

我院门急诊药房退药问题分析及对策

林福林, 庞素秋(解放军第180医院药学科, 福建 泉州 362000)

[摘要] 目的 通过对退药原因的分析, 讨论如何加强管理, 减少退药行为发生, 促进和谐医院的实现。方法 对我院2009年10月至2010年7月门急诊药房220份退药申请单进行统计分析。结果 退药原因主要有: 出现不良反应、医生因素、患者拒绝用药、病情变化等。结论 应建立严格的退药制度, 规范医师用药行为, 加强医患沟通, 提高患者用药依从性, 从而减少退药的发生, 进而提高门诊药房的药品管理水平。

[关键词] 门急诊药房; 退药; 原因; 分析

[中图分类号] R952 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1006-0111(2011)04-0300-04

Analysis and countermeasure of outpatient and emergency drug return in our hospital

LIN Fu-lin, PANG Su-qiu (Department of Pharmacy, 180th Hospital of PLA, Quanzhou 362000, China)

[Abstract] **Objective** To strengthen administration and reduce drug return through analyzing the outpatient and emergency drug return. **Methods** The data of 220 cases of drug return from October of 2009 to July of 2010 were analyzed statistically. **Results** The main reasons of drug return included adverse drug reaction (ADR), a factor of doctor, poor drug compliance of patients and disease change, etc. **Conclusion** In order to reduce the incidence of drug return, strict system of drug return should be established for standardizing doctor's drug utilization behavior, and the communication between doctor and patient should be strengthened to improve the drug compliance of patients.

[Key words] outpatient and emergency pharmacy; drug return; analysis; countermeasure

药品作为一种特殊商品, 其质量直接关系到患者的安全和健康^[1], 尽管国家卫生部和中医药管理局颁布的《医疗机构药事管理暂行规定》指出: “为保证患者用药安全, 药品一经发出不得退换”, 但在实际工作中由于药品、医护人员、患者等多方面的原因, 大部分医院药房一直准许在医生写明原因并保证药品质量的情况下给予患者退药, 本院退药情况也比较严重, 门急诊患者退药依旧是门诊药房一个常见而不可回避的问题, 这不仅增加了医患纠纷, 而且在患者用药安全环节上也存在一定隐患。为了规范退药, 减少不合理退药, 我院药学科于2009年10月建立了《门诊药房退药制度》, 界定了合理退药的定义, 即病人用药后发生的不良反应(ADR), 需由开具处方的医师填写退药申请单, 医务处签署意见后方可办理退药, 医师需同时上报ADR报告, 药师在受理病人退药时需核实退药原因, 审核不良反应是否填写正确, 每月将各科退药数量、金额及原因进行汇总分析, 提出改进意见, 由医务处对退药医师进

行考核。我们收集了2009年10月至2010年7月以来我院门急诊药房的220份门急诊退药申请单进行统计, 从中分析原因, 找寻对策, 进而减少和规范退药行为, 为医院管理人员的决策提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院门急诊药房的患者退药处方, 以退药处方上记录的退药理由为退药原因, 将220份退药事件进行汇总统计。

1.2 方法 按退药原因、退药品种及退药科室运用Excel表进行分类录入及数据处理, 药品种类按《国家基本药物制剂品种目录(2009年)》进行分类。

2 统计结果

2.1 220例门急诊退药原因比例(见表1)

退药原因项中“药物不良反应”主要包括药物过敏反应, 消化道反应, 其它副作用及输液反应等; “医师因素”包括: 药品规格、剂型错误, 药名相近致医生笔误, 药物成分相同而商品名不同致重复用药, 药量超标, 药品超目录范围, 患者对药品有禁忌症, 不同科医师重复开药等; “患者拒绝用药”包括: 患者认为不对症, 药品厂家不符, 药品包装不符, 用药途径不适

[作者简介] 林福林(1981-), 男, 药师, 执业药师。Tel: (0595)22190922, E-mail: flynnbeijing2008@163.com.

[通讯作者] 庞素秋. E-mail: ahpang20031300@hotmail.com.

应,以前用过此药觉得疗效不佳,害怕副作用,药量过多,拒绝检查而退诊断药,认为药品不便家庭保存,对医院的服务不满而产生怨气等;“患者病情变化”包括:病情加重住院,转科,病愈,停止手术,更换治疗方法,取消检查,患者死亡等;“其它”包括:效期近或短,药品包装有瑕疵,口服药霉变等;“不合理用药”包括:药物配伍禁忌,无指征大处方等。

表1 220例门诊退药事件的退药原因及构成比

退药原因	退药处方数	占退药总处方数百分比(%)
药物不良反应	62	28.2
患者拒绝用药	51	23.2
患者病情变化	18	8.2
不合理用药	6	2.7
医师因素	58	26.4
药房缺货、收费错误	12	5.4
检查或手术	4	1.8
其他	9	4.1
合计	220	100

