

## · 论 著 ·

## 我院门诊退药现象 281 例分析

韦 庆, 孔飞飞, 吴英英, 郭良君, 王 翔

**【摘要】 目的** 分析医院门诊药房退药的原因, 以确保药品的质量, 维护广大患者的利益。**方法** 收集 2010 年医院门诊药房全部退药记录 281 例, 按退药原因、所退药品品种等诸方面进行分析评价。**结果** 退药原因中最主要的是药物不良反应有 90 例, 占 32.03%, 其中又以中成药和抗菌药物引起的不良反应导致的退药居多。**结论** 应合理规范用药, 严格遵守各项规定, 减少用药引起的不良反应, 并制订退药标准, 规范退药流程, 加强退药管理, 从而有效控制退药。

**【关键词】** 门诊药房; 退药现象; 原因分析; 不良反应

**【中图分类号】** R954 **【文献标志码】** A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.04.017

## Analysis of 281 cases of the drug withdrawal of outpatient pharmacy in our hospital

WEI Qing, KONG Fei-fei, WU Ying-ying, GUO Liang-jun, WANG Xiang. 98 Hospital of PLA, Huzhou, Zhejiang 313000, China

**【Abstract】 Objective** To analyze the reasons for the drug withdrawal in outpatients and to find solutions for reducing drug withdrawal. **Methods** 281 cases of the drug withdrawal of outpatient pharmacy were collected in our hospital in 2010 in order to analyze the reasons, the types, and so on. **Results** The main reasons are adverse reactions, accounted for 32.03%. Among them, the main drugs withdrawn were antibiotics and Chinese patent medicines. **Conclusion** The hospital should formulate standard of the drug withdrawal, regulate the flow of the drug withdrawal pharmacy, strengthen the management of drug withdrawal, thus effectively control drug withdrawal.

**【Key words】** outpatient pharmacy; drug withdrawal; reasons analysis; adverse reaction

国家卫生部、国家中医药管理局、总后勤部卫生部联合印发的《医疗机构药事管理规定》<sup>[1]</sup>中规定:“为保障患者用药安全,除药品质量原因外,药品一经发出,不得退换。”我院为了避免不必要的医患纠纷,多数情况下都会满足患者的退药要求,近来发现患者要求退药的现象与日俱增,严重影响了门诊药房正常的工作秩序,大大增加了窗口工作人员的工作量。现对我院门诊药房 2010 年退药记录共 281 例进行详细的统计分析,以找出退药的主要原因,探讨如何避免或减少退药现象,并确保医院药品质量和患者用药安全<sup>[2]</sup>。

## 1 资料与方法

收集 2010 年我院门诊药房全部退药记录 281 例,按退药原因、所退药品品种等诸方面进行统计分析和评价。

## 2 结果

**2.1 按退药原因统计** 退药的原因主要是用药后出现不良反应 90 例(32.03%)、患者主动要求退药 44 例(15.66%)、患者拒绝用药 25 例(8.90%)及潜

在药物不良反应 22 例(7.83%,表 1)。其中患者用药后出现不良反应而退药的情况见表 2,潜在的药品不良反应见表 3。

**2.2 按退药种类统计** 参照所属类别及《新编药理学》第 16 版<sup>[3]</sup>的分类方法,所退回的药品涉及药品 19 类 170 种(部分患者所退药品≥2 种,故退药总例次为 345 例次),见表 4。

## 3 讨论

## 3.1 退药原因分析

**3.1.1 患者用药后出现不良反应** 药物不良反应所造成的退药是退药原因中最主要的因素,有 90 例(32.03%)。药物不良反应系指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应<sup>[4]</sup>。对于这种情况,应及时仔细询问患者,如实填写药品不良反应报告表,以利于对上市药品信息的收集、再评价。临床医生开具处方时应详细询问病史、用药史,严格按照新的《处方管理办法》规定开方,一般不得超过 7 d 用量,急诊处方一般不得超过 3 d 用量<sup>[5]</sup>;对患者首次服用的药品,尽量不要开得太太多。医生不要因药物疗效不明显或有轻微不良反应,就盲目同意患者退药,而应有区别地对待,以免错过良好的治疗机会。由表 2 可知,在不良反应引起的退药中,以中成药比例最大,这可能与其使用

表 1 医院门诊药房 2010 年 281 例退药原因统计

退药原因	例(%)
用药后出现不良反应	90(32.03)
患者要求退药	44(15.66)
患者认为不需要	27(9.60)
患者要求换规格、厂家	8(2.85)
患者未弄清药品开错药	7(2.49)
患者嫌药品效期近	1(0.36)
患者打算怀孕	1(0.36)
患者拒用	25(8.90)
患者认为药价过高	3(1.07)
患者拒绝注射给药	3(1.07)
患者认为与病情不符	2(0.71)
患者认为疗效不佳	1(0.36)
患者不依从性	16(5.69)
潜在药物不良反应	22(7.83)
患者存在禁忌证	14(4.98)
患者存在过敏史	8(2.85)
患者家中自备	16(5.69)
医生开错	16(5.69)
医生重复开药	13(4.63)
病情变化、治疗方案变化或住院治疗或死亡	11(3.91)
处方量大	10(3.56)
处方录入错误	8(2.85)
药房缺药	5(1.78)
检查或手术取消或不作	3(1.07)
计价错误	2(0.71)
诊断错误	1(0.36)
超费用	1(0.36)
其他	14(4.98)
合计	281(100)

