

的 HCP 患者会有肉芽肿样改变。经过分析显示,HCP 患者在 MRI 上面有特异性表现,如果要确诊硬脑膜病理学比较可靠。

参考文献

[1] 谢应朗,汤春贵. 肥厚性硬脑膜炎的影像诊断[J]. 中外医学研究,2012,10(31):38-41.

[2] 尹变利,郑锐锋,王海龙. 肥厚性硬脑膜炎 3 例临床表现与磁共振特征[J]. 中国临床研究,2011,24(3):199-200.

[3] 刘新平,张桂芬. 肥厚性硬脑膜炎 16 例临床分析[J]. 中风与神经疾病杂志,2011,28(12):1125-1126.

某院住院药房退药现状分析

黄 丹,孔德平,沈正泽,金 梅[△](重庆医科大学附属永川医院药学部 402160)

【关键词】 住院药房; 退药; 药事管理法规
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 21. 085 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2925-02

卫生部在《医疗机构药事管理暂行规定》第二十七条中明确指出:药品一经发出,不得退换。为规范药品的管理,本院根据实际情况也制订了相应的退药制度,但在实际工作中,因为各种原因,病区退药情况时常发生,无法避免。为保障患者用药安全有效,完善本院退药制度,本文对本院 2012 年 1~6 月退药情况进行统计分析,现报道如下。

1 资料与方法

选择本院 2012 年 1~6 月各个科室的退药记录,并进行统计分析。统计内容包括退药总金额、退药次数、退药原因等。

2 结 果

2.1 科室退药情况统计 本次统计结果显示退药处方频次共计 4 150 次,总金额达 526 162. 45 元。各个科室退药情况不同,其中以胃肠、肝胆外科(七病区)、心内科、感染科较多,儿科病房相对较少。见表 1。

表 1 各个科室退药例数统计			
科别	例数(n)	构成比(%)	金额(元)
感染科	391	9. 42	39 959. 01
肿瘤科	286	6. 89	57 031. 06
儿科	90	2. 17	3 446. 96
呼吸内科	237	5. 71	35 213. 49
老年病科	197	4. 75	17 110. 47
神经内科	303	7. 30	32 472. 66
神经外科	231	5. 57	53 432. 02
胃肠、肝胆外科	459	11. 06	74 787. 39
普外 1、胸外、儿外科	267	6. 43	29 977. 13
内分泌	180	4. 34	15 511. 48
心内科	436	10. 51	40 609. 76
眼科	301	7. 25	44 706. 79
肾内科	275	6. 63	20 140. 91
血液、消化内科	368	8. 87	35 468. 12
其他	129	3. 11	26 295. 2
合计	4 150	100. 00	526 162. 45

[4] 徐肖,狄晴,张玲如,等. 肥厚性硬脑膜炎的临床、影像学及病理学特征[J]. 临床神经病学杂志,2009,22(6):461-463.

[5] 韩倩. 肥厚性硬脑膜炎的诊疗(综述)[J]. 中国城乡企业卫生,2011,3(2):36-38.

[6] 熊斌,姚生,刘建国,等. 特发性肥厚性硬脑膜炎的临床、病理特点及治疗体会[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志,2008,15(3):179-182.

(收稿日期:2013-03-08 修回日期:2013-05-12)

2.2 退药品种数统计 总退药例数为 4 150 例,各类药物详情见表 2。

表 2 退药品种数统计		
退药类别	退药例数(n)	百分比(%)
抗微生物药	651	15. 68
消化系统药物	335	8. 07
心血管系统药物	537	12. 93
神经系统用药	716	17. 26
抗肿瘤药	342	8. 23
生化制剂	458	11. 05
氨基酸剂	849	20. 46
其他	262	6. 32

