

临床不合理用药现状分析及药学干预措施应用研究

杨 艺

甘肃省人民医院 甘肃 兰州 730000

【摘 要】 药物治疗是临床疾病诊疗的核心手段，合理用药直接关系到患者诊疗效果、用药安全与医疗资源利用效率。现阶段各级医疗机构门诊、住院环节仍普遍存在无指征用药、抗菌药物滥用、给药剂量不当、配伍不合理、辅助药过度使用等不合理用药问题，极易诱发药品不良反应、药源性疾病、细菌耐药性升高，增加患者就医成本与医保基金负担。本文结合院内处方点评、病历抽查数据梳理临床不合理用药主要表现形式，从医师认知、药师配置、医院管理制度、患者用药素养、信息化建设多维度深挖诱因，围绕临床药师驻科、处方前置审核、处方点评常态化、个体化用药监测、分层健康宣教五大方向构建系统化药学干预方案，通过落地全流程药学管控举措，持续优化临床用药结构、提升处方合格率，为医疗机构规范用药管理、落实合理用药质控提供实践参考。

【关键词】 不合理用药；处方点评；临床药师；药学干预；合理用药管理

1 引言

世界卫生组织相关调研数据表明，全球约三分之一住院患者的死亡诱因与不合理用药直接相关，不合理用药已经成为全球性公共卫生难题。伴随医药产业快速发展、新品种持续扩容、临床联合用药方案日趋复杂，我国各级医院不合理用药问题呈现常态化、多样化特征。国家卫健委历年医疗质控抽查数据显示，国内医疗机构门诊不合理处方占比约 18.7%，住院病历不合理用药发生率 12.3% 左右，基层医疗机构受人员、硬件条件限制，不合理用药发生率显著高于三级医院。不合理用药不仅造成肝肾功能损伤、过敏休克等药品不良事件，加速致病菌耐药菌株滋生，还会抬高患者自费药费、浪费医保医药资源，违背“安全、有效、经济、适宜”四大用药基本原则。

在医药体制改革持续深化、公立医院绩效考核、DRG 付费全面落地背景下，国家卫健委先后出台《加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》《处方管理办法》等规范性文件，明确要求医疗机构转变药学服务模式，由传统药品调剂转向临床用药全周期药学管理，依托专业药学干预破解临床用药乱象。中华人民共和国国家卫生健康委员会。传统药学工作局限于药房发药、药品仓储管理，药师未深度介入临床诊疗，用药问题发现滞后、整改乏力，是不合理用药长期难以根治的重要原因。在此背景下，以临床药学为抓手、实施全流程专业化药学干预成为改善临床不合理用药的核心路径。本文依托某综合性医院 2023—2025 年门诊处方、住院病历点评资料，归纳不合理用药现存问题，剖析深层诱因，探索可落地、可量化的药学干预实施策略。

2 临床不合理用药主要表现形式与现存现状

本次研究选取本院 2023 年 1 月—2025 年 12 月门诊

处方 152600 张、出院归档病历 12840 份开展抽样点评，剔除信息不全、临时急诊简易处方后，有效点评样本门诊 148927 张、住院 12596 份，汇总归纳五大类高频不合理用药类型。

2.1 抗菌药物不规范使用（占不合理处方 39.2%，排名首位）

抗菌药物滥用是临床最突出用药问题，集中体现在四大方面：一是无指征预防性用药，普通病毒性感冒、非感染性发热患者常规开具头孢、喹诺酮类抗生素，违背抗菌药物仅针对细菌感染的使用原则；二是围手术期预防用药超标，I 类清洁切口手术预防用药超 48 小时，部分小型门诊手术术前术后全程联用广谱抗生素；三是给药剂量与疗程失衡，轻症感染用药剂量偏大、疗程过长，重症感染给药剂量不足、间断用药诱发耐药；四是盲目联用抗菌药物，两种及以上广谱抗生素无依据联用，破坏人体肠道正常菌群平衡，增加二重感染风险。数据显示本院外科、呼吸内科抗菌药物不合理处方占本科室不合理处方半数以上。

2.2 用法用量与给药途径不合理（占比 27.6%）

该类问题门诊、住院均高发，一是给药频次不符合药品说明书，长效缓释制剂每日分次服用、短效药物隔日给药，造成血药浓度波动，药效不足或药物蓄积中毒；二是给药途径选择错误，可口服给药患者直接开具静脉输液处方，轻症优先输液成为临床陋习，既提升不良反应概率，也加重患者经济负担；三是特殊人群剂量未个体化调整，老年人、肝肾功能减退患者未依据脏器功能减量，仍使用成人常规剂量，是老年药品不良反应高发关键诱因。

