·医师论坛·

医共体模式下同质化管理对提升麻醉药物管理质量的效果

傅金英

磐安县人民医院　322300

〔**摘　要**〕**目的**　探讨医共体模式下同质化管理应用于麻醉药物管理中的效果。**方法**　医院麻醉科自 2022 年 1 月起实施医共体模式下同质化管理模式，并强化对麻醉药物的管理（观察组）；2022 年 1 月前实施常规药物管理（对照组）。记录两组基数药品符合率、基数药品近效期积压率、基数药品按效期有序摆放率、麻醉药品数量正确率、麻醉药品使用保管签名率、麻醉药品残余药液登记率及药品不良事件发生情况。**结果**　观察组基数药品符合率、基数药品近效期积压率、基数药品按效期有序摆放率、麻醉药品数量正确率、麻醉药品使用保管签名率、麻醉药品残余药液登记率明显高于对照组，而药品不良事件发生率明显低于对照组，P<0.05。**结论**　医共体模式下同质化管理应用于麻醉药物管理中可明显提升药物管理质量，避免药物不良事件的发生，保障患者生命安全。

〔**关键词**〕麻醉药物；药物管理质量；医共体模式；同质化管理

〔**中图分类号**〕R197　　〔**文献标识码**〕A　　〔**文章编号**〕2095-7165（2023）07-161-02

麻醉科是医疗行业发生医疗风险较高的科室，这与麻醉科使用麻醉药物特殊性有关，麻醉药物的应用主要是缓解患者痛苦和配合手术的进行[1]。近年来，随着手术量的增加，麻醉药物的应用也随之增加，从而使麻醉药物管理问题成为医院重点问题。麻醉科承担着整个医院手术前评估和术中麻醉管理及术后重症监护等任务，麻醉科使用的药品种类多，且涉及药品为国家管制药品，需特殊管理[2]。医共体模式主要是基于当前医疗改革为载体，以紧密型医疗卫生服务一体化管理作为突破口，全面提升医疗医疗服务水平和服务能力，提高医疗服务效率，更好地满足患者对医疗服务的需求[3]。本次医院为提升麻醉科药物管理质量，确保患者用药安全，特于医院麻醉药物管理中实施医共体模式下同质化管理，取得显著成效，如下。

1　资料与方法

1.1 一般资料

医院麻醉科自 2022 年 1 月起实施医共体模式下同质化管理模式，并强化对麻醉药物的管理（观察组）；2022 年 1 月前实施常规药物管理（对照组）。医院常用麻醉药物种类在 10-20 种，每年完成各类麻醉 12000 余例，其中非插管全面 4000 余例、气管插管全身麻醉 6000 余例、神经阻滞麻醉 2000 余例。实施前后麻醉医生无变化，具有可比性（P>0.05）。

1.2 方法

对照组：麻醉药品由主班护士负责到药房领取，并详细记录，然后存放于专柜内，并上锁存放。术前严格按照手术要求配齐各类药品药物，并付清单；麻醉师负责领取和使用，同时与护士做好交接工作，待使用完后再次与护士交接剩余药品等情况，同时记录。术中如需增加药品则需及时登记，术后进行核对和清点。每日由专职护士负责对当日满足药物使用情况进行清点，做好登记，每月盘点 1 次。

观察组实施医共体模式下同质化管理模式，首先加强对麻醉科医护人员的培训，通过组织医护人员以课堂授课形式讲解麻醉药物管理和使用等知识，并安排麻醉科医护人员外出学习或进修，同时药品相关专家来院指导麻醉药品管理工作。讲解麻醉药品管理条例，提升麻醉科医护人员法律意识和综合业务能力。

强化常规麻醉药品管理：对麻醉科常用药品需根据每年实际使用情况来合理制定基数，合理布局麻醉车，做到合理放置和定位、定量放置；制作麻醉药物使用登记表，做到使用即签名。麻醉药物出入均做到具有可追溯性；区分摆放易混淆类药物，采用不同颜色进行标识；药品摆放要严格按照有效期远近来从右向左进行摆放，取用时严格按照从左到右原则进行使用；3 个月内需采用红色胶带标识，6 个月内药品采用黄色标识。对特殊麻醉药物，如静脉用肌松药物和吸入性麻醉药物需采用专用冰箱保存，每日监测并登记冰箱温度。

