

投入,但现阶段只表示要增加卫生投入,却没有具体的考核和投入标准。

6 医保制度的配套性有待进一步提升

我国的医疗保障制度虽然已经全面覆盖城乡居民,但基层医疗单位在落实医保政策过程中存在着种种困难。随着基层医疗单位门诊就医报销的启动,以及对基层医院门诊住院报销比例的倾斜,群众的就医需求得到了有效释放,基层医疗单位的业务量大幅提升,但现有的医保政策规定每家医疗单位均有固定的医保限额,当发生超出限额以外的医保费用时,医保管理部门就不再拨付医保经费或延期拨付,但现有限额往往与已经得到释放的就医需求存在较大的缺口,导致基层医疗单位不敢看病或看病后需要自行垫付巨额诊疗费用,对基层医疗单位的正常运行产生了一定影响。基本药物制度内的药品品种未与医保报销品种有效衔接,在原本基本药物目录药品品种有限的情况下,某些目录下药品还不在于门诊报销范围内,有的只能住院才能报销,导致患者的可选择余地进一步减少,进而导致患者与基层医疗单位产生矛盾。现阶段基层医疗单位为了满足广大居民的就医需求,在社区中配套建设了一定数量的社区卫生服务站,但服务站的医保联网工作却很难得到落实,有的服务站开诊几年医保联网工作仍未得到解决,社区居民反映“就医方便了,但是看病更难了”。

7 基层医务人员的积极性有待进一步调动

医疗卫生改革是一个系统工程,是长期、艰巨的制度变革,需要全社会的力量参与,其中医务人员作为医疗卫生改革的主体,其积极性的高低将对改革的成败起到至关重要的作用。现阶段医疗环境持续

恶化,医患纠纷呈上升趋势,扰乱医疗场所以及伤医乃至使医生致死事件时有发生;医生工作量大,休息时间难以保障,长期处在超负荷状态下;医生学历层次相对较高,工作压力大,晋升难度大,但收入却不与之成正比,医务工作者特别是基层工作人员收入较低,生活压力较大。经过几年的医改,基层医疗单位的工作人员没有感到有效的转变现有状况,医务人员的价值依然没有得到体现,同时在改革的推进过程中没有看到改变现状的希望,导致作为医改主体的医务人员参与医改的积极性不高,参与医改的锐气逐渐消钝。

党的十八大全面描绘了医疗卫生改革的宏伟蓝图,医改本身也进入了进一步推进的关键时期与深水区,作为影响广大人民群众切身利益的重要民生问题,无论遇到多大的困难与阻力,我们都需劈开荆棘寻找出路,特别是与群众联系最为密切的基层医疗服务,更需在改革中寻找一条更加适合自身发展的道路,让医疗卫生改革的成果惠及到广大人民群众,为实现中国梦提供最强大的民生保障。

参考文献

- [1] 胡锦涛.坚定不移沿着中国特色社会主义道路前进为全面建成小康社会而奋斗-在中国共产党第十八次全国代表大会上的报告[R].北京:人民出版社,2012.
- [2] 郝模.解决医、患、药、保四方问题,打破公立医院改革僵局,实现医改突破的政策建议[J].中国卫生资源,2012,15(4):287-292.
- [3] 李江华.对基层医改现状的思考与建议[J].卫生经济研究,2011(7):12.
- [4] 孙文芳.医改后镇卫生院医患矛盾表现、原因及对策[J].现代医院管理,2012,10(6):45-46.
- [5] 杨中旭.医改之后,看病更难?看病更贵?[Z].中国新闻周刊,2009,8(10):49-51.

