

临床药师参与1例过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿的用药方案制订及药学监护

张春^{1*}, 李玉峰², 陈慧敏², 卜书红¹, 陆晓彤¹, 张健^{1#} (1. 上海交通大学医学院附属新华医院药剂科, 上海 200092; 2. 上海交通大学医学院附属新华医院儿内科, 上海 200092)

中图分类号 R954; R692.3 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)02-0270-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.02.44

摘要 目的: 探讨临床药师在过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿治疗中的作用。方法: 通过1例过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿的日常查房和诊疗, 针对患儿感染高危, 药师建议停用头孢美唑, 改用第三代头孢菌素与酶抑制剂的复合制剂头孢哌酮/舒巴坦加强抗感染治疗; 针对患儿出现病情反复, 药师建议再次给予抗过敏性紫癜治疗, 包括使用氯雷他定拮抗H₁受体、双嘧达莫抗血小板聚集等; 针对患儿的免疫抑制剂及过度水化, 建议补充钠盐、钾盐, 适当开放饮食摄盐量, 给予口服氯化钾 500 mg, tid, 并建议将甲强龙冲击与环磷酰胺冲击的时间间隔调整为5~7 d。结果: 经治疗数日后, 患儿上呼吸道感染症状缓解, 相关检查正常; 过敏性紫癜症状好转, 双下肢未有新鲜紫癜再次发生; 第2轮双冲击治疗后, 医师评估方案疗效不佳, 换用吗替麦考酚酯联用甲强龙治疗。结论: 临床药师参与临床治疗, 可切入药物治疗调整, 尤其在尚无明确药物治疗方案的疾病中协助医师决策, 制订个体化的药物治疗方案, 促进合理用药。

关键词 紫癜性肾炎; 用药建议; 抗感染药物; 免疫抑制剂; 药学监护

Participation of Clinical Pharmacists in the Formulation of Medication Scheme and Pharmaceutical Care for a Child with Purpura Nephritis Secondary to Henoch-Schonlein Purpura

ZHANG Chun¹, LI Yu-feng², CHEN Hui-min², BU Shu-hong¹, LU Xiao-tong¹, ZHANG Jian¹ (1. Dept. of Pharmacy, Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200092, China; 2. Dept. of Paediatrics Medicine, Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200092, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To investigate the role of clinical pharmacist in the treatment of purpura nephritis secondary to Henoch-Schonlein purpura (HSP). METHODS: Through daily rounds, diagnosis and treatment for a child with purpura nephritis secondary to HSP, based on infection risk, clinical pharmacists suggested to strengthen anti-infective treatment by using 3rd generation Cephalosporins and enzyme inhibitors compound preparation cefoperazone/sulbactam instead of cefmetazole. For the recurrent disease, pharmacists suggested to give the anti-HSP treatment again, including Loratadine inhibited H₁ receptor and dipyridamole inhibited platelet aggregation, etc. For immunosuppressant and excessive hydration, the medication scheme was suggested, such as sodium and potassium supplement, appropriate salt intake, oral dose of potassium chloride 500 mg tid, the interval time of methylprednisolone pulse and cyclophosphamide pulse adjusted to 5-7 days. RESULTS: After a few days of treatment, upper respiratory tract infection symptoms were eased with normal relevant inspection. HSP symptoms were improved, and no fresh purpura was found in lower limbs again. After the second cycle of double pulse therapy, physician believed that the scheme was poor in efficacy and replaced it with mycophenolate mofetil combined with methylprednisolon. CONCLUSIONS: Clinical pharmacists can participate in clinical treatment through adjusting drug treatment, especially assisting physicians to make decision under the condition of no identified therapeutic scheme, and developing individualized drug treatment scheme so as to promote rational drug use.

KEYWORDS Henoch-Schonlein purpura; Medication suggestion; Anti-infective drugs; Immunosuppressant; Pharmaceutical care

过敏性紫癜是儿童期最常见的小血管炎性疾病, 发病率为(10~20)/10万, 好发于4~6岁儿童, 常见于冬春两季^[1]。如果没有彻底清除病因, 会导致病情反复, 病程迁延, 超过6个月者, 易累及肾脏, 重者发展为紫癜性肾炎, 如进一步发展可加重至肾病综合征。紫癜性肾炎因肾脏组织病理变化复杂导致其临床症状轻重不一、疗程漫长, 目前尚无统一标准的治疗方案, 具体用药需根据患儿个体的病程及进展决定。本文对

