

# 我院辅助用药合理使用的管控实践<sup>Δ</sup>

孙梦茹\*,王莉英#,钱春艳,钱卿(苏州大学附属第三医院/常州市第一人民医院药事科,江苏常州 213003)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)17-2310-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.17.02

**摘要** 目的:为加强辅助用药的管控、促进医院合理用药提供参考。方法:介绍我院对辅助用药的管理措施,引入“辅助用药使用强度”至考核管理中,收集我院实施辅助用药管理前后的相关数据,以药占比、辅助用药使用强度、辅助用药使用金额等为指标进行比较以评价管理效果。结果:通过加强对辅助用药的管理,采取量化指标、考核到组、监测预警、超限停药、限量采购、医师培训等信息技术与行政干预等措施,我院辅助用药管理成效显著,2016年5月(开始实施管控)与2017年6月辅助用药金额分别为1 943.92、540.57万元,药占比分别为39.90%、33.76%;与管控前比较,管控后各科室辅助用药使用强度下降比例达12.86%~86.32%,不合理用药问题数从639例(在535份病历中)下降到147例(在538份病历中)。结论:我院采取的加强辅助用药管控的措施,不仅减少了辅助用药的费用、降低了药占比,还促进了临床合理用药。

**关键词** 辅助用药;管控措施;辅助用药使用强度;药占比

## Practice of Management and Control of Rational Adjuvant Drug Use in Our Hospital

SUN Mengru, WANG Liying, QIAN Chunyan, QIAN Qing (Dept. of Pharmaceutical Affair, the Third Affiliated Hospital of Soochow University/Changzhou First People's Hospital, Jiangsu Changzhou 213003, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for strengthening the management and control of adjuvant drug, and improving the rational drug use. METHODS: The management measures of adjuvant drug in our hospital were introduced. A concept of “adjuvant drug use density” was introduced to assessment management, and then relevant data of our hospital was collected before and after the implementation of adjuvant drug management. The effects of management were evaluated using drug proportion, adjuvant drug use density and cost of adjuvant drug as indexes. RESULTS: The significant achievement in our hospital was obtained through technological and administrative intervention as strengthening adjuvant drug management, the quantitative index,

“两票制”政策的实施是医药流通行政监管上的一次有益尝试,亦为相关卫生领域的改革提供了借鉴与经验,映射出政府为解决“看病贵”之难题所立下的决心。各医药流通企业都应顺应政策法规要求,剔除违规行为,抓住发展机遇,于变革中创新,方能立于不败之地。

### 参考文献

- [1] 国医改办.印发关于在公立医疗机构药品采购中推行“两票制”的实施意见(试行)的通知[EB/OL].(2017-01-11)[2017-12-20].<http://www.sda.gov.cn/WS01/CL0844/168465.html>.
- [2] 黄丽君,干荣富.对药品采购实施两票制的分析与思考[J].上海医药,2016(17):61-63.
- [3] 夏国强.浅谈“两票制”对医药批发公司的影响[J].财会学习,2016(18):188-190.
- [4] 王一琳,方鹏骞.关于医疗联合体与“三医联动”关系的思考[J].中国医院管理,2018,38(5):4-6.
- [5] 张帆,王帆,侯艳红.“两票制”下药品供应链的重塑和发

展[J].卫生经济研究,2017(4):11-15.

- [6] 赵建军,孙静.我国药品流通领域存在的问题及对策研究[J].中国药房,2017,28(18):2459-2463.
- [7] 李姣,侯艳红.医改背景下药品流通企业发展路径分析[J].价格月刊,2015(6):91-94.
- [8] 崔兆涵,吕兰婷.我国药品流通领域“两票制”的实施效果、风险预测以及政策建议[J].中国药房,2018,29(8):1009-1014.
- [9] 胡善联.药品购销“两票制”政策的理论和实践[J].卫生经济研究,2017(4):8-10.
- [10] 乌婷,陈俊岗,吴君科.基于财务视角的药品采购“两票制”改革思考[J].中国药房,2018,29(3):289-293.
- [11] 李翠翠,付鸿鹏.药品采购“两票制”实施效果评价研究[J].卫生经济研究,2018(5):49-51.
- [12] 丁锦希,田然,李伟.药品集中采购政策框架下的“一票制”配送模式研究[J].中国医药工业杂志,2016,47(7):952-957.
- [13] 羊晨,黄康妹,张宇翔,等.药品流通“两票制”效果及对策分析[J].卫生经济研究,2018(2):12-18.
- [14] 张宇波,陈阳,孙可心,等.“两票制”下药品流通企业的发展方向探讨[J].中国药房,2018,29(5):577-579.

