

SHE QU
HE LI YONG YAO
ZHI NAN

社区

合理用药
指南

主编 黄正明 张卫宁 王仁杰



军事医学科学出版社

全国医、药、护理专业人员用书

图在版目(CIP)录

社合理用藥指南、黃正明、王仁志主編

北京：軍事醫學科學出版社，2003.7

ISBN 978-7-80025-307-1

社区合理用药指南

I.社

IV.R97-62

中國版本圖書館(CIP)數據(2003)第11452號

出
社
郵
政

郵政編碼：2

：黃 貴

：世 綱

：蒙 印

：印 察

：本 冊

：：12

：：200

：：2003年8月第1版

：：2003年8月第1次

：：22.00元

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

社区合理用药指南/黄正明,张卫宁,王仁杰主编.

-北京:军事医学科学出版社,2009.7

ISBN 978-7-80245-307-4

I.社… II.①黄… ②张… ③王… III.药物-指南
IV.R97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 114629 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931039,66931127,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京市顺义兴华印刷厂

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:12

字 数:306 千字

版 次:2009 年 8 月第 1 版

印 次:2009 年 8 月第 1 次

定 价:25.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

为提高社区全科医生继续医学教育,中国医学教育协会成人教育委员会组织专家编写了一套供全国医、药、护专业人员用书,共四部。《社区合理用药》为其中的一部。参编人员均具有丰富的临床经验和多年的教学经验。

本教材共3章,包括合理用药基本概念、特殊人群用药指导及常见疾病用药指导。其中特殊人群主要包括老年人、小儿、妊娠期和哺乳期妇女、肝病患者、肾功能不全患者、糖尿病患者、高脂血症人群及疼痛患者等。常见疾病的用药指导涵盖了传染病、内科疾病、外科疾病、五官科疾病和皮肤病等共80余种常见疾病。

本教材主要面向医师、药师、护士及社区卫生专业技术人员,用于社区医生及相关专业人员的再提高,同时兼顾社区百姓家庭用药指导。因此语言文字上尽可能地通俗易懂,内容上深入浅出,内容编排上突出实用性和精炼性。

本教材在全体参编人员的共同努力下,经过反复审阅、修改,最终定稿。由于编者学识水平有限,书中不足之处在所难免,恳请各位读者提出宝贵意见。

黄正明

2008年12月20日

目 录

第一章 合理用药	(1)
第一节 合理用药概述	(1)
第二节 社区合理用药	(8)
第二章 对特殊人群的用药指导	(12)
第一节 老年人用药	(12)
第二节 小儿用药	(20)
第三节 妊娠期和哺乳期妇女用药	(27)
第四节 肝病患者用药	(35)
第五节 肾功能不全患者用药	(40)
第六节 糖尿病患者用药	(44)
第七节 高脂血症人群用药	(55)
第八节 疼痛患者用药	(63)
第三章 常见疾病的用药指导	(67)
第一节 传染病用药	(67)
第二节 内科疾病用药	(119)
第三节 外科疾病用药	(187)
第四节 五官科疾病用药	(274)
第五节 皮肤病用药	(349)

第一章 合理用药

药物是用来预防、治疗、诊断疾病并帮助机体恢复正常生理功能的一类特殊物质。药物治疗是医疗保健的重要组成部分,合理应用安全有效的药物可以治疗或预防疾病,乃至“起死回生”。反之,如果用药不当则可以引起严重的不良反应,甚至死亡。另外,药物也是社会发展必不可少的宝贵资源,其实际种类数量十分有限,远远不能满足人类日益增长的卫生保健要求,不合理地配置和使用药物,不仅危害健康,而且会造成资源浪费,加重社会 and 个人的经济负担。因此,在临床治疗中应遵循安全用药原则,即从微观到个人,从宏观到整个国家和社会。

第一节 合理用药概述

一、合理用药基本概念

1985 年在非洲肯尼亚首都内罗毕召开的国际合理用药专家会议上提出的合理用药(rational drug use)要求是:“对症开药,供药适时,价格低廉,配药准确以及剂量、用药间隔和时间均正确无误,药品必须有效,质量合格,安全无害。”1987 年世界卫生组织(WHO)提出合理用药的标准是:处方中的药应为适宜的药物;在适宜的时间,以公众能支付的价格保证药物供应;正确地调剂处方;以准确的剂量、正确的用法和用药天数服用药物;确保药物质量安全有效。20 世纪 90 年代以来,国际药学界给合理用药赋予了更科学、完整的定义:合理用药即以当代药物和疾病的系统知识和理论为基础,安全、有效、经济、适当地使用药物。1997 年 WHO

