

136 例门诊退药现象分析及体会

谢燕娇¹, 刘 婧², 张 丽² (1. 海南省人民医院康复医学部中西医门诊部, 海口 570203;
2. 海南医学院药学院药理教研室, 海口 571101)

【摘要】 目的 加强合理用药, 为减少退药行为提供参考。**方法** 对海南省人民医院国兴门诊部西药房 2010 年 4~6 月的门诊退药处方共 136 张进行统计, 并分析退药原因。**结果** 退药原因占首位的为患者因素, 随后是不合理用药、药物不良反应、因治疗需要退药、收费差错、药房管理因素等。**结论** 必须加强医生、药师的培训, 规范其行为, 提高合理用药水平, 并注重医患沟通, 保证患者用药安全、有效、合理、经济。

【关键词】 门诊药房; 退药; 合理用药

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 24. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)24-3046-02

卫生部和国家中医药管理局颁布的《医疗机构药事管理暂行规定》^[1]中指出: 为保证患者用药安全, 药品一经发出, 不得退换。但由于药品的特殊性质, 作为特殊商品, 患者的选择性较低, 在实际工作中仍然有退药现象存在。如果机械地执行上述规定, 禁止退药则容易引发纠纷甚至激化医患矛盾, 给药房工作带来负面影响。因此, 为减少退药行为的发生, 保证患者的用药安全, 现对海南省人民医院国兴门诊部西药房 2010 年 4~6 月的退药处方 136 张进行分类统计和分析, 探讨减少退

药的措施。

1 材料与方法

随机抽查海南省人民医院国兴门诊西药房 2010 年 4~6 月的处方, 共 10 785 张, 退回药品处方共为 136 张, 约占门诊总处方数的 1.26%。对退药原因进行列表分析统计。

2 结 果

本院门诊退药处方的统计情况见表 1。

表 1 136 张门诊退药处方分析

退药原因	<i>n</i>	构成比(%)	备注
患者因素	45	33. 09	经济因素、家有此药、存在用药禁忌、患者依从性差(恐惧药品不良反应)、患儿不配合使给药困难等
不合理用药	26	19. 12	药物配伍禁忌、相互作用、重复用药、大处方等
不良反应	22	16. 18	主要为抗生素(过敏反应, 胃肠道反应)、中药制剂
因治疗需要退药	13	9. 56	调整治疗方案、病情变化转收住院等
收费差错	17	12. 50	收费员划错药名、规格、数量等
药房管理因素	8	5. 88	药品短缺或过期、药师发错药品等
其他	5	3. 67	系统试算机管理问题等

3 讨 论

3.1 患者方面因素 从表 1 可见患者因素有 45 张, 占总退药处方的 33.09%。而患者主要考虑的则是经济因素。首先, 由于海南地域因素, 部分患者对普通话的听说能力较差, 而多数医生对海南话又不懂, 导致沟通失败。另外, 医生工作量大, 没能认真询问患者家里还有什么药可否继续使用, 对经济有困难的患者可以选择一些较实惠的同类药物, 如果有必用但较贵的药物应先给患者说明原因。此外, 由于少数患者无法识别处方内容, 取完药才发现家中已有, 要求退药; 有时患者就诊于两个不同专科的医生, 导致重复开药; 患者的用药依从性差, 随着自我保健意识的增强和专业知识的限制, 看到药品说明书后怕不良反应或上瘾等而要求退药; 患者看病时钱不够或感觉医院药品价格较其他药店高, 因此拒绝在医院取药, 提出退药。

因此医生要注意和患者多沟通。与患者交流时, 尽量用规范普通话。开处方时向其说明开的是何种药, 问其是否有同样或类似药效的自备药、是否医保患者等, 充分解释可能发生的不良反应及注意事项, 努力提高患者用药的依从性, 用药力求

安全、有效、合理、经济。同时, 医院从宏观上也要进行管理。医院应尽可能将本院在库药品及其价格列出来, 供患者参考, 以减少退药行为的发生。

3.2 不合理用药 该类退药处方有 26 张, 占退药总数的 19.12%。主要是药师在审核处方时发现以下几个问题而主动退药: 一是医生过于关注药品的适应证和用法用量, 而对部分药品的毒理情况、药物的相互作用、联合用药、配伍注意事项、配伍禁忌等药学知识掌握得不够全面。例如硬脂酸红霉素颗粒不能与卡马西平和丙戊酸钠等抗癫痫类药物同时服用, 因为硬脂酸红霉素颗粒会抑制其代谢, 导致后者的血药浓度增高而发生毒性反应; 氟喹诺酮类抗菌药与硫糖铝或含有镁、铁的抗酸药联合使用, 会降低其抗菌活性, 氟喹诺酮类能与高价金属阳离子发生络合作用, 使其药效降低, 若需服用应间隔 4 h 等。二是医生在诊断开药前与患者沟通不够, 未详细询问患者的既往病史、用药史和过敏史。例如医生给患有糖尿病史的患者开含糖量较高的镇咳药等。三是对特殊人群用药不够重视, 例如给儿童用喹诺酮类的药物; 给老年患者用药没有适当减量等

等。四是重复用药,一些老医生对新药品不熟悉,处方中开阿奇霉素颗粒和乙酰麦迪霉素干混悬剂联合使用,这两种药都是大环内酯类抗生素,同时使用会加重肝功能损害,引起一系列的不良反应;有些医生对复方制剂的成分不甚了解,处方中同时开芬麻美敏片和扑尔敏片,同种成分过大,毒性增加。五是医生跨科开药给药频次错误,如消化内科对外科用的非甾体类抗炎药的用药情况不熟悉,给予双氯芬酸钠缓释片 75 mg, 3 次/天。

