

临床药师对1例耐万古霉素肠球菌感染患者的药学监护

赵媛媛^{1*}, 朱立勤^{2#}, 许国良¹, 王超男¹, 章袁³(1.解放军第153中心医院, 郑州 450000; 2.天津市第一中心医院, 天津 300192; 3.天津医科大学, 天津 300070)

中图分类号 R978.1; R969.3 文献标志码 B 文章编号 1001-0408(2013)14-1323-04
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2013.14.30

摘要 目的:探讨临床药学监护方法,促进药物合理应用。方法:以1例耐万古霉素肠球菌感染患者的诊治过程为例,药师针对药物品种选择、剂量调整、服用方法、针对特殊人群制订个体化给药方案等实行全程药学监护,包括疗效观察、不良反应监测和患者用药教育等,并进行效果评价。结果:临床药师与临床医师共同制订治疗方案,并对患者实施全程的药学监护,效果良好,患者治愈后出院。结论:临床药师对耐万古霉素肠球菌感染患者实行全程药学监护,有效地减少了药物的滥用,对合理、安全地使用药物起到了良好作用。

关键词 耐万古霉素肠球菌;药学监护;临床药师;用药教育

Pharmaceutical Care for a Patient with Vancomycin-resistant *Enterococcus* Infection by Clinical Pharmacists
ZHAO Yuan-yuan¹, ZHU Li-qin², XU Guo-liang¹, WANG Chao-nan¹, ZHANG Yuan³(1. No. 153 Center Hospital of PLA, Zhengzhou 450000, China; 2. Tianjin Frist Center Hospital, Tianjin 300192, China; 3. Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To investigate the methods of clinical pharmaceutical care and promote rational use of drug. METHODS: Taking diagnosis and treatment for a case of vancomycin-resistant enterococcus infection as example, pharmacists provided whole pharmaceutical care in respects of selection of drug type, dosage adjustment, route of administration, individualized dosing regimen for special population, including observation of curative effect, ADR monitoring and patient education. Therapeutic efficacy was evaluated. RESULTS: Clinical pharmacists and clinicians developed treatment regimens for patient, and provide whole pharmaceutical care for patient to achieve good effect. The patient was cured and discharged. CONCLUSIONS: Clinical pharmacists provide the entire course of pharmaceutical care for patient with vancomycin-resistant *Enterococcus* infection to reduce drug abuse effectively and play a good role in safe and rational use of drugs.

KEY WORDS Vancomycin-resistant *Enterococcus*; Pharmaceutical care; Clinical pharmacist; Medication education

3.3 腹腔感染充分引流至关重要

患者腹腔感染,进行清除病灶和腹腔冲洗引流,可极大减少感染部位(腹腔)细菌的数量。如果不及及时进行病灶清除和充分的冲洗和引流,感染部位有大量的病原菌,抗菌治疗效果肯定不佳。8月5日行剖腹探查、腹腔冲洗引流、小肠减压、阑尾切除、大网膜部分切除、后腹膜切开引流术。8月11日考虑患者既往有十二指肠溃疡,此次创伤应激后引起溃疡穿孔,并发后腹膜感染,并考虑存在升结肠坏死穿孔,立即行手术治疗,清除腹腔感染,行胃造口、空肠造口(肠内营养)、回肠造口、后腹膜充分引流术。患者经腹腔持续冲洗和引流,再配合抗感染治疗,症状逐渐减轻。

4 结语

医师在对外科患者的治疗中,除了手术之外,配合药物治疗对患者的早日康复也至关重要。外科医师在手术中可发挥自己的特长,但在患者术后感染药物的选用上需要临床药师给予配合,协助临床医师合理用药。本病例患者病情较复杂,术后切口感染,之后合并阑尾炎和继发腹膜后感染,这给术后抗感染治疗带来较大的困难。临床药师与医师进行较好的沟

通,同时对患者的药物治疗进行密切的药学监护,在抗感染药物的种类、用法、用量、药品不良反应的因果分析及防治等方面发挥自己的专业特长。通过积极参与患者的药物治疗,可发挥临床药师在药物治疗中的作用,使患者得到更好的药物治疗,保障患者用药的安全有效。

