

中图分类号: R95 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2026)12-0041-06  
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2026.12.008



# 抗菌药物科学化管理联合品管圈提高基层医院抗菌药物使用合理性效果评价\*

庞冬梅<sup>1</sup>, 何 铭<sup>2</sup>, 周思思<sup>2</sup>, 梁淑华<sup>1</sup>, 万康珍<sup>1</sup>, 袁雪婷<sup>1</sup>, 陆碧丽<sup>1</sup>, 庞土友<sup>1</sup>, 罗世英<sup>2</sup>, 罗 群<sup>1,2Δ</sup>

(1. 广东医科大学附属遂溪医院·遂溪县人民医院, 广东 湛江 524300; 2. 广东医科大学药学院, 广东 湛江 524000)

**摘要:**目的 探讨基层医院提高抗菌药物使用合理性的干预措施。方法 针对临床科室抗菌药物不合理使用的突出问题, 临床药学科制订并实施抗菌药物科学化管理(AMS)专项方案, 构建抗菌药物专项处方点评、抗菌药物药学监护会诊、抗菌药物使用指标管控及专项培训服务模式, 并引入品管圈(QCC)管理工具, 组建工作小组, 进行原因分析、目标设定、对策制订与实施等; 通过医院信息系统收集2021年1月至2022年6月(AMS和QCC实施前)和2022年7月至2023年12月(AMS和QCC实施后)的抗菌药物使用数据及药学会诊量数据, 并评价干预效果; 并通过标准化流程巩固有效对策。结果 相比AMS和QCC实施前, 实施后, 住院患者抗菌药物使用率显著降低(44.21%比47.08%,  $P=0.012$ ); 微生物送检率(49.90%比40.48%)及特殊使用级抗菌药物送检率(86.34%比51.34%)均显著升高( $P<0.001$ ); I类切口手术预防性抗菌药物处方点评合格率(99.01%比92.64%)、用药时机在术前0.5~1.0h的比例(99.38%比92.15%)、预防用药时间 $\leq 24$ h的比例(50.63%比31.41%)均显著改善( $P<0.01$ ), 药物选择不合理率显著降低(1.88%比13.61%,  $P<0.01$ ); 第2代头孢菌素类(1.18%比12.37%)、第3代头孢菌素类(0.40%比3.85%)使用率均显著降低( $P<0.001$ ); 药学会诊量显著增加(771次比20次,  $P<0.001$ )。结论 基于AMS框架, 临床药师利用QCC法可显著提高基层医院抗菌药物使用合理性。

**关键词:** 抗菌药物科学化管理; 品管圈; 抗菌药物使用强度; 基层医院; 合理用药

## Effect Evaluation on Improving Rationality of Use of Antimicrobial Agents in Primary Hospitals by Antimicrobial Stewardship Combined with Quality Control Circle

PANG Dongmei<sup>1</sup>, HE Ming<sup>2</sup>, ZHOU Sisi<sup>2</sup>, LIANG Shuhua<sup>1</sup>, WAN Kangzhen<sup>1</sup>, YUAN Xueting<sup>1</sup>, LU Bili<sup>1</sup>, PANG Tuyou<sup>1</sup>, LUO Shiyong<sup>2</sup>, LUO Qun<sup>1,2Δ</sup>  
(1. Suixi Hospital of Guangdong Medical University · Suixi County People's Hospital, Zhanjiang, Guangdong 524300, China; 2. School of Pharmacy, Guangdong Medical University, Zhanjiang, Guangdong 524000, China)

**Abstract: Objective** To investigate intervention measures for improving the rationality of use of antimicrobial agents in primary hospitals. **Methods** In response to prominent issues of irrational antimicrobial use in clinical departments, the clinical pharmacy department formulated and implemented an antimicrobial stewardship (AMS) special program, establishing a service model comprising specialized antimicrobial prescription review, antimicrobial pharmaceutical care consultation, antimicrobial use indicator control, and specialized training. The quality control circle (QCC) management tool was introduced, and a working group was formed. The cause analysis, goal setting, strategy formulation and implementation were performed. Antimicrobial use data and pharmacy consultation data

\*基金项目: 广东医科大学附属遂溪医院医院重点工作项目; 广东医科大学附属遂溪医院医院质量安全改进目标项目。

第一作者: 庞冬梅, 女, 大学本科, 副主任药师, 研究方向为临床药学呼吸内科, (电子信箱)pdome@163.com。

Δ通信作者: 罗群, 女, 硕士, 主任药师, 研究方向为临床药理学和骨药理学, (电子信箱)13802821102@163.com。

[7] 陈 洁, 席文娇, 朱燕芬. 医院手术药房麻醉药品实行电子化登记账册的效果[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(24): 304-305.