麻醉药品管理需严格做到“五专管理”，即专人负责、专用处方、专柜加锁、专用账簿、专册登记；要严格按照药品实际使用情况来合理制定基数，并做到定期盘点。毒麻类药物需安排专柜存放，并上锁，做到双人双锁保管和双人核对、签名；精神类药物需专柜、专人、专位存放，并设置防盗监控。

加强对麻醉药物残余药液和空安剖瓶的管理：建立麻醉药物残余药液管理登记本，并完整填写相关信息，如麻醉药物名称和批号及患者信息、剩余量等信息，待双人核对签名后共同予以销毁。空安剖瓶需严格按照要求来定点存放，待下次取药时一并交药房，术后均安排双人对药品进行认真清点，确保处方数量与药品数量一致。

1.3 观察指标

记录两组基数药品符合率、基数药品近效期积压率、基数药品按效期有序摆放率、麻醉药品数量正确率、麻醉药品使用保管签名率、麻醉药品残余药液登记率及药品不良事件发生情况。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS21.0 软件处理，计数资料采用 n（%）表示，采用卡方检验，P<0.05 具有统计学意义。

2　结果

观察组基数药品符合率、基数药品近效期积压率、基数药品按效期有序摆放率、麻醉药品数量正确率、麻醉药品使用保管签名率、麻醉药品残余药液登记率明显高于对照组，而药品不良事件发生率明显低于对照组，P<0.05。见表 1。

学术期刊网

表 1　两组麻醉药物管理质量比较 n（%）

项目	对照组	观察组	χ^2	P
基数药品符合率	96（240/250）	99.2（248/250）	5.455	0.019
基数药品近效期积压率	6.0（15/250）	1.2（3/250）	8.299	0.004
基数药品按效期有序摆放率	98.4（246/250）	100.0（250/250）	4.032	0.044
麻醉药品数量正确率	91.67（44/48）	100.0（48/48）	4.174	0.041
麻醉药品使用保管签名率	91.67（55/60）	100.0（60/60）	5.217	0.022
麻醉药品残余药液登记率	96（240/250）	99.2（248/250）	5.455	0.019
药品不良事件	8.33（4/48）	0.0（0/48）	4.174	0.041

3　讨论

当前我国单独设立麻醉药房的医院较少，多数医院麻醉药物从药房取回后由麻醉科自行管理。然麻醉科无专业药品管理人员，从而致药品管理不善，如毒麻药物交接不规范或摆放杂乱等，给药品使用和患者用药安全造成隐患[4]。近年来，随着医疗体制改革的深入和药品管理制度改革的推进，坚持“以患者为服务中心”和“提高医疗服务质量”成为当前医疗体制改革的重中之重同时提高药品管理效率也是提升医疗服务品质的重要内容。医院通过组间医共体来加强对科室的对口扶持，并通过邀请相关专家来提供技术指导和人员培训，提升麻醉科药品管理水平和服务能力[5]。麻醉科药物具有特殊性，其具有双重作用，临床合理应用可辅助手术顺利进行，减轻患者痛苦；然后如使用或管理不当则会危及人们生命安全。所以加强麻醉科药品管理具有十分重要的意义。

麻醉科药品种类多，如全身麻醉药物和血管活性药物等，方便、合理应用是麻醉药物管理的核心。为方便使用，意义常会提前备好常用麻醉药物，但因麻醉药物种类多，易出现混淆等情况。本次实施医共体模式下同质化管理通过加强对医护人员的培训来提升其综合化能力，确保做到合理管理麻醉药物[6]。同时做到定位、定量存放麻醉药物，做到定期检查，避免因麻醉药物缺乏而延迟药物使用，增加手术风险；同时还可避免近效期药物的积压，节约医疗资源。麻醉科药物种类多且存在易混淆的药品，易出现拿错药等情况，通过采用不同颜色进行标识来有效区分，并给医护人员起到警示作用，最大限度避免药物不良事件的发生，保障患者生命安全。麻醉药物连续使用后可产生依赖性，因此做到合理用药尤其关键[7-8]。实施医共体模式下同质化管理要求对麻醉药物做到专人、专柜及专册管理，同时做到双人发放和核对及签名，确保药品可追溯。强化对麻醉药物残余液的管理，通过实施双人核对、签名等方式来防止残余麻醉药液非法流失，保障人们人身安全[9]。

