

藏区合理用药指导体系建设的挑战与路径探索

向巴班宗

昌都市人民医院，西藏自治区，854000；

摘要：藏区高海拔环境和疾病谱特点，使西药处方风险集中，高危人群比例较大，单纯依赖经验难以保证用药安全和资源利用效率。本文立足县级医院和基层机构，梳理藏区西药合理用药指导中规范内容与临床情境脱节、信息支撑薄弱、执行评估缺乏闭环等矛盾，指出现有指导体系在剂量设定、处方审核与人员培训等环节存在空白。在此基础上，围绕高发慢性病和常用高风险药物，提出细化面向高原疾病谱的用药规范、在处方开立与调配流程中设置可操作的规则提示，以及构建以真实病例库为核心的培训与评估机制，为藏区逐步形成可复制、可推广的合理用药指导模式提供思路，提升用药安全性与卫生服务效益。

关键词：藏区；高原医疗；西药合理用药；指导体系建设

DOI：10.64216/3104-9656.25.03.028

引言

在现代医疗体系中，药物作为治疗疾病的重要手段，其安全性和有效性备受关注。然而，药物在发挥治疗作用的同时，也可能产生一定的不良反应。这些不良反应是指在正常用法用量下，药物出现的与治疗目的无关或意外的有害反应，可能源于药物的直接作用、过敏反应、药物相互作用或个体差异等多种原因。为此，健康用药、安全先行显得尤为重要。藏区医疗服务体系在空间分布、人员构成和疾病谱方面具有鲜明特点，高原环境相关慢性病和急性高危状态在临床中占比较大，使西药治疗收益和风险都集中在少数关键处方决策上。县级医院和乡镇卫生院逐步普及西药治疗后，处方数量持续增加，而用药指导多依赖上级通用规范和个人经验，缺乏面向高海拔人群的系统化规则，剂量选择、给药间隔和合并用药中的隐性差错因而更易出现。因此，对合理用药指导体系建设展开研究，具有显著的现实价值。

1 藏区合理用药指导体系建设的重要性

1.1 对高原人群用药安全性的基础支撑

藏区居民长期生活在低气压、低氧环境中，血液动力学和器官灌注状态与平原地区人群存在差异，使许多常用药物的剂量和给药间隔难以直接沿用通行方案。高原地区慢性心肺疾病、高血压等慢性病负担较重，患者往往合并多种用药需求。若缺乏系统化的合理用药指导体系，临床决策容易依赖个人经验，出现剂量偏离、重复用药或潜在药物相互作用，增加药物不良反应和治疗失败的风险。与此同时，藏区不少基层医疗卫生机构药

学服务能力有限，药品说明书和指南文本多为汉语版本，在语言和理解方面容易出现偏差^[1]。以藏语等少数民族语言呈现并兼顾高原疾病谱特点的合理用药指导体系，可以为各级医务人员提供统一而清晰的决策依据，降低个体差异带来的安全隐患，也有助于患者在不同诊疗环节之间获得连续、一致的用药信息。

1.2 对藏区卫生体系效率与公平的关键作用

合理用药指导体系在藏区并非单纯的技术问题，而是关系有限卫生资源能否发挥效益的制度基础。高原边远乡镇医疗卫生机构分散，药品供应距离远，采购和库存成本较高。如果缺少以区域疾病谱和人群需求为依据的用药规范，药品结构容易偏向价格高的品种，基本药物和常用慢病药物却可能供应不足，资源配置与实际健康需求由此出现偏离。规范化的合理用药指导能够促使采购、储备和临床处方形成清晰对应，引导药品结构向安全、有效且费用可承受的方向调整，在财政有限的前提下覆盖更多高风险人群，也为偏远农牧区居民减轻因交通和经济条件带来的医疗不平等。并且以合理用药为核心的指导体系，为基层机构提供统一且可操作的处方原则，有助于缩小地域与医疗层级之间的用药质量差异，提升卫生服务的公平性和可及性。

2 藏区合理用药指导体系建设面临的挑战

2.1 规范制定层面的情境偏离

现有西药合理用药规范多以平原地区临床经验和循证证据为基础，在结构和内容上缺少针对高海拔人群的专门条款，导致指导文本与藏区临床情境之间存在明

显距离。以剂量设定和用药监测为例,高原地区常见的红细胞增多、血黏度变化,会影响部分抗凝药物、心血管药物和镇静药物的药效,但多数通行指南并未给出与此相关的剂量调整建议和监测指标,基层医生在执行时往往只能依赖个人经验权衡风险^[2]。规范文本的语言形式也偏重大医院语境,条款表述复杂,缺乏面向乡镇卫生机构的分层表述,同一套条文同时承担教学、管理和审查功能,使一线医务人员在查阅时难以迅速提炼与本岗位高度相关的内容。规范制定过程中,药学、临床和高原医学等多学科意见整合不足,缺少针对具体疾病组合和典型处方场景的细化条款,使得指导体系在纸面上较为完备,在日常诊疗中却难以转化为可直接操作的决策依据。

