

围手术期抗菌药物持续改进措施（大全）

第一篇：围手术期抗菌药物持续改进措施（大全）

围手术期抗菌药物使用存在问题改进措施

一、考核内容：围手术期抗菌药物预防性合理使用。

二、考核项目：科室抗菌素使用率是否 $< 60\%$ ，I 类切口手术抗菌素预防使用率是否 $< 30\%$ ，I 类切口手术抗菌素预防使用时间是否不超过 24h，外科手术预防使用抗菌药物是否在 30min-2h。抗生素是否分级、合理使用。

三、围手术期抗菌药物预防性使用发现问题：

1、外科个别医师病历预防性使用抗菌素不规范、天数超过 24h。

2、外科 I 类切口抗菌素预防使用率超标。

3、外科手术预防使用抗菌药物没有在 30min-2h 内使用、如 9 月份外科病例徐海成、住院号 13090146、（多诊断左肾积水、左输尿管结石等）。

四、整改措施：

1、规范使用抗菌药物，并实行三级管理。使抗菌药物使用率和使用强度控制在合理范围内。

2、严格控制抗菌药物使用率。

3、监测外科手术预防使用的抗菌药物在 30min-2h 内使用。

五、效果评价：各科室及时纠正医务科反馈的质量缺陷，外科未再出现预防性使用抗菌素超天使用情况。外科 I 类切口抗菌素预防使用率趋于下降，但超标。

第二篇：抗菌药物持续改进

三病区

一类手术切口病人使用抗菌素持续改进

一、抗菌药物临床应用指导原则

第一部分

抗菌药物临床应用的基本原则 抗菌药物治疗性应用的基本原则

一、诊断为细菌性感染者，方可应用抗菌药物。根据患者的症状、

体征及血、尿常规等实验室检查结果，以及经病原检查确诊为细菌性感染者才可应用抗菌药物；

二、尽早查明感染病原，根据病原种类及细菌药物敏感试验结果选用抗菌药物。抗菌药物品种的选用原则上应根据药敏结果而定。危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，可根据患者的发病情况、发病场所、原发病灶、基础疾病等推断最可能的病原菌，并结合当地细菌耐药状况先给予抗菌药物经验治疗，获知细菌培养及药敏结果后，对疗效不佳的患者调整给药方案。

三、按照药物的抗菌作用特点及其体内过程特点选择用药，各种抗菌药物的药效学和人体药代动力学特点不同，因此各有不同的临床适应证。临床医师应根据各种抗菌药物的上述特点，按临床适应证正确选用抗菌药物。

四、抗菌药物治疗方案应综合患者病情、病原菌种类及抗菌药物特点制订

（一）品种选择：根据病原菌种类及药敏结果选用抗菌药物。

（二）给药剂量：按各种抗菌药物的治疗剂量范围给药。治疗重症感染。剂量宜较大（治疗剂量范围高限）。

（三）给药次数：应根据药代动力学和药效学相结合的原则给药。青霉素类、头孢菌素类和其他 β 内酰胺类、红霉素、克林霉素等消除半衰期短者，应一日多次给药。氟喹诺酮类、氨基糖苷类等可一日给药一次（重症感染者例外）。

（四）疗程：抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温正常、症状消退后 72-96 小时。

（五）抗菌药物的联合应用要有明确指征：

1．病原菌尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。

2．单一抗菌药物不能控制的需氧菌及厌氧菌混合感染，2 种或 2 种以上病原菌感染。

3．单一抗菌药物不能有效控制的感染性心内膜炎或败血症等重症感染。

4．需长程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生耐药性的感染，

如结核病、深部真菌病。

5. 由于药物协同抗菌作用，联合用药时应将毒性大的抗菌药物剂量减少，如两性霉素 B 与氟胞嘧啶联合治疗隐球菌脑膜炎时，前者的剂量可适当减少，从而减少其毒性反应。抗菌药物预防性应用的基本原则

一、内科及儿科预防用药

通常不宜常规预防性应用抗菌药物的情况：普通感冒、麻疹、水痘等病毒性疾病，昏迷、休克。中毒、心力衰竭、肿瘤、应用肾上腺皮质激素等患者。

二、外科手术预防用药

(一) 外科手术预防用药目的：预防术后切口感染；清洁-污染或污染手术后手术部位感染；术后可能发生的全身性感染。

(二) 外科手术预防用药基本原则：

1. 清洁手术：手术野无污染，不需预防用药，仅在下列情况时可预防用药：

(1) 手术范围大、时间长、污染机会增加；(2) 手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者；(3) 异物植入手术；(4) 高龄或免疫缺陷者等高危人群。

