

# 实施单剂量调剂模式前后退药情况调查及分析

白维薇, 张家兴

(贵州省人民医院 药剂科, 贵州 贵阳 550002)

**[摘 要]** 目的: 对比分析启用单剂量调剂模式前后的退药情况, 探讨造成退药的原因以降低退药率。方法: 统计单剂量调剂模式前后的相关数据, 根据退药金额、退药处方数、退药原因等方面进行分析并提出解决方法。结果: 启用单剂量调剂模式后, 2013 年第一季度与 2012 年第一季度比较, 退药处方数从 3 987 次下降到 1 029 次, 退药金额也从 1 593 737.76 元下降到 747 142.4 元, 医院平均退药率从 2.4% 下降到 0.99%。结论: 医院单剂量调剂模式能够显著降低退药率, 可以作为医院改善退药现象, 保证用药安全的有效措施。

**[关键词]** 药物调剂; 药剂师; 医院管理; 退药; 单剂量调剂模式

**[中图分类号]** R942 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2014)01-0127-02

退药现象一直是各级医院感到很棘手的一件事情, 药品作为特殊商品, 它的使用应遵循“安全、有效、经济、适时”的原则, 退药现象的存在极大地增加了药品安全风险。按照《医疗机构药事管理规定》, 为保证患者用药安全, 药品一经发出, 不得退换<sup>[1]</sup>。这一规定的目的是杜绝假药、劣药流入医疗机构, 确保医疗机构药品的质量, 维护广大患者的利益。但医院如果不准患者将多余药退还, 则会造成很多不必要的医疗纠纷和投诉, 如何减少退药的发生已成为目前各级医院所面临的重要问题<sup>[2]</sup>。药房于 2012 年 12 月份开展单剂量调剂工作, 单剂量调剂是指住院(病房)药品调剂室对注射剂按日剂量配发, 对口服制剂药品实行单剂量调剂配发<sup>[1]</sup>。即把患者每天所需的每种药品统一配发给病区, 从而摒弃了传统的按 3 d 用药量调配的方式。本研究分析启用单剂量调剂模式前后的退药情况, 以探讨造成退药的原因。现报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 资料与研究方法

收集 2012 年和 2013 年第一季度的退药资料, 采用回顾性研究方法, 制作统一的调查表, 调查项目包括退药金额、退药处方数及退药原因, 分别计算单剂量调剂模式前后的退药率, 并对得出的数据进行分析。退药率 = 退药金额/总金额 × 100%。

### 1.2 统计学方法

采用 SPSS 统计软件对 2012 年和 2013 年第一季度的退药金额、退药处方数以退药率进行 *t* 检验,  $P < 0.05$  表明差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 退药金额

由表 1 可知, 实行单剂量调剂模式后, 2013 年第一季度各月退药金额总数与 2012 年同期相比均显著下降, 退药金额从 1 593 737.76 元下降至 747 142.4 元, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 2012 年与 2013 年第一季度退药  
金额统计表(元)

Tab. 1 Statistics of drug withdrawal amounts  
in the first quarter of 2012 and 2013

年份	1 月	2 月	3 月
2012 年	703 869.96	275 546.30	614 321.50
2013 年	388 557.00	168 828.10	189 757.30

### 2.2 退药处方数

由表 2 可知, 单剂量调剂模式实施以来, 2013 年第一季度各月的退药处方数与 2012 年同期相比显著下降, 退药处方数从 3 987 次下降到 1 029 次, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 2.3 退药率

由表 3 可知, 单剂量调剂模式实施以来, 2013

年第一季度各月的退药率与 2012 年同期相比显著下降,医院平均退药率从 2.4% 下降到 0.99%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2012 年与 2013 年第一季度  
退药处方数(张)

Tab. 2 Numbers of drug prescription withdrawal  
in the first quarter of 2012 and 2013

年份	1 月	2 月	3 月
2012 年	1 403	1 507	1 077
2013 年	618	209	202

表 3 2012 年与 2013 年第一季度药品销售  
与退药情况(10 万元)

Tab. 3 Conditions of drug sales and withdrawal  
in the first quarter of 2012 and 2013

