

我院 2016 年门诊不合理处方点评与分析

黎黛清 (华南农业大学医院, 广州 510642)

摘要 目的: 了解华南农业大学医院门诊处方不合理情况, 促进临床合理用药, 保障患者用药安全。方法: 随机抽取我院 2016 年门诊处方, 每月各 100 张, 共计 1200 张, 对不合理处方进行统计分析。结果: 在抽查的处方中, 不合理处方共 94 张, 处方合理率为 92.17%。不合理处方包括不规范处方 20 张 (21.28%), 不适宜处方 58 张 (61.70%), 超常处方 16 张 (17.02%)。不合理处方主要集中在临床诊断与用药不符、联合用药不适宜、抗菌药物应用不合理等方面。结论: 门诊处方总体用药情况较合理, 但仍存在一些问题, 应进一步加强处方管理, 促进安全、有效、经济用药。

关键词: 处方点评; 不合理处方; 合理用药

中图分类号: R95; R969.3 文献标识码: A 文章编号: 1002-7777(2018)12-1716-04

doi:10.16153/j.1002-7777.2018.12.022

Comments and Analysis of Irrational Prescriptions in Outpatient Departments of Our Hospital in 2016

Li Daiqing (Hospital of South China Agricultural University, Guangzhou 510642, China)

Abstract Objective: To investigate the irrational prescriptions in outpatient departments of the Hospital of South China Agricultural University (referred to "our hospital"), so as to improve clinical rational drug use and to ensure the safety of medication for patients. **Methods:** A total of 1200 outpatient prescriptions were randomly selected from our hospital in 2016 (100 prescriptions per month). The irrational prescriptions were analyzed. **Results:** Among the 1200 prescriptions, 94 were irrational prescriptions, the rational rate was 92.17%. Of the irrational prescriptions 20 (21.28%) were irregular prescriptions, 58 (61.70%) were unsuitable prescriptions and 16 (17.02%) were off-label prescriptions. The irrational prescriptions were found mainly in the following aspects: discrepancy between clinical diagnosis and medication, improper drug combination and irrational use of antibiotics. **Conclusion:** The overall outpatient prescriptions in our hospital are generally rational, but some problems still exist, which need to be solved. The prescription management should be further strengthened to promote safe, effective and economical medication.

Keywords: comments on prescriptions; irrational prescriptions; rational drug use

处方是指由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对, 并作为患者用药凭证的医疗文书^[1]。处方质量是医疗质量的重要组成部分, 不合理处方

可能导致医患纠纷及医疗事故, 甚至威胁患者的生命安全^[2]。因此, 为患者开具规范合理的用药处方具有重要意义, 而开展处方点评可以有效提高医院的合理用药水平^[3-7]。

现就华南农业大学医院 (以下简称“我

院”)2016年1-12月门诊不合理处方的类型及特点进行统计分析,旨在为我院处方点评工作的持续性改进提供参考,规范医师处方行为,强化医师合理用药意识,提高处方质量,保障医疗安全。

1 资料与方法

1.1 处方来源

2016年1-12月,每月按时随机抽取我院门诊处方100张,共1200张。

1.2 点评标准

以《处方管理办法》^[1]《医院处方点评管理规范(试行)》^[8]《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》^[9]《中华人民共和国药典·临床用药须知(2010年版)》^[10]等为点评标准,参考药品说明书、国内外文献及医药类相关书籍,审核处方用药的合理性,对不合理处方的类型及特点进行统计汇总,并对其中常见的不合理用药处方进行详细点评分析。

2 结果与分析

2.1 统计结果

在抽取的1200张处方中,不合理处方共94张,处方合理率为92.17%。不合理处方包括不规范处方20张,占不合理处方21.28%;不适宜处方58张,占不合理处方61.70%;超常处方16张,占不合理处方17.02%。

2.2 不合理处方分析

我院处方为电子打印处方,避免了传统纸质处方因书写潦草、字迹难认给药师审核调配带来的困难,也减少了处方前记、正文、后记内容缺项及书写不规范的情况,但处方用药的合理性问题依然存在。

2.2.1 不规范处方

我院不规范处方主要体现在以下3个方面:

1) 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物,主要表现在抗菌药物使用指征不明确及无指征联合用药。

实例1:患者男性,25岁;诊断:上呼吸道感染;处方用药:头孢呋辛酯片 0.25 g bid 3 d。用药分析:上呼吸道感染多为病毒感染,属于自限性疾病,针对流涕、鼻塞等卡他症状对症用药即可治愈,不需要抗菌治疗,应用头孢呋辛酯属于无指征用药。如该患者存在继发性细菌感染,应修改临床诊断。

