

临床药师在风湿免疫科开展药学服务的实践探讨

周倩, 甄健存*

(北京积水潭医院 药学部, 北京 100035)

【摘要】 目的: 探索风湿免疫科临床药师工作模式。方法: 描述风湿免疫科临床药师的实践过程和案例, 总结分享临床药师的工作体会。结果和结论: 临床药师可以从参与制定药物治疗方案、提供药物咨询、处理不良反应、完善患者用药监护等方面开展工作, 成为临床治疗团队不可或缺的一员。

【关键词】 风湿免疫; 临床药师; 临床药学; 工作实践

【中图分类号】 R969.3

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-3384(2017)09-0055-04

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2017.09.013

Experience of clinical pharmacists offering pharmaceutical care in the department of rheumatism and immunology

ZHOU Qian, ZHEN Jian-cun*

(Department of Pharmacy, Beijing Jishuitan Hospital, Beijing 100096, China)

[收稿日期] 2017-06-15

[作者简介] 周倩, 女, 药师; 研究方向: 临床药学, 合理用药; Tel: (010)58516536; E-mail: zhouqianhugh@163.com

[通讯作者] *甄健存, 女, 主任药师; 研究方向: 临床药学, 药事管理; Tel: (010)58516003; E-mail: zhenjiancun@163.com

【Abstract】 Objective: To explore the work pattern of clinical pharmacists in the department of rheumatic and immunology. **Methods:** Combined with the practice process and the valuable cases provided by clinical pharmacists, the work experience was summarize and shared. **Results and Conclusion:** Clinical pharmacists can become an integral part of the clinical treatment team by participating in the development of drug treatment programs, providing drug counseling, dealing with adverse reactions, improving patient medication monitoring and conducting other types of work.

【Key words】 rheumatism and immunity; clinical pharmacist; clinical pharmacy; work practice

“以病人为中心”的药学服务已经成为医院药学当下的发展方向和工作重点^[1]。北京积水潭医院一直重视临床药学的发展建设,医师对临床药师的认知度较高,临床药师的队伍在不断壮大,这就要求每一位临床药师在开展工作的过程中迅速获得临床认可。本文旨在介绍两年来风湿免疫科临床药师开展临床药学服务的实践经验。

1 查房前准备工作

1.1 知识准备

有报道^[2]表明,即时全面的药品信息服务是临床主要需求之一,也是临床药师融入临床的重要切入点。因此,药师应当全面掌握常用药品的药理作用与适应证,常规用法和极量,不良反应、禁忌以及药物相互作用,为医护人员提供迅捷且准确的药品信息,成为“活的药物手册”^[3]。同时,注重培养临床治疗思维,积累临床经验也是临床药师所不可或缺的。

1.2 掌握患者情况

查房前,药师应熟悉患者现病史、用药史及过敏史,关注化验指标动态变化,重点掌握与治疗药物相关的一切关键点,如可能发生的不良反应、联用药相互作用等。此外,要及时与医师沟通,把握言辞一致性^[4]。

2 查房工作

2.1 参与临床药物治疗

病例1,男,47岁,强直性脊柱炎,病情高度活动,同时合并髋关节受累和眼炎,需积极使用肿瘤坏死因子(TNF)- α 拮抗剂进行治疗^[5]。用药前常规行结核筛查:结核菌素试验(-),结核感染T细胞斑点试验(+),胸部CT示右下肺钙化结节影,筛查结果提示需高度警惕结核感染可能。临床药师建议:对伴有结核高危因素且经病情评估后确需使用TNF- α 拮抗剂治疗的患者,应首选融合蛋

白类TNF- α 拮抗剂如依那西普,并联合经验性抗结核治疗6个月,即异烟肼0.3g、利福平0.45g,po,qd^[6]。同时,用药前应完善肝肾功及泌尿常规检查,并在用药后第2、4周复查,此后每4周复查1次,以保证用药安全。此外,对于结核感染的监测应随访至停药后3个月。患者规律用药,定期门诊随访,病情控制稳定且未出现新发结核感染和药物不良反应。

