

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

2013 年 3 月

第 1 期

医疗机构药事管理规定

卫生部 国家中医药管理局 总后勤部卫生部

二〇一一年一月三十日

第一章 总则

第一条 为加强医疗机构药事管理，促进药物合理应用，保障公众身体健康，根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构管理条例》和《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关法律、法规，制定本规定。

第二条 本规定所称医疗机构药事管理，是指医疗机构以病人为中心，以临床药学为基础，对临床用药全过程进行有效的组织实施与管理，促进临床科学、合理用药的药学技术服务和相关的药品管理工作。

第三条 卫生部、国家中医药管理局负责全国医疗机构药事管理工作的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门、中医药行政部门负责本行政区域内医疗机构药事管理工作的监督管理。

军队卫生行政部门负责军队医疗机构药事管理工作的监督管理。

第四条 医疗机构药事管理和药学工作是医疗工作的重要组成部分。医疗机构应当根据本规定设置药事管理组织和药学部门。

第五条 依法取得相应资格的药学专业技术人员方可从事药学专业技术工作。

第六条 医疗机构不得将药品购销、使用情况作为医务人员或者部门、科室经济分配的依据。医疗机构及医务人员不得在药品购销、使用中牟取不正当经济

利益。

第二章 组织机构

第七条 二级以上医院应当设立药事管理与药物治疗学委员会；其他医疗机构应当成立药事管理与药物治疗学组。

二级以上医院药事管理与药物治疗学委员会委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员组成。

成立医疗机构药事管理与药物治疗学组的医疗机构由药学、医务、护理、医院感染、临床科室等部门负责人和具有药师、医师以上专业技术职务任职资格人员组成。

医疗机构负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）主任委员，药学和医务部门负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）副主任委员。

第八条 药事管理与药物治疗学委员会（组）应当建立健全相应工作制度，日常工作由药学部门负责。

第九条 药事管理与药物治疗学委员会（组）的职责：

（一）贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定本机构药事管理和药学工作规章制度，并监督实施；

（二）制定本机构药品处方集和基本用药供应目录；

（三）推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本机构药物使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理用药；

（四）分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，并提供咨询与指导；

（五）建立药品遴选制度，审核本机构临床科室申请的新购入药品、调整药品品种或者供应企业和申报医院制剂等事宜；

（六）监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理；

（七）对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；向公众宣传安全用药知识。

第十条 医疗机构医务部门应当指定专人，负责与医疗机构药物治疗相关的行政事务管理工作。

第十一条 医疗机构应当根据本机构功能、任务、规模设置相应的药学部门，

配备和提供与药学部门工作任务相适应的专业技术人员、设备和设施。

三级医院设置药学部，并可根据实际情况设置二级科室；二级医院设置药剂科；其他医疗机构设置药房。

第十二条 药学部门具体负责药品管理、药学专业技术服务和药事管理工作，开展以病人为中心，以合理用药为核心的临床药学工作，组织药师参与临床药物治疗，提供药学专业技术服务。

第十三条 药学部门应当建立健全相应的工作制度、操作规程和工作记录，并组织实施。

第十四条 二级以上医院药学部门负责人应当具有高等学校药学专业或者临床药学专业本科以上学历，及本专业高级技术职务任职资格；除诊所、卫生所、医务室、卫生保健所、卫生站以外的其他医疗机构药学部门负责人应当具有高等学校药学专业专科以上或者中等学校药学专业毕业学历，及药师以上专业技术职务任职资格。

第三章 药物临床应用管理

第十五条 药物临床应用管理是对医疗机构临床诊断、预防和治疗疾病用药全过程实施监督管理。医疗机构应当遵循安全、有效、经济的合理用药原则，尊重患者对药品使用的知情权和隐私权。

第十六条 医疗机构应当依据国家基本药物制度，抗菌药物临床应用指导原则和中成药临床应用指导原则，制定本机构基本药物临床应用管理办法，建立并落实抗菌药物临床应用分级管理制度。

