

临床药师干预普外科 I 类切口手术预防性应用抗菌药物效果分析

张 丽

云南省华宁县人民医院 652800

〔摘 要〕目的 探讨临床药师干预普外科 I 类切口手术预防性应用抗菌药物效果, 给普外科 I 类手术的治疗提供参考。方法 在我院 2017 年 5 月到 2018 年 5 月进行普外科 I 类切口手术的患者中, 分别选取 132 例作为研究对象, 2017 年 5 月到 2017 年 11 月的 132 位患者为对照组, 未实施临床药师干预; 2017 年 12 月到 2018 年 5 月期间选取的 132 例患者为观察组, 接受临床药师干预比较两组患者应用抗菌药物的合理性。结果 对照组预防使用抗菌药物合理率为 5.3%, 观察组为 100.0%, 组间差异数据显著 ($P<0.05$)。观察组药品选择不当, 用药时间不当, 用药剂量不当, 联合用药不当等情况显著更低, 组间数据差异显著 ($P<0.05$)。结论 临床药师对普外科 I 类切口手术预防性应用抗菌药物干预效果显著, 值得在临床治疗中推广使用。

〔关键词〕普外科 I 类切口手术; 临床药师; 抗菌药物; 干预

〔中图分类号〕R969.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 03-019-02

手术往往承担风险, 为了身体健康, 在实施手术治疗中, 我们所要面对的不仅仅是手术风险, 还有术后护理, 以及抗菌药物的合理使用, 在患者康复之前的每一个治疗细节都与患者身体健康有着千丝万缕的关系。在临床手术进行后, 合理使用抗菌药物是对患者负责任的表现, 为患者选取合适的抗菌药物进行配合治疗, 能够提高手术患者的治愈率并且减少患者手术后并发症发生的概率^[1]。为了验证临床药师对普外科 I 类手术患者干预应用抗菌性药物的效果, 我院特地对此课题进行了研究探讨, 研究过程及效果报导如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

随机选取本院 2017 年 5 月-2018 年 5 月我院收治的普外科 I 类切口手术患者作为研究对象, 被选中的普外科 I 类切口手术患者没有合并感染者。

2017 年 5 月-2017 年 11 月的 132 例患者为对照组, 其中男性 69 例, 女性 63 例, 年龄为 17-64 岁, 平均年龄为 (33.5 ± 7.2) 岁, 体重为 46.5-81.2 公斤, 平均体重为 (61.3 ± 2.5) 公斤。

2017 年 12 月-2018 年 5 月 132 例患者为观察组, 其中男性 68 例, 女性 64 例, 年龄为 18-68 岁, 平均年龄为 (34.9 ± 8.9) 岁, 体重为 46.2-80.3 公斤, 平均体重为 (64.7 ± 2.8) 公斤。

对比两组普外科 I 类切口手术患者的基本资料, 患者的性别, 年龄, 体重数据都没有显著差异 ($P>0.05$), 对研究数据影响不具有显著差异, 组间可进行科学性对比。

1.2 方法

对照组患者不进行临床药师干预, 按照常规方法治疗, 对患者治疗过程进行详细记录, 包括入院日期, 住院号, 姓名, 性别, 生命体征记录, 手术名称, 用药明细, 身体恢复情况, 医嘱, 出院日期等, 方便数据分析。

观察组对参与研究的患者信息进行详细记录, 临床药师在患者住院期间陪同查房, 根据患者身体实际情况进行针对性用药, 其他部门对临床药师的工作给予大力支持。治疗数据收集完毕后, 从我院的患者管理信息系统中调出参与研究患者的基本信息, 包括入院日期, 住院号, 姓名, 性别, 生命体征记录, 手术名称, 用药明细, 身体恢复情况, 医嘱, 出院日期等。根据卫生部中医药管理局联合下发的《临床用药须知》^[2], 对各项数据进行分析。临床药师参与查房, 跟随临床医师共同制定抗菌药物给药

方案, 包括是否使用抗菌药物、选择合适抗菌药物、合适给药时机、合理的用法、合适的疗程和用量等。临床药师根据临床普遍存在的问题及时总结和反馈, 同时对病历讨论提出意见。

