

抗菌药物专项整治前后某院血管外科围术期预防使用抗菌药物情况分析*

罗宏丽¹, 叶 云¹, 王述蓉¹, 肖顺林¹, 刘 丹²
(1. 泸州医学院附属医院药剂科, 四川 泸州 646000; 2. 泸州医学院药学院 2008 级, 四川 泸州 646000)

doi:10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 32. 040 文献标识码: B 文章编号: 1671-8348(2012)32-3448-03

抗菌药物的应用涉及临床各科, 尤其在外科手术中, 围术期用抗菌药物预防和控制感染的现象十分普遍, 合理的预防应用可以有效地预防病原体感染的发生, 缩短住院时间, 减少住院费用, 提高手术成功率。但不合理的预防应用, 不仅不能达到预防目的, 反而可引起病原菌的高度耐药, 产生难以控制的继发感染^[1-4]。因此, 2011 年卫生部在全国开展“抗菌药物应用专项治理行动”, 并相继发布了《2011 年全国抗菌药物临床应用专项整治活动方案》(以下简称《方案》)和《抗菌药物临床应用管理办法》。本院按照卫生部、省卫生厅要求, 已按期于 2011 年 7 月份启动抗菌药物临床应用专项整治活动, 通过行政干预、监督检查等一系列的干预措施, 目前本院围术期抗菌药物使用的合理性已有了巨大的提高。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机抽样方法, 在本院血管外科出院病例中抽取 2011 年 1~4 月择期手术 I 类切口病例共 80 份作为干预前组, 2011 年 9~12 月 80 例作为干预后组。手术主要包括大隐静脉高位结扎+剥脱术、肢体动静脉切开取栓术、淋巴瘤瘤蔓状血管瘤切除术、经皮动脉支架置入术、海绵状血管瘤切除术、人工自体血管移植术等。入选病例术前无感染征象及

术前 1 周内没有使用过抗菌药物。两组患者在性别、年龄、体质质量、病情、切口类型、手术方式等方面比较差异无统计学意义 ($P>0.01$), 具有可比性, 见表 1。

1.2 调查方法 设计围术期抗菌药物使用情况调查表, 内容主要包括以下几方面。(1)患者一般信息: 病历号、性别、年龄、诊断、住院天数、住院费用、药品费用、高危因素等; (2)手术信息: 手术名称、手术持续时间、切口类型等; (3)抗菌药物应用信息: 是否使用抗菌药物、有无用药指征、药品名称、给药途径、用量、用药持续时间、联合用药、抗菌药物费用等。按以上内容逐项填写, 对两组病例进行回顾性调查分析。参照《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问题的通知》、《抗菌药物临床应用管理办法》等文件^[5-7], 制订本院血管外科围术期抗菌药物应用合理性评价标准, 以判断抗菌药物预防应用的合理性或不合理性, 见表 2。

表 1 两组患者一般情况比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	男/女	年龄(岁)	体质质量(kg)
干预前	80	45/35	44.84±19.52	58.15±12.57
干预后	80	48/32	48.96±12.07	60.84±18.64

表 2 血管外科围术期抗菌药物应用是否合理性评价标准		
指标	合理	不合理
适应证	有	无
药物选择	第一、二代头孢	其他抗菌药物
术前	术前 0.5~2 h	术前超过 2 h; 术前未用术后补
术中	手术时间大于 3 h 或失血量超过 1 500 mL, 可追加 1 剂量	手术时间大于 3 h 或失血量超过 1 500 mL, 未追加 1 剂量
术后	不用或用药时间小于或等于 24 h	用药时间大于 24 h
单次剂量、每日给药次数	符合药品说明书	超药品说明书
用药途径	静脉给药	其他途径给药
联合用药	有联合指征, 不超过两种	无指征或使用不当
更换药品	有病原学或临床反应依据	无依据

1.3 干预措施 按照卫生部、卫生厅开展抗菌药物临床应用专项整治活动要求, 本院成立了抗菌药物临床应用专项整治活动领导小组、抗菌药物临床应用管理组和感染性疾病诊治指导院级专家组; 并成立药事管理与药物治疗学委员会, 下设抗菌药物管理工作组、处方点评专家组和处方点评工作组; 制订《我院抗菌药物临床应用专项整治活动方案》, 同时召开了医院抗菌药物专项整治活动动员大会; 组织抗菌药物临床应用知识培训和专项考试, 要求人人过关, 对考试不合格者必须补考, 并从

