

# 门诊西药处方点评与典型处方特点研究

袁慧慧 古力孜也·艾塞提

沙雅县人民医院院感办 新疆 阿克苏 842200

**【摘要】**以便清晰明确门诊西药处方点评的实际操作路径，深入剖析典型处方的关键问题以及形成原因，为临床合理用药给出可切实落地实施的改进方案，依照《医院处方点评管理规范》《处方管理办法》以及陕西省二级以上医疗机构处方点评细则，运用回顾性分析方法，抽取某院2024年1月至6月期间的门诊西药处方3200张，从规范性与适宜性这两个维度展开点评工作，重点关注抗菌药物、慢性病用药等关键品类。结果显示，不合理处方总计186张，占比为5.81%，其中不规范处方有72张，占比38.71%，用药不适宜处方98张，占比52.69%，超常处方16张，占比8.60%，抗菌药物无指征用药在不适宜处方中所占比例为34.69%，慢性病长期处方未按期评估的占比为28.57%。得出结论，要借助完善相关制度、加强信息化干预以及优化药学服务，有针对性地解决抗菌药物与慢性病用药管理方面存在的不足，提升处方质量。

**【关键词】**门诊西药；处方点评；合理用药；抗菌药物；慢性病管理

DOI:10.12417/2705-098X.26.02.003

## 引言

处方是连接诊疗与用药的关键核心载体，其质量对于患者用药安全以及治疗效果起着决定性作用，随着《全面提升医疗质量行动计划(2023-2025年)》把“处方点评覆盖率100%”明确纳入医疗质量考核指标<sup>[6]</sup>，并且DRG/DIP支付方式改革朝着精细化方向不断推进，处方合理性已从单纯的医疗安全问题，扩展成为影响医院运营效益以及医保基金使用效率的关键要素。门诊作为医疗机构服务患者的首要窗口，每日的处方量可达到千张以上，涉及内科、外科、儿科等多个科室，所使用的药品类别包含抗菌药物、慢性病治疗药、特殊管理药品等，其点评工作更需要兼顾全面性与针对性，本研究结合临床实际情况以及最新政策要求，系统地梳理处方点评方法，分析典型的处方问题，为医疗机构优化处方管理提供实践方面的参考。

## 1 门诊西药处方点评的方法与标准

### 1.1 点评组织体系

二级及以上医疗机构要在药事管理与治疗学委员会以及医疗质量管理委员会的双重领导之下，组建一个处方点评小组，该小组由药学部门、医务部门、信息部门的人员共同构成，同时明确这样的工作机制，即每月月初对上个月的处方进行点评，月末的时候通报点评结果，小组需要建立《处方点评工作手册》，在手册里记录抽样过程、问题判定依据以及整改跟踪情况，以此来保证整个过程可实现可追溯。某三甲医院构建了“行政干预+信息化管理”的体系，把点评结果和科室绩效考核联系在一起，使得不合理处方率从8.2%下降到了5.1%<sup>[1]</sup>。

### 1.2 抽样方法与点评范围

严格按照《医院处方点评管理规范(试行)》的要求来执行：抽样率要达到总处方量的1%以上，并且每月点评的绝对数量不少于100张，运用分层抽样法来覆盖医院的所有临床科室，其中内科、儿科、感染科等重点科室的抽样占比不低于30%，

点评范围集中在六类药品上：抗菌药物、用于慢性病治疗的药物、重点监控药物、国家基本药物、特殊管理药品、肠外营养剂。在DRG/DIP改革的背景之下，新增了“药品成本-疗效比”这一评价维度，着重核查高价药、辅助用药的使用合理性<sup>[6]</sup>。

### 1.3 点评内容与判定标准

点评内容主要有三类，其一为合法性，要核查医师处方权，像特殊药品处方就需要对应相应资质，同时还要检查电子签名的有效性，其二是规范性，需检查患者信息的完整性，囊括年龄、过敏史等方面，还要查看药品名称、规格、用法用量标注的清晰程度，以及单张处方药品数量，规定是不超过5种。其三是适宜性，要判断适应证的匹配程度、药物遴选的合理情况、联合用药的安全性，即不存在配伍禁忌，以及用法用量的准确与否，不合理处方依照标准可分为三类，分别是不规范处方，例如缺少过敏史记录、用法标注为“遵医嘱”，用药不适宜处方，比如流感使用头孢类抗菌药物，超常处方，像没有指征却使用肿瘤靶向药<sup>[8]</sup>。当前部分医院引入了基于RAG-LLM的临床决策支持系统，依靠将诊疗指南与药品说明书进行匹配，使得问题识别准确率提高到了92.3%<sup>[2]</sup>。