2.2 按药物类型统计及构成比(见表2)

表2 退药药品的分类情况及构成比

药物类型	退药次数	占总退药次数百分比(%)
抗菌药物	48	21.8
循环系统药物	38	17.3
消化系统药物	49	22.3
泌尿系统药物	2	0.9
内分泌系统药物	4	1.8
神经系统药物	2	0.9
五官科药物	7	3.2
皮肤科药物	35	15.9
妇科药物	11	5.0
造影剂	16	7.3
解热镇痛类药物	3	1.4
其他	5	2.3
合计	220	100

2.3 处方退药科室及构成比(见表3)

3 分析与讨论

3.1 退药原因

3.1.1 药物不良反应(ADR) 不良反应导致退药情况占了28.2%,居退药原因的第一位,成为门诊退药的主要原因。退药较多的品种有:①抗菌药物及消化系统药物。目前抗菌药物应用比较普遍,在临床使用中,应严格按照抗菌药物管理原则,制定适合本单位的抗菌药物使用指导原则,并严格加以执行;②循环系统用药。临床用中药制剂治疗心脑血管疾病越来越多,中药有效成分提取工艺较

为复杂,制备过程中混存的微量不纯成分,存放过程中质量发生变化,使用过程中与其他输液配伍使不溶性微粒增加等因素均有可能导致不良反应的发生;③其它中成药。中药缺乏严格的质量控制标准,也是导致中药不良反应增加的原因之一,因此,临床在使用中药时应特别注意观察。

表3 处方退药科室及构成比

退药科室	退药次数	占总退药次数百分比(%)
消化神经科	42	19.1
骨科	8	3.6
放射科	8	3.6
心肾呼吸科	24	10.9
妇科	22	10.0
口腔科	10	4.5
耳鼻喉科	19	8.6
眼科	9	4.1
普外科	26	11.8
皮肤科	30	13.6
肝病科	10	4.5
急诊科	12	5.4
合计	220	100

3.1.2 医师因素 医生问题处方是门诊退药的第二个原因。主要表现在:医师对药物知识的更新不够,对本院药品信息的不熟悉,对患者当前病情的了解不详细和以往病史及过敏史的未知,医保和新农合用药政策的不熟悉,对患者用药的解释不耐心具体,电脑操作不熟练等。如:①医师电脑输入错误引起退药。如将银杏叶滴丸开成银杏酮酯滴丸;②因诊断错误造成患者退药。原因主要是医师没能作出正确诊断,如将一脑出血患者诊断为脑梗死,处方7d用血栓通等活血药物,结果第3天患者病情加重住院,导致退药;③医师不了解药物化学成分而重复用药。如在一张处方上开具了复方氯唑沙宗和泰诺林(对乙酰氨基酚缓释片),两者均含有对乙酰氨基酚,如果药师审核处方时没有发现,患者服用后很可能引起肝损害;④因医师不清楚药品的规格、剂型及药物间配伍禁忌而导致退药。如诺和灵和优泌林(胰岛素)系列的同一品种有多种规格,很容易混淆;⑤特殊人群退药。主要由于医师未仔细阅读药品说明书造成,如为呼吸道感染的孕妇开具克拉霉素,患者看说明书后发现孕妇禁用而退药;⑥另外,少数医师受经济利益驱使为患者开具大处方,也是引起患者退药的原因之一。

3.1.3 患者因素 患者拒绝用药引起退药,是门诊退药的第三个原因。患者的身体及对药品的耐受情况,患者的病情变化,患者对医学知识和药品的了解

程度,对药品的消费观念,对个人以往病史及过敏史的认识程度,患者的经济情况等都可引发患者退药。①有些患者仅用药一两次认为疗效不明显,就要求医师换药,这主要是一些儿科患者的家长治病心切,盲目要求换药;②随着人们对药品知识水平的提高,自我保健意识的增强,许多患者在用药前会认真阅读药品说明书,发现所开药品对自己的病情无针对性,未直接标明治疗自己所患疾病,或害怕说明书列出的不良反应,因而对药品产生怀疑,害怕副作用对自己身体的伤害而要求退药;③有些患者受经济条件制约,认为医师开的药价格昂贵,造成经济负担而不愿用药。

3.1.4 病情变化 退药原因主要包括患者疾病治愈而药未用完、病情加重住院而病房不再使用剩余药品及患者死亡,以急诊和儿科多见。①重病患者及老人、儿童等特殊人群,医师对其疾病诊断不是很明确,或对病情变化估计不足而开具药物较多时,极易引发退药;②一些诊断用药如复方泛影葡胺、钆喷酸葡胺、碘普罗胺、硫酸镁溶液、磷酸钠盐口服溶液等的退药原因主要是医师提前开药,由于患者病情变化或放弃检查而退药;③病人转院、病故、病情改变引起的退药。