第十七条 医疗机构应当建立由医师、临床药师和护士组成的临床治疗团队，开展临床合理用药工作。

第十八条 医疗机构应当遵循有关药物临床应用指导原则、临床路径、临床诊疗指南和药品说明书等合理使用药物；对医师处方、用药医嘱的适宜性进行审核。

第十九条 医疗机构应当配备临床药师。临床药师应当全职参与临床药物治疗工作，对患者进行用药教育，指导患者安全用药。

第二十条 医疗机构应当建立临床用药监测、评价和超常预警制度，对药物临床使用安全性、有效性和经济性进行监测、分析、评估，实施处方和用药医嘱点评与干预。

第二十一条 医疗机构应当建立药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度。医疗机构临床科室发现药品不良反应、用药错误和药品损害事件后，应当积极救治患者，立即向药学部门报告，并做好观察与记录。医疗机构应当按照国家有关规定向相关部门报告药品不良反应，用药错误和药品损害事件应当立即向所在地县级卫生行政部门报告。

第二十二条 医疗机构应当结合临床和药物治疗，开展临床药学和药学研究工作，并提供必要的工作条件，制订相应管理制度，加强领导与管理。

第四章 药剂管理

第二十三条 医疗机构应当根据《国家基本药物目录》、《处方管理办法》、《国家处方集》、《药品采购供应质量管理规范》等制订本机构《药品处方集》和《基本用药供应目录》，编制药品采购计划，按规定购入药品。

第二十四条 医疗机构应当制订本机构药品采购工作流程；建立健全药品成本核算和账务管理制度；严格执行药品购入检查、验收制度；不得购入和使用不符合规定的药品。

第二十五条 医疗机构临床使用的药品应当由药学部门统一采购供应。经药事管理与药物治疗学委员会（组）审核同意，核医学科可以购用、调剂本专业所需的放射性药品。其他科室或者部门不得从事药品的采购、调剂活动，不得在临床使用非药学部门采购供应的药品。

第二十六条 医疗机构应当制订和执行药品保管制度，定期对库存药品进行养护与质量检查。药品库的仓储条件和管理应当符合药品采购供应质量管理规范的有关规定。

第二十七条 化学药品、生物制品、中成药和中药饮片应当分别储存，分类定位存放。易燃、易爆、强腐蚀性等危险性药品应当另设仓库单独储存，并设置必要的安全设施，制订相关的工作制度和应急预案。

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的药品，应当按照有关法律、法规、规章的相关规定进行管理和监督使用。

第二十八条 药学专业技术人员应当严格按照《药品管理法》、《处方管理办法》、药品调剂质量管理规范等法律、法规、规章制度和技术操作规程，认真审核处方或者用药医嘱，经适宜性审核后调剂配发药品。发出药品时应当告知患者用法用量和注意事项，指导患者合理用药。

为保障患者用药安全，除药品质量原因外，药品一经发出，不得退换。

第二十九条 医疗机构门急诊药品调剂室应当实行大窗口或者柜台式发药。住院（病房）药品调剂室对注射剂按日剂量配发，对口服制剂药品实行单剂量调剂配发。

肠外营养液、危害药品静脉用药应当实行集中调配供应。

第三十条 医疗机构根据临床需要建立静脉用药调配中心（室），实行集中调配供应。静脉用药调配中心（室）应当符合静脉用药集中调配质量管理规范，由所在地设区的市级以上卫生行政部门组织技术审核、验收，合格后方可集中调配静脉用药。在静脉用药调配中心（室）以外调配静脉用药，参照静脉用药集中调配质量管理规范执行。

医疗机构建立的静脉用药调配中心（室）应当报省级卫生行政部门备案。

第三十一条 医疗机构制剂管理按照《药品管理法》及其实施条例等有关法律、行政法规规定执行。

第五章 药学专业技术人员配置与管理

第三十二条 医疗机构药学专业技术人员按照有关规定取得相应的药学专业技术职务任职资格。

医疗机构直接接触药品的药学人员，应当每年进行健康检查。患有传染病或者其他可能污染药品的疾病的，不得从事直接接触药品的工作。

第三十三条 医疗机构药学专业技术人员不得少于本机构卫生专业技术人员的 8%。建立静脉用药调配中心（室）的，医疗机构应当根据实际需要另行增加药学专业技术人员数量。

第三十四条 医疗机构应当根据本机构性质、任务、规模配备适当数量临床药师，三级医院临床药师不少于 5 名，二级医院临床药师不少于 3 名。

临床药师应当具有高等学校临床药学专业或者药学专业本科毕业以上学历，并应当经过规范化培训。

第三十五条 医疗机构应当加强对药学专业技术人员的培养、考核和管理，制订培训计划，组织药学专业技术人员参加毕业后规范化培训和继续医学教育，将完成培训及取得继续医学教育学分情况，作为药学专业技术人员考核、晋升专业技术职务任职资格和专业岗位聘任的条件之一。

