# 医院抗菌药物临床使用工作总结（精选7篇）

来源：网络 作者：醉人清风 更新时间：2024-01-05

*小编为大家整理了医院抗菌药物临床使用工作总结(精选7篇)，仅供大家参考学习，希望对大家有所帮助!!!为大家提供工作总结范文，工作计划范文，优秀作文，合同范文等等范文学习平台，使学员可以在获取广泛信息的基础上做出更好的写作决定，帮助大家在学习...*

小编为大家整理了医院抗菌药物临床使用工作总结(精选7篇)，仅供大家参考学习，希望对大家有所帮助!!!为大家提供工作总结范文，工作计划范文，优秀作文，合同范文等等范文学习平台，使学员可以在获取广泛信息的基础上做出更好的写作决定，帮助大家在学习上榜上有名!!!

医院抗菌药物临床使用工作总结(精选7篇)由整理。

第1篇：医院抗菌药物临床合理使用整治方案

202\_年医院抗菌药物临床合理使用整治方案

医院经过202\_年对临床抗菌药物合理使用的宣传和治理，总体上临床合理使用抗菌药物的水平得到了提高，门诊患者抗菌药物使用情况很好，平均使用率为7%，住院患者抗菌药物平均使用率为24%，但住院患者抗菌药物使用强度值较高(全院DDD值为53.4)，临床23个科室中有13个超过医院规定的标准值，超标严重的科室有颌面外科、眼科、骨科、消化内科、急诊、妇产科、耳鼻喉科。

我院抗菌药物使用仍然存在诸多不合理性，部分指标达不到国家要求，原因主要有：

1、临床医生合理用药知识水平不够，或思想观念未转变，盲目使用;

2、少数科室疏于管理，科主任没有进行严格监督管理;

3、部分医生医德医风还有待加强和提高。

202\_年医院将继续进行临床抗菌药物合理使用的专项整治工作，进一步组织相关职能部门加强对处方和住院病历检查，加强临床药师下临床工作，并利用信息化手段对住院病人抗菌药物使用情况进行实时监控，发现问题及时改进; 同时加大对不合理使用抗菌药物现象的处罚力度，提高医院合理用药水平。结合目前临床科实际存在的问题，202\_年医院专项治理的重点和计划如下：

1、大力整治越级使用抗菌药物现象。

目前我院部分科室和医生对抗菌药物分级管理使用不重视， 202\_年抽查的23个科室中有20个科室存在越级使用抗菌药物现象，所占比例为86%，特别是初级职称医生使用限制级、特殊级抗菌药物的现象非常普遍。初级职称越级使用比例为75%，中级职称越级使用比例为33%。

202\_年开始，医院要进一步加强有关合理用药的知识培训，采取强有力的处罚干预措施，特殊级抗菌药物不得在门诊使用，住院病人使用特殊级抗菌药物，必须由科主任审核并填写《特殊使用抗菌药物申请单》方可使用，对越级使用抗菌药物的医生每月进行质控扣分，通报批评，越级最严重的将被停止处方权。到年底基本杜绝越级使用抗菌药物现象。

2、治理外科手术预防用抗菌药物档次高、时间过长现象。

我院外科手术特别是Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例和时间还存在较不合理现象，今年要求手术预防用抗菌药物按卫生部规定推荐的常用品种使

用，避免使用档次高、价格贵的抗菌药物，同时使用时间原则上要求不超过72小时。

3、整治无指征使用抗菌药物及无依据随意更换抗菌药物。

202\_年临床治疗用抗菌药物送检率仅为7%，低于国家规定30%。医生对于

抗菌药物的选择依然是以习惯或经验为主，较少进行标本的细菌培养和药敏试验。202\_年要提高送检率，特别是对使用特殊级抗菌药物的患者，原则上要经细菌培养和药敏试验结果选用，接受特殊级抗菌药物治疗的住院患者微生物送检率不低于80%。从而做到使用和更换抗菌药物有依据，避免无指征使用抗菌药物。

4、降低全院抗菌药物使用强度。

202\_全院抗菌药物使用强度为53.4，超过国家规定的40标准。202\_年医院将每月对各科抗菌药物的使用量、使用率和使用强度、送检率等指标进行统计对比，将有关结果及时予以通报，对未达到相关目标要求并存在严重问题的科室及个人进行通报，对科室负责任人进行诫勉谈话，每月进行质控扣分。力争202\_年全院抗菌药物平均使用强度降低到40左右。

5、整治临床异常使用抗菌药物现象。

202\_年继续对抗菌药物使用量(金额)排名前十位的药品进行统计，分析

其变化趋势，并对使用量出现异常的品种进行调查分析，及时干预存在的不合理用药现象。每季度召开药事会对严重异常使用抗菌药物做出停药处理，对不合理使用的医生和科主任由医务处或院领导进行诫免谈话。

