

· 临床药师交流园地 ·

# 165 例感染性疾病临床会诊分析

白慧,韩冬茹,文友民,党宏万

(宁夏医科大学总医院药剂科,银川 750004)

**摘要** **目的** 介绍临床药师参与感染性疾病会诊病例特点、会诊思维与技巧。**方法** 对2014年1月—12月临床药师参与感染性疾病会诊记录单,按患者基本资料、会诊科室分布、会诊目的、感染部位、病原菌检出情况、临床药师会诊意见及采纳、患者预后等进行统计分析,并结合典型案例分析,探讨临床药师在会诊过程中应关注的切入点以及会诊的思维和技巧。**结果** 会诊病例中,会诊科室神经外科38例,比例最高占23.03%;会诊目的以调整抗感染治疗方案最多76例,占46.06%;会诊感染脏器以肺部感染最多62例,占37.58%;会诊意见全部被采纳151例,占91.52%;部分被采纳11例,占6.67%;未被采纳3例,占1.82%。会诊意见被采纳病例中,治疗有效率88.74%。临床在耐药菌感染、无病原学阳性结果、过敏体质患者制订抗感染治疗方案上存在需求。**结论** 会诊是临床药师的基本工作职责之一,药师应注重对典型会诊案例的分析,掌握临床对药学服务的需求方向,通过专业化药学服务和规范化会诊参与临床治疗,提供合理用药方案。

**关键词** 临床药师;感染性疾病;会诊分析;药学服务

**中图分类号** R969.3;R631

**文献标识码** B

**文章编号** 1004-0781(2016)12-1374-05

**DOI** 10.3870/j.issn.1004-0781.2016.12.019

近年来,随着临床药学学科深入发展,药师参与查房会诊任务越来越多。《医疗机构药事管理规定》中明确临床药师的主要职责之一是参与查房和会诊,参与危重患者的救治和病案的讨论,对药物治疗提出建议<sup>[1]</sup>。我院依照规定,建立了临床药师参与临床会诊的制度。规定临床药师必须参加会诊。现对2014年1月—12月临床药师参加的165例感染性疾病会诊病例进行回顾性分析,了解会诊疾病的特点,并通过典型案例探讨临床药师参与会诊的切入点、会诊思路与治疗方案设计,为临床药师参与临床治疗,提高会诊质量提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 整理2014年1月—12月我院临床药师会诊的感染性病例165例,其中全院疑难病例会诊29例,科室间会诊125例,电话会诊11例。

**1.2 方法** 查阅我院2014年1月—12月临床药师会诊记录本及电子会诊记录单,根据会诊记录登记患者住院号,通过医院信息系统调阅电子病历,对患者基本情况、会诊科室分布、会诊目的、患者感染部位、病原

菌检出情况、临床药师建议用药情况、临床对会诊意见采纳程度以及会诊后患者预后情况进行统计分析。

## 2 结果

**2.1 患者基本情况** 共有患者165例,男90例(54.55%),女75例(45.45%),年龄1个月~87岁,平均43.5岁,其中≤18岁11例(6.67%),≥65岁63例(38.18%)。

**2.2 会诊科室分布** 会诊科室涉及全院16个科室,排名前5位科室分别是神经外科(38例)、肝胆外科(28例)、心脏内科(17例)、骨科(13例)、儿童急救病区(10例)。

**2.3 会诊目的** 会诊目的主要为协助调整抗感染方案,其中要求对抗感染药物进行调整所占比例最大,其次为处理药敏结果及发热不退要求会诊。见表1。

表1 会诊目的统计结果

会诊目的	例数	比例/%
协助调整用药	76	46.06
抗菌药物调整	64	38.79
抗真菌药物调整	7	4.24
抗病毒药物调整	3	1.82
抗结核药物调整	2	1.21
药敏结果处理	38	23.03
发热不退	30	18.18
抗感染药物过敏	12	7.27
出现不良反应	9	5.45

**收稿日期** 2015-05-14 **修回日期** 2015-11-24

**作者简介** 白慧(1979-),女,宁夏银川人,副主任药师,学士,研究方向:临床药学。电话:0951-6743353, E-mail: baihui6302@163.com。

**通信作者** 文友民(1966-),男,宁夏银川人,主任药师,教授,研究方向:医院药学。电话:0951-6744333, E-mail: 13709518696@163.com。

**2.4 会诊感染脏器** 统计所有感染脏器中,以肺部感染、腹腔感染、颅内感染、血流感染、泌尿系感染及感染源不明最多。见表 2。

表 2 患者感染脏器分布情况

感染部位	例数	比例/%
肺部	62	37.58
腹腔	22	13.33
颅内	21	12.73
血流	17	10.30
泌尿系统	14	8.48
感染源不明	14	8.48
口腔颌面部	6	3.64
骨组织	6	3.64
皮肤软组织	3	1.82
合计	165	100.00

