

2002 3
(总第3期)

泰山医学

TAI SHAN YI XUE

泰安市中心医院主办



泰安市中心医院口腔科简介

我院口腔科始建于1951年，目前共有医护人员28人，副主任医师4人，主治医师10人，其中硕士研究生8人，技术力量在全省同级医院中居首位，是山东省医疗教学及科研中心。经过50年的发展，特别是近10年的发展，我院口腔科已发展成为一个多学科、多专业的现代化的综合科室。

口腔科目前设有口腔颌面外科、口腔内科、口腔正畸科、口腔修复科4个专业科室和口腔种植中心及口腔放射室，拥有进口牙椅25台、国际先进水平的全数字化曲面断层X光机、stryke微型来复锯、全套铸造、烤瓷系列、种植牙系列。牙铸造与烤瓷技术，牙颌畸形的固定矫治技术，牙周病、牙体病、粘膜病的诊治技术均达国内先进水平。在牙病治疗中，为了杜绝肝炎及艾滋病的交叉感染，配备了高压湿热快速消毒柜治疗中使用的器械、牙钻均经高压灭菌，每位患者专用一套，大部分用品均为一次性无菌用品。口腔颌面外科拥有20张病床，可实施各类高难度手术，包括新生儿唇腭裂整复术，各种颌面及颈部血管瘤的治疗，头皮冠状切口整复上颌骨复杂性骨折、颌骨微夹板口内切口内固定术、颞颌关节成形术、上颌骨下颌骨畸形整复术、颌面肿瘤的联合根治术及各种皮瓣移植术等，有20余项新技术填补泰安市空白，达国内先进水平。口腔颌面部肿瘤的治疗、颌面部畸形的整复是口腔科的技术强项，尤其是各种皮瓣的应用（如：胸大肌皮瓣、前臂皮瓣、足背皮瓣、带状肌皮瓣等），使颌面部恶性肿瘤的治愈率显著提高，病人的生存质量、生活质量也得到了显著提高。恶性肿瘤的5年治愈率达80%以上，在省内享有较高的声誉，受到省内同行及患者家属的高度评价。

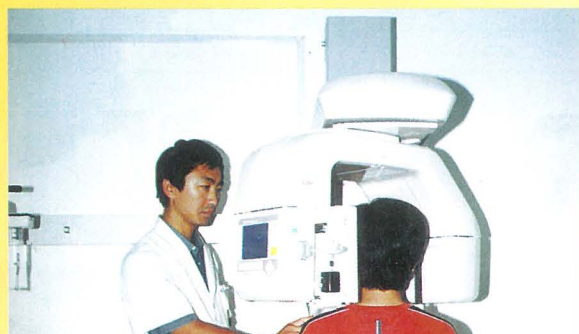
新世纪里，口腔科将大力加强与国内知名医疗机构及院校的横向与纵向联合，建设成为一个门类齐全，人才实力雄厚的口腔医学中心，并坚持“以质量为核心，以病人为中心”，为广大患者提供优质安全的服务。



▲ 院领导高度重视口腔科发展(图为院长、党委书记刘义成(左二)带领院班子成员在口腔科门诊查房，听取口腔科主任万光勇(左一)的工作汇报)



口腔科主任万光勇组织全科技术骨干研究制订新的发展规划



该科引进世界最先进的日本森田数字化全景X光机(图为口腔科副主任于晓鹏正在为病人拍摄数字化全景片)



国际上最先进的铸造设备



先进的空压机房及水净化设备



引进世界最先进的美国MARCH-III型烤瓷设备



宽敞明亮的口腔门诊



泰山醫學

TAISHANYIXUE

季 刊

第三期

(总第三期)

主 编 刘义成

副主编 刘尔才

张延泉(常务)

沈绍华

山东省泰安市中心医院

2002
第3期
(总第3期)
9月30日出版

季刊

主管单位:

泰安市卫生局

主办单位:

泰安市中心医院

编辑出版:

《泰山医学》编辑部

发 行:

《泰山医学》编辑部

地 址:

山东省泰安市龙潭路29号

邮政编码:

271000

电 话:

(0538)8224161

传 真:

(0538)8223227

E-mail:

zxyy@public.taптt.sd.cn

印 刷:

山东农业大学印刷厂

泰安市内部资料准印证第76号

·医院管理·

- 1 切实加强医院领导班子自身建设 刘义成
4 实施院务公开 强化民主管理 促进医院建设全面发展 王泰银
9 谈“病人选医生”的利弊 刘尔才
10 入世需要进一步完善医院会计制度 陈建萍等
12 档案信息管理在医疗工作中的作用 王晓祥

·临床论著·

- 13 病毒性脑炎 EEG 改变与临床 耿家贵等
15 脐血血浆对正常骨髓 CFU - GM 生长影响的研究 叶欣等
17 亚急性硬膜下积液的诊断与治疗 付鹏等
18 肾盂成形术治疗先天性肾积水 郝树铭等
20 放射性核素内照射防治 PTCA 术后再狭窄的现状和进展 韩建国等
23 VEGF 表达与微血管密度在口腔鳞癌中的意义 李晓光等
27 对 sysmexCA - 6000 测定凝血指标的评价及临床应用 李春伟等
30 比索洛尔对阵旧心肌梗塞合并心力衰竭的临床研究 颜东等
32 缬沙坦治疗轻 - 中度原发性高血压病 86 例临床观察 宋兆峰等

·综述讲座·

- 34 脑卒中分型分期治疗 焦念宝等
36 重视健康教育 预防晚期产后出血 侯继英等

·医学探讨·

- 37 综合医院传染病科现状与出路探讨 张玉臣
39 小切口复位单侧外固定架固定术治疗胫腓骨骨折疗效探讨 亓向同等
41 冷冻治疗小儿血管瘤疗效观察 杨晓红等

·经验交流·

- 42 经股静脉逆行栓塞治疗精索静脉曲张 郝树铭等
44 降脂汤治疗高脂血症 50 例 郑向荣
45 皮试按压内关穴止痛疗效观察 袁海兰等
46 太宁(复方角菜酸酯)栓剂治疗痔病 30 例临床观察 王丽峰等
47 《拼读板》的临床应用 连红洁
50 骤停地塞米松 50 小时心源性猝死一例 郭庆妍

CONTENTS

·祖国医学·

- 50 “植物人”的中西医治疗 唐勇等
53 自拟润燥止痒汤治疗全身性皮肤瘙痒病 48 例 李清等

·临床护理·

- 54 对肿瘤患者住院期间的心理干预 卢欣欣等
55 刎颈患者心理分析及护理干预 王秀莲等
56 严重复合伤并多脏器破裂的整体护理查房 徐翠荣等
59 老年手术患者术前术中心理护理 赵丽等
60 107 例老年癌症病人的心理特点及心理护理 唐杰等
61 同种异体肾移植围手术期的护理 王越等
63 冠造术并假性股动脉瘤一例护理体会 周俊华等
64 尿毒症合并冠心病患者血液透析的护理体会 王红等
65 子痫的急救与护理体会 徐秀芳等
66 DSA 经动脉导管介入化疗的护理 任晓梅等

·放射与检验·

- 67 血浆纤维蛋白原测定的方法学评价 李春伟等
69 放射性核素骨显像 耿向群等
72 尿镜检几种不同方法的探讨 徐森
73 彩超诊断 12 例输尿管囊肿分析 张锋等

·医药卫生·

- 74 新版《药品管理法》的重大改进 王汉森等
75 医院污水氯化消毒方法的探讨 王岩等
76 低分子量肝素的研究与应用 孙伟等

·医疗事故处理与防范·

- 78 重视医疗安全 防范医疗纠纷 王军等
80 医疗事故鉴定改由医学会主持 陈云

·医院文化·

- 82 浅谈医院文化在医院发展中的作用 步伟英
84 职工队伍思想政治教育之我见 李琴

·护生带教·

- 85 我院护理带教工作经验谈 杜鹏等

《泰山医学》 编辑委员会

名誉主任:肖力勇 杨乐妹

主任:刘义成

副主任:亓文波 刘焕星

郭岩 刘君

刘尔才 张延泉

委员:(以姓氏笔划为序)

刁玉平 于新艳

万光勇 王军

王鹏 王凤珍

王永福 亓久生

孔庆奎 叶欣

冯幼伦 成立军

吕凡新 刘勇

刘庆水 刘灿兰

孙洪勋 孙爱芹

杜君兰 杨敬昌

李芳 李大军

李秀梅 李胜德

李福康 吴云

吴新华 时继东

邱玉存 辛昌明

沈绍华 张启兰

张福森 陈廷武

郑琳 赵正华

赵永伟 赵庆平

侯刚 贾凤歧

徐永平 高荣运

郭辉 梁久金

焦念宝 臧长运

滕清良

主编:刘义成

副主编:刘尔才

张延泉(常务)

沈绍华

本期摄影:杜鹏

译文:杜波

TAISHAN MEDICINE

No.2 2002

MAIN CONTENTS

- Enhancing the Construction of the Leaders Team Practically in the Hospital Liu Yicheng(1)
- Making the General Affairs Public, Enhancing the Democracy Managements in order to Improve the Development of Hospital
..... Wang Taiyin(4)
- Advantages and Disadvantages of the Policy that Patients select Doctors Liu Ercai(9)
- Consummating the Accountant Institution Deeply in the Hospital after WTO Chen Jianping(10)
- The Effects of Management of the Archives and Information in the Medical Practice Wang Xiaoxiang(12)
- EEG and Clinic of the Virus Encephalitis Geng Jiagui(13)
- The Effect of Omphalo - plasm on CFU - GM in Normal Bone Marrow Ye Xin(15)
- The Diagnosis and Treatment of the Subacute Subdural Space Effusion Fu Peng(17)
- The Treatment of Conginital Hydronephrosis by the Nephrapyeloplast Hao Shuming(18)
- The Current and Progres of Radioonuclide Therapy in in Preventing the Restenosis post - PTCA Han Jianguo(20)
- The Significance of VRGF Expression and Microvessel Density in the Buccal Cavity Carcinoma Li Xiaoguang(23)
- Evaluation and Clinical Application of the Clotting Index Measured by sysmexCA - 6000 Method Li Churuwei(27)
- Clinical Research of the Effect of Bisolol on CHF with OMI Yan Dong(30)
- Investigating the Effect of Valsartan on the Mild to Moderate Primary Hypertension in 86 Cases Song Zhaofeng(32)
- Therapy of the Cerebral Apoplexy by Types and Staging Jiao Nianbao(34)
- Paying Attention to the Healthy Education , Preventing the Late Postpartum Hemorrhage Hou Jiying(36)
- The Currents and Futures of the Lemology Department in the General Hospital Zhang Yuchen(37)
- The Effect of Tibia - Fibula Fracture Fixed by the Small Cutting and Single Side Outer Fixation Easel
..... Qi Xiangtong(39)
- The Effect of Freezing Therapy on Hemangioma in Children Yang Xiaohong(41)
- Treatment of the Spermatic Cord varicosis by Transfemoral Vein Inversive Embolism Hao Shuming(42)
- The Effect of the Lowering Lipid Soup on Hyperlipidmia in 50 cases Zheng Xiangrong(44)
- The Effect of Pressing the Neiguan point to Relieve Pain Yuan Hailan(45)
- The Effect Taining Suppository on Hemorrhoid in 30 Cases Wang Lifeng(46)
- Clinical Application of Piduban Lian Hongjie(47)
- A Sudden Death Case due to the AWS of Dexason Guo Qingyan(50)
- The Traditional and Western Therapy on the Long term Unconscious Persons Tang Yong(50)
- The Effect of the Anti - itching Soup on Whole Skin Itching in 48 cases Li Qing(53)
- The Phychologic Intervention of the Inpatients with Tumor Lu Xinxin(54)
- The Phychologic Analysis and Intervention of the Suiside by Cutting Neck Wang Xiulian(55)
- The Nursing of the Patients with Severe Ruptures of Multiple Organs Xu Cuirong(56)
- The phychologic Nursing of Pre and Post Operation in Old Patients Zhao Li(59)
- The Phychologic Characteristic and Nursing of the Old patients with Tumor in 107 cases Tang Jie(60)
- The Nursing of the isotype Xenoma Transplant of Kidney in the Peri - opration Wang Yue(61)
- The Nursing care of False Aneurysm Post - angiography Zhou Junhua(63)
- The Nursing Care of Hemodialysis in Patients with Uremia and CAD Wang Hong(64)
- The First Aid and Nursing Care of Eclampsia Xu Xiufang(65)
- The Nursing Care of DSA Invasive Chemiotherapy Ren Xiaomei(66)
- Evaluating the Measuring Methods of Plasm Fibrinogen Li Churuwei(67)
- Radionuclide Visualization Bones Geng Xiangqun(69)
- Exploring of Several Methods in Urine Analysis by Microscope Xu Sen(72)
- Diagnosis of Cyst of Fallopian Tube by Color Doppler in 12 Cases Zhang Feng(73)
- The Great Improvement of New Medicine Managing Law Wang Hansen(74)
- Exploring the Chlorinated Sterilization Methods of Sewage in Hospital Wang Yan(75)
- Research and Application OF LWMH Sun Wei(76)
- Thinking highly of Medical Safety , Preventing the Medical Disputes wang Jun(78)
- Taking Charge of the Malpractice evaluation by the Medical Association Chen Yun(80)
- The Effect of the Medical Culture in the Hospital Development Bu Weiyi(82)
- My Opinions about the Politics Thinking Education of Staffs Li Qin(84)
- The Experiences of the Teaching Nurses in Our Hospital Du Peng(85)

·医院管理·

切实加强医院领导班子自身建设

刘义成

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

一个医院能不能发展,能不能在激烈的医疗市场竞争中立于不败之地,关键在领导,关键在班子。去年六月,我院组建了新的领导班子。九月,建立了“七部一办”新行政领导体制。今年三月,我院在市委、市政府的组织领导下,通过公开选拔,产生了2名业务副院长,2名院长助理,为班子增添了新生力量,增添了活力,从组织上健全完善了医院领导班子。在此基础上,如何尽快提高党政领导班子成员的政治素质、思想素质和领导能力素质,全面加强医院领导班子自身建设,成为一项亟待解决的课题。笔者认为,加强医院领导班子自身建设,必须在“六个坚持”上狠下功夫。

一、坚持不懈学习,提高理论素养

理论是行动的先导。在一定意义上说,一个班子、一名领导干部,理论水平有多高,领导水平就有多高。领导干部必须具有一定的理论素养,保持政治上的坚定和清醒,特别要具备一定的哲学素养,懂一点辩证法,学会辩证地分析国际、国内形势和医院建设的形势,辩证地看事,辩证地看人,辩证地看待自己。

要认真学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论和江总书记“三个代表”的重要思想,用发展着的马克思主义指导新的实践;要学习时事政治、党的路线方针政策、卫生改革等政策规定,做执行政策规定的模范;要学习现代科学管理知识,特别是现代医院管理科学知识,掌握领导科学、领导艺术;要学习人事管理、经济管理、成本控制管理、信息资讯管理、医疗业务管理等方面的管理知识,提

高管理医院的能力;要学习历史等社会科学知识,全面提高自身素质。

要运用多种形式提高学习效果。积极参加国家、省、市举办的各种学习班、培训班学习;认真落实中心组学习制度,每周三上午的中心组学习,领导班子成员要带头积极参加;要认真搞好个人自学,挤时间读书看报,养成良好的自学习惯;要向实践经验丰富的同志学习,形成互帮互学的良好氛围;要善于总结经验,在实践中总结提高。

要注重理论联系实际,在改造世界观、加强自身修养上狠下功夫。学习的目的全在于应用,不应用学得再多也无意义,学了用来“马列主义对人”更是不可取的。要通过学习,认真改造世界观,加强思想道德修养,在思想上、政治上、行动上自觉同以江泽民同志为核心的党中央保持高度一致。要把学到的知识用于医院管理实践,不断提高管理能力、组织领导能力和处理实际问题的能力。

二、坚持团结协调,增强班子凝聚力

团结是班子形成战斗力的重要保证,是班子建设的生命线。团结是凝聚力,是向心力,是战斗力。互相补台,好戏一台;互相拆台,都得垮台。团结又是本份、本事,是一个领导干部政治素质的重要表现。善于团结人的人,自身的某些缺陷可以在团结中得到弥补;不会团结人的人,有本事就会变得没本事,孤家寡人,和者盖寡,很难做到一呼百应,政令畅通。

要有大局意识、全局观念,把自身置于组织之

中、班子之中,做到大事讲原则,小事讲风格,做到原则问题不让步,枝节问题不纠缠。无论是主官还是副职,无论是副书记还是副院长,无论是业务院长还是行政后勤院长,无论是党委委员还是院长助理、部办主任,都是党政班子中的一员,都要有大局观念、全局意识。要加强部门之间工作协调,互相配合,密切协作,形成合力。

要无比珍惜在一起工作的情分,用感情的纽带把大家连接在一起。大家来自不同的地方,凑在一起工作、在一个班子里共事,本身就是一种缘分、一种情分,必须像爱护眼睛一样爱护在一起工作的情分。由于出身不同、经历不同、知识层面不同、个人性格不同,工作中有不同看法是正常的,争论也是正常的,多样化就是力量,但价值观要一致,工作中的争论不能伤及感情,特别不能互相记仇,互相拆台。要讲感情,讲友谊,讲谅解。

要有宽阔的胸怀。做到能忍、能让、能容、能忘,有时就需要来点“难得糊涂”,不要当“账房先生”,不记小账,不斤斤计较,不闹无原则纠纷。有时想不通的问题,可以来点“换位思考”、“倒思维”,站在对方的角度想一下问题,有的问题就可以想通了。既要善于团结与自己意见相同的人,又要善于团结与自己意见不同的人,要有“海纳百川”的气度。

要严于律己,宽以待人。多看别人的长处,多找自己的不足,绝不能“看自己一朵花,看别人豆腐渣”,“自己筐里没烂杏”,眼里没有佩服的人,这样是永远不会搞好团结的。

要加强彼此之间的沟通。有问题讲在当面,不背后搞小动作。多谈心,多交流,多沟通,政治上互相关心,工作上互相帮助,思想上互相交流,感情上互相沟通,心往一处想,劲往一处使,形成团结战斗的坚强集体。

三、坚持党的民主集中制原则,按程序抓好工作落实

民主集中制是我们党和国家的根本工作制度,也是各级、各单位民主决策、科学决策的重要保证。民主集中制的基本内涵是,民主基础上的集中,集中指导下的民主。要做到“下级服从上级,少数服从多数,个人服从组织,全党服从中

央”。

要坚持集体领导与个人分工负责相结合的制度。医院建设上的重大问题要经过集体研究决定,不搞个人说了算。党委集体研究决定问题,无论是书记还是委员都是一票的权利,当然书记一票的权利绝不是一票的责任,书记负有引导统一大家思想的责任。党委决定重大问题,要坚持“集体领导,民主集中,个别酝酿,会议决定”的议事和决策程序。会议议题由党办收集报书记确定,对确定的议题要提前向委员发“安民告示”。会议讨论问题提倡开诚布公,畅所欲言,讲心里话,不人云亦云,不违心表态。对党委形成的决定必须认真贯彻执行。会上有不同意见允许争论,但按照少数服从多数的原则一旦形成决定,任何人都必须维护党委决定的严肃性,不允许背后说三道四。会前是个人的,会后就变成了集体的,就要维护集体决定的严肃性。要严守会议纪律,保守会议秘密,特别对会议讨论问题发表的不同意见,一定不能泄露出去,以免造成不良影响,带来工作被动。对会议形成的决定,要按照分工狠抓工作落实,个人负责的事情必须敢于负责,勇于负责,不允许上推下泄。党委办公室要对党委决定的落实情况进行督办,及时向书记汇报有关情况。要认真开好一年一度的领导班子民主生活会,分析班子建设形势,汇报思想,交流感情,交换看法,积极开展批评与自我批评,消除误解,增进团结。

要不断完善院长负责制度。院长是医院的法人,是医院行政领导、行政决策的中心。按照现代医院管理的要求,职业化院长主要是抓好医院的发展规划、人事管理、成本经营管理和医疗业务信息资讯管理,具体医疗事务管理主要由业务副院长负责。院长办公会成员为医院行政领导班子成员,但院长办公会不同于党委会,不是按照少数服从多数的原则决定问题。而是由院长在广泛听取大家意见的基础上,对工作上的具体问题做出决策。当然,院长决策问题也不能独断专行,也要注意听取群众的意见。听取群众意见不是做群众的尾巴,不是让群众说了算,而是借助外脑,使决策更加科学正确,避免出现大的失误。要明确议事范围,该党委会研究的提交党委会研究,该办公会

决定的交由办公会决定。

正职要注意发挥副职的作用,要信任副职,做到疑人不用,用人不疑,支持副职大胆地工作。副职要找准位置,对正职负责,服从正职的领导,及时请示汇报问题,积极为正职出谋划策,积极完成正职交办的有关事宜,做到“到位不越位,揽事不揽权,献策不决策。”正副职之间、上下级之间、领导之间形成既各负其责、各就其位又互相尊重、互相支持、互相配合、健康有序、团结和谐的良好工作氛围。

四、坚持改革创新,开创工作新局面

创新是一个民族的灵魂,也是我们医院的灵魂。

要强化创新发展意识。医院建设要发展,没有创新精神是不行的,特别在体制转轨时期,一个单位能不能发展,关键看这个单位的领导有没有创新发展意识,有没有抓机遇的意识。在加入WTO卫生改革逐渐深入、医疗市场竞争日趋激烈的今天,医院党政领导班子全体成员必须具有强烈的创新意识、发展意识、竞争意识、机遇意识和人有我优的意识。

要理清创新发展思路。单位要发展,有一个好的发展思路是非常重要的。思路不清、方向不明、创新无所适从是不行的。理清发展思路,院长一把手负有关键责任,一把手的主要职责是“出主意,用干部”,出主意就是出发展思路。当前和今后一个时期,医院实施的组建泰山医院集团,增强竞争实力工程;以开展肝脏移植为龙头的技术发展工程;组建后勤服务公司,后勤改革工程;组建健康保健中心,发展健康产业工程;院区绿化、美化、硬化、亮化,改善就医环境工程;“把方便让给病人”服务工程;更换微机软件管理工程;落实“六个坚持”,加强党政领导班子建设工程等八大医院发展工程,代表了当前医院的总体发展思路,各位党政班子成员必须很好地理解这个发展思路,围绕这个发展思路做好各项工作。

要坚持苦干实干,狠抓工作落实。空谈误国,实干兴邦。思路再好不落实等于零。各党委成员、各分院领导、各部办主任,要按照各自分工

狠抓工作落实。要增强革命事业心和工作责任感,发扬争先创优精神,坚持工作高标准,创一流工作业绩,围绕医院总体工作思路做开创性的工作。要善于吃透两头(上级指示精神;各自工作实际),搞好结合,创造性地开展工作。要有奉献精神 and 吃苦耐劳精神,舒舒服服成不了大业。要树立时间是第一资源的观念,讲究效益,只争朝夕,铺下身子,扎实工作,克服困难,勇往直前,通过扎实有效的工作,把“在全省同级医院中创一流、争第一”的奋斗目标落到实处。

五、坚持求真务实,端正工作作风

要坚持实事求是的思想路线,一切从实际出发。按照江泽民同志提出的“八个坚持、八个反对”的要求,带头克服形式主义、官僚主义,说实话,办实事,求实效,不欺上瞒下,不弄虚作假,不好大喜功。汇报情况、上报数字、介绍经验,要有一说一,有二说二,坚决不编假数字,不造假材料,把“两转”大讨论提出的“既要轰轰烈烈,更要扎扎实实”的要求,切实落到实处。

要认真研究解决群众反映强烈的热点、难点问题,把为职工群众谋利益作为工作的出发点和归宿,深入调查研究,倾听群众呼声,关心群众疾苦,认真解决群众的实际困难,进一步密切党群干群关系。大力加强民主管理和民主监督,坚持院务公开,定期向大家通报情况,充分发挥工会、职代会的作用。对职工代表提案要做到件件有回音,条条有答复。从现在起,每一次职代会,工会都要作上次职代会职工代表提案办理情况专题报告,给职工代表一个合理满意的答复。

要进一步做好为基层业务科室服务的工作。进一步端正为基层业务科室服务的态度,真心实意为临床一线科室提供优质服务。在领导工作中,既要充分调动科主任的积极性,给基层业务科室交任务、压担子,又要积极主动地为基层业务科室解难题、办实事。要少应酬、多深入;少指责、多帮助;少要求、多服务。行政总查房、各专业查房都要以现场办公为主,以现场解决实际问题为主,进一步提高查房质量。

六、坚持廉洁自律,树立良好自身形象

要正确用权,秉公办事。不能正确用权,廉政方面必然要发生问题,必然要丧失群众威信。古人云:吏不畏吾严而畏吾廉,民不服吾能而服吾公。要正确用好手中的权力,秉公办事,廉洁奉公。要敢于坚持原则,处理问题要处以公心,千万不能凭人情办事,更不能量礼办事。切实做到一身正气,公道正派。

要廉洁自律,从自身严起。每个班子成员都要模范遵守中央和上级关于反腐倡廉的各项规定,要求别人做到的自己首先做到,要求别人不做的自己坚决不做。要自重、自省、自警、自励,防微杜渐,自觉抵制拜金主义、享乐主义和极端个人主

义的侵蚀,经受住权力、金钱、美色等各种考验。

要从严执纪,强化监督。作为班子成员绝大多数都兼任部办和系统领导,因此,不仅要管好自己,还要管好所属部办和系统人员,对职责范围内的党风廉政建设切实负起领导责任。要认真抓好党内监督和群众监督,坚持好党内正常的民主生活制度,大力开展批评与自我批评,自觉接受同志们的批评监督。要充分发挥医院招标采购领导小组和招标办的作用,用制度、用公开透明的物品招标采购方法加强监督,避免干部职工犯错误。另外,班子成员还要管好自己的亲属子女,全面起好表率作用。

实施院务公开 强化民主管理 促进医院建设全面发展

王泰银

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

我院是山东省泰安市最大的一所综合性三甲甲等医院,现有病床 1000 张,在职职工 1545 人。近几年来,在各级领导和社会各界及有关部门的关心支持下,认真学习贯彻党的十五届四中全会决定精神,坚定不移地贯彻党的全心全意依靠工人阶级的方针,坚持把发展放在首位,坚持“质量建院、科技兴院、法德结合、从严治院、深化改革、促进发展”的工作方针,大力加强民主政治建设,充分发挥工会、职代会的职能,不断强化民主管理与民主监督,积极实施院务公开,极大地调动了全院干部职工的积极性,有力地促进了医院两个文明建设的全面发展,取得了显著的成绩。医院连续十年被评为省级文明单位,去年荣获全国“明白看病百姓放心医院”、山东省“富民兴鲁”劳动奖状先进单位、山东省十佳职业道德建设先进单

位、山东省“行风民主评议”活动先进单位等荣誉称号。医院工会今年被评为全省全市卫生系统工会工作先进单位、山东省“模范职工之家”。

我院改革与发展的经验,得到了全国卫生界的充分肯定和高度称赞,先后有全国近五千家医疗卫生单位到我院考察学习,仅 2001 年,就有 200 余家 2500 余人来我院考察学习,中华医院管理学会把我院经验概括为“泰安模式”,向全国卫生界推荐,提出了“南学清远(市人民医院),北学泰安(市中心医院)”的号召。医院为全国医疗卫生事业的改革与发展做出了应有的贡献。下面就实施院务公开,加强民主管理方面汇报一下我们的主要做法和体会。

一、加强宣传教育,提高全院对实施院务公开重要意义的认识

随着社会主义市场经济体制的建立,医疗市场的竞争越来越激烈,医院发展面临的形势越来越严峻。院党委认为,在市场经济大潮中,从来就没有什么救世主,要想生存与发展,只有自己靠自己。只有努力探索一条适合当前市场经济新形势的促进医院发展的民主管理的新路子,才能充分调动广大职工的积极性,推动医院两个文明建设不断发展。而实施院务公开,让广大职工充分发挥主人翁的作用,积极参与医院管理,正是实现上述目标的重要举措。为此,我们广泛利用多种宣传教育形式,加强对实施院务公开作用和意义的宣传,并贯穿于实践的全过程,使全院干部职工在以下四个方面形成了共识,为全面实施院务公开奠定了坚实的思想基础。

第一,实施院务公开,是落实党的“依靠”方针,发挥广大职工的主人翁作用,调动职工积极性的有效形式。实行院务公开,把医院的大事和热点、难点问题向职工公开,有利于职工直接行使民主监督的权力,有利于职工直接参与医院的经营和管理,把院、科两级负责制真正落到实处,不断提高医院科学管理水平。第二,实施院务公开是深化医院改革的客观要求。医院发展的出路在改革,不改革,连退路也没有。改革要深化,就要求广大职工认清形势,理清思路,集思广益,共谋医院发展大计。只有这样,才能使医院在制定政策和改革方案上具有广泛的群众基础,减少和避免决策失误。第三,实施院务公开是促进医疗服务模式转变的重要措施。随着经济和社会的发展,要求医疗卫生单位要改变过去那种以医疗为中心的服务模式,转变为以病人为中心,即不仅要满足病人的生理需求,还要满足病人的心理与社会需求。要求广大医疗人员要彻底摒弃过去那种认为病人看病是有求于医生,而医生看病是对病人的“恩赐”的心态,真正把病人当亲人,全心全意地为病人提供优质高效的医疗服务。为此,院党委提出了“三转一干”的明确要求。即“临床围着病人转,后勤围着临床转,领导围着职工转,全院围着病人干”和“尊重病人,关爱生命,患者至上,服务

第一”的新的服务理念。实施院务公开,既把我们的服务理念、服务内容、服务项目、服务措施和服务规范让全院职工人人明白,个个自觉遵守,又通过各种形式向病人和社会公开,虚心听取病人和社会各界的意见和建议,建立健全各种激励和监督约束机制,促进医院以病人为中心的各项工作的顺利开展。第四,实施院务公开是促进医院党风廉政建设的有力保障。实施院务公开,使医院各级领导干部及时听取广大职工的意见,不断改进工作方法和工作作风,增强党性观念和自律意识,真正发挥模范带头作用,组织带领广大职工为实现在全省同级医院中争第一、创一流的奋斗目标而奋斗。

二、坚持从医院实际出发,以“三公开四监督”为主要内容,全面实施院务公开

卫生行业是社会的特殊服务行业。它的性质、特点、服务对象和服务内容都与其它行业或企业有着根本的区别,特别是医院,它肩负着救死扶伤、治病救人的神圣使命,它既是为人民群众提供医疗保健服务的法人单位,也是属于上层建筑领域范畴的精神文明建设的窗口单位。医院要实施院务公开必须以邓小平理论和江泽民总书记“三个代表”重要思想为指导,坚持实事求是的思想路线,从医院的实际情况出发,确定实施院务公开的内容、形式、原则和程序。为此,我们依据国家的有关法律法规,经院党委反复研究,制定了《关于加强医院职工民主管理的实施意见》、《关于进一步加强医院民主管理,实施院务公开的意见》等文件规定,使院务公开工作逐步全面展开。

在院务公开的内容方面,我们根据医院的情况和服务特点,提出了以“三公开四监督”为主的院务公开新模式,即向本院职工公开,向病人公开,向社会公开;自觉接受本院广大职工、门诊和住院病人、社会各界和新闻舆论的监督,并不断丰富和完善,从而使我院的院务公开工作逐步走上科学化、规范化和制度化的轨道。具体包括以下六个方面的内容:

一是医院改革发展的重大问题。如:医院的长期规划、年度计划、月工作安排和工作目标、任

务落实及责任分工;医院的重大决策、改革方案、重要项目安排;医院实行内部股份制的章程、红利分配方案等。二是医院管理方面的重要问题。如:医院年度财务收支预决算;医院招待费开支情况;医疗、科研、教学管理;医疗设备和药品及后勤物资采购供应;医院评先树优奖励办法及医院主要规章制度等。三是涉及职工群众切身利益的问题。如:职工医疗、养老等社会保险金的缴纳及使用情况;职工宿舍水费、电费的消耗情况;工资福利和奖金分配方案;分房售房方案;专业技术职务评聘、评先树优条件;职工劳动保护措施等。四是医院党风廉政建设方面。如:每年由职代会对全院中层以上领导干部进行民主测评,并将测评结果及时反馈给本人;在人事任免工作中应当公开的事项及时以文件形式发至各科室等。以上四个方面主要是向本院职工公开的内容。五是医院的基本情况、服务功能、服务措施和规范向社会公开;医院的重大基建项目、药品和设备物资采购渠道面向社会公开招标。六是医院的服务内容、收费价格、重大治疗方案及医护人员与病人双方的权利和义务向病人公开。

在院务公开的形式上,我们依据公开的内容及目的要求,将其分为对内和对外两部分,分别采取与之相适应的多种形式。对内,我们以引导广大职工自觉地参政议政,营造民主气氛,强化民主监督,调动积极性为目的,以职工代表大会为基本形式和有效载体,把上述医院的重大事项和有关内容向职工公开,广泛听取广大职工代表的意见和建议,同时根据医院实际工作需要,不断拓宽公开的形式,如定期召开院周会、全院职工大会、民主党派座谈会、离退休人员大会、通报医院党政决策;设立院务公开栏,及时公开有关事项,如医院的重大决策、月工作计划安排、职工分房按分数排列的顺序、职称评审情况、科研成果鉴定等均张榜公布,需要设立异议期的同时加以明确,要求在异议期间有什么意见向有关部门反映,这一点深受广大职工欢迎。如在2001年医院分房中,我们根据医院制定的新搬入院内住房条件,公布了住房分配人员名单,接受职工监督,最后根据职工反映的属实情况,取消了九名搬入院内居住的人员,大

家反映本次分房公道合理,有真事。自2000年以来,我们已发布院务公开内容227期,深受广大职工称赞。

对外,我们通过报纸、电台、电视台等新闻媒体介绍医院的服务项目、特色专科、各项便民服务措施;派医护人员上街服务,开展义务健康咨询;聘请院外监督员,定期召开会议,通报有关情况;借鉴宾馆《住宿指南》做法,为每个病房设立了《住院服务指南》;定期召开病陪人座谈会,虚心听取病人意见;与住院病人签订医患道德双向承诺书;设立住院病人收费情况自动查询系统;常用药品价格明码标价;医院成立了招标办公室,重要基建项目严格按照国家建筑管理的规定办理各种手续,图纸设计、施工队伍的确定按规范化实施招标;医院药品通过公开招标,确定供货渠道,有效地避免了药品购销领域的不正之风发生;设备、后勤物资、医用材料,也都通过招标采购;全体员工佩戴胸牌上岗;编印《泰山医院》报等等,使公开的形式既多种多样,又卓有成效。

为了确保院务公开的顺利实施,规范运作,我们不断加强对实施院务公开的组织领导,成立了以法人代表为组长,工会主席、纪委书记为副组长的院务公开领导小组,并吸收两名普通职工代表参加,确定了院务公开的原则、时间要求和公开程序,要求凡是公开的内容都要以党的方针、政策和国家的法律法规为依据,既要合理,又要合法。要充分体现民主集中制的原则,广泛听取职工和社会各界的意见,通过法定的程序做出符合实际的决策。对院务公开的实施情况,由院纪委和工会组成的检查小组采取定期不定期相结合的办法进行监督和检查,每季度分析一次院务公开实施情况,平时发现问题,及时研究解决,从而推动了院务公开的深入开展。

三、抓住实质,不断加强职工民主管理,促进医院建设持续、健康的全面发展

从我院实施院务公开,加强民主管理的实践看来,医院职工代表大会是医院实行民主管理的基本形式,也是院务公开的基本的有效的载体,而实施院务公开是加强医院民主管理的重要措施和途经,也是职代会内容的补充和完善,只有坚持职

代会制度,才能保证院务公开的有效实施,二者相互联系,相互促进。为此,近年来我们认真贯彻全国总工会、卫生部制定的《关于加强医疗卫生单位职工民主管理工作的若干意见》和省卫生厅制定的《关于加强职工民主管理工作的实施意见》,紧密结合医院的实际情况,制定贯彻落实的具体措施。首先,坚持职工代表大会制度,充分发挥职代会的作用。我院每年召开两次职代会,半年、年终各一次,特殊情况随时召开。会议期间,充分行使和履行职代会的各项职权,使每次职代会都开得像地方人代会一样严肃认真。代表们认真听取和审议各项工作报告及专项院务公开的议案,人人畅所欲言,献计献策,共谋医院发展大计;对医院中层以上领导干部进行实事求是的民主测评,并把测评结果作为干部聘任的依据之一,对测评不称职者予以解聘,真正发挥了职工民主管理与监督的作用。同时,我们根据医院发展的实际情况,积极探索加强民主管理,实行院务公开的的新路子,不断发展和完善职工民主管理新形式,亦形成制度,坚持下去,从而使我院的职工民主管理工作不断得到加强。我们又确定了七项制度:

一是职代会议案和职代会决议督办落实制度。我院有一套严格的会议决议督办落实制度,规定凡党委会形成的决议,由党办负责督办;凡院长办公会议形成的决议,由院办督办;凡职代会通过的决议,由工会负责督办。我们认为所有提交职工代表大会审议通过后的各项工作,就变成全院职工的共同意见和愿望,只有把每件决议事项落到实处,把职工代表的每条议案逐一进行认真的分析研究,才是对广大职工民主权利的充分尊重,才能真正把民主管理落到实处。工会作为职代会闭会期间的执行机构,全面负责职工代表大会各项决议贯彻落实的督办,这是工会的重要职责。为了把这项工作做好,我们坚持职工代表大会后由工会负责归纳整理职工代表提案内容,先交有关部门研究提出落实意见,然后召开院长办公会,全面进行分析研究,凡能解决的问题立即责成有关部门负责落实,暂时不能解决的向职工代表解释清楚。如在今年召开的职代会有关提案、意见、建议答复反馈会上,各有关院领导、部办主

任分别上台向职工代表答复有关问题,明确办理责任人和完成时限。同时把职代会通过的年度任务计划,进行具体分解,把任务落实到科室,并明确责任人和完成任务时限要求,半年职代会上对那些没有达到时间过半,完成任务过半的科室,科主任必须向职代会写出书面报告,年终完不成任务者,要在职代会上有个交待,从而使全院各科室负责同志人人肩上有压力,人人尽职尽责,想方设法努力完成各自的工作任务。

二是建立了职工代表视察科室制度,坚持每季度组织职工代表视察临床医技科室一次,不仅增强了职工代表的责任心和荣誉感,而且有力地促进了各科室工作计划的顺利完成。

三是工会主席列席(或参加)党委会制度。为确保民主管理、民主监督的有效实施,使重大问题的决策有更广泛的群众基础,请工会主席列席党委会。从1993年起,历届工会主席均为党委成员,直接参加党委会,要求工会主席在重大问题决策前,要从维护职工合法权益方面提出意见与建议。

四是建立党政工联系会议制度,共同研究决策医院的重大问题,并坚持医院重大决策之前,先由工会组织召开职工座谈会,广泛征求广大职工的意见,集思广益,参与决策。

五是建立职工奖金发放情况调查反馈制度。要求科室在每次发放奖金后,将发放具体情况,按工会下发的表格要求,逐一登记,并请每位职工签名后在规定的时间内上报工会。这项制度,维护了职工的切身利益,增强了奖金发放的透明度,受到广大职工的称赞。

六是建立院长信箱制度。广大职工反映的意见和建议可以书信的形式投入院长信箱,院长每天亲自开启信箱,做到了每封信必有答复,能解决的立即办理。

七是建立科室民主管理小组制度。每个科室都成立了以工会小组长为主的3-5人科室民主管理小组,参与科室重大问题的管理与决策,制定了发挥民主管理小组作用的实施意见,从而使全院上下形成了不同层次的民主管理网络。

随着上述各项民主管理制度的建立和完善和

院务公开的深入开展,全院出现了崭新的局面,形成了政令畅通、同心同德、团结协作、求实拼搏的良好院风,密切了党群干群关系,出现了广大职工积极支持院党政领导工作,党政领导又非常关心广大职工生活的良好政治局面,同时,医患关系明显改善,医疗纠纷逐年减少,医院的服务态度、服务质量年年上一个新的台阶,社会信誉不断提高。如:我院肿瘤内科首创了对病人的“六个一”、“三为一体”、“三明一还”的优质服务措施。“六个一”是指给病人“一杯热茶,一声关切的问候,一张祝福卡,一束鲜花,一块手帕,一张服务联系卡”;“三为一体”是指“基础服务,期望服务,超值服务”;“三明一还”是指“明明白白的诊断和治疗,明明白白的花钱,明明白白选择医生和护士,还病人一个知情权”。收到了良好的效果,取得了突出成绩,病房的出院病人满意度连续三年达 100%,推动了全院优质服务活动的开展,成为全省卫生系统优质服务典型,被评为山东省“青年文明号”,科主任叶欣被评为泰安市“十大杰出青年”;2001年6-9月,“全国医院精神文明建设”、“全省行风评议”、“全省医院精神文明建设”三个现场会在我院肿瘤内科召开,为全国医院两个文明建设的改革与发展做出了贡献。目前,我院广大干部职工的工作热情空前高涨,人人关心医院,人人爱护医院,想主人事、干主人活、尽主人责,已成为全院职工的共识,并逐渐变为广大职工的自觉行动,从而有力地促进了我院两个文明建设的同步快速发展,经过几年的艰苦努力,取得了前所未有的成绩,使医院发生了翻天覆地的变化。近十年来,医院新建楼房 20 栋,自筹资金六千多万元购置了核磁共振、高速螺旋 CT、直线加速器、X 刀、数字减影血管造影 X 光机等大型先进医疗设备,医院的固定资产由 1991 年的 1280 万元,至 2001 年增长到 2.7 亿元;医院坚持科技兴院的方针,大力实施人才战略,一大批中青年专家脱颖而出,人才优势基本形成;医疗技术水平不断提高,新技术、新项目的引进与开展每年都在 100 多项,如:近年来,

我院先后开展了肾脏移植、骨髓移植、二狭球囊扩张、射频消融术、冠状动脉 PTCA 及支架放置术、冠状动脉搭桥术、试管婴儿等高新技术。随着医院建设的快速发展,广大职工的工作和生活条件也不断得到改善,职工宿舍区家家户户安装了中央空调、闭路电视、宽带网,实现了 24 小时热水供应,广大职工的精神面貌焕然一新。“不管宏观政策宽与松,抓住发展不放松”已成为全院职工的共识;“大发展,小困难;小发展,大困难;不发展,最困难”已成为大家最深刻的体验;“尊重病人、关爱生命、患者至上,服务第一”,已成为全院干部职工的新的服务理念,一切为了病人,为了病人的一切已成为大家的自觉行为,医院发展进入新的良性循环的轨道。医院的迅猛发展,得到了各级领导的充分肯定,医院实行的各项改革方案,特别是医院实施的科学化管理和新的服务理念得到了全国许多医疗单位同仁的称道,我们编印的上、中、下三册《在改革中崛起》和《医院制度汇编》,被全国 5000 多家卫生单位引以借鉴,同时,医院的院务公开与民主管理经验和做法,得到了山东省和泰安市有关领导部门的充分肯定,山东省医务工会和泰安市总工会专门在我院召开了全省卫生系统和全市院(校)务公开现场会,介绍了我院实施院务公开,强化民主管理的经验,得到了与会代表的高度称赞。

实践使我们深深体会到,在社会主义市场经济的新形势下,特别是随着我国加入 WTO,医院发展面临着严峻的挑战,我们只有坚持以邓小平理论和江泽民总书记“三个代表”重要思想为指导,不断加强民主管理与监督,全面实施院务公开,才能调动方方面面的积极性,推动医院建设不断前进。我们在实施院务公开,加强民主管理方面,做了一些有益的探索,但离上级的要求还有较大的差距,我们要学习先进单位的经验,把这方面的工作开展得更加扎实有效,促进医院改革与发展取得新的更大的成绩。

谈“病人选医生”的利弊

刘尔才

(泰安市中心医院科技信息部,山东泰安 271000)

【摘要】“病人选医生”这项活动自推出以来,在全国引起很大反响,各地纷纷开展和仿效,在得到了许多正面的新闻效应的同时,问题也接踵而至。笔者谨就这项活动的所见,发表一点个人的浅见。

“病人选医生”这项活动自从在天津三院推出以来,各地大小医院纷纷仿效,卫生行政部门也作为好的经验向下大力推广。一时间,“病人选医生”不仅成了时髦话题,也似乎在无形中成为医院是否开展优质服务的唯一标准,更有甚者,一些医院又进一步作了“创新”和演绎,诸如“病人选护士”之类的“经验”纷至沓来,医院俨然进入了一个“口号的世界”。

应当承认,“病人选医生”在一定程度上有其积极和进步的意义,譬如:增强了对医生的约束力,便于接受病人及社会公众的监督;增强了医生的责任感和荣誉感;提高了专家层面的积极性;同时病人满意率也“略有增加”等等。

如同阳光和它的影子一样,任何政策的出台都不可避免的有其正面效应和负面影响,“病人选医生”自然也不例外。下面对其所带来的负面影响和问题试剖析一二:

首先,从法律层面上看,这个提法与当前公认的调整医疗行为的民事法律相悖:民法的核心是“平等、自愿、等价有偿”,倘若“病人选医生”是病人的权利,那么医生是否也有权利选病人?这显然是不可能的。因此,出于对长远、广义的人民健康和医学发展需求计,类似的承诺以不做为宜;

其次,从政策层面上看,李岚清副总理为卫生行业开的“三张处方”之一即为“医院内部机构改革、减员增效”,根据区域卫生规划原则,使有限的卫生资源得到更合理的配置,在同一领域和专业提供多个医生供病人来“选”,显然不尽合适;

再次,“病人选医生”是否应与分配机制即利益因素挂钩又形成了“利益悖论”:倘若不与医生利益挂钩,则其积极性能否调动?活动开展能否长久?倘若与医生利益挂钩,是否会为“不正当竞争”提供机会?“不靠觉悟靠制度”是现代管理理念之一,一个粗糙、不完善的制度会带来极大的负

面效应是显而易见的,不能不引起关注与忧虑;

第四,即使真达到倡导者所设想的“理想状态”,其最终结果也难以尽如人意,因为彼此存在“信息不对称”问题,病人仅仅从医院的介绍材料上是难以找到每个医生的实质性特点的,何况由于基层病人需求层次的局限性以及医院的各种现实情况也很容易使“病人选医生”流于形式;特别是由此带来的“举一反三”和“演绎”,(如“病人选护士”,结果变成了“选美”),使本意的真诚服务变了味;

第五,从长远角度来看,“病人选医生”可能还有“不利于医院专业学科建设”、“不利与继续教育特别是年轻人的成长”、“不利于教学及科研工作的开展”等诸多问题。

笔者以为,“病人选医生”对于选择长期服务的家庭医生也许会有其积极的一面,对于医保的报销范围而言,也应该说是有益的,就是说,对于非技术问题而言,它可能是利大于弊,而对于技术性问题,则“选”起来问题多多。事实上,最了解医生的莫过于同事,其了解程度与患者不可同日而语,如能建立良好和有效的会诊与转诊机制,又何必醉心于什么“病人选医生”呢?

