

类学术论文发表情况数据取自国内具有代表性的 CNKI 中国期刊全文数据库,而未与万方数据库与维普等数据库数据进行交叉对比。由于部分中文类学术论文发表单位署名未进行统一规范,本次调研数据调取时仅选择规范的单位名称进行数据检索,此种情况可能导致部分文献的缺失,但并未对整体数据分布情况产生影响。论文发表情况同复旦大学医院管理研究所公布的医疗机构排名情况近似,提示中文类学术论文发表情况在一定程度上可以反映该学科发展现状。因此,此次调研的数据可以反映目前国内儿科发展现状及儿科药理学学科建设现状。数据显示,三级甲等儿童专科医院与妇幼(婴)医院药理学学科发展与医院整体的发展密切相关。然而目前不同地域的三级甲等儿童专科医院与妇幼(婴)医院学科建设与医院发展仍有明显区别。东北、西北、西南,华中地区仍需要逐步探索、规划和建设三级儿童医疗保健网络。建议以重庆医科大学附属儿童医院为主体建设西南、西北地区国家儿童医学中心,以湖北省儿童医院和广州市妇女儿童医疗中心为联合主体建设华中地区国家儿童医学中心,并重点协助西藏自治区、新疆维吾尔自治区建设三级甲等儿童医院,以全面提升我国儿科医疗服务水平。

参考文献:

[1] 冯文. 我国儿童医院运行的问题与困境[J]. 中国医院, 2013, 17(3): 28-30.
 [2] 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2015: 23-70.
 [3] 喻文茜, 陶红兵, 林小军, 等. 医护人员工作负荷与医疗质量和安全的相关性探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2017, 24(1): 23-26.
 [4] “十三五”重磅: 医卫四大重点工程确定[J]. 医学信息学杂志, 2015, 36(10): 95.
 [5] 张维炜. 分级诊疗, 如何破解基层人才困境[J]. 中国人大, 2016, 34(2): 22-23.
 [6] 孙梦. 国务院印发指导意见提出: 推进分级诊疗分两步走[J]. 医院领导决策参考, 2015, 12(18): 17-18.
 [7] 穆毅, 赵成松, 倪鑫. 拓展服务内涵, 推进分级诊疗[J]. 中国卫生人才, 2016, 17(4): 22-25.
 [8] 国家人口和计划生育委员会. 国家人口计生委贯彻 2011-2020 年中国妇女儿童发展纲要实施方案[J]. 中国计划生育学杂志, 2013, 21(1): 5-7.
 [9] 庞昌生, 沈颖. 试论新时期我国儿童医院的建设与发展[J]. 首都医科大学学报(社会科学版), 2012, 9(6): 32-34.

(编辑: 杨丹)

(收稿日期: 2017-07-26 修回日期: 2017-08-24)

doi:10.13407/j.cnki.jpp.1672-108X.2018.08.011

• 论著 •

1 例儿童川崎病的用药分析与药学监护

万慕媛¹, 卢庆红¹, 涂琼¹, 周伟全² (1. 江西省儿童医院, 江西南昌 330006; 2. 东莞市第八人民医院, 广东东莞 523326)

[摘要] 目的: 探讨临床药师在川崎病患儿药物治疗中的思路和方法。方法: 临床药师参与川崎病的具体药物治疗过程, 为患儿建立药历, 提供合理的用药分析并制定详细的药学监护。结果: 患儿经治疗后好转出院, ALT 由 245 U/L 降至 114 U/L, CRP 降至正常, 出院后继续口服药物, 复诊后及时调整用药。结论: 临床药师通过全程药学监护, 及时发现并解决相关药物的治疗问题, 提供合理用药建议, 提高了患儿用药的安全性和依从性, 也有利于提高临床药物治疗水平。

[关键词] 临床药师; 川崎病; 用药分析; 药学监护

[中图分类号] R725.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1672-108X(2018)08-0033-04

Medication Analysis and Pharmaceutical Care of Kawasaki Disease in One Child

Wan Muyuan¹, Lu Qinghong¹, Tu Qiong¹, Zhou Wei-quan² (1. Jiangxi Provincial Children's Hospital, Jiangxi Nanchang 330006, China; 2. The Eighth People's Hospital of Dongguan, Guangdong Dongguan 523326, China)

