

· 药房管理 ·

doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2019.10.029

药师开展处方点评在促进合理用药中的作用

韩 勇, 边 原, 杜 珊

(四川省医学科学院·四川省人民医院药学部/电子科技大学附属医院个体化药物治疗四川省重点实验室, 四川 成都 610072)

摘要:目的 促进临床合理用药。方法 随机分别抽取医院2015年、2016年、2017年门急诊处方64 092、69 972、74 172张,利用合理用药监测系统(PASS)与药学专业人员人工点评相结合,分析不合理处方出现原因,并通过用药教育、政策解读及行政干预等措施对用药不合理现象进行整改。结果 3年门诊处方合格率依次为88.87%、95.60%、98.57%;不规范处方分别为4 328张(6.75%)、1 265张(1.81%)、426张(0.57%),用药不适宜处方分别为2 258张(3.52%)、1 578张(2.26%)、550张(0.74%),超常处方分别为545张(0.85%)、235张(0.34%)、88张(0.12%)。结论 药师开展处方点评、用药教育、医疗政策解读、行政干预等措施可显著提高处方合格率,规范医疗行为,防止过度医疗,促进合理用药,确保医疗安全。

关键词:临床药师;处方点评;用药教育;合理用药;药房管理

中图分类号:R952

文献标识码:A

文章编号:1006-4931(2019)10-0086-05

Effect of Carrying Out Prescription Comments by Pharmacists on Promoting Rational Drug Use

HAN Yong, BIAN Yuan, DU Shan

(Department of Pharmacy, Sichuan Academy of Medical Sciences & Sichuan Provincial People's Hospital, Personalized Drug Therapy Key Laboratory of Sichuan Province, The Affiliated Hospital of University of Electronic Science and Technology of China, Chengdu, Sichuan, China 610072)

Abstract: Objective To promote the rational drug use in the clinic. **Methods** A total of 64 092, 69 972 and 74 172 outpatient and

第一作者:韩勇,男,大学本科,主管药师,研究方向为医院药学,(电话)028-87394442(电子信箱)357787184@qq.com。

物品选择上很不规范,干预前后分别为17种、14种、11种。红霉素类药物使用口服剂型,用于眼科白内障手术,经过干预,2016年已不再使用。第3代头孢菌素、氟喹诺酮类药物、氨曲南、抗厌氧菌药物、头霉素、青霉素用于I类切口手术预防用药都是非常不合理的。I类切口手术应选择针对金黄色葡萄球菌的抗菌药物,不应选择针对革兰阴性菌和厌氧菌的抗菌药物,也不应选用广谱抗菌药物预防感染,应严格限制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药^[4]。我院使用的第1代头孢菌素有头孢唑林和五水头孢唑林,后者价格偏贵,也不适宜用于手术预防用药。干预后我院I类切口手术预防性使用第2代头孢菌素的频次大幅增加,但品种不止有头孢呋辛,还有头孢孟多酯和头孢尼西,导致我院I类切口手术预防用药品种选择合理率到2016年再次干预后仅为50.00%,后续需进行持续PDCA循环干预。

综上所述,我院住院患者I类切口手术预防使用抗菌药物合理性经临床药师两轮的PDCA循环持续干预,抗菌药物预防使用率和七大类手术抗菌药物预防使用率基本合理;联合用药率趋于合理;药物选择合理率、给药时机合理率、疗程合理率均有很大提高,但仍存在一些不合理现象,需要临床药师和医院相关部门加大干预力度,持续改进,力求完全达到国家要求。

参考文献:

[1] CRUSE JM. Investigative pathology for the millennium[J]. Exp

Mol Pathol, 1999, 66(1):1-2.

[2] 何绥平,黎沾良,颜青.围手术期预防应用抗菌药物调查分析[J].中华外科杂志,2008,46(1):12.

[3] 国家卫生部.抗菌药物临床应用管理办法[EB/OL].(2012-04-24)[2018-05-11].http://www.gov.cn/flfg/2012-05/08/content_2132174.htm.

[4]《抗菌药物临床应用指导原则》修订工作组.抗菌药物临床应用指导原则[M].北京:人民卫生出版社,2015:6-8.

[5] 国家卫生计生委办公厅.国家卫生计生委办公厅关于做好2014年抗菌药物临床应用管理工作的通知[EB/OL].(2014-04-14)[2018-05-11].http://nhfpc.gov.cn/zygyj/s3593/201404/49973560dde4293a489b158081d777c.shtml.

