

技术和药政法规的学习,逐步把药品质量管理工
作提高到一个新的水平。

参 考 文 献

〔1〕〔2〕〔3〕〔4〕〔5〕沈阳军区后勤部卫生部编:

《药局合格标准》,1982;谭国恒:“中心
公社卫生院质量管理业务指标的探讨”,医
院管理杂志,第7期,1982。

〔6〕朱登道等:医院管理杂志,第3期,1982。

〔7〕郝煜等:医院药学杂志,第4期,1983。

调配门(急)诊处方的质量管理

第二军医大学附属长海医院 王世祥

一、概述

医院药局是整个医院工作中的重要部门之一,担负着全院药品、器材的请领、预算、采购、保管和供应管理。工作性质既有很强的技术性,又有大量的事务性,既管钱又管物;既要管药品又要管器材,可谓麻雀虽小,五脏俱全。药局工作的好坏,直接影响着全院的医疗、教学和科研工作的顺利进行,尤其在建设现代化医院的今天更是如此。

药局工作虽然繁重而复杂,但抓好药剂质量和主要仪器的供应管理,为临床第一线提供数量充足、质地优良的中、西药材和医疗器械,则是整个药局工作的重要环节。现结合我院情况谈一些体会。

(一) 工作量大

1、与地方医院不同——某些地方医院不管器材。我院既管药品又管器材,工作量大致要增加1/3~1/4。

2、与驻军医院不同——驻军医院一般只收治病情较轻的伤病员。为了教学与科研工作的需要,我院既要收治军人又要收治许多地方伤病员,且病情均较重。病员多,病情重,用药量随之增加。根据统计每天平均门诊急诊处方数达1500~2000张(不含门诊传染科及门诊中药处方数),每天中药处方为150~200帖。全年要开支卫生事业费、科研费、中心费、生产费300万元左右。可

见其工作量之大。

(二) 分科细、用药复杂

我院是一个综合性教学医院,全院共有800张病床,30个科室,24个实验室,由药局直接供应药材的单位就有70多个。由于医、教、研各方面的需要,药材的品种多、数量大,而且有时一个品种往往要制备成好几种规格(如普鲁卡因针剂就有4个浓度,五种包装)。根据1979年年底盘点时统计,我院中西药房所供应的药品(不含化学试剂和部分诊断用药)共有1500多种,其中各种中成药748种,西药840种。

分科细、用药复杂它不仅说明工作量大,而且要求药工人员要有相当熟练的专业知识,否则就难以圆满地完成上述工作任务。

(三) 进修生多,实习生多,差错处方也多。

我院在通常情况下,每年平均接收进修生100~150多名,实习生200~300名,他们不熟悉我院协定处方,又处于不断的轮转之中,有的同志受药物知识所限,对药物的配伍禁忌、药物的用法和用量也掌握不准,因之处方的差错率是比较大的。1982年4月我们对门诊药房2783张处方进行了抽查,结果差错处方或按规定项目书写不全者占处方总数的7.7%(1980年上海市14所医院药剂质量调查结果为5%)。如有的医生对我院制剂不了解,把我院自制感冒片与市销感

冒片一样使用，一次服四片，有的还外加扑尔敏（我院自制感冒片每片含扑尔敏2mg），这样就造成了扑尔敏过量。例如，1983年4月病员蔡某患上呼吸道感染，医生处方为：

扑尔敏	4mg × 20	4mg	Tid
Vit.C	0.25 × 20	0.25g	Tid
感冒片	1 × 40	4片	Tid

根据这张处方每次实际服用扑尔敏的量是12mg，超出药典规定两倍，结果造成病人产生了头晕、嗜睡的副作用。

有的医生不了解地高辛就是洋地黄制剂之一，大家知道洋地黄及其制剂安全范围很小，它的治疗量与中毒量非常接近，使用不当很容易产生蓄积中毒。它的成人口服最高量：1.5mg~2.5mg（6~10片），每天维持量是0.25~0.5mg，可是我们曾多次遇到一日三次每次一片的处方。这就要求我们药剂人员在配发这类处方时要认真把关。1979年初我们科有一位进修生将医生处方的地高辛一日三次、每次一片，发成一日三次、每次三片给病人服用，患者连用三天，结果产生了心慌、胸闷等一系列副作用。

