

门诊呼吸科抗菌药物处方点评分析及干预前后对比

徐春丽¹, 杨弘瑞², 秦晓改³, 杨继红^{1*} (1. 贵州医科大学附属医院, 贵阳 550004; 2. 厦门大学经济学院, 厦门 361005; 3. 贵州医科大学附属乌当医院, 乌当 550000)

摘要 目的: 了解某三甲医院门诊呼吸科抗菌药物处方规范性、用药适宜性、超常行为及干预后效果, 评估干预措施, 探索不合理处方的干预模式。方法: 采用回顾性分析方法, 随机抽取干预前、干预后门诊呼吸科抗菌药物处方每月200张, 按照《处方管理办法》《医院处方点评管理规范(试行)》《北京市医疗机构处方专项点评指南(试行)》《抗菌药物临床应用指导原则》《中国医师药师临床用药指南》《新编药理学》《临床用药须知》以及药品说明书进行处方点评, 对点评结果进行统计分析, 并对比干预前后的处方合理性的改进。结果: 干预前(1~6月)及干预后7~12月、13~18月、19~24月: 不合理处方占总处方比例分别是10.00%, 12.41%, 8.50%和5.67%; 不规范处方占总处方比例分别是7.67%, 8.00%, 6.00%, 2.75%; 用药不适宜处方占总处方比例分别是4.33%, 5.33%, 2.92%, 3.75%; 干预后的19~24月, 不合理处方和不规范处方的数量与干预前(1~6月)比较具有显著性差异($P < 0.01$)。干预前后抗菌药物处方比例为29.68%、27.69%、26.56%、26.64%。结论: 本院门诊呼吸科抗菌药物处方存在不规范、用药不适宜现象, 但干预后不合理处方数、不规范处方数、不规范及用药不适宜项目、不规范和用药不适宜处方占总处方比例、抗菌药物处方比例均有所下降, 处方合理率上升至94.33%, 接近卫计委的要求, 医师处方行为和药师调剂行为呈持续改进之势, 干预措施有效, 干预模式可行。

关键词: 门诊呼吸科; 抗菌药物; 处方点评; 干预措施; 干预效果; 合理用药

中图分类号: R95 文献标识码: A 文章编号: 1002-7777(2020)08-0983-05

doi:10.16153/j.1002-7777.2020.08.020

Comments on Antibiotics Prescriptions of Respiratory Outpatient and Comparison of Pre- and Post-intervention

Xu Chunli¹, Yang Hongrui², Qing Xiaogai³, Yang Jihong^{1*} (1. The Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang 550004, China; 2. College of Economic and Management, Xiamen University, Xiamen 361005, China; 3. The Affiliated Wudang Hospital of Guizhou Medical University, Wudang 550000, China)

Abstract Objective: To investigate the antibiotic prescriptions, medication suitability, abnormal behaviors and intervention effects from department of respiration outpatient in a three-grade hospital, and to explore the intervention measures. **Methods:** The retrospective analysis method, randomly selected from respiratory antibiotics prescriptions of pre- and post-intervention 200 monthly, in accordance with the "prescription management method", "hospital prescription comment on standard management (Trial)", "Guidance for Beijing medical institutions prescription special comments (Trial)", "Guidance for clinical application of antibiotics",