3 讨 论

从表 1 中可以看出,退药总例数为 4 150 例,根据比较本院上个季度退药率已经有所下降。所有退药品种均为注射剂。本院采取措施完善退药制度,保证药物的质量,住院药房口服药物一经发出,严禁退药。禁止护工到住院药房退药,必须由护士退药,同时填写完整的退药记录并签字。减少了许多护理人员人为因素把药品录入错误随意安排护工退药,既保证了药品的质量,也减少了药房工作人员的工作量^[1]。除个别科室退药率相对较高外,其他科室差异不大。由表 2 可以看出,抗微生物药物、神经系统及心血管类药物退药率相对较高。如医师根据临床经验使用抗菌药物,后根据药敏结果更改医嘱等。同时神经系统及心血管系统用药相对复杂^[2],医师根据患者不同的病情,会及时调整治疗方案也是造成退药率高的原因之一^[3]。造成退药率高的原因还包括医师医嘱开错,停药、患者自备药物^[4]、患者死亡或转科、计算机系统错误导致错误等因素^[5]。

除上述规范措施外,为保证冷藏及生物制品的安全有效,避免风险,建议退药人员采用非实物退药,从即将发送的病区医嘱单中扣除,贵重药品不得退换等措施^[6]。保证药物的安全有效是医生、护士、药师共同的责任^[7],为尽量减少退药的现

[△] 通讯作者,E-mail:jinkei1961@163. com。

象,应加大宣传以及管理力度,有效控制退药现象的发生,确保患者安全合理用药。

参考文献

[1] 林书章,岳晓红,张晓坚,等. 我院住院药房退药事件致人力资源成本损失的探讨[J]. 中国药房, 2011, 22 (21): 2008-2010.

[2] 谢静,常翠,李瑶,等. 我院住院药房情况调查与分析[J]. 药事组织, 2010, 19(20): 50-51.

[3] 宋沧桑,赵方允,王丽. 我院 2004 年~2006 年住院药房退药情况统计分析及管理对策[J]. 中国药房, 2008, 19

(25): 1994-1995.

[4] 吴炎卿,刘小敏. 住院药房情况原因分析与对策[J]. 中国医药指南, 2011, 9(31): 144-146.

[5] 王磊,何勇. 2011 年 10~12 月份住院药房退药现状与分析[J]. 临床合理用药, 2012, 5(5): 143-144.

[6] 施振国,尹红,徐原杰. 我院外科住院药房退药情况分析[J]. 中国药业, 2010, 19(9): 45-46.

[7] 邓数强. 我院住院药房的退药情况分析[J]. 临床合理用药, 2011, 9(14): 135-136.

(收稿日期:2013-04-24 修回日期:2013-05-25)

贝复济在压疮护理中的运用体会

夏 敏(重庆市南川区人民医院神经内外科 408400)

【关键词】 压疮; 贝复济; 护理
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 21. 086 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2926-01

压疮是由于局部组织长期受压,组织持续缺血、营养不良而发生的软组织坏死,现目前较理想的治疗方案主要为很好的促进组织修复、防止局部组织继续受压损伤、增强患者的全身抵抗力,在这个基础上,本科于 2011 年下半年开始用贝复济治疗压疮取得一定成效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 接受治疗者均为院外带入,共 34 例,女 20 例,男 14 例,年龄 45~90 岁,均为脑卒中后遗症所致偏瘫,深度为Ⅱ~Ⅲ期,共有 40 处,患压疮时间为 15 d 至 3 个月。