[Abstract] **Objective:** To probe into the thoughts and methods of clinical pharmacists in medication of Kawasaki disease. **Methods:** Through participating into the specific medication process of Kawasaki disease, the clinical pharmacists established drug records for the child, provided rational medication analysis and developed pharmaceutical care service in detail. **Results:** The child was discharged from hospital after treatment, and the ALT was reduced from 245 U/L to 114 U/L, the CRP down to the normal level; and the child continued to take drugs orally after discharge, and the medication was adjusted after subsequent visit. **Conclusion:** Through the entire pharmaceutical care service, the clinical pharmacists timely find and solve the problems related to drug therapy and provide rational suggestions on medication, which improves the safety and compliance of children's medication and also helps to improve the level of drug therapy in clinic.

[Keywords] clinical pharmacists; Kawasaki disease; medication analysis; pharmaceutical care

作者简介: 万慕媛 (1985.04-), 女, 大学本科, 主管药师, 主要从事呼吸系统临床药师工作, E-mail: 61752638@qq.com。

通讯作者: 卢庆红 (1968.10-), 女, 大学本科, 主任药师, 主要从事药剂科管理工作, E-mail: 1456288827@qq.com。

目前川崎病(Kawasaki disease, KD)的病原学及发病机制尚不清楚,可能是与感染因素有关的免疫性疾病,有明显季节发病规律,急性期存在机体免疫紊乱,属自限性疾病,好发于婴儿及 5 岁以下幼儿,其主要表现为心血管系统的损害,冠状动脉也易受到累及而发生损害,约 30% 左右的川崎病患者如不加治疗或者治疗不当,冠状动脉会发生病变。川崎病的发病机制尚不十分明确,且近年来发病率逐年升高^[1]。在治疗上,丙种球蛋白(IVIG)联合阿司匹林(ASA)作为临床上的常规治疗药物,并取得了较好的临床效果^[2],除医师的常规治疗外,临床药师的全程药学监护及对家属的用药教育可以使患儿的用药更加安全有效。本文从临床药师的角度对 1 例川崎病患儿的病情制定有针对性的药学监护,并对治疗药物进行合理性分析。

1 病例报道

患儿男,6 个月 13 天,入院体质量 6 kg,因“发热 6 d,腹泻 3 d”入院,6 d 前无明显诱因出现发热,体温 38.5~39.5℃,无明显咳嗽,无呕吐,3 d 前出现腹泻,解黄褐色水样便每天 7~8 次,有少许黏液,在当地诊所应用阿莫西林/克拉维酸钾及喜炎平治疗 4 d 后,仍有发热,腹泻加重,遂收入住院。入院查体:体温 39.6℃,脉搏 130 次/分,呼吸 25 次/分,急性发热面容,无皮疹,口唇皲裂,口腔黏膜正常,轻度杨梅舌,咽部充血,两肺呼吸音粗,两肺未闻及干、湿啰音,四肢末端无硬肿,少许脱皮,肛周潮红。入院诊断:川崎病,婴儿腹泻,急性咽炎。入院后主要辅助检查:B 型脑钠肽 939.502 pg/mL,血沉 60 mm/h,白细胞计数 $14.86 \times 10^9/L$,中性粒细胞 56.4%,血红蛋白 102 g/L,血小板 $357.00 \times 10^9/L$,CRP 84.6 mg/L,均提示炎症反应升高。血生化:丙氨酸氨基转移酶(ALT)26 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)40 U/L,提示肝功能正常。心脏彩超提示正常,暂未发生冠状动脉的病变。

