

我院多部门参与多重耐药菌感染防控工作的干预效果评价^Δ

彭晓凤^{1*},冯 力¹,王 玉¹,李 斌^{2#}(1.重庆市合川区人民医院药剂科,重庆 401520;2.重庆市合川区妇幼保健计划生育服务中心药剂科,重庆 401520)

中图分类号 R181.3²;R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)12-1590-05
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.12.02

摘要 目的:为进一步推动医院抗菌药物合理应用及遏制细菌耐药提供参考。方法:对我院开展多部门参与多重耐药菌感染防控工作前后(2015年7月—2016年6月为干预前,2016年10月—2017年9月为干预后)患者住院期间抗菌药物的临床应用情况、抗菌药物使用前的微生物标本送检情况、多重耐药菌检出情况以及院内感染发生情况进行回顾性调查和对比分析,以评价该项工作的干预效果。结果:干预后,患者住院期间抗菌药物使用率、使用强度、联合使用率分别从64.15%、48.86 DDDs/(100人·d)、35.87%降至57.67%、36.58 DDDs/(100人·d)、11.47% ($P<0.05$),使用特殊使用级抗菌药物患者的降阶梯使用率、参照药敏试验结果的抗菌药物选择率分别从12.45%、48.28%升至56.63%、77.89% ($P<0.001$);使用非限制使用级、限制使用级、特殊使用级抗菌药物前的微生物标本送检率和总标本送检率以及使用抗菌药物前的无菌标本送检率分别从23.58%、43.15%、71.76%、36.37%、20.82%升至40.61%、58.43%、95.77%、51.33%、38.27% ($P<0.05$ 或 $P<0.01$);耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌(CRE)、多重耐药铜绿假单胞菌(MDR-PA)的检出率分别从4.43%、2.80%、1.99%降至1.36%、1.26%、0.80% ($P<0.05$ 或 $P<0.01$),多重耐药菌检出率从16.21%降至10.68% ($P<0.05$);院内感染发生率从1.41%降至1.08% ($P<0.05$),且未再出现院内感染暴发的情况。结论:多部门参与多重耐药菌感染防控工作的效果显著,有助于促进抗菌药物合理应用和遏制细菌耐药,有必要作为一种长效管理机制持续运行下去。

关键词 多部门参与;多重耐药菌感染;防控;细菌耐药;抗菌药物;合理用药

Evaluation of Intervention Effect of Multi-department Participating in Prevention and Control of Multi-resistant Bacteria Infection in Our Hospital

PENG Xiaofeng¹, FENG Li¹, WANG Yu¹, LI Bin²(1. Dept. of Pharmacy, Chongqing Hechuan District People's Hospital, Chongqing 401520, China; 2. Dept. of Pharmacy, Chongqing Hechuan District Maternal and Child Health Family Planning Service Center, Chongqing 401520, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for further promoting rational use of antibiotics in hospitals and curbing bacterial drug resistance. METHODS: Retrospective investigation and comparative analysis were made on the clinical application of antibiotics, the inspection of microbial specimens before use of antibiotics, the detection of multidrug-resistant bacteria, the occurrence of nosocomial infection before and after multi-sectoral participation in the prevention and control of multi-resistant bacteria infection in our hospital (from Jul. 2015 to Jun. 2016 as before intervention and from Oct. 2016 to Sept. 2017 as after intervention) in order to evaluate the intervention effect of this work. RESULTS: After intervention, the utilization rate of antibiotics, antibiotics use intensity and rate of combined use decreased from 64.15%, 48.86 DDDs/hundred person per day, 35.87% to 57.67%, 36.58 DDDs/hundred person per day, 11.47%, respectively ($P<0.05$). Both the de-escalation use rate of special grade antibiotics and the rate of antibiotics choice based on the drug sensitivity test increased from 12.45% and 48.28% to 56.63% and 77.89% ($P<0.001$). Microbiological specimen inspection rate, total specimen inspection rate before using non-restricted use, restricted use and special use antibiotics and the sterile specimen inspection rate before using antibiotics increased from 23.58%, 43.15%, 71.76%, 36.37% and 20.82% to 40.61%, 58.43%, 95.77%, 51.33% and 38.27%, respectively ($P<0.05$ or $P<0.01$). The detection rate of MRSA, CRE and MDR-PA decreased from 4.43%, 2.80%, 1.99% to 1.36%, 1.26%, 0.80%, respectively ($P<0.05$ or $P<0.01$), and the detection rates of multi-resistant bacteria decreased from 16.21% to 10.68% ($P<0.05$). Meanwhile, the incidence of nosocomial infection decreased from 1.41% to 1.08% ($P<0.05$), and there was no outbreak of nosocomial infection. CONCLUSIONS: The intervention effect of multi-department participation in prevention and control of multi-resistant bacterial infection is significant, which helps to promote rational use of antibiotics and curb bacterial drug resistance, and it is necessary to continue to operate as a long-term management mechanism.

