



弋矶山药讯

Yijishan Pharmaceutical Newsletters



2018 第3期

皖南医学院弋矶山医院

弋矶山药讯

(内部刊物 仅供交流)

2018年第3期

(季刊 总第137期)

服务宗旨:

面向临床, 服务一线

主办

皖南医学院临床药学研究所
皖南医学院弋矶山医院临床药
学与药事管理科

联系方式

地址: 安徽省芜湖市赭山西路2号

邮编: 241001

联系人: 杨小骏、汪慧芳

电话: (0553) 5739915

E-mail: yjs120@126.com

目 录

药闻药事

- 抗肿瘤药物应用指导原则发布
- 《中国药典》2020年版三部拟新增40个生物制品
- 问题缬沙坦全面召回
- 《医疗机构处方审核规范》明确 药师是处方审核第一责任人

合理用药与药学服务

- 超说明书用药 风险怎么避
- 四大硝唑的异同与禁忌
- 使用这些药物需注意骨质疏松症的风险
- 老年患者基于肾功能应避免或减量使用的药物
- 促进合理用药, 控制医疗成本

不良反应

- 药品上市许可持有人需直接报告不良反应
- 个例药品不良反应收集和报告指导原则征求意见
- 头孢类药物的不良反应汇总

科室动态

- 我院国家临床药师培训基地第十届学员结业考核圆满结束
- 我院药学部相关部门组织学习《医疗机构依法执业手册》
- 药学部召开2018年度第一次学科主任例会
- 我院国家临床药师培训基地第十届学员结业考核圆满结束

药闻药事**抗肿瘤药物应用指导原则发布**

近日,国家卫生健康委员会发布《关于印发新型抗肿瘤药物临床应用指导原则(2018年版)的通知》明确,抗肿瘤药物临床应用需考虑药物可及性和患者治疗价值两大要素。其应用是否合理,基于有无抗肿瘤药物应用指征和选用的品种及给药方案是否适宜两个方面。

《指导原则》强调,只有经组织或细胞学病理确诊、或特殊分子病理诊断成立的恶性肿瘤,才有指征使用抗肿瘤药物。对于某些难以获取病理诊断的肿瘤,如胰腺癌,其确诊可参照国家相关指南或规范执行。同时,对于有明确靶点的药物,须遵循基因检测后方可使用的原则。目前,根据是否需要检测生物标志物,可以将常用的小分子靶向药物和大分子单克隆抗体类药物分为两大类。《指导原则》详细介绍了具体的检测生物标志物。

《指导原则》强调,特殊情况下抗肿瘤药物的使用应当仅限于三级医院授权的具有高级专业技术职称的医师,充分遵循患者知情同意原则,并且做好用药监测和跟踪观察。特殊情况下抗肿瘤药物使用采纳根据,依次是:其他国家或地区药品说明书中已注明的用法,国际权威学协会或组织发布的诊疗规范、指南,国家级学协会发布的经国家卫生健康委员会认可的诊疗规范、指南。

《指导原则》提出,医疗机构的抗肿瘤药物购用,优先选择《国家基本药物目录》、国家谈判品种、高级别循证医学证据多以及权威指南推荐的品种。应当对抗肿瘤药物供应目录定期评估,临时采购抗肿瘤药物供应目录之外品种应有充分理由,并按相关制度和程序备案。另外,医疗机构应当建立健全抗肿瘤药物临床应用分级管理制度,按照“普通使用级”和“限制使用级”的分级原则,明确各级抗肿瘤药物临床应用的指征,并落实各级医师应用抗肿瘤药物的处方权限。

(来源:健康报网)

《中国药典》2020年版三部拟新增 40 个生物制品

日前,国家药典委员会发布关于《中国药典》2020年版三部生物制品拟新增品种的公示,40个品种被列入拟新增品种名单,其中包括 Sabin 株脊髓灰质炎灭活疫苗、康柏西普眼用注射液等多个国家“重大新药创制”科技重大专项成果。

国家药典委员会表示,按照《中国药典》2020 版编制大纲品种遴选原则,经第十一届药典委员会相关专业委员会审议,《中国药典》2020 年版三部拟新增品种(生物制品)被遴选通过,国家药典委员会对新增品种公开征求意见,公示期为自上网之日起 3 个月。

(来源:健康报网)

问题缬沙坦全面召回

(国家药监局提醒:患者切勿擅自停药)

7月29日,国家药监局就浙江华海药业股份有限公司缬沙坦原料药中检出微量 N-亚硝基二甲胺(NDMA)杂质及有关情况发布消息称,国内涉及使用华海药业缬沙坦原料药的共有 6 家制剂生产企业,其中 1 家企业的制剂产品尚未出厂,另外 5 家企业已停止使用华海药业缬沙坦原料药,按规定召回相关药品。

国家药监局新闻发言人介绍,7月6日,华海药业向该局报告在用于出口的缬沙坦原料药中检出微量 N-亚硝基二甲胺(NDMA)杂质的情况,按照有关规定和要求,主动向社会披露了相关信息。该企业原料药现行工艺分别于 2012 年、2013 年经过了欧洲药品管理局、美国食品药品监督管理局的认可。华海药业在检出该杂质后,立即暂停了所有缬沙坦原料药国内外市场放行和发货,并启动主动召回措施;截至 7 月 23 日,华海药业已完成国内所有原料药的召回工作。

国家药监局表示,经研判,根据毒理学数据推算 NDMA 的每日最大摄入限量为 $0.1\mu\text{g}$,相当于 EMA 暂定参考限定值 0.3ppm (按每日服用 320mg 缬沙坦计算)。根据上述限定值,对所有国内在产的 7 家缬沙坦原料药生产企业(含华海药业)进行风险排查,除华海药业缬沙坦原

料药 NDMA 杂质超出限值外, 其他国内缬沙坦原料药生产企业 NDMA 杂质检出值低于限值或者未检出。

目前, 欧洲药品管理局等药品监管机构认为, NDMA 属于 2A 类致癌物, 即动物实验证据充分, 人体可能致癌但证据有限; 日常生活中都可能接触这种物质(例如腌制食品)。分析此次涉事药物不会对患者造成严重健康风险, 但出于安全考虑, 应采取停止销售、召回等风险控制措施。美国食品药品监督管理局于 7 月 27 日发布通告认为, 服用召回缬沙坦的患者应继续服用目前的药物, 直到医生或药剂师提供可替代药品或不同的治疗方案。

国家药监局新闻发言人强调, 除上述 5 家制剂生产企业之外, 其他缬沙坦制剂产品都不在召回之列。正在服用缬沙坦药品的患者一定不要擅自停药, 擅自停药对于高血压患者的风险更直接且严重。是否停药或换药一定要在医生的指导下进行, 可联系医生更换其他不涉及召回的含缬沙坦药品或者选择其他药物替代治疗。

