

1.2.2 疗效标准 根据国家中医药1995年5月发布的《中医病证诊断疗效标准》判断疗效^[2],治愈:皮疹全部消退,无新的皮疹出现;好转:皮疹消退70%以上,无新的皮疹出现;无效:皮疹未见消退或继续增多或皮疹消退30%以下。

1.2.3 统计方法 用SPSS统计软件对数据进行统计分析,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组疗效明显好于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 11.6802, P < 0.01$)。见表1。

表1 两组疗效比较 (n, %)

组别	n	痊愈	好转	未愈	有效率(%)
治疗组	35	16(45.71)	11(31.43)	8(22.86)	77.14
对照组	31	5(16.13)	6(19.35)	20(64.52)	35.48

3 讨论

疣是人类乳头瘤病毒(HPV)感染引起的,根据其发病部位和临床表现将疣分为寻常疣、跖疣、扁平疣、生殖器疣、口腔疣、咽喉疣和疣状表皮发育不良。寻常疣可发生于身体任何部位,常好发于手指、手背、足缘等处,它的病原体是乳头瘤病毒HPV1、2、4、7、27、28、29、48、63。其病程与机体免疫有重要关系,免疫缺陷者发病率高,且细胞免疫、体液免疫对防御疣的发生、发展起重要作用。目前临床上尚无根治的有效方法,而且无法解决复发问题。对疣体较少者,常采用激光、冷冻、手术切除、化学腐蚀等方法,对多发性疣则较为困难。而多发性寻常疣、跖疣在临床上比较多见,对患者工作和生活带来严重影响,治疗尤为棘手。疣中医称“千日疮”“疣目”,中医认为,禀赋不耐,外受邪毒,客于肌肤,蕴发于外所致。故本病外治以清热解毒、活血软坚散结为要。方中板蓝根、木贼草、半枝莲、马齿苋、大青叶为君药,均有清热、凉血、解毒作用,近年来研究表明板蓝根具有较强的抗菌、抗病毒和抗内毒素的作用^[3];大青叶含一种类似靛苷性物质,有抗病毒活性,能有效抑制人类乳头瘤病毒的生长繁殖及复制^[4];半枝莲辛苦寒,具清热解毒、活血化瘀之功效,现代药理研究本品有明显的抗肿瘤、抑菌、抗病毒作用^[5];现代药理研究证明金银花含多种挥发油和绿原酸,多种苷元成分,以及大量的黄酮类化合物等,具有广谱抗菌、抗病毒、抗肿瘤,增强免疫及解热抗炎、利胆、保肝、降脂、抗生育、止血、抗溃疡等多种药理作用^[6];木贼草有疏风清热的功效,煎汤

外用可以治疗扁平疣、寻常疣、跖疣等。丹参、莪术、红花、香附有活血行气、消坚散结的功效,能有效改善微循环,促进局部血液循环,利于药物吸收;同时板蓝根、薏苡仁还具有免疫调节作用;马齿苋能促进上皮细胞功能的正常化;牡蛎有保肝、增强免疫力、抗肿瘤作用^[7];珍珠母清肝祛风,含有氨基酸和人体必需的微量元素,对增强人体的免疫力有明显作用^[8];磁石味辛、咸,性寒,补肾益精,可激活酶系统,提高机体免疫力^[9];花椒具有舒筋活血、消炎解毒、止痛消肿、化腐生肌、收敛止血之功效,应用其浸泡患处,具有改善局部血液循环的作用,另外花椒^[10]含有挥发性花椒醇,具有比普鲁卡因还要强的局部麻醉作用,可以缓解跖疣引起的疼痛。上药共煎,去渣浸泡,共奏清热解毒、活血软坚散结之效,同时本研究采用温热浸泡疗法不但可以促进局部血液循环,利于药物的吸收,而达到抗病毒,调节免疫,使疣体自行脱落而致病情痊愈的效果,且无不良反应发生,疗效优于西药对照组,值得在临床推广应用。

参考文献:

- [1] 赵辨.临床皮肤病学[M].3版.南京:江苏科学技术出版社,2001:312-315.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:145.
- [3] 国家中医药管理局.中华本草(上册)[M].上海:上海科学技术出版社,1996:701-704.
- [4] 吴志华.皮肤性病学[M].2版.广州:广东科学技术出版社,1996:77.
- [5] 王筠默.中药研究与临床应用[M].上海:上海中医药大学出版社,2006:237-238.
- [6] 何显忠,兰荣德.金银花的药理作用与临床应用[J].时珍国医国药,2004,15(12):865-866.
- [7] 冯丽,赵文静,常唯智.牡蛎的药理作用及临床应用研究进展[J].中医药信息,2011,28(1):114.
- [8] 王杰.珍珠母的钙盐氨基酸和微量元素测定[J].齐鲁中医药情报,1990(3):7.
- [9] 张云.磁石生物效应研究进展[J].华夏医学,1998,11(1):11.
- [10] 李杰.常用中药味临床妙用辑解[M].武汉:湖北科学技术出版社,2008:166-169.