经过近两年特别是202\_年的专项整治活动，我院抗菌药物临床应用水平有所提高，但尚未全部达到抗菌药物临床应用专项整治活动方案提出的要求，在202\_年最后一年的整治工作中，医院将进一步落实抗菌药物临床应用情况通报和奖惩制度。对做得好的科室予以表扬奖励，对超标严重且改进力度不大的科室予以批评及处罚，对于不合理应用问题严重的个人，医院将依规给予警告和暂停处方权等处理，从而把我院抗菌药物临床应用专项整治活动开展好，把各项制度落实好，建立长效机制，使专项整治活动收到预期的成效。

市第三人民医院

二〇一三年一月十日

第2篇：抗菌药物使用总结

大连盛和医院抗菌药物使用总结

我院自开展抗菌药物临床应用专项整治活动以来，制定了《医院抗菌药物专项整治活动方案》，成立了抗菌药物领导小组和抗菌药物点评小组，设置了专项活动办公室，经过202\_年和202\_年近两年努力，取得了较好的成绩，现将202\_年医院抗菌药物临床使用情况总结如下：

一、主要指标完成情况

1、住院患者抗菌药物使用率：

住院患者抗菌药物使用率为55%，较202\_年下降了10个百分点。

2、门诊患者抗菌药物处方百分率：

门诊患者抗菌药物处方比例为18%，较202\_年基本持平。急诊患者抗菌药物处方比例为35%。

3、抗菌药物使用强度：

202\_年度抗菌药物使用强度为46DDD，抗菌药物销售金额占药品销售金额的比例为22%;202\_年抗菌药物使用强度为38DDD。抗菌药物占药品销售金额的比例为16.9%，成效显著。

4、Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例：

Ⅰ类切口手术病例，预防使用抗菌药物比例62%。比202\_年下降38%。

5、住院患者外科手术预防使用抗菌药物时机：现阶段择期手术预防使用抗菌药物时间都能在术前30分钟至2小时给药。

6、Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物时间：

Ⅰ类切口手术预防用药时间大大缩短，基本在24小时以内，个别临床科室手术预防用药延长至48--72小时。(在专家的建议下)

二、主要措施

1、加强领导，明确责任：

按照《202\_年医院抗菌药物临床应用专项整治活动方案》，明确了各科室的抗菌药物临床应用控制指标。全院医生签署了合理使用抗菌药物承诺书，做到人人知晓抗菌药物临床应用专项整治活动的目的和主要内容。

抗菌药物临床应用点评小组加强了与临床科室沟通，对抽查中发现的每一例有问题的病历，都与相关科室主任及当事医师约谈，对有争议的问题共同探讨，对存在问题较多的科室，进行专项培训，提高了临床医师抗菌药物临床应用整体水平。 完善制度，严格抗菌药物管理：

结合现阶段抗菌药物使用情况，我院今年先后下发了《关于进一步加强Ⅰ类切口手术预防用药的补充规定》、《关于加强特殊使用抗菌药物临床应用管理的补充规定》二个补充规定。明确特殊使用级抗菌药物会诊专家的人员组成、会诊职责，对特殊使用级抗菌药物的临床应用指征做出规定，对其使用流程及会诊、审批程序进行了细化。对Ⅰ类切口手术预防用药指征，不同部位Ⅰ类切口手术预防用药的品种选择、剂量及疗程都做了详细规定。特殊情况可以延长使用抗菌药物的，对手术种类也进行了明确。

每半年公示本院的细菌耐药情况，针对不同的细菌耐药水平采取相应的应对措施。

3、加强培训，提高认识：

我院组织全院医师和药师进行了二期抗菌药物知识培训，培训后组织了全院医生和药师的考试。

4、调整抗菌药物分级管理目录：

根据自治区抗菌药物分级管理目录，我们医院的抗菌药物分级管理目录进行了调整，抗菌药物采购品规严格限制在35个以内，对医师处方权限进行严格限定。

5、加大抗菌药物临床应用督查力度，严格落实奖惩措施：

积极开展抗菌药物处方、医嘱专项点评，每月抽查运行病例300份以上，抽查归档病历100份，其中对一类切口手术病历全部抽查。对患者主要诊断、手术、使用抗菌药物品种、剂量、疗程、微生物送检等情况进行登记，并分析患者使用抗菌药物的合理性。每月抽查门诊处方100张。由药房窗口药师每天对抗菌药物处方进行初步分类，抗菌药物临床应用点评小组成员进行详细审核，对不合理处方进行统计和分析。

每月10号前把点评结果上报医务科，录入简报下发到各科室。对重点处方进行点评与公示，对不合理用药医生公示其抗菌药物使用比例，并按相关规定做出相应的处罚。 通过全院医生和临床药学人员的共同努力，我院抗菌药物使用比例有明显下降，抗菌药物的临床应用也日趋合理，按照全数据统计(全年统计数据)，全部控制指标均达到明白要求，但是个别科室的部分指标没有达标，还需要在下阶段的工作中将再接再厉让我院抗菌药物使用更合理。

第3篇：抗菌药物临床合理使用培训试题

抗菌药物临床合理使用培训试题

一、填空题：(每空1分，总计80分)

