



· 论 著 ·

# 门诊药房处方调剂差错的主要原因及对策

阳 丽 梁显强 ( 中国人民解放军联勤保障部队第九二四医院门诊药房 广西桂林 541000 )

**摘要：**目的 探讨门诊药房处方调剂差错的主要原因及对策。方法 选取 2018 年 9 月 30 日单日门诊药房处方方剂 2113，从中对 60 例处方调剂差错情况进行分析，并采取合理的防范对策加以处理。结果 门诊药房处方调剂差错主要有操作流程不规范、药品与药房核对不周、调配人员思想上重视不足、相似药品不加以区分、药剂科管理漏洞。几组患者数据差异显著，具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 门诊药房处方调剂差错研究中，主要面临主要有操作流程不规范、药品与药房核对不周、调配人员思想上重视不足、相似药品不加以区分、药剂科管理漏洞等问题，通过对门诊药房处方调剂差错的主要原因进行分析并提出具体解决对策，对提升门诊药房处方调剂发放质量，具有重要的临床研究价值，值得引起重视并提出相应的解决对策加以改善。

**关键词：**门诊 药房 处方调剂 差错 原因

**中图分类号：**R95 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2019) 02-032-02

门诊药房是院方管理、技术、经营、服务等一体化的综合性科室，对保证提供给患者准确、质量合格的药品，具有重要的作用。针对门诊药房制度、人员、药品的管理上，或多或少存在漏洞<sup>[1]</sup>。一旦存在门诊药房处方调剂差错，患者或因处方错误导致危险状况发生，或将对患者生活生存质量带来极大的安全隐患。鉴于此，正视门诊药房管理中存在的安全隐患并采取有效的防范措施加以强化，对患者的健康大有裨益。本研究为探讨门诊药房处方调剂差错的主要原因及对策，特就相关问题和解决对策报告如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2018 年 9 月 30 日单日门诊药房处方方剂 2113，从中对 60 例处方调剂差错情况进行分析，从中对内科、外科、耳鼻喉科、口腔科、挂号、候诊、诊断、检查、交费、取药、治疗等过程后，取药环节出现 60 例处方调剂差错情况进行分析，并采取合理的防范对策加以处理。

### 1.2 方法<sup>[2]</sup>

医学研究分析统计法，查证检索相关问题，选定研究对象，并经伦理学会和相关研究证实。

### 1.3 统计学处理

应用 IBM SPSS Statistics 24.0 (社会科学统计软件包) 对所有研究数据进行统计分析，样本率比较采用  $\chi^2$  表示，用  $\chi^2$  检验；当卡方值  $P < 0.05$  时，有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 门诊药房处方调剂差错的主要原因及对策

门诊药房处方调剂差错主要有操作流程不规范、药品与药房核对不周、调配人员思想上重视不足、相似药品不加以区分、药剂科管理漏洞 (The operation process is not standardized, the drugs and pharmacies are not well checked, the dispensing personnel pay insufficient attention to the idea, similar drugs are not differentiated, and the pharmacy management is flawed) 等。几组患者数据差异显著，具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在处理对策上，严格取药环节操作流程、做好查对、重视药剂科调配人员思想教育、相似药品归总并区分、强化药剂科管理和培训。如下表 1 所示。

表 1：门诊药房处方调剂差错的主要原因及对策

| 组别          | 例数 | 百分比(%) | 防范对策          |
|-------------|----|--------|---------------|
| 操作流程不规范     | 7  | 11.67  | 严格取药环节操作流程    |
| 药品与药房核对不周   | 10 | 7.69   | 做好查对          |
| 调配人员思想上重视不足 | 13 | 21.67  | 重视药剂科调配人员思想教育 |
| 相似药品不加以区分   | 1  | 1.6    | 相似药品归总并区分     |
| 药剂科管理漏洞     |    |        | 强化药剂科管理和培训    |
| $\chi^2$    | /  | 10.416 | /             |
| P           | /  | 0.000  | /             |

