

我院静配中心不合理处方分析

林玉真

厦门大学附属第一医院制剂科 福建厦门 361003

【摘要】目的 分析我院静配中心不合理处方现状和应对建议。**方法** 选取我院 2017 年 1 月-2019 年 1 月静配中心处方 1500 例,以回顾性分析的方式,了解不合理处方发生数、占比信息和应对建议。**结果** 不合理处方共 86 例,占比 5.73%,其中溶媒选取不当处方 27 例,占比 31.40% (27/86); 抗生素使用不当 22 例,占比 25.58% (22/86); 剂量把控不当 18 例,占比 20.93% (18/86); 存在配伍禁忌处方 11 例,占比 12.79% (11/86); 用药方式与时间不当 8 例,占比 9.30%。建议通过加强静配中心管理、加强药剂师培训、加强处方审核三条措施应对。**结论** 我院静配中心不合理处方占比总体较小,问题则比较多样,应通过多元化管理措施予以控制,提升静配中心工作水平。

【关键词】 静配中心; 不合理处方; 剂量把控; 用药方式

【中图分类号】 R197.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-3179 (2019) 03-201-02

前言:

静配中心即静脉用药配置中心,主要强调结合患者病情出具处方,之后配置能够用于静脉滴注、推注的各类药物。因静脉给药往往直接影响救治效果,对患者机体的影响十分明显,该项工作的安全性也得到广泛关注。我院静配中心存在不合理处方的情况,影响患者治疗成果,本文就上述内容进行研究,结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2017 年 1 月-2019 年 1 月静配中心处方 1500 例为分析对象。包括儿科处方 263 例、消化科处方 304 例、骨科处方 193 例、感染科处方 256 例、其他科室处方共 484 例。

1.2 方法

获取对应处方信息,行回顾性分析,以患者住院资料作为参考,将所有处方按不同科室进行初步分类,之后按不同疾病需求做二次分类,以二次分类结果为参考进行具体分析,设定溶媒选取、抗生素使用、药物剂量、配伍禁忌、用药方式与时间、核心药物选取、治疗周期评定 7 个分析指标。

①溶媒选取。分为选取合理与不合理两个指标。溶媒剂量、类别与药物能够匹配,为选取合理,其余为不合理。②抗生素使用。分为合理使用与不合理使用两个分指标,无越级、无过量、无不对症情况,为合理使用,其他情况为不合理使用。患者病情得到控制后依然使用抗生素超过 3d,也视作不合理使用。③药物剂量。分为计量合理与不合理两个分指标,根据患者耐受性、年龄和合并症等信息设定给药剂量,如小儿

用药剂量应为成年人的二分之一到三分之一,老年患者用药也应适当削减。根据患者用药后的反应,出现严重不良反应也评定为药物剂量不合理。④配伍禁忌。分为存在配伍禁忌和无配伍禁忌两个分指标,根据药物的基本药理作用,将配伍禁忌分为物理禁忌、化学禁忌两种。结合现有各类疾病用药指南,两类药物发生物理性的或化学性的相互作用,影响药物疗效或发生毒性反应均为配伍禁忌。⑤用药方式与时间。分为用药方式与时间合理、不合理两个分指标。静脉注射药物误写为口服、饭前用药误写为饭后、滴注时长过短等等,均为不合理。⑥核心药物选取。分为选取合理、选取不合理两个分指标。药物能够对症,为选取合理,无法对症或与患者情况不完全匹配,为不合理。⑦治疗周期评定。分为评定准确和不准确两个分指标。患者病情在处方用药周期内好转、痊愈为评定准确。患者无重大合并症和意外情况、无法在处方用药周期内好转,为治疗周期评定不准确。

1.3 观察指标

了解不合理处方发生数、占比信息,根据分析结果给出应对建议。

1.4 统计学方法

统计学软件为 SpSS21.0。计量资料采用 t 检验,以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示;计数资料以 χ^2 检验,以率 (%) 表示。p<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

从结果上看,不合理处方共 86 例,占比 5.73% (86/1500)。7 个指标的直接分析结果见表 1:

