

对出院带药中西医结合处方的用药干预

王萍¹ 张金彦²

(1 北京市隆福医院药剂科,北京,100010; 2 北京市第二医院药剂科,北京,100031)

摘要 目的:考察对出院带药中西药结合处方进行临床用药干预的效果。方法:选择某院2017年1—12月出院带药处方中的中西药结合处方,从适应证、用量、配伍和用药禁忌等方面考察处方的合理性,对不合理处方采用临床用药干预,纠正其不合理之处。观察指标:临床用药干预前后处方不合格率,分析不合理处方的主要问题。结果:共纳入3 056张中西药结合处方,分析结果显示,处方不合格率为3.99% (122/3 056),不合理处方问题主要是:1)处方不规范91张,占74.59%,主要为处方书写不规范,表现为字体潦草、药房人员无法辨认;医师签章/签名有简写或略写的现象,容易造成相同姓氏医生处方的混淆。2)用药不当:31张,占25.41% (31/122),主要为药品用量与说明书不符,单张处方费用超出医保规定的结算金额;中西药的药物配伍不合理、部分中西药作用有重叠。经临床用药干预后,处方不合格率为1.05% (32/3 056);不合理处方问题主要是处方书写不规范(字体潦草)。用药干预前后处方不合格率比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 19.170, P = 0.000 < 0.05$),表明通过临床用药干预有效降低了处方不合格率。结论:对不合理处方进行有效干预,以提高临床医师合理用药水平,保证患者用药安全。

关键词 出院带药;处方分析;用药合理性;临床用药干预

Intervention of Discharge Prescriptions of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine on Medication

Wang Ping¹, Zhang Jinyan²

(1 Department of Pharmacy, Beijing Longfu Hospital, Beijing 100010, China; 2 Department of Pharmacy, the Second Hospital of Beijing, Beijing 100031, China)

Abstract Objective: To investigate the effect of intervention of discharge prescriptions on the integrated traditional Chinese and western medicine on clinical medication. **Methods:** The combination prescriptions of traditional Chinese and western medicine of one hospital were selected from January to December in 2017. The rationality of the prescription was investigated in terms of indication, dosage, compatibility and contraindications, and clinical medication intervention was used for the irrational prescription to correct its irrationality. The unqualified rate of prescriptions before and after intervention was compared as the observation indexes, and the main problems of irrational prescriptions were analyzed. **Results:** A total of 3 056 prescriptions were analyzed, and the unqualified rate of prescriptions was 3.99% (122/3 056). The problems of irrational prescriptions were nonstandard and improper drug use. There were 91 (74.59%) non-standard prescriptions, and the characteristics were too illegible for the pharmacist to recognize, and the signature of the doctors was abbreviated and sketched, which easily led to confusion between prescriptions of doctors with the same family name. There were 31 prescriptions of improper drug use, accounting for 25.41% (31/122), and the main problems were that the dosage of drugs did not conform to the instructions, and the cost of single prescription exceeded the settlement amount of medical insurance. The combination of Chinese and western medicine is unreasonable, and some functions in Chinese and western medicine overlapped. After clinical intervention, the unqualified prescription rate was 1.05% (32/3 056). The difference of unqualified rate of prescriptions before and after intervention was statistically significant ($\chi^2 = 19.170, P = 0.000 < 0.05$), which indicated that the rate of unqualified prescriptions was effectively reduced by clinical intervention. **Conclusion:** It is necessary to improve the level of rational use of drugs and to ensure the safety of drug use in patients.

Key Words Discharge with drugs; Prescription analysis; Rationality of drug use; Clinical medication intervention

中图分类号:R954 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.09.057

药物的应用是临床治疗疾病的主要措施,而处方的合理性是临床用药安全的关键所在^[1-2]。近年来国内临床应用的进口/国产药物的品种日新月异,临床上原研药和仿制药的应用日益增加,传统中医

中药的临床应用地位也有了很大的提高。这就使得临床处方中可供选择的药物类别繁多,机制各异,处方用药不合理也随之增加。不合理用药可引发用药安全性问题,可导致用药无效、疗效降低,不良反应

增加甚至产生严重的并发症^[34]。一直以来国内各大医疗机构药剂科都在开展对方剂的合理性进行培训指导和抽查分析,对于出院带药处方的合理性进行评估,并对不合理处方开展临床用药干预,已经是目前药剂科工作的重中之重。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择某院2017年1—12月出院带药处方中的中西药结合处方。纳入分析的处方标准:出院患者的出院带药处方;处方中同时有西药和中成药。

