

临床药师参与1例对多种抗菌药物过敏患者肺部感染的治疗实践^Δ

陆红柳*,张楠,杨啸白,夏文斌*(北京市垂杨柳医院药学中心,北京 100022)

中图分类号 R978.1;R969.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)32-4580-02
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.32.42

摘要 目的:探讨临床药师在患者入院评估和高风险患者全程药学监护中的作用。方法:临床药师通过对患者进行入院评估,参与1例对多种抗菌药物过敏患者肺部感染治疗用药方案的制订,根据药物的临床疗效和患者病情变化及时调整用药方案,提供个体化的药学监护。结果:医师采纳临床药师建议,患者肺部感染得到控制,转入社区医院康复治疗。结论:临床药师对患者入院评估并进行分类管理,定位高风险患者并进行全程药学监护,可以协助医师优化和完善治疗方案,确保用药安全。

关键词 抗菌药物过敏;患者评估;风险管理;临床药师;脑梗死;肺部感染

Participation of Clinical Pharmacists in Pulmonary Infection Therapy for a Patient with Hypersensitivity to Several Kinds of Antibiotics

LU Hong-liu, ZHANG Nan, YANG Xiao-bai, XIA Wen-bin (Pharmacy Center, Beijing Chuiyangliu Hospital, Beijing 100022, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To investigate the role of clinical pharmacist in pulmonary infection therapy for a patient with hypersensitivity to several kinds of antibiotics. **METHODS:** Through admission evaluation, clinical pharmacists participated in the formulation of pulmonary infection therapy regimen for a patient with hypersensitivity to several kinds of antibiotics. According to clinical efficacy and disease condition, clinical pharmacists adjusted therapy plan and provided individual pharmaceutical care. **RESULTS:** Physician adopted clinical pharmacist's suggestions, and then the patient transferred to community hospital after pulmonary infection had been controlled. **CONCLUSIONS:** Clinical pharmacists adopt admission assessment and classification management, position high risk patient, provide whole-course pharmaceutical care, and help physician to optimize and promote therapy plan, in order to guarantee the safety of drug use.

KEYWORDS Hypersensitivity to antibiotics; Patient assessment; Risk management; Clinical pharmacist; Cerebral infarction; Pulmonary infection

国家卫生和计划生育委员会医院等级评审要求医院配备临床药师,并参与临床药物治疗,提供用药咨询服务,促进合理用药。为了满足全院患者对临床药师的药学服务需求,需要在患者入院时进行用药风险的评估分类,对高风险患者进行全程药学监护,对低风险患者进行用药指导。本文结合临床药师参与1例对多种抗菌药物过敏的脑梗死患者肺部感染的药物治疗,探讨临床药师在患者入院评估和高风险患者全程药学监护中的作用。

1 病例资料

患者,男性,67岁。因“进行性头痛,意识障碍9h”入院。患者无明显诱因突发头痛,表现为右侧额部胀痛,未予特殊处理,后意识模糊,自服降压药,症状无明显好转;入院前3h,患者出现四肢抽动,急诊查体浅昏迷,头部CT示左侧外囊模糊,右侧枕叶低密度影,颅内陈旧性梗死灶,考虑脑梗死。

既往病史:高血压,患者规律服用降压药,血压控制尚可;糖耐量异常;心肌梗死10年;脑梗死2年,表现为右侧肢体无力,经治疗后恢复;有吸烟史,平均40支/d;有饮酒史,平均250ml/d;外院予头孢唑肟钠、头孢哌酮钠舒巴坦钠、拉氧头孢钠及头孢美唑钠皮试阳性;否认重大手术及外伤史。

入院查体:体温37.37℃,呼吸19次/min,血压156/105mmHg(1mmHg=0.133kPa),双肺呼吸音粗,闻及散在干湿啰音,心率90次/min。浅昏迷,查体不配合,双瞳不等大(左:右=4:1.5),对光反射消失,疼痛刺激左侧肢体可动,双侧巴氏征阳性,颈部血管听诊区未闻及明显杂音。入院诊断:(1)脑梗死(左侧颈内动脉系统,动脉粥样硬化);(2)高血压3级;(3)糖耐量异常;(4)冠状动脉粥样硬化性心脏病;(5)陈旧性心肌梗死;(6)陈旧性脑梗死。

2 治疗过程

入院后药物治疗方案为:阿司匹林肠溶片100mg,po,qd+

Δ 基金项目:首都卫生发展科研专项资助项目(No.首发2011-7021-02)

