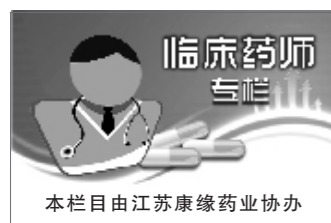


乳腺癌患者围手术期预防性应用抗菌药物对照研究

□林晓贞 赵秀莉



临床药师专栏

本栏目由江苏康缘药业协办

多数医院并未严格执行

我国2004年发布的《抗菌药物临床应用指导原则》认为,清洁切口通常不需预防性应用抗菌药物,可是多数医院并未严格执行。乳腺癌手术虽然是清洁切口,但是我国乳腺癌手术方式以乳腺癌改良根治术(改良术)为主,手术对组织损伤较大,一般需要留置引流管,术后7~14天要进行化疗,部分患者手术部位短期内已接受过手术,上述原因均有可能导致切口愈合延迟,增加感染概率。

目前,乳腺癌患者围手术期

不预防性应用抗菌药物是否会出现切口感染率的增高尚未见报道。2011年全国开展抗菌药物临床应用专项整治活动(以下简称专项整治),进一步强调了清洁切口围手术期预防性应用抗菌药物不得超过30%。

河南省肿瘤医院作为一家大型肿瘤医院,设有乳腺癌诊疗中心,指定专门的临床药师协助开展专项整治工作。以下介绍的是该院临床药师的干预模式,并对乳腺癌患者围手术期使用抗菌药物及SSI情况进行评估,以促进临床合理用药,并为I类切口围手术期抗菌药物的专项整治提供参考。

临床药师的干预模式

选取河南省肿瘤医院乳腺癌诊疗中心2010年8月(干预前组)和2011年8月(干预后组)出院的全部接受乳腺癌手术的患者。手术方式包括:改良术、

单纯乳腺癌切除术(单切术)、乳腺癌保乳术(保乳术),其中单切术和保乳术可加做腋窝前哨淋巴结活检术(前哨活检术)或腋窝淋巴结清扫术。统计接受手术患者的姓名、性别、年龄、诊断、合并疾病及术前

治疗措施、手术日期及手术名称、手术持续时间、围手术期抗菌药物应用情况、SSI。进行围手术期抗菌药物应用合理性评估和干预前、后对照研究。

人选接受上述手术方式的年龄≥18岁的乳腺癌患者,剔除术前已有感染或疑似感染者(如存在手术部位皮肤溃烂、化脓、红肿)、既往已接受过乳腺癌改良根治术局部复发需要接受二次手术者。

清扫术,1例加做背阔肌瓣转移修复术)。

预防用药情况及SSI发生率

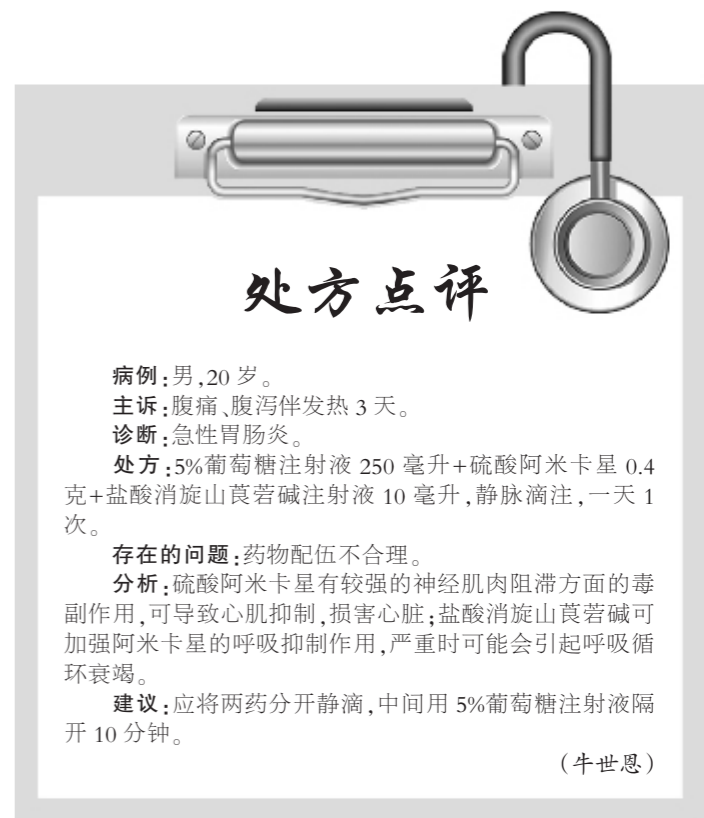
干预前组共有80例患者预防用药,77例抗菌药物单用,3例无理由更换抗菌药物品种,术前预防应用头孢唑林钠,术后两例换用头孢孟多,1例换用加替沙星。干预后组共有26例预防用药,全部为抗菌药物单用。

