

2003 **2**
(总第6期)

泰山医学

TAI SHAN YI XUE

泰安市中心医院主办

热烈欢迎抗非典勇士



众志成城战非典



省“非典”防治督导组领导多次来到我院进行检查，并提出指导性意见



抗“非典”期间，市委副书记、市长、市防治“非典”工作领导小组组长贾学英，副市长、领导小组副组长白玉翠到我院指挥“非典”防治工作并慰问一线人员



市卫生局局长、党委书记肖力勇到我院了解、协调抗“非典”工作



党委书记、院长刘义成与副院长行文波等“非典”治疗中心负责人研讨中心工作



“六一”儿童节，院领导向抗非一线医护人员的子女赠送礼物



党委副书记于爱华同院务部副主任王进述、护理部主任孙爱芹一起检查落实防护供应工作



副院长刘焕星每天到发热门诊、发热病房检查、安排工作、了解情况



党委副书记于爱华、副院长郭岩带领相关人员检查后勤供应工作



TAISHANYIXUE

季 刊

第二期

(总第六期)

主 编 刘义成

副主编 于爱华

张延泉(常务)

王 军

山 东 省 泰 安 市 中 心 医 院

目次

2003
第2期
(总第6期)
6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.taptt.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 以干部人事制度改革为突破口
全面加快医院现代化建设步伐 刘义成
- 4 泰山脚下的“小汤山”
——泰安市中心医院建设泰安市 SARS 治疗中心纪实
于爱华等
- 7 香港观感 郭岩等
- 9 医疗设备动态管理的探索 张福勇等
- 11 加强病案管理 控制病案丢失 宁四姣等

·临床论著·

- 12 腰椎间盘突出并椎体后缘离断症 孔庆奎等
- 14 高强度聚焦超声治疗肿瘤的研究及应用现状 叶欣等
- 17 下唇正中及颌下切口径路上颌肿瘤扩大切除术
万光勇等
- 19 血小板、冷沉淀、FFP 输注在急性失血病人中的应用
杨鲜平等
- 21 TCD 在 50 例女性血管性头痛诊治中的评价 杨惠英等
- 23 冷冻治疗耳廓假性囊肿 96 例分析 明德玉等
- 24 拜糖平治疗老年 II 型糖尿病疗效观察 刘培泉
- 25 袖套式包皮环切术治疗包皮过长和包茎 郝树铭
- 27 二段式纯钛人工牙种植体的临床应用 李晓光等
- 29 非清髓性异基因外周血造血干细胞移植治疗
慢性粒细胞白血病 孙兆刚等
- 31 腮腺腺泡细胞癌 22 例临床分析 朱玉莲等
- 33 异丙酚用于冠心病病人胃镜检查术的临床观察 尹玉卿等
- 35 阴道 B 超引导介入治疗输卵管妊娠的临床研究
高丽军等

·综述讲座·

- 37 抗磷脂综合征(APS) 焦念宝等
- 39 胆管癌诊断的现状和进展 李福康等
- 42 康复医学与医疗康复 明德玉等
- 44 异基因造血干细胞移植适应症及相关技术 孙兆刚等
- 47 综合性医院抑郁障碍的识别及治疗 周华琳等
- 49 老年人的医疗保健与健康 张原莉等
- 50 防治“非典”合剂的制备 谷红霞等

·经验交流·

- 51 自拟肝炎合剂治疗急性病毒性肝炎 268 例报告
张玉臣等

CONTENTS

- 52 髂内动脉介入栓塞术治疗产后大出血 1 例 赵广俊等
53 原位阑尾经脐为输出道的可控性膀胱术 郝树铭等
55 间接失活剂治疗乳牙牙髓病 20 例 朱玉莲等
55 腹腔镜逆行阑尾切除术 108 例 崔刚等
56 痘疮病毒感染误诊为炭疽 1 例 张玉臣等
57 三氯醋酸治疗感染皮脂腺囊肿疗效观察 李晓光等
58 改良新式横切口腹膜外剖宫产 60 例分析 薛夫营等
59 智齿去留的临床分析探讨 王俊峰等
60 小肠粘蛋白在胃肠道肿瘤中的表达 李玉臣等
61 新形势下如何做好病案对外借阅和复印工作 宁四姣等
62 天麻种植技术要点 王传杰等
63 X 线机高压电缆的修理体会 李清美等
64 泰安地区 A, B, O 血型的分布 徐森等

·祖国医学·

- 65 尿毒症的中医辨治探讨 张灿兰
67 牵正散针刺治疗面神经麻痹 12 例 苏意铨等
68 开窍达郁汤治疗抑郁证 52 例浅谈 郑向荣
69 脊柱保健的必要性 唐勇

·临床护理·

- 72 血液病层流隔离保护预防医院感染的护理对策 潘永华等
73 颌面外伤 200 例原因分析及护理 王秀荣等
75 急症病房护理管理经验的探讨 魏翠萍等
76 开颅术后患者低体温的原因分析及护理 任秀贞等
78 巴曲亭治疗急性上消化道出血的观察与护理 刘桂平
79 持续性发热病人的中医辨证施护 宋峰梅等
81 18 例特大煤尘爆炸伤者呼吸道护理的几点体会 靳梅

·病历讨论·

- 82 一例系统性红斑狼疮患者的病历讨论 李芳

·文献计量·

- 84 我院近五年发表医学论文计量学分析 李莉等

封一:院领导热烈欢迎抗非典勇士
封二:众志成城战非典
封三:我院抗击非典型肺炎工作掠影
封四:医院一角

摄影:王亚光 赵曼青

《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:于爱华 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 王永福

