维普资讯 http://www.cqvip.com

后见尿道内有少量陈旧积血(未凝)排出。重新插导尿管时,入至内外板吻合处受阻,小儿尿道探子亦无法插入。经耻骨上膀胱穿刺造瘘引流尿液,顺行膀胱造影,尿道未显影。在硬膜外麻醉下行经膀胱尿道探查,由膀胱将小儿尿道探子插至尿道球部,再由尿道外口插入另一探子,至术前插导尿管受阻处有阻力,稍用力后插入球部,与膀胱内探子相会,引导外口探子入膀胱,从膀胱带一导尿管经尿道引出。留置导尿管,于阴茎腹侧原吻合口处切开探查,见阴茎中部尿道有一直径0.3cm之缺损,局部有少量分泌物,伴轻微异味。清创后用5-0肠线间断缝合尿道缺损,阴茎成形。术后恢复顺利。拔除导尿管后排尿顺利,痊愈出院

隐匿型阴茎,是肉膜发育异常所致的先天性畸形,应与肥胖所致的阴阜脂肪堆积相鉴别。目前尚无统一的诊断标准。既往认为不需手术治疗,认识到这一畸形的病因是由肉膜发育异常引起的以后,临床采用了较多的手术方式进行矫正,许多术式并未进行纤维化肉膜切除。此二例病人均经手术探查明确存在阴茎肉膜纤维化,并行Devine氏术矫正。术后阴茎外观均恢复正常。但术后合并尿道瘘,未见相关报道。根据术中所见病理结合文献进行分析,二患者在隐匿阴茎的病理基础上,阴茎腹侧皮下至尿道海绵体均为纤维化组织,未见明确的Buck筋膜。第二例患者还可见阴茎轻度下曲,尿道海绵体及白膜发育不良。由此可见,病变不仅仅局限于肉膜层,尚伴有Buck筋膜纤维化或缺乏。尿道海绵体及白膜发育不良。这实际上为合并阴茎弯曲。因阴茎隐匿,术前检查无法发现。

隐匿型阴茎合并阴茎弯曲临床上极少见。病理表现为阴茎腹侧的肉膜、阴茎筋膜、海绵体白膜及海绵体发育缺陷,据缺陷程度不同,分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级。有的作者认为存在部分尿道发育不良,称之为"隐藏的"尿道下裂。此二例病人据术中所见病理,均存在Ⅱ级阴茎弯曲。这是导致隐匿阴茎矫正术后漏尿的病理基础。手术后合并漏尿的原因,第一为手术直接损伤发育不良的尿道。第二为固定阴茎皮肤的缝线穿透菲薄的尿道引起漏尿。第三可能为术后加压包扎阴茎不均匀,导致局部组织缺血坏死,形成瘘道。

隐匿阴茎矫正术合并尿道瘘,导致病人住院时间明显延长,增加患者痛苦及心理负担,是一比较严重的并发症。本组二例病人的教训为:1.隐匿型阴茎常并发阴茎弯曲,均有阴茎筋膜层发育缺陷,诊断隐匿阴茎后,一定要注意全面检查,特别注意是否合并阴茎弯曲。2.合并阴茎弯曲的病例,尿道似乎特别脆弱,手术时应特别小心。适度切除纤维化组织,以阴茎能恢复正常外观为度。游离、切除腹侧纤维索条时,必须细致剥离,切忌损伤尿道海绵体。3.固定阴茎皮肤时,通过阴茎海绵体背侧及两侧三针固定,即可达到阴茎成形目的,腹侧正中尿道部位不需固定于阴茎体上。4.术后阴茎包扎应适当、均匀,不应压迫尿道。

(收稿:2000-12-25)

药品包装存在的问题与建议

李永新* 左艳芳**

随着医药业的迅速发展,新药不断涌现,为防病治病提供了越来越多的用药选择。同时药品包装却存在着很多问题。如:标签设计不规范,同药不同名,说明书不完善,以及没充分考虑到特殊群体的需求,不利于药品充分发挥作用,以致出现用错药而导致医疗事故。本文就药品包装存在的问题作一分析并提出建议。

一、标签设计应规范

根据我们观察,注射剂的标签过大,占药瓶表面积的80%以上,颜色也过于鲜明,还有的外包装简陋,安瓿上药品名称不清晰或容易脱落,这种现象比较普遍。在给病人使用前不能确定液体的颜色是否正常,看不清液体的异常情况,如霉菌、纤维、色点、白点,尤其是瓶体细小裂口,严重影响了护理质量、并可造成不必要的医疗纠纷。所以,建议药品生产厂家标签设计应规范,大小一般以药瓶表面积的30%~40%为佳,不能环行全包围,便于观察药品本身的颜色、质量;进口药品不仅说明书有中文对照,最好标签也有,最显眼的应该是中文名字而不是外文名字。

二、说明书应准确、完善

按《药品管理法》规定,药品必须附有说明书,说明书上要有药物的名称、规格、批准文号、产品批号、有效期、主要说明、适应症、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项。有的说明书上没有生产批号,只是将批号印在药盒侧面或者其它部位,没有固定打印在说明书生产批号项内,在使用过程中到处找批号,浪费时间。有的说明书或者药盒、标签失效期用"exp. date"表示,不识外文的很难知道是失效期。一般有效期注明是使用多少年,使用者必须经过计算方可得知药品是否失效,这在使用过程中很不方便,建议将有效期注明为"到某年某月某日"。许多缓释片的说明书并未详细介绍使用方法,有的病人嚼碎服用后起不到缓释和控释的作用,甚至会造成血药浓度过高出现"峰谷"现象而发生副作用,甚至中毒。药品说明书是指导安全