退一步讲,即使允许病人去“选”,也有一个“有限选择权”的问题。譬如:顾客吃饭可以任意选择饭店,也可以在一定的和合理的范围内选择档次与种类如中、西餐等,但你没权力也不可能去选厨师!同样地,病人可以选择医院,也可以在一定的和合理的范围内选择科室和不同档次的病房,但选择医生就未免有些不合时宜了。

综上所述,笔者以为,凡涉及影响面大、利益层面广,结果具有明显不确定性的政策的推出与实行,切忌搞“一哄而上”,一定要慎之又慎,进行科学严密的论证,以保证政策的连续稳定和事业的可持续发展。

入世需要进一步完善医院会计制度

陈建萍 刘春玲 李秋国 王伟

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

建国以来,我国的会计体系一直划分为两大类:企业会计体系、预算会计体系。预算会计体系包括财政总预算会计和行政事业单位预算会计两个分支。九十年代初期,企业经济改革推动了企业会计改革,1993年国家公布了《企业财务通则》和《企业会计准则》,为预算会计改革提供了依据。1996年、1997年规范事业单位财务管理和会计核算的法规性文件《事业单位财务规则》、《事业单位会计准则》相继出台,在我国第一次把事业单位会计与行政单位会计区分开来,这是会计制度改革的一大突破。同时,也为医院会计制度改革指明了方向。藉此,国家财政部、卫生部联合制定的《医院财务制度》与《医院会计制度》于1999年1月1日施行。新的医院财会制度施行以来,在正确反映医院经济活动,加强医院的经济管理中发挥了重要作用。但是,随着加入WTO,需要更为完善的医院会计制度。

1 我国医院会计改革的回顾

医院会计是医院经济管理活动的重要组成部分,它通过记录、核算、反映和监督医院经济活动,达到促进医院业务工作开展,控制服务成本,合理分配医院收支结余的目的。医院会计的水平直接关系到经济运行,并对医院业务工作产生着至关重要的影响。因此,医院会计必须根据医院管理模式与核算模式的变化而变化。当医院经济活动出现质的变化时,医院会计就必须进行改革。我国医院会计改革大概可分为三个阶段。

1.1 医院会计体系的萌芽阶段,新中国成立后至1988年前。在这一阶段初期,受管理体制的

影响,医院是政府的附属机构,医院先后实行统收统支、按收支差额进行补助,医院会计是政府会计的组成部分,没有独立的职能。七十年代,由于国家对医院经济运行进行了重要改革,医院从政府部门相对独立出来,政府对医院采取定项补助,医院在政府补助下实行独立核算,医院会计逐步成为相对独立的会计体系。在这一时期,医院会计实行收付实现制,采用收付记帐法进行核算,形成了典型的计划经济体制下的医院会计。

1.2 现代医院会计体制的形成阶段,自1998年至1998年底新的医院会计制度实施前。1998年颁布的《医院会计制度》、《医院财务制度》,建立了事业发展基金、奖励基金和福利基金,对医疗、药品、制剂三项内容进行分别核算,改变了会计核算原则,改收付实现制为权责发生制,变收付记帐法为借贷记帐法,为建立社会主义市场经济体制下的医院会计体制奠定了基础。此次改革对加强医院经济管理,规范医院会计行为,提高医院会计信息质量,促进医院经济发展有着重要的意义。

1.3 现代医院会计体制的发展阶段。进入九十年代,我国经济体制发生了重大变化,社会主义市场经济体制逐步确立,国家对事业机构实行了分类管理,对一部分可以通过市场和自身发展解决经济来源的事业单位,采取逐步减少补助的政策。这样,医院的经济来源则主要是通过提供医疗服务来进行补偿了。因此,医院必须适应新形势,加强经济管理,实行成本核算,有效提高人力、物力、财力等资源,提高效率,降低成本,逐步增强生存与发展能力,医院会计第三次改革成为必然,也正是通过此次改革,进一步完善了医院会

计体制。

2 新医院会计制度的基本特征

2.1 根据《事业单位会计准则》的要求,参照企业会计的有关内容,第一次把医院会计要素确定为资产、负债、净资产、收入和支出五个方面,充分体现了医院会计职能的重大变化。

2.2 首次引入了资产、负债、净资产的概念,确立了“资产 = 负债 + 净资产”的会计方程式,进一步突出了我国医院必须要重视和加强经营管理的属性,为医院在我国加入 WTO 后适应新的医疗服务市场环境创造了条件。

2.3 借鉴了国外非营利性组织会计,力求会计概念的统一,为进一步加强与国际间的交流奠定了基础。

2.4 明确了医院收支的性质,建立了“大收入、大支出”的医院会计新理念,医院的制剂收支不再作为医院的主营业务,避免了医院核算的虚收虚支,保证了会计信息质量。

3 根据卫生改革及加入 WTO 后的市场要求,不断完善医院会计制度

3.1 应该明确医院会计具有一定的企业会计属性。《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中指出:“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业……政府对发展卫生事业负有重要责任。”但是,由于诸多原因,国家对医院的投入严重不足,这一点基层医院尤为明显。因此,医院除少量的财政拨款外,主要是以自身的医疗服务来获得收入。同时,尽管医院不提供物质产品,但通过其特殊的劳动,以维护人的生命和健康,提高人类的生存质量,具有一定的生产性。所以,医院会计具有一定的企业会计属性。当然,并不是说医院会计企业化。

国务院体改办等 8 部委局“关于城镇医药卫

生体制改革的指导意见”中明确指出:“将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理。国家根据医疗机构的性质、社会功能及其承担的任务,制定并实施不同的财税、价格政策。非营利性医疗机构在医疗服务体系中占主导地位,享受相应的税收优惠政策。”“卫生、财政等部门要加强对非营利性医疗机构的财务监督管理,营利性机构医疗服务价格放开,依法自主经营,照章纳税。”在我国大部分医院是公有制机构,属于非营利性医院,不具有营利性,但并不等于说非营利性就不能盈利,因为“营利”与“盈利”是有着本质区别的。随着社会主义市场经济体制的建立,医院要生存与发展,必须实行经济核算,必须要有盈利。因此,非营利性医院会计可以借鉴企业会计,运行企业会计的分析方法,对医院的经济活动,进行核算、监督。

至于营利性医院则可以完全和企业一样,经卫生行政主管部门审核,到工商行政主管部门登记注册,采用企业会计的核算方法。

3.2 根据市场发展的需要,进一步完善医院会计制度。我国加入 WTO 指日可待,一大批非公有制医院将应运而生,特别是民办的或慈善机构兴办的医院。然而,现行《医院会计制度》明确规定“适用于中华人民共和国境内各级各类独立核算的公立医疗机构”,那么非公立医院的会计核算如何进行,特别是非公立的非营利性医院应该执行什么会计制度。目前,有许多国家均有明确的非营利性组织会计准则,且是按公立和非公立分别制定的。如日本非企业会计准则明确分为政府会计、公利非营利组织会计和民间非营利组织会计。因此,根据市场需要及“入世”要求,亟待制定相应的会计制度。

[参考文献]

- [1] 张晓玉, 孟建国. 试论我国医院新的财务制度改革要点. 中华医院管理, 1999, 10: 578 ~ 581.

档案信息管理在医疗工作中的作用

王晓祥

(泰安市中心医院党委办公室, 山东 泰安 271000)

医院档案信息在医疗工作中是非常重要的信息资源,充分善用档案信息资源是现代化医院正常运行的重要基础,是了解分析工作效益、工作查考、学术研究的主要材料来源之一。在知识经济与信息时代,档案作为一种十分珍贵的信息资源,越来越显示出其巨大作用。档案管理工作作为医院管理中的一个重要组成部分,不仅在医疗、教学、科研、预防保健等活动中的作用日益显著,而且随着中国加入WTO,医疗市场的竞争、信息时代的到来和网络技术的迅速发展,在新形势、新任务、新问题、新要求面前,档案管理工作,特别是档案管理在医疗活动中的作用,也愈加受到领导的关注和人们的重视,为了尽快适应医院现代化管理之需要,摆正档案工作同中心工作的位置,必须重新认识并积极参与到医院档案的建设与利用中来,积极探索、大胆地进行观念创新、理论创新、体制创新、科技创新,实现档案管理工作制度化、规范化、科学化,使档案管理工作在医院建设发展中发挥其重要的作用。

1 科技档案的管理与利用

医院科技档案的管理是医疗、教学、科研管理的一个重要组成部分,科技档案是科技成果的载体,是重要的科技信息资源,是科技应用和交流的工具,丰富的科技档案是我国科技发展的一个标志。如何科学、合理地利用科技档案信息并最大限度地发挥它在医院科研管理工作中的作用,对提高医疗质量和科研水平都将产生重要的影响。科技档案管理工作应做到四同步,即:下达计划项目同形成文件、材料同步;检查计划项目进度时,同检查文件材料情况同步;审查鉴定、授奖科技成果和验收设备、工程项目等与审查验收档案资料

同步;科技人员晋升、考核与档案部门出具有关档案证明材料同步。由于科技档案真实地记录、储存着各项科研课题的立项申请书、合同协议书、开题报告、研究报告、试验记录、结题报告、鉴定意见、推广应用情况及有关学术活动的全部过程,已成为科研成果鉴定和申报乃至科研成果的推广应用的重要依据。只有依靠人才科技,凭借质量内涵,才是振兴医院的强大动力。因此,从现实社会对档案需求看,从档案资料固有的价值看,科研成果的鉴定、申报以及在科研成果的推广与应用过程中,在医疗领域发挥着极其重要的作用。

2 加强病案管理,合理利用病案信息

医院的病案信息资源十分丰富,病历档案不仅是病人就诊、住院期间病情变化及诊疗过程中的原始资料,也是评价和衡量医院管理、医疗质量、医疗文书和技术水平的重要依据。长期以来,病案信息除了作为医务人员诊断疾病和决定治疗方案的依据外,病案信息的资源优势无从发挥。因此,认识病案信息的特点,研究病案信息的功能,探讨利用病案信息的作用,是医院档案工作的一个重要组成部分。如何加强对病历档案的管理以及病案信息在医疗活动中的作用,要重点突出以下几个方面的工作:①要在病案管理的思想观念上有所转变,牢牢把握病案管理的根本目标与基本前提,有效地开发利用病案信息的途径,要从传统的单纯服务型向学术性、网络化、科学规范化迈进,使其与医院现代化管理的发展相适应,提高病案信息的利用效率。②要在管理方法上变被动服务为主动服务,树立和强化用户意识,更多地通过满足利用者的档案信息需要来开展工作。③要加强病案信息环节质量管理,病历书写质量的优

劣,直接影响病案信息质量和信息的利用效果,因此,提高病历文书的书写质量,确保病历书写规范、完整、准确,保证病案信息质量不断上水平,确保病案信息的有效利用。④要强化管理者的培训,不断提高病案管理人员的综合素质和计算机操作技能,实现病案信息计算机、网络化管理,构成多学科的病案信息网,以扩大病案信息的来源和服务范围,充分调动广大医务工作者的积极性,实现信息资源共享,更好地为临床科研工作服务。

3 加强医疗设备档案管理,确保诊疗工作正常运行

在医院现代化发展进程中,各种国内、外先进的医疗设备的购置和充分利用是必不可少的,医疗设备购置前后,形成了大量的档案材料,设备档案也就成为十分重要的第一手资料,实行医疗设备档案集中统一管理,充分利用信息资料做好预测性服务,为医院决策者提供及时、准确的参考信息,有利于医院的宏观调控,避免重复购置或低效率使用造成的医疗设备资源的浪费。另外,良好的档案管理还可使设备管理部门在设备妥善使用和维修改造过程中的变化情况及时在档案中得到

记录,建立健全更改、补充、发放回收图纸、说明书等制度,积累所形成的技术文件、图纸资料及有关记录,减少故障的发生,确保医院诊疗工作的正常运行;医疗设备档案资料集中管理,便于寻找资料,定期进行维修与保养,大力开发、收集设备档案在医疗活动中的利用价值,充分发挥档案资料的利用效应,确保医院良好的经济效益和社会效益双丰收。

加强档案管理与信息资源的开发和利用,已成为医院现代化进程中必不可少的重要环节,还可通过大量的文书档案、人事档案、财务档案、荣誉、实物档案和声像档案等资料,大力开发和利用档案信息资源,只要我们不断提高对档案管理工作的认识,认真贯彻落实国家《档案法》和卫生部《关于医药卫生档案管理暂行办法》,加大档案管理力度,规范档案管理程序,实现档案管理工作制度化、规范化、科学化、现代化,做到使档案工作与医院的改革与发展相适应,多途经、多渠道开展档案信息资源,以满足医疗、教学、科研、预防保健工作的需要,不断提高档案的现代化管理水平,使档案信息资源在医院现代化发展进程中发挥更大的作用,促进医院全面发展。

·临床论著·

病毒性脑炎 EEG 改变与临床

耿家贵¹ 秦丽晨¹ 梁迎春¹ 焦林¹ 崔瑞亭²

(1.泰安市中心医院;2.泰安卫生学校,山东泰安 271000)

近几年来病毒性脑炎在我国某些地区发病呈增高趋势,由于病毒性脑炎致病病毒不同,其临床症状也较散乱,典型的易诊断与鉴别,非典型的临床症状易与其他脑部疾患和发热症状相混淆,以致误诊误治者屡见不鲜。本文总结我院自1990年3月至2001年3月收治85例病毒性脑炎住院

病人,将临床特征与 EEG 改变和治疗情况总结报道如下。

1 临床资料

1.1 年龄、性别:本组男48例(56.5%),女37例(43.5%),平均38.2岁;13~30岁45例,30

~40岁24例,40~50岁11例,50~60岁3例,60岁以上2例。以13~30岁发病率为最高(50.5%)。

1.2 发病诱因:①有劳累受凉史诱因23例(27%)。②有明显惊吓、生气等精神刺激史者26例(30.58%)。③病毒感染史,发病前有明显感冒症状和肠道腹泻症状者32例(38.8%)。

1.3 首发症状:①发热32例(38.8%),②头痛头昏31例(37%),③精神障碍并癫痫发作8例(9.4%),④混合症状8例(9.4%)。

2 临床特征

85例病人均为急性亚急性起病,病程中有中等程度发热,或体温正常。本组高热昏迷者20例(23.5%),脑膜炎型34例(40%),发热癫痫型14例(16.4%),发热精神型12例(14.1%),混合症状5例(5.8%)。

3 EEG、CSF、MR 检查

3.1 本组85例病毒性脑炎病人共作151次EEG描记,均用14导日本产EEG仪记录,85例中63例为弥散异常EEG,其中高度异常20例,中度异常33例,另17例均为边缘状态改变。

3.2 85例患者均经过CSF检查,其中CSF压力升高者75例,CSF细胞数高于正常者69例,细胞数正常者16例。蛋白定量轻中度升高者67例,正常者18例。

3.3 MR对重度脑炎有一定诊断价值,其中本组有8例病人行MR检查,大脑皮层弥漫性T₂高信号6例,颞叶局灶性T₂高信号者2例。

4 治疗方法及预后

85例患者急症入院后积极控制体温,多采取低温疗法。二是积极控制脑水肿,降低颅内压力,多应用20%甘露醇并糖皮质激素静脉滴注,重度病人加用速尿或复方甘油注射液。早期积极应用抗病毒药物,多选用无环鸟苷、磷甲酸钠(可耐)、病毒唑、阿昔洛韦等抗病毒药物。重症呼吸衰竭病人及时气管插管、气管切开和应用呼吸机进行抢救。并发感染者及时应用有效抗生素治疗。中药制剂多选用醒脑开窍,抗病毒药物,如安宫牛黄丸、醒脑静、至宝丹、大青叶、板兰根等。支持疗法

多选用白蛋白、血浆治疗。治疗结果见表1。

表1 各类病毒性脑炎治疗结果

	例数	痊愈	显效	好转	无变化
精神型	12	8	3	1	
昏迷型	20	14	4	1	1
癫痫型	14	10	2	1	1
脑膜炎型	34	28	2	3	1
混合型	5	2	2	1	

5 讨论

目前,应用新型抗病毒药物磷甲酸钠、无环鸟苷治疗病毒性脑炎取得较好疗效,早期用药可明显提高治愈率和降低病死率。由于国内病毒分离和电镜检查尚未广泛开展,故临床上尽快明确属何种病毒感染是很困难的。鉴于本病发病率高,多累及青壮年,早期诊断及治疗多预后较好。诊断本病应注意几个问题。

5.1 夏秋季节的病毒性脑炎,应与非典型乙型脑炎相鉴别,特别是具有高热,昏迷抽风病人,CSF检查正常或细胞数稍高者。乙型脑炎患者血清补体结合试验可帮助鉴别。

5.2 病毒性脑炎伴精神症状临床易与各类精神病人相混淆,特别是抑郁型精神病,EEG检查是鉴别可靠方法,CSF检查与EEG改变相结合显著提高病毒性脑炎的诊断准确率。

5.3 病毒性脑炎临床易与不典型结核性脑膜炎鉴别困难,特别是CSF中糖和氯化物定量稍低而细胞数偏高者,腰穿萤光素钠试验和抗结核试验性治疗是鉴别的有效方法。

85例病毒性脑炎EEG改变,多为弥散性异常改变,部分病例局灶表现明显,这与脑炎病变是弥散性损害病理特点相吻合。局灶性损害可能多为单纯疱疹病毒性脑炎。本组其中20例病人的EEG改变呈重度损害,在EEG弥漫性慢波背景不可见到棘波与棘慢综合波形,个别病人可见到高尖波形,临床多病情重,部分病人预后差。表明EEG损害程度多与临床病情相一致。

[参考文献]

- [1]刘淑萍、李大年,全国中枢神经系统感染性疾病暨第五届脑脊液细胞学学术会议纪要.中华神经科杂志,1998,6:325.
[2]消波等.疱疹病毒性脑炎的早期诊断方法研究.中华神经

科杂志,6:337.

[3]许念桂等.单纯疱疹病毒脑炎早期诊断方法的研究.中华神经科杂志,1999,2:28.

[4]成松梅等.腮腺炎病毒性脑炎 59 例脑电图分析.临床神

经病学杂志,2000,6:325.

[5]郭燕军,徐忠宝.病毒性脑炎的头颅 MRI 表现.临床神经病学杂志,2000,2:95.

脐血血浆对正常骨髓 CFU - GM 生长影响的研究

叶欣 乔同元 刘爱华 吴希香 杨究勇

(泰安市中心医院肿瘤内科,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨脐血血浆对正常骨髓 CFU - GM(粒 - 巨噬系集落形成单位)生长的影响,为临床应用脐血提供可靠的实验依据。方法 在体外用半固体甲基纤维素培养法观察了脐血血浆、成人血浆、GM - CSF 和 GM - CSF + IL - 3 对正常骨髓 CFU - GM 生长的影响。结果 脐血血浆、成人血浆 GM - CSF 和 GM - CSF + IL - 3 刺激(2×10^5 MNC)产生 CFU - GM 的量分别是: 232.61 ± 29.74 、 82.85 ± 18.26 、 210.44 ± 31.59 和 307.28 ± 24.65 。结论 脐血血浆具有较高的刺激 CFU - GM 生长的活性,并且可以维持 CFU - GM 生长。

[关键词] 脐血血浆;粒 - 巨噬系集落形成单位;半固体培养

脐血的基础研究和临床应用是目前医学界研究的热点之一,脐血中不仅含有较丰富的造血干细胞,而且也含有较丰富的多种造血生长刺激因子。我们应用半固体甲基纤维素培养法观察脐血血浆对正常骨髓细胞生长的影响,现将我们的结果报道如下。

1 材料与方法

1.1 标本的来源及制备

1.1.1 脐血:来源于我院产科,在胎盘未娩出前将来自胎盘的脐血收集,2000r/min 离心 15 分钟,分离脐血血浆, - 20℃ 保存。

1.1.2 骨髓:胸外科非血液病患者手术切除的肋骨 6 份,缺铁性贫血治愈后骨髓 8 份。骨髓液无菌放于 20u/ml 的肝素抗凝管中,用淋巴细胞分离液分离骨髓单个核细胞(MNC),用 1640 液清洗 3 次,并将细胞浓度调至 4×10^6 MNC/ml,备用。

1.2 方法

1.2.1 试剂及药品:RPML - 1640(Gibco 产品);Fi - coll - Hypaque 淋巴细胞分离液(天津血研所产品);甲基纤维素(Sigma 产品);小牛血清(天津血研所产品);rHGM - CSF(先灵宝雅产品);

rHIL - 3(诺华公司产品)。

1.2.2 血浆制备:去血小板脐血血浆和成人血浆的制备参考有关文献^[1]。由于脐血和成人血中的各种成分存在个体差异,故本实验采用多份脐血和成人血的混合血浆,以便消除各组间的实验差异。

1.2.3 CFU - GM 半固体甲基纤维素培养法参考有关文献^[2],并略加改进。分组:①对照组: MNC(1×10^6 /ml) + 20%小牛血清 + 1640;②脐血血浆组: MNC(1×10^6 /ml) + 20%小牛血清 + 1640 + 20%脐血血浆;③成人血浆组: MNC(1×10^6 /ml) + 20%小牛血清 + 1640 + 20%成人血浆;④GM - CSF 组: MNC(1×10^6) + 20%小牛血清 + 1640 + GM - CFS(50mg/ml);⑤GM - CSF + IL - 3 组: MNC(1×10^6 /ml) + 20%小牛血清 + 1640 + GM - CSF + IL - 3(50mg/ml)。在 96 板中按上述分组设 5 上平行孔,每孔加 1ml,重复三孔,在 37℃、5% CO₂ 的条件下培养 10 天,以 > 40 个细胞的细胞团为一集落,计数集落(取 3 孔的均值)。

1.2.4 各组细胞培养体系中活细胞数的计算:第 1 - 5 天每天取细胞少许,加 0.5% 台盼蓝染色,计数拒染细胞数,并按公式计算活细胞数。统

统计学处理:用方差分析;t检验。

2 结果

2.1 各组细胞培养体系骨髓中 CFU - GM 生长情况及比较见表 1。

表 1 各组细胞培养体系骨髓中 CFU - GM 产率

组别	n	CFU - GM($\bar{X} \pm s/2 \times 10^5$ MNC)
对照组	11	103.52 ± 21.37
脐血血浆组	11	232.61 ± 29.74
成人血浆组	11	82.85 ± 18.26
GM - CSF 组	11	210.44 ± 31.59
GM - CSF + IL - 3 组	11	307.28 ± 24.65

注:对照组与脐血血浆组比较 $P < 0.01$;与成人血浆组比较 $P > 0.05$;与 GM - CSF 组比较 $P < 0.01$;与 GM - CSF + IL - 3 组比较 $P < 0.01$ 。脐血血浆组与成人血浆组比较 $P < 0.01$;与 GM - CSF 组比较 $p > 0.05$;与 GM - CSF + IL - 3 组比较 $p < 0.01$ 。成人血浆组与 GM - CSF 组比较 $P < 0.01$;与 GM - CSF + IL - 3 组比较 $p < 0.01$ 。GM - CSF 组与 GM - CSF + IL - 3 组比较 $p < 0.01$ 。

2.2 各组细胞培养体系中活细胞数见图 1。

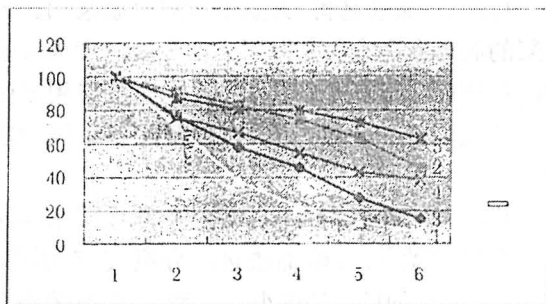


图 1 各组细胞培养体系中活细胞数

注:1 对照组;2 脐血血浆组;3 成人血浆组;4 GM - CSF 组;5 GM - CSF + IL - 3 组。脐血血浆组明显的高于成人血浆组和对照组 (P 均 < 0.01);略高于 GM - CSF 组 (但 $p > 0.05$);低于 GM - CSF + IL - 3 组 ($P < 0.01$)。cell numbers:活细胞总数 (10^5 /ml)

3 讨论

自 1990 年 Laver 等^[3]用生物方法测定了正常足月儿脐血血浆中 G - CSF 的含量以来,部分国内外学者^[4,5,6,7]又陆续对脐血血浆中的造血因子进行了研究,均证明了脐血血浆中含有多种丰富的造血因子。由于脐血血浆中含有丰富的造血因

子,因此,脐血血浆可能在促进骨髓造血方面起一定的作用。我们的研究发现(表 1)脐血血浆组在促进骨髓造血方面(特别是在促进 CFU - GM 形成方面),不如 CM - CSF + IL - 3 组的作用强,要比 GM - CSF 组的作用稍强(但无统计学意义),明显强于成人血浆组和对照组。此点足以证明脐血血浆具有较高的刺激 CFU - GM 生长的活性,并且可以维持 CFU - GM 生长。这与文献报道相似^[8,9,10]。

从我们的实验结果(图 1)看,各组细胞培养体系中第 5 天的活细胞数量以 GM - CSF + IL - 3 组最多,脐血血浆组次之(与 GM - CSF 组比较虽然活细胞数量略高,但无统计学意义;与对照组和成人血浆组比较均有显著性差异)。这说明脐血血浆具有维持正常造血细胞存活的功能。但是,各组细胞培养体系中的活细胞数量随着培养时间的延长而逐渐减少,这可能是在无基质液体培养中缺少基质细胞支持的缘故,此点 Betolini 等^[11]的报道相似。

众所周知,脐血常常是一种被丢弃的血液,也可以说是产妇在分娩婴儿过程中的“废物”或“副产品”。但从我们的研究结果看脐血血浆具有较高的刺激 CFU - GM 生长的活性,并且可以维持 CFU - GM 生长和维持正常造血细胞存活的功能。如果在无菌条件下分离脐血血浆,采用临床静脉输注的方式,可以用于治疗白血病、再生障碍性贫血、MDS、化疗或放疗后的骨髓抑制、粒细胞减少症、骨髓移植和某些非血液病性重症感染性疾病等。另外,静脉输注脐血血浆,不但可以给患者输入多种造血因子,同时还可以输入必要的球蛋白、白蛋白及其它成份,这对于解除患者的病痛及疾病恢复十分有利。总之,我们的这项研究为进一步的开发和利用脐血提供了可靠的实验依据。

[参考文献]

- [1] Franues K, Widmann MD 主编,肖星蕾,季阳,尚书颂等译. 输血技术手册第 1 版,北京:人民卫生出版社,1985,62 - 64,568 - 569.
- [2] 唐佩弦,杨天盈主编. 造血干细胞培养技术,第 1 版. 西安:陕西科技出版社,1985,103 - 105.
- [3] Laver JH, Duncan E, Abboud MD et al. High Levels Of Granulocyte and Granulocyte - Macrophage Colony - stimulating Factors in Cord Blood of Normal Full - term Neonates. J Pediatr 1990. 116:627.

[4]刘桂兰,殷慧君,蒋佩华等.酶联免疫吸附试验检测正常足月儿脐血中G-CSF含量.中华血液学杂志,1995,16(12):651.

[5]吴文.血清C-CSF水平检测的临床意义.国外医学输血及血液学分册,1994,17:25-27.

[6]沈柏均主编.人类脐血基础.临床.第一版.天津:天津科技出版社,1995,43-597.

[7]黄东生,谭汉君,陈家佩.脐血造血活性物质的研究.国外医学输血及血液学分册,1993,16:216-219.

[8]Gatherine E, Carow CE, Hangoc E, et al. Human multipotential progenitor cells(CFU, GEMM) have extensive replating capacity for secondary CFU - GEMM: an effect enhanced by cord blood plasma. Blood.

1993;81(4):942-945.

[9]张学忠,陈玉心,汪承亚等.脐血血浆与rhGM-CSF对正常骨髓细胞生长影响的比较研究.中国输血杂志,1998,11(1)5-7.

[10]胡力平,谭汉君,冉崇蓉等.脐血输注对急性白血病患者骨髓CFU-GM体外培养及血浆CSA、BPA的影响.白血病,1996,5:201-203.

[11]Bertolini F, Lazzari L, Lauri E, et al. Cord blood plasma-mediated *in vivo* expansion of hematopoietic progenitor cells. Bone Marrow Transplantation 1994;14,347-349.

亚急性硬膜下积液的诊断与治疗

付鹏 辛昌明 刘坤玲 张建林 张修宝

(泰安市中心医院神经外科,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 阐述亚急性硬膜下积液的发病机理,诊断及治疗经验。方法 对5年来收治的急性颅脑损伤病人经CT筛选及定期复查,确定亚急性硬膜下积液的存在,根据临床状况,选择保守治疗或手术治疗。结果 共确诊亚急性硬膜下积液82例,约占同期急性颅脑损伤病人的2.4%,其中保守治疗57例,手术治疗29例(含4例保守治疗失败的病人),积液消失61例,积液未消失21例,出现严重并发症9例,死亡3例。结论 亚急性硬膜下积液并不少见,诊断的关键在于注意及时复查CT,治疗以保守治疗为主,预后良好。盲目手术可带来严重并发症。

[关键词] 脑外伤;硬膜下积液;治疗;预后

1996年2月至2001年1月,我们共收治颅脑损伤病人3420例,经CT筛选及定期复查,在亚急性期内共确诊亚急性硬膜下积液82例(占2.4%),总结如下。

1 一般资料

本组男73例,女9例,年龄2-78岁,其中小于12岁的共16例,大于50岁的共47例,分别占同期同年龄段颅脑损伤病人的8.4%和14.3%,急性期(3天内)首次CT有改变的28例(主要为脑挫裂伤和少量硬膜下血肿),无异常的54例,从发病至确诊时间为4-19天,平均7.6天。

2 治疗与结果

以一般颅脑损伤的常规药物治疗为保守治

疗,适度掌握甘露醇等脱水剂的用量,颅内压增高症状不严重的,不用脱水剂。本组保守治疗57例,其中47例治疗12-38天后(平均20天)积液消失,6例(10.5%)治疗2月后症状好转但积液未消失。4例(7%)症状渐加重者改为手术治疗,2例出现视力骤降,视神经萎缩。首选手术治疗25例,其中单纯行颅骨钻孔引流18例:6周内积液消失7例,积液不消失11例,引起颅内出血2例,颅内感染5例,死亡3例(其中2例为外院转入)。行侧裂池打开,使积液与侧裂池相通及放(或不放)引流11例(含4例保守治疗无效者),2周内积液全部消失,无感染及死亡。见表。

表 亚急性硬膜下积液的治疗与结果

	积液消失	积液不消失	视神经萎缩	颅内出血	感染	死亡
保守治疗(57例)	47(82.5%)	10(17.5%)	2(3.5%)			
单纯钻孔引流 (18例)	7(38.9%)	11(61.1%)		2(11.1%)	5(27.8%)	3(16.7%)
侧裂池开放 (11例)	11(100%) (含4例保守无效者)					

3 讨论

3.1 性别、年龄及发病机理:本组病人,男女之比为8:1,说明多发于男性,机理不清。发病年龄以老年人及小儿多见,分别占本组病人的57.3%和19.5%,占同期同年龄段颅脑损伤病人的14.3%和8.4%,而青壮年相对少见。这可能与老年人的脑萎缩、小儿脑发育尚相对不“饱满”,蛛网膜下腔相对较大有关。在颅脑外伤过程中,脑组织的相对运动较大,易于引起蛛网膜破裂。而局部蛛网膜破裂形成单向阀瓣,已是较为公认的硬膜下积液的形成机理^[1,2]。

3.2 诊断:根据病人的临床表现,注意及时复查CT,是诊断本病的关键。临床上对外伤3天以后的病人,往往放松了病情变化的警惕性,若病人颅内压增高的症状持续存在或有逐渐加重的趋势,尤其是老年人及小儿,应注意复查CT,及时作出诊断。对首次CT已有“蛛网膜下腔增宽”或有少量硬膜下血肿的病人,更应当提高警惕。

3.3 治疗及预后:本病应以保守治疗为主,绝大部分(本组占82.5%)经3周左右的时间积液消失。只有少数病人(本组占7%)需手术治疗。其间应注意脱水剂的使用,病初症状轻微者,最

好不用脱水剂,大剂量应用脱水剂有使脑组织“萎缩”而积液量增多的趋势。注意复查CT,对积液量渐增多,症状渐加重者,应严密观察,不到万不得已,不行手术治疗。我们掌握的原则是:一侧积液的宽度大于8mm;长度大于8cm,或两侧积液宽度各大于6mm,长度各大于6cm,且有明显的颅内压增高症状者,才考虑手术治疗。若手术,应尽量避免盲目地行单纯钻孔引流术。因为由于蛛网膜“阀瓣”的存在,每日引流量往往接近每日脑脊液的产生量,使“阀瓣”不能闭合。一旦拔除引流管,症状立即反弹,而引流时间过长,容易造成感染,后果更差。本组3例死亡病人,均是这样造成的。所以手术应首先考虑通过积液腔打开侧裂池,将侧裂池蛛网膜至少切除1×1cm,使积液再顺利地回到蛛网膜下腔,不行外引流或尽量减少引流时间。本组共行此手术11例,均1次成功,无显著并发症。

[参考文献]

- [1]王忠诚.主编.神经外科学.武汉:湖北科学技术出版社,1998.1:343.
[2]薛庆澄.主编.神经外科学.天津:天津科学技术出版社,1990.4:160.

