

浅谈如何加强社区医疗机构对抗生素的合理使用

敖 瑶

贵州省盘州市红果街道卫生服务中心 贵州盘州 553536

[摘 要] 简要介绍抗生素、抗生素滥用和规制的基本概念, 通过阐述抗生素目前的滥用现状和产生的危害, 说明对抗生素合理使用的重要性。基层医疗机构及患者对抗菌药物认识存在诸多误区, 抗菌药物的不合理使用情况比较普遍, 医务人员应严格掌握用药的适应症、适当的疗程和剂量, 严格掌握抗菌药物的局部使用、预防应用及联合使用, 避免滥用和浪费, 减少毒性反应的出现和细菌耐药性的产生。

[关键词] 抗生素; 合理使用

[中图分类号] R978.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 05-094-02

1 引言

由于各种抗菌药物的广泛运用, 使许多致死性传染疾病得以控制, 但随着抗菌素的广泛使用, 各种微生物势必会加强其防御能力, 而使细菌产生耐药性, 增加产生耐药菌株的机会, 对人体带来严重危害, 给临床治疗工作带来很多困难。合理使用抗菌药物非常重要。抗菌素不仅有治疗作用的一面, 大多数抗生素都有一些不良反应, 这就要从患者的实际出发, 依据不同年龄、不同性别、不同疾病对情况药物的疗效和对药物的不良反应, 合理的使用抗生素。

2 抗生素的使用方法

2.1 呼吸道感染可分上、下呼吸道感染, 上呼吸道感染包括扁桃腺炎、咽炎、副鼻窦炎; 下呼吸道感染有支气管炎、肺炎。扁桃体炎, 主要是溶血性链球菌感染, 首选青霉素, 亦可用红霉素、羟苄青霉素等。小于 5 岁的小儿肺炎和支气管炎主要是病毒感染, 如无合并细菌感染可对症治疗, 不用抗生素。合并细菌感染可用氨苄青霉素, 其次是红霉素, 羟氨苄青霉素等。

2.2 败血症首先要详细询问病史, 以便发现病原菌, 如皮肤软组织或肺部感染后发生的败血症以革兰氏阴性球菌感染为主, 首选头孢唑啉, 头孢美唑, 庆大或丁胺卡那霉素。

2.3 泌尿系感染多由大肠杆菌、变形杆菌或肺炎杆菌等引起。轻者口服 TMP-CO、氟哌酸等, 如肾盂肾炎病情较重者, 可静脉滴注第三代头孢菌素, 亦可用环丙沙星。

2.4 胆道感染以革兰氏阴性杆菌多见, 首选氧氟喹诺酮素加庆大霉素或丁胺卡那霉素。其次可选用头孢哌酮或其他第三代头孢菌素。

2.5 脑膜炎小儿多为流感杆菌引起, 首选羟氨青霉素, 其次是头孢三嗪。流行性脑膜炎首选青霉素。金葡萄球菌引起的脑膜炎, 首选万古霉素, 其次环丙沙星加丁胺卡那霉素。

2.6 细菌性心内膜炎如为草绿色链球菌感染, 首选的是大剂量青霉素, 加链霉素或丁胺卡那霉素。金葡萄及肠球菌感染, 首选万古霉素加氨基糖甙类, 其次是环丙沙星加丁胺卡那霉素。

2.7 肠道感染痢疾杆菌或沙门菌感染, 首选口服氟哌酸, 重者可静点头孢唑啉或环丙沙星。

2.8 皮肤软组织感染如丹毒首选青霉素, 其次是红霉素或第一、二代头孢菌素。

2.9 结核杆菌或分枝杆菌感染要多种药物联合应用, 时间 6 个月~1 年, 首异烟肼、利福平、利福定、链霉素、丁胺卡那霉素和乙胺丁醇, 其次是吡嗪酰胺, 氟哌酸。

2.10 真菌感染常见的是鹅口疮, 可局部用制霉菌素加甘油涂抹。如为隐球菌脑膜炎则首选两性霉素 B, 加 5-氟尿嘧啶, 其次是氟康唑。

2.11 病毒感染至今对各种病毒感染没有特效药物, 干扰素, 白细胞介素 2 可以起免疫调节作用。

3 抗生素的使用原则

3.1 临床使用抗生素的基本原则针对致病菌的感染选用初始值有效的药物。注意掌握好新老抗生素的作用特点和致病菌的敏感程度, 同类抗生素中不同之间的差别, 合理选用。要重视抗生素治疗的针对性。