二、我院门（急）诊处方主要存在的问题

1、滥用药品的现象普遍存在。有的医生用药不但品种多、疗程长，而且把多种作用相同的药物同时应用，用药的针对性不强。最重要的是诊断明确，对症用药，更不宜用“打鸟枪”的办法同时用许多药物，要抓主要矛盾。对容易产生耐药性的抗生素类药物使用时更要慎重，要有战略思想，要留一手，一旦今后重病感染时才有效地予以控制。

我院单一处方甚少，就是三位药以下的处方也不多，一般都是四种、五种，在数量方面，多半都在一周以上。典型的例子是1974年有一个病人在门诊中就同时开了十六种药，其中有激素、抗生素、维生素、强心

利尿剂、止咳剂、镇静剂，还有治疗肝脏疾病的药物等。这种用药方式貌似考虑周全，实际是一种极不负责任的态度，它既不能起到良好的治疗效果，又给病人增加了经济上的负担。

在我院不少医生把抗生素用于感冒、发烧、上呼吸道感染，而此类疾病大多为病毒感染，只有少数病例为细菌感染或继发细菌感染。因为抗生素对病毒感染无效，因此对上述病例不加选择地使用抗生素是非常错误的。至于不少医生把抗生素作为常规用于一般性外伤的预防给药那更是司空见惯，习以为常了。据报道，术后引起感染常见菌以金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌为主。金黄色葡萄球菌对青霉素普遍耐药，对链霉素无效。大肠杆菌、绿脓杆菌对青、链霉素不敏感。由此可见，常规应用青、链霉素预防感染实际意义不大。四环素族用于预防感染须在术前1小时使用，如用于术后则失去其预防作用。

2、配伍禁忌或用药不当。在药物的联合应用中，使用得当，可起到协同作用。使用不当就会引起不良反应，增加毒性，降低效价或者产生药物沉淀、颜色改变等物理性配伍禁忌。这方面我们已往重视不够，出现的问题似乎不多。近年来有所注意，也发现了一些问题。如有的医生将氨基糖甙类抗生素联合使用，或者把链霉素、庆大霉素等氨基糖甙类抗生素与对耳蜗神经能产生毒性的速尿、利尿酸钠合并应用，这就进一步增加了药物对第八对脑神经的损害。有的医生将氨茶碱与氯霉素合并应用（后者因溶剂改变而析出沉淀）；在急诊处方还经常碰到有把氨茶碱与维生素C同时加入葡萄糖溶液中进行滴注的情况（氨茶碱的pH值等于8.5~9.6，它与抗坏血酸混合后，虽外观无变化，但实际上抗坏血酸的效价已有所降低）。诸如此类均属于配伍禁忌之例。

3、不按处方管理规定书写处方。

①不恰当的中文缩写——如双氢克尿塞

开“双克”，小儿棕色合剂开“小棕”，环戊甲噻嗪写“环甲”，氯霉素眼药水写“氯水”等。

②不恰当的外文缩写——外文缩写存在的问题也不少，有的医生用“R~I”代替Regular Insulin，用“PZI”代替Protamine Zinc Insulin，用“GS”代替Glucose Solution，用“GNS”代表Glucose Normal Saline以及用“V.C”代替Vitamin C等。甚至有的医生只写一个“P”字，表明处方中所开的药是青霉素。

③用化学符号开处方——把硫酸亚铁开为“FeSO₄”，稀盐酸写为“稀HCl”，氯化钾写成“KCl”，碘化钾写为“KI”等。

④按照病历的格式书写处方——有的医生开西药处方不是每一种药写一行，然后写明总量，而是按照医嘱格式处方，这样同一种药在一张处方上就可能要重复出现，结果人为地增加了工作量；并且容易发生漏发药品的差错。

⑤有的医生开的处方字迹模糊，修改或超剂量用药时不重复签字，有的没有服用方法，有的开错含量，有的不写处方日期，有的在处方年令一栏内不管是60岁以上的老人，还是15岁以下的儿童一律写一个“成”字，还有的医生为自己的亲属开药，所有这些都是不符合处方书写要求的。

