

某“三甲”医院住院患者注射用克林霉素磷酸酯应用分析

卢 军*,何 江,姚 霞(浙江省台州医院,浙江 临海 317000)

中图分类号 R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)18-2509-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.18.20

摘要 目的:为规范克林霉素磷酸酯的应用提供参考。方法:采用回顾性研究方法,随机调取某“三甲”医院2014年5月1日—31日使用过注射用克林霉素磷酸酯的住院患者资料,参考药品说明书及相关规定和原则等,对其用药的合理性进行分析和评价。结果:共有205例患者使用过注射用克林霉素磷酸酯,其中预防性用药174例,治疗性用药31例。使用合理130例(占63.4%);预防性用药不合理71例(占34.6%),治疗性用药不合理4例(占2.0%),主要表现在无适应证用药、用法用量、疗程以及联用抗菌药物不合理等。结论:该院克林霉素磷酸酯临床应用存在许多不合理现象,只有完善用药监管制度,严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》,才能确保临床用药安全、有效。

关键词 克林霉素磷酸酯;住院患者;合理用药;用药分析

Analysis the Application of Clindamycin Phosphate for Injection for Inpatients in A Third Grade Class A Hospital

LU Jun, HE Jiang, YAO Xia (Taizhou Hospital of Zhejiang Province, Zhejiang Linhai 317000, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To investigate the application of clindamycin phosphate for inpatients in a third grade class A hospital, and provide reference for the specification of its application. METHODS: Retrospective investigation was adopted to randomly obtain the medical information of inpatients who used Clindamycin phosphate for injection in a third grade class A hospital in May 2014, and its rationality was evaluated and analyzed by referred the instructions, relevant provisions and principles. RESULTS: Totally 205 patients used Clindamycin phosphate for injection, among which 174 were for the purpose of prevention medicine, 31 cases for treatment purposes. There were reasonable use of 130 cases (63.4%); unreasonable prophylaxis of 71 cases (34.6%), unreasonable treatment of 4 cases (2.0%), it was mainly no indication of medicine, usage and dosage, treatment course and use of antibacterial drugs. CONCLUSIONS: There still remains unreasonable phenomenon in the clinical application of the Clindamycin phosphate for injection, the safe and effective clinical application can only be ensured if the drug regulatory system is improved and antibacterial drugs in clinical medicine guidelines is strictly enforced.

KEYWORDS Clindamycin phosphate; Inpatients; Rational drug use; Drug use analysis

克林霉素磷酸酯在体外无抗菌活性,进入体内后经碱性磷酸酶迅速水解为克林霉素而发挥抗菌作用,其机制主要为抑制细菌蛋白质合成,对革兰阳性球菌和厌氧菌有较强的抗菌活性^[1]。为考察原卫生部办公厅2009年7月颁布的《关于加强克林霉素注射剂临床使用管理的通知》下发5年后临床应用克林霉素情况,笔者调取了某“三甲”医院使用过注射用克林霉素磷酸酯的住院患者资料,结合参考药品说明书及相关原则和规定,对其用药的合理性进行分析和评价。

1 资料与方法

1.1 资料来源

利用医院信息管理(HIS)系统提取某“三甲”医院2014年5月1日—31日使用过注射用克林霉素磷酸酯的住院患者资料,剔除死亡患者资料。结果,共收集到有效患者资料205份。

1.2 统计方法

采用回顾性研究方法,根据住院患者资料编号,采用Excel 2007软件,设计并填写使用注射用克林霉素磷酸酯记录表,主要包括患者年龄、性别、基础疾病、感染或手术、用药疗程、联用抗菌药物与不良反应等,并对患者基本信息、用药情况以及药品不良反应等项目进行分类统计与分析。

1.3 制定合理性评价标准

* 主治医师。研究方向:泌尿结石的治疗。电话:0576-85199354。E-mail:LuJun686@163.com

参照药品说明书、《抗菌药物临床应用指导原则》^[2]《浙江省抗菌药物临床合理应用指导方案》^[3]等,制定注射用克林霉素磷酸酯临床应用合理性评价标准,详见表1。

表1 注射用克林霉素磷酸酯临床应用合理性评价标准

Tab 1 Evaluation standard of clinical application rationality of Clindamycin phosphate for injection