[6] 国家卫生计生委办公厅.中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知[EB/OL].(2013-05-06)[2018-05-11].http://www.nhfpc.gov.cn/wsb/pxwfb/201305/6042979f05cf49609e96410d7314ecae.shtml.

[7] WANG LR, WANG Y, LOU Y, et al. The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality[J]. Springer-plus, 2013, 2(1):141.

[8] SONG F, GLENNY AM. Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systemic review of randomized controlled trials[J]. Br J Surg, 1998, 85(9):1232-1241.

[9] HARBARTH S, SAMORE MH, LICHTENBERG D, et al. Prolonged antibiotic prophylaxis after cardiovascular surgery and its effect on surgical site infections and antimicrobial resistance[J]. Circulation, 2000, 101(25):2916-2921.

(收稿日期:2018-08-17)

emergency prescriptions were randomly selected from the hospital in 2015, 2016 and 2017. The reasons for irrational prescriptions were analyzed by combining prescription automatic screening system(PASS) with manual comments of pharmaceutical professionals, and the irrational phenomena of drug use were rectified through drug education, policy interpretation and administrative intervention. **Results** In the three years, the qualified rates of outpatient prescriptions were 88.87%, 95.60% and 98.57%, the irregular prescriptions were 4 328 prescriptions(6.75%), 1 265 prescriptions(1.81%) and 426 prescriptions(0.57%), the unsuitable prescriptions were 2 258 prescriptions(3.52%), 1 578 prescriptions(2.26%) and 550 prescriptions(0.74%), the extraordinary prescriptions were 545 prescriptions(0.85%), 235 prescriptions(0.34%) and 88 prescriptions(0.12%). **Conclusion** Carrying out prescription comments, medication education, medical policy interpretation, administrative intervention and other measures by pharmacists can significantly improve the qualified rate of prescriptions, standardize medical behavior, prevent excessive medical treatment, promote rational drug use and ensure medical safety.

Key words: clinical pharmacists; prescription comments; medication education; rational drug use; pharmacy management

药师是处方的审核者^[1],其参与处方点评,可为医师处方质量把关。原卫生部相继颁发了《处方管理办法》《医院处方点评管理规范(试行)》等文件,要求医疗机构建立处方点评制度,对不合理用药及时予以干预。本研究中对2015年至2017年的医院门急诊处方进行点评,针对问题进行专项整改,以提高处方质量、规范医疗行为、防止过度医疗、促进合理用药。

1 资料与方法

1.1 资料来源

处方来源于医院2015年至2017年的门急诊,每月利用医院合理用药监测系统(PASS),按每个临床科室10%~15%进行随机抽样,分别抽取64 092,69 972,74 172张。样本覆盖全院临床科室,具有代表性。

1.2 研究方法

依据《医院处方点评管理规范(试行)》的评判标准,《处方管理办法》对处方的规定及其附表规定的项目为标准,采用合理用药软件点评与人工点评相结合的模式,设计处方点评评价表,由专职药师对所抽查的处方逐一审查。以《处方管理办法》《医院处方点评管理规范(试行)》《抗菌药物临床应用指导原则》《北京市医疗机构处方专项点评指南(试行)》《四川省医疗机构辅助用药处方点评指南》《四川省医疗机构质子泵抑制剂(PPIs)处方点评指南》《四川省医疗机构中药注射剂处方点评指南》及药品说明书、临床指南等为依据对不合理处方进行点评。由临床药师和处方点评小组定期对点评结果进行汇总、分析、综合评价。对药品的点评,以医院信息系统(HIS)用量排名为线索,重点关注用量、金额经常出现超常预警的药物。建立涵盖抗菌药物、中药注射剂、辅助性药品、生物制剂等四川省重点监控药品目录的专项处方点评制度。

处方点评内容:主要包括处方书写规范性及用药合理性两个方面,其中后者是重点。

1.3 处方质量干预措施

医院每月定期召开全院处方点评会,由药学部牵

头,业务院长、医务部人员、临床所有科室医师代表等参加,在会上公布点评内容并讨论,最后将不合理处方上报到医务部,同时以反馈意见的形式通知临床科室和处方医师。处方医师对点评结果如无异议,则应及时纠正涉及的不合理用药情况;如有异议,由处方点评小组进行复议,药师与医师共同讨论,解释合理可改判为合理处方,由临床药师上报复议结果并公示。每月的处方点评情况与医师个人和所在科室绩效、评先评优紧密挂钩,医务部还会根据不同情况及其严重程度对不合理用药医师按“驾照式”积分管理进行扣分处罚。