第三十六条 医疗机构药师工作职责：

（一）负责药品采购供应、处方或者用药医嘱审核、药品调剂、静脉用药集中调配和医院制剂配制，指导病房（区）护士请领、使用与管理药品；

（二）参与临床药物治疗，进行个体化药物治疗方案的设计与实施，开展药学查房，为患者提供药学专业技术服务；

（三）参加查房、会诊、病例讨论和疑难、危重患者的医疗救治，协同医师做好药物使用遴选，对临床药物治疗提出意见或调整建议，与医师共同对药物治疗负责；

（四）开展抗菌药物临床应用监测，实施处方点评与超常预警，促进药物合理使用；

（五）开展药品质量监测，药品严重不良反应和药品损害的收集、整理、报告等工作；

（六）掌握与临床用药相关的药物信息，提供用药信息与药学咨询服务，向公众宣传合理用药知识；

（七）结合临床药物治疗实践，进行药学临床应用研究；开展药物利用评价和药物临床应用研究；参与新药临床试验和新药上市后安全性与有效性监测；

（八）其他与医院药学相关的专业技术工作。

第六章 监督管理

第三十七条 县级以上地方卫生、中医药行政部门应当加强对医疗机构药事管理工作的监督与管理。

第三十八条 医疗机构不得使用非药学专业技术人员从事药学专业技术工作或者聘其为药学部门主任。

第三十九条 医疗机构出现下列情形之一的，由县级以上地方卫生、中医药行政部门责令改正、通报批评、给予警告；对于直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除等处分：

（一）未建立药事管理组织机构，药事管理工作和药学专业技术工作混乱，造成医疗安全隐患和严重不良后果的；

（二）未按照本规定配备药学专业技术人员、建立临床药师制，不合理用药问题严重，并造成不良影响的；

（三）未执行有关的药品质量管理规范和规章制度，导致药品质量问题或用药错误，造成医疗安全隐患和严重不良后果的；

(四) 非药学部门从事药品购用、调剂或制剂活动的;

(五) 将药品购销、使用情况作为个人或者部门、科室经济分配的依据, 或者在药品购销、使用中牟取不正当利益的;

(六) 违反本规定的其他规定并造成严重后果的。

第四十条 医疗机构违反药品管理有关法律、法规、规章的, 依据其情节由县级以上地方卫生行政部门依法予以处理。

第四十一条 县级以上地方卫生、中医药行政部门应当定期对医疗机构药事管理工作进行监督检查。

第四十二条 卫生、中医药行政部门的工作人员依法对医疗机构药事管理工作进行监督检查时, 应当出示证件。被检查的医疗机构应当予以配合, 如实反映情况, 提供必要的资料, 不得拒绝、阻碍、隐瞒。

编辑本段第七章 附则

第四十三条 本规定中下列用语的含义:

临床药学: 是指药学与临床相结合, 直接面向患者, 以病人为中心, 研究与实践临床药物治疗, 提高药物治疗水平的综合性应用学科。

临床药师: 是指以系统药学专业知识为基础, 并具有一定医学和相关专业基础知识与技能, 直接参与临床用药, 促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。

危害药品: 是指能产生职业暴露危险或者危害的药品, 即具有遗传毒性、致癌性、致畸性, 或者对生育有损害作用以及在低剂量下可产生严重的器官或其他方面毒性的药品, 包括肿瘤化疗药物和细胞毒药物。