用药目的	指标	合理	不合理
预防性用药	适应证	有	无
	用法用量	符合说明书	不符合说明书
	联用抗菌药物	无	有
	用药时机	术前0.5~2h	早于术前2h或仅在术中给药
治疗性用药	疗程		
	I类切口	1次或24h内停药	病历未说明或用药>24h
	II类切口	用药48h内停药	用药>48h
	III类切口	用药3~7d	用药>7d
	联用抗菌药物	有联用指征、联用正确	无联用指征、联用错误
	疗程	符合指南 ^[4]	不符合指南 ^[4]
标本培养与药敏试验	有	无或仅为经验治疗	

2 结果

2.1 患者基本情况

205例患者中男性81例,女性124例;年龄最小7个月,最大81岁;使用1次至连续使用16d。治疗性用药31例(15.1%);外科围术期预防性用药174例(84.9%),其中大多数为骨科患者和妊娠期妇女,按手术切口分类:I类(清洁切口)31

例,Ⅱ类(清洁-污染切口)102例,Ⅲ类(污染切口)41例。

2.2 联用抗菌药物情况

统计结果显示,156例(76.1%)患者为单用注射用克林霉素磷酸酯;49例(23.9%)患者为两种药物联合使用,其中联合甲硝唑氯化钠注射液23例、奥硝唑氯化钠注射液9例、左氧氟沙星氯化钠注射液14例,均为预防性用药;联合莫西沙星片1例、甲硝唑氯化钠注射液1例、左氧氟沙星氯化钠注射液1例,均为治疗性用药;无三联及以上联合用药者。

2.3 临床应用合理性评价

统计结果显示,使用合理为130例(63.41%)。治疗性用药不合理4例次,预防用药不合理79例次(其中有7例患者联用抗菌药物与疗程均不合理;1例患者用法用量与疗程均不合理),主要表现为无适应证用药、用法用量、疗程以及联用抗菌药物不合理等,详见表2。

表2 临床应用合理性评价[例次(%)]

Tab 2 Evaluation results of clinical application rationality [case-time(%)]

用药目的	使用合理	不合理			合计	
		适应证	联用抗菌药物	用法用量		
治疗性用药	27(12.67)	1(0.49)	1(0.49)	2(0.94)	0	31(14.55)
预防性用药	103(483.36)	2(0.94)	46(21.60)	7(3.29)	24(11.27)	182(81.69)
合计	130(61.03)	3(1.41)	47(22.06)	9(4.23)	24(11.27)	213(100.00)

2.4 不良反应

5例患者发生相关不良反应,不良反应发生率为2.44%。其中,3例患者出现腹痛、呕吐、食欲不振,1例出现头疼、头晕,1例出现药疹。5例发生不良反应的患者中有3例为不合理用药。所有患者停药并经对症处理后好转。

3 讨论

3.1 严格控制联合用药指征

临床上联合用药均应根据感染性疾病的病情治疗需要选择抗菌药物。预防性用药原则上只用1种抗菌药物,而外科联合预防性用药的必要性至今尚无循证医学提供依据^[5]。抗菌药物的合理联用能够提高临床疗效,但是不合理的联合用药不仅不能提高临床疗效,反而会增加医疗成本、浪费医疗资源、增加患者经济负担、诱导细菌产生耐药性,甚至还可增加药物不良反应的发生等^[6]。统计结果显示,克林霉素磷酸酯联用抗厌氧菌药物33例,联用氟喹诺酮类抗菌药物16例。克林霉素磷酸酯对厌氧菌具有较强的抗菌活性,厌氧菌感染是其主要适应证,而甲硝唑、奥硝唑则是抗厌氧菌药物,从药理学和用药指征方面来看,无论是预防性还是治疗性用药均无需联用。由于氟喹诺酮类抗菌药物具有严重的耐药性^[7],且滴注时需缓慢滴注,控制滴速,因此无法保证在术前短时间内滴注完毕。按照卫生部办公厅《关于抗菌药物临床应用管理的有关问题的通知》^[7]中的规定,左氧氟沙星一般不得用于外科围术期的预防性用药,因此克林霉素磷酸酯联合左氧氟沙星氯化钠注射液用于预防围术期感染为不合理用药。

3.2 正确掌握用法用量与给药时机

克林霉素磷酸酯为时间依赖性抗菌药物,分次小剂量给药的疗效优于一次性大剂量给药。其说明书规定:本品1d剂量,应分2~4次给予,1岁以上儿童,按体质量15~35 mg/kg分2~4次静脉滴注。统计结果发现,有4例成人患者给予克林霉素磷酸酯0.6 g,静脉滴注,每日1次;1例3岁6个月儿童给予克林霉素磷酸酯0.065 g,静脉滴注,每日2次,剂量偏小。2例患者用药均不合理。另外,按《抗菌药物临床应用指导原则》的规定,外科手术预防性用药最佳给药时期应为术前30 min~