肾盂成形术治疗先天性肾积水

郝树铭 宋明山 聂卫星 梅如冰 赵永伟

(泰安市中心医院泌尿外科,山东泰安 271000)

[摘要] 报告我院自1993年2月至2001年5月对43例先天性肾积水患者行肾盂成形术,探讨重度积水的患肾取舍指征、成形术式及成功要点。本组男31例,女12例,年龄5个月-36岁,左侧24例,右侧16例,双侧3例。39例次行离断性肾盂成形术(Anderon-Hynes)。4例行连续性肾盂成形术,3例行患肾切除术。治

愈40例次(93%)失败3例(7%)。Anderson-Hynes术式设计合理,治愈率高,是肾盂成形术的最佳方案。

[关键词]肾积水;肾盂输尿管连接部狭窄;肾盂成形术

我院自1993年2月至2001年5月对43例先天性肾积水行肾盂成形术,取得良好疗效,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组43例,男31例,女12例,年龄5个月-36岁,平均年龄14岁,左侧24例,右侧16例,双侧3例。病人就诊时腹部肿块29例,腰痛11例,肉眼血尿7例,尿路感染伴发烧6例。B超查体发现3例,合并结石3例。本组有6例确诊4-15个月后方手术治疗。

43例均经B超、CT、IVU或逆行尿路造影明确诊断。手术证实肾盂输尿管连接部(PUJ)梗阻42例,高位输尿管肾盂连接1例。

1.2 治疗方法 本组3例因肾功能完全丧失。肾皮质菲薄如纸而行患肾切除,39例次行Anderson-Hynes成形术,4例行连续性成形术。

取侧卧位时选用十二肋下切口,取平卧位时选用十二肋尖下“L”型切口,腹膜外显露患肾,探查确定PUJ梗阻,观察肾皮质的厚度及血运情况,分离肾盂及输尿管上端,穿刺肾盂并吸出积水再观察肾皮质的厚度及血运改善情况,判断肾的取舍。肾盂成形术时一般不需要游离全肾,距肾门1.5cm环行切断肾盂,肾盂上端切口用3-0可吸收线连续缝合后再间断加强缝合,下端保留2.0厘米,切除离断的肾盂和输尿管狭窄段,输尿管上端外侧纵行切开2.0cm,肾盂输尿管用5-0可吸收线间断吻合,置放双尾内支架引流管。

2 结果

本组均获随访,时间为1-3年。39例次离断性肾盂成形术者,症状明显减轻和消失,尿常规正常或接近正常,肾功能明显好转,肾积水明显减少和消失。3例连续性成形术失败。3例因肾皮质菲薄及无功能行患肾切除术。

疗效评价 已扩大的肾盂及肾盏仅10%能恢复正常^[1],其余很难恢复到正常。肾盂成形术后:临床症状消失或明显减轻;梗阻解除,引流通畅;患肾皮质增厚,肾体积缩小,肾积水消失或明显减轻为“稳定性肾积水”;检查证实肾功能恢

复或改善;即达治愈的疗效。

3 讨论

3.1 PUJ梗阻常为先天性,见于各年龄组,儿童和青少年多见。临床大部为慢性过程,早期患者常症状不明显,即是出现症状,常经治疗可缓解,病人及家长常误认为治愈而延误治疗,使肾功能继续随病程迁延而加重损害。尤其是成年患者,患肾功能已持续性损害长久,所以确诊后应及时早手术治疗,彻底解除梗阻尽快挽救肾功能极为重要^[2-4]。甚至有人提出出生后1周即应手术治疗^[5]。本组有6例确诊后因症状不明显而拒绝手术治疗,但4-15个月后积水无改善,最终接受肾盂成形术均获痊愈。

3.2 目前已公认重度积水的治疗尽可能保留患肾解除梗阻,但患肾的切除指征却各家意见不一。有人把IVU显示无功能,对侧肾功能正常,肾皮质菲薄,为患肾切除的指征;也有人根据肾盂测压结果,肾盂尿PH和比重值判定患肾取舍^[6-7],但PUJ梗阻的程度并非持续性,常有缓解的情况,因而积水的程度,肾皮质的厚度、肾功能损伤程度、肾盂压力、肾盂尿PH及比重值均随梗阻程度而不同。因此根据上述的检测结果决定患肾保留和切除显然不准确。

目前越来越多的人主张根据患肾减压后的皮质厚度来确定患肾的留取,有人主张0.5cm以上者保留患肾,也有人主张0.2cm以上者可保留患肾^[3-4]。笔者在手术过程中逐渐发现,虽积水的肾皮质很薄,但厚度常不均匀,且减压后常有厚度增加。本组有17例肾皮质菲薄,但减压后肾皮质变厚0.2-0.5cm以上,色泽变红润,尽管IVU或肾图显示无功能,仍保留患肾行离断性肾盂成形术均获成功。幼儿和少年患者的肾脏再生能力强,更有保留的可能,尤其当对侧肾存在某些病变时更应尽可能保留患肾。我们的体会认为:患肾皮质厚度是选择患肾取舍的依据,减压后的厚度在0.2cm以上,色泽红润者皆可保留。

3.3 肾盂成形术式较多,一般分连续性和离断性成形术两大类。近年来电子显微镜观察PUJ梗阻部位有大量胶原纤维介于细胞之间,使肌细

胞相互分离不能传递来自起搏细胞的冲动,阻断了正常蠕动的传递,这种异常也出现在扩张的肾盂壁上,因此越来越多的人主张切除扩大的肾盂和狭窄段输尿管,行斜口吻合的 Anderson - Hynes 术式^[1,3,4]。连续性肾盂成形术不能切除无蠕动的狭窄段,术后恢复通畅较难,本组的前期应用连续性肾盂成形术 4 例,失败较多,后期 39 例次应用离断性肾盂成形术结果显示疗效理想、成功率高。我们认为 Anderson - Hynes 是 PUJ 梗阻的首选术式。

3.4 肾盂成形术失败的原因常为吻合口狭窄,其狭窄的原因可能与成形术式的设计不妥,吻合口小、扭转或成角等有关。我们成功的体会:①彻底切除病变狭窄段,首选 Anderson - Hynes 成形术式。②输尿管上端游离不易过长,避免导致缺血。③吻合口宽大(2.0cm),两口经对等准确,一层间断外翻平整吻合,避免吻合口缝入过多组织致吻合口狭窄。④避免过多和用力夹持吻合口组织,减少瘢痕增生。⑤置放双尾内引流支架管 4 - 6 周,预防扭曲和狭窄。⑥保持吻合无张力,无

渗漏,必要时可下移肾脏后固定,或事先设计应用带蒂肾盂瓣缝制成管消除张力。⑦伤口愈合 2 - 3 周后应用强的松抑制瘢痕增值^[8]。

[参考文献]

- [1]黄澄如,吴文斌,吴阶平主编.泌尿外科.山东科学技术出版社,1993年5月.第1版:261.
- [2]孙岩,李昭铸,韩福友.小川先天性肾积水限期手术的意义.医学研究通讯,1999,28(5):20.
- [3]李旭良,龚以榜,林涛等. Anderson - Hynes 肾盂成形术治疗先天性肾积水.中华小儿外科杂志,1995,16(6):350.
- [4]陶文芳,李昭铸,孙岩等.小儿先天性重度肾积水的外科治疗.临床泌尿外科杂志,2001,16(5):214.
- [5]Wolprotjj, Woodard JR, Parrott TS. Pyeloplasty in the young infant. J Urol, 1989, 142:573.
- [6]Ibrahim A, Asha HA. Prediction of renal recovery in hydronephrotic kidneys. Br-J Urol, 1978, 50:222.
- [7]Saing H. Chan FL, Yeung CK. et al. Pediatric pyeloplasty: 50 patients With 59 nephrotic kidneys. J Pediatr Surg, 1989, 24:346.
- [8]陈浩阳,柯庆阳.肾盂成形术治疗先天性肾积水 40 例分析.广东医学,1997,18(3):195.

放射性核素内照射防治 PTCA 术后 再狭窄的现状和进展

韩建国 张荣银 耿向群

(泰安市中心医院核医学科,山东 泰安 271000)

经皮冠状动脉(简称冠脉)腔内成形术是治疗急性心肌梗死的一种常见而有效的方法。可是,术后 3 ~ 6 个月内再狭窄的发生率高达 30% ~ 50%,临床长期疗效受到限制。冠脉支架安放可使再狭窄的机率降低 10%,仍维持在 20% ~ 40%⁽¹⁾。一旦支架内发生再狭窄,进一步治疗将更加困难。因此,找一种有效在临床应用的防止再狭窄的方法,已成为血管介入治疗学的当务之急。放射性核素血管内照射的应用则对预防 PTCA 后再狭窄提供了新的有效治疗途径。

一、PTCA 术后血管再狭窄及内照射的理论基础和机制

PTCA 术后血管再狭窄一般认为是在原狭窄部位又发生 > 50% 的管腔狭窄。它是多种细胞及分子表达共同引起的血管功能与结构的改变,其形成机制尚未完全阐明。大量研究表明,血管再狭窄是一种复杂的损伤愈合反应过程,PTCA 术后导致血管内皮损伤,引起内皮细胞增生,淋巴细胞和单核细胞粘附,并刺激肌纤维出现异位增生,其

反应可分为:早期回缩、新生内膜增生和血管重构。

内照射防治血管再狭窄的主要机制是通过射线的电离作用及能量转换抑制平滑肌细胞增殖和新生内膜形成。

Waksman R⁽²⁾通过幼猪冠脉损伤后给予⁹⁰Y或¹⁹²Ir照射治疗的动物实验发现,照射组血管外膜及中膜细胞增生显著受到抑制。Verin等⁽³⁾对兔子模型进行6周⁹⁰Y实验研究,发现冠脉内照射吸收剂量为14Gy时,可有效抑制内皮增生。公认,电离辐射可引起平滑肌细胞周期阻滞,抑制增生和新生内膜形成,降低细胞分裂能力。

Waksman R⁽²⁾还发现辐射后血管管腔面积进一步扩大。Hehrlein C等用球囊导管扩张兔髂动脉同时往球囊内灌注³²P,吸收剂量为20Gy,发现照射组与对照组相比,管腔面积显著扩大。射线的电离辐射作用能引起血管正性重建,管腔面积扩大,是血管内照射治疗的另一个重要机制。

二、内照射的放射性核素种类和治疗方法

2.1 放射性核素种类

目前应用于血管照射的放射源主要有两种:γ射线源和β射线源。γ射线放射性核素主要有¹⁹²Ir,β射线放射性核素主要有⁹⁰Y、³²P、⁹⁰Sr/Y、¹⁸⁸Re。γ源穿透力强,随距离衰减慢,对动脉的周围组织辐射剂量过多,防护要求高,而且强度低。β源穿透力弱,对周围组织辐射少,易于防护,而且能量高,照射时间相对较短。两种源在治疗中各有利弊,多数人认为β源对小血管再狭窄的防治更为理想。

2.2 治疗方法

目前防治再狭窄的内照射技术主要有两大类:一类是以导管为基础的瞬间内照射治疗方法,第二类是利用放射性支架进行的长期内照射治疗方法。导管介入系统包括:带放射源的导丝、放射性粒子源、放射性液体球囊扩张。

2.2.1 带放射源的导丝 将长度为26-30mm的放射源附着在导丝远端,随导丝沿着导管抵到病变靶部位,置于靶血管内进行短时间的照射治疗,方法简便安全,操作中需要特殊支架使其

居于血管中间,确保放射性分布均匀⁽⁴⁾。此系统通过后装设备手动或自动定位放射源导丝。放射源常用³²P金属导丝或¹⁸⁸W/¹⁸⁸Re母子体线源。

2.2.2 放射性液体充盈球囊扩张术 将放射性液体³²P、⁹⁰Y或¹⁸⁸Re充盈普通的血管扩张球囊。先将球囊定位于靶血管区,然后用注射器把放射性液体注入球囊使之充盈紧贴于血管壁进行照射。优点是:定位准确,操作简单,管壁辐射均匀。缺点是:球囊一旦发生破裂(一般概率<1/10000),放射性液体将对人体造成损害。另外,球囊充盈后会阻断血流,因此应尽可能在短时间内达到良好的辐射效果。

2.2.3 放射性粒子源

将单一或成串的颗粒样放射源沿导管移动,对病变靶血管进行均匀照射。

2.2.4 放射性支架

血管内支架可利用机械支撑作用防止血管腔狭窄,但可引起血栓形成、心肌梗死及支架栓塞等并发症,尤其重要的是术后再狭窄发生率仍高达20%~30%,其临床应用受到限制。

放射性支架就是将支架覆盖一层放射性核素或用放射性核素制成支架,置于病变血管处,通过放射性核素持续释放射线来抑制血管平滑肌细胞的增生,进而达到抑制血管内膜增厚的作用。常用的放射性支架有PalmaZ-Schatz支架和BX支架等。制作放射性支架常用的核素是³²P。

三、内照射防治PTCA术后再狭窄的临床应用及疗效评价

Waksman R等⁽⁵⁾使用¹⁹²Ir放射性活度13.7GBq±1.9GBq。照射时间10.8min±1.9min治疗病人,发现这种方法防治血管再狭窄是安全有效的。¹⁹²Ir15Gy照射后6个月辐射组再狭窄率为19%,安慰组为58%,差异非常显著。可见γ射线辐射能有效减少再狭窄。King等⁽⁶⁾对21例冠脉扩张患者成功进行了⁹⁰Sr/⁹⁰Yβ射线的内照射治疗,该组患者无人住院,30天内无严重反应或死亡,6个月的再狭窄率仅为15%。一般临床应用的放射性支架的活度范围是18.5-111KBq(0.5-3.0μCi)。IRIS(Isostent for Restenosis Intervention

Study)协作组对32例原发冠脉血管狭窄性疾病患者进行³²P放射性支架(18.5-37KBq)置入研究,支架置入术全部成功,无一例发生严重并发症,随访30天无一例发生亚急性支架血栓,6个月造影结果再狭窄发生率31%,而单纯支架组再狭窄发生率为41%⁽⁷⁾。大多学者认为这种照射太小,不足以抑制内膜增殖,应加大剂量方可达到治疗效果。在众多报道中,Teirstein⁽⁸⁾随访时间最长,2年随访发现,内照射组和对照组的再狭窄率分别为15.4%和44.8%。

四、内照射治疗存在的主要副作用

4.1 边缘效应(edge effect)

β 源放射性支架在PTCA术后治疗时,在放射性支架内,新生内膜增生可完全抑制,而在支架两端与组织交界处却出现再狭窄,象“糖果纸”一样,称为“边缘效应”。这种边缘效应并非放射性支架独有,普通支架也可发生,但普通支架由于内部与边缘内膜肥厚一致,所以造影不易发现。一般认为边缘狭窄可能由于支架边缘辐射剂量低和相关节断球囊损伤所致。

4.2 内皮化延迟

血管内照射在抑制内膜增生的同时也导致了血管内皮化的延迟,随剂量增加,延迟时间也增加。Kollum M等认为,电离辐射后T细胞滤过增加,内皮化延迟,可能造成不完全损伤愈合。

4.3 血栓形成

内照射治疗后血栓发生机率很低,但仍能发生,发生在30天以内为亚急性血栓,30天以上者为晚期血栓,射线电离辐射后可以引起内皮损伤,延迟内皮增生,内膜损伤可启动凝血系统,纤维蛋白沉积,血小板活化凝集与纤维蛋白粘附形成血小板血栓,另外可能与血管痉挛、血管反应力下降、支架周围组织腐烂及动脉夹层未愈合等因素有关。

五、放射性核素内照射治疗的展望

大量的动物实验和临床资料研究表明,放射

性核素内照射治疗可有效防止PTCA术后再狭窄的发生,并明显优于其他预防再狭窄的方法。但不断研究又证实,该方法仍存在难以克服的副作用,如何克服这些副作用是下一步研究的热点,也是该法能否普及的关键。如何选择最佳的照射剂量和最佳治疗时间还有待于进一步探索。尽管对内照射的患者随访2年显示了良好疗效,但更长期的疗效还有待于长期观察。虽然存在诸多疑问,毕竟在防治PTCA术后再狭窄上找到了一个较为安全、可靠、有效的方法。随着医学的蓬勃发展,放射性核素内照射防治PTCA术后再狭窄将更加完善,将为临床工作解决更大的问题。

[参考文献]

- [1]Langerg cw, Solheim S, Kan stralebehandling redusere frekvensen av restenose etter koronar angioplastikk? [J]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2000, 120(6):707-710.
- [2]Waksman R, Rodriguez Y. Effect of intravascular irradiation on cell proliferator, apoptosis, and vascular remodelling after balloon overstretch injury of porcine coronary arteries[J]. Circulation, 1997, 96;1944-1952.
- [3]Verin V, Popowski Y, Urban P, et al. Intra-arterial beta irradiation prevents neointimal hyperplasia in a hypercholesterolemic rabbit restenosis model. Circulation, 1995, 92;2284-2290.
- [4]Waksman R. Local catheter-based intracoronary radiation therapy for restenosis. Am J Cardiol, 1996, 78:23-28.
- [5]Waksman R, Bhargava B, Chan RC, et al. Intracoronary radiation with gamma wire inhibits recurrent in-stent restenosis[J]. Cardiovasc Radiat Med, 2001, 2(2):63-68.
- [6]King SB 3rd, Williams Do, Chougule P, et al. Endovascular beta-radiation to reduce restenosis after coronary balloon angioplasty; results of the beta energy restenosis trial (BERT). Circulation, 1998, 97:2025-2030.
- [7]Coen VL, Knook AH, Wardeh AJ, et al. Endovascular brachytherapy in coronary arteries: the Rotterdam experience [J]. Cardiovasc Radiat Med, 2000, 2(1):42-55.
- [8]Teirstein RS, Massulo V, Jani S, et al. Two-year follow-up after catheter-based radiotherapy to inhibit coronary restenosis. Circulation, 1999, 99:243-247.

VEGF 表达与微血管密度 在口腔鳞癌中的意义

李晓光 刘太生 高 静 石 亮 闫立勇 万光勇 朱玉莲

(泰安市中心医院口腔科, 山东 泰安 271000)

【摘要】 目的 研究血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)在口腔鳞癌中的表达,探讨其与临床病理、预后的关系。方法 采用 SABC 免疫组织化学染色方法检测 56 例口腔鳞癌中 VEGF 的表达和 MVD 记数,采用 SPSS 软件行统计分析。结果 51.8% 口腔鳞癌组织呈 VEGF 阳性表达。VEGF 表达阳性的口腔鳞癌组织 MVD 显著高于 VEGF 表达阴性者($P < 0.05$)。VEGF 表达与肿瘤的分化程度、淋巴结转移密切相关,而与肿瘤的临床分期无关。VEGF 阴性表达的病人术后 5 年生存率较阳性表达者高。结论 VEGF 是口腔鳞癌主要的新生血管诱导因子之一,可促进口腔鳞癌的血管生成,VEGF 可做为口腔鳞癌预后的一个有效指标,用于识别高危转移和不良预后者。

【关键词】 口腔鳞癌;血管内皮生长因子;肿瘤微血管密度;预后

肿瘤不仅通过肿瘤血管从宿主获得营养,而且还通过肿瘤血管向宿主输出大量恶性细胞,导致肿瘤不断生长和转移^[1]。肿瘤细胞能够合成多种血管活性物质,直接或间接地作用于血管内皮细胞,促进血管形成,其中血管内皮细胞生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF),也称血管渗透因子(vascular permeability factor, VPF)被认为是作用最强,特异性最高的调控因子,在许多肿瘤组织中均有较高水平的表达,且与肿瘤的生长、分化、复发和生存明显相关^[2,3]。病灶微血管密度(microvessel density, MVD)的变化可能是 VEGF 变化的结果。我们采用免疫组化技术评价 VEGF 在口腔鳞癌中的表达,并通过血管内皮细胞特异性抗原第 VIII 因子免疫染色对口腔鳞癌组织血管形成进行记数分析,以探讨 VEGF 在口腔鳞癌发生发展及血管形成中的意义。

材料与方法

1 临床资料及切片制备

选择 56 例口腔癌组织手术切除标本蜡块,患者年龄 34 ~ 76(均 56.8)岁,男 34 例,女 22 例,2001 年 12 月 31 日为终访日期,最短随访 5 年或死亡。53 例有完整的复查及随访资料,3 例失访。颈部淋巴结转移与否以术后病理检查结果为准。

所有病人术前均未接受化疗或放疗,根据 TNM 国际统一分期法(UICC)进行临床分期, I 期 7 例, II 期 16 例, III 期 20 例, IV 期 13 例。组织学分级为 1 级 18 例, 2 级 28 例, 3 级 10 例。其中舌癌 19 例, 颊癌 15 例, 牙龈癌 13 例, 口底癌 4 例, 硬腭癌 5 例。蜡块制备 5 μ m 厚连续切片, 分别用抗 VEGF 单克隆抗体和 VIII 因子相关抗原抗体进行免疫组织化学染色, 并做常规 HE 染色。

2 免疫组织化学染色

鼠抗人 VEGF 抗体由 Santa Cruz 公司提供, 鼠抗人 VIII 因子相关抗原抗体及 SABC 试剂盒为武汉博士德生物制品公司提供, 3,3-二氨基苯联胺(DAB)为 Sigma 公司产品, 染色方法参照试剂盒说明进行。分别用 1.5% 正常兔血清和 0.01mol/L PBS 液取代第一抗体作为替代对照和空白对照。

3 VEGF 的判断标准

肿瘤细胞内出现棕黄色颗粒为阳性, 按照 Volm 等^[4]的评判标准, 选染色均匀的癌间质区, 在 400 倍视野下, 以着色细胞占视野细胞总数的多少分级 0 级 3 级。0 级: 0; 1 级: < 25%; 2 级: 26% - 50%; 3 级: > 50%。0 级为阴性, 1 级以上为阳性。

4 微血管计数判断标准

按照 Weidner 等^[5]评判标准,计算肿瘤着色的毛细血管和微小血管,凡呈现棕色单个内皮细胞或内皮细胞群者作为一个血管计数,计数方法为每张染色切片选择3个血管最多的癌间质区,在200倍视野下进行血管计数,每例标本分别计数5个视野,取其平均值。

5 统计学处理

应用 SPSS 软件进行数据处理,用卡方检验判断 VEGF 表达与各临床病理因素、临床分期期间的关系及5年生存率差异,VEGF 与 MVD 关系采用 t 检验、生存曲线应用 Kaplan - Meier 法计算并作时序检验。P < 0.05 具有统计学意义。

实验结果

1 VEGF 的表达

56例口腔鳞癌组织中,有29例 VEGF 染色呈阳性,阳性率为51.8%。VEGF 主要表达于癌细胞浆或细胞膜(图1),强阳性染色的瘤细胞多位于浸润前缘。在癌组织中,VEGF 阳性物质主要位于癌细胞的胞膜或胞浆,而且肿瘤组织的周边细胞染色要强于中心组织。变性坏死癌组织周边 VEGF 染色较强。

2 MVD:在口腔鳞癌中每三个高倍镜($\times 200$)视野平均微血管计数为 34.7 ± 7.6 (19 ~ 51) 以 MVD 平均值分为高(35 ~ 51)、低(19 ~ 34)两组进行分析,见表1。染色的微血管通常位于癌巢间的基质,而在肿瘤侵袭的边缘最突出(图2)。

表1 VIII因子染色 MVD 计数情况(个/200倍视野)

	$\bar{x} \pm s$	Mini	Max
MVD	34.7 ± 7.6	19	51

3 VEGF 表达与口腔鳞癌临床病理因素的关系

由表2可以看出分化程度不同的肿瘤中,其 VEGF 表达有着明显差别,分化程度越低肿瘤中 VEGF 表达越高;发生淋巴结转移病人的 VEGF 表

达阳性率均高于无转移者。但是未显示与肿瘤的大小有关。未见 VEGF 表达与临床分期明显相关(P > 0.05)。

表2 VEGF 表达与临床病理因素的关系

病理因素	例数	VEGF			
		阳性	阴性	χ^2 值	P 值
病理分级					
I	18	5	13		
II	28	17	11		
III	10	7	3	6.12	< 0.05 [△]
淋巴结转移					
阳性	25	17	8		
阴性	31	12	19	4.76	< 0.05
肿瘤大小					
< 4cm	35	16	19		
> 4cm	21	13	8	1.38	> 0.05
TNM 分期					
I	7	3	4		
II	16	7	9		
III	20	11	9		
IV	13	8	5	1.08	> 0.05 ^{△△}
生存期					
< 5年	22	16	6		
> 5年	31	12	19	5.98	< 0.05

注:△ II级、III级组与 I级组比较,△△ III、IV期组与 I、II期组比较

53例接受根治性手术的病人5年总体生存率为58.5%(31/53),VEGF 表达阳性口腔鳞癌病人5年生存率42.9%(12/28),表达阴性者76.0%(19/25),经 X² 检验 VEGF 阳性者病人5年生存率较阴性者有明显差异(p < 0.05)。56例病人术后 Kaplan - Meier 生存率曲线经时序检验有显著差异(p < 0.05),(图)。

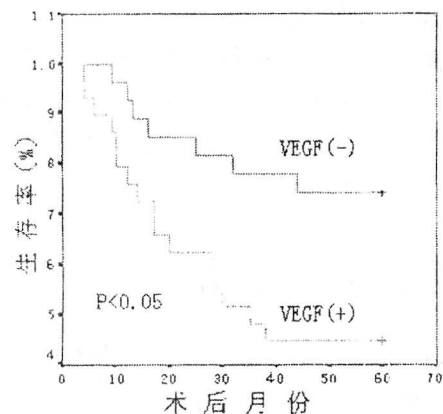


图 VEGF 阳性、阴性者生存率比较

4 VEGF 表达和口腔鳞癌组织微血管密度的关系

肿瘤组织内的血管被染成棕褐色,清晰可见。癌组织变性坏死区内血管稀疏。VEGF表达阳性口腔癌组织的血管计数($\bar{x} = 39.4, n = 29, s = 4.1$)显著高于VEGF表达阴性口腔癌的血管计数($\bar{x} = 29.3, n = 27, s = 4.2$)而且随VEGF表达强度的增强,癌组织内血管密度明显增加($p < 0.05$),见表3。

表3 VEGF的表达和口腔鳞癌组织微血管密度的关系

VEGF	例数	MVD值($\bar{x} \pm S$)	t值	P值
阳性	29	39.4 ± 4.1		
阴性	27	29.3 ± 4.2	2.91	< 0.05

讨论

血管形成(angiogenesis)与肿瘤的生长、侵袭和转移密切相关,许多文献报道MVD和VEGF在肿瘤中具有重要的预后意义^[6,7,8,9]。VEGF是目前已知的促血管形成的主要细胞因子。它是二硫键连接的糖蛋白二聚体,有同一N端而其它区域有差异的两条多肽链组成。人体细胞分泌4种VEGF多肽,分别有165、189、206、121个氨基酸残基组成^[10]。

VEGF广泛的表达于成纤维细胞、平滑肌细胞、内皮细胞及肿瘤细胞等多种细胞,但VEGF的受体(flt-1、flk-1)则仅表达于血管内皮细胞,因此它是一个特异作用于血管内皮细胞的因子。本研究结果证实,口腔鳞癌细胞也能分泌VEGF,其阳性表达率为51.8%。VEGF主要表达于癌细胞浆或细胞膜,正常的口腔组织未见VEGF表达的阳性染色,弱VEGF阳性染色见于某些血管内皮细胞。提示口腔鳞癌是以癌细胞为主表达VEGF的。从VEGF在口腔鳞癌组织中的表达分布看,VEGF的阳性表达在肿瘤组织边缘部分强度高于其中心部位,表明肿瘤边缘部分的瘤细胞生长旺盛,有更强的诱导新生血管形成的能力,于癌浸润前缘,微血管密度也较高,新生血管化程度活跃,显示了VEGF表达与新生血管化部位的一致性及其与浸润性生长的关系,这与恶性肿瘤的生长特性十分吻合。本研究发现,在口腔鳞癌组织中,VEGF的阳性率达51.8%,低分化组高达70%,其表达与肿瘤病理分级有关,但与肿瘤的临床分期无关,VEGF在早晚期口腔鳞癌的表达率无差异。这提示,在肿瘤发生、发展的整个过程都可能有

VEGF的分泌。本文对VEGF表达与颈淋巴结转移的关系进行分析,结果证明,VEGF阳性病例者颈淋巴结转移的机会大于VEGF阴性者,VEGF表达与颈淋巴结转移呈正相关关系。VEGF使血管的形成增加,出现大量结构和功能异常的肿瘤血管,这类新生血管管壁不完整,缺乏基膜,同时VEGF是已知最强的血管渗透剂,能增加微血管特别是毛细血管后静脉和小静脉的渗透性。癌灶区的血管通透性增加,但又缺乏有效的淋巴循环,造成大量的瘤内及瘤周间质水肿,这不仅使组织间隙变宽和开放,而且大量组织间液在回流过程中引导瘤细胞沿着组织间隙向毛细淋巴管方向运动,最后随组织液一起进入到毛细淋巴管,最终导致淋巴道转移。国内蒋晓山等^[11]在对70例原发乳腺癌组织VEGF与淋巴结转移关系研究中,通过等级分布检验,也证明了VEGF在淋巴结转移方面的作用。肿瘤欲转移,就必须突破一系列屏障,产生并应答数种生长因子和细胞因子,如VEGF,生成新的微血管。VEGF通过直接或间接的作用诱导血管的生成,同时VEGF又是一种VPF,其改变新生血管的通透性。生成具有高度通透性的新生血管是肿瘤转移的必需步骤。为研究早期舌鳞癌中肿瘤血管生成和预后的关系,Shpitzer等^[12]将早期舌癌分成两组,进行回顾性研究,结果发现,颈淋巴结转移组舌鳞癌新生血管数高于无颈淋巴结转移组。这些证据提示,VEGF诱导的血管生成在舌癌转移过程中起重要作用,我们认为,VEGF在新生血管的作用中,更重要的是改变血管通透性,为肿瘤的转移提供了必要条件。

本组资料显示,VEGF阳性口腔鳞癌病人的预后明显较VEGF阴性者差。原因可能为口腔鳞癌组织分泌VEGF诱导血管形成,并增加血管的通透性,促进肿瘤的生长和转移,从而影响生存率。由Kaplan - Meier生存率曲线可以看到,VEGF阳性表达与口腔鳞癌患者的预后关系密切,VEGF阳性者的5年生存率明显低于VEGF阴性者。因而,VEGF表达程度反映口腔鳞癌的生物特性,是一个有意义的预后指标。有可能将VEGF表达状态和其他预后因子结合起来,以判断有较高恶性和转移危险的病例,并对手术后选择辅助治疗提供指导。大多数学者认为VEGF的表达与MVD的大小有明显的相关性。我们的研究表明VEGF

高表达者,其MVD值显著增加。二者间存在着明显的正相关性,说明在肿瘤血管形成中,VEGF有着较强的促血管形成作用,是重要的血管形成因子之一。

【参考文献】

- [1] Kohn EC, Liotta LA. Molecular insights into cancer invasion: strategies for prevention [J]. *Cancer Res*, 1995, 55(9):1856 ~ 1862.
- [2] Eisma RJ, Spiro JD, Krentzer DL. Vascular endothelial growth factor expression in head and neck squamous cell carcinoma. *Am J Surg*, 1997, 174:513 ~ 517.
- [3] Denhart BC, Guidi AJ, Tognazzi K, et al. Vascular permeability factor (vascular endothelial growth factor) and its receptor in oral and laryngeal squamous cell carcinoma and dysplasia. *Lab Invest*, 1997, 77:659 ~ 664.
- [4] Vlom M, Koomagi R, Mattren J. Prognostic value of vascular endothelial growth and its receptor Flt-1 in squamous cell lung cancer. *Int. J Cancer*, 1997, 74:64.
- [5] Weidner N, Joseph P, William R, et al. Tumor angiogenesis and metastasis - correlation in invasive breast carcinoma. *New Engl J Med*, 1991, 324(1):1 ~ 8.
- [6] Fujieda S, Sunaga H, Tsuzuki H, et al. Expression of platelet-derived endothelial cell growth factor in oral and oropharyngeal carcinoma. *Clin Cancer Res*, 1998, 4:1 583 ~ 1590.
- [7] Igarashi M, Dhar DK, Kubota H, et al. The prognostic significance of microvessel density and thymidine phosphorylase expression in squamous cell carcinoma of the esophagus. *Cancer*, 1998, 82:1225 ~ 1232.
- [8] Shibusa T, Shijubo N, Abe S. Tumor angiogenesis and vascular endothelial growth factor expression in stage I lung adenocarcinoma. *Clin Cancer Res*, 1998, 4:1483 ~ 1487.
- [9] MacConmara M, O'Hanlon DM, Kiely MJ, et al. An evaluation of the prognostic significance of vascular endothelial growth factor in node positive primary breast carcinoma. *Int J Oncol*. 2002 Apr; 20(4):717 ~ 21.
- [10] Devorak HF, Brown LF, Detmar M, et al. Vascular permeability factor (vascular endothelial growth factor): Microvascular hyperpermeability and angiogenesis. *Am J Pathol*, 1995, 146(3):1029 ~ 1032.
- [11] 蒋晓山, 黄信孚, 李吉友, 等. 乳腺癌血管生成与淋巴结转移的关系. *中华外科杂志*, 1997, 35(10):583 ~ 585.
- [12] Shpitzer T, Chaimoff M, Gal G, et al. Tumour angiogenesis as a prognostic factor in early oral tongue cancer [J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996, 122(8):865 ~ 868.

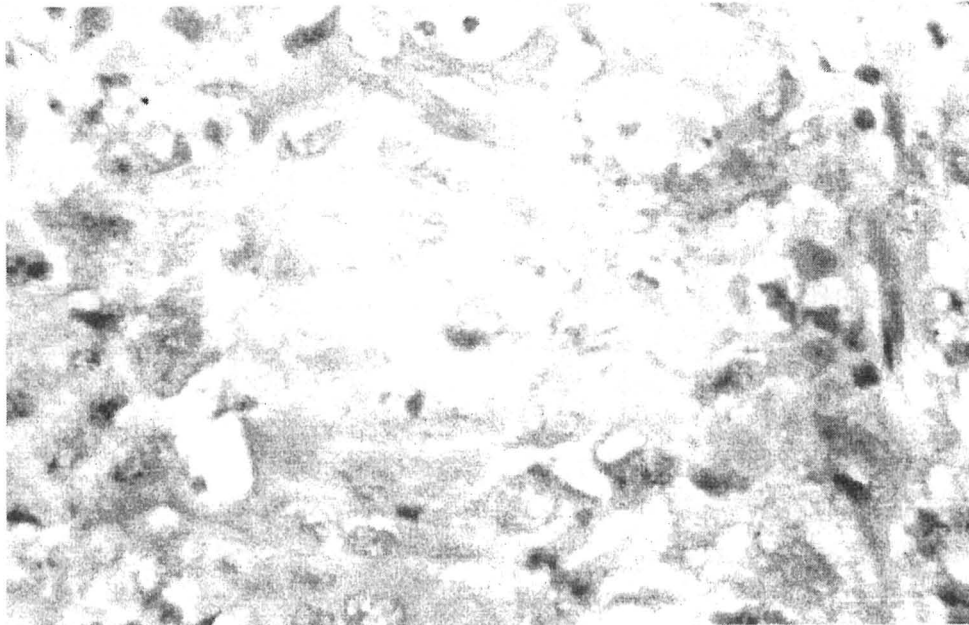


图1 VEGF阳性细胞浆内含有棕色颗粒(免疫组化DAB染色×400)

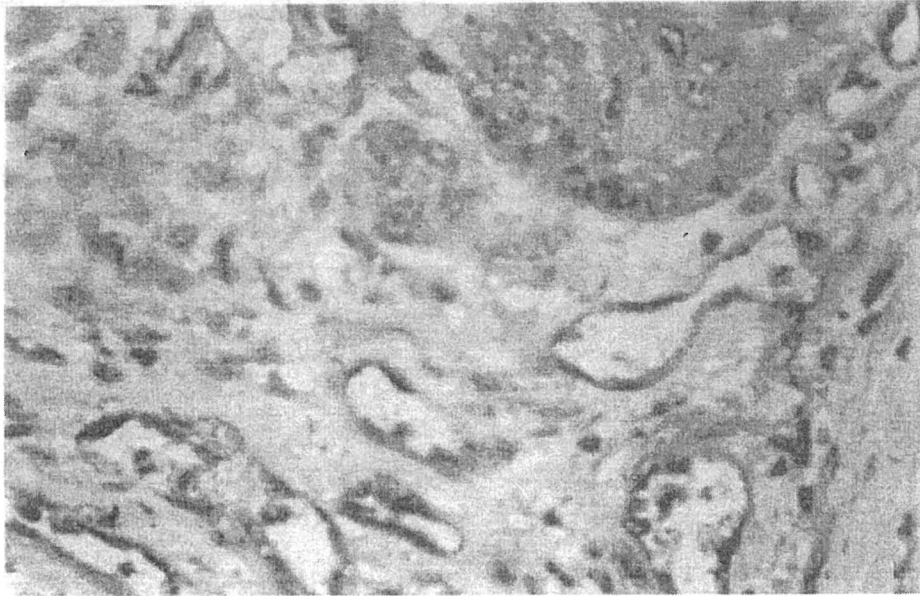


图2 口腔鳞癌组织中血管内皮细胞染色呈棕色(凝血Ⅷ因子染色×400)

对 SysmexCA - 6000 测定凝血指标的评价及临床应用

李春伟 杨 艳 刘淑延

【摘要】 目的 对 SysmexCA - 6000 全自动凝血仪测定凝血指标作一评价 方法 利用凝固法测定凝血指标,对本标放置时间、溶血、脂血、黄疸等影响因素进行观察 结果 标本放置 3 - 7h 无影响,重度溶血、中度黄疸、中度脂血、冷冻/藏标本 3d 后对测定结果影响明显 结论 应避免溶血、脂血、黄疸等,标本放置 3 - 7h 无影响,冷冻/藏标本 3d 后影响明显。

【关键词】 凝血仪;凝血指标;标本放置时间/方式;溶血;脂血;黄疸

我们对 SysmexCA - 6000 全自动凝血仪测定凝血指标的测定进行了观察,并对标本放置时间、溶血、脂血、黄疸等影响因素进行观察,以利于临床对凝血指标检测工作的开展,现报告如下:

1 标本来源:

1.1 均为我院临床检测标本共 55 份,男 35 份,女 25 份,年龄 5 - 80 岁,为术前准备和用药治疗患者,均采用 109mmolL^{-1} 枸橼酸钠以 1:9 比例

防凝。

1.2 仪器与试剂:

1.2.1 仪器 SysmexCA - 6000 全自动凝血仪 由日本东亚株式会社提供

1.2.2 试剂 由日本 Dade 公司提供

1.2.3 方法 PT、APTT、TT 均采用血浆凝固法, Fbg 采用 von Clauss 法去测定。

2 测定

2.1 重复性及稳定性实验 我们收集 20 人份无溶血、脂血、黄疸的混和血浆连续测定 10 次,以观察仪器的重复性,结果见表 1。将另一混和血浆分成三份,密封冷藏保存,连续测定 3d 共 10 次,以观察仪器的稳定性,结果见表 2。

表 1:日内重复性实验

	n	x	s	CV%
PT s	10	10.96	0	0
APTT s	10	24.52	0	0
TT s	10	16.83	0.66	0.12
Fbg gL ⁻¹	10	3.51	0.0916	0.11

表 2:日间重复性实验

	n	x	s	CV%
PT s	10	11.8	0.19	1.6
APTT s	10	30.5	1.37	4.5
TT s	10	18.8	1.44	7.7
Fbg gL ⁻¹	10	2.253	0.0778	3.5

由表中看出,日内和日间重复性实验良好,均符合仪器测定和临床实验的要求。

2.2 干扰实验:我们对溶血、脂血、黄疸等对凝血指标的影响进行了观察,发现轻度脂血对结果影响不大,中度脂血可影响测定结果,尤其对 APTT 的影响较大,在溶栓治疗的病人应避免。黄疸的影响:当胆红素 <30 μmolL^{-1} 时影响不大,当胆红素 >50 μmolL^{-1} 时对结果有影响,当胆红素 >80 μmolL^{-1} 时对结果有明显的影 响,当胆红素 >175 μmolL^{-1} 时可使 PT 延长一倍以上,而对 APTT、TT、Fbg 的影响不大。溶血的影响见表 3。

表 3:溶血对实验的影响

	原浆	14.5	29	43.5	58	72.5	87	101.5	145
	Hb	g ⁻¹	g ⁻¹	g ⁻¹	g ⁻¹	g ⁻¹	g ⁻¹	g ⁻¹	g ⁻¹
PT s	11.1	11.4	11.5	11.4	11.3	11.4	***	***	***
APTT s	25.4	26.3	27.0	27.5	28.9	29.7	31.5	33.6	***
TT s	16.3	16.8	73.8	21.8	16.3	17.2	10.9	8.1	7.3
Fbg gL ⁻¹	3.466	3.466	3.311	***	3.250	***	3.37	2.675	***

由表中可以看出,溶血对测定结果均有明显的影响。随血红蛋白(Hb)含量的增加,PT、APTT 结果也随之延长,对 APTT 的影响较为明显;溶血可使 TT 测定结果迅速增加,当 Hb 达到 29g⁻¹ 时,TT 值为原浆的 4.5 倍以上,为 73.8s,而后随 Hb 的增加 TT 测定结果也随之下降,至 Hb101.

