

工作。这就保证了医疗机构药学队伍的基本素质。药师应注重临床知识的学习,缩小与医生之间的距离。在实际工作中,药剂部门也要创造条件,让药师应用所掌握的知识为患者服务。

2.2.3 加强我国高等院校的药学专业教育 药学服务的重点是以合理药物治疗为中心,以提高患者生活质量为目的,需要的是具有专业知识、人文修养和娴熟交流技巧等高综合素质的药学工作者。因此,应加强高校药学专业教育,与时俱进地设置教学内容。

2.2.4 临床药师要深入临床,指导合理用药,加强合理用药宣传的力度 临床药师必须要深入临床第一线,参与查房、会诊、抢救、病案讨论等,发挥自己的专业特长,帮助选择治疗药物,指导合理用药。医疗机构药剂科应顺应全球信息化浪潮,进行全面的信息化建设,建立“数字信息化药房”。药学人员可以通过互联网了解新颖实用的药学信息^[5],如药品生产信息、新药研究信息,药物配伍禁忌、相互作用、不良反应以及学术动态等;药师可在网上开展临床药学服务,包括药物咨询、合理用药、治疗药物监测、不良反应收集等各种形式。

2.2.5 积极推行国家基本药物制度 随着国家基本药物制度的实施,医疗机构需尽快建立“基本药物临床应用指导原则”,推动合理使用基本药物,保障患者用药安全,规范医疗机构和医务人员用药行为;还应制订和推行“标准治疗指南”,其中除用药建议外,还应包括诊断指标、需做的检查、给患者的建议和费用等。“标准治疗指南”是有效促进临床合理用药的重要手段之一。

2.2.6 加强药物不良反应监测 《药品管理法》规定:药物不良反应监测和报告工作是医疗工作者的一项常规工作,一旦发现药物不良反应,临床药师应按规定及时收集和登记填报药物不良反应报告表,并及时报给上一级药物不良反应监测中心。这项工作对于提高药物治疗水平、减少患者痛苦、缩短住院日、节省医疗卫生资源与经费均具有重要意义。

2.2.7 充分开展药物经济学研究 临床药师可充分利用经济信息网络的各种数据,开展用药计划、用药方案、用药风险及效益等评估工作;可应用药物经济学原理,利用收集整理的药学信息,并根据医疗机构药物利用情况来分析确定药物采购品种,使药品种类和数量达到最佳状态,使一些疗效确切、不良反应少、质优价廉的药物迅速进入临床^[6];还可利用费用分析、最小费用分析、费用-效益分析,以最低的费用获得最佳疗效,从而节约卫生资源,减轻患者经济负担。

2.2.8 社区卫生服务机构药学工作人员的作用应重新定位

现有的社区卫生服务机构药学工作模式仍是被动的、简单的、以提供药品为主要任务的非临床工作。为了适应新时期药学的发展,药学工作者要充分认识医疗机构药学在现代化医疗机构中的地位和作用,不但可为患者提供安全、有效的药学服务,也可为现代化医疗机构创造出更多的经济效益和社会效益,促进现代医疗机构的结构调整和医疗质量的提高^[7]。

3 结 论

回顾医疗机构药学几十年的阶段性发展历程,医疗机构药学逐渐形成了以临床药学和药学科为重点的医疗机构药学新模式。以患者为中心,发挥药学服务功能,可以使医疗机构的社会效益和经济效益协调发展,推进医药事业的健康发展。随着医药卫生体制改革的进一步深化,医疗保险制度和医药分业制度的进一步实施,临床药学服务将会有更大的市场需求和发展空间,并最终实现药品采购由企业推销型向电子商务型、医疗机构制剂由生产型向研发型、医疗机构药检由单纯制剂检验型向质量监督型、调剂工作由单纯供应型向技术服务型、药学信息管理由纸质化向网络化的一系列转变^[8]。

参考文献

- [1] 魏芳,李秀全,王艳玲. 浅谈医院药学的发展[J]. 浙江中西医结合杂志,2009,19(2):119-120.
- [2] 胡琰. 医疗机构药学发展趋势及其必然性[J]. 中国实用医药,2008,3(20):203-205.
- [3] 王震,孟玲. 现代化医疗机构药房工作模式与药师的职能[J]. 江苏药学与临床研究,2006,14(2):61.
- [4] 陈盛新,舒丽芯,蒯丽萍,等. 21 世纪初中国医疗机构药事管理面临的挑战与对策[J]. 药学实践杂志,2006,24(1):35-36.
- [5] 王书杰,张新春,王丽萍,等. 以 PASS 系统为依托全面搞好临床合理用药[J]. 解放军药学报,2006,22(3):240-241.
- [6] 赵民生,曹秀虹. 试论现代医疗机构药学工作[J]. 西部药学,2006,3(1):7.
- [7] 刘祥林. 浅论医疗机构药学与现代化医疗机构建设[J]. 药学服务与研究,2006,6(2):153.
- [8] 王波,曲雪梅. 医疗机构药学工作的管理[J]. 军医进修学院学报,2006,27(3):202.