KEYWORDS Multi-department participate; Multi-resistant bacteria infection; Prevention and control; Bacterial drug resistance; Antibiotics; Rational drug use

^Δ 基金项目:北京医卫健康公益基金会课题(No.YWJKJHKYJJ-T308)

* 主管药师。研究方向:临床药学。E-mail:penny415413@qq.com

通信作者:主管药师。研究方向:临床药学。E-mail:312407652@qq.com

多重耐药菌指对通常敏感的常用的3类或3类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌,多重耐药还包括泛耐药和全耐药。临床常见的多重耐药菌有耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)、产超

广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)肠杆菌科细菌(如大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌)、耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌(CRE)、多重耐药铜绿假单胞菌(MDR-PA)、多重耐药鲍曼不动杆菌(MDR-AB)等^[1]。

当前,随着抗菌药物的普遍使用,世界各国医院在多重耐药菌感染方面共同面临严峻的形势,多重耐药菌感染问题已升级为全球性的重大公共卫生问题^[2]。我国是抗菌药物的生产和使用大国,近年细菌耐药问题日益突出,而预防和控制多重耐药菌在医院内的产生和传播对于缓解细菌耐药问题具有重大意义^[3]。国家卫生计生委、国家发展改革委等14个部门于2016年8月联合发布的《遏制细菌耐药国家行动计划(2016—2020年)》要求,规范抗菌药物临床应用管理,由多部门多学科共同参与遏制细菌耐药^[4]。鉴于此,重庆市合川区人民医院(下简称“我院”)从2016年10月起开展了多部门参与多重耐药菌感染防控工作。本研究中,笔者对我院该项工作的干预方法进行了总结,并对干预前后抗菌药物的临床应用情况、抗菌药物使用前的微生物标本送检情况、多重耐药菌检出情况以及院内感染发生情况进行了回顾性调查和对比分析,以客观评价该项工作的开展成效,从而为进一步推动医院抗菌药物合理应用及遏制细菌耐药提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

从我院PharmAssist临床药学管理系统和方正集团临床信息管理系统V2.5中提取2015年7月—2016年6月(干预前)和2016年10月—2017年9月(干预后)的出院患者病历作为研究资料。

1.2 干预方法

1.2.1 成立多重耐药菌感染防控小组 该小组成员包括感染管理科、医务科、护理部、检验科、大内科、大外科及药剂科等负责人,由感染管理科负责人每季度组织召开小组会议,反馈、讨论、分析多重耐药菌感染防控工作中发现的问题并制定整改措施。

1.2.2 多重耐药菌感染防控所涉及的各部门具体分工 (1)检验科——负责临床微生物标本检测和细菌耐药监测工作,包括:将多重耐药菌纳入我院“危急值”管理,若检出多重耐药菌按照医学检验危急值报告程序进行处理^[5],在电话反馈给主管医师的同时通过天爱办公自动化系统和微信方式将多重耐药菌相关患者的信息上报给多重耐药菌感染防控小组;安排人员到病区患者病床旁指导标本采集、运送;负责开展标本规范采集的培训;每月将多重耐药菌检出信息上报全国细菌耐药监测网(CHINET);每季度将细菌耐药监测结果进行汇总分析,并将分析材料装订成册发放到各临床科室,为临床医师提供用药参考。

