

呼吸内科抗菌药物的临床选择与合理应用分析

邹 鹏

武汉市金银潭医院 湖北 武汉 430023

摘要:目的:分析呼吸内科抗菌药物的临床选择与合理应用。方法:选取2022年6月-2023年6月本院100例呼吸内科患者开展研究,均接受抗菌药物治疗,分析抗菌药物临床选择,观察合理应用情况,提出相应措施。结果:100例患者共检出病原菌116株,其中有16株为真菌,占比13.79%;有52株为革兰阴性菌,占比44.83%;有48株为革兰阳性菌,占比41.38%。常用抗菌药物有左氧氟沙星,使用率为61.00%;莫西沙星,使用率为52.00%;头孢哌酮/舒巴坦钠,使用率为34.00%。一联用药占比54.00%,二联用药占比23.00%,三联用药占比20.00%,四联用药占比3.00%。有6例为不合理用药,发生率为6.00%。结论:呼吸内科疾病使用抗菌药物频率较高,较为合理,但仍需加强警惕,不断提升用药合理性。

关键词:呼吸内科;抗菌药物;合理用药

呼吸内科疾病发生率高,大多具有感染性,例如气管炎、肺炎、病毒性感染和感冒等,严重影响到机体健康,临床需采取抗菌药物治疗。人们生活行为改变,环境恶化,患者例数增加,抗菌药物越发常见,同时医学事业、科学技术发展,各种新药物出现,临床选择时,常伴有不合理现象^[1]。尽管抗菌药物可以有效杀菌、抑菌,在感染性疾病中,至关重要,但其也有负面影响,若用药时间过长,剂量过大,可能出现耐药性,治疗难度变大,难以有效控制疾病,造成医疗资源浪费,危及患者安全。针对呼吸内科,深入了解抗菌药物选择、应用情况,分析合理性,持续改进用药方案,增强疗效^[2]。本次研究以呼吸内科患者为对象,分析抗菌药物使用情况,探讨合理性,总结相应干预措施,切实提升合理性。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年6月-2023年6月本院100例呼吸内科患者开展研究,100例患者中有男53例,女47例,年龄为41-69岁,平均年龄(57.56±4.32)岁;100例患者中有肺恶性肿瘤2例,肺脓肿6例,肺炎43例,慢性支气管炎32例,急性支气管炎14例。其他有3例。

1.2 方法

回顾性分析100例患者临床资料,包括性别、疾病类型、用药情况、年龄和诊治情况等,总结用药种类、有无联合用药、治疗情况、给药数量、有无不合理用药等。根据调查结果,制定针对性、科学化合理用药措施。

1.3 观察项目和指标

分析病原菌分布情况:观察真菌(包括白色念珠菌和曲霉菌)、革兰阴性菌(包括鲍曼不动杆菌、肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌和铜绿假单胞菌)和革兰阳性菌(包括表皮葡萄球菌、金黄色葡萄球菌和肺炎链球菌)

检出株数。分析抗菌药物临床选择:观察替硝唑、头孢西丁、头孢他啶、阿奇霉素、头孢呋辛、阿莫西林克拉维酸钾、哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦钠、莫西沙星和左氧氟沙星的使用次数、用药总量、使用率、DDD_s和DDD。分析抗菌药物联用情况:观察一联、二联、三联和四联用药例数。分析不合理用药情况:共包括五类,无指征;不合理联合/重复用药;用药时间过长/过少、盲目采取药物;药物剂量过少/过多。

1.4 统计学方法

将所有数据录入SPSS27.0统计学软件中处理。

2 结果

2.1 分析病原菌分布情况

100例患者共检出病原菌116株,其中有16株为真菌,占比13.79%;有52株为革兰阴性菌,占比44.83%;有48株为革兰阳性菌,占比41.38%。详见表1。

表1 分析病原菌分布情况[n(%)]

病原菌		株数	占比
真菌	白色念珠菌	7	6.03
	曲霉菌	5	4.31
	其他	4	3.45
	合计	16	13.79
革兰阴性菌	鲍曼不动杆菌	6	5.17
	肺炎克雷伯菌	10	8.62
	大肠埃希菌	12	10.34
	铜绿假单胞菌	19	16.38
	其他	5	4.31
	合计	52	44.83
革兰阳性菌	表皮葡萄球菌	6	5.17
	金黄色葡萄球菌	10	8.62
	肺炎链球菌	24	20.69

续表:

病原菌	株数	占比
其他	8	6.90
合计	48	41.38

2.2 分析抗菌药物临床选择

常用抗菌药物有左氧氟沙星,使用率为61.00%;莫西沙星,使用率为52.00%;头孢哌酮/舒巴坦钠,使用率为34.00%。详见表2。

表2 分析抗菌药物临床选择[n(%)]

