

兰大二院药讯

反映用药动态 介绍用药知识 加强医药合作 协调医患关系

兰大二院药学部主办

2012年12月

第5期

国家药物政策简介

一、概述

国家药物政策(National Drug Policy, NDP; National Medicine Policy, NMP)的概念是世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在1975年第28次国际卫生会议上首次提出来的,它是指由一国政府构建、解决医药产业中存在的诸多问题的总体政策框架,用以指导各国的药品研究、生产、流通和使用的健康发展。1988年,WHO组织各国专家制定了《国家药物政策指南》(Guidelines for National Drug Policies,1988),在指南中阐述了国家药物政策组成的基本框架。1995年WHO对其进行修订,出版了第2版,但更名为《如何制定和实施国家药物政策》(How to develop and implement a national drug policy),国内于2007年11月出版了中文译本。

在我国,原国家药品监督管理局曾于2001年就大众用药的可得性及药品的使用合理性,如何制定和完善药物政策进行了研讨。2004年,国务院研究室和国家食品药品监督管理局联合召开了“国家药物政策研讨会”。2007年在中国共产党的十七大报告中明确提出提高人民群众的健康水平和促进医药卫生事业发展的具体要求,卫生部就此提出了制定“健康中国2020”战略规划的设计,药物政策是其中非常重要的组成部分。

二、世界卫生组织的《国家药物政策》的产生和发展

WHO是联合国对国际卫生事务和公共卫生进行指导和协调管理的一个专门机构。WHO宪章的职能之一是在人类卫生方面提供客观和可信的信息的建议,在全世界通过帮助、促进以及保护健康和预防、控制疾病,以有助于达到该组织的根本目标——人人获得尽可能高水平的卫生保健。

20世纪后期，世界各国在医药领域内不同程度地遇到了许多难题，如药物生产研发盲目无序、药品供销失衡、药品使用不合理、药品流通不畅、药品虚高定价、假药劣药充斥市场、部分民众无法获得基本医药保障等，困扰着人们的健康和生活。特别是在发展中国家，医药资源缺乏、医疗健康保障体系不完善，指导药品生产、供应、使用的法规不健全，人力资源、医药管理模式落后等更为严重。

下面，举出一些事例说明上述问题。

在药品的消耗量方面，据1990年统计，发达国家人口数仅占世界人口总数的16%，但其药品消耗量占世界药品总消耗量的72%，其中美国和欧洲是最大的药品消耗国。而发展中国家人口占世界人口总数的77%，其药品消耗量却不足世界药品消耗总量的20%。药品的消费状态与人口的分布不呈比例，原因在于发展中国家经济落后、药品价格昂贵（特别是治疗艾滋病的药物），不胜承担。

在药品的生产和流通方面，有些制药企业追求经济效益，不生产价廉的常用药品；一些疗效可疑的药品却充斥市场，致使常用的有效药品供应不足。其主要原因是由于政府制定政策的失误。

在药品的质量方面，也时有因质量低下而引起药物不良事件的频频发生。如对泰国及尼日利亚进行一次氯喹的抽样调查表明，有36.5%的产品不符合质量标准。

在临床用药不合理现象方面，世界各国的不合理使用、错用，特别是抗菌药的滥用或不合理使用是一个普遍存在的问题。据统计，35%~60%的处方中含有抗菌药，其中正确使用的处方却不足20%。发展中国家的抗菌药市场的规模是发达国家的2倍，其广泛应用的程度更为严重。抗菌药使用剂量、疗程不足，以致造成致病菌耐药性成为公害。处方中的多药现象可以因药物的相互作用而发生潜在危险。

上述这些问题联系密切相互制约，涉及政治、经济、文化教育、医药卫生、社会保险等诸多领域。对于这些问题，一国政府不可能仅凭单项政策和采取某些措施去解决，必须制定出统一的政策，协调有关各方的工作，才能达到合理利用社会有限医药资源，满足广大民众用药需求的目的。

为此，WHO在1975年第28次国际卫生会议上提出国家药物政策和国家基本药物制度的概念，国家药物政策是指由一国政府构建、解决医药产业中存在的诸

多问题的总体政策框架，用以指导各国的药品研究、生产、流通和使用的健康发展；国家基本药物制度则是国家药物政策的核心。因此，WHO于1977年制定并公布了第一版《基本药物示范目录》；于1985年在日内瓦召开了有关合理用药问题的专家会议，制定推动临床合理用药的实施策略；1988年组织各国专家制定了《国家药物政策指南》，并于1995年修订出版了第2版（《如何制定和实施国家药物政策》）。