时间	药品销售金额	退药金额	退药率(%)
2012 年 1 月	260.86	7.03	2.69
2012 年 2 月	130.82	2.76	2.11
2012 年 3 月	255.39	6.14	2.40
2013 年 1 月	262.62	3.89	1.48
2013 年 2 月	208.03	1.69	0.81
2013 年 3 月	286.74	1.90	0.67

## 2.4 退药原因

从表 4 可以看出,退药原因总体上分为医生原因、患者原因和药师原因。虽然在单剂量调剂前后,退药原因的构成原因变化不大,但其构成比发生了变化,医生和药师原因有所升高,病人原因大大降低。

表 4 单剂量调剂前后的退药原因构成比

Tab. 4 Constituent ratio of drug withdrawal  
reasons before and after single dose

退药原因	构成比(%)		具体原因
	2012 年 第一季度	2013 年 第一季度	
医生原因	40.7	58.9	医嘱录入错误、治疗方案的调整、药品信息多变、医保政策变化
患者原因	56.8	35.7	死亡、拒绝治疗、转科、转院、出院、经济因素、药物不良反应
药师原因	2.5	5.4	药品供应不足、药师审方不严、药品调剂错误

## 3 讨论

退药金额的变化说明单剂量调剂有效降低了的退药,大大减少了因退药造成的经济损失,提高了医院工作效益,确保药品质量,降低药物安全风险<sup>[2]</sup>。退药处方数的变化表明单剂量调剂可有效控制退药处方数,退药次数显著下降,减少了医患矛盾的发生机会,同时也降低了假药劣药流入的可能性,保障了药品安全<sup>[3-4]</sup>。

对于退药原因的分析可知,药师原因造成退药的情况比较少,药师原因造成的退药原因大多是因为药品供应不足,药师审方不严或是对医生的错误医嘱没能及时发现而拒绝调剂等。实行单剂量调剂后,医生原因的构成比有所增加,医生原因造成退药主要是由于医生对新系统的不熟悉,所以,应加强对医护人员的相关培训,并在新系统的协助下有所改善。而患者原因的构成比在实行单剂量调剂后大大下降,这主要是因为按传统的 3 d 用药量的调剂方式来配药,当患者死亡、转科或者出现药品不良反应时,则会造成大量的退药;实行单剂量调剂后,药品的用量为患者的 1 d 用药量,即便患者出现上述情况时也不会造成大量的退药。然而住院患者退药的原因是多方面的,但无论何种原因、以何种方法解决,都会给患者乃至医院带来诸多不利。因此,应积极采取防范措施,减少退药现象的发生。防范措施有:(1)医务处应将退药问题列入科室缺陷管理,加强考核,与奖惩制度挂钩;加强对医生处方行为的规范,不断提高医生自身的业务水平和合理用药水平,同时严格执行《处方管理办法》,杜绝医生开大处方,避免药物滥用情况的发生,保障用药安全、有效、合理,通过此方法减少由于医务人员人为原因造成的退药<sup>[5]</sup>。完善医院信息系统,使用适宜的合理用药系统,将其嵌入医院管理信息系统(HIS 系统),使不合理医嘱、处方直接被拦截。进一步优化系统,使每天的退药和统领单上的领药能够在打印之前自动互抵,尽量减少实际操作中的反复,降低护士和药剂人员的工作量,减少药品不安全隐患。(2)定期组织药师及相关人员学习药品知识,特别是新药的有效成分、药理、毒理,了解药品适应症和用法用量,强调药品的储存方法、禁忌症和注意事项,使药师更加了解药品,能更加合理使用药品<sup>[6]</sup>。定期对所有药物不

(下转第 131 页)

剂量生大黄治疗,对比其疗效,3 组患者腹痛腹胀缓解时间、血清淀粉酶恢复正常时间、SIRS 恢复时间、平均住院时间均随着生大黄剂量的增加而缩短,且 C 组显著短于 A、B 两组( $P < 0.05$ ),同时并发症发生率、死亡率也随着生大黄剂量的增加而降低,其 C 组显著低于 A、B 组( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。3 组患者肠功能恢复情况比较 A 组总有效率 50.0% (15/30)、B 组总有效率 63.3% (19/30)、C 组总有效率 93.3% (28/30),随着生大黄剂量的增加,3 组患者肠功能恢复情况总有效率逐渐增高,且 C 组显著高于 A、B 组( $P < 0.01$ )。上述结果充分证实了大剂量生大黄对急重型感染的治疗有效性,说明大剂量生大黄在重症急性胰腺炎患者中具有可靠的疗效。

