

中华全科医学, 2011, 9(9): 1394-1395.

[9] Suqahara T, Koroqi Y, Nakashima K, et al. Comparison of 2D and 3D digital subtraction angiograph in evaluation of intracranial aneurysms [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2002, 23(9): 1545-1552.

[10] 田薇薇, 田敏丽, 李晓梅, 等. 颅脑损伤患者血浆 D-二聚体的检测与分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(7): 764-765.

[11] 蔡菁, 陈树大. 颅脑外伤后大面积脑梗塞的临床相关因素

分析[J]. 浙江创伤外科, 2007, 12(4): 295-296.

[12] 于荣三, 李凤英, 孙龙, 等. 急性颅脑损伤血凝检查的临床意义[J]. 现代生物医学进展, 2011, 11(3): 546-548.

[13] 黄波, 伍爱平, 陈冬妹, 等. 颅脑损伤血浆 D-二聚体含量与伤情严重程度及预后的关系[J]. 中国误诊学杂志, 2004, 4(7): 992-993.

(收稿日期: 2013-01-01 修回日期: 2013-04-21)

• 临床研究 •

某院呼吸内科住院患者抗菌药物应用分析

蓝 芬(广东省广州市第十二人民医院 510620)

【摘要】 目的 调查呼吸内科住院患者抗菌药物的使用情况, 为临床合理用药提供依据。**方法** 采取回顾性调查法, 对该院呼吸内科 2011 年 1~12 月收治的 628 例住院患者所使用的抗菌药物种类、用药频率(DDDs)、药物利用指数(DUI)和病原学检测等数据进行统计分析。**结果** 该院呼吸内科住院患者病原学送检率为 91.9%, 阳性率为 17.0%; 抗菌药物的使用率为 100%; 联合用药率为 34.4%。DDDs 排名前 3 的抗菌药物为左氧氟沙星、头孢哌酮钠/舒巴坦钠、头孢克洛; 左氧氟沙星、头孢克洛的 $DUI > 1$, 其他药物 $DUI \leq 1$ 。**结论** 该院呼吸内科抗菌药物使用基本合理, 但仍存在问题, 需进一步加强用药管理。

【关键词】 呼吸内科; 抗菌药物; 临床应用

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.057 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)16-2160-03

抗菌药物是临床控制严重感染的重要药物, 在呼吸内科使用相当广泛^[1-2]。通过对本院呼吸内科抗菌药物的使用情况进行调查分析, 总结讨论本院呼吸内科抗菌药物临床应用现状和用药趋势, 为临床合理用药提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用回顾性调查方法, 选取本院 2011 年 1~12 月呼吸内科收治的呼吸系统感染性疾病使用抗菌药物治疗的住院病例共 628 例(结核病患者除外), 其中男 387 例, 女 241 例, 年龄 12~88 岁, 平均年龄 48.9 岁。

1.2 方法 统计患者的一般资料(年龄、性别、诊断)、病原学检测、所使用的抗菌药物名称、用法与用量、给药途径、给药时间和联合用药情况等, 采用 Excel 进行数据统计。采用世界卫生组织(WHO)推荐的药品限定日剂量(DDD)作为药物利用评价的测定单位, 抗菌药物的 DDD 依据法定说明书确定。用药频度(DDDs) = 药品消耗总量/DDD 值, 以此作为衡量药物使用频度的指标。同时应用药物利用指数(DUI)作为判断医师合理用药的标准, $DUI = DDDs / \text{实际用药天数}$, $DUI \leq 1$ 为合理, 反之为失常。不合理用药的判断根据“抗菌药物临床应用指导原则”及具体病例的情况将不合理用药情况分为五类: (1) 用药无指征; (2) 剂量不足或偏大; (3) 用药时间过长、过短或换药频繁; (4) 不恰当的联合使用或重复使用; (5) 盲目使用高档次的抗菌药物。

2 结 果

2.1 患者一般情况 628 例患者中抗菌药物使用率为 100%。抗菌药物用药时间 3~23 d, 最短用药时间为 3 d, 平均用药时间为 9.8 d(不包括口服给药时间)。

2.2 病原学检测结果 628 例使用抗菌药物的患者中, 有 577 例做病原菌检测, 送检率为 91.9%, 其中阳性率为 17.0%(98/

628)。送检标本中 3 例为骨髓、10 例为胸水、21 例为血液、56 例为咽拭子、487 例为痰液, 病原学检测结果见表 1。

2.3 抗菌药物使用情况

2.3.1 用药目的及给药途径 628 例使用抗菌药物的患者中, 预防性用药 32 例, 占 5.1%; 治疗用药 596 例, 占 94.9%。628 例患者中, 533 例仅静脉滴注抗菌药物, 占 84.9%; 静脉滴注+口服有 89 例, 占 14.2%; 静脉滴注+外用有 6 例, 占 0.9%。

