

临床药师参与过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿的药物治疗实践与监护

郑滑, 付海尔, 翟留群

(黄河水利委员会黄河中心医院 药剂科, 郑州 450003)

【摘要】 本文探讨临床药师在过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿药物治疗中的作用。临床药师参与患儿药物治疗的全过程, 在抗感染药、激素的应用方面给出建议, 评估治疗效果, 并对患儿提供全面的药学监护。临床药师参与临床治疗, 可以从药学的角度为临床医师提供治疗参考, 协助优化药物治疗方案, 促进合理用药, 保证患儿用药的安全性、有效性。

【关键词】 临床药师; 紫癜性肾炎; 药物治疗; 药学监护

【中图分类号】 R969.3

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-3384(2019)02-0079-03

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2019.02.019

Clinical pharmacists participate in drug therapy practice and monitoring of children with Henoch-Schonlein purpura secondary purpura nephritis

ZHENG Hua, FU Hai-er, ZHAI Liu-qun

(Department of Pharmacy, Yellow River Central Hospital, Yellow River Conservancy Commission, Zhengzhou 450003, China)

【Abstract】 This article explored the role of clinical pharmacists in the treatment of purpura nephritis secondary to Henoch-Schonlein purpura. Clinical pharmacists participate in the whole process of drug treatment for children, give suggestions on the application of anti-infective drugs and hormones, evaluate the therapeutic effect, and provide comprehensive pharmaceutical care for children. Clinical pharmacists participating in clinical treatment can provide reference for clinicians from the perspective of pharmacy, help optimize drug treatment programs, promote rational drug use, and ensure the safety and effectiveness of drug use in children.

【Key words】 clinical pharmacists; Henoch-Schonlein purpura nephritis; drug treatment; pharmaceutical care

过敏性紫癜 (Henoch-Schonlein purpura, HSP) 是儿童时期易发生的血管炎性疾病, 好发于学龄前儿童, 主要是以小血管炎为病理改变的全身综合征^[1-2]。紫癜性肾炎 (Henoch-Schonlein purpura nephritis, HSPN) 是过敏性紫癜出现肾脏受累时的表现, 是儿科常见的继发性肾小球疾病之一^[3-4]。目前该病的病因及发病机制尚未完全明确。治疗方面, 从 2009 年至今, 《中华儿科杂志》先后发布了国内相关循证诊疗指南, 国际 KDIGO 组织也发表了相关指南, 但涉及的药物种类多, 循证级别等级亦不同, 临床用药仍需根据患儿自身的病情严重程度权衡利弊后使用。本文通过临床药师参与过敏性紫癜继发紫癜性肾炎患儿的药物治疗实践及药学监

护分析, 探讨临床药师在患儿整个治疗过程中的作用。

1 病例简介

患儿, 男, 10 岁, 体重 25 kg, 2 个月前疑因劳累后于双下肢起瘀点瘀斑, 无腹痛及关节痛, 遂至当地诊所就诊, 诊断为过敏性皮炎, 予药物肌注及口服 (具体不详) 后病情好转, 1 周前无明显诱因再次于全身皮肤起瘀点瘀斑, 无腹痛及关节痛, 遂再次至当地诊所就诊, 诊断为过敏性紫癜, 予药物口服 (具体药物不详), 后又至中国人民解放军 152 中心医院就诊, 诊断同前, 实验室检查: 尿常规示尿蛋白 (++) , 潜血 (+++) , 血常规未见异常, 建议转

[收稿日期] 2018-06-01

[作者简介] 郑滑, 女, 硕士, 主管药师; 研究方向: 临床药学; Tel: (0371)66028035; E-mail: zhenghua19860125@126.com

院治疗, 为求进一步诊治, 来黄河水利委员会黄河中心医院(以下简称我院)皮肤科就诊, 诊断同前, 建议住院, 住院后查尿常规提示尿蛋白(+++)潜血(+++), 24 h 尿蛋白总量 1.86 g, 入院后给予复方甘草酸苷注射液、热毒宁注射液、盐酸左西替利嗪片等药物治疗, 3 d 后又转至内科(风湿免疫病区)进一步治疗, 入院诊断为: ①过敏性紫癜; ②紫癜性肾炎(血尿兼蛋白尿型)。