1.2 分析方法 根据中华人民共和国卫生和计划生育委员会《新编药理学(第16版)》《医院处方点评管理规范(试行)》《处方管理办法(2007年5月颁布实施)》,药品说明书,公开发表的文献资料^[5-6]等为依据,考察处方的合理性。对不合理处方进行临床用药干预,纠正其不合理之处。临床用药干预指从适应证、用量、配伍和用药禁忌等方面评估处方的合理性^[7]。1)出院带药处方上要求完整、清晰地书写:患者的一般信息(年龄、性别、入院号、出院时间、最终诊断),用药方案(通用名、商品名、用药剂量、疗程、服用方法和用药时间)等,便于临床药师核对出院带药与诊断治疗是否一致、合理。2)签名处需有处方医生的清晰签名(全部姓和名)/+签章(人名红章)。以便于临床药师审核处方时发现问题,及时找到相应的处方医生进行沟通,纠正处方中的不合理之处。3)毒性等特性药物处方需按规定书写在特定的/不同的处方笺上。4)一张处方笺上要合理安排西药、中成药等不同药物的书写位置。一张处方上书写不下的,应附有后续处方,便于临床药师审核处方时对于处方开药时的思路一目了然,对于处方中的中西药能清晰可辨,减少处方中的差错。5)处方中不同的西药和中成药,均需按照说明书进行处方,写明用法、用量,不可超量,或擅自改变其用法。6)临床药师根据出院患者的疾病诊断,评估出院带药处方中联合用药的合理性,核对有无不能在同一时间段或近期内一起使用的药物,在西药和中成药中甄选药效相近甚至作用机制相同的药物,审核同期内不能联合应用的药物(配伍禁忌)。

2 结果

2.1 临床用药干预前 共纳入3 056张中西药结合处方,处方不合格率为3.99%(122/3 056)。不合理处方的主要问题:1)处方不规范:91张,占74.59%(91/122),主要为处方书写不规范,表现为字体潦草、药房人员无法辨认;患者信息不全,与出

院诊断、住院病历上的信息无法一一对应;医师签章/签名有简写或略写的现象,容易造成同科室相同姓氏医生处方上的混淆。2)用药不当:31张,占25.41%(31/122),主要为药品用量与说明书不符、单张处方费用超出医保规定的结算金额;中西药的药物配伍不合理、部分中西药作用有重叠。

2.2 临床用药干预后 经临床用药干预后,处方不合格率为1.05%(32/3 056)。不合理处方的主要问题:不合理处方问题主要是处方书写不规范(字体潦草)。

2.3 用药干预前后的比较 用药干预前后处方不合格率的比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 19.170, P = 0.000, < 0.05$),表明通过临床用药干预有效降低了处方不合格率。

3 讨论

3.1 处方不规范问题 本研究发现处方不规范问题中,74.59%(91/122)为处方中的书写不规范,包括字体潦草、患者信息不全、医师签章/签名不全等问题。

处方中书写字体潦草是比较常见的不合格处方形式^[8]。临床上因书写字体潦草导致药房工作人员无法辨认药品情况较多见,还需专门找到处方医生或将处方返回进行修正。

患者信息不全也是较常见的处方不规范问题^[9-10]。有些医疗机构住院处方为电子处方系统,但是出院带药处方则需要手写,管床医生工作因繁忙或其他原因而疏于写处方上的基本信息。因患者存在同名/重名、近似姓名的情况,如处方中的患者信息不全/有误,会导致临床药师审核处方时需耗费很多的时间与患者的住院病历信息、住院号、出院诊断等一一对应。而出院带药处方中的书写不完整,会影响临床药师正确、及时地根据患者的最终临床诊断来审核处方中的用药安全与否,即核对其出院带药是否符合其住院病历内容、是否为治疗所必需。比如患者出院时的临床诊断为“左跟腱断裂”,如出院带药处方中有“莫西沙星,0.4 g×6片,每次1片,每天1次”,则临床药师可审核出该处方为用药不当,因莫西沙星说明书中注明其用药后的不良反应之一即为有发生肌腱断裂的风险。

《处方管理办法》规定,处方医生必须亲自签名或加盖人名签章,处方方可生效^[11]。但在出院处方中,存在医师签名有简写或略写的现象。因同科室中可能会有一个或多个的相同姓氏的医生,医师签名不规范容易造成医生处方上的混淆,临床药师无

法迅速找到处方医生进行处方核对和给予合理用药的建议。这就需要处方医生加强责任心,强化自身的法律意识风险意识,务必于开具处方内容后亲自签名(或加盖人名章),以规避签名、签章不规范而造成处方被篡改等意外情况而可能给患者用药带来安全隐患。