**2.5 病原学检查情况** 病原学检查阳性病例 141 例,痰培养阳性率最高 94 例,66.67% (因有 39 例并发肺部感染,因此痰培养阳性病例数大于 62 例),腹腔引流液培养阳性 18 例(12.77%),血培养阳性 17 例(12.06%),尿培养阳性 7 例(4.96%),脑脊液培养阳性 3 例(2.13%),分泌物培养阳性 2 例(1.42%)。在 141 例阳性病例中,共检出病原菌 203 株(因有 38 例存在混合感染,故病原菌株数多于病原学检查阳性病例数),其中革兰阴性菌感染 76 例,检出 158 株(77.83%);混合菌感染 38 例;革兰阳性菌感染 18 例,检出 30 株(14.78%);真菌感染 9 例,检出 15 株(7.39%)。革兰阴性菌以大肠埃希菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷白杆菌为主,革兰阳性菌以金黄色葡萄球菌、肠球菌、草绿色链球菌为主,真菌以白念珠菌、热带念珠菌为主。见表 3。

表 3 菌株分布结果统计

病原菌	例数	比例/%
革兰阴性菌	76	53.90
混合菌	38	26.95
革兰阳性菌	18	12.77
真菌	9	6.38
合计	141	100.00

**2.6 临床药师建议用药情况** 临床药师在会诊过程中发现,临床在使用抗感染药物方面存在不足,如:无指征联合用药、药物选择不当、用药剂量不足、疗程过长或导致迟发变态反应等。药师通过查看患者以及对病例的详细分析,提出了会诊意见。见表 4。

表 4 建议用药情况统计

建议用药情况统计	例数	比例/%
单一用药	46	27.88
二联用药	79	47.88
三联用药	19	11.51
停用抗菌药物	21	12.73
合计	165	100.00

**2.7 会诊意见采纳情况** 会诊意见全部被采纳 151 例,占 91.52%;部分被采纳 11 例,占 6.67%;未被采纳 3 例,占 1.82%。

**2.8 患者预后情况** 通过对 151 例会诊意见被采纳患者治疗前后的体温、血常规、临床症状、体征、感染炎症指标、细菌学检查结果进行比较,痊愈 113 例(占 74.83%),显效 21 例(占 13.91%),无效 7 例(占 4.64%),转院、死亡及自动放弃治疗 10 例(占 6.62%)。以痊愈和显效合计为有效,有效率 88.74%,说明临床药师参与临床抗感染治疗发挥了很好作用。

3 讨论

**3.1 临床会诊思路与技巧** 清晰的临床会诊思路与实践技巧对成功抗感染治疗、缩短住院时间、降低医疗费用起到非常关键的作用。

**3.1.1 明确会诊目的,全面掌握患者信息** 接到临床会诊要求,首先应明确会诊目的,是调整治疗方案?是发热待查?还是出现不良反应等。根据会诊目的,通过医院 HIS 系统,初步了解患者一般情况(如:性别、年龄、体质量、生命体征、是否怀孕或哺乳等),目前诊断、既往病史、食物及药物过敏史、病情演变过程和药物治疗情况等。实验室检查情况(如白细胞、中性粒细胞百分比、降钙素原、C 反应蛋白、血沉、培养阳性结果及药敏试验结果、肝肾功能情况)以及影像学检查情况等并做详细记录与分析。然后与主管医师进行沟通,必要时探视患者,了解患者病情,(如生命体征、营养状态、神志、大小便是否正常、是否气管切开或呼吸机辅助通气,是否留置导尿管或其他医用装置等)。

**3.1.2 初步判断是否感染及感染类型** 首先要明确临床和病原学诊断,即是否感染、感染严重程度,通过分层推断可能感染的病原菌,其次根据感染部位经验选择抗感染药物并及时进行病原学检查。

**3.1.3 定植菌与致病菌的准确判断** 对于病原学检查的阳性结果并不一定完全表示其为感染菌。如鲍曼不动杆菌和嗜麦芽窄食单胞菌,近年来阳性分离率不断升高,已成为医院感染的重要病原菌之一。鲍曼不动杆菌和嗜麦芽窄食单胞菌是条件致病菌,致病力弱,