(收稿日期:2018-04-02 修回日期:2018-07-21)

(编辑:刘明伟)

<sup>Δ</sup> 基金项目:国家自然科学基金青年科学基金资助项目(No.81503136);常州市科技计划指导性项目(No.2014271)

\* 助理研究员,硕士。研究方向:药事管理、质量控制。电话:0519-68870862。E-mail:sunmengru72@163.com

# 通信作者:主任中药师。研究方向:药事管理。电话:0519-68870862。E-mail:wlyzqcz@163.com

group assessment, monitoring and early warning, drug withdrawal due to out of limit, limited purchasing, physician training. The cost of adjuvant drug were 1 943.92 ten thousand yuan in May 2016 (the beginning of management and control) and 540.57 ten thousand yuan in Jun. 2017. The drug ratios were 39.90% and 33.76%. Compared with before management, the decline proportion of adjuvant drug use density reached 12.86% -86.32% after management. The number of irrational drug use case decreased from 639 cases (among 535 medical cases) to 147 cases (among 538 medical cases). CONCLUSIONS: The adjuvant drug management and control of our hospital can not only reduce adjuvant drug expense and drug occupation ratio, but also enhance the rational drug use. Nevertheless, there are some difficulties yet on account of lacking of occupation policies and criteria.

**KEYWORDS** Adjuvant drug; Management and control measure; Adjuvant drug use density; Drug proportion

对于辅助用药,国内医疗行业对其概念的理解以及文献资料中引用的定义大多来源于美国国立医学图书馆(PubMed)2011年MeSH中关于辅助用药的解释:有助于增加主要治疗药物的作用或通过影响主要治疗药物的吸收、作用机制、代谢以增强其疗效的药物;或有助于疾病或功能紊乱的预防和治疗的药物,这些药物常用于预防或者治疗肿瘤、肝病以及心脑血管等重大疾病的辅助治疗<sup>[1]</sup>。而在国内,目前尚无国家机构从官方层面对其制订明确的定义;按照MeSH中关于辅助用药的解释,国内可归为辅助用药的品种不但繁多而且适应证较广,加之行政管理部门缺乏符合中国国情的合理监控辅助用药的措施和技术规范,造成了包括中药注射剂、肿瘤患者化疗以外的用药如胸腺素和神经营养药等疗效不确切的辅助用药使用不合理/不规范的现状<sup>[2]</sup>。这是我国深化医疗体制改革、降低药品比例、切实加强临床合理用药、减轻患者经济负担背景下需要亟待解决的实际问题。因此,医疗机构加强对辅助用药的管理势在必行。在这方面,我院积极落实国家相关文件精神<sup>[3-6]</sup>,通过加强辅助用药管控,明确重点管理的辅助药品品种并进行了动态监控与考核以促进临床合理用药。最终相关科室的辅助用药使用强度大幅下降,辅助用药费用减少,医院药占比有所降低,笔者在此详述如下。

### 1 辅助用药管理不规范的原因分析

医疗机构对辅助用药的管理,普遍面临的问题包括<sup>[7]</sup>:(1)辅助用药的定义目前尚未明确;(2)对辅助用药分类模糊;(3)缺乏辅助用药目录;(4)对辅助用药的管理缺失。基于这些问题及我院实际情况,我院药事科从“为什么辅助用药联合用药比例高”和“为什么辅助用药剂量超出限定日剂量(DDD)”两大方面,认真查找和分析问题产生的原因,以原因追求型鱼骨图图解辅助用药管理不规范的原因,见图1、图2(由于环境因素对辅助用药管理不规范几乎无影响,故图中未对其进行分析)。

#### 1.1 辅助用药联合用药比例高的真因

经过图1的分析,再通过验证得出“为什么辅助用药联合用药比例高”真因主要有以下5个方面:

