

我院门诊退药管理实践及干预措施探讨

贺冰*,郭喜红(新疆维吾尔自治区人民医院,乌鲁木齐 830001)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2014)41-3928-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2014.41.30

摘要 目的:减少门诊退药现象,保障药品质量。方法:分析我院门诊退药原因,通过建立退药流程及退药制度等相关措施实施规范化退药管理,考察实施前后各1年内的退药率以评价其效果;再对措施实施后最近6个月的退药品种进行具体分析,为进一步寻找干预措施减少退药现象提供依据。结果与结论:措施实施前后退药率分别为0.96%(4 417/458 961)、0.64%(3 190/501 060),降低了33.33%,退药金额下降了21.92%;经过对退药品种进行分析,发现诊断用药(造影剂、局部麻醉药品、全身麻醉辅助用药品等)占总退药品种比例最高(25.17%);建议加强医、药、患三方的有效沟通。我院实行的规范化退药管理可在一定程度上减少退药现象,促进药品的合理化管理。

关键词 退药管理;门诊;干预措施;探讨

Management and Intervention Measures of Drug Withdrawal in Outpatient Department of Our Hospital HE Bing, GUO Xi-hong(Xinjiang Uygur Autonomous Region People's Hospital, Urumqi 830001, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To reduce the drug withdrawal and guarantee the quality of drugs. METHODS: The reasons for drug withdrawal were analyzed in our hospital. The standard management of drug withdrawal was implemented through related measures as establishing the process and system of drug withdrawal. The effects of intervention measure were evaluated through investigating the rates of drug withdrawal in the past one year; the type of drugs was analyzed in 6 months after the implementation of intervention measures, in order to provide reference for further reducing the phenomenon of drug withdrawal by exploring intervention measures. RESULTS & CONCLUSIONS: The rates of drug withdrawal were 0.96% before intervention (4 417/458 961) and 0.64% (3 190/501 060) after intervention, decreasing by 33.33%; and the withdrawal amount decreased by 21.92%. By analyzing the type of drugs, drugs for diagnostic aids (contrast medium, local anesthetic drugs, general anesthesia adjuvant drugs, etc.) took up the highest proportion (25.17%) in the total. It is suggested to strengthen the effective communication among physicians, pharmacists and patients. The standard management of drug withdrawal can reduce drug withdrawal and promote rational drug management.

KEYWORDS Drug withdrawal management; Outpatient department; Intervention measures; Discussion

药品是一种特殊的商品,若其规范使用可以治病,但一旦在使用的任一环节出现问题,对患者的健康将会造成危害甚至威胁到生命。原卫生部、中医药管理局颁布的《医疗机构药事管理规定》第四章第二十八条规定:“为保障患者用药安全,除药品质量原因外,药品一经发出,不得退换”^[1]。这项规定归根到底是为了保障患者用药安全,但在实际工作中,由于各种各样的原因需要退药的情况很多,其中包括药物本身的因素、患者因素、处方医师及药师因素。如何减少退药,应当从不同环节加强管理。为此,我院在退药管理中进行了实践探索,现总结如下。

1 退药原因分析

收集我院退药处方,对其进行原因分析,发现其主要表现在以下几个方面:(1)医师对开具的药品认识不足,如特殊用法用量、配伍禁忌等;(2)医师在开具处方前没有与患者进行有效沟通,包括药品价格、厂家、是否可医保结算以及患者使用后可能出现的不良反应等;(3)药师在调剂前没有告知患者某些药品有特殊储藏要求,或者患者没有相应的储存条件;(4)患者依从性不好,自行停药;(5)其他,如处方录入错误、患者病情加重需要医师修改治疗方案、患者同时就诊多个科室导致重复用药等。

2 采取干预措施及效果评价

2.1 建立退药流程及退药制度

2.1.1 退药流程。为了药品的质量和保护患者的用药安全,我院根据实际情况在退药操作中建立了退药流程(见图1),同时建立了相应的退药制度,所退药品必须符合规定要求。

2.1.2 退药制度。为了保证药品的质量和患者用药安全,规定了以下几类药品不予办理退药。

①冷链管理的药品。冷链管理的药品,包括胰岛素、生物制剂等。这类药品在储藏温度上有极高的储存要求(一般为2~8℃),属于不予退药的范畴。

②院内自制药品和拆零药品。由于院内自制药品大多属于软膏剂(多为手工分装),包装比较简易,密封性不好,且有效期相对较短(一般为半年),因此这类药一旦发出,也不予退药。对于拆零包装药品,如第二类精神药品,患者服用总剂量少于协定处方(规格是每包7片,由自动分装机分装)量,因此需要临时进行分装。临时分装药品包装简易,一般仅用纸质药袋,一旦患者要求退药,仅从外观上无法确定其质量,因此也属于不予退药的范畴。

