# 用药分析论文模板及范文(共18篇)

来源：网络 作者：月落乌啼 更新时间：2024-09-05

*用药分析论文模板及范文 第一篇【摘要】目的分析了解我院20\_~2024年头孢菌素类药物的使用情况。方法采用用药金额、用药频率（DDDs）、日用药金额（DDDc）、使用数量等排序方法对我院20\_~2024年头孢菌素类药物的使用情况进行统计分析...*

**用药分析论文模板及范文 第一篇**

【摘要】目的分析了解我院20\_~2024年头孢菌素类药物的使用情况。方法采用用药金额、用药频率（DDDs）、日用药金额（DDDc）、使用数量等排序方法对我院20\_~2024年头孢菌素类药物的使用情况进行统计分析。结果第一代头孢使用数量最大，第三代头孢用药金额最大，第四代头孢的使用呈逐年上升趋势。结论头孢菌素类药物的使用基本正常。

【关键词】头孢菌素；使用分析

头孢菌素类药物，特别是第三代头孢菌素类药物的大量应用导致细菌耐药性的问题日益严重，成为院内感染率急剧上升的主要诱因［1~3］。而通过控制或减少头孢菌素等抗生素的应用，可明显减少或延缓细菌耐药性的发生。因此，了解头孢菌素类药物在临床的应用情况，可为制订其控制措施、促进其合理用药提供科学依据。鉴于此，笔者对20\_~2024年我院头孢菌素类药物的应用情况做一统计分析。

1资料与方法

一般资料

我院现为三乙医院，2024年门诊量为110万人次，住院病人30758人次。头孢菌素类药物购药数据来源于20\_~2024年我院药剂科所提供的资料。药品数据包括药名、规格、包装、批发价、数量、生产公司等。

对所有应用的头孢菌素类药物品种的数据进行汇总，分别对4代头孢菌素类药物品种的年用药金额、用药频度（DDDs）、日用药金额（DDDc）进行统计分析，并对用药金额按药品通用名、商品名和药品生产商进行排序。

2结果

头孢菌素类药物品种

按药品通用名计算，20\_~2024年共有20种头孢菌素类药物在我院应用，其品种数量依次为第三代（13）＞第一代（3）=第四代（3）＞第二代（1），详见表1。表1头孢菌素类药物品种应用情况（略）注：\*根据抗菌谱，把氧氟头孢钠分为第四代

各代头孢菌素类药物的用药金额与用药频度

20\_~2024年瑞安市人民医院各代头孢菌素类药物的用药金额与用药频度详见表2、表3。表2各代头孢菌素类药物用药金额比较万元（略）表3各代头孢菌素类药物用药频度比较（略）注：\*为均值

由表2可见，第三代头孢菌素类药物的用药金额最大，各年的用药金额均占总用药金额的70%左右，但呈逐年下降趋势；第四代头孢菌素类药物用药金额最小，但用药金额较20\_年上升了％。2024年，第二代头孢菌素类药物的用药金额较20\_年上升。

由表3可见，3年中DDDs排序为：第一代＞第三代＞第二代＞第四代；DDDc排序则为第四代＞第三代＞第二代＞第一代。第一、二、三、四代头孢菌素类药物2024年与20\_年比较DDDs分别上升、、、，DDDc则分别下降、、、。

头孢菌素类药物单品种的用药金额及生产商销售金额排序20\_~2024年瑞安人民医院头孢菌素类药物单品种的用药金额按通用名和商品名排序及生产商销售金额排序前5位详见表4、表5。表4按通用名、商品名排序的单品种用药金额（略）表5生产商销售头孢菌素类药物金额排序（略）

由表4可见，按通用名金额排序的前1、3、5位的金额之和分别为、、万元，分别占该类药物总金额的、、；按商品名（产商名称）金额排序的前1、3、5位的金额之和分别为、、万元，分别占该类药物总金额的、、。

头孢菌素类药物单品种的使用数量排序

见表6。由表6可见，片剂美丰、针剂头孢唑啉使用量最大，各占口服、针剂总量的、，均为第一代头孢菌素类药物。表6按商品名排序的单品种使用数量（略）

由表5可见，按药品生产商销售金额排序的前1、3、5位的金额之和分别为、、121万元，分别占该类药物总金额的、、。

3讨论

从上述数据看来，我院头孢菌素类药物的使用基本正常。虽在用药金额上第三代排序靠前，但第一代在DDDs排首位，在使用数量方面也以第一代为主，故第一代占临床治疗的主导地位。

数据表明，第三代头孢菌素类药物用药金额最大，按通用名排序的前5位的用药金额之和占总金额的，其中4种为第三代头孢菌素类药物，而按通用名、商品名、产商用药金额排序时，结果不一致，说明生产商同时有多种产品进入市场，市场竞争日趋激烈。第二、四代头孢菌素类药物2024年与20\_年比较，DDDs上升、，DDDc则下降、，说明药物价格有所下降，这可能是医疗机构统一招标采购和浙江省药品实行顺价作价的结果。第一代头孢菌素类药物使用数量最大，但第三代的用药金额最高，说明临床医生对头孢菌素类药物选用较为合理，而第三代头孢菌素类药物抗菌谱广、抗菌作用强，故价格稍高。第四代头孢菌素类药物DDDc均在40％左右，由于第四代头孢抗菌谱广，对革兰阳、阴性菌群作用都较强，为避免造成细菌耐药性和二重感染，临床应用上应慎用。在34种头孢菌素类药物中，以注射剂为主，口服为辅，这可能与住院患者症状较门诊重有关。

以后临床医生应加强对药物抗菌谱、药代动力学的了解，更加安全、有效、经济地使用药物，遵循“能窄不广、能低不高、能少不多”的原则，减少不必要的抗菌药物的联合应用，尽量做到能免则免，不轻易使用抗生素。

【参考文献】

1吕静，肖锡州.1999年广州地区头孢菌素类药物用药分析.广东药学，20\_，11（5）：56-57.

2林彩婵，李星，邓文广.20\_年1~12月我院住院部抗菌药物使用分析.国际医药卫生导报，2024，10（14）：158-159.

3符红波，郑奕辉，周勇.头孢菌素类抗生素用药分析.华南预防医学，2024，30（3）：53-56.

**用药分析论文模板及范文 第二篇**

>摘要：目的 探究头孢菌素类药物联合应用致不良反应的发生情况。方法 本次以20\_年1月1日~12月31日为研究时间段，将该时间段在丽江市人民医院使用上报的头孢菌素类药物联合应用致不良反应病例106例作为研究对象，采集患者病历资料进行回顾性分析，探究不良反应分布情况。结果 106例头孢菌素类药物联合应用致不良反应案例中，涉及第一代头孢菌素类药物的占比,第二代占比,第三代占比,且不良反应类型按照发生率高低依次为神经系统反应、消化系统反应、过敏反应、二重感染。结论 头孢菌素类药物联合应用时应慎重考虑，合理用药，提升用药安全性，确保治疗效果。

>关键词：头孢菌素类药物； 联合应用； 不良反应；

头孢菌素类药物是一种以β-内酰胺类抗生素中的7-氨基头孢烷酸为母核，经侧链改造获得半合成抗生素，具有特异性高、抗菌谱广、抗菌作用强的特点，在临床上应用率极高[1,2].此次试验旨在探究头孢菌素类药物联合应用致不良反应的发生情况，现将试验结果做如下报告。

>1 资料与方法

一般资料

以20\_年1月1日~12月31日为研究时间段，将该时间段在丽江市人民医院使用上报的头孢菌素类药物联合应用致不良反应病例106例作为研究对象，采集患者基本资料进行统计分析，具体情况为：男性54例，女性52例，年龄最小者3个月，最大者77岁，其中0~6岁63例，占比岁18例，占比岁14例，占比;41~65岁6例，占比岁以后5例，占比,全部为静脉用药；病例来源于儿科用药81例、内科12例、外科5例、妇产科4例、口腔科2例、中医科1例、急诊科1例。

方法

此次试验中，治疗方案中涉及的头孢菌素类药物包括以下几类：（1）第一代头孢菌素类药物，包括头孢唑林钠、五水头孢唑林钠、头孢硫脒等；（2）第二代头孢菌素类药物，包括头孢西丁钠、头孢美唑钠等；（3）第三代头孢菌素类药物，包括头孢匹胺、头孢曲松钠、头孢哌酮舒巴坦、头孢他啶、头孢噻肟钠等。联合用药的药物有利尿剂、乙醇类药物、铝镁抗酸制剂、氢离子受体拮抗剂等。采集患者的病历记录进行回顾性分析，记录患者的姓名、性别、年龄、诊断结果、治疗方案，以及应用头孢菌素类药物后的不良反应发生情况，记录不良反应发生的时间、症状、持续时间、应对方案及效果等。