(2)药剂科——下辖的临床药学室除了进行常规的抗菌药物各项指标统计外,在多重耐药菌感染防控工作

中主要负责对检出多重耐药菌的患者的病历进行分析,并开展药学查房,以判断患者是否存在感染症状/体征,检出的多重耐药菌是否为致病菌,患者现阶段的药物治疗效果如何,以及是否需要根据药敏试验结果调整抗菌药物品种,在此基础上给临床科室提出用药建议。

(3)临床科室——接到检验科反馈信息后,根据患者的症状/体征、现阶段的药物治疗效果并结合临床药学的建议确认为多重耐药菌感染后,按照临床危急值管理制度进行登记、取标本送复查、详细记录病程并立即开具“多重耐药菌感染,接触隔离”的长期医嘱;当连续2次复查(每次复查间隔时间>24 h)结果为阴性时,方可开具“解除隔离”的医嘱。另外,按照《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知》要求对本科室使用特殊使用级抗菌药物的患者相关信息进行逐一登记存档^[6]。

(4)护理部——按照临床医师医嘱立即启动多重耐药菌感染护理处置流程,对患者实施接触隔离,贴、挂接触隔离警示标志;尽量单间隔离,无条件单间隔离的可采取床旁隔离,并做好护理记录;同时,对周边环境和所用医疗用品进行清洁、消毒处理。在护理多重耐药菌感染患者时需戴帽子、口罩,若有可能接触患者伤口、溃烂面、体液、引流液、粪便时,应戴手套、穿隔离衣。另外,就多耐药菌感染护理相关注意事项(如手卫生的要求)对患者及其家属进行宣教。

(5)感染管理科——负责监督医师、护士是否按照多重耐药菌感染处置流程实施操作以及手卫生是否执行到位,开展手卫生操作、无菌操作等培训,组织全院进行院内感染暴发应急处置演练,定期对临床科室房间空气、桌面、键盘以及医务人员的手表面进行采样,并送检验科检测。

(6)医务科——负责督查临床科室是否对检出的多重耐药菌按照临床危急值管理制度进行相关的登记、处理,病程记录是否完善,开具抗菌药物是否符合分级管理制度,并督查医师是否按相关要求规范诊疗多重耐药菌感染患者。

1.2.3 组建临床多学科综合治疗团队(MDT) 该团队由感染管理、检验、临床药学、重症医学、感染、呼吸、护理等多学科的专家和业务骨干组成,负责对全院多重耐药菌感染疑难/危重病例进行会诊和讨论,从检验、监测、诊治、隔离、清洁及消毒等多个方面提出干预意见。

1.3 干预效果评价方法

回顾性调查和对比分析干预前后患者住院期间抗菌药物的临床应用情况(包括抗菌药物使用率、使用强度、联合使用率、使用特殊使用级抗菌药物患者的降阶梯使用率和参照药敏试验结果的抗菌药物选择率等)、抗菌药物使用前的微生物标本送检情况(包括使用非限制使用级、限制使用级、特殊使用级抗菌药物前的微生物标本送检率及总标本送检率和使用抗菌药物前的无

菌标本送检率等)、多重耐药菌检出情况(包括多重耐药菌检出株数和多重耐药菌检出率等)以及院内感染发生情况(包括院内感染例数、院内感染发生率和院内感染暴发的出现情况等),以评价干预效果。

1.4 统计学方法

采用SPSS 18.0软件对数据进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,差异比较采用 t 检验;计数资料以率表示,差异比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后抗菌药物的临床应用情况比较

干预后,我院患者住院期间抗菌药物使用率、使用强度和联合使用率均较干预前显著下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$);使用特殊使用级抗菌药物患者的降阶梯使用率和参照药敏试验结果的抗菌药物选择率均较干预前显著升高,差异也均有统计学意义($P < 0.001$),详见表1。