20世纪末，世界上已有87个国家制定了适合自己本国的国家药物政策；157个国家制定了自己的基本药物目录；88个国家在医药学教育课程中引入基本药物理念；71个国家把基本药物目录作为享受医疗保险的依据。WHO倡导的国家药物政策及其核心基本药物制度正在世界范围内逐步推广实施，并产生积极影响。

三、国家药物政策的内涵

如上所述，国家药物政策是指由一国政府构建、解决医药产业中存在的诸多问题的总体政策框架，用以指导各国的药品研究、生产、流通和使用的健康发展；国家基本药物制度则是国家药物政策的核心。

WHO在1995年指南中对于国家药物政策的描述是：国家药物政策是一个综合框架或要素，而且国家药物政策又具有其总目标，因此其中每个构成要素在达到总目标的一个或多个目标上都发挥着重要作用。

国家药物政策的关键组成（框架或要素）部分包括：

（一）基本药物的遴选（selection of essential drug）：基本药物的遴选是国家药物政策的核心原则之一，因为它可以帮助建立药品体系所有方面的重点。例如其遴选在保证获得基本药物及合理使用药品方面是非常重要的一个措施，因为没有公共领域或健康保障体系能够负担得起供应或报销市场上所有的药品。

（二）可负担性(affordability)：可负担得起的价格是在公共和私立领域获得基本药物的一个重要先决条件。

（三）药品资金筹措(drug financing)：药品资金筹措是改善获得基本药物的另一个基本要素。

（四）供应系统（supply systems）：提高基本药物获得性的第4个要素是要有可靠的供应系统。

(五) 药品监管 (drug regulation)：药品监管机构是一个为保证药品质量、安全性和有效性以及产品信息的准确性，制定和实施大部分药品法律和法规的机构。

(六) 药物的合理使用 (rational use of drugs)：药物的合理使用是指患者得到适合其临床需要的药物，符合其个体需要的剂量、足够的时间周期，并且以对他们及其社会而言最低的价格。

(七) 研究 (research)：进行研究可以促进药物政策的各个部分的实施、监测和评估。

(八) 人力资源开发 (human resources development)：人力资源开发包括选择各种政策和策略以保证经过充分培训的、有进取心的人员来有效执行国家药物政策的各个部分。

(九) 监测和评估 (monitoring and evaluation)：监测和评估是国家药物政策的一个必需的部分，其必要的条款需列入政策内。

国家药物政策的总目标是确保药品的可获得性 (access)、质量 (quality) 和合理使用 (rational use)。药品的可获得性就是基本药物的公平获得和可承受能力；药品的质量就是要保证所有药品的质量、安全和有效；药品的合理使用就是医务人员和消费者促进治疗安全和药品的成本-效益地使用。

如上所述，国家药物政策的构成要素在达到总目标的一个或多个目标上都发挥着重要作用，它们的关系如下表所示。

国家药物政策的构成要素与主要政策目标的关系

国家药物政策的构成要素	主要政策目标		
	药品的可获得性	药品的质量	药品的合理使用
基本药物的遴选	√	(√)	√
可负担性	√		
药品资金筹措	√		
供应系统	√		(√)
药品监管		√	√
药物的合理使用	√		
研究	√	√	√
人力资源开发	√	√	√
监测和评估	√	√	√

√ = 直接关系；(√) = 间接关系

四、我国的国家药物政策

在我国，从开始制定并实施国家基本药物制度方面来看，起步并不算晚。

1979年4月我国卫生部与原国家医药管理局组织有关医药工作者成立了“国家基本药物遴选小组”，确定了“临床必需、疗效确切、毒副作用清楚、适合国情”的国家基本药物遴选原则，制定了第一版《国家基本药物目录（西药部分）1981》。其中收录了28类、278种原料药品；1982年1月18日以（82）卫药字第1号文件正式下发了《国家基本药物目录（西药部分）1981》。同时由小组编写出版了相应的《国家基本药物（西药部分）》一书。

其后，1992年由卫生部、原国家医药管理局、国家中医药管理局、解放军总后勤部卫生部和财政部联合成立“国家基本药物领导小组”，制定了遴选基本药物的原则：“临床必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西并重、择优遴选”。由有关医药学专家进行讨论遴选，经有关部门批准后于1996年4月10日以卫药发[1996]第23号文件印发了《国家基本药物制剂品种目录》，其中收录了化学药品26类、699个原料药及其相应剂型和1699个中成药处方。以后，定期修订发布了1998年、2000年、2002年和2004年版的《国家基本药物（全部品种目录）》。每版约有5%左右的品种更换。最近的为2004年版的目录，收录了化学药品23类、773个原料药及其相应剂型和1260个中成药处方。其间，也间断地编写出版了相应的《国家基本药物》出版物。

