



“抗生素风暴”14年

素使用情况的办法，这种方式见效快、成果明显。尽管整治中局部上有“一刀切”的现象，但相对于减少抗生素不合理使用的危害来说，成绩还是更大的。

一线的医生，最能亲身体会三年整治带来的变化。

前文所述的上海某三甲医院甲状腺科医生告诉记者，国家卫计委2009年发布通知，明确要求“Ⅰ类切口手术一般不预防使用抗菌药物，确需使用时，要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间”。“Ⅰ类切口”指的是无菌切口，比如甲状腺手术，乳腺手术，疝修补手术切口。

“三年整治开始后，医院医务处对预防性抗生素严格控制，要求Ⅰ类切口手术抗生素使用90%以上达标。这个时候，我们的甲状腺手术基本上就不用抗生素了。”如果抗生素规范使用不达标，科室和医生都会受到相应的惩罚。“不达标就会被扣分，扣分意味着扣科室的钱，医生当然也要受影响。”

通过三年集中整治后，我国抗生素使用量大幅度下降。2016年的监测数据显示，全国住院患者抗菌药物使用率为37.5%，较2011年降低21.9%；门诊处方抗菌药物使用率为8.7%，较2011年降低8.5%。

抗生素补课，从公众到医生

从2004年政府将抗生素合理使用管理提上最重要的议程，直到今天，除了像三年专项整治这样特殊的集中整治方式外，各级卫生主管部门做得更多的，还是主导抗生素的规范化管理和对医生、公众的教育。

上海市卫计委药政处处长吴文辉告诉《新民周刊》，上海市卫生行政主管部门多年来联合市医学会、药学会、医院协会等有关学（协）会，以及各级医疗机构发起了很多的公众科普教育活动，通过不断向公众传播抗生素相关知识，逐渐改变大众对抗生素的认识误区。上海市卫计委药政处牵头开展的一项合理用药进社区大型健康讲座活动，就经常包含抗生素知识内容，如今已经举办了100多场，专业医师和药师深入社区，为普通公众介绍抗生素安全合理使用知识和相关注意事项。

聚沙成塔，十多年过去，中国公众对抗生素的认识，已经

大为改变，慎用抗生素的想法，成为大多数人的生活常识，当患者主观上对抗生素的使用更加谨慎，医生才有可能更好地按照科学、合理的原则开药。

不过，作为一种主要由医生决定使用的药物，对医生的教育更为重要。2011年的一次采访中，钟南山院士分析了抗生素随意使用医生这一方的原因：“一是医生的理念、医生的医疗学术水平；第二，医生为了保护自己而滥用抗生素。也就是说‘我都用了，到时候不行，我能做的都做了’；第三，我不回避这个原因，用药多了收入多。”

在使用抗生素上，医生也要补课吗？答案是肯定的。抗生素种类繁多，涉及的知识面非常广，要使用好抗生素，需要既“懂药”，还要“懂菌”“懂病”。而传统的医学教育中，“药”“菌”“病”分属不同的专业，医务人员几乎没有机会综合性、系统性地学习抗生素使用的相关知识。这也是过去医生们“凭经验”开抗生素的背景之一。

针对这个短板，十多年间，各级各类对医务人员的培训，持续不断地开展起来。最近几年，由卫生主管部门、专家发起的“培立方”培训项目，可谓业内“最红”的培训课程，培训班的名额，甚至要靠“抢”。“培立方”项目由几个针对医务专业人员的培训项目组成，为抗生素管理、遏制细菌耐药相关的不同领域专业人员，提供针对性和系统性的培训。

学员们的积极性，来自管理部门对医疗机构抗生素合理使用水平提高的要求，也来自医务人员在一线工作时切身的需要。

国家卫计委医院管理研究所所长助理马丽平介绍，“培立方”项目是国内第一个围绕抗生素合理使用开展的，成体系、大规模的专业人员培训项目，由于项目的专业化程度高，考核严格，实用性强，从2014年开始，逐渐在业内形成了很大的影响力。同时，这些培训项目也成为落实卫生部相关通知中，提升医务人员专业能力要求的渠道。

专业化精细化，抗生素管理新历程

2011年开始的抗生素三年专项整治，是中国抗生素合理使



在使用抗生素上，医生也要补课吗？答案是肯定的。**抗生素种类繁多，涉及的知识面非常广，要使用好抗生素，需要既“懂药”，还要“懂菌”“懂病”。**