该局已要求各省级食药监管部门督促相关制剂生产企业采取召回措施, 并在 5 家生产企业网站上公开相关召回信息, 包括企业负责召回的联系电话。为便于公众及时掌握正在使用的缬沙坦药品是否属于召回范围, 5 家生产企业已与信息技术公司合作, 7 月 26 日 22 时上线扫码查询功能, 可通过手机 App 扫描产品追溯码实现即时查询, 具体情况可以通过查询企业网站了解。

上市产品中 NDMA 超出限值的 5 家企业及产品信息如下:

重庆康刻尔制药有限公司的缬沙坦氢氯噻嗪胶囊(国药准字 H20080097)

海南皇隆制药股份有限公司的缬沙坦分散片(国药准字 H20050508)

哈尔滨三联药业股份有限公司的缬沙坦分散片(国药准字 H20061058)

江苏万高药业股份有限公司的缬沙坦氢氯噻嗪分散片(国药准字 H20090262)

山东益健药业有限公司的缬沙坦分散片(国药准字 H20090319)

(来源: 健康报网)

《医疗机构处方审核规范》明确 药师是处方审核第一责任人

日前，国家卫生健康委员会等三部门联合制定并发布《医疗机构处方审核规范》（以下简称《规范》），以促进临床合理用药。《规范》明确，药师是处方审核工作的第一责任人，应当对处方各项内容进行逐一审核。所有处方需审核通过后方可进入划价收费和调配环节，未经审核通过的处方不得收费和调配。

处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并做出是否同意调配发药决定的药学技术服务。

《规范》明确，药师审核的处方包括纸质处方、电子处方和医疗机构病区用药医嘱单。经药师审核判定为合理的处方，药师须在纸质处方上手写签名（或加盖专用印章）、在电子处方上进行电子签名。处方经药师签名后方可进入收费和调配环节。若经药师审核被判定为不合理处方，则由药师负责联系处方医师，请其确认或重新开具处方，并再次进入处方审核流程。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

（来源：健康报网）

合理用药与药学服务

超说明书用药 风险怎么避

规范的超说明书用药有着积极的临床价值，能让药品的一些前沿的用法运用到患者身上，对有些疾病治疗能起到很好的促进作用。但是，因为用法并未在药品说明书上记载，也未通过规范的试验及相关部门审核，无法验证其安全性和有效性，所以会存在很大法律风险。

法律风险知多少

药品说明书更新滞后、药品研发临床实验困难，以及医药企业受利益驱使等，是出现超说明书用药的主要原因。比较常见的风险包括三类。

用药安全问题 药品的说明书用法经过了严格的试验和临床实践，安全性能得到较大保障，而超说明书用药则是有待证实的用法，仅凭医师有限的临床经验可能无法避免其潜在的不确定性和风险性。

引发医疗纠纷 根据《处方管理办法》第14条和《医疗机构药事管理规定》第18条，我国目前在法律层面均要求按照药品说明书开具处方、使用药物，并不认可超说明书用药。且《侵权责任法》第58条规定“患者有损害，因下列情形之一的，推定医疗机构有过错：（一）违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定”。所以，一旦超说明书用药时患者发生任何不良后果，医院可能会被认定为违反诊疗规范，可能处于被推定过错的不利位置。

医保拒付等其他风险 以北京市为例，根据药品目录规定，“使用《药品目录》内药品，要严格按照国家食品药品监督管理局对该药品规定的适应证范围使用”。北京市《医疗保险审核拒付原因和处理办法》也将超说明书用药定性为不合理用药，如果药品使用时适应证和用法超出药品说明书的规定，医保将对该费用拒付。

立法普遍有欠缺

有学者在2012年检索了世界各国超说明书用药的法律法规和指南，结果显示全球有与超说明书用药相关立法的国家仅有7个，其中美国、德国、日本等6国明确规定允许超说明书用药，印度则明确不允许。澳大利亚、中国、南非则是有政府部门或学术组织发布了与超说明书用药相关的指南或建议。

目前我国在国家层面尚未对超说明书用药做出规定,仅有广东省药学会在2010年发布过《药品未注册用法专家共识》,四川省药学会于2013年、中国药理学会于2015年发布了《超说明书用药专家共识》。

为了发挥超说明书用药的积极作用,降低其风险,可以参考我国相关药学会发布的《专家共识》,在临床实践中从以下几个方面,对超说明书用药的适用进行管理。

患者利益最大化 在治疗中,当无合理的可替代药品时,要考虑超说明书用药存在的风险以及不同治疗方案对患者病情的治疗效果,充分权衡利弊,选择能最大限度保护患者健康的治疗方法。医师应该严格遵从“良父义务”,严格限制用药目的,以患者利益最大化为原则。

有合理的医学实践证据 中国药理学会在《超说明书用药专家共识》中将超说明书用药的证据根据推荐强度分为5个等级。一是证据可靠,可使用级;二是证据可靠性较高,建议使用级;三是证据有一定的可靠性,可以采用级,包括设有对照,但未用随机方法分组研究证实的超说明书用药;四是证据可靠性较差,可供参考级;五是证据可靠性差,仅供参考,不推荐使用级,包括描述性研究、病例报告以及专家意见。医疗机构及临床医师在不可避免需要超说明书用药时,应当优先选择证据可靠度更高的用法,尽可能降低用药风险。

建立医院内部管理制度 医疗机构应当建立院内的超说明书用药管理制度,对超说明书用药的院内申请备案流程进行明确。临床医师可申请超说明书用药备案,申请时应当说明超说明书的用法、循证医学证据等内容。医院药事管理委员会应当对超说明书用药内容进行讨论审核,综合评估超说明书用药的风险、必要性等问题,给出最终意见。对于药事管理委员会同意的超说明书用药方案,应当提报伦理委员会审核同意并在院内备案后使用。药事管理委员会应当定期对超说明书用药的必要性进行重新评估,对院内超说明书用药行为进行技术指导。

患者知情同意 充分告知患者超说明书用药的风险以及可采取的不同治疗方案,保证患者理解并同意,签署知情同意书。

政策与立法应并进

政策保障 为了降低超说明书用药率,国家药品监督管理部门应督促并出台相关政策激励引导医药企业更新说明书内容,例如简化药品说明书注册信息变更的流程。日本就规定“对于在海外已被证实的超说明书处方,若能提交学术论文等资料,可全部或部分免除修改说明书所需进行的临床试验”。

