

图 1

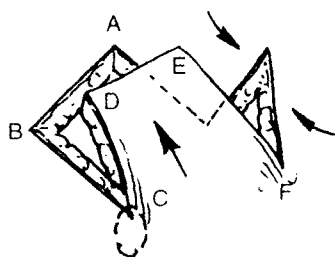


图 2

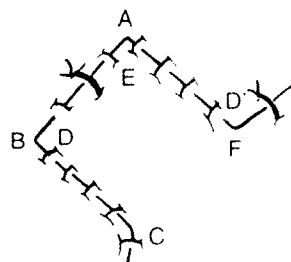


图 3

2 结 果

58 例均达到一期修复,供瓣区术后疤痕不明显,不需要植皮,而且旋转皮瓣“猫耳”不明显。

3 讨 论

3.1 手术适应证 较大的慢性深度溃疡、疤痕或黑色素痣影响功能或容貌,切除后创面常不能直接缝合或勉强缝合后会导致局部移位变形,需要用皮瓣修复。

3.2 手术特点 改良菱形皮瓣是对经典菱形皮瓣即 Limberg 皮瓣的改进,由 DuFourmentel 于 1972 年首先报告^[2]。DuFourmentel 皮瓣与 Limberg 皮瓣都是利用与组织缺损短轴垂直方向上松弛的周边皮肤来闭合缺损,由于 DuFourmentel 皮瓣较 Limberg 皮瓣旋转的角度小,而且皮瓣角度的大小可以根据创面邻近局部皮肤的弹性和松动性而相应变化^[3],故在实际工作中有更多应用。作者认为该方法简便易行,可有效减少术后继发畸形的发生,而且修复后的皮肤血运、弹性、质地均佳。

3.3 手术注意事项 皮瓣应带有一定厚度的脂肪组织,以保证皮瓣的血运,并有利于术后皮肤的颜色、质地和弹性与周围皮肤一致。闭合眼睑及口周创面时勿游离睑缘及唇侧皮肤,以免出现眼睑或口唇外翻。皮瓣设计及缝合时尽量沿皮纹方向走行,消除跨关节、跨区的直线疤痕^[4]。创口需要无张力缝合,因此设计时应适当增大皮瓣的切取范围。

参考文献

- [1] 邢 新. 皮瓣移植实例彩色图谱[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2004:21-22.
- [2] Lister GD, Gibson T. Closure of rhomboid skin defects: the flaps of Limberg and DuFourmentel[J]. Br Plast Surg, 1972, 25(3): 300-302.
- [3] 徐 斌,蔡景龙. 菱形皮瓣张力最小化原则的临床应用[J]. 中国美容整形外科杂志,2007,18(2):91-93.
- [4] 李军辉,邢 新,欧阳天祥,等. 皮下组织蒂的改良菱形皮瓣在面部皮肤缺损修复中的应用[J]. 中国实用美容整形外科杂志,2005,16(5):271-272.

(收稿日期:2009-04-08)

(本文编辑:黄攸生)

试论医务人员合理用药

王菁平,丁蓉蓉

(解放军第 81 医院,江苏南京 210002)

[摘 要] 目的 医务人员必须重视自身的合理用药,才能保证自己和病人的用药安全。方法 查阅 2 000 年以来本院医务人员门诊开药的处方,进行归纳分析。结果 我院医务人员自身不合理用药情况主要有 7 种表现,分别为:求用新贵药,滥用抗菌药,大剂量用药,多静脉用药,多自行停药,多联合用药,多预防用药。结论 有些医务人员自身用药不合理,应从中吸取教训,总结经验,加强学习,不断提高合理用药水平。

[关键词] 医务人员;合理用药

中图分类号: R969.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0353-03

作者简介:王菁平(1974-),女,江苏南京人,本科,主管药师,从事中药调剂工作。

医务人员自身合理用药,减少药物不良反应、耐药性及药源性疾病的发生,是当前十分重要和急需解决的问题。笔者对我院医务人员自身用药中存在的问题进行分析,供医师、药师们借鉴。

1 资料与方法

调查2000年以来本院医务人员常见疾病治疗时的处方和用药情况,加以整理分析。

2 调查结果

2.1 求用新贵药 医学在发展,疾病谱在不断变化。在诊治疾病中,使用一些新药是必要的,但有些医务人员治病心切,急于求成,只要医院有新药或看到广告宣传的某些新药,不管对其疗效性、安全性、毒副作用了解是否全面,都要求试试。如今医生们是处于新药的洪水中,在无暇熟悉药物性质的情况下使用它,使药物引起的医源性疾病占有较大比重。实践证明,无论新药审查如何严格,还是会发现问题,只有经过临床大量使用才能逐渐明确它的副作用。医师无论对患者还是对自身选用新药都应该谨慎,应在慎重考虑疗效与不良反应之后予以决定。