1997年中共中央、国务院发布了《关于卫生改革与发展的决定》，其中提到了关医疗保险制度和基本药物制度的问题，如“改革城镇职工医疗保障制度”。建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度，逐步扩大覆盖面，为城镇全体劳动者提供“基本医疗保障”和“国家建立并完善基本药物制度”等。

但从医药事业迅速发展的实际需要来看，对于《决定》具体实施力度尚嫌不足。尽管原国家药品监督管理局曾于2001年就大众用药可得性及药品的使用合理性，如何制定和完善药物政策进行了研讨，但总体上进展缓慢。其主要原因为未能将WHO所提出国家药物政策是一个综合框架或要素来进行工作。

2004年，国务院研究室和国家食品药品监督管理局联合召开了“国家药物政策研讨会”。参加这次研讨会的有国家发改委、财政部、劳社部、科技部、卫生部、国家知识产权局、中医药管理局、总后卫生部等相关部委；世界卫生组织国家药物政策部门的负责人汉斯博士和桑托斯博士也专程参加了会议。这次会上，专家

他们就药品生产、供应、流通过程中亟待解决的，如药品质量问题、基本药物使用不足、临床用药不合理等问题进行了研讨。

2007年在中国共产党的十七大报告中明确提出提高人民群众的健康水平和促进医药卫生事业发展的具体要求。胡锦涛总书记在中国共产党的十七大报告中明确提出：要“建立基本医疗卫生制度”，“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”。

卫生部党组按照党的十七大确定的实现全面建设小康社会奋斗目标的新要求，结合我国医药卫生发展的战略需求，提出了制定“健康中国2020”战略规划的设计。“健康中国2020”战略是国家层面的卫生发展中长期战略规划，制定好这一规划，是保障实现全面建设小康社会奋斗新目标，实现人人享有基本医疗卫生服务目标，提高全民族健康素质的重要保证。其中药物政策是其中非常重要的组成部分。

2008年 国家发展和改革委员会发布了《关于深化医药卫生体制改革的方案（征求意见稿）》。在国家行政机构改革中，卫生部设立了“药物政策和基本药物制度司”。这些都标志着我国从制度层面完善、实施和发展药物政策。有了完善的药物政策，我国的医疗保健事业将必然会发生重要的改进。



不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方

（一）不规范处方

（1）处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的。

- (2) 医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的。
- (3) 药师未对方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核药师及核对药师签名、或者单人值班调剂未执行双签名规定）。
- (4) 新生儿、婴幼儿病历未写明日、月龄的。
- (5) 西药、中成药与中药饮片未分别开具的。
- (6) 未使用药品规范名称开具的。
- (7) 药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的。
- (8) 用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的。
- (9) 处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的。
- (10) 开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的。
- (11) 单张门诊处方超过五种药品的。
- (12) 无特殊情况下，门诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的。
- (13) 开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的。
- (14) 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物的。
- (15) 中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等要求的。

(二) 用药不适宜的处方

- (1) 适应证不适宜的。
- (2) 遴选的药品不适宜的。
- (3) 药品剂型或给药途径不适宜的。
- (4) 无正当理由不首选国家基本药物的。
- (5) 用法、用量不适宜的。
- (6) 联合用药不适宜的。
- (7) 重复给药的。
- (8) 有配伍禁忌或者不良相互作用的。
- (9) 其它用药不适宜情况的。

