

重庆某院普外科住院患者抗菌药物使用情况分析

许光琼(重庆市万盛经济技术开发区人民医院药剂科 400800)

【摘要】 目的 探讨重庆市万盛经济技术开发区人民医院普外科住院患者抗菌药物使用状况,为抗菌药物的正确使用提供临床依据。**方法** 回顾性分析重庆市万盛经济技术开发区人民医院普外科 2013 年 1~6 月外科住院患者 200 份病历资料。选择 2013 年 3 月前的 100 份病历资料为对照组;2013 年 3 月后医院加强抗菌药物管理的病例资料 100 份为干预组,对比两组的抗菌药物使用情况。**结果** 200 例患者用药目的由高到低依次为预防+治疗 36.5%(73/200)、预防 35.0%(70/200)、治疗 28.5%(57/200);干预组用于预防的为 21.0%(21/100),低于对照组($P<0.05$);干预组用于治疗的高于对照组($P<0.05$);抗菌药物平均使用时间对照组为 (9.2 ± 3.6) d,干预组为 (7.8 ± 2.9) d,差异有统计学意义($P<0.05$);抗菌药物 2 联用药为 51.5%(103/200),单一用药为 15.5%(31/200);干预组单一用药与二联治疗为 19.0%(19/100)和 56.0%(56/100),高于对照组($P<0.05$);干预组三联及以上治疗低于对照组($P<0.05$);抗菌药物使用频率次由高到低为头孢他啶、哌拉西林/舒巴坦、五水头孢唑啉钠、左氧氟沙星、替硝唑和青霉素。**结论** 加强抗菌药物管理,规范抗菌药物用药指导,对临床合理用药有重要指导意义。

【关键词】 抗菌药物; 住院患者; 合理应用
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)05-0662-02

随着现代医学技术的发展,抗菌药物的种类也不断更新,同时也使得抗菌药物成为临床治疗中使用最广泛、消耗量最大的一类药物。临床外科抗菌药物的应用有效降低了感染率,挽救了众多感染性疾病患者的生命,但是抗菌药物的不规范使用,造成耐药细菌的增加,不但影响治疗的效果,而且会引起严重的不良反应,甚至已成为引起医院感染的主要原因之一^[1-3]。抗菌药物的合理使用是外科诊疗中的重要环节,可以减少抗菌药物的耐药性及术后感染的发生,因此,如何正确合理使用抗菌药物是当前必须重视的问题。为进一步降低抗菌药物的不合理应用,加强外科抗菌药物的管理,提高外科医务人员对抗菌药物不良作用的认识,作者对本院 2013 年 1~6 月外科病房抗菌药物使用情况进行回顾性分析,为临床外科正确使用抗菌药物提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2013 年 1~6 月外科住院患者病历资料 200 份,进行抗菌药物临床数据用药分析。其中 2013 年 3 月前病历资料 100 份为对照组,男女各 50 例,年龄 18~69 岁,平均年龄 (38.6 ± 5.1) 岁,平均住院时间 (13.2 ± 2.7) d。2013 年 3 月后医院加强抗菌药物管理的病例资料 100 份为干预组,男女各 50 例,年龄 18~70 岁,平均年龄 (39.1 ± 6.3) 岁,平均住院时间 (13.1 ± 2.4) d。所有患者诊断明确,用药记录完整。两组患者的年龄、性别比例、疾病类型、病情程度等基本资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 利用本院药房处方,结合患者病例,提取抗菌药物使用情况,设计抗菌药物调查表,查阅病例并记录患者姓名、年龄、性别、病因以及抗菌药物的种类、时间、联用情况等,分析抗菌药物的合理用药情况^[4-5]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件对数据结果进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示并采用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组抗菌药物用药目的和时间比较 200 例患者用药目的由高到低依次为预防+治疗 36.5%(73/200)、预防 35.0%(70/200)、治疗 28.5%(57/200)。其中干预组用于预防的为

21.0%(21/100),低于对照组 36%(36/100),差异有统计学意义($P<0.05$)。干预组用于治疗比例高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。抗菌药物平均使用时间,对照组为 (9.2 ± 3.6) d 低于干预组的 (7.8 ± 2.9) d,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组抗菌药物用药目的和时间结果比较

