

门诊处方点评与分析

斌 兰

(首都医科大学石景山教学医院北京市石景山医院,北京 100043)

摘要: 目的 通过处方点评了解北京市石景山医院门诊患者用药的基本情况, 并进行分析以完善处方合理用药。方法 随机抽取 2012 年 1 月~7 月门诊处方共 14000 张, 进行点评。结果 平均每张处方用药品种数为 2.4, 平均每张处方金额为 214.26 元。抗菌药物使用百分率为 28.4%, 注射剂使用百分率为 19.1%, 国家基本药物占处方用药的比例为 39.9%, 药品通用名使用率为 100%, 不合理用药处方 1767 张, 占总处方的 12.6%, 主要为处方前记缺项和用法、用量不适宜。结论 严格处方点评制度, 提高合理用药水平。

关键词: 处方点评、用药分析、合理用药

Review and Analysis of Outpatient Prescriptions

BIN Lan

(Teaching Hospital, Capital Medical University, Beijing Shijingshan Shijingshan Hospital, Beijing 100043, China)

Abstract: Objective Understanding the patient's drug use situation in Beijing Shi Jing Shan Hospital through the prescription comments. Then, analyze this situation for better prescription and rational drug use. **Method** Randomly drawing and comments on 14000 outpatient prescriptions from January to July in 2012. **Result** Among these prescriptions, in average, the number of drug type is 2.4, prescription charges is 214.26 RMB, antibacterial drug use percentage is 28.4%, injection using percentage is 19.1%, the national essential drugs accounted for 39.9% in the proportion of prescription drugs, the utilization rate of drug generic name was 100%. In addition, irrational drug use prescription was 1767 copies, accounting for 12.6% of the total prescription, which were mainly for the imperfect records and unreasonable usage or dosage before the prescription. **Conclusion** Consummate the prescription comment systems strictly in order to enhance the level of reasonable drug use.

Key words: prescription comment; drug use analysis; rational drug use

处方是医疗活动中的重要信息载体, 是卫生服务调查研究的依据之一。处方点评是近几年在医院管理系统中发展起来的用药监管模式, 本文对我院门诊处方进行点评, 从而发现问题, 以便实施干预和改进措施, 为提高处方质量, 促进合理用药提供依据。

1 资料与方法

2012 年 1 月~7 月每月随机抽取 2000 张处方, 共 14000 张, 依照《医院处方点评规范》及相关资料^[1], 对其药品使用情况进行点评分析, 并统计汇总。

2 结果

2.1 处方点评的综合结果 药品通用名使用率达 100%, 平均每张处方用药品种数 2.4 种, 平均每张处方金额 214.26 元, 抗菌药物使用率为 28.4%, 注射剂使用率为 19.1%, 国家基本药物占用药的 39.9%, 合理处方占总处方的 87.4%。
2.2 不合理处方分析 此次点评中, 不合理处方 1767 张, 占抽查处方的 12.6%。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方, 见表 1。

表 1 不合理处方分类统计表

存在问题	处方张数	占不合理处方比例 (%)	占总抽查处方比例 (%)
处方前记缺项	659	37.3	4.7
诊断书写不全	213	12.1	1.5
用法、用量含糊不清	28	1.5	0.2
处方超 7d 量	82	4.6	0.6
用法、用量不适宜	564	32.0	4.0
适应证不适宜	18	1.0	0.1
遴选药物不适宜	59	3.3	0.4
联合用药不适宜	61	3.5	0.4
有配伍禁忌或不良相互作用	49	2.8	0.4
无适应证用药	34	2.0	0.2
总计	1767	/	12.6

2.2.1 不规范处方 主要为处方前记缺项, 如单位、病历号空项; 诊断含糊不清或书写不全, 如诊断缩写为“慢喘支”或用英文简写, 使患者无法从处方上得知病情; 用法、用量含糊不清, 如检查糖耐量所开的葡萄糖粉, 处方上只写口服多少 g, 而没有详细注明溶于多少 ml 水及规定的多长时间口服完。