2.3.2 联合用药情况 628 例使用抗菌药物的患者中, 单一用药 412 例, 占 65.6%; 联合用药 216 例, 占 34.4%。其中二联用药 189 例, 占 30.1%; 三联用药 27 例, 占 4.3%。

2.3.3 不合理用药情况 疗程过长 12 例, 占 1.9%; 起点过高 18 例, 占 2.9%; 用药剂量不当 22 例, 占 3.5%; 联合用药不当 10 例, 占 1.6%; 无指证用药 19 例, 占 3.0%。其中有 36 例患者同时存在 2 种或 2 种以上不合理用药情况。

2.4 采用 DDDs 排序法对抗菌药物进行排序, DDDs 排序前 10 位抗菌药物的 DDD、总用药量、用药天数及 DUI, 见表 2。

表 1 病原学检查结果

病原菌	病例数	百分比(%)
酵母样真菌	24	24.5
铜绿假单胞菌	21	21.4
肺炎链球菌	18	18.4
肺炎克雷伯杆菌	15	13.3
金黄色葡萄球菌	10	10.2
大肠埃希菌	7	7.1
普通变形杆菌	3	3.1

表 2 抗菌药物的 DDDs 及 DUI 排序

药物名称	用药总天数(d)	药品消耗总量(g)	DDD(g)	DDD _s	DDD _s 排序	DUI	DUI 排序
左氧氟沙星	595	914.7	0.5	1 829.4	1	3.075	1
头孢哌酮钠/舒巴坦钠	612	1 832.8	4.0	458.2	2	0.749	7
头孢克洛	238	449.5	1.0	449.5	3	1.889	2
美洛西林钠	287	1 680.5	6.0	280.1	4	0.976	3
头孢噻吩钠	338	988.5	4.0	247.1	5	0.731	9
头孢呋辛	196	483.0	3.0	161	6	0.821	6
奥硝唑	128	122.8	1.0	122.8	7	0.959	4
头孢他啶	154	452.3	4.0	113.1	8	0.734	8
头孢噻肟钠	39	143.9	4.0	36.0	9	0.922	5
头孢替唑	41	147.0	6.0	24.5	10	0.598	10

3 讨 论

3.1 疾病诊断情况 呼吸内科住院患者中,所患疾病种类多集中于以下几类:肺部感染、支气管炎、支气管哮喘并感染、肺部真菌感染、间质性肺疾病、慢性支气管炎(喘息型)、肺间质纤维化合并感染、支气管扩张并感染、慢性肺原性心脏病、急性上呼吸道感染及肺结核等。

3.2 病原学检测结果 检测出的耐药革兰阴性杆菌较多,如肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌和铜绿假单胞菌,占 41.8%。可能与呼吸内科多为慢性消耗性疾病有关,患者免疫力低下、合并多种基础疾患、长期反复使用抗菌药物,容易产生该类耐药性病原菌^[3]。其次,呼吸内科患者支气管及肺部感染较多,主治医师经验性使用抗菌药物,也易导致耐药菌的产生^[4],故在临床应用中,根据细菌培养及药敏实验结果,合理选用抗菌药物,以减少细菌耐药性的产生。

3.3 使用抗菌药物种类 本院呼吸内科住院患者 628 例中,抗菌药物使用率为 100%,与文献报道的其他医院呼吸内科抗菌药的使用率基本相同^[5]。呼吸内科住院患者一般病情较重,且以细菌感染为主,临床用药首选起效快、毒性低的注射剂静脉给药^[6]。资料分析表明,本院呼吸内科应用的抗菌药物分为 6 大类 21 种药物:β-内酰胺类、头孢菌素类、氨基糖苷类、喹诺酮类、硝基咪唑类及抗真菌类。使用抗菌药物使用时间为 3~23 d,平均用药时间为 9.8 d(不包括口服给药时间)。选药多集中在头孢类药物,以头孢第三代为主,第二代头孢中主要使用头孢呋辛,这与该类药物的抗菌谱广、低毒高效的抗菌能力有关^[7]。