药品损害: 是指由于药品质量不符合国家药品标准造成的对患者的损害。

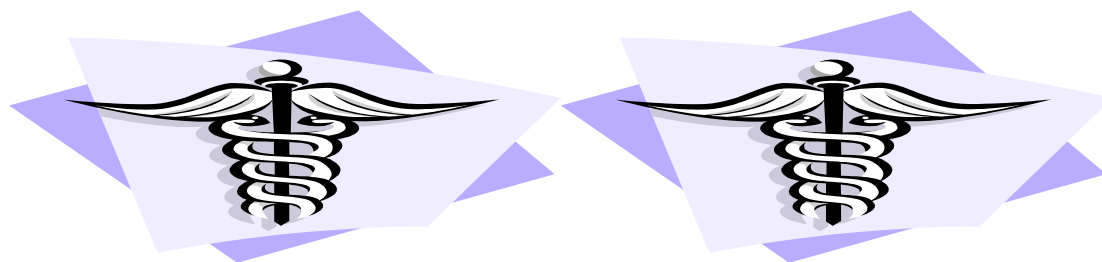
用药错误: 是指合格药品在临床使用全过程中出现的、任何可以防范的用药不当。

第四十四条 医疗机构中药饮片的管理, 按照《医院中药饮片管理规范》执行。

第四十五条 诊所、卫生所、医务室、卫生保健所和卫生站可不设药事管理组织机构和药学部门, 由机构负责人指定医务人员负责药事工作。

中医诊所、民族医诊所可不设药事管理组织机构和药学部门, 由中医药和民族医药专业技术人员负责药事工作。

第四十六条 本规定自 2011 年 3 月 1 日起施行。《医疗机构药事管理暂行规定》（卫医发〔2002〕24 号）同时废止。



学习园地

抗感染药物治疗 20 步思维法

北京军区总医院主任药师 黄祥

将药学理论知识运用于临床药物治疗是临床药师能力的重要体现。用药决策的合理性事关治疗的成败，而合理的用药决策依赖于实施者在临床的科学思维和得当处置。

感染性疾病是常见病，抗感染药物是临床上“四多药物”，即：用量多，用者多，费用多，问题多。合理应用抗感染药物是全球共同面临的问题。临床药师在临床抗感染药物治疗的思维方面涵盖病人机体、疾病状况、治疗药物等诸多方面，这是临床思维的要点与基础。在临床实践中我摸索总结了 20 步抗感染药物治疗的思维方法，供药师同仁在临床中参考。

1. 怀疑(肯定)病人存在感染时，感染部位(病灶)在何处？
2. 感染的严重程度？
3. 可能的致病病原体主要是那些？
4. 为协助明确感染诱发因素，需了解哪些相关信息？
5. 如何采集获得病原血标本与结果？
6. 怎样解释利用病原学及药敏报告结果？
7. 对怀疑(确定)的致病病原体，可供选择药物(菌谱)是哪些种类？具体品种？
8. 伴随疾病对抗感染药物治疗的影响？
9. 既往用药史(如抗感染)与药物过敏史？

10. 比较可供选用抗感染药物的抗菌谱、药理、毒理、药动学、药效学等特性，具有优势的是哪几种？
11. 比较疗效 / 风险，效益 / 成本，优选的品种是什么？
12. 根据感染病原体特征，评估病人脏器功能和机体状况个体差异对药物方案有何影响？
13. 品种选定后，确定剂量、给药间隔时间、给药途径、单用或联用、计划疗程等，适宜方案指定的依据是什么？
14. 新增品种与正在应用的其它药物品种有无相互作用影响？
15. 药物治疗中，对药品不良反应如何预防、观测和处置？
16. 病情变化时如何依情况调整给药方案？
17. 制定的预备方案有哪(几)个？
18. 药物治疗过程中怎样观察、判断药物疗效？
19. 疗程结束后，对用药方案疗效如何进行分析评估？
20. 除药物治疗外，还需哪些治疗处置？



医学文摘

沪学者发现细菌耐药新机制

复旦大学生物医学研究院英国籍全职长江学者特聘教授默基(Murchie)和研究院陈东戎率领的课题组，在耐药性病原菌中首次发现了一种由氨基糖苷类抗生素调控的新型“核糖开关”。该“开关”在控制细菌对此类抗生素的耐药性方面有重大作用。该成果对开发新型靶标药物有重大意