判定标准

记录神经系统反应、消化系统反应、过敏反应、二重感染等不良反应发生的例数，计算发生率。

统计学方法

本次建立Microsoft Excel数据库，应用统计学软件，对试验所得数据进行统计分析，计数资料表现为百分率（%）的形式，两组采用x2检验进行对比，两组采用t检验进行对比，若P2 结果

106例头孢菌素类药物联合应用致不良反应案例中，涉及第一代头孢菌素类药物的有26例（），其中注射用头孢唑林钠3例、注射用五水头孢唑林钠10例、注射用头孢硫脒13例；第二代7例（），其中注射用头孢西丁钠4例、注射用头孢美唑钠3例；第三代73例（），其中注射用头孢匹胺38例、注射用头孢曲松钠21例、注射用头孢哌酮舒巴坦8例、注射用头孢他啶5例、注射用头孢噻肟钠1例。此外，不良反应类型按照发生率高低依次为神经系统反应、消化系统反应、过敏反应、二重感染。见表1.

表1 头孢菌素类药物联合应用致不良反应发生情况[n（%）]

>3 讨论

抗菌药物的滥用，导致各类病原菌对于抗生素的耐药性显著提升，影响到用药效果，造成医疗资源的浪费，而且会使得不良反应发生风险增大，威胁到患者的安全[3,4].头孢菌素类药物作为一种临床常用抗生素，是现阶段临床合理用药管控的重点对象，迄今头孢菌素类药物已经发展到第四代，第一代头孢菌素对于革兰氏阳性菌作用显著，抗菌谱窄，但效果显著；第二代头孢菌素分为酰胺型头孢烯、头霉素两类，前者相较于第一代头孢菌素，抗革兰氏阴性杆菌作用更强，后者则对于厌氧菌及需氧菌有着明显抑制作用；第三代头孢菌素对于革兰氏阴性菌、阳性菌均有显著效果，且对多种β-内酰胺酶稳定，使用范围广，且抗菌效果好；第四代头孢菌素对于革兰氏阳性菌的抑制作用优于第三代，但不如第一代及第二代[5,6].

此次试验中，我们发现在106例头孢菌素类药物联合应用致不良反应案例中，第三代头孢菌素类药物占比最高，达,且不良反应类型按照发生率高低依次为神经系统反应、消化系统反应、过敏反应、二重感染。综上所述：头孢菌素类药物联合应用时应慎重考虑，合理用药，提升用药安全性，确保治疗效果。

参考文献[1] 范宝川。临床应用头孢菌素类抗菌药物发生不良反应的原因分析与合理用药研究[J].中国实用医药，20\_,14（19）：140-141.[2] 于莹莹，李少辉，崔爱丽，等。头孢菌素类药物致白细胞降低原因探析[J].实验与检验医学，20\_,37（3）：474-476.[3] 刘雅红，张立军，王永超。头孢菌素类药物各种不良反应表现及预防措施的探讨分析[J].中国实用医药，20\_,14（12）：101-103.[4] 李伟华，张嘉。头孢曲松不良反应[J].中国误诊学杂志，20\_,8（4）：998-998.[5] 宋洪波。头孢菌素类抗生素的罕见不良反应[J].安徽医药，20\_,9（5）：389-390.

[6] 高静。头孢菌素类药物不良反应发生原因及对策[J].饮食保健，20\_,6（43）：282.

文献来源：张惠仙。头孢菌素类药物联合应用致不良反应的分析[J].心理月刊，20\_,15（06）：213.

**用药分析论文模板及范文 第三篇**

【摘要】通过查阅近年来大量文献，文章针对中药不良反应的严重性和中药治疗药物监测（TDM）发展滞后的现状，对如何借鉴西药TDM开展中药TDM进行了探讨，以需要进行治疗药物监测的各类中药为突破口，总结归纳了中药TDM的研究思路并分析了其研究方法，且在方法中提到无创伤性样品（如尿液、唾液等）的应用。

【关键词】中药治疗；药物监测；不良反应

中药治疗药物监测(,中药TDM)是以中医药理论及药物动力学与药效动力学理论为指导，其通过各种现代化测试手段，定量分析生物样品(血液、尿液、唾液等)中活性成分及其代谢物浓度，探索血药浓度安全范围，并应用各种药物动力学方法计算最佳剂量及给药间隔时间等，实现给药方案个体化，从而提高药物疗效，避免或减少毒副反应，同时也为药物过量中毒的诊断和处理提供有价值的实验依据的方法。在临床实践中由于中药引起的不良反应日趋增多，且随着中草药药动学研究的广泛深入，使人们认识到要做到合理的使用中药，就必须对其在体内的作用规律进行深刻剖析，因而中药TDM应运而生并成为实现中药用药安全性的有效手段。

1中药TDM现状

与西药TDM相比，中药TDM发展还比较滞后，目前还处于探索阶段，由于中药成分的复杂性和特殊性，药效物质基础和作用机理尚未完全清楚，这些都制约了中药TDM的开展。虽然没有西药TDM中诸如卡马西平［1］、氨茶碱［1］等成熟的监测理论和方法，但近年来大量的中药药动学［2，3］及临床药动学的研究［4］为中药TDM的开展奠定了坚实的基础，在此基础上进行中药TDM,降低中药不良反应的发生频数，从而将实现中药用药的安全性和合理性。

根据血浆中游离药物浓度可间接的作为作用部位药物浓度的指标［5］这一原理，有人提出，在血药浓度-效应关系已经确立的前提下，对中药及中成药进行TDM的研究思路可以分为以下几方面：（1）以活血化淤中药作为突破口，开展中药TDM，且已积累了一些资料，如川芎嗪、阿魏酸、丹参酮、水蛭素等［6］。（2）对毒性大的中药开展TDM，需在对这类中药进行充分的药动学研究基础上，通过设计合理给药方案，扬长避短，开发为高效安全新药，故这类中药的药动学及TDM亟待研究［7］。（3）确立TDM的监测指标，从而进行有效成分的治疗药物监测，在这方面，河南中医学院附属医院针对中医90%以上处方应用甘草这一传统习惯，对“中药甘草制剂的TDM”进行了探索［8］，提出了以血钾作为其TDM的监测指标，为临床合理使用甘草制剂，避免可能造成的醛固酮增多症(尤其与利尿药合用)提供了重要的科学依据。

2中药TDM的展望

中药TDM具有广阔的应用前景，可以辅助诊断和处理药物过量中毒，在实现个体化用药、制定合理给药方案方面发挥重要作用，并且对中药药动学和药效学研究具有指导意义。与西药相比，中药具有其独特的优势，即增效减毒。传统的中医以八纲、六经、气血津液及脏腑辨证为理论，对临床望、闻、问、切资料进行归纳，得出诊断结果是何证，再利用中药对症治疗。这在某种意义上进行了个体化给药，但是要将经验用药推进到科学用药,必需借鉴西医临床药学理论开展中医临床药学，利用客观、合理、可靠的指标(如血药浓度)来进行中药TDM，从而制定中药科学的个体化给药方案。通过中药TDM，获得大量治疗学的定量化数据，指导临床科学地辨证施治，解决长期困扰中医学的特、速、长和显效及其疗效重复性的难题，以带来中医药新的革命。