参考文献

- [1] 汝玲.金黄色葡萄球菌和铜绿假单胞菌4年耐药监测分析[J].中国医院药学杂志,2011,31(19):1637.
- [2] 杨青,危华玲.坏疽穿孔性阑尾炎术后患者的药学监护[J].中国药房,2010,21(42):4032.
- [3] 国家食品药品监督管理局药品审评中心,四川美康医药软件研究开发公司.临床药物信息参考[M].成都:四川出版集团四川科学技术出版社,2004:89.
- [4] 孝建华,孙兆荣,武夏明,等.某院万古霉素临床用药合理性分析[J].中国药房,2011,22(8):738.
- [5] 谭清武,李庆华.头孢哌酮钠舒巴坦钠致严重凝血功能障碍[J].药物不良反应杂志,2005,7(3):210.
- [6] 贾晋生,李树峰,杨大明,等.临床药师协助治疗难治性感染的实践与效果[J].中国药房,2011,22(42):4016.
- [7] 李瑞军,杨昭徐.微生态制剂在消化系统疾病中的应用进展[J].中国新药杂志,2003,12(6):417.

(收稿日期:2012-10-10 修回日期:2012-11-27)

* 主管药师,硕士。研究方向:临床药学。电话:0371-60641633。
E-mail: zhaoyuanyuan34@163.com
通信作者:主任药师,博士。研究方向:临床药学。电话:022-23626417。E-mail: zlq0713@yahoo.com.cn

近年来,由于第3代头孢菌素和氟喹诺酮类等抗革兰阴性杆菌药物在临床上的过度使用,导致多重耐药的肠球菌在医院内外迅猛蔓延,给临床控制感染带来了很大困难^[1-2]。相关文献报道,部分美国医院肠球菌所致重症监护病房患者感染中28%由耐万古霉素肠球菌(*Vancomycin-resistant enterococcus*,简称VRE)引起^[3]。本文结合1例VRE感染患者,介绍临床药师如何参与患者个体治疗的全过程,对患者进行全程药学监护,从而进一步探讨如何建立以药物治疗为目的的临床思维,更好地为临床服务^[4]。

1 病例资料

患者,男性,74岁,主因“声音嘶哑半月,咳喘加重1周”于2012年3月29日入住天津市第一中心医院呼吸科。患者30年前曾行阑尾切除术;十二指肠球部溃疡已痊愈10年;支气管哮喘、肺气肿病史近10年,发作时自行服用沙丁胺醇气雾剂治疗,平时家中服用沙美特罗替卡松吸入剂平喘;6年前因膀胱肿瘤行经尿道膀胱肿瘤电切术(TUR-BT);4月前诊断为“左肾积水,膀胱肿瘤复发伴淋巴结转移,左下肢深静脉血栓形成”。患者发育正常,瘦弱形体,双肺呼吸音低,两肺可闻及爆裂音。心音有力,律齐,心率85次/min,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双下肢不肿。患者无药物过敏史,无烟酒等不良嗜好。

入院查体,体温38.3℃,脉搏102次/min,血压130/70 mm Hg(1 mm Hg=133.322 Pa),呼吸21次/min;胸X线示:双肺下叶斑片状阴影,慢性纤维空洞型肺结核,右侧胸膜钙化,纵膈淋巴结增大,主动脉及冠状动脉硬化。实验室检查,血常规:白细胞(WBC)11.30×10⁹L⁻¹,血红蛋白107.00 g/L,血小板(PLT)216.00×10⁹L⁻¹,中性粒细胞百分比(N%)81.90%,红细胞沉降率(ESR)47.00 mm/h;血生化:钾3.81 mmol/L,钠139.30 mmol/L,白蛋白29.70 g/L,天冬氨酸氨基转移酶(AST)18.00 U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)15.40 U/L,肌酐(Cr)89.00 μmol/L。诊断为:肺炎、慢性喘息性支气管炎急性加重,膀胱肿瘤复发伴淋巴结转移,左下肢深静脉血栓形成,膀胱癌术后。

2 主要治疗过程及药学监护

2.1 治疗策略

患者入住呼吸科主要需要明确导致此次肺炎、喘息性支气管炎急性加重的病原菌,给予抗感染治疗,同时结合患者症状给予止咳、平喘、化痰、抑酸保护胃黏膜、抗血小板聚集等对症支持治疗。