1、抗菌药物临床应用是否正确合理，基于两个方面：(1)有无 指征 应用抗菌药物;(2)选用的 品种及 给药方案 是否正确、合理。

2、诊断为 细菌 感染者，方有指征应用抗菌药物。

3、轻症感染可接受口服给药者，应选用 口服 吸收完全的抗菌药物，不必采用静脉或肌内注射给药。重症感染、全身性感染患者初始治疗应予静脉给药，以确保疗效;病情好转能口服时应及早转为 口服 给药。

4、抗菌药物的局部应用宜尽量 避免 。

5、尽早查明感染病原，根据 病原菌 种类及细菌药物敏感性试验结果选用抗菌药物。

6、青霉素类、头孢菌素类和其他β- 内酰胺类、红霉素、克林霉素等消除半衰期短者，应一日 多次 给药。氟喹诺酮类、氨基糖苷类等可一日给药一 次。(重症感染患者例外)

7、抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温 正常、症状消退后72至 96 小时，特殊情况，妥善处理。

8、抗菌药物的联合应用要有明确指征;单一药物可有效治疗的感染，不需 联合 用药，仅在下列情况时有指征联合用药。(1) 病原菌 尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染;(2)单一抗菌药物不能控制的需氧菌及厌氧菌混合感染。(3)单一抗菌药物不能有效控制的感染性心内膜炎或败血症等重症感染。(4)需长程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生的感染，如结核、深部真菌药。(5)由于药物协同抗菌 作用，联合用药时应将毒性大的抗菌药物剂量 减少。

9、接受清洁手术者，在术前0.5 至2小时内给药，或麻醉开始时给药。如果手术时间超过3小时，或失血量大于1500 ml，可手术中给予第2剂。抗菌药物的有效覆盖时间应所括整个手术过程和手术结束后24小时，总的预防用药时间不超过24小时，个别情况可延长至48小时。接受清洁—污染手术者的手术预防用药时间为 24小时，必要时延长至48小时。污染手术可依据患者情况酌量延长。

10、老年患者，尤其是高龄患者接受主要自肾排出的抗菌药物时，应按轻度肾功能减退情况减量给药，可用至正常治疗量的 2/3至 1/2 。青霉素类、头孢菌素类和其他β内酰胺类的大多数品种属此类情况。

11、喹诺酮类抗菌药由于对骨骼发育可能产生的不良影响，该类药物避免用于18 岁以下 1 未成年人。

12、卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》规定，二级医院抗菌药物品种不得超过35 种。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种。三代及四代头孢菌素类抗菌药物口服剂型不得超过 5个品规，注射剂型不得超过

8 个品规。碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不得超过 3 个品规。氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不得超过 4 个品规。深部抗真菌类抗菌药物不得超过 5 个品规。

13、《抗菌药物临床应用管理办法》所称抗菌药物是指治疗两菌四体所致感染性疾病的药物，不包括各种病毒所致感染性疾病和寄生虫病的治疗药物。两菌指的是细 菌、真 菌;四体指的是支原 体、衣原体、立克次体、螺旋体。

14、《抗菌药物临床应用管理办法》规定，医疗机构住院患者抗菌药物使用率不得超过 60% ，门诊患者抗菌药物处方比例不得超过20% 。

Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不得超过 30% 。对接受抗菌药物治疗患者，微生物检验样本送检率不得低于 30% 。医疗机构细菌耐药率超过

30% 时，应及时将预警信息通报医务人员;细菌耐药率超过 40% 时，应慎重经验用药;超过 50% 时，参照药敏试验结果选用;超过 75% 时，应暂停临床应用，追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复临床应用。

15、对不同级别医务人员经培训考核合格后，授予不同级别抗菌药物处方权;中级以上专业技术职务任职资格医师可使用限制使用级;高级专业技术职务任职资格的医师可使用特殊使用级。紧急情况下，医师可越级使用抗菌药物，处方量限于1 天。

16、不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

17、适应症不适宜的属于不适宜处方，无适应症用药或无正当理由超说明书用药的属于超常 处方。

18、医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、合理、经济的原则。抗菌药物使用的合理性包括 安全、有效、经济三个因素。

19、卫生部明确规定，氟喹诺酮类药物严格控制作为外科围手术期预防用药。

20、国家药监局202\_年2月15日做出要求，头孢曲松不能加入哈特曼氏及林格氏等含有钙的溶液中使用。本品与含钙剂或含钙 产品合并用药有可能导致致死性结局的不良事件。

21、大环内酯类抗生素系抑菌剂，不宜作为预防术后感染用药，宜选择杀菌剂。

22、使用青霉素类药物时，不论剂型，使用前一定要做皮试。使用头孢哌酮舒巴坦时，已知对青霉素类、舒巴坦、头孢哌酮及其它头孢菌素类抗生素过敏者禁用。

二、单选题(每题1分，总计20分)