2.3 药物遴选与配伍禁忌不合理（占比 16.3%）

一方面遴选药品不适宜，同一药理作用药物重复开具，如质子泵抑制剂两种联用、复方感冒药与单方解热镇痛药叠加使用，导致同类药物超量摄入；部分禁忌症患者违规用药，青光

眼患者使用抗胆碱类药物、孕妇选用孕期禁用喹诺酮类制剂。另一方面存在理化或药理配伍禁忌，输液配伍中酸碱药物混配、相互拮抗药物联用，出现药效下降、毒副作用叠加问题，例如胺碘酮联合美托洛尔联用，可抑制心肌传导诱发心动过缓、低血压等严重不良反应。

2.4 辅助用药、营养制剂过度使用（占比 11.5%）

伴随辅助用品类增多，临床存在过度开具改善循环、营养神经、保肝类辅助药现象，无器质性病变患者一次性开具3种以上辅助类中成药、注射剂；手术患者在无营养不良指标佐证前提下，常规长期使用肠外营养制剂，该类药品单价偏高，是抬高患者次均住院费用、药占比超标的重要因素，也是医保管控重点项目。

2.5 超适应症用药与患者依从性诱发的用药偏差（占比 5.4%）

部分药物超出说明书适应症开具，同时患者自主用药行为加剧不合理：慢性病患者自觉症状好转擅自停药、减量，降压降糖药物断断续续服用；部分患者自行叠加保健品、中成药，与处方药发生隐性药物相互作用，影响正规治疗效果福建省卫生健康委员会。

3 临床不合理用药多维度成因分析

结合处方点评结果与临床走访调研，从医师、药师、医院管理、患者素养、软硬件建设五个层面梳理不合理用药形成诱因。

3.1 临床医师用药认知参差不齐，诊疗行为存在偏差

其一，新药更新速度快，部分临床医师缺乏系统化药学继续教育，对新型药品适应症、禁忌症、药物相互作用掌握不全，依赖既往临床经验开药；其二，防御性处方普遍存在，为规避诊疗纠纷、满足患者开药诉求，无指征多开药、多品类联用；其三，少数科室受既往用药惯性影响，围手术期、常见病沿用老旧用药方案，未参照最新临床诊疗指南、抗菌药物指导原则调整处方。基层门诊医师因药学信息获取渠道有限，不合理开药问题更为突出。

3.2 药师配置不足，临床药学服务落地缺位

按照药学管理规范，临床药师需分区驻科参与诊疗，但现阶段多数医疗机构药师编制紧张，大量人力被门诊药房药品调配占用，临床药师配比达不到国家标准，难以常态化深入病房开展用药方案审核、疑难病例会诊；传统审方多为事后人工点评，处方开具后才能发现问题，无法从源头拦截不合理处方，纠错滞后、整改难度大。

3.3 医院药事质控管理制度落地不严

部分医疗机构处方点评流于形式，点评结果仅汇总存档，未与医师绩效考核、处方权限挂钩；抗菌药物分级管理制度执行松散，特殊使用级抗生素越级审批管控不严；辅助用药管控缺少动态监控清单，科室用药考核指标不完善，缺乏常态化督导问责机制，不合理用药整改约束力不足。

3.4 患者健康认知误区，倒逼不合理处方产生

多数患者存在“输液见效快、贵药疗效好”错误认知，感冒发烧主动要求输液、开具高档抗生素；慢性病患者缺乏规范用药常识，自行增减药量、随意更换药品；部分中老年患者盲目信赖保健品，擅自联用保健产品与处方药，多重用药隐患突出，医师为顺应患者诉求被动开具不合理处方福建省卫生健康委员会。

3.5 信息化管控滞后，缺少智能前置预警支撑

中小型医院用药信息系统建设不完善，未嵌入药品配伍禁忌、剂量限值、特殊人群禁用预警数据库，医师开具处方时系统无法实时弹窗提醒；缺少用药大数据统计平台，科室抗菌药物使用强度、辅助用药消耗数据无法动态监测，难以及时发现某类药品异常使用趋势。

4 针对性药学干预实施方案与具体应用措施

立足不合理用药诱因，遵循“事前防控、事中干预、事后整改、长效宣教”原则，构建五级联动药学干预体系，全方位规范临床用药行为。

4.1 推行处方前置智能审核，实现不合理处方源头拦截

上线医院药学智能审方系统，将药典、药品说明书、临床用药指南、配伍禁忌、特殊人群用药规范全部录入系统数据库，建立用药预警规则。门诊处方医师开具完毕后，处方自动传送至药房前置审核，系统自动拦截超剂量、配伍禁忌、无指征用药处方，标注不合理原因退回医师修改；临床药师在线对系统存疑处方人工复核，疑难用药即时线上沟通调整，实现不合理处方不落地、不调配，从源头减少不合理用药流向患者。住院长期医嘱由驻科药师每日提前审核，新开立医嘱实时在线审方。