1.2 治疗护理方法

1.2.1 一般治疗 (1)勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤更换、勤整理。每 2 小时翻身 1 次,避免疮面与床面接触而继续受压,已发生压疮的患者使用硅胶垫,足跟、内外踝的小疮面使用硅胶垫或小棉圈垫;低蛋白血症引起全身水肿及极度衰竭的患者,每 1 小时翻身 1 次,同时使用泡沫垫和气垫床等辅助工具,以减轻局部压力,防止周围组织继续受损。对皮肤颜色、温度、质地正常的受压部位可用 50%红花乙醇倒入掌心,两侧由轻→重→轻按摩 5~10 min;对皮肤变红者,则不宜进行皮肤按摩,可悬空压红部位,一般解除压力 30~40 min 后皮肤颜色可恢复正常。皮肤持续发红、发绀、不宜按摩、以免加重损伤。(2)避免和减少各种物理因素的刺激:随时保持皮肤清洁干燥透气,避免人为机械(翻身时拖拉、使用破损的便器)二次损伤。(3)改善全身营养状况:能自行进食者鼓励进食,在满足基本热能的基础上,加入优质蛋白,高维生素食物,少量脂质饮食;昏迷鼻饲都给予每天至少 6 次的喂养,特别强调餐具卫生和食物的新鲜,以免引起腹泻。适当静脉补充清蛋白、氨基酸、新鲜血浆等,提高机体免疫力。(4)积极治疗原发病及其他并发症。

1.2.2 局部治疗 对照组:各期压疮在无菌操作下用过氧化氢和生理盐水彻底清洗疮面,再用 0.5%碘伏涂抹,整个治疗过程采用暴露疗法。观察组:(1)各期压疮在无菌操作下用生理盐水彻底清洗疮面,将贝复济药液直接喷于清创后的创面,或在创面覆盖适当大小的消毒纱布,用药液均匀喷湿纱布适当包扎即可,每日 3~4 次或遵医嘱。推荐剂量为 150 AU/cm²。整个治疗过程采用暴露疗法。(2)对感染严重、分泌物多的Ⅲ

期以上疮面,彻底清创后采用吹氧气法(3~4 L/min,每次 15 min,每日 2 次)再涂贝复济,同时用双层浸有贝复济溶液的无菌纱布覆盖创面,每日更换 4~6 次。

1.3 疗效判定 依据《中医病症诊断疗效标准》判断疮面结痂愈合为治愈;疮面缩小、肉芽新鲜为有效;疮面未愈合为无效^[1]。

2 结 果

观察组 17 例 22 处压疮经综合治疗后,15 处Ⅲ期压疮 14~16 d 愈合,Ⅲ期以下压疮均在 5~7 d 愈合;对照组 17 例 18 处压疮(Ⅲ期 4 例,Ⅲ期以下 7 例)经治疗 20 d 渐愈合。

3 讨 论

贝复济为重组牛碱性成纤维细胞生长因子,是一种多功能细胞生长因子,对来源于中胚层和外胚层的细胞(如上皮细胞、真皮细胞、成纤维细胞、血管内皮细胞等)具有促进修复和再生的作用。实验表明,本品促进毛细血管再生,改善局部血液循环,加速创面的愈合,从而主动促进创面修复,全面提高创面愈合质量。将贝复济按照压疮疮面大小适量使用,会发现用过贝复济的患者疮面红润、可见肉芽爬行,渗出物减少,对治疗慢性的皮肤溃疡效果明显^[2]。压疮是全身、局部因素综合作用而引起局部组织变性坏死的病理过程,通过临床实践证明:贝复济用于局部治疗各期压疮均有很好的促进组织修复、再生作用,治疗天数比常规治疗方法短,且效果明显,对于Ⅲ期以下压疮,效果满意。同时贝复济治疗压疮,护理操作简单,另外此法属于湿润暴露疗法,符合当前压疮愈合湿性环境的要求,同时还减少了厌氧菌感染机会,在临床护理工作中值得推广。

参考文献

[1] 王淑军,陈生,廖继棠,等. 湿润烧伤膏治疗Ⅱ期褥疮临床疗效观察[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2004, 16(4): 288-290.

[2] 侯玮. 贝复济治疗慢性皮肤溃疡的临床疗效研究[J]. 求医问药:学术版, 2012, 10(6): 494-495.

(收稿日期:2013-01-21 修回日期:2013-04-12)