1、外科手术前预防用药应在何时使用( B ) A、手术开始前24小时 B、术前30分钟至2小时内 C、手术开始后2小时 D、术后2小时

2、手术前预防用药目的是预防( D ) A、切口感染 B、手术深部器官或腔隙的感染

C、肺部感染 D、切口感染和手术深部器官或腔隙感染

3、外科手术预防用药多数不超过( B ) A、手术后3天 B、术后24小时 C、术后1周 D、用至患者出院

4、我国抗菌药物使用不合理的情况有( D ) A、无适应症用药; B、剂量过大; C、使用抗菌药物疗程过长; D、以上都是

5、卫生部“38号文”规定：应严格控制( C )药物作为外科围手术期预防用药。 A、头孢菌素类 B、氨基糖苷类 C、氟喹诺酮类 D、大环内酯类

6、甲状腺手术通常不需要使用抗菌药物，如需用药应选(A ) A、一代头孢菌素类 B、氨基糖苷类 C、氟喹诺酮类 D、二代头孢菌素类

7、剖宫产手术，围手术期用药正确的说法是：( C ) A、剖宫产手术预防用药应首选大环内酯类药物

B、剖宫产手术术前用药应在术前30分钟至2小时内给药。

C、剖宫产手术围手术期宜选择一代头孢菌素，应在结扎脐带后给药。 D、以上都不对

8、围手术期给药时，当患者对β-内酰胺类抗菌药物过敏者，可选用( A)预防葡萄球菌、链球菌感染。

A、克林霉素 B、氨曲南 C、环丙沙星 D、阿奇霉素

9、围手术期给药时，当患者对β-内酰胺类抗菌药物过敏者，可选用(B )预防革兰氏阴性杆菌感染。

A、克林霉素 B、氨曲南 C、环丙沙星 D、阿奇霉素

10、I类切口手术常用预防抗菌药物为(A ) A、头孢唑啉或头孢拉定 B、头孢唑啉或头孢硫脒 C、头孢硫脒 D、头孢呋辛

3

11、I类切口手术常用预防抗菌药物单次使用剂量正确的是：C A、头孢唑啉5g B、头孢呋辛 3g C、头孢呋辛 1.5g D、头孢曲松3g

12、预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首先选用( A )抗菌药物A、非限制使用级 B、限制使用级 C、特殊使用级 D、以上都对

13、头孢哌酮舒巴坦+ 阿奇霉素注射液(芙琦星)易发生的不良反应是(C ) A、皮疹 B、神经毒性反应 C、戒酒硫样反应 D、肌病

14、下列药物中含有乙醇的是(D )

A、阿奇霉素注射液(芙琦星) B、溴已新注射液(若通) C、硝酸甘油注射液 D、以上都是

15、下列哪个药物不宜作为围手术期预防用药(C ) A、头孢唑啉 B、头孢呋辛 C、阿奇霉素 D、头孢曲松

16、根据卫生部38号文，一般骨科手术预防用抗菌药物宜选( A ) A、一代头孢菌素类 B、氨基糖苷类 C、氟喹诺酮类 D、二代头孢菌素类

17、左乳包块切除术，医嘱：头孢西丁，2gq12h ivgtt 连用5天。该医嘱存在的问题( D) A、无指征用药 B、药物选择不合理

C、单次剂量过大，术后用药时间过长 D、以上都是

18、根据卫生部38号文，乳腺手术预防用抗菌药物宜选( B) A、氟喹诺酮类 B、一代头孢菌素类 C、大环内酯类 D、二代头孢菌素类

19、某患者，行甲状腺包块切除术，给予头孢硫脒 1.0g q12h ivgtt，连用4天，存在的问题是( C )

A、术后用药时间过长 B、药物选择不经济 C、A + B D、以上都不对 20、腹外疝手术围手术期用药，首选药物为( C )

A、头孢他啶 B、头孢西丁 C、头孢唑啉 D、头孢唑啉+ 甲硝唑

第4篇：医院抗菌药物合理使用培训

抗菌药物合理使用培训

抗菌药物合理使用培训测试题

科室\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 得分\_\_\_\_\_\_\_\_\_

一、填空题：(每空2分，共50分)

1、抗菌药物是指具有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_活性，主要供全身应用(个别也可局部应用)的各种抗生素以及\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、磺胺类、硝基咪唑类、硝基呋喃类等化学合成药。抗菌药物用于细菌、\_\_\_\_\_\_\_\_\_、支原体、立克次体、螺旋体、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_等所致的感染性疾病，非上述感染原则上不用抗菌药物。

2、抗菌药物的给药次数：为保证药物在体内能最大地发挥药效，杀灭感染灶病原菌，应根据药代动力学和药效学相结合的原则给药。时间依赖性抗菌药如青霉素类、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_和其他β内酰胺类、克林霉素、大环内酯类(除阿奇霉素)、利奈唑胺、SMZco等消除半衰期短，抗生素后效应(PAE)短，应一日多次给药。浓度依赖性抗菌药氨基糖苷类、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、甲硝唑、两性霉素B等可一日给药一次(重症感染者例外)。

3、抗菌药物分为“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、限制使用级(二线)、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”三个级别，医师经考核合格后获得相应的抗菌药物处方权，其使用权限为：初级职称医师授予非限制使用级(一线)抗菌药物处方权;门急诊中级职称医师授予非限制使用级(一线)和\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_抗菌药物处方权。