此外还有个别无特殊原因, 门诊处方超 7d 用量。

2.2.2 用药不适宜处方 用法、用量不适宜: 如注射用氨溴索, 处方上 8 个月的婴儿 1 次/d, 用 20mg, 说明书明确写明 2 岁以下儿童 2 次/d, 5mg/次, 处方上单次用量严重超量, 也可能由于电子处方医生直接套用模板用量未加修改, 而输液条上为手写正确用量, 护士按输液条用量执行, 但建议电子处方同样规范化。注射用头孢硫脒, 儿童用药应该 50~100mg/kg, 分 2~4 次给药, 而 2 岁儿童 1 次/d 用药 1g, 用药次数减少且单次用药量大; 注射用克林霉素, 处方及输液条上通常为 1 次/d, 1.2g/次, 克林霉素、青霉素、典型的头孢菌素及大多数的非典型 β-内酰胺类属时间依赖性药物, 其杀菌效果取决于血与组织中药物浓度超过所针对细胞的最低抑菌浓度的时间, 此类抗生素一般 3~4 个半衰期给药 1 次, 用药总量宜分 3~4 次/d 给药^[2], 药效动力学特征决定了小剂量均匀分次给药, 甚至持续给药是时间依赖性抗生素的最佳给药方。此外一些中药注射液单次用量超说明书用量, 中药注射剂的成分复杂, 不易掌握其常用剂量, 且部分医师认为其 ADRs 较轻, 即使发生 ADRs 后通常停药不需做特殊处理患者就能恢复, 所以导致临床大剂量的使用。氟哌噻吨美利曲辛(黛力新)临睡前服用, 黛力新是由两种成分组成的复方制剂, 氟哌噻吨小剂量具有抗焦

虑、抗抑郁作用, 美利曲辛低剂量时具有兴奋特性, 此药应在早上或中午服用, 临睡前服用会更加影响神经衰弱和抑郁症患者的睡眠^[3]。

适应证不适宜: 如处方只开了埃索美拉唑镁肠溶片, 而诊断为“右胸部不适”?

联合用药不适宜: 如患者口腔科诊断间隙感染, 处方上开克林霉素注射液和甲硝唑注射液, 两者都有抗厌氧菌作用, 克林霉素用于革兰氏阳性菌引起的感染及厌氧菌感染, 故开甲硝唑的必要性不大。阿法骨化醇与碳酸钙 D₃ 合用, 由于阿法骨化醇一种较强的维生素 D 衍生物, 应避免同时使用药理剂量的维生素 D 及其类似物, 以避免可能的加合作用及高血钙症。又如儿科处方上常有乙酰半胱氨酸颗粒与头孢地尼合开, 乙酰半胱氨酸与青霉素、头孢菌素、四环素等联用时, 可降低青霉素、头孢菌素、四环素等的药效, 不宜混用或并用, 必要时可间隔 4 h 交替使用^[4]。

遴选药物不适宜: 如儿科上呼吸道感染选用注射用头孢类抗菌药, 上呼吸道感染多由病毒引起, 入选疾病^[5]咽炎、喉炎、鼻炎、扁桃腺炎, 治疗原则首选对症治疗, 包括充分休息、补充水分、退热、减轻卡他症状及保持气道通畅等。除非有明确的细菌感染病灶如化脓性扁桃腺炎、中耳炎、鼻窦炎等外, 一般不选抗菌药^[6]。

存在配伍禁忌: 如维生素 B₆ 注射液与碳酸氢钠注射液联合输注, 维生素 B₆ 系由吡多醛、吡多醇和吡多胺三种物质组成, 在水中难溶, 其注射液为盐酸盐, pH 2.8~3.2 较为稳定, 与 5% 碳酸氢钠注射液(pH 8.5)相混, 由于 pH 相差较大, 易产生浑浊或沉淀, 维生素 B₆ pH 值升高时, 极易受空气的氧化而渐变为黄色或黄棕色^[7]。