作者简介: 徐春丽, 主任药师; 研究方向: 医院药学与临床药学; E-mail: gzxcl1966@163.com

通信作者: 杨继红, 硕士, 主任药师; 研究方向: 医院药学与临床药学; E-mail: 2391490225@qq.com

"Guidance for Chinese physician pharmacists in clinical medication", "new Pharmacology", "clinical medication notice, a written description of the drug and other relevant laws and regulations, one by one review, statistical analysis the review results. Comparative analysis of the rationality of prescription about pre-and post intervention. **Results:** From 1 to 6 months pre-intervention, 7 to 12 months, 13 to 18 months, 19 to 24 months post intervention, proportions of unreasonable prescription in total prescription were 10.00%, 12.41%, 8.50%, and 5.67%, respectively. The proportions of nonstandard prescription in total prescriptions were 7.67%, 8.00%, 6.00%, and 2.75%, respectively. The proportions of inappropriate medication prescriptions in total prescription were 4.33%, 5.33%, 2.92%, and 3.75%. From 19 to 24 months post-intervention, the quantity of unreasonable prescription and nonstandard prescription compared with 1 to 6 months pre-intervention, there was significantly different. pre-and post-Intervention, antimicrobial prescription ratios were 29.68%, 27.69%, 26.56%, and 26.64%. **Conclusion:** The prescription of antibiotics in the Department of respiratory outpatient in our hospital was not standardized and inappropriate. However, the unreasonable number of prescriptions and proportion of non-standard and inappropriate prescriptions, the proportion of non-standard and inappropriate prescriptions in total prescriptions, the proportion of antibiotics prescriptions all decreased post-intervention. The prescription rate of rational increased 94.33%, to the National Meath and Family Planning Commission of the people's Republic of China requested and physicians' prescription behavior and pharmacists dispensing behavior was continuous improvement potential, effective intervention. It is worth to be promoted in the hospital of the less developed area.

Keyword: department of respiration outpatient; antibiotics; prescription reviews; intervention measures; intervention effects; rational drug use

处方点评是发现临床不合理用药的重要手段,是促进合理用药的有效途径。自2004年以来,国家先后颁布了多项法律、法规,建立健全持续改进医院处方点评制度,及时发现并适时干预医师处方行为和药师调剂行为,促进临床合理用药。尤其是加强了对抗菌药物的监管力度,2011年以来开展了“限品种、限量、限级别”的3年专项整治活动。2013年,本院成为国际合理用药网络(International Network for the Rational Use of Drugs, INRUD)卫生部全国医院处方点评监测网成员机构,开始对门诊呼吸科抗菌药物处方进行专项监测。为了解本院门诊呼吸科抗菌药物处方合理性及干预后的效果,评估干预措施,现将点评结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

资料来源于本院门诊呼吸科;干预前1~6月(2013年1~6月),干预后7~12月(2014年1~6月)、13~18月(2015年1~6月)、19~24月(2015年7~12月)时间段,每个月随机抽取200张含抗菌药物的门诊呼吸科电子处方,每个时间段共采集1200张电子处方。

1.2 方法

1) 抗菌药物处方选取标准:含有抗菌药物(抗分枝杆菌药物除外)的处方。

2) 点评内容:处方规范性、用药适宜性、超常处方。

3) 点评依据:《处方管理办法》^[1]《医院处方点评管理规范(试行)》^[2]《北京市医疗机构处方专项点评指南(试行)》^[3]《抗菌药物临床应用指导原则》^[4]《中国医师药师临床用药指南》^[5]《新编药理学》^[6]《临床用药须知》^[7]及药品说明书等。

4) 干预措施:由药剂科组织、医务处主持召开全院处方点评专家委员会会议,各科专家审核、讨论临床药学室处方点评工作小组的点评结果,对存在的不合理用药问题达成共识。针对门诊呼吸科存在的不合理用药情况,门诊呼吸科写出整改意见交药剂科,经临床药学室总结后交医务处备案并挂入内网公示,指导下一个个月门诊呼吸科医师用药和处方点评工作小组处方点评工作,对门诊呼吸科医师不合理用药、药师不规范调剂行为实施干预。对于共性问题进行不定期的针对性培训或短信单独沟通或通过网络设置加以解决。每半年公示不合理处方排名前10的医师名单。

1.3 数据统计学处理

1) 统计不合理处方的张数, 按照卫计委规定, 不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方、超常处方; 不合理处方可能即是不规范处方又是用药不适宜处方或超常处方, 也可能是单独不规范处方或用药不适宜处方或超常处方。计算不合理处方占整个抽取处方的比率, 计算公式如下: 不合理处方占总处方比例=不合理处方张数/总处方张数×100%

2) 统计不规范处方的类型和张数, 计算不规范处方占整个抽取处方的比率, 计算公式: 不规范处方占总处方比例=不规范处方张数/总处方张数×100%

3) 统计用药不适宜处方的类型和张数, 计算用药不适宜处方占整个抽取处方的比率, 计算公式: 用药不适宜处方占总处方比例=用药不适宜处方张数/总处方张数×100%