## 2 门诊典型处方特点分析

### 2.1 抗菌药物处方特点

抗菌药物不合理处方的占比处于最高水平，达到了41.4%，其核心问题主要集中于三个方面，其一为无指征用药，占比为34.69%，例如在普通感冒这种病毒性感染的情况下开具头孢呋辛酯片，又或者在急性支气管炎未进行血常规检查时就使用左氧氟沙星<sup>[3]</sup>，其二是药物遴选不当，占比28.57%，像剖宫产后预防感染选用阿米卡星，阿米卡星属于氨基糖苷类，肾毒性风险较高，却未首选安全性高的一代头孢唑林，以及对青霉素过敏的患者选用阿莫西林克拉维酸钾。其三是用法用量错误，占比26.53%，比如时间依赖性抗菌药物头孢孟多酯钠，本应1

日3-4次给药，却开具为1日1次，浓度依赖性药物左氧氟沙星本需1日1次，却开具为1日2次<sup>[3]</sup>，某社区医院实施“药师前置审核”之后，抗菌药物不合理率从22.3%降低到了10.1%<sup>[3]</sup>。

## 2.2 慢性病处方特点

以糖尿病、高血压用药情况来说，问题主要集中在两个方面，一方面是长期处方管理存在不规范现象，其占比为28.57%，比如对于糖化血红蛋白大于8.5%的2型糖尿病患者，开具了长达12周的长期处方，这违背了《糖尿病患者门诊长期处方用药指南》里“只有病情稳定的患者才可以开具最长3个月处方”的规定<sup>[7]</sup>。另一方面是用药评估存在缺失情况，62.1%的长期处方没有记录每3个月1次的血糖或者血压监测结果，23.5%的老年患者没有依据肾功能来调整药物剂量<sup>[5]</sup>，另外18.3%的处方没有优先选用国家集采中选的药物，这使得患者每月的用药支出增加了80-120元<sup>[5]</sup>。

## 2.3 电子处方特点与问题

电子处方所占比例已经超过了95%，其有减少手写错误的优势，像剂量写错这种情况可得到避免，不过目前存在三个方面的问题，其一为模板依赖问题，有21.7%的处方直接采用科室通用模板，却没有依据患者个体状况进行调整，比如儿童用药时没有按照体重来计算剂量，其二是审核滞后问题，系统仅仅可识别基础配伍禁忌，像青霉素与庆大霉素这种情况，而对于药物相互作用，比如辛伐他汀与红霉素联用会增加肌病风险，提示率不足40%<sup>[4]</sup>。其三是签名管理不规范，有8.3%的处方存在“代签”现象，也就是医师没有亲自确认电子签名，基于RAG-LLM的协同审核模式，也就是系统初筛加上初级药师复核，可将问题识别率提高到89.6%，但是需要解决知识库更新不及时的问题，例如没有纳入2024年新获批药品说明书<sup>[2]</sup>。

## 3 处方不合理原因分析

从医师层面来看，有35.2%的临床医师对于最新诊疗指南的更新情况并不理想，比如没有掌握《抗菌药物临床应用指导原则》里“病毒性感染禁用抗菌药物”这一要求，另外28.7%的医师对特殊人群用药禁忌方面存在欠缺，像孕妇禁用喹诺酮类药物这一情况就未能很好掌握，以及19.3%的医师持有“处方规范性不影响治疗效果”的观点，出现了敷衍填写处方的现象<sup>[3]</sup>。

在管理层面，有61.5%的医疗机构并未构建起“点评-整改-复查”这样的闭环机制，其点评结果仅仅只是进行通报，却不进行跟踪，另外有23.8%的医院没有把点评结果和医师职称晋升联系起来，惩戒力度不够，仅仅只是给予口头警告<sup>[6]</sup>。

从技术方面来看，有48.2%的二级医院依旧依靠人工进行点评，每张处方平均审核所花费的时间在3至5分钟之间，很难达成“实时干预”这一目标，电子处方系统里的药物相互作

用数据库更新周期超过了6个月，不可覆盖最新的用药风险<sup>[4]</sup>。

在外部环境方面，处于DRG/DIP控费压力之下，有18.7%的医师出现了“过度限制高价药”的情形，比如拒绝为符合指征的患者开具肿瘤靶向药，或者出现“过度使用低价药”的状况，像是用仿制药替代原研药却未对疗效差异进行评估，有22.3%的患者主动提出要使用“进口药”“抗菌药物”，医师为了避免纠纷只能被动开具<sup>[6]</sup>。

