

文章编号: 1672-3384 (2009) -04-0061-02

腹腔感染的治疗和临床药学

——北京药学会阳光药师沙龙 2009 年第 1 期活动追记

2009 年 4 月 29 日下午, 北京药学会阳光药师沙龙 2009 年第 1 期活动在北京亚洲大酒店隆重举行。本次活动的主题为“腹腔感染的治疗和临床药学”。北京大学第三医院药剂科段京莉副主任担任主席, 北京多家医院的药剂科主任组成专家支持团。活动得到了广大临床药师的热烈响应, 参加人员达 70 余人。

北京药学会薛立宁常务副秘书长在致辞中指出, 阳光药师沙龙是北京药学会进行临床药师人才培养的重要形式之一, 北京药学会将给予大力支持; 北京药学会网同步开通的阳光药师专栏中, 也将提供活动相关的指南、案例、练习题目供大家学习参考。

北京协和医院感染科马小军主任作了腹腔感染的抗菌药物治疗策略和临床思考的报告。报告指出腹腔感染的抗生素选择, 首先应区分医院获得性感染和社区获得性感染。目前比较接受的是以入院 48h 为界限来区分感染的发生和可能导致的病原菌。对于严重的复杂性医院腹腔感染则应考虑耐药菌和真菌感染。其次要明确腹腔感染的部位和病原菌的关系。社区性的腹腔感染分胃、十二指肠、胆道、近段小肠感染(一般考虑 G^+ 和 G^- 需氧或兼性厌氧菌感染), 远端小肠感染(多为 G^- 兼性厌氧菌或需氧厌氧菌), 结肠感染(多为兼性或专性厌氧菌, 链球菌和肠球菌) 3 类。最后要根据细菌学数据和药敏数据来选择抗生素, 强调革兰染色对于临床用药的指导作用。他通过对《2003 美国感染病学会 (IDSA) 腹腔感染指南》的分析, 建议在使用抗生素时要区分轻、中度感染和重度感染, 根据病人的实际情况考虑单

药治疗或者联合治疗, 该指南首次将厄他培南列为治疗轻、中度感染的药物。

北京友谊医院王汝龙教授主要从药物分类和构效关系的角度阐述治疗腹腔感染抗生素药理学特点。治疗腹腔感染的抗生素主要包括广谱 β 内酰胺类药物, 抗革兰阴性菌的抗菌药和抗厌氧菌药。以碳青霉烯类药物为例, 根据药物化学结构的共/特性和对非发酵菌的覆盖范围, 将碳青霉烯类药物分成 I 类和 II 类。I 类主要代表药物为厄他培南, II 类的代表药物为亚胺培南。厄他培南侧链结构有别于其他碳青霉烯类药物, 每天用药 1 次。广谱头孢菌素(第三、四代) 根据是否覆盖铜绿假单胞菌, 分为第三代氨噻肟头孢(不覆盖铜绿假单胞菌) 和对铜绿假单胞菌有作用的第三、四代头孢菌素。通过对相似药物的不同特点进行详细对比, 为临床药师今后制定治疗方案提供参考。

在给药方案上, 王教授还为大家讲解了时间依赖型和浓度依赖型抗生素在制订给药方案时应考虑的问题。如 β 内酰胺类抗生素给药选择原则是: 应尽可能将 1 天剂量分多次给药, 延长输注时间, 必要时也可通过增加给药剂量来延长作用时间。如以往常规 1 次滴注时间为 30min, 可延长至 2~3h。由于考虑到 β 内酰胺类药物在输液中不稳定, 应该分次给药并且每次都应临时配制。

来自宣武医院的褚燕奇药师与大家分享了她在 ICU 成功救治的严重腹腔感染的病例。301 医院的外科抗感染专家黎洁良教授对该案例进行了细致的点评。在总体肯定的基础上, 指出了该病例治疗的不足, 最主要的是对腹腔脓肿的诊断和