5g⁻¹ 时,TT 值仅为原浆的一半。溶血对 Fbg 的影响相对较小,当 Hb > 60g⁻¹ 时不易测出。因此应避免溶血、脂血、黄疸等的影响。对重度黄疸的标本应稀释 2 倍以上进行测定,结果乘以稀释倍数即可。

2.3 标本放置时间及方式对结果的影响:我们对 55 份血浆标本放置室温 3-7h、20 份血浆标本分别冷藏或冷冻(密封)10d,每天测定一次。结果:55 份血浆标本在室温下放置 3-7h 对结果无影响,PT t=0.35 百分活动度 t=0.063 R 值 t=0.143 国际化标准值 INR t=0.039。APTT t=0.384 Fbg t=0.21 TT t=0.792 p<0.05。冷藏或冷冻 3d,PT、APTT 明显延长,而对 Fbg、TT 的影响不明显,4d 以后 PT、APTT 延伸更加明显。Fbg TT 随冷藏放置延长结果明显降低,而冷冻放置时影响较小。见表:

表 1

冷藏天数	1-3d	4-10d
PT s	11.4...12.4	12.4...16.6
APTT s	26.2...28.5	28.5...66.5
Fbg gL ⁻¹	3.5...3.53	3.35...2.877
TT s	17.6...18.8	16.8...16.1

表 2:

冷藏天数	1-3d	4-10d
PT s	11.4...12.2	12.9...13.0
APTT s	25.2...28.3	26.5...35.9
Fbg gL ⁻¹	3.2...2.5	2.5...3.2
TT s	17.3...18.8	17.8...18.1

由上表可知冷冻保存较冷藏保存随有一定的优越性,但不同的储存方式对结果仍有不同程度的影响:

2.4 线性良好 本仪器可自动稀释制备曲线,线性良好。PT $\text{LogP} = a\text{LogT} + b$ $r = 0.995$
 $a = -1.679$ $b = 3.745$, Fbg $\text{LogP} = a\text{Log} + b$ $r = -1.0$ $a = -1.116$ $b = 1.454$ 。

2.5 FDP、D-dimer 对结果的影响 有资料证明,在溶栓治疗病人中,随 FDP、D-dimer 含量的增加,PT、APTT 结果反而降低,说明 FDP、D-dimer 的存在,作为异物可以激活凝血系统。故此,对溶栓病人应严密检测各项凝血指标。在我们的检测中也 FDP、D-dimer 发现,溶栓病人的

FDP、D - dimer 明显增加时,即使用抗凝剂,PT、APTT 结果不延长反而缩短,这可能与栓子溶解重新暴露新创面激活了凝血系统有关,同时所产生的各种纤维蛋白降解产物作为异物可以激活凝血系统。

2.6 某些药物对凝血的影响

现已发现青霉素可明显影响 PT、APTT 结果的测定。某些胃肠动力性药物也是有协同抗凝作用的检测中应予以关注。

2.7 SysmexCA - 6000 与 QuadraTeKIV 对结果的测定的比较

我们虽机选择了 52 份临床检测血浆标本,同时在 CA - 6000 全自动凝血仪和美国生产的 QuadraTeDIV 型半自动凝血仪上进行测定(各用各自厂家提供的配套试剂),经配对 t 检验结果:PT $t=2.94$ $P>0.01$;INR $t=2.735$ $P>0.01$;APTT $t=7.276$ $p>0.01$;Fbg $t=1.59$ $p<0.05$;TT $t=1.67$ $P<0.05$ 。由此看出:各家试剂不同、仪器不同,测定的结果也有明显差异,因此,对于不同仪器、不同试剂应进行相应参考值的测定,并于报告中注明,以免造成临床的误诊。

而 Fbg 测,在不同仪器应用不同试剂时测定结果近于类似(均采用 Von Clauss 法),说明本方法具有良好的可比性,因为 Von Clauss 法是测定具有凝血功能的纤维蛋白原,而对于 PT - der 法(凝血酶原时间衍生法),仅是根据 PT 时间进行推算而得,尤其在 Fbg 高值或低值时,推算值偏离较大,易造成临床误诊。PT - der 法不能真实反映病人体内真正具有凝血功能的纤维蛋白原的水平,应避免使用。

3 讨论:随着现代医学的深入和发展,以及人们对止血机制认识的不断深入,对止血指标的检测,已成为临床诊断治疗必不可少的项目。随着仪器自动化的发展,检测技术的进步,已使止血指标的检测越来越方便、快捷,SysmexCA - 6000 全自动凝血仪就适应了这种时代的发展。

我们在使用 SysmexCA - 6000 全自动凝血仪中,对本仪器的性能及其影响因素作了叙全面的讨论,它不仅具有自动设置标准曲线,而且对于 Fbg 异常值具有自动稀释的功能,使检测结果更加准确、方便、显求了其极大的优越性。

3.1 重复性精良:我们随机选择无溶血、黄

疸、脂血的混合血浆,连续测定 10 次,结果 PT、APTT CV0%,TT CV0.12%,Fbg CV0.11%。重得性精良。

3.2 稳定性良好:我们将上述混合血浆分作 10 份,连测 3d,结果:PT CV1.6%,APTT CV4.5%,TT CV7.7%,Fbg CV3.5%,均为明显低于仪器要求的 CV 值。

3.3 抗干扰能力强:我们对溶血、黄疸、脂血标本进行观察,当胆红素 $<30\mu\text{molL}^{-1}$ 时,对上述指标的影响无影响,当胆红素 $>50\mu\text{molL}^{-1}$ 时,对上述指标的影响不显著,当胆红素 $>80\mu\text{molL}^{-1}$ 时,可使 PT 时间明显延长,当胆红素 $>175\mu\text{molL}^{-1}$ 时,PT 时间延长一倍,但对 APTT、Fbg、TT 影响不显著。脂血的影响:轻度脂血影响不大,重度脂血时对 TT、Fbg 相对较小,但对 PT、APTT 影响较大,因此应空腹采血检测。溶血标本严重影响 PT、APTT、TT 的测定结果,当 Hb 50gL^{-1} 时,随 Hb 含量的增加,上述结果也随之增加,而对 Fbg 的测定影响不大,当 Hb $>29\text{gL}^{-1}$ 时,TT 值为原血浆的 4 倍以上。当 Hb $>50\text{gL}^{-1}$ 时,随 Hb 含量的增加,PT、APTT 测得值也随之延长,而 TT 值反之渐渐缩短,说明溶血对止血指标的影响较大且较为复杂,应避免溶血。

3.4 标本放置时间的影响:我们发现在室温下放置 3 - 7h 对结果测定无影响 $P<0.05$,冷藏或冷冻放置 3d 时除对 Fbg、TT 测定结果差异不明显外,对 PT、APTT 有明显的影响,说明即使在冷冻状态下保存标本,凝血因子的贮存的时间也不会太长。

3.5 FDP、D - dimer 的影响:当 FDP、D - dimer 增加时可使凝血指标 PT、APTT 缩短,这可能与溶栓后新暴露的创面激活凝血系统有关。我们检测结果也证实了这一点。溶栓后即时给以足量的肝素抗凝是非常必要的。

3.6 与 QuadraTeKIV 半自动凝血仪的比较:我们对 52 份标本,发现除 TT、Fbg 测定结果无差异外($P<0.05$),PT、APTT 测定的结果有明显的差异($P>0.01$),尤以 APTT 明显($t>7.276$),说明不同仪器、不同试剂间存在较大差异。因此,在使用不同仪器和剂时应建立自己的实验参考值,并在检测报告中注明其参考范围,以防止不同仪器和试剂时应建立自己的实验参考值,并在检测报告中注明其参考范围,以防止不同仪器和试剂间的

差异给临床诊断和治疗带来不必要的麻烦。

总之, SysmexCA-6000 全自动血凝仪具有重

复性、稳定性精良、抗干扰能力强的特点, 非常适用于临床。

比索洛尔对阵旧心肌梗塞合并心力衰竭的临床研究

颜东¹ 王咏梅¹ 苗洁² 杜波¹

(1. 泰安市中心医院心血管内科; 2. 泰安市生力源集团卫生所, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 观察比索洛尔对陈旧心肌梗塞合并心力衰竭的疗效。方法 观察 30 例陈旧心梗合并心衰的患者服用比索洛尔治疗半年前后心率、LVd、LVEF 的变化, 并与 26 例常规治疗者做比较。结果 比索洛尔组心悸、LVEF 有显著改善。结论 加用比索洛尔可以改善陈旧心梗合并心衰患者的预后。

[关键词] 陈旧心梗合并心衰; 比索洛尔; 心率; LVD; LVEF

随着世界人口寿命的延长, 心力衰竭的发生率逐渐提高。其中, 冠心病、心肌梗塞是心力衰竭的主要原因之一。以往心力衰竭的“强心、利尿、扩张血管”的治疗观念已被循证医学的实践所逐渐摒弃, 而转为使用神经内分泌拮抗剂加利利尿剂的治疗策略。本文就使用第二代高度选择性 β_1 受体阻滞剂比索洛尔对患者进行治疗观察, 评价其对冠心病、陈旧心梗合并心力衰竭的疗效。

1 对象和方法

1.1 对象 选择 56 例陈旧心梗合并心衰的患者, 心功能根据 NYHA 心功能标准进行分级。经相关检查排除急性心梗、瓣膜病、特发性心肌病、心动过缓、房室传导阻滞等疾病。56 例患者随机分配为两组(A 和 B)。A 组 30 例, 其中, 男 16 例、女 14 例, 年龄 47~65 岁, 平均 58.2 ± 11.0 岁, B 组 26 例, 其中, 男性 14 例、女性 12 例, 年龄 48~66 岁, 平均 57.3 ± 10.5 岁。

1.2 方法 所有患者均于观察前常规检测血糖、血脂、动态心电图, 用二维超声心动图左室长轴切面测量左室舒张末期内径(LVd), 以修正的 simpson 法测量左室射血分数(LVEF), 所有患者均记录活动后胸闷、下肢浮肿、肝肿大、肺部音情况。

1.3 观察与随访 所有患者均在 ACEI、地

戈辛和(或)利尿剂治疗 1 周的基础上进入试验。其中 A 组加用比索洛尔(商品名博苏, 北京四环制药厂生产), 起始剂量 1.25mg, 每日一次, 每周增加 1.25mg, 每日一次, 至最大剂量 10mg, 每日一次或患者不能耐受的剂量(心室率 < 55 次/分)。每 3 月随访一次, 如果心功能恶化, 随时就诊。一般不停用或减量博苏用量, 而是调整 ACEI、地戈辛和利尿剂剂量。随访时间为半年, B 组维持原治疗方案。随访结束时再次复查血脂、血糖、动态心电图、心脏彩超。记录活动后胸闷、下肢浮肿、肝肿大、肺部啰音情况, 并重新进行心功能分级。

1.4 统计学处理 计量资料均以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 统计学方法采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 心衰症状及心功能分级改善情况, 见表 1。

表 1 两组治疗前后的观察指标变化

	A 组		B 组	
	前	后	前	后
心悸 **	22	5	20	10
活动后胸闷 *	27	8	25	12
下肢浮中 *	23	13	22	12
肝肿大 *	15	2	13	5
肺部啰音 *	25	7	22	8
心功能 *	2.1	3.2	2.4	2.8

* $P > 0.05$ ** $P < 0.05$

两组于试验前比较,上述指标无明显差异。但在随访结束时,两组上述指标均有明显改善。其心悸症状,A组较B组改善明显。差异有显著性($P < 0.05$),其余指标,A组均较B组有改善,但差异无显著性。

2.2 超声心动图及动态心动图指标 改变 两组于试验前,上述指标对比无显著差异。但在

随访结束后,两组上述指标均有所改善,差异有显著性($P < 0.05$)。其中平均心率,最高心率,最低心率,A组较B组减少明显,差异有显著性($P < 0.01$);LVd,A组较B组缩小,但差异无显著性;LVEF,A组较B组增加,差异有显著性($P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后心率、心脏彩超的变化

	A组		B组	
	前	后	前	后
平均心率*(次/分)	88.40 ± 16.00	70.44 ± 9.50	86.50 ± 14.20	80.00 ± 13.60
最高心率*(次/分)	135.35 ± 30.33	120.20 ± 20.40	136.40 ± 28.30	128.20 ± 25.20
最低心率*(次/分)	70.05 ± 12.8	60.12 ± 8.02	74.20 ± 20.50	67.46 ± 17.56
LVd***(mm)	65.88 ± 9.05	58.86 ± 3.56	64.78 ± 12.20	61.56 ± 13.00
-LVEF***(%)	0.30 ± 0.20	0.42 ± 0.15	0.31 ± 3.0	0.35 ± 4.0

其中** $P < 0.01$ ** $P > 0.05$ *** $0.01 < P < 0.05$

2.3 不良反应及随访情况 A组有1例心功能持续不改善,于随访2月时死亡。B组有2例分别与随访3、5月时发生猝死。2例因心功能持续不改善,于随访3月时死亡。其余患者于随访结束时,复查血脂、血糖均较试验前无明显改变,长期服药均能耐受。

3 讨论

3.1 β 受体阻滞剂可以改善心梗合并心衰患者的生存质量。本研究结果示,比索洛尔组患者的活动后胸闷、心悸症状明显改善。其机制与其阻滞 β 受体、调节冠脉张力、改善冠脉血流、减少心肌氧耗有关。

3.2 β 受体阻滞剂—比索洛尔可以降低心衰患者的猝死^[2],其具体机制目前尚不清,推测可能与其增加人体 β 受体数量,增加腺苷酸环化酶激活程度,在肾上腺信号链的许多水平上引起有利于改善心脏功能的改变^[3]。也有证据表明,其有益作用于心室动脉耦联的改善,左心室最大收缩末压和动脉的弹性下降,从而降低了后负荷。本人研究结果示,患者(服用比索洛尔组)心室率下

降,与对照组有显著差异。LVd改善程度虽与对照组相比无显著差异,但LVEF改善有显著差异,LVEF越低,恶性心律失常的发生率越高,猝死的可能性越大。故比索洛尔预防猝死的效果较对照组好。

3.3 有关比索洛尔的安全耐受性的文章较多,但关于国产比索洛尔(博苏)的临床研究较少。本文通过近半年的安全耐受研究表明博苏的服药依从性较好,可以推广使用。

[参考文献]

[1] The Metoprolol in pilated lardiomyopathy (MDC). Trial study Group. 3-year follow-up of patients randomised in the Metoprolol in Dilated Cardiomyopathy Trial lancet 1998,351:1180 ~ 81.

[2] CIBIS investigators and committees A randomized trial of β -blocker in heart failure: the Cardial insufficiency Bisoprolol study (CIBIS) circulation 1994,90:1765 ~ 73.

[3] Lechat P, Escolano JI, et al on behalf of CIBIS investigators. Prognostic value of bisoprolol - induced hemody - namic effect in heart failure during the cardiac insufficiency Bisoprolol study circulation 1997, 96:2197 ~ 205.

缬沙坦治疗轻-中度原发性高血压病 86 例临床观察

宋兆峰 陈东育 王凤珍 陈敏 杜波

(泰安市中心医院心内科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 观察缬沙坦对轻-中度原发性高血压病的降压疗效及耐受性。方法 选择轻-中度原发性高血压病人 86 例, 给予缬沙坦 80mg, 一天一次, 共 8 周。服药后第 4 周若患者舒张压仍高于 90mmHg 则加用双氢克尿噻 12.5mg, 一天一次, 至第 8 周。结果 用缬沙坦治疗 2 周后, 患者舒张压、收缩压均显著下降 ($P < 0.01$), 至第 8 周降压幅度最显著 ($P < 0.001$)。患者无严重不良反应出现。结论 应用缬沙坦 80mg, 一天一次, 能显著降低高血压患者的血压, 且耐受性良好。

[关键词] 缬沙坦; 高血压病

缬沙坦 (Valsartan) 为一种新型口服有效的特异性血管紧张素 II (Ang- II) 受体拮抗剂^[1], 是近年众多重要创新心血管药物之一。研究证实能够有效平稳地降低血压^[2]。该药已于 1998 年在我院临床应用。本研究旨在进一步论证其降压疗效, 并观察其安全性及耐受性。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 86 例轻-中度原发性高血压病患者, 其中男 50 例, 女 36 例, 年龄 40~72 (平均 54.3 ± 2.1) 岁, 病程 5~32 (平均 14.2 ± 2.5) 年。入选标准为缬沙坦治疗前舒张压 $> 90\text{mmHg}$ 且 $< 120\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg} = 0.133\text{kPa}$)。排除标准为: 3 个月内的冠心病或心肌梗塞病史; II 度或 III 度房室传导阻滞; 恶性高血压; 严重肝、肾、胃肠道疾病; 妊娠; 使用雌激素。

1.2 方法 所有患者在应用缬沙坦治疗前均经其同意停用任何降压药物 1 周, 然后给予缬沙坦 (商品名代文, 为诺华公司产品, 批号 sc0300) 80mg, 每日 1 次, 早晨服用。4 周后如果舒张压仍

$> 90\text{mmHg}$, 则加用双氢克尿噻 12.5mg, 每日 1 次。

在治疗开始前及开始后第 1-8 周的每周分别测量患者收缩压、舒张压、心率、体重, 并记录不良反映事件如体位性低血压、咳嗽、头痛、头晕等。在治疗前与治疗第 8 周时查血、尿常规及血生化。所有检查均在早晨服药前进行, 收缩压及舒张压的测量按 WHO 的标准 (坐位休息 5 分钟, 由同一名医师使用同一血压计测量血压三次, 取其平均值)。

1.3 统计学处理 采用 t 检验比较治疗前后血压变化。

2 结果

2.1 服药第 2 周与第 4 周时, 本组分别有 52 例 (60.5%)、67 例 (77.9%) 患者舒张压降至正常 ($< 90\text{mmHg}$)。19 例患者需要在第 4 周时加用双氢克尿噻, 加药后其中 14 例患者在第 8 周时舒张压降至正常, 另有 5 例舒张压仍未降至正常而需继续增加缬沙坦或双氢克尿噻用量。见表 1。

表 1 缬沙坦治疗轻-中度原发性高血压的临床观察 ($\bar{x} \pm s$)

	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	心率 (次/分)
治疗前 (n=86)	157.5 ± 13.3	99.2 ± 5.1	80.2 ± 6.8
服药 2 周时 (n=86)	147.5 ± 14.2*	90.8 ± 8.2*	78.4 ± 7.6
服药 4 周时 (n=86)	143.9 ± 15.9**	86.5 ± 7.9**	80.6 ± 8.8
服药 8 周时 (n=67)	140.4 ± 14.5**	82.6 ± 6.0**	82.4 ± 9.3

注: 与治疗前相比, * $P < 0.01$ ** $P < 0.001$

2.2 缬沙坦的降压效果分析:经缬沙坦治疗2周后,本组86例患者收缩压、舒张压均有显著下降,下降幅度分别为7.6和7.5mmHg。随着时间的延长,收缩压、舒张压进一步下降,至第8周降压幅度增大至15.5与13.8mmHg。见表2。

2.3 安全性与耐受性:(1)所有患者治疗前与治疗第8周时血、尿常规及血生化无显著变化,体重与心率亦无显著变化。(2)治疗过程中有6例患者发生头晕,2例发生头痛,3例出现咳嗽,皆为轻度,随用药延长而逐渐缓解。不良反应占全部患者的12.8%。(3)所有患者均无体位性低血压等严重不良反应出现。

表2 缬沙坦治疗期间血压变化值分析($\bar{x} \pm s$)

	Δ SBP(mmHg)	Δ DBP(mmHg)
服药2周时(n=86)	-7.6±11.4	-7.5±8.4
服药4周时(n=86)	-7.12.3±11.3	-10.1±8.2
服药8周时(n=67)	-15.5±14.2	-13.8±7.5

3 讨论

本研究证实,应用缬沙坦80mg,每日1次能有效降低轻—中度原发性高血压患者的收缩压及舒张压,在治疗过程中患者耐受性好。

缬沙坦的降压机理为其高度特异性阻断Ang-Ⅱ受体亚型AT₁,舒张血管平滑肌,同时抑制交感神经的活性,减少水钠潴留及抑制醛固酮的合成^[3]。据报道^[2],服缬沙坦80mg,每日1次,于用药2~4周出现最大的抗高血压疗效,本研究结果与之相似。另有文献报道^[4],缬沙坦的用量与抗

高血压疗效有量效依赖关系,在10mg~320mg的范围内,随缬沙坦剂量的增加,降压效果明显增加。

本组的不良反应发生率为12.8%,皆为轻度不良反应,随用药的延长而消失,此证明应用缬沙坦的安全性及耐受性好。文献报道^[5]缬沙坦的副作用还有水肿、腹泻、疲劳、恶心等,本文未观察到以上副作用,可能与本研究的样本较小,观察时间较短有关。在临床应用中还应注意观察有无以上副作用出现。

另外,本组中有19例需加双氢克尿噻治疗,有14例在第8周时舒张压降至正常,这证明缬沙坦与利尿剂联合用可以更加有效地降低单药治疗效果欠佳患者的血压。而且缬沙坦可以拮抗应用利尿剂所引起的肾素-血管紧张素-醛固酮系统的激活,减少了副作用的发生。因此,两药联合应用是高血压病的一种理想的治疗方法。

[参考文献]

- [1]Criscione L, Bradley WA, Buhlmayer P, et al. Valsartan: preclinical profile of an antihypertensive angiotensin II antagonist. Cardiovasc Drug Rev. 1995, 13: 230-250.
- [2]Neutel J, Weber M, Pool J, et al. Clin Ther. 1997, 19: 447-458.
- [3]陈修,陈维洲,曾贵云主编.心血管药理学.第2版.北京:人民卫生出版社,1997,260-264.
- [4]Pool J, Oparil S, Hendner T, et al. Dose-responsive antihypertensive efficacy Of valsartan, a new angiotensin II-receptor blocker. Clin Ther. 1998, 20: 1106-1113.
- [5]Hall J, Marbury T, Gray J. et al. Long term safety, tolerability and efficacy Of valsartan: results from One and two year trials. J clin Res. 1998, 1: 147-159.

·综述讲座·

脑卒中分型分期治疗

焦念宝 耿家贵 秦丽晨 陆寅 谢安木 孟庆莲 崔瑞廷
刘远林 苗素云 张新平 周广安 梁迎春 程晓静

(泰安市中心医院神经内科, 山东 泰安 271000)

(一)脑出血:

壳核出血:

部位:1.血肿扩展至外囊。2.血肿扩展至内囊前肢。3a.血肿扩展至内囊后肢。3b.血肿扩展至内囊后肢,破入脑室。4a.血肿扩展至内囊前、后肢。4b.血肿扩展至内囊前后肢,破入脑室。5.血肿扩展至内囊、丘脑。

容量:1.血肿量 $\leq 30\text{ml}$,脑干、脑池形态正常。采用内科疗法。2.血肿量 $> 30\text{ml}$,脑干、脑池受压,采用手术疗法。3.部位的“1”、“2”多采用钻孔穿刺。“3”、“4”、“5”多采用开颅清除。4.凡破入脑室,须脑室引流。

丘脑出血:

部位:1a.局限于丘脑。1b.局限于丘脑,破入脑室。2a.扩展至内囊。2b.扩展至内囊,破入脑室。3a.扩展至下丘脑或中脑。3b.扩展至下丘脑或中脑,破入脑室。

容量:1. $< 10\text{ml}$,内科疗法。2. $\geq 15\text{ml}$ 者,尤其症状呈进行性加重者,采用手术疗法,酌情选用钻孔或开颅。3.破入脑室者,用脑室引流。4. $\geq 30\text{ml}$ 者,且脑干无严重受压者可开颅清除。

脑叶(皮质下)出血:

1.容量 $< 10\text{ml}$,内科疗法。2. $> 30-50\text{ml}$,钻孔穿刺。3. $> 50\text{ml}$,开颅清除。

注:脑室受压者,为非内科疗法条件之一。

小脑出血:

1.容量 $< 10\text{ml}$,可试用内科疗法。2.伴破入脑室而严重积血者,脑室引流。3.因病灶邻近脑干,于恶化前多无先兆,故大多主张手术治疗。

脑干出血:

1.大多采用内科疗法。2.脑室积血者,用脑室引流。3. $> 5\text{ml}$ 可试行手术。

治疗原则:

1.内科治疗不能有效控制颅内压。2.脑损害征象急速加重。3.中线结构移位大于 0.5cm 者。均为考虑外科疗法条件之一。4.中线结构移位大于 1cm 者,为手术指征。5.去脑强直、双侧瞳孔散大,光反应消失,深昏迷。6.主要脏器功能严重损害者。7.难以纠正的严重代谢紊乱。8.高龄及长年久病者。在选手术疗法时,均系需要慎重考虑的重要因素。

病程治疗原则:

1.急性期(1—1.5个月):(1)清除脑占位病灶。(2)控制脑水肿。(3)调控血压。(4)防治感染。

2.恢复期(1.5—6个月):(1)改善脑灌流和脑营养。(2)康复治疗。

3.后遗症期(6个月左右):(1)预防再次发病。(2)康复治疗。

(二)蛛网膜下腔出血:

影像学标准分型(以五天内的CT为准):

1.无出血可见。

2.可见部分蛛网膜下腔有弥漫薄层出血(1cm)。

3.可见蛛网膜下腔有较厚(1cm 以上)出血或局限性血肿。

4.伴脑实质或脑室内积血。

临床:

1.约半数“3”型者具脑血管痉挛。

2.“1”、“2”、“4”型少有脑血管痉挛。

3.“4”型常有脑积水。在病情允许下,应尽早进行脑血管造影。

动脉瘤:

临床分级:

1.无症状者,末次出血后完全恢复。

2.神志清,头痛,无神经局限体征。

3.昏睡或清醒,头痛,项硬,无或有神经局限体征。

4.神志不清或反应迟钝,有神经局限体征。

5.去大脑强直,对刺激无反应。

治疗:

1.“1”、“2”级者手术耐受性较好,疗效亦佳,应早期手术。

2.“3”、“4”级者大多伴有明显脑水肿或脑血管痉挛,须缓解后再手术,如病情恶化,如出血血肿等,应紧急手术。

3.“5”级者不宜手术。

动静脉畸形:

按部位分:

1.浅表型:分布于软脑膜及皮质。

2.深部型:分布于皮质下白质。

3.髓质型:主要分布在髓质动或静脉。

4.旁中央型:分布于基底节、脑室、胼胝体、脑干和小脑。

5.多发型:弥散性分布。

按强化后 CT 体积分:

基本采用手术,微创手术或介入治疗。

1.小型:直径小于 2cm,体积小于 1.2ml。

2.中型:直径在 2—4cm 间,体积在 4.2—33.5ml 间。

3.大型:直径大于 4cm,体积大于 33.5ml。

治疗:

内科疗法:

1.3 天内可试用纤维蛋白酶抑制剂,阻止血凝块被溶解,防止再出血。

2.维持平时血压的 2/3,必须缓慢降压。

3.严格控制脑水肿和脑血管痉挛。

4.保证 CSF 正常循环。

5.绝对卧床休息,不得小于 4 周。

(三)脑梗死

类型:

1.全前循环梗死(TACI):由 MCA 近段主干或少数由颈内动脉虹吸部阻塞所致。临床表现高级神经活动障碍和三偏征。

2.部分前循环梗死(PACI):由 MCA 远段主干或各级分支或 ACA 或其分支阻塞所致。临床表现三偏征之二,或仅有高级神经活动障碍。

3.后循环梗死(POCI):由椎、基底动脉及分支阻塞所致。临床表现各种脑干和(或)小脑综合征。

4.腔隙性梗死(LACI):由基底节区或桥脑的小穿通动脉病变阻塞所致。

CT 分型:以所见病灶面积为准:

1.大梗死:超过一个脑叶,或最大径在 5cm 以上;

2.中梗死:小于一个脑叶,或最大径为 3.1—5cm;

3.小梗死:最大径为 1.6—3cm。

4.腔隙性梗死:最大径在 1.5cm 以下;

5.多发性腔隙性梗死:有多个腔隙性病灶。

治疗:以 CT 分型为主,结合血管解剖定位。

1.“1”或部分“2”者,控制脑水肿,必要时可考虑手术减压。

2.部分“2”较重的 POCI 和“3”,在时间窗内可考虑溶栓疗法,重点控制脑水肿。

3.较局限的 PACI、较轻的 POCI,以改善脑循环为主。

4.“4”、“5”以改善脑循环为主。

5.严格控制高血糖(包括输液)。

6.除非是恶性高血压,不轻易调控血压。

7.保护各主要脏器(心、肾、肺等)等功能。

8.保证足够热量和水电平衡。

9.在病情稳定后,即可进行康复治疗。

10.治疗项内的 5—9 条系脑卒中治疗通用原则。

重视健康教育 预防晚期产后出血

侯继英 张淑红 刘 莉

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

健康教育是通过有计划、有组织、系统的教育活动,使人们自愿地采纳有利于健康的行为和生活方式,消除和减少影响健康的危险因素,从而起到预防疾病,提高生活质量的目的。晚期产后出血是产后24小时以后在产褥期内发生的子宫大量出血。以产后1~2周发病者居多,也有迟至6~8周者。晚期产后出血大多发生在产妇出院之后,因此健康教育尤为重要。

1 临床资料

以2000年1~3月在我院分娩的产妇1021例为观察组,实施健康教育;以1998年1~3月在我院分娩的产妇982例为对照组实施传统的护理模式。两组产妇一般情况相似。

2 方 法

对照组产妇分娩后按产后护理常规进行护理,而观察组产妇分娩后即有专人负责按常规护理并对产妇及家属实施健康教育,做到有宣教、有指导、有检查。

2.1 健康教育的方式 根据产妇的文化程度和生活条件。通过口头、发放宣传材料、橱窗等形式进行针对性教育,还可利用电视、录音进行宣教。以口头语言宣教为主,让产妇及家属了解并掌握母乳喂养和晚期产后出血的有关知识,对产妇及家属提出的问题给予通俗易懂的解答。

2.2 健康教育的内容

2.2.1 心理宣教 产妇分娩后由于受传统思想影响,紧闭门窗,整日躺在床上让家人伺候。我们给产妇及家属进行产褥期健康教育,讲解定时开窗通风、适当活动的重要性,消除其思想顾虑。并告诉其正确的卧位,避免长期仰卧位,尽可

能取卧位,以纠正子宫后倾后屈位置,降低晚期产后出血发生率。

2.2.2 饮食宣教 产妇产后体质虚弱,抵抗力低,要注意加强营养。糖、蛋白质、脂肪合理搭配,及时补充各种维生素及钙、磷、铁、锌等微量元素。指导饮食多样化。预防贫血和营养不良。因为重度贫血和营养不良均可引起晚期产后出血。

2.2.3 母乳喂养宣教 耐心讲解母乳喂养能增加婴儿抵抗力,促进母亲子宫收缩,有利于子宫复旧,减少产后出血等优点,组织同室和相邻病室间的产妇互相学习、示范母乳喂养姿势,并经常给予检查、指导。

2.2.4 个别指导 针对晚期产后出血的原因,对宫腔积血、子宫复旧不良、产褥感染等产妇进行个别指导,教会其识别本病的方法,定期复查,筛查出高危因素,并给予及时的处理。

2.2.5 出院随访 对出院的产妇定期随访,一般为2次(出院7天和1个月时)。对外地产妇进行电话询问,对出现的问题及时指导解决并检查母乳喂养的情况。

3 效 果

对照组产妇发生晚期产后出血18例,纯母乳喂养率90%;而观察组仅发生3例。纯母乳喂养率达99%。由此可见,通过加强健康教育,明显增强了产妇的自护能力和适应能力,提高了生活质量。由于掌握了产褥期自我保健和自我监护知识,帮助产妇树立了信心,避免并减少了并发症的发生和发展,保证了围产期母婴安康及母乳喂养的成功。

4 体 会

教育要因人而异,每个产妇文化背景、风俗习惯、经济条件、职业不同,对产褥期医学知识需求和接受程度不同。对文化背景落后,接受事物较慢者,我们采取反复强化,耐心细致的教育方式,每次的教育内容要少、短、具体,使用书面资料应

简单并分条列出;对文化层次较高,有一定产褥期保健知识基础者,要根据她们的需要安排教育内容。教育要抓准时机,产妇及家属询问问题的时候就是最好的教育时机,此时是她们注意力最集中,最易于接受教育的时候。在治疗、护理过程中,发现问题及时给予讲解指导,这样也可激发产妇的注意,提高教育效果。

· 医 学 探 讨 ·

综合医院传染病科现状与出路探讨

张玉臣

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

我们医院是一所医、教、研、预防保健综合性医院。五十多年的建设发展,在各种疾病治疗、预防保健等方面基本满足了群众就医需要,保障了本地的经济建设与发展。传染病科则随着传染病流行情况的变化、传染病门诊不再门庭若市,面临着市场经济的迅猛发展,传染病科的工作转向和生存迫在眉睫,笔者就目前我院传染病现状与出路作一探讨。

1 传染病流行现状

1.1 预防工作仅泰安市有市区卫生防疫站三个,人员 300 多人,比六十年代增长 15 倍,全市“四苗”(麻疹、脊灰、白、百、破、卡介苗)接种率稳定在 98% 以上,新生儿乙肝疫苗接种率平均 92%,城市达 100%。食品卫生监督检查有队伍、有网络,对食品生产、经营业户监督频率逐年提高,1999 年比 1998 年提高 6.35%。

1.2 卫生工作全市性的“创建国家卫生城”活动极大提高了市民的卫生意识与习惯,各级领导把创卫生城工作分解落实“一把手责任工程”、除“四害”成效已作为各级领导的政绩之一,蚊、

蝇、鼠、蟑螂密度大为下降。

1.3 传染病疫情 1968 年全市共发生各类传染病病人 45098 人,发病率 753.20/十万,1978 年发病 69942 例,发病率 1005.17%/十万,1988 年发病 12241 例,发病率 202.58%/十万,1998 年 6438 例,发病率 120.22/十万。五、六十年代消灭了天花、霍乱、黑热病,七十年代消除了丝虫病、疟疾,八十年代基本消灭了脊髓灰质炎。全市麻疹发病每年仅 50~80 例,百日咳减少 95%。七十年代后,全国传染病总发病率平均每年下降 9.17%,法定甲、乙类传染病发病率已由建国初期 2000~3000 人次/十万下降至 120 人次/十万,我市急性传染病下降为 102.36/十万。疾病死因顺位下降到第十位以下。

2 存在问题

2.1 患者分流严重以前每年夏秋季节肠道传染病流行,冬春季节,肾综合征出血热及呼吸道传染病,随季节发病增多传染病房经常处于饱和状态。近几年医疗市场的形成、医疗机构之间出现争抢患者现象。综合医院、部队医院、企业医

院、个体诊所或是通过广告媒介,或是通过横向联系和所谓的“义诊”活动,截流治疗各种病毒性肝炎、肾综合征出血热等传染性疾病。

2.2 医院内部截流综合医院目前都制定了经济指标,规定各科室床位使用率必须达到90%以上,并与科室奖金挂钩。为了确保床位使用率与个人息息相关的经济利益,各科门诊截流传染病病人,如把“病毒性肝炎”以“黄疸待查”收到消化科,“出血热”以“急性肾炎”收到泌尿科等,致使传染病房病人下降。

2.3 病人恐惧心理有的新参加工作的肝炎病人,怕炒“鱿鱼”而坚决不住传染病房;老病人怕反复住院,导致下岗或退休;有的怕戴上“肝炎”帽子,今后无法与人交往;有的则怕熟人探视而拒住传染病房。

2.4 治疗费用上升,急性传染病控制后,以收治慢性传染病为主,如慢性肝炎反复发作、反复住院累计治疗费用高,有的单位效益差,常年无法报销。其次,新药、合资药、进口药的应用使得治疗费用偏高。

3 改革与出路

3.1 随着疾病谱的变化,医疗服务的需求也在变化,卫生行政部门应根据传染病下降的态势,制订区域医疗规划,可限制综合医院再建立传染病房,防止重复建设和资源浪费。医院内则适当调整传染病床位数或床位使用率,分流部分医护人员。

3.2 依靠科技创新,求生存促发展面对院内外分流病人的严峻形势,我们在院领导重视支持下采用走出去、请进来的方法,开展新技术、新业务,在夹缝中求生存、促发展。2000年3月派出进修的青年医生回科后利用先进的介入放射设备

率先在全市开展了经颈静脉肝内门体静脉分流术(TIPS)治疗肝炎后肝硬化、急性上消化道出血,收效显著,成为医院重点攻关项目,吸引了省内外的肝炎后肝硬化病人。今年增添了腹水超滤浓缩回输设备,治疗各种肝硬化顽固性腹水40多例次避免了血液感染,节约资金;吸引了大批肝硬化腹水的病人就诊。此外还开展了介入放射治疗原发性肝癌,2000年完成17例,今年计划完成20例。这样不光增加了经济效益,还提高了社会效益,吸引了更多的病人慕名就诊。

3.3 提高业务素质。全科医务人员为提高业务水平,利用为医学院校实习同学讲座机会,查阅当前各种感染性疾病的治疗进展,做到教学相长,促进了学业务、抓科研活动,在保证自己的治疗特点的基础上,办成全市特色专业科室,使之真正成为全市传染病治疗的龙头单位。

3.4 严格执法,公平竞争。对违犯《中华人民共和国传染病防治法》,截流病人造成院内感染的科室或个人,要追究其法律责任;对入院时不能确诊,住院期间确诊的病人应该必须转入传染病房治疗,否则医院查实后加大处罚力度,确保传染病病人正规治疗,防止出现医疗纠纷。

总之,医疗市场竞争是一个无法回避的残酷现实,随着计划免疫的普及,各种急性传染病逐年减少及控制,传染病房的昔日辉煌已作为历史。澳大利亚一所1000张床位的费厄菲尔德(传染病)医院,由于缺乏病源于1995年解体关闭,为此我们必须抢抓机遇,主动与兄弟科室联系协助收治病人,并利用媒介宣传,正确引导病人到正规医院或专科就诊,抓好形象和素质教育,开展优质服务,热情待患,为再创传染病诊疗新的辉煌而努力工作。

小切口复位单侧外固定架固定术 治疗胫腓骨骨折疗效探讨

亓向同 梁久金 蔡国强 朱海涛

(泰安市中心医院骨科, 山东 泰安 271000)

[摘要]目的:观察小切口复位单侧外固定架固定术治疗胫腓骨骨折的疗效。方法:采用小切口复位单侧外固定架外固定治疗胫腓骨骨折42例。结果:随访6—18个月,无一例骨折不愈合或延迟愈合,无外固定钢针拔出或折断,所有病例均完全恢复功能,膝、踝关节功能无受限。结论:该手术操作简单,对骨折端干扰少,复位好,固定可靠,无畸形愈合,疗效满意。

[关键词]胫腓骨骨折 外固定架 外固定术

胫腓骨骨折在全身长骨骨折中发生率较高,双骨折占5.1%,而所有小腿骨折则占10%左右^[1]。由于胫骨表面软组织覆盖少,中下1/3血管供应较少等解剖因素和治疗方法不当,其延迟愈合和不愈合率较高,临床报道亦较多^{[2][3]},目前对其治疗的焦点仍是固定方法的选择问题。我们自1996—2001年应用单侧外固定架治疗胫腓骨骨折124例,其中采用小切口复位单侧外固定架固定术治疗胫腓骨骨折42例,疗效满意,无一例骨感染、骨不愈合或延迟愈合。

1 临床资料

42例胫腓骨骨折病人,男32例,女10例,年龄16—48岁,平均34岁。其中车祸伤18例,高处坠落伤14例,重物砸伤6例,棒击伤2例,属高能损伤;扭伤2例,属低能损伤。开放性损伤14例,软组织挫裂伤7例。稳定性骨折6例,不稳定骨折36例,其中8例腓骨骨折同时行内固定。中上1/3骨折7例,中段骨折15例,中下1/3骨折20例,受伤至手术时间为2小时—1周。

2 手术方法

患者取仰卧位,术前经X线片确定骨折处并作标记。持续硬膜外麻醉或腰麻。对开放性伤口,先行常规清创术。因开放性伤口多为骨折端戳出处,清创后暂不缝合,对大面积的撕脱伤可先行部分闭合伤口,小的创口可适当延长至4cm左

右,或对闭合性骨折于骨折端成角侧作3—4cm小切口,一般为胫骨前内侧,钝性分离皮下及肌肉组织,于骨膜外进入,不剥离骨膜,用骨折复位钳将其复位,保持解剖复位,对粉碎性骨折,将其游离骨折块(注意仍应保持其与骨膜连接)与骨折远端或近端按照AO内固定原则行螺丝钉内固定,不能用螺丝钉固定的条状骨块用钢丝捆扎,对于小的碎骨片可用手指推压和利用筋膜肌肉等软组织的夹板作用达到解剖复位,对极不稳定者,先行腓骨内固定,在确保对位对线良好的情况下,在胫骨前内侧于骨折近、远端分别打入2枚骨螺钉,上下固定架固定,对于复位后相对稳定的骨折视情况也可不内固定,仅小切口复位后维持外固定架固定。术后抬高患肢,3—7天患肢消肿后练习膝屈伸活动,或于CPM机上康复锻炼,3—4周可扶拐部分负重,2周摄片视情况加压棒加压1—2mm,4—6周摄片视骨痂情况去除加压棒变静力性加压为动力性加压直达骨愈合。

3 结果

本组病例,术中无血管神经损伤,2例小腿外侧软组织缺损行游离植皮全部成活,5例因骨筋膜室高压手术同时行多口减张,随访6—18个月,全部骨愈合,愈合时间为2.5—8个月,平均4个月,无一例伤口感染,无一例骨折不愈合或延迟愈合,无外固定螺针松动或脱出,无折断,无骨折病发生,仅钉道浅表感染4例,经换药治愈,全部病

例负重功能及膝、踝关节功能完全恢复。

4 讨论

4.1 胫骨干骨折的早期治疗有许多不同观点,大致有三种:(1)所有骨折均早期作内固定;(2)所有骨折均用闭合方法治疗;(3)一般用闭合方法,如有特殊指征,也可早期作手术整复和内固定^[4]。骨折治疗的好坏,主要验证方法是该种治疗能否促进骨折愈合的质量和速度^[5]。并发症的出现则会直接影响骨折愈合的质量和速度,手法复位石膏或小夹板外固定与跟骨牵引治疗往往不易达到满意的复位和固定,而使治疗延误或失败^[6]。切开复位钢板内固定切口长,剥离广,虽固定也不稳定,髓内针对于中段粉碎骨折适宜,近关节的大段粉碎性骨折,无论钢板或髓内针勉强应用出现各种并发症,关节僵直、感染、骨不连等。

4.2 本组病例均采用小于4cm小切口,不损伤骨折处软组织,不剥离骨膜,于骨膜外复位,简单内固定或不作内固定,充分保留骨折端的血运,这是骨折愈合的一个重要因素,我们称之为“有限小切口,有限内固定”。再者,骨折部位骨膜完整的一侧形成了连接上下骨折端,使之不致分离的纽带,称之为软组织合页^[7]。其合页侧即为开放伤口的对侧,我们即在软组织合页的对侧作限制性的小切口,不破坏其合页的完整性,复位后其软组织合页则可以利用来维持复位后位置。而骨折块间的解剖复位固定也为骨愈合打下基础。

4.3 对于严重粉碎性骨折,即使碎骨块复位后也不稳定者,先行固定腓骨,下段骨折用克氏针髓内固定,中上段者用钢板固定,因此有限内固定与外固定支架结合应用,发挥了内外固定互补协同作用,提高了骨折固定后的整体稳定性,同时固定腓骨可确保恢复下肢长度,也起到了“内支架”的作用。

4.4 近年来更新的理念是骨折治疗的目的不仅是牢固愈合,而同样重要的是早期全面的恢复肢体功能^[8]。术后早期即行膝关节屈伸功能锻炼,抬高患肢及肌肉收缩的“肌泵”作用,有利于消除水肿,促进血运。术后早期的骨折端加压棒的加压以及去除加压棒后由静力性加压变为动力性加压,加强了应力刺激,促进骨折的早期愈合,预防了骨折不愈合或延迟愈合。