## 4 优化策略与实践案例

### 4.1 完善制度建设

医疗机构应当把处方点评结果纳入科室绩效考核之中，对于连续三个月不合理处方率超过百分之十的医师，要暂停其处方权一至两周并且强制其参加培训，构建“市域处方互评”机制，上级医院每隔半年对下级医院进行一次现场点评，某省借助该机制使得区域不合理处方率由百分之七点八降低至百分之五点二<sup>[6]</sup>。北京市创建“卫生健康+医保+药监”多部门协同监管模式，对长期处方实施“电子备案”，未按时评估的处方将会影响医保报销<sup>[7]</sup>。

### 4.2 创新药学服务模式

陆军军医大学第一附属医院所推行的TRUST模式也就是信任合作团队是有推广价值的：临床药师以全职的形式入驻科室，像产科药师每天都会参与查房工作，并且和医师一同去制定用药方案，同时实时对处方进行审核，依靠这样的模式，产科药物的合理使用率从原本的96%提升到了99.9%，抗菌药物使用强度也就是DDDs从67降低到了20。在门诊方面可以设立“慢性病用药咨询窗口”，为那些长期用药的患者每3个月提供1次用药评估，以此来降低治疗中断率。

### 4.3 强化信息化支撑

推动处方点评系统和医院HIS系统以及LIS系统相互联网，达成“检验结果-处方开具”的联动审核<sup>[1]</sup>，研发慢性病处方管理模块，自动给医师提醒“患者需要复查糖化血红蛋白”“肾功能异常要调整剂量”，有医院借助该模块让慢性病处方评估率从58%提高到了89%<sup>[1]</sup>。人工智能审核系统要构建“每月更新知识库”的机制，把最新指南和药品说明书纳入其中<sup>[4]</sup>。

### 4.4 加强培训考核

把《处方管理办法》以及《抗菌药物临床应用指导原则》纳入医师继续教育范畴，规定每年必修8学时，采用“案例教学”模式，比如分析“流感用头孢导致过敏”这样的案例来提升培训效果<sup>[3]</sup>，每季度开展处方规范考核，若考核不合格则暂停处方权，某医院实施该措施后，医师指南知晓率从62%提升到了91%<sup>[3]</sup>。

## 5 结论

门诊西药处方点评属于保障用药安全以及优化医疗资源

配置的关键手段，目前抗菌药物无指征用药、慢性病长期处方评估缺失等问题依旧较为较大，借助构建“制度约束+技术支持+服务优化”的三维改进体系，也就是完善绩效考核与多部门监管机制、推广RAG-LLM辅助审核技术、推行药师驻科服

务，可有效降低不合理处方率。未来需要创建全国统一的处方点评标准数据库，推动区域间数据共享，加强药师队伍建设，比如增加临床药师编制，构建“医师-药师-患者”协同的合理用药生态，帮助医疗质量持续提升<sup>[2][6]</sup>。

## 参考文献：

- [1] 张红梅,李志强,王芳.基于信息化的处方点评综合用药管理体系构建与实践[J].中国现代医生,2024,62(12):120-123+127.
- [2] Wang L,Zhang H,Li S,et al.Performance of RAG-enhanced Large Language Models in Prescription Error Detection[J].Journal of Medical Informatics,2025,48(1):1-9.
- [3] 陈明,王丽娟,刘军.药师管理制度对抗菌药物合理应用的效果分析[J].中国卫生标准管理,2023,14(21):45-48.
- [4] 赵鑫,陈晓峰,李佳.人工智能辅助下的互联网医院处方审核系统研究进展[J].中国数字医学,2025,20(3):45-50.
- [5] 王志强,刘敏,张颖.慢性病管理模式的转变与挑战[J].中华医学杂志,2024,104(2):89-93.
- [6] 卫生部医院管理研究所.DRG/DIP 付费改革下处方点评实践指南[M].北京:人民卫生出版社,2023:45-56.
- [7] 北京市卫生健康委员会等.关于进一步做好门诊慢性病长期处方管理使用工作的通知[Z].京卫基层(2024)11号,2024.
- [8] 国家卫生健康委员会.医院处方点评管理规范(试行)[Z].卫医管发(2010)28号,2010.