

# 我院医嘱处方审核中存在的误区

金伟华\*, 陈 华, 张 明, 谭永红(成都军区成都总医院药剂科, 成都 610083)

中图分类号 R95;R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)08-1136-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.08.45

**摘要** 目的:为药师正确合理审核医嘱处方提供参考。方法:通过对医嘱处方审核中所发现的问题进行分析,总结药师在医嘱处方审核中存在的误区。结果:药师在医嘱审核中对重复用药、药物相互作用、遴选药品等常存在误区。药师应加强医学知识学习、事前干预力度及与医师的沟通,及时纠正软件系统不足造成的误判,减少医嘱处方审核错误。结论:药师全面了解医嘱处方审核中存在的误区,可减少医嘱处方的过度干预和错误干预。

**关键词** 医嘱;处方;审核;误区

## The Misunderstanding of Doctor Prescription Examination in Our Hospital

JIN Wei-hua, CHEN Hua, ZHANG Ming, TAN Yong-hong (Dept. of Pharmacy, Chengdu Military Command General Hospital, Chengdu 610083, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for the correct and rational doctor prescription examination of pharmacists. METHODS: The misunderstanding in doctor prescription examination of pharmacists was summarized according to the analysis of problems found in the prescription doctor examination. RESULTS: There were misunderstandings in doctor prescription examination in respects of repeated drug use, drug interactions and drug selection, etc. Pharmacists should reinforce the learning of medical knowledge, prior intervention efforts and communicate with the physician in a timely to correct false positives caused by inadequate software system and reduce errors of prescription examination. CONCLUSIONS: Pharmacists should comprehensively understand the misunderstanding in doctor prescription examination and reduce the excessive intervention and wrong intervention in doctor prescription.

**KEYWORDS** Doctor's advice; Prescription; Examination; Misunderstanding

从会诊建议采纳情况看,91.53%的临床药师会诊建议被全部采纳或部分采纳,说明临床药师得到临床医师的认可,其专业能力也得到临床科室的肯定。仅有不到10%临床药师会诊建议未被采纳,其原因可能有患者出院或转院或转科;临床药师经验不足;其他参与会诊人员提供的建议更优。本研究显示,抗感染治疗、营养支持治疗、围术期用药相关会诊建议采纳率较高,这与我院临床药师在这几方面具有多年的临床经验有关,而抗肿瘤药物相关会诊建议采纳率较低主要是因为抗肿瘤治疗本身是很复杂的临床问题,需要多学科领域专家的会诊决策。目前国外有研究表明,药师在慢性疼痛管理方面或慢性非癌性疼痛管理方面发挥了举足轻重的作用<sup>[6-7]</sup>。我国临床药师也可以借鉴国外经验,在肿瘤患者疼痛管理这一领域做出特色。

从临床科室的会诊内容看,更多集中在如抗感染药物的应用、糖皮质激素应用、肠内肠外营养支持治疗、疼痛管理等。这可能与医师本身对其他专科药物掌握不够有关,也为临床药师深入临床提供切入点。临床药师培养与临床医师培养一样,需要分专业。临床需要药学服务的方面很多,这就需要由不同专业的药学专家来完成<sup>[8]</sup>。培养不同专业方向的临床药师是适应临床药理学学科长远发展及临床需求的重要途径。目前,我国临床药师规范化培训中,还没有糖皮质激素应用专业与疼痛管理等专业,是否有必要增加这样的专业值得探讨。

综上所述,临床药师参与临床疑难危重病例会诊对提升

临床药师专业素质、促进临床药理学学科的发展有重要意义。临床药师参与会诊,可以临床需求为导向地提升临床药师服务专业素质,建立独具特色的药学服务。

### 参考文献

- [1] 卫生部.医院管理评价指南:2008版[S].2008-05-13.
- [2] 卫生部医政司.关于开展临床药师制试点工作的通知[S].2007-12-26.
- [3] 卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.医疗机构药事管理规定[S].2011-01-30.
- [4] 徐国华,李庆,李良露,等.临床药师在抗菌药物临床应用管理中的作用[J].中国医药导报,2011,8(21):120.
- [5] 卫生部.三级综合医院评审标准:2011年版[S].2011-04-18.
- [6] Jouini G, Choinière M, Martin E, et al. Pharmacotherapeutic management of chronic noncancer pain in primary care: lessons for pharmacists[J]. *J Pain Res*, 2014, doi: 10.2147/JPR.S56884.ecollection 2014.
- [7] Hadi MA, Alldred DP, Briggs M, et al. Effectiveness of pharmacist-led medication review in chronic pain management: systematic review and meta-analysis[J]. *Clin J Pain*, 2014,30(11):1 006.
- [8] 孙淑娟.探讨我国临床药师的现状与未来[J].中国药房,2007,18(1):1.

