

# 临床药师会诊实践与体会

张俊忠

(河南省濮阳市人民医院药剂科,457000)

**[摘要]** 探讨临床药师对会诊患者的药学监护。临床药师在参与会诊中发挥药物治疗方面的优势,根据患者病情特点,提供用药方案,提高了临床药物治疗效果。临床会诊可发挥临床药师应有的作用,有利于临床药师综合素质的培养。

**[关键词]** 临床药师;会诊;药学监护

**[中图分类号]** R97

**[文献标识码]** C

**[文章编号]** 1004-0781(2010)06-0819-02

我院规定,住院患者具有病情危重、治疗中异常反应、病程较长、使用多种药物或脏器功能不全等情况时,特别是医务科组织的医院内多学科会诊时,临床药师必须参加。临床药师参与临床会诊,分析临床用药的疗效、药物相互作用与不良反应等,同时根据患者病情为临床医生提供合理的治疗方案。临床药师参与会诊提高了药物治疗的安全性和有效性,发挥临床药师应有作用,对临床药学的发展起到促进作用。笔者介绍我院临床药师在临床会诊中实践和体会,给临床药学工作者参考。

## 1 分析药物间相互作用的临床症状

患者应用多种药物,药物间的相互作用引起临床症状异常时,要调整用药,避免进一步损害,同时改善患者的症状。例 1,男,46 岁,2008 年 11 月 23 日因蛛网膜下腔出血入院,没有其他病史,血常规、肝肾功能正常。临床用药:尼莫地平 4 mg + 5% 葡萄糖注射液 500 mL,iv,qd;2008 年 11 月 24 日,患者咳嗽,痰量增多,应用头孢哌酮/舒巴坦 3 g + 0.9% 氯化钠注射液 100 mL,iv,q12h;2008 年 12 月 4 日,临床考虑混合真菌感染,加用氟康唑注射液 0.2 g,iv,qd,临床症状好转;2008 年 12 月 5 日,实验室检查示:丙氨酸氨基转移酶(ALT) 121 U · L<sup>-1</sup>,天冬氨酸氨基转移酶(AST) 55 U · L<sup>-1</sup>,γ-谷氨酰转肽酶(GGT) 243 U · L<sup>-1</sup>,血尿素氮(BUN) 2.1 mmol · L<sup>-1</sup>,血肌酐(Cr) 35 μmol · L<sup>-1</sup>;给予甘草酸二铵(甘利欣) 150 mg + 5% 葡萄糖注射液 500 mL 静脉滴注,qd;2008 年 12 月 9 日体温开始上升,超过 38.5 °C;2008 年 12 月 11 日,血常规:白细胞计数(WBC) 2.81 × 10<sup>9</sup> · L<sup>-1</sup>,中性粒细胞(N) 0.627,红细胞(RBC) 3.86 × 10<sup>12</sup> · L<sup>-1</sup>,血小板计数(PLT) 269 × 10<sup>9</sup> · L<sup>-1</sup>。2008 年 12 月 11 日,临床药师参加会

诊,药师面临的问题:对患者出现体温异常增高如何解释,与用药是否有关,如何进一步治疗。临床药师分析:尼莫地平注射液辅料中含有乙醇,头孢哌酮含有四硫四氮唑侧链,应用时,将抑制乙醛脱氢酶的活性,使血中乙醛积聚,出现双硫仑样反应。另外氟康唑注射液也可加重肝功能损害。根据患者现没有真菌感染的症状,建议临床停用加重肝损害的药物氟康唑注射液,考虑药物的相互作用,建议临床停用尼莫地平注射液,可改为口服尼莫地平片 40 mg,q6 h,另外停用甘草酸二铵,改用还原型谷胱甘肽治疗药物性肝损害。调整用药后,2008 年 12 月 13 日,患者体温平稳,约 37 °C。2008 年 12 月 15 日,ALT 65 U · L<sup>-1</sup>,AST 40 U · L<sup>-1</sup>。2008 年 12 月 17 日,血常规:WBC 6.1 × 10<sup>9</sup> · L<sup>-1</sup>,N 0.762,肝功能正常,患者病情基本控制。