2.2 治疗过程

患者入院后完善相应检查。初始治疗方案为:头孢哌酮/舒巴坦钠3 g, ivgtt, q12h抗感染;盐酸氨溴索30 mg, ivgtt, bid祛痰;多索茶碱0.2 g, ivgtt, bid平喘;单硝酸异山梨酯60 mg, po, qd扩冠;奥美拉唑20 mg, po, qd抑酸;氯吡格雷50 mg, po, qd抗血小板聚集等对症支持治疗。治疗后第4天患者憋喘未见好转,仍发烧,加用左氧氟沙星400 mg, ivgtt, qd覆盖非典型致病菌,第2天因患者出现精神兴奋、失眠而停用。入院第6天,痰培养查出曲霉菌,加用伏立康唑150 mg, po, qd抗真菌感染,治疗9 d患者症状未见好转,予以停用。之后痰培养2次回报VRE,根据2次药敏结果加用利奈唑胺600 mg, ivgtt, q12h治疗9 d后,患者病情好转,于2012年4月26日出院。

2.3 药学监护

2.3.1 对抗感染的药学监护。结合患者入院查体、白细胞、肺部听诊及胸部X线检查结果,初步诊断该患者为社区获

得性肺炎(CAP),结合CAP临床诊断及指南,对于老年人及伴有基础疾病或需要住院的患者,其常见致病菌为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、需氧革兰阴性杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他莫拉菌等。常选用第2、3代头孢菌素、β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂、喹诺酮类或碳青霉烯类。于是静脉给予患者头孢哌酮/舒巴坦钠抗感染治疗,酶抑制剂舒巴坦钠克服了头孢哌酮的耐药性,从而提高了疗效。临床药师根据患者血肌酐及体质量计算肌酐清除率(Ccr)为46.23 ml/min,建议给药剂量为3 g, ivgtt, q12h;并提醒患者在输注此药期间及停药后5 d内不能饮酒及饮用含酒精饮品、食物、药物,以避免双硫仑样反应。

患者入院前几天痰培养均无阳性结果回报,直至入院第6天(4月3日)痰培养回报:查见曲霉菌,痰涂片找到霉菌孢子及菌丝。医师为患者加用伏立康唑片150 mg, po, qd抗真菌感染。此时临床药师结合患者既往家中一直吸入沙美特罗替卡松吸入剂判断,吸入剂中的激素容易引发口腔局部真菌生长,尽管药师多次提示患者吸药后漱口,但依然存在痰标本污染的可能。药师和医师共同讨论后询问患者,患者主诉喘息严重,痰难咳出且拉丝,认为可加用抗真菌药伏立康唑片治疗霉菌感染。药师根据患者体质量,建议给患者伏立康唑400 mg, po, q12h作为首剂量,24 h后改为维持剂量200 mg, po, q12h。因伏立康唑对肝脏的潜在影响,故应监护患者肝功能。继续观察患者症状,嘱患者继续留取痰培养。

患者入院第14天(4月11日)仍间断低热,憋喘症状未见好转,抗真菌治疗无效,医师停用伏立康唑。患者2次痰培养(4月11、17日)均回报屎肠球菌,2次药敏试验见表1(S表示敏感,M表示耐药)。临床药师查阅有关文献,肠球菌细胞壁厚,对多种抗菌药物表现为固有耐药,对头孢菌素、林可霉素及复方新诺明等多种药物呈天然耐药^[5]。其中对人类致病的肠球菌主要为粪肠球菌(*E. faecalis*)和屎肠球菌(*E. faecium*)^[6],以屎肠球菌引发的感染更为严重。对于VRE所致感染,目前尚无可靠的治疗方案,基本治疗原则是根据药敏试验和临床情况选择用药,故控制VRE感染及传播显得尤为重要^[7],临床药师和医师立即将患者转至隔离病房,并提示护士可用聚维酮碘将患者原来病房进行彻底消毒。

表1 患者2次药敏试验结果

抗菌药物	4月11日		4月17日	
	S	R	S	R
氨苄西林		+		+
青霉素		+		+
环丙沙星		+		+
克林霉素		+		+
红霉素		+		+
高浓度庆大霉素		+		+
左氧氟沙星		+		+
利奈唑胺	+		+	
莫西沙星		+		+
呋喃妥因		+		+
奎奴普汀/达福普汀	+		+	
高浓度链霉素		+		+
四环素	+		+	
替加环素	+		+	
万古霉素		+		+
替考拉宁	+			+