义，为人类最终攻克细菌耐药这一世纪难题提供了全新视角和理论依据，具有极大的临床实用潜力。相关论文1月18日发表在《细胞》(Cell)上。

最新研究证明，核糖开关是自然界细菌、高等植物等天然存在的有调控作用的传感器，位于细菌等生物体内特定的基因非编

码体区。它通过结合细菌等体内小分子代谢物来调控基因表达，可以不依赖任何蛋白质因子而直接结合代谢物并发生结构变化，参与调控生物的基本代谢。

以卡那霉素、链霉素、庆大霉素和新霉素等为代表的氨基糖苷类抗生素，临床上主要用于治疗敏感需氧革兰阴性杆菌所导致的脑膜炎、肺炎、骨关节等感染。但研究发现，由这类细菌产生的2个“破坏分子”，即氨基糖苷乙酰转移酶和氨基糖苷腺苷酰转移酶能灭活抗生素，导致抗生素失效，也就是说它是菌体产生耐药的原因之一。

研究者通过大量生物化学、分子生物学等试验，发现氨基糖苷乙酰转移酶和氨基糖苷腺苷酰转移酶编码基因的“5'非翻译区

RNA序列”区域存在核糖开关元件，它能够“一对一”地识别氨基糖苷类抗生素，并与之结合，改变核糖开关的自身结构，诱导相应耐药基因的表达，于是耐药性产生了。

该发现拓展了细菌对抗生素耐药的研究领域，提出了细菌耐药性新的研究方向。

Murchie 教授认为，虽然对现有药物进行轻微改造，就可以勉强控制现有局面，但从长远来看，研发出能以全新方式靶向杀灭细菌的新型药物更具吸引力，因为这样就能保持药物的原有临床药效，亦有望通过联合用药等方法彻底解决耐药问题。

临床药学科摘自 医学论坛报



胎儿期暴露于抗癫痫药，影响 6 岁时认知功能

一项英美联合研究显示，胎儿期暴露于丙戊酸盐与 6 岁时认知功能下降存在剂量依赖的相关性。论文 1 月 23 日在线发表于《柳叶刀神经病学》(Lancet Neurol) 杂志。

研究纳入 1999 年 10 月至 2004 年 2 月间患癫痫并接受抗癫痫药单药治疗（卡马西平、拉莫三嗪、苯妥英或丙戊酸盐）的妊娠女性 305 例，以及 311 名子女（包括 6 对双胞胎）。

结果为，多变量分析提示，胎儿期暴露于丙戊酸者，6 岁时 IQ 较低（平均为 97），暴露于卡马西平、拉莫三嗪或苯妥英者，6 岁时 IQ 分别为 105、108 和 108。与暴露于其他抗癫痫药者相比，暴露于丙戊酸盐者在语言和记忆能力方面表现较差，且在非语言和执行能力方面亦较暴露于拉莫三嗪者差。

大剂量丙戊酸盐与 IQ ($P<0.0001$)、语言能力 ($P=0.0045$)、非语言能力 ($P=0.0028$)、记忆力 ($P=0.0434$) 和执行能力呈负相关，但暴露其他抗癫痫药则不然。6 岁时 IQ 水平不仅与幼年时 IQ 水平相关，还受胎儿期暴露于抗癫痫药物的影响。与标准样本相比，胎儿期暴露于抗癫痫药儿童右利手较少 ($P=0.0404$)，且在拉莫三嗪和丙戊酸盐组更少。胎儿期暴露于抗癫痫药儿童总体语言能力较非语言能力差，拉莫三嗪和丙戊酸盐组亦如此。围妊娠期服用叶酸女性后代的 IQ 较未服用叶酸女性后代为高 (108 对 101, $P=0.0009$)。

临床药学科摘自 医学论坛报





对于老年人群听力下降与认知减退相关

来自健康 ABC 研究组的研究显示, 居住于社区的老人, 听力下降与认知减退加速及认知损害发生独立相关。论文 1 月 21 日在线发表于《美国医学会杂志·内科学》。

研究者选取老年受试者 1984 名 (平均 77.4 岁), 基线时无认知损害 [简明精神状态检查量表修订版 (3MS) 评分 ≥ 80]。在基线时, 对受试者听力较好的耳朵进行 0.5-4 千赫的纯音听阈测试, 并在第 5、8、10 和 11 年进行认知功能评估。当受试者 3MS 评分 < 80 或较基线相比降低