患儿入院后有发热,咽部充血,腹泻,考虑病毒引起的急性咽炎,给予炎琥宁注射液清热解毒及抗病毒治疗,并予以蒙脱石混悬液及蜡样芽孢杆菌活菌胶囊口服保护肠道黏膜及调节肠道菌群,布洛芬混悬滴剂退热等对症治疗。患儿出现口唇皲裂、有轻度杨梅舌,臀部、肛周潮红,四肢末端少许脱皮。入院第 2 天,予以口服阿司匹林泡腾片,每次 100 mg,每 8 h 一次;双嘧达莫片,每次 12.5 mg,每天 2 次;静脉滴注人免疫球蛋白(IVIG)6 g/d,连用 2 d;注射用乌司他丁每天 1 次,每次 6 万 U 静脉滴注。入院第 4 天,患儿热退,停用静脉注射用人免疫球蛋白及乌司他丁,入院第 7 天,患儿病情逐渐好转,复查炎症指标较前有好转,但血小板 $585.00 \times 10^9/L$,ALT 245 U/L,AST 213 U/L,较前有明显升高,提示肝功能异常,予以注射用还原型谷胱甘肽钠及复方甘草酸单铵 S 氯化钠注射液护肝治疗,阿司匹林泡腾片剂量调整为每次 60 mg,每 8 h 1 次。入院第 12 天,患儿病情好转,ALT 114 U/L,AST 74 U/L,肝功能较前明显好转,

CRP 降至 0.1 mg/L,恢复正常,予以出院继续口服药物治疗。出院诊断:川崎病,婴儿腹泻,急性咽炎及肝功能异常。出院医嘱:复方甘草酸苷片口服,每次 12.5 mg,每日 2 次;阿司匹林泡腾片口服,每次 0.1 g,每 12 h 一次;双嘧达莫片口服,每次 12.5 mg,每日 2 次。

2 用药分析及药学监护

在患儿的药物治疗过程中,临床药师通过建立药历,根据患儿特点给出治疗药物建议,观察患儿用药反应及对家属的用药指导,对患儿进行了全程药学监护。

2.1 阿司匹林泡腾片

阿司匹林(ASA)用于治疗 KD 已有很多年,虽然阿司匹林有重要的抗炎(大剂量时)和抗血小板(小剂量时)活性,但其似乎不能够降低冠状动脉病变发展的出现频率。在疾病急性期,阿司匹林与 IVIG 应同时使用^[3]。根据 2004 年美国心脏病学会指南^[4]推荐 ASA 用量为 80~100 mg/(kg·d),分 4 次使用。由于亚洲人对 ASA 胃肠道反应的耐受性较差,所以中国、日本、韩国等亚洲国家对 KD 患儿使用小剂量 30~50 mg/(kg·d),分 2~3 次服用^[5],最新版儿科学^[6]中也是如此推荐。本案例使用的是 50 mg/(kg·d)。KD 热退后 ASA 应如何减量及调整治疗疗程目前仍有争议。我国专家认为, KD 热退后,ASA 应减为 10~30 mg/(kg·d),再用 2 周根据病情及血常规和 CPR 的检测结果,减为小剂量 3~5 mg/(kg·d),小剂量 ASA 的疗程较一致,对没有冠状动脉病变的患儿,持续应用 6~8 周^[7]。本案例的阿司匹林用法用量合理。在川崎病治疗中,双嘧达莫被认为能加强阿司匹林的抗血小板作用,一般与阿司匹林合用,不宜单独使用。

阿司匹林最常见的不良反应是胃肠道症状,而大剂量长期使用易导致胃黏膜损伤,患儿年龄小,所以临床药师需要监护患儿在用药过程中是否会出现恶心、呕吐、上腹部不适或疼痛。由于在感染水痘和流行性感冒时服用阿司匹林会导致瑞氏综合征,所以对于长期服用阿司匹林的患儿,药师建议其每年注射流感疫苗。本例患儿入院时有发热,口服了布洛芬混悬滴剂,指南^[4]中指出了在应用阿司匹林的同时不能应用布洛芬及其类似物,因为同时使用 2 种退热药物可导致不可逆的血小板抑制作用。临床药师告知家属在患儿开始口服阿司匹林的同时不能口服布洛芬混悬滴剂。

本案例中,考虑患儿年龄小,口服药物存在困难,药师对患儿家属进行用药教育,对于阿司匹林泡腾片,是需要将 1 片放置于约 10 mL 温水中,充分溶解后再服用,而对于减量为每次 60 mg 时,可取 10 mL 的 2/3,即 6 mL 的泡腾液给患儿服用,进奶后服用,患儿在住院期间,口服依从性较好,未出现任何不良反应。

