

抗菌素不合理应用现状分析与对策

刘明忠 李玉平(上海 200433 上海市肺科医院)

感染是临床最常见的疾病,因此,抗菌素的应用在临床最为广泛。自十九世纪三十年代磺胺类药物应用于临床以来,抗菌素的使用日新月异。现代医药工业的发展为人类提供了数以千计颇具奇效的抗菌素,为人类的健康做出了巨大的贡献,与此同时,抗菌素的大量使用也给我们带来了困惑甚至灾难。众所周知,大量频繁、反复使用抗菌素造成了细菌的耐药性和严重的二重感染,甚至可危及病人的生命。同时昂贵的医药费用也形成了难以承受的经济负担,阻碍了社会的发展。本文就目前临床抗菌素不合理应用的现状加以分析,并提出相应对策。

1 临床不合理使用抗菌素的现状分析

1.1 滥用药、重复用药

目前,临床抗菌素的使用趋向由单一向联合用药

转变,借以从不同的机制抗菌,加强疗效及加大抗菌范围。其有效性尚待讨论,但其后果是一方面增加了患者的经济负担,另一方面可使细菌同时对多种抗菌素产生耐药性。笔者对 200 例医院感染病例进行分析,发现内科对预防肺科疾病并发症或病毒性感染、昏迷、休克和心血管疾病,几乎无一例外采用了抗菌素,并且多为联合用药,最多者静脉、肌注加口服达六联。在外科,则常常不论有无根据,不管用法是否合理,一概把抗菌素用于手术前后用以“预防感染”。这种做法值得商讨。以术前使用青霉素 G 为例,药物代谢动力学资料表明,青霉素 G 肌注的血浓峰值及有效抑菌浓度出现于注射后数小时内。术前数天开始用药而进入手术室前半天却未用药,出现手术创伤时,血中并无有效的青霉素 G 浓度,其抗感染效果也可想而知。更有甚者,

中国现代应用药学杂志 2000 年 12 月第 17 卷第 6 期

有些医生把抗菌素当退烧药使用,凡发热病人,不论病因,一概使用抗菌素,甚至滥用抗菌素。一种药用两天不退热就加用或换用另一种,24h内可多达几种,整个住院期间多达数十种。在对病例分析中发现并用呈拮抗作用的抗菌素或抗菌素过份稀释、滴注太慢以致达不到有效血药浓度的情况也十分普遍。

另外,由于临床医生对抗菌素的抗菌谱、药动学特点不熟悉,使用中出現滥用或频繁更换药物。以头孢类药物为例,以昂贵的第三代、第四代头孢菌素(对金葡菌的感染的作用不如第一代)治疗严重的金葡菌感染;以对绿脓杆菌基本耐药的头孢唑啉或头孢噻肟治疗绿脓杆菌感染,而不选用高度敏感的头孢他啶或头孢哌酮;以头孢唑啉治疗由肠杆菌科细菌(作用弱)、脆弱杆菌(耐药)感染的胆囊炎、胆管炎,而不选择对致病菌作用较强且胆汁浓度较高的头孢哌酮等,当感染得不到控制时即盲目、频繁更换药物,延误了疾病的有效治疗,也造成经济上的极大浪费。

导致重复用药,滥用药的原因除了临床医生抗菌素知识匮乏外,还由于致病菌不明确,在病情较重时来不及等待菌检结果的情况下,为避免偏漏及考虑混合感染而用两种以上抗菌谱不同的药物。另外,由于诊断不明而搞“药海战术”,以图侥幸命中,或诊断虽明确,但有些病尚无特殊疗法,可供使用的药品不多。另外,某些药品生产厂家也有其不可推卸的责任。现在市场上以商品名命名的复方制剂很多,临床医生因对方剂组成不了解而产生重复用药。如某治疗阴道感染的栓剂内含对革兰氏阳性菌和金葡菌有效的 Neomycin,又含主要应用于绿脓杆菌和其它假单胞菌感染的 PolymycinB,再含对白色念珠菌、隐球菌和滴虫有抑制作用的 Nystatin 和对阴道滴虫有抑制作用的 Acttalsolo。这种包罗万象式的药物使用后,在治疗致病菌的同时,也抑制了正常细菌而产生菌群失调,使二重感染率大大增加。

1.2 盲目追求“洋、新、贵”

医院是一个投入与产出相结合的经济实体。为了弥补政府对医院下拨经费的不足,某些医院片面强调和追求利润,对临床医生滥用抗菌素不闻不问,甚至鼓励医生开利润较高的进口药、贵重药,造成医生在处置病情时以患者的经济承受能力为用药准则,舍弃价廉物美的青霉素类而选用昂贵的新一代抗菌素,而病人则因缺乏医药知识,误以为越新、越贵的药物疗效越好。也有些病人受广告宣传或病家互传的误导,自己乱点药,而医生则碍于情面,或怕影响医院的满意率而不坚持医疗原则,一味满足病人的不合理要求。有的