收稿日期:2013-11-11

专项整治前后4种清洁手术预防用抗菌药物调查分析

覃国统

(广西河池市第三人民医院医院药剂科,广西 河池 547000 E-mail:hlz910915@163.com)

摘要:目的 了解专项整治前、后本院4种清洁手术(疝气修补术、甲状腺手术、乳腺手术、老年白内障手术)围术期预防用抗菌药物情况。**方法** 抽取我院2010年1~6月(干预前, $n = 210$)和2013年1~6月(干预后, $n = 195$)4种I类切口手术出院患者病历共394份,进行围术期抗菌药物应用情况对比分析。**结果** 干预后抗菌药物使用率由干预前的98.10%下降到13.33%;用药时机合理率从干预前的10.68%提高到100%;用药疗程 ≤ 24 h由干预前的24.76%提高到53.85%,不合理用药现象明显改善。**结论** 我院采取的干预措施有效,促进4种清洁手术围术期合理用药。但还存在选择药物和用药疗程不合理情况,应按照规定加强各环节管理。

关键词: 专项整治;清洁手术;围术期;抗菌药物

中图分类号: R619;R95

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)01-0062-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.039

随着抗菌药物的广泛应用和细菌耐药性的不断增加,抗菌

药物的临床合理应用显得极其重要,特别是围术期预防性用药

值得关注。近年来,先后出台《抗菌药物临床应用指导原则》(简称指导原则)^[1]、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》(简称38号文件)^[2]、《2011年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》(简称方案)^[3]等,以指导各级医疗机构对抗菌药物临床用管理。今年是开展抗菌药物专项整治的第三年,也是医疗机构对本单位抗菌药物临床应用专项整治活动两年多来的成效进行总结的一年。现笔者就抗菌药物专项整治前后,本院I类切口手术患者围术期预防性应用抗菌药物情况进行比较分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源 抽取本院2010年1~6月4种清洁手术患者出院病例210例(干预前),其中疝气修补术92例、甲状腺手术58例、乳腺手术15例、老年白内障手术45例;抽取2013年1~6月4种清洁手术患者出院病历195例(干预后),其中疝气修补术96例、甲状腺手术54例、乳腺手术6例、老年白内障手术39例。因术前感染病而使用抗菌药物的病例不列入调查范围。

1.2 干预措施

1.2.1 成立领导小组 由院长、业务副院长、医务科、药剂科、质控科、院感科等多部门组成的抗菌药物临床应用专项整治领导小组,负责督导检查;以临床药师为主设立点评小组,负责临床抗菌药物干预措施的落实。

1.2.2 制定评价标准及实施细则 根据卫生部要求,结合本院实际情况,制定本《抗菌药物临床应用专项整治活动方案实施细则》,制定I类切口手术围术期用药评价标准及抗菌药物临床应用控制考核指标。

1.2.3 宣传培训 定期对全院医务人员进行抗菌药物合理应用专题培训,下发抗菌药物合理应用管理相关文件,增强合理用药意识,提高医务人员用药水平。

1.2.4 执行干预措施 由手术室对术前用药时间进行监控,药剂科临床药学组对围术期预防用药进行监测点评。每月将点评结果由医务科反馈公示到医院质控简报上,对不合理用药医师进行通报处罚,科主任负有连带责任一同处罚。同时I类切口手术抗菌药物使用率每提高一个百分点扣科室绩效工资20元。

1.3 制定合理用药评价标准 参照卫生部有关规定^[1-3],结合本院实际情况,制定具体评价指标,判断抗菌药物预防性应用的合理性,评价内容包括:用药指征、药物选择、用法用量、给药时机、术中用药、联合用药、用药疗程等。见表1。

表1 I类切口手术围术期预防用抗菌药物合理性评价标准

项目	合理	不合理
用药指征	有	无
药物选择	正确	不正确
用法用量	正确	不正确
给药时机	术前0.5~2h内	>2h或术前未用术后用
术中用药	手术时间≥3h追加	手术时间≥3h未追加
联合用药	有指征	无指征
用药疗程	≤24h,高危因素≤48h	>24h

