

数量打分,如好、中、差。(2)BARS法,与打分法类似,但对好、中、差规定了具体要求 and 标准,例如,好就是质量始终保持良好,几无差错;中是在监督下可以过得去;差是常出差错。这种打分还可以打得细些,如分成五个等级。(3)清单法,列出一系列与工作有关的品质或活动要求,逐项对照评价。(4)关键事件法,根据一段较长时间中发生的几件重要事件的工作表现来评价雇员。(5)基于目标的评价方法,主要根据工作标准来评价雇员。药房主管人员和雇员一起检查已制定的工作标准,鉴别哪些项目是以后职务发展中要加强的,然后把这些目标(即加强的项目)作为评价的主要工作标准。基于目标的评价方法比较客观,也比较能拉开雇员的表现档次。

药房雇用的评价应与雇员的提薪,提职和个人发展联系起来,能力强,表现好的雇员得到奖励和重用。这种评价通常一年两次,每次评价都有文件记载,以便以后进行纵向比较。对药房雇员的评价主要由药房主任和雇员的直接监督者参加。

除以上之外,药房在人事管理的其它方面也做了一些探索和实践,如药房主管人员的管理,对违纪雇员逐步实施的纪律措施

等。

美国医院药房在人事管理方面的理论和实践以及经验对我国医院药房的人事管理具有一定借鉴作用。尽管两国制度不同,国情不同,但基于人才选拔、激励,评价和使用的一些原理还是相同的。

参 考 文 献

1. 丹尼尔:管理思想的演变,中国社会科学出版社,1986,539
2. Joe E, Smith, Am J Hosp Pharm, 1989, 46, 1153~61
3. 卡尔海耶尔,美国管理百科全书选编,时事出版社,1984年, n, 278
4. Patricia A. Chase, Am J Hosp Pharm, 1989, 46, 1162~9
5. Sara J White and Joyce A. Generail, Am J Hosp Pharm, 1984, 41, 1361~6
6. Sara J White, Am J Hosp Pharm, 1984, 41, 928~34
7. Steven R. Ross, Am J Hosp Pharm, 1984, 41, 1567~73
8. Steven R. Ross, Am I Hosp Pharm, 1984, 41, 1173~7
9. American Society of Hospital pharmacists, Am J Hosp Pharm, 1982, 39, 1212~3

门 诊 不 当 处 方 分 析

解放军总医院药材处 颜 青 夏金俭

门诊处方是衡量门诊质量的窗口之一,管理好门诊处方对于提高门诊医疗质量和医生合理应用药物水平及确保治疗效果均可起到一定作用。为此我们对近年的门诊处方进行分析,借此促进用药质量。

一、门诊处方的统计和质量现状

从1988年全年处方454,417张中,查出
不当处方94张(0.021%)、超限量处方203

张(0.045%)、假处方57张(0.012%)和
重复处方10张(0.0022%)。

对1989年门诊处方的10种情况作为不当
处方分析:(1)处方前记不全,(2)药品
名称错误,(3)未写明药品数量和规格,
(4)药品规格错误,(5)用法不当
或不明确,(6)药品剂量超过常规用量,
(7)药品开出量超过处方限量规定,(8)

药品和制剂以不规范方式开列, (9) 假冒医生签名和书写处方, (10) 漏费处方。全年10类处方共计223张, 占全年处方量的0.053%。

二、不当处方的分析

1990年对门诊处方进行重点抽查, 由6月27日至29日3天处方, 总计4053张进行分析, 本院职工处方818张(占20.18%), 不当处方及漏费处方38张(占0.93%)。并在此基础上对9月份不当处方加以统计, 结果发现30张处方在处方前记和医生签名等方面出现82次疏漏, 频率最高的是缺门诊号(占25.61%), 其次为缺医生签名(18.29%)。在正文中出现差错的处方105张中, 最常见的差错为药品的含量和规格的错误, 占65.71%, 其次为药品的错误, 占16.19%。有28张处方见不合理用药, 其中以药量过大为主, 占57.14%, 其次为重复用药, 占14.29%。其他问题处方49张, 其中以开出总药量多为主(占87.5%)。综上所述, 由

4项不当处方(212张)中分别占14.15%、49.53%、13.21%和23.11%。主要问题在处方的正文书写上。

三、不当处方的原因分析

门诊处方质量不高是长期存在的问题, 究其症结, 客观因素有门诊量大, 易出现笔误, 如麻仁润肠丸每晚一个塞肛门, 复方吠喃西林点眼等; 由于门诊医生流动性大, 年青医生轮转, 实习、进修医生多, 对用药规律不甚了解, 对处方的法律作用更不重视等。

