

## 《抗生素使用分析》

时间：xx-4-24 下午 15:00 地点：医务科科室

参加人员：分管院张锦华、二甲办主任梁美凤、医务科主任陈玉地、质控科蔡元行、外科主任陈盛颖、颅脑外科主任周培勇、骨科主任陈长光、妇科主任刘刘、产科主任王晓艳

张锦华院长：最近我们对临床应用抗生素情况进行了检查，主要是检查运行病历中记录的对抗生素使用的情况，发现了一些问题今天召集几位讨论一下，现在由梁主任给大家分析一下。梁主任：我们在检查中发现几个问题：

1、抗生素超范围使用，手术科室一类切口使用二代头孢类抗生素不符合卫生部 38 号文件规定，文件规定只能用第一代头孢类抗生素。

2、使用的溶媒不符合规定，检查发现我们的医生使用的溶媒为 250ml，按规定溶媒为 100ml。溶媒太多，会引起头孢类药物分解，不但降低了疗效，而且产生了其他物质，增加了过敏几率。

5、手术前用药没有在病程记录中体现术前半小时用药。外科有用喹诺酮类药物，按规定尽量不用喹诺酮类药物。骨科发现有先用克林霉素一次，又改为头孢类药物，病程记录里又不说明改药的原因，这违反用药规定。按规定是先用头孢类药物，如果头孢类药物有过敏，再考虑用克林霉素。

6、产科剖宫产患者有用抗生素预防感染，按规定是在婴儿出生后断脐后给药，不知道产科是如何使用的；还有发现用的是第二代头

孢类药物，这不符合规定，按规定只能使用第一代头孢类药物。

7、头孢类药物是浓度抗菌，有发现临床医生一天仅用药一次，而且用量偏大，这也不符合用药要求，要按规定一天两次给药，要按规定的用量给药。以上是我们检查发现的问题。

张锦华院长。梁主任反馈的这些问题，都是目前我们临床上存在的，希望能引起各位的重视，病程记录中要体现对用药进行分析，要按规定用药，回去后要组织科室人员进行学习，对不符合规定使用抗生素的病历，我们已经进行了整理，并且按科室归类，作了登记。希望不要再犯同样的错误，如果再犯同样的错误，要进行处罚，跟奖金挂钩。各科室把我们整理的病历带回去，重新作好病程记录，分析抗生素使用理由。

## 第二篇：合理使用抗生素合理使用抗生素

近日在印度等南亚国家出现一种新型“超级细菌”**ndm-1**（新德里金属 $\beta$ 内酰胺酶-1），有不少英美游客前往这些南亚国家接受价格低廉的整形手术，使其蔓延到英国、美国、加拿大、澳大利亚、荷兰等国家，全球已有 170 人被感染，其中英国至少造成 5 人死亡。而香港卫生署早在 xx 年 10 月就于一名 66 岁的印度裔男病人的尿液样本中发现了含有 **ndm-1** 的大肠杆菌，该病人已痊愈出院。，这次发现的其实不是一种新的细菌，而是一种新的耐药基因，实际上是一种酶，出现在大肠杆菌和肺炎克雷伯菌这两种细菌中。这种基因复制能力较强，可通过复制整合，使最终整合而成的多种细菌具有耐药性。

## 耐药性的概念

耐药性又称抗药性，一般是指病原体对药物反应降低的一种状态。是由于长期使用抗菌药物，应用剂量不足时，病原体通过产生使药物失活的酶、改变膜通透性阻滞药物进入、改变靶结构或改变原有代谢过程而产生的。耐药性严重者可使多种抗菌药物失效。

### 抗生素的概念

抗生素是微生物的代谢产物或合成的类似物，能抑制微生物的生长和存活，而对宿主不会产生严重的副作用。抗生素基本上可分为两大类，一为抑制病原的生长，二为直接杀死病原。可用于治疗大多数细菌感染性疾病；抗生素的主要来源是发酵，也可以通过化学合成和半合成方法制得。发现并应用抗生素是人类的一大革命，它成为人类同死神抗争的一大武器，因为人类死亡的第一大杀手就是细菌感染。

### 滥用抗生素危害巨大

据统计，我国每年有 8 万人直接或间接死于滥用抗生素，因此造成的肌体损伤以及病菌耐药性更是无法估量，滥用抗生素使我们为战胜疾病付出的代价越来越高。是药三分毒，抗生素也不例外。研究表明，每种抗生素对人体均有不同程度的伤害。链霉素、卡那霉素可引起眩晕、耳鸣、耳聋；庆大霉素、卡那霉素、万古霉素可损害肾脏；红霉素、林可霉素、强力霉素可引起厌食、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等胃肠道反应；氯霉素可引起白细胞减少甚至再生障碍性贫血。同时，链霉素、氯霉素、红霉素、先锋霉素会抑制免疫功能，削弱机体抵抗力。不少抗生素还可引起恼人的皮疹。“长期、反复不按规则使用抗生素会导致人体菌群失调和继发感染，对人的听力、肝、肾等产生危

