

药师对哮喘患者实施药学服务切入点

崔敏, 刘晓琰, 逢晓云, 曹惠明, 沈金芳 (上海交通大学医学院附属仁济医院药剂科, 上海 200127)

摘要 哮喘是最常见的慢性疾病之一, 其反复发作、甚至导致患者死亡的原因多是误诊、漏诊或治疗不当。药师如能对哮喘患者适时进行用药指导和健康教育等药学服务干预, 可纠正用药不当、提高治疗效果、改善患者生活质量。

关键词 哮喘患者; 药学服务

中图分类号: R95 文献标识码: B 文章编号: 1006-0111(2009)04-0299-03

哮喘是最常见的慢性病之一, 而且其发病率仍在增加, 尤其是在儿童^[1]。哮喘是一种气道慢性炎症性疾病, 通过及时、合理的诊治, 多数可完全控制症状, 如儿童哮喘通过积极规范的治疗, 临床控制率可达 93%^[2]。哮喘反复发作、甚至导致死亡的原因多是误诊、漏诊或治疗不当 (特别是过量使用 β 受体激动药或茶碱、过迟使用激素等)。药师如对哮喘患者适时进行用药指导和健康教育等药学服务干预, 可纠正用药不当、提高治疗效果、改善患者生活质量^[3]。笔者作为临床药师, 深入呼吸科工作多年, 在日常工作中强化对哮喘患者的药学服务, 多方面寻求切入点, 现将经验与体会总结如下。

1 哮喘药学服务的必要性

1.1 社会和患者需求 哮喘的治疗存在用药时间长、种类多、需要定期评估等特点。许多患者病程较长, 反复发作, 必须每天使用控制性药物以预防急性发作, 改善肺功能, 可能需要偶尔使用缓解性药物, 以治疗急性症状如喘息、胸闷和咳嗽。患者对各种控制性和缓解性药物的特点、疗效、不良反应、合理选用等普遍存在认识不足, 对哮喘的并发症和预后存在过于乐观或过于悲观的认识, 对社会上一些虚假药品广告存在盲目轻信, 这些均可能导致患者用药不合理, 治疗依从性差, 从而影响疗效。此外, 随着社会的发展、药物品种的不断增多和患者医疗需求的不断提高, 为社会和患者提供更广范围、更高标准的药学服务非常有其必要性。

1.2 哮喘治疗用药的复杂性 哮喘的治疗用药种类繁多, 有控制性药物和缓解性药物之分, 其应用指征不同, 有长期使用的, 有急救时短期使用的。哮喘的治疗用药剂型多样, 有注射剂、片剂、胶囊剂、吸入

剂, 每种剂型的特点不同、用法不同, 有些剂型的使用需要配合以正确的呼吸等。而药物的正确使用对疗效、治疗评估及患者预后均至关重要, 因此, 为患者提供适当、正确的药学服务, 指导其用药有着重要的意义。

2 药学服务切入的内容及形式

2.1 提高患者用药依从性 用药依从性是考察合理用药的指标之一, 也是取得最佳治疗的基本条件。患者用药依从性如何, 除取决于其对所患疾病的了解及对医生的信心外, 在很大程度上取决于其对所用药物的了解程度^[4]。为此, 药师与患者加强沟通, 寻找其依从性差的原因, 制定针对性措施, 提高其用药依从性以取得应有的疗效。如某患者, 女性, 48岁, 就诊 1 年余, 予以布地奈德干粉吸入剂 (普米克都保)、沙丁胺醇气雾剂 (万托林)、茶碱控释片 (舒弗美) 治疗, 但疗效不佳, 治疗逐步升级, 症状仍反复发作。药师与患者多次沟通后得知, 治疗失败的根本原因是患者未规律使用平喘药, 其认为不发作时就是病愈, 即不再用药, 症状发作后方使用药物, 于是向患者解释哮喘的治疗原则, 使其明白规律治疗的重要性, 提高依从性后病情得到满意控制。