2 h或麻醉开始时,而该院有3例患者术前1 d就开始给药,1例患者手术结束后回到病房才开始给药,提示2例患者均错过预防给药的最佳时机。

3.3 严格掌握首选适应证

围术期抗菌药物的选择要根据手术部位的常见病原菌、切口类型和患者有无易感因素等情况综合考虑,原则上应选择能覆盖手术部位大多数病原菌的广谱抗菌药物,同时兼顾安全、价廉、应用方便等原则。克林霉素磷酸酯为抑菌药物,具有增强神经肌肉阻滞作用,与麻醉药、肌松药和阿片类镇痛药联用可致肌肉松弛过度、呼吸和心跳骤停^[8]。一般情况下,克林霉素磷酸酯不作为围术期预防和治疗感染的首选药物,特别是在免疫功能低下、正在服用免疫抑制剂的患者和血糖控制不佳的糖尿病患者等。卫生部办公厅《关于抗菌药物临床应用管理的有关问题的通知》和《关于加强克林霉素注射剂临床使用管理的通知》中规定:严格地说,克林霉素磷酸酯仅用于对β-内酰胺类抗菌药物过敏的患者,可预防外科手术葡萄球菌、链球菌感染。该院中有1例66岁女性患者,有2型糖尿病病史10年,血糖控制不佳,现患左侧外踝部、右小趾关节处皮肤磨损破溃,少许渗出(糖尿病足),右耳中耳炎,既往有青霉素应用史,却首选克林霉素磷酸酯治疗感染,疗程长达16 d,是本统计中用药疗程最长的患者。16 d后根据右耳分泌物培养、药敏结果(表皮葡萄球菌阳性,耐克林霉素)而改用莫西沙星片0.4 g,口服,每日1次。上述患者首选适应证均有待改正和探讨。

3.4 围术期用药疗程不合理

《抗菌药物临床应用指导原则》将手术切口分为3类:I类手术切口感染发生率仅为1%左右,一般无需应用抗菌药物。确实需要使用时,应严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间,原则上预防用药<24 h,个别情况可延长至48 h。手术时间较短(<2 h)的清洁手术,术前给药1次即可;Ⅱ类手术切口的预防性用药时间亦为24 h,必要时可延长至48 h;Ⅲ类手术切口可依据患者情况酌情延长预防性用药时间。根据预先制定的临床应用合理性评价标准,该院共有24例患者疗程超时。延长术后用药时间并不能减少手术部位感染,反而会增加患者的经济负担,还可能导致医院耐药菌株的产生,使感染难以控制,造成二重感染。

综上所述,该“三甲”医院在首选适应证、联用抗菌药物以及围术期用药疗程等方面还存在着许多不合理现象。医院管理部门应认真贯彻落实《抗菌药物临床应用指导原则》,组织临床医师加强对抗菌药物合理使用知识的学习,严格按照原卫生部办公厅《关于加强克林霉素注射剂临床使用管理的通知》和药品说明书的要求规范使用克林霉素磷酸酯。此外,临床药师也要加强对临床使用克林霉素磷酸酯的医嘱审核和监督,确保用药安全、有效。

参考文献

- [1] 朱依淳,殷明.药理学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2013:508-509.
- [2] 卫生部.抗菌药物临床应用指导原则[J].中国中医药现代远程教育,2005,12(2):13.
- [3] 浙江省医院药事管理质控中心.浙江省抗菌药物临床应用指导方案:试行[S].2009-10.
- [4] 中华医学会外科学分会.围手术期预防应用抗菌药物指南[J].中华外科学杂志,2006,44(23):1594.
- [5] 叶高峰,尚庆顺,张镛,等.住院患者抗菌药物应用存在的问题及对策[J].中华医院感染学杂志,2013,23(11):2737.