[8] 李美娟, 李佳睿, 杨凯婷, 等. 新型智能麻醉药品管理系统对手术室药房管理的研究[J]. 中国医学装备, 2021, 18(12): 139-143.

[9] 张 力, 朱余兵, 朱庆贵. 智能管控药品管理系统在手术室药房的应用[J]. 中国数字医学, 2020, 15(6): 143-144.

[10] 谢瑾琳, 周 辉, 吴海滨, 等. 多维品质管理工具在医院精细化管理中的应用[J]. 管理观察, 2019(20): 175-176.

[11] 梁颖城, 钟 慧, 蓝晓步, 等. 基于循证药学及PDCA循环建立的重点监控药品合理使用评价模式的应用价值[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(14): 1-3.

[12] ZHONG XM, WU XX, XIE X, et al. A descriptive study on clinical department managers' cognition of the plan - do - check - act cycle and factors influencing their cognition [J]. BMC Med Educ, 2023, 23(1): 294.

[13] 潘爱芬. 头脑风暴法对护理质量控制的影响[J]. 广西医学, 2014, 36(2): 267-268.

[14] 雷金娟. 鱼骨图分析法在护理不良事件管理中的应用[J]. 中国医药指南, 2013, 11(17): 303-304.

[15] 杨文超, 韩 玲, 李雨辰, 等. 某院门诊药房信息化药品调剂差错防范体系的建立与运行[J]. 中国医院药学杂志, 2017, 37(8): 676-681.

(收稿日期: 2025-07-07; 修回日期: 2026-01-21)

from January 2021 to June 2022 (before AMS and QCC implementation) and from July 2022 to December 2023 (after AMS and QCC implementation) were collected from the hospital information system to evaluate the intervention effects. Effective countermeasures were consolidated through standardized processes. **Results** Compared with the period before AMS and QCC implementation, after implementation, the antimicrobial use rate in hospitalized patients was significantly decreased (44.21% vs. 47.08%,  $P = 0.012$ ). The microbiological testing rate (49.90% vs. 40.48%) and the testing rate for reserve - class antimicrobials (86.34% vs. 51.34%) were significantly increased ( $P < 0.001$ ). For prophylactic antimicrobial use in type I incision surgeries, the prescription review pass rate (99.01% vs. 92.64%), the proportion of medication timing within 0.5 - 1.0 h before surgery (99.38% vs. 92.15%), and the proportion of prophylactic medication duration  $\leq 24$  h (50.63% vs. 31.41%) were all significantly improved ( $P < 0.01$ ), while the rate of irrational drug selection was significantly decreased (1.88% vs. 13.61%,  $P < 0.01$ ). The utilization rates of second - generation (1.18% vs. 12.37%) cephalosporins and third - generation (0.40% vs. 3.85%) cephalosporins were significantly decreased ( $P < 0.001$ ). The times of pharmacy consultations significantly increased (771 time vs. 20 times,  $P < 0.001$ ). **Conclusion** On the basis of the AMS framework, clinical pharmacists utilizing the QCC method can significantly improve the rationality of use of antimicrobial agents in primary hospitals.

**Key words:** antimicrobial stewardship; quality control circle; antimicrobial use intensity; primary hospital; rational use of drug

随着抗菌药物的广泛使用,很多细菌由单一抗菌药物耐药逐渐发展为多重耐药和泛耐药<sup>[1]</sup>。目前,我国仍有较多医院尤其是基层医院,习惯大剂量、高频率使用抗菌药物<sup>[2]</sup>,此外,由于医师在用药习惯与经验上存在差异,信息系统不完善,监管力度不足,以及缺乏相关培训或培训不到位,抗菌药物滥用现象较普遍<sup>[2-4]</sup>,进而导致细菌耐药率呈逐年上升的趋势,严重威胁人类的生命健康。近年来,为提高感染性疾病的诊治水平、促进抗菌药物合理使用,遏制细菌、真菌耐药性,我国不断加强相关管理,推行了一系列政策与应对措施<sup>[5]</sup>。抗菌药物科学化管理(AMS)是通过行政管控、感染控制措施与专业技术团队协同,优化抗菌药物使用策略的管理体系,旨在减少细菌耐药性并提升临床疗效,全国大量三级医院已开展AMS管理工作,建立了长效管理机制<sup>[5-7]</sup>。品管圈(QCC)是一种通过持续药物改进循环来解决问题的团队协作管理模式,被广泛应用于提高医疗机构的管理质量<sup>[8-10]</sup>。但基层医院中联用两法开展抗菌药物管理的研究尚鲜见。本研究中旨在探讨AMS联合QCC提高基层医院抗菌药物使用合理性的成效。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

