

# ·药房管理·

## 2011 年度住院药房退药情况的调查及分析

孙 婷<sup>1</sup> 郭晓东<sup>2</sup> 祝 芳<sup>3</sup> 史成和<sup>1</sup> 张 沂<sup>1△</sup>

(1 解放军海军总医院药剂科 北京 100048 2 解放军第 302 医院医疗科 北京 100039 3 解放军第 304 医院 北京 100048)

**摘要** 目的 通过调查分析 2011 年度我院住院药房退药情况,加强药品的监督管理,促进合理用药。方法 分别统计外科、内科、妇产科、五官科、特需医疗科及其他科室的退药种类及数量和退药中数量较高的药品种类进行综合分析。结果 总退药比例占全部用药量的 19.44%。总领药数和总退药数之间呈正相关(分别为  $r=0.971, P=0.001$ ) ,其中退药量最大的科室为外科,退药量排名靠前的药品种类为抗生素类药品。结论 减少退药根本在于提升医师职业技能和职业素养,同时建立长久有效的制度和机制,以避免产生不必要的退药情况。

**关键词** 药品;退药原因;病房

中图分类号 R952 R194 文献标识码 A 文章编号 1673-6273(2012)27-5369-03

## A Research of Medicine withdrawals of In-hospital Pharmacy in 2011

SUN Ting<sup>1</sup>, GUO Xiao-dong<sup>2</sup>, ZHU Fang<sup>3</sup>, SHI Cheng-he<sup>1</sup>, ZHANG Yi<sup>1△</sup>

(1 Dept. of Pharmacy of Navy General Hospital, Beijing, 100048, China; 2 Medical Section of 302 hospital of PLA, Beijing, 100039, China; 3 304 hospital of PLA, Beijing, 100048, China)

**ABSTRACT Objective:** To investigate the medicine withdrawal situation of in-hospital pharmacy in 2011 in order to analyze the causes and strengthen medicine-using management. **Methods:** Statistics of returned medicine, of surgical department, medical department, obstetrics department, Ophthalmology and Otorhinolaryngology, special medical and other departments were collected respectively. Statistics of the category of returned medicines which had higher quantities than others were also collected for analysis. **Results:** Total returned medicines covered 19.44% of the all taken medicines, and the returned medicines had positive correlation with the taken ones ( $r=0.971, P=0.001$ ), in which the surgical departments occupied the most quantity. The antibiotic medicines boasted the highest returned rate among all the category. **Conclusion:** The key for reducing returned medicines is to improve vocational skills and work ethic, establishing long effective system and mechanism, in order to avoid such phenomenon.

**Key words:** Drugs; Returning causes; Ward

**Chinese Library Classification:** R952, R194 **Document code:** A

**Article ID:**1673-6273(2012)27-5369-03

### 前言

为保障患者的用药安全以及规范药品的监督管理,我国法律规定药品一旦发出,除院方原因不得退换<sup>[1]</sup>。但出于各种因素,目前医院住院病房的退药情况非常普遍。退药的产生不仅加大了药房的工作量,也增加了药品在流通过程中可能产生的破损、污染等风险,有时还会给患者配药时出现差错<sup>[2]</sup>。因此,笔者认为有必要调查我院住院药房的退药现状,通过统计分析总结问题原因,并提出有价值的针对性的建议,加强用药管理,促进合理用药。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

收集 2011 年度我院住院药房的退药记录并进行统计分析。统计内容含病房名称、床位数、每日领药种类(不含药品剂

量数)。每日退药数、及抗生素、片剂、冷藏药物和贵重药物的退药数。资料均来源于各病房日常登记。

#### 1.2 方法

将调查科室分为外科、内科、妇产科、五官科、特需医疗科室以及其他科室。分别统计各科室领药种类数和退药种类数,计算退药百分比。记录退药数中有代表性的药物种类,以及办理退药所需平均时间。随机选取 10 个病房进行退药原因调查,其中 4 个外科病房、3 个内科病房、2 个妇产科病房和 1 个特需医疗科。记录每日退药量,统计病房退药单上的退药原因。