2. 清洁-污染手术：呼吸道、消化道、泌尿生殖道手术，由于手术部位存在大量人体寄殖菌群，此类需预防用抗菌药物。

3. 污染手术：此类手术需预防用抗菌药物。术前已存在细菌性感染的手术，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切除术、气性坏疽截肢术等，属抗菌药物治疗性应用，不属预防应用范畴。

4. 外科预防用抗菌药物的选择及给药方法：为预防术后切口感染，应针对金葡菌选用药物。结肠或直肠手术前应选用对大肠埃希菌和脆弱拟杆菌有效的抗菌药物。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 4 小时，总的预防用药时间不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。接受清洁-污染手术者的手术时预防用药时间亦为 24 小时，必要时延长至 48 小时。

二、《抗菌药物临床应用指导原则》的出台背景

1.抗菌药物品种多，销售无序；应用范围广，应用不规范；

2.不合理用药现象普遍，给病人造成极大的伤害 我国抗菌药物不合理应用比例>40%；有 40%家庭在没有医生指导下应用抗生素；我国每年有 20 万人死于药品不良反应，其中 40%死于抗菌药物滥用；每年有 3 万儿童因不恰当使用耳毒性药物所致耳聋，其中 95%由于使用氨基糖苷类药物所致。3..抗菌药物耐药性严重----超级细菌的出现。4.资源有限，研发费用昂贵

一种抗菌药物研发费用要 10 亿美元以上，周期 10 年，而一代耐药菌产生制药 2 年.围手术期使用抗菌药物的目的

1.预防手术部位感染：即发生在手术切口或手术深部器官或腔隙的感染。2.SSI 约占全部医院感染的 15%。

3.约占外科病人医院感染的 35%---40%。

围手术期抗菌药物预防应用管理

一、手术部位感染(surgical site infection, SS I)的定义及诊断标准

(一)SS I 的定义

SS I 是指围手术期(个别情况在围手术期以后)发生在切口或手术深部器官或腔隙的感染,如切口感染、脑脓肿、腹膜炎等。SS I 约占全部医院感染的 15%,占外科患者医院感染的 35% ~ 40%。SS I 的概念比“伤口感染”要宽,因为它包含了手术曾经涉及到的器官和腔隙的感染;又比“手术后感染”的概念要窄而且具体,因为它不包括那些发生在手术后不同时期,但与手术操作没有直接关系的感染,如肺炎、尿路感染等。

(二)SS I 的诊断标准

1.切口浅部感染:术后 30 d 内发生、仅累及皮肤及皮下组织的感染,并至少具备下述情况之一者:(1)切口浅层有脓性分泌物;(2)切口浅层分泌物培养出致病菌;(3)具有下列症状之一:疼痛或压痛,局部红、肿、热,医师将切口开放;(4)外科医师诊断为切口浅部感染。缝线脓点及戳孔周围有分泌物不列为 SS I。

2.切口深部感染:术后 30 d 内(如有人工植入物如人工心脏瓣膜、人工血管、人工关节、大块人工修补材料等则术后 1 年内)发生、累及

切口深部筋

膜及肌层的感染,并至少具备下述情况之一者:(1)从切口深部流出脓液;(2)切口深部自行裂开或由医师主动打开,细菌培养阳性且具备下列症状体征之一:体温 $> 38^{\circ}\text{C}$,局部疼痛或压痛;(3)临床或经手术或病理组织学或影像学诊断发现切口深部有脓肿;(4)外科医师诊断为切口深部感染。感染同时累及切口浅部及深部者,应诊断为深部感染。

3.器官/腔隙感染:术后 30 d 内(如有人工植入物则术后 1 年内)、发生在手术曾涉及部位的器官或腔隙的感染,通过手术打开或其他手术处理,并至少具备以下情况之一者 1)放置于器官/腔隙的引流管有脓性引流物;(2)器官/腔隙的液体或组织培养有致病菌;(3)经手术或病理组织学或影像学诊断器官/腔隙有脓肿;(4)外科医师诊断为器官/腔隙感染。

