

安徽省来安县杨郢乡卫生院门诊处方抗菌药物使用情况调查分析

柏求宏

(安徽省来安县杨郢乡卫生院)

摘要:目的:调查分析基层卫生院门诊处方抗菌药物使用情况。方法:选取某医院2015年12月~2017年12月间门诊处方9000张,统计分析抗菌药物使用方法、使用率及合并用药情况。结果:青霉素类、头孢菌素使用频率较高,抗菌药物使用率为38.88%,合并用药比例为27.77%。结论:提升抗菌药物管理水平,规范药品使用,把握抗菌药物适应症,是临床合理应用抗菌药物的前提。

关键词:乡卫生院;抗菌药物;调查

杀菌、抑菌活性是抗菌药物的主要优势,广泛应用与于感染性疾病的治疗^[1]。随着抗菌药物深度普及,大部分患者错误认为抗菌药物对人体百利而无一害。身体存在不适,便会服用抗菌药物缓解。农村初级卫生保健的重要机构为基层医院,所以是否合理使用抗菌药物,关系到患者的用药安全。合理正确的使用抗菌药物有利于减少耐药菌的出现,提升临床效果,降低不良反应。所以严格、科学的管理抗菌药物是基层医院必行趋势。本文调查分析基层卫生院门诊处方抗菌药物使用情况,现有如下报道:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选取某医院2015年12月~2017年12月间门诊处方9000张,统计分析抗菌药物使用方法、使用率及合并用药情况。

2 结果

2.1 抗菌药物使用情况及合并用药情况

9000张门诊处方中3500张使用抗菌药物,抗菌药物使用率为38.88%。在应用抗菌药物处方中,合并用药处方为2500张,占比为27.77%。

2.2 使用抗菌药物种类

本次调查分析使用抗菌药物3500张处方中,共使用抗菌药物3900次,使用频率最高的药物为头孢菌素类占比为64.10%,青霉素类和氨基糖类药品低于头孢菌素使用率。详见表1。

表1.使用抗菌药物种类(n/%)

种类	使用频次	占比
头孢菌素类	2500	64.10
青霉素类	520	13.33
氨基糖类	370	9.48
大环内酯类	200	5.12
喹诺酮类	190	4.87
其他种类抗菌药品	120	3.07

2.3 抗菌药物使用方式

3500张抗菌药物处方中,静脉注射抗菌药物为2000份,占比57.14%,口服抗菌药物为1500份,占比为42.85%。

2.4 抗菌药物不合理使用

3500张抗菌药物处方中,300张处方存在抗菌药物应用不合理,占比8.57%。其中不合理使用原因包括:药物使用次数过多或过少、使用剂量过大或过小、无适应症使用药物、抗菌药物不合理选择、合并用药不科学。

3 讨论

本次调查分析基层医院抗菌药物使用情况显示,抗菌药物使用率为38.88%,不符合《抗菌药物临床应用指导原则》不高于20%的要求,存在诸多不合理现象^[2]。主要包括以下内容。

3.1 未严格把握用药适应症,使用抗菌药物频率过高

本次调查显示,300张处方存在抗菌药物应用不合理。包括无适应症使用药物。无适应症用药包括诊断偏头痛、过敏性鼻炎等疾病应

用抗菌药物,发热、流涕应用抗菌药物,此类疾病均不归属于感染疾病范畴,属于不合理用药。脂肪瘤切除术后应用头孢地尼分散片,均不符合临床抗菌药物应用指导原则规定,一般情况I类切口术后不需要应用抗菌药物,可在特殊条件下考虑使用抗菌药物预防^[3]。

3.2 抗菌药物不合理选择

蜂窝织炎患者应用头孢克圪分散片治疗,溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌为蜂窝织炎主要致病菌,但头孢克圪分散片对金黄色葡萄球菌作用不明显。头孢克圪分散片不适合作为治疗蜂窝织炎的初始治疗药物。临床常用氨曲南治疗急性咽喉炎,病毒感染或G+混合感染为急性咽喉炎主要致病因素,而氨曲南对病毒感染无作用^[4]。胆囊炎患者使用克林霉素分散片治疗,格兰阴性菌为胆囊炎主要致病菌类,而氨曲南对格兰阴性菌无作用,胆道系统感染不适合应用此药物治疗。皮肤破损患者使用左氧氟沙星注射液预防感染,违反卫办医政发临床应用抗菌药物管理规定。

3.3 用法用量不正确

年幼儿患使用抗菌药物不宜剂量过高,小儿脏器器官尚未完全成熟,如果盲目追求康复速度使用高剂量药物,会增加患儿肝肾损伤风险。超过65岁的老年患者诊断为尿路感染,口服200mg头孢地尼分散片,3次/d,违反《抗菌药物临床指导原则》^[5]。单一性下尿路感染接受治疗时,因为血药浓度低于大部分尿药浓度,所以药物使用剂量不宜过高。并且老年患者肾功能随着年龄的增长功能不断衰退,要根据患者的肾功能情况酌情给药。

3.4 用药频次不合理

例如β-内酰胺类药物以静脉滴注的方式,1d/次。针对时间依赖性抗菌药物依赖型患者,需要在减小剂量的前提下增加给药次数,针对剂量依赖性抗生素患者,需要增大药物剂量,但需规避药物产生的不良反应。此类药品不宜频繁使用,最佳给药方式为1d/次,既能保证药物浓度峰值,减少血液药物滞留时间,将不良反应降到最低^[6]。

3.5 合并用药不科学

严格用药指征和协同作用为合并用药的基本原则,多应用与多种病原体感染和程度较深的感染病,合并多种抗菌药物会增加药物相互作用和治疗费用,极易引发不良反应。本次调查分析显示3500张门诊处方中,合并用药处方为2500张,占比为27.77%。存在合并用药不合理现象。例如:应用阿莫西林克拉维酸钾片合并头孢克圪片治疗支气管炎,病毒和细菌为气管炎常见病菌,支气管炎治疗过程中使用的抗厌氧菌药物治疗效果不佳,并且阿莫西林会与头孢竞争同一靶点产生拮抗作用,不仅削弱治疗效果,而且形成耐药株。皮肤感染使用头孢呋辛治疗即可,无需合并甲硝唑治疗。阿米卡星合并克林霉素阻断神经治疗时,因两种药物均具有阻断神经作用会严重抑制神经肌肉传导,程度严重者会出现呼吸困难,后果严重。

4 解决方式

4.1 增强药物知识培训

应定期对医护人员进行培训,增强抗菌药物使用方法和适应症等

(下转第64页)