③有其他特殊储存要求的药品。包括需要低于室温(如储藏温度在0~20℃)及避光保存的药品(如注射用头孢美唑钠等)。

④与发出时比较外观质量不符合规定的药品。药品标识

*副主任药师,硕士。研究方向:医院药学。电话:0991-8564433。
E-mail:hxnub@126.com

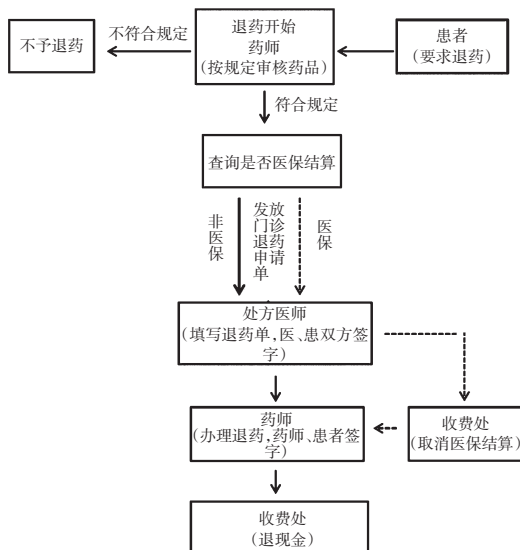


图1 门诊退药流程

Fig 1 Workflow of drug withdrawal

不清楚、包装污染或有破损、药品包装不完整(如缺少说明书等)。

⑤特殊管理的药品。患者在办理麻醉药品、第一类精神药品专用病历前,首先要签署《麻醉药品、第一类精神药品使用知情同意书》,知情同意书中明确规定了患者及其家属或者监护人的义务,即“患者不再使用麻醉和精神药品时,立即停止取药并将剩余的药品无偿交回建立门诊病历医院。”因此,这两类药品只能无偿交回,不能退药。

⑥通过临时购药程序为特定患者采购的药品。这类药品主要是指:专科性强、需求量极少、未列入我院基本用药目录而确实具有临床需求的药品,此类药品一旦发出也不予退药。

2.2 提高药师审核处方的质量

在处方计费之前严格审方,对不合理处方拒绝调剂,并通过各种渠道通知处方医师修改医嘱,尽可能做到事前干预。

2.3 对患者履行提前告知的义务

根据前述不予退药的相关规定,并针对处方所开具的具体药物(对有特殊要求的药物纸质处方上已作特殊说明),再次对患者进行详细的口头告知,并要求患者对审核药师履行的告知义务进行签字确认。

2.4 建立办理退药前与处方医师之间进行有效沟通的途径

处方是指“由注册的执业医师和执业助理医师(以下简称医师)在诊疗活动中为患者开具的,由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员(以下简称药师)审核、调配、核对,并作为患者用药凭证的医疗文书”^[2]。退药行为在某种意义上可以说是更改了医师的药物治疗方案,这种行为通常是在患者与药师之间进行,而医师往往不知情,因此对于该药物治疗方案的结果,医师无法掌握。因此建立药师与医师之间的有效沟通途径,能更好地保障患者合理用药。

为了达到上述目的,在患者退药之前需要处方医师填写患者退药申请单,申请单内容包括:处方科室、处方医师、患者信息、所退药品的相关信息、申请退药的原因、申请退药医师签名及申请日期等。书面填写退药的详细信息,既能够有效地保障医、药、患三方的合法权益,也能从整体上促进合理用药。对医师,可以全面掌握患者的依从性和诊疗结果,从而及

时地改进治疗方案;对药师,能够客观、及时、详细地了解退药原因,从而可以更有针对性寻找减少退药现象的方法;对患者,能够提供一个与诊疗医师交流的机会,达到药物合理治疗的目的。

2.5 加强药物咨询

建立门诊药物咨询:1)设立门诊药师咨询台,即时为就诊患者提供药物方面的咨询;2)开通门诊调剂室及临床药学咨询电话,为院外患者提供药物方面的信息;3)发放药师联系卡,为特殊患者提供一对一的药物咨询。通过药物咨询,可以提高患者对所服药物的认识,解除药物治疗方面的顾虑,在增加患者合理用药意识的同时增加了患者用药依从性。