## 2 对基础性疾病危重患者及时选择用药

患者有多种基础疾病,用药受到限制,及时选择有效、安全的药物,使病情好转。例 2,女,74 岁。2009 年 1 月 30 日,以左颊面部肿痛 4 d、恶心、呕吐、黑便 2 d 入院,患者肾病综合征 6 a,对磺胺甲噁唑/甲氧苄啶(复方新诺明)过敏。血常规:WBC 4.2 × 10<sup>9</sup> · L<sup>-1</sup>,N 0.844,RBC 2.72 × 10<sup>12</sup> · L<sup>-1</sup>,PLT 56 × 10<sup>9</sup> · L<sup>-1</sup>。肾功能: BUN 34.45 mmol · L<sup>-1</sup>,Cr 580 μmol · L<sup>-1</sup>。临床对症治疗用药外,应用头孢哌酮/舒巴坦 1.5 g + 0.9% 氯化钠注射液 100 mL,bid,iv,抗感染疗效不佳;2009 年 2 月 4 日,患者出现兴奋、烦躁、幻觉,间断肢体不自主震颤,无意识障碍。2009 年 2 月 5 日,胸部 X 线片示:右肺感染。抗感染药换为哌拉西林/他唑巴坦 4.5 g,bid,iv。2009 年 2 月 7 日,痰培养:嗜麦芽窄食假单胞菌、曲霉菌。嗜麦芽窄食假单胞菌对哌拉西林/他唑巴坦、替卡西林/克拉维酸、左氧氟沙星、多粘菌素、头孢哌酮/舒巴坦、磺胺甲噁唑/甲氧苄啶敏感,临床继续应用哌拉西林/他唑巴坦;2009 年 2 月 14 日,患者症状加重,胸部 X 线片示:右肺上叶、左肺下叶见斑片状磨玻璃影,双侧胸膜见新月状液体密度影。临

**[收稿日期]** 2009-07-28 **[修回日期]** 2009-10-12

**[作者简介]** 张俊忠(1972-),男,河南濮阳人,主管药师,学士,主要从事临床药学工作。电话:0393-4402292,E-mail:zhangjunzhongpy@126.com。

床药师面临的问题:如何控制患者感染症状及如何对曲霉菌感染用药。临床药师分析,正常状态下吸入曲霉菌孢子不一定致病,只有免疫功能低下或长期慢性疾病的患者吸入曲霉菌才引起致病,特别在器官移植、白细胞减少、接受免疫抑制药、糖皮质激素治疗的患者常见<sup>[1]</sup>。患者出现神经系统改变,如谵语、幻觉、淡漠,甚至昏迷,头颅CT检查除外脑血管病<sup>[2]</sup>,也是继发侵袭性真菌感染的临床表现。结合患者的病历及临床表现,临床医生应及时抗真菌治疗,报道先发抗真菌治疗是对已有真菌感染迹象,但尚无临床表现的患者进行抗真菌治疗,对高危患者可能有益<sup>[3]</sup>。建议临床应用醋酸卡泊芬净,该药不良反应相对较小,不存在多烯类药物的细胞毒性,急性肾衰竭患者无需调整剂量。由于氟康唑、两性霉素B耐药菌株增多,卡泊芬净有可能在临床治疗中发挥重要作用<sup>[4]</sup>。首日给予卡泊芬净70 mg,随后50 mg,qd,iv。2009年2月20日,透析后,BUN 7.0 mmol·L<sup>-1</sup>,Cr 132 μmol·L<sup>-1</sup>。痰培养无致病菌生长,2009年2月23日,患者各项指征均好转,出院。