2.2 信息支撑层面的结构空缺

藏区多家医疗机构虽然已经配备基本信息系统,但合理用药指导仍以静态文件为核心,缺少与电子病历和处方系统深度衔接的决策支撑模块,西药相关警示信息往往散落在用药手册、培训课件和不良反应通报当中,很难形成对处方医师的实时提醒。处方审核和用药点评多以人工抽查方式开展,涉及药物相互作用、剂量上限、合并用药禁忌等关键内容,主要依赖审核人员个人记忆和经验积累,一旦人员变动,指导体系的连续性就会受到影响。高原地区关于特定人群用药的真实世界数据积累有限,既往病例信息没有经过系统整理和结构化处理,难以反哺后续合理用药条款的修订^[3]。信息支撑环节的这些薄弱之处,使指导体系在形式上存在,在临床决策现场却缺乏足够的存在感,难以发挥应有的风险识别和用药行为规范功能。

2.3 执行评估层面的协同失衡

在不少藏区医疗机构内,西药合理用药制度和操作细则虽然以文件形式存在,但与日常处方行为之间缺少稳定的反馈闭环,指导体系容易停留在“有制度、缺抓手”的状态。处方点评、病例讨论和药物不良事件复盘等活动,多聚焦于个案纠正,缺少将问题集中归纳为可量化指标的环节,致使指导条款难以根据执行中的共性偏差进行有针对性的调整。用于衡量合理用药水平的统计指标,多数直接借用上级部门通用模板,对抗菌药物使用率、重点监控药物使用频度等进行汇总,却很少将指标细化到具体科室、具体病种,也很少与本地区指导

文本中的关键要求对应,结果难以反映指导体系本身的適切性和执行深度。继续医学教育和处方权管理与合理用药评估之间衔接不够紧密,培训记录、考核结果与处方质量改进之间缺乏清晰联动,指导体系在组织层面缺少稳定的推动力量,这种协同失衡状态,是制约其发挥持续规范作用的重要内在因素。

3 藏区合理用药指导体系建设的有效路径

对规范制定、信息支撑和执行评估等环节的分析显示,指导体系在纸面层面已经具备一定制度安排,但在内容适配度、数据支持力度与闭环管理结构上依然存在多处不足,使得部分条款难以转化为稳定的临床行为。围绕这些薄弱环节重构用药规范、处方审核和培训评估的具体机制,才能在现有资源条件下逐步形成契合藏区高原医疗实际的西药合理用药指导路径。

3.1 面向高原疾病谱的西药用药规范细化

藏区合理用药指导体系要真正可用,需要一套贴近本地区疾病谱和处方习惯的细化规范文本,而不是简单照搬全国性指南。县级医院可牵头,从信息科和药学部门调取近三年至少一年完整处方记录,按疾病诊断和药物通用名建立清单,锁定高血压、冠心病、脑卒中二级预防、糖尿病以及慢性阻塞性肺疾病等高频诊断,并配对常用的降压药、抗血小板药、口服降糖药和吸入制剂。在此基础上,由内科、心血管科、呼吸科和药学组成小组,一药一表地梳理剂量范围、给药频次、剂型选择和注意事项,再结合高海拔人群常见的红细胞增多、低氧耐受变化,增补高风险情境下的剂量调整建议和监测节点。例如,针对脑卒中患者的阿司匹林与氯吡格雷序贯用药,可以在规范中明确起始剂量、负荷剂量适用人群、合并质子泵抑制剂时的优先选择品种,并标注需要复查血小板计数和便隐血的时间点^[4]。规范文本宜采用双层结构:一层为供医师和药师查证的完整条款,详细列出证据来源和可选方案;另一层为印刷成卡片或折页的快速参照版,围绕常见诊疗场景制成流程图或处方模板,张贴在门诊诊室和病房办公室。各乡镇卫生院可在此基础上形成本机构简化版要点,将与本地药品目录不匹配的内容单独标注,避免一线医务人员在使用时产生混淆。规范发布之后,选取部分科室和基层机构开展三个月左右的试运行,每月收集一批具体处方事例和医师反馈,逐条记录在实际执行过程中遇到的矛盾点,再在修订会