三、调配门诊处方容易发生差错事故的因素

1、交接班前后，接班人进入另一种环境，由于一时不适应容易发生差错；交班人有时由于考虑到交班后的安排，致使思想分散也容易发生差错；

2、在人少工作忙准备工作又不充分时容易发生差错；

3、工作粗疏、不认真执行查对制度时容易发生差错；

4、在工作时间会客，一边说话一边配方的情况下容易发生差错；

5、在一张处方或一张请领单两个人配发的情况下容易发生差错；

6、在药剂人员情绪波动时容易发生差错。如受了表扬后容易心情激动忘忽所以；受了批评则萎靡不振心不在焉；

7、在业务不熟悉又不虚心求教，不懂装懂，凭想当然办事，根据“估计”、“大概”、“可能”等模棱两可的想法，调配处方没有不发生差错的；

8、当发生差错之后往往由于思想高度紧张连续出现差错。

四、如何防止差错事故

主要是克服和避免上述环节的种种现象的产生。

此外，从以往我院或外单位所发生的差错、事故来看，其中大部分还是由于工作责任心不强，不认真执行查对制度造成的，例子很多，教训深刻。我院曾发生过配小儿用合霉素计算错含量；配小儿止咳合剂把处方中甘草流浸膏误加为贝母流浸膏；配葡萄糖溶液时多加注射用水；配卡氏涂剂时处方中硼酸的量是100克加成1000克。

在配方中发生过10%氯化钙糖浆发成10%氯化钾溶液；10%氯化钾溶液发成10%碘化钾溶液；磺胺异恶唑片发成D₈₀₀片；匹罗卡品眼药水发成阿托品眼药水；大仑丁发成杜冷丁等等差错。这些差错绝大多数都是由于工作责任心不强，不认真执行查对制度造成的。

在院外由于责任心不强发生的差错、事故也不少见。如不久前上海某医院就曾经把亚硝酸钠误认为是氯化钠给患者灌肠，造成二人死亡。

当然，也有一些差错是由于药剂人员专业技术水平低而造成的，这就给我们提出了一个学习的问题。作为一个称职的药剂人员不仅要有严谨的科学态度和工作作风，还必须对常用中、西药的性能、用途、剂量、配伍禁忌等有一个比较全面的了解。同时还要具

备一定的外文水平，否则是难以胜任本职工作的。特别是一些最基本的知识必需具备，药品的常用（法定）名称和别名、药品含量的不同表示方法、根据不同疾病药物剂量上

的变化，及常见的配伍禁忌等。

只要我们从思想上重视，从技术上保证，兢兢业业，认真实践，杜绝事故、减少差错的目的就一定能够达到。

联合用药处方调查及分析

解放军第二〇二医院 李国秀 于文英

在临床实践中，为了提高疗效，减低毒副作用，复方用药和合并使用多种药物的疗法日趋增多。大多数病例也的确取得了满意的疗效。因此，这种用药方法为广大医生所喜欢。但是，随着合并用药的增多，一些意想不到的医源性疾病也日见增多。当使用的药物种类越多，发生率越高。现就我院内科系统（传染科除外）225例住院患者用药

情况的粗浅调查，对不合理的合并用药作一剖析，从三个方面提出一些不成熟的看法。

一、关于抗菌药物的用药情况调查及分析

（一）调查情况

在调查的225例患者中，使用抗菌药物的情况如下表：

项目 \ 科别	内一	内二	内三	内四	儿一	儿二	合计	占总病例数(%)
病例数	30	43	51	59	20	22	225	
用抗菌药物例数	7	19	42	34	19	19	140	62.2%
不合理配伍例数	1	4	8	9	4	4	31	13.8%
占用抗菌药物病例(%)	14.3	21.1	19.0	26.5	21.1	21.1	22.0	

可以看出225例患者中，有140人使用抗菌药物，占调查总病例数62.2%，而其中就有31例患者联合使用的抗菌药物相互之间发生不良作用，占使用抗菌药物的病

例数的22%，并且大多数的药物不良作用是发生在杀菌药与抑菌药的合并使用上。下面分析一些典型的不合理医嘱：

医嘱一	医嘱二	医嘱三
青霉素 80万u im 2/日	红霉素 1.0 V.D 1/日	氨苄青霉素 0.75 V.D 2/日
土霉素 0.5 口服 3/日	0.25%氯霉素 500ml V.D 1/日	0.25%氯霉素 160ml V.D 1/日
	青霉素 80万u im 1/12hr	
	新青II号 1.0 im 1/6 hr	
	链霉素 0.5 im 1/12hr	