

围手术期预防性抗菌药物的合理应用

陈洪明¹, 郭澄² (1. 江苏金坛市社头中心卫生院, 江苏 金坛 213231; 2. 上海交通大学附属第六人民医院, 上海 200233)

摘要 本文阐述了围手术期预防性应用抗菌药物的目的与原则、围手术期抗菌药物的选择、用药时间、给药途径, 分析了临床实际工作中存在的常见问题, 为外科手术预防性抗菌药物的合理应用提供依据。

关键词 围手术期; 抗菌药物; 预防性; 合理应用

中图分类号: R978.1

文献标识码: A

文章编号: 1006-0111(2006)03-0156-03

手术部位感染(surgical site infection, SSI)是病人外科术后最常见的医院内感染, 是外科手术的重要并发症。随着现代外科无菌技术的进步, 术后手术区感染已明显降低。除此之外, 抗菌药物在预防术后感染方面也发挥了很大的作用。抗菌药物应用于细菌感染之前, 可使术后感染率大大降低。但抗菌药物预防应用不当, 不仅达不到预防作用, 而且容易产生二重感染。

1 预防性应用抗菌药物的目的^[1-3]

自抗菌药物发明以来, 预防性抗菌药物即广泛应用于临床。目前国内预防性用药占临床抗菌药物应用总量的30%~40%。除其用于结、直肠手术的肠道准备有肯定性结论外, 对其预防手术后感染, 尤其是在I类清洁手术中的作用一直存有较多的争议。近年来的研究表明, 围手术期抗菌药物预防用药可以明显减少手术后感染性并发症的发生, 其目的不仅是预防手术本身带来的感染, 还能预防全身感染或非外科性感染(如泌尿系感染、肺炎等)。

传统的观念认为清洁的I类腹部手术中, 未给予抗菌药物预防用药患者的感染率比用药者高10倍。因此即使是感染率很低的清洁手术, 围手术期亦应给予抗菌药物预防用药。

2 预防性应用抗菌药物的原则^[4-6]

抗菌药物应用于预防手术感染已被证明确有疗效, 但如果使用不当, 不仅会造成医疗资源的浪费, 增加了医疗费用, 而且也存在着一定的危险性, 并带来一些不良后果, 如二重感染、药物毒性、耐药菌的产生等。因此如何合理使用抗菌药物预防感染就显得极其重要。首先应明确预防用药的范围只是手术

部位感染(SSI), 即切口感染和手术区域深部感染(如腹腔感染、胸腔感染)。其它远离部位的感染如肺部感染、尿路感染, 则不是靠使用抗菌素所能预防的。

2.1 严格掌握预防用药的适应证 并非所有手术都需要预防性使用抗菌药物。其应用指征为: 涉及感染病灶或切口接近感染区域的手术; 术中会产生污染的手术, 如支气管和肺手术、消化道手术等; 术前已有污染的手术, 如开放性伤、胃肠道闭合伤等; 一旦感染后果严重的清洁大手术, 如乳腺癌根治术、门静脉高压症的巨脾切除术或分流、断流手术; 高危病人, 如营养不良、年老、患有糖尿病或肺部等慢性疾病、肝肾功能不良或接受放化疗、激素、抗代谢药等治疗的病人; 进行生物医学材料置入的手术如人造血管移植术、人工关节置技术、心脏瓣膜置换术; 任何术后感染率预期超过5%的手术。

2.2 熟悉抗菌药物的抗菌谱 要熟悉各类抗菌药物的抗菌谱及其特性, 以头孢菌素为例, 对革兰阴性菌以选用第3代头孢菌素为优, 第2代和第1代头孢菌素次之; 对革兰阳性菌则以选用第1代、第2代头孢菌素为优。第3代或更新一代的头孢菌素并不是对所有细菌都敏感。出现严重感染时, 要选用两种抗菌药物的联合应用, 但不是品种越多越好, 注意繁殖期杀菌剂(β -内酰胺类、万古霉素)与静止期杀菌剂(氨基糖苷类、喹诺酮类)有协同作用, 静止期杀菌剂与快速抑菌剂(氯霉素、林可霉素、大环内酯类)有累加作用。

2.3 在抗菌药物治疗的过程中重视必要的手术处理 细菌所在的局部环境是影响切口感染发生和发展的一个重要因素, 抗菌药物治疗不能替代无菌原则和必要的手术措施。当存有坏死组织、腔内积液或引流不畅时, 继续使用抗菌药物而不及时采用手术措施, 即使加大抗菌药物剂量或延长使用时间也不能奏效, 反而会促进耐药菌株的产生。

2.4 抗菌药物的应用与支持疗法并重 抗菌药物

杀灭体内细菌是通过机体这一环节来关切的。纠正休克,改善组织灌注,营养支持等措施也相当重要,免疫缺陷要予以纠正。

3 围手术期抗菌药物的选择^[5,6]

