

搭建医院药事交流平台 助推医院药学事业发展

编者按:2014年5月22-23日,第三届医院药事管理高峰论坛暨河南省医学科学普及学会药学专业委员会年会在郑州召开。此次会议作为“2014中国(郑州)医院装备暨健康产业博览会”的一部分,由河南日报报业集团、中国医学装备协会、医药卫生报社、河南省医学科学普及学会主办,由河南省人民医院承办,扬子江药业集团协办。河南省人民医院党委书记蔡聚雨,中国药学会医院药学专业委员会主任委员、北京协和医院教授朱琳,首都医科大学附属北京天坛医院药学部主任赵志刚等国内医院药学领域的著名专家、围绕医院药学热点作了专题讲座。来自全省各级医疗卫生机构的有关负责人、药学部(药剂科)主任及工作在一线的药师,共300余人参加了此次会议。(以下是专家课件摘编)



医院药学转型求变谋发展

河南省人民医院党委书记 蔡聚雨

任何工作,只有把握好事物的发展方向、理清发展模式,才能适应新环境、新变化、处理新矛盾、新问题,最终达到目的。对于医院药学工作,在新医改持续推进、以药补医弊端日益凸显的当前,只有认清形势、转变观念、理清思路、突出重点、加强学习,才能提高和发展。

正视存在的问题

当前的医院药学工作普遍存在一些问题,但是我们要敢于正视并客观地看待问题,积极寻求解决这些问题的办法。

存在的问题:一是发展模式过于单一。这是以往我国药剂科总的发展情况,是我国药剂科发展受限的根本原因,也是造成我国很大一部分医院人员缺乏综合素质的病症所在。二是医院药学基础设施和设备条件差。目前,大多数医院还停留在“以调剂为中心”的单纯供应型阶段,与现代化医院形成较大反差。三是对药学的重视程度不够。当前的医院药学过于重视制剂生产管理、药品采购供应和实验室操作,而轻药物治疗、药师能力和继续教育。对传统经验和个别经验强调多,对新理论、知识、技术、方法的研究和吸收采用少。对改革开放中



探索安全用药新模式

河南省人民医院药部主任 蔡玉花

处方及时发现问题;对于药性剧烈的药品,特别是能造成严重后果的药物必须仔细核对后方可发药;对能引起误解或引发不良后果的用药,应向患者交待清楚用法、用量及其注意事项;发药时对特殊人群,如儿童、老人、重病患者及低文化水平的人,除了书面的用法,也应给予必要的语言解释。

河南省人民医院注重减少因专业知识缺乏和业务水平不高而造成的调剂差错,鼓励员工接受继续教育,不断提高自身的业务素质;减少由药剂人员责任心不强造成的调剂差错,加强职工思想教育,提高职工的自觉性,坚决杜绝“定势思维”,减少因工作疲劳造成的调剂差错,不随意调班,避免疲劳上岗;对于未发生严重后果的差错事故,药学部建立了一套“非惩罚性差错制度”,鼓励职工主动报告差错,避免因隐瞒而导致重大错误的发生。药师应利用查房、药物咨询窗口、社区用药咨询活动,依据自己掌握的专业药学

知识,向患者提供药学咨询服务,介绍所使用药物的用法、用量、疗程、适应症、禁忌症、药物存在的不利反应及注意事项,从而让患者避免因误服、误用造成的药源性疾病。

河南省人民医院将医院管理信息系统嵌入医生工作站,实现住院患者的医嘱审核;利用临床药学管理系统实现了电子化处方、医嘱点评,使药师能够通过电脑系统对处方、医嘱进行审核与点评。2012年,该院临床药师共点评病历《内科病房》11042份,点评普通处方4900张、抗菌药物处方2000余张,每月分析总结点评中发现的问题,发现药物的不合理使用,填写《处方医嘱点评反馈建议书》,及时反馈给科室。药师审核并干预错误处方,纠正选药不合理、用药剂量错误、使用规格错误、配伍禁忌等用药错误,并要求医师改正并在干预记录上签字,有效减少和防范用药错误的发生。

(本报记者沈洪整理)



药师职责回归是唯一出路

中国药学会医院药学专业委员会主任委员 北京协和医院教授 朱琳

地方政府、医疗机构等利益的再分配;随着公立医院实行药品零差率步伐的加快,政府对医疗机构的拨款也越来越少;社会药店越来越规范化也对医院门诊药房带来冲击。

原来我曾提出的“要做不可替代的药师”,却没有提出一个具体的标准。但是,在2014年4月有关部门出台的《国家级区域医疗中心(综合医院)设置标准(征求意见稿)》中,却明确了医院药学人员应该提升5个方面的能力:参与药物治疗工作能力、药学服务能力、个体化治疗方案设计与指导能力、信息服务能力、用药安全和医疗质量的保障能力。

