

临床药学干预对呼吸内科合理使用抗生素的影响

郭晓艳 赵国彪 梁向军
华亭市第二人民医院 甘肃 华亭 744100

摘要:目的:分析呼吸内科抗生素的合理使用及药物干预方法。方法:选取2019年1月至2019年12月在我院呼吸内科使用抗生素的患者202例,随机分为实验组和对照组,各101例。对照组不接受临床药物干预和实验组临床药学干预。结果:实验组单联抗生素使用率、二联抗生素使用率显著高于对照组,三联抗生素试用线显著低于对照组($P < 0.05$);实验组抗生素使用时间、住院时间均低于对照组($P < 0.05$);实验组不良反应发生率为2.97%,对照组不良反应发生率为12.87%($P < 0.05$)。结论:呼吸内科是运用抗生素较多的科室,容易发生抗生素滥用、不合理应用的情况,因此于呼吸内科抗生素药物使用中合理运用临床药学干预,有利于提升抗生素药物使用的合理性,降低药物不良反应发生率。

关键词:呼吸内科;抗生素;合理应用;药学干预;方法

引言:由于呼吸内科入院患者的免疫力较健康人弱,且入院患者多伴有其他基础疾病,因此这些患者特异性更强,相对敏感。同时,呼吸内科的大部分患者都需要接受抗生素治疗,抗生素对抑菌起着不可或缺的作用。然而,由于医学水平的发展和对抗生素药物的研究越来越多,抗生素使用不当引起的副作用和事件增多,患者入院的不确定因素增多。抗生素药物则是这些疾病的一种重要治疗药物,但不合理使用抗生素药物亦或者是长期使用抗生素药物都会增加患者发生不良反应的风险,影响疗效。为此,笔者选取了202例呼吸内科患者,旨在分析临床药学干预用于呼吸内科的作用,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月至2019年12月我院呼吸内科使用抗生素的患者202例,采取随机数字抽选的方法进行分组,组别名称:实验组、对照组,组比例数:两组均各101例。实验组男55例、女46例,年龄35~75岁,平均年龄为(52.16±2.33)岁,肺炎患者34例、上呼吸道感染患者61例、其他病症患者6例;对照组男54例、女47例,年龄34~76岁,平均年龄为(53.08±2.16)岁,肺炎患者35例、上呼吸道感染患者57例、其他病症患者9例。两组患者均对此次研究知情,自愿参与,排除精神类疾病、沟通障碍、合并严重的心脏、肝脏、肾脏类疾病患者。两组在基本资料方面均无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 具体方法

观察组 予以临床药学干预:(1)要求药师全程参

个人简介:郭晓艳,1988.04.01生,女,汉族,甘肃平川区人,职称:主管药师,本科学历,研究方向主要从事:药学 临床药学,邮箱:541904639@qq.com

与患者的治疗工作,由药师和主治医师经协商后为患者开具处方,同时予以患者药物指导。根据药敏试验、病原学检查和患者病情状况,对治疗方案进行规范化的制定,包含用药剂量、药物选择、疗程、用药途径和用药频率等,并对用药间隔时间进行严格控制。由药师对患者的处方和临床资料进行查阅,了解患者对抗菌药物的使用情况,同时将结果打印出来交给临床医师,以便于临床医师了解患者抗菌药物的使用情况,及时发现不合理用药问题。准确记录和统计抗菌药物的使用情况,包括抗菌药物不合理使用等。(2)主治医师在对处方进行开具后,需由药师严格审查处方的内容,确保患者对抗菌药物进行使用的安全性、规范性与合理性。若处方中存在不合理的问题,要准确标注出来,并及时与主治医师交流,作出改正。(3)定期组织药师开展抗菌药物使用知识与规范化管理等方面的培训,制定健全的抗菌药物应用体系,要求药师与临床医师积极配合,增强其对抗菌药物进行合理使用的意识。若抗菌药物处方中存在不合理之处,要予以相应的惩处。(4)每月开展1次抗菌药物交流会议,要求全科医务人员积极参加,以对抗菌药物的合理使用知识进行交流和培训,邀请临床经验丰富且高资历的药师进行讲解,内容有抗菌药物不合理使用的危害性,以进一步提高医务人员的责任意识,确保抗菌药物临床使用规范。对于长期使用抗菌药物且无效亦或者是严重呼吸道感染的患者,需对其施以病原学检查,同时由主治医师和药师对检查结果作出细致的分析,并制定出最适合的抗菌药物用药方案。