病例2,女,60岁,系统性红斑狼疮,病情活动,高血压3级(很高危),尿失禁,留置导尿管。长期口服醋酸泼尼松片10mg,早晨6点(6am),缬沙坦胶囊80mg,qd,苯磺酸氨氯地平片5mg,qd治疗。入院后患者血压控制不佳(最高达194/98mmHg,1mmHg=0.093kPa),血常规示血小板(PLT)计数 $11 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ 。分析:患者血小板减低与系统性红斑狼疮疾病活动密切相关,同时合并高血压,极易出现内脏、脑出血等危及生命的并发症。医嘱将激素剂量加大为30mg,并加用硫酸羟氯喹片200mg,bid,po控制病情。对于2级以上高血压患者,起始联合治疗[血管紧张素受体拮抗剂(ARB)+钙离子拮抗剂(CCB)]4周后血压不达标者,可加大原有药物剂量或加用利尿剂,4周后血压仍未达标者,可加用 β -受体阻滞剂或 α -受体阻滞剂或螺内酯^[7]。药师建议调整患者降压药物为硝苯地平控释片30mg,qd,厄贝沙坦/氢氯噻嗪150mg/12.5mg,qd,监测血压和心率,必要时加用酒石酸美托洛尔片12.5mg,bid。服药后患者血压降至150/80mmHg,3d后血压稳定在125/60mmHg。与此同时,患者出现尿道刺激症状,尿常规可见大量白细胞和细菌,尿液培养结果回报多重耐药大肠埃希菌,超广谱 β -内酰胺酶(ESBL)(+),计数 >10 万cfu $\cdot mL^{-1}$;庆大霉素高水平耐药肠球菌(HLGR),计数10000cfu $\cdot mL^{-1}$ 。患者尿管无法拔除,同时服用激素,应积极抗感染治疗^[8]。药师根据药敏结果,选择了能覆盖两种细菌的药物

哌拉西林钠/舒巴坦钠,并制定了1 g,每8小时1次(q8h)的治疗方案。5 d后,患者尿路刺激症状消失,血小板计数恢复正常,血压亦控制良好。

2.2 不良反应及时处理

病例3,男,60岁,左膝感染性关节炎。关节液穿刺培养回报为耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA),血常规示:白细胞(WBC)计数 $4.52 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,PLT计数 $182 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,给予万古霉素1 g,每12小时1次(q12h),静脉输注(ivgtt)治疗10 d有效。复查血常规显示:WBC计数 $3.67 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,PLT计数 $118 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ 。因感染性关节炎需长程抗菌药物治疗,故继续应用万古霉素。5 d后复查血像显示:WBC计数 $3.04 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,PLT计数 $71 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,查体见患者双前臂散在瘀斑。既往患者无血液疾病史,亦未合用其他药物,考虑万古霉素导致免疫性血小板减少可能性大。药师建议立即停用万古霉素,换用利福平+联磺甲氧苄啶口服抗感染,同时给予对症支持治疗。分析:免疫性血小板减少的机制主要是具有抗原性的药物刺激机体产生药物依赖性抗体,抗体作用于血小板致其破坏,此类血小板减少可立即发生,也可用药数天后产生^[9]。有研究^[10]表明有效浓度范围内的万古霉素对血小板也有直接破坏作用。停药5 d后复查,患者血象恢复正常,感染亦得到控制。

病例4,男,51岁,混合结缔组织病,急性造血停滞(药物原因可能性大),间质性肺炎。患者咳嗽、咳痰,间断发热,最高体温39.5℃,血培养见到大量热带假丝酵母菌。经验性应用亚胺培南西司他丁1 g,q8h;万古霉素500 mg,q8h;伏立康唑200 mg,q12h抗感染治疗并多次输注血浆,悬浮红细胞和血小板对症支持治疗,病情控制良好。5 d后,患者在输注200 mL新鲜冰冻血浆9 h后诉背部瘙痒,查体见背部散在红色充血性皮疹,压之褪色,考虑输血反应,药疹不排除。肌注苯海拉明20 mg后,症状稍缓解。第2日上午9时20分,患者胸部新发大片红斑,性质同前。考虑药疹,万古霉素迟发型过敏反应可能性大。同时参考痰培养结果:大量金黄色葡萄球菌,青霉素酶(+),大环内酯-林可霉素-链阳霉素(MLSB)耐药;大量热带假丝酵母菌。药师建议立即停用万古霉素和亚胺培南/西司他丁,更换为阿莫西林/克拉维酸钾,1.2 g,q8h继续联合伏立康唑治疗,2 d后皮疹全