4.5 从目前治疗复杂胫腓骨骨折的发展趋势看,胫骨有限内固定结合外固定架固定同时兼顾腓骨的内固定即所谓“有限小切口,有限内固定”以及腓骨的“内支架”作用,不失为是一种有效的方法,这种内外结合的固定方法,同样符合骨折的治疗原则^[9]。该手术操作简单,对骨折端干扰少,复位好,固定确实有效,无畸形愈合,疗效满意,值得推广。

参考文献

- [1] 王亦聰,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,1996,692
- [2] Okhobsky VP, Bernhardt M. The treatment of nonunion and pseudarthrosis of the long bone with thick nails[J]. Injury, 1978, 10:92
- [3] Muller ME, Tadak. Treatment of non-union in fractures of long bones[J]. Clin orthop, 1979, 138:141
- [4] 过帮辅主编译,坎贝尔骨科手术大全[M].上海:上海翻译出版公司,1991,796
- [5] 李起鸿.骨外固定原理及临床应用[M].成都:青海科学技术出版社,1993,53
- [6] 张光铂,刘成刚.下肢长骨多段骨折的治疗,中华骨科杂志[J]. 1996,16:208-210
- [7] 王亦聰,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,1996,35
- [8] 荣国成,翟桂华,刘沂等译.骨科内固定[M].第3版,北京:人民卫生出版社,1996,627
- [9] 王亦聰.骨折内固定失效的分析,骨与关节损伤杂志[J]. 1999,14(4):3

冷冻治疗小儿血管瘤疗效观察

杨晓红 明德玉 于元莉

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

小儿血管瘤是小儿外科常见病。10年来,我们采用液氮冷冻治疗该病,获得较满意的疗效,故分析报告如下:

1 一般资料

本组共113例,128块皮损。其中男性63例,女性50例;年龄半月至周岁者45例,周岁至6岁31例,6岁至10岁22例,10岁至14岁15例。皮损分布:头面部71块,颈部10块,上肢9块,躯干11块,下肢9块,体腔粘膜18块。病种分类:单纯型血管瘤99例,混合型血管瘤3例,海绵状血管瘤11例。病灶范围: $< 1\text{cm}^2$ 者89块; $1\sim 3\text{cm}^2$ 者29块; $> 3\text{cm}^2$ 者10块。病程:除2例因外伤引起外,其余均与年龄一致。

2 治疗方法

一般无需麻醉,在病灶较深、范围较大或神经比较丰富敏感的部位如手指等处,可用2%地卡因局部麻醉,将致冷后的冷头或蘸满液氮的棉签直接接触治疗部位。冻融周期一般为两个,每个冻融周期约1'30"至4',结冰范围超出病灶边缘3mm,特殊情况下,冻融周期为1个或3个。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 痊愈:皮损完全消退、仅留色素改变或疤痕;显效:皮损消退2/3以上或仅残留少量皮损;无效:经两次治疗以上,皮损消退不足2/3,随访时又有扩大倾向者。

3.2 结果 本组病例经6个月至5年以上随访。有如下特点:①年龄越小,疗效越好;②皮损越小,疗效越好;③单纯型血管瘤疗效最佳;④一次治疗冻融周期多者,疗效虽好,但疤痕较明显或色素脱失恢复正常较慢;⑤混合型血管瘤和海

绵状血管瘤疗效较差,详细结果见表1~表4。

表1 血管瘤类型与疗效统计表

类型	例数	痊愈		显效		无效		有效率 %
		例数	%	例数	%	例数	%	
单纯型	99	98	98.9	1	1.1			100
海绵状	11	10	90.9			1	9.1	90.9
混合型	3	2	66.7			1	33.3	66.7
合计	113	110	97.3	1	0.9	2	1.8	98.2

表2 年龄与疗效统计表

年龄	例数	痊愈		显效		无效		有效率 %
		例数	%	例数	%	例数	%	
<1周岁	45	45	100					100
1~6	31	30	96.8	1	3.2			100
7~10	22	21	94.5			1	5.5	94.5
11~14	15	14	93.3			1	6.7	93.3

表3 冻融周期与疗效统计表

冻融周期	例数	痊愈	显效	无效	有效率%
1	19	17	1	1	94.7
2	86	86			100
3	8	7			87.8
合计	113	110	1	2	98.2

表4 病灶范围与疗效统计表

范围	病灶数	痊愈	好转	无效	有效率%
$< 1\text{cm}^2$	89	89			100
$1\sim 3\text{cm}^2$	29	28	1		100
$> 3\text{cm}^2$	10	8		2	80

4 讨论

小儿血管瘤多发生于头面部,且有随年龄增长的趋势,甚至影响某些器官的正常发育^[1,2],虽然5岁内患儿血管瘤可自行消退,但临床上观察,自愈者甚少,早期冷冻治疗,不仅方法简便,无出血,副作用小,且疗效非常满意。本组治愈110例中,除3例患儿疤痕较明显外其余均无明显痕迹。治疗后无明显的全身反应,治疗时局部反应亦较轻微,冷冻后,被治疗的局部当即出现轻微水肿,数小时内出现血清性水泡,周围伴随着明显的水肿,数日后消失,1周至2周结痂,痂皮脱落后,创面由上皮覆盖,愈后不留疤痕或疤痕轻微。冷冻治疗疼痛轻、痛苦小,术后3小时内疼痛可基本消失,一般不用镇痛剂。

要使病变组织形成最大程度的破坏,快速冷冻,慢速复温是必须掌握的技术。实验表明^[3]:快

速冷冻,降温速度 $>100^{\circ}\text{C}/\text{分钟}$,可使细胞内外形成冰晶。

血管瘤随年龄增长的趋势表明,瘤组织内的细胞及毛细血管内皮不断增生,增生越多瘤组织细胞及毛细血管内皮细胞越幼稚,对冷冻也越敏感。因此疗效好。海绵状血管瘤和混合型血管瘤多为血窦组成,且有纤维增厚、面积大、位置较深或与大血管相连通,因而疗效较差。

[参考文献]

- [1]裴法祖主编.外科学.第3版,北京:人民卫生出版社,1992.226-227
[2]王光超主编.皮肤科学.第2版,北京:人民卫生出版社,1992.196-197
[3]王保华.冷冻治疗.第1版,兰州:甘肃人民出版社,1979.10,11-13

·经验交流·

经股静脉逆行栓塞治疗精索静脉曲张

郝树铭 郝怀军 李海青

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

[摘要]目的 探讨放射介入逆行栓塞治疗精索静脉曲张的疗效。方法 回顾精索静脉逆行栓塞的病历,总结和统计治疗结果。结果 放射介入逆行栓塞治疗效果好,成功率达97.7%。数学减影血管造影(DSA)检查有利于临床型右侧精索静脉曲张的诊治,提高恢复生育率。结论 放射介入逆行栓塞治疗精索静脉曲张是创伤小、安全有效、成功率高、无手术疤痕,外形美观的疗法。

[关键词]精索静脉曲张 栓塞

我院自1997.4—2002.6,应用放射介入经股静脉逆行栓塞治疗精索静脉曲张87例,现报告如下。

1 临床资料

本组年龄13~34岁,平均26岁,左侧精索静

脉曲张58例,双侧精索静脉曲张29例,I°23例,II°38例,III°26例;预防性治疗17例。

手术方法 在2%利多卡因局麻下应用Seldinger技术穿刺右股静脉置入5F Cobra导管于左肾静脉,手推注入造影剂10~20ml,作DSA检查,然后导管进入左精索静脉2~3cm后再手推注

入20ml造影剂,同时让患者做Valsalva试验动作,DSA明确左精索静脉曲张的程度和分支情况,确定栓塞的部位。一般导管进入精索静脉5~6cm,将明胶海绵卷成2×2mm大小之颗粒20个+40%泛影葡胺10ml注入精索静脉内,然后选择适当直径的弹簧钢圈1~2枚永久性栓塞。同法导管置入右精索静脉3~4cm,DSA诊断明确后同法栓塞右精索静脉。在栓塞15分钟后分别再造影观察是否完全栓塞。退出导管和穿刺器械,穿刺部位加压包扎,右下肢制动12小时,手术时间40~60分钟,术后注意观察足背动脉搏动情况,并向病人交待清楚,以后在做影像检查时要向医师声明体内留有弹簧钢圈。

结果:本组85例栓塞成功,左侧47例,双侧38例,有两例因导管不能进入精索静脉而未能成功,未发生并发症。栓塞后15分钟造影复查的同时可见Valsalva试验(一)。随访45例,时间为3年~14月,其中24例妻子已怀孕或已生子女;余21例精液质量有不同程度的提高,部分已恢复达正常值,无复发病例。

2 讨论

过去认为精索静脉来自精索组、输精管组、提睾肌组的多支静脉,三组之间有广泛的交通支相连,在上行至腹股沟管后汇合成一支^①。但本组造影显示腹股沟中点上方5cm之内,可见精索静脉有1~4分支,大部为2~3支,其中有一例在左肾静脉下方3~4cm处见一粗大分支。

经腹股沟管和腹膜后高位结扎是常规手术方法,其复发率较高(2~5%),其复发的原因由于结

扎的高度不够而漏扎分支所致^②。本组常规造影检查,不仅了解精索静脉曲张的程度,还准确了解分支情况和选择栓塞部位,同时栓塞后15分钟再造影确定栓塞是否完全,可有效的避免复发。

精索静脉曲张是青年男性的常见病,其被关注方面在于男性不育,已被公认占男性不育的首位。以往认为左侧发病率78~93%,右侧1~7%,双侧2~20%。现在已明确双侧发生率为50~60%^③。亚临床型精索静脉曲张同样可致不育,但临床常忽略亚临床型的精索静脉曲张。尤其是左侧精索静脉曲张并右侧亚临床型更易被忽略。本组对临床诊断左侧精索静脉曲张的56例,常规行右侧精索静脉造影检查,发现有9例为亚临床型右侧精索静脉曲张。

精索静脉曲张对生育的影响与病程有关,因此主张早期手术,随着医学科普的普及,许多家长和一些未婚青年要求早期治疗,使生育力的影响防范于未然,本组预防性治疗17例,其中最年轻为13岁,其效果有待以后随访和观察。

本疗法无手术切口疤痕,痛苦小,住院时间短,成功率高,复发率低,外形正常,未婚者及少年患者最易接受,本疗法不会损伤精索静脉以外的组织和器官,非常有利于栓塞后侧支循环的建立。

[参考文献]

- [1]黄平治,李永海主编.男性不育.科学技术文献出版社,1990,169-170.
- [2]荀举民,于瑞发,田维东.逆行精索静脉栓塞术治疗精索静脉曲张.临床泌尿外科杂志,2000,1:37.
- [3]邱剑光,高新,蔡育彬等.不育症亚临床型精索静脉曲张的诊断与治疗.临床泌尿外科杂志,2000,4:164.

降脂汤治疗高脂血症 50 例

郑向荣

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

[关键词] 降脂汤; 高脂血症; 降脂作用

近 10 年来, 随着人们生活水平的提高, 高脂血症病人不断增多。笔者自拟降脂汤治疗高脂血症 50 例, 取得满意疗效, 报道如下:

1 临床资料

50 例中, 男 33 例, 女 17 例; 年龄 33 岁 ~ 50 岁 30 例, 50 岁 ~ 80 岁 20 例。病程: 1 ~ 5 年 39 例, 5 年以上 11 例。多数患者表现为形体肥胖, 头晕头重, 目眩, 胸闷恶心, 肢麻沉重, 舌质紫暗, 白腻苔, 脉弦滑。部分病人表现为形体偏瘦, 腰膝酸软, 头痛头胀, 少寐多梦, 健忘遗精, 盗汗口干, 五心烦热, 舌红少津, 脉细滑数。亦有少数患者无明显的自觉症状, 在查体化验血脂时, 发现血脂高。50 例患者均经化验血脂, B 超肝脏确诊。其中, 甘油三脂、胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇均增高的 45 例; 甘油三脂、低密度脂蛋白胆固醇增高的 5 例; 伴发脂肪肝的 38 例。

2 治疗方法

降脂汤方药组成: 山楂 15 克, 丹参 15 克, 草决明 15 克, 泽泻 6 克, 红花 6 克, 枸杞子 12 克, 何首乌 15 克, 菊花 9 克, 葛根 15 克。如有痰湿内阻者加法半夏、茯苓、枳实、郁金; 如气滞血瘀者加三七、赤芍、川芎、牛膝; 如脾虚湿盛者加党参、白术、藿香、川朴; 如肝肾阴虚者加熟地、山萸肉、天麻、白芍; 如肾阳虚加淫羊藿、制附片、冬虫夏草。每日 1 剂, 水煎早晚 2 次分服, 15d 为 1 疗程, 连服 2 ~ 4 个疗程, 评定疗效, 并随访 1 ~ 2 年。治疗期间忌食肥甘厚腻, 辛辣烟酒。嘱早晚各喝一杯(约 200cc)白开水。

3 治疗结果

痊愈:(症状消失化验血:甘油三脂、胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇降至正常, B 超高脂肝减轻或消失)40 例; 显效(症状消失, 化验血甘油三脂、胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇降至正常, B 超脂肪肝无改变)10 例, 治愈率 80%。

4 病案举例

男性, 68 岁, 1999 年 5 月初诊: 形体肥胖, 嗜食肥甘, 头晕头重, 胸闷脘痞, 恶心想呕, 痰多, 肢体沉重, 舌质紫暗, 苔白厚腻, 脉弦滑。血脂检查: 甘油三脂 5.82mmol/L, 总胆固醇 9.31mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 5.36mmol/L。心电图示: 冠状动脉供血不足。辨证: 痰浊内阻, 治拟: 燥湿祛痰, 降脂通络。处方: 丹参 20 克, 山楂 20 克, 红花 9 克, 草决明 20 克, 泽泻 6 克, 枸杞子 12 克, 何首乌 15 克, 菊花 9 克, 葛根 15 克, 法半夏 9 克, 茯苓 15 克, 枳实 9 克, 郁金 9 克, 瓜蒌 20 克, 三七 3 克, 生甘草 3 克。日 1 剂, 水煎分 2 次服, 服药 7d 后症状减轻, 服药 45d, 查血脂、心电图、B 超肝脏均已正常, 随访 1 年后无复发。

5 讨论

高脂血症是现代医学的病名, 但中医学对高脂血症的内容早有一定的认识, 其内容包含在眩晕、痰证、胸痹、中风等症之中。如《素问通评虚实论》曰: “凡治消瘴、仆击、偏枯痿厥, 气满发逆, 甘肥贵人, 则膏粱之疾也”。意为象消渴、中风、半身不遂等证都是一些体质肥胖, 养尊处优的人过多地嗜食膏粱厚味所致。方中: 山楂、丹参具有行气

散瘀,消食健胃功效,有降低血清总胆固醇、甘油三脂和 β -脂蛋白,降低血中肝脏脂肪作用。草决明有清肝明目,润肠通便,抑制血清胆固醇和动脉粥样硬化斑块形成的作用,促进肠管运动;三味药共为君药。泽泻能提高血中高密度脂蛋白胆固醇的含量,有利于防治动脉粥样硬化,改善肝脏脂肪代谢作用;红花、葛根有活血扩张心脑血管,改

善脑、冠脉循环作用,共为臣药。何首乌、枸杞子、菊花有滋补肝肾,抑制脂肪在肝细胞内沉积和促进肝细胞新生的作用,降低血糖,共为佐使。诸药相伍,共奏降低血清中胆固醇、甘油三脂、低密度脂蛋白胆固醇含量以及抗血栓,降低血液黏度,增强细胞变形能力,改善血液高凝状态等多种功效,而且毒副作用又少,长期应用安全有效。

皮试按压内关穴止痛疗效观察

袁海兰 陈玲

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

为消除或减轻皮肤过敏试验给病人带来的医源性疼痛,我们观察了412例患者皮试前后按压内关穴,止痛疗效,效果满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 412例患者,男199例,女213例,年龄15~59岁。呼吸道感染221例,慢性支气管炎48例,肾盂肾炎35例,胆囊炎31例,急性肠炎38例,脚气感染4例,肺炎35例。患者均神志清,语言清晰。

1.2 方法 病人取坐位或卧位,操作者用左

手拇指固定在受试者前臂内关穴上,其余各指握住病人前臂背面下1/3端,拇指由轻到重进行按摩,约1分钟患者感酸、麻、胀痛时,拇指立即下压内关穴,常规消毒,进行皮内注射,拔针后,继续按压内关穴半分钟。

1.3 疗效判断标准 按“口述量尺法”制定疗效判断标准。显效:无疼痛;有效:轻度疼痛;无效:明显疼痛。

2 结果

412例受试者结果见表1。

表1 三种抗生素皮试按压内关穴止痛疗效观察

药物	n(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
青霉素	288	69	206	13	95.49
先锋霉素	58	12	41	5	91.38
庆大霉素	66	8	52	6	90.91

3 讨论

内关穴属手厥阴心包经,走手少阳三焦经,是八脉交会穴之一,通阴维脉,有宁心、安神活血通

络之功。古人把三焦称为阳气之父,心包经称阴血之母,表里二经有疏调全身气血的重要作用,气血通则不疼。故按摩加按压内关穴可使气血通调,消除或有效减轻皮试时给患者带来的疼痛。

太宁(复方角菜酸酯)栓剂治疗 痔病 30 例临床观察

王丽峰 刁玉平

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

笔者采用太宁(复方角菜酸酯)应用于痔病 30 例,疗效显著,现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 30 例中,男 20 例,女 10 例;年龄 19~60 岁,平均 39 岁;其中混合痔 24 例,内痔 6 例;术前 12 例,术后 18 例。

1.2 诊断标准 内痔,位于齿状线上方。直肠粘膜隆起;表现为出血,排便时有肿物脱出,可还纳、不能还纳或还纳后立即脱出,有血栓形成时可伴有疼痛。混合痔:位于齿状线上下,表面为直肠粘膜及肛管皮肤覆盖;表现为出血,肛门周围肿

块,疼痛及肛门周围不适感觉如肛周瘙痒、有分泌物等。

1.3 治疗方法 术前及术后病人:每日清洁肛门后,经肛门纳入直肠使用栓剂 2 次,早晚各 1 次,每次 1 枚,连续使用 6 天;早晨用药时间安排在晨起排便后,若患者大便不规律也应将给药时间尽量安排在便后,以便药物在直肠内停留尽可能长的时间;晚上的给药时间在入睡前。

1.4 观察指标及评分标准 观察指标:出血、肛门分泌物,局部瘙痒脱出、局部不适感(包括在局部疼痛、烧灼感或其它局部不适感)。

表 1 评分标准

分级	出血	肛门分泌物	局部瘙痒	脱出	局部不适感
0	无出血	无	无	无	无
1	便纸带血迹	少	轻度(有感觉无需干预)	有	轻度
2	大便时滴血	多	重度(对日常生活产生不便影响)		重度
3	喷射状出血				

1.5 积分减少计算公式及疗效评价 A 积分减少计算公式:(用药前积分-用药后积分)/用药前积分 \times 100%。B 疗效评价:分别统计患各种症状的积分变化百分比:显效:积分减少 \geq 61%,好转:积分减少 20%~60%,无效:积分减少 $<$ 20%。

2 结果

30 例中显效 28 例,好转 2 例,无效 0 例;有效率 100%。

3 讨论

痔病是肛肠外科最常见的疾病之一,俗语有“十人九痔”之说,可见其发病率之高,且此病反复发作,可引起出血、贫血、肛周疼痛及瘙痒等各种症状,给患者生活和工作带来诸多不便。传统的口服药物及外用膏剂、栓剂,虽可部分缓解症状,但往往多数人疗效不佳。通过对上述 30 例患者应用太宁栓剂后观察结果表明:术前患者一般在使用本栓剂 12~24 小时后起效,2 天左右的时间

可控制出血、减轻疼痛及局部不适感,6天时间可基本缓解所有症状:术后患者应用本栓剂,一般在30分钟到2小时内起效,可明显减轻患者术后刀口疼痛、出血,并且可促进创面愈合,缩短患者的住院时间;而且所有患者均无不良反应发生。

另外,应用本栓剂后,可在肛门直肠粘膜表面形成一层保护膜,这层膜状结构除保护粘膜外,可起一定润滑作用,使患者大便易于排出,从而使部分患者的便秘情况得以缓解。

《拼读板》的临床应用

连红洁

(泰安市中心医院市直机关门诊部,山东 泰安 271000)

随着我国进入 WTO 和计算机网络技术在医院临床及管理中的应用与普及,病人信息电子化,医学影像数字化和信息交流网络化已成为未来医院发展的必然方向。因此,文字输入已不再仅仅局限于医学影像科医生对病人姓名、病史及其诊断结果的整理与输出,而是已成为涉及各科室乃至医院管理诸多方面的必要工具。据调查,大多数中国医生仍以汉语拼音输入法为首选文字输入方法。但常因初学或发音不准、记忆不清等问题导致输入错误,影响工作效率。为此,笔者试将汉语拼音拼读规律、结构特点等基础知识系统的整理成“拼读板”,又经十年临床应用,认为“拼读板”不仅使查音索字、拼写拼读一目了然,对汉语拼音的理解与记忆也有一定的帮助。特别适合医院实践中,工作千头万绪,乡音较重,拼音拼不准、记不牢的初学者。

“拼读板”是由表板、面板、底板及支架组成(图1)。

一、表板主要由声母栏、韵母栏、音节栏组成(图2)。

1.声母栏:“拼读板”的左竖栏。分别列有声母大、小写及读音栏。声母由键盘中相应代表键输入。

如,声母大写 B,小写 b,读“波”,对应键盘 B

键输入,小写时以小写形式输入。

2.韵母栏:“拼读板”的上横栏。分别列出 a、o、e、i、u、ü 六个单韵母大、小写形式及其由其代表的复韵母行、直读音节栏等。

其中,标有“~”符号的韵母为直读韵母。特点是,该韵母可自成音节。但,依据拼读规律不同,分为:不变直读韵母、可变直读韵母、特殊变化直读韵母,同时,其书写形式及输入代表键也有不同。

①不变直读韵母,表内以“~”标注的韵母。

如,单韵母 A,读作“啊”,写作“A”,击 A 键输入。复韵母 an,读做“安”,写作“an”,大写时击 A、N 键,小写时以上两键小写形式输入。

②可变直读韵母

y 行可变直读韵母是将 i 改做 y,表内以“y~”标注者。

例如

名 词:外 科

汉语拼音:wai ke

代表键:WAI KE

wai(外)是韵母 uai 的直读音节,所以,写做 wai,击 WAI 键输入而非 UAI 键输入。

③特殊变化韵母

iu,ui,un 三个复韵母自成音节时,iu 读做

“优”，写做 you，代表键为 YOU 三键；ui 读“威”，写做 wei，代表键为 WEI 三键；un 读做“温”，写做 wen，代表键为 WEN 三键。

例如，名词：右卵巢纤维瘤

汉语拼音：you luan chao xian wei liu

代表键：YOU LUAN CHAO XIAN WEI LIU

you(右)为韵母 iu 的直读音节，输入时应击 YOU 键而非 IU 或 YIU 键。

Wei(维)是韵母 ui 的直读音节，因属特殊变化直读韵母，其直读音节及书写形式与原韵母有较大变化，所以，输入时须击 WEI 三键，而不能用 UI 或 WUI 键。

ü 行韵母也有些特殊变化。如与 j、q、x、y 拼读时，ü 上面两点要去掉(表内以小括号示之)，与其它声母拼读时，ü 上两点不动。

例如：

名 词：李玉军 女

汉语拼音：Li yu jun nü

代表 键：LI YU JUN NV

yu(玉)的韵母为 ü，但因与声母 y 相拼，组成的音节 ü 上两点要去掉，因而写 yu，而 nü(女)是由声母 n 与韵母 ü 相拼，ü 上两点保留，因而写做 nü。一般，以 V 键代表 ü，但对 ü 行复韵母，因其组成音节时 ü 上两点已去掉，因此，在应用中是以 U 键代表的，应注意区别，以免发生读音错误。

3、音节栏：“拼读板”中部区域。相应声、韵母垂直相交点的小格为空格者，表示该声、韵母是不能拼读的，无此音节。而小格内标有同音字者为

可拼读音节，读字面音。

如，声母	韵母	音节	读音	代表键
	k + o	→	空格不可拼读	空
	m + o	→	mo	摸 MO

简易“拼读板”的制作十分简单：7×10 废 X 线胶片 2 张，浸泡去膜、透明，并晾干，做面板与底板。支架由长 12CM，宽 40CM 废胶片去膜透明后做成。支架两端内折，一端以订书钉与底板固定，一端做底挡。将表板置入面、底板之间，四周以钉书钉钉牢，四角剪圆，即成。

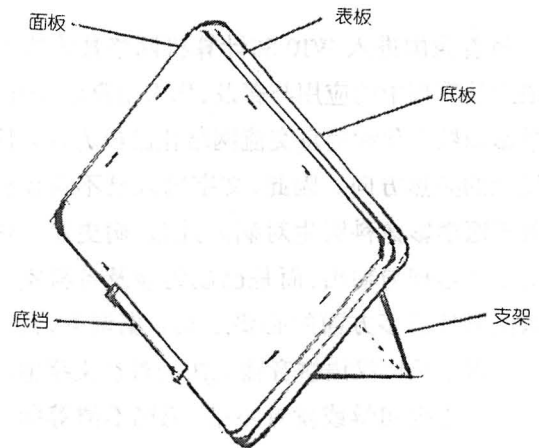


图 1

拼 读 板

连红洁

韵母	大写及行		A [a行]					O [o行]			E [e行]					I [i行]						U [u行]						U [ü行]				附栏														
	大	小	△a	△ai	△ao	△an	△ang	△o	△ou	△ong	△e	△é	△ei	△er	△en	△eng	△i	△iu	△ie	△in	△ing	△ia	△iao	△ian	△iang	△iong	△u	△ui	△un	△ua	△uai	△uan	△uang	△uo	△ueng	△ü	△(ü)	△üe	△(üe)	△ün	△üan	直读	读			
分	大	小	音节																												直读	读														
类	写	写	音节																												母	音														
单	B	b	玻	八	白	包	班	帮	坡					杯	奔	崩	比		别	宾	冰		表	边			不														m	姆				
	P	p	坡	怕	拍	泡	盘	旁	坡	剖				培	盆	朋	批		撇	拼	平		飘	片			扑															n	嗯			
	M	m	摸	妈	埋	猫	满	忙	摸	谋		么		眉	门	蒙	米	谬	灭	民	明		苗	面			木																ng	嗯		
	F	f	佛	发		帆	方	佛	否				飞	分	风												夫																			
	D	d	德	答	带	刀	担	当		豆	东	德		得	钝	灯	低	丢	爹		丁	哆	刁	电			独	对	吨			短		多									hm	嗽		
	T	t	特	化	台	逃	贪	汤		头	通	特			疼	梯			贴		听		挑	天			突	推	吞			团		拖								hng	哼			
	N	n	讷	那	妨	闹	男	囊		耐	农	讷		内	嫩	能	你	牛	捏	您	您		鸟	年	娘		奴				暖		挪		女	虐										
	L	l	勒	拉	来	劳	兰	狼	咯	搂	龙	勒		类		冷	里	留	列	林	令	俩	料	连	良		炉		轮		乱		罗		驴	路										
	G	g	哥	嘎	该	高	干	钢		沟	工	哥		给	根	耕											姑	归	滚	瓜	乖	关	光	过												
	K	k	科	卡	开	考	看	康		口	空	科			肯	坑											哭	亏	捆	夸	快	宽	筐	阔												
	H	h	喝	哈	孩	好	汗	杭		猴	红	喝		黑	很	横											忽	灰	昏	花	怀	欢	荒	火												
	J	j	机														机	究	节	年	京	加	交	间	江	迥											居		决	军	娟					
	Q	q	七														七	秋	切	亲	青	恰	悄	千	枪	穷									去		缺	群	全							
X	x	西														西	休	些	心	星	虾	消	先	相	兄									需		学	寻	宣								
Y	y	衣							哟							衣	优	爷	因	英	呀	腰	烟	央	拥										鱼		月	云	园							
W	w	乌																								乌	危	温	挖	歪	弯	汪	窝	翁												
R	r	日			绕	然	让		肉	荣	热			人	扔	日											如	锐	润			软														
Z	z	资	砸	栽	早	赞	脏		走	宗	则		贼	怎	曾	资											租	最	尊			钻														
C	c	刺	察	猜	草	餐	仓		凑	匆	册			岑	层	刺											粗	崔	对			窜														
S	s	思	洒	赛	扫	三	桑		搜	松	色			森	僧	思											苏	虽	孙			算														
ZH	zh	只	植	摘	找	沾	张		舟	中	折		这	针	争	只											朱	追	准	抓	拽	专	庄													
CH	ch	吃	插	拆	抄	产	厂		抽	冲	车			陈	成	吃											出	吹	春		春	春	春													
SH	sh	师	杀	晒	烧	山	伤		收		舌		谁	伸	生	师											书	水	顺	刷	摔	拴	双													
单声母	V	只用来拼写外来语, 少数民族语和方言。键盘输入时代表ü																																												

2002年第3期
(总第3期)

泰山医学
TAISHANYIXUE

骤停地塞米松 50 小时心源性猝死一例

郭庆妍

(新汶矿业集团中心医院内科, 山东 新泰 271200)

1 临床资料

患者,女,63岁,因头痛发热1周入院。查体除颈稍抵抗外无阳性体征,其余均正常,不再赘述。血沉 106mm/h 行脑脊液常规示单核 0.7 中性粒细胞 0.3,蛋白偏高。鉴于患者有肺结核病史,排除其他引致头痛发热的疾病,确诊为“结核性脑膜炎”给予抗结核药物正规治疗,治疗1个月,病情明显缓解,逐渐减量至地塞米松 5mg 治疗近1周,嘱患者改口服强的松维持治疗,但患者未口服强的松。停用激素治疗50小时后患者突发胸痛,诉濒死感,有抽搐,心率达120次/分,立即测血压 90/60mmg 且出现血压持续性下降。5分钟后患者意识丧失,脉搏触不到,呼吸停止,经抢救无效死亡。

2 分析

肾上腺皮质激素具有抗炎、抗毒、抗休克作

用,有免疫抑制作用,能扩张痉挛血管,加强心脏收缩,降低血管对某些缩血管物质的敏感性,稳定溶酶体膜,减少心肌抑制因子的形成。长期应用后停药过快或突然停药时由于皮质激素的反馈性抑制脑垂体前叶对 ACTH 的分泌,可引起肾上腺皮质萎缩和机能不全,恢复约需半年至2年。多数病人可无表现。也有少数病人会出现严重不良反应。地塞米松半衰期 300 分钟,半效期为 36—54h,患者于停用地塞米松 50h 后发病。正是因为机体缺乏激素作用,心脏收缩功能下降,血压下降,冠脉痉挛,心肌缺血、缺氧、心肌坏死;溶酶体膜可破裂,加重心肌细胞的损伤。临床上出现抽搐、血压低,脉搏触不到与之相吻合。为之我们做了尸检,其心肌广泛坏死,其他组织及器官亦有不同程度损害。激素的正确应用应引起医患双方的重视。

·祖国医学·

“植物人”的中西医结合治疗

唐勇 付鹏 薛耐冬

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

[摘要] 尽快实现去皮质综合征病人的促醒及功能恢复。方法:中西医药物治疗配合针灸“醒脑开窍”法及电神经刺激法;结果:治疗去皮质综合征 52 例,清醒 39 例,植物生存 8 例,死亡 5 例。结论:综合治疗可从多方位,广泛刺激脑干网状结构上行性激活系统,解除大脑皮层的抑制状态,促进脑损伤后持续植物状态患者的意识恢复。

[关键词] 去皮质综合征 针刺 治疗

去皮质综合征,俗称“植物人”,是由两侧大脑皮质的广泛损害或白质的弥漫性变性所致^[1]的一

种特殊昏迷状态。临床上,它可能是一部分病人由深昏迷到清醒的一个过度时期。目前,交通事

故、暴力、工伤、脑血管病等是造成本病的主要原因。随着神经外科的普及与发展,危重病人抢救成功率不断提高,也使去皮质综合征病人明显增多。我们选取符合植物状态,持续一月以上的患者52例,经综合治疗,取得了较理想的效果,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组,男41例;女11例。年龄12-64岁,平均34岁,其中20-40岁38例,约占74%。病因:重型颅脑损伤35例,其中并发脑疝26例手术31例;高血压性脑出血14例,其中并脑疝9例,手术11例;蛛网膜下腔出血2例;失血性休克1例。呈去皮质状态持续时间为1月至8年。

1.2 临床表现:患者病初均呈深昏迷状态,GCS评分3-8分,多伴有中枢性高热,抽搐,高血压,高血糖,电解质紊乱,肺部感染,肾功能不全,消化道出血等多种并发症。经积极治疗1-4周后渐平稳,并开始睁眼,继之出现典型的去皮质状态:“眼球活动自如,有醒睡周期,对疼痛刺激有躲避,搔抓或痛苦表情,偶有呻吟强哭强笑”等症状。各种深浅反射渐恢复,并出现吮吸反射。鼻饲2-4周后可经口饮食,但无意识活动,不能完成任何指令性动作,眼球不能随光线或物体的移动而移动,大小便失禁;未瘫肢体偶有自主活动,四肢肌张力高,腱反射活跃,病理反射阳性。我们对其中50例患者进行定期颅脑CT或MR检查,发现30例病人在起病7天到两月内出现进行性脑室扩大,且大部分伴有蛛网膜下腔扩大^[2];9例病人除常见的血肿术区脑软化灶外,尚有其他部位的脑梗塞。脑电图检查多为慢节律,少数为 α 节律或 β 节律。

1.3 诊断标准:本组病例均参照1996年4月制定的“植物人”诊断标准^[3]。

2 治疗方法

2.1 发病初期,即急性期。这一期的主要任务是“保命”。快速及时的正确处理,是对危重病人抢救成功和防止去皮质综合征发生的关键。应采取综合措施^[4],尽快地使生命体征稳定在正常范围。手术后的病人,主要问题是预防和治疗并发症,尽早的气管切开及亚低温冬眠治疗可提高抢救成功率^[4-5]。

2.2 去皮质综合征期,即“稳定期”。大部分

病人经过1-3周的治疗,病情渐稳定,昏迷明显变浅,一旦出现不自主活动及无意识的睁眼,很快即表现为去皮质综合征。这一期的主要任务是“促醒”。因此类病人,目前尚缺乏明确有效的治疗方法和标准。故我们认为应强调综合治疗。

2.2.1 针灸“醒脑开窍”法和电神经刺激法
主穴:人中、内关、三阴交。辅穴:极泉、尺泽、委中、涌泉。人中向鼻中隔方向刺0.3-0.5寸,采用雀啄泻法,以患者眼球湿润或流泪为度;内关直刺0.5-1寸,提插捻转泻法;三阴交向后斜刺1-1.5寸,提插补法,使肢体抽动三次为度;极泉,上肢外展45℃,进针0.3-0.5寸;尺泽向内斜刺1寸;委中、涌泉直刺1寸,均采用提插捻转相结合泻法,以肢体抽动三次为度。每日治疗一次,十次一疗程。电神经刺激法:将电极板置于内关、曲池、足三里、三阴交、选用脉宽10-20MS,频率8-13HZ及14-150HZ,电流4-20MA的方波,每天治疗一次,每次1-3小时,10次为一疗程。

2.2.2 对症治疗:继续预防和治疗并发症,主要是感染、褥疮及重要脏器的功能不全等。同时加强支持治疗,确保足够的热量摄入,使病人尽快恢复体质。定期行CT或MR检查,一旦出现脑积水,应尽早手术治疗。

2.2.3 药物治疗:(1)钙离子拮抗剂——尼莫地平,可预防和治疗脑血管痉挛,清除脑内自由基,改善脑的血液供应^[6];(2)神经细胞活化药物:麦角碱类,如舒脑宁,喜得镇;胆碱类:如胞二磷胆碱;多肽类:如脑活素、脑多肽;节苷脂类:如GM-1,康络素等。应根据不同时期、不同病情选择1-2种进行治疗。(3)维生素类:主要是B族维生素及维生素E等。(4)改善微循环药物,如低分子右旋糖酐、脉络宁、复方丹参等。(5)中药:主要是活血化瘀及开窍药物,如通窍活血汤。

2.2.4 特殊治疗:包括亲属的呼唤、谈话、音乐及声光电等物理刺激^[7],烟、酒、花香气味或患者以前的特殊嗜好等进行刺激,这些常常有“奇效”或“唤醒”作用。高压氧及被动肢体功能锻炼,这不仅可以防止肌肉萎缩、关节强直等,还可以增强体质,改善脑缺氧状态。经口饮食,一般可以经口喂水及牛奶,适应几天后,应尽早拔除胃管,这也是一种对皮质的良好刺激,有利于病人的清醒。

2.3 清醒后即恢复期:经过一段时间的治疗,病人出现意识反应,可能首先表现为能完成简单的动作,如张口、闭眼等,也可能表现为流泪、强笑、强哭等情感反应。一旦出现意识活动,多在5-10天内完全清醒,即进入恢复期。这一期的主

要任务是神经功能障碍的康复,主要包括失语、肢体运动障碍、大小便失禁、癫痫发作等,除相应的手术(矫形)及药物治疗外,主要靠针灸、按摩及功能锻炼。

3 疗效观察

3.1 疗效标准:显效:患者意识恢复、语言、认知及肢体运动功能明显改善;有效:临床症状减轻、功能部分恢复;无效:长期植物生存或死亡。

3.2 治疗结果:本组 52 例病人中显效 27 例,有效 12 例,总有效率占 75%,这一比率远高于以往的文献报道^[1,5,8];无效:长期植物生存(超过一年)8 例,占 15.4%;死亡 5 例,占 9.6%。

4 讨论:

实际证明,急性颅脑损伤后,一旦病情稳定,在运用中西医治疗的同时,积极配合早期的针刺治疗是完全必要的^[9]。中医认为:脑为髓海,源于先天之本,又赖于后天生化之源的滋养,为清窍所在。脑意外最终都将在脑海遗留或大或小的瘀血块,瘀而不通则蒙闭清窍。“醒脑开窍”针法主穴内关可安心神、调气血、清络通经;人中则醒神导气,两穴相伍共奏醒神开窍;三阴交,一针可调三阴,养精血,补肝肾,益髓促醒脑。尺泽、委中均为合穴,“合主逆气而泻”治疗气机不利,与极泉相伍,可宽胸理气,益心气通血脉;涌泉为肾经井木穴,木气通肝,肝主疏泄,故涌泉可滋肾水而涵肝木,起到养髓、藏精、通脑促醒之功。采用与脑 α 波及 β 波频率一致的电刺激,作用与人体表皮肌肉、神经、连动点或穴位,不仅促进局部血液、淋巴循环,对周围神经损害有康复作用,还可以使周围神经接受的电信号,沿感觉神经上传至中枢神经系统,改善脑血液循环,增加脑血流量,激发脑神经细胞的功能活动^[10],有助于解除大脑皮层的抑制状态,起到开窍醒脑的作用。综上所述:我们认为早期的综合治疗,可进一步影响脑干网状结构和大脑皮层的兴奋水平,调整大脑皮层的浅在能力,促使未受累的脑细胞进行代偿,从而弥补变性

受损脑细胞的功能,改变大脑皮层的抑制状态,激活脑干网状结构上行性激活系统,促进脑损伤后持续性植物状态患者的意识恢复。

5 预后:

通过观察及对比分析,发现与以下几个因素有关。(1)发生脑损伤到采取紧急救治的时间,时间越短,救治率越高;(2)年龄,青少年较中老年病人易清醒,这与文献报道一致^[11];(3)并发症的严重程度及恰当的护理;(4)从起病到呈去皮质状态的时间,即深昏迷的时间,时间越长,预后越差,时间越短越易清醒。病人开始清醒的时间一般在发病后 40-100 天之内,最早为发病后 30 天,最晚为发病后 13 个月平均 76 天。本组 39 例(占 75%)是在这一时间内醒来的。醒后再经过 6-12 个月的继续治疗及功能锻炼,一般恢复尚理想。大部分(约 70%)病人可部分生活自理,所以早期不应当丧失治疗信心。

[参考文献]

- [1]史玉泉,实用神经病学,第 2 版,上海科学技术出版社,1994;1132
- [2]付鹏等,损伤性脑萎缩的诊断与治疗,泰医学院学报 1997;18(4):273-275
- [3]“植物人”诊断标准初步制定,中国中医药信息杂志,1996;(6):42
- [4]王忠诚,神经外科学,武汉:湖北科学技术出版社,1998:299-306
- [5]刘雪平,亚低温治疗脑损伤的应用研究,国外医学(神经病学神经外科学分册)1997;24(5):235-237
- [6]易声禹等,尼莫地平救治重型颅脑损伤的理论基础与临床研究,中华神经外科杂志 1994;10(1):28-30
- [7]杨树发等,持续植物状态患者的临床康复,中国康复医学杂志,1997;(1):22
- [8]段志祥,持续性植物状态,中华神经外科杂志 1995;11:365-366
- [9]王升旭等,针刺为主治疗脑外伤后持续性植物状态 36 例临床观察,中国针灸 2000 年第 5 期
- [10]贾少微等,用 SPECT 研究针刺对脑血流量和脑功能的影响,中国针灸 1996 年,12 期
- [11]江基尧等,51 例重型颅脑损伤长期昏迷病人催醒疗效分析,中华神经外科杂志 1997;13(4):249