\* 副主任药师。研究方向:医院药学。电话:028-86570424。E-mail:jwh311@sina.com

(收稿日期:2014-06-19 修回日期:2015-01-10)  
(编辑:刘 艺)

开展医嘱和处方点评是遵照原卫生部颁布的《医院处方点评管理规范(试行)》的要求,对医院的医嘱和处方进行点评。自该规范2010年发布至今,各医院纷纷开展了医嘱处方点评工作,但效果不尽相同。发现需要点评的医嘱处方多,并不能完全代表该医院用药情况差,仅能说明该医院对此项工作抓得紧,药师点评医嘱处方的能力较强。通过药师审医嘱处方,并针对性地采取有效措施,可减少不合理处方,确保合理用药<sup>[1]</sup>。药师通过医嘱处方审核参与临床合理化给药,可促进医院用药优化管理、促进合理用药<sup>[2]</sup>,但开展医嘱处方审核工作也存在过度干预和干预错误的现象,为减少此类现象的发生,笔者作了如下总结,以供同行参考。

### 1 判定是否“重复用药”要分析具体情况

《医院处方点评管理规范(试行)》中将重复给药作为用药不适宜处方,将无正当理由为同一患者同时开具两种以上药理作用相同药物的作为超常处方。

点评医嘱或处方时常会遇到同时开具注射用制剂和口服制剂。对此的一般处理方法是建议在停用注射制剂后,给予口服制剂序贯治疗。但对于特殊用法,应当具体情况具体分析,如,呋塞米注射液和呋塞米片同时开具的情况。某男性患者,97岁,诊断为患冠心病、肝硬化,同一天长期医嘱为呋塞米片100 mg, po, qd,临时医嘱为呋塞米注射液20 mg, iv。根据以上定义判断疑似重复用药。但其实呋塞米注射液说明书用法用量项明确说明治疗急性左心衰竭时,起始40 mg, iv,必要时每小时追加80 mg,直至出现满意疗效。一般每日剂量40~120 mg。该患者被诊断为冠心病、肝硬化,不能排除急性左心衰竭发作的可能,且日剂量未超过120 mg。因此,笔者认为该医嘱不该判断为重复用药。

### 2 同一类的药物所产生的特殊反应不能妄加推断

药师审核医嘱或处方时,常遇到两种药物联合使用会导致不良反应或降低疗效而不能联合使用的情况。每种药物根据其特定的属性有各自的分类,每一类药物中的每种药物药理作用以及不良反应都十分相似,当两种药物联合使用发生不良反应或疗效降低时,不能简单地将这一类药物的所有药品都套用,认为这一类药物同时使用均会导致不良反应或降低疗效。如,质子泵抑制剂(PPI)在人体内主要经细胞色素P<sub>450</sub>(CYP)2C19代谢,其次是经CYP3A4代谢,若代谢被抑制,则发生不良反应的风险将大大增加。大环内酯类抗菌药物中的克拉霉素、红霉素是CYP3A4强抑制药(也是CYP3A4的底物)。因此,克拉霉素、红霉素应避免与PPI类药物奥美拉唑同时使用。但值得注意的是,不是所有PPI都不能与大环内酯药物同时使用,大环内酯药物中的阿奇霉素、罗红霉素对CYP3A4抑制作用较弱<sup>[3]</sup>,应与奥美拉唑同时使用。在点评医嘱或处方时,可以建议医师改用同类CYP3A4抑制作用较弱的抗菌药物,以达到不良反应降低至最轻的目的。因此,药师点评医嘱或处方时一方面不能妄加推断而导致错误判断;另一方面可以建议医师使用替代药物。