2.2 IVIG

在 KD 急性期间应用 IVIG 治疗可减轻冠状动脉异常已被广泛证实,目前有研究表明 KD 发生冠状动脉异

常与患者血浆 IgG 水平有关, IgG 峰浓度越高, 发生冠状动脉病变的可能性越小, 因此指南明确推荐 IVIG 的用法为 $2 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ^[3], 但大剂量单剂给药存在潜在的血液黏度增高、栓塞等风险问题, 所以该案例使用剂量为 $2 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 使用 2 d。有研究^[8-9]指出, 两种方案在冠状动脉损伤发生比率、病变严重程度等发生情况方面比较差异无统计学意义, 冠状动脉病变发生率及临床症状、体征、炎性指标恢复的疗效相似, 所以药师认为该案例选用的 IVIG 方案是合理的。

对于 IVIG 的药学监护, 药师需告知护士在输注 IVIG 的 15 min 内应慢滴, 滴速控制在 20 滴/分, 如无不良反应可逐渐加快至 60 滴/分, 且使用前后用葡萄糖冲管。用药初期, 注意监护患儿是否会出现发热、皮疹、烦躁等过敏反应。应告知家属, 使用过大剂量 IVIG 的患儿在 11 个月内不宜进行麻疹、风疹、腮腺炎等疫苗的预防接种。如果患儿与麻疹患者有密切接触, 也可提前接种疫苗, 但在 11 个月后再接种一次^[4]。

2.3 注射用乌司他丁(UTI)

乌司他丁是一种胰蛋白酶抑制剂, 也是一种多形核白细胞(PMN)抑制剂和自由基清除剂及抗内源性休克作用的药物^[10]。《马丁代尔药物大典》^[11]中提出, 对于正常使用静脉注射 IVIG 治疗不起作用的患者, 建议使用乌司他丁, 但本例患儿在静脉注射 IVIG 有效的情况下同时使用了乌司他丁, 是否不合理呢? 有研究^[10]表明, 在 KD 早期应用乌司他丁能阻断 PMN 的致病途径, 抑制 PMN 对纤维蛋白和弹性蛋白的破坏, 起到预防冠状动脉瘤(CAA)及冠状动脉狭窄等并发症。且国外的一些文献^[12-13]中均提到在 KD 起病初期, UTI 能够抑制蛋白酶和多种炎症因子引起的冠状动脉损伤(CAL), 故目前将乌司他丁联合 IVIG 和阿司匹林共同用于 KD 的早期治疗。对于该案例的患儿, 虽在病程初期未发生冠状动脉的病变, 但乌司他丁联合应用治疗能够降低 CAL 的发生率^[14], 故而临床药师认为该案例的乌司他丁的使用是合理的。

临床药师在对乌司他丁的监护中, 应注意其可能出现的不良反应, 乌司他丁不良反应较少见, 偶尔有恶心、呕吐、过敏等, 使用时应告知护士该药溶解后应迅速使用, 避免失效。

2.4 护肝用药方案分析

本案例中, 患儿入院时肝功能正常, 治疗过程中出现肝功能的异常, 而引起肝功能异常的原因主要是疾病或药物引起。KD 是一种以全身血管炎为主要病变的急性发热出疹性小儿疾病, 会引起肝胆血管炎症, 从而可能会导致肝功能异常, 但随病情好转, 其导致的肝功能异常会有所好转。在该案例患儿所使用的药物中, 最有可能引起肝功能异常的药物是阿司匹林, 阿司匹林引起肝损伤通常发生于大剂量应用时。这种损害不是急性的作用, 其特点是发生在治疗后的几个月, 通常无症状, 对于本案例, 患儿住院第 7 天就出现肝损, 所用阿司匹