根据2次痰标本药敏结果,屎肠球菌均对万古霉素耐药,4

月11日标本对替考拉宁敏感,但4月17日对该药却呈现耐药。2次标本均对利奈唑胺、奎奴普汀/达福普汀、四环素、替加环素敏感,从目前应用状况、副作用、以及药品供应情况考虑,只能选用利奈唑胺注射液来治疗耐万古霉素的屎肠球菌感染。利奈唑胺是第一个应用于临床的新型噁唑烷酮类抗菌药物,主要用于治疗多重耐药的革兰阳性球菌感染。其引起血小板减少的不良反应比较常见,发生率为13%^[6],但机制还不明确,一般认为是骨髓抑制^[7-8]。患者同时使用氢氯吡格雷抗血小板聚集。药师提示临床监护该患者血小板情况。使用利奈唑胺后3 d复查血小板为 $234 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,与入院时的 $251 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ 相比变化不大,在正常范围内。同时利奈唑胺注射液说明书及大多数文献^[9]均表明,老年患者常规使用量为600 mg, ivgtt, q12h, 不需根据肌酐清除率调整剂量。该患者老年且低体质量(51 kg), 如果按照10 mg/kg调整给药剂量^[10]应为510 mg, 与600 mg相差不大,可先按常规使用剂量给药,并密切关注患者病情变化。患者经过利奈唑胺注射液抗VRE治疗9 d后,体温恢复正常,WBC恢复正常($8.6 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$),无咳嗽、咳痰,喘息明显好转,后出院。

在治疗期间,患者出现1例不良反应:治疗第4天滴注左氧氟沙星注射液24 h,患者出现兴奋、夜不能寐、胡言乱语等不良反应。药师考虑其精神兴奋症状与左氧氟沙星注射液有关,建议停用该药。同时药师建议加用谷维素10 mg, po, tid联合维生素B₁ 10 mg, po, tid营养神经,医师采纳。停用该药12 h后患者精神兴奋症状消失。

2.3.2 对平喘治疗的药学监护。本例患者治疗过程应用多索茶碱0.2 g, ivgtt, bid平喘。茶碱类药物具有舒张支气管平滑肌作用,并具有强心、利尿、扩张冠状动脉、兴奋呼吸中枢和呼吸肌等作用^[11]。但茶碱的治疗窗较窄,治疗剂量和中毒剂量接近,应监测其血药浓度,对于老年人应适当减量。该患者选用的多索茶碱是新型茶碱类药物,文献^[12]中该药与传统治疗药物茶碱相比,即使在远高于治疗剂量的浓度下也没有类似腺苷拮抗药的不良反应;其治疗窗较氨茶碱大,安全范围大,对肺外其他系统如心脑血管系统、中枢神经系统以及消化系统的不良反应少,并具有茶碱所没有的镇咳作用。

2.3.3 对药物相互作用的药学监护。本例患者在治疗过程中曾同时应用奥美拉唑及伏立康唑。伏立康唑在体内经CYP2C19、CYP2C9、CYP3A4代谢,其中CYP2C19是其主要的代谢酶;同时该药是上述3种酶的抑制剂,而奥美拉唑在体内是CYP2C19抑制剂,两药合用可导致伏立康唑和奥美拉唑的血药浓度升高^[13]。临床药师建议停用质子泵抑制剂,加用胃黏膜保护药瑞巴派特片0.1 g, po, tid,在使用伏立康唑过程中监护患者肝功能,医师采纳。治疗期间患者肝功能未见明显改变。

3 出院教育

3.1 出院带药指导

再一次详细讲解并演示沙美特罗替卡松吸入剂的正确用法,并提醒患者吸完后漱口^[14],预防口腔真菌感染。

3.2 生活方式的教育

嘱患者保持开朗乐观的情绪、饮食结构的稳定,并适当增加锻炼、增强体质,加强高蛋白饮食摄入;同时考虑患者老年、抵抗力较差,嘱患者家属注意加强营养、提高体质,预防再次感染。另外,由于VRE主要存在于粪便、尿液和血液中,患者伤口、口腔、胃肠道和皮肤黏膜表面以及医疗器械也是可能感染源。VRE对氯己定、苯扎氯铵、聚维酮碘等消毒剂具有很高