4、围手术期预防用药方法：接受清洁手术(I类切口)者，一般无需预防使用抗菌药物，应注意严格的无菌技术及细致的手术操作。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，应在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_内给药，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中入侵切口细菌的药物浓度。手术时间较短(1500 ml)，可手术中给予第2剂。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4小时，总的预防用药时间原则上不得超过\_\_\_\_\_\_\_\_小时。

5、接受清洁-污染手术(Ⅱ类切口)者，预防用药时间亦为\_\_\_\_\_\_小时，必要时延长至48小时。超过48小时仍需继续使用的，必须要有明确的病程分析记录;术后超过\_\_\_\_\_\_天仍需使用的，必须有明确的感染证据并在病程录上具体分析记录。

6、预防用抗生素的选择：根据各种手术发生SSI的常见病原菌、手术切口类别、病人有无易感因素等综合考虑。原则上应选择相对广谱、杀菌、价廉、安全性高的药物，尽可能避免多药联合使用。通常选择头孢菌素，以\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、头孢拉定、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_等第

一、二代头孢菌素为主，个别情况下可选用头孢噻肟、头孢曲松、头孢哌酮、头孢哌酮舒巴坦等第三代头孢菌素类抗菌药物，必要时加用甲硝唑或替硝唑预防厌氧菌感染。对β-内酰胺类抗菌药物过敏者，可选用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_预防葡萄球菌、链球菌感染，可选用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_预防革兰氏阴性杆菌感染，必要时可联合使用。

7、非手术感染的预防用药: 通常针对\_\_\_\_\_\_\_\_\_可能细菌的感染进行预防用药，不能盲目地选用广谱抗菌药，或多种药物联用预防多种细菌多部位感染。非手术感染的预防用药，须有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医生或科主任查房记录，明确使用指征。

8、预防用药应静脉滴注，溶媒体积不超过\_\_\_\_\_\_\_\_\_毫升，一般应30分钟给药完毕，以保证有效浓度。对万古霉素或去甲万古霉素、克林霉素另有规定，按药品说明书等有关规定执行。

9、下列情况可直接使用特殊使用级(三线)进行治疗，但若培养及药敏证实低线药物有效时应尽可能改为低线药物：(1)感染病情特别严重者，包括：①败血症、脓毒血症等血行感染，或有休克、呼吸衰竭、DIC等合并症;②\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;③经心肺复苏术救回的病人;④使用人工呼

9吸器。(2)接受\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的病人，且血WBC

10、院感科定期对全院门诊(抽查)、住院病人进行抗菌药物使用率的调查。住院患者抗菌药物使用率

第 1 页/共4页

抗菌药物合理使用培训

力争控制在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_以下，住院患者外科清洁手术原则上不预防使用抗药物，确需使用的，预防使用抗菌药物时间原则上不得超过24小时。I类切口手术和介入治疗抗菌药物预防使用率不超过\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

二、单项选择题：(每题1分，共20分)

1、亚胺培南、美罗培南等青霉烯类抗菌药主要用于：( ) A.革兰氏阴性产酶菌 B.革兰氏阳性产酶菌 C.真菌 D.支原体

2、胆汁中药物浓度最高的头孢菌素类药物是：( ) A.头孢曲松 B.头孢氨苄

C.头孢哌酮 D.头孢呋辛

3、美国疾病控制中心发布的万古代霉素应用指南推荐在下列情况使用万古霉素，使用正确的是：( )

A.治疗耐β-内酰胺类抗生素耐药的革兰阴性菌的严重感染 B.治疗对大环内酯类抗生素过敏患者的革兰阳性菌感染

C.当发生抗生素相关性腹泻，甲硝唑治疗无效，或者病情危重，可能危及生命时

D.在MRSA和MRSE感染高发医院进行假体或装置植入手术时，万古霉素应在手术前0.5-2小时预防给予

4、已经感染的病人使用抗菌药物针对感染进行治疗时，应该明确( ) A.是否存在感染

B.感染的部位及病原体 C.病原体可能存在的耐药性 D.以上都对

5、联合使用抗菌药物的指征不包括( ) A.单一抗菌药物不能有效控制的混合感染

B.需要较长时间用药，细菌有可能产生耐药性者 C.合并病毒感染者

D.联合用药以减少毒性较大的抗菌药物的剂量

6、下列说法正确的是( )

A.口服不吸收药物可以用于胃肠外感染的治疗

B.使用氨基糖苷类抗生素时，应根据PK/PD特点，等时分次给药 C.所有青霉素类、头胞菌素类药物都对铜绿假单胞菌都有抗菌作用

D.治疗哺乳期妇女感染，应考虑抗菌药物在乳汁中的分泌可能对婴儿造成的影响

7、接受清洁-污染手术的患者手术时预防用时间应为：( ) A.12~24小时 B.24~48小时 C.48~72小时 D.2小时以上

8、抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温正常、症状消退后几小时，特殊情况，妥善处理?( )