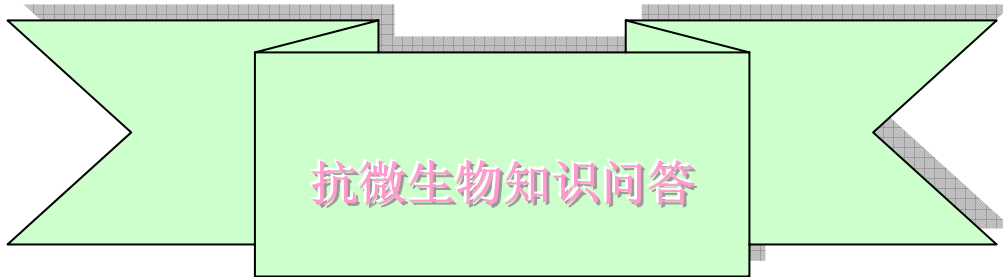
(三) 超常处方

- (1) 无适应证用药的。

(2) 无正当理由开具高价药的。

(3) 无正当理由超说明书用药的。

(4) 无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。



1、什么是细菌？

答：细菌是微生物中一大类能独立在外界环境中生长繁殖的单细胞原核微生物，直径一般在 1 微米左右。细菌对有针对性的抗菌药物敏感。

2、什么是病毒？

答：病毒是一种体积级微小的非细胞形态的微生物，绝大多数病毒小于 150 纳米，小的病毒可小于 50 纳米。用光学显微镜看不见，大多要用电子显微镜放大到几千倍或几万倍才能看见。病毒结构简单，不能独立在外环境中长期存活，寄生于宿主细胞内，对抗菌药物不敏感。

3、什么是病原体？

答：具有致病性的微生物称为病原体（即病原微生物）包括细菌、病毒、衣原体、支原体、螺旋体、真菌等。有些微生物在正常情况下是不致病的，在体内与人体相互依存，而在特定条件下可引起疾病（如人体免疫功能下降时），称为条件性病原体。

4、什么是抗菌药物？

答：抗菌药物一般是指具有杀菌或抑菌活性的药物，包括各种抗生素，磺胺类、咪唑类、硝基咪唑类、喹诺酮类等化学合成药物。

5、抗菌药物主要分为几类？

答：主要分为八大类，β-内酰胺类：包括青霉素类、头孢菌素类、碳青霉烯类、含酶抑制剂的β-内酰胺类及单环酰胺类等；氨基糖苷类；四环素类；氟喹诺酮类；叶酸途径抑制剂类；氯霉素；糖肽类：包括万古霉素和替考拉宁；大环内酯类。抗菌药物的应用需根据不同的感染性疾病进行合理选择。

6、抗生素指的是什么？

答：抗生素原称抗菌素，是指由细菌、放线菌、真菌等微生物经培养而得到的某些产物，或用

化学半合成法制造的相同或类似的物质；也可化学全合成。抗生素在一定浓度下对病原体有抑制和杀灭作用。

7、抗菌谱的概念是什么？

答：每种抗菌药物都有一定的抗菌范围，称为抗菌谱。某些抗菌药物仅作用于单一菌种或单一菌属，称窄谱抗菌素，如异烟肼只对分支杆菌属有效。另一些药物抗菌范围广泛，称之为广谱抗菌药，如氟喹诺酮类和氯霉素，它们不仅对革兰阳性细菌和革兰阴性细菌有抗菌作用，且对衣原体、肺炎支原体、立克次体等也有抑制作用。近年新发展的青霉素类和头孢菌素抗生素也属广谱抗菌药物。但他们对衣原体、肺炎支原体等无作用。

8、何为抗病毒药物？

答：抑制病毒繁殖或杀灭病毒的一类药物。

9、什么是耐药性？

答：耐药性又称抗药性，一般指病原体对药物反应降低的一种状态。是由于长期使用抗菌药物，应用剂量不足时，病原体通过产生使药物失活的酶、改变膜通透性阻滞药物进入、改变靶结构或改变原有代谢过程而产生的。耐药性严重者可使多种抗菌药物失效。

10、细菌为什么能对抗菌药物产生耐药性？

答：自然界的微生物为了维持自身代谢、保护生存条件免受其它微生物侵袭，在其生长过程中会产生一些次级代谢产物，这些化学物质全有调节本身代谢和杀灭其它微生物的作用，是微生物产生的一种抗生物质。自从微生物产生的这种抗生物质被人类发现并被研制成抗菌药物以来，人类开始介入微生物之间的抗生斗争。细菌也就把人类制成的抗菌药物视作抗争的对象，只要接触过某抗菌药物就择优去劣的进化原则保留并延续那些菌：包括能灭活抗菌药物的物质，如各种灭活酶，或改变本身的代谢规律使抗菌药物无法将其杀灭，改变抗生素作用的靶位，降低吸收，辅加排出。这样就形成了抗菌药的耐药性，使本来有效的抗菌药物在遇到耐药菌引起的感染时疗效下降，甚至完全无效。

11、如何减少细菌对抗菌药物的耐药性？

答：（1）严格掌握抗菌药物的使用适应证，病毒感染不应采用抗菌药物治疗。（2）对有适应证的病人，药物种类、用量及使用时间都要注意，能用窄谱的就不要用广谱抗菌药物，能用一种有效的就不必用多种，以避免耐药性和二重感染。（3）加强细菌耐药监测工作。（4）向群众开展合理应用抗菌药物有关知识的教育。