2.2.3 超常处方 无适应证用药, 如处方上开吗丁啉, 诊断上却没有相适应的胃肠症状; 还有处方上经常采用一些“待查”等模糊词汇, 使临床诊断未能反映用药充足的理由。

3 讨论

3.1 由于医院早期就已实施电子处方系统, 确保了每张处方不超过 5 种药及处方药品均为通用名的要求。此次点评中, 平均每张处方用药品种数为 2.4, 符合世界卫生组织(WHO)制定的标准(平均用药品种数 1.6~2.8 种)。个别处方用药品种多, 一般与老年慢性病患者自身患多种疾病需同时服用多种药品及患者自主购药有关, 也有医生力求治疗效果全面, 造成不必要的联合用药等。用药品种多, 药物相互作用和药物不良反应(ADR)发生率则明显增加, 应尽量避免。

3.2 本次结果中, 抗菌药物使用比例为 28.4%, 超出国家抗菌药物使用范围应低于处方比例 20% 的要求。医生大多数轻微的皮裂伤和软组织损伤也进行预防用药, 且选用第 3 代头孢菌素; 习惯性地将抗菌药物应用于病毒性上呼吸道感染; 发热待查滥用抗菌药物等。这反映多数医生的过度求安心理, 过分依赖抗菌药物而忽略了人体的自身免疫, 对细菌耐药性的产生和药品不良反应的发生未引起足够重视。

3.3 注射剂的使用率为 19.1%, 高于中国医院管理协会 10% 左右的调查结果, 与发达国家(4% 以下)比相差更大。特别是儿科, 可能因为医患双方存在“药物口服不如注射效果好”的观念, 家长希望患儿病情尽快好转, 也接受注射治疗。注射剂虽在治疗方面有其特定优势, 但其渗透压、药物微粒等诱发不良反应的因素远远多于口服药物, 故凡可口服就不必注射, 必须注射的应尽可能减少次数, 积极采用序贯疗法; 尽量减少注射剂联合使用的种类, 以避免不良反应和配伍禁忌的出现。

3.4 平均每张处方金额为 214.26 元, 国家基本药物使用率不高, 为 39.9%。基本药物是指能够满足基本医疗卫生需求, 剂型适宜, 保证供应, 基层能够配备, 国民能够公平获得的药品。其特点: 安全、必需、有效、价廉。国外实践证明, 基本药物政策的正确实施是促进合理用药水平提高和控制药费增长的有力手段

收稿日期: 2013-07-05

因。目前医务人员和老百姓特别是公费医保患者使用基本药物的积极性不高,医务人员多凭经验以及经济利益的驱动而不使用基本药物,老百姓对基本药物的好处和意义也认识不够,加之长期的用药习惯使其短时间内难以接受并

使用基本药物。3.5 不合理处方占 12.6%,比例偏高。从处方缺项、药品超量、诊断不明及二类精神药未用专用处方(通常都被药剂人员及时发现并干预)等,表明医生对《处方管理办法》掌握不够;用法、用量不适宜,无适应证用药,遴选药物不适宜、联用不合理及配伍禁忌等,说明一些医生业务素质不高,专业基础理论知识较差,对药物相关信息的不了解,在选用药物及联合用药方面盲目性较大,缺乏科学性。加之新药不断上市,药物信息量激增,医师难以全面掌握,仅凭有限的个人经验给药。同时药师没有深入临床,在促进临床合理用药方面未能发挥应有的作用。

4 结论

处方点评不仅可以充分了解临床不合理用药的类型与特点,深入剖析发生不合理用药的原因,及时发现,合理干预,有效监督,促进临床医师合理用药,同时也提升和提高临床药师地位和能力的机遇和挑战。

医师应提高自身的业务素质,加强责任心,并加强对《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》的掌握,医药密切联系,经常与药剂科沟通,了解新

药的基本知识,提高处方效率和质量。

药师应不断提高自身业务素质,积极发挥监督作用,本着对医师开方及患者用药安全有效的精神,审查处方,对问题处方,及时与医师联系,减少医患矛盾冲突。

同时医院应当将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标中,建立、健全奖惩制度,从而保证患者安全有效用药。