临床药师参与1例过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿用药方案制订与调整、不良反应监测进行分析, 以探讨临床药师在过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿治疗中的作用。

1 病例基本情况

患儿, 女性, 8岁, 体质量35 kg。因“反复皮疹2个月, 颜面及双下肢水肿13 d”入院。患儿入院前2个月无明显诱因出现双下肢散在皮疹, 对称分布, 略高出皮面, 紫红色, 压之不褪色, 当时未予重视。入院前1个月, 皮疹增多, 散在分布于四肢及背部, 以双下肢为主, 部分连接成片状, 至当地医院, 门诊诊断“过敏性紫癜”, 予口服氯雷他定、泼尼松、赛庚啶、维生素C片, 同时给予地塞米松霜、七参连软膏外用等治疗10 d左右,

* 主管药师, 博士。研究方向: 临床药学、药理学。电话: 021-25077154。E-mail: chun_zhl@126.com

通信作者: 主任药师, 硕士生导师。研究方向: 临床药学、药理学。E-mail: zj_boss@126.com

用药期间皮疹反复,后至当地市级皮肤病专科医院接受泼尼松、西替利嗪口服用药及布地奈德、丙酸氟替卡松等外用治疗10余d,治疗第3天逐步出现颜面部及双下肢水肿,可凹陷性,浓茶色尿,少泡沫,无尿路刺激症状,尿量尚可,第6天出现双肘关节痛,第10天皮疹基本消退,但出现腹痛,无发热、咳嗽,无胸闷等不适,第12天至当地市人民医院,查尿常规:红细胞32个/HP,尿蛋白(+++),肝功能白蛋白22 g/L,总胆固醇6.99 mmol/L;尿量明显减少,未予特殊治疗。为求进一步诊治,来我院,门诊复查尿常规、肝功能较前无明显改变,超声提示腹水存在,肠系膜淋巴结稍大。门诊予甲强龙(MP)、头孢美唑、西咪替丁等治疗3 d,后收入儿内科进一步治疗。患儿患病以来,精神可,睡眠可,胃纳可,体质量无明显减轻,大便无特殊。

2 病程描述

根据该患儿入院治疗经过,病程分为三个阶段:第一阶段,过敏性紫癜继发紫癜性肾炎确诊,肾脏活检病理明确;第二阶段,据前期药物治疗疗效调整用药方案,给予MP冲击阶段;第三阶段,调整用药方案,加用环磷酰胺(CTX)双冲击,加强抗感染治疗。

第一阶段:患儿入院第1~10天。患儿入院后体检:神清,精神可,呼吸平稳。双下肢可见散在陈旧性皮疹,暗红色,压之不褪色。全身浅表淋巴结未及,颜面无明显浮肿,咽不红,扁桃体无肿大。双肺呼吸音清,未及明显啰音,心音有力,律齐,未及明显杂音及心包摩擦音。腹软,肝脾不大,未及包块。双下肢可凹陷性水肿,肌张力正常,神经系统症状阴性。门诊超声:腹水存在,肠系膜淋巴结稍大。患儿无发热,无咳嗽,无心悸、胸闷,无腹痛、关节痛,小便呈淡茶色,有泡沫,24 h尿量维持在1 900 ml,大便无特殊。血压98/66 mm Hg(1 mm Hg=133.322 Pa)。24 h尿蛋白定量3 218.79 mg,血浆白蛋白19.0 g/L,补体C₃ 0.85 g/L,补体C₄ 0.19 g/L,抗“O”测定57.50 IU/ml。胸片正常。泌尿系及胸腹水B超:腹水(最大径约37 mm),双肾稍大,膀胱未见明显占位,双侧输尿管未见明显扩张,双侧胸腔未见明显积液。

患儿有明确过敏性紫癜病史,病变累及皮肤、关节、胃肠道等多处组织器官,入院表现为水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症,伴有血尿、补体下降,达到肾病综合征标准,明确诊断:HSP、HSPN、肾病综合征型。初始药物治疗方案:缬沙坦降尿蛋白,双密达莫抗凝,氯雷他定抗过敏,泼尼松抑制免疫,低分子右旋糖酐、呋塞米利尿消肿;肾活检确定病理分型及分级,肾脏穿刺病理回报:系膜增生,1/3小球有细胞、纤维或纤维型新月体形成,紫癜性肾小球肾炎(局灶节段增生伴小型新月体形成)。