1.3 评价指标

比较两组患者抗菌药物使用不合理情况, 包括使用药品品种不当, 药品使用时间比较, 药品使用剂量, 联合用药的比较^[3]。合理用药标准: 根据《抗菌药物临床应用指导原则》、《关于抗菌药物临床应用管理有关的通知》、《围手术期预防应用抗菌药物指南》制定标准。

1.4 统计分析

所有数据用 SPSS17.0 进行分析, 计数资料用率表述, 用卡方检测; 计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示, 用 t 检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组预防使用抗菌药物的比例及合理率

比较观察组和对照组预防使用抗菌药物的比例, 药品包括青霉素, 头孢西丁, 头孢唑林, 头孢硫脒, 头孢曲松, 克林霉素, 左氧氟沙星等, 所占比例分别见表 1。对照组预防使用抗菌药物合理率为 5.3%, 观察组为 100.0%, 组间差异数据显著 ($P<0.05$)。

表 1: 观察组, 对照组抗菌药物的使用比较

药品	对照组 (n=132)	观察组 (n=132)
	病例数 (比例) n (%)	病例数 (比例) n (%)
青霉素	6 (4.55%)	0
头孢西丁	50 (37.88%)	9 (6.82%)
头孢唑林	20 (15.15%)	0
头孢硫脒	15 (11.36%)	0
头孢曲松	13 (9.85%)	0
克林霉素	18 (13.64%)	0
左氧氟沙	10 (7.57%)	0

2.2 观察组, 对照组用药不合理情况比较

记录临床药师干预前后药物使用不合理情况, 包括药品选择不当, 用药时间不当, 用药剂量不当, 联合用药不当等情况。观察组不合理情况显著更低, 组间数据差异显著 ($P<0.05$), 具有可比性。详情见表 2。

表 2: 观察组, 对照组用药不合理情况比较

项目	对照组 (n=132)	观察组 (n=132)
	病例数 (比例) n(%)	病例数 (比例) n(%)
用药品种选择不当	90 (68.18%)	0
用药时间不当	65 (49.24%)	2 (1.52%)
用药剂量不当	96 (72.73%)	0
联合用药不当	31 (23.48%)	0

3 讨论

现如今, 手术已经成为治疗疾病的重要方法, 无论是普通的手术还是一些重大手术, 都值得高度重视, 手术过程中处理不当对患者身体健康有极大危害, 甚至于伤害患者身体健康。在围手术期间, 对患者的治疗都需要十分细致, 排除安全隐患。其中, 手术中的抗菌药物的使用, 也需要谨慎使用, 此类药物使用不当, 极易导致患者感染, 引发多种并发症^[3]。

普外科 I 类切口手术的预防性抗菌药物的使用也需要临床药师的专业治疗, 配合医生对患者进行查房等活动, 准确了解患者身体状况, 针对不同患者身体状况, 抗菌药物的使用也有所不同。没有临床医师的指导用药, 在抗菌性药物使用方面, 出现的情况有用药品种不当, 用药时间不当, 用药剂量不当, 联合用药不当等,

这些药物不合理使用情况有可能会引起二重感染或是再增加细菌的耐药性^[4], 从患者的角度出发, 临床药师对普外科手术患者预防性应用抗菌药物进行干预十分有必要。

总结本次对临床药师干预普外科 I 类切口手术预防性应用抗菌药物效果的分析, 可以得出结论: 临床药师对普外科 I 类切口手术患者预防性抗菌药物的使用能够减少用药品种不当, 用药时间不当, 用药剂量不当, 联合用药不当等状况的发生, 抗菌药物的使用率也大大降低, 临床药师对普外科 I 类切口手术预防性应用抗菌药物干预效果显著, 值得在临床治疗中推广使用。

[参考文献]

- [1] 班华永. 临床药师干预普外科 I 类切口手术预防性应用抗菌药物效果分析 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2014, 14(2):168-171.
- [2] 田宝成, 左美玲, 段妍琴. 临床药师干预普外科 I 类切口手术预防使用抗菌药物的效果评价 [J]. 中外医疗, 2014, 33(4):108-109.
- [3] 林新云, 严金柱, 潘丽芬. 我院临床药师干预 I 类切口手术预防性应用抗菌药物效果与分析 [J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(22):83-85.
- [4] 万瑞融, 刘滔滔, 钟小斌, 等. 干预前后 I 类切口手术预防性应用抗菌药物分析 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2013, 13(4):356-358.