2.2 滥用抗菌药 抗生素仍是临床治疗感染性疾病的最有力武器,但是因抗菌药的滥用,耐药菌株日趋增多,耐药程度日趋增强,其发展之快远远超出人类研究抗菌药的速度。当前,人们常有这样一种心态,只要有病,哪怕是轻微的感冒、发热、腹泻等,马上要求用抗生素,医务人员自身也不例外,认为只要上了抗生素就安全了。如我院有的医务人员患咽喉炎等普通炎症就立刻要用第三代或第四代头孢抗菌药物;再如有一名医师,不用本院开的常规感冒药而自行购买了一种广谱抗菌药,其结果不但没有达到效果,反而并发了霉菌感染,增加了自身痛苦。

2.3 大剂量用药 临床上用药剂量是按药典规范执行的,应严格遵循适应证和用药指征,尤其对体质强弱者、老年人、婴幼儿、孕产妇女等个体化对待,有严格的科学性和实践性,决不能随意乱用^[1-2]。但有些医务人员自行其是,对一些疾病的治疗用药不规范,随便增加剂量,以求快速起效,实际是“欲速则不达”。如我院一位医务人员患高血压后,为了达到降压目的,自行加大用药剂量,并增加服药种类,结果四肢乏力,头昏眼花,晕倒在地,经查是血压过低,调整用量后才逐步恢复正常。

2.4 多静脉用药 小病大治,动辄输液。有些医务人员认为输液可以排除毒素,改善血液循环,因此,

有些医师只要患感冒、轻度胃肠炎症等都要求输液。殊不知,静脉输液破坏皮肤屏障,增加了细菌感染的机会。实际上,一般疾病如胃肠炎等,还是口服用药安全,即使轻度脱水,也要鼓励其口服用药,调动自身抵抗力维持机体生理平衡。有些医务人员自身或对患者用药都喜欢静脉给药,但缺乏用药指征,这不仅增加了输液反应、药物不良反应、静脉炎、血栓形成等机会,也增加了抗药性的形成,更增加了患者的痛苦和经济负担。

2.5 多自行停药 医务人员认为自己掌握专业医药知识,用药后害怕出现毒副作用、耐药性等,只要症状缓解或暂时痊愈,不顾是否巩固和彻底,随便提早停药,或减少剂量,这样做是违疾忌医的,其结果使疾病复发、病情加重、病程延长,甚至延误治疗,再用药往往药效减弱,药量增大。例如高血压、糖尿病是要终身服药的,只能调整,不能随便停药,否则会增加并发症,出现严重后果。有的中年医务人员发现患上高血压,担心长期服药对身体有伤害,一旦药物控制血压比较平稳了,便擅自停药,结果血压立刻升高,之后增加了用药剂量才能有效降压。

2.6 多联合用药 许多老年医务人员,退休以后疾病开始增多,特别是心血管病、糖尿病等,需要终生服药治疗,他们中大多数人认为“老年健康,只有靠药”,他们忽视了机体的主观能动作用,疏于锻炼,实际上科学的运动疗法对慢性病的预防和治疗起着至关重要的作用。例如糖尿病人坚持慢跑或散步后,用药量会逐渐减少,血糖可维持正常;高血压、冠心病病人长期坚持有规则锻炼后,可增强心功能,恢复血管弹性,减少心自主并发症。因此,要提倡医务人员多锻炼身体,爬山、游泳、慢跑、散步等,坚持下去,必有好处。

2.7 多预防用药 目前,有一些医务人员为了保证自己和家人的健康,常常预防用药。例如:有一位医务人员,为了不让孩子在考试前患病,自行给孩子注射了乌体林斯,结果导致肝酶异常;有的医务人员总担心孩子缺钙,盲目给孩子提前补钙,剂型选择不合理,药量也偏大,结果事倍功半。在临床上,发现医师预防性应用药物的现象比较普遍,医师自身治疗中也如此,有的医师因病手术都要求用广谱抗菌素作预防性治疗。根据国内有关资料统计,临床预防用药约占抗菌药总用量的30%~50%,其中使用不当者约占50%~80%,而在许多情况下的预防用药均属盲目滥用^[3]。