2 诊疗过程

患儿入院后首先给予了复方甘草酸苷注射液抗过敏治疗。入院第3天, 实验室检查结果回示: 尿常规: 尿蛋白(+++)潜血(+++), 24 h 尿蛋白定量 1.92 g, 尿总蛋白 2496.7 mg · L⁻¹, 肾脏彩超: 双肾实质回声弥漫性改变, 左肾静脉符合“胡桃夹”现象, 提示患儿肾损伤较重, 加服醋酸泼尼松片 20 mg, 每日2次、替米沙坦片 80 mg, 每日1次、骨化三醇软胶囊 0.25 μg, 每日1次及碳酸钙 D₃ 片 600 mg, 每日1次治疗。入院第5天, 在彩超的引导下行局麻肾脏穿刺术, 术后给予注射用头孢呋辛 1.5 g, 每12小时1次, 连用3 d 预防感染, 临床药师认为患儿无预防用药指征, 临床医师未采纳意见。入院第14天, 患儿出现轻微咳嗽咳痰, 双肺听诊无异常, 复查尿常规: 尿蛋白(+++)潜血(+++), 24 h 尿蛋白定量 1.98 g, 评估前期药物治疗效果不佳。患儿肾脏病理检查报告示 HSPN 诊断明确, 病理分型为Ⅲb型, 小球增生分叶 46.15%, 细胞性新月体 30.77%, 提示患儿病理损伤较重。调整药物治疗方案, 停用醋酸泼尼松片, 给予大剂量甲泼尼龙 500 mg 每日1次, 连用3 d 冲击治疗, 给予注射用头孢呋辛 1.5 g 每12小时1次抗感染治疗。入院第17天, 患儿出现头痛、呕吐症状, 并伴有食欲减退, 精神不佳, 给予头颅轴位扫描, 副鼻窦冠状位平扫均未见明显异常, 临床药师考虑为大剂量激素冲击治疗所致。实验室检查: 血浆白蛋白 20 g · L⁻¹, T 细胞亚群: CD₃⁺ 56.1%, CD₄⁺ 26.0%、CD₈⁺ 27.8%, CD₄⁺/CD₈⁺ 90%, 患儿的白蛋白偏低, 免疫功能受损, 临床医师建议给予静注人免疫球蛋白 5 g 每日1次4 d, 临床药师赞同。入院第21天, 尿常规: 尿蛋白(+++)潜血(+++), 24 h 尿蛋白定量达 3.23 g, 仍为大量蛋白尿, 临床医师建议给予患儿第2疗程的甲泼尼龙冲击治疗, 临床药师

考虑到患儿第1疗程冲击治疗后的不适、免疫功能的受损及两次冲击治疗时间的间隔, 暂不建议行第2疗程的冲击治疗, 医师未采纳。入院第22天, 患儿冲击治疗1 d后再次出现头痛、呕吐, 呕吐严重, 呕吐物为胃内容物并伴有血丝, 遂停止冲击治疗, 接受临床药师建议, 改为口服醋酸泼尼松片 20 mg 每日3次治疗, 同时适当补充钠盐、钾盐以缓解患儿的低钠低钾症状。入院第25天, 复查尿常规: 尿蛋白(++)潜血(++), 24 h 尿蛋白定量降为 1.55 g, 患儿尿蛋白有好转趋势, 给予出院, 出院后继续口服药物治疗, 1周后门诊复查, 患儿24 h 尿蛋白降为 300 mg, 调整患儿的激素用量并继续随访。

3 分析

3.1 抗感染药物的治疗分析

患儿住院期间两度应用抗感染药物, 第1次为肾脏穿刺术后, 给予头孢呋辛静滴 3 d 预防感染。肾脏穿刺术为一种无菌性的有创操作, 属于特殊诊疗的范围, 并不是严格意义上的手术, 临床药师认为患儿没有预防用药的指征, 不建议使用。第2次给予抗感染药物为患儿入院第14天, 患儿出现了轻微咳嗽, 有痰, 临床医师诊断为上呼吸道感染并给予了头孢呋辛治疗。针对该患儿, 临床药师查阅文献后发现, 链球菌的感染与紫癜性肾炎的发病有着重要关联, 《儿童常见肾脏疾病诊治循证指南(试行)》解读(二)^[5]提示, 本病的发生可能与感染有着密切关系; 李莹^[6]在紫癜性肾炎的高危影响因素分析中提到, A 组 β 溶血性链球菌已经被证实能引起肾小球肾炎; 国外学者 Masuda 等^[7]研究亦发现, 紫癜患者肾脏中含有明显升高的溶血性链球菌抗原, 证实链球菌的感染参与 HSPN 的发生。此外, 该患儿出现了呼吸道感染的相关症状、足量激素治疗转归不佳, 以上病情和用药史可导致患儿存在隐匿的感染, 隐匿的感染可能与患儿的原发疾病相互协同, 干扰药物的治疗效果, 临床表现为患儿使用激素治疗后, 尿蛋白检出值下降不明显^[8], 因此, 综合分析后, 药师亦认为该患儿有必要抗感染治疗。

