美罗培南、甲硝唑、呋喃妥因（分娩时禁用）、制霉菌素、磺胺（分娩时禁用）、乙胺丁醇、磷霉素、特比萘芬 阿昔洛韦
- * C类 氯霉素、环丙沙星、克拉霉素、氨苯砜、醋氨苯酚、呋喃妥因、灰黄霉素、亚胺培南、氟康唑 伊曲康唑、酮康唑、甲氧苄啶、（去甲）万古霉素 氟胞嘧啶、磺胺、利福平、异烟肼、吡嗪酰胺、更昔洛韦、干扰素、拉米夫定
- * D类 氨基糖苷类、多西环素、四环素类

41、妊娠期抗菌药物的选用

- * 妊娠早期避免应用 TMP、甲硝唑、乙胺嘧啶、利福平、金刚脲胺
- * 妊娠后期避免应用 磺胺药、氯霉素
- * 8 妊娠全程避免应用 四环素类、红霉素酯化物、氨基糖甙类、喹诺酮类、异烟肼 磺胺药+TMP、碘苷、阿糖腺苷
- * 权衡利弊谨慎应用 氨基糖甙类、异烟肼、氟胞嘧啶、氟康唑、（去甲）万古霉素
- * 妊娠全程可应用 青霉素类、头孢菌素类、其它 β -内酰胺类、磷霉素、林可霉素、大环内酯类（除酯化物外）

42、强调有效的行政管理

- * 抗菌药物分级管理 非限制使用、限制使用、特殊使用
- * 微生物监测 二级、三级医院不同要求
- * 发挥药事委员会职能 制订《实施细则》

43、如何贯彻

- 成立专家小组，制定《实施细则》
- 抗菌药物分级管理宣传，落实
- 健全微生物检测常规，积累资料
- 临床药学为临床服务
- 纳入综合质量考核体系

《处方管理办法（试行）》制定的背景与主要内容释义

中华医院管理学会 吴永佩教授

一.《处方管理办法（试行）》制定的背景与意义

■ 本办法于 2004 年 8 月 10 日发布 9 月 1 日起实行 原处方笺使用到 12 月 31 日

▲ 背景

▲ 卫生部于 1982 年 1 月公布《处方制度》 20 年已不适应需要

▲ 处方笺格式与内容不规范 五花八门 式样内容各异

▲ 处方书写、调剂不规范

▲ 未建立医、药、护之间良性互存、合作、用药干预制约机制

▲ 不合理用药较严重

• 国外医疗机构不合理用药 有世界性

• WHO对加拿大抗生素使用调查：儿外科不合理使用占63% 儿内科占>30%

• 据美国国家用药失误数据库1999年对6224例用药失误

报告显示：3%的187例出现短暂损害，5例永久损害，1例危及生命，1例死亡 因用药失误每年死亡约7000例、成本20亿美元

• 国际上因不合理用药造成死亡未见有统计数据、也未见有美国资料

• 我国医疗机构不合理用药情况

• 2001年对某市20所三级甲医院调查

前10位用药中抗菌药使用情况分析：均值4种占40% 6所6种、2所5种、6所4种、4所2种、2所1种
12所医院前10位药中抗菌药用药金额>50%

前10位药中白蛋白的不合理使用：白蛋白第1位占2所 第2位4所

• 2001年9月对某直辖市9所三甲医院调查

前10位药中抗菌药占数量和金额%：均值3.9种占54.69%

2所占2个20% 金额占17.05%与37.31%

3所占4个40% 金额占41.58%~51.91%

1所占5个50% 金额占58.20%

3所占6个60% 金额占59.20%~71.61%

注意：是前10位用药分析 不是全部药品金额分析

• 不合理用药尚反映在：

据报导住院病人输液使用率>90%

输液加药率约90% 有的加药超6种

万古霉素用于手术常见预防用药

有的清洁手术过渡使用预防用药、成常规、时间长

• 联合用药过多 诱发相互作用应引起重视 回顾性调查分析（理论值）：

某医院报导：2种4.18% 3种11.1% 4种16.5% 7种38.46%

某院对43155张处方分析：2种 2.2% >6种 18.6%

某直辖市10所医院972份病历用药分析：有相互作用的14.7%国外报导处方或用药医嘱，相互作用发生率4.7%~8.8%（临床有症状 造成损害）

注意：上述分析：我国为理论值 国外为有实际损害

- 社会零售药店调剂工作中存在的问题 应引起重视
- 依据《医疗机构管理条例》处方药调剂、销售、使用属医疗行为 药店应执行医疗卫生行业有关法律法规规定
- 发展过快 行业协会 管理跟不上
- 售货员制不合适 无用药指导能力 4年用49634片牛黄解毒片 最后导致砒中毒
- 经济利益为中心：7月1日前抢购抗菌药
 - 一元钱药品柜台
 - 设门诊、坐堂医、单位内部医务室对外行医
 - 可视电话开处方药
 - 坐堂中医开处方药
- 养殖及饲料业不合理使用：通过生物链危害百姓