亓久生 亓春花

孔庆奎 叶欣

史宝海 冯幼伦

成立军 刘灿兰

刘德来 孙爱芹

杨敬昌 杨鲜平

李刚 李芳

李毅 李大军

李洪武 李胜德

李福康 吴云

吴新华 时继东

邱玉存 辛昌明

沈绍华 张再跃

张启兰 张荣银

明德玉 姜智

郑琳 赵正华

赵永伟 赵庆平

郝传国 侯刚

贾凤岐 贾玉生

徐永平 高荣运

梁文博 彭亚丽

焦念宝 滕清良

主编:刘义成

副主编:于爱华

张延泉(常务)

王军

译文:滕清良

TAISHAN MEDICINE

No.2 2003

MAIN CONTENTS

-
- Reform of personnel system for cadre accelerating the modernization construction paces of the hospital
all - sidedly for the breach. Liu Yicheng (1)
- “Xiao Tang mountain” under the foot of Mount Tai
—The record of Tai’an SARS rescue center built by Tai’an city Central hospital. Yu Aihua (4)
- impressions of HongKong. Guo Yan (7)
- Exploration of medical equipment dynamic management. Zhang Fuyong (9)
- Strengthen the management of the medical record, control the medical record to lose. Ning Sijiao (11)
- Prolapse of lumbar intervertebral combine with body from trailing edge to disconnected disease. Kong Qingkui (12)
- The current situation of research and uses of the high strength focused ultrasonic treatment for tumour. Ye Xin (14)
- The expand excision of upper jaw’s tumour through Lower lip centre and jaw road. Wan Guangyong (17)
- Application of platelet, cold deposit, FFP in acute lose blood patients. Yang Xianping (19)
- Evaluation of TCD in 50 female cases of angio - ache. Yang Huiying (21)
- Analysis of 96 cases of pseudocyst of auricle treated with freezing therapy. Ming Deyu (23)
- The effective observation of older type II diabetes mellitus treated with BaiTangPing. Liu Peiquan (24)
- Redundant prepuce and phimosis treated with muffing circumcision. Hao Shuming (25)
- Clinical application of artificial tooth implantation of two po.tion pure Titnium. Li Xiaoguang (27)
- Chronic myelocytic leukemia treated with no - clear marrow allo - PBSCT. Sun Zhaogang (29)
- Clinical analysis for 22 cases of acinus cell cancer of parotid gland. Zhu Yulian (31)
- Clinical observation of YiBingFen in gastroscopy of coronary heart disease patients. Yin Yuqing (33)
- Clinical research of tubal pregnancy treated with interventional therapy by B - ultra bootstrapping. Gao Lijun (35)
- Anti - phospholipid syndrome. Jiao Nianbao (37)
- The current situation and progress of diagnoses of bile duct cancer. Li Fukang (39)
- The restorative medicine and medical rehabilitation. Ming Deyu (42)
- Adaptation and relevant technology of allo - hematopoietic stem cell transplantation. Sun Zhaogang (44)
- The discerning and treatment of depressed obstacle of general hospital. Zhou Hualin (47)
- Medical care and health in older. Zhang Yuanli (49)
- Production of anti - SARS mixture. Gu Hongxia (50)
- 268 reports of acute virus hepatitis treated with the hepatitis mixture by oneself. Zhang Yuchen (51)
- 1 case report of postpartum massive haemorrhage treated with intervene fasten in internal iliac artery.
..... Zhao Guangjun (52)
- The controllability bladder operator of normal position appendix as output through the navel. Hao Shuming (53)
- 20 cases of teeth dental pulp disease treated indirectly lose - living pharmaceutical. Zhu Yulian (55)
- 108 cases of appendectomy drives in the contra - direction with laparoscope. Cui Gang (55)
- 1 case of the pox and sore virus are infected and misdiagnosed for anthrax. Zhang Yuchen (56)
- The effective observation of sebaceous glands cyst infected and treated with three chlorine acetic acid.
..... Li Xiaoguang (57)
- Analyse of 60 cesarean driven with improve the new - type crosscut outside the peritoneum. Xue Fuying (58)
- The discussion in clinic analyse of the wisdom tooth stay or not. Wang Junfeng (59)
- The expression of the small intestine mucoprotein in the gastrointestinal tract tumour. Li Yuchen (60)
- How to do well the reading and copies of medical record for public under the new situation. Ning Sijiao (61)
- The main point of technological that the gastrodia is planted. Wang Chuanjie (62)
- The repair comprehension of the high - voltage cable of the X - ray machine. Li Qingmei (63)
- A, B, O blood group distributed in Tai’an Xu Sen (64)
- The discussion of that uremia is treated by Chinese traditional medicine Zhang Canlan (65)
- 12 cases of facial paralysis treated with Scattered acupuncture Su Yiquan (67)
- The discuss of 52 depression treated with KaiQiaoDaYu soup. Zheng Xiangrong (68)
- Necessity that the backbone keeps healthy. Tang Yong (69)
- The nursing countermeasure of the ward laminar flow that isolates and protects and prevent hospital
infects in hematologic ward. Pan Yonghua (72)
- Analysed of reasons of 200 jaw wound patients. Wang Xiurong (73)
- The discussion of the management experience in emergency wards. Wei Cuiping (75)
- Nursing and reason analyzing of low temperature after craniotomy. Ren Xiuzhen (76)
- Observation and nursing of acute upper gastrointestinal hemorrhage treated with Baquting. Liu Guiping (78)
- Nursing of continue fever patients with Chinese traditional medicine. Song Fengmei (79)
- Some nursing experience that respiratory track of 18 patients wounded in enormous coal - dust explosion.
..... Jin Mei (81)
- A case discussing of systemic lupus erythematosus. Li Fang (82)
- The analyse of measurement data of medical thesis published in the past five year in our hospital. Li Li (84)

