

手写处方和电子处方不合理情况分析

陈 萍, 杨 艳, 张婉婷

(遵义医学院附院 药剂科临床药理学, 贵州 遵义 563000)

[摘 要] 目的: 对比分析手写处方和电子处方的不合理情况, 为规范处方使用提供依据。方法: 依据处方点评标准, 调查点评手写处方 1 800 张, 电子处方 15 697 张, 采集处方的不合理数据, 用 Excel 软件分析比较 2 种处方的不合理差异。结果: 手写处方的不合理率为 62.22%, 电子处方为 50.39%, 电子处方的不合理率比手写处方低 11.83%。手写处方中, 不规范处方居首位, 占 38.89%; 其次是用药不合适, 占 20.55%; 再次是超常处方, 占 2.78%。电子处方中, 用药不适宜居首位, 占 48.03%; 其次是不规范处方, 占 1.85%; 再次是超常处方, 占 0.51%。结论: 应重视手写处方和电子处方的管理, 对手写处方应强化规范性点评, 对电子处方应提高不适宜用药的干预力度。

[关键词] 手写处方; 电子处方; 处方点评; 不合理情况

[中图分类号] R197.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)01-0102-02

处方是医师在诊疗过程中为患者开出的用药凭证的医疗文书, 是医疗治疗的重要载体, 它不仅具有经济性, 还具有技术性和法律性。处方作为用药凭证以及治疗依据, 反映了医生治疗水平的高低和医院医疗信誉的好坏, 同时关系着患者的健康与生命。因此, 加强处方管理、提高处方质量是一件不容忽视的工作。为规范处方使用, 对 1 800 张手写处方及 15 697 张电子处方进行点评, 并对两者的不合理情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源

门诊西药房 2010 年 7 月~2011 年 12 月的手写处方(不包括麻、精药品处方)及门诊西药房 2012 年 1~6 月的电子处方(不包括麻、精药品处方)。

1.2 点评标准

卫生部 2007 年颁布的《处方管理办法》, 2010 年颁布的《医院处方点评管理规范(试行)》, 《新编药理学》第 17 版, 2010 年《中国国家处方集》第 1 版及药品说明书等^[1-2]。不合理处方分为不规范处方、用药不适宜处方、超常处方 3 类^[2]。

1.3 抽样方法

1.3.1 手写处方 每月抽 1 次。第 1 次抽当月星期一全天的门诊西药普通处方, 再按等距随机抽样方法抽出 100 张; 第 2 次抽当月星期二全天的门诊西药普通处方, 再按等距随机抽样方法抽出 100 张。第 3 次抽当月星期三全天的门诊西药普通处

方, 再按等距随机抽样方法抽出 100 张; 如此循环抽样, 既能抽到不同工作日的处方, 又可能覆盖所有出诊医师开出的处方。

1.3.2 电子处方 每月抽 1 次, 第 1 次抽当月星期一全天的门诊西药普通处方, 第 2 次抽当月星期二全天的门诊西药普通处方, 第 3 次抽当月星期三全天的门诊西药普通处方, 循环抽样同手写处方。

1.4 评价指标

2 种处方的评价指标均依据《规范》第 4 章第 17 条, 即不规范处方的判定指标 1~15 项、第 18 条用药不适宜处方的判定指标 1~9 项和第 19 条超常处方的判定指标 1~4 项来评定^[2]。

2 结果

2.1 处方数

手写处方为每月 100 张, 18 个月, 共计 1 800 张; 电子处方为抽样日的门诊西药全天普通处方, 6 个月, 共计 15 697 张。

2.2 不合理处方

手写处方中不合理处方 112 张, 不合理率 62.22%。在 112 张不合理处方中, 不规范处方 70 张, 不合理率 38.89%; 用药不适宜处方 37 张, 不合理率 20.55%; 超常处方 5 张, 不合理率 2.78%。电子处方不合理处方 791 张, 不合理率 50.39%。在 791 张不合理处方中, 不规范处方 29 张, 不合理率 1.85%; 用药不适宜处方 754 张, 不合理率 48.03%; 超常处方 8 张, 不合理率 0.51%。见表 1。

表 1 手写处方和电子处方不合理情况比较
Tab. 1 Comparison of unreasonable condition between
handwritten prescription and electronic prescription