和美国卫生管理科学中心(MSH)对合理用药制定了一个生物医学标准:药物正确无误;用药指征适宜;疗效、安全性、使用、价格对患者适宜;剂量、用法、疗程妥当;用药对象适宜(无禁忌证、不良反应小);调配无误(包括提供适宜的用药信息);患者依从性良好。

二、基本要素

合理用药是一项涉及面广、难度高的复杂性工作。绝对合理用药很难达到,一般所指的合理用药只是相对的,当今比较公认的合理用药应该包含安全性、有效性、经济性与适当性四大要素。

(一)安全性

安全性是合理用药的首要条件,用药是否安全直接关系到患者的切身利益。但保证用药的安全性并不是说绝对没有不良反应或治疗风险,而是强调让用药者承受最小的治疗风险来获得最大的治疗效果。

药品犹如一把双刃剑,在具有治疗作用的同时,必然存在不良反应。因此,用药风险难于避免。从用药者感受和人身安全的角度出发,用药风险的表现形式和程度不尽相同,轻者稍感不适,重者可致残甚至致命。从用药目的出发,用药者对风险的承受力差别很大,对于挽救生命的治疗,患者能够耐受比较严重的药物不良反应;而对于一般常见病的治疗,即使是轻微的不适也难于承受。

(二)有效性

人们使用药物的根本目的是防病治病。对于不同疾病的药物治疗,其有效性的程度要求有差别,一般分为:①治愈疾病;②延缓病程;③缓解临床症状;④预防疾病发生;⑤避免某种不良反应的发生;⑥调节人的生理机能等。判断药物有效性的指标临床常见的有治愈率、显效率、好转率、无效率等。预防用药指标有降低疾病发生率、死亡率等。

(三) 经济性

经济性并不是指尽量少用药或使用廉价药品,而是在不影响患者安全、有效的前提下,尽可能降低药物治疗成本。当高价药品与廉价药品相比优点不明显时,应根据患者和社会的承受能力不用或少用高价药品;同类药品当药效近似时,应选价格低廉者;同种药物剂型不同但药效近似时,则限制使用昂贵剂型。

(四) 适当性

合理用药的适当性是指根据用药对象选择适当的药品,在适当的时间,以适当的剂量、途径和疗程,达到适当的治疗目标。

1. 适当的用药对象 用药必须要考虑到用药对象的生理状况和疾病状况。特别是对于老年人、儿童、妊娠期和哺乳期妇女、肝肾功能不良者、过敏体质者和遗传缺陷者等特殊人群,用药前要排除用药禁忌。如含利血平的降压药不宜用于伴溃疡的高血压及老年高血压患者;喹诺酮类抗菌药不适宜儿童感染的治疗;妊娠期和哺乳期妇女除非必要,尽量不用药;肝、肾功能不良者不要选用经肝、肾代谢才有效的药物如可的松、泼尼松等;过敏体质者用药前须做皮肤过敏试验,阳性者禁用,即使阴性也应小心用药;硝酸酯类和磺胺类药物不能用于高铁血红蛋白还原酶缺乏者等。

2. 适当的药物 医生选药时应根据疾病与患者的机体条件,权衡各种因素的利弊,从众多同类供选药物中选取最为适当的品种,如止咳时除非必要,多不用可待因;镇痛时除非必要,一般不用吗啡;普通感冒不需抗生素;需用抗生素的感染性疾病一般不用氨基糖苷类;老年人防治骨质疏松时应选用阿法骨化醇,不选用维生素 D₃ 等。需要几种药物联合使用时,要注意合并用药的适当性,避免配伍错误,如抗高血压的联合用药应采用作用机制不同的药物;降血脂药中苯氧乙酸类不能与他汀类药物配伍;氨基糖苷类抗生素不与一代头孢(头孢噻吩、头孢唑林等)合用等。

3. 适当的时间 一般说,饭前服药吸收较好,起效快;饭后服药吸收较差,起效慢。抗结核病药因食物干扰吸收需空腹服用;抗

酸药、胃肠解痉药饭前服效果较好;驱肠虫药要求在半空腹或空腹时服下。但刺激性药物如阿司匹林、吲哚美辛、铁剂等宜饭后服用。催眠药宜临睡前服用。胰岛素应在餐前注射。餐时血糖调节药那格列奈、瑞格列奈应进餐时服药。有明显昼夜节律变化的药物应按其节律给药,如糖皮质激素晨时给药不良反应较小。用药次数一般根据药物的 $t_{1/2}$ 和病情需要来定,肝、肾功能不良者应适当调整给药间隔。对于一般疾病,症状消失后即可停止用药,对于某些慢性病(如癫痫、精神失常、糖尿病、心脏病、高血压等)及感染性疾病(伤寒、结核病)等,应按规定的时间用药和停药,避免疾病复发或加重。