参考文献:

- [1]陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].第 17 版.人民卫生出版社,2011.
- [2]刘中兴.我院门诊处方不合理用药调查分析[J].中国医院用药评价与分析,2008,8(1):71.
- [3]马玉霞.门诊不合理用药处方分析[J].医学信息,2010,23(7):2174-2175.
- [4]国家药典委员会.中华人民共和国药典临床用药须知,化学药和生物制品卷[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [5]胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008:1167
- [6]王海莲,高健.儿科上呼吸道感染应用抗菌药趋势分析[J].中国药师,2010,13(11):1652-1654.
- [7]崔晓军,张晓曼.处方中存在的合理用药问题[J].医护论坛,2011,8(1):166-167.
- [8]罗莎,罗珊,马爱霞.浅谈合理用药与国家基本药物政策[J].中国执业药师,2010,12(7):48.
- [9]潘木善,徐祖华.加强药事管理、有效控制医疗费用[J].海峡药学,2010,22(1):193.

编辑/申磊

清洁手术预防用抗菌药物干预前后对比分析

唐荣

(四川省宜宾市第二人民医院,四川 宜宾 644000)

摘要:目的 比较清洁手术预防用抗菌药物干预前后效果。**方法** 将 2009 年 8 月~2012 年 8 月我院外科清洁手术患者抗菌药物的使用种类、用药时机以及用药疗程等方面的资料进行回顾性分析。**结果** 干预前无指征预防使用抗菌药物例数 26 例(占 52.00%)明显大于干预后($P<0.01$);干预后抗菌类药物选择、联合用药、单次给药剂量、给药频数、给药时机及预防用药时间均较干预前有明显改善($P<0.05$, $P<0.01$)。**结论** 清洁手术实施药学干预能够明显提高围术期抗菌药物的合理应用比例,从而大大提高医院合理用药水平。

关键词:清洁手术;预防;抗菌药物;干预

对于清洁手术而言,一般无需预防使用抗菌类药物,然而绝大多数临床医师,特别是外科医师对这方面的认识不足,仍然会在手术之前与手术之后预防使用抗菌类药物。对此,本研究以清洁手术作为切入点^[1],对清洁手术预防使用抗菌药物不合理情况采取一定的措施加以干预,以期探索一种有效的干预方法及途径,从而为规范医院清洁手术抗菌药物的预防使用及科学管理提供一定的依据,现将具体的研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 100 例 2009 年 8 月~2012 年 8 月我院外科清洁手术患者,将其随机地均分为干预组与非干预组,各为 50 例。干预组中,男 28 例,女 22 例;年龄 12~77 岁,平均(56.50±11.09)岁;骨科 12 例,眼科 10 例,普外科 8 例,神经外科 6 例,肿瘤科 5 例,心内科 9 例。非干预组中,男 29 例,女 21 例;年龄 14~82 岁,平均(60.09±12.99)岁;骨科 14 例,眼科 12 例,普外科 6 例,神经外科 5 例,肿瘤科 4 例,心内科 9 例。两组在一般资料方面无统计学差异($P>0.05$),具有统计均衡性。

1.2 病例筛选标准 清洁手术如腹腔镜手术、乳腺术、骨科闭合性骨折手术、白内障手术、微创手术、冠脉造影术、穿刺术、以及动脉栓塞术等,病历资料记载完整。患者住院期间于不同时间接受 2 次或以上手术、术后出现感染的均属于排除病例^[2]。