2.2 指导患者正确认识各种平喘药 哮喘的治疗最主要就是各种平喘药的使用。目前临床常用平喘药种类繁多, 分为缓解性药物和控制性药物, 缓解性平喘药主要是通过松弛气道平滑肌而迅速缓解喘息症状, 用于急性发作时的治疗, 包括全身用糖皮质激素、短效 β_2 肾上腺素受体激动药、短效茶碱类、抗胆碱药等, 哮喘急性发作时该类药物可按需使用; 控制性平喘药主要是通过控制气道炎症, 从而治疗和预防哮喘的发作, 包括吸入型糖皮质激素、长效 β_2 肾上腺素受体激动药、缓释茶碱、抗白三烯药物、抗过敏药物等, 该类药物多长期使用, 不作为急救药使用^[1]。但是, 许多患者不清楚药物的具体作用, 只

是根据医嘱强记每种药物的使用, 如果使其了解各种平喘药的性质和特点, 则有利于其记忆和依从。如沙丁胺醇气雾剂(万托林)是用来迅速缓解症状的, 喘息发作时方需要使用, 不需每天按时使用, 而糖皮质激素类吸入制剂属控制性药物, 用来控制气道炎症, 故需长期规律使用。

2.3 指导患者正确认识吸入型糖皮质激素 全球哮喘防治倡议(GINA)^[1]和我国《支气管哮喘防治指南》^[5]均明确指出, 凡需不定期吸入支气管扩张剂来治疗的患者, 均应推荐常规使用包括吸入性糖皮质激素在内的抗炎治疗。但由于该类药物通常需要连续规则吸入1周后才可奏效, 以致有些患者错误认为无效而停药。如某患者, 男性, 25岁, 因“哮喘急发”入院, 肺功能检查示“中度阻塞性肺通气功能障碍”, 治疗后病情控制, 出院时予以福莫特罗布地奈德吸入剂(信必可)长期使用, 但患者不肯依从, 原因是认为该药无效, 进一步了解得知, 患者曾用过该药3天, 后认为无效即自行停药。药师针对该患者心理误区, 向其讲解该类药物的起效特点, 使其遵从医嘱, 1月后复诊治疗效果较好。也有些患者谈激素而色变, 认为糖皮质激素不良反应较多, 存在恐惧心理, 以致不肯长期使用。药师针对不同原因对患者宣教, 是其正确认识该类药物, 从而提高治疗有效性及合理性。

2.4 指导患者正确使用各种药物

2.4.1 指导患者正确使用各种剂型平喘药 目前临床使用的平喘药剂型多样, 有注射制剂、口服制剂、吸入制剂等, 口服制剂又包括片剂、胶囊剂, 也包括普通制剂和缓控释制剂; 吸入制剂包括压力驱动定量雾化器(pMDIs)、呼吸启动MDIs、干粉吸入器(DPIs)和射流雾化器等。特别是吸入制剂, 不同制剂的吸入器具和吸入方法有所不同。有统计^[6]显示, 没有接受过用药指导的患者使用定量气雾剂的错误率高达79%, 故需对患者进行详尽的用药指导, 如何准备药物、如何吐气、如何吸气、如何屏气、吸药后漱口等, 保证用药的正确和疗效的发挥。如某患者, 男性, 42岁, 使用多种吸入剂治疗, 但疗效不佳, 药师观察到患者吸入药物后未屏气, 结果很大一部分药物均从口鼻逸出, 以至未能有效到达气道, 于是对其进行详尽的用药指导, 针对问题—演示—练习—再演示—再练习, 最终使其掌握了正确使用方法, 病情得到了控制。

2.4.2 指导患者用药剂量应适当 药师应提醒患者按医嘱或药品说明书用药, 不可盲目加量。用于哮喘的吸入制剂具有剂量小、起效快、副作用小等优点, 但如果使用不当, 不但达不到其预期疗效, 而且可能导