3.1.5 不合理用药 不合理用药导致的退药药品类别中抗微生物类药物比例最大,主要原因是由于抗生素近年来临床广泛使用,特别是门急诊用药频率高,同时也与医师滥用及不合理使用抗生素有关;消化系统药的退药比例也较大,主要由于该类药物治疗程较长、联合用药品种多,以及患者个体差异对药物的适应性不同。具体类型有:不合理的联合用药、选药不合理、溶媒选择不合理、药物用量不合理、重复用药等,这类问题大部分是药师在审方或药物咨询中发现而主动退药的,这充分表明了药学服务的重要性。分析举例如下:①不合理的联合用药: β -内酰胺类抗生素为繁殖期杀菌剂,大环内酯类抗生素为生长期抑菌剂,两药合用,大环内酯类抗生素会减弱 β -内酰胺类抗生素的杀菌作用,故不宜合用;②选药不合理:临床医生在诊治过程中对患者病史了解不够,药物的禁忌证不清楚导致退药,18岁以下患者应避免使用喹诺酮类抗生素,另外,如有癫痫患者慎用甲磺酸左氧氟沙星,青光眼患者禁用单硝酸异山梨酯等;③溶媒选择不合理:如注射用泮托拉唑钠、青霉素类、头孢菌素类应选用生理盐水;④药物用量不合理:不注意调整特殊人群的用药剂量;⑤重复用药:同一患者不同科室看病所发生的重复用药。

3.1.6 其它 ①药品有效期比较近,特别是自制制剂有效期短,个别药品用量少,很容易到近效期,

患者拒绝使用造成浪费;②药品包装缺损、变质;③一些农村及外来务工的患者由于条件限制,对需要冷藏的药品无法有效贮存,怕影响药品质量而要求退药;④有些患者由于某种原因交完费后当时未取药,到取药时该药已经断货而不得不退药;⑤药剂人员发错药;⑥有些患者要求自费药更换为医保、新农合类药物。

3.2 退药原因的分析 从表1可以看出,“患者出现药物不良反应,医师因素,患者拒绝用药”是引起门急诊患者退药的三大主要原因,是出现频次最多和比例最高的原因。与这三大主要原因最密切相关的人为因素却是医师,患者只是从属地位。医师的不合理用药特别是抗生素的滥用极易引发ADR,医师缺乏与患者的沟通、不耐心细心的解释都大大降低了患者的依从性和配合治疗程度,医师不仔细了解患者的病情发展及对病情的诊断不准确就会不断变更用药,从而造成患者不断退药。

从本文的分析和工作实践来看,退药原因中的医师因素和部分的患者因素都是实际工作中完全可以避免的主观因素。医师因素由医师的业务素质和人文素质决定;患者因素主要是患者的依从性差和不配合治疗,它因医师的诊疗水平和与患者的沟通来主导。患者的特异质和病情的难测以及药品的本身特点和有关药品的政策因素等是实际工作中较难改变的,成为不可避免的退药问题,但仅占退药原因中的极少比例。

4 处理方法

本院日门诊处方量1600余张,患者因多种原因将全部或部分药品退给药房的现象常在医院发生,如处理不当,易引起医患纠纷。建议尽快建立医院退药管理制度,规范退药流程,保证药品质量和患者用药安全。首先必须对能否退药作出明确界定。

4.1 对符合下列条件之一的可以退药 ①药品质量问题:如药品变质,内包装破损等;②药物使用过程中出现严重的不良反应:患者用药过程中出现不良反应或其他特殊情况不能继续使用,确属处方不当(如禁忌证、医生开大处方、诊断错误等)患者不宜继续使用的;③病情发展或改变。

4.2 下列情况,不予退 ①以厂家药品说明书中介绍的副作用为由拒绝用药的;②药品有特殊保存要求的(需避光密封或低温冷藏的药品);③患者自身原因未用完药品的;④无原始有效票据凭证的。

4.3 减少退药,拟采取以下措施

4.3.1 提高门诊诊疗质量,加强医患沟通,提高患者用药的依从性 医师开药前,应仔细询问患者病史、

用药史、药物过敏史以及医保情况,对患者病情明确诊断;同时还要考虑到患者经济承受能力,做到用药既安全有效又合理经济,切莫因利益驱使,给患者开具超使用范围、超剂量的大处方;医师还应向患者解释治疗方案并讲清所开药物的治疗目的、用途及可能发生的ADR,以提高患者用药的依从性;医师处方书写要规范,字迹要清楚,避免药品收费错误。