经济上给予处罚, 全力推进本院抗菌药物专项治理。纪检委制订了《医院抗菌药物临床应用专项整治活动考核办法》, 把抗菌药物临床应用情况纳入科室综合目标管理进行考核, 并作为职称晋升、评先评优的重要指标, 加强落实抗菌药物处方点评工作, 建立抗菌药物临床应用情况通报和诫勉谈话制度, 严肃查处抗菌药物不合理使用情况, 确保此次专项整治活动的扎实推进。

1.4 统计学处理 采用 Excel 进行数据录入和处理, 应用

* 基金项目: 四川医事卫生法治研究中心青年基金资助项目(YF10-Q11)。

SPSS 15.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 切口感染率 干预前组切口发生感染 3 例(3.75%),干预后组切口发生感染 1 例(1.25%),两组切口感染率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.256\ 5, P > 0.05$)。

2.2 抗菌药物使用率 干预前组 80 例全部使用抗菌药物;干预后组使用抗菌药物的 13 例,抗菌药物使用率为 16.25%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 抗菌药物不合理用药情况 干预前组不合理用药 80 例(100.00%);干预后组合理用药 69 例(86.25%),不合理用药 11 例(13.75%),两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。干预前组不合理用药 80 例,共 315 例次,其中无适应证、药物选择及术前术后给药不合理为其不合理用药的主要原因;干预后组不合理用药 11 例,共 29 例次,其中术前用药不合理为不合理用药的首位原因,见表 3。

表 3 两组抗菌药物不合理用药指标比较[n(%)]

不合理用药指标	干预前组 (n=80)	干预后组 (n=80)	χ^2	P
抗菌药物使用	80(100.00)	13(16.25)	115.268 8	<0.05
无适应证	67(83.75)	2(2.50)	107.660 4	<0.05
药物选择不合理	61(76.25)	7(8.75)	74.578 0	<0.05
术前用药不合理	80(100.00)	11(13.75)	121.318 7	<0.05
术中用药不合理	2(2.50)	0(0.00)	0.506 4	>0.05
术后用药不合理	80(100.00)	9(11.25)	127.640 4	<0.05
用量、给药次数不合理	13(16.25)	0(0.00)	14.149 7	<0.05
联合用药不合理	3(3.75)	0(0.00)	1.358 8	>0.05
更换药品不合理	9(11.25)	0(0.00)	7.535 0	<0.01

2.4 住院时间及费用情况 干预后组抗菌药物用药时间、抗菌药物费用均比干预前组明显减少($P < 0.01$),但住院天数、药品费用及住院总费用与干预前组比较,无明显变化($P > 0.05$),见表 4、5。抗菌药物占总费用及药品费用的比例分别由干预前的 14.96%、42.23%明显下降至 2.66%、8.61%($P < 0.01$)。

表 4 整治前后两组患者主要监测指标秩和检验结果

监测指标	分组	n	平均秩次	秩次之和	P
住院天数(d)	干预前组	80	89.19	7 135.00	0.017
	干预后组	80	71.81	5 745.00	
用药时间(d)	干预前组	80	119.63	9 570.00	0.000
	干预后组	80	41.38	3 310.00	
住院总费用(元)	干预前组	80	86.86	6 949.00	0.082
	干预后组	80	74.14	5 931.00	
药品费用(元)	干预前组	80	88.39	7 071.00	0.031
	干预后组	80	72.61	5 809.00	
抗菌药物费用(元)	干预前组	80	119.99	9 599.00	0.000
	干预后组	80	41.01	3 281.00	

表 5 整治前后两组患者主要监测指标变化($\bar{x} \pm s$)

监测项目	干预前组	干预后组
住院天数(d)	11.53±4.76	9.89±3.16
用药时间(d)	5.59±2.30	2.15±1.14*
住院总费用(元)	9 160.84±6 644.78	7 863.56±3 451.10
药品费用(元)	2 973.09±1 363.33	2 588.74±1 153.73
抗菌药物费用(元)	1 202.14±557.77	240.43±174.09*

* : $P < 0.01$,与干预前组比较。

3 讨 论

照卫生部、省卫生厅开展抗菌药物临床应用专项整治活动要求,经过半年有效,可行的持续性干预,本院多项指标已达到或接近卫生部《方案》要求,取得了阶段性成效。其中血管外科Ⅰ类切口手术围术期预防用抗菌药物已逐渐趋于合理,主要表现在以下几个方面。