研发支持 针对儿童、产妇等特殊人群的药品研发，国家也可以从税收、许可等方面给予大力支持。对于特殊人群用药的临床试验，可以考虑建立特殊的临床试验制度，或者通过加入国际多中心临床试验研究等其他方式，对药物安全性、有效性等方面进行灵活的科学评价。

立法规范 通过立法明确超说明书用药行为的合法性并对此进行规范有利于保障患者健康权益。我国可以参考相关专家共识及国外的立法情况，从超说明书用药的定义、条件、规程，医患双方权利义务，风险承担等方面进行立法，保障患者权益，降低医疗机构和医务人员的执业风险，促进超说明书用药的规范发展。

(来源：健康报网)

四大硝唑的异同与禁忌

1、抗菌谱

甲硝唑：

抗菌谱包括脆弱拟杆菌及其他拟杆菌属、梭形杆菌、产气梭状芽孢杆菌、真杆菌、韦容球菌、消化球菌和消化链球菌等。放线菌属、乳酸杆菌属、丙酸杆菌属对本药耐药。

替硝唑：

对脆弱拟杆菌等拟杆菌属、梭菌属、消化球菌、消化链球菌、韦容球菌属及加得纳菌等具有抗菌活性；对微需氧菌、幽门螺杆菌也有一定的抗菌作用；此外，本药对滴虫、阿米巴原虫、贾第鞭毛虫、麦地那龙线虫等病原体也有较强作用。

奥硝唑：

厌氧菌——脆弱拟杆菌、狄氏拟杆菌、卵园拟杆菌、多形拟杆菌、普通拟杆菌、梭状芽孢杆菌、真杆菌、消化球菌和消化链球菌、幽门螺杆菌、黑色素拟杆菌、梭杆菌、CO₂ 噬纤维菌、牙龈类杆菌。

寄生虫——毛滴虫、贾第鞭毛虫、阿米巴。

塞克硝唑:

与甲硝唑具有类似的作用和用途。在体外, 本药抗寄生虫谱与甲硝唑相似, 包括阴道毛滴虫、牛毛滴虫、痢疾阿米巴和贾第鞭毛虫(十二指肠贾第鞭毛虫、肠贾第鞭毛虫)。

同甲硝唑一样, 本药在体外也显示抗厌氧菌活性, 包括脆弱拟杆菌和其他拟杆菌属、梭状芽孢杆菌属、消化球菌属和消化链球菌属。

临床应用

甲硝唑

CFDA 说明书适应症

1. 用于治疗阴道滴虫病。
2. 用于治疗肠道及组织内阿米巴病(如阿米巴痢疾、胸腔阿米巴病等)。
3. 用于治疗小袋虫病和皮肤利什曼病、麦地那龙线虫感染、贾第虫病等。
4. 用于各种厌氧菌感染, 如败血症、心内膜炎、脓胸、肺脓肿、腹腔感染、盆腔感染、妇科感染、骨和关节感染、脑膜炎、脑脓肿、皮肤软组织感染、艰难梭菌引起的抗生素相关肠炎、幽门螺杆菌相关胃炎或消化性溃疡。
5. 作为某些污染或可能污染手术的预防用药, 如结肠直肠择期手术。
6. 口颊片、含片、粘贴片可用于治疗厌氧菌所致的牙周感染(如牙龈炎、牙周炎、冠周炎、口腔溃疡等)。
7. 凝胶、乳膏等外用制剂, 可用于炎症性丘疹、脓疱、酒渣鼻红斑、毛囊虫皮炎、疥疮、痤疮等的局部治疗及细菌性阴道病的治疗。
8. 洗液可用于冲洗伤口或化脓疮口。

其他临床应用参考

1. 用于预防性侵害受害者性传播疾病。
2. 用于克罗恩病。

替硝唑:

CFDA 说明书适应症

1. 用于治疗多种厌氧菌感染，如败血症、骨髓炎、腹腔感染、盆腔感染、鼻窦炎、支气管感染、肺炎、皮肤蜂窝组织炎、口腔感染及术后伤口感染。
2. 用于结肠或直肠手术、妇产科手术及口腔手术的术前预防用药。
3. 用于肠道及肠道外阿米巴病、阴道滴虫病、贾第鞭毛虫病、加得纳菌阴道炎的治疗。4. 还可作为甲硝唑的替代药，用于治疗幽门螺杆菌所致的胃窦炎及消化性溃疡。

奥硝唑：

CFDA 说明书适应症

1. 用于由厌氧菌感染引起的多种疾病。
2. 用于男女泌尿生殖道毛滴虫、贾第鞭毛虫感染引起的疾病(如阴道滴虫病)。
3. 用于肠、肝阿米巴病(如阿米巴痢疾、阿米巴肝脓肿)。
4. 用于手术前预防感染和手术后厌氧菌感染的治疗。
5. 阴道栓用于细菌性阴道病、滴虫性阴道炎。

塞克硝唑：

CFDA 说明书适应症

1. 用于治疗由阴道毛滴虫引起的尿道炎、阴道炎。
2. 用于治疗肝阿米巴病。
3. 用于治疗肠阿米巴病。
4. 用于治疗贾第鞭毛虫病。

禁忌

甲硝唑：

对本品或吡咯类药物过敏患者以及有活动性中枢神经疾病和血液病患者禁用。

替硝唑：

对本品或吡咯类药物过敏患者以及有活动性中枢神经疾病和血液病者禁用。

奥硝唑:

禁用于对本品及其他硝基咪唑类药物过敏的患者;禁用于脑和脊髓发生病变的患者,癫痫及各种器官硬化症患者;禁用于造血功能低下、慢性酒精中毒患者。

塞克硝唑:

对塞克硝唑或一般硝基咪唑类药物过敏者禁用;有血液疾病史的患者禁用。

孕妇及哺乳期用药

甲硝唑:

说明书要求孕妇及哺乳期妇女禁用。

替硝唑:

妊娠3个月内应禁用。3个月以上的孕妇只有具明确指征时才选用本品。在乳汁中浓度与血中浓度相似。动物试验显示本品对幼鼠具致癌作用,故哺乳期妇女应避免使用。若必须用药,应暂停哺乳,并在停药3日后方可授乳。

奥硝唑:

妊娠早期(妊娠前三个月)和哺乳期妇女慎用。

塞克硝唑:

妊娠或有可能妊娠的妇女禁用本品;塞克硝唑口服吸收后能够透过胎盘屏障进入乳汁,因此服药期间,哺乳期妇女应避免授乳。

儿童用药

甲硝唑:

小儿常用量:厌氧菌感染的注射剂量同成人。

替硝唑:

12岁以下患者禁用。

奥硝唑:

儿童慎用。建议3岁以下儿童不用。

塞克硝唑:

12岁以上儿童可以服用本品。

饮酒

甲硝唑:

可抑制乙醇代谢,引起体内乙醇蓄积,干扰乙醇的氧化过程。合用可出现双硫仑样反应(面部潮红、头痛、眩晕、腹痛、胃痛、恶心、呕吐、气促、心率加快、血压降低、嗜睡、幻觉等)。

在本药治疗期间及停药后3日内,应避免接触含酒精饮品。

替硝唑:

可引起体内乙醛蓄积,干扰乙醇的氧化过程。合用可出现双硫仑样反应。用药期间不宜饮用含酒精的饮品。

奥硝唑:

同其它硝基咪唑类药物相比,本品对乙醛脱氢酶无抑制作用。(笔者注:有双硫仑样反应的个案报道)

塞克硝唑:

用药期间饮酒或饮用含有酒精的饮料,可发生双硫仑反应。用药期间或用药后至少1日内禁止饮酒或饮用含有酒精的饮料。

其他

甲硝唑:

本药的代谢产物可使尿液呈深红色。

奥硝唑:

巴比妥类药、雷尼替丁和西咪替丁等药物可使奥硝唑加速消除而降效并可影响凝血，因此应禁忌合用。

(来源：好医生网)

使用这些药物需注意骨质疏松症的风险

骨质疏松症是一种全身性骨病，特征为骨量低、骨组织微结构损坏、骨脆性增加、易发生骨折。该病可分为原发性和继发性骨质疏松症两大类，其中任何影响骨代谢的药物可引起继发性骨质疏松症。

分类药物特点

抗凝剂

肝素

①可能与增加骨胶原溶解，促进骨吸收并抑制骨形成有关，普通肝素引起骨质疏松症的风险高于低分子肝素。

②引起的骨质疏松症常发生在脊柱和肋骨。

糖皮质激素

强的松等

①糖皮质激素性骨质疏松症在药物导致的骨质疏松症中最为常见，其机制与通过促进破骨细胞介导的骨吸收及抑制成骨细胞介导的骨形成有关。

②引起的骨质疏松症通常累及全身骨骼，尤其多见于椎体、肋骨和髌部。

强效利尿剂

呋塞米等

①主要通过抑制肾小管髓祥的 $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-Cl}^-$ 同向转运体而利尿，可能与药物抑制 Na^+ 和 Cl^- 的重吸收进而抑制肾脏 Ca^{2+} 的吸收，增加 Ca^{2+} 在肾脏的排泄有关，长期负钙平衡致骨密度降低。

②引起的骨质疏松症常累及全身，尤其是髌部等非脊柱部位。

质子泵抑制剂

奥美拉唑等

①可能与通过减少胃酸分泌改变了胃和十二指肠的酸性环境而影响 Ca^{2+} 的吸收、降低胃壁细胞分泌雌激素水平、降低对破骨细胞抑制而削弱对骨吸收的抑制有关。其骨折风险与用药剂量、治疗时间呈正相关。

②引起的骨质疏松症常发生在腰椎和髌部。

芳香化酶抑制剂

阿那曲唑等

①可能与药物降低体内雌激素水平有关，雌激素对骨有保护作用，可增加破骨细胞凋亡和促进骨形成。

②引起的骨质疏松症常发生在下颌骨和脊柱部位。

抗病毒药物

利托那韦等蛋白酶抑制剂

①可能与诱导破骨细胞分化、抑制成骨细胞活性、抑制介导维生素 D 活化的细胞色素 P450 混合功能氧化酶有关。

②引起的骨质疏松症常发生在髌骨、脊柱和肱骨远端。

抗癫痫药

苯巴比妥、苯妥英钠等

①可能与诱导 CYP450 加速维生素 D 的分解、直接抑制骨细胞生长、减少 Ca^{2+} 的吸收、降低机体对甲状旁腺素的反应而引起肠钙吸收减少有关。

②引起骨密度降低，在皮质骨最明显，多见于股骨颈和腰椎。

肿瘤化疗药

甲氨蝶呤等

①可能与减少成骨细胞活性、增加破骨细胞生成有关。

②甲氨蝶呤长期大剂量使用可致甲氨蝶呤骨病，表现为三联征即骨痛、骨质疏松症、压缩性骨折。

噻唑烷二酮类胰岛素增敏剂

罗格列酮、吡格列酮等

①可能与促进破骨细胞分化和骨吸收、抑制成骨细胞分化和骨形成、减少雌激素合成有关。

②引起的骨质疏松症常表现为全身骨骼受累，多见于女性，骨折部位常见于上臂肱骨、手或足部。

选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂

氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰等

①抑制成骨细胞的活性，从而影响骨重塑的平衡。

②可降低腰椎、髌部的骨密度，增加非椎体骨折的风险。

钙调磷酸酶抑制剂

环孢素 A、他克莫司

①可能与其显著增加骨吸收有关。

②引起的骨质疏松症多发生在脊柱部位。

口服抗凝药

华法林等

①可能与抑制降钙素沉积、促进骨吸收有关。

②引起的骨质疏松症常发生在桡骨远端、脊柱和髌骨，也见于肋骨。

甲状腺激素（过量）

左甲状腺素等

①可能与对破骨细胞的直接作用影响了骨钙代谢、对成骨细胞的作用介导了破骨细胞的骨吸收过程有关。

②可降低腰椎、髌部的骨密度，增加椎体、非椎体骨折的风险。

促性腺激素释放激素类似物

戈那瑞林、亮丙瑞林、戈舍瑞林等

①可能与提高甲状旁腺素介导的破骨细胞活性、加速骨转换有关。

②引起的骨质疏松症常发生在脊柱、髌骨和桡骨远端。

铝剂(抑酸剂)

氢氧化铝等

影响肠道对磷酸盐的吸收，致血清磷酸盐浓度降低，磷自骨组织内流失，增加骨软化、骨折与骨质疏松症的风险。

避孕剂

醋酸甲羟孕酮

抑制垂体促性腺激素的释放，致雌激素水平降低，低雌激素水平会导致骨密度的降低。

(来源：医学论坛网)

老年患者基于肾功能应避免或减量使用的药物

随着年龄的增长，老年人的肾脏功能与年轻时相比有了很大程度的下降。在使用这些胃肠道系统药物以及治疗高尿酸血症的药物时，需要考虑到肾功能的情况，基于肾功能来判断是否避免使用或者减量使用该类药物，临床上常用肌酐清除率(C_{Cr})来作为判断肾小球滤过功能损害的敏感指标。

下面本文将介绍 2015 版 Beers 标准中基于肾功能应避免或减量使用的消化系统药物和抗高尿酸血症药物。

肾功能下降的老年患者应避免使用哪些消化系统药物和抗高尿酸血症药物?