4.3.2 药师加强临床用药监督,广泛开展药物咨询工作 药师要做好处方审核工作,一旦发现不合理用药或认为用药不合适,应及时与医师联系;积极开展用药咨询工作,直接为患者提供药学服务,解答患者用药疑问,让患者获得正确的用药信息;定期发放药讯,把最新的药品信息和ADR多的药物及时反馈给临床,加强与临床医师的沟通,以减少退药;加强对护士的用药指导,对于输液过程中容易出现过敏反应的药品,如左氧氟沙星输液过程中应减慢输液速度、患者不能空腹输液等,应提醒护士注意,以减少不良反应的发生;及时正确解答用药疑问,避免用药失误,提供更详细的用药知识,让患者更加明白自己所用药情况,帮助医生在治疗过程中提高患者的依从性。

4.3.3 加强处方点评,促进合理用药 医院应针对退药发生较多的药品种类(如抗菌药物、消化系统药物)制订出相应的合理用药规范,并严格执行新《处方管理办法》关于急诊用药一般不超过3d、门诊用药一般不超过7d、单张处方不超过5种药物的规定。为帮助医生掌握更多的用药信息,还可借助医院信息系统(HIS)嵌入合理用药咨询软件,增加药物配伍禁忌和相互作用预警提示,自动拦截不规范处方和不合理处方,杜绝部分由此引发的退药。

4.3.4 加大ADR监测力度,提高医务人员对药品不良反应的认识 及时汇总新的ADR信息,指导临床合理用药,同时加强药品不良反应的公共宣传,正确对待药品不良反应,减少因ADR而引发的退药。可成立医院处方点评专家小组,定期对门急诊处方进行审核,及时让医生知道处方出现的问题,加以纠正。

4.3.5 改善医院内外的社会环境——医师科学诊治,患者文明就诊 综上所述,医院门诊退药问题能否得到合理妥善解决,关系到公众用药安全和社会和谐。要从根本上解决这一难题,需要领导重视,制订合理完善的退药制度,并且医院各科室应相互合作,明确各岗位职责并健全奖惩制度,对于经常开具错误处方和未经仔细审核即调配药品的责任人进行适当处罚,加大违规成本,提高相关人员责任心。而且,应在责任明确的前提下,建立手续简便、合理完善的退药流程,凡退药者,需持门诊病历本、交费收据和需退药品种,经医师签名退药原因;对于因ADR退药者,需携带医师填写ADR报表,到药房办理手续。

【参考文献】

- [1] 谢志洁. 试论药品是特殊商品[J]. 广东药学, 2002, 12(5): 9.
- [2] 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): 1834.
- [3] 寻志坤, 贾立华. 我院门诊药房退药情况及原因分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2009, (6): 436.
- [4] 陈迎春, 安福丽, 相聪坤, 等. 我院门诊药房退药情况分析[J]. 临床合理用药杂志, 2009, 2(13): 99.
- [5] 郁青. 413例门诊退药原因分析及对策[J]. 中国药事, 2008, 22(12): 1146.

[收稿日期] 2010-08-21

[修回日期] 2010-11-03

(上接第297页)

【参考文献】

- [1] Akaho E, MacLaughlin EJ, Takeuchi Y. comparison of Prescription Reimbursement Methodologies in Japan and the United States [J]. J Am Pharm Assoc. 2003, 43: 519.
- [2] 吕景睿, 王迪飞, 张新平. 我国药事服务项目设置分析[J]. 医学与社会, 2009, 22(8): 11.
- [3] prescription costs [EB/OL]. <http://www.nhs.uk/nhsengland/Healthcosts/pages/Prescriptioncosts.aspx>.
- [4] 韩国的医疗信息及医疗保险[EB/OL]. http://www.lotour.com/snapshot/2005-9-13/snapshot_23952.shtml.
- [5] 吴可, 万劫, 韩晟, 等. 我国药事服务费概念初探[J]. 药品评价, 2010, 7(2): 6.
- [6] 医院售药拟收“药事费” [EB/OL]. <http://news.sina.com.cn/c/2007-12-04/123013018770s.html>.

cn/c/2007-12-04/123013018770s.html .

- [7] 王世玲. 公立医院改革方向确定药品15%“顺价加价”政策将取消 [EB/OL]. <http://www.chinavalue.net/Blog/117648.aspx>.
- [8] 郭文博, 张 岚. 模型量化的药事服务费测算方法初探[J]. 卫生经济研究, 2010, 4: 16.
- [9] 苏小鸣. 为药事服务费正名 [N]. 健康报, 2010-4-6(05).
- [10] 卫生部医改领导小组办公室有关负责人就“药事服务费”问题答记者问 [EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/201003/46291.htm>.
- [11] 吴可, 史录文. 医疗机构设立药事服务费问题研究[J]. 中国执业药师, 2010, 7(5): 34.

[收稿日期] 2010-09-20

[修回日期] 2011-03-23