自拟润燥止痒汤治疗全身性 皮肤瘙痒病 48 例

李清¹ 王海安²

(1.泰安市中心医院;2.泰安卫生学校,山东泰安 271000)

1996年11月~1999年12月,笔者采用自拟润燥止痒汤治疗全身性皮肤瘙痒病48例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

本组48例,均为门诊病人。其中男29例,女19例;年龄51~60岁30例,61~70岁14例,71岁以上4例。病程在半年以内15例,0.5年~1年24例,1年以上9例。全部病例诊断标准均符合《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。48例患者曾接受过抗组织胺药、维生素类或性激素治疗,并外擦皮质类固醇激素药而未获明显疗效。所有病例就诊时均停用西药而接受中医治疗。本组病例临床表现均有皮肤干燥,糠状脱屑较多,抓痕、血痂明显,痒感以夜间为甚,伴夜寐不安、脉细数或沉细,舌质红微绛,苔少或无苔。

2 治疗方法

自拟润燥止痒汤内服。药物组成:何首乌30g,干地黄15g,山药15g,茯苓12g,菟丝子12g,沙苑子12g,白芍30g,甘草6g,五味子6g,生龙骨30g(先煎)生牡蛎30g(先煎)。

随症加减:双目干涩者加枸杞子12g,菊花12g;口干多饮者加玄参10g,麦冬12g;失眠多梦者加合欢皮12g,夜交藤12g;怕冷而脉沉迟者加淫羊藿15g,仙茅6g;大便干结者加火麻仁15g。

上药水煎分早、晚2次口服,2周为1个疗程。治疗期间停用其他内服药物及外用药物。

3 疗效观察

3.1 疗效标准:拟定。治愈:瘙痒消失。好转:瘙痒减轻。无效:瘙痒改善不明显或进一步加重。

3.2 治疗结果 治愈31例,好转15例,无

效2例,总有效率达95.8%。治疗最长2个疗程。

4 体会

全身性皮肤瘙痒病以皮肤无原发皮疹,有阵发性瘙痒,夜间尤甚,伴皮肤干燥,脱屑为主要临床表现。不及时治疗,可因瘙痒剧烈,长期不得安眠而致头晕、精神忧郁及食欲不振等神经衰弱的症状。现代医学认为该病多由于皮脂腺机能减退,皮肤干燥和退行性萎缩等因素引起本病与祖国医学的“痒风”、“风骚痒”相类似。早在《内经》即有“痛为实,痒为虚”的记载。可见该病内因多责之于虚,以虚为本。笔者认为本病的发生与肾虚有密切关系。本组病人年事渐高,肾气渐衰,肾精亏损,易致肝肾阴虚而生内热,热胜灼肤,肌肤失于濡养而成。治宜滋养肝肾、润燥止痒。自拟润燥止痒汤中制首乌不寒不燥,为滋补良药,与干地黄合用滋养肝肾,养血祛风为主;辅以菟丝子、沙苑子补肾益精。现代医学研究认为,补肾法有延缓衰老的作用。通过补益肾阴、肾阳,能够对机体老化的多器官、多功能系统进行综合性调节从而调节皮脂腺机能,改善皮肤干燥状况,使瘙痒减轻。五味子滋肾宁心。山药味甘性平,不寒不热,作用缓和,既能补气,又能滋阴,补而不滞,滋而不腻;《本草纲目》亦云:“益肾气,健脾胃……润皮毛”,与茯苓合用既能健脾补虚,益心安神,又能润泽肌肤。甘草、白芍酸甘化阴,养血柔肝;配以生龙骨、生牡蛎重镇平肝安神。诸药合用,使肝肾之虚得补,风邪之实得驱,而瘙痒自除。另外,笔者体会到本病以虚为本,重在內治。在治疗中不能因痒与风的密切关系而过多地投以散风之品,以防风药耗阴损血,致肤失濡养,非但不能止痒,反而会加重瘙痒的延续。[明]薛己论痒时就已提出“若专用风药,复伤阴血,必致筋挛等症”。由此可见,本法治疗从滋养肝肾入手乃治本之法。

·临床护理·

对肿瘤患者住院期间的心理干预

卢欣欣 赵秀荣 郭桂芳

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

肿瘤患者住院期间存在明显心理反应,尤其是焦虑、抑郁。确诊本身给患者带来沉重的压力,同时住院也是一种应激原,加重了患者复杂的心理反应,影响治疗与康复,并可能加速疾病发展^[1]。本文对我科2000年2月~10月期间首次入院的180例患者进行心理干预,通过建立融洽的护患关系,有效地解除病人心理痛苦,提高病人生存质量。

1 方法

首次入院后,建立一份由上海精神卫生中心制定的SCL-90症状自评量表^[2],进行心理卫生状况调查。了解患者心理卫生水平,为实施护理干预提供参考。

2 心理护理

2.1 热情接待患者:这是对病人进行心理干预的第一步,运用我院开展的“优质六一”(“六个一”即一声面带微笑的问候,一张祝福卡,一杯热茶,一束鲜花,一块手帕,一张出院联系卡)服务于患者,使患者心理安宁,对科室信赖,有到家的感觉。

2.2 细心观察患者对疾病变化的态度,为心理干预的重点。患者对疾病的态度直接影响治疗反应的发生和治疗结果,每个人对生活事件的心理反应各不相同,多数患者认为癌症是不治之症,表现为绝望、忧郁、怨恨对生活失去信心,我们根据患者的文化水平及心态评判心理承受力,对要了解病情的病人,尊重其求知权,采用合适的语言将诊断结果和预后告知病人,缩短期待诊断的焦虑期。告知的目的不是宣告诊断,而是通过告知使病人认识癌症,用意识调动行动,配合癌症的治疗,并同癌症进行斗争。在告知后,不失时机地给以心理援助,避免病人独自承受痛苦,通过正向引

导,使病人面对现实。对于诊断结果反应强烈的病人,表现痛哭,绝望等,我们应用森田心理疗法—顺应自然人生学^[3],鼓励患者哭泣、发泄,在患者痛苦发泄后,帮助患者分析其心理过程,鼓励患者正视现实,让患者理解过度悲伤只能加重自我伤害,而不能解决问题。对生活失去信心的患者,我们采用Ellis的理性情绪治疗—ABCDE疗法(A:刺激性事件、B:个体信念系统、C:事件情绪后果、D:诘难—继续治疗、E:疗效)^[4],指导患者认识情绪障碍的过程,同不合理信念抗争,及时将病情好转的消息告知病人,使他们能以乐观、愉快、向上的心境与病魔抗争。

2.3 支持患者求生心理 晚期病人,害怕死亡,不能接受死亡,心理上必然带来极大痛苦。承古至今,中国人执着求生,淡泊言死,死亡意识不只是晚期病人得知病情后才有,人们对死亡的恐惧从“懂事”之初就已萌发,随着年龄的增长,逐渐对死亡感到不可抗拒,为人类不能永生而悲哀,十分留恋生命。面对这种心理,我们给予及时的、必要的保证,支持患者求生心理,让病人认识到以积极乐观的态度去对待生命,以提高终末期生存质量。

2.4 取得患者家属的支持与配合向患者家属介绍治疗的基本情况以及患者目前的心理状况,取得家属协助,同时也要关注患者家属可能出现的心理反应,文献表明,患者的家属情绪可以影响患者的情绪,两者互为因果,构成恶性循环^[5],要先争取患者家属尽快面对现实,积极配合,共同为患者创造良好的治疗与康复环境。

在肿瘤患者住院期间,心理干预是一个连续的、不间断的过程,贯穿始终,及时了解病人的心理状态,随时地给病人耐心细致解释,帮助患者解决每一个细小的痛苦,使患者对护理人员信任有加是心理干预得以实施的关键。

[参考文献]

[1]金华等.中国正常人 SCL-90 评定结果的初步分析[J].
中国神经精神疾病杂志,1986,12(5):262

[2]张国娇,吴燕萍等.鼻咽癌放疗病人的心理分析与护理
[J].护理学杂志,1998,13(2):67

[3]钟友彬,森田学说[J],国外医学精神学分册,1981,8(1):
23

刎颈患者心理分析及护理干预

王秀莲 陈立新 谭文杰

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

[关键词]刎颈;心理;干预

刎颈是耳鼻咽喉科急症之一,因其损伤咽喉、气管、食管、及大动静脉血管、病情危重造成死亡或致功能障碍,影响生存质量。2001年,我科收治3例喉割伤患者,现报告如下。

1 临床资料

例一 患者:男,67岁,农民,刎颈自伤2小时急诊入院。查体:急性病容,神情,呼吸急促,呈轻度吸气性呼吸困难,血压平稳。喉部贯通伤达会厌根部,两侧至胸锁乳突肌前缘,颈部大血管波动清晰可见。

例二 患者:女,20岁,患有先天性失语,故因其生活缺陷而自卑,工作后,失恋而丧失生活信心,自割颈部数刀,急送医院抢救。此例仅为颈部软组织损伤。

例三 患者:男,30岁,个体户,因在经商中失利,钱财俱空,羞恼不能自拔,自刎后急送医院。此例喉部贯通伤。

以上患者均经手术室行清创缝合、气管切开及喉成形术。术后给输液、止血、抗炎、置气管套管,注射破伤风抗毒素血清及对症处理。

2 心理分析

2.1 疑虑、绝望心理 患者入院后,烦躁、情绪低沉、对治疗护理不配合,拒输液、换药、甚至拔除套管,有再次轻生的动机。

2.2 悔恨、自负心理 患者治疗一短时候均有悔恨自责心理阶段,他们在护理人员的耐心

帮助劝导下对自己的行为懊悔,自杀不但解决不了问题,还会给社会、家庭带来沉重的经济负担和精神痛苦。

2.3 渴望、求生心理 轻生患者经抢救脱险后冷静思考,逐渐恢复了常人理智,他们渴望医护人员尽力挽救其生命,渴望生活重新开始。

3 心理干预

3.1 入院初期患者心理处于失衡状态,又因气管切开后,暂时失去发音能力更为忧虑不安。我们主动与他们交谈,病情上关心,生活上体贴,进一步了解患者家庭状况,个性特点和伤情经过,在心理及感情上加以疏导。让家属主动探视陪护,唤起患者对生活的勇气。

3.2 采取针对性疏导 护士和蔼的面容、亲切的话语,对患者至关重要。轻生者感情脆弱,工作人员的言行举止不当,都可能造成严重的不良后果。与其交谈时,对老年人应扮一个晚辈的角色,关心呵护,使他感觉到亲人就在身边。对青年人,护士应扮一个同龄人角色,让他学会自尊、自爱、自重、自强。对例3患者劝导他,胜败乃兵家常事,世界上最珍贵的是人的生命。

3.3 患者如此付出代价,大都因社会压力和家庭压力程受不来所致。我们必须积极开动脑筋,根据患者不同文化程度,进行切和实际,通俗易懂的健康教育指导,带领他们阅书看报、看电视、参加娱乐活动。通过一系列有目的,有计划,多步骤的行为,对患者心理、生理及精神多个层面

进行系统化整体护理,从而达到最佳状态。

随着社会的进步,经济的发展,心理健康指导更加被患者所接受。通过细心的观察,善于发现

问题,机智解决问题,使患者心理上得到安慰,行为上得到正确引导,把药物治疗与心理护理有机结合,才能达到理想治疗效果。

严重复合伤并多脏器破裂的整体护理查房

徐翠荣 孙爱芹 夏琛 张霞 董和桂

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

护士长:今天组织一次回顾性查房,结合近段时期抢救成功的危重患者刘某,总结外伤性多脏器破裂、失血性休克、高位肠痿(指十二指肠和空肠上段痿)患者的护理。请分管护士汇报病例。

分管护士:患者,刘某,男,23岁,因汽车挤压伤并腹痛1h,以内脏破裂、失血性休克于2001年3月4日1:40am入院,入院后积极抗休克和术前准备,于2:00am在全麻下行剖腹探查。术中证实肝左叶裂伤、十二指肠第Ⅲ段和横结肠完全横断伤、升结肠挫伤并浆膜下血肿、胰腺和右肾被膜下血肿、肠系膜多处挫裂伤、巨大腹膜后血肿、腹腔内出血量5500ml。行肝破裂修补、十二指肠空肠侧侧吻合并十二指肠造痿、横结肠部分切除并吻合、升结肠修补术,置放肝下、十二指肠造痿、腹腔、盆腔引流管各一条。手术历经6h,术后通知病危,在ICU连续监测生命体征变化,给予抗休克、抗感染和营养支持治疗。术后第6天并发十二指肠痿,采用了三阶段营养支持疗法,共计实施全肠外营养(TPN)12天、肠外和肠内混合营养(PN+EN)5天,全肠内营养(TEN)8天,效果显著,体重增加3kg。今日为术后第35天,十二指肠造痿已夹管,24h腹腔引流量由800ml降至5~10ml,肠痿愈合,停止输液,口服流质饮食,患者进入恢复期。

护士长:外科休克共分感染性、低血容量性、创伤性和神经原性休克四类。此病人是典型的失血性休克。一般快速出血量达机体全血总量的20%,会引起组织灌注不良致休克。血液总量占

体重7~8%,即体重50kg的人当失血量达800ml时就会发生休克。失血性休克的抢救原则有补充血容量、治疗原发病和止血(手术或药物)。注意原则上不用升压药,因为升压药通过兴奋 α -R会引起小动脉持续性收缩,加重组织血液灌注不足。此病人术前主要问题是失血性休克,请简述其护理要点。

护士甲:

1. 患者入院测量血压后,立即建立两条静脉管道,快速静滴NS或平衡盐液和新鲜血。

2. 严密观察病情,设护理记录,记录病情变化及出入量。如患者由精神烦躁转为抑制,面色苍白、皮肤湿冷、四肢冰凉、口唇发白,血压低于80/50mmHg、脉压低于30mmHg,脉速而细弱、呼吸频率多于30次/分或少于8次/分,尿量少于25ml/h,均示病情严重,应给予高流量吸氧。

3. 根据病情调节滴速,防肺水肿及心衰;

4. 做好心理护理,消除恐惧,配合治疗。

护士长:此病人腹部查体阳性体征有腹部膨隆、腹膜刺激征、移动性浊音阳性、腹穿抽出不凝血。提醒大家在配合腹穿时应备10~20ml注射器和9号针头,穿刺前排空小便,必要时导尿,防刺破膀胱。术后患者病情变化复杂,病危持续20天之久,各班次均能密切观察病情、严格交接班,认真落实各项措施,未发生护理并发症。请分管护士对术后护理诊断及实施的应对措施作汇报。

分管护士:术后提出的主要护理诊断

1. 失血性休克:与腹部外伤及内脏破裂出血

有关;

2. 体液不足:与手术创伤失血、术后禁食有关;

3. 低效性呼吸型态:与全麻气管插管、手术创伤有关;

4. 舒适的改变:与手术创伤、腹部有多条引流管有关;

5. 组织完整性受损:与手术刀口有关;

6. 有感染的危险:与术后抵抗力低、锁骨下静脉置管时间长有关;

7. 营养失调(低于机体需要量):与十二指肠瘘有关;

8. 创伤后反应(焦虑、恐惧):与担心手术愈后有关;

9. 活动无耐力:与长期卧床有关。

采取了如下护理措施:

1. 连续监测血压、脉搏、呼吸、尿量、血氧饱和度和神志变化,记录24h出入量。

2. 保持锁骨下静脉置管输液通畅,合理安排输液顺序,根据血压、尿量调整滴速,纠正体液不足。

3. 固定各引流管,保持通畅,注意引流液性状及量的变化。

4. 根据细菌培养,选择高效抗生素防治感染。

5. 保持刀口敷料清洁干燥,如有渗液,及时更换敷料,锁骨下穿刺点每日无菌换药。

6. 十二指肠瘘发生后采用了 TPN、PN + EN、TEN 三阶段营养支持疗法,支持过程中对营养液配制、输入和病人各项指标的监测严格管理,防止了并发症。

7. 加强皮肤护理,应用氧化锌软膏保护漏口皮肤,及时处理瘘口渗液。

8. 向病人讲解保持口腔清洁的重要性,协助患者自行刷牙,指导患者掌握呼吸和咳痰的要领,协助翻身拍背,并在咳嗽时保护刀口,促进痰液排出,防止了口腔和肺部感染的发生。

9. 保持床铺干燥、平整、无渣屑、按摩双下肢,指导病人作足趾、踝关节活动,促进血液循环,防止深静脉血栓形成。

10. 加强与患者的交流与沟通,做好心理护理,并指导家属及其未婚妻协助参与,使病人感受到伤后倍受关怀,从而树立战胜疾病的信心。

护士长:此份护理病例书写认真,连续性强,随着疾病的演变,护理诊断准确,措施得力,评价和反馈及时,环环相扣,体现了结合病人的生理、心理、社会、文化、家庭背景实施身心整体护理,也体现了自发生十二指肠瘘后,护理重点向营养支持的转移。TPN 营养液采用 3L 袋经锁骨下静脉置管由中心静脉输入。请配液护士介绍 3L 袋配制的注意事项。

配液护士:

1. 保持配液环境清洁 护士进出配液室要更换拖鞋或穿一次性鞋套,每周大扫除一次,空气培养一次。配液前彻底清扫,地面用含氯消毒剂擦拭,洁净台铺无菌巾,所用物品经 75% 酒精擦拭后放入洁净台打开层流 30mins。配液完毕用温水擦拭洁净台,保持清洁。

2. 严格查对制度 配液者应跟随医生查房,了解患者病情及配方要求。配液前严格核对所有液体、药品和 3L 袋,使用一次性注射器。如发现药液过期、变质、药名不清、瓶体裂损、瓶盖松动,均不可使用。注意 3L 袋有效期、外包装有无裂隙漏气、内部输液袋及各管道有无破损,连接是否牢固。

3. 严格无菌操作 配液前洗手,戴口罩、帽子、无菌手套,遵守无菌操作规程。

4. 掌握营养基质的配伍禁忌和配制顺序 将安达美和电解质加入氨基酸内,磷酸盐制剂加入葡萄糖液内,脂溶性维生素(维他利匹特)稀释水溶性维生素(水乐维他)后加入脂肪乳内。然后将配制好的氨基酸液和葡萄糖液同时混入 3L 袋,最后将配制好的脂肪乳剂混入 3L 袋。轻轻摇匀,认真检查 3L 袋内有无沉淀生成。胰岛素在营养液中较稳定可以加入,但如果患者的血糖异常波动,应将胰岛素用注射器微量泵接三通泵入。

护士乙:我说一下 TPN 输入的护理:

1. 保持输液通畅 根据 24 小时计划输液量计算单位时间应入量,保证按时按量匀速输入。

2. 妥善预防和处理导管堵塞 应防止病人活动过度、咳嗽,不经中心静脉置管输血、血浆、蛋白等胶体液(因易发生纤维蛋白沉着,致导管不畅),做到正确封管。在每日输毕前,置管末端连接肝素帽,消毒后,取肝素盐水(含肝素 50u/ml)5~8 毫升封管。注意边推药边退针,以确保整个管腔

内充满肝素液。正确封管可保持有效抗凝 14h 以上。一旦发现堵管,应立即用肝素盐水或尿激酶(2万 U/ml)缓冲,以溶解凝血块。但不可加压推注,以防凝血块进入血流发生血栓。也可用注射器抽回血,试将凝血块抽出,否则拔管重置。该患者在置管后第五天作特殊检查时保护不当致堵管,上述方法处理无效,拔管后经对侧重新置管。

3. 严防脱管 关键在置管成功后一定做到导管与皮肤的缝线固定牢固。选用一次性透明透气性好的护皮膜保护留置部位。防止因体位变换导致导管滑脱或刺破血管壁。强化患者翻身或活动时对导管的自我防护意识,做到主动配合。

4. TPN 并发症的监护:

1) 导管感染败血症 患者由于免疫功能低下易遭受病原菌侵袭,常见侵入途径有穿刺点局部、输液管道连接处及营养液配制时的污染。因此每个环节均应无菌操作,穿刺点每日换药,输液装置每日更换,更换前先用碘伏消毒置管末端或三通接口,迅速连接管道后再用碘伏消毒连接处,妥善固定。注意穿刺点局部有无红、肿、热、痛及全身畏寒发热等表现。如接受 TPN 治疗的患者出现无明显原因发热,应首先想到此并发症的可能,及时停止 TPN 或拔除导管并剪下头端 1cm 送细菌培养。

2) 栓塞性并发症 多见静脉血栓形成和空气栓塞。前者见于长期接受 TPN 治疗患者,后者多因液体输空,输液管接头脱落未及时发现或拔管后按压时间不够所致。故输液过程要加强巡视,最好使用输液终端过滤器。拔管后按压穿刺点 15mins,并严密包扎 24h。

3) 代谢性并发症 常见有高血糖、高渗性非酮性昏迷、低血糖和高脂血症。注意患者有无尿量增多、口渴、神志异常等高血糖和高渗症状或出冷汗、无力等低血糖症状,必要时给予胰岛素或 50% 葡萄糖。严格记录 24 小时出入量,观察单位

时间内输入量的动态变化,一般不易超过或少于每小时计划入量的 10%。定期监测血脂、血糖、血生化、肝肾功能,及时调整营养液成份。

护士长:患者自术后第 18 天开始经十二指肠造瘘管实行肠道营养,最后一个问题是肠道营养的要求和注意事项。

护士丙:

1. 肠内营养液配方原则 营养物质齐全,容易消化吸收,含有已乳化脂肪,残渣少,等渗,无乳糖,粘稠度低,流动性大,稳定性好,容易制备,适应症广。

2. 肠内营养液输注的护理

1) 控制浓度和滴速 一般从浓度 8~12%,速度 40ml/h 开始,以后逐渐增加,但浓度不易超过 25%,速度不超过 120ml/h。采用重力滴注或输液泵滴注法。

2) 保持滴速恒定、温度适宜 忽快忽慢会致病人恶心、呕吐、腹痛、腹泻。营养液温度应为 37~38℃,可用热水袋或热瓶保温。

3) 每日更换输注装置,输注过程中注意溶液有无变质,连续滴注一次量的悬挂时间不宜超过 8h。每次输毕,须用温开水冲洗管道,同时用手指自外向内轻捏管壁,以彻底清洗管腔,防止阻塞。

4) 严密观察病情,严防并发症发生 评估项目有出入量、皮肤弹性、口渴、出汗、神志、血压、脉搏、体重、胃肠道有无恶心、呕吐、腹胀、腹泻、口腔溃疡、瘘口渗液,昏迷病人有无误吸。该患者于肠内营养第二天当输注 0.5h 时表现烦躁、大汗淋漓、脉速,疑为浓度过高,将营养液对半稀释成 8%,并减慢滴速后症状消失。

护士长:患者现已口服饮食,且食欲很强,提醒分管护士要加强饮食宣教,防止饮食不当诱发肠梗阻。查房到此结束,希望大家不断总结工作,积累经验,提高严重复合伤患者的抢救成功率。

老年手术患者术前术中心理护理

赵丽 郭娜

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

随着医学科学的发展,对人体各系统各器官的病因病理有了比较明确的认识,加之诊断方法和手术的不断改进,许多内科疾病已应用外科手术进行治疗。特别是近十几年来,几乎所有的尖端技术应用于外科领域,使得外科手术更为复杂,对外科手术病人的心理护理更为重要,特别是老年病人,对手术特别敏感,对手术环境和手术器械出现恐惧病理心理反应,为此,术前术中做好心理护理对术后康复有较大的好处,具体心理护理方法现总结如下:

1 术前心理护理

1.1 病人确诊需要手术后,护理人员向患者耐心介绍医院的医疗水平、患者病情、手术的必要性,让其子女陪护,消除恐惧心理。

1.2 做好术前的准备,向患者说明术前准备的目的和意义,使患者在化验、X光检查、备皮、灌肠、导尿和插胃管等各项操作中积极配合。

1.3 向患者和家属说明术前用药的目的意义时间及预后情况,讲述在手术中、手术后可能出现的意外情况和并发症,指导家属给予患者以鼓励和支持的方式、方法,争取家属协助医护人员给患者以良好的帮助和护理。

1.4 做好术前训练,训练在床上排便、翻身、深呼吸、咳嗽,要告诉其注意事项,让病人了解做这些动作对预防术后并发症是很有必要的。

1.5 术前患者的心理应激直接影响手术的效果,通过心理教育指导,使患者保持平静乐观的情绪,具有充分的思想准备,增加营养,保证睡眠。树立必胜的信心,消除老年人对手术的思想顾虑。

术前给患者暗示,使病人相信施术者的医术、医德会确保手术的成功和患者的安全,让病人相信手术一定成功。通过心理教育,指导病人和家属积极配合手术治疗。

2 术中心理护理

病人进入手术室,感到手术室特殊的环境气氛,病人会紧张和恐惧,可能会出现全身发抖、面色苍白、四肢发冷、出冷汗、血压升高、心率加快等不良反应,这些表现都会影响手术的进行。因此,必须做好术中的心理护理。

2.1 手术室要整齐清洁,床单物品上无血迹,手术器械存放在隐蔽处。

2.2 增强病人进入手术室的安全感,医护人员术中要举止端正、态度和蔼,语言亲切、全神贯注,不在病人面前谈论病情和预后,不闲谈与手术无关的事情,不嬉笑和窃窃私语,相互间的谈话声音应当轻柔和谐,以此来增加病人的安全感。

2.3 医护人员应始终以亲切和蔼的态度为患者做各种术前准备和术中操作,注意观察病人的情绪变化,不失时机地给病人心理安慰,使病人保持安定的情绪。

2.4 指导病人深呼吸,放松肌肉,使病人消除过度紧张的情绪。

2.5 减少不良刺激,在手术操作过程中,熟练而敏捷,做到稳、准、轻、快,尽量缩短手术时间,减少病人痛苦和创伤,使病人对医护人员感到满意,获得术后治疗的信心,能够积极配合术后治疗护理,使病人早日康复出院。

107例老年癌症病人的心理特点及心理护理

唐杰 赵丽 于智梅

(泰安市中心医院, 山东泰安 271000)

虽然癌症病人普遍存在着心理障碍,但老年癌症病人另具特点。我们对1998.1~2001.4收治的107例老年癌症病人的心理特点进行了分析,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 107例病人中男67例,女40例,年龄最小者61例,最大者85岁,平均年龄72岁。其中肺癌23例,食管癌21例,骨癌14例,肝癌16例,乳腺癌10例,头颈癌5例,大肠癌8例,其它10例。

1.2 107例老年癌症病人的心理障碍特点详见表1。

表1 癌症病人心理障碍特点

心理障碍特点	例数	百分比
恐惧	20	19
愤怒	8	7
焦虑	9	8
抑郁	6	6
孤独	33	31
绝望	23	21
性格改变	4	4
隐瞒病情	4	4

2 讨论

2.1 老年癌症病人心理障碍特点分析

老年癌症病人的康复与生存状况已成为一个重要的社会问题。在人口步入老龄化的今天要想进一步提高癌症病人的治疗效果,改善其生活质量就必须了解他们的心理状态,尤其是心理障碍。

通过分析,认为老年癌症病人其心理障碍突出表现在以下几个方面:①孤独感较强:部分老年癌症病人认为自己患了不治之症,成为社会和家庭的负担,内心自卑,不愿与外界交往,产生较强孤独感,尤其是家人因各种原因未能及时陪护时,独自沉闷发呆。②绝望:部分病人得知自己患了癌症后认为得了不治之症,花钱也治不好,还要给子女增加负担,便产生了绝望感和濒死感。③恐惧:多发生于平素身体健康的患者,对癌症的突然来临忧心忡忡,产生恐惧心理。④性格改变:多数癌症病人变得固执己见,不遵从医嘱,不配合治疗护理,外向型性格的人变得情绪低落。⑤隐瞒病情:老年人往往为了不给别人增加麻烦,而有意隐瞒某些症状,导致延误诊断和治疗。

2.2 老年癌症病人的心理护理策略

2.2.1 指导他们做好正确的自我心理保健 心理是生理的统帅,心理保健即是身体康复的重要保证。努力创造一个优美的治疗环境,病室内根据病人性格放一些不同种类的鲜花,以充满生命活力的绿叶和奋发争艳的花朵,使病人心情舒畅忘掉病痛。

2.2.2 强调癌症不是“不治之症” 人们产生对于癌症的恐惧,主要是由于以下原因:①人们对于癌症难治听说的较多,而对于治好的知道的很少。②人们对癌症治疗的医学进步和发展了解得不多。③一些文艺作品的不良渲染。因此,应向家属和病人说明目前许多癌症已有相当高的治愈率,一些癌症通过合理的综合治疗是可以得到根除的,病人可长期存活。随着医学的进步,治疗方法的不断改进,新的治疗手段或药物的相继发现,使一些癌症虽非早期也可得到根治。帮助病

人和家属建立信心,使其能积极配合治疗。

2.2.3 帮助老年癌症病人解决实际困难
在治疗过程中考虑老年人的特殊需要,如解决放
疗过程中的交通问题,协助完成各种辅助检查。

2.2.4 有效解除病人的癌痛症状 按照
WHO推荐的三阶梯止痛法治疗癌痛,解除病人对
疼痛的恐惧心理。

同种异体肾移植围手术期的护理

王越¹ 李翠萍¹ 刘金华¹ 刘丽丽¹ 刘艾平²

(1.泰安市中心医院,山东泰安 271000;2.宁阳县第二人民医院,山东宁阳 271402))

同种异体肾移植是终末期肾病替代疗法中疗效最佳的一种,移植肾不但完成正常肾的一切功能,还提高了病人的生存质量。随着外科技术及新型免疫抑制剂的广泛应用,移植肾成活率逐年增长。我院1999—2001年又完成了60余例肾移植,在肾移植的护理过程中,我们积累了一些经验,现浅谈如下。

1 肾移植的术前准备及护理

1.1 病人准备

1.1.1 心理护理 患者长期患病,体质虚弱,对治疗缺乏信心,对移植效果有怀疑,对手术有恐惧心理,护士应鼓励病人,增加病人对治疗的信心,对最关心的问题,如肾移植后患者的性格、性别、意志、思维与供者无关等,以取得合作。

1.1.2 术前做好各种辅助检查,必要时血透一次。

1.1.3 加强营养,供给足够热量,高蛋白、高碳水化合物,低盐饮食。

1.1.4 术前常规备皮、备血,禁食12小时,术前晚灌肠。

1.2 病室准备

1.2.1 术前病室彻底清扫,按每立方米空间乳酸10ml加水2倍,加热蒸发,密闭门窗60分钟后开窗通风,后用紫外线照射1小时。

1.2.2 铺好麻醉床,备齐特护用物,如吸氧、吸痰装置,心电监护仪,微量输液泵,雾化吸入器,

尿杯等。

1.2.3 病人一切用物及医疗用品均需消毒后放入室内专用。

1.3 用药准备

1.3.1 术前用药:术前6小时给抗生素静滴,口服免疫抑制剂:环孢素A、骁悉、硫唑嘌呤。

1.3.2 术中用药:白蛋白、甘露醇、速尿等。

1.3.3 术后用药:免疫抑制剂:环孢素A、硫唑嘌呤、骁悉、强的松,抗生素类、抗病毒类、抗排斥药物及抢救药品等。

2 肾移植的术后处理及护理

2.1 一般护理

2.1.1 专人特护7—10天,因一周内患者的病情变化较大,早期发现排斥反应,以保证肾移植的效果,护士必须完成各项护理内容,如实及时地记录患者的病情变化。

2.1.2 密切观察生命体征变化,术后平卧6小时,给予持续心电监护,密切观察体温、脉搏、呼吸、血压的改变,早期发现排斥反应。

2.1.3 注意观察伤口渗液、渗血情况,保持髂窝引流管通畅,注意渗液的颜色、气味、量的变化,如有鲜血自伤口流出,立即通知医师行恰当处理。

2.1.4 保持尿管通畅,注意尿量的变化,每小时测尿量及尿比重一次,8小时总结一次出入量,记录24小时的出入液量,维持水电解质及出

人液量的平衡。

2.1.5 做好基础护理,定时翻身拍背,给予皮肤按摩。为预防呼吸道及泌尿道感染,雾化吸入及尿道口消毒每天两次。

2.1.6 严格执行消毒隔离制度,工作人员如有感冒者,一律不得进入病室。

2.1.7 肠蠕动恢复后,开始进流质饮食,3~5天肾功能恢复后,可给高蛋白、高维生素、低盐饮食,禁食木耳、香菇、红枣、人参等提高机体免疫力的食物。

2.2 尿量的观察及护理

2.2.1 多尿期 术后24小时内尿量达每小时800~1200ml以上,如处理不当,必引起水电解质紊乱,护士一定要加强护理。①准确记录每小时尿量,性状,判断是否多尿期。②保持输液及导尿管道通畅,维持出入液量及电解质的平衡,掌握补液原则:a、24小时尿量为3000~5000ml出入平衡。b、24小时尿量为6000~8000ml,按尿量的80~85%输液。c、24小时尿量为8000~10000ml以上,按尿量的70%~75%输液。

2.2.2 少尿期 患者如术后每小时尿量少于30ml,首先要排除导尿管不畅,其次排除全身血容量不足,若以上处理后,尿量仍不增加,血压有上升趋势,立即汇报大夫,查找原因,少尿期护理尤为重要。①输液速度不宜过快,量不宜过多,遵医嘱补给液体量。②记录每小时尿量及24小时出入液量,防止心衰及急性肺水肿的发生。③心理护理:尿量多少是直接观察移植肾功能好坏的主要指标,患者见尿少会产生心理负担,表现出烦躁、焦虑等,护士应给予安慰、解释,给予利尿剂、辅助透析等在一定时间内尿量会恢复正常。

2.3 血压的变化及护理 为保证术后移植肾的灌注,患者的血压要求维持在110~160mmHg

/80~100mmHg。如收缩压高于160mmHg或舒张压高于100mmHg立即汇报大夫。如收缩压低于110mmHg或舒张压低于80mmHg,要查找原因,正确处理。

3 肾移植术后并发症及护理

3.1 排斥反应 排斥反应影响移植肾的长期存活,导致手术失败。护士要密切注意病情变化,早期发现排斥反应。①密切注意体温、血压、尿量及肾区疼痛情况,如患者体温升高,血压升高,伴尿量的突然减少或停止,移植肾区胀痛等,立即汇报大夫。②行冲击疗法 立即给地塞米松60mg快速静滴,能有效控制排斥反应。因药物刺激大,注意患者的疼痛情况,精神症状及消化道症状。③注意免疫抑制剂的副作用 环孢素A、硫唑嘌呤、强的松等,容易引起肝损害,胃肠道症状、毛发增多,向心性肥胖等。要向病人解释清楚,随着药物的减量,副作用会逐渐减轻或消失。

3.2 感染 肾移植术后应用大量免疫抑制剂,患者机体抵抗力降低,感染成为肾移植患者术后死亡的主要原因之一。常见的病原体为:细菌、病毒、真菌等。因此早期足量应用抗生素及抗病毒药物的同时,应加强基础护理,预防呼吸道及泌尿道的感染。

4 肾移植术后康复指导

4.1 按时服药 患者在医师指导下调整药量,不要自行减量或停药,并且终身服药。

4.2 预防感染 患者抵抗力低,注意保暖,预防感冒。

4.3 定期复查 术后一个月内,每周复查肝功、肾功、电解质、环孢素浓度,以后每月一次,以调整药量。

冠造术并假性股动脉瘤一例护理体会

周俊华 李风莲 宋风云

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

选择性冠状动脉造影是当今国内外用以诊断冠心病的主要方法,是诊断冠心病的金标准。近年来被越来越广泛地应用于临床。但此项技术需穿刺外周血管,若术后穿刺口护理不当易造成并发症甚至带来严重的后果。因此,做好穿刺部位的护理特别重要。但在临床工作中我们发现,术后24h内人们对穿刺口护理特别重视,对术后24h后易掉以轻心。近来我们发现一例术后30h穿刺口再出血并形成假性股动脉瘤的病人,现报道如下:

1 病例简介

患者男,66岁,因不典型胸痛就诊,住院行冠造术未发现异常。术后常规加压包扎,砂袋压迫并平卧24h。术后24h起床活动,穿刺处愈合好,无瘀斑,无血肿。术后30h于活动后感右侧股内侧胀痛,并向同侧髋部放射,右侧股内部局限隆起,压痛明显,无红肿,同侧足背动脉搏动可,血压20/13kpa。彩超示:右腹股沟假性动脉瘤。

2 治疗经过

嘱卧床休息,再次加压包扎,6h后剪开包扎,抗炎,硫酸镁湿热敷。5天后血管杂音消失,并在彩超监测下行股动脉假性动脉瘤压迫关闭囊腔术。彩超下发现股动脉与假性动脉瘤有一交通口。用彩超探头压迫交通口,使假性动脉瘤囊腔关闭,而股动脉受压后血流通畅,足背动脉搏动良好。共持续加压二次,分别持续15分钟、20分钟。后经彩超证实,血流交通口关闭,无血流进入假性动脉瘤。

3 结果

经抗炎、热敷,假性动脉瘤关闭囊腔术治疗,

假性股动脉瘤缩小至2×2cm大小,无明显压痛,高出皮肤,无血管杂音,右下肢瘀斑吸收良好,痊愈出院。

4 分析讨论

冠造术后穿刺部位血肿及出血大多发生在术后24h内。患者出凝血机制异常,术中肝素应用过多,拔出动脉鞘管后压迫时间不够以及压迫砂袋移位,穿刺侧肢体过早活动,术前应用抗凝药物均可导致其发生。本病例术前应用阿斯匹林口服。

5 体会

5.1 通过临床观察我们认为,对老年人,术前应用抗凝剂者,术后24~72h内下床活动时应缓慢柔和,避免剧烈活动,并避免增加腹压的因素。咳嗽、大小便时需用手紧压穿刺口,以免增加穿刺口压力导致出血。除注意穿刺口有无出血、血肿外,还需仔细观察其周围如腰部、股下等有皮下内出血现象。本病例虽属少见,但情况的发生已给病人造成经济损失及精神上痛苦,这足以引起护理同行们在今后工作中高度重视。

5.2 假性动脉瘤为动脉与周围组织的血肿形成异常的交通,动脉血液经异常交通进入血肿内。假性动脉瘤一般继发于腹股沟大的血肿,所以术后要及时观察穿刺部位,是预防其形成的重要措施。

[参考文献]

[1]马长生《介入心脏病学》,人民卫生出版社1998年11月第1版84-112

[2]王玉芬《心脏介入术后穿刺部位外周血管并发症的观察及护理》山东(齐鲁护理杂志)2001年第七卷第二期。

尿毒症合并冠心病患者 血液透析的护理体会

王红 冯清琪 聂蓉晖

(泰安市中心医院血液净化中心,山东泰安 271000)

随着老龄化社会的到来,老年人因肾功能衰竭行血液透析的比例在逐年增加。由于老年中常伴有冠心病,而冠心病透析期间护理不好很容易诱发心梗甚至室颤,因此探讨尿毒症合并冠心病患者血液透析的护理,保证病人的透析时的安全具有重要的临床意义。我院血液净化中心近四年来收治尿毒症合并冠心病患者血液透析 62 例。由于透析期间我们根据冠心病人的病理生理特点采取相应的护理措施,无一例出现意外。现将护理体会总结如下:

1 临床资料

62 例尿毒症合并冠心病患者行血液透析,其中慢性肾功能衰竭合并高血压者 41 例,糖尿病肾病 18 例,冠状动脉搭桥术后肾衰 3 例。男性 38 例,女性 24 例。年龄 43 - 76 岁,其中卧位心绞痛 15 例,陈旧性心梗 22 例。冠脉造影示三支(前降支、左回旋支、右冠)病变 8 例。

2 透析方法

2.1 透析器材 美国百特 1550 血透机:空心纤维透析器;常规血透物品;惠普监测仪(ECC、NBP、SpO₂);吸氧装置;除颤器。

2.2 透析步聚 病人入室后,吸氧镇静。然后于局麻下行动静脉穿刺建立血液通路,连接透析器。根据病人心功能情况调节血流量为 200 ~ 250ml/min。透析液流量为 500ml/min。

3 护理体会

正常心肌的氧耗量是 6.5—10.0ml/kg,占心肌氧供的 70%,故心肌氧耗的增加必须依靠冠脉

血流的增加来满足。而冠心病病人由于冠脉狭窄冠脉血流增加有限,因此如何维持心肌氧平衡,避免心肌缺氧是护理的中心环节。

3.1 透析前详细了解病情,做到有的放矢
透析前访视病人了解病情。(1)病人的一般情况:心脏储备能力的评价,如平时的活动情况,心绞痛的发作频率,心绞痛的诱因,有无吸烟史,有无合并其他疾病如高血压、糖尿病等。(2)透析前治疗情况:该类病人一般有长期的用药史如硝酸酯类、利尿药、地高辛、钙通道阻滞剂等,了解这些药的剂量及治疗效果。(3)冠心病人的风险还与冠脉的阻塞部位、支数及程度密切相关。

3.2 做好病人入室时的心理护理,消除病人的紧张情绪 众所周知,紧张恐惧可诱发病人的交感肾上腺髓质系统兴奋,儿茶酚胺分泌增加,心率加快血压升高。心肌氧耗增加,对冠心病不利。为此,病人入室时以亲切的语言,和蔼的态度接待病人,向病人详细介绍透析的过程,尽量消除病人的紧张情绪。