频率较高、用量较大有关,同时也与临床滥用及不合理使用有关。中成药成分复杂,缺乏科学的质控管理;临床医生又大多不能完全理解中药的辨证施治原则,在使用上存在无适应证、超适应证的现象,亦会导致不良反应的发生。其次为抗感染药物,主要是头孢菌素类、喹诺酮类、青霉素类抗生素,其原因一方面是抗感染药物的广泛使用,一方面也与临床滥用及不合理使用有关<sup>[6]</sup>。近年来新的抗生素品种不断增加,有部分临床医师由于对新药的适应证、用法用量、禁忌证及不良反应认识不足,医德及责任心不强等原因,在抗生素的选择上未能完全遵循《抗菌药物临床应用指导原则》,导致耐药与不良反应逐年增加<sup>[7-8]</sup>。

**3.1.2 患者的不依从性** 分为患者主动要求退药和患者拒绝用药两种情况。一些患者对医师缺乏信任、相关医务人员在回答咨询时措辞不当、或患者自认为对自己的疾病不对症、患者认为药价太高、“医保、农保”报销不便等原因,都会要求退药。部分患

表 2 患者用药后出现不良反应而退药的药品情况

药品类别	例(%)	具体药物品种
中成药	50(40.32)	独一味、草乌甲素、活血止痛、骨康胶囊、骨刺丸、祛风止痛、血栓心脉宁片、血塞通分散片、逐瘀通脉胶囊、祖师麻片、润燥止痒胶囊、银杏蜜环口服溶液、珍宝丸、通络开痹片等
抗感染类药物	28(22.58)	
头孢菌素类	11(8.87)	头孢克肟、头孢西丁钠、头孢泊肟酯、头孢地尼等
喹诺酮类	5(4.03)	加替沙星、左氧氟沙星等
青霉素类	4(3.23)	苄星青霉素、青霉素钠、阿莫西林双氯西林
大环内酯类	3(2.42)	阿奇霉素
硝咪唑类抗生素	3(2.42)	甲硝唑、替硝唑葡萄糖
其他药物	2(1.61)	林可霉素、阿莫西林克拉维酸
神经系统药物	17(13.71)	氨基葡萄糖、舍曲林、双氯芬酸、度洛西汀、二氟尼柳等
维生素类	8(6.45)	甲钴胺、呋喃硫胺
消化系统药物	6(4.84)	雷贝拉唑、硫糖铝、伊索拉定片、兰索拉唑、复方甘草酸苷
循环系统药物	5(4.03)	复方利血平氨苯蝶啶、替米沙坦、硝苯地平
抗变态反应药物	2(1.61)	西替利嗪
骨质疏松用药	2(1.61)	阿法骨化醇、碳酸钙
其他药物	8(0.81)	破伤风抗毒素、吡格列酮、坦络新、复方泛影葡胺等
合计	124(100)	

表 3 潜在的药物不良反应因素

潜在的不良反应因素	n
患者有高血压	5
青霉素过敏	4
有过敏史	3
患者不能服用	2
过敏体质者	1
患者有糖尿病	1
患者有出血倾向	1
患者有心脏病	1
小儿不宜使用	1
患者长期服用党参	1
不宜使用	1
饮食禁忌	1
合计	22

者则对药品说明书中罗列详尽的不良反应感到恐惧,对医疗技术的局限性缺乏必要的认识,对医疗效果的期望值过高,自认为药物见效慢、疗效欠佳而拒绝用药。这从一定程度上反映部分医务人员对药物适应证、禁忌证以及可能出现的不良反应等基本知识了解不足;另一原因是由于患者对药物的基本知识一知半解,没有科学全面地看待问题。在这一点

表 4 退回药品种类及构成比[例(%)]

类别	品种数(构成比)	例次(构成比)
中成药	75(44.12)	158(45.80)
抗感染药物	28(16.47)	55(15.94)
头孢菌素类	12(7.06)	33(9.56)
大环内酯类	3(1.76)	7(2.03)
青霉素类	4(2.35)	4(1.16)
喹诺酮类	2(1.18)	4(1.16)
硝咪唑类抗生素	3(1.76)	3(0.87)
氨基糖苷类药物	2(1.18)	2(0.58)
β-内酰胺酶抑制剂	1(0.59)	1(0.29)
抗感染植物药制剂	1(0.59)	1(0.29)
循环系统药物	8(4.71)	28(8.11)
神经系统药物	11(6.47)	26(7.54)
激素类药物	14(8.24)	19(5.51)
调节水、电解质平衡药物	4(2.35)	18(5.22)
骨质疏松用药	5(2.94)	13(3.77)
消化系统用药	5(2.94)	5(1.45)
耳鼻喉科用药	2(1.18)	4(1.16)
呼吸系统用药	2(1.18)	3(0.87)
眼科用药	2(1.18)	2(0.58)
抗变态反应药物	2(1.18)	2(0.58)
维生素类药物	2(1.18)	2(0.58)
皮肤科用药	2(1.18)	2(0.58)
前列腺增生用药	2(1.18)	2(0.58)
其他药物	6(3.54)	6(1.74)
合计	170(100)	345(100)