不合理类型	手写处方		电子处方	
	份	不合理率(‰)	份	不合理率(‰)
不规范处方	70	38.89	29	1.85
处方前记错误	0	0	4	0.13
处方缺项	26	14.44	7	0.45
医师字迹难辨认	20	11.11	0	0
未使用药品规范名称	8	4.44	0	0
药品剂量、规格不规范	9	5.00	0	0
药品用法、用量不规范	5	2.78	6	0.51
药品超量使用未再次签名	2	1.11	12	0.76
用药不适宜处方	37	20.55	754	48.03
临床诊断与用药不适宜	16	8.89	435	27.71
溶媒选用不适宜	4	2.22	9	0.57
药品用法、用量不适宜	10	5.56	71	4.52
联合用药不适宜	7	3.89	239	15.23
超常处方	5	2.78	8	0.51
超说明书用药	5	2.78	8	0.51

3 讨论

处方由前记、正文和后记组成,每一项都对合理用药、预防差错有着非常重要的作用^[3]。对 2 种处方不合理情况分析后发现,手写处方中不规范处方的不合理率 38.89‰,用药不适宜处方率 20.55‰,超常处方率 2.78‰,说明手写处方不合理的首要因素是不规范处方。在不规范处方中,处方缺项是首要因素,占不合理率的 14.44‰,缺项常见于处方前记,即患者的性别及年龄、临床诊断、门诊科室名,处方正文的药品的规格及剂型、医师及药师的签名或盖章。对手写处方的不合理情况统计结果说明医务人员对处方书写完整性的重要性认识不够。医师字迹难辨认项占手写处方不合理率的 11.11‰,这提示未实行电子处方的医院管理者有必要对医生进行处方规范书写培训。

规范的处方书写是合理、安全用药的前提,直接关系到患者的治疗效果与生命安危,不合格处方在某种程度上将导致不合理用药的发生^[4]。由表 1 得知,电子处方中不规范处方的不合理率 1.85‰,用药不适宜处方 48.03‰,超常处方 0.51‰,这说明电子处方不合理的首要因素是用药不适宜处方。在用药不适宜处方中,临床诊断与用药不适宜是首要因素,不合理率占 27.71‰。在电

子处方样本中,此类问题多为临床诊断书写不全所致。电子处方与手写处方相比,电子处方的不合理率 50.39‰,手写处方的不合理率 62.22‰,电子处方下降了 11.83‰,说明医院电子处方的推行,提高了处方合理率^[5]。

在不规范处方中,电子处方的不合理率仅为 1.85‰,而手写处方是 38.89‰。表明电子处方的使用不但杜绝了因手写处方字迹潦草引发的用药差错,杜绝了因药品品种众多,医师记忆不清药品规范名称、规格而让患者往返修改的不便,同时还提升了医院的医疗服务及管理模式。本次处方分析证明推行电子处方大有益处,与文献报道相一致^[6]。

在用药不适宜处方中,电子处方及手写处方不合理率居首位的都是临床诊断与用药不适宜,不合理率分别为 27.71‰及 8.89‰,提示重视医师的在职继续教育和学习及强调诊断的完整性尤为重要;其次,在电子处方中导致不合理率居高的原因还有联合用药不适宜,不合理率为 15.23‰。联合用药不适宜多表现在中成药的联用,因此如何引导中成药的合理应用,是今后值得探究的课题。在手写处方中导致不合理率较高的原因还有用法、用量不适宜,不合理率为 5.56‰,这其中多为用量不适宜、使用含糊不清的字句居多,提示医院管理者应加强在职医生的药学知识再教育。

在超常处方中,电子处方及手写处方超说明书用药的不合理率为 0.51‰和 2.78‰。药品说明书是药品基本的信息源,是医生使用药物治疗疾病、药师调配发药、护师配液给药、患者自行服药的重要理论依据,也是判断用药行为是否得当最具法律效力的依据^[7]。随着人们法律意识的提高,在关注自身健康的同时,也更加关注医生的治疗行为。当患者发现说明书适应症与自己的病情不符,或者用法用量不一致时,就会产生疑问,甚至引发医患纠纷^[8]。在目前还没有合法规避执业风险的前提下,不倡导超说明书用药。

此次对 17 497 份手写处方和电子处方点评发现,2 种处方都存在书写不合理现象,所以,应提高手写处方的规范管理,加强电子处方的不适宜用药的干预力度。

4 参考文献

[1] 吴方建. 解读《处方管理办法》条例[J]. 医药导报, 2007(7):695-701.