3.3 操作轻柔,尽可能减轻病人的痛苦 疼痛刺激可诱发病人的应急反应,导致心率快血压高,同样增加心肌的氧耗。因此应在局麻下行动静脉穿刺。另外透析过程中,有许多原因可能导致血管痛:(1)穿刺针翼固定不良(2)血管收缩(3)血管内异物刺激(4)血管狭窄,血流不畅(5)血管炎。透析过程中密切观察病人及时查找原因,及时处理。

3.4 积极防治透析中并发症 透析过程中可发生各种并发症,如低血压、肌肉痉挛、恶心呕吐、头痛、皮肤瘙痒、发热并寒颤等。因此,透析期密切观察病人及时处理各种并发症。

3.5 合理应用心血管活性药物

3.5.1 硝酸酯类 硝酸甘油具有扩张冠脉降低平均动脉压(MAP)的作用,因此冠心病病人入室时即以 $0.5 - 1\text{g}/\text{kg}\cdot\text{min}$ 持续滴入。高血压的病人可增加剂量。

3.5.2 α -受体阻滞剂 心率增快时,心肌氧耗增加,左室舒张时间缩短,冠脉血流减少,心肌血流自我调节功能减退,因此冠心病病人最忌心动过速。对于心动过速的病人,给予氨酰心胺 25mg 口服,观察疗效。根据病人情况可追加剂量至 50mg 。

3.5.3 及时处理高血压 过高的血压加重

后负荷,增加心肌的氧耗量,必须及时处理。可用钙通道阻滞剂如尼群地平处理。

3.5.4 心律失常的处理 冠心病病人由于心肌缺血易发生室性心律失常如室早、室颤等,危及病人生命,需及时处理。发生室早时可给与利多卡因、硫酸镁。发生室颤时及时除颤。

总之,冠心病病人由于心肌的氧供需平衡处于边缘状态,很容易发生心肌缺氧导致心梗室颤发生,危及病人的生命。因此,透析期间只有做好病人的心理护理,维持氧供需平衡,避免心肌缺氧发生,才能保证病人的安全。

子痫的急救与护理体会

徐秀芳 韩 晶

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

子痫是重度妊高征最严重的阶段,在先兆子痫的基础上,伴有抽搐发作或昏迷。至今,仍为孕产妇及围生儿死亡的重要原因。如采取积极有效的抢救与护理,母儿死亡率可明显降低。我院2000年共救治子痫患者12例,除院外1例产后子痫,合并肾功能衰竭死亡之外,其余11例均痊愈出院。现报告如下。

1 临床资料

我院2000年分娩总数3920例,中重度妊高征40例,并发子痫12例,占分娩总数的0.3%。12例患者中,年龄最小22岁,最大36岁;初产妇9例,经产妇3例;单胎10例,双胎2例;发病孕周最小32周,最大 42^{+2} 周;按首次发作时间划分,产前子痫7例,产时子痫3例,产后子痫2例;抽搐伴昏迷由急诊入院6例,基层转院4例,2例发生在院内,诊断标准参考文献^[1]。

2 急救处理

2.1 迅速了解病情,安置病人于抢救室或单人暗室,备好压舌板、开口器及其它抢救用物,经鼻导管氧气吸入,改善缺氧。

2.2 立即建立静脉通道,根据病情给解痉、降压、镇静、扩容与利尿药物,迅速控制抽搐,改善血液循环。

2.3 留置导尿管,注意尿量及尿的颜色,准确记录24h出入量。

2.4 抽血查 K^+ 、 Na^+ 、 Ca^{2+} 、 CO_2 ·CP、NPN、BUN及凝血功能检查等,以进一步了解病情,并向家属交待其危险性,使之做好思想准备。

3 护理

3.1 保持室内绝对安静,避免任何不良刺激,一切护理工作尽量集中进行,动作轻柔,以免诱发抽搐,保证充分的休息和睡眠。

3.2 保持呼吸道通畅,昏迷期禁食禁饮,及

时吸出口腔分泌物,以防窒息。设专人护理,采取保护性措施,防止坠床。保持输液管、导尿管、鼻导管通畅。

3.3 严格无菌操作,做好基础护理,选择有效抗生素,预防感染。

3.4 严密观察生命体征变化,记特护单,及时发现与处理各种并发症。病情较重或短时间内不能经阴道分娩者做好剖宫产术前准备。及时终止妊娠,可使胎儿尽快脱离宫内不良环境,并迅速减轻对母体的威胁,可预防产时子痫的发作。

3.5 具备阴道分娩条件者,严密观察宫缩及产程进展,勤听胎心音,备好抢救新生儿窒息的药品和用物。尽量缩短产程,避免产妇因宫缩及外界刺激导致情绪焦急、忧虑、恐惧,增加先兆子痫和子痫的发生^[2]。胎儿娩出后,及时应用宫缩剂,以防产后出血。术后和产后不要放松警惕,妊娠

的终止并非妊高征的病理生理变化完全缓解,产妇的心理仍处于兴奋、激动、紧张不安状态。预防产后子痫必须提供完善、规范化的产后护理,仍应密切观察病情,继续药物治疗^[3]。

3.6 应用静脉留置针及三通管输液,既保证输液效果,又便于病情变化时利于抢救,同时安慰患者,消除其紧张恐惧心理,使患者保持良好的情绪积极配合治疗与护理。

[参考文献]

- [1]乐杰主编.妇产科学.第5版,北京:人民卫生出版社,2000.117~123
- [2] TapioKurki, VilhoHillesmaa, RaimoRaitasalo, et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia[J]. Obstet Gynecol, 2000; 1995, 487~90
- [3]李冰.妊娠合并子痫 35 例临床分析.现代妇产科进展 2001, 10(2):150

DSA 经动脉导管介入化疗的护理

任晓梅 卢欣欣 张爱芹

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

DSA 经动脉导管介入化疗是在数字减影血管造影(DSA)直视下,采用外科无菌技术操作,经皮做股动脉穿刺,插入导管将抗癌药物直接注入肿瘤局部进行选择治疗^[1],我科自 1999 年 5 月以来,共采用 DSA 经动脉导管介入化疗 132 例,取得良好的诊疗效果,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 本组 132 例,其中男 108 例,女 24 例,年龄 28~64 岁,平均 46 岁。肝癌 98 例,肺癌 34 例,全部病人均按 Drischaoll 常规。

1.2 方法 在 DSA 导引下,经股动脉穿刺并引入导管,选择肿瘤部位滋养血管,经造影证实后,将导管插入主动脉行化疗药物灌注,依次推注卡铂 400mg,丝裂霉素 8mg,5-Fu750mg,栓入明胶

海绵进行栓塞,最后常规拔管,止血、包扎。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 向患者解释介入化疗的目的和意义,消除心理障碍和恐惧感,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗。

2.1.2 辅助检查 协助患者做好各种辅助检查,血常规、出凝血时间、肝功能、血生化、心电图、胸透、尿常规、肝、胆、胰、脾 B 超。

2.1.3 术前准备 术前备皮,清洁皮肤,预防刀口感染。术前一日做碘过敏试验,方法是用 30% 复方泛影葡胺 1ml 做静脉注射后观察 20 分钟,若有胸闷、恶心、呕吐、荨麻疹等就判定为结果阳性,应及时报告医生,及时处理;术日晨常规禁

食,防止术中食物返流,误吸人肺;术前30分钟给予安定10mg、阿托品0.5mg肌注诱导麻醉,测血压。

2.2 术后护理

2.2.1 股动脉穿刺部位护理 患者行介入化疗后,即给予沙袋加压止血,并嘱患者肢体制动24h,绝对卧床休息,严密观察患者下肢皮肤颜色及皮温,足背动脉搏动情况,保持敷料干燥、整齐,观察有无渗血及皮下血肿情况,如有异常通知医生及时处理。

2.2.2 严密观察生命体征 介入化疗术后,平卧24h^[2],每2小时测体温、脉搏,呼吸1次,并准确记录,连测3天,平稳后改为每天2次,体温超过38.5℃以上,给予酒精擦浴物理降温,或冰袋冷敷,持续体温38.5℃以上,可能为肿瘤局部组织坏死,应报告医生及时处理。

2.2.3 饮食护理 患者禁食,术中能量消耗较多,术后应及时补充营养和水分,一般术后2小时后即给予高热量、高维生素、高蛋白,易消化的清淡饮食,要鼓励患者多饮水,不能饮水的患者应给予静脉输液,以加速化疗药物及造影剂的排泄,防止肾功能受损。

2.2.4 药物反应的观察护理 因化疗药物所致的毒性反应,术后患者一般都有不同程度的胃肠道反应和骨髓抑制,根据反应的轻重,给予对症处理,如恶心、呕吐可给胃复安10mg肌注,呕吐严重者给予恩丹西酮4mg或盐酸格拉司琼3mg静注,同时应注意保护胃粘膜,术后嘱病人进食高营养、可口的清淡食物,并定期作血象检测。

2.2.5 准确记录尿量 能准确反映肾功能改变的情况,若每日尿量少于500ml,要注意少尿的原因,防止肝肾综合征的发生,要准确记录尿量3天,并在少尿时测定尿比重。

2.2.6 患者卧床期间应主动予以关心,体贴,给予生活上的照顾和心理上的安慰,使之摆脱心理困境,积极配合临床治疗和临床护理,达到躯体和心理同步康复的效果。

[参考文献]

- [1]陈敏.介入化疗术后并发症护理体会.中华护理杂志1994,(1):10
- [2]李麟荪.临床介入放射学.南京:江苏科技出版社,1990:254

·放射与检验·

血浆纤维蛋白原测定的方法学评价

李春伟 杨艳

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

血浆纤维蛋白原(Fbg)定量测定是临床中广泛应用的一项实验,测定方法众多,各家评价不一,现就临床上较为常用的检测方法作一评价,以利于临床检验工作中的选择和应用,并极力推荐在我国目前条件下最佳测定Fbg的方法(von Clauss法)。

1 Fbg测定方法的种类

血浆纤维蛋白原[(Fbg)参考值(2~4g/L)]在血浆中具有生理和病理的双重作用,一方面可以保证凝血的顺利完成,另一方面又影响了血浆与血液的粘稠度,因此血浆纤维蛋白原含量的高低与临床许多疾病有密切的关系,如血浆纤维蛋白原含量增高被认为是缺血性心脑血管疾病的独立

因素之一,对于选择何种方法进行检测就成为影响临床诊断和治疗的关键所在。目前常用的血浆纤维蛋白原测定的方法大体可分为三类:①功能性测定方法。即在血浆中加入凝血酶后来测定所形成的纤维蛋白原量或凝固时间,其中 jacobsson 法为世界卫生组织(WHO)和美国国家临床检验标准委员会(NCCLS)推荐的参考方法,而冯-克劳斯法(Von Clauss)是美国国家临床检验标准委员会推荐的次级参考方法。在我国尚有单位使用自动化凝血仪测定凝血酶原时间(PT)进而推算出 Fbg 含量的 PT 衍生法(PT-der 法)。②物理化学法。即通过盐析、热变、电泳等方法来测定 Fbg 含量。③免疫测定法,即用抗纤维蛋白原多克隆抗体或单克隆抗体以测定其含量的方法,本法多采用免疫比浊法(有散射比浊和透射比浊之分)。

2 纤维蛋白原测定方法优缺点的比较

2.1 物理化学法 即盐析、热变性或电泳等方法,本法试剂简单、操作方便、快速,因其重复性、特异性较差,已渐为临床所淘汰。

2.2 免疫测定法 是在免疫扩散的基础上发展起来的一种检测方法,它利用抗纤维蛋白原多克隆或单克隆抗体与标本中的纤维蛋白原结合,形成抗原抗体复合物导致其浊度的改变,由此可以推算 Fbg 含量,方法较为简单,但影响因素众多,如时间、温度、混匀的方法等。最为重要的影响因素是血浆中含有许多与纤维蛋白原有共同抗原的成分,如纤维蛋白降解产物(FDP)、D-二聚体等异常纤维蛋白或片段,故此,特异性不高、准确性极差是其缺点,也渐为临床所淘汰。

2.3 功能测定法 是目前国际上常用的检测方法,其中 jacobsson 法被世界卫生组织(WHO)和美国国家临床标准委员会(NCCLS)推荐为标准测定方法,本方法测定程序复杂、费时、严格,不适用于临床标本的测定,仅作为制备纤维蛋白原标准品的校准方法。冯克劳斯法(von Clauss)利用血浆中加入凝血酶后测定血浆凝固时间,本法操作简便、快速、准确而被 NCCLS 推荐为纤维蛋白原测定的常规方法^[1],现在国外实验室 95% 以上采用此方法,在我国尚未全面推广,它主要是测定血浆中具有凝血功能的纤维蛋白原水平,因此本

法最能反映血浆中具有凝血功能的纤维蛋白原水平,具有特异性好、准确、简便、快速的特点。程峰等^[2]在对多种纤维蛋白原测定方法比较后认为本法无论在特异性、准确性、重复性等方面均明显优于前述两类方法,差异显著,并认为:在 Fbg 正常组(1.6—4.0g/L)和底值相(<1.6g/L),本法与凝血酶原时间衍生法(PT-der 法)相关性良好,在高值组(>4.0g/L)PT-der 法高于 von Clauss 法。王明山等^[3]认为血浆纤维蛋白降解产物(FDP)和 D-二聚体是导致 von Clauss 法测定 Fbg 含量偏低的原因,它们在血浆中均具有明显抗凝作用,FDP 中碎片 X(X)和碎片 Y(Y)的分子结构与 Fbg 相似,可以与 Fbg 竞争凝血酶,并与纤维蛋白单体(FM)形成复合物,以阻止 FM 的交联。而作者认为: von Clauss 法测定的是具有凝血功能的纤维蛋白原,对于无凝血功能的异常纤维蛋白不能测出,这样才更能准确地反映病人凝血功能的真实情况,否则将无凝血功能的异常纤维蛋白一并测出,只会给临床诊断造成假象,导致临床错误的判断,延误病人及时、准确的治疗,PT-der 法就存有此弊端,无论在何组中 PT-der 法测定值均高于 von Clauss 法,尽管在正常组和底值组中差异不明显,但它的偏高值就可能掩盖病人的真实情况,尤其当病人的 Fbg 值在正常的低值或高值时,PT-der 法测定值相对较高,可误导临床作出准确诊断,以致临床可能采取的不必要的治疗手段,从而出现更加危险的局面。况且影响凝血酶原时间(FT)测定的因素众多,如大剂量的青霉素可以明显影响 PT 和 APTT 时间,当青霉素含量在 5000 单位/mL 时,血浆的 PT 和 APTT 时间已明显延长,当其浓度达到 2 万单位/mL 血浆时其时间将延长一倍以上^[4],如此衍生法测出的 Fbg 含量必然明显降低,其结果的准确也就可想而知了。

总之,正确选择纤维蛋白原测定方法是影响临床诊断和治疗的关键,淘汰物理化学法和免疫测定法势在必行。鉴于 PT-der 法源于凝血酶原时间(PT)的测定,而影响凝血酶原时间(PT)测定的因素众多,势必也影响到 Fbg 含量的测定,导致临床的误诊误治,虽然 FT-der 法具有降低成本、检测方便的特点,也不易在临床上广泛推广。而冯克劳斯法(von Clauss)能真实反映病人体内具有凝血功能的纤维蛋白原水平,有利于临床对病

人的出凝血功能作出正确的判断,本法操作简便、快速、准确、特异性高,适合于我国的国情,应大力推广本法作为纤维蛋白原临床常规测定的方法。

[参考文献]

[1]顾国龙.血浆纤维蛋白原测定的进展.国外医学(临床生

物化学与检验学分册.2001;22(3):13

[2]程烽等.5种纤维蛋白原测定方法的比较.临床检验杂志 2000,18(1):12

[3]王明山,等.纤维蛋白(原)降解产物对凝固法测定纤维蛋白原的影响.临床检验杂志.2001,(19):167

[4]尹小明,等.大剂量青霉素对凝血酶原时间的影响.江西医学检验杂志.2001,19(1):28

放射性核素骨显像

耿向群 梁如苏 韩建国

(泰安市中心医院核医学科,山东 泰安 271000)

临床上骨显像用于骨疾病的诊断已有数十年的历史,是核医学中最常用的检查方法之一。其最主要的优点是在发现骨病变上有很高的敏感性,能较早的反映骨骼病变。甚至能在X线检查或酶实验出现异常前更早地显示骨病变的存在^[1]。特别是在对恶性肿瘤骨转移的早期诊断上更有独特的价值,现仍被临床广泛应用。近些年来,骨显像技术有了很大的发展,^{99m}Tc 磷(膦)酸盐的广泛应用,显像仪器的改进,使得骨显像在非肿瘤性骨疾患上的应用也日趋增多。

1 原理

骨组织是由无机盐和有机质构成。无机盐为六角形羟基磷灰石晶体,每克骨组织的羟基磷灰石晶体表面积可达100m²,全身约为3×10⁶m²。因此,它在骨组织内有着巨大的表面积,好似一个大的离子交换柱。使晶体所含有丰富的Ca²⁺、PO₄³⁻和OH⁻离子,有充分的机会与细胞外液中的Sr、Ba等阳离子和F⁻、PO₄³⁻等阴离子的趋骨放射性核素进行离子交换。骨组织的有机质主要是骨胶原和骨粘蛋白。用放射性^{99m}Tc 标记磷酸盐化合物,可为骨羟基磷灰石晶体表面所吸附,也能与骨胶原蛋白结合而沉积与骨组织,使骨具有放射性。因而给受检者静脉注射骨显像剂,应用SPECT(单光子发射计算机断层)或γ照相机能使骨和关节显像。骨骼浓聚放射性量的多寡与血流

量及骨代谢活跃程度有关,当骨骼罹患肿瘤、炎症、骨折等疾病时,骨组织血供增加,代谢旺盛,成骨细胞活跃和新骨生成,病变区离子交换功能和吸附能力增强,促使病变区浓集放射量增多呈现出异常的放射性浓集的“热区”(浓集区)反之,当骨组织血供减少或病损区发生溶骨时,骨显像剂聚集随之减少则出现放射性“冷区”(减低区)。根据病侧与健侧相应部位对比显示的异常放射性浓聚图象而得以判断。

2 方法

2.1 显像剂最早使用的骨显像剂有⁸⁵Sr、^{87m}Sr和¹⁸F等。前两者的γ射线能量较高,对骨的照射量过高,且两种放射性核素均从肠道排出,因而本底活性高;¹⁸F系正电子发射的放射性核素,临床广泛使用受到限制。目前临床上使用的显像剂主要是以氯化亚锡为还原剂用^{99m}Tc 标记的磷酸盐和膦酸盐两大类。前者以焦磷酸盐(PYP)为代表,其在软组织中清除较慢,本底高而显影稍差;后者含有一有机的P—C—P键,在体内极为稳定,其中以亚甲基二膦酸盐(MDP)和亚甲基羟基二膦酸盐(MHDP)最为常用。MDP和MHDP从血中清除快,静脉注射2~3小时后约50~60%的放射性出现在骨中,余者经肾脏排出。因而是比较理想的显像剂^[2]。

2.2 动态显像 给患者自肘静脉快速注射

显像剂后,立即启动 SPECT 或 γ 照相机,以一定速度连续拍摄骨骼影像 1~2 分钟,此时相为骨区附近软组织血管灌注的血流相,血流相主要反映较大血管的局部灌注通畅情况。一般在注射显像剂后 1~2 分钟再继续拍摄骨区影像,此时为骨骼的血池相,血池相反映示踪剂早期的细胞外液分布,也反映了软组织结构相应的血运情况。

2.3 静态显像(延迟相) 于注射后 2~4 小时进行的骨显像,主要反映骨骼的代谢活性。动态显像的血流相、血池相结合静态显像的延迟相称“骨三时相”。三时相骨显像在骨疾病中具有很高的临床价值。三时相其血流相与血管内空间相关,血池相与新生血管和新生生物血管增生相关,延迟相骨放射性浓聚反映骨基质的形成。

3 骨肿瘤的骨显像

3.1 骨转移瘤

恶性肿瘤患者约有 13% 并发骨转移,其中以乳腺癌、前列腺癌和肺癌骨转移率最高^[1,3]。骨转移瘤的好发部位以红骨髓丰富的脊柱和骨盆为常见,分布以中轴骨多于四肢骨。全身骨显像常在骨转移早期仅有骨功能代谢改变阶段,即已能发现骨质的异常,明显早于 X 线检查 6~8 个月,甚至 18 个月^[4]。骨显像的高敏感性使其在探索恶性肿瘤骨转移方面具有独特而重要的诊断价值;对恶性肿瘤的临床分期,治疗计划的制订,评价治疗效果和转移瘤的定位等方面均有重要价值,是一种灵敏、简便、安全有效的检查方法,目前已被临床广泛采用。

3.1.1 乳腺癌

骨显像用于乳腺癌转移瘤诊断上的重要价值在于^[1,5]: (1) 约 2% 临床 I 期或 II 期的乳腺癌病人有肯定的骨转移; (2) 临床 III 期乳腺癌,约 35% 的病人骨显像阳性; (3) 乳腺癌手术前的骨显像将会影响手术方案的选择; (4) 手术前病人情况较好,但术后随访观察,约 40~50% 的病人首先出现骨转移,并多发生在术后 3~4 年内。

发展较快和腋窝淋巴结有侵犯的乳腺癌较之其他乳腺癌病人更易从正常转为骨转移。有人报告,乳腺癌病人从正常发展到有骨转移, I 期为 7%; II 期为 25%; III 期为 58%, 且手术时有淋巴结侵犯发生骨转移较之无淋巴结转移者高 2.5

倍^[6]。乳腺癌骨转移的骨显像征象以多个放射性浓聚灶为多见,骨转移灶可遍及全身骨骼。中轴骨和长骨为多发部位。

3.1.2 前列腺癌

尽早和定期的进行骨显像对前列腺癌病人特别有意义。据统计^[1], 约 5% 临床 I 期的前列腺癌病人骨显像为阳性; 临床 II 期的病人, 有骨转移者增至 10%; 临床 III 期则高达 20%。在前列腺癌病人中, 骨显像是诊断骨转移瘤最敏感的方法。假如骨显像诊断骨转移瘤的相对敏感性为 1.0; 则 X 线检查相对敏感性为 0.68; 碱性磷酸酶的测定为 0.54~0.77; 血清酸性磷酸酶实验为 0.5~0.6^[6]。前列腺癌广泛骨转移最常见的骨显像征象是: 中轴骨、骨盆和股骨近侧端放射性明显的和普遍的增加。

3.1.3 肺癌

在肺癌病人中, 若骨显像正常, 至少表明病人的生存时间可有一年^[6]。原发肺癌的骨转移率为 30%~50%^[1]。临床 I 期或 II 期腺癌、上皮样癌或大细胞肺癌骨转移的骨显像阳性率为 2~35%。相当一部分临床无骨痛或认为无骨转移的病人中, 由全身骨显像发现有骨转移。因而骨显像应是肺癌病人的常规和定期检查项目。

肺癌病人治疗前进行骨显像有助于治疗方案的确立。骨显像证实有远处转移, 外科手术难于进行, 只有采用化学治疗或放射治疗^[6]。另外, 骨显像对肺癌的临床分期也是有价值的。

3.2 原发性骨肿瘤

原发性恶性骨肿瘤如成骨肉瘤、Ewing 肉瘤、软骨肉瘤等为恶性程度高, 血管极为丰富、生长迅速的恶性骨肿瘤, 男女之比为 2:1。常见的部位是股骨、骨盆、胫骨、腓骨, 其次是肋骨、脊柱和其他骨。病变部位骨形态常有明显的改变, 且可向软组织浸润并有坏死。

骨显像的特征决定于血液供应、肿瘤侵犯的范围和反应骨的形成。“三时相”骨显像表现为: 动脉血流灌注明显增强并可见血管延伸; 血池相见血管增生血供增加, 呈现不规则的超越骨皮质界限的强浓聚区; 与延迟相异常浓聚区相一致。所示的病变范围比 X 线肿瘤的实际范围要大, 与病变的实际大小更符合^[5,6]。对确定手术范围, 放疗布野, 针吸活检部位有较大的临床价值。此外,

全身骨显像对成骨肉瘤和 Ewing 肉瘤早期发现骨转移及随访观察有重要价值,特别是对早期发现跨跃转移有重要临床意义。

3.3 骨良性肿瘤

骨良性肿瘤多见于儿童和青少年,好发部位以长骨为主。骨显像对骨良性肿瘤是一种辅助性诊断检查,但早期骨血流显像有助于区别骨良恶性肿瘤。良性骨肿瘤的血流显像中,病变部位不出现放射性增高,而恶性肿瘤的血流显像则在病变部位表现为放射性明显增高。骨显像在疑有骨样骨瘤病变,但 X 线检查又为阴性的病例中特别有用,尤其是脊柱、骨盆和股骨的骨样骨瘤。其他的骨良性肿瘤如骨软骨瘤、非骨化纤维瘤、骨囊肿可根据其生长特点、体征和病史等应用“骨三时”显像结合 X 线加以鉴别诊断。

4 非骨肿瘤的骨显像

4.1 股骨头缺血性坏死

缺血性坏死可发生于任何骨骼,但股骨头最常见。缺血性坏死的基本病理改变是病变部位血供缺乏,发生缺血坏死,继而出现死骨的吸收和新的未成熟骨的形成。股骨头缺血坏死是骨科的常见病,早期无明显症状,通常至后期股骨头塌陷时才产生临床症状,故早期诊断较困难。骨显像在显示缺血性坏死上优于 X 线检查,可提早数月出现异常征象^[5,6]。股骨头缺血坏死早期,由于血供的减少,常见股骨头的全部或部分有效放射性减低。当病变部位出现血管再生时,股骨头及其相邻部位将会见放射性的明显增加。股骨头缺血坏死随着病变过程的发展,将会出现不同的骨显像征象。

3.2 代谢性骨病

代谢性骨病包括原发性或继发性甲状旁腺功能亢进,广泛性骨软化症,肾性骨营养不良,骨质疏松和畸形性骨炎等。这些骨疾病多表现出骨表面的破骨细胞增加,骨髓成分为组织纤维所代替和骨小梁的减少。骨显像常见广泛的弥漫性骨摄取示踪剂的增加,以颅骨、长骨干骺端、肋软骨联

结处和胸骨最明显。代谢性骨疾患的骨显像特征可归纳为:①广泛的中轴骨放射性增加;②弥漫性长骨放射性增加;③干骺端和关节周围的放射性增加;④锁骨和下颌骨的放射性增加;⑤肋软骨联结处的串珠症;⑥胸骨领带症。这些骨显像征象有助于把骨质软化症,肾性骨营养不良,原发性甲状旁腺功能亢进症及甲状腺毒症,和非代谢性骨疾患区别开来。但是骨显像图上对比度的增高还受许多因素的影响,因此需采用定量的方法来确定代谢性骨疾患时骨累积放射性的程度,以弥补肉眼观察骨显像图的不足。

随着放射性核素骨显像在临床上的广泛应用,还发现骨显像能区分骨的新老病变;能探索骨疼痛的原因;能客观地评价骨的破坏率或无机物的存积率,并获得定量上的数据;能评价骨组织的修复率和病变愈合情况;能评价包括手术和药物等治疗措施在内的效果和反应,并提供定期随访观察的资料,有助于放射治疗计划的制订;有助于某些肿瘤治疗前的分期;也能发现软组织钙化或肾功能病变。但放射性核素骨显像最主要的缺点是特异性不高,在多数情况下,除了能较敏感地和较早地证实和显示骨受损区域外,难于从骨显像图上对孤立的局限性放射性增高区作出明确的骨疾病诊断。总之,放射性核素骨显像在临床的应用,仍具有较大的潜力,须继续努力去开拓和挖掘。

参考文献

- [1]董惟誉等. 核素骨显像诊断骨肿瘤的价值. 中华核医学杂志, 1988, 2: 87
- [2]马寄晓等. 磷(磷)酸盐类骨显像剂的实验室研究及临床应用. 中华核医学杂志, 1981, 1: 65
- [3]李家秀等. 全身骨显像诊断骨转移瘤 311 例分析. 中华核医学杂志, 1986, 7: 71
- [4]Larry D. Greenfield and J. Michael Uszter. Nuclear Medicine in Clinical Practice. Verlag Chemic International Deerfield Florida, 1982, 49
- [5]赵惠扬等. 实用核医学. 太原: 山西人民出版社, 1984, 155
- [6]谭天秩等. 临床核医学. 人民卫生出版社, 1993, 859

尿镜检几种不同方法的探讨

徐 森

(山东省东平县中医院检验科, 山东 东平 271500)

尿液由肾脏生成,通过输尿管膀胱及尿道排出体外,通过对尿液镜检可以辅助对泌尿系统疾病做出定位诊断,是目前临床上进行鉴别诊断、预后判断的常规项目。

然而,由于各个医院所采用的方法不尽相同,有的医院采用离心尿的沉渣镜检,有的则直接取混匀的一滴尿镜检,有的还采用染色镜检。由于操作的方法不同,使临床上难以获得统一的数据,给临床诊断带来了困难。

尿沉淀镜检可分为非染色镜检,染色镜检及尿沉淀定量检查等方法。染色镜检可分为离心法及混匀一滴尿法。离心法敏感,检测阳性率高,为目前住院病人,尤其是肾科和泌尿科病人的常规检测方法,但其操作程序繁琐费时,且受操作条件的限制,如离心的尿量、转速和时间、保留尿沉渣体积不易准确等而使结果不易一致,难以标准化,

但这种方法是目前一些医院大都采用的方法。混匀尿镜检查简单易行,但缺点是阳性率低,易漏诊,多用于非泌尿系统疾病的过筛检查。除明显的血尿、脓尿外应强调用离心法。用染色法时透明管型不易漏检。也有助于其它成份结构的观察。

鉴于此种情况,如何使尿液检测标准化是摆在每位检验工作者面前的问题。日本等发达国家采用了定量尿沉渣分析板。使尿镜检取得了标准化、统一化。我国的体液学专家们也准备把这种方法向各个医院推广。相信在不久的将来,尿镜肯定得到统一化、标准化从而更好的为临床提供服务。

笔者对泰安地区 2001 年 3789 例健康成人晨尿的混匀一滴与离心尿沉渣镜检进行比较。其结果见下表:

检验方法	报告方式	男性(2162例)		女性(1627例)		合计(3789例)	
		红细胞	白细胞	红细胞	白细胞	红细胞	白细胞
混匀一滴	最低—最高/HPF	0—偶见	0—1	0—偶见	0—2	0—偶见	0—2
尿	平均每个 HPF	0—0.1	0.1—0.2	0—0.2	0.3—0.7	0—0.2	0.1—0.7
离心后尿	最低—最高/HPF	0—3	0—3	0—3	0—5	0—3	0—5
沉渣	平均每个 HPF	0.4—0.7	0.6—0.9	0.5—1.0	1.3—2.1	0.4—1.0	0.6—2.1

注:1.3789 例尿沉渣中均未见管型
2. HPF 为高倍视野

彩超诊断 12 例输尿管囊肿分析

张 锋¹ 张 欣¹ 吴新华¹ 王 梅¹ 孟晓武²

(1.泰安市中心医院彩超室,山东泰安 271000;宁阳县计划生育指导站,山东宁阳 271400)

输尿管囊肿是泌尿系统的一种先天性疾病,B超诊断该病的准确性较高,已为常规检查方法,但B超难以发现囊肿及输尿管开口,且难以评估输尿管再吻合的疗效。鉴于此,我们应用彩色多普勒(CDFI)对其进行观察,旨在阐明 CDFI 对输尿管囊肿的诊断价值。

1 资料与方法

本组共 12 例,男 8 例,女 4 例,平均年龄 28 岁(11~45 岁)。所有病例均经手术证实。

检查仪器为 EUB515A,探头频率为 3.5MHz,增益调至最大灵敏度而不产生噪声,聚焦调至膀胱三角区附近。检查前 2 小时嘱患者饮水 1000ml,适度充盈膀胱。取仰卧位,探头置于耻骨联合上方扫查,观察输尿管囊肿时,将探头置于囊肿对侧的腹壁上扫查,以充分显示囊壁,同时适量加压取得理想 B 超图像后。用 CDFI 对囊肿进行连续扫查,仔细观察流束在囊肿内外的起始情况,对于术后患者,观察手术处的彩色血流情况。

B 超观察内容有囊肿的部位、大小、开口、形态变化规律,囊肿内有无结石及其他泌尿系统畸形。CDFI 观察内容有尿流束的起始部位,色彩粗细,与输尿管囊肿大小变化的关系及手术后膀胱壁的血流显示情况。

2 结果

输尿管囊肿位于左侧 7 例,右侧 3 例,双侧并发 2 例。囊肿大小为 1.2~3.9cm。囊肿大小及形态均呈周期性改变,膀胱充盈时更明显。5 例声像图可见囊肿开口,6 例并发结石强回声。CDFI 示:尿流束由囊肿向膀胱喷射时为细而色艳的彩色流束,而由输尿管向囊肿内喷射时流束则粗而色暗。尿流束的变化除与部位有关外,尚与囊肿

大小变化有关,囊肿变小时,囊外尿流束明显,而囊肿变大时,则囊内尿流束明显。囊肿内结石的 CDFI 表现为强回声团后方有五彩镶嵌的彩色图像。

3 讨论

输尿管囊肿是指膀胱内粘膜下的输尿管扩张。如膨出部分位于膀胱颈或尿道,则称为异位输尿管囊肿。它可来自单一输尿管或双输尿管的上输尿管,囊壁主要由一层膀胱粘膜和一层输尿管粘膜组成,开口通常狭小。因输尿管囊肿类型及来源不同,故术前确诊对选择手术方案及术后判断膀胱壁形态和血流情况有重要意义。以往诊断主要依靠静脉尿路造影,但有时易与阴性结石、血块、膀胱肿瘤、直肠气体相混淆。B 超能准确提供输尿管囊肿的部位、输尿管来源、以及术后有无舌状粘膜壁的遗留学信息,但不能显示过小的输尿管开口。而 CDFI 能通过尿流束的起始判断输尿管的开口。由于输尿管向囊肿的开口常大于囊肿向膀胱的开口,故输尿管向囊肿内的尿流速慢于囊肿向膀胱内流速,其 CDFI 表现为粗而色淡,囊肿向膀胱内的尿流束则细而鲜艳。当囊肿缩小时,尿液由囊肿排向膀胱,而囊肿增大时则尿液由输尿管向囊肿充盈,则就导致了囊肿变小时,囊肿外的尿流束较为明显,囊肿变大时,囊肿内的尿流束更为明显的现象。

[参考文献]

- [1]郭万学等.超声医学第二版.
- [2]李宝兰.小儿膀胱内输尿管囊肿的超声诊断,中国临床医学影像杂志,1998.08.20.9(3):227-228
- [3]戴筱莹.彩色及脉冲多普勒超声诊断输尿管囊肿 1 例.中国临床医学影像杂志,1998.08.20.9(3),240.

·医药卫生·

新版《药品管理法》的重大改进

王汉森 丛绍强

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

随着药品行业国际化趋势的日益凸显,越来越多的国际先进的药品管理体制、管理模式被引进我国,在一定程度上推动了我国药品行业的发展,为使其走上一条良性的循环发展轨道,我国药品监督管理部门借鉴国外一些先进经验,先后在我国实行药品 GMP 认证、中药品种保护、处方药与非处方药分类管理、执业药师资格认证及药品不良反应监测等制度。在实施过程中出现了许多新问题、新事物,是旧版《药品管理法》(以下简称旧法)所不能妥善解决的。为了顺应不断发展的实际,我国药品管理部门组织有关专家学者对旧法作了必要的修改和充实,颁布新版《药品管理法》(以下简称新法),并与 2001 年 12 月 1 日起施行。现就新法的重大改进,谈一下自己的一点认识:

1 新法简化了药品及药品生产、经营企业的审批程度

90 年代中期卫生系统机构改革,一度造成药品管理执法主体的混乱,对药品行业的发展极为不利。新法明确了执法主体及其责权利,理顺了各个部门之间的关系,使机构改革卓有成效,为整个药品行业的发展提供了良好的外部环境。

2 严格规范了对药品行业的基本要求

新法明确规定药品生产、经营企业必须执行 GMP、GSP。GMP 及 GSP 是分别对药品的生产、经

营全过程进行管理和监控的措施。也是世界各国保证药品质量普遍采取的管理手段。旧法未对药品从业企业提出上述硬性要求,这是造成我国药品行业长期处于低水平徘徊状态的原因之一。随着药品行业的发展和国际竞争的日益激烈,全面提高我国的药品行业发展水平已是刻不容缓。

新法还规定:药品行业发展必须符合行业发展规划。长期以来,我国药品行业一直处于无序状态:药品生产企业数量多,规模小,资金及技术力量薄弱,产品品种单一,科技含量低。为了从根本上改变这种状况,国家对药品行业实行宏观调控,通过行业发展规划限制企业数量,提高企业综合素质,已求获得资源配置的最优化,实现可持续发展。

3 加强了药品监督管理

旧法在实施过程中,执法手段比较单一,措施不够完善、有力。同时,由于缺乏有效的相互监督,在药品监督管理过程中滋生一些腐败现象,未能有效遏止制假造假及不正当竞争等风气,导致药品市场秩序的混乱。

新法强化了药品监督管理执法,加大了对各种违法行为的处罚打击力度,实行内部层级监督,维护了药品市场的正常秩序,从各个环节上克服各种不正之风,切实为药品行业发展提供了强有力的体制保证。

4 借鉴国外先进经验,推行先进管理制度

对药品实行处方药与非处方药分类管理,作为科学管药,合理用药的药品管理制度,有利于保障人民用药的安全有效,同时又能满足人民自我药疗的需要,早已为国际上所普遍采用。新法顺应国际化趋势,采用并以法律法规的形式将各种先进的制度固定下来,洋为中用,为我国药品行业

走向国际,走向成熟,创造了条件。

新版药品管理法是在旧法的基础上,结合药品行业发展过程中提出的新要求、新情况而不断完善发展起来的。在我国加入WTO,进一步融入国际社会的新的历史背景下,它的实施必将对我国药品行业的健康快速发展,参与国际竞争起到极大的推动作用。

医院污水氯化消毒方法的探讨

王 岩 杨 辉

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

医院作为社会公益性单位,每天都要排放大量污水,其中含有许多病毒、细菌和其它有害物质。如果不经消毒处理,就排入城市下水道或相关环境水体,势必严重污染水源、传播疾病,危害人民健康,对环境的破坏性是不容忽视的。根据《中华人民共和国环境保护法》的有关规定,医院污水处理排放有严格的技术指标。污水排放前的氯化消毒处理是其中非常重要的环节,它是一种复杂的化学和生物化学过程。

1 常用消毒方法

从二十世纪五十年代到现在,医院污水的氯化消毒方法经历了液氯消毒、臭氧消毒、次氯酸钠消毒和二氧化氯消毒等形式。

1.1 液氯是五十年代较为成熟的消毒剂,含有100%的有效氯,杀菌力强,材料费用低。但在安全方面存在较大的潜在危险性,由于采用瓶装,运输、储存、使用上有一定危险性,是易燃易爆品,国家已在水消毒方面禁止使用液氯。

1.2 臭氧是六十年代产品,消毒效率高,对降解各种有机物、除色、除味,改善水质效果好。但由于装置比较复杂,占地面积大,设备损耗高,

一次性投资及运行费用高,所以使用受到限制,导致欧美国家也基本不采用,国内产品也存在同样的情况。

1.3 次氯酸钠是八十年代的产物,消毒效果同液氯相同,其优点是除色、除味,但其发生器的重要部件电极易损坏(每只电极约数千元),电耗、盐耗相对较大,运行费用高,现已是淘汰产品。

1.4 二氧化氯是目前国际公认的新一代广谱强力杀菌产品。由美国在八十年代开发,经美国食品药品监督管理局(FDA)和美国环境保护署(EPA)长期实验证明,也被世界卫生组织(WHO)所确认。在世界发达国家已经得到广泛应用,它具有广谱、高效、快速的消毒效果。下面是二氧化氯消毒剂的杀菌效果表1。

2 二氧化氯消毒特点及原理

二氧化氯具有不受PH值和氮的影响,持久的抑菌效果,二氧化氯与其它消毒剂相比,安全无毒,对人体无副作用,处理过的水无异味,不含致癌物质,是国际公认的氯系消毒剂中最理想的替代产品,是医院污水处理氯化消毒比较理想的选择。目前,制取二氧化氯的方法主要有三种。

表1 二氧化氯杀菌效果表

菌种	二氧化氯浓度 (PPM)	接触时间	灭菌效果	监测单位
军团病菌	25	60s	99.99%	美国俄亥俄州立大学生物系
霍乱沙氏杆菌	500	10s	杀灭	同上
绿脓杆菌	500	10s	杀灭	同上
金黄色葡萄球菌	50	2min	全部杀灭	上海卫生防疫站中国预防医科院
	25	5min		
	10	5min		
霉菌	500	5min	杀灭	同上
大肠杆菌	50	1min	100%	广东食品卫生监督检验所
	25	2min	100%	

2.1 电解食盐水法 该技术是九十年代出现,采用新型隔膜电解技术,利用大功率可控硅和电子控制技术,通过电解食盐(NaCl)溶液,产生以二氧化氯为主,同时含有 H₂O₂、O₃ 和 Cl₂ 等多种氧化剂,经管道直接进入污水定量投配池中做消毒处理,这种方法原料易得,运行费用较低,多种消毒剂可相互协同作用,特别适合各种水质的消毒杀菌处理。

2.2 氯酸盐化学法 该方法也是九十年代出现,用氯酸钠和盐酸反应制取二氧化氯,其反应方程式: $2\text{NaClO}_3 + 4\text{HCl} = 2\text{ClO}_2 + 2\text{NaCl} + 2\text{H}_2\text{O}$ 是目前国内二氧化氯发生器的主流产品,所产生二氧化氯的含量达70%以上,操作简单,使用方便,运行价格也比较低。

2.3 亚氯酸盐化学法 该技术也出现在九十年代,采用亚氯酸钠与盐酸反应而产生二氧化氯,其反应方程式为: $5\text{NaClO}_2 + 4\text{HCl} = 4\text{ClO}_2 + 5\text{NaCl} + 2\text{H}_2\text{O}$ 其纯度高达95%以上,而且工艺先进,易于自动控制。目前国外发展相当迅速,主要品牌有德国普罗名特(Prominent),美国米顿罗(Miltonroy)等。

综合以上情况看,二氧化氯作为现在医院污水消毒的主要选择,无论从技术水平、运行费用和使用效果都是比较适合的。经二氧化氯消毒处理过的污水,经环保部门监测,全部达到国家排放标准。当然,随着人们环保意识的增强和科技的发展,会有更多更好的污水消毒处理新技术出现,造福人类,造福环境。

[参考文献]

- [1]王业俊等.水和废水技术研究.北京:中国建筑工业出版社,1998.
- [2]国家环保局.医院污水处理技术.北京:中国环境科学出版社,1993.
- [3]山东工程学院.水处理设备技术汇编.2000.