中药TDM在某种意义上与不良反应事件息息相关，应针对中药不良反应的现状及其产生原因［11］如药物因素、机体因素、用药因素来开展中药TDM。对于那些治疗窗口窄的药物，如细辛［12］日用量超过20g出现不良反应，马钱子生药服用量达到7g可致死亡［13］；中毒症状容易与疾病本身相混淆的药物，如洋地黄毒性反应症状出现时，较难诊断的是因洋地黄用量不足，还是洋地黄中毒引起的［14］；个体差异大的药物，如白芍、熟地本为无毒之品，常人服用一般不会发生过敏反应，但个别病人服后可引起过敏［15］；需长期服用的中药及其制剂，如朱砂安神丸服用过久,可以造成慢性汞蓄积中毒［16］；在治疗范围内，具有非线性动力学特性的药物，如双香豆素［17］等都需进行TDM，这些中药已有相应的药动学研究结果，但尚未进行中药TDM，对上述这些中药进行TDM将为药物过量中毒的诊断和处理，提供有价值的判断依据。肝肾功能损伤的患者，药物的代谢、排泄能力降低，若采用常规方法给药易引起不良反应或导致中毒，对这部分患者进行中药TDM具有非常重要的临床意义。另外，当有些中药血药浓度与效应有较好的相关性，但临床用药已达最大剂量尚不见疗效时，应对这些中药开展中药TDM研究，将成为临床辅助诊断的手段。开展中药TDM，目前样本的选择与西药TDM一样主要采用血液进行药物浓度监测，即给药后不同时间抽血测定活性成分的血药浓度，分析实验数据并计算药动学参数，从而阐明活性成分在体内的动态变化规律。但测定的血药浓度是药物总浓度，不能代表具有药理活性的游离药物浓度，且存在采样时对患者造成反复多次的针刺创伤等弊端。而非创伤性采集的样品，如尿液、唾液、毛发等各有其不同的优点，其中唾液样品几乎不含蛋白，唾液中的药物浓度可直接反映血中具有药理活性的游离型药物浓度，对采样者(患者)可避免采血带来的弊端，在西药TDM领域中，唾液药动学是研究的前沿，也可以应用在中药TDM研究中。另外先进的现代分析仪器、技术和方便、快捷的计算机应用软件为中药临床药学的开展提供了便利可行的条件,进而将更加促进中药TDM的发展，制定安全、合理、有效的给药方案。

3结语

综上所述，我国中药TDM刚刚起步，随着进入个体化用药的时代，运用中医学理论，使中药密切结合临床，在人体内发挥最大、最合理的防治疾病效能，并运用现代科学方法探讨其有关的作用机理，开展我国独特的中药治疗药物监测，对阐明和揭示中药作用机制及其科学内涵，设计及优选中药给药方案，促进中药新药开发和剂型改进及质控，推动中医中药走向世界，并最终实现中药现代化具有重要意义。

【参考文献】

［1］赵香兰.临床药代动力学基础与应用［M］.郑州：郑州大学出版社，20\_：433.

［2］李大平.双黄连粉针剂的药代动力学研究［J］.哈尔滨商业大学学报(自然科学版)，20\_，19(4)：391.

［3］何心，石春伟，张兰平，等.双黄连粉针中绿原酸在大白鼠中的药物动力学［J］.中国临床药学杂志，1998,7(3)：134.

［4］韩立炜，任天池.中药有效成分药物动力学国内研究最新进展［J］.中国中医药信息杂志，20\_,7(9)：16.

［5］郭立玮.中药药物动力学方法与应用［M］.北京；人民卫生出版社，20\_：70.

［6］韩国柱.中药现代化中药代动力学研究的思考［J］.中草药，1999，30（增刊）：25.

［7］刘昌孝.实用药物动力学［M］.北京：中国医药科技出版社，20\_,10：274.

［8］王又红、陈天朝、潘灏白.借鉴西医临床药学经验开展中医临床药学［J］.中国药事，1997，11(4)：269.

［9］郭立玮.中药药物动力学方法与应用［M］.北京：人民卫生出版社，20\_：169.

［10］段富津.方剂学［M］.上海：上海科学技术出版社，1995：40.

［11］谢金洲.药品不良反应与监测［M］.北京：中国医药科技出版社，2024：194.

［12］沈映君.中药药理学［M］.上海：上海科学技术出版社，1997：32，189.

［13］徐红欣.中药马钱子的毒性反应与防治［J］.中医药信息,20\_，5：87.

［14］杨凤彬，张晓影，何向慧.洋地黄毒性反应的观察及护理体会［J］.黑龙江医学，1999,7：59.

［15］徐金艳.中药不良反应的主要原因及对策［J］.中医中药，20\_,3(11)：121.

［16］李德秀.中药不良反应的原因分析［J］.时珍国医国药，2024,15(11)：803.

［17］韩国柱.中草药药代动力学［M］.北京：中国医药科技出版社，1999：29.

**用药分析论文模板及范文 第四篇**

1资料与方法

一般资料

选取20\_~20\_年1500例本院住院患者的病历资料,其中男824例,女676例,年龄7~62岁,平均年龄(±)岁,住院时间3~19d,平均住院时间(±)d。1303例患者治疗过程中应用抗生素药物。

选取1500例住院患者的病历资料,其中内科病例890份,外科病例610份,依据《抗菌药物临床应用指导原则》《、国家基本药物处方集》等标准,对抗生素药物的种类、使用频率、联合用药、用药时间等方面进行分析。

2结果

抗生素药物使用情况

1500例患者中,1303例治疗过程中使用抗生素,使用率为,其中外科抗生素的使用率明显高于内科,用药目的主要为预防性用药(),抗生素的主要给药途径为静脉用药(),1303例应用抗生素治疗的患者中只有按实验室药敏结果选择抗生素药物。

抗生素药物不合理应用表现

在1303例患者病历中,410例存在抗生素用药不合理,占,主要是用药时间过长、用药指征不明及用药剂量不合理等

3讨论

抗生素药物是目前临床应用最为广泛的药物,其种类多、用量大,包括抗真菌药、抗生素及抗结核药等。近年来研究显示,我国抗生素药物应用存在不合理、不规范现象,尤其在基层医院,这种现象更为明显。本文调查发现,本院抗生素药物的使用率为,明显高于卫计委《医院感染管理规范》要求0．05)。所有血清ANA均阴性。结论ANCA与Craves病本身可能无关，以及短期抗甲状腺药物治疗可能不诱发ANCA。

T-termtreatmentbyanti-

XUHua,CHILian-xiang,WENXing-zhu,sHospitalofBao’anShenzhen,ShenzhenGuangdongProvicne518101,China

【Abstract】ObjectiveTAgainstNeutrophilCytoplasmicAntigens(ANCA),(n=60),aftertreatingbyanti-(n=10),(n=40).ANCAandANA(AntinuclearAntibody)(IIF)(+).ANCAANCA-IIF(-).

【Keywords】

Hyperthyroidism;Antibody;Antinuclear;Thyroidantagonists

国内外近10余年的报道提示抗甲状腺药物，尤其丙基硫氧嘧啶(PTU)可诱导产生抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)，并可导致自身免疫性血管炎[1,2]。后者虽然发生率极低，但若不予以重视将导致严重不良后果，甚至危及生命。他巴唑(MMI)是否诱发ANCA产生或促使ANCA阴转作用[3，4]？以及Graves病甲亢本身是否伴发ANCA[5,6]？结论不一。本研究对初诊甲状腺功能亢进症（简称甲亢）患者治疗前及治疗后(PTU或MMI)2~6个月进行观察，检测血清ANCA，甲状腺过氧化物酶抗体(TPOA)及甲状腺球蛋白抗体(TGA)，探讨ANCA与甲状腺疾病本身及抗甲状腺药物的关系。

1资料与方法

1．1一般资料选择我院内分泌科20\_年6月至20\_年12月初诊甲亢门诊患者为研究对象，除外患有其他可引起ANCA阳性疾病(如系统性红斑狼疮，溃疡性结肠炎等)的患者及合并严重感染或肿瘤的患者。将所有对象初诊未治疗时划为未治疗组(n=60)，其中女43例，男17例，年龄12~54岁，平均(31．62±8．95)岁，再随机分配到PTU组(PTU治疗)与MMI组(MMI治疗)，每组30例。因统计资料时抗甲亢药物治疗6个月以上仅10例，均归治疗组（n=10)。50例不足6个月者，未纳入治疗组资料分析，继续随访所有研究对象2年，再进行资料分析。以本院20\_年健康体检者40例(排除甲状腺疾病、风湿病及内分泌疾病，无自身免疫性疾病及内分泌疾病家族史)为对照组，女28例，男l2例，年龄20~65岁，平均(37．49±9．50)岁。

1．2方法于07：00时采非抗凝血5ml，室温静置30~60min，离心4000r/min，5min，取上层血清，-20℃以下冻存待测定各项指标。

1．2．1激素测定FT3、FT4、TSH采用化学发光酶免疫测定法，TPOA及TGA采用放射免疫分析方法(RIA)测定。

1．2．2ANCA检测对所有血清标本用第1次ANCA国际工作会议制定的标准IIF方法进行ANCA检测。依据荧光显微镜下观察的结果分为胞浆型(c-ANCA)、核周型(p-ANCA)及均质型(x-ANCA)，添加猴肝细胞基质及人上皮细胞(Hp-2)区分P-ANCA与抗核抗体(ANA)。每次IIF检测同时用试剂盒内阳性和阴性样本进行阳性与阴性对照。

