

文章编号: 1672-3384(2010)-01-0061-02

## 2009 年第四期北京药学会阳光药师沙龙

2009 年 11 月 25 日下午,北京药学会阳光药师沙龙 2009 年第四期活动在亚洲大酒店如期举行。近百位来自北京各医院的临床药师参加了本次活动。本次活动由积水潭医院药剂科甄健存主任担任主席,北京多家医院的药剂科主任作为专家支持团参加活动。本次沙龙的主题为社区获得性肺炎(communitary-acquired pneumonia, CAP)的药物治疗。来自 3 家三甲医院的临床药师报道了他们亲自参与治疗的 3 例临床案例,并与参会的临床药师进行提问交流。而且在提问交流后临床一线资深专家北京大学第三医院呼吸内科姚婉贞主任医师、教授进行点评和讲解,使广大临床药师对 CAP 的药物治疗有了进一步的了解;并对临床药师的工作方法、定位等有了更进一步的理解;专家对于临床药师工作的认可,使临床药师们得到了极大的鼓舞。

首先,由北京人民医院药剂科的张海英药师介绍了双侧肺炎合并毛细支气管炎治疗的临床用药案例。患者为男性,22 岁,主因“间断发热 12d,咳嗽、咳痰 8d”入院。该患者入院前查血常规示:WBC  $10.4 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , NE 0.664, MO 0.143。予哌拉西林/舒巴坦钠抗感染及对乙酰氨基酚(百服宁)对症治疗,予地塞米松抗炎平喘,二羟丙茶碱平喘治疗等,患者体温最高到 42℃。患者既往有过敏性鼻炎、过敏性哮喘 16 年。对花粉、粉尘过敏。入院后查体,体温:39.3℃,脉搏:每分钟 92 次,呼吸:每分钟 20 次,血压:120/70mmHg,心率:每分钟 76 次。双肺呼吸音粗,右肩胛间区、双肩胛下区可闻及湿性啰音,双肺散在哮鸣音。胸片示:双肺纹理增多,右下肺可见片状密度增高影。血常规示:WBC  $10.86 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , NE 0.661, MO 0.173。给予注射用阿莫西林钠/克拉维酸钾(安灭菌)和注射

用阿奇霉素(希舒美)抗炎及化痰、平喘等治疗,体温恢复正常,病情平稳出院。张海英药师还复习了中国 7 个城市社区获得性肺炎病原体流行病学调查文献资料以及解读了中华医学会呼吸病学分会制定的 2006 年版我国 CAP 诊断和治疗指南。

其次,由到卫生部批准的北京医院临床药师培训基地培训进修的杨周生药师介绍了急性加重期慢性阻塞性肺疾病(COPD)治疗的临床用药案例。患者为女性,72 岁,主因“反复咳嗽有 50 年,喘憋 1 年,加重 20 天”带呼吸机入院治疗。患者高血压有多年,糖尿 17 年,4 年前开始胰岛素治疗,但治疗都很不规范。入院前血气示:“pH: 7.35, PO<sub>2</sub>: 51mmHg, PCO<sub>2</sub>: 74 mmHg”,曾予无创呼吸机,头孢哌酮钠/舒巴坦钠、美罗培南等治疗,无好转,给予插管呼吸机治疗。入院后查体:体温:37℃,脉搏:每分钟 82 次,呼吸:每分钟 24 次,血压:BP 148/60mmHg;神清,精神差,慢性病面容,插管呼吸机,口唇无发绀,颈静脉无怒张,锁骨下留置静脉导管,双肺呼吸音低,双肺可闻及少许湿性啰音,心律齐, P<sub>2</sub> 心音亢进,双下肢轻度水肿。住院过程中,出现高热,白细胞升高,中性粒细胞比例升高,先后给予多种抗菌药物治疗包括:头孢吡肟、替考拉宁、帕尼培南/倍他米隆、哌拉西林/三唑巴坦等治疗。但拔除颈内锁骨下静脉导管,体温有所下降,颈静脉导管端血培养出现耐甲氧西林的凝固酶阴性葡萄球菌。另外,痰培养出现白色念珠菌,又分别给予抗真菌药物治疗:氟康唑、伊曲康唑等。入院 21d 后体温恢复正常,病情平稳出院,期间临床药师多次提出有效建议,并对病人进行用药教育。