·医院管理·

以干部人事制度改革为突破口 全面加快医院现代化建设步伐

刘义成

(泰安市中心医院,山东泰安,271000)

我院第六届中层干部聘任工作从4月10日职工代表大会通过《机关职能科室编制体制改革方案》和《关于第六届中层干部聘任实施方案》,按照先职能科室后业务科室的顺序,利用50天的时间,进行了所有中层干部公开竞争上岗,达到了预期的目的,收到了比较好的效果。这次中层干部公开竞争上岗的特点主要有以下几点:

一、改革了机关职能科室编制体制,精简了机关,理顺了工作关系

一是机关编制体制改革贯彻了因事设岗、按需定编原则,机关科室设置、人员编制一切从工作需要出发,工作需要的科室给予保留,不需要的坚决撤掉。人员尽可能地做到满负荷,多余的人员坚决裁掉,充实一线科室,绝不因人设岗,看人留位。经过改革,机关科室由40个减为21个,精简47.5%;人员由139人减为88人,减少36.69%,其中中层领导由66人减为51人,精简22.73%,科员由66人减为30人,精简54.55%。20名机关人员及工勤人员内退,19名机关中层干部或因年龄不再担任新一届中层干部或在竞聘中落榜。11名同志由副主任提升为主任,12名同志被新提升为副主任。46名职能科室主任、副主任,2人为硕士学位,21人为大学本科学历,37人具有中级以上职称,平均年龄46岁,最年轻的副主任只有24岁。

二是贯彻了理顺职能,既要“瘦身”又要“强身”的原则,理顺了机关工作关系,做到了一项职能由一个科室来实施,避免了2个以上科室负责

相同或相近的工作,避免了职能交叉。如宣传工作,过去分别由宣传科、影像资料室、信息科三个科室负责,职能交叉,关系不顺,这次新成立宣传中心,将这些科室宣传职能合并,较好地解决了职能交叉、关系不顺的问题。医学教育工作过去也有科教科和继续教育科2个科室负责,也存在关系不顺的问题,这次将2个科室合并,使这一问题得到了较好解决。

三是贯彻了参照编制规范,结合医院实际的原则,既参照了三甲医院等编制规范要求,又结合了医院实际情况。如既将感染管理科并入医疗质量管理科,理顺了质量管理体系,又按三甲医院要求,保留了感染管理办公室牌子。既组建了工团计生办公室,使有关人员工作上互相配合,集中人员完成重点工作,做到尽可能地长年满负荷,又按有关规定要求,保留了工会、团委、计划生育办公室牌子和群团行政职务。既将档案科并入院长办公室,又按国家档案管理要求,保留了档案科牌子和行政职务。

四是贯彻了立足改革发展,与时俱进、贴近市场原则。将人事科更名为人力资源部,突出了市场经济条件下人事职能的转变;组建了医疗安全管理科,适应了新时期自理医疗纠纷工作的需要;组建了后勤服务管理部,适应了后勤社会化改革中突出对服务实体的监督管理职能;组建了市场开发部,明确了市场开发论证、投融资论证、医院发展策划、攻关等贴近市场职能;将财务科更名为财务部,实行全院财务统管。另外,还成立了社会工作部,与家庭病房社区医疗中心一个机构2块

牌子,负责回访病人工作,将对提高医院的社会效益和经济效益起到很好地作用。

二、撤销了大内科、大外科建制,改按专业设置业务科室主任,进一步调动了业务科室主任的工作积极性

过去按大内科、大外科设置业务科主任,一些大业务科室主任到退休仍为副主任,外出参加学术活动很是不便,相反一些小的医技科室反而为正主任,不利于调动业务科室主任的工作积极性,也不利于留住人才,这次业务科室取消大内科、大外科建制,全部按专业设置科主任,22名同志由副主任提升为主任,名正言顺地履行科主任职责。另外,还撤销了按设备设置的放射科、CT室、磁共振室等科室,改按人体部位设立专业组,使大影像中心成为名副其实的科室。83名主任、副主任中,具有博士学历的2人,硕士、大学学历的66人,具有高级职称的75人,占90.4%。45名护士长、副护士长,大专学历的39人,占87%,中级以上职称的42人,占93%,护士长平均年龄36.7岁,比第五届下降了1.31岁。有8名老护士长因年龄原因不再竞聘护士长职务。

三、对机关所有科员以上干部、临床医技科室主任、主持工作的副主任、护士长、主持工作的副护士长、在医院历史上第一次全部实行公开竞争上岗,达到了真正意义上的平等竞争,真正意义上的能者上,庸者下,平者让,真正意义上的公开透明、阳光操作

