

处方点评

患者:男,2岁。

临床诊断:支气管炎。

处方:阿奇霉素干混悬剂 100 毫克, 每天 1 次;阿布特林片 0.8 毫克,每天 3 次;泼尼松 2.5 毫克,每天 3 次;氨溴索片 10 毫克,每天 3 次;复方福尔可定口服溶液 3.5 毫升,每天 3 次。均口服,连用 3 天。

分析:复方福尔可定为复方制剂,其组分为:每毫升含福尔可定 5.0 毫克,盐酸曲普利啶 0.6 毫克, 盐酸伪麻黄碱 15.0 毫克和愈创木酚甘油醚 50.0 毫克。其中,福尔可定为中枢性镇咳药。氨溴索说明书记载,应避免与中枢性镇咳药同时服用,以免稀化的痰液堵塞气道。

(据《医药经济报》)

Y 用药提醒

老年人群使用抗结核药须警惕肾功能损伤

来自中国台湾的研究人员通过研究发现,在抗结核治疗的老年人中, 肾功能损伤并不罕见, 出现发热和皮疹可能与肾功能恢复有关。但在大部分从急性肾功能损伤治愈的患者中, 利福平仍可继续使用。相关研究发表于近期的《生物医学中心·传染病》杂志上。

报道显示, 患者接受抗结核药物治疗后可能出现急性肾功能损伤,但是对于老年患者抗结核治疗后肾功能情况及预后的因素报道甚少。为了明确老年患者中抗结核药物导致的急性肾功能损伤发生率,并分析其转归和肾功能恢复的预测指标。研究人员回顾分析了 2006~2010 年抗结核治疗的患者的医疗记录。他们根据急性肾功能损伤网络组设定的标准定义急性肾功

能损伤,将肾功能恢复定义为血清肌酐恢复到基线水平,并采用比例风险回归来发现肾功能恢复的预测指标。

研究结果显示,在 1394 例抗结核治疗患者中,99 例(7.1%)患者发生急性肾功能损伤。平均年龄为 68 岁,且以男性为主。60 例(61%)患者在抗结核治疗两个月内发生急性肾功能损伤,其中 11 例患者既往使用过利福平。30 例(30%)患者合并有慢性肾病或终末期肾病, 肾功能恢复的中位时间为 39.6 天。肾功能恢复的预测因素包括在急性肾功能损伤初期有发热、皮疹和胃肠道失调。在 71 例从急性肾功能损伤恢复的患者中,有 68 例(87%)患者再次或继续使用利福平。

(黄 月)

新方法可解决疟疾对氯喹的抗药性

氯喹原本是治疗疟疾的特效药,但由于疟原虫对其产生抗药性,这种药物在很多地方已经不再使用。澳大利亚和德国科学家发现,疟原虫的抗药性也有弱点,通过增加服药次数,氯喹仍然能够起作用。

近日, 澳大利亚国立大学发表了一份声明称, 该校生物学院研究人员罗伊娜·马丁和德国海德堡大学的同行共同发现, 导致疟原虫产生抗药性的蛋白质也有“软肋”。“我们研究了这种蛋白质的不同形式, 在所有情况下, 蛋白质将氯喹移出疟原虫体外的能力都是有限的。这意味着能够继续使用氯喹治疗疟疾, 只要每天服用两次,而不是一天 1 次。”马丁

说。

根据研究人员的建议, 原来每天服用一个标准剂量的做法可以改成早晚各服用一个标准剂量, 重点在于增加服药次数。但马丁不推荐增加单次服用剂量, 因为一次大量服用会很危险。

马丁说, 这一理论还可以用于其他因类似机制而面临抗药性威胁的抗疟疾病物。

疟疾是由疟原虫引起的疾病,多由蚊子叮咬传播,全球每年有数十万人死于疟疾。氯喹曾被誉为抗疟“神药”, 目前仍在南太平洋地区、非洲、亚洲、南美洲等地使用,但很多发达国家已不再使用。

(赵 青)