致严重不良反应, 甚至导致突然死亡——药源性猝死。如沙美特罗氟替卡松气雾剂(舒利迭)因其止喘效果快速而显著, 应用广泛, 但国外有该药致死的报道, 究其原因很可能是患者反复多次使用, 以致过量中毒。故需提醒患者不可盲目加量, 或缩短用药间隔时间, 因舒利迭等对支气管平滑肌具有高度选择性, 若过量使用, 导致“物极必反”, 使支气管扩张过度而转为收缩, 反而加重哮喘, 此时若误以为剂量不足, 进一步加大剂量, 则可能出现严重后果。

2.4.3 指导患者正确认识药品不良反应 许多患者不了解药品不良反应的本质, 存在较多误解。如某患者, 女, 53岁, 因“哮喘伴感染”入院, 使用头孢噻肟(凯福隆)后出现皮疹, 于是其认为该药质量有问题, 诉医生予其不合格药品, 药师出示该药说明书, 指出皮疹是该药不良反应, 并向患者宣教药品不良反应的定义, 使其明白不良反应是合格药品在正确用法用量下出现的, 并非药品质量问题, 消除其误解。也有些患者因惧怕说明书上严重的不良反应而拒绝用药, 于是药师向其耐心解释不良反应是药品固有的属性, 每种药品均有程度不等的不良反应, 要正确认识药品不良反应, 要重视但不可“因噎废食”。

2.4.4 指导患者正确使用一些特殊药物 有些特殊种类的药物, 或某些特殊剂型的药物, 其使用方法有别于普通药物。如长期大量使用激素的患者, 不应突然停药, 而需逐渐减量后停药, 否则将会引起严重后果。有些患者嫌药片较大, 就自作主张将药片掰碎或用水溶解后服用, 岂不知这样会破坏缓控释制剂的特殊结构, 从而可能影响其疗效, 如常用的茶碱控释片(舒弗美)如果掰碎或用水溶解后服用, 就难以发挥其控释的特点。

2.4.5 指导患者注意药物相互作用 许多哮喘患者病情迁延多年, 用药品种较多, 而老年患者往往又患有不止一种疾病, 其用药也较复杂, 临床药师应提醒患者在就诊时向医生反映自己正在服用的药物, 以提醒医生注意药物相互作用。

如有些哮喘患者服用抗过敏药, 如果患感冒, 又可能服用一些复方感冒药, 而目前复方感冒药中大多含有氯苯那敏(扑尔敏)——抗组胺药, 两种药物联用可能会加重中枢抑制, 产生嗜睡等。

2.4.6 其他基本用药指导 如服药后不可马上运动, 不可用饮料或茶水送服药物, 不可干吞药, 注意药品有效期等。

总之, 随着医药学的发展, 医院药学模式正从“以药品为中心”向“以患者为中心”转变, 药师“以患者为中心、以药品为手段”, 积极寻求切入点, 向

患者提供全方位、高质量的药学服务,将是医院药学工作的核心内容。药师应进一步转变观念,重视学习,掌握更多的国内外药学信息,加强与医、护、患沟通的能力,以良好的职业道德和业务素质提供优质的服务。

参考文献:

- [1] 刘春涛译.哮喘管理和预防礼袖珍指南(2006年修订版)[J].中国呼吸与危重监护杂志,2007,6(2):148
- [2] 叶任高,陆再英.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.64-73

- [3] 方宇,黄泰康,杨世民,等.药店实施哮喘患者药学服务干预的效果评价—Meta分析[J].中国药房,2006,17(22):1758.
- [4] 何荣连.医院药师与患者沟通的方式、策略和技巧[J].中国医院药学杂志,2005,25(8):768
- [5] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(3):132.
- [6] 沈华浩.哮喘手册[M].北京:人民卫生出版社,2004.301-352