的敏感性,含乙醇的制剂可强化杀菌作用,使用上述消毒剂进行消毒处理有利于减少VRE传播^[15]。药师告诉患者家属可以用以上消毒剂定期进行消毒。

4 小结

临床药师的工作不仅包括对医嘱的干预,也包括指导护士合理用药、对患者的用药教育。本文通过对1例VRE感染患者的全程药学监护,能及时发现药物治疗过程中出现的药物相互作用、药品不良反应、药物疗效变化等一系列问题,并给医师提供合理化建议,促进合理用药,体现了临床药师的价值^[16-17]。在此过程中,临床药师和医师、护士进行了良好沟通,密切配合医护人员,以医师-临床药师-护士合作团队合作的方式进行临床治疗工作^[18-19]。此外,临床药师也和患者建立了良好的医患关系,使患者积极配合治疗。因此,临床药师只有真正深入临床,才能真正了解患者病情、用药效果和和不良反应情况,从而发挥专业特长,解决药物治疗中出现的问题,保证了患者用药的安全、有效、经济。

参考文献

- [1] 胡锡池, 万林, 胡仁静. 肠球菌的临床分布特征及对利奈唑胺等新型抗菌药物的耐药性分析[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(7): 1 189.
- [2] 李金洋, 胡昭宇, 武静, 等. 万古霉素耐药的屎肠球菌感染1例[J]. 实验与检验医学, 2012, 30(2): 207.
- [3] National Nosocomial Infections Surveillance System. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004[J]. *Am J Infect Control*, 2004, 32(8): 470.
- [4] 朱曼, 王培兰, 侯继秋. 对1例肺隐球菌感染患者的药学监护[J]. 中国药物应用与监测, 2010, 7(1): 44.
- [5] 杨贺, 芮芳, 钟丽英. 尿液中分离出耐万古霉素的屎肠球菌1例[J]. 传统医药, 2011, 20(8): 76.
- [6] Garazzino S, De Rosa FG, Bargiacchi O, et al. Haematological safety of long-term therapy with linezolid[J]. *Int J Antimicrob Agents*, 2007, 29(4): 480.
- [7] 刘从海, 彭绍贤, 孙小东, 等. 利奈唑胺注射剂致血小板减少26例文献分析[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(4): 67.
- [8] 周玥, 杨明, 赵曜, 等. 利奈唑胺不良反应研究进展[J]. 中国药房, 2010, 21(2): 179.
- [9] McCollum M, Sorensen SV, Liu LZ, et al. A comparison of costs and hospital length of stay associated with intravenous/oral linezolid or intravenous vancomycin treatment of complicated skin and soft-tissue infections caused by suspected or confirmed methicillin-resistant staphylococcus aureus in elderly US patients[J]. *Clin Ther*, 2007, 29(3): 469.
- [10] 褚燕琦, 王春梅, 罗晓媛, 等. 对1例骨折截肢术后老年患者使用利奈唑胺的药物监测[J]. 中国药物应用与监测, 2010, 7(4): 232.
- [11] 杜玉娟, 杨周生, 刘治军. 1例支气管哮喘住院患者的药学监护[J]. 临床药物治疗杂志, 2010, 8(2): 55.
- [12] 张浩, 胡承志, 邹尔斌, 等. 多索茶碱治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病的临床观察[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(8): 1 174.

临床药师对1例吸入性肺炎患者的药学监护

龙 锐*, 陈庆宪#, 朱深银(重庆医科大学附属第一医院药学部, 重庆 400016)

中图分类号 R974;R978.1;R969.3 文献标志码 B 文章编号 1001-0408(2013)14-1326-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2013.14.31

摘要 目的:探讨临床药师开展对吸入性肺炎患者进行药学监护的方法。方法:从对1例因溺淡水造成吸入性肺炎患者的初始及后续抗感染、神经精神症状的改善、营养支持方案的制订等方面,进行药物治疗监护,总结经验。结果:临床药师评估患者状况、建立用药监护计划、采取合适措施并跟踪治疗,避免了潜在药物治疗风险,解决了药物治疗存在的问题。结论:建立并完善用药监护要点,及时与医师沟通,充分发挥药学专业技能,有利于开展药学监护。

关键词 药学监护;吸入性肺炎;临床药师

Pharmaceutical Care for a Patient with Aspiration Pneumonia by Clinical Pharmacists

LONG Rui, CHEN Qing-xian, ZHU Shen-yin (Dept. of Pharmacy, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To discuss the way to develop pharmaceutical care for a patient with aspiration pneumonia by clinical pharmacists. METHODS: The pharmaceutical care was given to a patient with aspiration pneumonia induced by drowning, in the aspects of the formulation of anti-infective regimen, improvement of mental and nervous symptom and the development of nutrition support plan. The process and experiences were recorded. RESULTS: Clinical pharmacist evaluated the patient's condition, prepared the plan of pharmaceutical care, selected appropriate measure and followed the treatment. The potential risk of drug therapy was avoided and the problem of drug therapy was solved. CONCLUSIONS: For carrying out pharmaceutical care, it is useful to set up key points of pharmaceutical care, communicate with physician in time and full use professional pharmaceutical skill.

