

我院临床药师干预一类切口预防用药的效果分析

丁美跃

岳阳市第一人民医院 湖南岳阳 414000

[摘要]目的 研究分析我院临床药师干预一类切口预防性使用抗菌药物的效果,为临床合理用药提供指导。**方法** 回顾性分析我院 2015 年 1 月至 2017 年 1 月 1480 例一类手术切口患者临床资料,其中 2015 年 1 月至 2016 年 1 月为临床药师干预前,设为对照组,2016 年 2 月至 2017 年 1 月为临床药师干预后,设为实验组。比较两组患者预防性使用抗菌药物的效果。**结果** 两组患者术后切口感染率差异无统计学意义($P>0.05$);实验组预防性抗菌药物使用率明显低于对照组($P<0.05$);实验组抗菌药物选择、给药时机合理性均明显高于对照组($P<0.05$);实验组患者抗菌药物使用时间 ≤ 24 h 比例明显高于对照组($P<0.05$);而实验组患者抗菌药物使用时间 > 24 h、联合用药的比例均明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 临床药师干预一类切口预防性使用抗菌药物,可以显著降低抗菌药物使用率,使得用药更加科学化、合理化、规范化。

[关键词] 临床药师; 干预; 一类切口; 预防性; 抗菌药物

[中图分类号] R969.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 05-035-02

临床上一类手术切口多为无菌手术部位,局部不存在炎症反应,且不涉及消化道、泌尿系统等,因此一般情况下无需预防性使用抗菌药物,而一类手术切口若确实需要使用抗菌药物则需严格把控适应症、合理选择药物种类、用药时间等^[1]。但是临床医师往往由于药专业知识及经验缺乏,导致抗菌药物滥用现象严重,不仅无法起到预防感染的作用,反而增加细菌耐药性、引起菌群失调等^[2]。因此为提高临床合理使用预防性抗菌药物已刻不容缓。本研究采取对比研究的方法,研究分析了我院临床药师积极干预一类切口预防性使用抗菌药物的效果,取得了满意的成效,现汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究资料为我院 2015 年 1 月至 2017 年 1 月 1480 例一类手术切口患者临床资料,手术类型主要为:保乳手术、骨折内固定术、腹股沟疝修补术、白内障手术、胆囊切除术、甲状腺切除术等,所有患者均排除多脏器严重疾病。其中 2015 年 1 月至 2016 年 1 月 698 例患者为临床药师干预前,设为对照组,男性 359 例,女性 339 例,年龄 26-79 岁,平均年龄 (45.3 ± 11.6) 岁;2016 年 2 月至 2017 年 1 月 782 例患者为临床药师干预后,设为实验组,男性 425 例,女性 357 例,年龄 26-79 岁,平均年龄 (45.3 ± 11.6) 岁。两组患者在性别组成、疾病类型、年龄等资料方面比较差异不明显($P<0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法

参考《关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》^[3]中的有关资料。同时结合本院实际情况,设计一类切口手术

围手术期合理使用抗菌药物的标准及调查表,主要分析统计抗菌药物使用率、药物种类选择、给药时机、疗程、联合用药等方面。

1.3 统计学分析

选取 SPSS20.0 统计学软件处理本研究数据。应用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用独立样本 t 检验进行组间比较;用率(%)表示计数资料,采用卡方(χ^2)检验进行组间比较。当 $P<0.05$ 表示数据结果比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组切口感染率及预防性抗菌药物使用率比较

两组患者术后切口感染率差异无统计学意义($P>0.05$);实验组预防性抗菌药物使用率明显低于对照组($P<0.05$)。具体见表 1。

表 1. 两组切口感染率及预防性抗菌药物使用率比较 [n(%)]

组别	例数	切口感染率	抗菌药物使用率
对照组	782	6 (0.77)	194 (24.81)
实验组	698	5 (0.72)	402 (57.59)
χ^2	—	0.013	164.806
P	—	0.909	0.000

2.2 两组预防性抗菌药物合理使用情况比较

实验组抗菌药物选择、给药时机合理性均明显高于对照组($P<0.05$);实验组患者抗菌药物使用时间 ≤ 24 h 比例明显高于对照组($P<0.05$);而实验组患者抗菌药物使用时间 > 24 h、联合用药的比例均明显低于对照组($P<0.05$),具体见表 2。

表 2. 两组预防性抗菌药物合理使用情况比较 [n(%)]

组别	例数	药物选择合理	给药时机合理	用药时间 ≤ 24 h	用药时间 > 24 h	联合用药率
实验组	782	683 (87.34)	661 (84.53)	273 (34.91)	509 (65.09)	1 (1.28)
对照组	698	425 (60.89)	335 (47.99)	69 (9.88)	629 (90.12)	75 (10.75)
χ^2	—	137.137	223.656	37.215	129.989	85.341
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