第二阶段:患儿入院第11~15天。患儿经前期住院治疗时仍有双下肢紫癜新发,眼睑、双下肢可凹陷性水肿持续存在,食欲下降,咳嗽咳痰,双肺呼吸音粗。实验室检查重点如下:补体C₃ 0.53 g/L, C₄ 0.08 g/L;尿常规:尿蛋白150.00 mg/dl,红细胞(镜检)6~7个/HP,白细胞(镜检)2~4个/HP;尿免疫球蛋白G 114.00 mg/L,尿转铁蛋白447.00 mg/L,尿微量白蛋白13 400.00 mg/L,α₁-微球蛋白50.50 mg/L。评估病情:过敏性紫癜病情反复,常规足量激素治疗后24 h尿蛋白定量下降不明显。医师补充诊断:上呼吸道感染。据病情调整治疗方案:停用原泼尼松足量口服给药方案;给予MP冲击治疗,加强

抗感染、抗过敏性紫癜治疗。

第三阶段:患儿入院第16~32天。经第二阶段治疗后,患儿水肿明显减轻,双眼睑水肿消退,双下肢仍轻度可凹陷性水肿。双下肢皮肤出现少量新鲜紫癜,针尖大小,压之不褪色。患儿时有咳嗽咳痰,双肺呼吸音粗。尿蛋白下降缓慢,24 h尿蛋白定量3 554.96 mg,仍为大量蛋白尿,较入院时有升高趋势。血浆白蛋白虽有上升,但仍持续低蛋白血症,血浆白蛋白(干片法)18.8 g/L。经前阶段MP冲击后,病程转归慢,原发病未见明显好转,同时肾脏病理病变严重,分级属Ⅲ级。医师决定给予CTX冲击,实施MP-CTX双冲击,在MP冲击后第2天,给予CTX 10 mg/kg, ivgtt, qd,连用2 d,以降低患儿大量漏出的尿蛋白,阻止肾病理损伤加重。同时停用头孢美唑,换用头孢哌酮/舒巴坦加强抗感染,加用西咪替丁抗胃肠高分泌治疗。患儿CTX冲击时头痛明显,伴有呕吐、精神萎靡、食欲下降。治疗结束后症状明显缓解。4周内双冲击实施2次。经治疗后,患儿上呼吸道感染症状明显缓解好转,24 h尿蛋白由入院时的3 218.79 mg下降至2 346.59 mg,血浆白蛋白明显上升达23.1 g/L,医师认为尿蛋白虽有明显下降,但下降幅度不大,不足入院时尿漏出蛋白量的1/3,不足以评估为治疗显效,于后续治疗中调整方案,使用泼尼松联用吗替麦考酚酯胶囊口服,每次500 mg, bid,2周后患儿随访,24 h尿蛋白低于350 mg。继续使用该方案随访。

3 药师提供建议调整的用药方案

3.1 抗感染治疗

患儿治疗第二阶段出现咳嗽咳痰,持续低蛋白血症,经治疗后24 h尿蛋白未见明显降低,原发病致体内正常免疫反应紊乱;同时患儿住院时间长,经历大剂量激素长时间治疗,出现了机体免疫反应非特异性广泛抑制,原发病病程迁延,转归不佳。以上病情及用药史可导致患儿呼吸道感染性炎症持续隐匿存在,表现为无明显感染阳性症状或体征;患儿体温平,轻度咳嗽咳痰,双肺呼吸音无明显啰音,血象未见明显升高,痰培养阴性。但是隐匿的感染可与患儿原发病相互协同,干扰药物治疗效果,表现为患儿使用激素治疗一定时间后,尿蛋白漏出未见明显下降,水肿未改善,新发紫癜持续、散在发生于双下肢皮肤。因此,药师分析患儿目前具有多个感染的高危因素,评估原发病治疗效果不佳,认为有必要加强患儿抗感染治疗,消除隐匿感染灶,促进原发病治疗。建议停用头孢美唑,改用第三代头孢菌素与酶抑制剂的复合制剂头孢哌酮/舒巴坦加强抗感染治疗。

