

孕囊直径 ≥ 2 cm,成功率较低。孕囊大小是胚胎发育的基础,孕囊越大蜕膜越多,药物流产不全率越高。本组孕囊直径 ≥ 2 cm以上药物流产不全率达18.40%。(3)子宫位置。本组观察到子宫后倾后曲者,药物流产不全率明显高于子宫前倾位及水平位者。正常情况下,子宫体与子宫颈成 170° ,并稍向前,称子宫前倾。当子宫过度前倾或后倾时,子宫体和子宫颈成角小于 170° ,绒毛排出时的阻抗较大,致使绒毛无法排出或排出不全^[4],导致药物流产不全。

3.2 避免药物流产不全的措施 多次流产者,或有剖宫产史者要求药物流产时,应将药物流产可能产生的不利性告知患者,尽量选择人工流产,从而避免药流不全。如选择药物流产应密切观察阴道流血情况,6~8 h未见绒毛排出或阴道流血多时,及时行清宫术,不宜无限延长观察时间或让患者擅自离院,避免因阴道流血量多、时间长而引起的各种并发症。妇科检查发现子宫后倾后曲位者,也应告知,尽量选择人工流产。或将服药作为人工流产的辅助措施,在宫口扩张后胚胎未排出者行清宫术。

3.3 药物流产不全的处理 (1)本组服药后门诊观察6~8 h未见孕囊排出者,即药物流产失败者均

及时行清宫术,术后给予抗感染、促进子宫收缩治疗。(2)用药后已排出绒毛和胎囊,1周后随诊阴道流血多于月经量者,B超检查显示宫腔内有中强回声光团,无论直径大小均尽早行清宫术,同时给予抗感染、促进子宫收缩治疗。(3)1周后随诊阴道流血量少,B超检查回声光团 ≤ 1.0 cm,患者拒绝接受清宫术者,应用抗生素,同时加服中药益母草,连服5天,促进蜕膜组织剥离排出。

多次孕产、子宫后倾后曲、孕囊直径 ≥ 2 cm者,在选用药物流产时建议少用或不用药物流产。如选用药物流产,应密切观察,用药后观察4~6 h孕囊未排出者及时行清宫术,以减少药物流产不全导致的各种并发症。

[参 考 文 献]

- [1] 曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:2846
- [2] 曾艳梅,李小平,魏丽惠.药物流产的安全性及不良反应[J].中国妇产科临床,2000,1(3):187
- [3] 彭刚,谭玉红,王庆一.影响药物流产效果的相关因素分析[J].中国妇幼保健,2006,21(5):666-667
- [4] 王毓.药物流产失败30例原因分析[J].临床误诊误治,2005,18(1):37

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0342-02

。临床医学。

我院抗菌药物使用情况调查与分析

刘伟红

[摘要]目的:了解我院抗菌药物应用的情况,评价其合理性,为今后加强管理、规范使用提供依据。方法:采用回顾性调查方法,抽取2006年1~5月份出院病历195份,对患者的入院诊断、是否使用抗菌药及其使用种类、时间、联合用药、药敏实验等情况进行调查与分析。结果:195份病历中有139例使用了抗菌药物,预防用药89例,治疗用药50例,联合用药43例,药敏实验12例。结论:我院抗菌药物使用基本合理,但仍存在一些问题,需加强监管。

[关键词] 药物滥用;抗菌药物

[中国图书资料分类法分类号] R 969.3 [文献标识码] A

我院从2005年12月开始开展抗菌药物临床应用监测及应用分析,由我院药剂科临床药学室选取终末病历,按10%抽取样本,调查抗菌药物使用情况,对其进行分析和评估。本文总结记录2006年1~5月份195份病历中抗菌药物使用情况,评价其合理性。

1 材料与方法

1.1 材料 195例中使用抗菌药物139例,包括内科10例,儿科15例,骨科19例,妇科16例,五官科

10例,普外科25例,肛肠科21例,泌尿外科23例。
1.2 方法 记录患者的年龄、住院号、科室、性别、抗菌药物的种类、用法用量、给药途径、天数及药敏实验情况。

2 结果

2.1 抗菌药物使用的目的 139例患者中89例(64.03%)为预防用药,50例(35.97%)为治疗性用药。抗菌药物应用情况见表1。

2.2 抗菌药物给药途径 本次调查住院患者抗菌药物给药方式以静脉滴注为主127例(91.37%),口服给药较少12例(8.63%)。

2.3 联合用药 一联用药96例(69%),二联用药

[收稿日期] 2006-09-05

[作者单位] 天津市静海县医院 药剂科,301600

[作者简介] 刘伟红(1975-),女,主管药师。

43例(31%),本次调查未发现三联用药。二联用药的科室一般为妇科、普外科和肛肠科。以 β 内酰胺类或头孢菌素类联合硝基咪唑类(甲硝唑、替硝唑等)居多。

表 1 有关科室抗菌药物应用情况

科别	n	治疗用药	预防用药	给药方式	
				静脉	口服
内科	10	8	2	8	0
儿科	15	15	0	15	0
骨科	19	2	17	17	2
妇科	16	0	16	10	6
五官科	10	4	6	8	2
普外科	25	6	19	25	0
肛肠科	21	8	13	21	0
泌尿外科	23	7	16	21	2
合计	139	50	89	127	12