药品生产厂家为了追求销售量,派销售人员到临床现身演说,以实物或回扣引诱医生,或以新药“临床疗效观察”为名提供数目可观的“观察费”。所有的这些都造成了“洋、新、贵”的泛滥,滥用的结果是细菌的耐药性增加,致病菌谱型变异,多重耐药菌株不断涌现,然后是更新更贵的抗菌素上市。这样恶性循环的后果是导致医药费用急剧上升,政府不堪忍受。

1.3 管理不善,曲解医保政策

为了节约有限的卫生资源,减少不必要的浪费,政府出台了医疗保险政策,特别是在药品使用范围上相继出台一系列政策性法规,这本是利国利民的好事,但由于管理职能不同,造成对法规的理解和执行方法的不同,使基层医疗单位对执行标准模棱两可,而医生在疾病诊治过程中则束手无策,左右为难。如某绿脓杆菌重症感染患者,药敏试验为头孢他啶敏感,医生及时医嘱使用头孢他啶。但是在“医保”检查组来院检查后,判定该医生为不合理用药。原因是在“报销范围”中,头孢他啶的适用症为(1)严重革兰氏阴性菌(包括绿脓杆菌)引起的全身感染(高热39度以上并伴有明显毒血症状);(2)病原未查明的严重感染;(3)严重混合感染。并强调上述三项必须同时符合才能使用,没有任何理由可申辩,在如此苛刻的标准下,医生无奈,只能使用其它价格低廉的抗菌素,然而不对症下药,其后果可想而知。如此三番五次,临床医生开处方的原则是不得不以“报销范围”来决定病人的用药方案,而无法全面实施一切为病人的医疗准则。笔者认为这是管理上的误区,其结果导致了药物的不合理使用。

2 抗菌素不合理应用的对策

2.1 加强医院管理,充分发挥医院药事管理委员会的职能,协调监督医院内部的合理用药问题,对不合理用药及时处置并持之以恒。加强对临床医生药学知识的培训和继续教育,使其全面掌握合理使用抗菌素的基本知识,严格按药物的适应症、药代动力学、体外药敏试验等合理选择抗菌素。

2.2 重视抗菌素的药敏试验,定期对抗菌素的应用趋势及耐药情况进行分析,并及时通报临床。此项工作如使用人工进行是非常繁琐复杂的,但在计算机应用进入社会各行各业的今天,这已是轻而易举之事。通过联网的计算机,医生可根据近阶段抗菌素的使用,耐药性等情况合理选用抗菌素。

2.3 开展临床药学工作。药师参加临床药物治疗小组,协助医护人员合理用药。药师在参与临床用药过程中,可发挥自身药学知识比较全面。药物信息更新较快的专业特长,有利于提高用药的有效性,减少用药

的盲目性,保证用药的安全性。

2.4 开展用药咨询,临床用药咨询是药师为保证临床合理用药,防患于未然的主动出击。药师对医护人员的用药咨询服务,有利于他们更新知识,及时获得有用的药物信息。通过对病人的用药指导和咨询服务,可以提高病人对给药方案的依从性,促使病人积极配合治疗。

2.5 做好处方和病历的用药调查统计,及时总结临床的用药经验和教训,把握临床抗菌素使用的规律和发展趋势,发现医生带普遍性的不良处方和医嘱行为,及时采取有利措施。

2.6 加强医务人员职业道德教育。医药知识的在职教育固然重要,但促进医务人员合理用药的关键在于职业道德教育,要树立良好的医德医风,一切从病人的利益出发,对以权谋私的不良行为要采取严厉的制裁措施。

2.7 制定政策执行法规,确保医药费用过速增长的同时,要充分注意医疗需要与商品需求的区别。完善的治疗原则应排除经济的干扰,但抗菌素的使用也必须服从严格的适应症,必须以临床诊断、细菌学诊断、药敏试验作为选用依据,可用可不用者尽量不用,一种抗菌素能奏效时绝不同时使用两种抗菌素。

总而言之,临床要做到合理使用抗菌素绝非易事,不是单纯的医疗技术问题,它涉及到医疗卫生大环境的综合治理,依赖于国家机关方针政策的制定和调整。除了提高医务人员的合理用药意识外,加强临床用药管理显得尤为重要。合理用药与不合理用药始终处于一对矛盾,但任何事物,人都是决定的因素。只有提高全员的科技水平和自身素质,才能尽力做到合理使用有限的卫生资源,减轻病人和社会的经济负担。切实保障医疗过程的“合理、有效、经济”的良性发展。

收稿日期:1999-12-31