综上所述，医共体模式下同质化管理应用于医院麻醉药物管理中具有显著成效，其可提升医院薄弱环节的管理质量，有效规范麻醉药物管理。

［参考文献］

[1] 洪晓锋，许溢梅，吴雪荣，等 .PDCA 循环在门诊麻醉处方规范性管理中的应用效果分析 [J]. 现代医院，2021，21(3):389-391.

[2] 马龙，颜梅，尹荣刚，陈妍舟 . 地方医药院校实验室麻醉、精神药品的管理与实践 [J]. 医学教育管理，2021，7(1):97-102.

[3] 崔明，沈丽花 . 某院 2015 ～ 2018 年急诊麻醉药品处方审查结果分析 [J]. 中国处方药，2021，19(2):49-50.

[4] 张龙，高庆剑，刘婷 .PDCA 循环管理法对医院麻醉药品批号管理效果观察 [J]. 贵州医药，2021，45(1):91-92.

[5] 何小云，邱玉姣，陈进芬，等 . 三级库药品管理模式在麻醉药品管理中的临床应用价值 [J]. 医学理论与实践，2021，34(2):353-355.

[6] 成月佳，侯旭敏，张晓峰，等 . 运用智能化药车精细化管理手术室麻醉药品实践探索 [J]. 中国医院，2021，25(1):77-79.

[7] 金润麟，石浩强，刘洪奕 . 合理、安全、规范原则下用于无痛胃肠镜术的麻醉药品管理流程建设 [J]. 药学服务与研究，2020，20(6):469-471.

[8] 姚欢，刘银环，吴琳 . 我院住院患者麻醉药品和第一类精神药品注射剂使用剩余情况分析 [J]. 中国药师，2020，23(11):2195-2198.

[9] 孔菲 . 药学干预管理对规范麻醉药品处方和合理用药的影响 [J]. 中国处方药，2020，18(10):64-65.

（上接第 160 页）

压术的编码、椎弓根钉内固定术的编码和四个另编码，另编码包括任何（局部）采集骨的切除用于移植（77.70-77.79）、融合椎骨的数量（81.62-81.64）、任何重组骨形态形成蛋白的置入（84.52）和椎体融合装置的置入 84.51，另编码则根据具体手术融合的方式进行选择。编码员需要仔细阅读病案，弄清楚手术的入路、术式、部位以及使用融合器的材质，对其进行手术编码时，以上分类方式不同编码则不同。除此之外，编码员需要有丰富的临床解剖学知识，清楚病历的书写规范，如遇到模糊不清的关键信息应及时与临床医生沟通，做到准确分类编码。

［参考文献］

[1] 王晓宁，何天伦，耿梦杰，等 . 我国 12 省结核病门诊和实验室感染控制管理措施实施现状的抽样调查及其主成分分析 [J]. 中国防痨杂志，2018，40(5):519-524.DOI:10.3969/j.issn.1000-6621.2018.05.015.

[2] 赵涛，梁亚萍，高腾飞，方海林，彭茂轩，姚林明，王卓 . 经第 12 肋骨前路病灶清除自体髂骨植骨融合钢板螺钉内固定术治疗胸腰段脊柱结核临床研究 [J]. 陕西医学杂志，2019，48(11):1481-1484.

[3] 刘爱民，主编 . 国际疾病分类第 9 版临床修订本手术与操作 ICD-9-CM-3[M]. 北京 : 人民军医出版社，2011:264-266.

[4] 顾海侠 . 脊柱后凸畸形截骨矫形术的编码分析 [J]. 中国病案，2020，21(12):27-29.