4. 适当的剂量 给药尽可能个体化。按照患者的体重或体表面积以及病情确定适宜的用药剂量。对于老年人、儿童、肝肾功能不全者更应注意剂量的调整。60 岁以上的老人,一般可用成人剂量的 $1/2 \sim 3/4$;小儿用药剂量可根据年龄按成人剂量折算;对毒性较大的药物,应按体重或体表面积计算。对某些药物还应精心设计适当的初始剂量,如心血管系统用药、中枢神经系统用药、糖皮质激素药等宜从小剂量开始。

5. 适当的途径 医生应综合考虑用药目的、患者身体状况以及安全、经济、方便等因素,选择适当的给药途径。一般而言,口服给药方便、经济、安全,为最常用的给药方法,但不适合于昏迷、呕吐、抽搐和急重症患者;口腔给药可避免胃肠道刺激,但吸收不完全和首过消除;直肠给药对小儿较适宜,可以避免小儿服药困难及胃肠道刺激;静脉注射或静脉滴注适用于急重症患者的治疗,不宜轻易采用。

6. 适当的治疗目标 患者接受药物治疗时,往往希望药到病除,彻底根治疾病,但由于医药学发展水平的限制,到目前为止,除少数能获得持久免疫的疾病(如麻疹、水痘、风疹、伤寒等感染性疾病)外,绝大多数疾病很难通过药物治疗而根治,药物对这些疾病只能起到减轻症状或者延缓疾病进程的作用,因此医务工作者

在治疗前就应确定适当的治疗目标,与患者积极沟通并达成共识。

三、合理用药的必要性

WHO 调查指出,全球的患者有 1/3 是死于不合理用药(irrational/inappropriate drug therapy),而不是疾病本身。不合理用药是指所用的药物不能产生有益的治疗效果甚或有害者,或者预期的效果与药物的潜在毒副作用或代价相比得不偿失者。它的危害在于增加药物不良反应发生率,延误治疗,损害患者健康,并且浪费有限的资源和金钱。据统计,美国住院患者严重及致死的药物不良反应发生率占住院患者总数的 6.7% 及 0.32%。药物不良反应致死平均值仅次于心脏病、癌症和中风。在英国,因药物不良反应或处方错误致死的人数不断增加,内科住院患者中约有 11% 存在药物不良反应,使住院日平均延长 8.5 天,总开支上升 11 亿英镑。我国医院的不合理用药情况也相当严重,不合理用药占用药者的 12%~32%。我国有残疾人 6 000 万,听力残疾占 1/3,其中 60%~80% 为链霉素、卡那霉素、庆大霉素等中毒所致。我国高血压患者血压控制良好者仅有 5%,癌症符合治疗规范者仅有 20%。每年死于药物不良反应人数达 24 万。

不难看出,不合理用药是一个世界性问题,推动合理用药,使用药做到安全、有效、经济、适当,避免和减少药物不良反应事件的发生以及资源的浪费,已成为世界各国政府和社会关注的一个重要问题。

四、不合理用药的表现

在临床上,不合理用药现象屡见不鲜,轻者给患者带来不适,重者酿成医疗事故,造成社会性的药害,给患者及其家庭乃至社会带来无法弥补的损失。我国不合理用药形式多样,归纳起来主要有以下几种表现:

（一）无明确指征用药

对症治疗是临床用药的一条重要原则。有时患者并不存在需要进行药物治疗的疾病或患者的一些症状并非药物能控制,医生安慰性地给患者开药,无原则地迁就患者或为了牟取经济利益滥开药物,比如把维生素当作营养药开给患者,预防性使用抗生素、免疫调节剂等。

（二）选药不当

患者存在用药病症时,选用的药物不对症,违反禁忌证和慎用证,甚至无必要地使用价格昂贵的药品。如治疗缺铁性贫血用维生素 B₁₂;抢救磷化锌中毒用碘解磷定;对患有青光眼的胃肠道痉挛者用阿托品解痉;治疗腰酸背痛和一般荨麻疹用糖皮质激素药;儿童腹泻用诺氟沙星;对于发热患者首选广谱抗生素等。