消化系统药物:

西咪替丁、法莫替丁、尼扎替丁、雷尼替丁：组胺 H₂ 受体拮抗剂，能明显抑制基础和夜间胃酸分泌，当 CrCl₁<50mL/min 时，应减少使用剂量。

抗高尿酸血症药物:

秋水仙碱：当 CL_{Cr}<30mL/min 时，应用秋水仙碱时应进行减量和检测。

丙磺舒：当 CL_{Cr}<30mL/min 时，应避免使用。

为什么老年人要避免使用这些药物?

西咪替丁、法莫替丁、尼扎替丁、雷尼替丁：DecoususH 等研究表明，这类药物阻断组胺 H₂ 受体的作用强烈，65 岁老年人用药后不良反应很多。这四种药物均是组胺 H₂ 受体拮抗剂，

老年人随着年龄的增大其胃肠道组织与功能也随之变化,直接影响着某些药物吸收的速度,容易发生不良反应,而且大多数服用以上药物的老年人会有精神状态改变的不良反应,对老年人的身体健康带来一定威胁。

秋水仙碱: Wason S 等人研究中轻度或中度肾功能不全患者或积极接受血液透析的患者秋水仙碱不会蓄积,而那些患有严重肾功能不全的患者秋水仙碱体内浓度增加明显。所有肾功能不全患者服用秋水仙碱都应密切监测,特别是因为许多服用秋水仙碱的患者经常有其他合并症并可能服用其他药物。

丙磺舒: Pui K 等人研究发现丙磺舒作为降尿酸治疗药物(ULT)在对复合性痛风患者进行临床处理方面具有中度疗效,所述患者对别嘌醇缺乏效力或不耐受。患有慢性肾病的患者对丙磺舒的不良反应发生率为13%左右。

老年人在使用上述的消化系统药物和抗高尿酸血症药物时,应考虑到自身的肾功能状况,避免或减少药物剂量使用,并且在医生和药师的指导下合理用药,降低药物不良反应。

(来源:健康报网)

促进合理用药, 控制医疗成本

长期以来,药品加成一直是医疗卫生机构收入的重要来源;取消药品加成后,药学部门由多年的利润中心转变为成本中心,一些地方出现了药学队伍不稳定、学科萎缩等问题。事实上,随着医改的深入推进,临床合理用药问题越来越受关注,药学服务是临床诊疗中不可或缺的重要部分,药事管理是医院精细化管理的重要手段,已日益成为各方共识。

向精细化管理转型

苏州大学第一附属医院副院长缪丽燕表示,药学服务转型的背景,不仅是简单的取消药品加成,“互联网+医疗”的快速发展、医保支付方式改革等,都让公立医院的管理模式发生了很大变化。此外,综合医改的不断深化,也对药学服务模式的转型提出了要求。“公立医院对成

本控制型精细化管理的需求越来越迫切,依靠药学部门的专业知识,通过促进合理用药有效控制医院的医疗成本,已然成为药学人员转型的重要方向,药学人员是一支可以为医院管理贡献力量队伍。”

“药学作为一个学科已得到越来越多认可,这也给药学服务模式转型带来了很好的基础和环境。”南京鼓楼医院党委书记彭宇竹介绍,该院通过临床药学学科平台的建设,明确了药学发展的临床药学、临床药理、合理用药等6个亚专科、10余个专业方向,“药学门诊服务目前已扩展为两个诊区,每天接诊患者100人次左右,得到了患者的欢迎和认可;临床药师下病房已经覆盖全院64个病区中的34个,赢得了临床科室的肯定”。

据统计,我国已有数十家三级甲等医院设立了药学服务门诊,其主要职能包括开展用药咨询,特殊药物的用药指导;系统介绍药物治疗目标、正确合理使用注意事项,提高患者自我管理能力和;及时收集、上报并协助临床处理不良反应,对药物安全信息进行预警;对重点患者进行随访,确保治疗的安全性和有效性等。

彭宇竹表示,南京鼓楼医院还加强了药学服务的规范化、制度化建设,目前已制定专科药师相关工作规范22项,药物治疗规范20余项,同时完成了药物临床评价体系的构建。“为规范中药注射剂的临床使用,药学部门做了大量的实际调研,梳理每一个品种的适应证,严格制定使用规范。”此前,该院40余个临床科室几乎全部会使用中药注射剂。相关规范出台后,全院只有18个科室允许使用,每个科室最多不得超过3个品种,即使中医科最多也只允许使用6种中药注射剂。

给医疗质量加装“防火墙”

“临床药师可以更深入地参与临床治疗和患者管理。”缪丽燕说,苏大一附院在神经内科、心内科、骨科等科室,均有抗凝药师参与临床工作,“这些临床药师不仅要审核所有住院患者的抗凝药物处方,还对患者开展用药教育,将接受抗凝治疗的患者分为一级、二级、三级监护;同时与患者出院后开展的慢病患者分级管理相衔接”。

东南大学附属中大医院药学部主任邵华建议,药学部门快速介入临床精准用药工作,可以从医院专业力量较强的临床科室开始。“我院首先从重症医学科入手,针对其过往几年的血药浓度监测资料开展研究,分析各种生命支持手段对药物体内代谢和药效的影响。”在此基础上,该院临床药师开展了抗菌药物替换等方面的大量研究,帮助和指导临床医生制订个体化给药方案。(下转第4版)(上接第1版)

由临床药师对医师开出的用药处方和医嘱进行审核,是保证医疗质量和安全的应有措施;加强临床药师前置处方审核,就像给保障医疗质量加装一道防火墙。在药品加成时代,由于种种原因,药师处方审核工作在我国医疗卫生机构内开展得并不好。缪丽燕表示,处方前置审核是推动合理用药的重要手段,既要注重处方一致性审核,也要注重经济性审核;还应针对患者个体实际情况开展处方审核,比如抗肿瘤药物是否按照患者体重进行剂量安排,肿瘤患者、外伤患者的营养支持是否符合患者个体差异等。

能够体现药师专家价值的场所,并不局限于医疗卫生机构内部。邵华认为,目前,医保部门在制定相关政策时,往往会邀请临床药师出谋划策,已有越来越多的药师介入医保政策研究、药品目录制定等工作。“为更好服务医改、体现专业价值,临床药师应主动学习更多药物经济学等相关知识。”

