

DOI: 10. 3969/j. issn. 1671-9638. 2014. 05. 014

临床药师参与感染性病例会诊经验体会

Evaluation of clinical pharmacists' participation in infectious disease consultation

沈曦凤(SHEN Xi-feng), 张思蕪(ZHANG Si-qi), 余书德(YU Shu-de), 余运文(YU Yun-wen)

(常德市第二人民医院, 湖南 常德 415001)

(The Second People's Hospital of Changde, Changde 415001, China)

[摘要] 目的 评价临床药师参与感染性疾病和疑似感染性疾病会诊的作用及效果。方法 临床药师参与 1 例感染性疾病和 1 例疑似感染性疾病会诊, 分析患者治疗方案调整及疾病转归情况。结果 通过会诊, 临床药师为临床医生提供了合理性建议, 2 例患者均痊愈。结论 临床药师参与会诊, 对感染性疾病的治疗有一定的作用, 是医院诊疗活动的一个重要组成部分。

[关键词] 临床药师; 感染性疾病; 会诊; 合理用药

[中图分类号] R969.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-9638(2014)05-0304-02

卫生部 2011 年抗菌药物整治活动开展以来, 二级医院药学部门的工作任务逐渐发生改变, 从单纯的药品采购、药房发药, 发展到参与临床查房和会诊。药学部门参与感染性疾病的诊疗, 特别是在感染性疾病或疑似感染性疾病治疗, 以及抗菌药物使用管理方面发挥着重要作用。现将本院临床药师参与 1 例疑似感染性疾病和 1 例感染性疾病会诊, 调整患者治疗方案情况及治疗效果报告如下。

1 病历资料

1.1 病例 1 患者, 女性, 79 岁, 3 d 前无明显诱因出现畏寒、头晕、乏力, 无头痛、关节痛及胸痛, 无尿频、尿急和尿痛等症状, 院外给予头孢孟多治疗, 效果不佳。2013 年 8 月 7 日, 来本院就诊。体格检查: 体温 39.0℃, 肺部可闻及湿啰音; 尿常规白细胞(+++); 胸部 X 片示肺纹理增粗, 肺实质未见异常密度灶。以发热查因(尿路感染? 肺部感染?)收住院治疗。血常规: 白细胞计数 $5.89 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 71.50%, 淋巴细胞 13.72%(↓), 嗜酸性粒细胞 9.21%(↑)。给予头孢哌酮/舒巴坦 3.0 g 静脉滴注, 2 次/d, 用 7 d, 联合左氧氟沙星 0.2 g 静脉滴注, 2 次/d, 用 4 d。8 月 10 日, 尿培养结果: 少量革兰阳性(G^+)球菌生长($<10^4/mL$)。8 月 13 日, 血

生化: 免疫球蛋白 IgG 19.6 g/L(↑), IgM 1.2 g/L, IgA 1.6 g/L, 类风湿因子 8.0 IU/mL, 抗“O”42.2 IU/mL, C-反应蛋白 56.5 mg/L(↑), 红细胞沉降率 120 mm/h(↑); 血常规: 白细胞计数 $6.51 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 78.51%, 淋巴细胞 11.82%, 嗜酸性粒细胞 4.60%; 骨髓像诊断: 嗜酸性粒细胞偏多。用抗菌药物治疗 1 周, 症状未见好转。8 月 14 日, 临床药师会诊, 考虑嗜酸性粒细胞肺浸润。建议: (1)停用所有抗菌药物, 给予肾上腺糖皮质激素治疗; (2)继续做尿培养。医生采纳临床药师的建议, 停用所有抗菌药物, 给予地塞米松 10 mg 静脉注射, 2 次/d。用药当天, 患者体温恢复正常。8 月 15 日, 尿培养结果阴性; 8 月 20 日, 红细胞沉降率 25 mm/h; 8 月 22 日, 肺部听诊湿啰音消失, 患者出院。出院给予强的松片口服(10 mg, 1 次/d), 继续治疗 1 周, 电话随访未复发。

1.2 病例 2 患者, 女性, 41 岁, 急性重型开放性颅脑损伤, 医院获得性肺炎。2013 年 3 月 25 日, 给予抗菌药物美洛西林/舒巴坦 2.5 g 静脉滴注, 1 次/8 h, 用 3 d, 体温未下降; 改用头孢西丁 2.0 g 静脉滴注, 1 次/8 h, 用 7 d。4 月 3 日, 因发热、体温未下降请临床药师会诊。临床药师查阅病历: CT 影像检查诊断为肺部感染; 血常规检查白细胞正常, 体温 37.8℃~38.5℃; 痰培养结果为正常菌丛; 未检测支

