

氨苄青霉素钠出现热原反应 13 例中, 剩余液鲎法检查呈 (+) 有 4 例, 其中胶塞穿刺部位漏液 2 例, 对照组鲎法检查均显 (-) 反应。输入葡萄糖注射液加庆大霉素后出现热原反应 6 例, 其中瓶盖松动 4 例, 剩余液鲎法检查呈 (+) 3 例, 对照组中鲎法检查均为 (-), 上述情况可以考虑为输液污染所致。在调查中发现内科发生输液反应的例数明显高于外科。内科患者输液时往往配伍用药多。我们认为除了与患者本身的身体素质有关外, 药物超剂量使用、输液中配伍用药增多也是引起热原反应的因素之一。因为输入体内的致热原, 有个累积过程, 单一给药一般不会超过致热量, 若多元化给药, 或超剂量用药, 使每种药物中的致热原累加达到机体的致热剂量, 即可发生热原反应。因此, 在临床运用环节上除了护士在操作时加强无菌观念外, 应尽量减少在输液中的配伍用药, 恰当地选择输液作为药物的溶媒, 避免药物在液体中析出。医院应重视临床配药室环境空气的改善工作, 有条件的单位可以建立层流净化配药室, 对防止输液热原反应具有重要的意义。

3. 与输液生产、贮存环境有关 在输液的生产 and 贮存上应注意防止季节性输液热原反应。从 105 例输液热原反应调查结果看, 使用 3 ~ 7 月份生产的输液有 79 例, 占 75.2%, 具有明显的季节性。特点是春夏季发生率高, 同一品种呈散在性分布; 不同品种、不同规格、不同批号的输液均有发生。我们认为在该季节时气温回升、阴雨连绵、空气

湿度大, 是霉菌、酵母菌等微生物生长繁殖的良好时机, 给输液的生产 and 贮存带来不利因素。如灌装室内缺乏通风除湿设备, 在停配期, 密闭时间较长, 导致层流净化装置器滤网内霉菌滋生, 当再次使用时, 霉菌可随净化空气在室内播散。因此, 配制完毕要及时清场, 输液应及时灭菌, 室内及时定时通风除湿, 开启净化机组 1 小时以上, 对保持干燥、防止霉菌滋生具有重要作用。同时, 配制前应加强室内消毒, 加强生产环境的防污染工作。另外, 输液包装与贮存条件也是不容忽视的问题。如输液的密封性要好, 成品库内应设有通风除湿设备, 成品应置货架上存放, 货架之间留有通风道, 避免靠墙, 防止标签、瓶壁生霉。临用前应注意检查, 对铝盖松动、胶塞漏气、瓶身破裂的输液不得使用。

4. 引起输液热原反应的致热原 静脉输液后引起机体发生致热反应的物质有异性蛋白质、死或活菌体、细菌代谢产物、酵母菌、霉菌等, 甚至病毒也能产生热原。从 105 例输液热原反应的剩余液鲎法检查结果看, 呈 (+) 反应的仅有 16 例, 呈抑制反应的有 24 例, 大部分呈 (-) 反应。显然临床发生输液热原反应大多数为非细菌内毒素所致, 应考虑其它致热原。值得注意的是, 105 例剩余液中肉眼可见微粒、异物的有 36 例, 输液中的不溶性异物也可使机体产生异物反应。因此, 在防止输液热原反应发生的时候除了避免微生物的污染外, 也应考虑到异物对机体的刺激反应。

处方复核是药房质控亟待强化的薄弱环节

程皖鲁

(济宁医学院附属医院 济宁 272129)

医院药房处方复核是防止处方差错的一项重要的规章制度, 早已为人们所熟悉。但

实际情况却不尽人意。本文从处方复核的执行情况, 问题产生的原因和应采取的对策, 提

出个人的看法如下。

一、处方复核是医院药房质控薄弱环节

目前,医院药房处方复核制度执行状况并非尽人意。针对这一问题,我们调查了 20 所不同地区的县以上医院,其中一所医院药房执行调配复核制度;一所医院药房在行政班能执行制度;18 所医院药房均未执行,调配、发药均由一人独立完成。凡有学生实习期间,均能执行核对制度;即实习学生调配,带教老师复核发药。多数医院曾有过执行复核制度,由于多种原因没能坚持。医院向患者承诺后,其它环节得到加强。但处方复核制度未能恢复,多数医院反映发药窗口人员少,排班难。由于处方发药未执行复核引起的发药差错时有发生,个别酿成医疗事故。

绝大多数医院的处方,正文下印有发药、核对(检查)栏项,但实际签字的只有发药人,无核对(检查)人签字,个别三级医院也不例外,这是明显的医疗文书缺陷和违反操作规程现象。

二、问题的原因分析

(一)领导重视不够

缺乏对第一线窗口调配发药质控环节的了解,仅注重药房日常的供药保障,忽视基本规章制度的检查、督促;强调对发生问题后的处理,忽视差错事故预防的措施。

(二)规章制度落实不到位

绝大多数医院药房规章制度虽已建立,但重点环节落实不到位。较长时间里,复核制度这一质控重要环节无人过问,更得不到落实。有的医院达标上等级期间,调集人员执行复核,评审一结束又恢复原状。把处方复核执行,看成是可有可无的制度。