一是方案制定得比较科学合理。职代会通过的《关于第六届中层干部聘任实施方案》,对中层干部聘任指导思想、基本原则、聘任条件、聘任方法与步骤、聘任及有关待遇规定、组织领导等,都作了科学细致、明确的规定,特别是对竞聘程序规定得非常明确、具体,对群众、评委投票分值划分规定得比较科学、合理,对机关职能科室主任、副主任、业务科室主任和主持工作的副主任,群众、评委、院长分别按照4:4:2划分分值,既体现了群众公认,又体现了院领导评委权重,体现了院长负责制这一领导体制。机关科员竞争上岗,按照部、科主任、群众3:3:4分值划分;业务科室副主任由科主任提名和聘任;竞争护士长、主持工作的副护士长,由分管院长、护理部主任、科主任、总支书

记、科室群众按照2:1.5:1.5:1:4分值划分,由科主任聘任,充分体现了管人和用人相一致,真正落实了科主任自主权,特别对护士长改由科主任聘任,有利于医护协调配合,有利于科室管理。

二是组织得比较严密。竞聘领导小组和具体工作人员,认真负责科学安排,细致周密,严格按照规定程序办,一环扣一环。三是公开透明,公平、公正。投票结束后,不管多晚,当夜统计出投票结果,及时在公开栏公布得分结果,进行一次公布一次。接受群众监督,体现了竞聘有正事、有真事。

四、公开竞争答辩,既锻炼考察了干部,又培训了干部

凡参加竞聘的干部都精心准备了比较好的演讲稿,特别对担任科主任、护士长后如何开展工作考虑得比较细致,规划的目标蓝图,将要采取的措施比较切实可行,有些很有见地,很有新意,具有开创性,一些没有竞争上的同志,准备得也比较好,也提出了一些很好的工作打算和发展建设,值得竞争成功的同志吸纳参考。同时,通过评委提问,竞争者回答问题,也起到了培训干部的作用,如让大家回答的管理学上的“木桶理论”、“木盆理论”、“登山队山半腰遇上批受伤队员如何处置”、“怎样理解财是下山的猛虎”?如何解决“文人相轻”、“一山难容二虎”问题,怎样应对信息爆炸,知识老化等问题,都使大家在回答问题和提问者解答问题中学到了知识,受到了启发,起到了培训提高的作用。

五、通过第六届中层干部竞争聘任,既检验了保持共产党员先进性教育成果,又促进了抗“非典”战斗任务的完成

今年上半年,我院大事多工作任务重,既承担着市保持共产党员先进性教育先期试点任务,又承担着抗击“非典”繁重任务,在此情况下组织第六届中层干部竞聘工作,看似有些矛盾,实际上通过中层干部竞聘,充分检验了保持共产党员先进性教育成果。广大党员同志们在中层干部竞聘中,顾大局、识大体,积极应聘,以实际行动支持干部人事制度改革,机关中层干部竞聘,44个正副职岗位,81人报名竞争,一个岗位最多有6个人竞争。竞争上的同志迅速进入角色,积极谋划工作,特别在抗击“非典”战斗中,以崭新的工作姿

态,立足本职,无私奉献,促进了抗“非典”任务完成,同时也使保持共产党员先进性教育更加扎实,做到了试点、“非典”、改革竞聘互相促进共同提高。没有竞争上的同志绝大多数都能正确对待,特别是因年龄原因不能参加中层干部竞聘的同志,都能以大局为重的实际行动支持改革,有3名科室正主任参加科员竞争,有的去了业务一线为一般工作人员,有的主动要求内退,这么多人职务变动,没有闹的、上告的,没有发生任何问题,充分体现了我院共产党员的先进性,体现了广大职工崇高的思想觉悟,说明我们医院的职工是有觉悟的职工;干部是有觉悟的干部;党员是合格的党员。

我们这次机关编制体制改革和中层干部聘任虽然取得了很好成绩,进展得比较顺利,但也存在一些这样那样的问题和不足:一是实施方案还有不够完善的地方;二是在操作上出现了个别小的差错;三是据反映有个别同志在竞聘中有搞串联、拉选票的现象;四是有个别竞争落聘的同志发牢骚、讲怪话。这些都需要在今后的工作中认真加以克服和解决。

今后2年将是我院改革发展的重要时期,这次竞争上岗的各位中层干部,担负着医院科室改革发展的重要历史责任,承担着继往开来、与时俱进的历史重责。竞聘的是职务,接过的是责任。希望新一届中层领导干部,一是要讲政治。要有政治敏锐性,在重大是非面前头脑清醒,思想上,行动上自觉地与党中央保持高度一致,认真贯彻党的路线方针政策,落实各级组织和领导提出的要求,包括医院决策组织、院长作出的决策和要求,院长聘你为科主任,你就要对院长负责,对组织负责,对医院负责,对科室负责,对群众负责;二是要讲学习。认真学习政治理论,不断提高理论素养。要认真学习现代管理知识,作为管理者不懂管理知识很难履行好管理职责。要通过学习,不断提高管理能力和水平,提高领导艺术,最大限度地调动科室同志们的工作积极性。要认真