* 主管药师。研究方向:临床药学、药物分析。电话:010-65742380。E-mail:lu-hongliu@163.com

通信作者:主任药师。研究方向:药事管理、临床药学。电话:010-67718822-2184。E-mail:xia-wenbin@126.com

本栏目协办

上海交通大学附属第六人民医院
昆明贝克诺顿制药有限公司

阿托伐他汀钙胶囊 20 mg, po, qn+丁苯肽软胶囊 0.2 g, po, tid+舒血宁 20 ml, ivgtt, qd+桂哌齐特 240 mg, ivgtt, qd+醒脑静 20 ml, ivgtt, qd+依达拉奉 30 mg, ivgtt, bid。入院第 2 天, 患者体温 38.8 °C, 心率 108 次/min。血常规示白细胞(WBC) $18.3 \times 10^9 L^{-1}$, 中性粒细胞(GRA) $14.6 \times 10^9 L^{-1}$, 肌酐(CRE) 138 $\mu mol/L$ 。肺部闻及大量干湿啰音, 考虑为肺部感染, 医师首选青霉素类抗菌药物, 皮试阳性。吸烟患者的社区获得性肺炎多为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌^[1], 临床药师建议予克林霉素抗感染治疗, 并留痰培养及药敏试验。医师采纳建议予克林霉素磷酸酯 0.6 g, q12 h。估测患者肌酐清除率为 42 ml/min, 肾功能受损患者无需调整克林霉素磷酸酯剂量。

入院第 3 天, 患者体温 37.7 °C, 胃管引流出咖啡色物质, 潜血试验阳性, 考虑为应激性溃疡后并消化道出血, 予凝血酶冻干粉末 1 000 μg , po, q8 h 止血+泮托拉唑钠 40 mg, ivgtt, q12 h 抑酸, 停用阿司匹林。

入院第 5 天, 患者体温 37.2 °C, WBC $12.5 \times 10^9 L^{-1}$, GRA $9.1 \times 10^9 L^{-1}$, 目前治疗方案有效。痰培养回报口腔菌群正常, 复查。

入院第 8 天, 患者体温 38.8 °C, WBC $15 \times 10^9 L^{-1}$, GRA $12.6 \times 10^9 L^{-1}$, 痰培养回报鲍曼/醋酸钙不动杆菌复合体(++), 对第三代头孢、喹诺酮、碳青霉烯、氨基糖苷类抗菌药物敏感。医师考虑予喹诺酮类抗菌药物, 因其有中枢不良反应, 接受临床药师建议选择碳青霉烯类或氨基糖苷类抗菌药物控制肺部感染, 复查痰培养, 予依替米星 0.2 g, ivgtt, qd; 同时监测 CRE。

入院第 11 天, 患者体温正常, WBC $10.4 \times 10^9 L^{-1}$, GRA $7.5 \times 10^9 L^{-1}$, CRE 115 $\mu mol/L$, 双肺呼吸音粗, 可闻及散在干湿啰音。痰培养结果回报肺炎克雷伯菌肺炎亚种(++), 仍对氨基糖苷类药物敏感, 暂不改变抗菌治疗方案。胃管引流无咖啡色物质, 停用泮托拉唑。

入院第 17 天, 患者病情较平稳, 仍有咳嗽伴痰, 浅昏迷。停用依替米星。

入院第 26 天, 患者体温 39 °C, 痰培养结果回报铜绿假单胞菌(+++), 对阿米卡星、头孢吡肟、头孢他啶、环丙沙星、亚胺培南西司他丁钠、美罗培南、哌拉西林、哌拉西林钠他唑巴坦钠敏感, 但呼吸科会诊仍建议使用头孢吡肟。临床药师建议进行头孢吡肟皮试, 并指导护士进行皮试液配制: 取 1 g 头孢吡肟溶于 100 ml 0.9% 氯化钠注射液(NS), 混匀后取出 5 ml 加入 100 ml NS 中, 摇匀即得 0.5 mg/ml 皮试溶液; 皮试结果阴性, 将配制的皮试剩余溶液, 再加入头孢吡肟 1 g 即得输液。患者肌酐清除率估测值约为 40 ml/min, 故调整头孢吡肟为 2 g, q12 h。

