

2019年-2020年我院降低住院患者抗菌药物使用强度干预措施分析

姜春娇

福建省漳州龙海市第一医院药剂科 福建漳州 363100

【摘要】目的 分析本院降低住院患者抗菌药物使用强度所采取的措施,从而长期保持抗菌药物使用强度 $\leq 40\text{DDDs}$ 。**方法** 抽取2018年-2020年住院患者使用抗菌药物的用药频度、同期收治患者人天数,计算抗菌药物使用强度,分析我院对抗菌药物使用强度采取的干预措施的合理性。**结果** 抗菌药物使用强度从2018年48.84DDDs降到2019年的39.26DDDs,2020年接着继续下降到36.05DDDs。**结论** 干预措施对降低住院患者抗菌药物使用强度起着显著成效,本院抗菌药物使用强度逐年下降,符合《抗菌药物临床应用指导原则》2015版要求三级综合医院住院患者抗菌药物使用强度 $\leq 40\text{DDDs}$ 。

【关键词】 抗菌药物使用强度; 抗菌药物; 干预措施

【中图分类号】 R96

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2021) 02-083-02

随着抗菌药物被广泛应用于临床治疗中,由于其种类繁多,临床滥用抗菌药物或不合理使用情况越来越严重,如果不采取积极有效干预措施,容易产生细菌耐药性,不仅直接影响临床治疗效果,还会给患者带来一定的经济负担^[1]。抗菌药物使用强度(AUD)是目前监测抗菌药物使用情况的重要指标,能更准确地反映出抗菌药物的实际消耗情况^[2]。根据《抗菌药物临床应用指导原则》2015版三级综合医院住院患者抗菌药物使用强度 $\leq 40\text{DDDs}$ ^[3],2018年我院抗菌药物使用强度是48.84DDDs,离目标值有一定的差距。在《关于启动2019年全国三级公立医院绩效考核有关工作的通知》国卫办医函[2019]371号文发布后,我院深切感受到降低抗菌药物使用强度迫在眉睫,经过全院的共同努力,采取一系列办法与措施^[4-5],我院2019年-2020年这两年的AUD都小于40DDDD,符合抗菌药物临床应用管理评价指标。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集本院2018年-2020年住院患者使用抗菌药物的用药频度(DDDs)、同期收治患者人天数,数据资料均来自于本院HIS信息系统。

1.2 方法

根据2015版《抗菌药物临床应用指导原则》抗菌药物临床应用管理评价指标及要求,指标4住院患者抗菌药物使用强度其计算公式如下:

$$\text{抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物消耗量(累计DDDD数)}}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100$$

注:①住院患者抗菌药物消耗量:住院患者所有抗菌药物的DDDD数之和;②同期收治患者人天数=同期出院患者人数×同期出院患者平均住院天数

1.3 干预措施

1.3.1 列入院级指标:抗菌药物使用强度 $\leq 40\text{DDDs}$ 列入2019年我们医院五大院级指标之一,由院长负全责^[6],亲自监督管理。

1.3.2 药事管理与药物治疗学委员会制定抗菌药物使用强度(AUD)新指标:2019年第一季度药事管理与药物治疗学委员会通过讨论,重新制定2019年临床科室AUD新指标^[7-8],在2018年AUD指标基础上每个科室再根据实际情况下调几个点数。新指标从2019年第二季度起开始实行。见表1。

表1:2019年临床科室抗菌药物使用强度指标

科室	2018年用药频度(DDDS)	2018年同期收治患者人天数	2018年AUD	2018年AUD指标	2019年AUD指标
呼吸内科	31141.14	17713	175.81	160.00	148.00
外一科	23388.57	37334	62.65	50.00	45.00
儿科	13346.76	39604	33.70	22.00	21.00
消化感染科	10606.88	14832	71.51	70.00	66.50
外二科	7967.75	30687	25.96	22.00	20.90
内科综合病区	6204.09	18096	34.28	35.00	33.25
妇产科	4874.03	23117	21.08	20.00	19.00
心血管内科	5489.09	14089	38.96	28.00	28.00
神经内科	4585.84	16053	28.57	30.00	28.00
ICU	4021.59	2513	160.03	160.00	148.00
中医科	2096.72	5225	40.13	50.00	30.00
耳鼻喉科	2108.47	4772	44.18	45.00	40.00
急诊病房	1015.71	2238	45.38	43.00	40.00
康复科	850.78	11582	7.35	10.00	7.00
眼科	514.44	3865	13.31	15.00	12.00
皮肤科	110.45	552	20.01	25.00	20.00
全院	118322.31	242272	48.84	40.00	39.60