- 1) 点评SOP不完善。缺乏辅助用药的点评制度,未专设点评工作小组且无专人负责。
- 2) 医嘱审核不及时。因医嘱审核未纳入药师的日常工作考核中,同时缺乏相应的医嘱审核软件等,由此

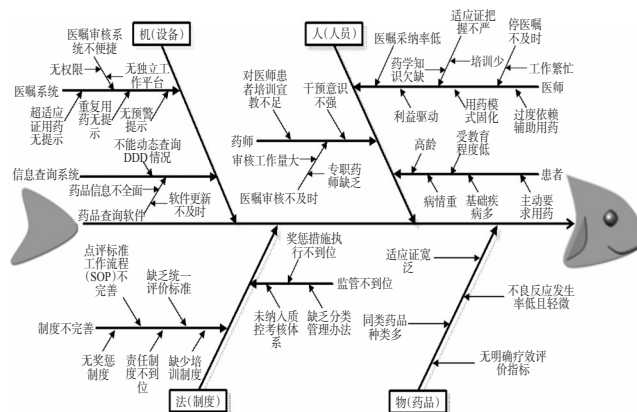


图1 辅助用药联合用药比例高的原因分析鱼骨图  
Fig 1 Fishbone diagram of causal analysis for high proportion of combined use of adjuvant drugs

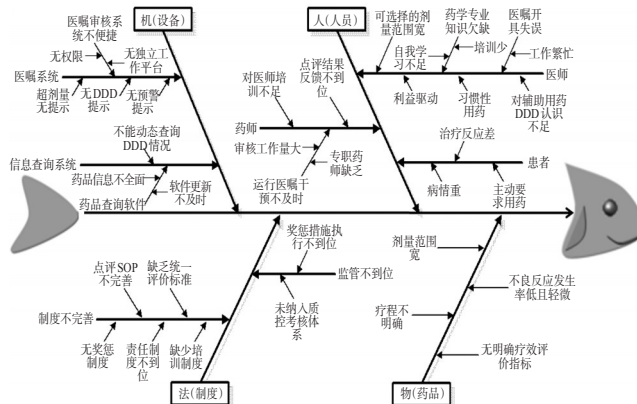


图2 辅助用药剂量超出DDD的原因分析鱼骨图  
Fig 2 Fishbone diagram of causal analysis for adjuvant drug dosage out of DDD

造成了药师对辅助用药的医嘱审核不及时。

3) 未将辅助用药管理纳入质控考核体系中。缺乏行之有效的辅助用药管理方案;辅助用药管理未纳入科室年度目标管理考核中,也未对其执行相应的奖惩措施;药师对辅助用药点评的工作量及质量未纳入绩效考核中。

4) 对医师相关内容的培训不足。医师对辅助用药等相关专业药学知识掌握不足,药师需要加强与医师沟通交流,解决临床实际用药问题,药师做好医护人员的药物咨询工作及随访记录。

5) 重复用药时系统无提示。由于医院没有确立辅

助用药目录,辅助用药缺乏科学合理的分类,医师在开具了重复的同类辅助用药时,信息系统上无相关警示和限制。

## 1.2 辅助用药剂量超出DDD的真因

经过图2的分析,再通过验证得出“为什么辅助用药剂量超出DDD”真因主要有以下5个方面:

1) 点评结果反馈不到位。缺乏辅助用药评价反馈机制,临床科室不能及时收到药师的点评结果而及时整改。

2) 运行医嘱干预不及时。缺乏辅助用药干预制度,需要加强药师对运行医嘱的干预。

3) 未将辅助用药管理纳入质控考核体系中。缺乏行之有效的辅助用药管理方案;未对全院每个科室药物使用强度进行限量考核,相关部门也未对全院辅助用药的合理使用管理工作进行再监督。

4) 部分医师缺乏药物知识。部分医师对相关的药物知识掌握不足,用药证据不足。

5) 超剂量用药时无系统提示。对医师超剂量使用辅助用药的医嘱,信息系统未进行警示提示和拦截。

## 2 我院加强辅助用药合理使用的管理措施

针对以上原因,我院采取了多部门联动以强化管控的措施:医务处负责统一管理,制订《辅助用药合理使用的管理方案(2016年修订)》,根据院部要求制定全院目标,并将考核指标分解到各临床科室,制订考核指标并落实考核,保障医疗安全和质量;药事科负责制订辅助用药目录、采集每月数据报表;信息科负责每日动态监测、预警提示、超限停药,保障信息系统正常运行。具体管理措施如下。