新近研究表明,住院患者呼吸系统感染最常见致病菌仍以肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌、阴沟杆菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌等革兰阴性(G⁻)杆菌、假单胞菌和金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、溶血性链球菌等革兰阳性(G⁺)菌为主^[2-3]。头孢哌酮/舒巴坦对上述致病菌的耐药率虽有上升趋势,但仍有很高的抗菌活性,研究显示其对分离于呼吸道感染患者的428株致病菌的敏感率达89.72%^[4]。头孢哌酮/舒巴坦在国内包括北京、上海、武汉、重庆、广州等在内的多个地区对鲍曼不动杆菌的耐药率平均保持在12.5%左右,仅次于亚胺培南^[5]。头孢哌酮抗菌谱广,可杀灭G⁺球菌、G⁻杆菌、假单胞菌及厌氧菌;酶抑制剂舒巴坦有良好的抗β-内酰胺酶水解的作用,因此头孢哌酮/舒巴坦抗感染作用明显优于头孢他啶、头孢曲松等第三代

头孢菌素,适用于中、重度临床感染的治疗^[6]。此外,该药约70%经肝胆系统排泄,肾功能损害时仍可使用常用量;药物价格也在患儿家长可接受的范围内。基于上述原因,药师推荐使用头孢哌酮/舒巴坦抗感染,医师接受。经治疗数天后,患儿上呼吸道感染症状缓解,相关检查正常。

3.2 原发病过敏性紫癜的再次治疗

患儿本次发病前已接受过敏性紫癜药物治疗近3个月,病情缓解好转,第一阶段继续使用数天后停用。患儿本次住院病程第二阶段,紫癜病情出现反复。新近有报道指出,患儿的难治性皮疹和紫癜的反复与肾炎的发生明确相关^[7],约有30%~50%的患者会累及肾脏,其中21%的患者会发展为肾病综合征型^[8-9]。结合该患儿病情:目前每天尿蛋白已超过50 mg/kg,为了减少过敏性紫癜进一步累及肾脏,药师建议再次给予抗过敏性紫癜治疗:包括使用氯雷他定拮抗H₁受体、双嘧达莫抗血小板聚集等,医师接受。数日后患儿过敏性紫癜症状好转控制,双下肢未有新鲜紫癜再次发生。

3.3 免疫抑制冲击的不良反应措施及治疗时间间隔控制

患儿明确病理诊断后医师决定给与MP和CTX的双冲击治疗。具体给药方案为:每日给予MP 20 mg/kg,最大量每天不超过1 000 mg, ivgtt, 隔日1次,连用3次;在MP冲击结束后第48小时分次口服泼尼松 60 mg, qd, 同时给予CTX冲击 10 mg/kg, qd, 连用2 d。改善全球肾脏病预后组织(KDIGO)于2012年6月发布的《KDIGO肾小球肾炎临床实践指南》中指出^[10]:紫癜性肾炎蛋白尿已达肾病综合征水平,病理明确有新月体形成的紫癜性肾炎可参照IgA肾病的治疗方案^[11-14],该方案支持大剂量激素联合CTX冲击疗法,一轮的两药联合冲击时间可以在1个月内先后进行,但具体间隔时间未明确提及。因此,MP与CTX双冲击方案适合该患儿,但在方案使用之前药师曾提出:两药双冲击,间隔时间过短,对患儿血液系统、免疫系统抑制过强,可能大大增加患儿感染的风险;同时细胞毒药物的消化系统不良反应可能导致患儿不耐受。建议两药冲击至少分2周进行,医师未接受,理由是患儿病理改变重,已属国际儿童肾脏病研究中心(ISKDC)病理分级Ⅲ级,且患儿病情进展迅速,需要强效免疫抑制控制病情,减少尿蛋白漏出。经第1轮双冲击后,患儿在CTX冲击第2天出现精神萎、活动减少,食欲明显下降、腹痛、恶心、呕吐3次,呕吐物为胃内容物,偶有血丝。第2天查房询问患儿家长,发现患儿除治疗中给予5%葡萄糖注射液500 ml以外,自饮水1 000 ml。药师提出患儿不仅存在激素与细胞毒药物双冲击导致的过度免疫抑制,还有由于患儿自饮水量不当引起的过度水化倾向,导致患儿出现呕吐、腹痛、食欲下降等低钠血症及胃肠道症状,同时伴有精神萎靡、四肢无力等低钾血症症状。建议补充钠盐、钾盐,适当开放饮食摄盐量,给予口服氯化钾 500 mg, tid;同时考虑MP和CTX双冲击的不良反应及患儿耐受情况,再次建议MP冲击与前次CTX冲击间隔5~7 d进行,以免过度免疫抑制。医师接受。第2轮双冲击后,患儿24 h尿蛋白为2 346.59 mg,尿蛋白减少幅度未达入院时的50%,医师评估该方案疗效不佳,未达显效,换用吗替麦考酚酯联用MP治疗。

