

纪律较差。这需要带教非现役文职人员提高自身心理素质,实现角色转换,对自己充满自信。

总之,本文认为使用非现役文职人员参加防原医学实验教学的实践表明,经过有的放矢的规划、培训,地方医科大学毕业应聘的非现役文职人员能够胜任军事医学特色明显的防原医学课程的实验教学工作,从而缓解了教研室的师资压力,人尽其才的实现了非现役文职人员自身的价值。

参考文献

[1] 屈轶,张煜.军队非现役文职教员队伍建设研究[J].教育

与职业,2008,91(2):95-96.

[2] 贺娟.建立非现役文职教员岗位胜任力模型构思[J].武警工程学院学报,2009,25(4):79-81.

[3] 王明科,邹仲敏,罗成基,等.研究生助教参加防原医学实验教学的实践与思考[J].山西医科大学学报:基础医学教育版,2009,11(1):75-78.

(收稿日期:2011-02-24)

国外医院药房管理

洪(重庆市九龙坡区高新区人民医院药剂科 400039)

【关键词】 药房管理; 模式;

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)12-1526-03

纵观医院药房管理的发展,可以将其分为“以药品为中心”的集中模式和“以患者为中心”的分散模式。集中模式主要指药品的调配与分发,也就是传统药学阶段的药房工作。而分散模式则是指药师走出药房,深入临床各科室,利用药学专业知识为患者提供服务,保障患者用药安全。这两种模式也是目前医院药房工作的两大部分。本文介绍了国外医院药房在管理方面的发展现状,为中国的医院药学发展提供借鉴。

1 集中模式中医院药品管理新技术的使用

目前,国外的医院不断的采用一些新技术为集中模式服务以达到减少用药差错、提高工作效率、有更多的时间开展分散模式的工作。例如单剂量配方制、自动化的发药系统、电子医嘱、电子处方、电子药历、条形码技术等,有些技术在中国一些大医院也进行了尝试,第二军医大学附属东方肝胆外科医院中心摆药室和住院药房实行了单剂量配方制^[1-2],解放军 302 医院在全国率先引进了机械手摆药设备,采用机械与手工并存的发药模式,提高了药师的工作效率,有效地控制了配药差错^[3]。国外很多医院已经采用了这些新技术,并有文献报道他们进行的调查研究。

1.1 美国 美国医院药剂师协会对 2005 年医院的药学实践作了调查^[4],结果显示在大多数医院建立安全体系仍然是重点。他们通过邮件调查美国 1 173 所综合的和儿童内外科医院的药剂科主任,反应率为 43.5%。大多数医院采用集中配药系统。然而与 2002 年的数据比较,分散模型式明显增长。72%的医院采用了自动化的配药盒,15%使用了机器人。单剂量配方制,2 名药师检查高危药品和高危患者组的比率也增加。用药记录在过去 6 年里逐渐电脑化。手写的用药记录大量减少。在药物使用过程的管理上应用的技术持续的增长。9.4%的医院应用了条形码技术,32.2%的医院有快捷的注入泵。药房营业时间稳定,30%的医院提供不间断的服务。大约有 12%的医院在下班之后对给药医嘱复查并录入。

2006 年全国临床药学服务调查^[5],从 1989~2006 年,所有医院的临床药学服务都大幅度增长。864 家医院(76.8%)有药师提供用药记录管理。药品管理通常包括氨基糖苷类、华法林、低分子肝素、氟喹诺酮类等。220 家医院(19.6%)实行电脑化的医嘱录入系统,263 家(23.4%)使用条形码进行药品

管理,439 家(39.0%)使用机器人调配药品。

1.2 加拿大 提高用药安全的技术有很多,支持他们使用的证据较少,其具体执行还存在一定压力等^[6]。横向调查了加拿大 100 个最大的急救医院,78%的调查医院做出了回应。经常提供临床药学服务的医院占 97%,提供以药房为基础的混合静脉注射剂服务的 81%,电脑化的药房订单输入系统有 77%,采用单剂量配方制的有 75%,实行电子药历的有 67%。条形码技术、电脑化的医嘱录入使用较少,各为 9%。大部分医院计划增加使用新技术。将投资自动化配药系统的医院占 33%,投资条形码技术的占 25%,将实行电脑化医嘱录入的医院占 12%。由此可见加拿大医院对用药安全的投入还是比较大,不少医院还是愿意采用新技术来保障用药安全。

1.3 西班牙 Bermejo Vicedo T 等^[7]介绍了西班牙药品管理中引入的新技术。主要是计算机管理系统的应用,例如电脑化的医嘱录入、自动化的单剂量配方制、药品管理记录、静脉营养注射剂的配制等。通过邮件调查 207 家医院,82 家医院接受了调查。36.7%的医院实行模块管理系统,22.4%的医院实行电脑化的医嘱录入。根据医院的规模,17.9%~26.7%的医院采用单剂量配方制,5.1%~33.3%的单剂量配方制是自动化的。用药记录输入电脑管理的占 31.5%。63%的医院将会进一步采用这些新技术以提高药品的安全和管理。