KEY WORDS Pharmaceutical care; Aspiration pneumonia; Clinical pharmacist

吸入性肺炎是指口咽分泌物、胃内容物或其他刺激性液体被吸入下呼吸道,吸入同时可将咽部寄植菌带入肺内,首先引起化学性肺炎或损伤,同时或继发细菌性肺炎,严重者可发生呼吸衰竭或呼吸窘迫综合征^[1-2]。一般认为其处理主要有以下3个要点:气道局部处理、病原学获取和抗炎抗感染治疗^[3]。因溺淡水造成的吸入性肺炎在临床并不常见,医师在此种疾病的诊疗方面的经验不是很多,同时相关的文献报道也较少,也给患者的临床治疗带来了一定的难度。本文针对1例跌入农田造成的吸入性肺炎患者,分析了临床药师在药物治疗过程中的药学监护点,以期使患者达到最佳的药物治疗效果,也为以后的工作累积了一定的经验。

1 病例资料

1.1 病例介绍

患者,男性,22岁,入院前3天不慎跌入农田中,约2 min被其家属从泥水中拉出,发现意识丧失、呼之不应、呼吸快。立即送入当地医院住院治疗,入院时患者神志已恢复(约跌入后

1 h),烦躁,呼吸40次/min,口唇发绀。遂经口气管插管呼吸机辅助呼吸,予“头孢西丁2.0 g, q8h; 荼夫西林1 g, q6h, 静脉滴注”抗感染、祛痰等对症支持治疗,自气管插管中吸出泥水样物约40 ml。患者经上述治疗3 d,病情改善不明显,遂来我院就诊。查体:体温(T)38.2℃,脉搏(P)112次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)127/79 mm Hg(1 mm Hg=133.322 Pa)。急性热病容,经口气管插管固定好,平车推入病房。口唇发绀不明显(呼吸机辅助下)。球结膜明显水肿,瞳孔等大等圆,对光反射良好。双肺呼吸音粗,可闻及较多中细湿啰音及哮鸣音。血气分析:(吸氧50%)pH 7.45,氧分压 $[p(O_2)]$ 143 mm Hg,二氧化碳分压 $[p(CO_2)]$ 36 mm Hg,碳酸氢根 (HCO_3^-) 25 mmol/L,二氧化硫 (SO_2) 99%,氧合指数286。外院胸部CT:双肺可见弥散分布的斑片状、云雾状高度影,部分可见充气的支气管影,以双下肺为甚,右肺病灶较左侧多。头部CT未见异常。诊断:(1)吸入性肺炎;(2)I型呼吸衰竭。

1.2 病情进展与治疗经过

- [13] 曲彩红,黎小妍.伏立康唑与奥美拉唑可能的不良相互作用致肌病及肝功能恶化[J].药物不良反应杂志,2011,13(6):374.
- [14] 薛晓燕,方芸,丁选胜.呼吸科临床药师开展药学服务的实践与体会[J].海峡药学,2010,22(12):331.
- [15] 朱成宾,窦露.耐万古霉素肠球菌的流行病学及临床检测

- 方法研究进展[J].国际检验医学杂志,2012,33(6):746.
- [16] 郭作兵.1例慢性阻塞性肺疾病患者药物治疗的药学监护[J].中国执业药师,2012,9(3):37.
- [17] 毛素芳,晏廷念.硝普钠临床应用的药学监护[J].中国药房,2007,18(29):2319.
- [18] 周甘平,周舍典,林海峰,等.1例脑膜炎隐球菌患者的药学监护[J].中国药业,2012,21(5):34.
- [19] 杨梅,汤致强.临床药师对1例肿瘤患者的药学监护[J].中国药房,2008,19(14):1115.

(收稿日期:2012-12-04 修回日期:2012-12-25)

* 主管药师,硕士。研究方向:临床药学。电话:023-89012401。E-mail:lrzj820@yahoo.com.cn

通信作者:副主任药师。研究方向:医院药学。电话:023-89012410。E-mail:chenqx1025@yahoo.com.cn