#### 1.3 统计学分析

运用 SPSS17.0 软件,计数资料用例数表示,对总领药种类数和总退药种类数进行相关性分析,  $P<0.05$  即差异有统计学意义。

### 2 结果

各科室退药情况见表 1。根据调查结果,住院病房的总退药比例占领药总数的 19.44%,说明退药量较大。总领药数和总退药数之间呈正相关(分别为  $r=0.971, P=0.001$ ) ,即领药量越大,相对的退药量也大。按科室排比,外科退药量最大,占总领药数的 23.25%,妇产科退药量最小,比例为 12.35%。

作者简介 孙婷,药师,主要从事药物制剂、药房管理等工作,

E-mail: gxd302@163.com 电话 010-66958330

△通讯作者 张沂,主任药师,研究方向:药房管理与药物制

剂 E-mail: nidanhe@126.com

(收稿日期 2012-04-07 接受日期 2012-04-30)

表 1 各科室退药情况

Table 1 The situation of drug return in the various sections

Section	Numbers of Ward	Numbers of bed	The total number of the drawing drug types	The total number of the returning drug types	Rate of the drag return %
Surgery	9	368	11375	2645	23.25
Internal	8	267	8573	1582	18.45
Department of gynaecology and obstetrics	5	143	4638	573	12.35
Ophthalmology and Otorhinolaryngology	3	89	1643	246	14.97
Special need Section	4	132	3967	621	15.65
Others	6	185	5311	1237	23.29
Total	35	1184	35507	6904	19.44

注：总退药种类数与总领药种类数呈正相关( $r=0.971$ ,  $P=0.001$ )。

Note: The total number of the returning drug types and the total number of the drawing drug types was positively correlated ( $r=0.971$ ,  $P=0.001$ ).

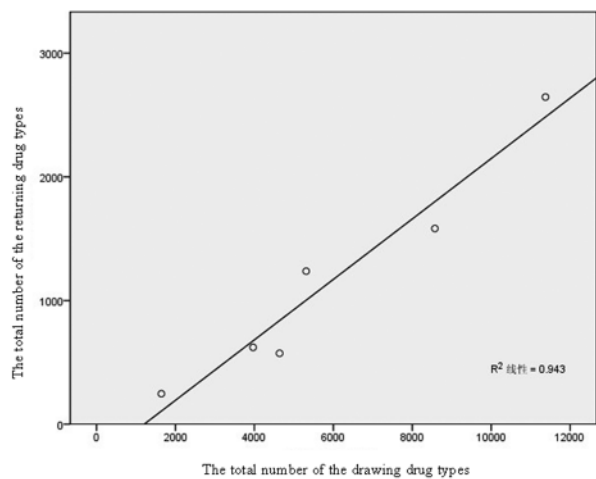


图 1 总退药种类数与总领药种类数的散点图分布

Fig. 1 The scatter plot of the total number of the returning drug types and the total number of the drawing drug types

具有用药代表性的药品的退药情况见表 2。其中退药量最大的抗生素类药品占总退药数的 16.99%，片剂退药量占到 0.62%，冷藏药品和贵重药品分别占到 9.91%和 4.69%。

表 2 代表性药品退药比例

Table 2 The return proportion of the representative drugs

Drug Classification	The numbers of return drug	The percentage in total returning drug numbers %
Antibiotic	1173	16.99
Troche	43	0.62
Refrigerated drugs	684	9.91
Expensive medicines	324	4.69

另外,调查结果显示,住院药房医师平均日办理退药时间 46 分钟,而发放同剂量的药品只需 11 分钟。退药量的增加直接导致了药师工作量的增加,加大了药品分发的错误率和风险。

3 讨论

3.1 退药原因分析及对策

根据统计结果,得出以下几点可能产生退药的原因:

①患者病情转好。此类情况占退药原因首位。例如患者感染症状若有减轻,则无需再使用抗生素,即可导致医师开的相关抗生素药物被退回;再如患者输液停止后,其多余的营养药也会被退回<sup>[3]</sup>。由于医师往往不能确定患者病情的进展,所以通常都会多开药以做后备,而如果每天的领药单能在医师修改医嘱之后完成,则能减少不必要的退药情况,也能减轻护士及药

师的工作负担<sup>[4]</sup>。

②药物种类和剂量的更改。住院病人病情持续时间相对较长,更改药品种类或剂量也是比较常见的一种治疗手段。当病情受控后,治疗药物就会相对减少,感染加剧时又会调整抗生素类药物的使用<sup>[5]</sup>。另外不同阶段的药物治疗也会有所变化,等等此类情况都会导致退药。本组资料显示,抗生素类药物的退药量最大。作为常用药,抗生素种类多,见效快,通常是医师开药的首选<sup>[6]</sup>,当然也不可避免地加大了选择的余地,同样的,这也会产生难以避免的退药情况。

③药品剂量种类错误。此类原因只要医师和护士多加留意便可避免。无论是名称、剂量或是药师录药的错误导致退药都是不合理退药。此类错误虽不常见,但一旦发生若不查出,可能会给患者造成不利影响,严重的可能威胁生命。而一经查出,后续的弥补工序也会加大不必要的工作量,因此这对医护工作者的职业精神和专业素养提出了明确的要求,需要医护人员认真核对以避免此类错误<sup>[7]</sup>。

④其他原因。还有一些其他因素也会引起退药。例如药物缺货、断货,这就要求相关人员及时清点药品库存,并和医师进行及时的沟通<sup>[8]</sup>,以免因沟通不善引起退药、改药。另外,患者拒绝医师所开的药品,有时也会导致退药。此类情况需要医师在第一时间与患者取得沟通,问明原因,有时也可避免退药。还有一种不可避免的情况即转院转科、死亡退药,属于合理退药。

### 3.2 退药产生的不良影响

退药现象的产生会给医院的管理机制带来不良的影响,主要体现在以下几个方面:首先,多余退药会影响药品质量<sup>[9]</sup>。药品流通过程中接触人员多,药品包装可能会破损,或者部分无包装药物退回后不能再使用,出现浪费现象。尤其是需要特殊保存的药物,类似冷藏药物,其退药质量更无法保证。其次,相关工作人员的工作量因此加大<sup>[10-11]</sup>。退药手续有一系列的程序,包括计算机输入、核对、将药品归位、破损药品处理等一系列步骤,所花时间比发放相同剂量药品要高出许多,甚至几倍。退药增加了药师的日常工作量,有时还会混乱工作思路,容易引起不必要的配药错误,给患者的健康安全带来隐患<sup>[12-13]</sup>。虽说退药也是药师工作范畴,但许多可以避免的因素还是对医生和护士提出了明确的要求,这也需要医护人员自身提高工作素养和职业道德,在日常开药过程中更加思虑周全,严以律己。

### 3.3 减少退药情况的建议

无论哪种因素,退药总会给医院和医护工作者带来诸多不便,要有效地解决这一困扰,必须通过多方的共同努力。首先是各部门之间的沟通,这包括药师与临床医师之和护士间的沟通,也包括医师与病人之间的沟通<sup>[14-15]</sup>。药师应及时向医师反馈药品库存情况,对贵重药物或需特殊保存的药物进行合理的指导保存<sup>[16-17]</sup>。医师与患者也要保持通畅的沟通,根据医保政策合理地开具药品。其次医院也应建立完善的体制机制,实行公开透明的管理制度,逐步提升信息系统硬件性能,帮助药师减轻工作量,减少工作失误<sup>[18-19]</sup>。医院应加强药品管理,制定规范的退药制度和标准,抑制随意退药的现象。医护人员更要从自身做起,从源头上减少退药,改善退药带来的不良影响<sup>[20]</sup>。