1.4 调查方法 采用回顾性统计分析方法,制表记录每份病历患者的姓名、性别、年龄、住院号、入院时间、出院时间、诊断、手术名称及日期、手术持续时间、围术期抗菌药物应用情况(包括抗菌药物名称、剂型、规格、用法用量、用药起止时间、累计天数、联合用药)等内容,将干预前后两组每一份病历进行合理性评价、统计。

2 结果与分析

2.1 临床资料 抽查总例数405例,干预前组210例,其中男

性112例,女性98例,平均年龄42.2岁;干预后组195例,其中男性109例,女性86例,平均年龄39.6岁。见表2。

表2 干预前、后患者基本信息统计

手术名称	干预前			干预后				
	n	男 性	女 性	平均 年龄(岁)	n	男 性	女 性	平均 年龄(岁)
疝气修补术	92	83	9	27.9	96	84	12	23.6
甲状腺手术	58	10	48	47.0	54	8	46	46.0
乳腺手术	15	0	15	35.5	6	1	5	51.3
白内障手术	45	19	26	67.4	39	16	23	67.4
合计	210	112	98	42.2	195	109	86	39.6

2.2 患者预防用抗菌药物与手术部位感染情况 干预前组抗菌药物使用率为98.10%,干预后组为13.33%;用药疗程合理率从干预前的24.76%提高到干预后的53.85%。但预防用药疗程不合理比例仍然较高,干预前手术部位感染4例,干预后手术部位感染2例。见表3。

表3 干预前、后患者应用抗菌药物情况比较 (n,%)

项目	干预前	干预后
应用抗菌药物	206(98.10)	26(13.33)
药物选择合理	167(81.07)	23(88.46)
给药剂量合理	195(94.66)	26(100.0)
给药频次合理	201(97.57)	23(88.46)
给药时机合理	22(10.68)	26(100.0)
用药疗程合理	51(24.76)	14(53.85)
联合用药	14(6.80)	2(7.69)
手术部位感染	4(1.90)	2(1.03)

2.3 干预前后抗菌药物应用情况 干预前组单用抗菌药物192例(93.20%),二联14例(6.80%),干预后组单用抗菌药物24例(92.31%),二联2例(7.69%)。干预前应用抗菌药物品种16个,干预后抗菌药物品种减少至7个。见表4。

3 讨论

3.1 干预后I类切口手术患者抗菌药物使用率明显下降 干预前我院I类切口手术预防性应用抗菌药物不规范,干预后按照《方案》要求,I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%;统计表明,干预前组210例患者中206例使用抗菌药物,使用率达98.10%;干预后组195例患者中26例使用抗菌药物,使用率为13.33%,低于《方案》要求,比文献^[4]调查低。I类切口手术一般不预防使用抗菌药物^[2]。研究表明^[5]:老年白内障手术只需眼局部应用药物滴眼液,无需全身预防性使用抗菌药物,可达到预防术后眼内炎的发生。本院4种清洁手术预防用抗菌药物降低,与医院领导高度重视、干预措施得力、医务人员执行到位有关。

3.2 药物选择逐渐规范 按照《指导原则》、“38号文件”和《方案》要求,I类切口手术患者原则上不预防使用抗菌药物,如需应用可选择针对葡萄球菌的一代头孢菌素。统计结果发现,我院干预前抗菌药使用涉及16个品种,存在预防用药起点高,例如疝气手术中术有10例应用哌拉西林钠他唑巴坦钠,8例应用头孢哌酮钠/舒巴坦钠,头孢他啶9例;干预后药物品种减少到7种。干预前除4例手术部位感染联合应用抗菌药治疗外,存在无指征联合预防用药12例,干预后除2例因手术部位感染联合用药(青霉素G钠+甲硝唑、头孢吡辛+左氧氟沙星)外,无联合预防用药,不合理联合用药得到控制。

表 4 干预前、后抗菌药物应用频次前 10 位药物统计

排序	干预前 (n=225)			干预后 (n=41)		
	药品名称	n	构成比 (%)	药品名称	n	构成比 (%)
1	头孢硫脒	66	29.33	头孢呋辛钠	18	43.90
2	克林霉素磷酸酯	41	18.22	头孢西丁钠	15	36.59
3	头孢呋辛钠	23	10.22	克林霉素磷酸酯	3	7.32
4	头孢西丁钠	17	7.56	庆大霉素注射液	2	4.88
5	哌拉西林钠他唑巴坦钠	14	6.22	甲硝唑	1	2.44
6	头孢他啶	11	4.89	左氧氟沙星	1	2.44
7	头孢替唑钠	11	4.89	青霉素 G 钠	1	2.44
8	头孢噻吩钠	10	4.44			
9	头孢替安	9	4.00			
10	头孢哌酮钠/舒巴坦钠	8	3.56			
11	其它	15	6.67			
	合计	225	100.00		41	100.00