通过医院信息系统(HIS)收集2021年1月至2022年6月(AMS和QCC实施前)和2022年7月至2023年12月(AMS和QCC实施后)收治患者的抗菌药物使用数据[包括住院患者抗菌药物使用强度(AUD)、住院患者使用率、门急诊处方合格率和I类切口手术预防性抗菌药物使用率]及药学会诊量数据。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 构建AMS临床药学服务模式<sup>[7]</sup>

我院于2022年7月正式成立AMS工作小组,院长

及分管副院长分别担任组长与副组长,成员包括医务科、医院感染(简称“院感”)管理科、临床药学科、信息科、微生物实验室及感染性疾病重点科室(如呼吸内科、血液内科、重症医学科等)负责人。在制订的AMS实施方案中,明确了临床药师在AMS工作小组中的职责,强调了其在AMS组织架构中的核心地位(见图1,MDT为多学科会诊),并细化了其工作内容,实现了从被动工作模式向主动工作模式的转变。包括抗菌药物专项处方点评、抗菌药物药学监护会诊、抗菌药物使用指标管控及专项培训3种工作模式。具体内容如下。

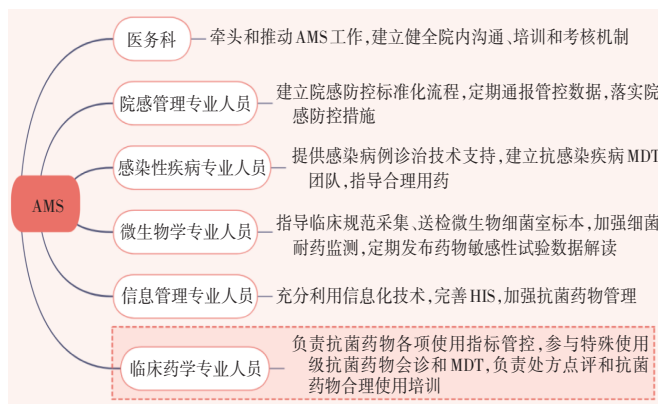


图1 AMS团队构成和主要职责

Fig. 1 AMS team composition and main responsibilities

抗菌药物专项处方点评模式:修订并完善了院内处方点评制度及实施细则,增设以下4项专项点评内容:1)抗菌药物处方(含门急诊处方及住院医嘱,每月随机抽取25%具有抗菌药物处方权医师的处方,每名医师不少于50份);2)I类切口手术病历(每月从各手术科室随机抽取5份);3)碳青霉烯类药物及替加环素使用医嘱(每季度采用等距抽样法抽取10份);4)国家抗菌药物临床应用监测网上报病历(每月30份)。同时,由医务科牵头,组织AMS小组成员每月对抗菌药物使用指标超标的科室实施针对性专科专项点评,要求限期整