3.4 抗菌药物 DDDs 及 DUI 本院呼吸内科住院患者所使用的抗菌药 DDDs 排序前 3 位是左氧氟沙星、头孢哌酮钠/舒巴坦钠、头孢克洛。左氧氟沙星抗菌活性强、具有良好的组织渗透性、在肺组织中药物浓度高,且可覆盖呼吸系统常见的致病菌,是治疗肺部感染的基本药物^[8-9],其 DDDs 排名第一,符合呼吸内科常见疾病的病原学特点。头孢哌酮钠/舒巴坦钠以其强大的抗革兰阴性杆菌和对超广谱 β 内酰胺酶的稳定性,使其成为临床治疗重症感染的常用药物。头孢克洛属于第二代口服头孢菌素,通过抑制细菌细胞壁的合成,产生强大的杀菌作用。该药对大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌等革兰阴性杆菌作用较强,主要用于泌尿道感染和呼吸道感染的治疗。表 2 可见,左氧氟沙星、头孢克洛的 DUI>1,说明临床医师的实际日用量偏大。其他抗菌药物 DUI≤1,说明剂量较为合理。

3.5 联合用药 抗菌药物的联合应用要有明确的指征;病原菌尚未查明的严重感染;重症感染;单一抗菌药物不能控制的

需氧菌及厌氧菌混合感染;因协同抗菌作用将毒性大的抗菌药物剂量减少;需长期治疗的病原菌易产生耐药的感染等^[9-11]。调查表明,628 例使用抗菌药物的患者中,联合用药 216 例,占 34.4%,其中二联用药 189 例,占 30.1%;三联用药 27 例,占 4.3%。由于呼吸内科多为合并肺部基础疾病的老年重症患者,本院呼吸内科抗菌药物的二联用药多采取头孢哌酮钠/舒巴坦钠+左氧氟沙星。依据“抗菌药物临床应用指导原则”,对住院呼吸系统疾病患者,抗菌药物联合用药,旨在提高抗菌疗效、降低不良反应、增加抗菌覆盖面。不当的联合用药不但不能增强疗效,反而易产生耐药菌株,增加多重抗药性和交叉耐药性。

3.6 不合理用药 抗菌药物剂量不当;呼吸内科患者多以老年人居多,本院呼吸内科住院老年患者抗菌药物使用量多按成人剂量执行,有的甚至达到成人最大使用剂量。无论单独使用或联合用药均存在抗菌药物使用剂量不当现象。老年患者因生理原因肝肾功能减退,机体代谢药物能力减弱,药物在体内的半衰期延长,血药浓度增加,因此易产生不良反应,所以针对老年患者,宜推行个体化给药方案^[12]。

调查中发现,部分病例中抗菌药物的选用存在起点过高的现象,如头孢菌素从三代头孢菌素开始选用,喹诺酮类药物普遍选择左氧氟沙星,这可能与医师凭经验选用抗菌药物有关。今后应多加强用药监管,应根据适应症和药敏实验来合理选用抗菌药物。

本院呼吸内科在抗菌药物使用方面尚存在较多问题。应通过加强临床医生对《抗菌药物临床应用指导原则》和相关政策法规的学习,熟练掌握各类抗菌药物的抗菌谱、作用机制、药动学、药效学、不良反应等,避免不合理的联合用药。同时应加强对抗菌药物使用的监管力度,采取积极有效的干预措施,促进抗菌药物的临床使用安全有效。

参考文献

[1] 杨蓬勃,胡云建.住院患者真菌感染及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2007,17(6):729-731.
 [2] 奉涛.呼吸内科住院患者抗菌药物使用情况调查分析[J].临床合理用药杂志,2011,4(22):1-2.
 [3] 朱小玉,孟志刚.老年人与中青年社区获得性肺炎的临床分析[J].实用临床医药杂志,2010,14(9):84-85.
 [4] 张先芬,潘秀英.我院呼吸内科抗菌药物使用调查分析[J].北方药学,2012,9(4):88-89.
 [5] 王槐芾,陈茂蓉,童荣生,等.200 例内科住院患者抗菌药

物临床应用分析[J]. 中国药房, 2007, 18(23): 1785-1787.

[6] 林秀珠. 我院呼吸内科住院患者抗菌药应用分析[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2010, 16(1): 45-47.

[7] 黄云祥, 王杏娥. 天门市第一人民医院呼吸内科住院患者抗菌药物应用分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2012, 12(9): 806-807.

[8] 陆卫英. 200例呼吸内科住院患者抗菌药应用分析[J]. 中国药师, 2009, 12(5): 635-636.

[9] 王睿. 临床抗感染药物治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 64.

[10] 王义俊, 王萍, 陈太权, 等. 我院呼吸科和重症监护病房患者抗菌药应用调查[J]. 药物流行病学杂志, 2011, 20(8): 415-418.

[11] 刘春霞, 余小霞, 邱凯锋, 等. 喹诺酮类抗菌药耐药性分析[J]. 南方医科大学学报, 2008, 28(10): 1909-1910.