### 2.1 规范使用,合理控制

2.1.1 确定辅助用药目录 依据权威的辅助用药定义<sup>[1-2]</sup>制订我院辅助用药目录,同时根据辅助用药药理学作用机制及说明书上的法定临床适应证对辅助用药进行科学的分类管理,将我院辅助用药分为8大类,并将其信息在全院办公(OA)系统上及时更新。我院辅助用药的具体分类及代表药物见表1。

2.1.2 应用信息化方法及管理方法合理控制辅助用药的使用 在信息系统上设定:具有相同或基本相同药理作用的同一大类内各种辅助药物不得联用;不同药理作用(不同类)的药物同时使用时,不能超过2种;若为病情需要增加联用品种时,必须经医务处审批同意后到医务处临时开通权限,临时开通时限为1周,需要延长时需再次开通。

### 2.2 量化指标,考核到组

2.2.1 引入“辅助用药使用强度”至考核中 参考抗菌药物管理,引入辅助用药使用强度概念,其计算公式如下:辅助用药使用强度=辅助用药消耗量(累计DDD数)/同期收治患者人天数×100。

式中,某辅助用药的DDD,以《中国药典》规定的剂量为准,药典未收录的药品结合其说明书及临床实际而

表1 我院辅助用药的分类及代表药物

Tab 1 Classification and representative of adjuvant drugs in our hospital

药品类别	品种数	代表药物
骨科辅助用药	6	复方骨肽注射液、注射用骨肽(I)、注射用骨瓜提取物、注射用鹿瓜多肽
免疫调节及肿瘤辅助用药	13	注射用核糖核酸Ⅱ、注射用香菇多糖、胎盒多肽注射液、脾多肽注射液、薄芝糖肽注射液、小牛脾提取物注射液、参芪扶正注射液、康艾注射液、康莱特注射液、艾迪注射液、莪莪酸钠注射液、鸦胆子油乳注射液
缺血性脑病辅助用药	5	依达拉奉注射液、注射用长春西汀
改善脑功能及神经营养药	16	奥拉西坦注射液、脑苷肌肽注射液、注射用三磷酸胞苷二钠、注射用腺苷钴胺、复方脑肽节苷脂注射液、复方曲肽注射液、小牛血去蛋白注射液、注射用乙酰谷酰胺、硫辛酸注射液、注射用鼠神经生长因子
扩血管、补气、活血化瘀药	15	马来酸桂哌齐特注射液、盐酸法舒地尔注射液、前列地尔注射液、瓜萎皮注射液、葛根素注射液、丹参酮Ⅱ、磺酸钠注射液、丹参川芎嗪注射液、注射用丹参多酚酸盐、注射用血塞通(冻干)、疏血通注射液、舒血宁注射液
改善心功能药	9	环磷腺苷葡胺注射液、注射用二丁酰环磷腺苷钙、注射用磷酸肌酸钠、左卡尼汀注射液、生脉注射液、参麦注射液
维生素和微量元素	5	注射用脂溶性维生素注射液(Ⅱ)、注射用12种复合维生素、注射用脂溶性维生素Ⅱ/水溶性维生素、多种微量元素注射液
能量、营养、电解质类	16	注射用转化糖、果糖注射液、混合糖电解质注射液、转化糖电解质注射液、醋酸钠林格注射液、钾钠镁钙葡萄糖注射液、注射用复合辅酶A、注射用丙氨酰谷氨酰胺、丙氨酰谷氨酰胺注射液、复方氨基酸(15)双肽注射液、复合磷酸氢钾注射液

定;某个辅助用药的用药频度(DDD<sub>s</sub>)=该辅助用药消耗量(单位为g、mL、mg、支等)/该辅助用药的DDD值;辅助用药消耗量(累计DDD<sub>s</sub>)=所有辅助用药DDD<sub>s</sub>之和;同期收治患者人天数=同期出院患者人数×平均住院天数。