2.6 进行处方点评

成立专门的处方点评小组,由调剂药师、临床药师和临床医师组成,充分发挥他们的专业优势,并将最终的点评结果通过各种途径反馈给该处方医师和调剂药师,从而使他们对药物的治疗方案达成统一的认识。此外,通过处方点评,还可以促进医师积极学习药物方面的知识和提高责任心,从而提高处方的合理性,减少不合理处方的比率,减少药师审核处方不合理而发生的退药现象。

2.7 效果

我院采取上述综合办法后,退药率显著减少,具体见表1。

表1 采取措施前、后1年退药率比较

Tab 1 Comparison of the rate of drug withdrawal 1 year before and after intervention

时间	总处方张数	退药处方张数	退药率, %	退药金额, 元
2011年7月-2012年6月	458 961	4 417	0.96	666 471.97
2012年7月-2013年6月	501 060	3 190	0.64	520 373.46

由表1可见,通过采取上述措施后,退药率由原来的0.96%降为0.64%,降低了33.33%,退药金额下降了21.92%,效果显著。

3 循环管理

采取上述措施后,虽然退药现象有了大幅度的减少,但退药率仍然偏高,并没达到理想的结果。为了进一步寻找退药率仍居高不下的原因,笔者对2013年的下半年具体的退药品种进行了分析。

3.1 抽样方案

2013年下半年退药处方约2 000张,每4张抽取1张,即等间距抽取,共抽取退药处方500张。

3.2 对退药药品进行类别统计及分析

根据《新编药理学》及我院门诊调剂室目前退药处方的具体状况和确定的处方审核重点,将抽查的药品品种分类后并进行统计分析^[9],详见表2。

3.2.1 诊断用药。诊断用药的退药比例最大,分析原因主要有:①患者身体状况不适,无法进行检查;②检查前发现患者过敏体质不适合用药;③患者主动要求取消检查。

3.2.2 心血管、呼吸系统及内分泌代谢疾病用药。这类药物品种繁多,造成退药的原因主要有重复开具,具体为:①品名类似,容易混淆,如各种胰岛素注射液;②品种相同,规格不同,如高血压及冠心病用药;③品种、规格相同,有国产药品及进口药品之分。

3.2.3 抗感染药物。造成退药的原因有:①目前大多数注射用β-内酰胺类抗菌药物需要做皮试,很多处方医师没有单独开

表2 2013年6—12月药品退药频次构成比

Tab 2 The constituent ratio of drug withdrawal frequency during Jun.—Dec. 2013

退药品种分类	退药频次	构成比, %
诊断用药(各种造影剂、局麻药品、全身麻醉药品辅助用药等)	180	25.17
心血管、呼吸系统及内分泌代谢疾病用药(慢性病医保用药)	118	16.50
抗感染药物(注射剂、口服、外用制剂)	98	13.71
镇静、催眠、抗惊厥药和麻醉药	37	5.17
消化系统药物	33	4.62
中枢神经系统药物	19	2.66
抗肿瘤药(毒性大、副作用明显)	7	0.98
中成药	149	20.84
其他药品(各科外用、营养类药物、酶制剂以及调节水电解质和酸碱平衡的药物等)	74	10.35
合计	715	100

具皮试药品,而是一次性开足疗程,某些患者皮试结果阳性,从而要求退药;②发生药物迟发过敏反应,如患者皮试结果阴性,治疗一段时间后出现了过敏反应,要求退回剩余药品;③患者病情加重,从门诊转为住院,要求退回剩余药品;④患者家中已有相似药品,要求退药;⑤用药后患者自述对该药品过敏;⑥其他原因,如价格等。

3.2.4 镇静、催眠、抗惊厥药和麻醉药。所退药品主要为麻醉药品和精神药品,虽然这两类药品一旦发出不能退药,但在实际操作中以下情况除外:①该药医保已记账,药师审核处方不符合规定,必须退药;②第二类精神药品,已扣费,但处方超量并未注明原因。

3.2.5 消化系统、中枢神经系统药品。退药的主要原因为患者取药后发现与之前所服药品不同:①成分相同,剂型、规格不同,如兰索拉唑肠溶片(商品名兰悉多,每片15 mg)与兰索拉唑肠溶胶囊(商品名达克普隆,每片30 mg),丙戊酸钠口服溶液与丙戊酸钠缓释片等;②成分、剂型相同,规格不同,如泮托拉唑钠肠溶片(商品名开济,每片15 mg)与泮托拉唑钠肠溶片(商品名潘妥洛克,每片40 mg),奥氮平片(商品名欧兰宁,每片5 mg)与奥氮平片(商品名再普乐,每片10 mg);③商品名谐音相同,如欧来宁(奥拉西坦胶囊)和欧兰宁(奥氮平片)等。