1．2．3随访每1~3个月检查FT3、FT4、TSH，血、尿常规，记录临床症状和体征。于初诊时及药物治疗后6个月进行ANCA、ANA检测。

1．3统计学处理计数资料以百分数表示，用χ2检验。检验水准α=0．05(双侧)。

2结果

各实验组在性别上差异无统计学意义(P<0．05)。3．3％(2/60)的初诊未治疗甲亢患者检测出ANCA(均为c-ANCA型)，2例阳性患者因治疗时间不足6个月，尚未复查ANCA。10例治疗前ANCA阴性患者治疗后及甲状腺功能正常对照人群血清未检测出ANCA。初诊未治疗甲亢患者与健康人群(0/40，0．01%)ANCA阳性率差异无统计学意义(P<0．05)。所有血清ANA均阴性。TPOA及TGA分别在56．7％(34/60)的Graves病甲亢患者中检出，明显高于健康对照组(P<0．01)。

3讨论

自从1992年Stankus和Johnson[1]报道PTU诱发的表现为呼吸衰竭的抗中性粒细胞胞浆抗体阳性高敏感性血管炎，以及1993年Dolman等[2]从PTU治疗的甲状腺功能亢进症发生小血管炎患者血清中检测出ANCA，国内外陆续报道抗甲状腺药物治疗甲亢患者检出ANCA及发生相关小血管炎。所有报道均指出PTU治疗患者可检出ANCA，发生ANCA相关小血管炎。并因停用PTU后ANCA转阴或滴度下降[8]，小血管炎的临床症状迅速缓解，推断ANCA检出与PTU有关，PTU是致病的重要原因。随后横断面临床对照研究均提示，PTU治疗患者ANCA阳性率明显高于MMI或其他方法治疗患者ANCA阳性率。前瞻性研究极少，仅有的研究亦提示：PTU可使ANCA转阳，无转阴作用[9]，MMI使ANCA转阴作用明显大于转阳作用[10]。因相关研究少和研究样本小，以及缺乏MMI与PTU的前瞻性队列研究，PTU与MMI诱发ANCA有无差异目前尚缺乏前瞻性研究结论。横断面研究显示，ANCA多发生于长期药物治疗患者，尤其是治疗2年以上的患者，但亦有治疗时间仅数月(8个月)患者检测出ANCA。本研究因随访时间仅6个月，虽然无论PTU或MMI治疗患者均未检测出ANCA，以及无血管炎发生。尚不能定论抗甲状腺药物不诱发ANCA。正如国内外报道，可推断短期抗甲状腺药物诱发ANCA可能性较小。尚有待继续长期观察药物治疗对ANCA的影响。

目前横断面研究指出，初诊未治疗甲亢患者血清中亦可检测出ANCA，差异较大(0．0％~67．0％)。小样本研究结论不一，0．0％~67．0％[3,11]。大样本研究中，结论比较一致，0．0％~6．0％[5,9]。本研究ANCA阳性率为3．3％(2/60)，与国内外大样本研究结论一致。可以推定初诊未治疗甲亢患者检测出ANCA可能性较小。各种研究结果差异较大除与有的研究样本量小有关外，可能与种族差异、实验检测水平、及试剂盒来源不一等因素有关。

本研究提示ANCA与甲状腺疾病本身可能无关，短期的抗甲状腺药物治疗可能不诱发ANCA。

参考文献

1SJStankus,：1595-1596.

2DolmanKM,GansRO,VervaatTJ,：651-652.

3GumaM，SalinasI，ReverterJL,(5)：2141-2146.

4HoriY,ArizonoK,HaraS,(4)：734-735.

5SlotMC,LinksTP,StegemanCA,：(1)：108-113.

6GumaM,SalinasI,ReverterJL,(5)：2141-2146.

：12-13.

8TanemotoM,MiyakawaH,HanaiJ,’disease：，26：774-780.

9NohJY,AsariT,HamadaN,(MPO-ANCA)(Oxf),20\_,54(5)：651-654.

10WadaN,MukaiM,KohnoM，(MPO-ANCA)(3)：329-334.

11徐旭东,赵明辉,章友康,等.丙基硫氧嘧啶导致的抗中性粒细胞胞质抗体阳性小血管炎及其靶抗原研究.中华内科杂志，20\_,41(6)：404-407.

**用药分析论文模板及范文 第八篇**

摘要如何控制药品费用的上涨已成为当前迫切需要解决的问题。药物经济学研究为解决这一问题提供了一个新的工具。本文对药物经济学的定义、研究方法、实施步骤及作用进行了介绍。

关键词药物经济学药品费用控制

近年来，我国的医疗费用每年以30%的速度增长，远远地超出了国内生产总值10%左右的增长速度，从而严重影响了我国经济的发展和人民生活水平的提高。如何控制医疗费用的迅速增长已成为大家所关心和需要解决的问题。药品费用是医疗费用的重要组成部分，在整个医疗费用中占有相当大的比例，是影响医疗费用急剧增长的主要因素之一。目前我国医院的业务收入中有50%左右来源于药品，因而医疗费用的控制焦点之一就是如何控制药品费用的迅速增长。

控制药品费用迅速增长的关键是弄清楚药品费用上涨的原因，然后对症下药。造成药品费用迅速增长的因素很多，但归纳起来不外乎两个方面：一是合理因素即不可控因素，如人口增加和老龄化、疾病谱改变、慢性病增加、居民保健意识增加、药品成本提高等；二是不合理因素，如价格管理存在漏洞，医疗补偿机制不完善，以药养医、用药管理松懈，现行的医疗制度存在弊端和不合理用药等。

药品费用控制要从医疗服务的提供方即医院，付费方、需求方即病人等方面着手，重点是在尽可能满足人民群众的医疗需求的基础上控制费用上涨中的一些不合理因素，核心是合理使用有限的卫生资源，保证卫生服务的公平性和特需性。

目前国内外在控制药品费用方面采取了许多切实可行的方法，如药物利用评价[1],药品价格控制，风险共担合同[2],制定基本医疗目录和医疗保险用药目录，实行“总量控制、结构调整”，改革城镇职工医疗制度即费用共担[3],以及职业道德教育。这些方法对控制药品费用的上涨确实起到了关键作用，但也存在着某些不足之处。一是它更多地考虑药品的价格，而忽视了药品的成本效果，因而其在控制药品费用短期上涨的同时，可能带来药品费用的长期上涨；二是它对医疗服务的提供方和需求方的控制带有一定的强迫性，没有充分发挥他们的主观能动性。药物的经济学评价可弥补这一缺陷，它从药物的成本和治疗效果两个角度出发，综合评价药物治疗的成本效益。

一、药物经济学。

（一）定义：药物经济学（pharmacoeconomics）是指药物治疗对卫生保健系统和人类社会所付出的成本和产生效果的描述和分析。具体地说，药物经济学应用现代经济学的研究手段，结合流行病学、决策学、生物统计学等多学科研究成果，全方位地分析不同药物治疗方案、药物治疗方案与其它方案，如手术治疗以及不同医疗或社会服务项目，如社会养老与家庭照顾等的成本、效益或效果及效用，评价其经济学价值的差别。药物经济学的服务对象包括医疗保健体系的所有参与者：政府管理部门、医疗提供单位、医疗保险公司、医生以及病人。药物经济学目前已发展成为一门新兴的边缘学科，受到越来越多的研究者的重视。

（二）研究方法：药物经济学研究的方法主要有4种：最小成本分析（,CMA）,成本效果分析（,CEA）,成本效用分析（costutilityanalysis,CUA）和成本效益分析（costbenefitanalysis,CBA）。

1.最小成本分析：最小成本分析是在临床效果完全相同的情况下，比较何种药物治疗，包括其它医疗干预方案的成本最小。它首先必须证明两个或多个药物治疗方案所得结果无显著性差异，然后通过分析找出成本最小者。由于它要求药物的临床治疗效果，包括疗效、副作用、持续时间完全相同，应用范围较局限。