1.3.3 质管办制定抗菌药物使用奖惩机制:把AUD列入《科主任年度目标责任书》。《科主任年度目标责任书》里所列医疗质量条款共占100分^[9],未达到条款目标要求,直接扣罚,临床科室每月每扣1分,当月绩效就扣除1%。2018年AUD涉及临床科室绩效扣罚的力度太小,全院AUD无法完成目标值。①AUD共占6分,超过指标部分 $< 1\text{DDDs}$ 不扣分,各个科室每超过AUD指标1DDDs扣1分,超过6DDDs,6分全部扣掉。反之低于指标多少DDDs就奖励多少分,最多奖6分。②抗菌药物使用不合理扣0.4分/例次。

1.3.4 医务部执行绩效奖惩:医务部每月把临床科室扣罚的分数

与奖励的分数提交绩效办,绩效办再根据奖励与扣罚的分数统筹分配各科室绩效^[10-11]。

1.3.5 药剂科加强监控抗菌药物有关的数据:①每月监控临床科室AUD,并公示在院内OA系统。如有超标太多,直接告知科主任,请科主任在早会再次强调AUD的重要性。②抗菌药物使用排名前10药品也公示在院内OA系统。③对使用量异常的抗菌药物,抽查病历,进行点评,不合理使用抗菌药物按每例扣0.4分,纳入绩效考核^[12]。

1.3.6 充分发挥临床药师的作用:临床药师利用自己的专业水平,直接参与临床用药,促进药物合理应用,使患者获得最大效益的药学

专业技术人员^[13]。①临床药师到抗菌药物用量大的儿科、呼吸内科、ICU参与临床查房,也通过其他科室会诊,指导科室合理使用抗菌药物^[14];②对外一科、心血管内科、消化感染科等科室抗菌药物使用强度严重超标,临床药师对其病历中所有抗菌药物是否合理使用进行点评、分析原因,并将分析结果反馈到科室,责令整改;③临床药师利用临床科室早会交班时间,主动到临床科室宣讲抗菌药物使用强度的计算方法与影响因素,让临床科室懂得如何计算AUD、禁止无适应症用药、避免没必要的联合用药、把握好治疗疗程、从而更好地合理使用抗菌药物,有效控制抗菌药物使用强度。

2 结果

2.1 2019年我院对AUD采取一系列干预措施,第二季度AUD从47.28DDD_s降到39.39DDD_s,第三季度降到36.52DDD_s,第四季度降到34.65DDD_s;2019年全年为39.26DDD_s,首次实现了我院抗菌药物使用强度全年低于40DDD_s的目标。见图1。

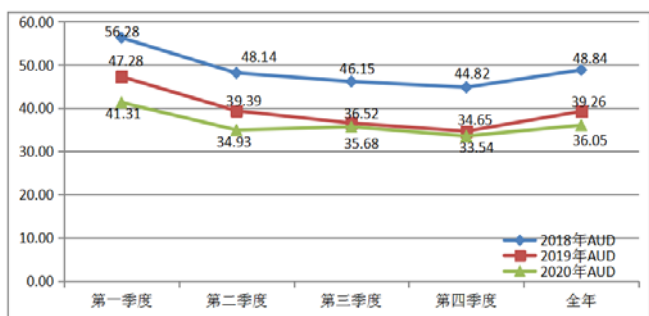


图1: 本院2018年-2020年每季度AUD情况

2.2 2020年我院继续结合行政干预和技术干预,有效促进抗菌药物合理应用^[15],从而降低AUD。2020年的AUD继续下降到36.05DDD_s,也达到了目标值。2018年-2020年抗菌药物的用药频度(DDD_s)、同期收治患者人天数明显下降,AUD总体呈现下降趋势,共下降12.79DDD_s。具体结果见表2

表2: 2018年-2020年本院抗菌药物使用强度

年份	用药频度 (DDD _s)	同期收治患者人天数	AUD (DDD/100人天)
2018年	118322.31	242272	48.84
2019年	98585.37	251109	39.26
2020年	82473.29	228798	36.05

3 讨论

2019年以前,我院就开始控制住院患者AUD,临床科室AUD指标也定了,也有扣罚了,效果不够理想,还是没有达到 ≤ 40 DDD_s。2018年住院患者AUD是48.84DDD_s,与目标相差8.84DDD_s,2019年我院采取一系列干预措施后,AUD呈逐年下降,2019年降到39.26DDD_s,2020年AUD降为36.05DDD_s,均达到了《抗菌药物临床应用指导原则》

指标要求三级综合医院住院患者抗菌药物使用强度 ≤ 40 DDD_s。说明我院对抗菌药物使用强度降低采取的一系列干预措施有显著成效。不容忽视院领导的重视程度,领导层的决策起到关键作用;科主任与职能部门的参与起辅助作用;奖惩管理力度的加大让临床科室有了降低AUD的动力,起了促进作用;加上充分发挥临床药师的积极主动作用,这些条件缺一不可。总之,单靠药剂科来降低AUD,力量是薄弱的,要多学科配合,职责明确,只有临床科室合理使用抗菌药物,禁止无适应症用药、避免没必要的联合用药、把握好治疗疗程,抗菌药物使用强度的达标才能体现出真正的意义。