4 讨论

由于激素的使用,肾病患儿即使有感染发生,也往往隐匿,表现为症状轻微,血象变化不明显,相关感染特异相关性

性标志物如C反应蛋白、降钙素原等无显著变化。但药师可根据患儿整体精神、活动状态,胸片,药物治疗效果等,综合判断,寻找抗感染治疗的总体方向。

继发性肾病治疗的同时不能忽略对患儿原发病的关注。该患儿有明确的过敏性紫癜病史,在外院治疗3个月一度好转缓解,以紫癜性肾炎入我院后,治疗过程中再次出现皮疹,药师意识到是原发病反复,即建议医师调整治疗方案,防止了原发病加重。

紫癜性肾炎肾病综合征型的药物治疗目前尚无较高循证级别的方案研究,但相关指南根据疾病病理改变已明确可以参照IgA肾病的治疗方案,使用MP联合CTX的双冲击治疗,但具体给药间隔时间及剂量调整目前尚无一致观点。有报道使用双冲击疗法治疗了11例IgA肾病患儿,其中有5例肾病综合征型,该方案中CTX冲击每月1次,剂量逐月递增至第3个月维持,连用6个月,MP冲击隔月1轮,每轮隔日1次,连用6次,结果患儿平均24 h尿蛋白显著下降,降幅大于50%^[13]。另有研究收录了24例肾病综合征型紫癜性肾炎患儿,使用CTX与MP同时双冲击治疗,持续4~8周,尿蛋白减少的有效率为92%,明显高于单用CTX组(45%)^[14]。以上两项研究均持续观察了6个月。本例患儿,MP与CTX两药间隔24 h连续序贯冲击,患儿出现了包括恶心、呕吐等胃肠道不适,钠、钾电解质紊乱,萎靡、嗜睡等精神症状,高凝、血象抑制等血液系统反应在内的多种不良反应。患儿难以耐受,试用2轮冲击后,24 h尿蛋白减少不理想。在后续随访中,患儿仍有一定程度骨髓抑制,推测为该方案后遗效应所致,因此药师不建议MP与CTX连续序贯冲击。

由于本研究仅为1例紫癜性肾炎的治疗方案讨论,侧重患儿个体化情况分析和原发病治疗方案的优化和探索,但无足够的患者例数与标准治疗方案的对照。同时,本例患儿采用该方案治疗时间较短,仅为1个月,因此不能确认该方案对其他患儿的适用程度。

参考文献

- [1] Weiss PF. Pediatric vasculitis[J]. *Pediatr Clin North Am*, 2012, 59(2):407.
- [2] 吴一梅. 124例肺炎患儿痰培养致病菌特点与药敏试验结果研究[J]. *临床肺科杂志*, 2014, 19(7):1 242.
- [3] 杨立涛. 分离自肺部感染患者呼吸道标本的致病菌分布及其耐药谱分析[J]. *国际检验医学杂志*, 2012, 33(5):543.
- [4] 李秀红, 李波. 舒普深对下呼吸道感染的抗菌效果及耐药趋势[J]. *中国药业*, 2013, 22(8):46.
- [5] 王松芝. 临床常见感染菌对舒普深的耐药性分析[J]. *临床和实验医学杂志*, 2013, 12(6):469.
- [6] 王瑶, 徐英春. 2004—2005年中国CHINET鲍曼不动杆菌耐药性分析[J]. *中国感染与化疗杂志*, 2007, 7(4):279.
- [7] 朱光华, 钮小玲, 黄文彦. 2012年KDIGO紫癜性肾炎临床实践指南解读[J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2013, 28(17):1 291.
- [8] Narchi H. Risk of long term renal impairment and duration of follow up recommended for Henoch-Schonlein purpura with normal or minimal urinary findings: a systematic review[J]. *Arch Dis Child*, 2005, 90(9):916.