耐药性强,容易在患者口腔、呼吸道及泌尿生殖道等部位定植,故细菌培养阳性不一定表示引起了感染。如果对培养出的菌株不加区分都进行抗菌治疗,不仅会增加耐药细菌的产生,还将造成患者承受较大的经济负担以及由药物引起的附加损伤增加。判断培养出的细菌是否为致病菌,需根据患者的临床表现、症状、实验室检查及影像学检查等综合判断。但体征始终重于检查结果。例如:患者,女,79岁,主因“反复腹胀、腹痛、血尿3年,加重伴尿量减少1周”入院,入院诊断:血尿原因待查、尿路感染。尿培养结果:大肠埃希菌和白念珠菌阳性。药敏结果示:大肠埃希菌对喹诺酮类耐药,对第三代头孢、广谱青霉素、氨基苷类、碳青霉烯类均敏感,白念珠菌对氟康唑、伊曲康唑、伏立康唑均敏感。由于患者既往对青霉素类及头孢类抗菌药物过敏,医生予以亚胺培南/西司他丁联合口服伏立康唑抗感染治疗,10 d后,患者无腹痛、腹胀,排尿不适较前好转,尿量增多。但尿常规仍提示尿路感染,尿培养白念珠菌阳性。临床药师会诊后认为:患者近3年反复尿路感染,结合腹部CT结果考虑复杂性尿路感染,一般疗程2~3周,现患者临床症状好转,建议可降阶梯治疗,使用氨曲南联合氟康唑抗感染,1周后根据实验室检查结果考虑停药。医生采纳临床药师建议。会诊1周后,患者临床症状基本好转,精神、食欲、睡眠良好,但尿培养仍示白念珠菌阳性,尿常规提示白细胞仍高,再次请临床药师会诊。临床药师再次会诊后考虑:该患者尿路感染使用抗菌药物近3周,对于老年无症状菌尿患者,若无明显的发热、尿频、尿急、尿痛等尿路感染症状可不予治疗,患者临床症状改善,不必要随访尿培养<sup>[2]</sup>,建议停药观察。3 d后患者痊愈出院。

**3.2 确定抗感染治疗方案** 抗感染治疗方案的确,需要从多方面考虑。首先根据感染体征选择合适的药物,并根据药物的药效学和药动学特点,考虑细菌对药物是否敏感、药物在感染组织能否达到有效治疗浓度等;其次,根据患者的生理病理状态来制定,如肝肾功能、是否孕期及哺乳期、是否免疫缺损、是否有药物过敏史等;再次还应当从经济角度选择药物,如药物的性价比、患者的承受能力、是否医保等。

**3.2.1 耐药菌感染的方案制订** 近年来,随着抗菌药物的广泛应用,多重耐药(MDR)细菌感染已成为临床治疗的一个难题,特别是在各种监护病房,全耐药细菌也在不断增加,使传统的经验性抗感染治疗更加困难,已成为严重的社会及家庭负担。临床药师应不断更新知识,了解当前耐药菌变化趋势,掌握常见耐药菌的治疗策略,以提高治疗有效率。例如:患者,女,40岁,主