## 3 讨论

门诊药房是临床科室及门急诊患者的药品保障和药学服务工作的基础，也是实现药品管理、药品发放、医嘱审核等一体化管理的基地。门诊药房处方涉及西药房、中西成药等，日均处方量较大，且有些药品需要冷链管理系统对环境及药品冷藏柜进行实时监控<sup>[2]</sup>。调剂差错势必减弱患者满意度，增加患者用药风险，无法确保药房为客户提供安全满意的用药服务。

文献资料进一步佐证，2013-2015 年共发生处方调剂差错 85 例，各年处方调剂差错发生率依次为 0.367%、0.309%、0.259%，呈现出下降的趋势；品种差错为门诊西药房处方调剂差错主要原因，其次为数量差错、错发患者差错及药品用法用量差错；门诊西药房调剂差错发生率最高的类型包括药品名称相似、同名不同规格、外包装类似及其他<sup>[3]</sup>。门诊药房的主要调配工作包含收据、审核处方、调配药品、核对处方以及发放药品，同时还为患者详细讲述药物注意事项，以及使用方法。对患者配发药品的过程中，出错原因较为繁琐，每一项环节均可能存在问题，调剂差错隐患指经过核对后，药剂师进行筛查没有检查出的问题。因此对药品差错隐患进行排查至关重要<sup>[4]</sup>。患者的处方调剂出现差错主要是由于西药的包装较相似、西药的名称较相似、对同一种西药的不同规格了解不够、患者不听从要求用药、医师和药师对患者的了解程度不够等，分别占 28.00%、26.00%、22.00%、14.00%、10.00%<sup>[5]</sup>。收集处方 100674 张，差错处方 36 张，年差错率为 0.36%。结论：药师原因是导致门诊药房处方调剂出现差错的主要原因占 58.3%，应加强药师作责任心，完善发药复核制度，规范处方调剂程序，降低调剂差错<sup>[6]</sup>。

本研究的结果实践中，门诊药房处方调剂差错主要有操作流程不规范、药品与药房核对不周、调配人员思想上重视不足、相似药品不加以区分、药剂科管理漏洞等。几组患者数据差异显著，具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在处理对策上，严格取药环节操作流程、做好查对、重视药剂科调配人员思想教育、相似药品归总并区分、强化药剂科管理和培训。证实门诊药房处方调剂差错主要有操作流程不规范、药品与药房核对不周、调配人员思想上重视不足、对患者基本情况掌握力度足、药剂科管理漏洞等。使其通过文献检索、查询数据库等将一系列有关护理目标的证据等实证获取过来，综合分析评价，获取相关研究成果；安全管理制度中，秉持“四查十对”厨房调配准则，及早实现对方剂、科别、姓名、年龄、药品、配伍禁忌、用药合理性等做出精准的判断和合理的处理。

综上所述，门诊药房处方调剂差错研究中，主要面临主要有操作流程不规范、药品与药房核对不周、调配人员思想上重视不足、相似药品不加以区分、药剂科管理漏洞等问题，通过对门诊药房处方调剂差错的主要原因进行分析并提出具体解决对策，对提升门诊药房处方调剂发放质量，具有重要的临床研究价值，值得引起重视并提出相应的解决对策加以改善。

(下转第 34 页)



