

阿昔洛韦使用不当 可导致急性肾损伤

□张 建 伟

急性肾损伤(AKI),是由各种原因引起短时间内肾功能快速减退而导致的临床综合征,表现为肾小球滤过率下降。前不久,我院收治了一名带状疱疹患者。该患者出现发热症状,在门诊静脉点滴阿昔洛韦注射液、口服退热类感冒灵冲剂等药物治疗。用药4天后,患者出现小便量少、恶心、呕吐等症状。医务人员急查患者

肾功能,发现其血尿素氮、肌酐显著上升,尿检异常,考虑其为急性肾损伤(肾毒性药物导致肾小管急性坏死);立即采取血液透析、清除代谢废物、纠正水电解质紊乱等方法,同时配合补液、碱化尿液、保护肾小管、药物静脉点滴等综合措施。治疗10天后,该患者的小便量逐渐增多,进入多尿期后每天排出小便量

三四千毫升,肾功能逐渐恢复,随后停止血液透析,仅用药物维持治疗。目前该患者在康复当中。

急性肾小管坏死(ATN)为肾性AKI中最常见的类型,占AKI的75%~80%。ATN的临床表现差异大,取决于基础疾病、ATN严重程度、所处病程等,轻者仅出现血清肌酐升高,无任何临床表现

或仅呈现原发病症状,重者出现少尿、无尿,乃至多脏器功能衰竭。

抗病毒药物在临床上应用广泛的。那么,抗病毒药物又是怎样导致急性肾损伤的呢?在文献中,阿昔洛韦静滴时注意事项显示:每次静滴时间应大于1小时,宜缓慢滴注,成人每天最大量30毫克/千克体重;以免引起肾小管内

药物结晶沉积,引起肾损害。静滴后2小时,尿中药物浓度最高,此时应让患者补充足量的水,以防止药物在肾小管内沉积。因此,如果用量过大或静滴速度过快,用药后不注意大量饮水,均有引起肾功能损伤的风险;尤其中老年及儿童患者,更应该引起医务人员的重视。

(作者供职于河南省中医院)



给老人用药要盯住五条『斑马线』

□李增烈

人老了,出毛病的概率增加,这是自然规律。据统计,78%的老年人同时患有4种疾病,38%的人患六七种疾病,患8种以上疾病的达13%。

国内资料表明,老年人服5种药以上者占80.5%,其中服10种药物者达41%。用药越多,发生不良反应的概率越大。据统计,用1~5种药物,不良反应发生率为4%,用6~10种药物的不良反应发生率为10%,用11~15种药物的不良反应发生率为28%。

随着年龄增长,老年人的生理功能老化,特别是肝肾功能的变化,使药物分解、排泄变慢,解毒能力弱化,以致有较多药物存留体内,更容易出现不良反应。据统计,41~50岁患者发生药物不良反应的比例为11.8%,而80岁以上患者发生药物不良反应的比例达到24%。

为了老年人的用药安全,我们也可以模仿路口的人行横道,为他们画出几组“斑马线”。

第一条 “抓大搁小”线

虽然老年人患病种类多,但总有个大小、轻重和缓急之分。当然要先抓大、重、急的治,把小、轻、慢的治疗往后放,不要眉毛胡子一把抓。比如,患者长期有骨质增生腰痛,突然发生了急性胃肠炎,腹泻、呕吐不停,可以暂时停用治疗骨质增生的药,采取口服药或“打吊针”,先尽快控制急性胃肠炎的病情,因为老年人患胃肠炎,一旦发生脱水可是大事,有时会影响生命安全。等胃肠炎康复以后,再治腰痛不迟。

第二条 “少而精”线

不宜同时用太多种类的药。同时用药一般不要超过4种,避免使用作用相同或类似的药。药物种类越多,相互作用就越复杂,降低药效甚至发生毒性反应的概率越高。我曾见过一张静脉注射的处方,500毫升生理盐水中竟然加入了8种药物。据计算,8种药物有270多种组合关系,是好是坏,怎么梳理得清。

有些治疗需要合并用药,也应该精挑细选,如果能找到“一石二鸟”的药物,当然更好。比如治疗胃溃疡,常常要并用黏膜保护剂;如果选择硫糖铝,患者有腹泻症状的话,也能得到对症治疗,就不需要再加其他止泻药了。

第三条 “由小递增”线

药物都有一定推荐用量,推荐量并不等于每个人的有效剂量,这和患者生理状况及病情有关,老年人尤其如此。一些慢性病患者,可在医生指导下,从较小剂量开始,逐渐增加到有效剂量。有效剂量的判断,主要依据治疗效果,这种情况在高血压病、糖尿病、肝硬化腹水的用药中尤为明显。长期用药前如能检查肝肾功能更好。老年人的用药剂量一般为成年人的1/2~3/4。

第四条 “简单方便”线

老年人忘记服药或者服错药是常事,因此治疗方案要力求简单、明确。比如,每日晨起空腹服药一次,每晚睡前服药一次等,尽量不采用间歇服药,如两天一次、一周3次等。各种药要标记清楚、醒目,药瓶要容易开启。为了帮助记忆,晨起或睡前服的药,可放在床头柜上,餐前(后)药可放在餐桌上。亲属要经常帮助老人检查,核对药物现存量与消耗量是否相符,尤其是那些毒性较大的药物、快过期的药物等,以便及早发现问题。