学习专业知识,特别是业务科室主任、护士长,必须成为本专业的专家,本专业的学科带头人。三是要讲开拓。作为新一届科室主任必须要有开拓创新精神,不断开创所领导科室工作的新局面。发展是硬道理,为官一任,振兴一方,你担任科主任2年,工作平平,科室不但没有发展,而且一辈不如一辈,你就不是一个称职的科主任,就是对科室、对专业、对科室群众的不负责任,科室群众投票给你,你就要对科室群众负责,就要积极带领大家,创新路、谋发展,使科室、使专业不断有新的发展和提高。四是要讲奉献。作为科室领导必须要有奉献精神,有干不好工作睡不着觉的精神。要认真履行大家在竞争演讲答辩中作出的承诺,落实提出的发展蓝图和表示的决心,在领导和群众面前说了的必须要落实,不落实就对不起领导、对不起群众。领导和群众有权选择你,也有权罢免你,我们在“方案”中已经写明,工作实践证明不称职的就地免职。五是要讲团结。善于团结大多数同志一道工作,不但要善于团结与自己意见相同的人,还要善于团结与自己意见不同甚至反对过自己的人。领导干部必须要有宽阔的胸怀,心胸狭窄、小肚肌肠是搞不好团结的,一个人本事再大,不能调动同志们的积极性,有本事也会变得没本事,孤家寡人,24小时不睡觉能干了什么事情?衡量一个领导者的本事,最主要的是看他会不会用人,会不会管理,会不会调动同志们的工作积极性。六是要讲形象。作为一个领导者自身形象必须要好,俗话说喊破嗓子不如做出样子,领导的行动就是无声的命令,领导带了头,群众争上游,干部、干部必须要干一步。要严于律己,要求群众做到的自己必须首先做到,要求大家不做的自己必须首先不做。要廉洁自律,不利用工作之便谋取私利,职能科室的主任,特别是管钱管物的科室必须要做到“长在河边走就是不湿鞋”,不能走郝振晨、吕忠起、杜力的老路。业务科室的主任要带头不拿开方回扣、不“走穴”、不吃请、不收礼,树立起廉洁行医的良好形象。

泰山脚下的“小汤山”

——泰安市中心医院建设泰安市 SARS 治疗中心纪实

于爱华 张延泉 董 健

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

泰山,五岳之首,她的雄伟瑰丽、坚韧不拔一直为华夏儿女所景仰,被视为中华民族的脊梁和象征。在美丽的泰山脚下,泰安市中心医院的“白衣战士”们,用无私奉献的精神勇敢地创造了科学防治“非典”的奇迹,在短短的两天半里建成了有泰山“小汤山”之称的“泰安市 SARS 治疗中心”。它的落成,将为提高整个泰安地区应对“非典”疫情的能力,保护好泰安这一方净土发挥重大的作用。

紧急命令

泰安市中心医院是当前正在开展的保持共产党员先进性教育活动先期试点单位之一,用市领导的话讲:这个试点的每一位党员思想先进、行动先进、业务先进、人格先进,在防治“非典”的战斗中真正发挥了先进性,做出了表率,起到了模范带头作用。

4月23日夜晚22时30分,泰安市中心医院总值班室紧急电话通知,将刚刚进入梦乡的相关科室主任调到了第一会议室。院长、党委书记刘义成早已等候在那里,以往的笑脸被庄重严肃所替代,他向大家宣读了泰安市委、市政府、市防治非典型肺炎工作领导小组的文件和医院党委会决定,由我院全权负责改造市第二人民医院筹建泰安市 SARS 治疗中心,决定由副院长亓文波总协调治疗中心筹建工作,呼吸科主任徐永平任治疗中心主任,医疗集团办公室主任焉涛、护理部副主

任王桂明任治疗中心副主任。经过具体研究后,第二天一大早,各负责同志便分别投入到战斗中去。

院党委将共产党员能否在抗击“非典”的战斗中发挥先进性作为衡量党员先进性教育活动成效的一个重要方面。在筹建泰安市 SARS 治疗中心的通知下达后,全院共产党员积极响应,先后有400余名党员写出决心书、请战书,主动要求到抗击“非典”的最前沿,参加 SARS 治疗中心的筹建工作。在共产党员模范行动的感召下,人员挑选工作非常迅速,抽调医疗、护理、医技、后勤等相关科室业务熟练、体力充沛的工作人员30余名,与来自我院医疗集团成员单位的共78名医护人员一道全力投入到治疗中心的建设中。同时,建立了第二、第三预备队,并随时听从调遣。

筹建工作中,在紧张进行一系列业务培训、防护演练、救治演习的同时,我院基建、总务、后勤等部门紧密配合协作,在短短2天内完成了对泰安市第二人民医院外科楼的改造工程,他们想方设法积极采购,保证了75张病床和部分职工用床及时到位,安置褥子60余个,配置桌椅300余套,落实被褥400余套,防护服1150套。只用了7小时就安装调试完毕100千伏安的供电系统,不到12小时完成了所有供氧系统的安装,安装热水器、淋浴器20余套。设备保障小组采取从院内调剂、从其他医院借调、从市场采购三管齐下,呼吸机4台、除颤监护仪1台、床边监护仪5台、动脉消毒

机20台、被服消毒机1台、空调33台、电话单机30台、三分率血球记数仪2台、尿仪1台、急症生化仪1台、离心机1台、水浴箱1台、显微镜2台、洗片机1台、胸片架1台、电动吸引器20台及所需卫生耗材等……

在市领导的关怀下,全体参加筹建工作的医务工作者经过两天半的连续奋战,一所总投资500余万元,集发热门诊、隔离病房、防护治疗于一体技术力量雄厚、设施设备齐全、颇具规模的甲类SARS治疗中心于4月26日正式竣工投入使用。它的建成使用,标志着整个泰安地区有效的防治非典型肺炎的能力有了一个质的飞跃。在这所SARS治疗中心的筹建过程中,以泰安市中心医院为骨干的全体医务工作者舍小家顾大家、置个人安危于不顾,发扬无私奉献、忘我劳动的精神,为全市防治非典型肺炎工作做出了不可磨灭的贡献。其中,涌现出了许多可歌可泣、感人肺腑的先进事迹和先进模范人物。他们团结一心、众志成城,面对死亡无惧无畏,共同奏响了一曲新世纪人类文明挑战自然灾害的壮丽凯歌,用自己的实际行动完美得诠释着白衣卫士“救死扶伤”的誓言。