害，还会产生过敏和毒性反应。”与显性的伤害比起来，滥用抗生素所造成的隐性（长期）伤害更为惊心。有很多病人因为经常使用抗生素，一旦病重时再用，效果就大受影响，这是因为长期使用抗生素，使身体的病菌产生了耐药性。

抗生素的使用原则有哪些。

能用窄谱的不用广谱的，能用低级的不用高级的，能用一种能解决问题的不用两种，轻度或中度感染一般不联合使用抗生素。合并用药的种类越多毒副作用越大，不良反应发生率就越高。在没有明确病原微生物时可以使用广谱抗生素，如果明确了致病的微生物最好使用窄谱抗生素，否则容易增强细菌对抗生素的耐药性。

抗生素的疗效有个周期，应在医生指导下服够必须的周期。有了效果就停药，已好转的病情也可能因残存细菌作怪而反弹。

强调综合治疗的重要性在应用抗生素治疗感染性疾病的过程中，应充分认识到人体防御机制的重要性，不能过分依赖抗生素的功效而忽视了人体内在的因素，当人体免疫球蛋白的质量和数量不足、细胞免疫功能低下，或吞噬细胞性能与质量不足时，抗生素治疗则难以奏效。因此，在应用抗生素的同进应尽最大努力使病人全身状况得到改善；采取各种综合措施，以提高机体低抗能力，如降低病人过高的体温；注意饮食和休息；纠正水、电解质和碱平衡失调；改善微循环；补充血容量；以及处理原发性疾病和局部病灶等。

如何使用抗生素才安全

抗生素滥用不是简单的“多用”，用量不足或不能按时服用也叫

“滥用”，只有遵照医嘱合理使用才是安全有效的，切忌自行停药或减药。

合理使用抗生素首先包括每次使用都要服够疗程和剂量。服用剂量不够，达不到有效血药浓度，不但不能彻底杀灭细菌，反而会使细菌产生耐药性。如果自行缩短疗程，细菌只是被暂时压制住，但会变成抵抗力更强的菌株。一般情况下，抗生素的服用疗程在 7 天左右，老人、儿童、孕妇、肝肾功能不好的人应该酌减。

此外，抗生素的合理使用还包括按“时”服药。如要求一天三次，不等于早、中、晚饭后各一次，而是每 8 小时服用一次。如果两次服药时间间隔太近，会造成药物在血液中浓度太高，导致神经或肝肾功能损伤；间隔太远，血液中药物浓度不够，对细菌的杀灭作用就会减弱，同样会产生耐药性。

### 第三篇：抗生素使用制度 抗生素使用管理制度

为规范、正确、合理地应用抗菌药物，提高细菌性感染的抗菌治疗水平，保障患者用药安全及减少细菌耐药性，根据卫生部发布的《抗菌药物临床应用指导原则》，结合我院的实际，特制定《沁源县人民医院抗菌药物临床应用实施细则》。

#### 一、抗菌药物临床应用管理制度

1、各级医师应熟悉《抗菌药物临床应用指导原则》，掌握合理应用抗菌药物的各种理论和知识，严格掌握抗菌药物应用的适应证、禁忌证，密切观察抗菌药物的不良反应、毒副作用。在临床确定适应证的基础上，要尽量贯彻先送培养标本作药敏试验，后用抗菌药物的原

则。

2、各级医师必须根据患者的临床症状、体征及实验室检查结果诊断为细菌感染者方可有选择性地使用抗菌药物。病毒感染。一般不使用抗菌素。对发热原因不明，且无可疑细菌感染征象者，不宜使用抗菌药物，如有细菌培养和药敏试验结果时应有针对性地应用抗菌药物。在抗菌药物品种选择上能用窄谱药物，就不用广谱药物，能用价廉药物，就不用昂贵药物，能用一种药物，就不联合用药。

3、无论医院感染还是社区获得性感染，当经验治疗用药 72 小时，临床治疗有效时，不管细菌培养和药敏试验如何，都应坚持用原有方案治疗，直至治愈或用药至 2 周。

4、严格掌握抗菌药物联合应用和预防应用的指征，一般不应三联或三联以上用药。

5、各级医师在应用抗菌药物时应根据各类抗菌药物的抗菌谱、抗菌活性、药代动力学、药效动力学特点、细菌耐药情况、不良反应、药物经济学以及患者的生理特点（如高龄、 $q'$ ， $/1$ 、孕产妇等）、病理特点（如肝肾功能损害、过敏体质等）、感染部位等具体情况制定经验性给药方案（包括种类、剂型、剂量、途径、间隔时间、配伍等），如有细菌培养和药敏试验结果，则调整为个体化给药方案。更换抗菌药物要慎重，除特殊情况外，一般在三天以上无效时方可考虑。 $i-q$ 时应密切观察病人是否存在菌群失衡情况。