组别	n	用药目的[n(%)]			平均使用时间($\bar{x}\pm s$,d)
		预防	治疗	预防+治疗	
对照组	100	36(36.0)	29(29.0)	35(35.0)	9.2 ± 3.6
干预组	100	21(21.0) ^a	41(41.0) ^a	38(38.0)	7.8 ± 2.9^a
合计	200	57(28.5)	70(35.0)	73(36.5)	8.4 ± 3.2

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组抗菌药物用药情况比较 抗菌药物二联用药最高为 51.5%(103/200),三联及以上治疗为 32.5%(65/200),单一用药为 15.5%(31/200)。干预组单一用药率为 19.0%高于对照组的 12.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预组二联、三联及以上用药率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组抗菌药物用药情况比较[n(%)]

组别	n	单一用药	二联治疗	三联及以上治疗
对照组	100	12(12.0)	70(70.0)	18(28.0)
干预组	100	19(19.0) ^a	65(65.0) ^a	16(16.0) ^a
合计	200	31(15.5)	103(51.5)	65(32.5)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 两组不同抗菌药物使用情况比较 抗菌药物使用频率由高到低为头孢他啶、哌拉西林/舒巴坦、五水头孢唑啉钠、左氧氟沙星、替硝唑和青霉素。干预组头孢他啶、哌拉西林/舒巴坦、左氧氟沙星和青霉素的使用均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组不同抗菌药物使用情况比较[n(%)]

组别	n	头孢他啶	哌拉西林/舒巴坦	替硝唑	左氧氟沙星	五水头孢唑啉钠	青霉素
对照组	100	78(78.0)	67(33.5)	43(43.0)	51(51.0)	54(54.0)	14(14.0)
干预组	100	69(69.0) ^a	54(27.0) ^a	39(39.0)	42(42.0) ^a	53(53.5)	25(25.0) ^a
合计	200	147(73.5)	121(60.5)	82(41.0)	93(46.5)	107(53.5)	39(19.5)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3 讨 论

抗菌药物是目前在外科临床应用最广和最重要的抗感染药物,抗菌药物广泛使用与细菌耐药性的产生、发展和传播密切相关,不合理应用及用药过度均可促使细菌产生耐药性和耐药基因转移。加强抗菌药物临床应用管理,促进抗菌药物合理使用,可以有效控制细菌耐药,确保医疗质量和医疗安全^[6-8]。因此,提高抗菌药物使用的意识,合理应用抗菌药物成为当前外科临床亟待解决的问题。

抗菌药物的使用应严格掌握适应证,根据抗菌药物的抗菌谱、作用机制以及在机体内吸收、分布、代谢和排泄的特点选择相应的抗菌药物^[9-10]。本研究发现,预防性抗菌药物使用指征过宽,使用时间与术中追加把握不准,术后预防使用抗菌药物时间过长,经干预后预防用药使用率有效降低,将抗菌药物应用在治疗方面,表明提高抗菌药物管理有利于抗菌药物的合理使用^[11-12]。对抗菌药物的选用原则应根据病原菌种类及抗菌药物敏感或耐药结果,充分利用实验室的条件进行细菌培养及药敏试验,临床医生应根据药敏试验结果,尽早明确病原菌和药敏结果,再按照药物抗菌特点、患者病情合理使用抗菌药物并及时调整,减少耐药菌株的产生,提高药敏结果对临床用药的指导作用。

本次调查结果显示,在抗菌药物的联合用药方面,单一用药频率最低,说明临床上应该进一步合理地联合应用抗菌药物,减少不必要、不合理的联合用药,如果患者严重感染且病原菌尚未查明,考虑联合应用抗菌药物,且一般不宜超过 2 种,同时注意不良反应,选择适宜的联用方案,真正做到作用协同、提高抗菌药物使用效率^[13-14]。抗菌药物使用频率由高到低为头孢他啶、哌拉西林/舒巴坦、五水头孢唑啉钠、左氧氟沙星、替硝唑和青霉素。从调查结果可以看出,在抗菌药物中青霉素类使用率最低,主要原因有新品种的抗菌药物不断出现替代青霉素,同时也由于青霉素的易过敏性所致。但它全身分布良好、毒性低、价格廉、对敏感细菌感染疗效满意,且临床对青霉素不良反应警惕性较高,因此应加强青霉素作为一线抗菌药物的应用。头孢菌素类应用较为广泛,尤其新一代的头孢菌素类应用频率较高。因此,有效防止抗菌药物使用起点高和一些不必要的抗菌药物联用情况的发生,促进医疗资源有效利用。左氧氟沙星具有广谱抗菌作用,抗菌作用强,大剂量治疗中、重度感染有助于提高疗效和抑制耐药菌的产生。