12、应用抗菌药物需考虑哪些问题？

答：应用抗菌药物时，需要根据病人所感染的微生物种类、病人的机体状态以及药物的抗菌作

用、抗菌谱、选择性和对机体的影响三个方面进行全面综合的考虑后，选择最佳的抗菌药物的制订最佳治疗方案。如果忽略了任何一个方面而不合理的应用抗菌药物，除了会发生不良反应影响病人的健康外，还会产生抗菌药物的独特的耐药性，它的危害性就更大了。不但会影响用药者的治疗效果，而且还会造成严重的社会影响，一旦产生了耐药菌株，对其感染的治疗就会变得十分困难。

13、合理使用抗菌原则是什么？

答：合理使用抗菌原则通常为：应有效地控制感染，争取最佳疗效，预防和减少抗菌药物的不良反应；注意合适的剂量和疗程，避免产生耐药菌株；密切注意药物对人体内正常菌群的影响；根据微生物的药敏试验，调整经验用药，选择有针对性的药物，确定给药途径，防止浪费。

14、临床选用抗菌药物的原则是什么？

答：临床应根据患者的实际病情，综合考虑感染的病原体、药物敏感实验和药物的抗菌谱进行选择。在选用抗菌药物时应遵循“能窄不广、能低不高、能少不多”的原则，即尽量使用抗菌谱窄、老一代的抗菌药物，减少不必要的抗菌药物的联合应用。口服制剂能控制感染的就不用针剂，肌肉注射能控制感染的就不用静脉滴注。

15、抗菌药物联合应用的原则是什么？

答：通常的原则是：病原体未明确的严重感染；已应用或考虑应用单一抗菌药物难以控制的感染；机体深部感染或抗菌药物不易渗透部位的感染，如心内膜炎，中枢神经系统感染；慢性难愈的感染，病程较长，病灶不易清除，长期抗菌药物治疗，细菌可能产生耐药者；为减少药物不良反应。联合用药时可将各药剂量适当减少。

16、抗菌药物的联合使用多用于哪些疾病？

答：抗菌药物联合使用的疾病多为一种抗菌药物不能控制的严重感染（包括败血症、细菌性心内膜炎、化脓性脑膜炎等）、混合感染、难治疗感染、二重感染，以及为防止耐药菌株的发生而需长期使用抗菌药物的疾病。

17、注射剂合理使用的原则是什么？

答：注射剂属处方药。患者使用注射剂，须持有医生处方；凡是口服可以有效的就不需注射，能够肌肉注射的就不应静脉注射。必须注射的应尽可能减少注射次数，应采用序贯疗法。应严格掌握注射剂量和疗程，如果使用一周无效，应考虑停药或换药。应尽量减少注射剂联合使用的种类，以避免不良反应和相互作用的出现。

18、哪些情况必须注射给药？

答：一般有以下情况者需注射给药，如吞咽困难，存在明显的吸收障碍（如呕吐、严重腹泻、胃肠道病变）或潜在的吸收障碍；口服明显降低生物利用度的药物，没有合适的口服剂型；或者通

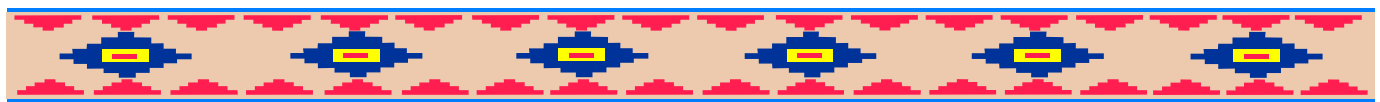
过口服给药不易达到有效治疗浓度；或疾病严重、病情进展迅速、需要紧急处理等情况。

19、抗菌药物治疗失败的原因有哪些？

答：抗菌药物治疗失败的原因可能有：细菌产生耐药性；给药途径不当；给药时机和剂量不当；病灶部位的药物分布差，达不到治疗的浓度；或因为药物储存不当或过期，致使药物失效；或误诊；或混合感染；或药物配伍不当等。

20、医疗机构在使用抗菌药物方面有哪些不合理现象？

答：一些医疗机构特别是基层医疗机构存在着无使用抗菌药物指征情况下使用抗菌药物、未进行必要的药物敏感试验而使用抗菌药物、病毒感染使用抗菌药物、使用抗菌药物作预防和过度使用高档或广谱抗药物等现象。