鉴于以上种种情况,要求医生不仅应加强专业知识的学习,在业务上不断学习和积累,严格遵守《国家处方管理》的规定,严禁开大处方,并且严格遵循《抗生素临床应用指导原则》,不要频繁更换或滥用抗生素,以免细菌产生耐药,合理使用抗生素以减少或降低药物不良反应的发生。还应加强对药理学基本知识的巩固和学习,包括药物的药理作用、剂型特点,中成药制剂的组成、作用等等,避免上述类似问题的出现。

3.3 药物不良反应(ADR) 多发生在患者用药后出现过敏反应或患者难以承受的其他不良反应引起退药。由于静脉给药时药物直接进入血液循环,血药浓度较高,易产生 ADR。在这些退药处方中,以静脉给药发生的不良反应率最高,尤其是抗生素引起的过敏反应。临床上使用抗生素多、频率高、用量大,且多是静脉给药,易引起不良反应,如头孢拉定小儿静脉给药易致血尿^[2]。其次是心脑血管类药,如吡拉西坦注射液,药物成分含量过浓,易引起皮肤黏膜血管刺激。还有药液的 pH 值改变,产生不溶性微粒,输注器具的环氧乙烷残留物等因素都可能发生 ADR 的诱因^[3]。中药注射剂静脉给药也易发生不良反应,其原因一方面可能与制剂成分复杂有关,比如含蛋白质、淀粉、色素、树脂、挥发油等致敏成分^[4],另一方面,开中成药处方的医生大多数是西医出身,对中成药可能产生的不良反应不是特别了解,不能因人施治。

针对这些可能的原因,一定要加强医务工作者的培训,掌握药物过敏反应的专业知识。一旦明确是不良反应导致的退药,一定要由医生确诊,药师填写药品不良反应报告书,收集不良反应信息。医生开药时确定无过敏反应后再开药,先开最小包装量等等。

3.4 因治疗需要退药 患者在初诊用药后疗效不佳或已病愈,医生复诊后更改治疗方案或停药;有些患者病情发展已住院,住院医生使用新的治疗方案停止门诊用的药,这些患者或其家属对其不能继续使用的未用完药品提出退药等。

3.5 划价收费方面因素 由于收费员缺乏药学知识,平时缺少参加药学知识的培训,经常会输错药名、规格、单位、数量,导致药价错误,患者要求退药。因此,建议定期开展对收费处工作人员的培训,让其熟悉本门诊常用药物的规格用量等。同时药剂科工作人员应认真核对电脑和处方,避免第 2 次差错事故发生。

3.6 药房管理因素 一是药师审方不谨慎,未及时发现处方上的用药错误,患者或者家属由于自我保护意识较强先行发现而退药。二是药房管理因素。主要是过期药品未及时清出库,导致患者交费后药房缺药而退药;其次是药师没做好“四查十对”,对接近失效期的药品没及时撤架,患者发现接近有效期药品后要求退药等。三是药品入库时未仔细检查,某些药品只有铝塑包装无药,或者药房保管不当致使药品吸潮发霉、氧化变色、片剂表面色斑等,患者交费取药时才发现而退药。

基于这些原因,要求药师审方时一定要严格执行核对制度。尤其是窗口药师要具有丰富的药学知识和较高的专业素质,严格做好“四查十对”,把好处方关,发药时做好对患者的用药安全指导,由“以药品供应为中心”转向“以患者为中心”,构建和谐“药患”关系。

3.7 规范退药制度 不管是什么原因导致的退药,都会造成一定的不良影响。比如某些药品需要低温保存,冰箱冷藏,药房无法控制退回药品的质量。若不退药则影响医院形象,退药又增加药房工作量,还有可能由于退回药品质量不合格导致浪费。另外,患者或其家属在退药过程中,往返于医生、药房、收费窗口,易产生不满情绪。这就要求医务工作者应具有高度的责任感,医院也应采取措施,尽量避免院方原因导致的退药,同时规范退药手续,保障药品质量。

首先,严把退药关,规范退药手续。要有原处方医生签字,并证实出现不良反应或用药无效必须改变治疗方案。其次,重视保障药品质量。退药时需要仔细检查退药凭证(处方和发票),仔细核对药品包装的完整性、数量、规格、批号及密封性等^[5],由相关人员填写退药申请,对中药饮片、分装药品、需要特殊保存的药品、传染患者使用的药品、无法判断真伪的药品不得退换。但是药师在拒退药品时必须耐心做好解释,避免发生医患纠纷。

参考文献

- [1] 陈达,张一萍,马淑莉. 门诊药房退药情况及其原因分析[J]. 中国药房,2006,17(14):1063-1064.
- [2] 郭知俭. 头孢拉定导致小儿血尿 28 例临床分析[J]. 中国医学文摘,2005,24(2):74.
- [3] 罗存梅. 我院 150 例药品不良反应报告分析[J]. 中国药房,2006,17(3):207.
- [4] 阎敏,李新中,尹桃. 392 例中药不良反应报告分析[J]. 中国医院药学杂志,2005,25(11):1100.
- [5] 张俊娥,杨丽萍. 门诊药房退药情况及其原因分析[J]. 中国药物与临床,2010,10(2):183-184.

(收稿日期:2011-06-08)