收稿日期:2008-12-22

(上接第 298页)

炎克雷伯菌等)、变形杆菌属、流感嗜血杆菌、链球菌属、卡他莫拉菌等所致的下列轻中度感染”。

3.4 药物用法用量表述不够规范 如该卷第 610 页利巴韦林【用法与用量】第 1 项“口服:治疗慢性丙型肝炎,成人 600 mg”。其中“成人 600 mg”是一日总量,分几次服用;还是一次量等均未交代清楚。

3.5 前后描述不尽吻合 该卷第 575 页对氨基水杨酸钠【适应证】项下有“本品仅对分枝杆菌有效”,而【药理】项下有“只对结核分枝杆菌有抑菌作用”,前后描述不够严谨,应将“本品仅对分枝杆菌有效”改为“本品仅对结核分枝杆菌有效”为宜。

4 校对方面的问题

4.1 该卷第 476 页氨基糖苷类【药理】第 3 段“使 DNA 发生错读,导致无功能蛋白质的合成,使多聚核糖体分裂,不能合成蛋白,大量氨基糖苷类继续进入菌体,细菌细胞膜断裂,细菌死亡。”应将“使 DNA 发生错读”中的“DNA”改写为“RNA”。

4.2 该卷第 536 页红霉素【药理】中有“本品可透过细菌细胞膜,与细菌核糖体的 50S 亚基成可逆性结合,阻断了转肽作用和信使核糖核酸(mRNA)的位移,抑制细菌蛋白质合成”的描述。其中“信使核糖核酸(mRNA)”应为“转移核糖核酸(tRNA)”。

4.3 该卷第 539 页麦白霉素【制剂与剂型】项下“麦白霉素片”中“需”有误,应为“霉”,即“麦白霉素片”。

4.4 该卷第 520 页硫酸庆大霉素【用法与用量】第 4 项药物配制“①静脉:将每次剂量加入 50~200 mL 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖液中”。其中有两处描述不妥,一是应将“氯化钠注射液”改为“0.9% 氯化钠注射液”;二是应将“5% 葡萄糖液”改写为“5% 葡萄糖注射液”。

4.5 该卷第 550 页磺胺类药与甲氧苄啶项下“磺胺

类属于化学合成抗菌药,均含有氨基磺酰胺的基本结构。该类药物的应用已有 50 年的历史,……”。但早在 1935 年德国 Domagk 宣称红色染料百浪多息 Prontosil rubrum 能治愈链球菌感染的病人,标志着磺胺药正式用于临床^[9]。因此应将其中“50 年”改为“70 多年”。

以上简要分析了《中国药典》(2005 版)《临床用药须知》中存在的一些不够科学和规范之例,虽不影响使用,但《药典》不同于普通书籍,它的标准化和规范化程度代表着一个国家科学技术的发展水平和先进程度。为了更好地维护《药典》的国家权威性,笔者对这些问题进行了归纳,并提出了个人的修改建议。期望 2010 年《药典》尽可能在旧版的基础上全面改进、与时俱进,在权威性、科学性、实用性等方面起到典范作用。

参考文献:

- [1] 周正任.医学微生物学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2003.147.
- [2] 俞树荣.微生物学和微生物学检验[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997.152.
- [3] 周庭银,赵虎.临床微生物学诊断与图解[M].上海:上海科学技术出版社,2001.256
- [4] 彭文伟.传染病学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.1.
- [5] 田庚善,贾辅忠.临床感染病学[M].南京:江苏科学技术出版社,1998.1
- [6] 倪语星,韩立中.抗菌药物临床应用——从抗菌谱到临床处方[M].上海:上海科学技术出版社,2006.10
- [7] 王睿.临床抗感染药物治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2006.1.639.
- [8] 杨宝锋.药理学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2006.412.
- [9] 杨藻宸.医用药理学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1982.677

收稿日期:2009-03-11