义不容辞

接到负责组建SARS治疗中心的命令,我院副院长亓文波毅然将身患脑出血,随时都有生命危险九旬奶奶交给丈夫照料,她几天如一日,连续奋战在抗击“非典”第一线,指挥协调各部门工作。

徐永平作为SARS治疗中心主任,他的身影总是活跃在第一条线。徐永平的妻子患类风湿病多年,全身多处关节强直,功能丧失,行动十分困难,生活不能自理,多年来一直靠懂医术的丈夫照料起居。然而,他毅然将妻子托付给一位钟点工,二话没说就投入筹建工作中去。面对时间紧、任务重、疫情急的现状,特别是中心医务人员来自医疗集团的7家成员单位,在工作的配合上存在很大的困难,但作为主任,徐永平没有退缩,他指挥协

调镇定自若、周到细致,从建章立制开始,建立有关预防、治疗、病人诊疗转运等网络体系,积极调动并带领中心人员全身心地投入到工作中。作为市SARS防治专家组成员,他还担任着全市医院的会诊和疫情指导工作,徐永平不顾身体劳累,不论时间早晚,随叫随到。

王桂明自从抽调到SARS治疗中心担任中心副主任分管护理及感染管理工作以来,房间改造、设计、病区分布、物品配置,拟定护理操作规程,对各类人员进行自我防护、职业道德、专业技能培训等大量的工作全都压在了她的肩上。按常规,这些工作任务无论如何无法在两三天内完成。然而,她却带领着全体护理姐妹们创造了奇迹。现在,每一名医护人员仅需2至5分钟就可以穿好一套防护服装。为了考核每个护理人员的熟练程度,王桂明把自己当成“非典”病人,让她们在自己身上反复练习。在一次练习时,不慎磕破了额头,她只是用纱布使劲摁了摁,便继续带领大家进行训练。她说:“只要大家能在危急时刻按照程序熟练操作,而且能够确保每一位姐妹不被感染,平安回家,这就是我最大的幸福。”

焉涛负责治疗中心的行政后勤工作,每天都工作到深夜十一二点,水顾不上喝,饭吃在最后,嗓子喊哑了,还一心只想着如何以最快的速度、最好的质量完成治疗中心组建工作。5月2日是焉涛父亲的生日,老人家盼望着这个长子可以回家。但非常时刻,无法忠孝两全,他只能给老人挂个电话,送上祝福。老人非常理解儿子的选择,电话里嘱咐儿子不必挂念,只要他干好工作,就是对自己最好的孝敬。

感染科副主任张玉臣被院党委任命为治疗中心临时党支部副书记,接到组建SARS治疗中心命令后,连夜参加了医院发热门诊、观察病房的组建工作,并主动参加夜间值班,随时准备接诊病人。作为我院防治“非典”专家组成员,他时时刻刻准备着到下级医院会诊和指导工作。一天晚上6时,接到新泰某医院会诊要求后,他饭都没顾上吃就随车前去会诊,晚上11点多才返回。用他自

己的话说：“作为一名共产党员、感染科医生，在抗击‘非典’战役中，更应冲锋在前，不怕苦，不怕累，义无反顾地救治病人。”

感染管理科主任刘灿兰作为感染管理专职人员，医院及市 SARS 治疗中心的隔离、消毒工作自然落到她的肩上。她及时将隔离病房结构、布局及区域划分方案提供给施工单位，亲自设计的消毒隔离流程、SARS 接触者的消毒隔离、预防感染流程、医院防治“非典”消毒隔离措施等。另外，她对全院环境进行消毒指导，对消毒效果进行监测，对医院消毒剂的发放、使用制定了计划和制度，认真对一线人员进行消毒、隔离工作流程知识培训。巨大的工作压力，压的她喘不过气来，常常中午饭拖到下午，晚饭拖到深夜。

赵正华作为我院传染科副主任，深知抗击“非典”是他义不容辞的责任。当院领导任命他为发热观察病房主任时，他欣然接受。在他的组织领导下，仅用两天时间就完成了发热观察病房的改造，所有物品、器械配置到位。连续的作业累得他腰酸腿痛、感冒发烧，但疫情如火，容不得休息。为了确保医务人员零感染的目标，他又加紧了对所有人员的隔离消毒及工作流程的培训，并让所有治疗人员熟背了“非典”疑似及确诊病例的诊断标准。他不管是白天黑夜，还是刮风下雨，他都随叫随到，完全没有了作息规律，夜以继日地工作。

卢学玲临时受命担任发热病房的护士长，在家人的理解和支持下，她毅然挑起了这份重担。针对个别护理人员的担心和恐惧，她从心理上进行了认真的疏导，帮助姐妹们树立起信心和决心，并认真带领护理人员进行了消毒隔离、个人防护及工作流程的培训。在发热病房里，与发热病人的零距离接触，危险不言而喻，她每天都要穿着 4 层防护服、戴着厚厚的口罩，由于持续出汗又喝不上水，身体出现了虚脱，但仍坚持工作，每天晚上加班到八九点，才托着疲惫的身体回到休息室。