现在,药师怎么做才能让自己的工作更加智慧和有序、高效,这个时候就应该知道政府在做什么,医院院长在做什么,这也决定着我们的药师要做什么。今年国务院部署的医改重点工作是医疗、医保、医药三联动,这其中我们药师就在中间发挥着作用。

目前,医院门诊药房面临的形势比较严峻,也给医院药师工作带来挑战。关于药房托管其实就是医药公司、



难治性高血压病用药指南

河南省人民医院主任医师 王浩

寻找继发性高血压的证据、治疗、转诊至高血压病专家。

难治性高血压病一般指使用包括一种利尿剂(不含盐皮质激素受体拮抗剂)在内的合适剂量的3种或3种以上的、不同作用机制的降压药物,所测测量血压(偶测)仍不能控制在<18.7/12.0千帕(140/90毫米汞柱),糖尿病或肾病患者血压仍不能控制在<17.3/10.7千帕(130/80毫米汞柱)的高血压病。临床上经常遇到一些假性难治性高血压病,这类患者只是偶然出现高血压症状。新诊断的患者,诊断后第一年有40%的人可中断治疗,有低于40%的人需要持续5-10年治疗。

在确诊为难治性高血压病后,患者要改变吸烟、酗酒、肥胖等心血管病危险因素,同时停用非甾体类抗炎药、环氧化酶-2抑制剂,可卡因、苯丙胺等,拟交感神经药(减充血剂、抑制食欲药物)、口服避孕药、肾上腺固醇类、环孢霉素和免疫制剂,红细胞生成素等。然后寻找继发性高血压病的依据。研究显示,大约每55种疾病可引起高血压病,常见的原因有肾实质性、内分泌性、肾血管性、精神心理

障碍、主动脉缩窄、药物性等。

难治性高血压病可以选择手术治疗和药物治疗。手术治疗适合某些难治性继发性高血压病,如肾上腺肿瘤(原发性醛固酮增多症、库欣综合征、嗜铬细胞瘤等)、肾血管性高血压病、垂体瘤导致的肾上腺增生等。

难治性高血压病的药物治疗主要是调整用药方案。往往在开始新的联合用药方案前,首先将原用药物均暂时停掉,或按以下方案进行调整,并继续严密监测血压。可以使用钙拮抗剂加血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂+氢氯噻嗪或吲达帕胺+α受体阻滞剂+β受体阻滞剂或加用中枢性降压药。

需要提醒的是,如果难治性高血压病患者口服以上降压药物仍无效时,可先静脉用药,阻断恶性循环,待血压下降后继续以上方案口服维持治疗。静脉用药疗效最好的是硝普钠根据血压调整给药速度;其他可考虑的

药物有α受体阻滞剂+β受体阻滞剂如柳胺平心定,α受体阻滞剂如乌拉地尔静脉推注、钙通道阻滞剂尼卡地平。

(本报记者卜俊成整理)



临床药师制是医院药学发展方向

河南省卫生厅医政处 王义红

职业定位,主要涵盖具有临床药学或药学专业全日制本科学历、临床药学专业学生毕业后要经过医院药师规范化培训,药学专业学生毕业后要经过临床药师规范化培训或岗位规范化培训等方面。

建立临床药师制是医院药学发展的方向。如何给患者用好药是药师的基本职责,是医院药学界对医院药学发展前途的重新设计,也是医院药师对自身命运的重新思考。

药学服务层次包括:药学信息、用药干预或解决药物相关问题、用药评价、用药管理/药物治疗管理、用药管理与持续随访、慢性病管理、参加疾病治疗方案、部分处方权。

药师对患者的价值只有通过药学服务和用药干预,提供用药评价、咨询、治疗建议和用药安全监测,对高血压病、糖尿病等特殊疾病患者用药进行管理,才能显现出来。

目前,医院药学部对临床药师定位和工作模式在认识上有差距,缺乏紧迫感,习惯于传统的药学工作模



门诊药房自动化建设案例分享

浙江中医药大学附属第一医院药部主任药师 王建平

提高处方调配准确率,消除人为差错。自动发药系统采用条形码、光电检测等电子技术与医院信息系统提供的药品唯一标识码,可以消除因包装相似、药名相似等人为易混淆因素而引起的错误调配。

二、可以减轻调剂人员劳动强度,提高工作效率。原来医院门诊药房4个窗口共计配备核发和调配药师8名,现在5个窗口配备5名核发药师、两名调配药师,三、可以有效利用药房空间,美化药房环境。通过立体储药药品,有效节省了药品储存空间,使药房变得整洁有序。

同时,应用门诊药房发药系统还可以提高患者满意度。应用门诊药房发药系统后,发药窗口排队情况减少,患者取药等候时间缩短30%;差错率大幅下降,患者满意度明显提升。此外,可以减轻药师盘存工作强度,提高盘存效率和盘存准确率。自动发药系统能自动盘点药品,药师只



那么,究竟医院药学部需要什么样的岗位?达到什么层次?有一位业内专家指出,未来的医疗服务体系就是满足患者就医的可行性,满足医疗安全的可持续性。公立医院服务体系的内涵、床位比例会发生变化,医疗的结构会发生变化,岗位的问题可以去调整,可以给岗位!