修订、起草本办法过程与特点

▲ 修订、起草过程

- 卫生部医政司于2001年9月组织专家修订、起草制定
- 专题讨论修改会议6次 向全国发征求意见函2次 利用全国性学术会议讨论修改3次
- 700多人次及约100所医疗机构参加讨论 历经约2年 11次修改易稿
- 保护患者用药利益：合理用药权、知情权、隐私权
- 强调医师、药师作用的发挥

制定本办法的宗旨

- ▲ 规范处方管理 医师处方和药师调剂行为
- ▲ 促进合理用药
- ▲ 提高处方质量
- ▲ 提升药物治疗水平
- ▲ 保障病人用药安全
- ▲ 促进药物资源合理使用

二.《处方管理办法》主要内容释义

第一条 为加强处方开具、调剂、使用、保存的规范化管理，提高处方质量，促进合理用药，保障患者用药安全，依据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》等有关法律、法规，制定本办法。

【释义】本条阐明制定《处方管理办法》的立法依据与目的。

■ 立法依据：《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》。

■ 目的

- ▶ 规范处方开具、调剂、使用和保存管理 提高处方质量
- ▶ 规范与发挥医师、药师在促进合理用药的专业作用
- ▶ 最终目的是促进安全、有效、经济用药保障病人用药利益

■ 确切落实合理用药原则 保障患者用药安全

▶ 合理用药概念：1985年WHO“合理用药要求患者接受的药物适合其临床的需要，药物剂量应符合患者的个体化要求，疗程适当，药物对患者及其社区内为最低廉”。《暂行规定》中将合理用药的定义概括为：“安全、有效、经济”6个字

- 安全性：基本前提 用药权衡利弊 风险和效益 最小的风险 最大效果，
用药教育 患者了解药品有两重性 治疗有一定风险
- 有效性：用药首要目标 针对病症选用适宜药物 受科学水平限制 有的仅减轻和缓解病情 达到医患可接受用药目标
- 经济性：以尽可能低成本换取尽可能大治疗效益

▶ 合理用药中应强调开处方药合理性：

- 适宜的适应证：选用药物与诊断相符合 是最佳方案
- 适宜的药品：符合合理用药原则
- 适宜的患者：选用药品无禁忌症 ADR尽可能小
- 适宜的信息：提供与其疾病和用药相关正确、重要和清楚的信息；
- 适宜的监测：监测用药后预期或可能发生意外药物效应和对策预案

▶ 不合理用药：合理用药是相对的概念、没有绝对的 不合理用药是对合理用药相对而言 很多因素影响合理用药 应分析产生原因与解决办法

- 不合理用药的主要表现：
 - 用药不对症 无适应证用药
 - 爱用强效、广谱抗生素类药物
 - 用量不适当——过大或过小、疗程过长或过短
 - 用法不适当——过度使用输液或注射剂
 - 不适当的联合用药或联合使用品种过多——诱发相互作用
 - 重复用药——造成损害
 - 使用非必要的昂贵药品
 - 按病人要求开药

• 影响不合理用药因素：

•• 国家药物政策有缺陷：

概念：由国家制定，是指导药品研究、生产、流通、使用以及监管和宏观控制药品生产、经营行业发展规划产业政策的政策法规，目的是理顺药品生产、流通体制，维护民众用药利益，保障人民预防、治疗用药的基需求，使有限的社会医药卫生资源得到最大限度的合理使用(1975年第28次国际卫生会议)

我国药品政策缺陷：



鲁抗

山东鲁抗医药股份有限公司新药销售公司

中国驰名商标

9个部门涉及对药品和与药品有关事宜的监管 多部门各管一方 政策协调困难 制定部门过多考虑本部门情况 政策间衔接不紧密或失调、甚至相互矛盾 削弱政策的权威性和可操作性 药学部门工作受影响

制定或完善国家药品政策:

新药开发研究政策

进口药品政策

药品审评批准政策

仿制药品政策

药品企业政策

社会零售企业(药店)政策——“医疗门诊”、“坐堂医”

医疗机构药品政策

其目的:

纠正药品流通领域不正之风

改善药品生产和经营企业过多 招标要保护好的企业

改变制药企业盲目发展和药品生产无计划状态

低水平重复生产 商品名称多而乱

普通药品供大于求 缺乏具规模企业和名牌创新药

•• 人员因素: 卫生技术人员是不合理用药的主因

药物与药物治疗专业知识不足

专业信息更新不及时

缺乏安全用药交待与指导

以及服务意识淡薄、责任心不强、医德医风不正等

认识上的原因:

需对医务人员的培训与教育

尚缺乏真正以病人为中心的理念

医务人员缺乏系统临床合理用药知识

对合理用药的意义缺乏全面正确的理解

对由于不合理用药严重危害性缺乏认识与必要的重视

患者因素:

药物依从性差

有的患者要求医师依自己意愿开药

疗效期望过高、不良反应缺乏了解是纠纷原因之一要宣传教育

•• 医疗机构上的缺陷:

对不合理用药认识不足、监督力弱

缺乏有效的行政与技术干预措施和合理用药教育个别机构放任医师用药不正之风

把医师处方药收入与科室或医师利益挂钩

•• 生产和经营企业不正当竞争:

对用药影响最大,是企业给医务人员回扣和给医师处方费是是不正之风最重要根源之一 生产企业太多 6300多 百