二、手术切口的分类

SS I 的发生与手术野所受污染的程度有关。既往将手术切口分为三类: I 类清洁切口、 II 类可能污染的切口及 III 类污染切口。在实践中发现这种分类方法不够完善。为了更好地评估手术切口的污染情况,目前普遍将切口分为 4 类。按上述方法分类,不同切口的感染率有显著不同:据 Cruse 统计,清洁切口感染发生率为 1%,清洁 2 污染切口为 7%,污染切口为 20%,严重污染 2 感染切口为 40%。确切分类一般在手术后做出,但外科医生在术前应进行预测,作为决定是否需要预防性使用抗生素的重要依据。

三、SS I 的细菌学

最常见的病原菌是葡萄球菌(金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌),其次是肠道杆菌科细菌(大肠杆菌、肠杆菌属、克雷伯菌属等)。SS I 的病原菌可以是内源性或外源性的,大多数是内源性的,即来自患者本身的皮肤、黏膜及空腔脏器内的细菌。皮肤携带的致病菌多数是革兰阳性球菌,但在会阴及腹股沟区,皮肤常被粪便污染而带有革兰阴性杆菌及厌氧菌。手术切开胃肠道、胆道、泌尿道、女性生殖道时,典型的 SS I 致病菌是革兰阴性肠道杆菌,在结直肠和阴道还有厌氧菌(主要是脆弱类杆菌),它们是这些部位器官/腔隙感染的主要病原菌。在任何部位,手术切口感染大多由葡萄球菌引起。

四、预防性应用抗生素的适应证

抗生素对 SSI 的预防作用无可置疑,但并非所有手术都需要。一般的 I 类即清洁切口手术,如头、颈、躯干、四肢的体表手术,无人工植入物的腹股沟疝修补术、甲状腺腺瘤切除术、乳腺纤维腺瘤切除术等,大多无需使用抗生素。预防应用抗生素主要适用于 II 类即清洁 2 污染切口及部分污染较轻的 III 类切口手术。已有严重污染的多数 III 类切口及 IV 类切口手术(如陈旧开放创伤、消化道穿孔等),以及术前已存在细菌性感染,例如化脓性腹膜炎、气性坏疽截肢术等,应根据需要在手术前后应用抗菌药物,不属于预防用药范畴。预防性应用抗生素的具体适应证是:

(1) II 类(清洁 2 污染)切口及部分 III 类(污染)切口手术,主要是进入胃肠道(从口咽部开始)、呼吸道、女性生殖道的手术;

(2)使用人工材料或人工装置的手术,如心脏人工瓣膜置换术、人工血管移植术、人工关节置换术、腹壁切口疝大块人工材料修补术;(3)清洁大手术,手术时间长,创伤较大,或涉及重要器官、一旦感染后果严重者,如开颅手术、心脏和大血管手术、门体静脉分流术或断流术、脾切除术、眼内手术等;

(4)患者有感染高危因素如高龄(> 70 岁)、糖尿病、免疫功能低下(尤其

是接受器官移植者)、营养不良等。此外,经监测认定在病区内某种致病菌所致 SSI 发病率异常增高时,除追究原因外应针对性预防用药。

五、预防用抗生素的选择

选择抗生素时要根据手术种类的常见病原菌、切口类别和患者有无易感因素等综合考虑。原则上应选择相对广谱、效果肯定(杀菌剂而非抑菌剂)、安全及价格相对低廉的抗菌药物。头孢菌素是最符合上述条件的。心血管、头颈、胸腹壁、四肢软组织手术和骨科手术,主要感染病原菌是葡萄球菌,一般首选第一代头孢菌素如头孢唑啉、头孢拉定。进入腹腔、盆腔空腔脏器的手术,主要感染病原菌是革兰阴性杆菌,则多使用第二代头孢菌素如头孢呋辛,复杂、易引起感染的大手术可用第三代头孢菌素如头孢曲松、头孢噻肟。下消化道手术、涉及阴道的妇产

科手术及经口咽部黏膜的头颈部手术多有厌氧菌污染,须同时覆盖厌氧菌。一般是在第二、三代头孢菌素基础上加用针对厌氧菌的甲硝唑。肝、胆系统手术,可选用能在肝、胆组织和胆汁中形成较高浓度的头孢曲松、头孢哌酮或头孢哌酮/舒巴坦,或哌拉西林。表 2 所列药物可供选药时参考,但不同地区和医院 SS I 病原菌的分布及其耐药状况存在差异,选择预防药物时应充分考虑各自的特点。