3.1 预防用药指征、时机与用药时间 此次调查血管外科的几类手术均属于清洁手术,在干预前组抗菌药物使用率为 100%,其中 83.75%的病例无预防用药指征,并且总预防用药时间长达 5.59 d;在干预后组上述 3 项指标分别降至 16.25%、2.50%、2.15 d,与干预前比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。通过专项整治活动,血管外科医生严格掌握预防用药指征:使用人工材料或人工装置;清洁大手术、手术时间长(>3 h)、创伤大(如大血管手术);有感染高危因素如年龄大于 70 岁、糖尿病、免疫功能低下、营养不良等。调查结果显示,干预术后前给药不合理率由干预前 100%下降至 13.75%,但使用了抗菌药物的 13 例中仍仅有 2 例在术前 0.5~2 h 内给药,需进一步加强术前预防使用抗菌药物的监管,使手术切口暴露时局部组织中已达到足以杀灭污染手术野细菌的药物浓度。美国感染学会公布的《预防手术感染指南》也要求,必须在术前 1 h 内给予抗菌药物,用药持续时间不能超过手术结束后 24 h^[8]。

3.2 抗菌药物选择 调查发现,干预前,抗菌药物选择前 3 位是阿莫西林氟氯西林、奈夫西林、头孢匹罗;而干预后,临床医生严格按照卫生部相关要求^[8],大多选用第一、二代头孢,但仍有一部分患者使用哌拉西林舒巴坦、奈夫西林等,需进一步加强管理。其中有 1 例患者术后继发感染,因此选用了头孢曲松他唑巴坦抗感染。

3.3 住院时间及费用 干预后平均用药时间、抗菌药物费用及占住院总费用和药品总费用的比例均比干预前明显降低($P < 0.01$),这与抗菌药物的选择级别降低、用药时间缩短有关,同时不排除抗菌药物降价等因素的影响。虽然抗菌药物费用降低,但药品总费用、总住院费用并未明显减少,可能与手术费用和其他治疗费用的增加有关。比如很多患者术后连续几天输注中成药注射剂(血栓通、血塞通、丹红、红花注射液等)或果糖注射液等。但如果将不合理使用抗菌药物导致的不良反应增加、细菌耐药性上升、继发医院感染等费用计算在内,合理用药有助于医院收入“含金量”的增高和医院收入的结构调整。另外,患者住院天数下降不明显,考虑与医生治疗习惯有关,不是本次干预研究的重点^[9]。

抗菌药物临床应用管理工作事关医疗质量和患者的生命安全,医院将继续加强长效机制建设,变被动为主动,将具体指标控制在规定范围内,推进抗菌药物临床应用管理工作制度化、规范化、纵深化、精细化,促进医院抗菌药物合理应用。

参考文献:

[1] 马建丽,周亮,王明媚,等.骨科清洁手术围术期抗菌药物使用调查分析[J].中华医院感染学杂志,2008,18(11):1615-1616.

[2] 陈世文,刘玲,姜宁.某院 198 例患者围术期预防使用抗菌药物分析[J].重庆医学,2010,39(14):1882-1883.

[3] 林蔚,冯霞,黎天翔.我院乳腺癌患者围术期抗菌药物应用分析[J].中国药房,2008,19(17):1301-1303.

[4] 何春玲,陆翠林.临床药师干预对普外科围术期预防应用抗菌药物的影响[J].广西医科大学学报,2011,28(4):564-566.

[5] 中华医学会外科学分会,中华外科杂志编辑委员会.抗菌药物在围术期的预防应用指南[J].中华外科杂志,2006,44(23):1594-1596.

[6] 黄正明,赵葆.安全用药学习指南[M].北京:军事医学科学出版社,2007:1-2.

[7] 许恒忠,张鉴.抗菌药物临床合理应用指南[M].北京:化学工业出版社,2008:44-45.

[8] Bratzler DW, Houck PM. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the national surgical infection prevention project[J]. Clin Infect Dis, 2004, 38(12):17061-17064.

[9] 王继美,穆惠荣,王金英. I 类切口手术围术期抗菌药物合理使用的干预对照研究[J].中国感染控制杂志,2011,10(5):367-369.