征稿启事

本版旨在“维护用药安全、规范药房管理、搭建交流平台、彰显行业责任”,现面向读者,诚邀以下稿件。

临床药师专栏: 各级临床药师的工作感悟,在工作中遇到的困惑,对临床用药误区的分析和提醒等(征稿对象为各级医院临床药师)。

专家在线: 针对临床用药方面的疑点、难题等进行解答(受访专家或者撰稿人需要具有副高以上职称)。

药房管理: 介绍医院在药品储存、物流和药学

服务等方面的经验和方法,可以自己撰写也可以把信息提供给我们。

用药提醒: 用药不良反应、降低药物不良反应的方法等(征稿对象为不良反应办公室工作人员)。

处方点评: 对典型处方进行点评,为临床提供指导。

百家言药: 对药事的学术研究或经验分享等。

来稿要求: 文字力求简洁、准确;来稿请注明姓名、职称、研究方向、联系方式等。

邮箱: 270034961@qq.com

QQ: 270034961

本版图片均为资料图片

取长补短 步步为营

——抗感染临床药师的工作策略

□柴东燕

呼吸科:通过教育患者影响医生

无论

如果在临床治疗上还是在专科用药方面,呼吸科医师水平都不低,即使自己错了,也会很不情愿承认。在治疗

方案上挑战医生,就是在挑战权威。因此,不如另辟蹊径,找到医生、护士的工作盲区:用药教育,通过

教育患者来影响医生。也许有人会认为用药教育没有什么难度,缺乏含金量,不能体现药学的“高深”,但是我们不要忘记医生天天反复治疗那几种病、护士天天配液

扎针,正是这些琐碎的不可替代的小事,成就了一种职业。以慢性阻塞性肺疾病、哮喘患者为例, 按时和正确吸入药物在整个治疗方案中起到举足轻重的作用, 但能全面、正确了解吸入制剂用法又有时间教育患者的医生、护士很少,临床药师可以此为突破口。

的影响及剂量调整一直是医生极少涉及的领地,所以临床药师可以深入挖掘一下,作为展示能力的平台,来弥补医生团队的不足。

重症监护室:关注透析药物剂量

如果你在药学方面没两把刷子, 劝年轻药师别急着“深入虎穴”,大量的医学、药学知识会立马让其失去方向感。笔者在重症监护室度过了

一段迷茫的时间后,终于发现了一线希望——透析时药物剂量的调整。在我们医院重症监护室,连续血液透析是很常见的治疗方式,但透析对药物

的影响及剂量调整一直是医生极少涉及的领地,所以临床药师可以深入挖掘一下,作为展示能力的平台,来弥补医生团队的不足。

外科:是最容易出成绩、树立权威的科室。外科大夫比较关心合理性用药话题,也最欢迎临床药师来查房,以便随时咨询一些抗菌药物相关的问题,临床药师可以就现实中的病例,讲解国家关于抗菌药物的使用规范,指导科室完成抗菌药物的使用指标。因此,临床药师在外科可以做医嘱点评工作,及时指出他们走出误区,让他们少被扣钱,他们最喜欢不过了。

目前,我国临床药学尚未得到普遍认可,现行工作体制还有待完善,我们必须认识到:临床药学工作的开展和被认可,必然是一个长期的过程。临床药师应坚持深入临床, 不断提高自身的专业技能,取长补短,步步为营,逐步融入临床治疗团队中。

(作者供职于河南省人民医院)

K 科技前沿

幽门螺杆菌感染或与妊娠剧吐相关

近日,来自荷兰和澳大利亚的研究者指出, 幽门螺杆菌阳性可能是诊断妊娠剧吐的重要标记物。相关研究在线发表在《美国妇产科的分布》杂志上。大多数孕妇都会受到恶心、呕吐的困扰,事实上,诊断妊娠剧吐是妊娠早期住院治疗的最常见原因。为了评估生化标记物对于诊断妊娠剧吐的诊断价值, 来自荷兰阿姆斯特丹医学中心的帕因特尔博士及其同事对相关研究进行了系统评价与荟萃分析。

荟萃分析结果显示,阳性症状组

与阴性症状组的总体相对危险度值为 3.2。对 19 篇文献的诊断性荟萃分析结果显示,同对照组相比,幽门螺杆菌诊断妊娠剧吐的敏感性和特异性分别为 73%和 55%。帕因特尔博士最后总结称,荟萃分析结果显示血清幽门螺杆菌抗体阳性与诊断妊娠剧吐间存在相关性,这提示临床上或许可以将幽门螺杆菌作为诊断妊娠剧吐妇女的治疗靶点之一。不过将来还需要对此进行进一步的评估。

(王 洪)