上调整表述顺序和用词,使文本更加贴近临床思维方式,不再单纯停留在教科书式罗列上。

3.2 嵌入临床流程的处方审核与用药提示设计

合理用药指导体系要落到实处,关键在于把核心条款嵌入日常处方行为。对于已经应用电子病历和处方系统的县级医院,建议在信息平台中设置简洁的规则库,先从少量高风险药物切入,例如华法林、低分子肝素、口服抗凝药以及窄治疗窗的心律失常用药。每一类药物建立“红线参数”,包括最大日剂量、禁忌联用药和需要根据肾功能或体重调整的临界数值,当医师在系统中录入超出范围数据时,屏幕上弹出醒目的文字提示,并列出院合理用药规范中相应条款所在页码,便于快速核对。在乡镇卫生院等尚未普及信息系统的机构,可采用纸质处方核查单的方式,在处方笺背面印制简化核查项目,如“是否存在重复用药”“是否合并三种以上镇静药”等,每一张处方由开具医师自查后签名,再由兼任药学管理的医务人员进行抽查。对抽查中发现的典型问题,按药物类别和病种整理成“处方警示案例”,定期在院内例会上展示。以某县医院为例,临床药师可以每月选取五份存在抗血小板药联用不当的处方,逐一说明患者年龄、基础疾病、实际用药组合以及潜在出血风险,然后把讨论结论对应到现行用药规范的具体条款,指出是医师未查阅规范、还是规范本身表述不够直观。这样形成的审核与提示机制,一方面使规范文本在临床工作站中随手可及,另一方面也为后续修订提供真实的处方场景,不至于演变成与实践脱节的形式性制度。

3.3 以案例为核心的合理用药培训与评估机制

指导体系能否长期发挥作用,很大程度上取决于医务人员对其中关键内容的理解深度和执行意愿,因此需要一套围绕真实病例展开的培训和评估机制,与文本建设紧密配合。县级医院可设立合理用药病例库,临床科室和药学部门共同报送典型个案,包括因剂量选择不当导致疗效欠佳的病例、不良反应明确与用药相关的病例以及因处方不规范被退方的处方实例。每个病例按照统一模板记录诊断、用药经过、检验结果变化和措施,附上对应规范条款编号,供培训时使用。与此同时,院内教学查房定期安排用药专场,由年轻医师根据病例库材料先做自我分析,尝试列出备选处方方案,再由高年资医师和临床药师逐句对照本院合理用药规范指出差

距,必要时在现场修改条文本身的表述,使其更易理解。对乡镇卫生院医务人员,可设计以手机为载体的微课程,每节课程聚焦一个高频处方情境^[5]。例如“老年高血压患者伴有高原性头痛时如何选择降压药”,课程内容包括简化版病历、几个备选处方以及对应解释,结尾附带一个与本地区规范文本直接相关的小测验。培训效果不宜只看签到次数,而要纳入处方质量评估中,如将抗菌药物静脉输注占比、同类药物重复处方比例等指标,与参与案例培训的科室挂钩,在年度考评中体现差异。对规范条款掌握较好的科室,应在修订阶段赋予更多话语权,由其提出需要补充的情景化内容。这样形成“文本-案例-培训-评估-再修订”的闭环,合理用药指导体系才有可能在藏区医疗机构内部逐渐内化为共识,而非停留在文件柜中的一叠制度文本。

4 结语

藏区西药合理用药指导体系的构建,是在高海拔环境下保证医疗质量的关键环节,也是整合有限卫生资源的制度支点。本文从规范文本、信息支撑和执行评估三个方面揭示现存短板,提出围绕高原疾病谱细化处方规范、在临床流程中设置规则提示以及依托病例库开展培训评估等实践路径,强调指导体系需要与具体处方场景紧密衔接,才能在用药安全、费用控制和服务公平之间取得平衡。今后有必要在多家医疗机构开展前瞻性应用研究,持续积累高原人群西药用药数据,完善指标体系和反馈机制,使指导体系在不断修订中保持活力,还可为其他高海拔地区提供可借鉴的经验基础。

参考文献

- [1]唐捷,龙云,苏强,等.全覆盖药学服务体系构建的探索[J].中国药业,2020,29(22):25-27.
- [2]谢素文.用药指导在药物管理中的应用[J].名医,2025,(09):81-83.
- [3]明洁.临床药师参与用药指导对西药房处方合理用药的影响研究[J].中国现代药物应用,2025,19(02):146-149.
- [4]郑珊珊,李建涛,许云晶,等.传统药学服务与“互联网+药学服务”中的用药指导现状及患者需求分析[J].中国药理学杂志,2022,57(11):955-960.
- [5]孙创斌,叶霄,伍瑞红,等.西藏高原地区全过程巡诊药品保障模式的实践与体会[J].解放军药学学报,2024,36(01):73-76.