表1 干预前后抗菌药物的临床应用情况比较
Tab 1 Comparison of clinical application of antibiotics before and after intervention

| 指标 | 干预前 | 干预后 |
|-------------------------|-------|---------|
| 抗菌药物使用率, % | 64.15 | 57.67* |
| 抗菌药物使用强度, DDDs/(100人·d) | 46.86 | 36.58* |
| 抗菌药物联合使用率, % | 35.87 | 11.47* |
| 使用特殊使用级抗菌药物患者的降阶梯使用率, % | 12.45 | 56.63** |
| 参照药敏试验结果的抗菌药物选择率, % | 48.28 | 77.89** |

注:与干预前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.001$
Note: vs. before intervention, * $P < 0.05$, ** $P < 0.001$

2.2 干预前后抗菌药物使用前的微生物标本送检情况比较

干预后,我院患者住院期间使用非限制使用级、限制使用级、特殊使用级抗菌药物前的微生物标本送检率和总标本送检率以及使用抗菌药物前的无菌标本送检率均较干预前显著升高,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),详见表2。

表2 干预前后抗菌药物使用前的微生物标本送检情况比较
Tab 2 Comparison of microbiological specimens before using antibiotics before and after intervention

| 指标 | 干预前 | 干预后 |
|---------------------------|-------|---------|
| 使用非限制使用级抗菌药物前的微生物标本送检率, % | 23.58 | 40.61* |
| 使用限制使用级抗菌药物前的微生物标本送检率, % | 43.15 | 58.43* |
| 使用特殊使用级抗菌药物前的微生物标本送检率, % | 71.76 | 95.77** |
| 总标本送检率, % | 36.37 | 51.33* |
| 使用抗菌药物前的无菌标本送检率, % | 20.82 | 38.27* |

注:与干预前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$
Note: vs. before intervention, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.3 干预前后多重耐药菌检出情况比较

干预后,我院患者住院期间MRSA、CRE、MDR-PA的检出率均较干预前显著下降,差异均有统计学意义

($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);MDR-AB的检出率较干预前略有升高;多重耐药菌检出率较干预前显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表3。

表3 干预前后多重耐药菌检出情况比较
Tab 3 Comparison of the detection of multidrug-resistant bacteria before and after intervention

| 指标 | 干预前 | 干预后 |
|--------------|-------|--------|
| 病原菌检出株数 | 2 214 | 2 864 |
| MRSA检出株数 | 98 | 39 |
| MRSA检出率, % | 4.43 | 1.36** |
| CRE检出株数 | 62 | 36 |
| CRE检出率, % | 2.80 | 1.26* |
| MDR-PA检出株数 | 44 | 23 |
| MDR-PA检出率, % | 1.99 | 0.80* |
| MDR-AB检出株数 | 102 | 148 |
| MDR-AB检出率, % | 4.61 | 5.17 |
| 多重耐药菌检出株数 | 359 | 306 |
| 多重耐药菌检出率, % | 16.21 | 10.68* |

注:与干预前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$
Note: vs. before intervention, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.4 干预前后院内感染发生情况比较

干预后,我院患者住院期间院内感染发生率较干预前显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表4。在院内感染暴发方面,2016年4月我院重症医学科有5例患者突发寒战、高热,相继于2天内通过纤支镜吸取的深部痰液标本中检出耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌,经鉴定属于同种同源,确认为多重耐药菌院内感染暴发。而干预后未再出现院内感染暴发的情况。

表4 干预前后院内感染发生情况比较
Tab 4 Comparison of nosocomial infection before and after intervention

| 组别 | 出院患者例数 | 院内感染例数 | 院内感染发生率, % |
|-----|--------|--------|------------|
| 干预前 | 40 659 | 573 | 1.41 |
| 干预后 | 46 943 | 505 | 1.08* |