审稿:周建峰 校对:马艳秀

【临床医学】

严重烧伤防治深静脉血栓的研究进展(综述)

张红兵

摘要:目的 探讨严重烧伤后的病生理、烧伤后微循环障碍以及烧伤后凝血-抗凝系统紊乱的变化。严重烧伤后血液的高凝状态、血管完整性的破坏,使烧伤患者成为深静脉血栓(DVT)的高危人群。方法 烧伤治疗的全过程都要预防和治疗 DVT 形成,早期扩容、抗凝药物应用、减少静脉反复穿刺抽血及反复深静脉置管、长期卧床患者主动及被动的局部锻炼等,减少和避免 DVT 的发生,早期诊断也是避免 DVT 脱落造成患者死亡的关键。结果 应用小剂量抗凝药物或者中药活血化瘀制剂可以有效防治 DVT,同时采取物理治疗、主动及被动锻炼、早期明确诊断等,能有效避免 DVT 及其引发的严重后果。结论 重视严重烧伤后 DVT,可以减少重症烧伤致命性 DVT 的发生,提高治愈率。

关键词:严重烧伤 防治 深静脉血栓(DVT)

作者单位:天津市第四医院烧伤科,天津 300222

静脉血栓栓塞包括深静脉血栓和肺栓塞,是住院创伤患者的第 3 位常见死亡原因^[1]。在烧伤临床工作中,因深静脉血栓(DVT)的发病率较低,且部分患者症状不典型,常常被医护工作者忽视。

1 深静脉血栓发病机制

严重烧伤后创面裸露,体液迅速大量丢失,致使血液浓缩,烧伤后热力和机械对皮肤的损伤,使血管壁内皮细胞损伤脱落、产生并释放出血管性血友病因子(vonWillebrand factor, vWF)、内皮素 1(ET-1)、血小板活化因子(PAF)、组织因子(TF)及炎症因子等多种物质,血小板以 vWF 为中介,粘附在胶原纤维上,形成微血栓;炎性细胞在组织间隙释放氧自由基、蛋白水解酶,激活内外源性凝血活性物质,形成大量微血栓;创面毒素吸收、缺氧、酸中毒及伤后炎症反应致机体长时间处于高凝状态^[2]。

浅度烧伤只有微动、静脉扩张,微血管内血流速度加快;深度烧伤微血管内血流淤滞甚至停止,形成微血栓^[3];烧伤后介导微血管收缩的血栓素 A₂(TX-A₂)、内皮素(endothelin, ET)及血管紧张素(Ang)与介导微血管扩张的组胺、缓激肽及前列腺素等的调节失衡,促使微循环血栓形成^[4]。

重度烧伤患者早期凝血-抗凝系统均遭到破坏,有研究分析^[5]中等以上烧伤面积的深度烧伤创面患者,入院时的纤维蛋白原浓度(Fib)明显高于对照组,血小板(PLT)计数明显升高,而 PAF^[6]具有强烈的促血小板聚集和释放作用,成为炎性细胞因子级联网络的中心放大器,增强了其他炎性细胞因子的作用,激活了血小板释放系统,使血液中血小板大量增加,容易形成血栓。双下肢严重烧伤,年龄偏大、肥胖或伴有糖尿病史患者是高危人群^[7]。多种因素综合在一起,导致 DVT 发生的概率增加。

2 预防 DVT

2.1 药物预防 严重烧伤患者早期综合性的复苏治疗,不仅可扩容、降低血黏度,也可抗血小板聚集,以改善组织的灌注和供氧。

2.1.1 小剂量低分子肝素 蒋南红^[8]给电烧伤小鼠腹腔内注射低分子肝素,于伤后 10d 内镜下观察到,治疗组炎性细胞浸润散在,管腔内少量淤血,对照组炎性细胞浸润量大,内皮细胞坏死脱落,血管内血栓形成。治疗组血管内皮生长因子(VEGF)和血小板内皮细胞黏附分子(CD31)的变化阳性表达明显高于对照组,呈逐渐增高的趋势;两组局部组织中微血管密度值进行比较,治疗组均较对照组高。证明低分子肝素可以增加局部受损组织 VEGF 及 CD31 的表达,促进受损血管的恢复及新生血管的形成。李峰^[9]对 9 例

20%~97%TBSA,为深度烧伤伴有中度或重度吸入性损伤的患者,给予低分子肝素注射液 5 000U 皮下注射,每 12h 或 6h 1 次,连用 3~4d,治疗后发现 Fib 水平较治疗前显著降低,PLT 较治疗前显著升高,未见出血等副作用。