2 结果

结果见表1至表4。

表1 2015年至2017年医院门急诊处方点评结果

年份	抽查处方 总数(张)	合理处方数 [张(%)]	不合理处方数[张(%)]		
			不规范	用药不适宜	超常
2015	64 092	56 961(88.87)	4 328(6.75)	2 258(3.52)	545(0.85)
2016	69 972	66 894(95.60)	1 265(1.81)	1 578(2.26)	235(0.34)
2017	74 172	73 108(98.57)	426(0.57)	550(0.74)	88(0.12)

表2 2015年至2017年不规范处方统计[张(%)]

不规范项	2015年	2016年	2017年
处方缺项	1 018(23.52)	227(17.94)	38(8.92)
医师未签名或签名不规范	258(5.96)	78(6.17)	43(10.09)
新生儿、婴幼儿未注明日龄、月龄	527(12.18)	127(10.04)	56(13.15)
临床诊断不规范	934(21.58)	204(16.13)	74(17.37)
单张处方门急诊处方超5种药品	156(3.60)	104(8.22)	76(17.84)
需皮试药物未注明皮试结果	66(1.52)	36(2.85)	6(1.41)
处方修改未签名及未注明修改日期	153(3.54)	32(2.53)	12(2.82)
医师未按抗菌药物临床应用管理规定开具处方	289(6.68)	159(12.57)	48(11.27)
门诊处方超7日用量、急诊处方超3日用量未注明理由	927(21.42)	298(23.56)	73(17.14)
合计	4 328(100.00)	1 265(100.00)	426(100.00)

3 讨论

3.1 原因分析

3.1.1 总体情况

不规范处方、不适宜处方、超常处方等不合理处方普遍存在,直接影响医疗安全和质量。原因可能为:医师

表3 2015年至2017年医院超常处方情况 [张(%)]

超常项	2015年	2016年	2017年
无适应证用药	203(37.25)	87(37.02)	36(40.91)
无正当理由开具高价药	151(27.71)	72(30.64)	22(25.00)
无正当理由超说明书用药	123(22.57)	34(14.47)	18(20.45)
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	68(12.48)	42(17.87)	12(13.64)
合计	545(100.00)	235(100.00)	88(100.00)

表4 2015年至2017年医院用药不适宜处方情况 [张(%)]

不适宜项	2015年	2016年	2017年
适应证不适宜	422(18.69)	327(20.72)	123(22.36)
遴选药品不适宜	234(10.36)	192(12.17)	96(17.45)
药品剂型或给药途径不适宜	458(20.28)	317(20.09)	136(24.73)
用法、用量不适宜	635(28.12)	459(29.09)	86(15.64)
同类药物重复使用	246(10.89)	132(8.37)	37(6.73)
联合用药不适宜	149(6.60)	65(4.12)	38(6.91)
有配伍禁忌或不良相互作用	114(5.05)	86(5.45)	34(6.18)
合计	2 258(100.00)	1 578(100.00)	550(100.00)

业务工作繁忙、知识更新慢、责任意识不强;医药市场发展迅猛;慢性病、多发病导致的临床用药复杂等。而药师开展处方点评分析,是药品调剂后的再评价,能发现存在的问题,关注潜在的问题。通过对点评结果的分析应用与持续改进,可以达到合理用药的干预效果,从而提高处方书写质量,规范医疗行为,促进合理用药。

3.1.2 不规范处方

主要问题:1)处方存在缺项、不正确、简写,如无患者姓名、性别、年龄、处方日期等。2)新生儿、婴幼儿未注明日龄、月龄。新生儿、婴幼儿的器官发育不全,酶系统发育不成熟,处于不断发育具有特殊生理特点的年龄阶段,其用药的主要特征具有年龄依赖性^[2]。医师在处方中准确注明婴幼儿日龄、月龄是重要的医疗环节,既可以提醒药师正确调配处方、执行医嘱,也可为药师点评处方提供依据。3)临床诊断不规范。如医师将“体检”“咨询”“开药”“待查”等不规范名称作为临床诊断。临床诊断是药师审核用药适宜性的依据,规范临床诊断是合理用药的必备条件。4)处方修改未签名并未注明修改日期。处方是具有法律效力的医疗文书,处方上的一切字迹均具有法律效力,如不按规定修改,一旦发生医疗纠纷,医师将有不可推卸的责任^[3]。但部分医师相关法律意识淡薄,修改后不按规定签名,增加医疗纠纷风险。5)抗菌药物在使用率、疗程、给药时间、溶剂选择等方面也存在一定问题。如浅表性胃炎患者长期使用抗菌药物;注射用青霉素采用5%葡萄糖注射液作溶剂,导致青霉素在酸性环境下活性降低。6)门诊处方超7日用量、急诊处方超3日用量未注明原因。这其中大部分为慢性病