林的疗程尚短, 临床药师考虑其引起患儿肝损的可能性不大, 由疾病引起的可能性较大, 所以建议医师该患儿不需要停用阿司匹林, 注意监护肝功能变化, 同时使用护肝药护肝治疗, 在出院时患儿肝功能明显好转, 说明治疗有效。本案例患儿应用的注射用谷胱甘肽钠对各种酶有辅酶的作用, 能保护肝细胞膜的巯基和巯基酶不被氧化。而复方甘草酸单铵 S 氯化钠注射液, 可以阻碍皮质醇与醛固酮的灭活, 有明显的皮质激素样效应, 减轻肝脏的炎症反应。两药从两种不同的机制进行护肝。

2.5 出院用药教育

患儿出院后仍需口服阿司匹林泡腾片, 每次 0.1 g, 每 12 h 一次, 约 2 周后门诊复查(血常规、C 反应蛋白、心脏彩超、心电图等), 根据情况是否予以减量为 $3 \sim 5 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$; 双嘧达莫片, 1 次 12.5 mg, 每天 2 次; 复方甘草酸苷片, 1 次 12.5 mg, 每天 2 次, 约 2 周后门诊复查肝功能, 视情况是否继续服用。长期服用阿司匹林会导致患者出现胃肠道反应、神经系统症状、凝血功能障碍以及肝肾功异常等^[15]。药师应嘱患儿家属密切观察患儿是否出现不良反应, 在进奶后或进食辅食后喂药, 并注意观察大便颜色, 有无呕吐和皮肤黏膜出血等, 发现异常及时处理^[16]。

2.6 随访

川崎病需要观察预后, 即使在发病时无 CAL 发生, 也应该及时随访, 以预防 CAL 的发生, 而有 CAA 尤其是巨大冠状动脉瘤患者预后欠佳, 有继续加重的趋势^[18]。美国儿科学会和心脏病学会^[4]建议: 对无并发症患者于病程第 2、6 或 8 周复查超声心动图。对合并持续高热、CAA、心功能减低、瓣膜反流及中量以上心包积液病例, 可增加检查次数。所以在随访方面, 临床药师还要及时与患儿家属沟通, 鼓励并督促患儿及时复诊, 为川崎病患儿的预后保驾护航。

3 结论

目前川崎病已取代风湿热成为全世界尤其是发达国家儿童获得性心脏病的第一位病因, 而且是造成青少年及成人早发心血管疾病的重要原因^[17]。其主要治疗方案是大剂量 IVIG 联合 ASA 治疗。回顾本案例, 临床药师应用了专业药学知识, 为患儿的治疗提供了全程的药学服务, 特别是主要药物 ASA、IVIG 的药学监护, 并与医师一起为患儿制定用药方案及出院后的治疗方案, 为提高患儿用药的依从性, 保障患儿的用药安全起到了积极的作用。

参考文献:

- [1] 杨波, 罗军, 张颖, 等. 川崎病治疗新进展[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2014, 29(9): 707-709.
- [2] 余艳萍, 阿布来提·阿不都哈尔. 川崎病诊断与治疗新进展[J/OL]. 中华临床医师杂志(电子版), 2016, 10(4): 566-570.
- [3] 张清友, 简佩君, 杜军保. 风湿热、心内膜炎及川崎病委员会, 美国心脏病学会及美国儿科学会川崎病的诊断、治疗及长

期随访指南介绍 [J]. 实用儿科临床杂志, 2012, 27(13): 1049-1056.

[4] NEWBURGER J W, TAKAHASHI M, GERBER M A, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association [J]. *Circulation*, 2004, 110, 2747-2771.

[5] KOBAYASHI T, SAJI T, OTANI T, et al. Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease (RAISE study): a randomised, open-label, blinded end point trial [J]. *Lancet*, 2012, 379(9826): 1613-1620.

[6] 王卫平. 儿科学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 193.

[7] KOBAYASHI T, INOUE Y, TAKEUCHI K, et al. Prediction of intravenous immunoglobulin unresponsiveness in patients with Kawasaki disease [J]. *Circulation*, 2006, 113(22): 2606-2612.

[8] 谢利剑, 马晓静, 俞岑妍, 等. 不同 IVIG 治疗方案对川崎病冠状动脉病变影响的多中心回顾性研究[J]. *临床儿科杂志*, 2010, 28(7): 624-627.

[9] 徐海燕. 丙球对预防和治疗川崎病冠脉损害的 Meta 分析 [C]. 中华医学会第二十一次儿科学术年会, 2016.