改并进行循环复评,以持续改进质量。

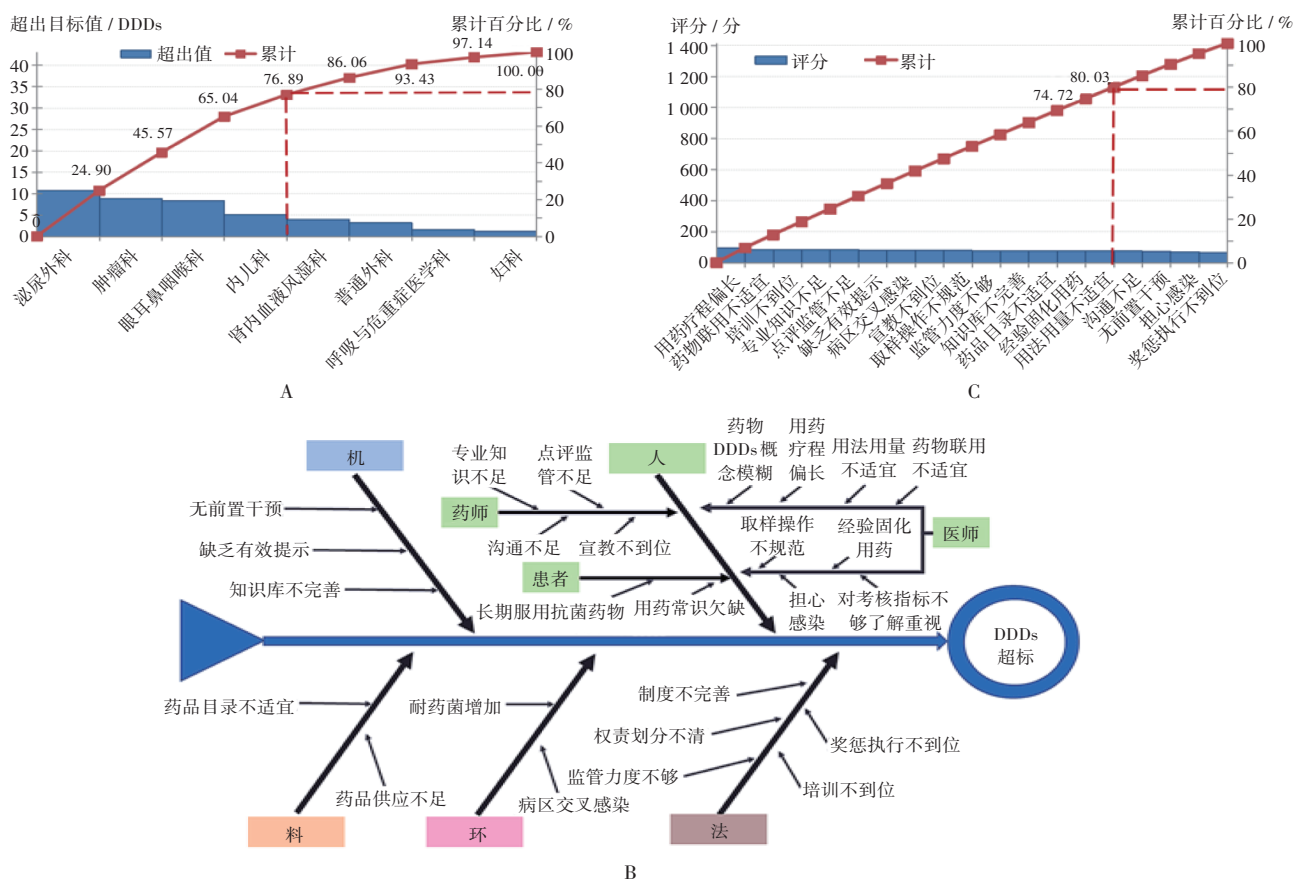
**抗菌药物药学监护会诊模式:**由具备扎实专业基础及丰富临床经验的高年资临床药师负责特殊使用级抗菌药物的会诊申请,并参与感染性疾病MDT,为复杂感染病例制订个体化用药方案。

**抗菌药物使用指标管控及专项培训模式:**临床药师依据每月监测的抗菌药物使用考核指标,对超标科室实施全医嘱审核、参与临床查房,深入分析超标原因。通过针对性专科培训与督导,促使相关科室达到目标值,并根据各科室合理用药实际情况动态、科学调整指标值。此外,针对存在的共性问题,由医务科定期牵头组织邀请院外知名专家面向全院医务人员开展抗菌药物合理使用专项培训,旨在全面提升医师、药师及护理人员的抗感染理论水平与实践能力。

### 1.2.2 开展QCC管理活动

我院引入QCC管理工具,由临床药学科开展以临床药师为主导的专项干预,并将QCC活动分为以下6个阶段。**1) 组建QCC小组:**由临床药学科药师组成QCC小组,选定圈长与圈员,明确各成员在项目中的职责与任务,确立活动主题与计划。**2) 现状调查与原因分析:**通

过收集基线数据(如抗菌药物使用率、AUD、不合理用药案例等),绘制改善前柏拉图,根据医院HIS统计得出2022年第四季度AUD现况值为每百人天37.09累计限定日剂量(37.09 DDDs),其中泌尿外科、肿瘤科、眼耳鼻喉咽喉科、内儿科的AUD远超控制值(累计百分比接近80%),设为改善重点科室,随后运用鱼骨图分析原因,采用“5-3-1”评分法评分,并根据“二八原则”初筛要因,4个重点改善科室医师同法二次评分及筛选,统计二次评分的总分,绘制要因分析柏拉图,获得要因14项(见图2)。并通过数据验证确定5项真因,包括培训不到位、系统缺乏有效提示、取样操作不规范、监管力度不够、药品目录不适宜。3) 目标设定与计划制订:设定QCC活动目标为降低AUD,目标值=现况值-现况值×改善重点×圈能力<sup>[11-12]</sup>,改善重点为76.89%,经圈员自评,圈能力赋值为0.2分,计算得目标值为31.39 DDDs,并制订详细活动计划与时间节点。4) 对策制订:针对真因制订系列对策,包括开展合理用药专项培训,提升医师抗菌药物知识水平;实施药学查房与全医嘱审核,加强对AUD超标科室的用药指导;加强抗菌药物专项点评机制与反馈流程;对问题突出科室实施约谈制度,强