### 3 应注意与处方诊断病症之外所产生相关临床症状的用药

医师在处方的诊断栏中会填入对应的诊断(可以有多个)。药师应根据诊断判断是否会有用药与诊断不相符的现象,但应当注意有的用药是与某些诊断的病症所产生的临床症状相关。如,对于感冒除开具感冒药外,医师还会开具马来酸氯苯那敏片,以缓解由变态反应所引起的卡他症状,这类简单的常见的相关临床症状是容易判断的。但一些综合征的临床症状医师不一定掌握,往往有错误判断为用药与诊断不符或请医师加诊断的现象。案例1,某女性患者,医师诊断为多囊卵巢综合征,除开有炔雌醇环丙孕酮片外,还开有盐酸二甲双胍片,如果药师在审方时,对多囊卵巢综合征了解不够,就会误判为适应证不适宜。其实,多囊卵巢综合征是育龄妇女常见的一种生殖功能障碍与糖代谢异常并存的内分泌紊乱性疾病,持续性无排卵、雄激素过多和胰岛素抵抗是其重要特征<sup>[4]</sup>。过高的胰岛素不仅影响多囊卵巢综合征患者卵泡的发育,还可引起糖耐量异常,糖尿病、脂质代谢及心脑血管疾病的发生。因此,促进对胰岛素的敏感性及降低胰岛素水平在多囊卵巢综合征的综合治疗中日渐被重视<sup>[4]</sup>。案例2,某女性患者,诊断为类风湿关节炎、干燥综合征,医师除开具了与类风湿关节炎相关药物外,还开具了盐酸溴己新片16 mg/次, po, 3次/d。须知,干燥综合征的临床表现在呼吸系统方面有干咳、痰液黏稠等,而且在治疗中推荐使用环戊硫酮片和溴己新片口服,以改善眼、口、皮肤和阴道的干燥,增加气管和支气管黏膜的分泌,减少其黏稠度<sup>[5]</sup>。案例3,某男性患者,医师诊断为强直性脊柱炎,医师开具的是沙利度胺片25 mg/次, po, 4次/d。沙利度胺片适应证为皮肤病,用于控制瘤型麻风反应症。医师之所以为此患者开具沙利度胺,是基于其具免疫调节作用,也可用于强直性脊柱炎的治疗<sup>[6]</sup>。若药师医学知识不够全面,很可能将上述情况作为适应证不适宜来判断。

### 4 为减少药品不良反应而开具的与诊断无关的药品不应判断为遴选药品不适宜

在医师开具的处方中有时会有所开药品与诊断不相符的现象,药师审核时应认真查看是否有针对所开具药品的不良反应的药物。如,某患者被诊断为淋巴结核,医师开具了异烟肼片、乙胺丁醇片、吡嗪酰胺片、碳酸氢钠片、别嘌醇片、还原型谷胱甘肽片。吡嗪酰胺有一较常见的不良反应是使尿酸增高,从而导致痛风,因此医师开了碳酸氢钠和别嘌醇;为了减少抗结核药物对肝脏的毒性,同时开具了还原型谷胱甘肽片,这些药物的开具不能强求医师增加诊断,而是应该分析各药物之间的关系。

### 5 在开具治疗药物的同时又开具了拮抗剂

当药物过量时需要用拮抗剂进行解救,这很好理解,但在常用剂量下同时又开具拮抗剂药物,这种处方或医嘱很可能被判定为适应证不适宜。如,某患者被诊断为重症肌无力,医师开具甲硫酸新斯的明注射液1 mg, im, qd,同时也开具了硫

酸阿托品注射液 0.25 mg, im, qd。新斯的明注射液常用量为 0.25~1 mg, ih 或 im, 1~3 次/d。以上处方属常规剂量范围, 在治疗剂量时不良反应较小。常引起恶心、呕吐、出汗、心动过缓、肌肉震颤或肌麻痹, 其中 M 样作用可用阿托品对抗。因此, 如果同时使用小剂量阿托品注射液可减轻上述 M 样作用症状, 提高患者用药依从性, 减少药品的不良反应, 该类处方或医嘱不应判断为适应证不适宜。

## 6 讨论

### 6.1 加强医学知识的学习

药师在校期间学习的内容远远满足不了目前医院药学的工作, 特别是审方工作。如果药师欠缺医学知识, 特别是对许多综合征的相关临床表现缺乏全面的了解, 会导致审方过程中出现错误判定, 造成对医师的伤害, 引起不必要的误解, 甚至会造成患者对医师的不信任, 最终导致患者治疗失败。因此, 药师的干预至关重要, 如果药师能正确指导医师用药, 对整个医疗过程是有帮助的; 若药师在审方过程中出现错误判定, 会对医师和患者造成不良的影响。为此, 我科每月在质量考评小组会上对发现的问题进行讨论, 对一些片面的, 甚至是错误的观点进行及时纠正, 若疑问较多或较大, 则单独与医师沟通, 以达成共识为准。定期在药剂科范围内将所收集的判断错误及有争议的医嘱或处方, 以小讲座的形式进行学习, 知识共享, 使所有药师有学习进步的机会, 而不仅限于从事医嘱或处方点评的药师。