多措并举体现药师专业价值

与会者认为,政策和环境的支持不够是目前药学服务发展的一大瓶颈。“应该给药学专业服务设立明确的收费标准,以体现药师专业服务的价值。”彭宇竹建议。

河南省卫生计生委药政处副处长张红涛表示,随着我国慢病患者的增加,公众用药知识匮乏、自我药疗普遍等因素大大增加了药品使用的风险。目前,我国药师队伍的数量和质量均与临床日益增长的合理用药需求不匹配,而且临床药师的作用没有得到真正的重视和支持。此外,药学服务标准缺失,没有融入健康管理体系,在慢病防控和管理中缺位,也是限制药学服务发展的因素。

“必须从学科建设和职能拓展两方面提高药师的能力和地位。”陕西省卫生计生委药政处副处长樊海涛认为,在医院设立总药师,是医院加强药品管理,管控合理用药,节约医院成本,强化药师队伍建设的有效措施。

2017年9月,陕西省批复宝鸡市在二级以上公立医院开展设立总药师工作试点。宝鸡市选定10家不同类别的医院做为试点单位,任命10名总药师,2018年正式上岗开展工作。樊海涛介绍,这些总药师直接对院长负责,组织开展医院药物治疗与药事管理工作,其绩效薪酬待遇执行副院长待遇的90%,医院每年对总药师工作情况进行考核,考核结果作为绩效薪酬兑现及留任奖惩的依据。

“总药师的职责就是全面负责医院药事管理工作,进而参与医院医疗管理,推动药学学科的发展和建设。”樊海涛表示,总药师要负责全院各科室合理用药指标的制定及动态监控,并有权按指标对科室员工进行考核;与总会计师、财务处按医院发展及经营目标制定年度药品预

算;建立药事管理相关制度,指导医院药学服务和业务技术工作;负责医院药事管理与药物治疗学委员会的组织与协调工作。

与会者认为,医疗卫生机构的药学部门应向成本管控盈利科室转型,总药师制度的建立有利于药师发挥管理全院合理用药的职能,降低患者药费、医保自付费用、医疗纠纷发生率,提高患者满意度、提升医院医疗服务质量和社会影响力。(首席记者刘志勇 本报记者程守勤)

(来源:健康报网)

药品不良反应

药品上市许可持有人需直接报告不良反应

日前,国家药品监督管理局发布公告,明确药品上市许可持有人直接报告不良反应的相关事宜。公告指出,自明年1月1日起,持有人应建立健全药品不良反应监测体系,建立面向医生、药师和患者的有效信息收集途径,主动收集临床使用、临床研究、市场项目、学术文献及持有人相关网站或论坛涉及的不良反应信息。

公告明确,境内发生的严重不良反应应自严重不良反应发现或获知之日起15日内报告,死亡病例及药品群体不良事件应当立即报告,其他不良反应应当在30日内报告;境外发生的严重不良反应应自持有人发现或获知之日起15日内报告。国家药监局指出,持有人是药品安全责任的主体。持有人应按照可疑即报原则,直接通过国家药品不良反应监测系统报告发现或获知的所有药品不良反应。

(来源:健康报网)

个例药品不良反应收集和报告指导原则征求意见

近日,国家药品监督管理局发布通知,就《个例药品不良反应收集和报告指导原则(征求意见稿)》(以下简称《原则》)公开征求意见。《原则》涉及对个例药品不良反应的收集、处置、评价,以及个例药品不良反应报告提交、质量控制等的相关要求。

《原则》所称的“个例药品不良反应”是指单个患者使用药品发生的不良反应。个例药品不良反应报告是指药品上市许可持有人(包括持有药品批准证明文件的生产企业,以下简称“持有人”)按照监管部门要求的项目填写的个例药品不良反应及相关信息的表格或元素集合。《原则》的制定,旨在规范持有人开展药品不良反应监测和报告工作,落实持有人直接报告不良反应主体责任。

《原则》明确,药品不良反应的收集和报告是最基础的药物警戒活动,收集个例药品不良反应并按要求向监管部门报告,是持有人应承担的法律责任。持有人应建立面向医生、药师、患者

的有效信息途径,收集来自医疗机构、经营企业、患者电话或投诉报告的不良反应,主动收集学术文献、临床研究、市场项目中的不良反应,拓展网络、数字媒体和社交平台等的信息收集途径。药物警戒部门人员在收到个例药品不良反应报告后(包括监管部门反馈的报告),应对该报告进行评价,包括对新不良反应和严重不良反应的判定,以及对药品与不良反应关联性的评价。

《原则》强调,持有人应确保报告内容真实、完整、准确。应真实记录所获知的个例药品不良反应,不篡改、不主观臆测,严禁虚假报告。要求尽量获取药品不良反应的详细信息,个例报告中各项目尽可能填写完整。

(来源:健康报网)

头孢类药物的不良反应汇总

头孢菌素类抗生素(cephalosporins)是活性母核7-氨基头孢烯酸(为 β -内酰胺环)经加上各种侧链结构而制成的一系列半合成抗生素。其母核结构图1所示,属于 β -内酰胺类抗生素,其上R1改变与抗菌活性有关,R2改变与药物动力学有关。

本类药可破坏细菌的细胞壁,并在繁殖期杀菌。对细菌的选择作用强,而对机体几乎没有毒性,具有抗菌谱广、抗菌作用强、耐青霉素酶、过敏反应较青霉素类少见等优点,所以是一类高效、低毒、临床广泛应用的重要抗生素。

过敏反应为头孢菌素类药物最主要的不良反应,发生率约为0.5%~10%,临床主要表现为皮疹、药物热、哮喘等,严重者可致过敏性休克,甚至死亡。

据文献报道第三代头孢菌素类药物过敏反应发生率呈上升趋势,其过敏性休克的发生率居头孢菌素之首。头孢哌酮、头孢噻肟、头孢曲松的皮疹发生率分别为2.2%、1.8%、1.3%。

黄凯文报道,在1990-2000年的113例头孢菌素类药物致过敏性休克的病例中,绝大多数为第三代头孢菌素,其中头孢噻肟占17.7%、头孢哌酮占13.3%、头孢曲松占11.3%。第三代头孢菌素还可透过眼部房水,曾有应用头孢曲松致过敏性休克引起双眼失明的报道。

Kuroka报道头孢克洛引起药疹1例,患者系感染后用头孢克洛治疗,出现紫色大片状充血出血性斑丘疹。由于头孢菌素与青霉素致敏介质十分相似,可发生不完全交叉过敏反应,对

青霉素过敏者约有 10% ~ 30%对头孢菌素过敏。对头孢菌素所致的过敏性休克,可参照青霉素所致休克的方法处理。

过敏性休克机制

我国研究人员已从 4 种头孢菌素(如头孢噻肟、头孢哌酮、头孢曲松、头孢他啶)中分离收集到能引发动动物过敏反应的基本无抗菌活性的高分子聚合物。证明头孢菌素引起过敏反应的主要过敏原是其高分子杂质。头孢菌素高分子杂质有外源性和内源性两种,外源性一般来源于早期头孢菌素的生产,随生产工艺提高而减少;而内源性杂质是源于头孢菌素自身聚合的产物。