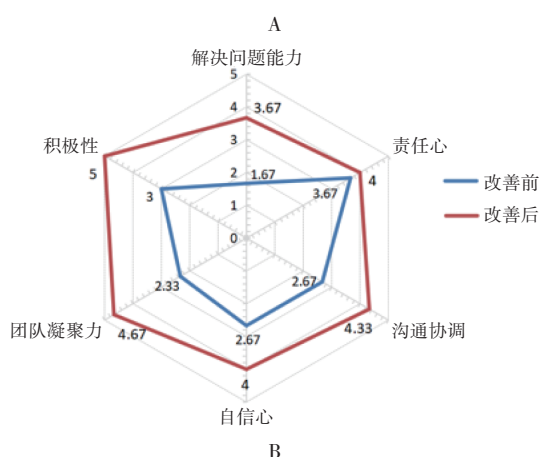
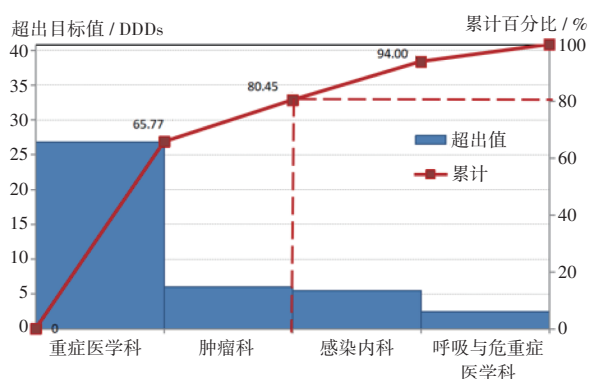


A. 改善前柏拉图 B. 鱼骨图分析 C. 要因分析柏拉图

图2 QCC活动的开展

A. Plato diagram before improvement B. Fishbone diagram analysis C. Plato diagram of cause analysis

Fig. 2 Implementation of QCC activities



A. 改善后柏拉图 B. 雷达图

图3 QCC活动的成效

A. Plato diagram after improvement B. Radar chart

Fig. 3 Effectiveness of QCC activities

化科主任管理责任。5) 对策实施与过程控制: 按计划推进各项对策, 定期召开圈会, 检讨实施效果, 及时调整干预策略。6) 效果评价与总结: 抗菌AUD由改善前的37.09 DDDs 降至31.22 DDDs (QCC专项统计周期数据), 优于预设目标值(31.39 DDDs), 呈持续下降趋势(2023年6月、7月、8月分别为34.57 DDDs、32.28 DDDs、31.22 DDDs), 干预后重点科室分布发生变化, 同时, 圈员在团队凝聚力、积极性、解决问题能力等维度均有明显提升(见图3)。最终通过标准化流程巩固有效对策, 形成可持续推广的管理机制。

### 1.3 统计学处理

采用SPSS 27.0统计学软件分析。计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示, 行Mann-Whitney  $U$ 检验; 计数资料以率(%)表示, 组间比较行Pearson  $\chi^2$ 检验或Fisher确切概率检验; 采用泊松回归(Poisson regression)分析AMS和QCC实施前后药学会诊次数的变化。模型中以药学会诊次数为因变量, 以实施前后(实施前=0, 实施后=1)为自变量, 并以住院总暴露人天数的自然对数(ln)作为偏移量(offset), 以校正暴露时间的不同。回归结果以发生率比[IRR, 即 $\text{Exp}(B)$ ]及其95%置信区间(CI)表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 抗菌药物使用情况

住院患者抗菌药物使用率和AUD: AMS与QCC实施后, 住院患者抗菌药物使用率显著降低( $P < 0.05$ ), AUD无显著变化( $P > 0.05$ )。详见表1(本表数据为研究全周期数据, 有别于1.2.2项下QCC专项统计周期)。

住院患者抗菌药物使用前微生物送检率: AMS和QCC实施后, 接受抗菌药物和特殊使用级抗菌药物治疗住院患者的微生物送检率均显著升高( $P < 0.001$ )。详见表2。

抗菌药物处方点评合格率: AMS和QCC实施前后门急诊抗菌药物处方点评合格率无显著变化( $P > 0.05$ ), I类切口手术预防性抗菌药物处方点评合格率显著升高( $P < 0.001$ )。详见表3。

手术预防性抗菌药物使用情况: AMS和QCC实施前, 手术预防性抗菌药物使用率为18.19%(621/3414), 实施后降至14.80%(514/3473), 差异有统计学意义

表1 AMS和QCC实施前后住院患者抗菌药物使用率和AUD比较 [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]