A.24h B.48h C.72～96h D.96h、

第 2 页/共4页

抗菌药物合理使用培训

9、第三代头孢菌素的特点，叙述错误的是：( ) A.体内分布较广，一般从肾脏排泄 B.对各种β—内酰胺酶高度稳定 C.对Gˉ菌作用不如第

一、二代 D.对绿脓杆菌作用很强、

10氟喹诺酮类药对厌氧菌均呈天然耐药性，但属例外的是：( ) A.氧氟沙星 B.左旋氧氟沙星 C.环丙沙星 D.诺氟沙星、

11、不适于耐甲氧西林的革兰阳性菌的抗菌药物：( ) A.万古霉素 B.替考拉宁 C.利奈唑胺 D.美罗培南

12、男性，40岁，嗜酒，因胆囊炎给予抗菌药物治疗，恰朋友来探望，小酌后有明显的恶心、呕吐、面部潮红，头痛，血压降低，这种现象与下列哪种药物有关：( ) A.四环素 B.氨苄西林 C.青霉素 D.头孢孟多

13、引起医院内感染的致病菌主要是：( ) A.革兰阳性菌 B.革兰阴性菌 C.真菌 D.支原体

14、抗菌药物的选择及其合理使用是控制和治疗院内感染的关键和重要措施。不符合合理使用抗生素的原则的是：( ) A.病毒性感染者不用

B.尽量避免皮肤粘膜局部使用抗生素 C.联合使用必须有严格指征

D.发热原因不明者若无明显感染的征象可少量应用

15、选用的抗菌药物时，下列哪种做法不正确( ) A.了解所选抗菌药物的通用名及所属类别

B.有病原体及药物敏感试验结果时，要优先使用敏感、窄谱、低毒性、价廉、半衰期长的药物 C.应避免商品名不同但通用名相同的药物联合使用

D.外科手术前预防性使用抗菌药物，要选择3代、4代头胞菌素等高档抗菌药物

16、清洁手术的下列哪种情况不考虑预防用药: ( ) A.手术范围大，时间长，污染机会增加

B.手术涉及重要脏器，一旦发生感染易造成严重后果者 C.人工关节置换手术

D.术野为无菌部位，局部无炎症，无损伤，无污染，且不涉及人体与外界相通的器官

17、下列关于时间依赖性抗菌药物的叙述错误的是：( )

A.PAE较短

B.杀菌作用主要取决于峰浓度 C.最佳给药方案是小剂量持续给药

D.血药浓度达到一定程度后，抑菌作用不随浓度的升高而显著增高

18、关于SSI的细菌学下列说法不正确的是：( )

A.最常见的病原菌是葡萄球菌(金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌)，其次是肠道杆菌科细菌(大肠杆菌、肠杆菌属、克雷伯菌属等)。

第 3 页/共4页

抗菌药物合理使用培训 B.SSI的病原菌可以是内源性或外源性的，大多数是内源性的，即来自患者本身的皮肤、黏膜及空腔脏器内的细菌。

C.手术切开胃肠道、胆道、泌尿道、女性生殖道时，典型的SSI致病菌是革兰阳性菌。 D.在任何部位，手术切口感染大多由葡萄球菌引起。

19、万古霉素的抗菌特点没有下列哪项：( ) A.对耐药金葡菌有效

B.细菌对万古霉素不易产生耐药性 C.与其它抗生素无交叉耐药性 D.对G-杆菌有效

20、不属于限制使用级(二线)抗菌药物( ) A.大观霉素针

B.头孢哌酮舒巴坦钠针 C.氨曲南针 D.莫西沙星针 E.头孢他定针

三、简答题(每题15分，共30分)

1、哪些情况下可直接使用限制使用级(二线)抗菌药物进行治疗?

2、清洁手术(I类切口)，手术野无污染，通常不需预防用抗菌药物，在哪些情况时可考虑预防用药?

第 4 页/共4页

第5篇：医院抗菌药物临床应用奖惩制度

\*\*\*医院抗菌药物临床应用奖惩制度

为了使抗菌药物得到有效地使用和管理，抗菌药物的使用和管理必须纳入各临床科室及医院质量管理和综合目标考核范畴。为促进临床合理使用抗菌药物，控制细菌耐药，保障人民群众健康权益，引导医务人员摒弃不合理用药行为，逐步树立良好的执业风气和合理用药氛围，结合我院的实际情况，特制订如下奖惩制度：

