

实有效的监督实施,同时充分发挥医疗保险机构的特殊职能,从外部加强对用药情况的检查和监督,减少不必要的支出和浪费,双管齐下才能从根本上改变抗菌药物不合理用药的现状。

参考文献:

- [1] 戴自英,实用抗菌药理学[M]. 第2版. 上海:上海科学技术出版社,1998:36,63.
[2] 于福文,李娜,王冰晖. 从抗生素后效应该谈临床用药[J]. 中国临床药理学杂志,2001,10(4):258.

- [3] 杨金镛,崔自介. 普通外科诊疗术后并发症及处理[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:176.
[4] 张延霞,陈晓红,盛燕红,等. 手术科室抗生素使用分析[J]. 中会医院感染学杂志,1998,8(3):179.
[5] 黎介寿. 围手术期处理学[M]. 北京:人民军医出版社,1993:121.
[6] 黎沾良. 围手术期抗生素的合理使用[J]. 辽宁医学杂志,1998,12(3):118.

收稿日期:2003-01-08

临床药师参与救治重危肾移植病人的体会

梁蓉梅, 曾仁杰, 蒋燕(成都军区总医院药学部, 四川 成都 610083)

关键词 临床药师;救治;肾移植

中图分类号:R97 文献标识码:B 文章编号:1006-0111(2003)03-0176-02

据报道我国每年有6800万急诊患者到医院就诊,其中约7%(476万)危重急症患者需立即得到有效救治^[1]。Prince^[2]等对就诊于匹兹堡医院急诊科的病人中发现有2.9%的病人属于与用药有关(drug-related problem, DRP),而Dennehy等对一所大学附属医院急诊科就诊病人进行调查,3.9%属于DRP,DRP的社会影响及经济损失是很惊人的,据估计美国每年上急诊科就诊的DRPs病人有1700万,医院为此要花费766亿美元,而且有870万病人需收入院治疗。同时,随着药物品种、剂型的不断增多,药物联合应用普遍存在,一些严重的药物相互作用、药物不良反应、药源性疾病等频繁发生,迫切要求临床药师参与危重病病人的药学监护。笔者根据自己监护肾移植术后病人的工作体会,对临床药师如何规范工作程序进行了初步探讨,力求提训肾移植重症病人抢救成功率。

1 监测血药浓度,制定急救方案

危重病人入院后,临床药师应首先了解病情、采集详细用药史、根据资料及临床表现,运用现代药理学理论技术和先进的监测手段,协助医生诊断疾病,制定合理的急救用药方案,提供迅速、高效的急救服务,提高抢救成功率。

病例1:男,31岁。患者肾移植术后半年,因反复高热(39℃~40℃)、咳嗽于2001年5月4日入院,经抗炎、降温等对症治疗后病情稳定后出院。一周后患者因再次高热39.6℃,伴口腔溃疡、白细胞降

低入院。

临床药师因考虑患者病情危急,入院后急查肝肾功能及环孢霉素A的血药浓度,同时详细采集患者用药史,得知:①患者肾移植后三个月开始使用硫唑嘌呤20天后出现巩膜黄染。②2周前患者自感有明显脱发并出现反复高热、咳嗽、白细胞减少、肝功减退。③急查环孢霉素A血药浓度为697.65ng/mL,显著高于正常范围。临床药师根据以上病情分析认为:①患者反复高热、肝功能减退与硫唑嘌呤密切相关,应立即停用此药。②患者环孢霉素A血药浓度过高,应降低剂量并密切监测。③患者白细胞明显减少($0.2 \times 10^9/L$),应采用注射重组人粒细胞集落刺激因子、输脐血对症治疗。④目前患者以肺部严重感染为主,应先使用广谱抗生素治疗,药敏实验结果出来后改用窄谱抗生素。

按临床药师方案及医护人员全力救治,患者严重感染得到控制、肝肾功能逐渐好转,WBC增至 $3.2 \times 10^9/L$,开始有新发生长。

2 建立药历,全面监测病人用药情况

危重病人病情复杂,可能伴有血流动力学改变、酸碱及水电解质紊乱、脓毒血症、重要脏器功能不全、DIC等并发症。针对上述症状,临床药师应全面掌握病情,建立完善药历,概述患者用药目的,设计合理的药物治疗方案,并对治疗方案的实施制定监测计划。