入院第 29 天, 患者体温 37 °C, WBC $9.7 \times 10^9 L^{-1}$, GRA $7.1 \times 10^9 L^{-1}$ 。痰培养结果回报铜绿假单胞菌(+++)、肺炎克雷伯菌肺炎亚种(+++), 对头孢吡肟敏感。胸片及胸部 CT 平扫示肺部感染, 继续目前抗感染治疗。尿培养回报鲍曼不动杆菌, 仅对多黏菌素、亚胺培南西司他丁钠、美罗培南敏感。暂未采取针对性治疗。

入院第 36 天, 体温 36.5 °C, WBC $8.7 \times 10^9 L^{-1}$, GRA $6.4 \times 10^9 L^{-1}$ 。仍有咳嗽伴痰, 且痰量多。双肺呼吸音粗, 可闻及散在干湿啰音。医师停用抗菌药物。

入院第 38 天, 患者病情平稳, 转入社区医院康复治疗。

3 讨论

3.1 患者入院评估

临床药师对入院患者进行评估^[2], 包括患者基本情况、疾病相关危险因素、用药情况与依从性等内容, 将患者纳入风险

分级管理^[3]。

3.1.1 患者脑血管疾病危险因素分析 脑血管疾病的危险因素分为可干预与不可干预, 可干预的主要危险因素包括高血压、心脏病、糖尿病、吸烟、酗酒、血脂异常、颈动脉狭窄等, 不可干预的危险因素包括年龄、性别、种族和家族遗传性^[4-5]。该患者的危险因素分析显示, 应监护患者降压与冠心病的用药, 戒烟、限酒。

3.1.2 患者的用药情况分析 该患者长期坚持规律服药, 却再次发生卒中, 慢性病的控制效果不佳。患者入院浅昏迷, 对其实际用药依从性未进行问卷记录和评估。

3.1.3 患者的过敏史分析 约 5.6% 脑卒中患者合并肺炎, 15%~25% 脑卒中患者死于细菌性肺炎, 肺炎是脑卒中患者死亡的主要原因之一^[6]。该患者入院时浅昏迷, 易导致吸入性肺炎, 头孢唑肟钠、头孢哌酮舒巴坦钠、拉氧头孢钠及头孢美唑钠皮试阳性, 列入高风险管理。

3.2 抗菌治疗的药物选择

该患者感染涉及鲍曼不动杆菌, 推荐的常用药物包括舒巴坦钠及含舒巴坦钠复合制剂、碳青霉烯类、多黏菌素、替加环素、四环素、氨基糖苷类等^[7]。非多重耐药鲍曼不动杆菌感染, 可根据药敏结果选用 β -内酰胺类抗菌药物; 对青霉素和多种头孢过敏者, 受我院现有药品限制, 仅有碳青霉烯类和氨基糖苷类可选择。碳青霉烯类可用于敏感菌所致的各类感染或与其他药物联合治疗泛耐药、全耐药鲍曼不动杆菌, 其属于 β -内酰胺类抗菌药物, 与青霉素、头孢存在交叉过敏的可能。可能过敏的患者若必须选用碳青霉烯类, 临床药师推荐先做过敏试验。氨基糖苷类多与其他抗菌药物联合治疗敏感鲍曼不动杆菌感染。故对于青霉素和多种头孢过敏患者, 根据药敏试验, 避免选用已知的过敏药物, 若必须选用可能存在交叉过敏的药物, 应先做过敏试验。

对入院患者进行评估并进行风险分级管理, 定位高风险患者, 可合理利用临床药师资源, 满足全院患者药学服务需求。该病例也提示, 对多种抗菌药物过敏的重症患者应给予高度关注, 对其疾病发展过程与治疗过程应重点监护, 协助医师优化和完善治疗方案, 确保用药安全, 更好地发挥临床药师在医疗救治团队中的协同作用。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651.
- [2] 刘治军. 国外临床药师药物重整工作简介[J]. 药品评价, 2012, 9(32): 6.
- [3] 李幼平, 文进, 王莉. 药品风险管理: 概念、原则、研究方法与实践[J]. 中国循证医学杂志, 2007, 7(12): 843.
- [4] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 2-3.
- [5] O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study[J]. *Lancet*, 2010, 376(9 735): 112.
- [6] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146.
- [7] 陈伯义, 何礼贤, 胡必杰, 等. 中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(2): 76.

(收稿日期: 2014-12-14 修回日期: 2015-03-09)

(编辑: 陶婷婷)