部消退。患者咳嗽咳痰好转,未再发热。

2.3 重视患者用药教育

病例5,女,23岁,系统性红斑狼疮合并左侧乳腺脂膜炎。查体见左侧乳腺第一象限局部红肿,皮温高,触之有波动感,按压乳腺红肿处有脓性分泌物渗出。清创后,医嘱予患处喷洒重组牛碱性成纤维细胞生长因子溶液,每6小时1次(q6h)治疗。药师在药学查房时发现患者使用自备碘酒擦涂患处,遂告知患者:细胞生长因子的本质是蛋白质,碘酒会使蛋白质变性从而影响药品活性,降低治疗效果。患者停用碘酒,4 d后,伤口愈合良好,未见红肿和渗出。

病例6,女,56岁,类风湿关节炎,10余年未行规律治疗。入院2 d前突发双腕双踝关节红肿、疼痛,不能耐受,入院后拒绝应用醋酸泼尼松、慢作用抗风湿药(DMARDs)治疗并坚持服用未知成分的偏方药。药师与患者沟通:偏方药多含有长效激素地塞米松,地塞米松虽可迅速缓解关节肿痛,但长期使用对胃肠道、血糖及自身皮质激素分泌的影响极大,并发感染和股骨头坏死的风险亦急剧增高。正确使用短效激素如泼尼松,不仅能迅速缓解关节肿痛,还能发挥衔接DMARDs的“桥梁”作用。当DMARDs起效后,激素可以慢慢减量直至停用。患者消除疑虑后接受了正规治疗,关节肿痛症状得到有效缓解。

3 查房后续工作

3.1 审查处方药学干预

病例7,女,55岁,系统性硬化。医嘱予马来酸桂哌齐特注射液320 mg溶于250 mL生理盐水中静脉滴注,改善血液循环。药师告知医师,药物浓度过高刺激血管并容易发生头晕、头痛等不良反应,建议将溶媒增加到500 mL,意见采纳。

病例8,男,60岁,白塞氏病合并急性胆囊炎,禁食并给于肠外营养。医嘱予注射用水溶性维生素加入复方氨基酸注射液,氯化钾注射液加入脂肪乳中静脉滴注。药师提示医师,氯化钾会导致脂肪乳发生破乳而分层,输注后极易阻塞血管,引起致命风险。建议将氯化钾加入复方氨基酸注射液,注射用水溶性维生素加入脂肪乳中分别静脉滴注,意见采纳。

病例9,男,26岁,强直性脊柱炎。服用柳

氮磺吡啶肠溶片 1.0 g, bid 治疗。1 周后复查生化示: ALT 178 U · L⁻¹, AST 134 U · L⁻¹, 血钾 2.9 mmol · L⁻¹, 遂停用柳氮磺吡啶, 拟使用复方甘草酸苷进行保肝治疗。药师提示医师, 假性醛固酮症是甘草酸类保肝药的主要不良反应, 低钾血症患者应禁用, 建议换用葡醛内酯进行保肝治疗, 意见采纳。6 d 后复查生化: ALT 28 U · L⁻¹, AST 34 U · L⁻¹, 血钾 3.2 mmol · L⁻¹, 停用保肝药物并建议患者换用生物制剂治疗。

3.2 解答医师护士咨询

病例 10, 女, 54 岁, 骨关节炎。入院期间使用氨基葡萄糖胶囊治疗。医师询问氨基葡萄糖胶囊能否长期服用? 药师告知医师, 氨基葡萄糖是关节和软骨基质的正常构成成分, 安全剂量范围大, 服用 2~3 个月可以见到关节症状的改善。建议患者服用 2~3 个月后进行复查, 再决定是否需要继续服药。