健康常识

哈医大一院心血管内科主任 田野

11月25日，歼-15舰载机研制现场总指挥罗阳，突发急性心肌梗死、心源性猝死，殉职于工作岗位，享年51岁。

11月18日上午，在广州马拉松比赛中，5公里选手丁喜桥和10公里选手陈杰突发心源性休克。陈杰经抢救无效当日死亡；11月27日凌晨，丁喜桥在抢救了8天后宣告死亡……

上述这几起事件看似偶然，但是，偶然存在于必然之中。

过度疲劳是“元凶”

罗阳总指挥发病的原因很有可能是由于长期过度疲劳和生活不规律，导致冠状动脉粥样硬化，再加上在现场指挥使其精神高度紧张；随后，试验成功，紧张的情绪转化成高度兴奋，这几种情况综合在一起，最终导致急性心肌梗死发作。而马拉松运动员的发病原因则相对简单一些，其主要发病原因应当是在最后冲刺阶段，体力透支、过度紧张和疲劳导致的。据了解，绝大部分马拉松运动员猝死的原因都是由心脏引起的，这个比例几乎占到90%。

眼下一些学校受运动员死亡事件的影响，取消了长跑运动的比赛项目，纯属因噎废食。正常的体育锻炼和运动还是可以开展的，但必须注意的是，一定要把平时的训练和比赛结合起来，只要做到有规律、科学地训练，提高运动员的身体素质，在比赛中是可以避免此类不幸事件发生的。

高脂血症是“主犯”

据不完全统计，心脏病的死亡率远远高于癌症等其他疾病，堪称威胁人类健康的第一杀手。急性心肌梗死是冠心病的一种，在冠心病所有类型中急性心肌梗死又因其发病急、猝死率高等特点被认为是最危险的冠心病。

急性心肌梗死是一种多因素疾病，其中最重要的是高脂血症。当血脂含量长期处于高水平时，机体对血脂的调节发生紊乱，此时如果在精神紧张、情绪剧烈波动、血压升高及吸烟过多的情况下，即可导致动脉内膜损伤，使本来不能渗入动脉血管壁内的血脂成分渗入动脉管壁中，并逐渐在那里堆积起来，形成微小血栓，使管腔逐渐变窄，血流受阻，并且使动脉管壁弹性降低、质地变硬，形成动脉粥样硬化。高血压、糖尿病、肥胖、吸烟等都是造成动脉粥样硬化的原因。

寒冷和情绪是“帮凶”

此外，寒冷刺激和不良情绪也可导致动脉粥样硬化。资料表明，在我国北方寒冷地区，冠心病的发病率明显高于南方。由于低温刺激引起体表小血管痉挛，导致动脉血管的收缩、舒张机能发生障碍，血流速度减慢，而不能完成正常的循环功能。为了进行功能补偿，心脏必须加强工作以维持正常血流速度，从而加重了心脏的负担。当寒冷刺激使心脏负担加重时，即可导致心肌缺血、缺氧，轻则发生心绞痛，重则导致心肌梗死。

那么，具有不良情绪的人为什么易患急性心肌梗死呢？因为紧张情绪能使体内的肾上腺素分泌增加。肾上腺素是人体的一种重要激素，能使精神兴奋，这类激素增多可使血管收缩，血小板增多，血液凝固时间缩短，进而引起动脉粥样硬化和急性心肌梗死。

“五注意”可以保驾护航

有冠心病、心绞痛或者有冠心病危险因素的人，在日常生活中要注意以下几点：

1. 避免过度用力，尤其是不能搬抬过重的物品。因为搬抬重物时必然弯腰屏气，这是老年冠心病患者引发心肌梗死的常见原因。

2. 不要在饱餐或饥饿的情况下洗澡。洗澡的水温最好与体温相当，水温太热可使皮肤血管明显扩张，大量血液流向体表，可造成心脑血管缺血。洗澡时间不宜过长，洗澡间一般闷热且不通风，在这样的环境中人的代谢水平较高，极易缺氧、疲劳。冠心病程度较严重的病人洗澡时，应在他人帮助下进行。

3. 冬季注意保暖。在严寒或强冷空气影响下，冠状动脉可发生痉挛并继发血栓而引起急性心肌梗死。有统计资料表明，持续低温、大风、阴雨是急性心肌梗死的诱因之一。所以，冠心病患者在冬季一定要注意保暖。