(上接第 17 页)

疗总有效率为 94.44%, 明显高于对照组的 72.00% ($P < 0.05$); 观察组的肝功能指标改善幅度明显大于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2: 两组治疗前后肝功能指标比较 (n=18)

组别	ALT (U/L)		AST (U/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	165.43 ± 13.87	76.13 ± 8.42	87.54 ± 10.29	71.36 ± 9.24
观察组	164.59 ± 13.62	52.25 ± 6.91	88.27 ± 10.35	53.12 ± 6.09
t	0.183	9.301	0.212	6.993
P	0.856	0.000	0.833	0.000

[参考文献]

- [1] 杜建华. 中西医结合治疗肝炎后肝硬化腹水疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(70):56-57.
- [2] 陈春树. 中西医结合治疗肝硬化腹水临床疗效 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(66):63-64.
- [3] 符海科. 中西医结合治疗肝硬化腹水的疗效观察 [J]. 临床

综上所述, 采用中西医结合治疗肝硬化腹水通过辨证分型, 实施标本兼治、内外双修, 能够有效增强肝功能, 改善临床症状, 具有非常显著的临床治疗效果。

医药文献电子杂志, 2018, 5(65):87-90.

- [4] 李忠琴, 宋涛. 中西医结合治疗肝硬化腹水疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(47):45-46.
- [5] 刘海霞. 中西医结合治疗肝硬化腹水疗效观察 [J]. 山西中医, 2018, 34(1):24-25.

(上接第 18 页)

两种病症合并还会造成患者的机体代谢紊乱, 由于患者血压出现紊乱, 会造成患者对降压药物缺乏敏感性, 故在对此合并症进行治疗过程中, 应该对患者的血糖和血压进行有效控制^[3]。坎地沙坦酯属于选择性血管紧张素 II 受体拮抗剂, 其能够抑制血管紧张素 II 转化为血管紧张素 I, 并且还能够对醛固酮释放以及血管收缩发挥较好的抑制效果, 在降压的同时还能够对靶器官进行保护^[4]; 而氢氯噻嗪属于一种利尿剂, 其能够作用于髓袢升支远端及远曲小管近端, 可有效排钠, 从而使细胞外容量得以减少, 能够发挥降压作用^[5], 并且此药物还能够发挥肾外降压作用, 两种药物联合使用可提升治疗效果。

本次研究中, 观察组通过联合用药, 其总体有效率、舒张压、收缩压均优于对照组, 两组差异明显, 有统计学意义, $P < 0.05$ 。由此可见, 联合用药的降压效果较好, 且能够提升临床疗效。

综上所述, 高血压合并糖尿病患者采用坎地沙坦酯联合氢氯噻嗪治疗, 可提升治疗效果, 改善患者血压状态, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 赵香芳. 坎地沙坦联合左旋氨氯地平对老年高血压合并糖尿病肾病的疗效观察 [J]. 中国疗养医学, 2016, 25(5):514-517.
- [2] 胡耀东, 赵娜. 坎地沙坦酯联合氢氯噻嗪治疗原发性高血压效果研究 [J]. 长治医学院学报, 2016, 30(2):108-110.
- [3] 陈志强. 联用坎地沙坦酯和氢氯噻嗪治疗轻中度高血压的效果探析 [J]. 当代医药论丛, 2017, 15(7):98-99.
- [4] 黄向荣. 坎地沙坦酯联合氢氯噻嗪治疗老年性退行性心瓣膜病心力衰竭的临床效果研究 [J]. 吉林医学, 2016, 37(11):2769-2771.
- [5] 胡法国. 坎地沙坦酯联合氢氯噻嗪治疗老年退行性心瓣膜病心力衰竭的临床疗效及对预后的影响 [J]. 中国合理用药探索, 2017, 14(11):4-7.