因“双下肢、颜面部水肿20余天,加重伴乏力纳差2 d,突发意识不清7 h”入住我院。入院诊断:①格林巴利综合征(运动轴索型);②Ⅱ型呼吸衰竭、慢性肺源性心脏病、肺性脑病;③肺部感染;④低蛋白血症。体温最高39.5℃,血常规:白细胞 $17.34 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ ,N 0.831。胸部CT:双肺下叶炎症。予以头孢哌酮/他唑巴坦抗感染治疗,住院期间患者反复肺部感染且较重,行气管切开,呼吸机辅助通气,痰培养示泛耐药鲍曼不动杆菌及念珠菌阳性,又予以美罗培南、米诺环素、磺胺甲噁唑及氟康唑联合治疗,体温、血常规均较入院时下降。治疗2周后,患者仍有低热,体温最高37.8℃,白细胞及中性粒细胞仍较高,2次复查痰培养为全耐药鲍曼不动杆菌,且患者出现贫血、重度低蛋白血症、临床要求会诊是否与抗菌药物有关,并协助调整抗感染治疗方案。临床药师会诊后考虑:①患者使用复方磺胺甲噁唑前,血红蛋白为 $124 g \cdot L^{-1}$ ,现使用复方磺胺甲噁唑近20 d,血红蛋白为 $88 g \cdot L^{-1}$ ,出现贫血与复方磺胺甲噁唑所致不良反应可能性大,建议停用;重度低蛋白血症可能与患者营养状况、疾病消耗有关,与药物关系不大;②患者体温38.6℃,血常规示:白细胞计数 $13.73 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ ,中性粒细胞比例0.802,胸部X线片提示肺部渗出仍较多,近日痰培养示全耐药鲍曼不动杆菌阳性,结合患者2周前行抗鲍曼不动杆菌治疗有效,鲍曼不动杆菌为致病菌的可能性大,可继续抗鲍曼不动杆菌治疗。但药敏显示全耐药,选择抗感染药物难度大,美罗培南使用近2周,对鲍曼不动杆菌耐药,继续使用容易诱导产生嗜麦芽窄食单胞菌、耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌等,建议可试用头孢哌酮/舒巴坦(2.0 g,静脉滴注,q6h)联合替加环素(首剂100 mg,维持剂量50 mg,静脉滴注,q12h)、阿米卡星(0.6 g,静脉滴注,qd)抗感染。医生采纳临床药师建议,继续抗鲍曼不动杆菌2周后,患者体温、血常规正常,感染得到有效控制。

**3.2.2 无病原学阳性结果的方案制订** 表2及表3统计结果显示,有24例无病原学阳性结果,其中14例患者感染源不明,这类患者大多病情复杂,使用过多种抗菌药物,且治疗效果不佳,临床很难找到病原学依据,要求进行全院大会诊。对于会诊这类患者,需要临床药师有较高的专业知识及临床会诊经验。首先,仔细阅读患者病历,分析患者近期院外、院内用药史,当前医院致病菌及耐药情况,患者可能的致病菌,目前使用抗菌药物未能覆盖的病原菌等。例如:患者,女,74岁,因“受凉后腰痛、尿频1周”入院。入院诊断:①尿路感染;②原发性高血压(3级极高危);③2型糖尿

病;④冠心病,稳定性心绞痛;⑤多发腔隙脑梗死。入院查血常规:白细胞  $12.53 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , N 0.892, 体温  $38.7^\circ C$ , 临床医生给予头孢唑肟抗感染治疗 4 d 后, 血白细胞及中性粒细胞下降不明显, 患者高热达  $39.0^\circ C$ , 医生换用亚胺培南/西司他丁(1 g, 静脉滴注, q8h) 抗感染。治疗第 8 天, 患者血常规较前下降不明显, 体温波动于  $38.0 \sim 39.0^\circ C$ , 但尿常规示无异常, 尿培养阴性。医生又加用莫西沙星氯化钠注射液(0.4 g, 静脉滴注, qd) 双联抗感染。亚胺培南/西司他丁联合莫西沙星氯化钠注射液抗感染治疗 3 d 后, 患者体温高达  $39.3^\circ C$ , 急查降钙素原:  $2 ng \cdot mL^{-1} \leq$  降钙素原  $< 10 ng \cdot mL^{-1}$ , 血常规: 白细胞  $13.65 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , N 0.916。患者住院期间多次行血培养、痰培养及尿培养均为阴性。由于患者病情危重, 感染致病菌不明, 急请临床药师和相关科室全院会诊。临床药师会诊考虑: ①患者自入院先后使用 3 种抗菌药物, 主要针对 G<sup>-</sup> 杆菌, 对 G<sup>+</sup> 球菌, 尤其是耐药球菌未能覆盖。耐药 G<sup>+</sup> 球菌对临床常用抢救重症感染的第 3 代头孢菌素、碳青霉烯类抗菌药物耐药造成治疗失败, 尽早诊断, 选用敏感的抗菌药物治疗是提高抢救成功率关键<sup>[3]</sup>; ②患者使用亚胺培南/西司他丁近 2 周, 感染控制不佳, 可能存在耐药球菌感染, 如耐药鲍曼不动杆菌、耐药铜绿假单胞菌或耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌感染; ③可能并发真菌感染。综合考虑后建议: 先针对 G<sup>+</sup> 球菌使用万古霉素(1 g, 静脉滴注, q12h), 同时覆盖 G<sup>-</sup> 杆菌, 使用头孢哌酮/舒巴坦(2 g, 静脉滴注, q6h), 若治疗 3 ~ 5 d 后, 患者体温、血常规仍不恢复正常, 可考虑加用抗真菌药物伏立康唑。医生采纳临床药师会诊建议, 3 d 后患者体温最高  $37.9^\circ C$ , 血常规: 白细胞  $11.17 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , N 0.712, 降钙素原  $< 0.5 ng \cdot mL^{-1}$ , 均较前明显下降。10 d 后, 患者体温血常规均正常, 由于患者其他基础疾病较多, 遂转入相关科室行进一步治疗。