患者(高血压、糖尿病、乙型肝炎等)需长期用药,但也存在个别医师过度治疗、滥用药品的行为,如甲状腺功能亢进患者长时间使用免疫增强剂、一次开具1个月常用量以上抗菌药物等。故医院在2017年7月出台了在全院开展大处方整治专项工作,严格按照《处方管理办法》和省市社保相关规定,对违反规定开大处方的科室和个人实行每月通报制度。

3.1.3 用药不适宜

主要问题:1)适应证不适宜,如上呼吸道感染开具头孢地尼胶囊、过敏性皮炎开具盐酸特比萘芬片等,均无抗菌药物使用指征。2)遴选药品不适宜,如小儿镇痛选用布洛芬缓释胶囊,每次半片,但缓释剂型不宜掰开服用,故该剂型不适用于儿童患者。3)药品剂型或给药途径不适宜,如胸腺法新用于肌肉注射,加替沙星滴眼液用于滴鼻、滴耳等。4)用法、用量不适宜,表现在低剂量或超剂量用药、药品稀释浓度与说明书规定浓度不符。如注射用克林霉素1.2g加入0.9%氯化钠注射液100mL中使用,克林霉素注射液质量浓度应低于6g/L,此例处方达12g/L,显著高于规定浓度,易引起静脉炎等药品不良反应;时间依赖性抗菌药物如 β -内酰胺类抗菌药物阿莫西林1日1次给药、缓释制剂如硝苯地平控释片1天3次甚至4次给药等。5)同类药物重复使用,免疫增强剂等辅助用药联合应用,如胸腺肽肠溶片+匹多莫德片用于皮肤过敏性疾病、甲状腺功能亢进及妇科疾病;联用含相同成分的复方制剂,如氨酚麻美干混悬剂+对乙酰氨基酚滴剂+复方福尔可定口服液用于小儿上呼吸道感染;联用药理作用相同药物,如高血压患者同时开具贝那普利(血管紧张素转换酶抑制剂)和缬沙坦(血管紧张素II受体拮抗剂),合用不但不增强降压作用,还可能增加肾功能损害和高血钾症发生风险。6)联合用药不适宜,如埃索美拉唑镁肠溶片和氢氯吡格雷片合用,而前者可抑制后者代谢,降低血药浓度,减弱药理作用,应避免合用,如确实要用埃索美拉唑,可考虑使用泮托拉唑、兰索拉唑等同类替代品种。7)有配伍禁忌或不良相互作用,如非甾体抗炎药联用糖皮质激素,这可能增加出血风险。

3.1.4 超常处方

主要问题:1)无适应证用药,如临床诊断为慢性肾功能不全、高血压,长期开具莫西沙星片;临床诊断为腹胀,而开具1个月或半个月常用量的雷贝拉唑钠肠溶片。2)无正当理由开具高价药,如药物流产后预防使用注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠;痛经选用地佐辛注射液。3)无正当理由超说明书用药,中成药注射剂常超剂量使用,如丹参川芎嗪注射液20mL静脉滴注(正确用量为每次

5~10 mL)。4)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,如联用作用相近的口服中成药(甚至有5种联用的)、依巴斯汀+司他斯汀等。

3.2 持续改进策略

重视提高药学技术人员专业能力:药师是处方点评的主要技术力量,医疗机构应加强对药师药学专业知识的培训与继续教育。一是要规范药师在处方调剂前的实时审方职责,按《处方管理办法》要求,药师对不规范处方或不能判定其合法性的处方,不得调剂,对不合理用药及时予以干预,使处方点评由事后干预转为事前防范^[4]。二是要加强处方点评小组队伍的力量,提高处方点评质量。长期以来,大部分药师专业知识结构偏重药理学,临床医学知识较匮乏,在审核处方用药与临床诊断的相符性、是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌^[5]、特殊人群用药、抗菌药物的合理选择联合治疗方案等方面,审核难度大,易流于表面化、形式化。故处方点评小组应建设一支知识结构合理、职责明确的团队,重在有资深临床药师、专科临床药师的参与。