(收稿日期:2011-07-15)

三级医院门诊检验中心合理设置的研究

夏正武(解放军昆明总医院检验科,昆明 650032)

【关键词】 门诊检验中心; 岗位设置; 医院管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3069-02

20 世纪 90 年代以来,检验医学取得了飞速发展。检验仪器设备的自动化、智能化、集成化、网络化,使检验报告的速度大大提高。检验报告的时间长短就是医院赢取门诊患者数量的有效手段,而这与门诊检验中心的合理设置密不可分。

1 人员岗位

一个好的集体、优秀团队,必须要有一个好的领导。门诊检验中心应该配置一位技术过硬、管理理念先进、沟通能力强的优秀医务人员为门诊检验中心负责人。根据一个医院门诊

人数的多少来确定门诊检验中心工作人员岗位的设置。人员太多必定是人浮于事,增加科室成本,人员太少,整天忙于应付,对于医疗质量就难以做到精益求精。如何做到工作人员资本的最小化,效益的最大化,必须调动所有人员的积极性。这就必须使各个岗位配置的工作人员恰到好处。一般来说老、中、青、高、中、初各个层次都应该有。熟悉检验科所开展的所有检验项目的抽血护士至少 2 名,血液分析工作人员 2 名,体液分析工作人员 2 名,生物化学 2 名,临床免疫工作人员 1 名,

接送标本工作人员 1 名,负责咨询解释、发送报告单工作人员 1 名,且每一张报告单都有资深技师的审核、签名。

2 仪器设备

一个现代化的门诊检验中心,不能是 20 世纪 50 年代的三大常规检验模式,应该是确定凡是能够在 1~2 h 内发报告的项目都应设在门诊检验中心——这就应该根据所确定的检测项目确定仪器设备。并且每个项目所需的仪器都应该有备用仪器,临时调用^[1],否则一旦仪器有故障,就有可能堆积大量的报告单。总而言之,不能因为仪器设备故障而影响检测项目的时间。

3 检测项目及报告时间

前面在仪器设备上讲到现代化的检测中心已不再是三大常规检验。这就要根据以患者为中心,想患者之想,急患者之急来具体确定。每一位患者都想在最短的时间拿到自己准确无误的报告单。目前随着现代在高速公路、高速铁路以及私家车的普及,一般以医院为中心,以 100~200 km 为半径的地方,

都可以当天来回,一般患者都想节约开支,不想在外过夜。因此报告时间的长短,无疑就决定了一个医院门诊人数的多少。一般三大常规应该是 20 min 内就可以完成。常规生化,肝、肾功,肝酶,心肌酶,血脂等能够上自动化大型仪器的应以 1 h 内完成为准。临床免疫,微生物,止凝、血等就应以最短的时间给患者发出报告单,且跟患者解释清楚。如果在医院技术水平、服务质量、检测项目价格相同的条件下,报告时间的长短就决定一个医院门诊量的大小,成为医疗效益好坏的一个条件^[2]。

参考文献

[1] 陈泽斌,许时菲. 医学检验设备的维修思路[J]. 中外医学研究,2011,9(22):183-184.
[2] 周亚春,董军,王彦霞,等. 缩短门诊检验报告时间的持续改进[J]. 中华医院管理杂志,2010,26(5):331-333.

(收稿日期:2011-06-19)

超声诊断胆囊癌的价值

雷 丽 (重庆市万州区第四人民医院功能科 404000)

【关键词】 超声检查; 胆囊肿瘤; 胆囊结石; 胆囊炎
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3070-02

胆囊癌是一种致命的恶性病变,由于症状不典型,术前确诊较困难。近年来超声诊断的应用,有助于胆囊癌的诊断。本院几年来经手术、病理证实 16 例胆囊癌患者,现将其超声诊断的应用报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006~2011 年本院经手术和病理证实 16 例胆囊癌患者,其中男 5 例,女 11 例,年龄 40~73 岁,平均 60 岁,其中 50 岁以上 14 例。临床表现为发热、右上腹疼痛 13 例,黄疸 8 例,右上腹包块 3 例。鳞癌 1 例,肌腺瘤恶变 1 例。
1.2 超声诊断 超声探测除急诊外,一般在空腹 8~12 h 进行,在胆囊区探测胆囊形态、大小、囊壁厚度,内膜面是否光整,胆囊腔内有无异常回声及其改变,体位移动时情况。