3.2.6 抗肿瘤药。部分药品毒性及副作用较大(如羟基脲片),服用期间需要密切关注各项生理指标,药师审核处方并询问后,发现患者对此不清楚,后经医师确认后需缩减疗程而退药。

3.2.7 中成药。退药原因主要有:①中成药一般多为复方成分,且品种繁多,容易出现重复用药;②此类药品服用疗程较长,患者服用一段时间后,出现了不适反应;③与患者先前所服药品非同一厂家生产;④民族习惯,有些药品含有民族禁忌的成分,如胆石利通片中含有猪胆膏、脾氨肽口服冻干粉为新鲜猪脾脏中提取的多肽及核苷酸类物质等,伊斯兰教患者不愿意使用;⑤外地患者委托他人带药,结果开出的药品与所需的药品不一致;⑥扣费后患者发现药品数量太多,希望退掉部分药品。

3.2.8 其他药品。除上述药品外,其他还包括很多退药原因:①处方审核扣费时没法进行用药交待,患者取到药品后得知对所开具药品有用药禁忌等;②处方预审时未审核出,但在发药时发现处方用药不合理,发药药师要求退药;③由于药品剂

型、规格、厂家不同引起的退药;④价格因素等。

3.3 解决措施

作为药品使用单位,医、药、患对保障药品的质量都有直接或间接的关系,因此根据上述退药原因,要减少退药现象必须从以下环节上加以控制:1)处方医师是减少退药现象的关键所在,因此首先要提高处方医师合理用药水平,加强药品使用知识的培训;2)提高药师的业务水平及加强用药交待,提前消除可能造成退药的处方;3)通过各种方式加强患者的用药教育,如加强用药咨询及发放药品合理使用方面的宣传单等,同时积极与患者进行用药沟通,从而提高患者用药依从性及合理用药意识;4)不断完善药物使用管理方面的信息化系统,使药品使用管理流程更趋科学化、合理化。全国各大医院针对上述环节都积极采取了多种手段来尽量减少退药现象^[4-5]。

此外,还可以通过其他途径来减少退药。药品本身是一种特殊的商品,其在储存方面有着特殊的要求。目前,主要存在两种退药形式:1)患者取完药品后离开药房;2)患者尚未取药品,仅退费。第一种退药形式中药品脱离了药房严格的管理之后,仅从外观上难以保证其内在质量,本文前述干预措施主要是针对这种情况。第二种退药形式并不是真正意义上的退药,其对药品质量不存在影响,退药实际是退处方。可以针对此种类型找出减少退药的可行办法,如对于需要在医院内注射的冷藏药品(包括 β -内酰胺类),可考虑在医院注射室统一为患者储存,患者可凭处方完成每次的药物治疗,一旦发生退药,对药品质量也不会有影响。归根结底,保证了药品的储藏条件,就保证了药品的原有质量,也就解决了目前退药操作所面临的众多矛盾。

4 结语

医、药、患三方缺乏有效沟通渠道是目前退药现象普遍存在的问题,我院制订并发放的门诊退药申请单为医、药、患三方的沟通提供了便利条件。我院在原有退药管理程序的基础上通过建立这种沟通渠道,真正做到了详细登记、严格审批、谨慎核对的退药管理,从而大大减少了退药事件,同时也遏制了退药的随意性。

虽然退药操作时仅从外观无法判定药品的原有质量,即难以保证所退药品的内在质量,故目前只有通过尽量减少退药现象来最大限度地保证药品原有质量。但通过规范的退药管理,可以减少药师的工作量,减少医、患纠纷,还可以使药品资源合理再利用。

参考文献

- [1] 卫生部,国家中医药管理局.医疗机构药事管理规定[S]. 2011-01-30.
- [2] 卫生部.处方管理办法[S].2007-05-01.
- [3] 张洁瑾,樊伟,张国庆,等.我院门诊药房退药原因分析与处理方法探讨[J].药学实践杂志,2012,30(1):70.
- [4] 栾潇潇,陈琤,闫锋,等.应用帕累托图分析门诊药房退药原因[J].中国药物应用与监测,2012,9(2):115.
- [5] 吕建洪.基层医院门诊退药原因分析及对策[J].中国药房,2011,22(12):1140.

(收稿日期:2014-01-13 修回日期:2014-04-06)