(三)缺乏激励机制

药房调配发药工作,实行早、中、晚班,倒班多,工作辛苦,责任大,致使少数职工提出种种理由,要求照顾,离开发药窗口。造成编制满额甚至超编,而一线人员紧张的局面。

(四)存在侥幸心理

个别药房负责人存有侥幸心理,认为多年调配处方虽有差错,但对病人生命并没有造成明显后果,长期不予重视,为导致差错的升级埋下了隐患。

(五)发药场所拥挤操作不便

由于历史原因,药房建筑设计仍跟不上发展需要,出现场地狭小,工作间内拥挤,给处方复核带来一定困难也是原因之一。

三、对策

(一)提高认识必须把执行处方复核制度是确保病人提高对方复核重要性的用药安全是一项重要制度来认识。只有这样执行处方复核才能落到实处。因此,领导要深入一线调查研究,了解存在的问题和困难,保证复核制度的执行。

(二)监督到位,强化职责,规范操作程序:收方-审方-调配-复核-发药。坚持调剂“三查”、“五对”,处方调配人及复核(检查)人均须在处方上签字。把处方复核制度列入医院质量评比内容,质检评比小组每月、季抽查部分处方进行评判打分,对缺项漏填内容视为缺陷处方,进行奖惩。并且不定期到现场察看执行制度情况,发现问题及时纠正。

(三)窗口发药是患者来院就诊的最后一环,一旦发生差错,无法追踪和弥补。因此,要转变观念,一切围绕病人为中心,选拔责任心强、业务素质好的人员充实一线窗口,提供优质服务。

(四)改善环境,调整布局 创造有利的工作条件,是发药窗口优质服务的条件之一。把传统的相隔方寸窗口封闭式投药方式改为柜台开放式,直接与患者对话。调整药房布局,增大工作场地面积,每百张处方不低于 8m^2 ,饮片调剂每百剂不低于 10m^2 ^[1]。调配、核对人员共同操作,既能杜绝差错事故的发生,又能使病人感受到面对面的关怀。

(五)建立机制,政策倾斜 为执行处方复核制度,解决排班的问题,激励一线上岗,

制定优惠政策是必不可少的手段。采取根据处方工作量、值夜班多少,确定先进,晋升晋资优先,奖金给予倾斜,与二线支持系统在待遇上有明显区别。我院从1993年实行了以

上办法,较好地解决了因执行复核制度缺人排班难的状况。

参考文献

[1]吴水佩等.医院药学的发展与方向.中国医院药学杂志.1996.16(12):566

医院自配制剂价格确定的我见

于西全 康鲁平

(南京军区福州总医院药剂科 福州 350001)

各个医院自配制剂,由于它不对外销售仅供本单位内部使用,报批时只报制备方法、处方来源、质量控制、急性毒性反应及不良反应,而价格无统一审批,结果各地各医院价格极不统一,个别品种差异甚大,同一种制剂价格大相径庭,对药品市场造成一定的混乱,也引起伤病员误解。最近国家计委、计价管(1997)199号文件规定:医院自配制剂应维持简单生产,保本销售,其计算公式为:成本价=原料+包装+水电+管理(工资、厂房)+折旧+耗损(西药5%,中药20%)。这样就有了一个统一计算办法和规定,但公式比较笼统、抽象、本文结合上述文件精神,根据医院实际探讨如下:

一、原料费用

应以市场批发价(正规医药站主渠道进药)×耗损(西药5%、中药20%)作为基准,也可直接从厂家进药,价格仍按批发价计算,制剂所用原料必须采用药用规格。

二、包装费用

随着人民生活水平不断提高,药品包装也逐渐走上正规化,要求实用、美观、清晰,虽然成本有所增加,但提高了药品质量又符合卫生要求。建议包装规范化,如100ml可采用一次性内服无毒药用塑料瓶或玻璃瓶,标签采用不干胶,并带药杯药勺。

三、水电费用

应按当地收费标准计算,计算方法按每天8小时上班,共用多少水、电,再平均算入所配制剂药的成本中。

四、劳务费、厂房投资回收费

即制剂室总人数,包括药检、消毒、分装人员在内的工资,劳务费=每天工资总数÷配制瓶数(天)。

厂房一般按每平方米(新建并有净化消毒设施,符合GMP标准)3000.00元计算,使用期按25年计算(如:100m²×3000÷25÷365÷每天所配瓶数=每瓶费用)

五、折旧费

所有设备按10~15年使用期计算,方法同上。

六、耗损

西药按5%、中药按20%计算。

七、讨论

各医院自配制剂应按照国家计委、计价管(1997)199号文件精神,严格价格管理,统一按上述6项费用计算成本价,不得各自为政,这样有利于价格统一,便于管理,对无条件的单位可实行关停并,严格按照规定办事,使制剂质量、价格走向正规化。上述看法供各医院参考。