注:与干预前比较, * $P < 0.05$
Note: vs. before intervention, * $P < 0.05$

3 讨论

目前,我国的细菌耐药形势严峻。CHINET持续10年对我国数十家医院的细菌耐药监测结果显示:耐碳青霉烯类细菌(如鲍曼不动杆菌、肺炎克雷伯菌和铜绿假单胞菌等)的检出率呈逐年上升的趋势,且一部分多重耐药菌株还具有泛耐药或全耐药的特征;若照此趋势继续发展,多重耐药菌感染患者终将无药可治^[7-9]。而多部门(多学科)协作模式介入多重耐药菌感染的控制与管理在各医院的实践中已经被证实能有效降低多重耐药菌检出率和院内感染发生率^[10-12]。

本研究结果显示,我院多部门参与多重耐药菌感染防控工作并进行干预后,患者住院期间抗菌药物使用率从64.15%降至57.67%,抗菌药物使用强度从48.86 DDDs/(100人·d)降至36.58 DDDs/(100人·d),均下降显著,且2项指标均已经达到国家卫生计生委规定的标准^[13]。同时,抗菌药物联合使用率从35.87%降至

11.47%,下降显著,说明干预后临床医师能更严格地把握抗菌药物联合应用的指征,不轻易采用联合用药治疗感染。另外,使用特殊使用级抗菌药物患者的降阶梯使用率从12.45%升至56.63%,改善明显。干预前我院医师使用特殊使用级抗菌药物时大多缺乏降阶梯使用的观念,往往会持续使用直至感染完全控制;干预后我院医师在使用特殊使用级抗菌药物控制感染一段时间后,多数会根据患者症状的改善情况和药敏试验结果及时降为限制使用级或非限制使用级抗菌药物继续治疗。最后,参照药敏试验结果的抗菌药物选择率从48.28%升至77.89%,升高很显著,这提示我院临床医师在根据药敏试验结果选择抗菌药物方面已得到了很大的改善,抗菌药物使用更趋于合理,不再“一刀切”地使用高级别、广覆盖的抗菌药物。

本研究结果显示,干预前我院临床医师在使用抗菌药物前的微生物标本送检意识较差,患者住院期间使用非限制使用级、限制使用级、特殊使用级抗菌药物前的微生物标本送检率和总标本送检率以及使用抗菌药物前的无菌标本送检率分别仅为23.58%、43.15%、71.76%、36.37%、20.82%,而干预后分别升至40.61%、58.43%、95.77%、51.33%、38.27%,均升高显著。这说明,干预后临床医师使用抗菌药物前的微生物标本送检意识大大加强,不再仅凭经验选择抗菌药物,对于微生物标本检测结果更加重视。

本研究结果显示,干预后我院患者住院期间MRSA、CRE、MDR-PA检出率分别从4.43%、2.80%、1.99%降至1.36%、1.26%、0.80%,多重耐药菌检出率从16.21%降至10.68%,下降显著。这说明强化医务人员手卫生意识,遵守无菌操作技术规程,加强医院环境卫生管理,严格实施接触隔离措施,全面执行抗菌药物分级管理制度等综合管理措施能有效降低多重耐药菌的检出率^[4-13]。而MDR-AB检出率从4.61%升至5.17%,略有升高。经查,我院所检出的MDR-AB大多来源于重症医学科或由重症医学科转出的患者,由于该科在诊疗中使用呼吸机、气管插管、气管切开、深静脉导管置入、导尿管等侵入性操作较多,导致患者发生院内感染的概率较高,加之单间隔离病房不足,客观上也导致其MDR-AB检出率的控制难度较大。

本研究结果显示,干预后我院患者住院期间院内感染发生率从1.41%降至1.08%,下降显著;同时,未再出现院内感染暴发的情况。这说明通过干预能有效遏制细菌耐药,进而减少院内感染。

综上所述,我院多部门参与多重耐药菌感染防控工作并进行干预后,抗菌药物的临床应用情况、抗菌药物使用前的微生物标本送检情况、多重耐药菌检出情况以及院内感染发生情况均得到了明显改善;该项工作收效显