3 原因和对策

目前,医务人员自身用药问题较多,原因比较复杂。医务人员是一类特殊的用药群体,他们对自己所诊疗疾病的专科用药比较熟知,当自己患病需要服药时,主观参与性与改动性较强;有的医务人员专业知识不熟悉,对非专科的医药知识、用药指征、不良反应等掌握不够全面;有的医务人员缺乏与药剂师的药物信息沟通,不能及时知晓新药动向,知识更新不足^[4]。

为此采取以下对策。“以虚养心”。医务人员虽为医药专业工作者,在自身患病用药时更需以谦虚的心态面对和聆听专科医师意见,提高用药依从性;“以德养身”。医务人员需加强职业道德观建设,以严谨职业态度、精益求精的工作精神完成点滴医疗行为,以高度重视合理用药的指导思想指导自身和患者用药;“以学养脑”。医务人员需不断学习和拓展,多与药学人员沟通,必须在熟知药物的药理作用尤其不良反应的基础上用药,选药要有明确指征,联合用药要有明确目的^[5,6]。

合理用药是每一位医药人员、卫生工作者肩负的重要责任,应高度重视合理用药的意义。希望广大医务人员从中吸取教训、加强学习、提倡合理用药,并且只有从自身做起,才能减少用药的各种毒副反应,确保自身和病人的用药安全。

参考文献

- [1] 徐丽芳. 临床不合理用药处方分析[J]. 海峡药学, 2006, 18(5): 226-228.
- [2] 张旭丽, 孟 昕, 李 丽. 浅谈中药的合理使用[J]. 中医药学报, 2006, 34(4): 62.
- [3] 解 斌, 董震海, 王建忠. 合理用药问答[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 660.
- [4] 赵宁志, 陈邦元. 合理使用抗菌药物的管理措施[J]. 东南国防医药, 2006, 8(6): 456-457.
- [5] 吴笑春, 李 馨, 仲明远, 等. 从 1 例难治性感染看临床药师指导用药的必要性[J]. 华南国防医学杂志, 2000, 14(4): 59-60.
- [6] 余晓兵, 何 威. 高血压两种治疗方案的成本效果分析[J]. 华南国防医学杂志, 2000, 14(3): 37-39.

(收稿日期: 2009-03-08; 修回日期: 2009-04-09)

(本文编辑: 潘雪飞)

(上接第 322) 报道^[2] 接近。闭角型青光眼中, 慢性闭角型青光眼前房角组织病理及视功能损害程度较急性闭角型青光眼严重, 家住边远地区的农牧民患者较城镇及其附近患者的病理及视功能损害程度重。分析原因我们认为, 可能与急性闭角型青光眼发病急, 视力急剧下降, 眼痛、头痛症状明显, 就诊率高, 容易确诊, 而开角型和慢性闭角型青眼, 一般自觉症状较轻, 视力下降呈渐进性, 易忽视, 以及边远农牧区医疗条件差, 且远离城镇, 发病后得不到及时有效的治疗, 就诊时往往已是青光眼晚期。同时慢性闭角型青光眼患者多具有周边虹膜较肥厚, 虹膜根部附着点靠前, 前位的睫状体等特征^[3], 当眼压升高, 瞳孔轻度或中度散大时, 周边虹膜向前房角堆积, 使房角更加狭窄甚至闭塞, 加之反复发作的眼压升高, 可使本来就与小梁网靠的很近的虹膜根部与小梁反复接触造成小梁组织的损害^[4]。

本组病例 58 眼小梁网中有色素沉积, 其中 11 眼小梁网完全被色素斑块遮盖看不清小梁结构, 其原因主要是高眼压可导致虹膜色素上皮损伤, 虹膜

色素脱失, 大量色素颗粒沉积在小梁网, 造成小梁网机械性阻塞, 内皮细胞亦因过量吞噬色素颗粒而活性降低, 导致房水流出阻力增加^[5], 因此, 色素沉积造成小梁网机械性堵塞, 可能是加剧小梁损害的一个重要因素。

参考文献

- [1] 刘少章, 于纯智. 363 例原发性慢性闭角型青光眼的小梁组织学改变及临床病理分析[J]. 中国实用眼科杂志, 2003, 21(5): 344-346.
- [2] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1706.
- [3] 葛 坚, 孙兴怀, 王宁利. 现代青光眼研究进展[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 134-135.
- [4] 周文炳. 临床青光眼[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 178-179.
- [5] 刘少章, 于纯智, 贺翔鸽. 628 例原发性闭角型青光眼的小梁病理改变及其临床意义[J]. 第三军医大学学报, 2000, 22(2): 67-69.

(收稿日期: 2009-01-28; 修回日期: 2009-04-17)

(本文编辑: 黄攸生)