表 1: 指标分析结果 (总数 =1500, 不合理总数 =86)

指标	溶媒选取	抗生素使用	药物剂	配伍禁忌	用药方式与时间	核心药物选取	治疗周期评定
不合理数 (n)	27	22	18	11	8	0	0
占比 (%)	31.40	25.58	20.93	12.79	9.30	-	-
总发生率 (%)	5.73						

3 讨论

3.1 我院静配中心不合理处方情况

静配中心工作重要性突出,直接影响患者治疗效果,不合理的用药甚至可能导致患者出现中毒问题。本次分析采用多维度评估法,将静配中心处方合理性按照 7 个不同指标进行评定,即溶媒选取、抗生素使用、药物剂量、配伍禁忌、

用药方式与时间、核心药物选取、治疗周期评定。结果上看,不合理处方共 86 例,总占比 5.73% (86/1500),其中溶媒选取不当处方 27 例,占比 31.40% (27/86),如注射用乳糖酸红霉素,应以灭菌注射用水复溶后再使用 5%GS 稀释,选取生理盐水可导致理化性质改变,影响用药安全。抗生素使用不当 22 例,占比 25.58% (22/86),包括抗生素的越级使用、

特殊使用及抗菌药的不当使用等, 如为普通感染患者提供万古霉素等特殊使用级抗菌药, 可能导致病原体出现不可预知变化和耐药性增加。剂量把控不当 18 例, 占比 20.93% (18/86), 如小儿肺炎导致的全身症状, 应通过静脉滴注给药, 实现体内水电解质失衡问题的纠正以及药物输送。应用剂量过大, 可能导致药物副作用增强, 甚至引发皮疹、消化系统损伤。存在配伍禁忌处方 11 例, 占比 12.79% (11/86)。如为消化系统疾病患者提供肠外营养液, 应用了丙氨酰谷氨酰胺注射液, 但没有与 5 倍氨基酸溶液液体量融合, 可能导致用药浓度过大, 引发不良反应。用药方式与时间不当 8 例, 占比 9.30%。如静脉滴注生理盐水 500mL, 时间设定为 1h, 可能导致滴注过快、水电解质失衡等问题。

3.2 应对建议

结合我院静配中心工作的实际情况, 建议通过加强静配中心管理、加强药剂师培训、加强处方审核三条措施应对问题。静配中心管理的加强主要强调规范化制度的建设, 如 PDCA 管理制度。可首先拟定下一阶段工作计划, 要求将我院静配中心不合理处方占比控制在 2% 以下, 并据此拟定患者反馈、工作人员反馈、知识宣讲等措施, 直接获取一线工作资料了解导致静配中心处方不合理的因素, 根据结果执行处理计划, 广泛进行知识的传递^[1]。一个月后, 对上一个时间周期的静配中心处方质量进行评估, 如不合理处方占比低于 2%, 表明计划完成, 可做进一步的工作质量提升尝试; 如不合理处方占比高于 2%, 表明工作计划仍有不足, 可进一步分析问题原因, 尝试二次处理, 直到问题得到解决。PDCA 管理模式可长期于医院静配中心推行^[2]。

加强药剂师培训可应对上述多个问题, 包括溶媒选取、抗生素使用、药物剂量、配伍禁忌等。建议每周五选取 1-2h 时间, 进行集中化的岗位培训, 将静配中心常用药物的基本

作用、新药物的使用要求等, 生成结构化的数据信息传递给所有药剂师, 使其掌握全面的药物应用、药理作用等知识内容^[3]。每个月进行一次考评, 了解药剂师工作的问题, 并做进一步调整。加强处方审核是指在电子处方生成后, 交由主管药师进行审核, 审核为随机式, 每日抽查 20-30 例, 就其中的问题进行分析, 并给予针对性处理意见^[4]。为保证审核的全面性, 要求每月月底额外抽查当月静配中心处方至少 200 例, 进行抗生素使用、配伍禁忌等方面的评析。当日审核不合理处方超过 1 例、单月审核不合理处方超过 2 例, 均应扩大审核范围, 增加单日处方审核数为 50 例, 单月处方审核数为 500 例, 合格率在 98% 以下, 需针对药剂师进行培训加强, 并提升管理工作力度, 继续推行 PDCA 模式, 使静配中心不合理处方问题得到控制^[5]。