2 结果

胆囊癌的超声声像图表现取决于肿瘤大小、部位、形状及浸润范围和胆汁充盈情况,基本按 YEN 分型分为 4 种:(1)实块型 3 例,肿瘤充满胆囊腔,显示为弱回声或强弱不均匀回声。(2)蕈伞型 4 例,胆囊内膜面有蕈状或息肉状低回声光团,向腔内隆起,后方无声影。(3)囊壁增厚型 2 例,囊壁局限性增厚或弥漫性不均匀增厚,内膜面不光整。以上 3 型超声诊断与手术所见病变相符合。(4)囊壁增厚伴蕈伞状肿块型 4 例,囊壁模糊不清,腔内未能显示暗区,为回声增强或强弱之光团、光带,本组有 4 例均伴胆囊炎及结石,光团之后伴声影,而仅诊断为慢性胆囊炎、胆囊萎缩伴结石而漏诊。其余 3 例均见胆囊增大,壁欠均匀、增厚,囊内可见随体位移动的光团伴声影,诊断为胆囊炎、胆囊结石。

3 讨论

X 线对胆囊癌的诊断难以获得满意结果。口服或静脉胆囊造影剂虽可显示胆囊内的占位病变,但 85% 患者胆囊不显影或显影不良。本组有 10 例患者口服胆囊造影剂均未显影,经皮穿刺胆道造影可显示胆管及其分支,但在胆囊颈部堵塞时亦无法观察到胆囊内的病变。本研究中 2 例患者经皮穿刺胆

囊造影,显示总胆管阻塞,未能观察到胆囊的占位病变,考虑为总肝管癌,手术见胆囊癌已侵犯肝门周围,引起胆道梗阻。胃肠道钡餐在肿瘤侵犯十二指肠,使其受压变形、黏膜破坏、管腔变窄时,才出现间接征象。本组 1 例患者胃肠道钡餐诊断为十二指肠球部溃疡伴幽门梗阻,超声显示为实块型胆囊癌伴淋巴结肿大,手术时见胆囊内有 8 cm×7 cm×5 cm 的肿瘤,侵犯十二指肠、横结肠。选择性或超选择性血管造影可见胆囊动脉增粗,囊壁不规则,有异常血管。新生血管对胆囊癌的诊断有意义,但对胆囊内病灶的显示并不理想。

超声图像可显示胆囊壁、胆囊腔及胆囊周围情况,而不受胆囊功能和胆道阻塞等因素的影响,有助于胆囊癌的诊断。其检出率随肿瘤的形态、部位及周围结构等不同,蕈伞型由于胆汁的衬托在图像上可清楚显示,是诊断肿瘤的重要依据。囊壁的改变是诊断胆囊癌的又一依据,正常胆囊壁纤薄,均匀,其厚度小于 3 mm。胆囊壁局限性增厚可代表肿瘤的早期浸润。弥漫性增厚表现为密集不规则的回声环,但应在禁食 12 h 检查,因餐后胆囊收缩至 2 cm 以下时,也可产生胆囊壁增厚的假象。此外,超声可观察到胆囊癌邻近组织的直接浸润和肿大淋巴结,本组有 5 例患者术前观察到肝内有散在的低回声转移病灶,2 例显示肿大淋巴结符合肿瘤淋巴结转移的征象。

胆囊癌有典型的声像图改变时,探测不难作出诊断,但部分患者病变部位不利于探测或图像改变不典型,或合并其他病变时诊断比较困难。最困难的是胆囊内无暗区显示,仅见增厚或强弱不均的强光带或光团,囊壁显示不清,均由于缺乏胆汁作为声学对比物质,这与胆囊内完全为胆石充满或胆囊病理性缩小(萎缩),难以区别^[1]有关。更何况部分胆囊癌与炎症、结石并存,炎症反复发作,囊壁纤维化、钙化,甚至形成“瓷胆囊”^[2],用图像诊断法做出鉴别客观上是困难的,本组中漏诊的患者主要为这种类型。

另一原因是肿大的胆囊伴有结石,而病灶在胆囊颈部,本组 3 例均为急诊患者,临床出现右上腹肿块,超声检查为胆囊