患者对青霉素过敏不宜使用头孢菌素时,针对葡萄球菌、链球菌可用克林霉素,针对革兰阴性杆菌可用氨基糖苷类,大多二者联合应用。氨基糖苷类抗生素具有耳、肾毒性,不是理想的预防药物。但因其价廉易得,在我国耐药情况不严重的基层医院,在密切监控防止不良反应的情况下,仍有一定的实用价值。万古霉素一般不作预防用药,除非有特殊适应证,例如已证明有 MRSA 所致的 SS I 流行时。喹诺酮类由于其在国内的滥用,革兰阴性杆菌耐药率高,一般不宜用作预防,除非药物敏感试验证明有效。

下消化道手术除术中预防用药外,术前一日要分次口服不被吸收或少被吸收的肠道抗菌药物(如新霉素、庆大霉素、红霉素),并用口服泻剂或灌肠清洁肠道。不主张术前连用数日。

六、预防应用抗生素的方法

1. 给药的时机极为关键,应在切开皮肤(黏膜)前 30min(麻醉诱导时)开始给药,以保证在发生细菌污染之前血清及组织中的药物已达到有效浓度($> M IC 90$)。不应在病房给药而应在手术室给药。

2. 应静脉给药,30 min 内滴完,不宜放在大瓶液体缓慢滴入,否则达不到有效浓度。

3. 血清和组织内抗菌药物有效浓度必须能够覆盖手术全过程。常用的头孢菌素血清半衰期为 1~2 h,因此,如手术延长到 3 h 以上,或失血量超过 1500 ml,应补充一个剂量,必要时还可用第三次。如果选用半衰期长达 7~8 h 的头孢曲松,则无须追加剂量。

4. 一般应短程使用,择期手术结束后不必再用。若患者有明显感染高危因素,或应用人工植入物,或术前已发生细菌污染(如开放性创伤)时,可再用一次或数次到 24 h,特殊情况可以延长到 48 h。连续用药多日甚至用到拆线是没有必要的,并不能进一步降低 SS I 发生率。手术中发现

已存在细菌性感染,手术后应继续用药直至感染消除。

七、预防 SSI 的其他措施

尚有较多因素能影响 SSI 发生率,须采取以下综合预防措施。

1.尽量缩短手术前住院时间,减少医院内固有致病菌定植于患者的机会。

2.做好手术前准备工作,使患者处于最佳状态,如控制糖尿病、改善营养不良状况、积极治疗原有感染等。

3.传统的术前 1 d 剃毛已被证明是外科领域中的一个误区。剃毛后细菌会在表皮创面上定植,成倍地增加 SSI 的机会。在毛发稀疏部位无需剃毛。在毛发稠密区可以剪毛或用电动剃刀去毛。必须用剃刀剃毛时(如开颅手术),应在手术开始前在手术室即时剃毛。

4.严格遵守手术中的无菌原则,细致操作,爱护组织,彻底止血。切口的感染与失活组织多、残留有异物、血块、死腔等关系密切。

5.可放可不放的引流物尽量不放,能用密闭式引流的不用开放式引流,不起作用的引流物尽早拔除。长时间放置引流物不是持续应用预防性抗菌药物的指征。

6.局部用生理盐水冲洗创腔或伤口有助于清除血块、异物碎屑和残存细菌,但抗生素溶液冲洗创腔或伤口并无确切预防效果,不予提倡。

附表 1 手术切口分类

类别

标准

I 类(清洁)切口

切口手术未进入炎症区,未进入呼吸道、消化道及泌尿生殖道,以及闭合性创伤手术符合上述条件者

II 类(清洁-污染)切口

手术进入呼吸道、消化道或泌尿生殖道但无明显污染,例如无感染且顺利完成的胆道、胃肠道、阴道、口咽部手术

III 类(污染)切口

新鲜开放性创伤手术;手术进入急性炎症但未化脓区域;胃肠道内容物有明显溢出污染;术中无菌技术有明显缺陷(如紧急开胸心脏按

压)者

IV类(严重污染-感染)有失活组织的陈旧创伤手术;已有临床感染或脏器穿孔的手术

短时间预防应用抗菌素的优点

- 1.减少毒副作用
- 2.不易产生耐药菌株
- 3.不易引起微生态微波炉啊
- 4.减轻病人负担
- 5.可以选用单价较高但效果较好的抗生素
- 6.减少护理工作量