实例2:患者男性,47岁;诊断:丹毒;处方用药:左氧氟沙星注射液0.2 g qd 2 d、注射用头孢呋辛钠1.5 g+0.9%氯化钠注射液100 mL qd 2 d、红霉素眼膏0.1 mg qd 3 d。用药分析:丹毒主要致病菌为A型链球菌属、金黄色葡萄球菌,应首选青霉素治疗;青霉素过敏者可以考虑大环内酯类或氟喹诺酮类。丹毒为皮肤软组织轻症感染,无需也不宜联合抗菌用药。

2) 慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量的未注明理由。《处方管理办法》规定:无特殊情况下,门诊处方一般不超过7日用量,急诊处方一般不超过3日用量,对于慢性病、老年病或特殊情况下,处方用量可适当延长,但医师应当注明理由。

3) 诊断书写不全。临床诊断填写“健康体检”“体检”“待查”等,药师难以审核用药的适宜性,提示医师应先确诊,再对症开具处方。

2.2.2 用药不适宜处方

1) 适应证不适宜。实例1:患者男性,35岁;诊断:混合痔;处方用药:阿奇霉素肠溶胶囊 0.25 g qd 7 d、化痔栓1.7 g qd 7 d。用药分析:阿奇霉素首选应用于革兰氏阳性菌及支原体、衣原体等非典型病原体的呼吸道感染性疾病,不能覆盖痔疮可能的致病菌肠道杆菌等革兰氏阴性菌,且血药浓度不高,属于抗生素选择不适宜,应改用左氧氟沙星等氟喹诺酮类抗菌药物。

实例2:患者女性,65岁;诊断:高血压3级;处方用药:阿司匹林肠溶片100 mg qd 14 d。用药分析:阿司匹林可防止血栓形成,临床用于预防一过性脑缺血发作、心肌梗死、心房颤动以及防止人工心脏瓣膜、动静脉瘘或其他手术后的血栓形成,也可用于治疗不稳定型心绞痛。阿司匹林并无降压作用,属于临床诊断与用药不符。如果患者合并冠心病等其他心脑血管疾病,应在诊断上加以注明。

2) 遴选的药品不适宜。实例1:患者女性,6岁;诊断:急性扁桃体炎;处方用药:阿莫西林克拉维酸钾片 200 mg tid 3d、地塞米松磷酸钠注射液5 mg qd 2d、5%葡萄糖注射液100 mL qd 2d。用药分析:小儿急性扁桃体炎可能并发发热等全身性感染症状,而地塞米松磷酸钠注射液用于小儿极高热,影响热型,掩盖了患者的真实病情,不

推荐使用。

实例2:患者女性,35岁;诊断:咽鼓管疾患;处方用药:醋酸泼尼松片 10 mg tid 3d。用药分析:一般咽鼓管疾患与感冒等微生物感染有关,应用清热解毒类中药或对症应用抗菌药治疗即可,无激素应用指征,且泼尼松片无指征用药易引起糖尿病、消化道溃疡及并发感染,可能加重原感染情况。

3)用法、用量不适宜。实例:患者女性,32岁;诊断:发热;处方用药:头孢克肟颗粒0.5袋 bid 3 d、马来酸氯苯那敏片0.5片 qn 3 d。处方点评:患者32岁,头孢克肟颗粒成人用量为50~100 mg/次,马来酸氯苯那敏片成人4 mg,处方用量头孢克肟颗粒50 mg 0.5袋,氯苯那敏片4 mg 0.5片为儿童用量,属于用量不适宜。

4)重复给药。实例:患者男性,43岁;诊断:咳嗽;处方用药:复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊 94 mg bid 5 d、复方甘草口服溶液10 mL tid 7 d、鼻炎康片1.48 g tid 7 d、美敏伪麻溶液10 mL tid 5 d。用药分析:处方中复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊、美敏伪麻溶液均主要用于缓解感冒所引起的发热、咳嗽、流涕、鼻塞等卡他症状,且均含主要成分盐酸伪麻黄碱、马来酸氯苯那敏,同时使用属于重复用药,用药过量容易导致血压升高、心悸,建议医生酌情考虑其中一种使用。

5)联合用药不适宜。实例:患者女性,6岁;诊断:支气管炎;处方用药:天黄猴枣散0.15 g bid 3 d、头孢克肟颗粒50 mg bid 3 d、阿奇霉素干混悬剂0.1 g qd 3d、小儿氨酚黄那敏颗粒130.5 mg tid 3 d。用药分析:下呼吸道感染如急性气管-支气管炎多由冠状病毒、流感病毒、肠道病毒等病毒所致,病程多为自限性,一般不需要使用抗菌药物,少数患者可原发或在病毒感染基础上继发细菌性感染。致病菌为金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌等革兰氏阳性菌及支原体、衣原体等非典型病原体,应首选口服第一、二代头孢菌素或大环内酯类。医师联用头孢克肟与阿奇霉素,属于无指征联合用药,单用阿奇霉素进行抗感染治疗即可。