(下转第 106 页)

示,无论是高分组还是低分组,在此题的丢分都较多,说明学生在综合应用型题目上仍缺乏足够的准备。此外,在教学过程中,也发现学生在学习本门课程时并未将其作为一门今后必须掌握的技能学科去学习,而是单纯的以完成学习任务的形式在学习,这就影响了他们的学习积极性,从而在这类综合应用型的题目上丢分。第三,名词解释、问答题和分析题难度适中和区分度较好,能较好的反映出学生的水平和差异。但从各题的认知分级情况上看,这三类题型考查的内容均是要求掌握的知识,且其中部分知识点是可以通过死记硬背就得分的,因此这类题型在考查学生时也缺乏一定的灵活性。而这种多数可以通过不加理解的记忆即可得分的知识也是被学生遗忘最快的知识,无法达到教学的真正目的。对于临床学生而言,学习《预防医学》不仅仅是要求他们具有群体预防的观念,还要求学生能够掌握个体预防的知识和技能,并能将这些知识与技能应用到今后的实际工作中去。因此,在今后教学和考查学生学习情况的过程中,应更加注重应用型知识的考查,加大分析题和综合应用题型所占比例。

对各班学生成绩分析发现,学生平均分为 (66.89 ± 10.892) 分。A、D、F 3 个班的平均分分别为 70.08 ± 9.22 , 70.77 ± 9.17 和 59.75 ± 10.15 ,A、D 班及格率及优分率较高,而 F 班不及格率较高,说明二本统招本科班的成绩优于三本统招班成绩。结合日常教学情况发现,二本统招学生在学习态度上相对较为端正,对待考试的态度也较为严肃,能够充分复习。虽然近年来三本统招班的辅导

员及班干在学生出勤方面进行了较为严格的管理,但是单靠提高出勤率并不能从根本上提高学生学习的积极性和端正学习态度。因此,要想提高三本学生考试成绩,不仅需要授课教师在教学方法上有所改进,增强学生学习所学科目的兴趣,同时需要辅导员及学生的共同努力,增强专业意识,端正学习态度,才能更有效的提高学习成绩。

4 参考文献

- [1] 许志强,周华东,李静,等. 试卷分析系统在神经病学教学中的应用[J]. 重庆医学,2010(10):1311-1312.
- [2] 熊石龙,王前,郑磊,等. 临床医学八年制实验诊断学试卷分析与思考[J]. 中国实验诊断学,2011(3):563-565.
- [3] 蔡琳,许能锋,何保昌,等.《流行病学》试题库的应用于分析[J]. 福建医科大学学报(社会科学版),2010(3):30-32.
- [4] 赵力,李渝萍,彭家和,等. 生物化学期末考试试卷的分析与评价[J]. 基础医学教育,2008(3):231-233.
- [5] 王一任,曾小敏,王乐三,等.《医学统计学》试卷分析与教学改革思考[J]. 湖南医科大学学报(社会科学版),2009(2):161-162.
- [6] 李新,关明云,包红. 医学统计学试卷的质量分析与思考[J]. 中国卫生统计,2011(4):476-477.
- [7] 姜余梅,李健,苗绪红,等. 临床医学七年制遗传学试卷分析与评价[J]. 医学教育探索,2010(9):1254-1256.

(2012-11-27 收稿,2013-01-09 修回)

编辑:张丽君

(上接第 103 页)

- [2] 吴永佩,颜青.《医院处方点评管理规范(试行)》释义与药物临床应用评价[J]. 中国药房,2010(38):3553-3557.
- [3] 陈萍. 处方组成与合理用药[J]. 遵义医学院学报,2010(4):364-365.
- [4] 栾家杰,吕丽丽,汪平君. 定量评价新的《处方管理办法》对门诊处方质量的影响[J]. 中国药事,2008(4):289-290.
- [5] 庄贵华. 某医院电子处方系统实施《处方管理办法》的

分析[J]. 西北药学杂志,2011(5):382-384.

- [6] 刘燕,王峻峰. 电子处方系统应用优势与问题分析[J]. 中国数字医学,2007(5):35-36.
- [7] 邵蓉. 医疗机构涉药人员执业风险防范与规避[J]. 中国药房,2007(28):2163-2164.
- [8] 王芳. 药品说明书引发医患争执的思考[J]. 中国药师,2007(4):402-403.

(2012-10-08 收稿,2013-01-19 修回)

编辑:文箫颖