笔者认为,如上处方不规范问题的解决,还有待医疗机构中的对电子处方系统更加完善,进一步改进,使得处方药品时更多的是选择,而少一些亲自录入的工作;也要求处方医生加强责任心和耐心。

3.2 处方中的用药不当问题 本研究中发现25.41%(31/122)的处方存在不规范问题,多为用药不当问题,包括药品用量与说明书不符、单张处方超费用、药物配伍不合理、中西药作用有重叠等。

1) 出院带药处方中药品用量与药品的说明书不符,属于处方中较常见的用药不当。药品说明书是药品使用方法的唯一法定的文字性说明^[12-13]。处方医生需根据药品说明书来开具处方中的药品用量及疗程。常见的处方用药不当,比如说:利巴韦林气雾剂,规格0.5 mg × 200 揲/瓶,4次/d,0.5 mg/次。正确处方为:利巴韦林气雾剂,规格0.5 mg × 200 揲/瓶,4次/天,2~3 喷/次,揲开喷嘴,喷向口鼻腔。这类用药不当问题的产生,与处方医生工作量大、缺乏足够的书写耐心等有关。临床药师在审方时发现这类错误,即返回给处方医师予以纠正。

2) 只有说明书中没有的内容,临床医生方可根据相关的专业指南、公开出版的权威的专业性书籍和处方医生自身的临床经验来处方^[14-15]。比如,对于依从性不好的患者,处方时应给予美托洛尔缓释片而不是普通制剂,以此保证患者每一单次服药的药量是足够和合理的;对于儿童患者,应给予略带甜味的口服液制剂或直径小的片剂、胶囊等,更易为儿童患者所接受及受到其家长的欢迎。再如,埃索美拉唑肠溶片的说明书用法为温水送服(药片为整片,和水一起吞服),但临床上对于出院时仍不能自主吞咽的患者,其处方中写法应为“可将片剂溶于1/3杯温水中,经胃管给药”。处方中的这类用药不当问题,与处方医生未全面掌握药物的药理学和药代动力学信息等有关。临床上存在的处方中药品用量与说明书不符的用药不当,一些情况下是因为不同生产厂家(不同商品名)的同一通用名但规格不同的药品说明书内容并不完全相同而导致。产生这类的用药不当问题,与处方医生过分依赖自身的临床用药经验,或未能区别不同厂家的药品特性等有关。

规避或减少如上的用药不当问题,需要医疗机构的医务管理部门(医务科、药剂科、继续教育办等)加强对临床医生的业务培训,着重针对药物的药理学和药代动力学等基础医学知识部分开展再教育培训。临床药师也需加强定期到临床科室一线进行临床药物指导、审核医嘱、审核处方等工作,与临床医师共同设计与监管新药的临床研究或已经上市药物的临床应用。

3) 单张处方的费用金额超出医保规定单张处方的医保结算金额,这一处方中的用药不当问题多为综合因素所致。也不排除个别科室或处方医生受到了相关利益的驱使所导致。需要医疗机构结合当地社保部门的要求,及该院自身社保费用收支的具体情况,而加强对处方医生的培训和监管指导;处方医生需避免给患者出院带药太多、药量太大或出院带药处方中总的药品金额过大,必须与患者出院后继续用药的方案相吻合,仅处方与患者出院后近期治疗所需的药品,对于那些巩固治疗、控制病情和改善预后的药品则更多患者及家属定期来院复诊和继续开药,以此控制因个别患者出院带药时社保经费过多而造成对社保经费和医疗资源的浪费。

4) 出院带药处方中的中西药的药物配伍问题,是很重要的用药安全问题^[16-18]。无论是西医还是中医的处方医生都需明确,多数中药的药理机制尚未明确,而西药和中成药也存在药理机制相近的情况,只不过是起效的作用途径(渠道)不同。所以出院带药处方中容易出现的西药联用中成药时的用药不当,一部分原因是西医处方医生更多的是拥有西药临床应用的实践经验,而对中成药不能熟练应用,也对其用量和疗程并无足够的临床经验,反之亦然,中医处方医生拥有中药的临床应用的实践经验,而对西药不能熟练应用。如上这种情况下处方中西药,容易出现部分的西药和中成药的作用有重叠。再有就是目前我们对于多数中药的药性并不完全明了(缺乏相关的单组分的药理、毒理、药代等临床试验的数据),故西药联合中(成)药应用时,可能存在药物相互作用,使西药的药效增强,或使原有中药成分的毒性增加。其与联合用药方案的意义是不同的,后者为经临床研究、临床实践经验等验证的、具有循证医学证据的几个药物联用的治疗方案,是为学术界疾病治疗指南认可的。