4. 注意饮食及运动。急性心肌梗死的发病过程中，高脂血症是其重要原因之一，而高脂血症又

与饮食密切相关。如果为了一饱口福，经常大鱼大肉，摄入过多的动物脂肪，那么血液中的胆固醇、甘油三酯就会增高。因此，经常过度饮食不加节制，缺乏运动及过度运动、过度劳累，都是急性心肌梗死的危险因素。

5. 放松精神，愉快生活，对任何事情都要尽量做到泰然处之。

临床药学科摘自 健康报



临床医生为何不愿上报药品不良反应

临床医生为何不愿上报药品不良反应

目前，在药品不良反应和医疗器械不良事件监测工作中，有一个问题值得重视，那就是临床医生对此工作的积极性不高，由此而导致的迟报、漏报现象时有发生。之所以会出现这样的现象，笔者认为，是因为临床医生有几个“怕”。

怕麻烦。药品不良反应和医疗器械不良事件可能涉及人体的各个系统、器官、组织，其临床表现与一些疾病很相似，判断起来比较困难。很多医生由于怕麻烦，所以在发现疑似药品不良反应和医疗器械不良事件后，往往采取能不上报就不上报的做法。

怕担责任。药品不良反应和医疗器械不良事件会不同程度地损伤人体的健康，甚至危及患者生命。由于怕承担责任，很多临床医生选择了能不上报就不上报。

怕误解。许多患者将药品不良反应和医疗事故混为一谈，只要发生了药品不良反应就认为是医生给自己“弄错了药”。有些医生担心这样的误解会引起医疗纠纷，因而不敢或不愿上报药品不良反应和医疗器械不良事件。

对于上述问题，笔者认为，应从以下几个方面入手加以解决。

首先，要组织医疗机构负责人以及临床医生认真学习《药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》等法律法规，让他们认识到，药品不良反应不是药品质量问题，也不会作为认定医疗事故的依据，从而令临床医生消除疑虑，积极参与监测及报告工作。

其次，要完善医疗单位的内部管理制度，制定一套切实可行的药品不良反应和医疗器械不良事件报告制度。药监部门应联合卫生部门将此纳入年度考核，督促医疗机构和临床医生开展此项工作。

第三，相关部门要重视医护人员的药学继续教育，提高他们甄别、诊断、分析、处理药品不

良反应和医疗器械不良事件的能力。

此外,食品药品监管部门应定期通报辖区内药品不良反应和医疗器械不良事件的报告和监测情况,对重视监测工作并做出一定成绩的单位和个人给予表彰,对工作开展不力、弄虚作假的单位及个人要按照相关规定严肃处理。

摘自《中国医药报》



药物知识

提起骨质疏松,很多人认为是由于缺钙引起的,其实维生素 D 缺乏才是老年人骨质疏松的重要原因。

九成多骨质疏松者维生素 D 水平降低

骨质疏松者是以骨量低下,骨的微细结构破坏,骨的脆性增加,极易发生骨折为特征的全身代谢性疾病,其骨代谢特点是骨的丢失大于骨的形成。生活节奏加快、营养失衡、运动不足等方面的原因都可导致骨质疏松。

数据显示,目前我国 50 岁以上骨质疏松症患者约有 6944 万名,其中女性人数约为男性的 3 倍,且由此带来的骨折、疼痛、脊柱畸形的发病率日益上升。

中老年人该如何维持骨量,防止骨质疏松的发生呢?我们做过一项研究证明,1087 名骨质疏松患者中的 993 名维生素 D 水平降低,137 名骨质疏松性骨折患者维生素 D 严重缺乏。维生素 D 可促进骨矿化和骨形成,增加肠道、肾脏对钙的重吸收,改善人体的平衡能力,且有免疫调节作用。此外,维生素 D 参与钙磷代谢,调节细胞生长、发育和增殖,对维持骨量有着至关重要的作用。

日照成为影响国人维生素 D 水平主因

维生素 D 的来源主要有内源性和外源性两种途径。皮肤在日光或紫外线照射下经光化学反应合成维生素 D 是人类内源性维生素 D 的主要来源,外源性维生素 D 可从食物中获得,其主要来源于海产品。

血中维生素 D 水平与地域、饮食结构及日照时间有关,不同地域、性别、年龄、季节血清中维生素 D 水平存在明显差异,即使同一地区、同一种族人群在不同季节的维生素 D 水平波动也很大,肝肾功能差异同样影响维生素 D 代谢。

由于中国人摄入维生素 D 少,因此日照是影响维生素 D 水平的重要因素。我国北方高纬度地区以及冬季,皮肤几乎不能合成维生素 D。随着年龄的增长,老年人户外活动减少,肝肾合成