4) 计算抗菌药物处方比例, 计算公式: 抗菌

药物处方比例=就诊患者使用抗菌药物的处方人次数/同期就诊患者总处方人次数×100%

5) 干预前后的数据比较采用卡方检验, 设 $P < 0.05$ 为具有显著性差异。

2 结果

2.1 干预前后不合理处方的统计结果

干预前(1~6月)及干预后7~12月、13~18月、19~24月: 不合理处方占总处方比例分别是10.00%, 12.41%, 8.50%和5.67%; 不规范处方占总处方比例分别是7.67%, 8.00%, 6.00%, 2.75%; 用药不适宜处方占总处方比例分别是4.33%, 5.33%, 2.92%, 3.75%; 干预后的19~24月, 不合理处方和不规范处方的数量与干预前(1~6月)比较具有显著性差异($P < 0.01$)。干预前后抗菌药物处方比例分别为29.68%、27.69%、26.56%、26.64%, 有所下降。干预后不规范处方项目及用药不适宜项目明显减少。如表1所示。

表1 干预前后不合理处方原因分析

项目	干预前1~6月		干预后7~12月		干预后13~18月		干预后19~24月	
	A*	B#	A	B	A	B	A	B
1. 不合理处方/张	120	10.00	149	12.41	102	8.50	68**	5.67
2. 不规范处方/张	92	7.67	96	8.00	72	6.00	33**	2.75
不规范项目	6	-	5	-	4	-	3	-
超过7日用量未注明原因	45	3.75	15	1.25	1	0.08	5	0.42
无皮试结果	34	2.83	5	0.42	1	0.08	1	0.08
无给药剂量	13	1.08	0	0	0	0	0	0
临床诊断不全	7	0.58	65	5.42	70	5.83	19	1.58
临床诊断不规范	1	0.08	0	0	0	0	0	0
药师未盖调配章	1	0.08	0	0	0	0	0	0
慢性病超过30日给药未注明原因	0	0	1	0.08	0	0	0	0
初级职称开具限制使用抗菌药物及超过1日用量	0	0	12	1.00	0	0	0	0
诊断错误	0	0	0	0	1	0.08	0	0
3. 用药不适宜处方/张	52	4.33	64	5.33	35	2.92	45	3.75

续表1

项目	干预前 1 ~ 6月		干预后 7 ~ 12月		干预后 13 ~ 18月		干预后 19 ~ 24月	
	A*	B [#]	A	B	A	B	A	B
用药不适宜项目	7	-	5	-	4	-	6	-
给药频次不适宜	19	1.58	21	1.75	23	1.92	8	0.67
给药剂量不适宜	11	0.92	25	2.08	9	0.75	32	2.67
给药途径不适宜	11	0.92	22	1.83	0	0	1	0.08
给药剂量和给药频次不适宜	7	0.58	2	0.17	1	0.08	4	0.33
重复用药	4	0.33	0	0	0	0	4	0.33
联合用药不适宜	2	0.17	0	0	0	0	0	0
临床诊断与用药不适宜	1	0.08	5	0.42	2	0.17	1	0.08
4. 抗菌药物处方比例 /%		29.68		27.69		26.56		26.60

注: ** 与干预前比较 $P < 0.01$; A: 处方张数; B: 处方张数占总处方的百分比 (%)

2.2 处方点评分析

2.2.1 不规范处方分析

不规范处方项目在干预后逐渐减少; 超过7日用量未注明原因项、无皮试结果项, 在干预后明显减少; 不规范处方数干预后的19~24月与干预前比较具有显著性减少 ($P < 0.01$)。无给药剂量项、临床诊断不规范项、药师未盖调配章项、慢性病超过30日用药未注明原因项、初级职称医师开具限制使用抗菌药物超过1日用量项、诊断错误项, 在干预后均已杜绝。但是, 仅有临床诊断不全项有所增加, 原因是呼吸科门诊在岗人员调整频繁, 科室内培训未及时到位, 有待改善。

处方是患者用药的法律凭证, 《处方管理办法》规定处方的书写要清晰、完整、规范; 医师为患者开具药品必须与医师对患者的临床诊断相适宜, 不能遗漏与用药相关的诊断。门诊呼吸科常见的疾病与感染相关, 有应用抗菌药物的指征, 但有些慢性病如果临床诊断中未写明合并感染, 就无抗菌药物使用指征。处方的前记、正文、后记都是药师进行处方审核、调配、核对的重要内容, 医师的处方行为不规范, 药师的审核、调配、核对只能凭经验, 存在严重用药安全隐患^[8-9]。