临床上一类切口手术一般情况不预防性使用抗菌药物,仅在高危情况下使用。如^[4]:1) 高龄患者、合并免疫缺陷或者糖尿病等疾病;2) 手术时间较长、范围广、感染几率大;3) 植入手术或涉及机体重要的脏器。但是临床医师由于药专业知识缺乏、缺乏合理用药意识、依赖患者的用药需求、医院监管不力等诸多因素影响导致抗菌药物存在普遍的滥用现象。而近年来随着合理使用抗菌药物受到国家的不断重视,如何发挥临床药师在合理使用抗菌药物中的作用成为临床研究的重点。卫生部于 2012 年下发的《抗菌药物临床应用管理办法》^[5]中明确指出了临床药师在抗菌药物的应用中需科学指导合理用药,并参与药品管理。近年来诸多医院提出临床药师需干预抗菌药物的使用及管理,但是多数仅于事后评价,

而缺乏事前监管、过程把控,未明确临床药师的责任、义务及权利,运行机制实施不理想,处罚也仅停留在行政处罚,临床医师用药依从性较低。

本研究实施临床药师干预后,一类切口手术在术前 30min-2h 给予抗菌药物,以确保手术中暴露的切口组织已达到足以杀灭入侵细菌的抗菌药物浓度,若手术时间过长(≥ 3 h)或者出血量过大(> 150 ml)则需在补充抗菌药物,用药时机选择不准确则可能导致抗菌药物浓度难以起到预防感染的目的,因此一类切口手术抗菌药物的有效药物浓度覆盖时间需囊括术中及术后 4h^[6]。实验组给药时机合理性均明显高于对照组($P<0.05$)。通过定期考核及临床药师的有效干预,实验组抗菌药物使用率明显低于对照组($P<0.05$)。一类切口

(下转第 40 页)

提高治疗效果,主要综合考虑患者此时的血红蛋白水平、种类、激素制剂的可行性等^[3]。首先患者血红蛋白水平的高低与治疗中发生的危险有一定的联系,如该水平值 $< 80\text{g/L}$,表示患者此时已经达到重度贫血的状态,如再次发生失血,会对患者的生命产生威胁,故该种情况在临床上主要应用内膜修复治疗方法实施止血治疗,而该水平值在 $80\text{--}100\text{g/L}$,说明患者属于中度贫血,通常是指无明显失血,故对该类患者可以短期应用药物,只要在 $5\text{--}10\text{d}$ 内达到内膜脱落的目的即可,故在治疗时血红蛋白水平的重要性^[3]。

当下,众多医学研究者认为,供血的发生和子宫内膜的厚度有一定的关系,当子宫内膜厚度 $\geq 1.0\text{cm}$,则表示出血是雌激素的作用,为此选取子宫内膜脱落方法止血;反之子宫内膜 $< 1.0\text{mm}$ 需要应用内膜修复法。通过以上的阐述说明,子宫内膜的厚度在诊断病理改变的重要性,尤其是当子宫内膜厚度 $> 2\text{cm}$,在治疗中需要排除子宫内膜发生病变的可能,而在一定范围内也不能表示无雌激素样,因为子宫内膜的厚

度具有月经周期性^[4]。本次研究的结果显示,激素止血的方法选择,与子宫内膜厚度无关,但是与患者的年龄和血红蛋白水平有紧密的关系。故在对供血患者进行止血治疗,应先患者此时的血红蛋白水平进行检测,再将子宫内膜厚度作为辅助检查,对以上结果进行综合判定,才能保障患者的生命健康,对患者尽快恢复健康的意义尤为重要。

【参考文献】

- [1] 孙爱军. 功能失调性子宫出血的性激素治疗 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(9): 650-651.
- [2] 连芳, 刘馨, 黎少琴, 等. 阴道 B 超监测子宫内膜厚度在功血治疗中的作用 [J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(19): 2730-2732.
- [3] 孙爱军, 林姬, 邓成艳, 等. 子宫内膜厚度在选择功能失调性子宫出血激素治疗方案意义的研究 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 9(24): 691-693.
- [4] 林霞, 齐青萍. 雌孕激素合剂和雌激素治疗青春期功能失调性子宫出血的效果比较 [J]. 中国基层医药, 2006, 13(7): 1129-1130.

(上接第 34 页)

证疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(10): 24-25.

[2] 胡银柱. 四君子汤治疗内科疾病脾胃气虚证的疗效分析 [J]. 光明中医, 2015, 30(9): 1894-1895.