6)其他用药不适宜情况。实例:患者女性,56岁;诊断:中耳炎;处方用药:0.9%氯化钠注射液10 mL+注射用青霉素钠4.32 g qd 3 d,0.9%氯化钠

注射液250 mL+地塞米松磷酸钠注射液5 mg qd 3 d。用药分析:地塞米松磷酸钠注射液,说明书推荐溶媒为5%葡萄糖注射液,医师选用溶媒不适宜。

2.2.3 超常处方

1)无适应证用药。实例:患者男性,48岁;诊断:疼痛;处方用药:阿莫西林胶囊0.5 g bid 3 d。用药分析:疼痛并非感染性疾病的临床诊断,癌症等非感染性疾病也可导致疼痛,应用阿莫西林胶囊属于无适应证用药。如医师考虑外伤、皮肤软组织感染、腹腔感染等感染性疾病,应修改临床诊断,注明感染性疾病的具体名称。

2)无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用相同的药物。这种情况以抗菌药、活血化瘀药为多,如为患者同时开具跌打镇痛膏和骨痛贴膏等。

3 讨论及建议

3.1 讨论

1)我院不合理处方问题主要集中在临床诊断与用药不符。原因分析:存在人情处方,患者只是单纯性为了开药,医师未重视临床诊断的重要性。其次,某些医师超说明书用药,既与临床医师的用药习惯^[1]、法律意识和用药风险意识有关;也受患者因素的影响,同时也与医院处方的管理力度不足有关。

2)本院用药不合理处方相当一部分集中在抗菌药物使用上,随着抗菌药物临床应用相关整改文件的出台,其合理性使用也越来越受到社会的重视。抗菌药物的合理性应用是评价医院合理用药水平和医疗服务质量的重要指标^[12]。通过对我院2016年门诊抗菌药物不合理应用处方进行深入分析,发现其主要原因:①医师对抗菌药物临床合理应用知识掌握不够全面,尤其对联合使用抗菌药物的必要性认识不到位。②临床诊断指标不明确,如腹痛、咳嗽、耳鸣等并非感染性疾病的诊断,药师难以判断是否属于无指征用药。如医师考虑由于急性胃肠炎、急性阑尾炎等肠道、胆道感染等所致腹痛;呼吸道感染疾病引起咳嗽;中耳炎、外伤等所致耳鸣,应修改临床诊断为细菌感染性疾病名称。

3.2 建议

医院应加大处方监督管理力度,制订相关制度,开展处方规范化和合理用药的培训讲座,将点评结果纳入各科室的绩效考核;改善医院合理用药

软件系统,最大限度地减少用药错误,提高处方规范性^[13]。医师应提高业务水平,熟练掌握药物的使用知识,提高责任心及合理用药意识^[14-15]。药师应转变服务模式,从传统单纯性的处方调剂转换到以患者为中心的药学服务上来,要不断提高自身的专业水平和岗位技能,体现监督临床合理用药的作用。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部. 卫生部令第53号 处方管理办法[S]. 2007.
- [2] 史涛, 蒋娟, 林珍, 等. 我院门急诊不合理处方现状分析与对策探讨[J]. 中国药业, 2015, 24(2): 52-54.
- [3] 郝立志. 门诊564例不合理处方干预分析及改进措施的探讨[J]. 中国医院用药评价与分析, 2012, 12(6): 566-569.
- [4] 林颖. 处方点评对某院门诊处方用药合理性评价指标的影响解析[J]. 中国药事, 2011, 25(2): 202-204.
- [5] 刘立新. 门诊处方点评的临床意义[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(2): 88-89.
- [6] 李斌, 区林华, 邓汉英, 等. 处方点评对处方质量的影响[J]. 今日药学, 2010, 20(2): 38-40.
- [7] 苏芬丽, 熊芬, 唐洪梅. 处方点评在合理用药中的实践与体会[J]. 今日药学, 2010, 20(12): 49-50.
- [8] 卫生部. 卫医管发[2010]第28号 医院处方点评管理规范(试行)[S]. 2010.
- [9] 卫生部. 国卫办医发[2015]第43号 抗菌药物临床应用指导原则[S]. 2015.
- [10] 国家药典委员会编. 中华人民共和国药典·临床用药须知[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010.
- [11] 谢婷婷. 2011年医院门诊药房处方点评结果与分析[J]. 中国药业, 2013, 22(21): 60-61.
- [12] 张磊. 我院2010年住院患者抗菌药物不合理应用处方点评[J]. 中国药业, 2011, 20(24): 74-75.
- [13] 古今, 蔡乐. 利用医院信息系统加强处方点评工作[J]. 中国药业, 2012, 21(2): 58-89.
- [14] 刘亚军. 门诊处方适时干预分析[J]. 医药导报, 2013, 32(12): 1654-1656.
- [15] 谢婷婷, 任浩洋. 2011年度门诊药房处方点评结果与分析[C]//2013中国药学会大会暨第十三届中国药师周论文集, 2013: 1-6.

(收稿日期 2017年2月20日 编辑 王萍)