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学西南医院药剂科
** 重庆市第三军医大学基础部外科应用解剖与手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

用药,避免出现差错事故的重要依据,在医学上是具有法律意义的。世界各国对药品说明书的内容要求,如澳大利亚制造的依那普利胶囊说明书就包括品名和结构式、性状、药理作用、吸收、分布、消除、适应症、用法和用量、禁忌、不良反应、注意事项、规格、包装、贮藏、使用期限等17项内容,对用药很有参考价值。而我国生产的药品说明书大部分只有5项内容,过于简单。为了药品包装与国际接轨,也为了能更清楚地了解药品的用途,药品说明书应内容详尽,真正达到指导合理用药的目的。

三、药品包装应考虑特殊群体的需求

特殊群体是指小孩、老人,然而这一庞大的药物消费群体,长期以来临床用药有一共同现象是,分割成人药物作为治疗用药。这种用药的方法,一方面增加污染的机会;另一方面也无法保存剩余药品而只有抛弃的弊端,造成药品资源的浪费,也增加了病人的经济负担,在我国目前医药资源仍十分有限的情况下,是非常可惜的。所以临床用药不能单纯地以年龄、体重作参照来分割成人药物剂量,若护士在操作过程中稍有不慎,就造成剂量难以精确或者药物浪费。此外,药物的分割使用,容易丧失药物的某些特定作用如保护、遮味、控释、隔离等,既降低了药物治疗作用,又加重了药物的不良反应。当前,临床上能满足特殊群体的药品包装非常有限。这一严重的滞后现象,极不利于临床儿童用药的需求,也与我国占人口10%的老年社会对用药需求格格不入。因此开发研制适合儿童和老年人用药的新品种、新剂型、新规格已成为当务之急。

随着非处方药店的普及、病人到药店买药的机会越来越多,药品包装的科学化、规范化管理是药物合理使用的重要保证。作为药品生产厂家应将药盒、标签设计科学、药名恰当、说明书完善、考虑特殊群体的需求等问题纳入药品生产质量的管理日程,以确保药品在医疗护理中真正做到安全、有效、方便。

(收稿:2001-03-06)

碾轧伤的急诊抢救与护理

温玉荣* 刘春艳*

我院急诊科于1995年~2000年救治碾轧伤146例,现将救治与护理体会报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组病例中,男108例,女36例,年龄最大66岁,最小12岁,其中18~44岁青壮年发生率偏高。

2.入院时间:病员伤后最短入院时间是20min,最长时间是28h。

3.伤情资料:四肢及骨盆部位76例,头颅部位52例,胸腹联合伤18例。

4.到达急诊室状态:①临床死亡:在送来途中有生命体征,到达急诊室时心跳、呼吸已停止者12例,全部死亡。②濒死:呼吸困难、脉搏细弱、触不清23例,死亡13例。③昏迷或窒息者22例,死亡5例。④创伤性休克:重度12例,轻度16例。⑤意识清醒:51例。

二、结果

所调查146例中,死亡36例,痊愈24例,致残36例。致残者包括截肢(趾)、截瘫、意识障碍或肢体功能障碍。主要死亡原因为重型颅脑外伤、重要脏器伤导致循环衰竭。多数因伤情重、出血多,现场未采取急救处理,造成急救无效而死亡。

三、讨论

1.医护配合进行快速准确地诊断:急诊科医护人员的专业技能和素质是保证抢救工作质量的重要环节。急诊护士要迅速协助和配合医生对伤员实施检诊处理,解开或剪开衣裤,暴露创伤部位,备好相应的检查、急求器材物品,急诊医师要在最短时间内全面、系统地诊断伤情,需手术抢救的应果断决定,做好术前准备,为抢救赢得时间。

2.观察病情积极救治与护理:急诊医护人员采取迅速果断、准确有效的救治措施。①建立有效静脉通道,快速扩容。立即建立2~3条静脉通道,可用9~12号套管针静脉穿刺,管径粗、滴速快、易固定,搬动时不滚针。快速建立静脉通道,可以防止伤员休克失代偿后血压下降。根据医嘱进行快速补充平衡液、代血浆、全血及急救药物等。与此同时密切观察心率、脉率,血压的变化,可15~30min测血压一次,血压下降时查看有无活动性出血,配合医生控制出血、纠正休克。②注意意识状态的改变,保持呼吸道畅通。有的患者随着休克的加重,进入失代偿期,脑组织供血不足,表现为表情淡漠,意识模糊,躁动甚至昏迷,要加快输液、输血速度,积极搞休克,注意瞳孔的变化,针对多脏器损伤,呼吸困难者要确保呼吸道通畅,及时清除口鼻腔内分泌物,给予大流量吸氧,必要时协助医生气管插管或气管切开,注意观察呼吸的频率、深浅度、口唇甲床有无紫绀。③配血。急诊护士在静脉穿刺成功后,立即行血标本采集,以便及时做交叉配血及生化等化验检查。④置管。抢救中按需留置导尿,观察尿色,性质和量,保证管道固定牢靠、通畅。⑤伤处加压包扎,粗止血带结扎止血,对骨折的患者需做简单

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院