著,有助于促进抗菌药物合理应用和遏制细菌耐药,有必要作为一种长效管理机制持续运行下去。然而,该项工作在某些方面仍有待进一步完善,如:重症医学科是多重耐药菌的重要来源,仍需要加强对该科室医务人员和清洁工人手卫生操作、接触隔离、病区环境消毒、抗菌药物合理使用及管理等的培训和监督^[16-17];并在允许的情况下可以考虑对重症监护病房进行改造,建立更多的单间隔离病房,以更有利于对多重耐药菌感染的防控。

参考文献

- [1] 黄勋,邓子德,倪语星,等.多重耐药菌医院感染预防与控制中国专家共识[J].中国感染控制杂志,2015,14(1):1-9.
- [2] World Health Organization. *The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action*[EB/OL]. (2012) [2017-08-20]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44812/1/9789241503181_eng.pdf.
- [3] 李春辉,吴安华. MDR、XDR、PDR多重耐药菌暂行标准定义:国际专家建议[J].中国感染控制杂志,2014,13(1):62-64.
- [4] 国家卫生计生委医政医管局.关于印发遏制细菌耐药国家行动计划(2016—2020年)的通知[EB/OL]. (2016-08-25) [2017-08-20]. <http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s3593/201608/f1cd26a0c8774e1c8fc89dd481ec84d7.shtml>.
- [5] 中华医学会检验医学分会临床实验室管理学会.医学检验危急值报告程序规范化专家共识[J].中华检验医学杂志,2016,39(7):484-486.
- [6] 国家卫生计生委医政医管局.国家卫生计生委办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知[EB/OL]. (2017-03-03) [2017-08-20]. <http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s7659/201703/d2f580480cef4ab1b976542b550f36cf.shtml>.
- [7] HU FP, GUO Y, ZHU DM, et al. 2005—2014年CHINET中国细菌耐药性监测网5种重要临床分离菌的耐药性变迁[J].中国感染与化疗杂志,2017,17(1):93-99.
- [8] HU F, CHEN S, XU X, et al. Emergence of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae isolates from a teaching hospital in Shanghai, China[J]. *J Med Microbiol*, 2012, 61 (Pt1):132-136.
- [9] VAN DUIN D, KAYE KS, NEUNER EA, et al. Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: a review of treatment and outcomes[J]. *Diagn Microbiol Infect Dis*, 2013, 75 (2):115-120.
- [10] 谢首佳,王美玉,潘建平.多学科协作在多重耐药菌医院感染防控中的实践与效果[J].中国感染控制杂志,2017,16(8):741-744.
- [11] 嵇晓红,刘春湘,陈嫣红.多学科协作模式在多重耐药菌医院感染控制中应用的效果观察[J].重庆医学,2013,42(19):2254-2256.
- [12] 同俏静,袁玉华,赵晋,等.多学科团队模式介入多重耐

福建省部分城区儿童家长与儿童安全用药相关的认知、态度及行为调查与分析^Δ

林津晶^{1,2*}, 黄文龙^{1#}(1.中国药科大学国际医药商学院,南京 210009;2.福建中医药大学药学院,福州 350108)

中图分类号 R195;R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2018)12-1594-06
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2018.12.03