参考文献

- [1] 宁俊红,王月侠.不同地域非公医疗妇产专科医院抗菌药物使用持续改进效果分析[J].贵州医药,2020,44(9):1463-1465
- [2] 陈猛,舒志,周月红.某“三甲”综合性医院腹腔镜手术围手术期抗菌药物预防使用情况调查及合理性评价[J].中国药房,2018,29(8):1065-1068.
- [3] 抗菌药物临床应用指导原则修订工作组.《抗菌药物临床应用指导原则(2015版)》[M].北京:人民卫生出版社,2015:1-184.
- [4] 赵厚宇,边佳明,卓琳,等.我国三级医院急诊抗菌药物使用情况分析[J].中华流行病学杂志,2018,39(7):959-965.
- [5] 梁有权.我院2016年住院患者抗菌药物使用强度分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2018,3(8):46-48.
- [6] 张胜素,范成明,王彩超.某院不合理应用抗菌药物专项整治的措施及效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(65):255,261.
- [7] 张强.2015~2017年某院住院患者抗菌药物使用情况调查与分析[J].海峡药学,2019,31(5):264-267.
- [8] 马晶.质量管理工具在抗菌药物使用强度管理中的应用价值探讨[J].医药前沿,2019,9(1):243-244.
- [9] 田志强,柯桂兰.PDCA循环管理对降低住院患者抗菌药物使用强度的影响[J].抗感染药学,2019,16(12):2057-2061
- [10] 钟巧,王明浩,蒋绍艳,等.PDCA循环管理法在妇幼专科医院抗菌药物管理中的应用[J].中国感染控制杂志,2020,19(1):68-72.
- [11] 付雪松,曾惠敏,张霖,等.医院感染管理科参与抗菌药物应用管理的成效[J].中国感染控制杂志,2019,18(11):1064-1068.
- [12] 张志辉,何国筛,黄树栋.医院抗菌药物使用强度分配方法[J].中外医学研究2019.17(32):176-178
- [13] 翟颖,欧阳慧子,刘芳.我院药学部协同医务处干预抗菌药物合理使用5年成效分析[J].海峡药学,2019,31(12):250-252
- [14] 梅昭,郑铁骑,金桂兰,等.PDCA法干预呼吸科抗菌药物使用强度效果评价[J].中国药业,2019,28(6):78-80.
- [15] 肖伯安,关嘉良,李彦璋,等.PDCA循环理论促进医院抗菌药物管理持续改进的效果探讨[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(9):1267-1269.

参考文献

- [1] 鞠泽坤.全身麻醉和椎管内麻醉对老年骨科手术患者术后精神状态及认知功能的影响及应用体会[J].临床医药文献电子杂志,2020,43:41-42.
- [2] 刁文波,丁登峰,张耀贤,石伟,何建斌,程静.全身麻醉和椎管内麻醉对老年胃肠外科患者术后精神状态及早期认知功能的影响[J].系统医学,2020,14:59-61.
- [3] 莫品军,潘正举,蒙兴虹,谭健,刘璐,周洪春.全身麻醉和椎管内麻醉对老年骨科患者术后短期认知功能影响的临床分析[J].黔南民族医学学报,2020,03:181-183.
- [4] 苏华凤.椎管内麻醉与全身麻醉在老年骨科手术中应用效果的比较研究[J].临床合理用药杂志,2019(18):14-16.
- [5] 吕晓宁,丁改梅.全身麻醉和椎管内麻醉对老年骨科手术患者术后精神状态及认知功能的影响[J].健康大视野,2020,21:243.

(上接第82页)

经过多年的发展已经相当成熟,但在老年骨科手术的治疗过程中,全身麻醉时因为大剂量麻醉药可能会对患者的身体造成严重的损坏。而观察组老年患者的麻药剂量小于对照组的麻药剂量,这对于老年患者昏睡时间的缩短也有着重要的作用,并且该种麻醉方式对老年患者认知功能和精神状态的影响也微乎其微。就如本文所研究结果的一样,观察组患者手术麻醉药用量显著少于对照组,术后12h、24h的MMSE评分明显高于对照组,术后12h、24h的认知功能障碍发生率明显低于对照组(P均 < 0.05),数据说明,观察组老年患者的麻药剂量小于对照组的麻药剂量,并且观察组患者的精神状态和认知功能也优于对照组老年患者。

综上所述,椎管内麻醉的麻醉手段在骨科手术的老年患者治疗方面有着重要的意义。该种手段无论在精神状态方面来讲,或是以认知功能角度来看,都优于全身麻醉手段,应该在各大医院进行推广宣传,可行性高。