适当补维生素 D 能防心脏病

意大利的最新研究显示,维生素 D 缺乏可能是心脏病的原因之一,适当补充可预防。意大利诺瓦拉东皮埃蒙特大学心脏病学教授莫妮卡·沃德义带领的团队评估了 1484 名心脏病患者的营养健康状况, 同时采用冠状动脉造影技术检测冠状动脉的狭窄情况。

研究发现,70%的心脏病患者都存在维生素 D 缺乏情况。其中,摄入维生素 D 最少的一组患者罹患冠心病的概率比正常人高 3 倍以上,血管堵塞发生率是正常人的 2 倍, 发生冠状动脉 3 支血管病变的概率接近 20%。3 支血管同时有狭窄或堵塞,意味着病情更严重,可能需要紧急处

理。

研究者解释称, 维生素 D 缺乏的原因可能与心脏冠状动脉血管狭窄有关, 建议大家平时多晒太阳 (但要避免阳光强烈的时段,也不要晒得太久),多吃富含维生素 D 的食物,如鱼类或牛奶。必要时可口服维生素补充剂。

(李一名)

非甾体抗炎药与抗凝药联用增出血风险

欧美一项研究表明,在接受抗凝治疗的静脉血栓栓塞患者中,非甾体抗炎药或阿司匹林联合应用与临床相关性出血及大出血具有相关性。论文于 4 月 14 日在线发表于《美国医学会杂志·内科学》。此项研究共纳入 8246 例静脉血栓栓塞患者,并评估了抗凝药利伐沙班或依诺肝素与非甾体抗炎药或阿司匹林

联用时的出血风险。主要转归指标为临床相关性出血事件和大出血事件发生率以及危险比(HR)。

结果显示,在非甾体抗炎药与抗凝药联用期间,临床相关性出血的发生率为 37.5/100,仅应用抗凝药时则为 16.6/100 (HR 为 1.77)。联合和未联合应用非甾体抗炎药时,大出血发生率分别为

6.5/100 和 2.0/100(HR 为 2.37)。联合和未联合应用阿司匹林时,临床相关性出血发生率分别为 36.6/100 和 16.9/100 (HR 为 1.70), 大出血发生率分别为 4.8/100 和 2.2/100(HR 为 1.50)。利伐沙班和依诺肝素治疗方案在出血风险升高方面无明显差异。(刘琳)

合理用药 抗击癫痫

□王继立

专家在线

本栏目由江苏康缘药业协办

癫痫是一种临床综合征,是由大脑皮层神经元发作性异常放电(电活动呈超同步化)导致的一系列神经精神障碍,包括运动、感觉、意识、植物神经功能障碍。其临床特征有 3 点,分别为发作性(突发突止)、重复性(至少两次反复)、刻板性(每次发作症状大致相似)。应注意的是, 幼儿在发热时出现惊厥,不发热时不出现的现象为热性惊厥,不属于癫痫范畴。但反复热性惊厥可导致儿童不发热时也出现惊厥,此时即认为是癫痫。

癫痫是由多种病因引起的综

合征, 根据目前对病因的了解,可分为两类,特发性癫痫和症状性癫痫。大多数癫痫患者无诱因,少数患者有明确诱因。一般因素有高热、过度换气(哭泣)、代谢紊乱、应激反应、睡眠缺乏、过饱、饮酒、内分泌变化(月经期、妊娠)等;特殊因素有视、听刺激及高频闪光(看电视、电影),特殊的有如逻辑思维(下棋、阅读)、内脏刺激(腹胀、排尿、咳嗽)。医生应让患者了解癫痫病症,积极寻找诱因,以避免发作。

癫痫重在预防,预防各种已知的致病因素,如孕妇应加强围产期保健预防产伤,预防接种和脑部感染,如结核、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎。集中饲养生猪者应预防寄生虫感染;加强交通安全意识预防颅脑外伤;加强脑血管病危险因素的控制,减少脑血管病发病率。对于新生儿和婴儿期可能导致脑缺

氧的情况,如新生儿抽搐和高热惊厥,务必及时控制,严重且频繁高热惊厥者宜长期服用抗癫痫药物,如苯巴比妥。

病因明确者应针对病因治疗,颅内占位病变首先考虑手术治疗,术后由于瘢痕形成或残余病灶,相当一部分患者需继续抗癫痫治疗。脑囊虫病应抗囊虫治疗。

医生在对抗癫痫患者治疗时,应当合理用药,遵循以下 5 项基本原则。

根据发作类型用药 现有抗癫痫药物均对某一发作类型最有效,对其他类型效果差或无效,甚至有相反作用,如苯妥英钠对强直一阵挛发作时有效,而对失神发作无效,甚至可诱发发作。强直一阵挛发作首选丙戊酸钠,次选苯妥英钠、苯巴比妥。部分性发作首选卡马西平,次选苯妥英钠、苯巴比妥。