2 以患者为中心的分散模式

药师参与多学科临床工作小组的分散模式可以发现更多的药物不良反应,可以在药物到达患者之前阻止给药差错,降低药物引起的发病率。调查显示 2.5%~30%的住院患者存在用药引起的相关问题(药物引起的发病率为 1.1%~6.0%),此外,可能引起药物副反应的处方超过了 50%。美国 2000 年的学会卫生工作报告指出:人为差错导致的住院患者医疗事故发生率已经达到了一个相当高的程度,造成的死亡人数每年有将近 125 000 人,最常见的错误是关于用药方面的^[8]。因此,药师在临床合理用药中还需要做许多工作。

2.1 抗菌药物的合理使用 20 世纪 90 年代,英国医院的专科药师就在抗菌药物管理中确立了地位。Hand^[9]在文中报道了抗菌素药师的起源,以及最近几年里这一角色的发展。抗菌素药师是英国国家健康保险医院感染控制工作组中的重要成

员,与其他成员一起全面负责,促进抗菌素处方的合理性。随着 2006 年 4 月日本医疗机构条例的修订,越来越多的医疗机构指派专职的药师负责用药的安全性问题^[10]。医院药房利用健康保健质量委员会提供的有效的评价系统,药学专家例如控制感染的药师对医药安全做出的贡献是很大的。控制感染的药师参与抗菌药物的管理计划,并集中于药物安全保健。几项广谱抗菌剂的管理计划例如处方集限定和药品的优先批准在日本逐渐实施。控制感染药师的角色具有广泛的影响,他们致力于防止不慎重的使用抗菌药物而导致耐药性的出现,监督抗菌剂的使用并监测细菌的耐药性。

2.2 心血管疾病和心血管外科病房的药学服务 药理学指导的合理用药很重要,为了促进这种指导,除了医生、护士外,药师有必要介入治疗中。药师根据药理学理论的指导,对个别病例讨论,通过积累的数据资料审查处方的有效性。Machida 等^[11]报道了他们的工作,根据不同的肾功能和 β -甲基地高辛的血清谷浓度,制定合理的 β -甲基地高辛给药剂量。

Machida 等^[11]还研究了心外科手术后感感染的危险因子。他们通过回顾性分析关闭冠状动脉旁路的移植术和心脏瓣膜的外科手术,对各位医师的分析结果进行讨论,同时也分析了手术后使用其他抗菌剂替代头孢唑啉的情况,发现两种手术后抗菌剂的使用都减少了,由此得出结论:当手术延长时,仍然要给予头孢唑啉,为了预防手术后感染,手术后给药 2 d 是合理的。

2.3 肿瘤、血液病患者的药学服务 肿瘤、血液病患者本身的一些特征、治疗的复杂性、所用药物治疗窗狭窄,导致用药差错极易出现,需要药师参与临床药物治疗来提高患者用药质量和安全。Cavero Rodrigo 等^[12]评价了传统药房配药和药师参与临床工作小组的治疗效果。经研究发现,集合药师的临床工作小组提高了肿瘤、血液病患者药学服务质量,能更好的鉴别和预防患者由于药物引起的疾病和同药物治疗相关的病症。

2.4 整形外科手术和脊椎手术中的药学服务 Weiner 等^[8]评价整形外科和脊椎手术住院患者的给药医嘱以减少错误发生,调查给药医嘱错误的频率,并找出减少错误的措施。这项研究包括 2 个部分:(1)选 82 例整形外科和脊椎手术的患者,调查他们给药医嘱错误的频率、严重程度。结果发现用药错误占有医嘱的 62%,其中 43%具有中度或较高的危害性。他们同时制定了一些减少错误的措施,例如药剂师的监测、手术前检查新的药物治疗形式、对手术中的护理人员进行指导、查阅患者入院时的药物治疗方案等。(2)包括 87 例患者,主要评估这些措施的有效性。调查发现给药医嘱错误减少了 31%,具有中度或高度危害性的错误减少了 64%,监测到的疏忽错误为平时的 2 倍。

2.5 社区药房服务 国外社区药房在保障公众健康方面发挥着举足轻重的作用。对于一些慢性病、老年病,社区药师更方便为患者提供药学服务。Bunting 等^[13]评价了以社区为基础的高血压和血脂障碍长期药物治疗管理项目的临床和经济学意义。从 2000~2005 年,6 年的时间对 12 个社区和医院药房的临床研究室进行拟实验性的、纵向研究。参与者包括患者、教会医院的教育家、药剂师。药剂师按预定的诊疗协议长期随访、监测,给医生提供建议。从经济组 620 例和临床组 565 例获得了大量的有效数据,高血压和血脂障碍的患者接受指导和长期的药物治疗管理服务获得了长达 6 年的持续显著的临床改善。治疗药物增加,但是相关的医疗费用明显减少。