围手术期抗菌药物的选择应从药理学、微生物学、临床经验和经济费用四个方面综合考虑,应以研究事实为选择基础,而不能根据临床偶然性或医生的偏爱选择抗菌药物。目前认为,理想的围手术期抗菌药物应符合以下标准:①高效杀菌力;②抗菌谱广;③高度的组织渗透力;④维持组织内有效浓度时间长;⑤副作用少;⑥适当的价格/效益比。一般而言, β -内酰胺类抗菌药物毒副作用小,常作首选。不涉及空腔脏器的手术(如头颈、乳房、四肢手术),应主要针对革兰阴性球菌,兼顾革兰阴性杆菌,可选用青霉素类、第1代头孢菌素或氨基糖苷类抗菌药物,如头孢唑啉、头孢拉定;涉及空腔脏器的手术(如胸腔、腹腔、盆腔手术),应主要针对革兰阴性杆菌,兼顾革兰阳性球菌,可选用广谱青霉素或第2、3代头孢菌素;涉及口腔、结肠、直肠、女性生殖器官的手术,污染重时还应加用针对厌氧菌的药物,如甲硝唑、替硝唑。骨关节手术可选用该组织分布浓度较大的氟喹诺酮类或林可胺类抗菌药物,如林可霉素。

4 围手术期抗菌药物的用药时间及给药途径^[6,7]

围手术期抗菌药物用药的时间是预防感染成功的关键之一。抗菌药物预防用药的时间应该是在可能的污染发生前使患者有关的组织内达到充分的药物浓度,以阻止随后的细菌生长繁殖。而不是在手术已结束,患者返回病房才开始给予抗菌药物,后一方法不能有效地抵制或杀灭已侵入组织并生长繁殖的细菌。实验证明,手术污染后3h内,抗菌药物抑制感染最有效。

目前普遍认为,除结、直肠手术的肠道准备外,围手术期抗菌药物的给药途径应选用胃肠外全身给药。长效头孢菌素单次剂量静脉注射是理想的给药途径。

5 我院围手术期抗菌药物不合理用药的调查与对策

5.1 围手术期预防性使用抗菌药物的合理性检查依据 2004年国家卫生部联合国家中医药管理局和总后卫生部制订并发布了《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发[2004]285号文)。该指导原则明确界定抗菌药物预防性用药涉及清洁手术和清洁—污染手术,其中对给药方法作了明确的规定:接受清

洁手术者,在术前0.5~2h内给药,或麻醉开始给药,使手术切口暴露时局部组织中已达到足以杀灭手术过程中入侵切口细菌的药物浓度。如果手术时间超过3h,或失血量大(>1500mL),可手术中给予第2剂。抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和手术结束后4h,总的预防用药时间不超过24h,个别情况可延长至48h。手术时间较短(<2h)的清洁手术,术前用药一次即可。接受清洁—污染手术者的手术时预防用药时间亦为24h,必要时延长至48h。污染手术可依据患者情况酌量延长。对手术前已形成感染者,抗菌药物使用时间应按治疗性应用而定。金坛市社头中心卫生院是一所基层医院,我们已加强了围手术期预防性用药的管理工作,但与《抗菌药物临床应用指导原则》的相关要求尚有差距。通过学习对照,我们按照该指导原则和市内感染质控中心的要求,制定了院抗菌药物分级管理制度,并组织监督检查,加强与落实整改。制定检查的评判标准,凡不符合下述基本原则的预防性用药,均判断为不合理用药:

①术前预防性用药首剂需带进手术室,在术前0.5~2.0h给药。

②术后预防性用药严格掌握指征及用药天数,一般预防性用药最多不超过48h,治疗性用药应在病史上写明指征并作相应的检验。

5.2 围手术期抗菌药物预防性使用存在的主要问题 我们对社头中心卫生院2004~2005年开展的650例手术病例进行了调查,按上述检查依据,发现术前、术中不合理比例占24.9%(162/650),术后不合理比例占24.0%(156/650)。

其中涉及的主要问题有:①术前首剂未带入手术室。②部分病例预防性用药天数过长。③主要预防革兰阳性细菌的个别病例中,预防性使用第3代头孢菌素。

5.3 典型病例 例1:左甲状腺全切除术。I类切口,抗生素未带入手术室,围手术期抗菌药物预防用药6d(其中环丙沙星6d,头孢呋辛3d,甲硝唑3d)。

例2:胆囊切除术。I类切口,抗菌药物未带入手术室,围手术期抗菌药物预防使用6d(其中头孢哌酮6d,左氧氟沙星2d)。

例3:胃癌根治术。II类切口,抗菌药物未带入手术室,围手术期抗菌药物预防用药(使用头孢哌酮6d)。

5.4 围手术期预防性抗菌药物不合理用药的对策

5.4.1 加强围手术期抗菌药物预防性用药的常态管理。认真学习并执行《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定,结合本院实际工作的特点,制定本院