失神发作首选丙戊酸钠,二线药物为乙琥胺、氯硝西平。

单药治疗 一种药物达到有效血浓度而效果不明显,或因副作用而不能继续应用时,应立即换掉,改用次选药物, 撤换时一减一增,交替时间至少为 1 周,除非已发生严重的副作用,可用地西洋静脉滴注维持以减少持续状态的发生。由于抗癫痫药之间常有相互影响,所以要避免多种药物联合应用,如苯妥英钠、卡马西平、苯巴比妥均诱导同一肝酶代谢系统,同时服用时可加快各自的清除速度,使血浓度均降低;苯妥英钠和丙戊酸钠竞争蛋白结合点, 使血清游离浓度增加,毒性加大。

合适剂量 口服量均自小剂量开始,逐渐加量,直至控制症状。以副作用最小为原则,有些药物副作用大,小剂量逐渐耐受。由于个

体代谢排泄速率不同,最好采用血药浓度监测,调整药量。

长期用药 特发性癫痫一般应于发作完全控制后,如无不良反应时,再继续服用一两年。继发性癫痫控制发作三五年后才考虑停药。

注意毒副作用 苯妥英钠:过敏反应(如皮疹伴发热)、胃肠道反应、皮肤黏膜、血液及神经损害。卡马西平:过敏反应、骨髓抑制。丙戊酸钠:肝损害。

坚持合理服用抗癫痫药物,85%的患者可以基本控制。近年来,新一代的抗癫痫药物如拉莫三嗪、左乙拉西坦已经在临床使用,作为传统抗癫痫药物疗效不佳时的添加治疗,提高了癫痫临床控制率。只有药物不能控制的严重频发癫痫,才考虑手术治疗,术后继续抗癫痫治疗。

(作者供职于郑州市第三人民医院)

普外科:点评医囑助医生

PDE5A 抑制剂或增黑色素瘤风险

最近几年, 研究人员发现一个潜在的重要通路,通过这一通路,PDE5A 抑制剂(包括西地那非,即伟哥,还有其他用于治疗勃起功能障碍和肺动脉高压的药物)可能增加黑色素瘤的风险。目前,早期证据显示西地那非与黑色素瘤之间存在关联,虽然它不能证明两者之间有因果关系。

这项研究发表在《美国医学会杂志·内科学》上,它分析了 2.5 万多名男性患者数据。在调整其他风险因素之后,最近使用西地那非的男性发生黑色素瘤的风险几乎增加一倍。在任何时候使用西地那非的男性,其黑色素瘤风险增加类似。未发现其他的皮肤癌(基底细胞癌和鳞状细胞癌)风险增加与 PDE5A 抑制剂有关。

研究者尚未研究其他 PDE5A 抑制剂, 包括他达拉非和伐地那非是否与黑色素瘤有关,因为这些药物在研究开始时还不能获得。但他们在讨论中指出,因为这些药物更长效,它们或许会潜在导致更大的黑色素瘤风险增加。

因为这项研究是回顾性观察研究,不足以改变目前的临床建议。

(黄 丽)

治疗幽门螺杆菌感染序贯疗法还是标准三联疗法

近期,《美国胃肠病学杂志》称,序贯疗法和标准三联疗法用于治疗幽门螺杆菌感染的疗效比较表明,序贯疗法可能适合于孤立的克拉霉素耐药性的治疗。该项研究在大型患者群体中展开, 并提供了幽门螺杆菌抗生素耐药性的所有信息, 以便确定序贯疗法对这种病菌的功效。该项研究对比了序贯疗法和标准三联疗法的清除率,同时评估了抗

生素耐药性对预后的影响。

通过该项试验,研究人员认为经标准三联疗法和序贯疗法治疗的幽门螺杆菌根除率由于抗生素的耐药性而妥协。序贯疗法治疗可能适合于孤立的克拉霉素耐药性高患病率治疗方案,但是当克拉霉素耐药性和甲硝唑耐药性同时存在时,疗效不理想。

(高 巍)