综上所述, 我院静配中心不合理处方占比总体较小, 问题则比较多样, 应通过多元化管理措施予以控制, 提升静配中心工作水平。

参考文献:

- [1] 罗珠河, 邓树强, 黄贞仪. 提高静配中心药物调配工作质量和效率的实践与优化 [J]. 海峡药学, 2019, 31(03):292-293.
- [2] 有曼, 何广宏, 陈洁, 等. 静配中心规范化管理对降低中药注射剂不良反应发生率的作用 [J]. 临床研究, 2019, 27(02):47-48.
- [3] 钱卫良, 骆锦均, 梁莉君. 我院静配中心肠外营养液不合理处方分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(76):241+243.
- [4] 房丽梅. 药师用药干预对降低静配中心不合理处方的效果分析 [J]. 北方药学, 2018, 15(09):183-184.
- [5] 刘明, 林璐. 静配中心以审方为重点的临床药学初探 [J]. 航空航天医学杂志, 2017, 28(05):595-597.

(上接第 200 页)

可提高生产效率, 促进分娩。既往传统的分娩方法限制盆腔运动, 盆腔较窄, 胎儿阻力较大, 导致分娩时间较长, 子宫惯性大, 增加产后出血, 影响产妇产后的恢复。另外, 与传统的分娩方式相比, 自由位不仅能增加骨盆倾斜和骨盆宽度, 而且能使胎儿在产道内小范围移动, 能够纠正胎头的位置, 更有利于胎儿头部沿自然产轴下降, 减少头盆不称等。同时, 护士可以通过在分娩过程中对产妇进行自由体位管理, 更好的提高产妇舒适度, 使其放松身心, 分散注意力, 有效缓解疼痛和紧张, 更有利于产妇顺利分娩, 有效的避免发生胎儿窘迫综合征。在分娩过程中, 产妇往往会有不同程度的疼痛, 产妇的心理因素对分娩结局有重要影响, 持续硬膜外麻醉用于分娩镇痛, 可有效减轻产妇疼痛, 放松盆底肌肉, 降低胎头, 减少产妇体力消耗, 在第二产程中进行体力分娩, 提高阴道分娩成功率, 从而降低剖宫产率^[7]。我院通过开展自由体位配合无痛分娩发现, 观察组产妇产后出血与新生儿窒息率明显低于对照组, 说明对自由体位配合无痛分娩保护母婴安全具有重要意义。

综上所述, 自由体位配合无痛分娩在初产妇分娩中的应用能够有效减轻产妇分娩过程中疼痛程度, 缩短分娩时间,

减少产后出血及产后窒息的发生率。

参考文献:

- [1] 李智慧, 覃宝全, 黄凤霞. 自由体位配合无痛分娩对初产妇分娩的影响 [J]. 吉林医学, 2015, 36 (17): 3749-3751.
- [2] 王玲, 樊薇, 杨琳, 等. 无痛分娩联合体位管理对初产妇分娩结局的影响对比 [J]. 卫生职业教育, 2018, 36 (2): 110-111.
- [3] 侯建芳. 无痛分娩术联合体位管理对产程进展的影响研究 [J]. 临床医药文献杂志, 2018, 5 (61): 70, 77.
- [4] 肖爱兰, 杨远红. 无痛分娩术联合体位管理对产程进展的影响研究 [J]. 基层医学论坛, 2017, 21 (29): 4020-4021.
- [5] 吴立明, 范广梅, 孙莲莲. 无痛分娩联合自由体位对初产妇分娩的影响 [J]. 包头医学院学报, 2018, 34 (6): 12-13.
- [6] 薛莉莉. 无痛分娩产妇第二产程中应用自由体位的价值观察 [J]. 实用临床护理学杂志, 2018, 3 (45): 133-134.
- [7] 张窈. 自由体位在硬膜外麻醉无痛分娩中的临床疗效分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18 (76): 176.