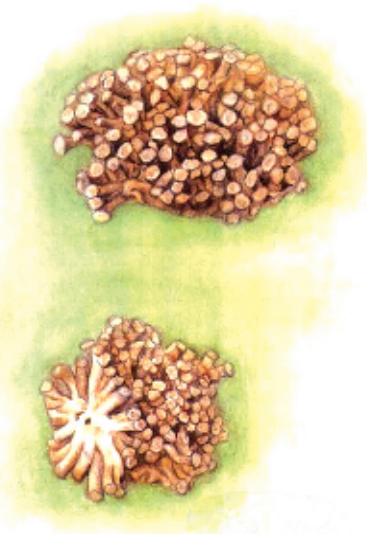
第五条 “避开敏感药”线

有些常用药对成年人反应轻或无,而老年人却十分敏感,用药时要多加小心。比如安眠药巴比妥,会使老人久睡不醒;抗过敏药扑尔敏可引起老人跌倒。

(作者供职于陕西省人民医院)

认识本草

浮海石



【性味功能】 味咸、性寒。清肺化痰、软坚散结。
【主治用法】 用于肺热、咳嗽痰稠、癰癤。内服煎汤,或入丸散。
【用量】 9~15克;外用适量。

蛇蜕



【性味功能】 味咸、甘,性平。祛风、定惊、解毒、退翳。
【主治用法】 用于小儿惊风、抽搐痉挛、角膜翳、喉痹、疗肿、皮肤瘙痒。内服煎汤或研末为散吞服;外用煎汤洗涤或研末调服。
【用量】 1.5~3克;研末吞服0.3~0.6克,外用适量。

黄羊角



【性味功能】 清热解毒,平肝息风。
【主治用法】 用于癫痫、中风、小儿惊风等。内服煎汤。
【用量】 5~15克。
(摘自《中国本草彩色图鉴》)

减少输液 走出输液误区

当前在许多卫生所里,静脉输液几乎成了患者治疗的常用手段。那些因价廉而受欢迎的次质输液器,使用后对人体健康的危害性非常大。笔者建议,基层医务人员尽量避免让患者输液,即使输液也要避免走入以下误区。

误区一:输液能提高吸收速度,病好得快

输液能提高吸收速度,病好得快,但有利有弊。那种认为输液“来得快”而盲目选择输液者,其“得”不一定就比“失”多。如静脉输液的无菌要求极高,无论是药物、溶液、药瓶,还是消毒皮管以及操作过程都要求无菌,基层医院难以保证,即使是无菌要求极高的大型医院,也有1%以上的输液者会发生输液反应;对有心、肺、肾等重要脏器功能不全的患者及老年人而言,不适当的输液会造成生命危险;静脉输液可伤害血管,引起血管纤维化。

误区二:输液效果好,无论大病小病都选择输液

一种药制成什么样的剂型(片剂、丸剂、针剂等),是由药物的理化性质、疗效、作用部位、毒副作用等因素决定的;患者使用什么剂型的药物,是由其具体疾病和病情所决定的。临床上需要输液的情况一般为:危重病抢救以及抗严重感染,或病情发展迅速,需要很高的组织药物浓度紧急治疗时;存在吞咽困难、严重呕吐、腹泻或胃肠道病变严重,有明显的吸收障碍或潜在的吸收障碍时;使用胃肠不易吸收的药物时,口服此类药物会明显降低生物利用度时。而对付感冒这类疾病,一般不需要静脉输液。对付普通的病毒性感冒发热,最好的办法是多休息、大量喝水、补充维生素C、口服抗感冒药物等。当然,如果高热不退,食欲极差,频繁呕吐,继发细菌感染(如肺炎)时,就应由医生决定是否输液。

误区三:定期输液可以预防心脑血管病的发作

在卫生所里,很多心脑血管病患者在冬春两季定期输液,输一些活血化淤、降低血液黏稠度、抗血小板聚集的药物。很多老年人认为输了液就能防止冠心病、脑血栓,事实上,输入的药物随着体内新陈代谢,药物的作用会很快消失,所谓每年两次输液可以防心脑血管栓是没有道理的。

当发生急性缺血性心脑血管事件时,患者应积极进行静脉输液,使用有关药物,其利远大于弊。预防的关键,是长期坚持口服降压、血脂、抗血栓等药物,既有效安全,又方便、经济实惠。

盲目输液的危害很大。输液所用的药液从配置到操作都是人为的,每个环节都有可能被污染,即便是无菌操作的过程中也难免会出现问题。滥输液、药物乱配伍,可导致药液酸碱值发生变化,使出现问题的比例随之增大。动辄输液,滥用抗生素和激素,引起的医源性疾病也屡见不鲜。

乡村医生一定要有较好的医德,治病救人,救死扶伤,要对每一个患者生命负责。(董四平)



眩晕:医生诊断不能“晕”