抗菌药物	使用次数	用药总量(g)	使用率	DDDs	DDD(g)
替硝唑	6	107.40	6.00	78.00	1.40
头孢西丁	13	565.10	13.00	95.00	6.50
头孢他啶	16	401.10	16.00	102.00	3.50
阿奇霉素	18	70.40	18.00	132.00	1.00
头孢呋辛	22	676.10	22.00	218.00	2.50
阿莫西林克拉维酸钾	28	922.20	28.00	300.00	2.50
哌拉西林/他唑巴坦	30	1137.00	30.00	301.00	3.50
头孢哌酮/舒巴坦钠	34	1571.00	34.00	418.00	3.50
莫西沙星	52	189.30	52.00	467.50	0.60
左氧氟沙星	61	244.40	61.00	500.50	0.70

2.3 分析抗菌药物联用情况

100例患者中有54例为一联用药,占比54.00%;有23例为二联用药,占比23.00%;有20例为三联用药,占比20.00%;有3例为四联用药,占比3.00%。详见表3。

表3 分析抗菌药物联用情况[n(%)]

联用情况	例数	占比
一联用药	54	54.00
二联用药	23	23.00
三联用药	20	20.00
四联用药	3	3.00

2.4 分析不合理用药情况

有0例为无指征,有1例为不合理联合/重复用药,有1例为用药时间过长/过少,有2例为盲目采取药物,有2例为药物剂量过少/过多,共有6例不合理用药,发生率为6.00%。详见表4。

表4 分析不合理用药情况[n(%)]

不合理用药	例数	占比
无指征	0	0.00
不合理联合/重复用药	1	1.00
用药时间过长/过少	1	1.00
盲目采取药物	2	2.00
药物剂量过少/过多	2	2.00
合计	6	6.00

3 讨论

呼吸内科疾病大多具有传染性,致病因素为感染病原菌,患者多采取抗菌药物治疗,选取适宜、合理药物,能对病原菌增殖形成阻碍,减轻病情^[3]。但近些年,抗菌药物种类变多,应用广泛,不合理使用常有发生,

容易引发二重感染、细菌耐药,分析抗菌药物具体应用情况,探讨合理性,提出相应措施,以保证用药安全^[4]。

本次研究结果显示100例患者共检出病原菌116株,其中有16株为真菌,占比13.79%;有52株为革兰阴性菌,占比44.83%;有48株为革兰阳性菌,占比41.38%,代表呼吸内科疾病致病菌主要为革兰阴性菌,以铜绿假单胞菌和大肠埃希菌最为常见;革兰阳性菌,常见的有肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌等,真菌占比较少。常用抗菌药物有左氧氟沙星,使用率为61.00%;莫西沙星,使用率为52.00%;头孢哌酮/舒巴坦钠,使用率为34.00%,分析原因主要有:①就左氧氟沙星而言,其属于喹诺酮类抗菌药物,其既能作用于革兰阴性菌,特别是肠杆菌科细菌,对克雷伯菌、大肠埃希菌等,均可发挥出明显抗菌作用,同时也能抑制支原体、衣原体,其具有较高DDDs^[5]。②就莫西沙星而言,其属于第四代喹诺酮类抗菌药物,对于多种革兰阳性菌,均能起到明显抑制作用,例如金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌等,将其用于治疗慢性支气管炎、社区获得性肺炎,能取得显著疗效,本品的组织穿透力较强,能有效作用于肺组织,浓度较高,尤其是肺炎链球菌,其抑菌功效显著,在呼吸道感染治疗中,疗效明显^[6]。③该科室患者年龄大多较高,常存在多种疾病病,其中尤以下呼吸道感染发生率最高,采取注射剂抗菌药,能迅速抵抗感染。针对头孢哌酮/舒巴坦钠,其属于复合剂,能够广谱抗菌,可快速到达肺组织,具有较高浓度,为患者注射后,能快速起效。需要注意的是,上述药物均存在较高药物起点,出现耐药性的可能性高^[7]。针对呼吸道感染,应选取适宜药物,若患者为社区感染者,或第一次就诊者,

主要采取抗革兰阳性菌药物,能有效预防耐药菌。

就肺部感染而言,其常见致病菌有二,一为金黄色葡萄球菌,二为肺炎链球菌,这两种致病菌对莫西沙星和左氧氟沙星均具有较高敏感性。呼吸道感染多发病原菌有大肠埃希菌、铜绿假单胞菌等,属于革兰阴性菌,因其感染渠道较多,容易侵及内脏、皮肤软组织,引发交叉感染,上述病原菌对头孢他啶、阿莫西林等,均具有较高耐药性,但对于莫西沙星、左氧氟沙星等,均具有较高敏感性。选取药物时,应全面分析细菌分布特征,了解其耐药性,合理用药^[8]。治疗社区获得性肺炎时,针对轻症和中症患者,不建议联合给药,也不主张采取广谱抗菌药物。研究结果为一联用药占比54.00%,二联用药占比23.00%,三联用药占比20.00%,四联用药占比3.00%,提示我院一联用药较多,其次为二联/三联,极少数为四联,尤以左氧氟沙星最为常见。就常见细菌感染而言,临床仅单一采取抗菌药物,即能取得显著疗效,但如展开病原菌检验,未得到确切结果,同时,患者存在明显症状,建议予以联合治疗^[9]。采取联合用药,以期加强疗效,防范病原菌出现耐药性,制定联合用药方案时应以合理用药为根本,保证具有适应症,提高用药安全。