**3.2.3 过敏体质患者抗感染的方案制订** 过敏体质是指在遗传基础上形成的一种特异体质, 在外在因子的作用下, 生理机能和自我调适力低下, 反应性增强, 其敏感倾向表现为对不同过敏原的亲亲和反应性呈现个体体质的差异性和家族聚集的倾向性<sup>[4]</sup>。这类患者在选择药物, 尤其是抗感染药物时需特别谨慎。限于病原微生物及感染部位的特殊性, 对一些高敏体质患者选择抗感染治疗药物会有一定难度。而青霉素类、头孢类皮试阴性也不能完全说明不会发生变态性疾病, 医生及药师在为这类患者选择治疗用药时都要承担较大的风险。但是, 临床药师如能掌握各类抗感

染药物的不良反应, 尤其是严重、罕见不良反应的最新信息, 将会减少并避免过敏体质患者使用抗感染药物引起的不良反应, 或对已发生变态反应的患者避免再次致敏。例如: 患者, 女, 68 岁, 主因“左侧人工关节置换术后 3 个月, 左膝肿痛伴发热 1 个月余”入院。在骨科予万古霉素治疗 2 周后, 突发气促、呼吸困难, 请呼吸科会诊, 建议万古霉素基础上加用头孢哌酮/舒巴坦加强抗感染治疗。用药 1 d 后, 患者因呼吸困难加重转入 ICU, 转入诊断: ①脓毒症、急性呼吸窘迫综合征; ②左侧人工关节置换术后并发左膝感染; ③肺栓塞。抗菌药物调整为: 停用万古霉素, 皮试阴性后换用哌拉西林/舒巴坦(4.5 g, 静脉滴注, q8h), 并完善相关检查明确感染情况。6 d 后, 患者体温仍波动于  $37 \sim 39.5^\circ C$ , 白细胞及中性粒细胞分类基本正常, 但患者全身出现红色丘疹, 部分联合成片, 少部分丘疹顶端有脓疱并出现破损。临床医生遂停用哌拉西林/舒巴坦及其他相关药物, 抗感染单用替加环素。同时请皮肤科会诊考虑药物性皮炎, 并对症治疗。停用相关药物 4 d 后, 患者体温最高  $39.7^\circ C$ , 血常规: 白细胞  $18.55 \times 10^9 \cdot L^{-1}$ , N 0.735,  $0.5 ng \cdot mL^{-1} \leq$  降钙素原  $< 2 ng \cdot mL^{-1}$ , 双侧肩背部、臀部、腰部、双上肢及双侧大腿皮肤可见大量红斑伴水疱, 部分水疱已破溃, 触痛明显, 有明显渗出及脓性分泌物, 再次请皮肤科会诊考虑中毒性表皮坏死松解症。予甲泼尼龙琥珀酸钠(100 mg, 静脉滴注, qd), 联合人免疫球蛋白注射液(20 g, 静脉滴注, qd), 并对症给予聚维酮碘消毒, 紫草油纱覆盖创面。治疗 1 周后患者仍呈昏迷状态, 全身剥脱面积进一步增大, 体温、血常规进行性升高, 血氧饱和度下降, 请临床药师会诊选择抗菌药物。临床药师会诊后考虑: ①中毒性表皮坏死松解症是临床上较罕见的药源性致死性疾病, 发病率极低, 仅为百万分之一到百万分之二。通常在使用 1 ~ 3 周内致敏, 常见药物为别嘌醇、磺胺类、青霉素类、头孢菌素类、喹诺酮类、抗癫痫药、非甾体类抗炎药等<sup>[5]</sup>。根据我国药物不良反应关联性评价的 5 条原则, 该例患者可能致敏药物为哌拉西林/舒巴坦, 头孢哌酮/舒巴坦虽使用仅 1 d, 但也不除外。②患者脓毒症、感染重、高敏体质, 抗菌药物选择难度大。替加环素为抑菌剂, 单药不适合治疗重症感染, 且容易产生耐药性。碳青霉烯类和哌拉西林/舒巴坦、头孢哌酮/舒巴坦同属  $\beta$ -内酰胺类, 存在交差变态反应, 且亚胺培南/西司他丁说明书中提及有罕见中毒性表皮坏死松解症的变态反应, 不宜联合。喹诺酮类药物说明书中提及有致严重皮肤反应(中毒性表皮坏死松解症或 Stevens-Johnson 综合征)