总之,退药总是难以避免的,减少退药根本在于提升医师职业技能和职业素养,同时建立长久有效的制度和机制,才能避免产生不必要的退药情况,从而从源头上减少退药情况的发

生。

### 参考文献(References)

- [1] Henneman EA. Patient safety and technology [J]. AACN Adv Crit Care,2009,20(2):128-132
- [2] Salcido R. Quality management: food and drug administration mandates[J]. Adv Skin Wound Care,2012,25(7):298
- [3] Good ED, Rogers FJ. Patient-centered management of atrial fibrillation: applying evidence-based care to the individual patient[J]. Am Osteopath Assoc,2012,112(6):334-342
- [4] Canavese C, Salomone M, Stratta P. Drug-induced erythropoiesis and outcome: should we give up the haemoglobin target approach and return to the ratio between erythropoiesis-stimulating agents and haemoglobin?[J]. Nephrol Dial Transplant,2012,27(1):454
- [5] Zaman RT, Gopal A. Micro-patterned drug delivery device for light-activated drug release[J]. Lasers Surg Med,2012,44(1):30-48
- [6] Keeling P. The impact of genetic biomarkers on drug and companion diagnostic return on investment[J]. Drug Discov Today,2011,16(19-20):850-851
- [7] Sheidow AJ, Jayawardhana J, Bradford WD, et al. Money Matters: Cost Effectiveness of Juvenile Drug Court with and without Evidence-Based Treatments[J]. J Child Adolesc Subst Abuse,2012,21(1):69-90
- [8] Jitendra, Sharma PK, Bansal S, et al. Noninvasive routes of proteins and peptides drug delivery[J]. Indian J Pharm Sci,2011,73(4):367-375
- [9] Mitra A, Dey B. Chitosan microspheres in novel drug delivery systems [J]. Indian J Pharm Sci,2011,73(4):355-366
- [10] Faxon DP, Lawler E. Prolonged clopidogrel use after bare metal and drug-eluting stent placement: the veteransadministration drug-eluting stent study[J]. Circ Cardiovasc Interv,2012,5(3):372-380
- [11] Atoui F, Awada S. Drug-related problems identified by clinical pharmacist's students and pharmacist's interventions [J]. Ann Pharm Fr, 2012,70(3):169-176
- [12] Traynor K. Targeted drug therapy remains a challenge[J]. Am J Health Syst Pharm,2011,68(24):2320-2324
- [13] Ma P. Theoretical considerations of target-mediated drug disposition models: simplifications and approximations [J]. Pharm Res,2012,29(3):866-882
- [14] Lennon DR, Farrell E, Martin DR, et al. Once-daily amoxicillin versus twice-daily penicillin V in group A beta-haemolytic streptococcal pharyngitis[J]. Arch Dis Child,2008,93(6):474-478
- [15] Mathiowitz E. Drug delivery systems [J]. Toxicol Pathol,2008,36(1):16-20
- [16] Dressler LG. Return of research results from pharmacogenomic versus disease susceptibility studies: what's drugs got to do with it? [J]. Pharmacogenomics,2012,13(8):935-949
- [17] Carneiro G, Aguiar MG, Fernandes AP, et al. Drug delivery systems for the topical treatment of cutaneous leishmaniasis [J]. Expert Opin Drug Deliv,2012 [Epub ahead of print]
- [18] Sauer F. Questions about pharmaceutical expertise [J]. Sante Publique,2012,24(1):63-68
- [19] Cohen JM, Sabot O, Sabot K, et al. A pharmacy too far? Equity and spatial distribution of outcomes in the delivery of subsidized artemisinin-based combination therapies through private drug shops [J]. BMC Health Serv Res,2010,10(Suppl 1):S6
- [20] Van den Berg H, Tak N. Licensing and labelling of drugs in a paediatric oncology ward[J]. Br J Clin Pharmacol,2011,72(3):474-481