英国曼彻斯特大学诺依思教授的观点是药学事业进入药学服务时代,药师应成为至关重要的药品管理者,并应将自己视为药物治疗专家。

我认为,伟大的事业,源于伟大的梦想。个人的奋斗如此,学科的发展亦然。药师人必须树立自尊、自重、自信、自信的精神。最终要用“上药意识”谋划发展,用“上药水平”引领发展,用“上药作风”推动发展。

(本报记者朱晓娟整理)



药师的作用不可替代

首都医科大学附属北京天坛医院药部主任 赵志刚

麻疹疫苗或小儿麻痹症疫苗。二、使用过度,把患者在伤害超过可能效益的医疗服务用于患者,例如给流感患者过度使用抗菌药物治疗。三、使用失误,包括医生处方错误、药师调剂错误、护士给药错误,以及发生了可避免的用药不良反应等。

由于职业分工的不同,医师和药师在诊疗过程中的关注点也有很大的不同。医师更多考虑的是疾病的病因、发病机理、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗、预后、预防等。而药师较多考虑的是,疾病的发病机理、药物选择、用药剂量、用药方法、联合用药与药物的相互作用、药物的不良反应与防治等。

不仅如此,我国的法律、法规对医疗机构药学专业技术人员数量也进行了明确规定。2011年出台的《医疗机构药事管理规定》明确指出,“医疗机构药学专业技术人员不得少于本机构卫生专业技术人员总数的8%”“医疗机构应当配备临床药师;医疗机构应当建立由医师、临床药师和护士组成的临床治疗团队,开展临床合理用药工作;医疗机构应当根据本机构性质、任务、规模配备适当数量临床药师,三级医院临床药师不少于5名,二级医院临床药师不少于3名”。

据悉,目前全球处方药已超过1万种,我国所使用的处方药也已达7000多种。面对种类如此繁多的药物,医师全部记住并熟知其相互作用,可导致的不良反应等,显然是不可能的。因此,在临床用药中常常会出现非适应证用药,选用药物不当,重复治疗,选用药物的剂量、剂型、给药途径不正确等问题。

不合理用药不仅会直接影响医疗质量,增加非预期用药风险,导致发病率

和死亡率上升;还会浪费医疗资源,导致一些重要药物短缺,并造成药物费用显著增长,增加患者和国家负担,长此以往,将加重医患信任危机,降低医院的威信。

为此,我国在法律、法规等方面

肿瘤化疗药物更需要血药浓度监测

河南省人民医院药学部副主任药师 赵宁民

癌的的概率约为22%;肿瘤死亡率每10万人有181人患癌死亡,一生中患癌症死亡的概率约为13%。每5分钟就有6人被确诊为癌症,平均每5位癌症患者有3人死亡。

肿瘤化疗药物治疗有效率约25%,肿瘤化疗药物种类有13类100多种,但是大多数数存在治疗窗口窄、毒副作用大等问题。

体表面积(BSA)给药目前普遍使用的剂量决定方法,根据患者体表面积决定用药剂量。BSA给药的缺陷为体表面积和药物暴露之间缺乏足够相关性,缺乏对极瘦个体的差异调整,主要依靠身高体重因素,未能考虑其他影响因素。基于BSA给药的缺陷,有一种更有效

的解决个体差异的方法——血药浓度监测。这种方法将临床应用药从传统的经验模式提高到个体化用药水平。

与其他药物相比,肿瘤化疗药物的疗效并不令人满意,而且毒副作用巨大。肿瘤患者更需要个体化治疗,肿瘤化疗药物的个体化应用更需要血药浓度监测的支持!然而,目前,肿瘤化疗药物的血药浓度监测几乎处于空白阶段。

个体化用药之路是一条漫长而艰辛的道路。我们医院药学人员可以借助基因检测与血药监测更好地发挥作用,推进个性化用药进程,主要通过我们的共同努力,为患者带来更美好的明天。

(本报记者朱晓娟整理)



(6.7版照片由史晓娟提供)