3.2 掌握感染疾病依据病程长短, 机体与抗生素的相互关系, 恰当地应用抗生素并合理制定个性化给药方案。处理重症感染和复杂感染尤应如此。

3.3 熟悉细菌对抗生素存在着耐药在作用抗生素过程中, 细菌会产生不同程度的耐药性, 故在应用抗生素之前, 应做培养和药敏试验, 以利及时更换药品。为防止细菌耐药的产生, 用药开始就应足量, 满疗程。严重感染时应消毒隔离, 防止耐药菌引起交叉感染。

4 提高社区医院合理用药的措施

4.1 建立健全医疗机构合理应用抗菌药物管理组织和制度 医疗机构应根据卫生部《医院感染管理规范 (试行)》的有关规定并结合各医院实际情况, 成立管理小组并确定各级医生使用抗生素的权限, 严格控制抗生素使用频度, 各临床科室应根据患者体质、感染类型、药敏实验等严格挑选合适的抗生素, 减少预防用药, 使医院总体抗生素使用率明显下降, 确保达到规定限量。

4.2 加强对医务人员合理应用抗菌药物及相关药理知识的培训

合理用药的基础是抓好医务人员的合理用药观念。通过岗前培训、举办讲座、办学习班、新药介绍等形式, 对各级医护人员进行合理应用抗菌药物的教育和培训, 普及合理用药观念, 不断更新相关知识, 提高医院抗菌药物治疗水平。

4.3 加强对社区群众进行合理使用抗菌药物的宣传教育 要消除群众“发炎就要用抗生素”、“抗生素越贵越好”、“静脉应用抗生素比吃抗生素效果好”等观念误区, 可通过向群众发放健康教育处方, 利用健康教育橱窗、播放科普录像、开展健康讲座等多种形式进行宣教, 特别是医生要做好耐心的解释工作, 使其了解根据个体差异而选择的药品基本药物原理及使用说明和注意事项, 让患者能积极主动配合医生的治疗, 达到合理用药的目的。

5 小结

抗菌药是指能抵制或杀灭细菌, 用于预防和治疗细菌性感染的药物。包括完全人工合成的抗菌药和抗生素。抗菌药物在对控制细菌感染与细菌性传染病及降低病死率起着非常重要的作用, 每种抗菌药物都会根据用药个体及用药时间,

(下转第 97 页)

2.3 手术时间、术中出血量以及疼痛评分比较

相对于对照组, 实验组患者的手术时间更短, 术中出血量更少, 疼痛评分更低; $P < 0.05$, 见表 3。

3 讨论

腹股沟区是指下腹壁和大腿交界三角区, 腹股沟疝主要是腹腔内脏器由于腹股沟区缺损逐渐形成的突出包块, 在临床上俗称为“疝气”。临床上若对该病不进展及时有效的治疗, 容易引发较多的并发症。

表 3: 手术时间、术中出血量以及疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	疼痛评分 (分)
对照组	43.26 ± 5.26	52.32 ± 6.22	7.82 ± 1.63
实验组	6.36 ± 2.15	40.78 ± 3.23	4.92 ± 2.31
χ^2	64.9369	16.4653	10.2575
P	0.0000	0.0000	0.0000

上述研究中, 实验组患者的复发率 (0%) 低于对照组复发率 (1%); 实验组患者的舒张压、收缩压、心率以及呼吸改善情况明显好于对照组, 相对于对照组, 实验组患者的手术时间更短, 术后伤口的引流量和术中出血量更少, 疼痛评分更低; $P < 0.05$, 究其原因: 腹腔镜下疝修补术主要符合病因学说开展腹横筋膜的重建, 符合基本的解剖结构, 完全修复患者的腹股沟部位薄弱区域, 直接符合力学原理, 缓解患者的腹腔内压力冲击。相对于传统有张力组织缝合术, 可有

效弥补创口大、疼痛剧烈等缺点, 随着目前临床医学科技的不断进步与发展, 腹腔镜疝修补术广泛用于腹股沟疝的治疗。腹腔镜疝修补术具有创口小、疼痛轻以及术后并发症发生率低等优点。