> 5 分时, 认为其认知功能受损。

结果为, 在基线时听力受损 (纯音听阈 > 25 分贝) 的 1162 例受试者中, 3MS 和数字符号替换试验评分的年下降率分别较听力正常个体高 41% 和 32%, 即, 3MS 的年评分变化为 -0.65 对 -0.46, 数字符号替换试验评分的年变化为 -0.83 对 -0.63。

与听力正常者相比, 基线时存在听力受损者发生认知损害的风险增加 24%。受试者认知减退速率和发生认知损害风险与个体基线时听力受损程度呈线性相关。

临床药学科摘自 医学论坛报



为了更好地促进我院糖皮质激素类药物的合理应用，提高医院的整体治疗水平，从本期药讯开始，我们将就《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》的相关内容进行连载，望能为各级医生提供参考。

《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》 (连载一)

前言

糖皮质激素类药物(以下简称糖皮质激素)在临床各科多种疾病的诊断和治疗上广泛应用。但临床不合理应用非常突出，给患者的健康乃至生命造成重大影响。为规范糖皮质激素的临床应用，避免或减少不良反应，保障患者的用药安全，提高疗效及降低医药费用，特制定《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》(以下简称《指导原则》)。

在临床诊疗工作中应参考和遵循本《指导原则》，说明如下：

1. 本《指导原则》为临床应用糖皮质激素获取最佳疗效并最大程度避免或减少不良反应而制定。临床医师应结合患者具体情况，制定个体化给药方案。
2. 本《指导原则》仅涉及临床常用的糖皮质激素，重点介绍各类糖皮质激素适应证和注意事项。
3. 本《指导原则》涉及临床各科部分常见和重要疾病。
4. 除本《指导原则》所列常用药物品种外，临床医师可根据患者临床情况及当地药物供应情况，选用最合适的糖皮质激素。

第一章 糖皮质激素临床应用的基本原则

一、糖皮质激素治疗性应用的基本原则

糖皮质激素在临床广泛使用，主要用于抗炎、抗毒、抗休克和免疫抑制，其应用涉及临床多个专科。应用糖皮质激素要非常谨慎。正确、合理应用糖皮质激素是提高其疗效、减少不良反应的关键。其正确、合理应用主要取决于以下两方面：一是治疗适应证掌握是否准确；二是品种及给药方案选用是否正确、合理。

（一）严格掌握糖皮质激素治疗的适应证。

糖皮质激素是一类临床适应证尤其是相对适应证较广的药物，但是，临床应用的随意性较大，未严格按照适应证给药的情况较为普遍，如单纯以退热和止痛为目的使用糖皮质激素，特别是在感染性疾病中以退热和止痛为目的使用。糖皮质激素有抑制自身免疫的药理作用，但并不适用于所有自身免疫病治疗如慢性淋巴细胞浸润性甲状腺炎（桥本病）、1型糖尿病、寻常型银屑病等。

（二）合理制订糖皮质激素治疗方案。

糖皮质激素治疗方案应综合患者病情及药物特点制订，治疗方案包括选用品种、剂量、疗程和给药途径等。本《指导原则》中除非明确指出给药途径，皆为全身用药即口服或静脉给药。

1. 品种选择：各种糖皮质激素的药效学和人体药代动力学(吸收、分布、代谢和排出过程)特点不同，因此各有不同的临床适应证，应根据不同疾病和各种糖皮质激素的特点正确选用糖皮质激素品种。

2. 给药剂量：生理剂量和药理剂量的糖皮质激素具有不同的作用，应按不同治疗目的选择剂量。一般认为给药剂量（以泼尼松为例）可分为以下几种情况：（1）长期服用维持剂量：2.5~15.0 mg/d；（2）小剂量： $<0.5\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ；（3）中等剂量： $0.5\sim 1.0 \text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ；（4）大剂量：大于 $1.0 \text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ；（5）冲击剂量：