3.2 激素的治疗分析

患儿在入院后未明确病理诊断前依实验室检查结果已达肾病水平蛋白尿(>50 mg · kg⁻¹), 根据

《儿童常见肾脏疾病诊治循证指南(二)——紫癜性肾炎的诊治循证指南(试行)》^[9]的用药推荐,给予口服足量醋酸泼尼松片 20 mg 每日 3 次治疗,用药方案合理。在明确病理诊断后,给予大剂量甲泼尼龙 500 mg 每日 1 次 3 d 冲击治疗,用量及疗程均合理,但患儿在第 1 疗程的冲击治疗后出现了头痛、恶心、呕吐症状,并伴有食欲减退,精神萎靡,临床药师分析该患儿不适症状的出现与甲泼尼龙的冲击治疗有合理的时间关系,且符合已知的大剂量甲泼尼龙冲击治疗后不良反应,因此考虑为甲泼尼龙冲击治疗所致,建议密观患儿的临床表现,并适当的放开饮食摄盐量。另外患儿在冲击治疗后血浆白蛋白水平下降,T 细胞亚群结果显示免疫功能下降,临床医师给予患儿输注静注人免疫球蛋白以改善患儿的免疫状态,4 d 后考虑到患儿病理改变严重,病情进展迅速,24 h 尿蛋白定量仍达 3.23 g,临床医师决定给予患儿第 2 疗程的冲击治疗。鉴于患儿的实验室检查结果、冲击后不良反应的发生、两次冲击治疗的时间间隔以及患儿本身体重指数偏低等原因,临床药师暂不建议近期行第 2 疗程的冲击治疗,同时药师亦认为患儿之所以尿蛋白未见下降,不排除激素冲击后机体代谢增强,肾脏血流量增加而导致尿蛋白未减量的原因,医师未接受。患儿在接受第 2 疗程冲击治疗 1 d 后再次出现精神萎靡、四肢无力、头痛、恶心、呕吐,呕吐严重,呕吐物为胃内容物并伴有血丝,遂停止了第 2 疗程的冲击并改为口服激素的治疗,药师再次建议给予患儿口服氯化钾 500 mg 每日 2 次以缓解低钾症状,临床医师采纳。患儿在之后的检查中 24 h 尿蛋白逐渐减少,病情好转。

4 讨论

在该病例的整个治疗过程中,临床药师通过对抗感染药物的合理使用,激素多疗程冲击治疗综合

因素的分析,参与临床医师药物治疗方案的调整,并为患儿提供了药学监护服务,保证了患儿的用药安全、有效。对于此类患儿,临床药师考虑出院之后的教育指导亦同样重要,比如饮食上的注意事项、出院后依从性尤其是激素的规律服用等,这些均直接影响着患儿的预后。因此,笔者认为临床药师作为治疗团队的一员,在专注于药物治疗的合理与安全,协助医师优化治疗方案的同时,也应该为患儿提供个体化的出院教育,让科学合理的药学服务贯穿于整个治疗的始终,这样才能够最大限度地保障患儿的身心健康。

【参考文献】

- [1] McCarthy H J, Tizard E J. Clinical practice: diagnosis and management of Henoch-Schönlein purpura[J]. Eur J Pediatr, 2010, 169(6):643-650.
- [2] Tizard E J, Hamilton-Ayres M J. Henoch-Schönlein purpura[J]. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2008, 93(1):1-8.
- [3] Eckardt K, Kasiske B L. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis foreword[J]. Kidney Int, 2012, 2(Suppl. 2):140.
- [4] 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):194-196.
- [5] 黄松明, 李秋, 郭艳芳. 紫癜性肾炎的诊治:《儿童常见肾脏疾病诊治循证指南(试行)》解读(二)[J]. 中华儿科杂志, 2009, 47(12):914-916.
- [6] 李莹. 儿童紫癜性肾炎的高危因素分析[D]. 大连:大连医科大学, 2017.
- [7] Masuda M, Nakanishi K, Yoshizawa N, et al. Group A streptococcal antigen in the glomeruli of children with Henoch-Schönlein nephritis[J]. Am J Kidney Dis, 2003, 41(2):366-370.
- [8] 张春, 李玉峰, 陈慧敏, 等. 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[J]. 中国药房, 2015, 26(2):270-273.
- [9] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组. 儿童常见肾脏病诊治循证指南(二):紫癜性肾炎的诊治循证指南(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2009, 47(12):911-913.

(本文编辑:郭美晨)