（转贴于中国论文下载中心http:??www1lunwennet1net）2.成本效果分析：成本效果分析是较为完备的综合经济评价形式之一，比较健康效果差别和成本差别，其结果以单位健康效果增加所需成本值即成本效果比值表示。其特点是治疗结果不用货币单位来表示，而采用临床指标，如：抢救病人数、延长的生命年、治愈率等。成本效果分析的比值通常采用两种表示方法：（1）成本与效果比值法：成本与效果比值，即每产生一个效果所需的成本。（2）额外成本与额外效果比值法：是指如果给予一额外成本，是否能产生额外效果，成本效果分析虽然受到其效果单位的限制，不能进行不同临床效果之间的比较，但其结果易于为临床医务人员和公众接受，是药物经济学研究的常用手段。

3.成本效用分析：成本效用分析是成本效果的发展，与成本效果有许多相似之处。从某种程度上讲，两者均用货币来衡量成本，并且测量结果也都采用临床指标作为最终结果的衡量参数。所不同的是成本—效果为一种单纯的生物指标，如延长寿命时间、增加体重、降低的血压数等。相反，成本效用分析中的结果却与质量密切相关，注意到病人对生活质量的要求，采用效用函数变化，即常用单位是生活质量调整年（,QALY）,而非健康结果变化。可以进行不同疾病药物治疗措施的比较，是近年来受到推崇的药物经济学研究方法。然而，不同疾病影响病人生活的不同方面，通用的生活质量指标不能反映疾病的特殊性，因此，药物经济学研究界对于成本效用分析的合理性尚有争议。

4.成本效益分析：成本效益分析是一种成本和结果均以货币单位测量的经济学分析方法。与成本效果分析所不同的是结果以货币形式表现出来，它不仅具有直观易懂的优点，还具有普遍性，既可以比较不同药物对同一疾病的治疗效益，还可以进行不同疾病治疗措施间的比较，甚至疾病治疗与其它公共投资项目，例如公共教育投资的比较，适用于全面的卫生以及公共投资决策。然而，许多中、短期临床效果变化，例如患病率、死亡率、残疾状态难以用货币单位衡量，有关长期效果的数据资料很少或者很不全面，而且经济学家以外的临床医疗人员和公众很难接受以货币单位衡量的生命、健康的货币价值。所以，成本效益分析在卫生经济学以及药物经济学研究上的应用远远少于成本效果分析。

（三）实施步骤：药物经济学分析的实施需要10个步骤来完成：（1）明确药物经济学研究的问题；（2）确立研究的观点；（3）治疗方案和结果的确立；（4）选择恰当的药物经济学方法；（5）结果的货币价值；（6）资源的区分；（7）确立结果事件的概率；（8）决策分析；（9）进行成本兑现或敏感性或增量成本分析；（10）结果表示。

必须明确药物经济学所研究的问题和研究观点。

药物经济学的观点可来自于社会、付费方、机构、部门、病人、任何或所有这些方的一个结合。其次，必须区分治疗方案和与它们相关的积极或消积的后果。选择药物经济学的分析方法，将其治疗结果用货币价值来表示。药物获得成本与医疗成本包含在与临床效果直接相关的成本之中，也可来源于文献或者历史记载，也可以将其建立在合理的假设基础之上。

二、药物经济学研究在控制药品费用上涨方面的作用。

药物经济学不仅注重药物治疗的成本，同时也关注药物治疗的结果，因而在控制药品费用方面具有较强的科学性和可接受性。药物经济学的作用主要通过下面几个方面来体现。

（一）指导新药的研制生产：我国实行的是社会主义的市场经济，在市场经济中，商品的需求取决于商品的价值和质量。药品虽作为一种特殊商品，但其仍具有一般商品的特征，其需求同样的取决于药品的价值和质量（效果）。药品的成本效果（效益）越大，其需求量也越大。因此，对研制生产药品的厂商来说，必须尽可能研制生产出成本—效果好的药品，从而获取所需的利润。药品生产厂商可根据药物经济学研究结果，作出是否生产某种药品或在遵循药品价格制定原则的前提下适当降低药品的价格以提高药品的成本效果。

（二）用于制定国家基本医疗保险医疗用药报销范围：目前我国的《国家基本药物目录》主要是根据临床医疗需要来考虑的，即药物的安全性和有效性，经济因素、价格因素考虑较少。该药物名录适用于全民，主要是指导和规范临床用药行为。基本医保医疗用药核销范围的药物遴选是以《国家基本药物目录》为基础形成的。用药核销范围既考虑临床需要，又考虑经济等综合因素。其经济因素主要指药物的疗程价格，它没有考虑药物治疗过程中的其它费用，如检查化验费、住院费等；它也不考虑药物的成本—效果比或成本效益比，因而存在着一定的缺陷。目前国外如澳大利亚和加拿大在确定药品报销范围时，除了要求厂商提供药物的安全性和有效性数据外，还要求厂商提供该药与国内治疗同样疾病的最常用药物或以适当的非药物治疗措施作为对照比较物的药物经济学结果，国家指导委员会将参考药物经济学的结果来作出是否给予报销的决定。

（三）帮助医院制订医院用药目录、规范医生用药：

目前我国许多省市为了控制医疗费用的迅速上涨，开始实行“总量控制、结构调整”政策。其基本思想是提高医务人员的劳务价值，降低医院的药品收入，使药品费用的增长幅度控制在一定的范围内。这一政策的推行，对医院的药品使用提出了新的要求。它要求医院尽可能使用疗效好、价格低的药物，即成本效果好的药物，将成本效果好的药物纳入医院的用药目录中，以便药物费用的增长幅度控制在政策规定的范围内。药物经济学的研究结果有助于医院将那些成本效果好的药物选进医院用药目录中。同时，医院用药目录的制订可规范医生的用药行为，阻止不合理用药。

（四）确定药物的适用范围：任何药物都不是万能的，都有一定的适用范围。对患某种疾病的某一人群有效的药物对另一人群不一定有效，其成本效果也是低的。例如，降胆固醇药物用于治疗具有一定危险因素的高胆固醇血症病人，是公认成本效果好的治疗措施，而用于单纯高胆固醇血症病人，则成本效果不佳。若将降胆固醇药物用于治疗许多没有危险因素的单纯高胆固醇血症病人，则不但不能降低医疗费用，相反将引起医疗费用的上涨。药物经济学研究的是特定人群特定疾病药物治疗的成本效果，因而其针对性较强，目的比较明确。

（五）帮助病人正确选择药物：随着经济的发展，人民生活水平和文化素质的提高以及医疗体制的改革，病人的自我保健意识将逐步增强，医疗服务市场的特殊性也将因此有所改变，不会纯粹是医疗服务的供方市场，尤其是药品服务，越来越多的病人将会自己到医药商店选择和购买药品。因此，病人对有关药品信息的需求将会增加，尤其是药品的价格、效果和成本效果。

病人希望得到成本效果比较好的药品，药物经济学研究可满足病人这方面的需求。

药物经济学可从多方面来控制药品费用的迅速上涨，在我国开展药物经济学研究具有非常重要的现实意义，必须给药物经济学在控制药品费用中的作用以一席之地。目前，我国的药物经济学研究还刚刚起步，许多人对其还不了解，知之甚少，国家在制订《公费医疗用药报销范围》没有完全考虑药品的药物经济学特性。因此从现在开始必须大力开展药物经济学的宣传和研究工作，并象澳大利亚和加拿大国家一样将药物经济学研究纳入有关的规定中，充分发挥药物经济学的作用。

参考文献：

1查仲玲1药物利用研究1药物流行病学杂志，1996,2:112.

2郑淑鹏1美国受控医疗计划的药品政策1国外医学1医院管理分册，199414:165.

3史宇广1我国职工医疗保险制度改革情况介绍1中国药房，1997,1:3.