为患者服好药:药学部门的工作模式已从“以药品为中心,以保障药品供应为主体”转变为“以患者为中心,以提供药学专业技术服务为主体”,药师服务的经济价值被弱化,其技术服务价值应加强。药师要改进门诊调剂方式和改善不规范处方的处理方式等,应开设用药咨询窗口、前置审方、临床药师到临床参与慢病管理等方式,对患者进行详细的用药指导,并加强沟通,提高其依从性^[6]。

加强药师和医师的交流:药师仅依靠处方中患者的基本信息和初步临床诊断并不能完全了解患者的全部情况,评价药品使用的合理性难免会片面、有失客观公正。因此,处方用药合理性存在的问题和争议均较多^[7]。药师应注重平时与医师的主动交流,切勿遇事才沟通。药学部邀请医师加入“微药师”微信公众号、“药事管理”QQ群等院内网络交流平台,就医师不愿更改退回的不合理处方、处方点评发现的专项问题、药品最新信息、患者对诊疗的意见等情况加强与医师的交流与沟通,建立医师、药师之间互相交流、互相学习、互相补充的干预制约机制。

加强相关医疗政策、法律法规宣教工作:随着全面深化医药卫生体制改革的推进,国家在医疗领域出台了很多医疗政策,如坚持“三医联动”改革,医疗费用增长幅度控制在10%以内;整治药品生产流通使用领域突出问题;规范医疗和用药行为;医药购销领域反商业贿赂等。药师可通过加强政策解读,让医师顺应国家民生,减轻群众负担,让老百姓就医有获得感。也可举办相关

医疗政策法规的专题讲座,提高医师在处方过程中的法律意识,规范医师的处方行为,杜绝滥用抗菌药物,降低抗菌药物的使用比例及使用强度,谨慎使用辅助用药,优先选用基本药物,降低医疗资源成本^[8]。

建立健全合理用药制度及构建合理用药机制^[9]:药学部要建立药品处方点评制度和点评结果公示制度^[10],对处方的规范性提出详细要求及奖惩措施。建立涵盖辅助性药品、营养性药品的医疗机构重点监控药品管理制度,动态调整医院重点监控目录,对重点监控药品建立专项处方点评制度^[11]。并会同医务部和临床科室联合制定了《抗菌药物合理使用管理制度》《慢性病处方用量管理制度》《质子泵抑制剂合理使用指导意见》《中成药注射液合理使用指导意见》《辅助用药合理使用指导意见》等,编辑了需皮试药品目录及皮试液的标准配制、特殊制剂、特殊药品正确的半衰期及给药频率,复方制剂的有效成分等合理用药手册,为临床合理用药提供了依据^[12]。

加大奖惩及行政干预力度:按照医院制定的处方点评制度和点评结果公示制度,将处方点评结果纳入评先评优、绩效考核等定期考核指标体系和所在科室绩效考核指标。对开具不规范处方医师,主要采取全院公示、通报批评等方式惩罚;对用药不适宜处方,视严重程度,按每例处方50~1000元扣罚责任医师绩效;对超常处方,扣罚责任医师处方药物金额50%~100%的罚款;对用药较规范科室,给予科室1000~5000元奖励;对开具用药不适宜处方或超常处方连续2次以上的医师,将进行诫勉谈话,责令整改;连续3次以上,暂停医师处方权1个月。需要说明的是,对于门诊超7日常用量处方被合理用药软件判定为不合格处方的问题,由于我省还缺少慢病用药的处方目录,因此我院规定,凡是超过1个月常用量的处方均视为大处方。

综上所述,药师开展处方点评工作是“医疗质量”和“药品临床应用管理”的重要组成部分,是提高处方质量,规范医疗行为,促进合理用药的重要措施,是调查不合理用药的重要手段。应针对处方点评发现的问题,及时上报药事管理与药物治疗学委员会、医务部,由医务部具体实施,采用用药教育及行政干预相结合等措施,干预处方不合理现象,从而达到持续改进的目的。通过实时审方、处方点评、持续改进和强化管理可将正确开具处方变成一种职业操守,甚至是一种习惯,有效促进临床合理用药水平逐年上升^[13]。

参考文献:

- [1] 赵明华,徐健勇. 药学人员在《处方管理办法(试行)》执行过程中面临的问题和对策[J]. 中国医院药学杂志,2006,26(2):