1.3 观察指标

(1)炎症因子:于患者晨起空腹时,抽取肘静脉血3mL,离心后,采用酶联免疫吸附测定法检测患者血清

白细胞介素-17(interleukin17, IL-17)、白细胞介素-4(interleukin4, IL-4)、白细胞介素-2(interleukin2, IL-2)、肿瘤坏死因子- α (tumornecrosis factor- α , TNF- α)水平。(2)自我管理能力和用药依从性:采用自我管理能力和用药依从性量表^[5]进行评估,该问卷分值0~100分,分数越高表示患者的自我管理能力和用药依从性越好。(3)生活质量:采用生活质量量表(the world health organization quality of Life, WHOQOL-BREF)进行评估,该量表包含环境、社会、心理、生理巩固4个领域,分数越高表示患者的生活质量越好。(4)用药不良反应:观察患者用药后发生口干、恶心呕吐、腹胀、腹泻等不良反应。(5)用药满意度:采用药物治疗满意度问卷(treatment satisfaction questionnaire for medication, TSQM)进行评估,分为非常满意、满意、不

满意。将非常满意、满意计入用药满意度。

1.4 统计学方法

本次研究采取统计学软件SPSS13.0对上述汇总数据进行分析和处理,计量数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采取t检验;百分比表示计数资料,数据对比采用卡方检验 χ^2 ,对比以P小于或等于0.05为有显著性差异和统计学意义。

2 结果

2.1 炎症因子

水平治疗前,两组患者IL-17、IL-4、IL-2、TNF- α 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者IL-17、IL-4、TNF- α 水平较治疗前降低,IL-2水平较治疗前升高,且观察组IL-17、IL-4、TNF- α 水平低于对照组,IL-2水平高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-17/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)		IL-4/($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)		IL-2/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)		TNF- α /($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	12.15 \pm 2.16	7.24 \pm 1.72*	12.42 \pm 2.38	6.52 \pm 1.35*	4.53 \pm 0.97	5.25 \pm 1.34*	3.72 \pm 1.15	2.53 \pm 0.74*
观察组	53	11.92 \pm 2.05	4.76 \pm 1.02*	12.33 \pm 2.24	4.53 \pm 0.96*	4.62 \pm 1.06	5.93 \pm 1.67*	3.63 \pm 1.23	1.56 \pm 0.51*
t		0.562	9.029	0.200	8.746	0.456	2.312	0.389	7.858
P		0.575	<0.001	0.842	<0.001	0.649	0.023	0.698	<0.001

2.2 自我管理能力和用药依从性评分

治疗前,两组患者自我管理能力和用药依从性评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患

者自我管理能力和用药依从性评分较治疗前升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后自我管理能力和用药依从性评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	自我管理能力和评分		用药依从性评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	45.68 \pm 5.03	76.86 \pm 7.79*	3.54 \pm 1.06	6.11 \pm 1.35*
观察组	53	47.02 \pm 5.24	86.27 \pm 9.53*	3.67 \pm 1.12	6.95 \pm 1.46*
t		1.343	5.566	0.614	3.075
P		0.182	<0.001	0.541	0.003

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 各项生活质量评分

治疗前,两组患者环境评分、社会评分、心理评分、生理评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组

患者环境评分、社会评分、心理评分、生理评分较治疗前升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后各项生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	环境评分		社会评分		心理评分		生理评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	53	12.86 \pm 3.02	15.36 \pm 3.52*	13.14 \pm 3.06	16.43 \pm 3.82*	12.76 \pm 2.78	15.75 \pm 3.63*	13.36 \pm 3.37	16.46 \pm 3.91*
观察组	53	13.32 \pm 3.16	18.42 \pm 4.28*	13.25 \pm 3.13	18.85 \pm 4.56*	12.91 \pm 2.96	19.12 \pm 4.78*	13.54 \pm 3.56	19.75 \pm 5.03*
t		0.766	4.020	0.183	2.962	0.269	4.088	0.267	3.759
P		0.445	<0.001	0.855	0.004	0.789	<0.001	0.790	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 用药不良反应及满意度