**用药分析论文模板及范文 第九篇**

【摘要】健康教育和心理护理对糖尿病的控制起着很大的作用，通过健康教育和心理护理可起到药物所不能替代的疗效。

【关键词】糖尿病健康教育和心理护理

糖尿病是继心血管、肿瘤、艾滋病之后的第四大致人死亡疾病。我国糖尿病（DM）的患病率正在呈快速上升趋势，根据统计，目前我国患病率达3．2l％，比10年前提高了3～4倍，有2／3已确诊的糖尿病患者病情控制不良。糖尿病的治疗效果除了与患者病情和现有的医疗条件等因素有关外，尚有赖于患者自身，而掌握一定的糖尿病知识与技能是患者实现有效自身管理和控制的基础，因此患者健康教育和心理护理在糖尿病的治疗中是不容忽视的一个方面，在当前护理工作中，如何开展糖尿病的健康教育和心理护理，探讨最适宜的教育模式，是摆在临床护理工作中的一大难题［1］。

1健康教育和心理护理的必要性

我国糖尿病病人对糖尿病的基本知识、检查治疗及自我护理知识普遍缺乏了解一项对216例糖尿病病人调查中发现，58．33％的病人不了解糖尿病的预后情况，％的病人不了解饮食控制的重要性，75．61％的病人不了解高血糖的危害性。有％的新诊断糖尿病病人从未接受过糖尿病教育。87％的病人不了解如何正确使用降糖药物及如何避免其副作用；60％的病人不控制饮食；72％的病人不会自我监测血糖和尿糖；92％的病人不了解如何适度活动，病程中34％的病人发生过低血糖；88．4％的病人愿意积极配合治疗；90．7％的病人认为接受糖尿病知识教育非常必要［2］，说明绝大多数糖尿病病人渴望接受全面、系统的指导，从而有效地控制糖尿病。

接受过健康教育后,疗效明显提高有人将98例糖尿病病人随机分为“健康教育组”和“传统教育组”，住院期间向传统教育组的病人进行传统的糖尿病知识宣教；健康教育组则由责任护士按程序对住院病人实施系统化的健康教育。分别观察两组病人掌握相关知识、掌握相关技能及认识态度（遵医行为）等3个项目，结果显示：健康教育组分别为91．5％、93．5％、％，传统教育组分别为％、73．4％、，88．1％，（P<0．01、P<0．01、P<0．05）。国外有研究人员将1395例高危糖尿病病人（有糖尿病家族史、肥胖、糖耐量减低、静坐生活方式者）随机分为教育干预组和对照组，干预组由接受过专业糖尿病知识培训的护士对病人进行教育、监督。并由经主治医师进行督促；而对照组病人则不接受任何训练。3个月后随访发现，干预组病人中分别有15％、16％和6％接受了运动、饮食和减重计划，而对照组中相应的比例分别为2％、3％和2％（P<0．05），说明护士教育和医师督促相结合，在高危糖尿病人群中能增加其对运动、饮食和体重控制的依从性，从而预防糖尿病及其并发症。

随着近年来“生物－心理－社会医学模式”的提出，给糖尿病的研究带来了一种新的研究思路研究发现，糖尿病在发病上不仅与上述生理病理学上的因素有关，还与社会环境、心理因素有关，如工作学习长期过度紧张，人际关系不协调，生活中的突发不幸事件等社会、心理上的不良刺激，都是糖尿病发生和引起加重的重要因素。临床观察进一步发现，大多数糖尿病人除了有多饮、多食、多尿、消瘦以及血糖增高这些大家都熟悉的症状和表现之外，还不同程度地存在着精神、思维、情感、性格等方面的心理障碍和情志活动的异常，如忧思过度、心烦不安、紧张恐惧、急躁易怒、悲伤易泣等。在对这些病人诊治过程中，单纯用药物来治疗，如口服降糖药或注射用胰岛素，疗效往往不够理想，而同时配合以心理疗法，采取形神合一、身心同治的方法进行治疗，常能收到事半功倍或单纯药物达不到的效果［3］。从而认识到糖尿病是一种身心疾病，心理、社会因素在糖尿病的发生、发展中具有重要的作用。治疗糖尿病也必须重视纠正和消除来自社会、环境的不良刺激，使不正常的心理状态恢复正常。在此前提下，再配合药物治疗，身心同治，才能收到满意疗效。因此，在糖尿病的治疗中心理疗法是非常重要的。

2健康教育的实施

上述研究结果表明，随着现代医学模式的转变，糖尿病病人的护理工作已由单纯症状护理向以病人为中心的整体护理（包括生理、心理及社会相关知识教育）转变。在发达国家及一些发展中国家，早已有了糖尿病教育护士协会。护士作为糖尿病病人获得知识的主要来源之一，必须做好健康教育工作。

教育针对的人群包括门诊糖尿病患者和住院患者糖尿病患者教育内容可分为：治疗基本知识；糖尿病的本质、诊断、治疗原则、急慢性并发症等。基本生存技能；胰岛素注射、服药、家居血糖监测、低血糖处理、运动饮食调节等；预防知识；生病的处理、足部护理、旅行须知等。

教育模式分为个体化教育、小组教育和患者联谊会

个体化教育评估了解患者的一般情况；测量身高、体重、体重指数（BMI）、腰臀比；评估患者饮食、运动状况，相关知识掌握情况，是否伴有慢性并发症；了解近期的检验结果；目前接受的治疗方案；家庭背景及支持等。根据评估的结果了解患者现存问题，列出需要解决的问题，每次重点估计2～3个问题，作为本次教育的目标。根据上述已经确定的目标制定详细的教育计划，包括个体化教育和小组教育方案,预约下次教育时间。最后通过一对一形式的教育，指导用药细则，调整食谱和运动计划。

小组教育以小组为单位，每次15人左右，由糖尿病专科护士、营养师、足病诊疗师主讲，通过问答、交流、观看录像等形式让患者了解糖尿病的相关知识。这种教育方式易于提高患者学习的兴趣，而且面对面的交流能够详细而深入地了解患者的疑惑，增进医患之间的相互信任。另外，小组活动也为患者之间交流提供了1个有效的平台，有利于更好地配合糖尿病的管理。对于住院患者和出院患者可有不同的计划，住院患者的护理教育计划：住院期间，糖尿病护士和医生合作，为住院的糖尿病患者制定完整的教育计划，积极实施并及时做出效果评价。出院患者的评估教育及跟踪服务：住院患者出院1～2周后常规来糖尿病中心复诊，糖尿病中心的护士要再次全面评估患者对糖尿病知识的认识程度、饮食、治疗、生活习惯及自我管理水平，并根据评估的结果对患者明确目标实施合理有效的教育。对每个患者教育都需制定明确的目标，目标是因人而异，根据年龄、家庭支持、患者存在的问题而定，下次复诊时评估上次的目标有无实现［4，5］。此后，对每一例糖尿病患者一般进行1～4次的跟踪评估。出院后，患者若有任何问题都可以通过电话与中心护士及时联系。

患者联谊会可使患者更多地了解糖尿病知识，并打消因患糖尿病而产生的孤独感。一种最好的方法是与同样患糖尿病的病友交流。现在有很多地区成立了糖尿病病友自己的俱乐部组织。在这些团体组织中，你会遇到糖尿病病友也在学习患糖尿病后如何生活的问题。在一起互相学习，采用新的更有益于健康的生活方式，并且会做得既容易又有趣。如此改变生活和学习方式，对每个病友都有益，并为新的友谊奠定了基础。在这些团体中，许多糖尿病病友聚集在一起，比较他们各自的自我康复记录和交流他们各自成功和失败的经验。

3心理状态分析及心理护理

不同时期、不同心理类型的病人采用不同的对策。糖尿病患者有以下常见心理状态。

悲观、失望、抑郁心态由于此类患者多是l型青少年或2型经长期药物治疗疗效不佳者，需终生依赖外源胰岛素替代治疗。当他们得知没有根治的可能，或有的经数年至十数年满怀信心地积极治疗，最终药物失效，依靠药物维持治疗的希望破灭，常有一种愤怒的情感，对治疗采取消极的态度。针对患者的心理情况，我们在做宣教时用亲切、诚恳的语言取得患者的信任，建立良好的医患关系，让患者了解到DM目前虽不能根治，但通过合理控制饮食、适当运动、科学用药、保持良好的情绪可以控制病情，并能像健康人一样工作、学习和生活。帮助患者解决实际困难，减轻其心理负担。以宣泄法使患者发泄愤怒的情绪，以升华法转移其矛盾心理，并且反复讲述DM的治疗前景并请恢复较好的患者介绍经验，消除患者悲观、愤怒和失望的心态，解除心理抑郁状态，树立战胜疾病的必胜信心。这类患者情绪稳定后均很主动地配合治疗护理，取得良好的治疗效果。