(以甲泼尼龙为例) $7.5 \sim 30.0 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。

3. 疗程：不同的疾病糖皮质激素疗程不同，一般可分为以下几种情况：

(1) 冲击治疗：疗程多小于 5 天。适用于危重症病人的抢救，如暴发型感染、过敏性休克、严重哮喘持续状态、过敏性喉头水肿、狼疮性脑病、重症大疱性皮肤病、重症药疹、急进性肾炎等。冲击治疗须配合其他有效治疗措施，可迅速停药，若无效大部分情况下不可在短时间内重复冲击治疗。

(2) 短程治疗：疗程小于 1 个月，包括应激性治疗。适用于感染或变态反应类疾病，如结核性脑膜炎及胸膜炎、剥脱性皮炎或器官移植急性排斥反应等。短程治疗须配合其他有效治疗措施，停药时需逐渐减量至停药。

(3) 中程治疗：疗程 3 个月以内。适用于病程较长且多器官受累性疾病，如风湿热等。生效后减至维持剂量，停药时需要逐渐递减。

(4) 长程治疗：疗程大于 3 个月。适用于器官移植后排斥反应的预防和治疗及反复发作、多器官受累的慢性自身免疫病，如系统性红斑狼疮、溶血性贫血、系统性血管炎、结节病、大疱性皮肤病等。维持治疗可采用每日或隔日给药，停药前亦应逐步过渡到隔日疗法后逐渐停药。

(5) 终身替代治疗：适用于原发性或继发性慢性肾上腺皮质功能减退症，并于各种应激情况下适当增加剂量。

4. 给药途径：包括口服、肌肉注射、静脉注射或静脉滴注等全身用药，以及吸入、局部注射、点滴和涂抹等局部用药。

(三) 重视疾病的综合治疗。

在许多情况下，糖皮质激素治疗仅是疾病综合治疗的一部分，应结合病人实际情况，联合应用其他治疗手段，如严重感染病人，在积极有效的抗感染治疗和各种支持治疗的前提下，为缓解症状，确实需要的可使用糖皮质激素。

（四）监测糖皮质激素的不良反应。

糖皮质激素的不良反应与用药品种、剂量、疗程、剂型及用法等明显相关，在使用中应密切监测不良反应，如感染、代谢紊乱（水电解质、血糖、血脂）、体重增加、出血倾向、血压异常、骨质疏松、股骨头坏死等，小儿应监测生长和发育情况。

（五）注意停药反应和反跳现象。

糖皮质激素减量应在严密观察病情与糖皮质激素反应的前提下个体化处理，要注意可能出现的以下现象：

1. 停药反应：长期中或大剂量使用糖皮质激素时，减量过快或突然停用可出现肾上腺皮质功能减退样症状，轻者表现为精神萎靡、乏力、食欲减退、关节和肌肉疼痛，重者可出现发热、恶心、呕吐、低血压等，危重者甚至发生肾上腺皮质危象，需及时抢救。

2. 反跳现象：在长期使用糖皮质激素时，减量过快或突然停用可使原发病复发或加重，应恢复糖皮质激素治疗并常需加大剂量，稳定后再慢慢减量。

二、糖皮质激素在儿童、妊娠、哺乳期妇女中应用的基本原则

（一）儿童糖皮质激素的应用。

儿童长期应用糖皮质激素更应严格掌握适应证和妥当选用治疗方法。应根据年龄、体重（体表面积更佳）、疾病严重程度和患儿对治疗的反应确定糖皮质激素治疗方案。更应注意密切观察不良反应，以避免或降低糖皮质激素对患儿生长和发育的影响。

（二）妊娠期妇女糖皮质激素的应用。

大剂量使用糖皮质激素者不宜怀孕。孕妇慎用糖皮质激素。特殊情况下临床医师可根据情况决定糖皮质激素的使用，例如慢性肾上腺皮质功能减退症及先天性肾

上腺皮质增生症患者妊娠期应坚持糖皮质激素的替代治疗，严重的妊娠疱疹、妊娠性类天疱疮也可考虑使用糖皮质激素。

（三）哺乳期妇女糖皮质激素的应用。

哺乳期妇女应用生理剂量或维持剂量的糖皮质激素对婴儿一般无明显不良影响。但若哺乳期妇女接受中等剂量、中程治疗方案的糖皮质激素时不应哺乳，以避免经乳汁分泌的糖皮质激素对婴儿造成不良影响。

（未完待续）



兰大二院药学部

2013年3月