病例2:男,54岁。肾移植术前长期处于低血压

状态(10/7kPa),术后半月出现尿量减少、肾功能异常。

临床药师在患者术后 3d 开始建立药历,说细记录病情变化及用药情况,通过参加会诊讨论和认真阅读药历及病历后分析提出:①患者尿量减少,必须使用扩张肾血管药多巴胺,利于排尿。②应加用收缩血管或提高心缩力药,提高血压,保证一定肾灌注量。③及时监测环孢霉素 A 的血药浓度、肝肾功能,全面调整免疫抑制剂的剂量。④速尿与多巴胺不宜长期合用并且多巴胺必须小剂量使用。因速尿为单氨氧化酶抑制剂,长期使用可显著增加多巴胺血药浓度,导致血压聚增。长期使用速尿会导致电解质紊乱,而小剂量多巴胺具有扩张肾血管、利尿的作用。所以应调整为小剂量多巴胺与速尿静滴 5d,尿量增加后改为小剂量多巴胺与间羟胺静滴。

经过上述治疗,患者尿量长期稳定在 1 500 ~ 2 000mL 左右,血压保持在正常范围内,肾功能逐渐好转。

3 运用药代动力学理论实施个体化用药方案

肾移植术后患者使用的环孢霉素个体差异大,影响因素复杂且没有一个确定有效治疗浓度范围,在药物选用和剂量调整上有一定困难。临床药师应将环孢霉素 A 血浓监测结果与药代动力学公式相结合,协助临床医师调整病人用药剂量。

病例 3:男,35 岁。患者肾移植术后每日口服环孢霉素 150mg,查环孢霉素 A 浓度为 358.86ng · mL⁻¹,BUN 16.22mmol · L⁻¹,sCr 137.1μmol · L⁻¹,TBIL 43.10μmol · L⁻¹,DBIL 26.20μmol · L⁻¹,GPT97.3U。

临床药师分析认为:因患者肾移植已 14 个月,

采用环孢霉素 A + 硫唑嘌呤 + 强的松三联疗法,有效浓度应为 150 ~ 90ng · mL⁻¹,其浓度明显高于正常范围。目前已有肝功能、肾功能严重损害,必须调整环孢霉素剂量。假设期望浓度 150ng · mL⁻¹,根据 Ritchel 一点法计算每日剂量应为 100mg。经使用调整剂量治疗,2 周后监测环孢霉素浓度浓度为 132ng · mL⁻¹,血 BUN8.2mmol · L⁻¹,SCr105μmol · L⁻¹,TBIL 23.10L,DBIL7.31 · L⁻¹,GPT52U,患者病情明显好转。

4 床边监护,心理咨询及用药指导

病例 4:男,25 岁。肾移植术后十年,因不能耐受硫唑嘌呤的药物副作用,于一个月前开始使用咪唑立宾,半月后患者相继出现腹痛、腹胀、干咳伴血丝,舌尖周围布满白色小脓点并有糜烂,夜晚低热、味觉异常、头皮电击样麻木,头疼、心悸、口渴、声嘶等症状。查肝功能明显异常,血小板和白细胞降低。患者情绪异常低落,失去治疗的信心。临床药师详细询问病史,查找资料,证实其症状与咪唑立宾副作用密切相关,建议改用骁悉治疗,加强肝肾功能的保护,同时进行床旁监护与病人谈心,指导患者正确用药。因患者血尿酸水平高,根据患者病情为其制定合理的低嘌呤食谱。2 周后患者抑郁心情明显改善。通过监测血药浓度,及时调整用药剂量,咪唑立宾所致不良反应消失,肝肾功能好转。

参考文献:

- [1] 郝江. 急诊急救医学及其发展[J]. 西南国防医药,1998,8(3):181.
- [2] 石宁江. 急诊科就诊病人与药物有关问题[J]. 中国药物滥用防治杂志,1998,4:48.

收稿日期:2003-02-27

浅析中成药说明书规范问题

邓小莹(浙江省海盐县中医院药剂科,浙江 海盐 314300)

中图分类号:R97

文献标识码:B

文章编号:1006-0111(2003)03-0177-03

药品说明书或标签是药品运输、贮藏、使用时最外在的需要物。许多医师由于工作繁忙但又必须了解药物信息,便习惯于从说明书或制药厂广告性资料中获取药物情报(1),我国的《药品管理法》第 54 条规定,药品包装必须按照规定印有或者贴有标签并附有说明书,标签或说明书上必须注明药品的通

用名称、成份、规格、生产企业、批准文号、产品批号、生产日期、有效期、适应证或者功能主治、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项。《药品管理法》对药品说明书的内容作了严格而明确的规定,以求药品说明书规范化。国家药品监督管理局 2000 年 3 月发布的《药品包装、标签和说明书管理规定》进一