3.3 抗菌药物应用时机与疗程较合理 根据卫生部要求^[1-2], 抗菌药物预防给药时间为术前 0.5~2 h 内, 或麻醉开始时首次给药; 总预防用药时间一般不超过 24 h, 个别情况可延长至 48 h。从表 3 可知, 干预前组 206 例应用抗菌药物患者中, 用药时机合理 22 例, 合理率仅为 10.68%, 干预后组 26 例应用抗菌药物患者中, 用药时机合理 26 例, 合理率为 100%。51 例用药疗程 ≤24 h, 184 例 >24 h; 干预后组 26 例应用抗菌药物患者中, 14 例用药疗程 ≤24 h, 12 例 >24 h。从结果看, 用药疗程合理率从干预前的 24.76% 提高到干预后的 53.85%, 但干预后还存在 46.15% 用药疗程不合理现象。主要原因是医师对手术过程及手术技巧估计不足, 对疝气补片植入的担忧, 认为植入物是手术部位感染的高危因素, 通过延长用药时间来预防手术部位感染的目的。延长预防用药时间不会减少手术部位感染发生率, 过早及大范围应用药物可能会引起细菌耐药的过快增加, 同时还会增加患者的费用^[6]。从统计结果看, 降低切口感染的关键是规范无菌手术操作方法和术前给药时机, 术后换药严格执行无菌技术操作, 并非延长术后抗菌药物用药时间。

总之, 我院对 I 类切口围手术期预防性抗菌药物使用采取的各种干预是有效的, 要达到规范要求还需加强管理, 改变不

良用药习惯, 不断持续改进。

参考文献:

- [1] 卫生部. 抗菌药物临床应用指导原则[S]. 卫医发〔2004〕285 号.
- [2] 卫生部. 卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知[S]. 卫办医政发〔2009〕38 号.
- [3] 卫生部. 卫生部办公厅关于做好全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知[S]. 卫办医政发〔2011〕56 号.
- [4] 林明琼, 陈冬裕. 某院 3 种清洁手术抗菌药物预防使用情况调查分析[J]. 临床合理用药, 2013, 6(2): 23-25.
- [5] 郭秀芳, 邓雅玲, 刘萍, 等. 老年性白内障手术围术期是否全身预防使用抗菌药物对比研究[J]. 中国药房, 2013, 24(6): 536-537.
- [6] 陈英, 陈晓宇. 广西地区 10 家三级甲等医院 3 种清洁手术围术期预防用抗菌药物分析[J]. 中国药房, 2012, 23(2): 114-116.

收稿日期: 2013-11-21

西南地区多重耐药菌的感染预测因素研究^①

汤丽霞, 韦中盛, 龙显科, 王俊利, 李江丽, 陈文成, 何思陆, 何小群

(右江民族医学院附属医院, 广西 百色 533000 E-mail: tanglixia1991@163.com)

摘要: **目的** 研究多重耐药菌(MDRB)的分布特点及 MDRB 感染的危险因素, 控制医院感染暴发流行。**方法** 以 2011 年 8 月~2013 年 5 月滇、黔、桂地区住院患者为研究对象。采用床边调查的方法了解患者的感染情况, 确定为感染患者进行病原菌的鉴定, 同时对多重耐药及泛耐药进行 MDRB 危险因素分析。**结果** 随机调查 438 例患者, 感染人数为 126 例, 感染率为 28.77%。分离出 168 株病原菌, 其中有 61 株 MDRB, 前三位 MDRB 分别为鲍曼不动杆菌(17.26%)、铜绿假单胞菌(13.09%)、表皮葡萄球菌(12.50%); 泛耐药菌 20 株, 鲍曼不动杆菌(75.00%)和铜绿假单胞菌(25.00%)。危险因素分析显示男性患者、入住呼吸重症监护病区(RICU)次数、机械通气时间、留置导尿时间、留置胃管时间及合并糖尿病为 MDRB 感染的独立危险因素。**结论** 男性患者、入住 RICU 次数、机械通气时间、留置导尿时

① 基金项目: 2011 年广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题: 西南地区 MDRB 的感染预测因素的研究(合同号: Z2011133)