病例 11, 女, 29 岁, 强直性脊柱炎。使用 TNF-α 抑制剂依那西普治疗过程中意外怀孕。药师查阅文献: TNF-α 拮抗剂使用者意外怀孕后及时停药并继续妊娠, 绝大多数患者能正常妊娠与分娩^[11], 使用依那西普过程中意外怀孕, 应立即停用依那西普^[5]。

病例 12, 女, 23 岁, 系统性红斑狼疮。使用环磷酰胺 600 mg 静脉滴注进行冲击治疗, 尿常规示: 尿红细胞 78.5 · μL⁻¹, 白细胞 280.5 · μL⁻¹, 上皮细胞 48.9 · μL⁻¹, 考虑存在尿路损伤。医嘱予美司钠 200 mg, 给予环磷酰胺 0、4 和 8 h 段进行静脉滴注以保护尿路。护士询问药师: 患者静脉质量不佳, 能否减少输液量? 因两药间不存在相互作用, 药师遂建议将美司钠加入环磷酰胺输注液中同时给药, 从而减少了溶媒体积和输液时间。

3.3 归纳总结用药问题

临床药师应定期总结临床用药过程出现的各类问题, 例如对医嘱错误率较高的药品进行专题讲课, 总结常用药物的不良反应与禁忌, 对抗菌药物合理性应用进行评估, 定期通报药物警讯和相关研究进

展, 从而不断创新临床用药服务思路, 拓展用药服务层面。

4 结语

新时期的药学服务对临床药师提出了更高的要求, 临床药学工作任重而道远。临床药师要在全面掌握药学知识的基础上对专科用药进行细化, 凭借严谨的工作态度、扎实的专业知识取得医护人员和患者的信任, 成为治疗团队中不可或缺的一员。

【参考文献】

- [1] 中国药学会医院药学专业委员会, 中国医院协会药事管理专业委员会, 中华医学会临床药学分会, 等. 医改进行时——我国医院药学发展专家共识 [J]. 药品评价, 2014, 11(12):9.
- [2] Chevalier B, Neville H L. Evaluating clinical pharmacy services on a surgical patient-care area: a nurses' satisfaction survey [J]. Int J Pharm Pract, 2011, 19(1):61.
- [3] 方欢, 施惠海, 储德节. 临床药师的基本素质、培养方法和工作模式 [J]. 中国药房, 2012, 23(10):946-947.
- [4] 刘宁, 童本定, 魏青, 等. 临床药师在肿瘤内科开展药学查房的工作模式探讨 [J]. 中国药房, 2012, 23(6):573.
- [5] 依那西普治疗类风湿关节炎和强直性脊柱炎专家组. 依那西普治疗类风湿关节炎和强直性脊柱炎的专家建议 [J]. 中华医学杂志, 2013, 93(18):1364-1366.
- [6] 肿瘤坏死因子拮抗剂应用中结核病预防与管理专家建议组. 肿瘤坏死因子拮抗剂应用中结核病预防与管理专家共识 [J]. 中华风湿病学杂志, 2013, 17(8):511.
- [7] 国家卫生计生委合理用药专家委员会, 中国医师协会高血压专业委员会. 高血压合理用药指南 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2015, 7(6):30.
- [8] 尿路感染诊断与治疗中国专家共识编写组. 尿路感染诊断与治疗中国专家共识 (2015 版)——复杂性尿路感染 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2015, 36(4):241-243.
- [9] 吉小丽, 吴朝晖, 倪郑彪. 临床药师参与 1 例万古霉素致血小板减少症的药学实践 [J]. 海峡药学, 2015, 27(10):222.
- [10] Towhid S T, Schmidt E M, Tolios A, et al. Stimulation of platelet death by vancomycin [J]. Cell Physiol Biochem, 2013, 31(1):102-112.
- [11] Berthelot J M, De Bandt M, Goupille P, et al. Exposition to anti-TNF drugs during pregnancy: outcome of 15 cases and review of the literature [J]. Joint Bone Spine, 2009, 76(1):28-34.