在筹建工作中，我院院务部承担的任务相当

繁重，先后共整修粉刷“非典”用房 600 余平方米，安装铝合金隔断 100 余平方米，配备各类家具 200 余件，购置防护服装 1600 件(套)，消毒器具 560 件，发放口罩 8000 余个，配套办公用品 2000 余件，安装中心供氧系统一套，100 千伏安供电设备一套，为 SARS 治疗中心的医疗救治工作提供了坚实的后勤保障。为高标准、高质量的完成工作，基建科主任王永成、后勤服务部主任王进述、设备科主任张福勇始终坚守在现场指挥施工。

在治疗中心的建设过程中，像以上我们讲述的这些感人事迹不胜枚举：检验科李忠培被调往市 SARS 治疗中心工作的第 3 天，父亲便被查出患有肺病，分管院领导得知此情况后，要他回去照顾父亲，而他却说：“在这防‘非典’的紧要关头，我怎能离开？”；护士长马瑞华家里搬家，正是最需要人手的时候，而她却选择留在了同样最需要人手的防治“非典”第一线；护士长王静的孩子感冒发烧、拉肚子近半个月，她都抽不出一点时间来照顾孩子，每说到此，她都眼含泪水，满脸掩饰不住的内疚；和玉芬的婆婆患心脏病多年，平时一直由她照料，而疫情使她不容选择地投入到一线；护士刘庆芝，儿子不足两岁，公公患胃癌晚期……在这些先进人物的感召下，短短的几天里，治疗中心先后有 11 位医护人员向党组织递交了入党申请书，强烈要求火线入党。

泰安市 SARS 治疗中心已不仅仅是我市运用科学战胜“非典”的措施，在它的建设过程中，泰安市中心医院医疗集团的全体医务工作者所表现出来的“忘我”的精神，成为了泰安市委、市政府和全市人民团结一心、众志成城，坚决打赢“非典”攻坚战的理性、信念、勇气的见证，成为我们中华民族历经磨难而不衰，饱经忧患而不屈，千锤百炼而愈加坚强的民族精神的写照和发扬。

泰山脚下的“小汤山”在泰山高大巍峨身影的庇佑下，作好了同“非典”做顽强斗争的一切准备。

香港观感

郭 岩 李培霞

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

应香港护理训练与教育基金会姚瑞棠女士的邀请,山东省医院院长代表团一行8人,于2003年3月6日至15日对香港医院管理局、明爱医院、基督教联合医院、玛丽医院、香港理工大学等十一家医院及大学进行了友好参观访问及学术交流。我院副院长郭岩、原副院长李培霞应邀前往。此次交流访问的主要内容为“医院后勤管理与服务”、“医院护理管理与服务”。在港10天受到了姚瑞棠女士、各医院负责人及有关部门的热情接待,从医院介绍、讲解到安排参观均细致周到、井井有条。代表团全体成员,以强烈的求知欲、责任感及使命感,圆满完成了对港的参观、学习考察任务,获益匪浅,感触颇深。

1 香港概况

香港位于中国南海之滨珠江口东侧,由香港岛、九龙半岛和新界(包括大屿山及230个大小岛屿)组成,北隔深圳河与广东省深圳经济特区相接。西与澳门隔海相望,相距仅60公里左右。

面积1092平方公里,人口650万左右,民族以华人为主,英国及其他外国人占3%左右。官方语言为汉语和英语。宗教为佛教、天主教、基督教,货币为港币、人民币。做为我国的一个特别行政区,著名国际金融中心、贸易中心和自由港,被誉为“东方之珠”、“动感之都”。

到香港的第一印象就是:高楼鳞次栉比、道路车水马龙,人们衣着时尚,行色匆匆,诸色人种夹杂,是一个快节奏的现代化国际大都市。香港的经济支柱是金融、国际贸易、旅游、服务及零售业。物资丰富、商铺林立,夜晚霓虹灯闪烁,一派繁华景象。香港人受教育程度较高,一言一行体现了

文明素质,见不到吵架与上下车拥挤,见不到随地吐痰及公众场所吸烟。环境整洁,交通管理规范到位,秩序良好。

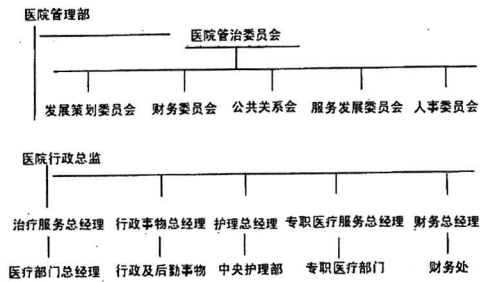
另人感受深刻的是香港的“义工群体及组织,即不要任何报酬的义务劳动者。他们由学生、家庭主妇为主组成,遍布香港的各行各业。特别在医院里,许多岗位的许多工作都均由义工来完成。其工作热情、负责态度丝毫不亚于正式职工。我们了解到,义工实际上是一种精神境界的追求,体现自身的价值。多利用自己工作之外的业余时间。

当然香港已回归祖国,但其仍是“一国两制”,仍为资本主义社会制度,言论自由,大街小巷、报纸杂志均可见到一些不和谐的音符,诸如法轮功宣传等等。暴力、色情、黑社会势力等社会问题仍不容忽视。香港人生活在一种激烈竞争的氛围之下,生活节奏快,压力大。据调查显示,香港青少年存在心理健康问题的比例很高,对前途、未来充满困惑和迷茫。受亚洲金融危机的影响,,经济持续低糜,房价奇贵,政府财政不堪重负等等。当然香港做为内地展示的窗口及对外联络的桥梁仍有特殊重要的作用。