(收稿日期:2012-03-09 修回日期:2012-07-13)

• 卫生管理 •

探索以人为本的医院文化建设——以丰都县人民医院为例*

王海娇,李 静[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.32.041 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2012)32-3450-02

医院文化是在一定社会文化基础上形成的、富有医院自身特征的一种群体文化,是一定社会环境条件下医院全体员工在长期工作和生活的过程中创造出来的物质成果和精神成果的集中体现^[1]。重庆市丰都县人民医院是一所集医疗、教学、科研、预防保健为一体的综合性国家二级医院,在建院 70 多年的历史过程中,一直秉承着“尚德尚能,仁心仁术”的文化主题,不断探索“以人为本”的医院文化建设实践活动,“青年励志锻炼实践”是以医院职工为对象的文化建设实践探索。此举为丰都县人民医院文化建设注入了新鲜的血液,体现了“以人为本”的医院文化建设精髓,丰富了医院文化建设的内涵。

1 青年励志锻炼实践的背景

1.1 “以人为本”医院文化建设的宏观背景 丰都县人民医院建于 1940 年,该院设置了内科、外科、妇儿科等 18 个科室,担负着全县 79.5 万人的医疗、预防、保健等任务。丰都县人民医院一直秉承着“品牌、文化、先行”的战略,以“综合办院、文化强院”为办院方针,弘扬“尚德尚能、仁心仁术”医院文化主题,努力实施“三院”建设目标(即建设三级医院、重庆医科大学教学医院、重庆市名院),大力倡导“一切以患者为中心”、“健康路上与您同行”的服务理念,不断探索“以人为本”的医院文化建设。青年励志锻炼实践在这种大背景下应运而生。

1.2 新型托管模式带来的实践契机 在统筹城乡卫生发展的背景下,根据重庆市人民政府、丰都县党委、县政府和县卫生局的相关政策,2008 年 6 月丰都县人民医院以“重管理,造血式”新型管理模式对高镇中心卫生院进行了托管。在新型托管模式的背景下,丰都县人民医院选派了一批优秀的业务骨干来到高镇卫生院。青年人来到基层,丰富了自身经验,传播了人民医院“尚德尚能、仁心仁术”的医院文化主题;同时高镇卫生院在人民医院青年人才的指导下也取得了服务质量提高、医疗水

平上升等的进步。新型托管模式为“以人为本”医院文化建设实践即青年励志锻炼活动提供了实践契机。

2 青年励志锻炼实践的实施概况

2.1 活动指导思想 青年员工是医院建设发展的后备军,其思想素质、医技水平直接关系到医院的整体形象。目前,丰都县人民医院全院 35 岁以下青年职工占医院在职职工总数的 56%,为提高全院青年职工素质,加快培养医院后备人才,丰都县人民医院组织青年职工到高镇中心卫生院开展励志锻炼活动,秉承“修身净心,行胜于言”的院训,塑造青年职工“敢为人先,追求卓越”和“创造、奉献、承载”的核心价值观,努力培养有责任心、有事业心、有创造力、有意志力的“四有新人”,切实增强人民医院可持续发展的能力。

2.2 励志锻炼要求

2.2.1 促统筹,塑文化,社会、经济两显效 励志锻炼活动将先进的管理、医护人才带到了高镇中心卫生院。中心卫生院在面对人力资源少、环境条件差等困难的情况下,始终奉行“尚德尚能,仁心仁术”的文化主题和“视患者如亲人”的服务理念,推行“人性化”、“感动式”服务。结合学习实践科学发展观,以实现“科学化、制度化、人性化、规范化”管理为目标,全面提升了医疗质量,优化了医疗服务,美化医疗环境,促进社会和谐^[2]。在取得显著社会效益的同时,也带来了较好的经济效益,从 2008 年 12 月到 2009 年 11 月,高镇中心卫生院业务收入、门诊、入院人次、手术台次分别同比增长 94%、7.18%、94%、84.4%。青年励志锻炼活动传播了人民医院的医院文化理念,同时高镇中心卫生院也发展和丰富了人民医院的文化精髓。

2.2.2 勤学习,添动力,学员、卫生院两丰收 在医院文化建设的实践探索过程中,丰都县人民医院将高镇中心卫生院定位成人民医院后备人才建设基地。青年员工在参加励志锻炼期

* 基金项目:重庆市丰都县科委重点项目[丰都科委(2008)25 号]。 △ 通讯作者, Tel:13668078707; E-mail:ljyuncong@163.com。