一、每月随机抽查出院病历，进行抗菌药物专项点评。不合格项目≥3项的

不合理病历，每份扣罚100元;不合格项目≤2项的不合理病历，每份扣

罚50元。年终综合评价抗菌药物合理应用情况，不合理使用抗菌药物前二

名的临床科室取消参加先进科室的资格。

二、不定时抽查科室运行病历，抗菌药物临床应用评价每项不合格扣罚50 元，最高扣罚200元。

三、越级使用抗菌药物的，按该抗菌药物的处方的金额数予以2倍处罚;经查

实医师存有滥用抗菌药物行为的，按该抗菌药物的处方金额数给予2-5倍

处罚。

四、使用特限制级抗菌药物、联合用药三种及以上抗菌药物的没有药敏检测报

告，或未办理手续的，扣罚每例100元;科负责人处罚200元。

五、没有依据更换、使用抗菌药物及病历中没有记载更换、使用理由的，扣罚

每例50元。

六、门、急诊患者使用抗菌药物，医师在电子处方及纸质处方上不注明诊断、

与记载不符的，处罚每例50元。

七、经核查，对存在不合理使用抗菌药物或违规使用抗菌药物连续累计达三次

的医师提出警告、诫勉谈话，限制其特殊限制级和限制使用级抗菌药物处

方权三个月;恢复处方权后，仍连续出现2次以上违规行为的，取消其抗

菌药物处方权一年。

八、为了鼓励合理规范使用和管理抗菌药物，病原学检测送检率每上升标准

的2个百分点以50元为基数累计，予以责任科室成倍的奖励。

九、每月通报临床科室抗菌药物指标完成情况。对达标科室予以通报表扬，对

改进成效明显科室通报鼓励。对未达标科室其中

1.根据门、急诊患者抗菌药物处方比例和各临床科室抗菌药物使用率的标

准，每升高1个百分点，以50元为基数累计成倍处罚; 2.根据非限制级、限制级、特限制级抗菌药物的病原学检测送检率标准，病 原学检测送检率

a非限制级抗菌药物：每下降1个百分点，予以责任科室以50元为基

数累计成倍处罚。

b限制级抗菌药物：每下降3个百分点，予以责任科室以50元为基

数累计成倍处罚。

C特限制级抗菌药物：每下降5个百分点，予以责任科室以50元为基

数累计成倍处罚。

3.住院患者抗菌药物使用强度超控制指标，每升高1DDDS，予以责任科

室以50元为基数累计成倍处罚。 4.手术科室中，

a一类切口抗菌药物使用率超控制指标，每升高2个百分点，予以责任科

室以50元为基数累计成倍处罚。

b住院患者外科手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟至2小时，

若不相符，每例扣罚责任医师100元;

c I类切口手术患者预防使用抗菌药物时间超过24小时，每例扣罚责任医 师50元。

十、每月未能按时完成上报不良反应任务的科室，每例扣罚50元。 十

一、每发现一例抗菌药物超常处方扣罚100元，对一季度内累计两次抗菌药

物超常处方，且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使

用级抗菌药物处方权三个月;对一年内累计三次及以上抗菌药物超常处

方，且无正当理由的医师，取消其抗菌药物处方权半年，年终其本人及所

在科室不能参加评先评优。

十二、门、急诊患者使用抗菌药物，经治医师在电子处方上不注明诊断或与门

诊病历记载不符的，处罚每例50元。

十三、每月对科室、医生抗菌药物使用量按金额排序，排序前三名的点名通

报。对抗菌药物使用量金额排序的季度前三名医师，进行诫勉谈话。

十四、抗菌药物临床应用存在严重问题，经谈话仍不改正的科室或个人，或年

终经考评不合格的科室或个人，不能参与科室或个人的评先评优。 十

五、抗菌药物临床应用存在严重问题，并且在上级卫生行政部门组织专项检

查中被点名批评的医师，不能参与评先;若限期不整改的医师，定期考核

不合格的医师，影响职称晋升一次。 十

六、凡在抗菌药物使用和管理中因销售商介入，导致药品使用混乱或经检测

分析出耐药性和临床无疗效的抗菌药物，将根据相关文件规定予以淘汰。

十七、调剂药师不认真审核处方，未对不合理使用抗菌药物的处方干预并登记

的，责任人按每张处方50元处罚，当月累计超过十张，累计按处方抗菌药

物总额的10%对药房负责人予以处罚。

第6篇：人民医院抗菌药物临床应用工作总结

人民医院抗菌药物临床应用工作总结

我院自开展抗菌药物临床应用专项整治活动以来，制定了《医院抗菌药物专项整治活动方案》，成立了抗菌药物领导小组和抗菌药物点评小组，设置了专项活动办公室，经过202\_年和202\_年近两年努力，取得了较好的成绩，现将202\_年医院抗菌药物临床使用情况总结如下：

一、主要指标完成情况

1、住院患者抗菌药物使用率：

住院患者抗菌药物使用率为55%，较202\_年下降了10个百分点。

2、门诊患者抗菌药物处方百分率：

门诊患者抗菌药物处方比例为18%，较202\_年基本持平。急诊患者抗菌药物处方比例为35%。

3、抗菌药物使用强度：

202\_年度抗菌药物使用强度为46DDD，抗菌药物销售金额占药品销售金额的比例为22%;202\_年抗菌药物使用强度为38DDD。抗菌药物占药品销售金额的比例为16.9%，成效显著。