### 3 根据临床症状及时完善用药方案

临床用药单一、局限,临床药师应用充足的药物治疗资源,完善用药方案,达到应有的治疗效果。例3,男,76岁。类风湿关节炎病史20 a,5 a前诊断为肺气肿,2008年12月19日以慢性阻塞性肺疾病加重入院,患者应用左氧氟沙星、头孢哌酮/舒巴坦抗感染治疗,应用沙美特罗替卡松吸入剂,氨溴索30 mg,qd,iv。患者症状未见减轻;2009年1月6日,患者胸闷气喘,稍动即喘,双肺可闻及细哮鸣音及湿口音,血气分析:pH 7.44,动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)82 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),动脉血二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)50 mmHg。临床药师面临的问题:如何用药更好控制气喘症状。临床药师建议,加强抗感染治疗,可给予亚胺培南/西司他丁(泰能)1 g,q8 h,iv,大剂量氨溴索能够抗炎,缓解气道痉挛,减轻肺氧化损伤,祛痰,与常规药物合用能够明显提高临床控制率<sup>[5]</sup>。给予氨溴索90 mg,qd,iv,甲泼尼龙80 mg,qd,iv。同时加用胸腺素注射液100 mg,qd,iv。2 d后,患者症状好转,亚胺培南/西司他丁换为头孢哌酮/舒巴坦3 g,q12h;2009年1月11日,根据患者症状甲泼尼龙减量为40 mg,qd,iv;2009年1月15日,患者症状进一步好转,停用头孢哌酮/舒巴坦,甲泼尼龙改为20 mg,qd,po;2009年1月20日,患者症状好转出院,甲泼龙逐渐减量。例4,男,78岁,陈旧性脑出血,泌尿系感染,2009年5月31日,尿培养出铜绿假单胞菌,阿米卡星耐药,头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦、左

氧氟沙星、美洛培南敏感。临床应用头孢哌酮/舒巴坦3 g+0.9%氯化钠注射液100 mL,q12h。2009年6月9日,尿常规:红细胞(++),白细胞(+++)。2009年6月13日,再次尿细菌培养,结果和上次一样。临床药师面临的问题:如何治疗铜绿假单胞菌感染,提高治疗效果。临床药师根据临床症状和患者用药的安全,建议联合磷霉素。磷霉素联合头孢哌酮/舒巴坦经验性治疗多重耐药的严重感染具有较好的疗效<sup>[6]</sup>。磷霉素4 g+5%葡萄糖注射液250 mL静脉滴注完毕60 min后,立即给予头孢哌酮/舒巴坦静脉滴注,bid。2009年6月22日,患者尿常规正常,尿培养无细菌生长,患者症状好转出院。

### 4 体会

较好的工作模式有利于临床药师融合到临床医护人员之中,组成一个和谐的团队,相互合作,更好地为患者提供药学服务<sup>[7]</sup>。参加会诊既可以全面地了解临床面临的治疗问题,又可了解医师对药物治疗的思路和需求,临床药师可根据掌握药物资源对药物治疗方案进行整合,发挥更好的临床效果。

对会诊病历及时整理,建立以药物治疗为中心的病历,分析用药的原因、疗效和存在的不足,对患者的病情与药物治疗内涵更能深入地掌握。规范化药历的建立不仅是临床药师进行规范化药学服务的具体体现,也使药师对临床不合理用药的干预落到了实处<sup>[8]</sup>,同时促进临床药学的健康发展。

[DOI] 10.3870/yydb.2010.06.053

#### [参考文献]

- [1] 招云春,蔡少华,清怡. 肺曲霉菌病21例临床分析[J]. 军医进修学院学报,2009,30(1):62-64.
- [2] 刘微丽,陈爽,陈欢意,等. 高龄危重患者继发侵袭性真菌感染34例临床分析[J]. 临床误诊误治,2009,22(3):29-30.
- [3] 李光辉. 深部真菌感染的先发治疗[J]. 中国感染控制杂志,2009,8(1):1-2.
- [4] 赵彦,王强,梅丹. 卡泊芬净临床应用的药物利用评价[J]. 中国医院药学杂志,2009,29(3):241-242.
- [5] 李成义. 大剂量氨溴索治疗重度支气管哮喘急性发作期32例疗效观察[J]. 临床合理用药,2009,2(4):41-42.
- [6] 庞晓军,周宏伟,韦华. 治疗多重耐药的鲍曼不动杆菌感染的临床探究[J]. 中国药学杂志,2009,44(5):397-398.
- [7] 李颖,蔡伟,邹颖. 临床药师工作模式探讨[J]. 中国医院药学杂志,2009,29(11):944-946.
- [8] 钱小蕾. 心血管科药物治疗中临床药师的干预[J]. 中国医院药学杂志,2008,28(18):1604-1605.