5) 一张处方药品种类过多。文献资料表明,同一时间用5种以下药物,不良反应发生率为4.2%^[19]。不同药物或中西药联用如超过20种,则

不良反应发生率超过40%^[20]。为此,《处方管理办法》规定每张处方上药品种类不得超过5种。先进的电子处方系统可有较为完善的软件设计,使得医生处方时“一张处方中不可同时选择5种以上药品”,以此来规避或减少这类用药不当问题的出现。

因一部分特殊药物的存在,同一时间用多种治疗药物可能产生药物间相互作用,临床可参照各自药品说明书的具体内容(来自临床前和临床试验的数据,说明书中会明确写明配伍禁忌),或专业书籍、专家论著及处方医生各自的临床实践经验,避免将存在配伍禁忌的不同药物或西药和中(成)药联用。例如:埃索美拉唑镁肠溶片与氢氯吡格雷片联用,前者可抑制细胞色素酶CYP219而抑制后者疗效,将会增加患者发生中风等凝血性疾病的风险。再如,糖尿病患者应用胰岛素或口服降糖药物的同时应用阿司匹林肠溶片,可加强、加速其降糖效果而有发生低血糖的风险。总之,对处方中如上内容的审核,也是临床药师审核处方的主要内容。产生这类的用药不当问题,与处方医生过分依赖自身的临床用药经验,或未能区别不同厂家的药品特性等有关。

本研究中,经临床药师的用药干预后,如上的处方不规范问题和用药不当问题多数得到有效的改善,处方不合格率由3.99%(122/3056)降至1.05%(32/3056)($P < 0.05$),提示通过临床药师的用药干预可有效降低处方的不合格率。对出院带药处方的分析结果反映出处方中的不合理用药问题较多,而临床药师对出院带药中西药处方的用药干预可及时将不合理处方反馈给临床、纠正其用药不当问题,对患者用药安全发挥重要的作用。

参考文献

- [1]王宇光,李红燕,孔祥文,等.基于处方点评的中成药临床合理用药关键要素探讨[J].中国药房,2014,15(11):970-972.
- [2]沈文超,丁艳.我院促进临床合理用药的信息化实践[J].中国药

房,2015,19(10):1426-1428.

- [3]黄伟,陈海燕.中西合璧需严谨,不当配伍应规避[J].中国社区医师,2014,31(28):17-18.
- [4]吴晓玲,周敏华,邓建雄,等.中成药不良反应报告中不合理用药情况分析[J].药物不良反应杂志,2014,16(5):281-285.
- [5]刘蔚,石云,李倩,等.2012年我院全样本处方点评结果及帕累托图分析[J].山西医药杂志,2015,44(3):339-341.
- [6]张瑞红.我院2012年不合格处方分析[J].首都食品与医药,2014,9(4):96-97.
- [7]陶贤琦.中药处方干预分析[J].中成药,2015,37(9):2091-2094.
- [8]范磊.中药处方调查分析与用药点评[J].临床合理用药杂志,2014,7(1):89-90.
- [8]应松鹤.出院带药不合理处方402张点评分析[J].中国基层医药,2017,24(10):167-170.
- [9]周晓明,姜怡,丁玉玲,等.我院出院带药不合理处方干预效果分析[J].中国现代药物应用,2014,15(9):12-13.
- [10]《处方管理办法》起草组编写.《处方管理办法》答疑[M].北京:中国法制出版社,2007.
- [11]沈华明.重视药品说明书促进临床合理用药[J].医药导报,2014,30(12):1644-1646.
- [12]刘金来,林中,李笑慧,等.我国超药品说明书用药的调查报告[C]//全国医院药学.2014.
- [13]张波,赵彬,张钰宣,等.我院“药品说明书之外的用法”现状调查和探讨[J].实用药物与临床,2014,10(5):661-665.
- [14]王敏.超药品说明书用药问题及对策[J].中国药业,2014,25(12):10-12.
- [15]许立春,崔保菊,吕宽波,等.中西药联合应用处方中的常见问题与解决方法[J].中国农村卫生,2016,21(16):38-38.
- [16]张丽明.中西药联合应用处方中常见问题应对措施[J].海峡药学,2017,29(5):217-218.
- [17]何彩婷,廖丽文,彭倩华.住院不合理医嘱干预情况分析及其对策[J].中国药物经济学,2016,11(4):34-36.
- [18]李爽.多种西药联用的不良反应分析[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2015,43(39):166-166.
- [19]林天涯.中西药联用不良反应发生原因及对策探究[J].北方药学,2016,13(11):100-101.

(2018-08-09 收稿 责任编辑:张雄杰)