### 6.2 加强事前干预力度

医嘱处方点评目前采用的方法, 大多为事后干预。我院每月对不合理医嘱和处方作一次综合考评, 对较严重的错误进行扣分, 而且给予医师适当的处罚。有的科室为让医师引起重视, 直接落实到人。所以一旦扣错分, 会导致医师承担相应的处罚。目前, 我院正在开发研究针对门诊处方和住院医嘱错误快速拦截软件系统, 希望通过事前干预减少医师的出错率, 从而减少药师点评的工作量及过度干预和错误干预的频次。

### 6.3 加强与医师的交流与沟通

医嘱审核和处方审核工作的目的是提高合理用药水平, 而不是扣分或扣奖金。在审核过程中应多与医师沟通, 共同诊治患者的疾病。若不与医师交流, 不仅达不到监管效果, 还可能造成医师的误会, 不利于工作开展。因此, 扣分前与医师沟通, 扣分后允许医师申辩。若一旦发现是审核的错误, 应及时纠正, 不能碍于面子, 明知不对仍要坚持, 导致医师对审核工作产生抵触情绪, 最终不利于对患者的诊治。

### 6.4 及时纠正由于软件系统不足造成的错误判断

随着信息化程度越来越高, 特别是合理用药监测系统 (Prescription automatic screening system, 简称 PASS)<sup>[9]</sup> 在医院

临床医嘱审核中的应用<sup>[8]</sup>, 医嘱和处方的管理也大部分由软件完成, 网络化管理能更好地开展合理用药工作<sup>[9]</sup>。但是在 PASS 系统监测过程中, 出现了可行性临床医嘱与 PASS 系统警示不相符的情况<sup>[8-9]</sup>。目前, 我院使用的电脑软件应用程序中常常会出现许多错误判断, 这就需要药师能够及时作出正确研判, 指导医师排除干扰。如, 两组输液中的溶剂, 如果均用 0.9% 氯化钠注射液, 在同一时间开医嘱或开在同一张处方上时, 系统会报警提示为“重复用药”。这是较简单的情况, 很容易判断。但有的医嘱或处方就不一定即刻能分辨出了。如, 患者在使用肝素钠注射液静脉封管时, 又同时使用了氨基糖苷类或大环内酯类抗菌药物, 这时系统会报警提示“配伍禁忌”。又如, 患者需要将整盒口服药取回, 系统在使用总剂量处就会报警显示“超剂量给药”。如果此时药师在审核医嘱时没有注意到医师说明处的“分次”给药, 极有可能也会判断为“超剂量给药”。另外, PASS 未及时更新, 出现了大量的儿童警示使用情况 (26%), 增加了药师的工作负担, 更容易让临床医师产生混淆<sup>[10]</sup>。因此, 药师在审核医嘱或处方时必须细心深入, 否则会受电脑软件系统的误导, 对原本正确的医嘱或处方进行干预或点评, 造成不良的后果。

## 参考文献

- [1] 郑宝丽, 杨毅恒. 北京大学第三医院处方审核记录分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2011, 11(8): 751.
- [2] 张朋, 侯婷婷, 许伟国, 等. 处方审核中药师干预前后对比分析[J]. 医学信息: 中旬刊, 2011(5): 2 062.
- [3] 《中国国家处方集》编委会. 中国国家处方集: 化学药品与生物制品卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 2010: 902.
- [4] 邓梅先. 胰岛素抵抗与多囊卵巢综合征[J]. 长江大学学报: 自然科学版, 2011, 8(11): 181.
- [5] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 2 745.
- [6] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 869.
- [7] 刘丽萍, 魏振满, 贺承山. 临床合理用药计算机网络系统的构建和应用[J]. 中国药房, 2005, 16(5): 347.
- [8] 王莉, 孟广森. PASS 系统在我院临床医嘱审核中的应用[J]. 中国药房, 2007, 18(34): 2 713.
- [9] 余江平, 宁红, 贺德辉. 电子处方审核和合理用药的微机网络化管理初探[J]. 中国药业, 2003, 12(2): 69.
- [10] 陈兆军, 侍晓萍, 金辉. 临床合理用药监测系统在我院医嘱审核中的作用及存在的问题[J]. 儿科药学杂志, 2012, 18(1): 33.

(收稿日期: 2014-07-28 修回日期: 2014-11-07)

(编辑: 刘艺)

《中国药房》杂志——《国际药学文摘》(IPA) 收录期刊, 欢迎投稿、订阅