3 制度的完善

3.1 美国《药房法》 在美国,各州均有自己的《药房法》,全国颁布的《标准州药房法》,对州药房法提出各项指标,各州可根据实际情况,制定本州药房法,但指标不得低于《标准州药房法》。

3.2 英国的处方管理 1948 年英国政府推出了国家健康保险(NHS)法案,随后成立的药品处方管理联合委员会(JCP),以杜绝医师在利益驱使下开大处方、开比正常同类药价格昂贵的药物。1953 年,JCP 对 NHS 方案中的大约 5 000 种药品进行了评价、分类,评价结果将这些药物分成了 3 类:(1)有确切疗效的新药;(2)符合标准的特效处方药物;(3)缺乏疗效价值证据的药物制剂。将药品实行分类管理,同时要求医生在开具每一张处方的时候,都要说明有没有与之等效但价格更便宜的代用药物,有利于减少药品费用。

4 结论

医院药房管理包含的内容越来越广泛,大量新的技术也在不断更新,其目的就是更好为患者服务。中国人口众多,随着经济的发展,公众对医疗服务的需求越来越高,如何更好的满足公众的需求,保障公众的健康,是医院药学工作者需要面对的问题。利用现代新技术提高医院药房的工作效率,让药师花更多的时间为患者提供药学服务是药学工作者努力的方向,目前,中国在中心调配,血药浓度监测,药事咨询、药敏筛选等多方面都有了很快的发展,相信不久的将来中国会赶上发达国家的药学服务水平,为患者、社会提供更好的药学服务。

参考文献

- [1] 张国庆,龚纯贵,李捷伟. 本院中心摆药室单剂量配方制的实施[J]. 解放军药学报,2005,21(4):318-320.
- [2] 赵卫红,黄玉凤,刘敏. 本院住院药房实行单剂量配方制的几点体会[J]. 药学实践杂志,2007,25(4):247-249.
- [3] 韩晋. 解放军 302 医院现代化药房建设的尝试[J]. 中国药学杂志,2007,42(16):1274-1276.
- [4] Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: dispensing and administration—2005 [J]. Am J Health Syst Pharm,2006,63(4):327-329.
- [5] Bond CA, Raehl CL. 2006 national clinical pharmacy services survey: clinical pharmacy services, collaborative drug management, medication errors, and pharmacy technology [J]. Pharmacotherapy,2008,28(1):1-3.
- [6] Saginur M, Graham ID, Forster AJ, et al. The uptake of technologies designed to influence medication safety in Canadian hospitals[J]. J Eval Clin Pract,2008,14(1):27-29.
- [7] Bermejo Vicedo T, Pérez Menéndez Conde C, Alvarez A, et al. The application of new technologies to hospital pharmacy in Spain[J]. Farm Hosp,2007,31(1):17-22.
- [8] Weiner BK, Venarske J, Yu M, et al. Towards the reduction of medication errors in orthopedics and spinal surgery: outcomes using a pharmacist-led approach[J]. Spine,2008,33(1):104-105.
- [9] Hand K. Antibiotic pharmacists in the ascendancy[J]. J Antimicrob Chemother,2007,60(2):173-174.

- [10] Katayama T. Necessity of Pharmacist Promotion to Contribute for Infection Control and Building Patient Safety [J]. Yakugaku Zasshi, 2007, 127(11), 1789-1791.
- [11] Machida S, Masuda K, Kataoka Y. Pharmaceutical support in the cardiovascular and cardiovascular surgery ward[J]. Yakugaku Zasshi, 2007, 127(11): 1767-1769.
- [12] Cavero Rodrigo E, Climente Martí M, Navarro Fontestad MC, et al. Quality assessment of two pharmaceutical care models for oncohaematological patients[J]. Farm Hosp,

2007, 31(4): 231-233.

- [13] Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE. The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia[J]. J Am Pharm Assoc, 2008, 48(1): 23-25.