低分子量肝素的研究与应用

孙伟 刘叶玲 朱丽兵

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

1935年,肝素作为抗凝药用于临床,是一族高分子糖胺聚糖,但由于其可诱导较严重的血小板减少症(HIT)和出血并发症等而限制了其应用范围。低分子量肝素(Low molecular weight heparin

LM-WH)由未分级肝素(unfractionated heparin UFH)解聚得到,抗凝血因子 Xa(FXa)活性较强而抗 II a 活性较弱,抗栓作用强而出血并发症少,故被广泛用于深部静脉血栓、肺栓塞、缺血性卒中、

DIC等心脏血管和呼吸系统疾病的治疗。

1 LMWH 概述

LMWH是由UFH经化学、酶学、微量照射等方法解聚得到的氨基葡聚糖碎片,由交替的D-氨基葡糖和糖醛酸残基构成,相对分子量平均在 $4\sim 5\times 10^3$ (4~5KD)。LMWH是由大小不等的小分子组成构成的混合物,这些小分子混合物的生化特性决定了LMWH较UFH的不同所在,如可预知的抗凝反应,低剂量下不依赖剂量的清除机制,与血浆蛋白非特异性结合力较低而呈高生物利用度,较长的半衰期,抗凝效果呈量效关系。皮下注射吸收率极高,一般血液透析仅需一次性给药,出血概率少。据统计,LMWH引起出血的概率率在1.5%~13.9%^[1]。

2 LMWH的药理作用与机制

2.1 抗栓作用 LMWH的作用20%~30%取决于其对Fxa的抑制:<18个糖单位的链与抗凝血酶Ⅲ(ATⅢ)结合直接抑制Fxa;>18个糖单位的链可同时结合ATⅢ和FⅡa形成三联体而表现抗凝作用;同时又可灭活与血小板结合的Fxa。

另外70%~80%的作用则表现在:ATⅢ亲和力差的LMWH组分释放组织因子抑制物(TFPⅠ)控制FXa、FⅡa、白细胞促凝酶及其他相关组织因子,促进纤溶酶原释放,调节血管内皮细胞功能,增强纤溶,缩短优球蛋白溶解时间,降低血液粘滞度,减少血小板聚集,大大降低了血小板减少症、出血并发症发生,延长抗栓作用。

2.1 抗炎、抗过敏效应 研究发现,LMWH可体外抑制肥大细胞释放肿瘤坏死因子-a(TNF-a)、白细胞介素-4(IL-4)。在体内抑制IgE介导的迟发超敏反应相关的白细胞浸润^[2]。LMWH可通过阻滞白细胞血小板上的选择素抑制白细胞的滚动附壁;作用于细胞因子或炎症内皮细胞信号转导早期,抑制细胞因子活化激发的磷脂瀑布反应;显著抑制卵蛋白引起大鼠颅骨膜肥大细胞脱颗粒^[7];对抗过敏反应中阳离子破坏作用。

2.2 神经保护作用 LMWH小分子可进入细胞通过IP₃受体阻断抑制谷氨酸诱导胞内存钙的释放,直接保护细胞,调节血管形成脂蛋白脂

酶,维护内皮细胞完整,抑制血小板源生长因子(PDGF)、白细胞介素-2(IL-2)等诱导的平滑肌细胞(SMC)增殖,而达到神经保护作用。

3 LMWH的临床应用

3.1 心脑血管疾病

3.1.1 国内外均有临床试验表现,急性缺血性卒中患者起病24h内使用LMWH的显效率优于24~48h内使用^[2]。LMWH可防止血栓经侧枝循环扩散,减少缺血带向梗死灶的进展,起病48h内可大大改观缺血性卒中病程进展,但可增加颅内出血几率。所以LMWH在缺血性卒中中的应用还未取得临床试验的广泛认同,其临床价值还有待于进一步评价。

3.1.2 深部静脉血栓形成(DVT)为缺血性卒中常见并发症,用LMWH治疗的安全性评价试验显示,LMWH不仅可有效预防治疗DVT且有较高的安全性。

3.1.3 牛铁生等研究显示,未用抗凝疗法的急性心肌梗死患者20%有心室内血栓形成,LMWH组和对照组血栓发生率明显降低^[6]。血栓性疾病是导管术中的严重并发症,许博裳等^[4]实验结果支持单剂量LMWH动脉桥管内注射作为左心导管术中抗凝治疗法的安全有效性。

3.1.4 不稳定型心绞痛(UAP)可采用LMWH进行抗凝疗法,防止和减少血栓的扩展和心肌梗死的发生。由于其生物利用度高、半衰期长,抗凝抗栓效果显著,对血小板影响小,安全系数大,故LMWH治疗老年早期UAP适于临床普及。

3.1.5 血液透析前一次注射LMWH3200IU可顺利完成4.5~5h血透^[3],且有显著的纤溶效果。但只有根据个体差异确定LMWH的剂量才能更好的保证其安全性。LMWH引起和诱导HIT形成的可能比肝素小,但由于其与HIT抗体的交叉反应且有可能替代肝素后导致病情加重或复发,所以并不提倡使用LMWH治疗肝素引起的血小板减少症^[8]。

3.2 呼吸系统疾病 鉴于LMWH可以发挥抑制炎症细胞浸润,对抗阳离子蛋白质对上皮细胞的破坏性,抑制卵蛋白所致大细胞脱颗粒等抗炎抗过敏作用,又可以抑制某些细胞因子诱导SMC增殖,所以LMWH可用于急慢性支气管炎

喘,降低气道阻力,减少缺氧性肺动脉高压发生率。

4 前景展望

与 UFH 相比,LMWH 体现出更优越的临床价值,但也还是有许多问题有待进一步验证和探讨。

LMWH 作为一种解聚产物,可以因为生产厂家、制备方式、药代动力学及生物转化方式等等的不同得到不同的组分,在临床上关于某一 LMWH 的研究结果不能广泛适用于所有该类产品。特别是其在急性缺血性卒中的实验研究中,还缺乏较多标准规范的实验设计和生物学监测,因此要进一步确定其在该方面的临床价值还需要大量的临床试验印证。用药剂量的个体化差异导致目前仍未有成形的使用剂量标准。使用 LMWH 偶发的出血事件没有相应有效的抑制剂予以缓解,等等。

上述一系列问题如能明了,将进一步肯定 LMWH 的临床实用性和安全性,应用前景将更加乐观。

[参考文献]

- [1]张在强,龙洁.肝素在急性缺血性卒中的应用前景.国外医学(脑血管疾病分册),2001,9(1):42-45.
- [2]叶妮,张临洪.低分子量肝素的药理作用及其在缺血性卒中的临床应用.国外医学(脑血管疾病分册),2001,19(1):45-47.
- [3]丁小强,鲍晓荣,吴兆龙.低相对分子质量肝素钠用于血液透析抗凝的疗效和安全性.中国临床药学杂志,1999,18(2):70-73.
- [4]许博寰,陆东观,李昭骥等.相对小分子量肝素在左心导管术中的应用.中国临床药学杂志,1999,8(3)143-146.
- [5]李本详,谈中茹,陈阳等.低分子肝素治疗老年不稳定型心绞痛的临床观察.国外医学(心血管疾病分册),2001,28(4):229-230.
- [6]牛铁生,金磊,于海杰等.低分子量肝素治疗心肌梗死对左室血栓形成及心血管事件的影响.中华心血管病杂志,2001,29(8):506.
- [7]王庆利,赵桂宏,盛春元等.肝素类药物在呼吸系统疾病中的应用研究进展.中国生化药物杂志,2001,22(4):213-214.
- [8]段朝霞,杨林花.肝素引起的血小板减少症.临床血液学杂志,2001,14(5)237-238.

·医疗事故处理与防范·

重视医疗安全 防范医疗纠纷

——从医疗纠纷看医疗安全的重要性

王 军 狄杰斌

(泰安市中心医院医务部,山东 泰安 271000)

医疗纠纷是由于病员及其家属与单位双方对诊疗护理过程中发生不良后果及其产生的原因认识不一致而引起的,有直接向医院提出要求的,也有到卫生行政部门或司法机关直接投诉的。近年来,由于种种原因使医疗纠纷逐年增加,尤其今年以来我市各医院所发生的数起恶性医疗纠纷,给医院工作带来极大的负面影响。《医疗事故处理条例》出台以后,举证责任倒置,更使医院在医疗纠纷处理过程中处于极其不利的地位。因此,高度重视医疗安全对防范医疗纠纷相当重要。

从一般资料看,因治疗过程出现问题而引起的纠纷占总数的 50%左右,大部分存在着或多或少的问题。另外,因误诊、误治,因此而延误治疗的纠纷也占 20%以上。

1 原因分析

1.1 首先是管理问题。由于医疗纠纷给医院工作造成了如此严重的影响,卫生行政部门和各医院也制定了一系列比较全面的规章制度和措施,目的是以此保证医疗质量,防范医疗纠纷,但

在实际工作中,这些制度的落实还是很不够的,落实的关键是科室。科室管理是全院管理的基础,来不得半点马虎。作为科主任必须及时传达院领导精神和新的规章制度,并督促本科室所有工作人员共同遵守,如果科主任疏于管理,科内每个人各有自己的天地,离心而不是聚心,这样的后果是显而易见的,如某院有一大夫,随便领自己的熟人到自己的科室输液,结果病人输液过程中猝死,此时死者家属反目成仇,给个人及医院工作带来很大的被动局面,就此事而言就违背了多项规章制度。再比如三级查房制度,仍有编造主任查房的现象,这些现象在出现纠纷以后同样被动。如某一病人出院后因为保险出现问题来找,两位主任对诊断出现了不一致现象,科主任的诊断是A病,而另一主任是B病,经检查病历,在病程记录中清楚记载科主任查房意见是B病,尽管科主任当时并没有查过房,只是在门诊出的诊断,但到了此时也没有办法。

另外,从一些小事上也看出我们管理工作中的漏洞,如某科有一个已经出院的病人,手拿一支先锋针和一支氯化钾来找,口口声声说出院时护士给了2支药,必须于晚上10点以前静推上,去打针的时候被医生发现不能用,因为担惊受怕要求精神损失费5000~10000元。但从这一事件中也可看出正常医疗工作中存在的某些方面的问题,于此前有报导的南京某院药品诈骗一事有相似之处。

1.2 盲目自信,疏忽大意,不良医德医风是导致医疗纠纷的常见原因之一。医务工作者是要面对很多各种各样的病人,工作确实是很忙碌,很辛苦的,但所有这些决不可以作为发生医疗纠纷的借口。不论是要忙于科研,忙于考研、考博,但工作时间必须以工作为重,很多的医疗差错就出现在不经意间,最后后悔的还是自己。如一恶性肿瘤患者,入院时体质已经相当差,此时大夫的化疗方案如果没有经过较为全面的考虑,就会导致严重的后果。而一旦出了问题,如果不是积极地处理,而是以这样或那样的借口推脱,将引发病人及家属更大的不满,造成难以挽回的局面,给医院更给个人导致异常被动的局面,更甭提正常的工作了。

在工作中因责任心不强或其它因素引起的纠

纷也时常发生,如某妇科医师给孕妇(孕期10周)开了三种药,除一种是孕妇慎用外,其余2种均是禁用之药;而所有这些情况,本来是可以避免的。

1.3 现在的医疗模式,早已转换到以病人为中心上,而我们的临床工作者还是以自己为中心,还以为病人是来求医的,因此工作中表现为态度冷漠,言语生硬,招致病人不满,还是振振有词地说:有事找院长去,这些情况在一旦因其它原因导致纠纷就又成了某种罪证。这种情况常见,因此就不举例说明了。

2 防范措施

2.1 注重法制观念教育,加强医德医风修养。作为医务工作者,应该认识到合理的规章制度是从医疗实践中总结出来的、行之有效的科学管理方法,严格按照有关规章制度办事,各尽其责是把医疗事故和纠纷消灭在萌芽状态的第一道防线;同时坚持始终不懈的社会主义医德教育,并树立良好的医疗职业道德,是预防医疗纠纷的重要环节。还要懂得救死扶伤,实行人道主义是医生的天职,不断提高医疗质量,减少医疗事故和纠纷也是自己的愿望并付诸于行动中,从而以精湛的医术、优质的服务、全心全意为患者解除病痛。坚决杜绝任何不切实际的浮夸、吹嘘,随便评价他人的诊疗、交代预后不客观、服务态度简单、冷漠、粗暴等问题,从而做到老老实实做人,扎扎实实工作。

2.2 加强科室领导,保障医疗安全。加强科室管理,提高医疗安全重要性的认识很重要。首先建立院科两级责任制,科室要有医疗纠纷防范措施和处理程序,要坚决遵守各项规章制度和操作常规,严格要求每一个人按照正常的医疗程序工作,科主任要首先转变思路,确实认识到保障医疗安全的重要性,从而在工作中真抓实干,严格把关,将卫生行政部门和医院制定的各项制度落到实处,同时要加强对医德修养,不以个人私利为目的,杜绝任何骄傲自满的情绪,始终坚持以病人为中心的原则,努力提高技术水平和服务质量,从而减少医疗纠纷。

2.3 加强医患沟通,促进相互理解。大量的实践经验告诉我们,树立人文观念,加强适当的医患双方的沟通,不只是对病人的治疗有着积极的

影响,对减少医疗纠纷也有着不可估量的作用,而不恰当的言语和缺乏沟通也是导致医疗纠纷的常见原因。一起医疗纠纷的发生,常常是多因素的,我们也常常遇到病人抱怨都快出院了也不知道自己的主诊大夫是谁,一旦再出现并发症之类的问题,纠纷就发生了。因此,作为一个医生,首先应向患者介绍自己,还要认真听取病人的叙述和要求,对病人的病情、诊疗计划及可能的预后要告知患者及家属,无论工作多么繁忙,都要争取和病人成为朋友,这样也可以减少很多误解和麻烦。

2.4 重视病历质量也是预防医疗纠纷、防范医疗事故的一个重要方面,由于医疗文书在医疗事故鉴定中处于主导地位,所以显得更为重要,但从病历仍可发现许多显而易见的问题,表现为实习、进修医师书写的病历仍占绝大部分,上级医师签字不及时,尤其在手术记录上表现为二助书写,主刀医师不签字;字迹潦草,涂改仍时有发生等。认真对待每一份病历,书写记录下应该做到的每

一件事是相当重要的。如对需住院观察的病人,仅有口头医嘱是不够的,如果病人拒绝住院后又出现了问题,没有文字记载,口说无凭,往往使自己处于被动局面。

2.5 加强整体领导,健全监督机制。一个强有力的领导班子对于预防和减少医疗纠纷也同样重要。坚持院党委领导下的院长分工负责制,实行政治思想工作与业务工作相结合。经常性的开展对医务工作者的医德、医风、法律、政策知识教育,对典型医疗事故绝不放过,从中吸取教训,从而进一步提高医疗质量。另外,对所有科室和个人必须加强检查、监督力度,对存在的问题要及时处理。而一旦出现医疗纠纷,回避决不是办法,必须要面对现实,积极处理以防止事态扩大化,从而尽可能减少医疗纠纷。

总之,诚心对待患者,关爱生命,落实好每一项规章制度,环节质量和终末质量一起抓,才能尽可能减少差错事故,避免医疗纠纷。

医疗事故鉴定改由医学会主持

陈 云

(泰安市中心医院 120, 山东 泰安 271000)

2002年9月1日开始实施的新《医疗事故处理条例》与现行的《医疗事故处理办法》相比,其重大调整的一条是,今后医疗事故的技术鉴定工作不再由卫生行政部门组织,改由医学会负责。

泰安市中心医院刘义成院长对此条例的修改做了明确的表示,他解译到:在新条例的修订过程中,一个重要的指导思想就是正确处理医疗事故,保护医患双方的合法权益,同时也要保护和促进医学科学的健康事业发展。处理医疗事故应该遵循公开、公平、公正、及时、便民的原则,本着实事求是的科学态度,做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。科学公正的医疗事故鉴定是处理医疗事故的关键,鉴定结论是判定是否构成医

疗事故及事故等级的依据,负责鉴定的专家组织应当是中立的。因此,今后负责鉴定的医学会将建立专家库,并组织相关专业的专家独立地进行医疗事故技术鉴定工作,人民法院在审理医疗纠纷时,认为需要进行医疗事故技术鉴定的,可以按照条例的规定,从医学会建立的专家库中随机抽取专家组成鉴定组,进行医疗事故技术鉴定。

根据新条例规定,医疗事故技术鉴定分为两级:设区的市级或者省、自治区、直辖市直接管辖的县级地方医学会和省、自治区、直辖市地方医学会。必要时,中华医学会可以对疑难、复杂并在全国有重大影响的医疗事故及争议,组织技术鉴定工作。

他说,这个规定为患者开展诉讼、保护自身的合法权益,提供了极大的方便。毫无疑问,原有的规定带有明显的行政干预的痕迹。《条例》的规定把医患双方拉到了平等的地位上,既废除了以前的行政干预,也彻底排除了选取鉴定专家暗箱操作的可能性。在医患纠纷中,病人有时不仅在身体上要受到折磨,还有可能因鉴定不公成为进一步的受害者,过去“医疗鉴定是老子给儿子下评语”这很难保证对病人的公平,《条例》解决了这个医患纠纷的老大难问题。

总的说来,《条例》贯彻了回避制度。第一,改变了鉴定的委托单位,由以前的卫生行政部门改为社会性质的医学会。相比较卫生局,医学会更具有独立性和中立性,从而进一步减少了行政干预的色彩;第二,详细规定了回避的三种情形,以后的鉴定人肯定会把涉案医院的专家排斥在外,这样避免了“老子”给“儿子”说好话的机会;第三,《条例》规定了鉴定委员会的成员的素质、组成、鉴定原则、合议规则,比之以前更具有操作性,特别是鉴定成员由医患双方从专家库中随机抽取,这样有利于对患者权益的保护。

他说,条例的颁布对已往的医疗纠纷难点迎刃而解,因《条例》的出台使得医患纠纷中的患者有了知情权、医疗鉴定、赔偿标准等详细的规定。在发生医疗事故后,患者有权复印及复制病历等规定资料,医疗机构应当提供复印或者复制服务,并在复印的病历资料上加盖印记,复印的过程应当有患者在场,这一规定保障了患者的知情权利。他有权利知道自己的病情及客观治疗过程。病历是病情发展的真实记录;是认证医疗过失的重要依据。

《办法》出台时,我国法学界很少把医患纠纷当作法律问题来看待;现在,随着法制观念的完善,人们逐渐认识到,医院与患者之间也是一种一定意义上的合同关系,一种特殊的消费关系,他们之间是完全平等的,所以《条例》规定用民事赔偿制度来解决,这表明了社会的进步。除了观念变

化之外,《条例》第50条还详细规定了赔偿的范围:医疗费、误工费、住院伙食补助费、陪护费、残疾生活补助费、残疾用具费、丧葬费、被扶养人生活费、交通费、住宿费、精神损害抚慰金,这些规定与交通事故赔偿办法基本一致,显示出立法者对待医患纠纷的态度,充分考虑到了患者的利益。

对遭遇过医疗纠纷的张女士在接受采访时说;“儿子”和他人发生矛盾,由“老子”来认定责任,这合理吗?医疗事故处理办法,就是这样的鉴定。这种缺乏程序公正的鉴定方式,使我们遭受不公证待遇的痛苦。在医院我们把生命交给了医生,可医生却不负责任,粗心大意,使我们受到身体折磨,我们去找管医院的卫生局,卫生局组织专家进行了鉴定,其鉴定结果是;没有给患者造成功能障碍,不能构成医疗事故。我们患者在遭受身体痛苦的同时,还要时时遭受精神上的折磨,这明摆着“老子”向“儿子”,对我们患者不公平。

近年来,医疗纠纷日渐上升,成为人们关注的热点。为讨个说法,患者及其家属往往与医院陷入一场“持久战”,通过立法来规范医疗纠纷解决的全过程,解开医疗纠纷的“结”,从而让医患双方心服口服,已经是形势的迫切要求。新条例强调保护医患双方的合法权益,以营造平等、友善的医患关系,不但有利于患者,对医疗机构医务人员也是有利的。

条例针对新形势下科学、公正处理医疗事故的要求,明确了卫生行政部门在医疗事故处理工作中的职责,将行政处理与司法程序严格区分开来,有利于及时、妥善处理医疗事故,保护医患双方的合法权益。同时,加强了对医疗机构的社会监督,使医疗机构增强责任感,强化自律意识,切实采取有效措施加强内部规范化管理,努力提高医疗质量,提高病历书写质量,有效防范医疗事故的发生。在处理医疗事故时,充分体现公开、公平、公正的原则。相信条例的公布实施对于推进我国法治化进程将会起到积极的促进作用。

· 医院文化 ·

浅谈医院文化在医院发展中的作用

步伟英

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

医院文化是社会文化在医疗领域的特殊表现形式,随着社会主义市场经济体制的运转和医院改革的不断深入,医院文化建设已经成为医院现代化建设不可缺少的重要组成部分。医院文化建设对于提高医院职工整体素质,展示医院美好形象,推动医院两个文明建设全面发展具有重要作用。

1 医院文化在医院管理中的作用

医院文化是在医院管理中产生的文化管理现象,它是现代医院管理学逻辑发展的必然结果,也是对原有医院管理理论的总结和创新的成果。医院文化是医院管理的重要手段,对形成医院的凝聚力、向心力和竞争力有以下非常重要的作用。

1.1 引导作用

医院文化是在社会文化背景和传统文化影响下形成的群体意识,反映了医院医疗行为目的和方向,通过宣传与教育,将职工的思想引导到医院所确定的整体目标上来,指导他们如何使自己的思想观念和行为追求与医院的目标保持一致,为实现医院特定目标而努力奋斗。

1.2 凝聚作用

医院文化注重的是人的因素,通过文化心理的影响与渗透,把员工信念、动机、期望等个人奋斗目标统一到医院整体目标上来,使职工个人与医院的利益与追求紧密联系在一起,对医院产生依恋和责任感,形成一种强大的凝聚力,成为推动医院发展的强大内在动力。

1.3 激励作用

医院文化从心理学角度强调尊重人,关心人、激发人的动机,鼓励人充分发挥内在动力,唤起每

一位职工的职业责任感和自豪感,使大家认识到医院发展目标的实现就是个人价值体现的结果,也是维护自身利益的最佳手段,从而激发全体职工自觉弘扬医院精神,维护医院形象,为完成医院各项工作充分发挥聪明才智,做出应有的贡献。

1.4 约束作用

医院文化对职工的行为具有约束力,医院的规章制度具有外显的规范功能,而医院文化中的价值观念、医德观念则是潜移默化而形成的一种内在道德规范。医院文化通过内、外规范约束,使职工行为符合医院要求,实现自我控制,保持良好的职业道德。

2 加强医院文化建设是推进医院发展的需要

提高管理水平是医院文化建设的关键环节,而医院文化建设的深入也为管理理念的变革注入新的内容,更新传统的管理思想、管理模式、管理手段,使全体职工在工作中产生与医院荣辱与共的思想,努力以主人翁的姿态投入工作,关心医院的建设、经营和发展,重视效益和服务,珍视医院的荣誉,发挥最高工作效率,创造巨大的社会效益和经济效益。

2.1 医院精神的培育是医院文化建设的核心内容

医院精神是现代意识与医院特点相结合的一种群体意识,也是医院办院理念、宗旨、价值准则、管理信条的集中体现,它鲜明地展示医院的宗旨和发展方向,反映了医院管理者的事业追求以及调动职工积极性的基本指导思想,是促进医院发展的内在动力。

我院在长期的实践过程中确立了“质量建院、

科技兴院、法德结合、从严治院、深化改革、促进发展”的工作方针,强化“尊重病人、关爱生命、患者至上、服务第一”的职业道德观念,设计了象征团结协作,开拓进取、热情、奉献的院徽;建立了以希波克拉底、哈维、南丁格尔、白求恩等10位医学界著名科学家的巨幅雕像建筑长廊;开展“以病人为中心,以质量为核心”,“把方便让给病人”等多样优质服务活动,大力叫响“质量信得过,满意在医院”的口号,开展“爱院、爱科、爱岗”教育活动,通过这些教育,引导职工把个人的奋斗目标,利益追求统一到医院整体的共同目标、共同价值和共同利益上来。树立起救死扶伤,对工作极端负责,对技术精益求精,对病人文明服务的医院精神。它是医院赖以生存和发展的精神支柱,是无形的资产和根本的动力。

2.2 以人为本是医院文化建设的基础

现代医院文化是以人为中心的管理思想在信念和精神上的升华,医院文化的根本是价值观,价值观的主体是人,如何培养、引导、帮助职工强化道德修养,实现自我价值是医院文化建设的首要问题。

以人为本,作为现代医院文化的基础,首先应该把员工看作医院的最大资本,最好资源。近年来,我院一直坚持以人为本,尊重知识,尊重人才,加强医院人才队伍建设。一是抓好教育。对职工进行经常性的党的路线、方针、政策教育,爱国主义和法制教育,医德医风教育,爱院如家教育,努力培养又红又专的专业人才队伍。二是尊重人才。开展尊重知识,尊重人才、尊老敬贤活动,营造拴心留人的环境,制定医院人才培养和人才引进管理规定,积极有计划有选择的引进适用型人才。三是关心人。从政治上关心职工的思想进步,主人翁精神的发挥,生活上关心职工的身体素质和起居冷暖,努力改善职工的工作环境,提高物质文化生活水平,院内建有一定规模的图书馆,老干部活动中心、橡胶运动场、多功能娱乐厅等设施,经常组织职工开展丰富多彩的文体活动。职工宿舍安装了宽带网、暖气、中央空调,提供24小时热水,改善单身职工公寓居住条件,为院外居住的职工发放院外补贴,提高了职工生活质量。四是激励人。市场经济条件下,金钱物质利益能起到激励的作用,但不是唯一的方式,因为人还有更

高的精神需求即自我价值的体现。我院积极为优秀人才的成长创造条件和氛围,硬件上提供条件,软件上搞好服务,对中青年优秀人才,大胆委以重任,使他们在实践中锻炼提高。通过开展评选优秀专家,专业技术拔尖人才活动和年终考核及各种形式进行评先树优,为全院职工树立榜样,增强职工的荣誉感、责任感和使命感,激励全体员工为医院发展做出更大贡献。

2.3 创新是医院文化建设的必由之路

任何一种文化现象都是一定经济基础的反映和时代的产物,随着时代前进而不断创新。创新是一个民族的灵魂,也是医院发展不竭的源泉。医院文化的创新主要体现在办院理念、竞争观念、医疗技术、优质服务等方面。

2.3.1 办院理念的创新。办院理念是否正确,决定医院能否健康蓬勃的发展。市场经济条件下,特别是我国进入WTO后,要求办院理念要创新,要瞄准医疗市场,敢于挑战传统,勇于标新立异,为社会提供优质、高效、经济、便捷的服务。

办院理念一是具有目标性,认清市场经济的规律和已经变化与正在变化的形势,瞄准医学发展的前沿,确立医院发展目标。通过科学的管理手段,凝聚、激励职工意志,增强他们的敬业意识、创新意识、争优意识、协作意识,共同为医院确定的目标而奋斗。二是具有实践性,根据医院内部医疗、资金、人员、经营等方面的实际情况,有计划,分阶段地实施目标任务。我院先后成立眼科医院、眼科研究所,糖尿病防治中心、内分泌研究所,健康保健中心,准备组建医疗集团等都是办院理念创新的具体体现。

2.3.2 竞争观念创新。随着市场经济新体制的建立,优胜劣汰是市场竞争的一个突出特点。如果没有强烈的竞争意识,忧患意识,就很难在竞争中保持优势。找准自己的发展空间,练好内功,加速发展,在管理、人才、技术等方面形成优势,才会具备参与市场竞争的实力。通过我院十几年的深化改革所取得的成绩证明,只有“竞争”,才能使市场机制与医院科学管理有机的结合起来;只有“竞争”,才能给医疗质量、医疗技术水平的提高带来契机;只有“竞争”,才能为医院治理诸如服务态度、医德医风、以权谋私等社会公认的难点与热点带来机遇,把从严治院落实在实处;只有“竞争”,才

会给医院的生存与发展带来希望。

2.3.3 技术创新。技术创新是医院发展的基石,是医院创新的核心,只有加大科技创新力度,形成技术优势,将越来越多的新技术、新业务、新成果直接运用于临床,服务于经营和管理,才能占领科技创新制高点,才能推动整个医院的创新活动,形成具有新活力的医院文化。

2.3.4 服务创新。优质服务是医院一种文化品牌的宣言。服务态度、服务质量,最直接反映了一个医院的素质和形象,是患者了解医院的第一个窗口。服务创新是树立医院形象,提高医院知名度的根本途径。服务创新一是要体现特色化,即“人无我有,人有我优,人优我精”的原则,真正把“让病人满意”作为全体医护人员的理念和医

疗行为准则,不断推出新的服务举措,形成自己的特色和优势。二要体现便利性。改善就医环境,简化就医程序,缩短就医时间,设立急诊“绿色通道”,确立“把一切方便让给病人”的服务理念。三要体现超值服务,如让“病人选医生”、“病人选护士”,为门诊病人提供健康教育服务,为住院病人提供周到的生活服务,为出院病人提供咨询服务和跟踪服务等,最大程度地满足各类病人的需要,提高医院的社会效益和经济效益,使医院在日益激烈的医疗市场竞争中立于不败之地。

综上所述,医院文化在医院发展中起着非常重要的作用,医院文化建设是一项长期、艰巨的工作,需要在实践中逐步完善和加强。

职工队伍思想政治教育之我见

李 琴

(泰安市中心医院院长办公室,山东 泰安 271000)

目前,有些职工、甚至个别党员理想观念淡薄,丧失理想和志向。因此,我们一定要重视加强职工的思想政治建设。根据江泽民同志“讲政治”的指示精神,结合当前医院职工队伍的思想状况,笔者认为,加强职工队伍思想政治建设,要突出抓好以下教育:

一是牢记目标、奋斗不息的理想观教育

坚定政治信仰,坚定理想追求,矢志不渝,是共产党人精神境界的最高体现。共产主义理想、社会主义信念,是共产党人最崇高的追求和强大的精神动力,也是共产党人展现浩然正气的最根本的因素。历史的经验和社会实践证明,正是我们共产党人坚定共产主义理想和社会主义信念,勇往直前,义无反顾,才把我国的革命、建设和改革从一个胜利引向又一个胜利。新时期的党员、职工讲正气,就必须坚信共产主义、社会主义不动

摇,正确地选准人生的坐标和追求,朝着社会主义、共产主义的目标努力奋斗,面对困难、知难而进,面对生死,英勇无畏,以坚定的政治信仰和大无畏的英雄气概,把事业不断推向前进。

二是全心全意为人民服务的宗旨教育

全心全意为人民服务是我们党的根本宗旨,是共产党人世界观、人生观、价值观的集中体现,也是社会主义道德的灵魂。我们每一名党员、职工要做到时刻牢记党的宗旨,增强事业心和责任感。要教育大家明确知识是人民给的,只有同群众的利益结合在一起,诚心实意、扎扎实实为群众谋利益,为人民服务,才真正是一名合格的医务工作者。要坚持把人民群众“拥护不拥护”、“答应不答应”、“高兴不高兴”作为想问题、办事情的出发点和归宿,做到在思想上尊重患者,在感情上贴近患者,扎扎实实地为患者办事。

三是清正廉洁,严于律己的教育

清正廉洁,严于律己,是做人的美德,是廉洁行医还是以医谋私,这是衡量每一个医务工作者是否政治上合格的重要标志。个别职工忘记了全心全意为人民服务的宗旨,把人民多年培养给予的知识当成了私有财产,以医谋私,损害了医院的形象。这样的职工虽然只是少数,但影响很坏。要教育职工堂堂正正,清清白白做人,踏踏实实干事,在各方面严于律己,防微杜渐,经受考验。无论在任何场合和任何情况下,都能够做到富贵不能淫,贫贱不能移,威武不能屈,始终保持应有的政治本色和高尚品德,切实做到“自重、自省、自警、自励”,坚决地抵制各种腐朽思想和歪风邪气。无论在任何时候、任何情况下,都能自觉地以共产主义道德来规范、约束自己,做一个严于律己、清正廉洁的模范。

四是进行艰苦奋斗、开拓进取的教育

信心贵如金。由于我们国家的经济基础比较薄弱,计划经济的思想意识根深蒂固,一些封建主义的余毒还没有肃清,加之进行改革开放和社会主义现代化建设的经验还不够丰富,因此,在前进的道路上还有不少阻力,遇到的问题和困难也比

较多。这就要引导广大职工进一步增强改革开放和社会主义现代化建设的信心。进一步解放思想,更新观念,大胆实践,勇于创新,通过身体力行地实践,亲身感受改革开放和社会主义现代化建设带来的好处。通过电化教育、参观访问等,感受改革开放以来我国各行各业发生的巨大变化,给卫生事业带来的生机和活力。认清不改革中国就没有出路,改革不彻底卫生事业发展就缓慢,只有牢牢坚持以经济建设为中心,以改革开放为动力的指导思想,才能冲出困境,迎接光明的未来。

五是忘我工作、无私奉献的教育

奉献精神是中华民族的传统美德,更是共产党人高贵品格的集中体现。在我们党近八十年的奋斗历程中,无数优秀党员干部用青春、热血和生命,把奉献精神写在了人民心中,写在了天地之间,并使之成为磅礴全社会的崭新风尚。在发展社会主义市场经济的新形势下,要推进党和人民事业的发展,把建设有中国特色的社会主义全面推向新世纪,把我国跨世纪的宏伟蓝图变为现实,广大党员、职工务必继续发扬无私奉献的精神,脚踏实地,埋头苦干。讲奉献,就是要爱岗敬业,干一行,爱一行,专一行,在各自的岗位上兢兢业业地工作,对党对人民对社会作出应有的贡献。

·护 生 带 教·

我护理带教工作经验谈

杜 鹏 王桂明 耿志伟

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

我院是泰山医学院、泰安卫校的临床教学医院。多年来,我十分注重护理临床带教工作,并以其严谨科学的带教方法、高素质的带教队伍和高标准的带教质量,源源不断向社会输送了大量的护理人才。同时,也在护理临床带教方面积累了

丰富的经验。

一、选拔临床带教老师实行双向选择制

临床带教老师素质的高低,直接影响着医院的带教质量与水平。因此,我院护理部在带教老

师的选拔上实行了双项选择制。首先由各科室推荐一位具有大专以上学历,中级职称,业务技术、理论精湛,自我形象良好,口才伶俐、素质高的人选。然后由护理部对人选进行考察和带教资格考试,将工作表现一般、理论差、字迹乱、言语表达差的淘汰掉。二个月后将带教老师的名字制成测评表,发给每一位同学,让他们对带教老师进行测评,坚决将不合格的带教老师换掉。在优秀带教老师的选拔上,我院也打破以科室推荐为准的评选方法,同样把选择权交给同学们。

二、努力培养和提高带教老师的带教能力和讲课水平

护理部积极采取“走出去”、“请进来”、“送出去”的方法,请省内外的护理专家到医院讲授有关带教方面的基本常识,组织带教老师和护士长到医学院(校)听取“优秀教师”的示范讲课,将医院护理老专家和高级职称护理人员组成评委,协助医学院(校)进行兼职教师的初选等。通过一系列行之有效的培养方法,使带教老师对教案、教法及讲课技巧有了进一步的认识,提高了护理带教技巧与水平。

三、统一护理技术操作标准

为了确保护理技术操作标准统一、规范,使学校与医院的护理技术操作教与学相一致,学校与临床更接近,护理部专门邀请泰山护理学院、泰安卫校护理教研室的主任及承担护理技术操作任务的护理老师来院,与我院护理老专家、护理示教室老师一起对“十九项护理技术操作”逐项进行了实地操作和讨论,修订了有关操作步骤,编印下发了《护理技术操作指南》一书。使学校与医院的护理技术操作标准达到了统一,改变了以往教与学等个别地方不一致现象,达到了教学相互提高的目的。

四、严格带教制度,狠抓制度落实

定期召开带教老师会议,针对带教工作中存在的问题与不足,制定改进措施,总结带教经验,不断改进带教方法;定期召开师生双向反馈会议

和不定期召开实习队长会议,征求护生对我院带教工作的意见和建议,并将护生实习中的不足之处及时纠正,以保证带教质量;严格执行每周一次小讲座,每2周一次全院护生大讲座制度。

为进一步做好对实习护生的临床带教工作,我院护理部还制定了“四早、四定、四严、五随时、四确保”的护生全程带教方案并积极组织落实:早发动(严格带教工作)、早选拔(带教老师)、早布置(带教计划)、早安排(科室轮转、带教任务);定人定班次按计划带教、定时技术操作训练、定期举行业务讲座、定期对护生进行考试考核;严格规章制度、严肃带教纪律、严谨工作作风、严格定期检查与不定期抽查;随时更换不合格的带教老师、随时将违规违纪护生退回原院校、随时与护生进行沟通、随时相互反馈与总结、随时进行换位思考(积极开展假如我是一个病人活动);确保护理安全、确保实习大纲要求的圆满完成、确保院党委“两转”(转移工作重点,把工作重点转移到抓质量内涵,人才科技上来;转移工作作风,既要轰轰烈烈,更要扎扎实实)精神在护生带教工作中得到充分体现、确保向社会输送合格的护理工作者的。

五、不断完善临床带教设施

要想保证护理质量必须在强化技术操作上下功夫。因此,我院在护理示教室,增配了三具功能较全的护理示教人、常用护理器械等专业教具和电视机、VCD、放像机等电教设备,能够满足19项护理技术操作项目;护理部还根据临床护理工作实际需要,将部分急救技术操作项目纳入了对护生的示教、考核计划内,确保了护生各项技术操作能按计划人人过关。

日前,通过一系列的带教措施和强化训练,一批批合格的护理人员走向社会,同时也吸引了许多医院的护士长、业务技术骨干和医学院(校)的学生来院进修、实习,仅2001-2002年期间,就有来自省内外30余家医院的66名护士长、业务技术骨干和11个医学院(校)的412名护生到我院进修、实习。

我院“把方便让给病人”活动掠影



门诊大厅实行院领导值班制度(图为党委书记、院长刘义成为病人导诊)



院领导亲自向病人发放评选“我最满意的医生和护士”测评表(图为党委副书记于爱华向病人说明测评表的填写)



医护人员每天夜间进行查房(图为护理部主任孙爱芹带领护士查房)



医学影像中心提供免费会诊(阅片)、咨询活动(图为医学影像中心主任孔庆奎为患者阅片)



“今日坐诊专家”栏方便病人选择医生



挂号、收款、取药窗口实现“零距离”服务



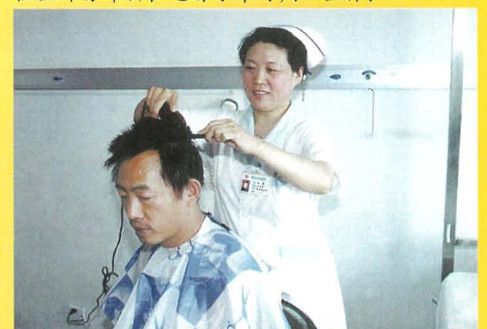
对行动不便的患者实行上门服务(图为副主任医师房泽岱在患者家中为病人查体)



护士站配备了装有日用品的便民服务箱



病员食堂为透析病人提供免费午餐



病房为住院病人配备了理发工具(图为护士长王凤为病人理发)



泰安市中心医院
泰安市内部资料准印证第76号

急救中心
TAIAN CITY CENTER

泰山医学

季刊 2002年创刊
2002年第3期(总第3期)

主管单位：泰安市卫生局
主办单位：泰安市中心医院
编辑出版：《泰山医学》编辑部
发 行：《泰山医学》编辑部
地 址：山东省泰安市龙潭路29号
邮 编：271000
电 话：(0538) 8224161
传 真：(0538) 8223227
主 编：刘义成
副 主 编：刘尔才 张延泉(常务) 沈绍华
本期摄影：杜 鹏
译 文：杜 波
E-mail: zxyy@public.taptt.sd.cn
印 刷：山东农业大学印刷厂
出版日期：2002年9月30日