上,医患沟通起到很关键的作用。相关医务人员应当对患者进行用药前必要的心理疏导,向每一位患者详细询问药物过敏史,并向其解释治疗方案,药品名称、用途、价格等,求得患者最大的依从性。

**3.2 退药产生的不良后果** 退药过程中存在着五方面的风险<sup>[9]</sup>,可能会产生以下不良后果:不能保证退回药品的质量;增加工作量,可能会影响药师的正常工作<sup>[10]</sup>,产生不必要的差错;易发生医疗纠纷;患者有不良反应及禁忌证,对用药安全有隐患;可能使医院药房药品的批号管理产生一定程度的混乱。

## 4 建议与对策

**4.1 制定退药标准,规范退药流程**<sup>[9]</sup> 针对我院门诊药房退药现象比较多的情况,为了减少医患纠纷,更为了保证药品的质量,根据卫生部文件《医疗机构药事管理规定》<sup>[1]</sup>:“为保障患者用药安全,药品一经发出,不得退换”的精神,制定了退药标准和退药流程。我院退药标准:①所退药品必须为本院所配出药品;②所退药品为一个月以内所配药品,并提供发票等依据;③患者要有原处方医生的签字,并注明要求退药的原因和数量;④药师要仔细全面检

查药品的各层包装,已拆封开启的或密封标签脱落的,有污点、破损、变形或字迹不清等现象<sup>[11]</sup>的药品一律不得退回;⑤拆零药品一律不退;⑥需特殊保存的药品一律不退,如需冷藏保存、避光保存的药品等;⑦麻醉药品、精神药品不得退回;⑧退回的药品批号要与电脑数据库中药品批号一致。原则上,只要药品还没有离开发药窗口,都无条件退药。并要求患者填写退药单,并由医生签字,由药房存档。

**4.2 医师、药师把好关,减少退药现象** 首先要把握好处方关。要加强对医生行为的规范,医师在诊疗过程中应遵循“最小剂量,最短必须疗程”的用药原则<sup>[12]</sup>。医生应根据患者的实际情况开方:处方一般不得超过 7 d 用量;急诊处方一般不得超过 3 d 用量;对于某些慢性病、老年病或特殊情况,处方用量可适当延长,但医师必须注明理由<sup>[6]</sup>。其次要把好发药关。药师在发药前要认真审方。严格掌握“四查十对”,加强对医生用药的监督,杜绝不合理用药,及时发现处方的错误,在药品发出之前予以更正,以减少退药现象。同时,要积极开展临床药学工作,加强临床药师与临床医师的沟通,注意合理用药知识的宣传,指导临床医师、护士和患者合理用药,减少药品不良反应,从而减少退药情况的发生<sup>[13]</sup>。

## 【参考文献】

- [1] 中华人民共和国卫生部、国家中医药管理局、总后勤部卫生部. 医疗机构药事管理规定[S]. 2011.
- [2] 封茂燕. 我院 350 张门诊药房退药处方分析与探讨[J]. 中国药业, 2012, 2(6): 49-50.
- [3] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 16 版, 北京: 人民卫生出版社, 2007: 1.
- [4] 卫生部, 国家食品药品监督管理局. 药品不良反应报告和监测管理办法[S]. 2010. 5
- [5] 卫生部. 处方管理办法[Z]. 医发[2007]53 号, 2007.
- [6] 陶瑛瑛, 王楠, 龚海洋. 301 例药物不良反应报告分析[J]. 东南国防医药, 2011, 13(6): 538-539.
- [7] 陈邦元, 郭贵宾, 张勇妹, 等. 2007 年至 2008 年某院抗菌药物的应用情况[J]. 东南国防医药, 2010, 12(3): 144-146.
- [8] 王菁平, 丁蓉蓉. 试论医务人员合理用药[J]. 东南国防医药, 2009, 11(4): 353-355.
- [9] 孔飞飞, 谭兴起, 郭良君, 等. 医院药房退药中的风险管理[J]. 中国药物警戒, 2011, 8(2): 102-104.
- [10] 王翠兰, 杜霞. 门诊患者退药情况分析及管理措施[J]. 中国医院药学杂志, 2008, 28(17): 1518-1519.
- [11] 裴泽军. 我院门诊患者退药情况动态分析[J]. 医学与哲学, 2007, 28(3): 80.
- [12] 施锦柏. 214 例门诊退药处方分析及建议[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(13): 212.
- [13] 龚健, 王晓刚, 陈鑫. 浅析基层门诊处方不合理用药的现状[J]. 东南国防医药, 2007, 9(2): 115-116.

(收稿日期: 2013-04-23; 修回日期: 2013-05-29)

(本文编辑: 张仲书; 英文编辑: 王建东)