(收稿日期: 2011-03-20)

手术器械在供应室集中管理的难点与对策

漆光玉, 莫玉英, 潘 姚, 牟 静(四川省泸州市人民医院供应室 646000)

【关键词】 供应室; 手术器械; 难点; 对策

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1528-01

随着医疗事业的发展需求, 我国医院消毒供应室的管理模式要求实行集中管理的方式。以达到资源共享, 实现专业化、规范化管理的目的。本院自 2010 年以来, 手术器械纳入供应室进行规范化处理, 在这 2 年的运行中, 暴露出一些问题, 现将遇到的难点与采取的对策总结如下。

1 难点

1.1 人员结构不利于工作的开展 由于供应室工作长期以来一直被认为不属于临床一线科室, 因为不需要直接面对患者, 工作相对单纯, 自然就成为老弱病残与照顾对象集中的科室。所以, 供应室工作人员普遍存在年龄较大, 学历低, 身体差, 缺乏学习的动力等特点^[1]。而临床上治疗、手术的开展日新月异, 特别是骨科手术中外来器械的频繁使用, 使手术器械品种繁多, 结构复杂, 手术医生对器械的配置要求变化大, 这些都给供应室工作人员核对、清洗、保养、包装器械工作带来了难度。

1.2 缺乏供应室专业理论的培养和指导 3 年或 5 年护理专业学习没有供应室专业的知识, 我国长期以来, 对消毒供应专业领域的认识程度存在局限性, 因此专业发展起步较晚, 至今仍然缺乏对专业工作的理论研究, 缺乏系统的理论, 专业理论培训教材和培训^[2]。进入临床的供应工作基本都是老带新, 经验性的带学。对新的工作是探索性的前进。

1.3 不正确的交接会导致责任推诿或效率低下 手术器械在供应室规范化处理牵涉到两个利益独立的科室, 所以在器械的循环过程中, 为了界定各自的责任, 双方需要不断地交接、清点, 使工作耗时多, 效率低; 如果单方清点又会在器械遗失时双方相互推诿责任。

1.4 手术器械缺乏系统的管理 随着临床大手术的开展, 出现手术器械品种多、数量大、贵重器械增多特点, 供应室护士长对手术器械没有完善的统计档案, 加上器械的所有权在手术室, 当工作人员在检查到器械的损毁或锈蚀严重的器械时, 需要及时的更换。那么供应室护士长需要及时、准确的补充更换器械, 以保障手术的安全, 但更换器械所产生的费用同时还要得到手术室的认可。

1.5 认知不同, 导致不能互相理解 手术器械纳入供应室管理后, 使手术室护士从繁琐的器械清洗、保养、打包中解脱出来, 这也使手术室护士产生一切关于器械的清洗、准备工作就应该由供应室负责, 他们只负责器械使用的观念。如果能随用随收, 随需随取才是理想状态^[3]。而供应室在工作过程中, 发

现随用随收, 随需随取, 会消耗大量的时间在路途和交接中, 导致工作效率低, 不随用随收又会导致附在器械上的污渍、血渍等干固, 增加清洗的难度, 而且腐蚀器械, 因此希望手术室护士能认真地对待预冲洗器械。

2 对策

2.1 合理人员结构, 工作人员重组 护理人力资源是确保护理质量的基础^[4], 因此供应室成立手术器械小组, 除了适当吸收高学历和年轻的护理人员外, 由手术室派出 2 名经验丰富的护士到供应室轮转, 以改变护理人员结构。在工作中, 供应室护士教会手术室护士回收、清洗、打包的标准操作, 手术室护士教会供应室护士器械的名称、用途、性能、保养。当第一批成员熟练掌握后, 供应室其他护士一个一个的逐步进入手术器械组, 由熟练的人员一对一带教, 供应室护士绝大部分掌握后, 第一批手术室护士返回手术室, 又派新的手术护士到供应室轮转。

2.2 强化专业培训, 提高工作人员专业技能 开辟多渠道的岗位培训, 提高工作人员的整体素质, 丰富工作人员的专业知识, 适应新的工作模式的需要和不断变化的环境。

2.2.1 派出护士长到已实行手供一体化的上级医院进修, 派出骨干成员到成都、重庆参加短期培训班, 带回先进的理念和实践经验。

2.2.2 参照国家卫生部对消毒供应室的操作规范和标准, 结合本院实际情况, 订出详细的标准的下收、清洗、包装、灭菌、下送流程。

2.2.3 根据工作人员的年资和工作种类, 护士长制定出详细的工作人员培训计划。通过每天的提问, 每周的小讲课, 每月的业务学习给大家强化各项规章制度和操作技能、操作程序, 使人人掌握, 自觉遵守。

2.2.4 不定期邀请院感、包装、消毒灭菌专家和设备技术人员来院讲课。

2.3 强化供应室、手术室是一体的, 两科间搭建起理解的桥梁。

2.3.1 手术室护士到供应室轮转, 一方面使供应室护士了解: 专科器械的性能和器械不完整导致的手术后果。从而在清洗、检查包装过程中强化严谨的工作态度, 确保器械的使用性能。另一方面手术室护士也了解到供应室冲洗、收发工作的繁琐性, 体力劳动的强度大等特点, 这样, 在工作中, 双方加深了对彼此工作的理解, 建立起和谐、友好、信任的工作桥梁。

2.3.2 供应室与手术室的护士长经常沟通, (下转第 1536 页)