干预前组预防用药涉及5个品种,83个品种次,其构成比分别为:头孢唑林钠63.86%、阿奇霉素21.69%、头孢孟多3.61%、头孢他啶3.61%、加替沙星7.23%;干预后组预防用药涉及4个品种,构成比分别为:头孢唑林钠76.92%、克林霉素15.38%、阿奇霉素3.85%、头孢西丁钠3.85%。两组患者预防用药剂量及溶媒选择均合理。

临床药师干预有效可行

研究发现,围手术期合理应用抗菌药物对减少切口感染具有重要意义。目前,国外乳腺癌整形外科手术仍应用抗菌药物预防感染,认为乳腺导管内存在细菌,乳腺癌手术并非严格意义上的清洁无菌切口。调查国内文献I类切口抗菌药物应用率仍在50%以上,个别医院甚至高达99%,远远超过专项整治的要求。

河南省肿瘤医院自2006年



处方点评

病例:男,20岁。
主诉:腹痛、腹泻伴发热3天。
诊断:急性胃肠炎。
处方:5%葡萄糖注射液250毫升+硫酸阿米卡星0.4克+盐酸消旋山莨菪碱注射液10毫升,静脉滴注,一天1次。

存在的问题:药物配伍不合理。
分析:硫酸阿米卡星有较强的神经肌肉阻滞方面的毒副作用,可导致心肌抑制,损害心脏;盐酸消旋山莨菪碱可加强阿米卡星的呼吸抑制作用,严重时可能会引起呼吸循环衰竭。

建议:应将两药分开静滴,中间用5%葡萄糖注射液隔开10分钟。

(牛世恩)

科技前沿



1型糖尿病的有效疗法

腹腔内连续胰岛素输注(CIPII)联合植入泵是治疗1型糖尿病的一种选择。荷兰学者研究发现,CIPII治疗6年后,与皮下胰岛素治疗相比,血糖调节较稳定,低血糖事件的发生次数也减少,CIPII疗法的治疗满意度优于皮下胰岛素疗法,生命质量较稳定,并发症也较少。从长期来看,CIPII是1型糖尿病患者一种既安全又有效的治疗选择。该论文发表于《英国医学学会内分泌疾病》杂志。

该研究目的是在接受CIPII治疗的1型糖尿病患者中对血糖控制的长期过程、并发症、患者生命质量和治疗满意度进行描述。研究者对参加2006年一项对比CIPII与皮下注射疗法随机交叉试验的19例患者进行为期6年的随访研究(截至2012年);分别在3个时期对患者进行实验室检查,连续血糖监测、生命质量和治疗满意度衡量;在研究开始时、2006年皮下和CIPII治疗结束时和2012年接受CIPII治疗期间,使用线性混合模型对各估计值进行计算和检测不同时刻之间的差异。

结果如下:2012年花费在高血糖疾病上的时间多于2006年CIPII治疗结束后,37%与55%,平均差19.8%。2006年皮下治疗结束时的糖化血红蛋白为6.5%,而2006年CIPII治疗结束时和2012年糖化血红蛋白分别为5.8%和6.5%。2012年,每周发生生命质量和治疗满意度进行描述。研究者对参加2006年一项对比CIPII与皮下注射疗法随机交叉试验的19例患者进行为期6年的随访研究(截至2012年);分别

我国科学家揭示镇痛药为何会产生耐受性

在长期使用酒精、咖啡因、尼古丁以及阿片类镇痛药(如吗啡、芬太尼、羟考酮)等药物后,机体对这些药物产生耐受性,需要使用更高剂量的药物才能达到与长期使用前相类似的治疗效果。研究人员猜测药物耐受性的产生与机体的学习记忆能力密切相关,但是一直没有明确的实验数据。中国科学院广州生物医药与健康研究院郑辉博士的研究团队与国内外其他研究团队合作,通过研究关键转录因子NeuroD1对小鼠空间学习记忆能力以及阿片类药物耐受性的调控作用,揭示了阿片类药物耐受性产生的新机制。这一研究成果近日在线发表于学术期刊《生物精神病学》。