Tab. 1 Comparison of utilization rate and AUD in hospitalized patients before and after AMS and QCC implementation [ $M(P_{25}, P_{75})$ ]

时间	抗菌药物使用率(%)	AUD(DDD <sub>s</sub> )
实施前	47.08(44.67, 49.58)	40.50(31.18, 49.62)
实施后	44.21(42.21, 46.02)	37.16(33.64, 38.39)
$U$ 值	83.000	127.000
$P$ 值	0.012	0.268

表2 AMS和QCC实施前后住院患者治疗前微生物送检率比较 [% (例 / 总例数)]

Tab. 2 Comparison of pre-treatment microbiological testing rates in hospitalized patients before and after AMS and QCC implementation [% (cases / total cases)]

时间	抗菌药物治疗	特殊使用级抗菌药物治疗
实施前	40.48(8243 / 20363)	51.34(1338 / 2606)
实施后	49.90(10426 / 20893)	86.34(866 / 1003)
$\chi^2$ 值	369.487	373.129
$P$ 值	$< 0.001$	$< 0.001$

表3 AMS和QCC实施前后抗菌药物处方点评合格率比较 [% (份 / 总份数)]

Tab. 3 Comparison of antimicrobial prescription review pass rates before and after AMS and QCC implementation [% (prescriptions / total prescriptions)]

时间	门急诊抗菌药物处方	I类切口手术预防性抗菌药物处方
实施前	99.06(6720 / 6784)	92.64(554 / 598)
实施后	99.00(4158 / 4200)	99.01(501 / 506)
$\chi^2$ 值	0.087	26.219
$P$ 值	0.768	$< 0.001$

( $\chi^2 = 14.374, P < 0.001$ )。随机抽取 I 类切口手术病例 598 例(实施前)、506 例(实施后),其中分别有 191 例和 160 例患者预防性使用抗菌药物;实施后, I 类切口手术预防性给药时机在术前 0.5 ~ 1.0 h 的比例显著提高( $P < 0.01$ ),药物选择不合理率显著降低( $P < 0.001$ ),预防用药时间  $\leq 24$  h 的比例显著提高( $P < 0.01$ )。详见表 4。

I 类切口手术预防性抗菌药物使用品种情况: AMS 和 QCC 实施后,第 1 代头孢菌素类使用率显著提高,第 2 代、第 3 代头孢菌素类使用率显著降低( $P < 0.001$ )。详见表 5。

## 2.2 药学会诊量情况

开展 AMS 和 QCC 工作后,在信息科的支持下,逐步

表 4 AMS 和 QCC 实施前后 I 类切口手术预防性抗菌药物使用情况比较[例(%)]

项目	实施前 (n = 191)	实施后 (n = 160)	$\chi^2$ 值	P 值
用药时机				
术前 0.5 ~ 1.0 h	176(92.15)	159(99.38)	10.456	< 0.01
术后	15(7.85)	1(0.62)		
药物选择不合理	26(13.61)	3(1.88)	15.825	< 0.001
预防用药时间				
$\leq 24$ h	60(31.41)	81(50.63)	33.618	< 0.01
> 24 ~ 48 h	41(21.47)	43(26.88)		
> 48 h	90(47.12)	36(22.50)		

表 5 AMS 与 QCC 前后 I 类切口手术预防性抗菌药物使用品种情况

Tab. 5 Comparison of antimicrobial varieties for prophylactic use in type I incision surgeries before and after AMS and QCC implementation

药物种类	实施前 (n = 191)	实施后 (n = 160)	$\chi^2$ 值	P 值
第 1 代头孢菌素类				
头孢唑林	90(47.12)	151(94.38)	35.142	< 0.001
第 2 代头孢菌素类				
头孢呋辛	25(13.09)	6(3.75)	51.050	< 0.001
头孢孟多	49(25.65)	0(0)		
第 3 代头孢菌素类				
头孢他啶	5(2.62)	0(0)	14.748	< 0.001
头孢地嗪	5(2.62)	0(0)		
头孢噻肟	1(0.52)	0(0)		
头孢噻肟舒巴坦	9(4.71)	0(0)		
头孢唑肟	0(0)	1(0.63)		
头孢克肟	0(0)	1(0.63)		
头孢哌酮舒巴坦	3(1.57)	0(0)		
青霉素类				
氨苄西林	1(0.52)	1(0.63)	0.112	0.738
哌拉西林	2(1.05)	0(0)		
糖肽类				
万古霉素	1(0.52)	0(0)	*	1.000

注:\*表示采用 Fisher 确切概率检验,无统计值。

Note:\* indicates Fisher exact probability test,with no statistical value.