头晕和眩晕是两个完全不同的概念,很容易混淆。头晕是患者有头部昏沉闷胀、头重脚轻、不舒服的感觉;眩晕是患者感觉周围物体旋转或向一侧移动、倾倒、升降、摇晃等。眩晕的病因十分复杂,涉及神经内科、耳科、眼科、骨科等学科,牵涉的解剖部位比较广泛,临床上又无明显的病理变化和诊断依据,要想较快地诊断十分困难。



眩晕诊断误区多

误区一:颈椎病

不少患者眩晕,会到骨科就诊,其检查报告如果显示颈椎骨质增生或颈椎生理弧度消失或椎间盘膨出、突出等,医生就会认为是颈椎病导致的眩晕,这是目前普遍存在的一个误区。

国内和国际上的主流医学专家认为,颈椎病不是眩晕的主要病因。一般情况下,颈椎病不会引起眩晕。因此,有骨质增生的老年人如果发生眩晕,要认真分析其病因,不要漏诊和误诊。

误区二:椎基底动脉供血不足 眩晕患者到神经内科就诊,医生会让其做经颅多普勒检查。如果检查报告上赫然写着“椎基底动脉供血不足”,患者肯定会相信自己有椎基底动脉供血不足。不少医生也会认为患者是因为椎基底动脉供血不足导致的眩晕。

其实,经颅多普勒检查并不能诊断椎基底动脉供血不足。这是因为经颅多普勒检查只能检测血流速度而不能检测血管的管径,因而不能检测血流量,即血流速度减慢不能诊断为供血不足。之前,不少

医务人员往往根据检测到的血流速度减慢诊断为椎基底动脉供血不足,这是不准确的。目前,不少神经内科医生和经颅多普勒检查操作者正在积极纠正这些误区。而且国外已经取消了这个诊断。

误区三:梅尼埃氏病

眩晕患者如果到耳鼻喉科就诊,一般会被诊断为梅尼埃氏病。该病并不是仅有眩晕的症状,还有以下典型症状:发作性眩晕,波动性、渐进性、感音性听力减退,耳鸣。由此可知,仅有眩晕,没有耳鸣及听力减退不能诊断为梅尼埃氏病。

目前,在临床上,不少医生常把梅尼埃氏病当作“一个筐”,将没有认真鉴别或一时弄不清楚的眩晕病例“随意投进去”,误诊量委实不少。

误区四:腔隙性脑梗死

眩晕患者到医院后会做头颅CT检查,常会被诊断为腔隙性脑梗死。老年人如果有高血压病、糖尿病等疾病,做头颅CT或者磁共振时显示了几个由于小动脉病变造成的小的梗死灶或缺血灶并不奇怪,但这些腔隙性脑梗死如果不在脑干或小脑上,就与患者的眩晕

无关。

眩晕可能是患了“耳石症”

眩晕一般分为周围性眩晕和中枢性眩晕,其中周围性眩晕占85%,中枢性眩晕占15%。从临床实际看,“耳石症”(周围性眩晕中的良性阵发性位置性眩晕)占临床眩晕病例的1/3以上。

“耳石症”无法通过磁共振等检查出来,医生只能凭患者的症状及眩晕时眼睛转动方向来判断。一般来说,医生为患者做变位性眼震试验且结果呈阳性,就可以确诊患者为“耳石症”了。

患者“耳石症”发作时,可让患者立即闭眼,身体静止不动,眩晕症状会在1分钟内缓解。之后,患者最好尽快到医院耳鼻喉科进行手法复位治疗。专业手法可让“漂移”的耳石回到原来位置,一两次即可痊愈,一般不需要打针、吃药。

由于“耳石症”多为自限性疾病,数天至数月后渐愈,因此经常有人按其他疾病治疗10~15天也会好转或痊愈,不过这只是巧合而已。

(本报记者冯金灿整理)

诊

病口诀

疮疡诊诀

□赵光远

疖

疖发皮肤浅表生,有头无头是两种。皮色红热与疼痛,突出根浅局限肿。出脓即愈便舒畅,疖症较痈症轻。

它在外科疾病中,易治小疮第一名。(颜面三角部位例外,忌挤压治,以免形成颅内感染。)

痈

痈是急性化脓症,皮肤肌肉之间生。局部红肿与疼痛,此是本病的特征。痈即浅部脓疡病,易脓溃腐属阳症。

有头疽

有头疽发于肌肤,急性化脓性疾病。并于较厚肌间生,初直脓头粟粒成。焮热红肿兼胀痛,易向深部周围攻。溃破后状如蜂窝,范围较大乃痈形。三寸以上是平常,甚至大于尺愈盈。大多属于急阳症,速医早愈胸中盛。年龄多见中老年,部位项背多发生。

无头疽

无头疽发于骨络,肌肉深部脓疡成。初起无头屑浸肿,色白不红不热痛。痠多痛少是特征,少数乃见微热红。疼痛剧烈两句括,难消溃腐属阴症。

(文中的寸为同身寸)

(作者供职于新野县沙堰镇赵湖村诊所)

本版图片均为资料图片