综上所述,生大黄治疗 SAP 具有显著的疗效,大剂量生大黄可显著提高患者治疗有效率,缩短住院时间,减少并发症及死亡率。

## 4 参考文献

- [1] 吕冠华,王长洪,王立新,等. 大黄及其复方对重症急性胰腺炎大鼠促炎抗炎细胞因子调节作用的实验研究[J]. 中国中医科技, 2009 (4):265-266.

- [2] 周娟,潘景业. 急性重症胰腺炎继发感染的研究进展[J]. 临床荟萃, 2012(19): 1746-1748.
- [3] 李梦蝶,燕善军. 急性重症胰腺炎肠黏膜屏障损伤机制与临床治疗进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2011 (11):1004-1007.
- [4] 叶欣,赵洪川. 急性重症胰腺炎与全身炎症反应综合征的发病机制及相互关系[J]. 中日友好医院学报, 2010 (4):248-251.
- [5] 管向东,孙冠青. 重症胰腺炎的多脏器功能支持与替代治疗[J]. 中华急诊医学杂志, 2011(2):120-123.
- [6] 陈树铭. 中西药联合治疗急性重症胰腺炎疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012(5):487-488.
- [7] 盛志勇,胡婧亭,许建宁,等. 大黄对急性重症胰腺炎肠道功能恢复的影响[J]. 江西医药, 2009(11):1103-1105.
- [8] 赵静,刘顺庚. 生大黄与免煎生大黄高位保留灌肠治疗重症急性胰腺炎的疗效比较[J]. 中国中医急症, 2013 (8):1406-1407.
- [9] 韦静. 生大黄治疗重症急性胰腺炎中的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012(11):68-71.
- [10] 黄家平,莫思健,罗春茂. 早期应用生大黄治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2010(6):725-726.

(2013-10-09 收稿,2013-12-08 修回)

编辑:吴昌学

(上接第 128 页)

不良反应进行分析总结,反馈临床,发现规律性,纠正不合理的用药现象。开展药学服务,药师要走进临床,利用自己的专业特长为医师提供药学信息,帮助医生正确选药、合理用药。药师在调剂前要认真审方,加强对医生用药的监督,杜绝不合理用药,及时发现处方的错误,在药品发出之前予以更正,以减少退药现象。

本文通过单剂量调剂模式前后的退药情况进行比较分析,结果发现单剂量调配方式能有效的减少退药。同时也发现了医师、药师工作中存在的一些问题,提示医院应加强管理,制订严格的退药制度,引入奖惩制度,从医师、药师、患者三方面入手,加强其沟通,严格退药手续,防止因退药造成的医疗差错,同时应强化合理用药意识,提高合理用药水平,完善医德教育,从而有效控制退药<sup>[7]</sup>。

## 4 参考文献

- [1] 卫生部,国家中医药管理局,总后卫生部. 医疗机构药事管理规定[Z]. 卫医政发[2011]11 号, 2011.
- [2] 任敏. 病区药房退药现状及原因调查分析[J]. 中国医药指南, 2012(2):285-286.
- [3] 鲁玉珍,何光明,王迎春,等. 我院病区退药情况分析[J]. 中国药房, 2008(8): 582-584.
- [4] 张静,付秀娟,住院患者退药情况分析[J]. 中国药师, 2008(4): 482-483.
- [5] 处方管理办法[Z]. 卫生部令第 53 号, 2006.
- [6] 李俊. 住院患者退药情况分析[J]. 中国药物与临床, 2011(12): 1422-1423.
- [7] 潘柏良,谢宝芬,张红梅. 10 622 例住院患者退药情况分析[J]. 中国药业, 2011(10): 57-58.

(2013-10-14 收稿,2014-01-13 修回)

编辑:文箫颖