外科预防用药不合理现状

1.目的不明确:不需要使用的抗菌药物的清洁手术使用了抗菌药物。清洁手术选用只对革兰阴性杆菌或主要对阴性杆菌有效的药品,货含酶抑制剂的抗生素。

2.时机不当

3.周期太长:普遍超过 24-48 小时,一般为一周,通常连续使用到出院。4.选药不当甚至错误:清洁手术选用喹诺酮类、三代或四代头孢,含 β 内酰胺酶抑制剂的复合制剂。

5.给药方法不当:时间依赖型抗菌药物一天一次给药。外科治疗用药不合理现状:

1.治疗性用药未送病原学检查。2.选药不当。

3.给药时间间隔不当。

4.肝肾功能不全患者未调整用药。5.治疗药物监测方法不当。

我科 2013 年针对一类手术切口广泛应用抗菌药物理由及担心:

1.手术室无菌条件有限。

2.手术植入物(如疝修补片等)3.使用习惯4.无菌操作观念

针对规范使用抗菌素作如下改进:

1.学习相关文件《卫生部办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》卫办医政发(2009)38号

《全国抗菌药物临床应用专项整治》(2012)32号2.逐步减少抗菌素应用。

3.加强无菌观念及无菌操作规程。4.定期考核,自查,反馈。

5.规范要求,直至杜绝滥用使用抗菌素。

通过加强学习及临床监督我科逐步对一类手术切口不在使用抗菌素：

1.手术室硬件配套设施改进，如层流的应用。

2.逐步不在使用抗菌素，我科一类切口感染率基本为“零”。3.逐步加强管理抗菌素使用。

第三篇：围手术期预防性抗菌药物使用制度

冕宁漫水湾友松医院围手术期预防性抗菌药物应用

一、围手术期抗菌药物预防性应用的基本原则

（一）外科手术预防用药目的：预防手术后切口感染，以及清洁-污染或污染手术后手术部位感染及术后可能发生的全身性感染。

（二）外科手术预防用药基本原则：根据手术野有否污染或污染可能，决定是否预防用抗菌药物。

1.清洁手术：手术野为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。手术野无污染，通常不需预防用抗菌药物，仅在下列情况时可考虑预防用药：（1）手术范围大、时间长、污染机会增加；（2）手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等；（3）异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；（4）高龄或免疫缺陷者等高危人群。2.清洁-污染手术：上、下呼吸道、上、下消化道、泌尿生殖道手术，或经以上器官的手术，如经口咽部大手术、经阴道子宫切除术、经直肠前列腺手术，以及开放性骨折或创伤手术。由于手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可能污染手术野引致感染，故此类手术需预防用抗菌药物。

3.污染手术：由于胃肠道、尿路、胆道体液大量溢出或开放性创伤未经扩创等已造成手术野严重污染的手术。此类手术需预防用抗菌药物。

术前已存在细菌性感染的手术，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切除术、气性坏疽截肢技术等，属抗菌药物治疗性应用，不属预防应用范畴。4.外科预防用抗菌药物的选择及给药方法：抗菌药物的选择视预

防目的而定。为预防术后切口感染，应针对金黄色葡萄球菌（以下简称金葡菌）选用药物。预防手术部位感染或全身性感染，则需依据手术野污染或可能的污染菌种类选用，如结肠或直肠手术前应选用对大肠埃希菌和脆弱拟杆菌有效的抗菌药物。选用的抗菌药物必须是疗效肯定、安全、使用方便及价格相对较低的品种。

二、围手术期抗菌药物预防性使用注意事项

1. 给药方法：接受清洁手术者，在术前 0.5~2 小时内给药，或麻醉开始时给药，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 3 小时，或失血量大(>1500 ml)，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 4 小时，总的预防用药时间不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。手术时间较短(<2 小时)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 24 小时，必要时延长至 48 小时。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。

2. 单次剂量：严格按照药品说明书，如药品说明书没有说明具体剂量均按照一般感染的治疗量给药，例如头孢呋辛说明书：1)一般用法，一次 0.75—1.5g，q8h；2)严重感染或罕见敏感菌引起的感染，3) 1.5g，q6h；4) 脑膜炎，每 8 小时不超过 3g。当我们选择作为预防感染时按照 1)一般用法，一次 0.75—1.5g。具体剂量根据患者的情况（如体重）决定。