的可能,虽国内报道较少,但国外报道较多,也不宜联合。故只能选择变态反应相对较小的氨基糖苷类——阿米卡星(0.6 g,静脉滴注,qd)。国内未见阿米卡星引起中毒性表皮坏死松解症的报道,说明书中也未提及,可谨慎联合。③患者入院后,抗菌药物使用长达30 d,目前真菌感染的可能性不能排除,但三唑类抗真菌药物均有引起中毒性表皮坏死松解症的报道,说明书也有提及,可联合阿米卡星3~5 d后观察,是否加用抗真菌药物。会诊后第2天,患者家属由于经济原因放弃治疗,自动出院。虽然该例患者未能继续治疗,未能跟踪患者后续治疗情况,但药师通过掌握的药物不良反应信息,对高敏体质已发生变态反应者避免再次致敏,对临床医生选择治疗药物提供一定的帮助。

**3.3 分析总结会诊病例,积累临床实践经验** 临床药师提出会诊建议后3~5 d,应当进行追踪评价,若会诊意见被采纳,可以通过医院 HIS 系统阅读医生病程记录、患者最新临床信息、或与主管医生进行交流,亦或到病房直接查看患者;若会诊意见未被采纳,应当认真分析医生病程记录,找出未被临床采纳的原因,并进行总结分析,发现自身知识不足之处,及时完善知识结构和知识储备,通过不断的临床实践和临床思维训练,不断积累会诊经验,找到临床工作的需求和切入点。

#### 4 结束语

随着医疗技术的不断发展,各医疗科室分工越来越细,限制了专科医师对跨学科医疗知识的掌

握<sup>[6]</sup>,对临床药师的需求逐渐增多。临床药师参与会诊是临床治疗工作的重要组成部分,通过会诊工作,临床药师能够用自身的药学知识为临床服务,逐渐得到临床医师及护士的认可,体现临床药师的自身价值。同时,会诊工作也给临床药师带来一定的挑战性,需要临床药师不断加强药学知识及医学知识的学习,不断提高临床思维能力,才能真正成为临床治疗团队中的一员,为促进合理用药,促进医疗质量改善发挥重要作用。

#### 参考文献

- [1] 卫生部,国家中医药管理局,总后勤部卫生部.关于印发《医疗机构药事管理规定》的通知[Z].北京:卫医政发[2011]Ⅱ号.2011:第三十六条.
- [2] 马小军,徐英春,刘正印,主译. ABX 指南[M].2版.北京:科学技术文献出版社,2012:102-105.
- [3] 陈裕胜,林材元,苏伟,等.机械通气并发耐甲氧西林金黄色葡萄球菌肺炎的临床和药敏分析[J].实用医学杂志,2004,20(6):86-89.
- [4] 王琦,骆庆峰.过敏体质的概念、形成与调控原理[J].北京中医药大学学报,2004,27(2):1.
- [5] HARR T, FRENCH LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome[J]. Orphanet J Rare Dis,2010,5:39.
- [6] 朱丽萍,程晓莉.临床药师参与会诊的总结与体会[J].儿科药理学杂志,2012,18(10):39-40.

## 关于启用《科技期刊学术不端文献检测系统》的说明

为了保证学术论文的真实性与原创性,抵制论文抄袭与剽窃、伪造、篡改、不当署名、一稿多投等学术界的不正之风,本着对《医药导报》论文作者和读者负责任的态度,本刊于2010年1月开始启用《科技期刊学术不端文献检测系统(AMLC)》。该系统以《中国学术文献网络出版总库》为全文比对数据库,本刊编辑对作者投来的稿件,在同时送给两位同行专家审阅之前使用该系统对稿件的文字复制情况进行检测,检测结果包括与已发表论文比对后的文字复制比例,所涉及论文的题目、作者、发表期刊和发表时间。按规定文字复制比超过30%的来稿即疑有学术不端行为,将不能进入下一步审稿程序,特此提醒广大投稿作者,注意所投稿件的原创性与真实性。特此说明。