恐惧、焦虑的心理由于糖尿病是一种难以彻底治愈的终身型疾患，而且随着病情的发展还会出现种种并发症，加上因缺乏相关知识或认识的片面化，一些病人产生焦虑、恐惧的心理也在所难免。他们恐惧被截肢而成残疾人，恐惧疾患带来的难以想象的麻烦，更恐惧折寿和死亡。如有些病人发现其他糖尿病人患糖尿病坏疽或眼底出血时，就怕得不得了，紧张、恐恐惶惶不可终日，有的病人甚至夜不能寐，从而使病情加重。还有的糖尿病病人合并有末梢神经病变，肢体麻木、疼痛，也怀疑得了糖尿病坏疽，担心要被截肢，一天到晚把注意力集中在这方面，对肢体疼麻感觉特别敏感，甚至影响了正常的工作、学习，服药也难以见效。而其实，糖尿病并非不治之症，其死亡率远比许多疾病都低得多。绝大多数病人的病情都渴望得到有效控制，病人中的长寿者也比比皆是。对以上所述的这类病人，可用转移注意式的心理治疗，这是一种把患者的注意力从疾病上转移到其他方面去，以减轻病情或使疾病转向痊愈的心理治疗方法,用言语诱导的方法说服和影响，转移其注意力，可收到单纯药物达不到的疗效。

怀疑、拒绝和满不在乎的心理出现此类心理的患者多数为初发病且疾病症状较轻或无症状者，糖尿病早期患者一般都症状较轻甚至根本没有症状，有的还可能反常地“红光满面”，给别人一种“体格健壮”的假象。还有的患者误认为血糖高些对身体健康并无大碍，故对疾病采取“不以为然”的态度。还有的患者甚至怀疑医生诊断有误，拒绝改变饮食习惯和积极主动地配合医生服药治疗。还有些患者在经过一段时间治疗之后，血糖成功地下降至正常水平，就自认为病已治愈而自行停药，并放松了对饮食的合理控制，也不注意劳逸结合，直到血糖急剧上升，病情变本加厉时才后悔莫及。值得一提的是，这样的反反复复可能使得疾患更加难以治愈，甚至带来致命危险！这时可不与病人讨论病情，等待时机，可先不进入病人角色，但要告知患者家属如何照顾患者，主动关心患者，密切护患关系，以取得患者的信任。可请同病室的患者与其交流，通过发放糖尿病知识宣传资料、知识讲座及健康教育录像等，让患者逐步了解糖尿病的发病机理，明白它是慢性终身性疾病，需要坚持长期治疗。

内疚、自责心理有的患者在认识到糖尿病与遗传相关时，便抱怨父母乃至祖宗八代怎么偏偏把病“传”给了自己。有的患有糖尿病的家长在得知子女也患上糖尿病后，深深的内疚感便油然而生,对于这类患者需用真诚的态度使之相信我们，让他把思想顾虑倾诉出来，让患者了解到DM目前虽不能根治，但合理地控制饮食、适当地运动、科学地用药、良好的情绪可以很好地控制病情，并能像健康人一样工作、学习和生活。在尽可能的条件下，协调社会各方面的关系，帮助了解患者的实际困难，以减轻其心理负担，同时取得家属的配合，使患者调适自己的不良心态，增强自我保护意识，我们运用温和的语言、熟练的操作、丰富的医疗护理基础知识取得患者的信赖，主动与患者谈心，合理提供治疗信息［6］。对病情变化、检查结果主动向其做科学的、保护性的解释，帮助患者重新树立治疗信心，用正确的人生观、社会观、价值观感染和影响患者，促使患者克服厌世的心理现象。

抗拒对立和矫枉过正心理这是两种极端化的心理。一些由于得病时间较长、并发症多且严重，而治疗效果又不明显的患者，很可能对用药或治疗失去了信心，最后自暴自弃地对医务人员采取不理睬、不信任、不配合的“三不”态度。有的患者为了更快地“降糖”，便过量、过频用药，或过度节食、过度运动，最后造成低血糖，严重的还可能导致昏厥。第一种情况单纯心理治疗效果往往不佳，需用多种手段配合治疗。第二种情况可用化验单来说明问题，常可收到奇效。

4改善病人的情绪状态

糖尿病人心理治疗的重点是改善病人的情绪状态，克服消极情绪反应，帮助病人合理地安排生活和遵从医嘱。主要有以下方法。

支持心理治疗通过解释、说理、疏导、安慰等，进行支持性心理治疗，以帮助病人消除各种消极情绪反应。

认知疗法帮助病人对糖尿病基本知识的了解，消除不适当的预测、误解和错误信念。提高治愈疾病的信心。

行为疗法某些行为疗法技术可帮助病人遵从药物治疗和饮食控制计划，包括血糖自我监测，行为强化，行为塑造疗法等。

【参考文献】

1汪向东，王希林，马弘．心理卫生评定量表手册．北京：中国心理卫生杂志社，1999，196：235.

2钱荣立．搞好糖尿病教育是提高和巩固疗效的基础.中国糖尿病杂志,1998，6（1）：1．

3刘俊荚，董荣乔，吕璇．健康教育用于糖尿病病人的护理体会．河北医药,2024，26（5）：442-443．

．AmJNuts,1994,94（11）：3-65．

5范丽凤，张小群，朱筠菌．糖尿病教育对接受胰岛素治疗病人的影响．中国糖尿病杂志,20\_，8（3）：148-151．

6常恩荣．糖尿病患者心理健康状况调查与心理护理探讨．齐鲁护理杂志,20\_，11（5）：407.

**用药分析论文模板及范文 第十篇**

1资料和方法

将我院20\_年门诊及住院部抗菌药物临床使用情况作为研究对象，调查统计门诊抗菌药物处方比例、住院患者抗菌药物使用率、使用强度、抗菌药物费用占总药费的百分比以及抗菌药物消耗数量等指标。每月抽查门诊处方600张以及使用抗菌药物的住院病历30份，对抗菌药物不合理使用情况进行统计分析。

2结果

抗菌药物使用种类

我院抗菌药物品种共计48个，全年总消耗按使用数量统计排在前几位的分别为头孢西丁、依替米星、奥硝唑、头孢替唑和哌拉西林舒巴坦。β内酰胺类抗菌药物近年来消耗量一直居我院前列，被广泛的应用于预防性及经验性治疗中。抗厌氧菌药物奥硝唑也常与其他类抗菌药物联合使用。依替米星属于半合成广谱氨基糖苷类抗菌药物，耳、肾毒性与庆大霉素相仿。表1显示，在我院门诊患者中全年消耗数量依替米星注射液居于首位。此外，门诊和住院部按消耗数量排名前五位的抗菌药物均为注射剂型。

门诊抗菌药物使用情况

我院20\_年1—12月门诊抗菌药物处方比例为，低于\_抗菌药物专项整治活动关于三级医院门诊抗菌药物处方比例不得超过20%的规定。抗菌药物处方比例前十位的科室中，外科明显高于内科。其次为小儿科和呼吸内科。门诊全年抗菌药物费用占门诊总药费的。

住院患者抗菌药物使用情况

20\_年我院出院总人数37515人，其中使用了抗菌药物的人数为19118人，使用率为。住院患者抗菌药物使用强度（DDD）为每百人天，略超出\_规定的每百人天40DDDs，但如图1显示，呈逐月下降趋势。手术科室抗菌药物使用率明显高于非手术科室，其中整形美容科最高，达100%，其次为泌尿外科和妇产科。非手术科室中抗菌药物使用率较高的为新生儿科、呼吸内科以及ICU。抗菌药物全年累计使用强度（DDDs）的品种排名。

抗菌药物不合理使用情况

抽查的360份使用了抗菌药物的住院病历中，存在不合理用药的有10%，其中，治疗性使用不合理19份，占（包括无适应症用药3份、未根据药敏结果选用3份、无指征联合用药3份、用法用量不当8份、无指征更换药物2份）；预防使用不合理17份，占。

3分析与讨论

本次调查结果显示，我院抗菌药物全年累计使用强度最高的是β内酰胺类，其中头孢菌素类占抗菌药物累计DDD值的，青霉素类和喹诺酮类均占。头孢菌素类属繁殖期杀菌剂，具有广谱、高效、耐酶、过敏反应少、用药安全等优点。氟喹诺酮类具有抗菌谱广、抗菌活性强、无需皮肤过敏试验等特点，在抗感染治疗中也占有非常重要的地位。氨基糖苷类药物在我院门诊用量偏高，这类药物抗菌谱较窄，并有严重的耳、肾毒性，应控制使用。从抗菌药物使用的科室分布看，门诊抗菌药物处方比例以及住院患者抗菌药物使用率均以外科最高，其次为儿科和呼吸内科。目前细菌耐药问题日趋严峻，WHO已向医疗界倡导，在抗感染治疗中能用窄谱抗菌药物则不要轻易应用广谱抗菌药物。然而广谱、高效抗菌药物在我院应用比较普遍。因此，应严格强化临床医师在抗菌药物临床应用方面的培训，强调以病原学诊断、药敏试验结果为依据，优先选用有效的窄谱抗菌药物。