3. 注意溶媒的选择：部分头孢类抗生素的水溶液在 pH 值 6-7 时最稳定，酸性或碱性水溶液中均可加速其水解，葡萄糖注射液 pH 为 3.2~5.5，且葡萄糖是一种具有还原性的糖，选用葡萄糖做溶媒能促进 β -内酰胺类抗生素水解，且其在 pH 3.6 的溶液中 1h 抗菌效价损失 10%左右，故不宜选用。应选用 0.9%氯化钠注射液或复方氯化钠注射液，尽量在短时间(50~60min)内注射完。溶媒量要适量，例如对头孢类药物过敏患者在针对 G+ 选用克林霉素时，说明书有明确规定每 600mg 用 100—200ml；针对 G- 选用氨曲南时，说明书明确规定每 1g 至少加入 100ml 生理盐水或葡萄糖注射液中。

4. 不要随意更换药品：尽量使用初选药物，如果更换将导致初选药起不到到效果，更换的药物起不到预防用药的作用，据很多资料显示，术后预防用药和整个围手术期不用药物，发生感染的几率相差不多。5. 联合用药：大多无需联合用药。硝基咪唑类抗菌药物虽然有较好的抗厌氧菌作用，但并非所有的手术部位感染都有厌氧菌参与，只有涉及口腔、下消化道、阴道感染的手术，才需要使用这类药物如甲硝唑。

6. 某些抗菌药物虽然归为二代头孢，但是不能作为预防用药，如头孢西丁，很多资料归为二代头孢，但是此药本身为头霉素类药物，是不能作为切口预防用药。

三、附：卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知
卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知

中华人民共和国卫生部

2009-03-25 18:19:13

卫办医政发〔2009〕38号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：
《卫生部办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》（卫办医发〔2008〕48号）下发以来，各级卫生行政部门和医疗机构认真组织学习、贯彻落实，取得了一定的成效，部分地区医疗机构抗菌药物应用比例有所下降，围手术期抗菌药物预防应用进一步规范。为继续推进抗菌药物临床合理应用，根据2008年全国抗菌药物临床应用监测与细菌耐药监测结果，现就抗菌药物临床应用管理有关问题通知如下：

一、以严格控制Ⅰ类切口手术预防用药为重点，进一步加强围手术期抗菌药物预防性应用的管理 医疗机构要严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》中围手术期抗菌药物预防性应用的有关规定，加强围手术期抗菌药物预防性应用的管理，改变过度依赖抗菌药物预防手术感染的状况。对具有预防使用抗菌药物指征的，参照《常见手术预防用抗菌药物表》（见附件）选用抗菌药物。也可以根据临床实际需要，合理使用其他抗菌药物。医疗机构要重点加强Ⅰ类切口手术预防使用

抗菌药物的管理和控制。I类切口手术一般不预防使用抗菌药物，确需使用时，要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间。给药方法要按照《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定，术前0.5-2小时内，或麻醉开始时首次给药；手术时间超过3小时或失血量大于1500ml，术中可给予第二剂；总预防用药时间一般不超过24小时，个别情况可延长至48小时。

二、严格控制氟喹诺酮类药物临床应用

医疗机构要进一步加强氟喹诺酮类药物临床应用管理，严格掌握临床应用指征，控制临床应用品种数量。氟喹诺酮类药物的经验性治疗可用于肠道感染、社区获得性呼吸道感染和社区获得性泌尿系统感染，其他感染性疾病治疗要在病情和条件许可的情况下，逐步实现参照致病菌药敏试验结果或本地区细菌耐药监测结果选用该类药物。应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。对已有严重不良反应报告的氟喹诺酮类药物要慎重遴选，使用中密切关注安全性问题。

三、严格执行抗菌药物分级管理制度

医疗机构要按照《抗菌药物临床应用指导原则》中“非限制使用”、“限制使用”和“特殊使用”的分级管理原则，建立健全抗菌药物分级管理制度，明确各级医师使用抗菌药物的处方权限。

根据抗菌药物临床应用监测情况，以下药物作为“特殊使用”类别管理。医疗机构可根据本机构具体情况增加“特殊使用”类别抗菌药物品种。

（一）第四代头孢菌素：头孢吡肟、头孢匹罗、头孢噻利等；

（二）碳青霉烯类抗菌药物：亚胺培南/西司他丁、美罗培南、帕尼培南/倍他米隆、比阿培南等；

（三）多肽类与其他抗菌药物：万古霉素、去甲万古霉素、替KAO拉宁、利奈唑胺等；

（四）抗真菌药物：卡泊芬净，米卡芬净，伊曲康唑（口服液、注射剂），伏立康唑（口服剂、注射剂），两性霉素B含脂制剂等。

“特殊使用”抗菌药物须经由医疗机构药事管理委员会认定、具有抗

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/627134033023006042>