

Julia Strumiło

Analiza wpływu pacjentów na decyzje lekarzy rodzinnych dotyczące antybiotykoterapii

Streszczenie

Oporność bakterii na antybiotyki stanowi ważny problem we współczesnej medycynie. Znanymi czynnikami stymulującymi narastanie antybiotykooporności jest nadmierna preskrypcja antybiotyków oraz przepisywanie antybiotyków o zbyt szerokim spektrum. Większość antybiotyków jest wypisywana w medycynie rodzinnej, a najczęstszym powodem preskrypcji są zakażenia układu oddechowego. Głównym celem pracy była ocena rodzajów wpływu pacjentów, częstości poszczególnych rodzajów wpływu i ich istotności jeżeli chodzi o decyzje o antybiotykoterapii w zakażeniach dróg oddechowych w gabinetach lekarzy rodzinnych.

Cele szczegółowe obejmowały:

- analizę częstości przepisywania antybiotyków w zakażeniach dróg oddechowych i rodzaje przepisywanych antybiotyków, zgodność z wytycznymi antybiotykoterapii zakażeń dróg oddechowych
- analizę korelacji objawów klinicznych z częstością wypisywania antybiotyku, ocenę które objawy kliniczne są najsilniej skorelowane z wypisaniem jak również z nie wypisywaniem antybiotyku
- analizę rodzajów wpływu wywieranego przez pacjentów w celu uzyskania recepty na antybiotyki, częstości ich występowania, analizę korelacji z wypisaniem/ nie wypisywaniem antybiotyku
- łączną ocenę wpływu objawów klinicznych i odchyleń w badaniu przedmiotowym oraz wpływu pacjenta na decyzje o antybiotykoterapii.

Badanie realizowano w gabinetach lekarzy rodzinnych na terenie Białegostoku w latach 2007-2013. W badaniu wzięło udział 50 lekarzy rodzinnych i 50 lekarzy rezydentów, będących obserwatorami konsultacji pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych, przeprowadzonych przez lekarza specjalistę. W badaniu zastosowano metodę obserwacji bezpośredniej, która polegała na tym, że lekarz rezydent zapisywał w formie kwestionariusza ankiety konsultacje

kolejno przychodzących do gabinetu pacjentów z zakażeniami układu oddechowego. Kwestionariusz ankiety zawierał dane demograficzne pacjenta, kolejność konsultacji, objawy kliniczne i odchylenia w badaniu przedmiotowym, wykonane badania dodatkowe, prawdopodobne rozpoznanie, informację o rodzaju wypisanego antybiotyku bądź o nie wypisaniu antybiotyku. Ponadto zawierał on 10 czynników wywierania wpływu pacjenta na wypisanie antybiotyku oraz subiektywną ocenę lekarza rezydenta o fakcie wywierania lub nie wywierania przez pacjenta presji w celu uzyskania recepty na antybiotyk. Wyniki zostały przeanalizowane statystycznie przy pomocy testu Chi-kwadrat, łączny wpływ objawów podmiotowych i przedmiotowych oraz czynników wpływu pacjenta został przeanalizowany przy pomocy metody regresji logistycznej wieloczynnikowej.