摘要 目的:为更好地保障儿童的用药安全性与合理性提供参考。方法:采用问卷调查法,以福建省部分城区儿童家长为对象,就其与儿童安全用药相关的认知、态度及行为进行调查与分析。结果:共发放问卷1 405份,回收有效问卷1 326份,有效回收率为94.38%。受访者总体文化程度较高,大专及以上学历文化程度者占57.92%;总体月收入也较高,月收入4 000元及以上者占61.61%。涉及受访者与儿童安全用药相关的认知情况的各题中大部分的选择正确率在55%以上,但最低的3题的选择正确率分别仅为13.73%、14.25%和23.83%;受访者与儿童安全用药相关的认知情况得分平均为(13.92±2.80)分,且文化程度、月收入较低者和职业为农民者的得分相对较低($P<0.01$)。受访者对于给儿童用药时曾遇到麻烦或困难的选择频率达到97.06%,其中,因药品剂型或口感造成儿童不配合用药的选择频率合计为29.38%,"不确定儿童的准确用药剂量"和"缺乏儿童用药指导"的选择频率分别为14.58%和12.13%,"没有儿童专用药品或儿童专用药品可选品种过少"的选择频率为11.37%;儿童患常见疾病时,选择市级以上(含市级)医院和社区卫生服务中心就诊的受访者分别占49.55%和15.46%;85.22%的受访者有自行给儿童用药的经历。对于是否会主动了解儿童用药信息,47.66%的受访者表示"有机会接触就顺便了解",10.94%的受访者表示"想了解但无了解渠道";40.05%的受访者表示"有时"会主动咨询医师或药师儿童用药时应注意的问题,19.60%的受访者表示"很少"或"完全没有"主动咨询相关问题;受访者对获取儿童用药指导的主要来源选择医师的频率为65.53%,选择药师的频率仅为20.31%;受访者关于最想得到的儿童用药教育渠道选择医师的频率为61.09%,选择药师的频率仅为19.76%;受访者就诊及购药时获知的儿童用药信息也较为单一,主要集中于用法用量。结论:当前福建省家长自行给儿童用药的现象较为普遍,但在与儿童安全用药相关的认知、态度及行为等方面仍有待改善,该方面知识和信息的宣传教育工作开展仍然存在不足,药师的儿童药学服务职能尚未充分体现,与此同时,儿童专用药品的研发与生产有待加强,药品说明书中的儿童用药信息也有待规范和完善。

关键词 福建省;城区;儿童家长;儿童安全用药;认知;态度;行为;调查

Investigation and Analysis of Parents' Cognition, Attitude and Behavior on Pediatric Medication Safety in Part of Urban Area of Fujian Province

LIN Jinjing^{1,2}, HUANG Wenlong¹ (1. College of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing 210009, China; 2. College of Pharmacy, Fujian University of TCM, Fuzhou 350108, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To provide reference for guaranteeing safety and rationality of pediatric medication. **METHODS:** Questionnaire survey was designed to investigate and analyze the cognition, attitude and behavior of parents on pediatric medication safety in urban area of Fujian province. **RESULTS:** Totally 1 405 questionnaires were sent out, and 1 326 were effectively received with effective rate of 94.38%. The education level of the respondents was high, and the respondents with college degree or above accounted for 57.92%. The total monthly income was also high, the respondents with monthly income of 4 000 yuan or above accounted for 61.61%. The correct answer rates of the respondents about pediatric medication safety was above 55%, but the

药菌的控制与管理[J]. 护理与康复, 2017, 16(1): 63-65.

[13] 国家卫生计生委医政医管局. 关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知[S]. 2015-08-27.

[14] 李颖, 许文, 戈伟, 等. 提高多重耐药菌防控措施执行力对降低多重耐药菌医院感染的影响[J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16(2): 126-129.

[15] 尹丹萍, 何多多. 多重耐药菌感染的临床特点分析与防控策略[J]. 实用医药杂志, 2017, 34(2): 165-168.

[16] 范小龙, 黄永鹏, 庞荣锋, 等. 重症监护室致病菌传播与多重耐药菌感染相关性分析[J]. 牡丹江医学院学报, 2017, 38(4): 41-43.

[17] 杨亚红, 张浩军, 蔡玲. 多种干预措施对ICU患者多重耐药菌感染的作用[J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16(9): 881-886.

Δ 基金项目:福建省科技厅科技计划项目(No.2018R0045);福建省卫生计生软科学研究课题(No.2016-RK-7)

* 讲师,博士研究生。研究方向:药物政策与管理。E-mail:pen-pals@163.com

通信作者:教授。研究方向:药物政策与管理。E-mail:ydhuan-gwenlong@126.com

(收稿日期:2017-10-19 修回日期:2018-05-10)
(编辑:周 箐)