2.2.2 将辅助用药的DDD纳入年度目标管理考核中并制订奖惩措施 为规范辅助用药合理使用,医院拟定年度全院辅助用药平均每个出院患者使用DDD的值,即:使用DDD平均值/每年出院患者数。根据各临床科室年度实际出院人数,制订各科室每月辅助用药的DDD累计值,并由科主任分解到各诊疗小组实施考核。根据每个科室年度实际完成的指标情况进行年度目标管理考核,对于超过全年考核指标的,给予目标管理扣分的措施。

### 2.3 监测预警,超限停药

根据院部制订的各临床科室以及各科室制订的各诊疗小组的考核指标,信息科在信息系统上编写程序,对辅助用药不合理医嘱如超剂量用药、超适应证用药、重复用药、不恰当联合用药等进行警示及限制,每日通过信息系统进行动态监测,一旦超过考核指标,系统将进行预警提示,并停止本考核月度内该诊疗小组医师辅助用药处方权;超指标5%时,系统自动停用该诊疗小组所有辅助用药的医嘱开具权限,并待下一考核月度时才恢复。临床用药监控和超常预警工作小组每季度根据上一季度用药情况,对使用金额排名前10位、使用金额增长幅度≥10%的药品,将进行讨论以决定是否采取限量的措施,并对使用金额排名前5位的科室及排名前10位的医师进行约谈。

### 2.4 开展处方点评,加强监督

医院制订辅助用药医嘱审核、点评与反馈制度,由

临床药师及住院药房药师加强对运行医嘱的审核与干预,并做好干预记录;成立点评工作小组,每月定期抽取各科室出院病历进行点评,点评结果经高级技术职称人员终审后上报医务处,不合理情况以书面形式及时反馈给相关临床科室。

在各部门进行日常监管的基础上,医院纪委监察室会对全院辅助用药的合理使用管理工作进行再监督,对违规科室和医师实行联合诫勉谈话、通报等,并与评优评先、职称晋升挂钩。

## 2.5 深入临床,强化培训

临床药学部开展多种形式的药学知识培训,如组织临床医师进行业务学习,制作《药讯》《药物不良反应季度报告》等,并发放至所有临床科室。临床药师深入临床,与临床科室医师加强沟通交流,解决临床实际用药问题,做好医护人员的药物咨询工作及随访记录。

## 2.6 理论结合实际,及时调整

在管控措施实施的过程中,也出现了一些问题,针对临床用药实际,在保证公平、公正的原则下,医院会及时地调整方案。如在测算 DDD 时会考虑价格等因素,按区间进行划分:按照药品销售单价算出每个辅助用药品种 1 个 DDD 的金额,1 个 DDD 的金额在 100 元以下的辅助用药品种,按照原有 DDDs 计算;1 个 DDD 的金额在 100~200 元之间的品种,按照原 DDDs 的 1.5 倍计算;1 个 DDD 的金额在 200~400 元之间的品种,按照原 DDDs 的 2 倍计算;1 个 DDD 的金额 >400 元的品种,按照原 DDDs 的 3 倍计算。

## 3 管控后成效

### 3.1 合理管控,有效降低整体药占比

药占比是指药品收入在医院业务总收入中所占的比例,可间接反映医院的整体用药水平,是三级综合医院评审标准中合理用药监测指标之一,也是衡量医院综合管理能力的重要指标<sup>[8-10]</sup>。控制药品收入比例、降低药占比也是医院加强行风建设、促进合理用药、遏制医药费用过快增长的重要手段<sup>[11]</sup>。2015 年 5 月 17 日,国务院办公厅发布了《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》,意见中提出力争到 2017 年,试点城市公立医院药占比(不含中药饮片)总体降到 30% 左右。我院自 2016 年 5 月开始加大辅助用药管控力度,实施《辅助用药合理使用管理方案(2016 年修订)》,通过限量采购,限制或暂停使用及考核监督等干预手段,药占比从 2016 年 5 月的 39.90% 下降到 2017 年 5 月的 33.76%,从 2016 年全年平均值 35.37% 下降至 2017 年的平均值 33.05%。2017 年 6 月,辅助用药使用金额较管控之初(2016 年 5 月)下降 72.19%。辅助用药费用占比的大幅降低,体现了其在临床治疗中辅助、从属地位的回归。可见,在医疗总费用基本不变的情况下,正是由于辅助用药费用的减少,药品总费用和药占比得以降低。我院 2016 年 5 月—2017 年 6 月辅助用药使用金额情况统计见表 2。