组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3: 两组患者治疗前后主要症状评分及焦虑评分比较 (分  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 胃脘胀满            |                 | 胃痛              |                 | 暖气反酸            |                 | 焦虑评分             |                  |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
|     |    | 治疗前             | 治疗后             | 治疗前             | 治疗后             | 治疗前             | 治疗后             | 治疗前              | 治疗后              |
| 治疗组 | 30 | 2.46 $\pm$ 0.72 | 0.57 $\pm$ 0.43 | 2.37 $\pm$ 0.70 | 0.46 $\pm$ 0.27 | 1.64 $\pm$ 0.63 | 0.37 $\pm$ 0.13 | 56.87 $\pm$ 5.69 | 32.96 $\pm$ 6.33 |
| 对照组 | 30 | 2.35 $\pm$ 0.63 | 1.06 $\pm$ 0.43 | 2.46 $\pm$ 0.53 | 1.07 $\pm$ 0.53 | 1.57 $\pm$ 0.57 | 0.54 $\pm$ 0.23 | 54.04 $\pm$ 5.71 | 39.18 $\pm$ 8.42 |
| t 值 |    | 0.35            | 2.39            | 0.55            | 2.94            | 0.82            | 3.19            | 0.72             | 2.96             |
| P 值 |    | >0.05           | <0.05           | >0.05           | <0.05           | >0.05           | <0.05           | >0.05            | <0.05            |

## 2.2 两组患者焦虑评分比较

治疗前, 两组患者焦虑评分评分进行比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗组治疗前后焦虑评分比较, 差异有统计学意义 ( $t_{\text{焦}} = 3.22, P < 0.05$ ); 对照组治疗前后焦虑评分比较, 差异有统计学意义 ( $t_{\text{焦}} = 3.32, P < 0.05$ ); 治疗后治疗组焦虑评分评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

## 2.3 两组患者临床疗效比较

治疗组患者总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2$  值 = 6.458,  $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4: 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

| 组别  | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 % |
|-----|----|----|----|----|----|--------|
| 治疗组 | 30 | 4  | 12 | 9  | 5  | 83.33  |
| 对照组 | 30 | 2  | 9  | 10 | 9  | 70.00  |

## 2.4 两组患者不良反应发生情况比较

治疗组患者不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2$  值 = 11.26,  $P < 0.05$ ), 见表 5。

表 5: 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

| 组别  | 例数 | 恶心呕吐    | 顽固性便秘   | 腹泻      | 合计       |
|-----|----|---------|---------|---------|----------|
| 治疗组 | 30 | 1 (3.3) | 0       | 0       | 1 (3.3)  |
| 对照组 | 30 | 2 (6.6) | 1 (3.3) | 2 (6.6) | 5 (16.6) |

## 3 讨论

胃脘痛的病因较为复杂, 外邪犯胃、饮食不节、情志失调、脾胃素虚皆可致病, 病机变化为胃气郁滞, 失于和降, 不通则痛。其中, 情志失调是主要因素。因肝主疏泄, 具有疏土助运化的作用, 而脾胃同居中焦, 互为表里, 脾气主升, 胃气主降, 脾胃有病常相互影响。若忧思恼怒, 气郁伤肝, 肝气横逆, 势必克脾犯胃, 致气机郁滞, 胃失和降而为病。《杂病源流犀烛·胃病源流》中说: “胃痛, 邪干胃脘也。……惟肝气相乘为尤甚, 以木性暴, 且正克也。”<sup>[1]</sup>

治疗当以和胃止痛、疏通气机为法, 所谓“通则不痛”。方中

柴胡疏肝解郁、宣畅气血, 使肝气条达; 白芍平抑肝阳、柔肝止痛; 柴胡轻清辛散、白芍酸寒收敛, 二药伍用, 互制其短而展其长, 使药效直达少阳肝经<sup>[7]</sup>, 共为君药; 香附疏肝理气、行气止痛, 为行气开郁之要品; 当归柔肝止痛、活血养血; 川芎辛温香窜、走而不守、行气止痛, 共为血中气药<sup>[7]</sup>; 陈皮行气健脾、调中快膈、和胃降逆而为臣; 木郁则土衰, 肝病易于传脾, 故以白术、茯苓、甘草健脾益气, 白术甘温补中、补脾燥湿, 茯苓甘淡渗利、健脾补中<sup>[7]</sup>, 甘草益气, 非但实土以抑木, 且使营血生化有源; 薄荷为药中春生之令, 疏散郁遏之气, 透达肝经郁热<sup>[7]</sup>; 煨姜降逆和中, 且能辛散达郁, 共为佐使药。胃痛较甚者加元胡、川楝子以理气止痛、行气活血, 郁金、木香行气解郁、消滞止痛<sup>[7]</sup>; 暖气频繁加旋复花、代赭石一宣一降、宣降合法, 共同镇逆下气<sup>[7]</sup>; 泛吐酸水加黄连、吴茱萸辛苦开降、清肝和胃制酸<sup>[7]</sup>。

逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛, 本着治病求本的原则, 有效的改善症状、缓解焦虑, 降低不良反应, 取得了满意的疗效。

## 参考文献

- [1] 吴勉华、王新月. 中医内科学 [M]. 第 9 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 178-188.
- [2] 唐秀丽. 舒肝健胃合剂联合三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎 56 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2011, 33(2): 239-240.
- [3] 郝泉、李瑞珍、周其华等. 半夏泻心汤加减治疗幽门螺旋杆菌相关胃炎 21 例 [J]. 河南中医, 2015, 35(4): 687-688.
- [4] 潘建荣. 益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(6): 69-71.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 124-129.
- [6] 沈红亮. 疏肝泄热和胃法治疗慢性胃炎 40 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(5): 338.
- [7] 吕景山. 施今墨对药 [M] 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 45, 168, 195, 128, 10, 172, 180, 166, 183.

(上接第 31 页)

咀嚼效率达到了 (0.75 $\pm$ 0.47)%, 固定力为 (4.39 $\pm$ 0.35) N, 与修复前的咀嚼力 (0.35 $\pm$ 0.14) % 以及固定力 (1.33 $\pm$ 0.17) N 相比具有显著性的差异 ( $P < 0.05$ )。由此可知, 长时间使用磁性附着体能够为患者的义齿提供长期稳定的固定力, 磁性附着体能够消除义齿运动中产生的对基牙的侧向力, 基牙进行截冠之后, 牙根的活动进一步减少, 这样就促使患者牙周状况得到进一步改善, 降低患者牙周炎以及牙龈炎的发生率。同时, 磁性附着体对患者基牙的保健具有良好效果, 使用后患者的异物感会大大的减轻, 而且外形较为美观, 提高患者的满意度。

总之, 患者采用磁性附着体进行口腔修复, 其外形美观, 且口感舒适, 能够为义齿提供长期稳定的固定力, 减少修复后不良反应的

发生, 值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 李春锐. 磁性附着体在口腔修复中的临床效果观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 10 期: 83-84.
- [2] 蒋永元. 磁性附着体在口腔修复中的临床价值 [J]. 现代养生, 2014, 12 期: 35-35.
- [3] 徐炜. 磁性附着体在口腔修复中的应用观察 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015.
- [4] 郭英娜, 王好红, 王刚. 磁性附着体在口腔修复中的临床应用效果分析 [J]. 中国医学创新, 2013, 第 32 期: 120-122.
- [5] 赵萍. 磁性附着体在口腔修复中的临床应用观察 [J]. 健康之路, 2014: 18-19.

(上接第 32 页)

## 参考文献

- [1] 宜丽, 屈慧芹. 门诊西药房处方调剂差错分析及防范效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(34): 197-198.
- [2] 张文华, 丁红丽, 张德荣, 等. 门诊药房处方调剂的差错原因及防范措施 [J]. 医疗装备, 2018, 31(21): 90-91.
- [3] 张国良. 医院门诊西药房处方调剂差错原因及对策 [J]. 临床

合理用药杂志, 2018, 11(26): 91-92.

- [4] 梁珊英. 浅析社区门诊药房处方调剂差错原因及预防措施 [J]. 饮食保健, 2018, 5(46): 277.
- [5] 敖建瑜. 门诊西药房处方调剂差错点分析及处方探讨 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(2): 97-98.
- [6] 白玲, 马敏怡. 浅析门诊药房处方调剂差错原因及预防措施 [J]. 兵团医学, 2018, (2): 54-55.