完善 HIS 药学会诊功能:系统新增药学会诊提醒功能与“药学会诊”模块,实现会诊记录电子化,方便药师查阅电子病历、评估患者病情与用药情况;对特殊使用级抗菌药物会诊设置权限,需医师填写《特殊使用级抗菌药物使用会诊单》并经抗感染专家组会诊方可开具处方,未经同意或越级使用的处方量限制不超过 1 d。临床药师积极开展工作,包括临床查房、用药指导、专项处方点评和抗菌药物专项培训,同时,加强与医务科和临床科室的沟通,积极参与。在抗感染相关的 MDT 中,临床药师作为核心成员,从药物相互作用、组织分布、个体化给药等药学角度综合分析,与治疗团队共同制订最优抗感染策略。临床医师对临床药师工作认可度越来越高,AMS 和 QCC 实施后,药学会诊量显著升高( $P < 0.001$ )。详见表 6。

表 6 AMS 和 QCC 实施前后药学会诊情况比较

Tab. 6 Comparison of pharmacy consultation status before and after AMS and QCC implementation

时间	会诊量(次)	出院人次	住院总天数(d)	Exp(B) (95% CI)	P 值
实施前	20	44 547	321 278	参考	
实施后	771	47 566	322 347	36.10 (23.16,56.28)	< 0.001

## 3 讨论

大量研究表明,AMS 管理在减少抗菌药物使用量及不合理用药方面均发挥了积极作用<sup>[7,13-15]</sup>。AMS 药学服务模式依托多学科团队协作,整合临床、技术与管理等多方面的专业优势,可促进抗菌药物的科学化与规范化管理<sup>[7]</sup>。

QCC 方法的应用主要是通过团队协作、问题分析和持续改进,将医疗质量管理从“被动应对”转为“主动预防”,可显著提升医疗质量、安全和服务效率,还可改善患者的体验,提升其满意度,同时也促进团队协作与文化建设,不仅能降低成本、优化资源,也可使管理流程标准化和持续监测各项管理指标,确保长期效果<sup>[16-18]</sup>。研究表明,QCC 方法运用在抗菌药物管理成效明显<sup>[19]</sup>。

本研究结果表明,AMS 联合 QCC 活动,可降低 AUD 至 40 DDDs 以下,并有效降低抗菌药物使用率及手术预防性抗菌药物使用率。同时,临床药师通过药学查房、全医嘱审核制度、会诊、用药指导及临床医师强化培训,规范了用药时机(术前 0.5 ~ 1.0 h)、预防用药时间(术后 24 h / 48 h)、抗菌药物遴选及治疗前微生物送检流程。上述干预措施显著降低了手术预防性抗菌药物用药时机不规范率、药物选择不合理率、用药时间不规范率及第 2 代、第 3 代头孢菌素类使用率,显著提升了特殊使用级抗菌药物治疗前微生物送检率,并有效遏制了特殊使用级抗菌药物(特别是碳青霉烯类及替加环素)的滥用现象。

此外,在开展 QCC 活动过程中,临床药学科针对药

学会诊环节存在的各类问题,系统性地完善了相关制度体系,具体举措包括:修订会诊管理制度,明确会诊药师资质要求及会诊质量评价标准;实施会诊质量互评机制(每月随机抽取20%会诊病例进行交叉互查);制订标准化会诊质量评价量表,建立量化考核机制;制订规范化会诊操作流程;建立统一会诊文书模板,实现会诊药师同质化培养;定期组织临床病例讨论会,强化会诊药师专业能力培训;设立专项绩效激励机制,表彰优秀会诊药师,提升药学会诊工作积极性;优化人力资源配置方案,保障节假日期间药学会诊服务的及时响应能力。通过上述措施显著提升了临床药师团队的综合能力。该团队积极主动的工作模式和严谨认真的工作态度获得了临床医师的广泛认可,药学会诊量显著升高。分析原因为,多学科AMS团队构建了协同高效的抗菌药物管理机制,同时应用质量持续改进管理工具促进了问题的系统性分析,使改进对策更具针对性。此外,临床药师提供的专业化指导有效规范了医师的处方行为。