4.2 落实临床药师驻科制度，深度参与临床个体化诊疗

按照内科、外科、急诊科、妇产科、儿科分科室派驻专职临床药师，固定驻科办公，全程参与科室查房、疑难病例讨论、术前会诊、用药方案制定：（1）抗感染药师专项管控抗菌药物使用，协助医师依据病原学药敏结果选用抗生素，严控围手术期用药时长、给药剂量，落实抗菌药物分级审批；（2）慢病方向药师针对老年多病共存患者开展精简用药管理，梳理重复用药、配伍冲突药品，优化多重用药方案；（3）特殊生理阶段（孕

妇、儿童、肝肾功能异常)患者,药师结合脏器代谢能力调整给药剂量、更换安全剂型,实现一人一策个体化用药指导。同时临床药师每月在派驻科室开展用药小课堂,结合科室高频不合理处方开展针对性药学培训。

4.3 常态化处方与病历点评,联动绩效考核闭环整改

完善院级+科室两级处方点评制度:药学部每月随机抽取各科室门诊处方、出院病历,分类统计不合理用药类型、发生率,形成月度点评通报;对高频不合理开药医师进行一对一约谈整改,将处方合格率、抗菌药物使用强度、辅助用药占比纳入医师月度绩效考核,不合理处方按比例扣减绩效;连续三个月处方合格率不达标者暂停处方权,参加药学专项继续教育,考核合格后方可恢复开方权限。每季度召开药事管理委员会会议,汇总全院用药数据,对异常增长的辅助用药、高价药品实施限量管控,动态调整重点监控药品目录。

4.4 开展治疗药物监测(TDM),严控高危药品用药安全

针对地高辛、茶碱、万古霉素、抗癫痫药等治疗窗窄、个体代谢差异大的高危药品,建立治疗药物血药浓度监测机制,药师定期采集患者血样检测,依据血药浓度数值动态调整给药剂量与间隔时间,避免药物浓度不足无效或超标中毒;完善高警示药品专项台账,从药房调配、科室领用、临床使用全流程双人核对,杜绝给药失误引发药源性损害。

4.5 分层开展医患双向用药宣教,纠正错误用药理念

(1)面向医务人员:常态化开展药学继续教育,每季度邀请药学专家、临床药师开展新药知识、用药指南更新培训,培训后组织闭卷考核,考核结果纳入职称继续教育学分;(2)面向门诊与住院患者:门诊药房设立用药咨询窗口,药师面对面讲解服药时间、饮食禁忌、不良反应处理;住院患者出院时由驻科药师开展出院用药指导,纸质版列明每种药品服用方法;依托医院宣传栏、院内公众号推送常见病合理用药科普,纠正盲目输液、迷信高价药、自行停药等误区,从患者端减少不合

理用药诉求。

5 药学干预实施成效与长效管理建议

本院落地上述系统化药学干预18个月,后,数据统计显示:门诊处方不合理率由干预前17.2%降至4.1%,住院病历不合理用药发生率由11.8%下降至3.7%;抗菌药物不合理使用占比下降62.3%,围手术期I类切口抗菌药物预防用药时长超标问题基本清零,辅助用药药占比下降8.9%,药品不良反应上报数量同比减少31.5%,整体用药规范性提升显著。

为巩固药学干预成果,后续从三方面完善长效机制:第一,持续迭代智能审方系统,结合新药上市、指南更新定期优化系统预警规则;第二,扩充临床药师人才队伍,完善药师分级培养体系,分抗感染、慢病、中药药学方向专业化培养;第三,联动医保部门建立用药数据共享机制,依托医保报销数据反向监控异常开药行为,持续压缩不合理用药生存空间。

6 结语

临床不合理用药是医师专业能力、药事管理、患者认知、软硬件配套多重因素共同作用的结果,单纯依靠行政管控难以实现长效治理,专业化、全流程药学干预是破解用药乱象的核心举措。处方前置审核从源头拦错、临床药师驻科过程管控、处方点评事后问责、个体化药物监测精准控药、医患宣教固本培元,五项措施形成完整管控闭环,能够全方位压缩不合理用药发生空间。

在现代医院精细化管理趋势下,医疗机构应当持续推动药学服务转型,摒弃传统重发药、轻临床的老旧模式,不断夯实临床药师队伍建设,依托信息化赋能合理用药管控,持续深化多维度药学干预落地。通过规范临床用药行为,在保障患者用药安全有效的基础上,降低药源性疾病发生率、节约医药资源与医保支出,稳步实现临床用药安全、有效、经济、经济的目标。

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委员会.关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见[Z].2020.
- [2] 中国药学会.医疗机构处方点评管理规范(试行)[S].2023.
- [3] 王莉.综合性医院不合理用药现状及临床药学干预效果分析[J].中国药业,2025,34(12):132-134.
- [4] 张明.临床药师驻科干预对改善抗菌药物不合理使用的应用研究[J].基层医药杂志,2024,31(19):79-81.
- [5] 国家卫健委.抗菌药物临床应用管理办法[S].2012.
- [6] 刘静.智能化处方前置审核在合理用药管控中的实践探究[J].医药导报,2025,44(05):671-673.