



· 临床研究 ·

临床抗菌药物使用的合理化建议

张 丽 (贵州省盘县安宁医院, 贵州盘县 553500)

摘要: 医疗机构必须以强化临床用药管理为核心, 制定一整套完善的制度, 采取严格有效的执行手段, 形成以抗菌药物为重点的合理用药监管体系, 并使用该体系切实对临床医生抗菌药物使用进行评价和监控, 这才是医院合理使用抗菌药物的关键所在。

关键词: 抗菌药物 合理

中图分类号: R96 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 09-130-01

目前我国已经成为世界上不合理使用抗菌药物较严重的国家之一。每年有 20 万人死于药品不良反应, 其中 40% 死于抗菌药物滥用; 每年约有 3 万名儿童因不恰当使用耳毒性药物而造成耳聋, 其中 95% 以上是使用了氨基糖苷类药物。应有效地控制感染, 争取最佳疗效; 预防和减少抗菌药物的不良反应; 注意合适的剂量和疗程, 避免产生耐药菌株; 密切注意药物对人体内正常菌群的影响; 根据微生物的药敏试验, 调整经验用药, 选择有针对性的药物, 确定给药途径, 防止浪费。

1 合理用药原则

1.1 严格掌握抗菌药物应用的适应症

对于细菌、真菌、放线菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体等引起的感染都可以选用抗菌药物治疗。但对于单纯性病毒感染及发热原因不明的病人, 一般不宜选用抗菌药物治疗。

在临床确定适应症的基础上, 首先预测致病微生物的种类, 根据经验选药。但要执行先送标本培养, 后用抗菌药物的原则, 努力尽早采集各种标本, 鉴定致病菌和进行药物敏感试验, 尽早根据药敏试验结果选择最敏感的药物。

1.2 抗菌药物联合应用和预防应用

抗菌药物联合应用主要适用于单一药物不能控制的混合性感染、免疫功能低下合并感染, 或需联合用药的严重感染 (如穿孔性腹膜炎、细菌性心内膜炎等)。联合用药应选择有协同或相加作用的组合, 多数病人同时进行二联用药, 一般不用三联或三联以上用药, 以适当减少各药的剂量, 减轻不良反应。

抗菌药物预防应用要有明确的目的, 必须在充分权衡感染发生的可能性、药物预防效果、耐药性产生、不良反应等因素基础上决定。外科手术和介入性检查治疗不应常规应用抗菌药物预防感染, 应根据病人体质、手术大小、时间长短及切口类型等确定是否预防用药。术后应严格观察病人的体温、血象及切口情况, 确定有无手术部位感染, 是否给予抗菌药物治疗。一般在无菌条件下作胸、腹、脑脊髓膜、心包、关节等浆膜腔穿刺时, 不应常规应用抗菌药物。

围手术期预防应用抗菌药物是有严格指征的。一类切口, 原则上不予预防用药, 对出现感染的可能性大时可以选择应用。预防应用的方法是: ①手术前在麻醉诱导期或手术前 30-60 分钟给予一次足量的抗菌药物, 以保证在手术中血液及组织内有足够的血药浓度。②手术时间超过 4-6 小时或超过已给予的抗菌药物的半衰期的, 应在手术中再给予一次足量的抗菌药物, 以维持血中及手术部位有足够的血药浓度。③手术后回病房或 ICU 后应再给一剂足量抗菌药物。也有人主张分次给药, 但最多不超过 48 小时。

1.3 抗菌药物给药方案的制定和调整原则

抗菌药物给药方案 (包括种类、剂型、剂量、途径、间隔时间、配伍等) 应根据各类抗菌药物抗菌谱、抗菌活性、药代动力学、药效学特点、细菌耐药情况、不良反应及价格等因素综合考虑, 并要根据

病人的生理特点 (如高龄、小儿、孕产妇等)、病理特点 (如肝肾肾功能损害、过敏体质等)、感染部位等具体情况制定经验性给药方案; 有细菌培养和药物敏感试验结果的, 则调整个体化给药方案, 既要有效地治疗和控制感染, 又要防止宿主体内菌群失衡、毒副反应。

对于轻中度感染, 如选用口服药物有效, 尽量不用注射剂; 静脉用药一般用点滴法, 必要时可在莫非氏管中给药, 但不宜静脉滴注; 应严格按照规定做抗生素皮试, 皮试阴性亦不能完全保证用药时无过敏反应, 用药过程中仍需严密观察, 以便及时发现过敏反应及其他不良反应, 采取相应措施, 保证用药安全。更换药品要慎重, 除特殊情况外, 一般应在三日以上无效时方可考虑。

2 建议

2.1 抗菌药物的作用机制

包括: 抑制细菌细胞壁的合成; 改变胞浆膜的通透性; 抑制蛋白质的合成; 影响核酸和叶酸代谢。细菌产生灭活的抗菌药物酶使抗菌药物失活产生耐药性, 使抗菌药物在作用细菌之前即被酶破坏而失去抗菌作用。

2.2 建议遵循抗菌药物合理应用原则

包括: 尽早确定病原菌, 按适应症选药; 抗菌药物的预防应用; 抗菌药物的联合应用; 防止抗菌药物的不合理使用以及一些其他原则。

临床科室认真按规定做好三级查房, 明确诊断。科主任应指导低年资医师正确选择抗菌药物种类、剂量、用法, 特别对联合应用抗菌药物的病人要认真作病原学检查, 根据抗菌谱严格把关, 注意抗菌药物的负面效应, 例如毒副作用、耐药菌株的产生、二重感染等。

低年资医师加强三基训练, 不断学习抗菌药物使用新知识, 掌握新型抗菌药物的药代动力学特点、配伍禁忌, 提高业务技能。

外科手术病人开展围术期抗菌药物预防使用规范, 即术前半小时内给予足量抗菌药物, 使在手术中具有足够浓度, 防止细菌的繁殖, 手术时间大于 4 小时, 则术中追加一剂, 术后酌情使用 1~2 天。加强无菌技术和精细的操作, 是防止切口感染的关键。

重视感染的病原学检验和药敏试验, 重视检验标本的正确采集, 积极参照医院感染管理科定期公布药敏试验统计资料, 合理选用抗菌药物。

加强临床药学指导。医院对新药和贵重抗菌药应经药事管理委员会和抗菌药物指导小组审批后, 方能采购, 在使用中严格控制, 并建立临床药学实验室, 临床药师深入临床, 指导和监督临床抗菌药物的应用。

正确处理科室经济指标与合理用药的关系, 树立“以病人为中心、以质量为核心、以临床为重”的观念, 安全、科学、有效、合理使用抗菌药物。

参考文献

- [1] 苏定冯. 周宏灏《药理学》人民卫生出版社, 2008.
- [2] 朱云月. 王如伟. 抗菌药物临床应用调查报告. 2006, 7.