我院为二级甲等医院,自2021年下半年被高校附属医院托管后,开始重视人才引进与管理优化,积极推进各项医疗质量管理持续改进工作。托管后,医院通过建立规范化制度框架,组建MDT管理团队,引入现代化管理理念,并应用质量持续改进工具优化临床药师工作流程等举措优化管理体系。同时,医院着力推进临床药理学学科建设,强化临床药师队伍的专业化培养,充分发挥其在合理用药中的专业技术支撑作用。为提升抗菌药物临床应用管理水平,针对临床科室不合理使用抗菌药物的突出问题,临床药学科自2022年下半年起参与AMS工作,充分发挥其在促进抗菌药物合理应用中的专业职能。然而,初步实施后仍存在一定局限性,主要表现为临床药师团队在绩效管理方案与会诊制度方面尚不完善,部分科室AMS改进措施的指标改善幅度未达预期,暴露出个体化管理难题。基于此,团队于2023年3月引入QCC管理工具,应用质量持续改进方法,开展以临床药师为主导的专项干预,系统优化抗菌药物管理流程,旨在降低AUD,促进合理用药,最终实现遏制细菌耐药的目标。上述措施有效落实了AMS机制,显著提升了我院抗菌药物临床应用的合理性,相关使用指标(如住院患者AUD、使用率,门急诊使用率及I类切口手术预防性抗菌药物使用率及药学会诊量等)得到系统性改善。然而,部分不合理用药现象仍然存在,需进一步强化信息化系统建设,完善绩效考核激励机制,以确保持续质量改进的长效性。

#### 参考文献

[1] 胡付品,郭燕,朱德妹,等. 2018年CHINET中国细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2020,20(1):1-10.

- [2] 李斌,彭晓凤. 抗菌药物不合理应用的现状与对策[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(17):4-7.
- [3] 徐燕君. 基层医院抗生素监管现状与问题分析[J]. 中医药管理杂志,2020,28(13):130-131.
- [4] 王英兰. 浅谈抗菌药物不合理使用的现状及对策[J]. 中国实用医药,2014,9(25):240-241.
- [5] 黄娟,汪渝婷,王虹霞,等. 抗菌药物合理使用管理模式改进与实践[J]. 中国药业,2020,29(14):7-11.
- [6] 高群,朱校勇,王鹏. 多部门联动推进抗菌药物临床合理使用的管理模式实践[J]. 中医药管理杂志,2020,28(12):111-112.
- [7] 刘秀珍,刘建军,李俊峰,等. 抗菌药物科学化管理药学服务模式构建与实施效果[J]. 中国药业,2023,32(19):37-40.
- [8] 恽琴素,姚卓贤. 课题达成型品管圈用于人文化出院带药新模式构建效果分析[J]. 中国药业,2022,31(20):26-29.
- [9] ZHANG D, LIAO MX, LIU TF. Implementation and Promotion of Quality Control Circle: A Starter for Quality Improvement in Chinese Hospitals[J]. Risk Manag Healthc Policy, 2020, 13: 1215-1224.
- [10] ZHANG D, LIAO MX, ZHOU YP, et al. Quality control circle: a tool for enhancing perceptions of patient safety culture among hospital staff in Chinese hospitals[J]. International Journal for Quality in Health Care, 2020, 32(1):64-70.
- [11] 朱秋珍,盛丰,时扣荣,等. 品管圈降低门急诊药房24小时内未取药率效果分析[J]. 中国药业,2026,35(8):14-18.
- [12] 国家卫生计生委办公厅,国家中医药管理局办公室,解放军总后勤部卫生部药品器材局. 关于印发抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)的通知[A/OL]. (2015-07-24)[2025-06-01]. <https://www.nhc.gov.cn/zyygj/c100068/201508/9f7136d6fb034339a7c9348c72a8a1fd.shtml>.
- [13] 杨坤,王莹. AMS对某三级医院呼吸与危重症医学科抗菌药物使用的影响研究[J]. 医院管理论坛,2025,42(5):53-56.
- [14] 谈宜斌,梁科,王莹,等. 某院特殊抗菌药物科学化管理方法及其应用效果[J]. 中华医院感染学杂志,2025,35(5):741-745.
- [15] 张莉,王义俊,陈媛,等. 重症监护室革兰阴性菌耐药性变迁的影响因素与抗菌药物科学化管理干预研究[J]. 中国药业,2021,30(8):11-16.
- [16] 李小娟,刘娅,魏华莉,等. 利用品管圈管理工具改善住院病案首页填写质量[J]. 中国病案,2020,21(10):11-14.
- [17] 李玲玲,彭飞,顾春怡,等. 品管圈活动缩短妇产科腹部手术后尿管留置时间的应用效果[J]. 中华医院感染学杂志,2024,34(2):288-293.
- [18] 杨琪,徐丽芬,罗宇燕. 品管圈活动降低医院药占比效果分析[J]. 中国药业,2025,34(3):6-9.
- [19] 刘翔,景剑,马玉娇,等. QCC在提高抗菌药物治疗前病原学送检率的应用效果[J]. 新疆医学,2025,55(5):646-650.

(收稿日期:2025-06-20;修回日期:2026-05-08)