观察组患者用药不良反应发生率低于对照组, 用药

满意度高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者用药不良反应及满意度比较 [n(%)]

组别	口干	恶心呕吐	腹胀	腹泻	不良反应	非常满意	满意	不满意	满意度	
对照组	3(5.66)	4(7.55)	5(9.43)	3(5.66)	15(28.30)	19(35.85)	18(33.96)	16(30.19)	37(69.81)	
观察组	1(1.89)	1(1.89)	2(3.77)	0	4(7.55)	25(47.17)	23(43.40)	5(9.43)	48(90.57)	
χ^2					6.413					5.938
P					0.011					0.015

3 讨论

抗生素主要是霉菌、细菌等微生物二次代谢的产物, 或人工合成的类似物。1990年代以来, 研究人员逐渐扩大抗生素的范围, 将其称为生物药物, 主要用于病原微生物感染或细菌感染等疾病, 通常不会引起任何严重的副作用。上呼吸道感染是一种炎症性疾病, 临床上表现为发热、咳嗽、咳痰等, 若不及时治疗, 可引发败血症、支气管扩张、缺氧中毒性脑病等并发症。抗生素种类多、使用率高, 但患者对药理学知识的了解有限, 导致出现滥用、不合理用药等现象的概率增加, 影响治疗效果。临床药学干预中药师以患者为中心, 主动参与患者的治疗, 给予患者合理、全面的药理学指导与药理学知识宣教, 让患者了解药物的配伍禁忌, 加强患者的安全用药意识; 专业的药理学指导可以针对性治疗上呼吸道感染, 促进患者合理用药, 减少抗生素滥用, 从而避免不良反应的发生, 提高用药安全性。临床药学干预可以监督患者用药, 控制患者用药剂量, 确保治疗效果, 缩短用药疗程。

呼吸道感染通常是由细菌感染所致, 可利用抗菌药物对患者进行治疗, 但就目前的情况来看, 我国医院中对于抗菌药物的使用存在诸多不合理问题, 使得患者的用药效果降低, 并能增加不良反应的发生风险, 危及患者生命健康。临床药学干预为比较先进的一种药理学管理手段, 要求药师充分掌握医学和药理学知识, 以准确评估不同抗菌药物的适应证, 提高抗菌药物临床使用的安全性, 此外, 药师还应和主治医师一起为患者制定一种最佳的抗菌药物用药方案, 同时做好处方的审核工作, 以

及时发现并解决处方中存在的问题。现代研究表明, 于呼吸内科抗菌药物使用的过程当中, 合理运用临床药师干预法, 可取得较为理想的成效, 且能在最大限度上降低患者发生肝肾损害等不良反应的风险, 确保临床用药安全。

综上所述, 加强对上呼吸道感染患者抗生素使用的临床药理学干预, 对于提高药物的合理使用水平具有重要价值。要保证药师具有扎实的专业知识和丰富的经验, 才能正确评估不同类型抗生素的适应症。同时, 应积极与医师讨论, 根据具体情况结合药敏试验结果, 给予合适的抗生素。实施临床药物干预可以抑制炎症反应, 提高患者自我管理能力和增加患者用药量, 提高患者生活质量, 降低副作用发生率, 提高患者用药满意度。

参考文献:

- [1] 张红霞. 合理使用抗生素对呼吸内科患者的影响分析[J]. 健康大视野, 2019, 27(10): 80, 79.
- [2] 陈清容. 分析临床药学干预对呼吸内科合理使用抗生素促进作用[J]. 中外医疗, 2018, 37(35): 84-86.
- [3] 支湘怡. 临床药学干预对呼吸内科合理使用抗生素促进作用分析[J]. 健康必读, 2018, 26(14): 44-45.
- [4] 郑子华. 临床药学干预对呼吸内科合理使用抗生素促进作用效果观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(6): 81.
- [5] 丁玉衡. 对在围手术期使用抗生素进行治疗的患者实施药理学干预的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(5): 37-39.
- [6] 罗学广, 林意. 探讨药理学干预合理使用抗生素产生的影响效果[J]. 北方药学, 2020, 17(3): 153-154.