Lekarze rezydenci zaobserwowali łącznie 1456 konsultacji pacjentów z zakażeniami układu oddechowego w poradniach lekarza rodzinnego na terenie Białegostoku. Średnia wieku pacjentów wynosiła 30,5 (rozpiętość wieku od 1 miesiąca do 91 lat). Najczęściej zgłaszanymi objawami ze strony dróg oddechowych były kaszel– u 1037 pacjentów (71,2%), ból gardła– u 919 osób (63,1% pacjentów), i katar– u 787 pacjentów (54,1%). Z odchyłeń w badaniu przedmiotowym najczęściej stwierdzano silnie czerwone gardło– u 556 osób (38,2% pacjentów) oraz powiększone węzły chłonne szyjne i/lub podżuchwowe– u 260 osób (17,9%). Ogółem nieprawidłowe wyniki badań dodatkowych stwierdzono u 76 pacjentów (w 5,2% wszystkich konsultacji)– lekarz rezydent zaznaczał w kwestionariuszu ankiety wyłącznie nieprawidłowe wyniki badań dodatkowych, co przemawia za rzadkim wykonywaniem badań dodatkowych w diagnostyce zakażeń układu oddechowego. Trzema najczęstszymi rozpoznaniem postawionymi przez lekarzy rodzinnych było rozpoznanie infekcji wirusowej (grypy lub przeziębienia) u 538 pacjentów (37%), ostrego zapalenia gardła prawdopodobnie bakteryjnego u 270 pacjentów (18,6%) oraz ostrego zapalenia oskrzeli u 143 pacjentów (9,8% wszystkich wizyt). Antybiotyk wypisano aż w 54,3% wszystkich konsultacji z powodu zakażeń układu oddechowego (u 790 pacjentów). Najczęściej przepisywanym antybiotykiem była amoksycylina, którą wypisano w 17,5% konsultacji (u 255 osób), następnie amoksycylina z kwasem klawulanowym w 11,7% konsultacji (u 170 osób), klarytromycyna w 9,2% konsultacji (u 134 osób) oraz cefuroksym– w 5,6% (u 81 pacjentów). Fenoksymetylopenicylinę wypisano tylko w 0,5% konsultacji– u 8 osób. Antybiotyk stosowano najczęściej jeżeli pacjent zgłaszał odksztuszanie ropnej (gęstej zielonej lub żółtej wydzieliny) oraz długość trwania objawów ponad 7 dni– antybiotyk wypisano odpowiednio w 83,1 oraz w 76,2% przypadków. Spośród analizowanych czynników wpływu pacjenta

najczęściej identyfikowano samodzielne podawanie prawdopodobnego rozpoznania przez pacjenta– u 308 osób (21,1%), najrzadziej– prośbę pacjenta aby nie wypisywać antybiotyku) – w przypadku 80 konsultacji (5,5%). Najbardziej zwiększało szansę wypisania antybiotyku samodzielne rozpoczęcie antybiotykoterapii przez pacjenta– w takim wypadku lekarz wypisał antybiotyk w 78% przypadków oraz poproszenie lekarza wprost o wypisanie antybiotyku– wypisywano go w 70% przypadków, a także podkreślenie nasilenia dolegliwości przez pacjenta– preskrypcja w 67% przypadków, oraz postawienie przez pacjenta prawdopodobnego rozpoznania swojej choroby– w 62% przypadków. W modelu regresji logistycznej wieloczynnikowej szansę wypisania antybiotyku najbardziej zwiększała obecność w badaniu przedmiotowym zmian osłuchowych typu rzężeń i trzeszczeń: niemal 27-krotnie, obecność wysięku lub nalotów na migdałkach– niemal 15-krotnie oraz świstów i furczenia– 13-krotnie. Tylko 3 czynniki wpływu pacjenta okazały się istotne w analizie metodą regresji logistycznej wieloczynnikowej: samodzielne rozpoczęcie antybiotykoterapii przez pacjenta zwiększało szansę otrzymania kontynuacji antybiotykoterapii od lekarza ponad 4-krotnie, prośba o antybiotyk wprost zwiększała szansę jego uzyskania niemal 2-krotnie. Prośba pacjenta aby nie wypisywać antybiotyku zmniejszała szansę jego otrzymania niemal 3-krotnie przy niezmiennych wartościach pozostałych cech.

Wnioski:

1. Występuje nadmierna preskrypcja antybiotyków w zakażeniach układu oddechowego.
2. Wybór antybiotyków w zakażeniach układu oddechowego jest generalnie zgodny z wytycznymi antybiotykoterapii, ale zbyt duży jest odsetek preskrypcji antybiotyków o szerokim spektrum.
3. Badania dodatkowe w celu diagnostyki zakażeń układu oddechowego są przeprowadzone bardzo rzadko.
4. Nieprawidłowa interpretacja zarówno objawów klinicznych, jak i odchyleń w badaniu przedmiotowym przyczyniają się do nadmiernego stosowania antybiotyków..
5. Proces preskrypcji antybiotyków jest procesem złożonym, wpływ pacjenta odgrywa w nim dużą rolę.
6. Największe znaczenie na decyzje lekarza o wypisaniu antybiotyku ma samodzielne rozpoczęcie antybiotykoterapii przez pacjenta, bezpośrednia prośba pacjenta aby wypisać antybiotyk oraz bezpośrednia prośba pacjenta aby nie wypisywać antybiotyku.