结合上述研究, 采用开展腹腔镜 TAPP 术治疗腹股沟疝患者, 可有效降低患者的复发率, 缓解疼痛, 改善应激反应指标, 缩短手术时间、减少术中出血量, 值得临床采纳。

[参考文献]

- [1] 王桐生, 丁磊, 赵爱民, 等. 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中切口腹膜前腹股沟疝修补术的比较研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(2):118-121.
- [2] 陶红光, 宗华. 腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的疗效观察 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(25):22-24.
- [3] 艾万朝, 周旭坤, 张成建, 等. 腹腔镜下腹股沟疝修补术与开放式无张力疝修补术的临床对比分析 [J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2016, 10(4):270-272.
- [4] 汪文峰. 腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床比较 [J]. 医药前沿, 2016, 6(20):157-158.
- [5] 张杰. 传统腹股沟疝修补术、开放性无张力疝修补术及腹腔镜疝修补术的临床疗效比较 [J]. 临床医学工程, 2016, 23(2):197-198.

(上接第 92 页)

学院学报, 2011, 23(5): 527-529.

- [3] 张晓勇. 普通外科患者术后手术部位感染的易感因素分析及对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(5): 1041-1043.
- [4] 张东风. 普外科术后切口感染的因素以及预防措施分析 [J]. 中国保健营养, 2012(10): 3843-3815.

(上接第 93 页)

进行治疗, 在接受治疗之后, 患者的 GOS 预后情况较好, 效果显著由于对照组, 致死率、致残率明显降低 ($P < 0.05$), 治疗效果显著, 具有较高的临床应用价值。

[参考文献]

- [1] 石舒翔, 韦燕, 冯鲁乾. 去骨瓣减压术用于重型颅脑损伤致双侧瞳孔散大老年患者的可行性分析 [J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(10):1191.

析 [J]. 中国保健营养, 2012(10): 3843-3815.

- [5] 孙长文. 普外科手术后发生伤口感染的情况调查 [J]. 临床研究, 2013(4): 71-77.
- [6] 杨成虎, 范秀华. 普外科手术切口感染危险因素与预防对策探讨 [J]. 西部医学, 2009, 21(5): 808-809.

治杂志, 2016, 31(10):1191.

- [2] 徐勇, 林爱明, 刘佳骐, 鲁虎臣, 马骏. 预见性与相继性双侧去骨瓣减压治疗重型颅脑损伤疗效的差异 [J]. 临床神经外科杂志, 2014, 11(06):470-472.
- [3] 杨开华, 冉启山, 文远超, 王飞, 余云湖. 对冲性重型颅脑损伤双侧去骨瓣减压临床疗效分析 [J]. 泰山医学院学报, 2016, 37(07):779-780.

(上接第 94 页)

起到的药效不同。抗菌药物具备干扰细菌的重要功能而不影响宿主细胞的特性。合理使用抗菌药, 可以有效地促进患者机体的康复, 如果滥用抗菌药, 则易导致患者不良反应增多, 机体对抗菌药产生耐药性, 甚至导致治疗失败。就医人群对抗菌药物的认知与使用直接影响着抗菌药物应用的整体趋势。居民缺乏基本用药常识, 而患者是抗生素最终消费者。通过面向医院就诊者宣传合理、安全使用抗生素的常识, 减少消

费者用药的盲目性, 就有可能有效地遏制药物滥用现象。

[参考文献]

- [1] 许丽, 陈爱红. 浅谈滥用抗生素的危害. 中华实用医药杂志, 2007, 7(1):18.
- [2] 刘冬雪. 浅谈医院抗菌药物合理应用的管理. 中外健康文摘, 2009, 14.
- [3] 张秀勤. 我院抗菌药物应用的管理与控制. 中华医院感染学杂志, 2003, 13(9): 856-857.

(上接第 95 页)

- [1] 孙文秀, 王如明. 急性脊髓炎. 山东医药, 2001, 41(11):47.
- [2] 郑建仲. 神经病学诊断. 上海科学技术出版社, 1998:345-355.

[3] 张焱, 程敬亮. 急性脊髓炎 30 例 MRI 诊断及鉴别. 郑州大学学报, 2005, 40(6):1167.

[4] 王义刚, 邢永前, 郑华. 急性脊髓炎的临床与 MRI. 临床神经病学杂志, 1997, 10(3):165-166.