[12] 刘晶, 金桂兰, 唐雯. 呼吸科住院患者抗菌药物使用调查分析[J]. 中国药师, 2005, 8(1): 43-44.

(收稿日期: 2013-01-09 修回日期: 2013-04-11)

• 临床研究 •

78例胎盘早剥的临床诊断和处理

徐 焯(广东省江门市中心医院 529000)

【摘要】 目的 总结分析胎盘早剥的原因、产前的临床诊断要点以及如何预防处理。**方法** 回顾性分析本院近3年收治78例胎盘早剥患者的临床资料,从胎盘早剥分度、发病原因以及临床表现三方面探讨胎盘早剥的临床特点,以便及时诊断、处理。**结果** I度、II度和III度胎盘早剥发生率分别为61.5%、24.3%、14.1%,I度胎盘早剥发生率明显高于II度和III度胎盘早剥,差异具有统计学意义($P < 0.05$);导致胎盘早剥发生的主要诱因是产妇患有妊娠期高血压疾病,共48例(占61.5%);胎盘早剥的主要临床表现为腹痛、阴道流血、胎心异常;其中I度胎盘早剥产妇多表现为阴道流血,占39.6%;II度、III度胎盘早剥产妇多表现为腹痛(93.3%)、胎心异常(93.3%)、阴道流血(66.7%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 确保孕妇定期体检,留意孕妇身体变化,预防孕期高血压的发生,尽早诊断,对及时处理孕妇围产期发生的胎盘早剥具有重要意义。

【关键词】 胎盘早剥; 产前诊断; 早剥病因; 预防处理; 早期诊断

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.058 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)16-2162-02

胎盘早剥具有起病急、发病快,预后差的特点,是产科严重的妊娠并发症^[1-3]。若发现较晚,处理不及时,或治疗不当,可危及孕妇和胎儿的生命。近十年来,本科积极总结胎盘早剥的发生原因,寻求早期诊断和早期处理胎盘早剥的方法,以提高与改善该病母婴围产期的治疗效果及母婴结局。本文对本院2009~2011年近3年78例胎盘早剥病例做回顾性研究探讨,分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对本院2009年1月至2011年12月近3年的产科病历档案检索,从中选取78例经检查及专家会诊确诊胎盘早剥患者的临床病历资料。总体上,胎盘早剥病例占总病例数的0.87%(78/8998)。患者年龄20~34岁,平均年龄(27.4±1.3)岁,其中初产妇63例(80.7%),经产妇15例(19.2%)。胎盘早剥发生于孕20~28周的有10例(12.8%),发生于孕29~36周的有30例(38.5%),发生于孕周至少37周者有38例(48.7%)。

1.2 诊断依据 78例患者均行产后常规胎盘检查,专家组讨论确认胎盘早剥分度。胎盘早剥分为3度:I度,系指产妇无或腹痛不甚,子宫柔软,大小与孕周一致,胎心率保持在正常范围,胎盘剥离面积小于四分之一,有时可见产后胎盘母体面有凝血块残留。II度,系指产妇无意间突发持续性腰腹酸痛,甚至痛及腰背,子宫增大超过妊娠周,按压胎盘附着处疼痛感增强,宫缩规律尚可,胎儿仍存活,胎盘剥离面积常为1/3至1/2。III度,系指胎盘剥离超过1/2,常引发围产期妇女休克,腹部检查,可触及子宫硬似板状,宫缩间歇不能松弛,胎位不清,不能闻及胎心音^[4-6]。

1.3 统计学处理 对文中所得数据采用SPSS15.0统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胎盘早剥患者的胎盘早剥分度情况 I度、II度和III度胎盘早剥例数分别为48例、19例、11例,占61.5%、24.3%、14.1%,I度胎盘早剥发生率明显高于II度和III度胎盘早剥,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 胎盘早剥产妇发病诱因 胎盘妊娠期合并高血压是导致胎盘早剥的最主要的发病诱因,发生率为61.5%(48/72),其次为胎膜早破,发生率为25.6%(20/72)。胎位不正、子宫原发性疾病分别占6.4%(5/72)、3.8%(3/72),而在本次研究中,还有2例胎盘早剥未能找到相关原因。

表1 78例胎盘早剥产妇主要临床表现与分型[n(%)]

临床表现	I度	II度、III度
腹痛	11(22.9)	28(93.3)
阴道流血	19(39.6)	20(66.7)
血性羊水	9(18.8)	16(53.3)
胎心异常	0(0.0)	28(93.3)
板状腹	0(0.0)	14(46.6)
子宫张力增高	0(0.0)	14(46.6)
失血性休克	0(0.0)	6(20.0)
DIC	0(0.0)	4(13.3)
急性肾功能衰竭	0(0.0)	2(6.7)