冠心病患者出院后用药差异发生情况及相关因素的调查研究

李英华*, 王秀英, 陆悦, 李利, 李湘萍*(北京大学护理学院, 北京 100191)

中图分类号 R95;R541.5 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)02-0273-03
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.02.45

摘要 目的:为减少临床用药差异,促进出院后药物管理提供参考。方法:连续选取2013年7—9月入住某“三甲”医院心内科的冠心病患者130例,采用修订的用药差异调查工具对出院后3~5周内的患者进行电话访问,评估用药差异的发生情况、类别和原因。结果:用药差异的发生率为55.4%,以药物种类减少最常见。其中,患者源性用药差异占52.1%,医疗系统源性占47.9%。多元分析结果提示用药差异的发生与年龄、Charlson合并症指数、支架个数及服药数量有关。结论:冠心病患者出院后用药差异的发生率较高,应从患者和医疗系统两方面出发并关注易发人群,避免和减少用药差异。

关键词 用药差异;冠心病;相关因素;调查

Investigation and Study on Medication Discrepancies and Related Factors in Patients with Coronary Heart Disease

LI Ying-hua, WANG Xiu-ying, LU Yue, LI Li, LI Xiang-ping (School of Nursing, Peking University, Beijing 100191, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To provide reference for reducing medication discrepancies and promoting drug management during peri-discharged period. METHODS: 130 CHD patients admitted to cardiology department, the Third Affiliated Hospital of Peking University, were collected during Jul.-Sept. 2013. During 3 to 5 weeks after discharge, telephone interview was conducted to evaluate the occurrence, types and causes of medication discrepancies by using modified medication discrepancies tool. RESULTS: A total of 55.4% patients experienced medication discrepancies. The most common type was the reduction of drug types. 52.1% of discrepancies attributed to patient-generated factors, whereas 47.9% were system-generated. Multivariate analysis indicated medication discrepancies were associated with age, Charlson comorbidity index, the number of implanted stents and the amount of drugs. CONCLUSIONS: Discrepancies are common in CHD patients after discharge. Both patient-associated and system-associated solutions are needed to prevent and reduce medication discrepancies.

KEYWORDS Medication discrepancies; Coronary heart disease; Related factors; Investigation

用药差异(Medication discrepancies)是指医务人员认为患者应该服用的药物与患者实际服用的药物之间的差别,是近年国际学者针对过渡时段的用药问题提出的新概念^[1]。2006年世界卫生组织(WHO)将解决用药差异及过渡期准确用药作为全球患者安全的五大目标之一。按就医环节,用药差异可分为入院、住院、出院时和出院后用药差异^[2],其中出院后用药差异发生率较高,可导致药品不良反应、治疗效果低下、再住院等不良临床结局,得到了国外学者的广泛关注,Smith JD等^[3]已于2004年制定了出院后用药差异识别工具(MDT)。目前,国内

用药差异的文献较少且缺乏实证研究。冠心病在我国患病人群庞大,且复发率、再住院率、猝死率高,众多防治指南一致强调循证规范用药是改善冠心病患者预后的重要措施,其他康复活动必须建立在规范用药的基础之上^[4]。因此,笔者针对冠心病患者群体,对其出院后用药差异的发生情况及相关因素进行调查,并探讨减少用药差异的相关措施。

1 对象与方法

1.1 调查对象

连续选取2013年7—9月入住某“三甲”医院心内科病房

[9] Saulsbury FT. Clinical update: Henoch-Schonlein purpura [J]. *Curr Opin Rheumatol*, 2010, 22(5):598.

[10] 钮小玲,朱光华,黄文彦.2012紫癜性肾炎KDIGO临床实践指南解读[J].*国际儿科学杂志*, 2013, 40(2):194.

[11] 丁洁.儿童常见肾脏疾病诊治循证指南:试行解读:四:原发性IgA肾病诊断治疗[J].*中华儿科杂志*, 2010, 48(5):358.

[12] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组.儿童常见肾脏疾病

诊治循证指南:试行解读:四:原发性IgA肾病诊断治疗指南[J].*中华儿科杂志*, 2010, 48(5):355.

[13] Beck L, Bombardieri AS, Choi MJ, et al. KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis[J]. *Am J Kidney Dis*, 2013, 62(3):403.

[14] Samuel S, Bitzan M, Zappitelli M, et al. Canadian Society of Nephrology Commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis: management of nephrotic syndrome in children[J]. *Am J Kidney Dis*, 2014, 63(3):354.

* 硕士研究生。研究方向:临床护理。E-mail:liyingshuang4@126.com

通信作者:副教授,硕士生导师,硕士。研究方向:临床护理。电话:010-82801609。E-mail:xiangping@bjmu.edu.cn

(收稿日期:2014-04-30 修回日期:2014-06-18)

(编辑:刘艺)