速发型过敏性休克反应机制

以头孢哌酮舒巴坦钠为例

头孢哌酮为第三代头孢菌素,抗菌作用机制主要是抑制细菌细胞壁的合成。头孢哌酮和舒巴坦均可引起过敏反应,且与青霉素有交叉过敏反应。头孢哌酮舒巴坦钠或其降解产物与组织蛋白结合后获得免疫原性,可刺激机体产生特异性抗体与靶细胞结合,使机体呈致敏状态,当再次接触此类抗原可发生过敏性休克。引起平滑肌收缩,黏液分泌,毛细血管扩张,血管通透性增加,血压下降,组织损伤,这些反应产生的过敏性休克为速发型过敏反应,严重的可致死亡。

迟发型过敏休克反应机制

以头孢呋辛为例

其迟发型过敏反应发生机制可能是由于头孢呋辛自身聚合物,也有认为是头孢呋辛体内代谢产物作为抗原或半抗原刺激机体免疫系统产生相应的抗体(或致敏淋巴细胞)。当这种药物再次进入人体时引发的变态反应,即两次以上用药才会发生过敏。摄入药物的次数越多,产生过敏的可能性越大。

溶血反应机制

头孢菌素类药物引起溶血的机制主要分为自身抗体型、药物吸附型和免疫复合物型 3 种。例如头孢曲松引起的溶血性贫血属于免疫复合物型。其主要机制为:反复注射药物刺激机体产生 DD Abs (drug-dependent antibodies) 该抗体与头孢曲松或其代谢产物形成免疫复合物,并与红细胞膜上的特异性靶蛋白结合,激活补体,导致红细胞破裂,引起溶血反应。

DD Abs 与头孢曲松结构类似的药物存在交叉反应,也可能导致溶血。另一方面头孢菌素可作为半抗原先吸附于血小板膜表面,构成全抗原,然后刺激机体免疫细胞产生抗血小板抗体,

后者与靶细胞作用，引起血小板大量凝集与破坏。有报道静滴头孢哌酮后，血象及骨髓片提示巨核细胞系统增生低下，停用头孢哌酮后血小板升至正常。

消化系统反应

胃肠道反应为第三代头孢菌素类药物常见的不良反应，发生率为3.6%~10.8%，主要表现为腹痛、腹泻、恶心和呕吐。头孢哌酮、头孢他啶、头孢噻肟引起腹泻的发生率分别为3.0%、1.2%、1.3%。本类药物强力地抑制肠道菌群，可致菌群失调，引起维生素B族和K缺乏。

也可引起二重感染，如伪膜性肠炎、念珠菌感染等。近年多有第三代头孢菌素类药物引起上消化道出血的报道。尤以头孢哌酮发生率居高。这可能与头孢哌酮在胆汁中浓度较高，抑制或破坏肠道内合成维生素K的正常菌群而使凝血酶原复合物生成减少有关。

由此可见，在应用该类药物治疗时，应密切观察PT变化，注意消化道是否有出血倾向，必要时给予维生素K以减少继发性出血的可能。因此，有胃肠道疾病史者，特别是溃疡性结肠炎、局限性肠炎或抗生素相关性结肠炎者应慎用。

双硫仑样反应

随着人们生活水平的提高，人们饮酒几率的增多，临床出现了很多例使用头孢类药物（头孢哌酮钠、头孢曲松钠、头孢哌酮舒巴坦、头孢唑啉、头孢噻肟钠等）后饮酒发生的过敏反应—双硫仑样反应。

酒精进入体内后，首先在肝细胞内经过乙醇脱氢酶的作用氧化为乙醛，乙醛在肝细胞线粒体内经过乙醛脱氢酶氧化为乙酸和乙酰辅酶A，进入三羧酸循环，乙酸进一步代谢为二氧化碳和水排出体外。

头孢类抗生素，是从头孢菌素母核7-氨基头孢烷酸接上不同的侧链而制成半合成抗生素。由于其分子结构含硫甲基四氮唑基团，可与辅酶A竞争，抑制肝脏的乙醛脱氢酶活性，阻断了乙醛的继续氧化而造成蓄积，导致乙醛中毒，致使小动脉、小静脉、毛细血管扩张，血管通透性加强，血浆外渗，并能反射性引起交感神经兴奋，促使神经末梢释放大量的肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、5-羟色胺等单胺类神经递质，从而引起一系列的血管运动性和神经性表现，产生一系列中毒症状，呈“醉酒状”戒硫样反应。

如果患者平时不会饮酒或饮酒很少的人，反应会更加严重，应用静脉用药后，反应比口服用药更严重。

建议应用此类头孢菌素期间及停药后7d内应禁酒，同时避免服用含乙醇的饮料，尤以头孢哌酮、头孢曲松更为显著。在应用头孢哌酮钠时，应避免与任何含有乙醇成份的药物配伍。

这一点在儿科用药中尤应引起警惕,因为幼儿的肝微粒体酶系发育尚未健全,对各种药物的代谢能力低,更易发生药物不良反应。

神经毒性机制

以头孢吡肟为例

头孢吡肟主要以原型经肾脏排泄,平均血浆消除半衰期为(2 ± 0.3) h, 70%–80%由肾小管分泌,10%–20%由肾小球滤过。头孢吡肟总的平均清除率与平均肌酐清除率有重要的关系,可随肾功能的减退而延长,肾小球滤过率降低程度及肾小管间质损害呈正相关。对于肾功能正常患者,多剂量给药后无药物蓄积发生,少有不良反应发生。

老年人的药物清除率因肾清除率明显降低,易在体内蓄积,而肾功能不全者由于多种原因引起肾小球严重破坏,使身体在排泄代谢废物和调节水电解质、酸碱平衡方面出现紊乱,发生药物体内蓄积。

因此肾功能不全、尿毒症患者和老年患者可因药物蓄积导致脑脊液中药物浓度升高,一定程度上抑制了中枢递质氨基酸的合成和运输,同时抑制中枢神经细胞Na⁺–K⁺–ATP酶,使静息膜电位降低,导致精神异常、惊厥、昏迷等中枢毒性反应。

头孢吡肟中枢神经系统不良反应的发生机制目前尚未明确,一般认为该药易透过血脑屏障,使脑脊液中药物浓度增加,可能通过拮抗正常神经递质γ-氨基丁酸与其受体结合导致脑病的发生。头孢曲松/舒巴坦钠注射液曾有可致精神障碍的报告。婴幼儿血脑屏障发育尚不完善,在应用时尤应注意。