转化维生素 D 的能力也较青壮年有所下降。很多年轻女性长年不参加户外运动，也易造成维生素 D 缺乏。因此，老年人、缺少日照、缺乏户外活动者及患有影响维生素 D 吸收的病人、常年居住在高纬度地区的人群，均应注意维生素 D 的补充。

对于出现肌痛、肌无力、走路不稳、平衡能力差或者有跌倒，甚至骨折的患者需监测血清维生素 D3 的变化，并检测骨密度，这些都有助于早期诊断骨质疏松和正确使用维生素 D。

临床药学科摘自 健康报



癌痛三阶梯止痛治疗指导原则

癌痛患者常伴有躯体症状，如疲劳、失眠、消化道症状、神经系统症状、焦虑、恐惧、抑郁、孤独等，直接导致了癌痛患者生活质量的下降。据统计，癌痛患者由于疼痛对日常生活、情绪、行走能力、工作、睡眠、社交、生活乐趣等七方面的干扰随疼痛程度的增加而加重。WHO 提出的癌痛三阶梯止痛疗法虽在全球推广，且已证实了其安全性、有效性、简单性及可行性，但至今仍未普及到全部癌痛患者受益。因此，推行癌痛三阶梯止痛疗法是医务人员的当务之急。

1. 治疗癌痛的目的

- (1) 持续、有效地消除癌症疼痛。
- (2) 限制药物的不良反应。
- (3) 将癌痛及其治疗带来的心理负担降到最低限度。
- (4) 最大限度地提高癌痛患者的生活质量。

2. 药物治疗癌痛的基本原则

- (1) 明确诊断、疼痛原因、部位、性质、影响因素。
- (2) 评估癌痛强度，让患者及其家属参加评估。
- (3) 权衡治疗手段，在考虑药物价格及给药途径(技术)的基础上，提出最理想的方法。
- (4) 尽可能长时间地采用非介入治疗。按阶梯给药、联合给药，绝对不用安慰剂。
- (5) 根据药物的作用时间固定给药间隔。
- (6) 根据患者的爱好及其对药物的耐受性，个体化选择止痛药物，个体化制定止痛药物剂量。
- (7) 考虑止痛药物对癌痛、躯体症状、心理、社会、精神、文化因素的影响，配合使用辅助药物。
- (8) 因疼痛可发生在肿瘤的发生、治疗或进展各阶段，故要随时注意癌痛发生的原因及再评估。对治疗的效果定期进行评估以便有目的地调整止痛药物剂量。

3. 癌痛三阶梯止痛原则

(1) 三阶梯止痛含义：根据患者疼痛的轻、中、重不等的程度分别选择第一、第二及第三阶梯的不同止痛药物。第一阶止痛药是以阿司匹林为代表的非阿片类药物；第二阶梯止痛药是以可待因为代表的弱阿片类药物；第三阶梯止痛药物是以吗啡为代表的强阿片类药物。非阿片类药物可增强阿片类药物的效果，针对疼痛性质不同各阶梯均可加用辅助药物。

(2) 三阶梯止痛原则

第一阶梯：非阿片类药物多指非甾体类抗炎药。该类药物对轻度疼痛有肯定疗效，并可增强第二阶梯及第三阶梯止痛效果，延长对阿片类药物剂量增加的需求，或减少用量，从而减少中枢神经系统的副作用。但该类药物有“天花板效应”即“封顶效应”，当药物剂量增加到一定程度后，疼痛仍不能消除时再增加剂量也不能消除疼痛而只能增加不良反应。因此，当使用一种 NSAID 药物疼痛得不到消除时，不能

再使用其他种 NSAID 药物(除非是因为副作用而改用)，而应直接使用第二阶梯止痛药物。

第二阶梯：弱阿片类药品种主要有可待因、氨酚待因、双氢可待因、双氢可待因对乙酰氨基酚复方片、布桂嗪、羟考酮复方片及胶囊。该类药物对中度疼痛有良好的止痛效果。该类药物的安全使用剂量被有封顶效应的 NSAID 药物剂量所限，当疼痛不能消除时应改用第三阶梯止痛药物。

第三阶梯：强阿片类药品种主要有吗啡、芬太尼、美沙酮、羟考酮。该类药物可选剂型多，且无“天花板效应”。只要能正确选择，按时给药，用量恰当并合理地使用辅助药物、预防及治疗不良反应，90%以上中、重度癌痛患者可消除疼痛。



兰大二院药学部

2012年12月