表 2 我院 2016 年 5 月—2017 年 6 月辅助用药使用金额情况统计

Tab 2 Cost of adjuvant drugs in our hospital during May 2016-Jun. 2017

时间	使用金额,万元	环比(与上个月比)下降, %	同比(与上一年同期比)下降, %
2016年5月	1 943.92	-	-
2016年6月	1 299.32	33.16	-
2016年7月	890.17	31.49	-
2016年8月	695.88	21.83	-
2016年9月	731.90	5.81	-
2016年10月	720.23	1.59	-
2016年11月	724.65	-0.61	-
2016年12月	735.39	-1.48	-
2017年1月	648.08	11.87	-
2017年2月	652.92	-0.75	-
2017年3月	676.00	-3.54	-
2017年4月	647.36	4.24	-
2017年5月	608.11	6.06	68.72
2017年6月	540.57	11.11	58.40

注:“-”表示无可比数据,因辅助用药管控工作于 2016 年 5 月开始

Note:“-” means no data for comparison, because adjuvant drug management and control began in May 2016

### 3.2 辅助用药使用强度改善情况

通过量化考核等管控措施,各科室的辅助用药使用强度大幅下降;不同类别的辅助用药的使用强度也得到了很大改善;管控后的月使用 DDDs 显著下降。我院实施管控前后各科室辅助用药使用强度对比见表 3,我院实施管控前后各类辅助用药月使用 DDDs 对比见表 4。

表 3 我院实施管控前后各科室辅助用药使用强度对比

Tab 3 Comparison of adjuvant drug use density in our hospital before and after the implementation of management and control

科室名称	2016年5月使用强度	2017年5月使用强度	使用强度下降百分率, %
神经外科	224	44.18	80.28
重症医学科	37	32.24	12.86
骨关节科	260	37.10	85.73
心胸外科	111	37.49	66.23
胸外科	129	51.06	60.42
脊柱外科	237	32.42	86.32
创伤骨科	269	45.08	83.24
急诊病房	168	58.89	64.95
神经内科	208	55.01	73.55
血液科	335	56.27	83.20
心内科	403	76.43	81.03
内分泌科	218	91.15	58.19
肾内科	284	96.06	66.18

### 3.3 辅助用药合理使用改善情况

调查审核 2016 年 5 月(管控前)住院患者病历共计 535 份,涉及 18 个科室,发现住院患者辅助用药使用强度高存在以下 5 方面问题:适应证不当(如超适应证用药)、用量问题(用量超出说明书规定或 DDD)、联合用药(联用多种辅助用药)、疗程问题(疗程长)及其他问题。管控后再次考察辅助用药的使用情况,随机抽取 2017 年 5 月住院患者病历共计 538 份进行统计。我院实施管控

前后辅助用药使用时存在的问题统计见表5。

**表4 我院实施管控前后各类辅助用药月使用DDDs对比**  
**Tab 4 Comparison of the monthly DDDs of adjuvant drugs in our hospital before and after the implementation of management and control**

药品类别	管控前月使用DDDs (2016年5月)	管控后月使用DDDs (2017年5月)	管控后DDDs 占比,%	管控后累计DDDs 占比,%
免疫调节及肿瘤辅助用药	29 531.3	12 785.7	23.1	23.1
能量、营养、电解质类	38 183.0	11 898.5	21.5	44.6
扩血管、补气、活血化瘀药	18 971.8	11 221.8	20.3	64.8
改善脑功能及神经营养药	20 503.6	7 841.7	14.2	79.0
改善心功能药	10 777.8	4 235.9	7.6	86.6
维生素和微量元素	8 503.0	3 842	6.9	93.5
骨科辅助用药	10 910.7	2 363.5	4.3	97.8
缺血性脑病辅助用药	3 024.2	1 214.4	2.2	100
总计	140 405.4	55 403.4		

注:表中管控后的DDDs占比是指该类药月使用DDDs占辅助用药总的月使用DDDs的百分比

Note: the proportion of DDDs after the implementation of management and control means the percent of monthly DDDs of this category in total monthly DDDs

**表5 我院实施管控前后辅助用药使用时存在的问题统计**

**Tab 5 Comparison of the problems existing in the use of adjuvant drugs in our hospital before and after the implementation of management and control**