2.1.2 中药注射制剂 吴祖煌等报道^[10],丹红注射液能抑制危重烧伤脓毒症患者血小板聚集,全血黏度、红细胞聚集和变形指数均有明显改善及降低 D-二聚体(D-D)水平,缓解血液的高凝状态,减少血栓(尤其是微血栓)形成。黄增峰研究发现^[11],参麦注射液能显著改善脓毒症患者 PT、TT、APTT 的延长,能使 Fbg 有不同程度的升高,PLT 有所增加;用参麦注射液第 3 天时 D-D 含量开始下降,至第 7 天时下降更明显,说明参麦注射液有助于改善脓毒症的凝血功能异常。刘伟^[12]观察血必净注射液 50ml 配伍生理盐水 100ml 静脉滴注 2 次/d:治疗第 5 天和第 7 天,血必净组 PLT 和 Fib 明显高于常规治疗组,APTT、PT 和 TT 较常规治疗组显著缩短,和正常值接近。

2.1.3 小剂量麻醉镇静药物 冯行云等^[13]及黄燕丽发现^[14],烧伤患者手术麻醉中应用丙泊酚或异丙酚后,血小板聚集率较明显的降低,丙泊酚及异丙酚可降低血小板活化程度,防止血小板黏附聚集,对血栓的形成起到预防作用。

低分子右旋糖酐、去蛋白小牛血清^[15]、前列地尔等^[16]可改善烧伤后血液流变状态,降低血液黏稠度,但对凝血系统并无作用;早期口服药包括潘生丁、小剂量阿司匹林等^[17],也可预防烧伤后的 DVT 形成。

2.2 非药物预防 DVT 非药物预防包括:尽量避免或减少深静脉反复穿刺、置管,主动的肌肉收缩与被动肢体活动,促进血液循环,分级加压弹力套与功能康复训练等也可有效预防深静脉血栓形成^[18]。

3 DVT 的诊断

患者有局部疼痛、肿胀的临床表现,查体:直腿伸踝试验(Homan 征)阳性,压迫腓肠肌试验(Neuhoef 征)阳性可诊断 DVT。下肢烧伤患者注意观察双下肢周径的变化,若发现肿胀程度异常及双侧不对称时,应高度怀疑下肢静脉血栓形成^[18];如果创面渗出增多、新移植的皮片色泽苍白、创缘肉芽组织色白等表现^[19],在病情允许的情况下行彩色多普勒超声检查、放射性核素扫描和静脉造影等确诊。及早发现、及早治疗,对于高危人群,可避免 DVT 及其引发的严重后果。

总之,重视严重烧伤后的 DVT 的防治,尤其是早期干预,可以减少严重不良事件发生,提高治愈率。

参考文献

- [1] 张军,胡大海,肖杰.烧伤病人需警惕静脉血栓栓塞[J].临床误诊误治,2008,20(6):94.
- [2] 马玉,袁克俭.烧伤后血栓前状态的研究进展[J].诊断学理论与实践,2010,9(5):526-528.
- [3] 张庆富.烧伤医学中的微循环问题[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2008,3(5):546-551.
- [4] 张庆富.烧伤后微血管功能变化及其体液调节[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2011,6(2):174-182.
- [5] 吕小英,孙光伟,王厚照.重度烧伤患者凝血指标及血小板计数变化的临床意义[J].临床军医杂志,2011,39(5):856-858.
- [6] 翁志勇,付晋凤.血小板活化因子在烧伤后的变化与作用[J].标记免疫分析与临床,2010,17(1):60-62.
- [7] 买莹,李允.严重烧伤患者合并下肢深静脉血栓形成 13 例临床分析[J].基层医学论坛,2013,17(4):485-486.
- [8] 蒋南红,谢卫国,王晖,等.低分子肝素对电烧伤大鼠组织血管内皮生长因子与血小板内皮细胞黏附分子表达的影响[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2012,7(3):255-259.
- [9] 李峰,柴家科,杨红明,等.低分子肝素对大面积深度烧伤患者高凝状态的改善作用[J].解放军医学杂志,2007,32(12):1220-1221.
- [10] 吴祖煌,宋斌,陈国养,等.丹红注射液对危重烧伤脓毒症患者血液流变学的影响及其临床意义[J].中国误诊杂志,2010,10(31):7561-7563.
- [11] 黄增峰,黄学仄,方春.参麦注射液对脓毒症患者凝血功能的影响[J].中国中医药科技,2011,18(4):357-358.
- [12] 刘伟,邹晓防,贾赤宇,等.血必净注射液对大面积烧伤患者炎性介质和凝血功能的影响[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2010,5(1):66-70.
- [13] 冯行云,袁志明,阮志慧.丙泊酚对烧伤患者血小板活化反应的影响[J].江苏医药,2010,36(2):172-173.
- [14] 黄燕丽,郦正阳.异丙酚对烧伤患者血小板活化反应的抑制[J].浙江创伤外科,2009,14(3):287.
- [15] 李峰,柴家科,雷树红,等.休克期后烧伤患者的血液流变学改变及爱维治的治疗作用[J].中国微循环杂志,2007,11(3):198.
- [16] 马玉,袁克俭,杨惠忠,等.前列地尔对严重烧伤患者血栓前状态的影响[J].上海交通大学学报(医学版),2011,31(7):975-979.
- [17] 张兴文.急性脑血管病并发下肢深静脉血栓形成 36 例[J].临床医学,2010,30(2):35-36.
- [18] 张俊峰.烧伤患者深部静脉血栓形成的分析[J].南昌大学学报(医学版),2010,50(10):97-98.
- [19] 叶春江,张元海,刘利平,等.86 例特重烧伤患者血小板计数变化和深静脉血栓的预防[J].中国现代医生,2012,50(23):20-22.