最后由北京 301 医院的裴斐药师代替唐媛药师介绍社区获得性肺炎治疗的临床用药案例。患者女

性,13岁,身高:165cm,体重:48.5kg。主因“发热伴咳嗽、咳黄痰10天”住院。患者有心肌炎病史,已治愈。入院前患者曾经在多家医院治疗,但疗效均不佳。入院后查体,体温:36.8℃,脉搏:每分钟80次,呼吸:每分钟18次,血压110/60mmHg,叩诊清音,呼吸规整,双肺呼吸音粗,双侧可闻及干、湿性啰音。血常规:白细胞 $9.80 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ ,中性粒细胞0.724,淋巴细胞0.188,C-反应蛋白 $3.48 mg \cdot dL^{-1}$ ,降钙素原 $< 0.5 ng \cdot mL^{-1}$ ,支原体抗体 $> 1:1280$ 。肺部CT示双肺纹理增粗紊乱,左肺内可见大片状密度增高影,边缘模糊,同侧后胸壁可见伴行的弧形液性密度影。该患者入院后给予头孢曲松+阿奇霉素联合抗感染,体温未能下降,后改用盐酸米诺环素胶囊以及厄他培南治疗,患者还是有低热表现,经支气管镜灌洗后,体温逐渐恢复正常,入院34d后出院。

北京人民医院药剂科李玉珍主任点评指出,目前临床用药发展迅速,药师一定要深入临床,对用药进行仔细分析,注意用药细节化,如药物的相互作用方面。特别指出病人使用阿昔洛韦时会析出结晶引起肾损害。

北京医院药剂科孙春华主任点评指出,临床药师一定要结合临床实际,观察病人每天的变化,感染病人要注重病原菌的变化。临床药师能对临床用药提出建议并被临床医师采纳,对病人进行用药教育等都是件非常好的事,要进一步积累经验。

301医院药剂科郭代红主任点评指出,药师参与临床工作,是一个治疗团队,要注意协作时方式方法,并应注重综合知识的掌握。另外,药物治疗不是万能的,有些情况要注意局部引流等一些其他治疗手段。

北京大学第三医院呼吸内科姚婉贞教授对每个病例都进行了精彩的点评,包括哮喘、COPD和社区获得性肺炎的诊断和鉴别诊断,病理基础,用

药治疗原则、指南等,并对临床药师的工作给予肯定。姚教授指出我国CAP的治疗主要是根据2006年由中华医学会呼吸病学分会制定的指南,但也根据临床实际情况结合自己的工作经验进行诊治。目前,流行病学调查CAP病原体主要为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌等,一些非典型的病原体如:衣原体、支原体和军团菌有上升的趋势,但不同人群、不同患者合并的某些危险因素或存在的合并症将有感染某种特定病原体的可能。CAP的治疗有几点建议:①诊断为CAP或高度考虑为CAP时,尽早使用抗感染治疗;②初始经验性抗感染治疗对于既往健康的轻症且胃肠道功能正常的患者应尽量推荐用生物利用度良好的口服抗感染药物;③抗感染治疗应该尽可能的覆盖病原体,一般为 $\beta$ 内酰胺类+大环内酯类,或呼吸道喹诺酮类;④鉴于我国肺炎链球菌对大环内酯类耐药率普遍在60%以上,且多呈高水平耐药,在怀疑为肺炎链球菌所致CAP时不宜单独应用大环内酯类,但大环内酯类对非典型致病原仍有良好疗效;⑤对于肺炎链球菌高水平耐药或存在耐药危险因素时应选择头孢曲松、头孢噻肟、厄他培南、呼吸道喹诺酮类或万古霉素。

甄健存主任总结指出作为一名抗感染的临床药师,必需熟悉:①抗菌药物个体化的药物治疗;②熟悉病原体的流行病学;③掌握具体病人的病理生理,特别是儿童剂量,不能单独从体重计算剂量,还要考虑整体的情况。

最后,北京药学会的薛立宁常务副秘书长语重心长的告诉我们:①临床药师的工作能得到专家的认可是一件高兴的事,希望我们要再接再厉;②要学会欣赏别人,这样更能组成一个治疗团队;③最后祝愿大家学业有成,能成为药学大家。

会议在一片祥和、兴奋和希望的氛围中结束。

(中国医学科学院肿瘤医院药剂科 陈莲珍整理)