[收稿日期] 2013-11-12

[作者简介] 沈曦凤(1977-), 女(汉族), 湖南省常德市人, 主管药师, 主要从事临床药学研究。

[通信作者] 沈曦凤 E-mail: 22842584451@qq.com

原体。临床药师建议:(1)停用头孢西丁,改用阿奇霉素;(2)做支原体抗体检测。4月4日,给予患者阿奇霉素 0.5 g 静脉滴注,1次/d,用7d。次日,血液支原体抗体检测结果显示阳性。使用阿奇霉素后体温(37.2℃~37.6℃)略有下降。4月11日起,连续3d进行痰培养,结果均为铜绿假单胞菌;药敏试验结果显示,其对哌拉西林/他唑巴坦、头孢他啶敏感。医生改用哌拉西林/他唑巴坦 4.5 g 静脉滴注,1次/8h,用6d,体温一直未恢复正常。4月18日,再次请临床药师会诊。临床药师建议:(1)在原用药基础上加用阿奇霉素;(2)如果用药3d后疗效不佳,停用所有抗菌药物。临床医生基本采纳临床药师的建议,给予头孢他啶 2.0 g 静脉滴注,1次/8h,用7d;联用阿奇霉素 0.25 g 静脉滴注,1次/d,用7d。用药1周后效果不佳,停用所有抗菌药物;停药1周后患者体温恢复正常。

2 讨论

医生在临床工作中经常遇到这种情况:给予有感染特征的患者广谱抗菌药物,甚至使用抗菌效果非常强的抗菌药物,如万古霉素、美罗培南,临床效果不理想。在这种情况下应考虑:(1)是否是非感染性疾病;(2)是否是混合感染;(3)抗菌药物是否选择正确(如是否能通过血脑屏障);(4)细菌是否产生了耐药或生物被膜;(5)给药方法是否正确(如给药剂量、给药间隔)等^[1]。

病例1虽尿常规白细胞(+++),但患者无尿急、尿频症状,无症状的菌尿患者不需常规用抗菌药物治疗^[2]。尿培养仅少量G⁺球菌生长(<10⁴/mL),属于污染菌^[3]。胸部X片仅肺纹理增粗、肺实质未见异常密度灶,且无咳嗽、咳痰症状,肺部感染诊断依据不足。感染性发热一般能明确感染灶,多见白细胞计数升高或降低、微生物培养阳性等指

标^[4]。该患者无明确感染灶,白细胞计数正常,微生物培养阴性,且血常规、骨髓像检查示嗜酸性粒细胞偏多,故应考虑嗜酸性粒细胞肺浸润^[5]。改用肾上腺糖皮质激素治疗,患者当日就停止发热,红细胞沉降率逐渐恢复正常,肺部湿啰音逐渐消失。

病例2,先后给予美洛西林/舒巴坦、头孢西丁治疗后,症状未改善。美洛西林/舒巴坦、头孢西丁抗菌谱包括G⁺菌、革兰阴性菌和厌氧菌,不包括支原体。因考虑有支原体感染的可能,改用阿奇霉素后体温有所下降,且血液支原体抗体检查阳性,说明是支原体感染。后来连续3次痰培养均为铜绿假单胞菌,药敏试验均对哌拉西林/他唑巴坦、头孢他啶敏感,但使用哌拉西林/他唑巴坦后患者症状无改善,应考虑细菌是否产生了生物被膜。阿奇霉素能破坏细菌产生的生物被膜^[6],建议联合阿奇霉素使用。而联用阿奇霉素后症状仍未改善,铜绿假单胞菌很可能是定植菌,不是致病菌。患者低热可能是药物热、脑外伤引起,停用所有抗菌药物,1周后患者体温恢复正常。

[参考文献]

- [1] 谢景超. 老年肺部感染抗菌药物治疗失败原因的论述[J]. 中国感染控制杂志, 2009, 8(2): 73-76.
- [2] 陈山. 泌尿系感染诊断治疗指南[S]. 北京, 2011: 4.
- [3] 孙淑娟, 张志清. 感染性疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 346.
- [4] 方维军. 79例临床用药会诊的循证思维[J]. 中国医院用药评价与分析, 2012, 12(12): 1128-1130.
- [5] 曹栋, 陈栋, 徐艳. 非感染性发热的用药分析与药学监护[J]. 中国医刊, 2013, 48(5): 105-106.
- [6] 刘丽莹, 肖永濠, 严鹏科, 等. 莫西沙星与阿奇霉素联合头孢哌酮/舒巴坦治疗社区获得性肺炎的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2012, 12(6): 543-545.

(本文编辑:左双燕)