[3] 富高研. 四君子汤在中医内科疾病脾胃气虚证中的应用 [J]. 中医临床研究, 2015, 7(29): 87-88.

[4] 林婉. 用四君子汤治疗内科脾胃气虚证的效果研究 [J]. 当代医药论坛, 2015, 13(12): 35-36.

[5] 廖锦秀. 四君子汤联合西药治疗脾胃气虚证随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2014 (9): 86-88.

[6] 韩莉莉. 四君子汤在中医内科疾病脾胃气虚证中的应用分析 [J]. 中西医结合心血管病杂志 (电子版), 2015, 3(16): 119-120.

(上接第 35 页)

手术感染源以革兰阳性菌为主,因此抗菌药物多选择一代、二代头孢为主,特殊情况可使用三代头孢,而严格避免使用广谱的抗菌药物。经干预后实验组抗菌药物选择合理性明显高于对照组 ($P < 0.05$)。抗菌药物联合应用时必须明确指征,如: 1) 尚未查明感染源的严重感染; 2) 单一抗菌药物无法控制的感染; 3) 两种及两种以上的感染等。经干预后实验组联合使用率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。且两组患者术后切口感染率均较低,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

综上,临床药师干预一类切口手术预防性使用抗菌药物,可以显著降低抗菌药物使用率,用药更加科学化、合理化、规范化。

【参考文献】

[1] 王筠. 临床药师干预 I 类切口围手术期预防用药效果分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(4): 85-86.

[2] 张岩. 临床药师干预一类切口围手术期预防用抗菌药物效果分析 [J]. 医学理论与实践, 2012, 25(16): 1975-1977.

[3] 卫生部办公厅. 关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知 (卫办医政发〔2009〕38 号) [J]. 中华人民共和国卫生部公报, 2009(2): 124-125.

[4] 邵健. 我院临床药师干预一类切口预防用药的效果分析 [J]. 北方药学, 2014, 11(10): 115-116.

[5] 中华人民共和国卫生部令第 84 号. 抗菌药物临床应用管理办法 [J]. 中华临床感染病杂志, 2012, 09(4): 3-8.

[6] 陶敏, 张月笙. 临床药师干预 I 类切口手术抗菌药物预防性使用的效果评价 [J]. 中国感染控制杂志, 2016, 15(4): 269-271.

(上接第 36 页)

善。本文研究可知,对照组单纯给予缩宫素后自然分娩率仅为 58.14%,研究组经缩宫素联合间苯三酚给药后自然分娩率高达 79.07%,提示该组预防过期妊娠效果更为理想,此外研究组产程相较于对照组也获得显著缩短,但两组新生儿 Apgar 评分对比并无显著差异,此结论与曾祥娥^[1]研究结果相符。

综上所述,应用缩宫素、间苯三酚可获得更为理想的促宫颈成熟效果,有效降低过期妊娠发生率,对保障母婴健康及生命安全均具有积极意义,值得今后推广。

【参考文献】

[1] 曾祥娥. 间苯三酚在妇产科的应用 [J]. 医学综述, 2011, 17(14): 2170-2172.

(上接第 37 页)

规范、提升中药饮片的管理力度,对中药饮片从产地、炮制、贮存以及经营等各方面加强监管力度,提升中药饮片的质量。

综上所述,提高中药饮片的监管制度,促进中药饮片质量的科学化和标准化,提升其在中医药临床治疗中的作用。

【参考文献】

[1] 王曼. 中药房中药饮片管理现状及对策探讨 [J]. 亚太传统医药, 2016, 6(3): 2-3.

[2] 史文华. 医院中药房中药饮片的质量管理探讨 [J]. 医学信息, 2015, 8(10): 305-305.

[3] 肖琼. 基层医院中药饮片质量控制存在问题及对策 [J]. 新疆中医药, 2015, 33(1): 40-41.

[4] 康利君. 医院中药房中药饮片质量管理现状与对策分析 [J]. 临床心身疾病杂志, 2015, 21(z2): 392.

[5] 何娇荣. 中药饮片质量管理现状分析及解决对策 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(1): 382.

(上接第 38 页)

【参考文献】

[1] 任建庄, 梁惠民, 吴汉平, 等. 经皮肾造瘘治疗移植肾积水的疗效观察 [J]. 介入放射学杂志, 2008, 17(02): 865-867.

[2] 黄恒前, 付杰新, 谢光宇, 等. 经皮肾穿刺造瘘在梗阻性肾积水(脓)中的临床价值 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2010, 25(9): 671-673.

[3] 程远辉, 王亮. 经皮肾穿刺治疗 65 例梗阻性肾积水临床疗效研究 [J]. 按摩与康复医学, 2015, 6(21): 49.