据郑辉介绍,科研人员在小鼠实验中发现,阿片类药物的长期使用(实验中为8天)会导致NeuroD1活性迅速降低。随着时间的推移,NeuroD1活性的降低会对耐药性的产生带来不同的影响——最初几天,会引起阿片类药物镇痛效果的减弱,导致药物耐受性迅速产生;但几周后,NeuroD1活性的降低会导致小鼠空间学习记忆能力下降,进而阻碍药物耐受性的产生。

郑辉表示,这一研究成果不仅揭示了学习记忆能力对药物耐受性产生的调控作用,而且提示我们:如果在使用阿片类药物的同时及时避免NeuroD1活性的降低,或许可以有效降低药物耐受性的产生。

(齐芳)

征稿启事

本版旨在“维护用药安全、降低药物不良反应的方法等(征稿对象为不良反应办公室工作人员)”。
处方点评:对典型处方进行点评,为临床提供指导。
百家言药:对药事的学术研究或经验分享等。
来稿要求:文字力求简洁、准确,来稿请注明姓名、职称、研究方向、联系方式等。

临床药师专栏:各级临床药师的工作感悟,在工作中遇到的困惑,对临床用药误区的分析和提醒等(征稿对象为各级医院临床药师)。
专家在线:针对临床用药方面的疑点、难题等进行解答(受访专家或者撰稿人需具有副高以上职称)。

用药提醒:用药不良反应、

用药提醒

房颤患者首先要抗凝治疗

日前,在《非瓣膜病心房颤动患者应用新型口服抗凝药物中国专家建议》新闻发布会上,中华医学会心血管病学分会前任主任委员胡大一教授指出,房颤最大的危险是卒中,因此,通过抗凝药物加以预防是最重要的治疗手段。

据介绍,房颤是老年人常见病,在75岁以上人群中患病率达20%左右。有的患者无症状,有的有心慌等不适,患者往往关注如何缓解症状、消除房

颤,而忽视了房颤可能引发的最严重问题——卒中。要预防卒中,药物华法林是金标准,由于其存在出血的风险,需要频繁监测出血指标,因此,我国房颤患者抗凝治疗率很低。胡大一表示,近年来出现的一系列新型口服抗凝药物经过临床验证,抗凝效果不亚于华法林,并且出血风险小,应该予以推广,以解除房颤患者罹患卒中的巨大隐患。

(张彤)

紧急降压不宜舌下含服硝苯地平

硝苯地平是一种重要的降压药物,多年来一直广泛应用于临床。由于短效硝苯地平作用持续时间短,需要每天多次用药,且可导致血压明显波动,近年来其临床应用有所减少,逐渐被硝苯地平控释或缓释剂型所取代。但是因价格低廉且起效快,该药在基层医疗卫生机构仍较多使用。很多医生常将舌下含服短效硝苯地平用于高血压急症、亚急症或一般高血压患者的紧急降压,这种用药方法可能会对患者产生严重的不利影响,应予避免。

硝苯地平属于二氢吡啶类钙拮抗剂,通过扩张血管、降低外周阻力而发挥降压作用。该药起效迅速,舌下含服后可在数分钟后发挥降压作用。其血药浓度达到峰值的时间是二三十分钟,作用可持续四五小时,主要的不良反应是面色潮红、头痛和心动过速。

基于舌下含服硝苯地平的作用特点以及高血压急症和亚急症的处理原则,可以看出舌下含服硝苯地平不应用于紧急降压治疗。这种用药方法可使血压在短时间内迅速且显著降低,但是其降压幅度与速度难以掌控,可能对患者产生不利影响甚至导致严重后果。关于舌下含服硝苯地平后发生不良

心脑血管事件的机制可能涉及多方面,分析其最主要的原因可能包括以下两方面:重度高血压患者在短时间内血压迅速而显著地降低,可导致重要生命器官的血液灌注明显下降,逐渐被硝苯地平控释或缓释剂型所取代。但是因价格低廉且起效快,该药在基层医疗卫生机构仍较多使用。很多医生常将舌下含服短效硝苯地平用于高血压急症、亚急症或一般高血压患者的紧急降压,这种用药方法可能会对患者产生严重的不利影响,应予避免。

鉴于舌下含服硝苯地平可能导致严重不良事件,1985年美国食品与药物管理局认为高血压患者不应舌下含服硝苯地平。美国高血压预防、检测、评估与治疗全国联合委员会第六次报告也明确指出舌下含服硝苯地平是“不可接受的”。《中国高血压防治指南(2009年基层版)》也指出,高血压急症患者慎用或不用舌下含服硝苯地平。在我国目前的临床实践中,舌下含服硝苯地平用于高血压急症或亚急症紧急降压的做法仍很普遍,对此应加强宣教,不宜提倡这种用药方法。