抗菌药物不合理应用已经成为影响患者生命健康质量的主要问题之一,因此,医院管理层和医生应高度重视抗菌药物的滥用情况,加强并规范抗菌药物使用,遵循抗菌药物使用原则,严格按适应证、联合应用指征、药敏试验进行用药,努力杜绝抗菌药物的滥用现象,提高医疗质量。同时也要做好细菌耐药性监测,为临床合理使用抗菌药物提供科学依据^[15-16]。

综上所述,不当的抗菌药物预防用药,不仅增加患者的经济负担,造成医疗资源的浪费,另外可能导致菌群失调,细菌的耐药性增加,从而增加医院内感染的风险^[17]。加强抗菌药物分级使用权限、使用频率和联合用药监督管理,提高医生抗菌药物使用意识,可减少不良反应和耐药菌株的产生,使抗菌药物在临床外科使用中更加合理、安全、经济、有效。

参考文献

[1] 杨虹,张爽,张晓辉,等. 抗生素滥用的原因及合理化使用建议[J]. 解放军医药杂志,2013,25(5):68-71.

[2] Cabrera AS,Sosa L,Arteta Z,et al. Rational use of antibiotics in the department of internal medicine from a university hospital;results of a pilot experience[J]. Rev Chilena Infectol,2012,29(1):7-13.

[3] 安丽青,刘建国,秦廷兵,等. 我院 4 年中抗生素使用情况与医院感染中常见革兰氏阴性细菌耐药性分析[J]. 山西医科大学学报,2010,41(11):966-969.

[4] 雷旭红. 术前抗生素在手术室应用中存在的问题与对策[J]. 中国中医急症,2010,10(3):543.

[5] 任长友. 抗生素使用调查[J]. 药物分析杂志,2009,29(7):1202-1204.

[6] Smuszkievicz P,Szałek E,Tomczak H,et al. Continuous infusion of antibiotics in critically ill patients[J]. Curr Clin Pharmacol,2013,8(1):13-24.

[7] 骆赞,张景霞,高发平. 146 例老年住院患者痰液细菌培养及耐药分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(5):550-551.

[8] Martens E, Demain AL. Platensimycin and platencin; promising antibiotics for future application in human medicine[J]. J Antibiot(Tokyo),2011,64(11):705-710.

[9] Gyssens IC,Kern WV,Livermore DM,et al. The role of antibiotic stewardship in limiting antibacterial resistance among hematology patients[J]. Haematologica,2013,98(12):1821-1825.

[10] 董桂芳. 住院患者抗菌药物药物使用情况及对策[J]. 中国误诊学杂志,2009,9(36):8958-8959.

[11] Barbee LA,Dombrowski JC. Control of neisseria gonorrhoeae in the era of evolving antimicrobial resistance[J]. Infect Dis Clin North Am,2013,27(4):723-737.

[12] 申志辉,易博,徐文彤,等. 2617 例住院患者抗生素使用分析[J]. 海南医学院学报,2009,15(10):1226-1229.

[13] 唐捷,龙云,苏强,等. 本院 2009 年至 2011 年住院患者抗菌药物使用强度分析[J]. 川北医学院学报,2013,28(5):472-476.

[14] 刘燕. 2123 例口腔颌面外科患者抗菌药物使用的相关因素分析[J]. 抗感染药学,2013,10(3):223-226.

[15] 沈维成. 普外科围手术期预防性使用抗菌药物调查研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2013,13(16):2411-2412.

[16] 何贞忠. 三个不同阶段的腹腔镜疝修补术围术期抗菌药物使用情况的调查分析[J]. 中国医药指南,2013,11(22):232-233.

[17] 穆晓燕. 骨科围手术期抗菌药物使用情况调查与分析[J]. 中国现代药物应用,2013,7(16):135-136.