治疗(充分引流)不够及时,给抗感染治疗带来很大的困难。复杂性腹腔感染,外科治疗是关键,脓肿如不及时引流,抗菌药物就很难发挥作用。初始经验治疗(头孢米诺 2g, q12h)抗菌力度不够,第5天换成舒普深+阿米卡星情况好转。此病例不一定要使用万古霉素,腹腔感染治疗早期一般不需要覆盖 G⁺ 球菌。后来尿中发现真菌加用氟康唑也无必要,因为没有合并真菌感染的依据。病人体弱、患有多种疾病(有糖尿病,高血压,胰腺炎史)、有多次手术史,此次腹腔感染相当重,如果初始治疗就应用碳青霉烯类(如厄他培南),强有力地覆盖 G⁻ 肠道杆菌,效果可能会更好些。今后在实践中一定要结合患者的临床实际

情况多方面加以分析,辩证地看待细菌培养和药敏结果,排除污染等其他因素,最终认定病原菌,确定治疗方案。北京宣武医院药剂科王育琴主任说,目前全球细菌耐药的问题日益严重,重症感染和耐药菌日益增多,这与临床不合理用药和细菌的变迁密切相关。临床药师应该在抵抗细菌耐药中正确应用临床思维,发挥自己的作用,应对更多的挑战。

出席活动的青年药师一致认为,积极参与此次活动,与资深的临床专家、药学专家进行理论及工作实践的探讨与交流,获益匪浅。

(毛璐整理,马小军、王汝龙、黎沾良审评)

(上接第17页)

- [6] Lin KC, Tsai ST, Lin HY, et al. Different progression of hyperglycemia and diabetes among hyperuricemic men and women in the kinmen study. *J Rheumatol*, 2004, 31 (6): 1159-1165
- [7] Weyer C, Tataranni PA, Bogardus C, et al. Insulin resistance and insulin-secretion dysfunction are independent predictors of worsening of glucose tolerance during each stage of type 2 diabetes development. *Diabet care*, 2001, 24: 89-94
- [8] Mikuls TR, Farrar JT, Bilker WB, et al. Gout epidemiology: results from the UK general practice research database, 1990 - 1999. *Ann Rheum Dis*, 2005, 64: 267-272
- [9] Becker MA, Levinson DJ. Clinical gout and the pathogenesis of hyperuricemia. In: Koopman WJ, ed. *Arthritis and allied conditions*, 13th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997, 2041-2071
- [10] Hunter DJ, York M, Chaisson CE, et al. Recent diuretic use and the risk of recurrent gout attacks: the online case-crossover gout study. *J Rheumatol*, 2006, 33: 1341-1344
- [11] Caspi D, Lubart E, Graff B, et al. The effect of min-dose aspirin on renal function and uric acid handling in elderly patients. *Arthritis Rheum*, 2000, 43 (1): 103-108
- [12] Michet CJ Jr, Evans JM, Fleming KC, et al. Common rheumatologic diseases in elderly patients. *Mayo Clin Proc* 1995, 70 (12): 1205-1214
- [13] Foldes K, Petersilge CA, Weisman MH, et al. Nodal osteoarthritis and gout: a report of four new cases. *Skeletal Radiol*, 1996, 25: 421-424
- [14] Singh H, Torralba KD. Therapeutic challenges in the management of gout in the elderly. *Geriatrics*, 2008, 63 (7): 13-20
- [15] Hoekison KT, Wortmann RL. Management of gout in older adults: barriers to optimal control. *Drugs Aging*, 2007, 24 (1): 21-36
- [16] Harris MD, Siegel LB, Alloway JA. Gout and hyperuricemia. *Am Fam Physician*, 1999, 59 (4): 925-934
- [17] *Geriatric Medicine: An Evidence Based Approach*-4th Ed. (2003): Chapter 42. Rheumatologic Diseases-Daniel J. Brauner, Leif B. Sorensen, and Michael H. Ellman
- [18] Jordan KM, Cameron JS, Snaith M, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology (Oxford)*, 2007, 46 (8): 1372-1374
- [19] Yamanaka H, Togashi R, Hakoda M, et al. Optimal range of serum urate concentrations to minimize risk of gouty attacks during anti-hyperuricemic treatment. *Adv Exp Med Biol*, 1998, 431: 13-18
- [20] Emmerson BT. The management of gout. *N Engl J Med*, 1996, 334 (7): 445-451