(郭艺芳 袁静)



虫类药治疗肾病经验

□孙伟 纪伟 安全龙

国医大师朱良春擅用虫类药治疗肾脏疾病,遣方用药独树一帜。今简要整理以续同道。

急性性肾炎
急性性肾炎多以浮肿、蛋白尿、纳呆、腰酸、神疲及肌酐、尿素氮升高为主要症状,朱良春用单方蜈蚣蛋疗效较好,蜈蚣1条,去头尾,焙干为末,纳入鸡蛋内搅匀,外用湿纸及黄泥土糊住,放火上煨熟,剥去外壳取鸡蛋吃。每天吃1枚,7天为1个疗程;病未愈,隔3天再进行下1个疗程。一般两三个疗程好转,少数4~6个疗程才稳定。

此法对消退浮肿、控制尿蛋白有较好疗效,肾功能亦有改善。但是如果服药后有腹胀不适者,乃过敏反应,应予停药。

慢性肾炎时肿时消,肾功能损害,尿蛋白持续不消,日久不愈者,用海马龟肾丸、海马、砂仁、茯苓、山茱萸、党参各30克,熟地黄90克,山药60克,薄荷叶15克。共研细末,蜜丸如绿豆大,每次服7克,每天两次。有较好疗效,能补益肝肾、温阳利水、固摄精微。患者一般服药两周后,尿蛋白即逐步控制,一两个月后,精神振奋,体重增加,肾功能正常;继后阴虚以六味地黄丸,阳虚用金匮肾气丸巩固之。

肾病综合征
在常规治疗前提下,加用活血散瘀、涤痰泄浊的轻锦胶囊;水蛭100克,生大黄50克。共研细末,装0号胶囊,每服5~8粒,每天两次。能显著提高疗效,改善患者的血液流变学紊乱及脂质代谢异常,消退水肿,阻止病情进一步发展,改善肾功能,颇有帮助。

夜尿频繁
肾阳虚衰,夜尿频繁者常见于老人,“虚人”。朱良春用熟地黄15克,桑螵蛸、金樱子各10克煎汁,送服海马1.5克(研末,分两次吞服),一般多在3~5剂见效。海马温肾助阳,滋补强壮;地黄、桑螵蛸、金樱子补肾收敛,缩尿固下,故收效较佳。

前列腺增生
多为湿热夹瘀,阻于下焦,致膀胱气化不利,小便不爽,余沥不尽,甚则癃闭(尿潴留),伴有结石者,常合并尿血。治当化湿清热,消瘀结。取蛭蜂散:水蛭4克,蟋蟀1对。共研细末,分两次吞服;用当归尾、赤芍药、桃仁、红花各10克,刘寄奴、王不留行各15克,败酱草30克,生地黄、汤内各15克,甘草6克。煎汤送服,每天1剂,连用7~14剂,多收佳效。

阳痿
肝肾虚而致阳痿,偏阳虚者当温肾壮阳,以振其痿;偏阴虚者,又宜补养肝肾,以

复其损。下列处方,可选用之。

蜘蛛花蜘蛛30只,炙蜂房、紫河车、淫羊藿、肉苁蓉各60克,熟地黄90克,黄狗肾2具。共研细末,蜜丸如绿豆大,每服6克,每天两次,宜于体虚较甚者。目前花蜘蛛难觅,可以蛤蚧1只代之。

温肾起痿汤 淫羊藿、熟地黄各15克,炙蟋蟀1对,锁阳、肉苁蓉各10克,紫河车6克,甘草4克。水煎,每天1剂,连服一两个月。

阳痿汤 蜈蚣3克,当归、白芍药各15克,甘草6克。水煎,每天1剂。或作散剂(蜈蚣30克,当归、白芍药各60克,甘草40克,共研细末,每服3克,每天两次)亦可,有温养肝肾、开瘀通络而治阳痿之功。

补肾丸 蛤蚧1对,熟地黄、菟丝子、金樱子、巴戟天、肉苁蓉各45克,紫河车30克。共研极细末,水泛为丸如绿豆大,每次服6克,每天两次。对肾阳不振、元元不固之阳痿,早泄有效。

蛤蚧散 蛤蚧、鹿茸各等份,研极细末,每晚服两克。以温壮肾阳治肾阳虚衰较甚,面色苍白,形瘦,怯冷倍于常人,舌质淡,脉沉细之阳虚患者。如有口干,舌红即应停药,勿使过之。

(作者分别供职于江苏省中医院、江苏省常熟市第一人民医院)