6、对于严重、特殊的感染病人，应及时外送标本作细菌培养和药敏试验、院外会诊，必要时将病人转院治疗。

7、抗菌药物的临床应用实行分级管理。根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应、地区经济状况、药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用及特殊使用三类进行分级管理。

8、检验科、药剂科要为临床提供实验室监测资料，参与临床严重、疑难感染病例会诊，与临床共同讨论、制定抗菌药物个体给药方案。

9、临床科室应严格控制抗菌药物的皮肤、粘膜局部用药。

10、临床护士应了解各种抗菌药物的药理作用、配伍禁忌和配制要求，准确执行医嘱，并观察病人用药后的反应，发现异常及时报告并配合做好各种标本的留取和送检工作。

1、医院药事管理委员会每年一次讨论本院抗菌药物应用品种，选择疗效可靠、毒副作用小、相对廉价药物作为常规用药品种；暂停或淘汰临床应用无效或已产生严重耐药的药物；临床科室对发生严重不良反应的药物要及时报告；对新进的抗菌药物，要有计划地进行临床再评价；药剂科要保证药品供应，方便临床；临床科室不得擅自介绍抗菌药物让病人自购应用。

2、医院药事管理委员会应每半年举办一次抗菌药物研讨会，通过学术讲座、新药介绍等形式普及合理应用抗菌药物知识，并不断更新相关知识，以提高全院抗菌药物治疗水平。

## 二、抗菌药物临床应用分级管理规定

根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及我县经济状况、药物价格等因素，将目前我院使用的抗菌药物分为非限制

使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理。

### （一）分级原则

1、非限制使用。经临床长期应用证明安全、有效、对细菌耐药性影响较小、价格相对较低的抗菌药物。一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗，临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方。

2、限制使用。与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药物价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗。患者需要应用限制使用抗菌药物治疗时，应经科室主任同意，并签名。

3、特殊使用。不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵者。特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。患者病情需要应用特殊使用抗菌药物，应具有严格临床用药指征或确凿依据，经医务科审核同意，处方需经具有高级专业技术职务任职资格医师签名。

### （二）分级管理办法

1、临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合考虑，参照《指导原则》中的“各

类细菌性感染的治疗原则及病原治疗”合理选用抗菌药物。一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

2、临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方；患者需要应用限制使用抗菌药物治疗时，应经具有主治以上专业技术职务任职资格的医师同意并签名；患者病情需要应用特殊使用抗菌药物，应具有严格临床用药指征或依据，处方需经具有高级专业技术职务任职资格医师签名。

3、紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于 1 天用量，事后上级医生补签名。

4、抗菌药物选用原则上要根据药敏结果而定。住院病人一般在开始抗菌治疗前先留下相应标本，当即进行细菌培养，在本院暂不具备细菌培养和药敏试验的条件下，我们将委托上一级医院进行检验，临床科室可选择性地开展此项目，以尽早明确病原菌和药敏结果后再调整给药方案。

5、临床应严格掌握抗菌药物联合应用和预防应用的指征，抗菌药物应用率控制在 50% 以下。在抗菌药物品种选择上能用窄谱药物，就不用广谱药物，能用价廉药物，就不用昂贵药物，能用一种抗菌药物，就不联合用药；使用三联或以上抗菌药物（即同一患者同一时间以一张处方或多张处方开出的口服或注射药物以及口服与注射联合使用的抗菌药物），处方需经具有高级技术职务任职资格医师签名。

---

### （三）管理与监督措施

1、在医院药事管理委员会的领导下，院感办、医务科、护理部、药剂科、检验科、按各自的工作职责，做好对临床医师合理应用抗菌药物的管理与监督工作，把抗菌药物合理使用纳入各临床科室和医师个人的医疗质量和综合目标管理考核体系。对不合理使用抗菌药物的临床科室和医师个人给予通报批评并予以经济处罚。

2、各科室应成立抗菌药物临床应用督导小组，指导、检查本科室临床医师合理应用抗菌药物的情况，院感办把合理应用抗菌药物作为日常的工作指标之一。

3、对违违反抗菌药物临床应用分级管理辦法的医师，配药药师应要求处方医师修改处方。对拒不修改处方者，当事药师应予以记录，并及时上报。

4、医院药事管理委员会应通过讲座开展合理应用抗菌药物的培训与教育。定期与不定期组织有关人员对抗菌药物临床应用进行监督检查。

### 第四篇：合理使用抗生素合理使用抗生素，控制医院感染

滥用抗生素包括 2 个方面。过度、过量使用和疗程、剂量不足。医院感染可延长患者住院时间，每年因医院感染增加的医疗费用约为 46 亿美元，在我国住院死亡的患者中约 22.22%直接或间接与医院感染有关。

从 1929 年 **fleming** 发现青霉素至今，抗生素种类繁多，品种不断更新，新药源不断被开发出来，如何合理使用抗生素，已成为目前急

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/316022034010010205>