2.4 抗菌药物应用频次情况 195例中有 139例(71.28%)使用了抗菌药,包括 8类 15个品种,应用频次高低的排序依次为头孢菌素(34%)、氟喹诺酮类(27%)、头孢菌素+酶抑制剂(10%)、大环内酯类(9%)、青霉素类(8%)、克林霉素类(6%)、硝基咪唑类(4%)、氨基糖苷类(3%)。

139例使用的抗菌药物按照费用高低排序前 10位依次为头孢他啶(中诺安 1.5 号)、注射用哌拉西林舒巴坦钠、左氧氟沙星注射液、注射用头孢呋辛钠、注射用氨苄西林氯唑西林、阿莫西林克拉维酸钾、克林霉素、注射用阿奇霉素、注射用磷霉素、硫酸奈替米星。

2.5 病原学检查及药敏实验 本次调查 139例应用抗菌药物的患者仅有 12例(8.63%)作了病原学检查及药敏试验。

3 讨论

3.1 给药方式和用药时限 从表 1可以看出医师习惯用静脉滴注的给药方式,应提倡轻症感染予以口服给药,重症全身性感染初始给予静脉滴注以确保疗效,病情好转能口服时应及早改为口服给药的方式。儿科、内科和肛肠科多为治疗性用药,疗程相对较长,一般在体温正常、症状消退 72~96 h停药。手术科室用药多为预防用药,抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和术后 4 h总的预防时间不超过 24 h个别情况可延长 48 h手术短(<2 h)的清洁手术,术前一次即可^[1]。调查发现,妇科、五官科、普外科、肛肠科、泌尿外科手术科室围手术期预防用药时限严格遵循原则,没有超过 48 h骨科预防用药普遍超时,17份病历预防用药抗菌药物多

用 10天左右,一患者右胫腓骨骨折切开复位内固定术后,应用头孢他啶达 13天之久,不仅造成资源浪费,而且易诱导耐药菌株的产生。

3.2 联合用药情况 此次调查没发现不合理的联合用药。硝基咪唑类对大多数厌氧菌及滴虫等微生物有强大的抗菌作用,使其成为临床常用的联用药物。内科、儿科治疗社区获得性肺炎,青霉素类药物联用大环内酯类药物效果很好。根据循证医学理论,抑菌剂与杀菌剂联用已得到接受,但从理论上讲应先杀杀菌剂后用抑菌剂^[2]。

3.3 抗菌药物的频率分析 头孢菌素的使用频率居于首位,金额排序头孢他啶亦位于第一,因头孢菌素抗菌机制为干扰细菌细胞壁的合成,加速细胞壁破坏而起抗菌作用,故对人体直接毒性小^[3],其抗 G⁻菌效力强,在我院应用广泛,但应注意避免因用药过度头孢菌素耐药现象的发生。喹诺酮类抗菌药频率位居第二,因该类药物治疗肯定,抗菌范围广,且无需皮试。由于耐青霉素酶菌株的出现,头孢菌素+酶抑制剂类药物使用频率亦较高(10%),氨基糖苷类因其肾毒性、耳毒性副作用较大限制了其临床应用。

3.4 细菌培养送检率低 我院病原学检查送检率偏低,139例应用抗菌药物的患者仅有 12例(8.63%)作了病原学检查及药敏试验。距《医院感染管理规范》^[4]中要求的 70%相差甚远。病原学检查作为了解病情及致病菌的一个重要方面,与药敏试验一起对合理选用抗菌药物意义重大,及时送病原学检查并作药敏试验可以获得正确用药的科学依据。只有查明致病菌,参照药敏实验结果,并结合临床症状,才能制定出正确的用药方案,达到治疗目的,提高临床合理使用抗菌药的水平。

抗菌药物的合理使用是医院药事管理的重要内容,也是当今社会关注的热点。建议加大抗菌药物管理力度,制定切实可行的管理办法,加强监控和管理,提高医师抗菌药物知识水平,严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》指导临床合理使用抗菌药物,避免抗菌药物滥用。

[参 考 文 献]

- [1] 夏国俊主编. 抗菌药物临床应用指导原则[M]. 北京: 中国中医药出版社出版, 2004 142-153.
- [2] 朱立勤, 穆殿平, 徐彦贵等. 我院 100例住院病人抗菌药物使用情况抽样分析[J]. 天津药学, 2006, 18(3): 34-36.
- [3] 王沂波, 阮秀云, 张永良. 我院抗菌药物使用情况调查分析[J]. 天津药学, 2005 17(1): 36-37.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 医院感染管理规范[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000 15-20.