另外, 从不当处方分析中可见, 正文书写错误占49.53%, 如药品含量错误: 华法令2.5mg写成0.5, 赛庚啶2mg写成25mg, 哌唑嗪1mg写成0.1等; 氯霉素眼液, 安乃近滴鼻剂不写百分浓度; 处方正文还出现复方甘油片、含片、1%肾上腺素这样模糊药名。这反映出书写不认真和医生知识面不宽有关。同时从处方开出药量过大反映出“人情方”的问题。

表1 不合理的药物配伍

药 名	药物相互作用
双氢克尿塞+安体舒通	由于可引起严重低血钠症, 应加强监护
胃复安+颠茄	作用相互抵抗, 不宜合用
安坦+金刚烷胺	副作用↑, 一般忌合用, 必要时可减量使用
茶硷+喘定	不宜合用
硝苯吡啶+氨酰心安	血压↓, 心血管抑制作用↑, 不宜合用
阿司匹林+降糖灵	可使血糖降低或引起低血糖昏迷
硝酸戊四醇酯+巯甲丙脯酸	慎用!
阿司匹林+巯甲丙脯酸	降低或缩短后者作用
洋地黄毒甙+氨苯喋啶	降低或缩短后者作用
麻黄素+氯化胺	降低或缩短前者作用, 使血药浓度降低
胃复安+山莨菪硷	作用相互抵抗, 不宜合用
强的松+长春新硷	毒性增强?
普罗本辛+胃复安	作用相互抵抗, 不宜合用
阿司匹林+华法令	易引起出血, 注意调整用药剂量
哌唑嗪+硝苯吡啶	可使血压↓, 一般忌合用, 必要时可减量使用
氨茶硷+地塞米松	降低或缩短前者作用
氨茶硷+喘定	不宜合用
地高辛+硝苯吡啶	加强或延长前者作用, 需酌情减少前者用量
异烟肼+强的松龙	不能长期使用, 应用时注意定期查肝功能

从表1可以看出许多不合理的药物配伍问题(0.26%),由于临床使用药品名繁多,药物的药理作用复杂,要完全合理用药必须经过认真学习和长期锻炼。

四、改进建议

1. 加强教育,重申处方权限、处方书写、处方限量、处方保管等处方管理规定;进修、轮转、实习医师需把处方管理规定纳入岗前教育内容之一。

2. 编辑“门诊常用药物剂量与包装”,拟为医师正确书写处方提供帮助。

3. 门诊药局需加强药品及处方管理,药师有权监督医师用药,对不符合处方管理规定的处方,漏费及人情处方应予退回或扣发。

4. 门诊病人在门诊或医务室就诊开方;门诊药局取药;门诊处方与住院处方均应有特殊的显示标志。

5. 严格执行管理制度,单位和个人对处方制度执行的好坏,直接与科室目标管理考评挂钩,奖罚分明。

6. 加强药师同医生的联系,密切合作,普及临床药理和合理用药的宣传教育,提高医生对药物的了解。

五、小结

本文对门诊处方中的不当处方加以初步分析,发现存在不少的问题。这对医院领导的管理将有参考作用,如经常抽查,分析问题,不仅可提高处方的正确性和合理性,同时也提高医疗管理质量和节约药费开支。

医院制剂室硬件设计与软件管理的体会

解放军254医院 阎希军 吴乃峰

制备高质量的制剂,必须具有合乎制剂生产要求的建筑设施和标准化的质量管理。但对于医院制剂室的建筑设计和制剂设备,国家尚无统一的具体标准。笔者在本院制剂室系统改造中,结合原制剂室建筑的情况,使技术标准达到了国内医院制剂先进水平。即“四级截流制备高纯度注射用水;暗流三级过滤药液装置。洁净半自动大输液生产流水线;质量检查控制一体化系统”。近三年来使用表明,符合GMP规范的要求,共研制大输液剂500余批,达100万瓶,产量和质量明显提高,并且减少能源消耗,大大减轻了劳动强度。

一、总体布局

制剂室的布局和生产工艺流程直接影响药品质量,我院改造后的灭菌制剂室总面积600m²,人流、物流两条线,并分为办公区,过渡区、控制区,质量检验区,每个区

采用不同标志,着不同颜色的服装,控制了人员混流,做到物流洁净与污染分区进行,不同区域制定不同卫生消毒标准。实行岗位责任制管理手段,避免了制剂生产中的交叉污染机会,洁净区采用半透明塑料双层顶棚,将各种管道及灯具都装入上层,全部采用铝合金玻璃框架结构,采光性能好。动力系统集中供电,半自动程序控制,制剂流程采用循环式进行。

二、四级截流制备高纯度注射用水系统

多年来采用传统式蒸馏法制备注射用水,pH和NH₃检查常不易合格,这大多与原水及锅炉供应的蒸气质量有关。如原水中含有二氧化碳可生成碳酸,使水的pH降低。另外,水中含有挥发性铵盐或原水受锅炉铁质影响,则所制蒸馏水pH往往偏高,或者铵盐不合格,有时出现氯离子、重金属的不合格,其原因是冷凝器长久使用而出现的渗