比索洛尔联合常规三联疗法对风湿性心脏瓣膜病合并慢性心力衰竭患者疗效及相关指标的影响

蒋芳萍*, 宁 靛, 杨 波(中航工业363医院内一科, 成都 610017)

中图分类号 R541.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)18-2511-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.18.21

摘要 目的:探讨比索洛尔联合常规三联疗法对风湿性心脏瓣膜病(RVD)合并慢性心力衰竭患者疗效及相关指标的影响。方法:110例RVD合并慢性心力衰竭患者随机分为观察组(55例)和对照组(55例)。两组患者均给予吸氧、抗感染,纠正电解质紊乱、控制心律失常,同时服用洋地黄类药物、利尿药(水肿症状控制后可停用)等常规治疗。在此基础上,对照组患者口服马来酸依那普利片初始剂量2.5 mg,每日1~2次,1周后逐渐调整剂量至10~20 mg,每日2次+螺内酯片20 mg,每日1次+盐酸普萘洛尔片10 mg,每日1次;观察组患者在对照组治疗的基础上口服富马酸比索洛尔片初始剂量1.25 mg,每日1次,根据病情改善及耐受性酌情加量至10 mg,每日1次。两组均治疗12周。观察两组患者的临床疗效,治疗前后的左心室射血分数(LVEF)、左心室舒张末期期内径(LVEDD)、左心室收缩末期期内径(LVESD)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、心率(HR)及不良反应发生情况。结果:观察组患者总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组患者LVEF、LVEDD、LVESD、SBP、DBP、HR比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者LVEF均显著高于同组治疗前,且观察组高于对照组;LVEDD、LVESD、SBP、DBP、HR均显著低于同组治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:在常规治疗的基础上,比索洛尔联合常规三联疗法用于RVD合并慢性心力衰竭疗效显著,可改善患者心功能,且安全性较好。

关键词 比索洛尔;依那普利;螺内酯;三联疗法;风湿性心脏瓣膜病;慢性心力衰竭

Effects of Bisoprolol Combined with Conventional Triple Therapy on the Efficacy and Related Indexes of Patients with Rheumatic Heart Valvular Disease Combined Chronic Heart Failure

JIANG Fangping, NING Liang, YANG Bo (Division One, Dept. of Internal Medicine, Avic 363 Hospital, Chengdu 610017, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To observe the effects of bisoprolol combined with conventional triple therapy on the efficacy and related indexes of patients with rheumatic heart valvular disease (RVD) combined chronic heart failure. METHODS: 110 patients with RVD combined with chronic heart failure were randomly divided into observation group (55 cases) and control group (55 cases). All patients were treated with oxygen inhalation, anti-infection, correcting electrolyte imbalance, controlling arrhythmia, and giving digitalis drugs and diuretic drugs (it can be disabled after edema symptom being controlled); based on it, control group was given Enalapril tablet with initial dose of 2.5 mg, once to twice a day, then adjusted to 10-20 mg after 1 week, twice a day+20 mg Spironolactone tablet, once a day+10 mg Propranolol tablet, once a day. Observation group was additionally given Bisoprolol fumarate tablet initial dose of 1.25 mg, once a day, and then increased to 10 mg based on condition improved and tolerability after a meal, once a day. They were treated for 12 weeks. Clinical efficacy, and LVEF, LVEDD, LVESD, SBP, DBP, HR before and after treatment and incidence of adverse reactions in 2 groups were observed. RESULTS: The total effective rate in observation group was significantly higher than control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Before treatment, there were no significant differences in the LVEF, LVEDD, LVESD, SBP, DBP and HR between 2 groups ($P>0.05$). After treatment, LVEF in 2 groups were significantly higher than before, and observation group was higher than control group, LVEDD, LVESD, SBP, DBP and HR were significantly lower than before, and observation group was lower than control group, the differences were statistically significant ($P<0.05$). And there was no significant difference in the incidence of adverse reactions ($P>0.05$). CONCLUSIONS: Based on conventional treatment, bisoprolol combined with conventional triple therapy shows good efficacy in the treatment of RVD combined chronic heart failure, it can improve cardiac function, with good safety.

KEYWORDS Bisoprolol; Enalapril; Spironolactone; Triple therapy; Rheumatic heart disease; Chronic heart failure

[6] 肖尔佳,张亮,钟明康.某院住院患者甲硝唑联用情况分析[J].中国药房,2014,25(8):744.

[7] 卫生部办公厅.关于抗菌药物临床应用管理的有关问题

的通知[S].2009-03-25.

[8] 国家药典委员会.中华人民共和国药典:临床用药须知:化学药和生物制品卷[S].2010年版.北京:中国医药科技出版社,2010:734-736.

* 主治医师,硕士。研究方向:心血管病。电话:028-61810446。
E-mail:576265111@qq.com

(收稿日期:2015-08-20 修回日期:2016-03-18)
(编辑:刘明伟)