老年人及尿毒症患者应用此类药物时可因肾功能衰竭而致药物蓄积、半衰期延长产生头孢菌素脑病,如应用应减量。

出血机制

以头孢哌酮为例

头孢哌酮引起出血的机制:头孢哌酮经不同途径给药后,40%以上(有报道达75%)以原形从胆道排入小肠大量杀灭肠道正常菌群(肠道正常菌群可合成维生素K),致维生素K合成减少,致需维生素K参与的凝血酶原、因子VII、IX、X合成减少;且头孢哌酮含巯甲基四唑基团,与体内维生素K作用使之消耗增加;头孢哌酮还可直接干扰肝脏对维生素K的利用。

由于其7位C原子的取代基中存在COOH基团的头孢菌素有抑制血小板凝集的功能,从而使出血倾向加重。凝血功能障碍的发生与药物的用量大小、疗程长短直接有关。头孢哌酮引起

出血的副作用随剂量的增加而机率增大。在长期应用头孢菌素类药物时,应对患者定期检查血象。

(来源:健康报网)

科室动态

我院国家临床药师培训基地第十届学员结业考核圆满结束

9月26日,我院国家临床药师培训基地举行第十届临床药师规培学员结业考核。此次考核邀请了中国科技大学附属第一医院唐丽琴主任、蚌埠医学院第一附属医院石庆平主任,以及我院消化内科、肾内科、感染性疾病科、呼吸内科、药学部专家十四人组成考核专家组。

黄后宝副院长任考核专家组组长。国家临床药师培训基地主任栾家杰介绍学员及考核流程。首先,规培学员根据培训专业不同分别在消化内科和肾内科同时进行2个专场的问诊考核。



(消化内科问诊考核现场)



(肾内科问诊考核现场)

其次，规培学员在药学部同时进行了2个专场的案例考核。学员案例陈述，考核专家现场提问及学员答辩。最后，考核专家就培养过程环节进行审核及评分。所有学员均顺利通过考核。



(药学部案例考核现场—专场一)



(药学部案例考核现场—专场二)

2012年,我院国家临床药师培训基地由国家卫计委批准成立,培训专业设置有内分泌专业/1年期、通科(慢性肾脏病3-5期)/半年期、通科(肝硬化)/半年期。截至2018年,基地共培养了十一届临床药师规培学员,输送了58名优秀的临床药师,辐射全省及周边省市,进一步扩大了我们的影响力。



(来源:药学部 王培培)

我院药学部相关部门组织学习《医疗机构依法执业手册》

为落实省委专项巡视整改任务，进一步加强对医疗机构综合监管，省卫计委要求在全省组织开展医疗机构依法执业专项整治活动，对此我院上下各级各部门高度重视，迅速要求明确责任。

按照医院统一部署和具体要求，根据《医疗机构依法执业专项整治活动方案》规定，9月14日，我院药学部组织临床药学与药事管理科和药品保障供应科全体人员，举办《医疗机构依法执业手册》学习培训会。会上，我院药品保障供应科徐文科主任带领大家学习了手册重要内容，本次学习围绕新形势下医疗机构依法执业相关法律法规、医疗机构各项许可准入管理要求等内容，重点强调了关于医院药学服务部门依法执业的要求及监管要点，包括药学人员执业管理中的资格获取和各项执业行为的严格规范要求。

下一步，我院药学部门将规范医疗机构依法执业行为工作不断引向深入，全面认真查找在依法执业中存在的问题和薄弱环节，对照法律法规和标准要求，进一步明确责任，改进存在问题和不足，查找隐患，进而强化依法执业意识，切实提高药学服务质量、保障人民群众的就医安全。





(来源：药学部 周德喜 文/图)

药学部召开 2018 年度第一次学科主任例会

根据医院对学科工作的总体规划,按照《皖南医学院弋矶山医院科主任管理办法(试行)》【弋院(2018)64号】的具体要求,2018年7月11日药学部栾家杰主任组织召开了本年度第一次学科主任例会,共商学科发展,各二级学科、内设部门主任及药学部秘书参加会议。会议首先对《皖南医学院弋矶山医院科主任管理办法(试行)》”进行了逐项解读与学习,明确了科室考评细则;然后,各二级部门逐一汇报了2018年上半年工作总结和下半年工作计划,并对存在的问题也进行了讨论。最后,药学部栾家杰主任对会议进行了总结,认为本次学科主任例会达到了预期的目标,各二级部门主任要认真抓好本科室的具体工作,落实各项工作计划,对存在的问题积极设法解决。

(来源：药学部)

我院两名临床药师在安徽省第二届个体化药学服务优秀案例大赛（皖南赛区）中喜获佳绩

10月31日下午，由安徽省药学会药物基因组学专委会主办的第二届个体化药学服务优秀案例大赛（皖南赛区）在芜湖圆满落幕。来自皖南地区各级医院38份案例参加评选，经过初审，18份案例成功入围现场评选。最终，我院两名临床药师江佳和刘俊凭借出色的发挥，从18位选手中脱颖而出，分别获得特等奖和一等奖，并代表皖南赛区参加安徽省个体化药学服务优秀案例总决赛。

我院药学部一直致力于个体化药学平台的建设，注重临床药师药学技术服务能力的培养，在省内各项药师技能服务大赛中暂露头角，取得一定的成绩。此次临床药师在案例大赛中的出色表现，彰显了临床药师在药物个体化治疗中的价值，对进一步提升我院临床药师的专业技术水平发挥了重要作用。





(来源：药学部 刘俊)

我院临床药师受邀至海螺医院作临床合理用药专题讲座

10月24日下午，我院药学部刘俊药师受邀至海螺医院作“加强处方管理，促进合理用药”的专题讲座。来自临床、护理、检验、药学、医务等临床医技及职能部门相关人员约40余人参加此次专题讲座。刘俊药师分别从处方管理、抗菌药物管理及相关法律法规的解读等方面做了深入细致的讲解，并就前期处方点评中存在的用药问题进行了反馈。会后，参与者与我院药师就实际工作中的问题进行深刻交流。

我院药学部于今年5月与海螺医院建立了药学紧密型医联体，定期安排药师对海螺医院药事管理、处方点评及合理用药等方面进行技术指导，并接受海螺医院相关药学人员的培训，这对提升该院药事管理及合理用药水平起到很大的促进作用。此次专题讲座是构建医联体的另一种形式，对进一步促进两院建立良好沟通交流平台提供了基础。



(来源: 药学部 刘俊)