指标	检查项目											
	联合用药		剂量超DDD		适应证不当		疗程不当		其他		总计	
检查时间	2016年5月	2017年5月	2016年5月	2017年5月	2016年5月	2017年5月	2016年5月	2017年5月	2016年5月	2017年5月	2016年5月	2017年5月
病例数	273	67	236	51	106	21	15	6	9	2	639	147
问题占比,%	42.72	45.58	36.93	34.69	16.59	14.29	2.35	4.08	1.41	1.36		
累计百分比,%	42.72	45.58	79.65	80.27	96.24	94.56	98.59	98.64	100	100		

由表5可见,通过管控前后的对比,可以发现辅助用药不合理使用情况得到了改善,存在的问题数量明显下降。

#### 4 讨论

自2016年5月以来,我院严格按照“规范使用,合理控制,量化指标,考核到组,监测预警,超限停药”的原则实施辅助用药的管控工作,取得了一定成效。对其原因进行分析后认为可能为以下两个方面:(1)考核指标的合理化,考核力度的不断加大。我院首次将“辅助用药使用强度”引入考核中,使考核的依据来源于可量化的数据。对于超出此限定指标的科室部门一律停药,结合不合理用药点评反馈结果,对违规科室和医师实行联合诫勉谈话、通报等,并与评优评先、职称晋升挂钩。(2)多部门的团队合作。我院为了顺利实施管控工作,专门成立了临床用药监控和超常预警工作小组,由院部、医务处、药事科、信息科和纪委监察室多部门组成,各司其职,高效联动,形成完整的监控预警体系。

尽管我院在辅助用药的管控上采取了一些有效措施,临床用药日趋合理。但是,由于缺乏国家卫生部门的相应政策与技术规范作指导,缺乏有关的行业标准供遵循,管理工作中仍面临诸多难点:(1)辅助用药的界定;(2)“超常用药”的界定;(3)绝大部分的辅助用药,价格相对较高,市场促销力度也较大。即使某个辅助用药由于用量过大被医院停用,也会有另外的辅助用药用量上升;(4)医师用药习惯的改变和患者对辅助用药长期使用的心里依赖性,一旦减量或停药后会产生对治疗效果的担忧,引发医患矛盾;(5)缺乏政策依据,我院在制订本院相应的管理规定时,有时也会出现做法欠妥的情况。因此,此项工作还需要国家卫生部门对辅助用药的管理进行建章立制,以利于医院合理用药工作的更好开展,在促进患者康复的同时,有效降低不良反应的发生,减轻患者药品负担,避免国家医疗资源的浪费<sup>[12]</sup>。

#### 参考文献

- [1] The United States National Library of Medicine. 2011 MeSH/MARC[DB/OL].[2018-01-06].<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=68000277>.
- [2] 韩爽,钟敏涛,李锦,等.我国辅助用药应用现状及管理对策初探[J].中国药学杂志,2016,51(8):678-672.
- [3] 国务院办公厅.国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见[S].2015-02-28.
- [4] 国务院办公厅.国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见[S].2015-05-17.
- [5] 国家卫生和计划生育委员会、国家发展改革委、财政部、人力资源社会保障部和国家中医药管理局.关于印发控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见的通知[S].2015-11-06.
- [6] 国家卫生和计划生育委员会办公厅,国家中医药管理局办公室.关于加强肿瘤规范化诊疗管理工作的通知[S].2016-03-22.
- [7] 唐哲,西娜.我院辅助用药合理管控的探索与实践[J].中国药房,2016,27(31):4395-4399.
- [8] 许严伟,肖延民,苗润宏,等.我院在控制药品比例和合理用药方面的实践与体会[J].中国药房,2013,24(48):4579-4581.
- [9] 江苏省卫生厅.江苏省三级综合医院评审标准实施细则:2012年版[S].2012-07-05.
- [10] 周枫,傅全威.从药占比看医院管理成效[J].解放军医院管理杂志,2013,20(5):488-493.
- [11] 曾毅.医院控制药品收入比例的问题探讨[J].中国药师,2013,16(11):1753-1755.
- [12] 徐媛,徐蔚蔚,李扬.辅助用药临床应用情况分析[J].中国医药学杂志,2017,37(1):73-75.

(收稿日期:2018-01-24 修回日期:2018-03-27)

(编辑:刘 萍)