[10] 米尔扎提·海维尔, 孟广雨, 程秋婷, 等. 不同方案初次治疗川崎病的疗效观察 [J]. *实用临床医药杂志*, 2015, 19(9): 101-105.

[11] 希恩.C.斯威曼. 马丁代尔药物大典[M]. 第35版. 北京: 化学工业出版社, 2008: 1779.

[12] KAWAMURA Y, KANAI T, TAKESHITA S, et al. Use of the urinary trypsin inhibitor ulinastatin for acute Kawasaki disease [J]. *Nihon Rinsho*, 2014, 72(9): 1650-1653.

[13] KOBAYASHI T, INOUE Y, OTANI T. Risk stratification in the decision to include prednisolone with intravenous immunoglobulin in primary therapy of Kawasaki disease [J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2009, 28(6): 498-502.

[14] 王韧健. 静脉注射丙种球蛋白无反应型川崎病治疗进展 [J]. *临床儿科杂志*, 2016, 34(1): 68-72.

[15] 王艳. 浅析阿司匹林抗血小板治疗的药学服务 [J]. *世界临床医学*, 2017, 11(1): 111.

[16] 袁海玲, 杨焯, 毕宇蓉, 等. 阿司匹林抗血小板治疗的药学服务 [J]. *解放军药学学报*, 2014, 30(4): 375-377.

[17] MUTA H, ISHII M, IEMURA M, et al. Health-related quality of life in adolescents and young adults with history of Kawasaki disease [J]. *J Pediatr*, 2010, 156(3): 439-443.

[18] 胡景伟, 周忠蜀. 川崎病冠状动脉损害的临床特点及随访研究 [J/OL]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2016, 10(9): 1204-1207.

(编辑:曾敏莉)

(收稿日期:2017-06-12 修回日期:2017-09-08)

doi:10.13407/j.cnki.jpp.1672-108X.2018.08.012

· 论 著 ·

杭州市儿童医院 2016 年门急诊处方点评分析

蒋莹莹¹, 詹尧平², 廖莉¹ (1. 杭州市儿童医院, 浙江杭州 310014; 2. 浙江省人民医院, 浙江杭州 310014)

[摘要] 目的:采用多种处方点评模式对我院门急诊处方进行点评与分析,从而促进儿童安全合理用药。方法:应用人工点评结合合理用药系统,对儿童门急诊不合理处方进行实时警示、拦截,分析不合理处方类型及原因,积极制定相应对策进行干预。结果:2016 年度合理用药系统全处方点评总合格率为 98.97%,其中超常处方占 5.18%,用药不适宜处方占 94.82%。人工点评总合格率为 98.13%,其中不规范处方占 1.20%,超常处方占 11.52%,不适宜处方占 87.27%。专项点评抗菌药物合格率 98.24%,微生物制剂合格率 95.70%。结论:人工处方点评结合计算机技术是临床药物治疗的有效监管手段,有助于实现用药合理化。

[关键词] 合理用药;处方点评;干预

[中图分类号] R969.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1672-108X(2018)08-0036-04

Review and Analysis on Outpatient and Emergency Prescriptions in Hangzhou Children's Hospital in 2016

Jiang Yingying¹, Zhan Yaoping², Liao Li¹ (1. Hangzhou Children's Hospital, Zhejiang Hangzhou 310014, China; 2. Zhejiang Provincial People's Hospital, Zhejiang Hangzhou 310014, China)

[Abstract] Objective: To evaluate and analyze the outpatient and emergency prescriptions through multiple prescription review models, so as to promote the safe and rational medication for children. Methods: Manual review combined with rational medication system were used for real-time warning and interception of irrational outpatient and emergency prescriptions in children. Irrational types and causes of prescriptions were analyzed, and countermeasures were actively formulated to conduct the intervention. Results: The total pass rate of prescriptions in 2016 was 98.97%, including 5.18% of supernormal prescriptions and 94.82% of inappropriate prescriptions. The total

作者简介:蒋莹莹(1986-),女,大学本科,主管药师,主要从事儿科临床药学工作,Email: 327316527@qq.com。