审稿:周建峰 校对:马艳秀

【临床医学】

乳房外 Paget 病发病机制探讨(综述)

高晖¹,陈敬¹,王剑歌²,徐家淳²,赵志恒²,张仁倩²

摘要 乳房外 Paget 病又名乳房外湿疹样癌(EMPD),是一种临床上罕见的皮肤特殊类型恶性肿瘤,肿瘤好发部位多为外生殖器,男性见于阴囊或阴茎,女性见于大、小阴唇和阴道,也有少数病例可发生于肛门周围、腹股沟、或腋窝处。关于该病的研究较少,因此无法明确地解释 EMPD 的发病机制。相关学说有皮肤附属器起源学说,异位细胞起源学说及肿瘤转移学说等,本文综述这些学说,以求探讨出 EMPD 发病机制的合理解释。

关键词 乳房外 Paget 病(EMPD);发病机制;Paget 细胞;起源;综述

乳房外 Paget 病(extramammary Paget's disease, EMPD)又名乳房外湿疹样癌,是一种临床上罕见的皮肤特殊类型恶性肿瘤,肿瘤好发部位多为外生殖器,男性见于阴囊或阴茎,女性见于大小阴唇和阴道,也有少数病例可发生于肛门周围、腹股沟、或腋窝处。该病临床表现为呈界限清楚的大小不一的红色斑片,中央潮红、有糜烂或渗出,边缘呈淡褐色,较窄,稍隆起,患者可有不同程度的瘙痒,少数有疼痛^[1]。

1889 年, Crocker 医生报道了阴囊和阴茎处乳房外 Paget 病样皮损,这是 EMPD 的首次记载^[2],在这之后,近百年来国内外仅有数百例相关报道,较为少

见,尽管有家族性病例报道^[3],但绝大多数病例皆非聚集性发作,导致关于该病的研究相对较少,因此至今无法明确地解释 EMPD 的发病机制,即无法说明 Paget 细胞的起源问题。虽然免疫组织化学研究可以证明 Paget 细胞的上皮或腺体本质,但是也无法非常明确的揭示它深奥的起源问题^[4]。本文综述乳房外 Paget 病三种主要的发病机制,以期探讨出其合理解释。

1 皮肤附属器起源学说

皮肤附属器由毛囊、皮脂腺、小汗腺、顶泌汗腺(大汗腺)、指甲等组成。原发或皮肤 EMPD,可能起源于皮肤附属器,这种类型不伴有肿瘤,初期局限于表皮内,逐渐发生侵袭,扩展到真皮及真皮内血管及淋巴管;晚期可进一步产生淋巴结或内脏等致命性

作者单位:1. 天津市公安医院皮肤科,天津 300042;

2. 天津中医药大学研究生院,天津 300193