2.2.2 用药不适宜处方分析

用药不适宜处方项目及用药不适宜处方数在

干预后有所减少; 给药途径不适宜项在干预后显著减少; 给药频次不适宜项、给药剂量和给药频次不适宜项, 在干预后均有所下降; 联合用药不适宜项已消除。但是, 给药剂量不适宜项、重复用药项和临床诊断与用药不适宜项, 在干预前后没有明显改善, 主要体现在: ①头孢丙烯分散片用于下呼吸道感染时给药剂量不适宜, 如不宜应用0.25 g, 应该应用0.5 g; ②头孢菌素类药品皮试用量不适宜, 不宜应用0.03 g, 应该应用30 μ g; ③阿奇霉素分散片没有首次剂量加倍; ④在同1张处方开具喹诺酮类药物注射液与片剂。针对门诊呼吸科责任医师存在的不合理用药问题, 有待于药剂科加强专项培训, 促进呼吸科医师合理使用抗菌药物。

2.2.3 干预后7~12月不合理处方数波动原因分析

在干预后7~12月不规范处方、用药不适宜处方、不合理处方比干预前均有所增加, 处方合理率有所下降, 原因: ①2013年是国家抗菌药物专项整治的最后一年; ②2014年1~3月本院新系统安装并试运行, 更新系统后存在磨合期; ③岗位变动频繁, 2014年呼吸科安排初级职称医师出门诊, 未严格按照抗菌药物分级使用管理规定开具限制使用级抗菌药物处方; ④奖惩力度不够。

3 结论

本次调查随机抽取门诊呼吸科抗菌药物处方

共4800张,干预后不合理处方和不规范处方的数量与干预前比较具有显著性差异($P<0.01$);干预后不合理处方数、不规范处方数、不规范及用药不适宜项目、不规范和用药不适宜处方占总处方比例、抗菌药物处方比例均有所下降,处方合理率上升至94.33%,接近卫计委医院等级评审中三级甲等医院的C级($\geq 95\%$)要求。医师处方行为和药师调剂行为呈持续改进之势,干预措施有效,干预模式可行。通过处方点评、不合理用药的干预,能有效地提高处方合理率,促进临床合理用药^[10]。

医师是处方的书写者、用药的决策者。药师是用药的审核者和处方的调配者、核对者、点评者。医院医疗服务质量的持续改进,需要医院领导的高度重视,需要医师、药师、质管部门、网络中心和药剂科的共同努力,需要医师、药师加强合理用药相关知识和法律、法规的学习^[11],不断规范处方行为和调剂行为,提高处方质量和合理用药水平,保证患者用药安全、有效、经济、适当。

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] 中华人民共和国卫生部. 卫医管发[2010]28号 医院处方

点评管理规范(试行)[S]. 2010.

- [3] 卫生部办公厅. 卫办医管函[2012]1179号关于北京市医疗机构处方专项点评指南(试行)的通知[S]. 2012.
- [4] 中华人民共和国卫生部, 国家中医药管理局, 中国人民解放军总后勤部卫生部. 国卫办医发[2015]43号 抗菌药物临床应用指导原则[S]. 2015.
- [5] 卫计委合理用药专家委员会, 国家食品药品监督管理局药品审评中心. 中国医师药师临床用药指南: 二版[M]. 重庆: 重庆出版集团, 2014.
- [6] 陈新廉, 金有豫, 汤光. 《新编药理学》: 第17版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [7] 中华人民共和国药典委员会. 中国药典临床用药须知: 二版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [8] 邓汉英, 区林华. 我院门诊处方点评情况与分析[J]. 临床医学工程, 2009, 16(8): 75-76.
- [9] 范小琴, 马俊, 董雅丽. 处方点评前后急诊处方规范性比较[J]. 中国药师, 2012, 15(5): 709-711.
- [10] 张景峰, 张勤, 杨先伟. 13200张门诊急诊处方点评分析[J]. 中国药事, 2011, 25(7): 734-736.
- [11] 徐春丽. 急诊中药注射剂处方点评分析[J]. 中国药师, 2013, 16(增刊): s41-s43.

(修回日期 2018年11月30日 编辑 王萍)