有6例为不合理用药,发生率为6.00%。表明我院抗菌药物不合理应用较为少见,安全性较高,但难免具有一定问题。选取抗菌药物时,应先分析其既往用药情况,不能只了解一种药物使用情况,防范不合理用药。若患者日常几乎未采取抗生素,临床治疗时盲目选取新型抗生素,或高等级抗生素,则会影响到身心健康。若用药时间较长,则可能产生耐药性,引发不良反应,临床应严格控制给药时间,防止抗菌药物使用过度。治疗化脓性葡萄杆菌、肺炎双球菌时,可采取青霉素,但当下青霉素耐药性逐年增长,可采取内酰胺抑制剂,防范耐药性。抗菌药物在呼吸内科尤为常见,且尤以细菌感染发生率最高,对于住院患者,其病情相对严重,临床常选取抗菌药物进行治疗^[10]。抗菌药物具有多种类型,采用药物前,先开展痰涂片检验,分析检验结果,开展药敏试验,挑选安全、有效的抗菌药物。选择抗菌药物时,临床应注意以下事项:①先对抗菌药物展开药敏试验,结合痰涂片化验结果,选取适当抗菌药物,治疗时,不可在药效尚未发挥,未起到抑菌作用时,即应用其他药物。②该科室患者一般年龄较大,全面了解其病情,掌握抗菌药物特征,合理选择抗菌药物,注意如患者伴有肝肾功能障碍,选取的药物不能存在肝肾毒性,也可视情况,减少用量,提供药物指导,减轻负面影响^[11]。③治疗时,掌握患者病情变化,如病情明显改善,则证明药物效果明显,如病情未好转,应及时调整用

药物种类。④查询最新报道、文献,保证与时俱进。相关研究显示,针对社区获得性感染者,其致病菌一般为军团菌、肺炎球菌和支原体等,治疗时主张采取四环素、红霉素等^[12]。对于院内感染,观察病原体,尤以分歧杆菌、杆菌等最为常见,用药时,建议采取第1代头孢菌和抗真菌。⑤不可盲目选取抗菌药物,若患者为病毒性感染,则不应采取抗菌药物。说明临床治疗呼吸内科疾病时,应全面了解抗菌药物特征,明确致病菌,结合患者表现,选取适当抗菌药物。

综上所述,呼吸内科疾病使用抗菌药物频率较高,较为合理,但仍需加强警惕,不断提升用药合理性。

参考文献

- [1]沙佳宇,傅翔,姚小静,吴泽宇,吴琼.应用品管圈活动降低呼吸内科住院患者抗菌药物使用强度[J].中国处方药,2023,21(6):48-51.
- [2]宋雅洁.药师干预对呼吸内科抗菌药物应用情况的影响[J].现代盐化工,2023,50(2):56-58.
- [3]管咪咪,杨苏芬,李轲,谢丽云,陈方亮.药学干预对呼吸内科抗菌药物使用及影响分析[J].医院管理论坛,2023,40(3):61-64.
- [4]宋雅洁.呼吸内科抗菌药物的临床选择与合理应用分析[J].现代盐化工,2023,50(1):51-53.
- [5]钟心,王报捷.深圳市龙岗区第三人民医院呼吸内科住院患者抗菌药物使用情况分析[J].临床合理用药,2023,16(4):143-146.
- [6]陈娟.某附属医院2018年——2021年呼吸内科住院患者的抗菌药物使用情况分析[J].抗感染药学,2022,19(8):1139-1141.
- [7]庞冬梅,李锡太.临床药师干预对呼吸内科抗菌药物合理使用指标改善的成效分析[J].中国处方药,2022,20(6):38-40.
- [8]朱熹熹,乔进,徐丽娜.2016—2020年南通大学附属南通第三医院呼吸内科住院患者抗菌药物使用情况调查[J].中国当代医药,2022,29(13):117-121.
- [9]殷永超,徐克友.呼吸内科抗菌药物合理用药的临床分析[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(2):251-254.
- [10]张鹏.呼吸内科抗菌药物选择及临床合理应用分析[J].基层医学论坛,2021,25(35):5095-5097.
- [11]吕嫦,黄艳艳.临床药学干预对呼吸内科合理使用抗菌药物的作用[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(20):112-114.
- [12]陈井霞,杨森典,吴杲.药师干预对呼吸内科住院患者抗菌药物使用情况的影响[J].海军医学杂志,2021,42(2):192-195.