抗菌药物分级管理制度。

5.4.2 加强围手术期预防性抗菌药物不合理用药的监督检查工作。成立专门的工作小组,定期检查围手术期预防性抗菌药物的使用情况,分析不合理用药的病例。对相关主治医生在全院通报,纳入其医疗质量的考评指标。

参考文献:

- [1] 王鄂玲,刘亮宝. 外科抗菌药物使用情况调查[J]. 中华医学丛刊,2004,4(7):12.
[2] 陈光,魏洁玲,林红燕. 全子宫切除患者围手术期预防性抗菌药物的应用研究[J]. 广东药学院学报,2005,21(3):351.

- [3] Jones J. Prophylactic antibiotic use in clean surgery: of potential or harm to the patients? [J]. Journal of Wound Care,2005,14(1):39.
[4] 张延龄. 围手术期抗菌药物应用原则与方法[J]. 外科理论与实践,2001,6(6):365.
[5] 黎洁良. 外科临床中预防性和治疗性应用抗菌药物的区别和原则[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(1):4.
[6] 姜华,王睿. 预防围手术期感染抗菌药物的合理应用[J]. 中国医院药学杂志,2001,21(2):105.
[7] 张鑫奎,张延霞. 围手术期应用抗菌药物预防切口感染附1561例分析[J]. 腹部外科,2001,13(3):141.

收稿日期:2005-12-27

醋酸甲羟孕酮改善中晚期癌症患者生活质量的临床观察

张琳,吕建峰(泰兴市人民医院,江苏泰兴 225400)

摘要 目的:观察醋酸甲羟孕酮分散片(倍恩)改善中晚期癌症患者生活质量的临床疗效。方法:82例经病理学和(或)细胞学确诊,临床分期属中晚期的患者随机分组,治疗组给予倍恩 250mg 口服,bid,连续用药8周。结果:治疗组食量、体重、kaniofsky 评分增加都明显高于对照组,治疗组骨髓抑制发生率明显低于对照组。不良反应有2例出现乳房胀痛。结论:倍恩可提高中晚期癌症患者的生活质量。

关键词 醋酸甲羟孕酮;生活质量;临床观察

中图分类号:R979.1 文献标识码:A 文章编号:1006-0111(2006)03-0158-02

随着社会的发展,恶性肿瘤发病率不断提高,由于不能早期诊断、早期治疗,很多恶性肿瘤就诊时已到中晚期,失去了手术根治机会。而现今,由于医学模式由生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变,以及肿瘤药物和新技术的不断开发、研制,肿瘤患者的生存时间不断延长,对中晚期恶性肿瘤的治疗,主要目的是改善患者生存质量,延长患者生命。我院自2004年3月至2005年8月采用醋酸甲羟孕酮分散片(倍恩)作为辅助用药,改善癌症患者的生活质量,取得了较好的效果,现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 观察对象均为住院化疗的恶性肿瘤患者,经病理学和(或)细胞学证实,临床分期属中晚期,kaniofsky 评分为60~70分,随机分两组。治疗组:共46例,其中男28例,女18例,年龄39~72岁,中位年龄56.8岁,本组中肺癌15例,胃癌19例,乳腺癌6例,肠癌4例,鼻咽癌2例。对照组:共36例,其中男21例,女15例,年龄43~78岁,中位

年龄58.5岁,本组中肺癌9例,胃癌12例,乳腺癌7例,肠癌7例,鼻咽癌1例。

1.2 用药方法 2组治疗方案基本相同,化疗2周期,肺癌采用GP方案(GEM+DDP)、EP方案(DDP+VP-16);胃癌采用EFP方案(DDP+VP-16+5-Fu)、ELF(VP-16+CF+5-Fu)方案;乳腺癌采用CAF方案(CTX+ADM+5-Fu);肠癌采用FOLFOX方案(L-OHP+CF+5-Fu);鼻咽癌采用FP(5-Fu+DDP)方案。治疗组在化疗前一周开始给予倍恩250mg口服,bid,给药8周。对照组常规化疗加一般对症支持治疗。

1.3 观察指标 ①食量变化,分为:增加,每日进食量增加 $\geq 100\text{g}$;无变化,每日进食量变化 $< 100\text{g}$;减少,每日进食量减少 $\geq 100\text{g}$ 。②体重变化,分为:增加,体重增加 $\geq 1\text{kg}$;无变化,体重变化 $< 1\text{kg}$;减少,体重减少 $\geq 1\text{kg}$ 。③kaniofsky 评分:增加 ≥ 10 分的为显著;变化 < 10 分的为稳定;减少 ≥ 10 分的为下降。④骨髓抑制情况及不良反应

2 结果

治疗组与对照组患者食量及体重变化情况、