1.3 干预措施 ①成立抗菌药物专家小组:成立由临床科室专家、药学专家、医院微生物实验室专家以及医院行政管理人员等组成的抗菌药物专家小组,于每周四对在架以及归档患者病历分别进行抽查,对不合理使用抗菌药物的相关情况进行汇总与分析,对于选择不合理用药的临床医生进行说服、教育。②制定合理使用抗菌药物的实施细则:医务科及药剂科应该按照国家卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》等文件制定医院抗菌药物临床应用指南,并将其发放至每位临床医师的手中,内容应涵盖卫生部抗菌药物相关文件、常见感染性疾病的抗菌药物的选择以及实际用量等方面的内容。③指派若干名临床药师下到临床指导并参与用药,对在架病历进行随机抽查,若发现不合理用药现象,则及时地与相关临床医师进行沟通,并采取有效措施对此现象加以干预。④组织全院性抗菌药物合理使用培训:邀请院外专家以及院内专家相结合的方式对医务工作人员进行合理使用抗菌药物等方面的培训,待培训结束之后进行闭卷考试,对于考试合格的医生才具抗菌药物处方权。

1.4 统计学处理 数据均由 SPSS16.0 软件加以统计及分析,计数资料用(%)表示,采用 χ^2 检验,检验标准: $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 干预前后抗菌药物用药适应证评价结果 干预前无指征预防使用抗菌药物(52%)明显大于干预后($P<0.01$),见表 1。

表 1 干预前后抗菌药物用药适应证评价结果[n(%)]

合理用药指标	干预前不合理率	干预后不合理率	χ^2 值	P 值
无指征使用抗菌药物	26(52.00)	5(10.00)	12.009	0.0062

2.2 干预前后用药合理性评价 干预后抗菌类药物选择、联合用药、单次给药剂量、给药频数、给药时机及预防用药时间均较干预前有明显改善($P<0.05$, $P<0.01$),见表 2。

表 2 干预前后用药合理性评价结果[n(%)]

合理用药指标	干预前不合理率	干预后不合理率	t 值	P 值
抗菌药物选择	27(54.00)	12(24.00)	35.028	0.000
联合用药	25(50.00)	9(18.00)	20.721	0.000
单次给药剂量	16(32.00)	9(18.00)	8.990	0.0082
给药频数	4(8.00)	1(2.00)	5.227	0.032
给药途径	0(0.00)	0(0.00)	—	—
溶媒选择	0(0.00)	0(0.00)	—	—
用药时机	7(14.00)	2(4.00)	6.293	0.028
预防用药时间	30(60.00)	5(10.00)	56.291	0.000

3 讨论

干预后无指征使用抗菌药物的情况明显减少,但是仍然有类似于 I 类切口手术形式的存在。此种类型的手术属于一种无菌切口手术,局部未出现炎症,且无任何污染。对此,临床手术医师应该注意严格地进行消毒灭菌,以最好地规范手术操作,因此,大多数情况下无需使用任何抗菌药物^[3]。

经过干预,我院在手术预防给药时机合理性方面做得非常好,给药时间 90%以上均控制在术前的 0.5~2h。此外,干预前我院有关手术(如剖宫产手术)预防给药时间均要明显高于手术前,经过采取强有力的干预措施,临床医师完全改变原来的习惯,将预防用药时机改在某些手术细节之后。存在的问题主要集中于术前准备时间较长,而这也是药师需要积极干预的一点问题^[4]。

本文研究结果表明,干预前后干预前无指征预防使用抗菌药物例数明显大于干预后($P<0.01$, $t=12.009$);干预后抗菌类药物选择、联合用药、单次给药剂量、给药频数、给药时机及预防用药时间均较干预前有明显改善,且干预前后相比,差异均具有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。由此可见,清洁手术实施药学干预能够较为明显地提高围术期抗菌药物的合理应用比例,从而大大提高医院合理用药水平。

参考文献:

- [1]余汉华,万雄飞,刘红华,等.清洁手术预防用抗菌药物干预前后对比分析[J].中国医院药学杂志,2012,32(21):1763-1765.
- [2]孙培,万雄飞,余汉华.128 例清洁手术预防使用抗菌药物分析[J].中国医院药学杂志,2011,31(16):1383-1385.
- [3]沈万香.360 例外科手术围术期抗菌药物预防性应用及评价[J].宁夏医学杂志,2010,32(02):169-170.
- [4]于磊,唐尧,张蕊,等.我院 I 类切口手术围术期预防用抗菌药物干预效果分析[J].中国药业,2010,19(24):61-62.

编辑/申磊