4、Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例：

Ⅰ类切口手术病例，预防使用抗菌药物比例62%。比202\_年下降38%。

5、住院患者外科手术预防使用抗菌药物时机：现阶段择期手术预防使用抗菌药物时间都能在术前30分钟至2小时给药。

6、Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物时间：

Ⅰ类切口手术预防用药时间大大缩短，基本在24小时以内，个别临床科室手术预防用药延长至48--72小时。(在专家的建议下)

7、微生物样本送检率：送检率由202\_年的25%，提高到45%。特殊管理级抗菌药物送检率98%。

二、主要措施

1、加强领导，明确责任：

按照《202\_年医院抗菌药物临床应用专项整治活动方案》，明确了各科室的抗菌药物临床应用控制指标。全院医生签署了合理使用抗菌药物承诺书，做到人人知晓抗菌药物临床应用专项整治活动的目的和主要内容。

抗菌药物临床应用点评小组加强了与临床科室沟通，对抽查中发现的每一例有问题的病历，都与相关科室主任及当事医师约谈，对有争议的问题共同探讨，对存在问题较多的科室，进行专项培训，提高了临床医师抗菌药物临床应用整体水平。

2、完善制度，严格抗菌药物管理：

结合现阶段抗菌药物使用情况，我院今年先后下发了《关于进一步加强Ⅰ类切口手术预防用药的补充规定》、《关于加强特殊使用抗菌药物临床应用管理的补充规定》二个补充规定。明确特殊使用级抗菌药物会诊专家的人员组成、会诊职责，对特殊使用级抗菌药物的临床应用指征做出规定，对其使用流程及会诊、审批程序进行了细化。对Ⅰ类切口手术预防用药指征，不同部位Ⅰ类切口手术预防用药的品种选择、剂量及疗程都做了详细规定。特殊情况可以延长

使用抗菌药物的，对手术种类也进行了明确。

每半年公示本院的细菌耐药情况，针对不同的细菌耐药水平采取相应的应对措施。

3、加强培训，提高认识：

我院组织全院医师和药师进行了二期抗菌药物知识培训，培训后组织了全院医生和药师的考试。

4、调整抗菌药物分级管理目录：

根据自治区抗菌药物分级管理目录，我们医院的抗菌药物分级管理目录进行了调整，抗菌药物采购品规严格限制在35个以内，对医师处方权限进行严格限定。

5、加大抗菌药物临床应用督查力度，严格落实奖惩措施：积极开展抗菌药物处方、医嘱专项点评，每月抽查运行病例300份以上，抽查归档病历100份，其中对一类切口手术病历全部抽查。对患者主要诊断、手术、使用抗菌药物品种、剂量、疗程、微生物送检等情况进行登记，并分析患者使用抗菌药物的合理性。每月抽查门诊处方100张。由药房窗口药师每天对抗菌药物处方进行初步分类，抗菌药物临床应用点评小组成员进行详细审核，对不合理处方进行统计和分析。

每月10号前把点评结果上报医务科，录入简报下发到各科室。对重点处方进行点评与公示，对不合理用药医生公示其抗菌药物使用比例，并按相关规定做出相应的处罚。

通过全院医生和临床药学人员的共同努力，我院抗菌药物使用比例有明显下降，抗菌药物的临床应用也日趋合理，按照全数据

统计(全年统计数据)，全部控制指标均达到明白要求，但是个别科室的部分指标没有达标，还需要在下阶段的工作中将再接再厉让我院抗菌药物使用更合理。

人民医院

抗菌药物临床应用管理组202\_年1月25日

第7篇：特殊使用级抗菌药物临床使用会诊制度

特殊使用级抗菌药物临床使用会诊制度

一、特殊使用级抗菌药物的临床应用使用管理

(一) 医师在临床应用特殊使用级抗菌药物时要严格掌握适应证，药师要严格审核处方，以确保安全、使用。

(二) 特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

(三) 特殊使用级抗菌药物临床应用实行会诊制度。

1、特殊使用级抗菌药物会诊专家由院药事管理与药物治疗委员会认定的具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科等具有高级专业技术职务任职资格的医师和药学专家担任。

2、患者因病情需要应用特殊使用级抗菌药物时，须经认定专家会诊同意，由具有高级专业技术职务任职资格的医师开具处方后方可使用。

二、特殊使用级抗菌药物使用程序及方法。

(一)一般情况下，使用科室提出申请，由经治医师判断符合特殊使用级抗菌药物用药指征，填写《特殊使用级抗菌药物使用申请》，向院“特殊使用”抗菌药物会诊专家组提出申请，医院特殊使用级抗菌药物会诊专家库专家3人组成会诊专家组，经会诊同意，会诊专家在《申请表》上填写审核意见并签名，经治医师副高以上开医嘱，按医嘱执行，《特殊使用级抗菌药物临床使用会诊单》放病历保存。

(二)紧急情况下，未经院药事管理与药物治疗委员会认定的相关专

1 家会诊同意或越级使用的，处方量不得超过一日用量，并做好相关病例记录，并应当24小时内完成会诊审批程序。

(三)医师未按照规定办理相关审批手续的，药师未按照规定审核特殊使用级抗菌药物申请表，按照医院违规违纪的相关管理规定处理。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！