治疗用药不合理

①无适应症用药：门诊处方统计显示儿科使用抗菌药物的频次比较高，且使用的抗菌药物多为广谱、耐酶的青霉素类复方制剂(如美洛西林舒巴坦、阿莫西林氟氯西林等)以及大环内酯类(阿奇霉素、罗红霉素)。婴幼儿急性上呼吸道感染90%由鼻病毒、冠状病毒、流感病毒、腺病毒等病毒所致，无确切细菌感染证据时无需应用抗菌药物。儿科处方经常将抗菌药物与抗病毒药(病毒唑、炎琥宁、穿琥宁等)联合用于病毒感染，且所有的门诊患儿未做细菌培养和药敏试验。②重复用药：如青霉素与美洛西林、青霉素与氯唑西林的联用等。作用机制相同的同一类药物的联合使用，竞争细菌同一靶位，疗效并不增强，反而可能出现拮抗作用，增加不良反应的发生。③用法用量不合理：老年患者，诊断为慢性支气管炎急性发作。用头孢哌酮钠/舒巴坦钠（2:1）每日，一日三次，静脉滴注。头孢哌酮对肾功能影响不大，但舒巴坦经肾脏排泄，成人每日最大剂量为4g。该患者血肌酐清除率显示肾功能减退，舒巴坦一日超出最大剂量，应根据患者肾功能减退的程度作适当调整。④给药间隔不合理：由于门诊患者就诊时间的特殊性，青霉素类、头孢菌素类及克林霉素等事件依赖性抗菌药物无法一日剂量分多次注射。这几类抗菌药物属于时间依赖性抗菌药物，其杀菌效果主要取决于细菌暴露在有效浓度中的时间，而与血浆峰浓度无关，除半衰期较长的头孢曲松外，均应一日剂量分次给药。另外青霉素类及某些头孢菌素类半衰期非常短，却加入250～500ml的溶媒中1个多小时才滴完，无法维持有效血药浓度，不仅不能有效杀灭病原菌，更易导致耐药性及热源的发生。⑤品种选择不合理：患者诊断为急性上呼吸道感染，无畏寒、发热等全身症状，仅表现咽红、扁桃体轻度肿大，周围血象显示白细胞及中性粒细胞比例正常，考虑病原体多为病毒，其病程具有自限性，如无其他明显的全身症状及明显细菌感染症状，仅作对症处理即可。而医嘱却使用了第三代头孢菌素进行全身治疗。此外，轻症感染患者尽量选择口服抗菌药物。例如单纯尿路感染的门诊患者，左氧氟沙星同等剂量口服与静滴所达到的血药浓度是相近的，医嘱却使用了左氧氟沙星注射液静滴。在我院应用抗菌药物的患者中，口服给药比例远低于注射给药比例，尤其一些口服生物利用度较高的品种，建议医师采用序贯疗法，以降低患者的治疗费用，提高患者对治疗的顺从性，节约医药资源。⑥无指征频繁更换抗菌药物：抗菌药物若出现不良反应，如严重皮疹、瘙痒、静脉炎及胃肠道反应等引起患者不适，经医师权衡利弊可予以更换，或者体温持续不降或血象一直偏高，伤口恶化未能控制，药敏试验报道出现用药耐药的迹象，医师可在病历上注明更换原因。无指征的频繁更换抗菌药物可能导致耐药菌产生概率增加，感染控制进程延长。

围手术期预防用药不合理

\_《抗菌药物临床应用指导原则》明确指出，抗菌药物在预防清洁手术时，一般在术前～2h给药或麻醉开始时给药，使手术切口暴露时局部组织中已达到足以杀灭手术过程人侵切口细菌的药物浓度。抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和手术结束后4h，总的预防用药时间不超过24h，个别情况可延长至48h，污染手术可依据患者情况酌量延长，抗菌药物选择的视预防目的而定，但必须是疗效肯定、安全、使用方便及价格相对较低的品种[8]。而部分临床医生预防用药时间达到3~8d，术后连续用药数次或数日不仅不能进一步提高预防效果，反而会破坏体内原有正常菌群的平衡状态，大量杀灭敏感菌使耐药菌过度繁殖，这种被选择出的病原菌一旦造成感染常常更加难以控制。此外选用的品种起点偏高，如选用头孢孟多酯钠、盐酸左氧氟沙星等二、三代头孢类以及氟哇诺酮类。如此预防用药并不能降低术后伤口感染率，不仅浪费药品资源，而且增加患者的经济负担，同时易使细菌产生耐药性而造成不良后果。我院部分手术预防使用抗菌药物还存在较严重的用药时机不当问题，主要表现在手术结束后才开始用药。

总结我院抗菌药物不合理使用的原因主要有以下几个方面：①新的抗菌药物不断上市，医生未能很好的了解药物的剂量、用法以及联合用药时可能产生的药物相互作用和配伍禁忌等，无法按照药物理化性质、药代动力学性质给药。②患者因药物知识匮乏，认为好药就是新药贵药，吃好药就能治好病，要求医生开好药。个别医生也盲目选用昂贵和新的广谱抗菌药。③患者的依从性差，不能接受1日内数次给药，要求医生加大剂量一次给药，导致抗菌药物使用不规范。④病原学标本留置不当或者细菌培养过程不规范导致病原菌培养结果不准确，药敏试验无法为临床提供参考依据，给临床选择抗菌药物增加了难度。

针对存在的问题，我院要求各临床科室切实按照《抗菌药物临床应用指导原则》进行整改，并采取了一系列措施加强对抗菌药物合理使用的监管。成立以院长为第一责任人的抗菌药物临床应用督导小组。各临床科主任就\_抗菌药物专项整治的各项考核指标签订责任状，将合理应用抗菌药物纳入医院医疗质量管理。利用信息化手段对全院抗菌药物合理应用进行监测、实施抗菌药物分级管理以及处方点评制度，同时严格控制院内各临床科室及I类切口手术患者抗菌药物使用的适应症。医院建立了抗菌药物临床应用情况通报和诫勉谈话制度，每月落实评估、公示及奖罚制度。由药学部负责对临床各科抗菌药物使用量、使用率和使用强度进行排序、公示，对于未达到相关目标要求并存在严重问题的，召集相关人员进行诫勉谈话并将有关结果予以通报。此外，为了加强医护人员的业务水平，多次组织全院范围的抗菌药物应用知识培训讲座，使工作在临床一线的医护人员熟悉和掌握《指导原则》，并进行严格考核，不合格的医生和药师暂停其抗菌药物处方资格和调剂资格。

4结论

临床医生在使用抗菌药物时，应严格遵循\_《抗菌药物临床应用指导原则》，正确选用药物，注意给药剂量、给药途径和疗程等，减少无指征用药，考虑患者的特殊病理生理情况，尽可能做到个体化给药。作为临床药师，应该深入临床与医生进行交流，互换信息，宣传药品知识，做好用药咨询，配合好医生合理用药，发现问题及时解决。配合医务部门参加业务查房，做好抗菌药物的合理用药分析，与临床医生面对面讨论，及时纠正不合理用药，保证患者用药安全、有效和经济。

**用药分析论文模板及范文 第十一篇**

【摘要】目的急性心肌梗死(AMI)使用β受体阻滞剂治疗，分析疗效。方法使用β受体阻滞剂，并观察其疗效。结论急性心肌梗死后β受体阻滞剂使用时间在提前，使用剂量在加大，使用率在提高，并取得很好疗效，但仍有一些问题，包括早期使用不够、使用剂量偏小，糖尿病人使用低等。

【关键词】β受体阻滞剂AMI糖尿病合并症

据20\_年不完全统计，我国每年心肌梗死(MI)患者超过70万例，且呈明显的上升趋势，其发病率仍然值得关注。在急性ST段抬高性MI后恢复期住院期间，患者应减少危险因子、降脂治疗、戒烟，并给予其他干预。某些治疗如β受体阻断剂、血管紧张素转换酶\_(ACEI)、血管紧张素Ⅱ受体(AT1型)拮抗剂已被循证医学证实可减少心血管事件而被广泛接纳。左

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找