（三）剂量过大或不足

药量过大,可能引起中毒,尤其对老年人和儿童以及治疗指数低的药物;药量偏小,不仅达不到治疗效果,反而会贻误病情,甚至产生耐药性。

（四）不按疗程服药

用药时断时续:感觉好转时即停药,感觉不好时再用药;疗程不足:细菌感染性疾病常需 7~14 天才可治愈,临床用药两三天,症状有所缓解就停药;突然停药:一些需长期服用的治疗慢性疾病的药物,如抗癫痫药、抗心律失常药、抗高血压药等突然停用。

（五）用药品种过多合并用药不当

盲目给患者开大处方,不恰当地合并使用多种药物甚至重复用药,如青霉素与庆大霉素合用;格列齐特与达美康合用;可乐定与 α -甲基多巴合用等。

（六）用药时机不对

比如乙肝,在体内没有病毒复制时,使用抗病毒药物治疗;对于增长缓慢的实体瘤,先用细胞周期特异性药物治疗;保护胃黏膜的药在饭后服等。

五、基本原则

临床用药千变万化,要做到合理用药,还是有共同的原则可以遵循。

(一) 明确诊断,确定用药目的

明确诊断是合理用药的前提。应该尽量认清患者疾病的性质和病情的严重程度,并据此确定当前用药所要解决的问题。有些患者在诊断明确以前常需采取一定的对症治疗,如某些急症患者的高热、剧痛,可适当降温、止痛,但应注意不要因用药而妨碍对疾病的进一步检查和诊断,以免误诊、误治。

(二) 严格掌握适应证、禁忌证,正确选择药物

根据用药目的有针对性地选择治疗药物,同时还要考虑注意事项和禁忌证。如小儿感冒发热,特别是病毒感染引起的发热,可选用对乙酰氨基酚退热,不能选用阿司匹林;治疗风湿性关节炎不能首选糖皮质激素类药物。

(三) 选择合适的剂型和给药途径

确定用药品种后,应根据病情的轻重缓急、患者的承受能力和经济状况选择适宜的剂型和给药途径。如慢性或轻症患者可选用口服给药的片剂、胶囊剂等;对于急重症患者则需采用静脉给药方式。

(四) 确定剂量、疗程

同一药物在不同剂量时作用强度不同。如镇静催眠药在小剂量时镇静,随着剂量的增加,可依次出现催眠、麻醉甚至死亡。一些药物,如糖皮质激素对不同疾病有不同的疗法,使用剂量和疗程均不相同。因此,应根据病种、病情和疗法确定用药剂量和疗程,在治疗期间还应根据病情变化随时进行调整。

(五) 用药坚持个体化和少而精

不同患者因为病情和机体状况不同,其药效学和药动学也不同,因此用药方案要个体化,尤其是特殊人群用药以及使用作用

强、治疗指数小的药物时更应注意。另外,临床合并用药越多,药物不良反应发生率越高。因此,用药还应“少而精”,可用可不用的药物尽量不用,争取能用最少的药物达到预期的目的。

(六) 科学的药物配伍

在为了增强疗效、降低毒副作用以及延缓耐药性的发生时可以考虑联合用药。如联合应用抗结核病药可以延缓细菌耐药性的产生;异烟肼和维生素 B₆ 合用可减少异烟肼引起的神经毒性;磺胺类药物和甲氧苄啶合用使抗菌活性提高等。

练习题

1. 合理用药的生物医学标准是什么?

2. 合理用药包括哪四大要素?

3. 合理用药的适当性指什么?

4. 什么叫不合理用药?

5. 不合理用药有哪些危害?

6. 不合理用药有哪些表现?

7. 合理用药应遵循哪些基本原则?

第二节 社区合理用药

社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分,是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。大力发展社区卫生服务,构建以社区卫生服务为基础、社区卫生服务机构与医院和预防保健机构分工合理、协作密切的新型城市卫生服务体系,对于坚持预防为主、防治结合的方针,优化城市卫生服务机构,方便群众就医,减轻费用负担,建立和谐医患关系,具有重要意义。到 2010 年,全国地级以上城市和有条件的县级市都要建立比较完善的城市社区卫生服务体系,居民可以在社区享受到疾病预防等公共卫生服务和一般常见病、多发病的基本医疗服务。

一、社区卫生服务特点

改革开放以来,我国城市卫生事业有了很大发展,服务规模不断扩大,科技水平不断提高,医疗条件明显改善,疾病防治能力显著增强,为增进人民健康发挥了重要作用。但是,在城市卫生事业发展中存在着优质资源过分向大医院集中、社区卫生服务资源短缺、服务能力不强、不能满足群众基本卫生服务需求等问题。这是造成群众看病难、看病贵的重要原因之一。因此,建立设置合理、服务功能健全、人员素质较高、运行机制科学、监督管理规范的社区卫生服务机构是有效解决城市居民看病难、看病贵问题的重要举措。同时,发展社区卫生服务能够满足群众多方面、多层次的医疗卫生服务需求,为提高全民族的健康水平和生命质量、延长寿命提供了重要保障。据报道,美国在 1963 ~ 1998 年,全国冠心病死亡率下降 59%,中风病死率下降 64%。原因并不在于这些年间搭桥、支架等尖端医疗技术的突飞猛进,而在于社区卫生服务在人群生活方式改变上起到了决定作用。

