

药卫生,2011,27(12):1903-1904.

[6] 陈淑芹,臧萍,刘宏. 对压疮高危患者行分级分期护理管理
的做法及体会[J]. 山东医药,2009,49(43):101.

(收稿日期:2013-05-17 修回日期:2013-07-12)

3 例肥厚性硬脑膜炎的临床、病理和影像学研究

张海燕,朱 峰,董险峰,张振明,张丽艳,高志刚(河北省唐山市滦县人民医院 MR 室 063700)

【关键词】 肥厚性硬脑膜炎; 临床; 病理; 影像学

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.084 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2924-02

所谓的肥厚性硬脑膜炎(HCP)是患者的颅内脑以及脊髓的硬膜出现慢性、进行性的炎症肥厚病理改变,而在临床上会出现头痛、颅神经麻痹或者是癫痫发作等,多种多样的中枢神经症状,是一种比较少见的疾病^[1-2]。在 1969 年发现 HCP 患者之后,近年来我国有关的报道不断地增加。本文收集 3 例 HCP 患者进行研究,对其在临床、病理还有影像学进行分析,现总结如下。

1 临床资料

1.1 病例 1 男性,47 岁,前 1 个月忽然没有任何诱因的出现了发作性头痛,还有视力下降的情况,期间还有几次呕吐发生,经过检查之后确认为 HCP。入院查体:患者左侧视力为 0.1,而右侧视力为 0.8,其他的没有发现任何异常状况。患者入院之后在实验室进行检查:血常规白细胞 $17.4 \times 10^9/L$,淋巴细胞 8.6% 和中性粒细胞 90.1%;胸片无异常的状况;脑 MRI 显示,患者的右额、颞、顶还有枕部硬膜之下存在积液。对患者进行钻孔引流的手术,手术过程当中见到硬膜之下存在有乳酪样物,开骨窗之后将部分硬膜剪除下来并送去检查,在手术的过程当中以最快的速度进行病理诊断。在综合了患者的临床症状、体征还有辅助检查之后,确认患者所患的是慢性 HCP,以口服强的松片进行治疗,每天 40 mg,治疗之后患者的头痛症状逐渐减轻,直到 5 个月之后完全消失。服用强的松片 6 个月之后逐步减少服用量,每天服用 20 mg 强的松片,到了 13 个月之后,患者左侧视力为 0.5,而右侧视力为 1.0。

1.2 病例 2 男性,49 岁,在就诊前 5 个月就出现了后枕部头痛以及声嘶的情况,而在 4 个月前出现饮水呛咳以及难以吞食硬物、纳差的状况,到医院就诊的 20 d 之前出现了复视还有听力下降等,而且情况随着时间推移不断加重。入院检查:患者双侧的视力经过检查之后确定正常,能够见到右侧的动眼神经、滑车神经、外展神经,右侧的舌咽神经,迷走神经颅神经麻痹,右指鼻的试验为(+),右跟膝胫的试验也是(+),其他没有发现什么异常状况。实验室检查:患者的血常规正常;血免疫全套及血风湿全套为(-);脊液涂片正常;脑 MRI 显示,右侧的小脑幕出现明显的强化,右侧的乙状窦有略增宽的现象;脑干诱发电位显示,患者的双侧脑干诱发电位中枢段及周围段都出现了受损状况,左边听力 45 分贝,右边听力为 65 分贝。对该患者的右枕部硬膜进行活检,在组织病理的检查中能够见到硬膜出现致密纤维化,有淋巴细胞和少数的中性粒细胞浸润。给患者口服强的松,每天 40 mg,经过半年的治疗之后患者的部分症状得到了缓解,头痛减轻,没有出现复视情况,听力比起之前有所改善,而且饮水呛咳还有难以吞食硬物的情况也有所缓解;之后减少强的松剂量,每天 20 mg,1 年半之后患者进行复诊,所有的症状及阳性体征都基本消失。

1.3 病例 3 男性,51 岁,已经有 1 年持续了进行性头痛、听力和视力都有损害、嗅觉丧失以及吞咽困难等情况。在发生以上症状的半年之后曾经服用过强的松片进行短暂的治疗,治疗之后部分症状有所缓解。入院检查:患者左侧的视力为 0.8,而右侧仅仅有光感;进行眼底检查的时候能够见到患者的双侧视神经已经萎缩;右侧的动眼神经、滑车神经、外展神经,双侧的听神经、左侧的舌咽神经、迷走神经颅神经麻痹,共济运动为(-)。实验室检查:患者的血常规正常;血风湿全套还有血抗核抗体均为(-);头部的 MRI 显示如下,患者的硬膜有所增厚,大脑镰、小脑幕的边缘都很明显,通过头部 MRI 增强能够见到 T1WI 上面的硬膜增厚相当均匀,在脑实质当中并没有见到病灶。对该患者进行了顶枕部颅骨切除的手术,在手术的过程中见到附近的硬膜都有增厚的现象,色泽显示为灰色并有明显的纤维化。以患者的右顶部硬膜送去活检,在组织病理检查中能够见到组织有致密纤维化的现象,而且还有浆细胞和淋巴细胞等在浸润,没有发现肉芽肿以及血管炎现象的形成^[3]。在确定患者是 HCP 后,以强的松片进行治疗,每天 40 mg,口服之后的半年逐渐减少强的松片的剂量,1 d 服用 20 mg 强的松片。在治疗 11 个月之后患者进行复诊,头痛还有颅神经麻痹的现象已经完全消失,只有右眼视力丧失的现象没有出现改善。

2 讨论

对于 HCP 的分类,根据它们的病因可以有两种情况,一种就是继发性的 HCP,而另一种就是原发性的 HCP。有很多的学者都认为,原发性 HCP 和免疫疾病之间,是存在有共同的自身免疫发病机制的。

HCP 本身有着特异的临床表现。继发者除了本来的疾病表现之外,其他的表现大多数都和原发者是一致的。HCP 病例大多数的临床表现都是头痛、颅神经麻痹还有共济失调,其中头痛的比例占据的最多^[4]。在一小部分 HCP 患者当中,头痛是他们唯一的病症。在本文的 3 例病例当中,患者都表现出了头痛还有颅神经麻痹,其中病例 2 患者出现了小脑型的共济失调,跟文献^[4]基本保持一致。

随着现在科技的不断发展,CT 还有 MRI 技术不断地被应用到医学的各个领域当中,HCP 也越来越容易被人们发现。相比起 CT,MRI 在对 HCP 的诊断无疑更加有优越性,在 MRI 的 T1WI 上面,增厚的硬膜以等信号或者低信号作为表现,而在 T2WI 上面,则是以中央低信号而边缘高信号为主要表现^[5]。在少数的病例当中,MRI 还能够发现患者出现了硬膜的结节样增厚,这种情况跟多发性脑膜瘤很相似^[6]。通过病例检查,能够发现硬膜致密纤维化,还有慢性炎性细胞的浸润,这些慢性炎性细胞包括了淋巴细胞还有浆细胞等,大概有 1/10

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。