社区卫生服务机构包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、诊所、医务所(室)、护理院等,他们提供公共卫生服务和基本医疗服务,具有公益性质,不以营利为目的。主要以社区、家庭和居民为服务对象,以妇女、儿童、老年人、慢性病患者、残疾人、贫困居民等为服务重点,以主动服务、上门服务为主,开展健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病的诊疗服务。卫生部鼓励“小病在社区,大病到医院;手术在医院,术后护理在社区”。也将在全国推广双向转诊制、社区医院“首诊制”。

二、社区用药特点及合理用药

社区卫生服务机构主要为本社区居民提供卫生服务,其中最重要的是社区医生的医疗服务,其服务对象相对固定,疾病以常见病、多发病、慢性病为主。社区医疗及用药与大医院相比,有其自

身的特点,把握这些特点,做到社区安全用药,不仅关系到社区居民的身体健康,而且关系到社区卫生服务机构本身的发展。

社区医生在其服务中应做到以下几点:

(一) 调查研究

对本社区的患者情况做到心中有数。首先通过本社区的管理部门进行调查,掌握患者情况,并建立居民健康档案,定期随访。然后根据调查结果计划采购药品,并考虑当地的经济状况确定选用药品的档次。

(二) 用药遵循安全、有效、经济、适当的原则

国家基本药物是用于满足临床基本需求的最好药品,具有临床最大治疗效益,同时又兼顾保证大多数人整体的保健。国家基本医疗保险药品是在国家基本药物基础上筛选的药物,既满足了人民群众用药需求,又有利于控制医药费用,减少药品浪费和不合理用药。社区用药应优先选择《国家基本药物目录》、《国家基本医疗保险药品目录》中的药物品种,同时考虑社区患者的经济承受能力。

(三) 扬长避短,发挥优势

社区医疗之短是医疗设备不够尖端、齐全,而长则是患者就在身边,而且对其病史及相关情况了如指掌,上门服务、提供健康指导和合理用药咨询等极为方便。如对高血压、高血糖患者定期测血压、血糖并进行饮食指导,可免去患者去大医院排队的麻烦;对慢性病患者的康复护理与大医院相比,可降低其经济支出;有针对性地举办医疗保健知识讲座可提高社区居民保健意识,做到无病防病、有病早发现等。

(四) 以人为本,合理用药

药物在发挥治疗作用的同时,不可避免地会产生不良反应,而且因人而异。无论疗效还是不良反应在不同患者身上的表现都不相同。因此选择用药品种、剂量、给药途径应充分考虑个体差异,对特殊人群如老年人、小儿、孕妇、哺乳期妇女、肝或肾功能不良者

第二章 对特殊人群的用药指导

第一节 老年人用药

随着社会的发展、医学的进步和人民生活水平的不断提高,人类寿命正在延长,人口老龄化日益明显。老年人作为一个特殊的社会群体,其生理和心理等方面均处于衰老和退化状态,易患各种疾病,用药机会和种类相对较多,因不合理用药造成的损害也明显增加。同时老年人的生理变化影响药物代谢动力学和药物效应学,这些因素使得老年人用药不同于中青年患者。因此,在对老年人的疾病进行药物治疗时,医务工作者一定要了解老年人用药特点,制订合理用药方案,在获得预期疗效时尽量减少毒副反应和药源性疾病的发生。

一、老年人药代动力学特点

(一) 药物的吸收

吸收是指从用药部位进入血液循环的过程。药物吸收的快慢和多少,除与给药途径、药物的理化性质有关外,还与吸收环境密切相关。

1. 胃肠道给药 老年人胃酸分泌减少,胃排空时间延长,肠蠕动减慢,胃肠血流量减少,同时胃肠道中的一些酶和糖蛋白含量也有所下降。这些功能的变化可使按主动方式吸收的药物(如维生素 B_1 、维生素 B_6 、维生素 B_{12} 、维生素C、钙剂、铁剂等)的吸收减少,但对于按被动方式吸收的药物(如阿司匹林、对乙酰氨基酚、磺胺甲噁唑等)几乎没有影响。另外,老年人胆汁分泌减少,对脂