2 香港医院介绍

2.1 概况 香港医院管理局是管理医院的行政主管部门,全港40多家公立医院。每年向公立医院拨付经费达300亿港币,占有公立医院支出的98%。全香港每千人有床位5.1张,护士5.9人,医生1.5,牙医0.3人,药剂0.2人。

2.2 组织架构



2.3 人员组成

以香港最大医院——香港东区尤德夫人那打素医院为例,其床位为 1975 张,床位利用率为 85.5%,平均住院天数 4.5 天,总人数 3444 人,其中医生 656 人,1256 护士人,行政 418 人,后勤 1114 人。

以香港基督教联合医院为例:床位 1400 张,员工 3000 余人,比例为医疗人员 10%,护理 41%,行政人员 9%,后勤人员 40%

2.4 医院经营理念

- ①病人——关注病人的福祉及尊严
- ②员工——尊重和珍惜各级干部员工的贡献
- ③服务——提供以病人为中心的高素质服务,既符合实际需要,并顾及成本效益。
- ④社区——与社区及其他医疗人员合作,发挥并肩互助精神。

以雅丽氏何妙龄那打素医院为例,从以下各方面充分体现了医院的经营理念和管理思路,即“以人为本、以病人为中心”。

- ①重视人的心理、身体、社交、心灵的健康。
- ②医院组织各种活动、丰富多彩。
- ③医生、护士宁愿去迁就病人。
- ④座位区分颜色,以分开病人和陪人。
- ⑤建筑文化、心理协调,融入建筑及医院环境中。
- ⑥关心关爱语言充斥各个角落,如电梯内,食堂等等。

⑦设有安静祈祷室。

2.5 医院后勤服务

内容包括:清洁、运输、洗衣及衣物供应,病人膳食、物品及仪器采购,信息科技服务,维修保养,保安。

以香港明爱医院为例设有以下部门:

运输部:调配中心,共计 60 人。利用特别设计的电脑程序“自动派送服务系统”接收及指派工

作。每位员工均配有呼机或利用音频电话,特殊情况由控制室即时指派。包括以下内容:①病人运送②取药送药③推送消毒物品④氧气筒搬运及及更换⑤电梯控制⑥文件、病历的递送⑦收送洗衣及垃圾⑧外勤服务(外出取血等)⑨标本、化验报告递送⑩派发递送 X 光片及表格等。

病人膳食部:①引入“电脑膳食预订系统”方便病室人员电脑订餐,且能提供病人个人的分餐单账,使分派食物更加方便,所有餐碟经检查后,会按床号放入预热的餐车内送到病房。

②病人若因病情需要或个人喜好,会供应特别饭食如糖尿餐、低脂餐等,所有餐食均每餐新鲜预备,并分批少量烹调,确保食物质量。

洗衣及供应部:洗衣房是一个设备先进的部门,设有隧道式及传统式洗衣机以处理不同的衣物,并按不同类作干衣及慰衣处理,所有衣物按格式折叠,破损衣物需重新修补。叠好的衣物分类摆放,点算,存仓库备用。为减少病室每日申请衣物的时间,采用补给制度,派送衣物员工按病室基数每日将衣物送到有关病室,若有特别需要则打电话加送。

其特点为:被服及衣物量大,库存多,来回均无清点,要多少给多少,被服品种多,质量好,无成本核算。

2.6 医院管理手段现代化

医院已全面进入电脑化管理。包括:

①临床方面评价预约,门诊病历、记录,复诊,出入院病人记录,病人动向,化验及 X 光报告均由不同电脑程序处理。

②护理行政方面亦利用计算机编排值班以及获取所需的报告。

③医院行政、日常工作均使用电脑。为减少纸张消耗,日常通讯均使用电子邮件。

④后勤管理,包括采购、订货、物品发放及仓库管理均使用 PRIS 系统 ICS 系统及 AMS 系统。

2.7 私立医院介绍

香港共有 12 家私立医院,6 家在港岛,6 家在九龙、新界。以圣保禄医院为例,是一家教会医院,有 105 年历史,成立于 1898 年,设有床位 368 张。(私立医院总床位为 1200 张,公立医院为 2 万张),床位利用率 60% 左右,总员工 490 人,护士 200 人,固定医生 8 人,住院费用 150 - 500 元/床日,单人间为 1500 元/床日。除固定医生外,均为

客座医生,有近三分之二的病人由客座医生介绍来,另三分之一病人由自己门诊收入院。医院80%的收入用来支出医护人员的薪水,医护人员收入比公立医院高出一倍左右,是由基本工资加提成,提成比例为60%,现私立医院存在以下主要问题:①经营困难,成本高②病人要求高投诉多③公立医院环境改善、竞争加剧。私立医院生存的法宝为①医护人员待遇高②先进设备。

3 学习体会

3.1 需要学习、借鉴的方面。

- (1)医院管理规范、到位,管理人员层次高。
- (2)医院重视人本管理,倡导“以病人为中心”的理念。
- (3)工作人员的敬业、奉献精神,高效率的工作。
- (4)注重社区,注重康复、注重无墙医院的理念。
- (5)对感染管理重视,舍得投入。
- (6)护理人员学历层次高,均为本科毕业生。
- (7)注重日间病房、日间医院,缩短了住院天数。

(8)重视人的心理、心灵、身体及社交健康。

(9)医护人员宁愿迁就病人。

(10)注重医院内外环境建设,注重建筑文化同心理的协调。

(11)关爱语言充斥医院每个角落。

(12)医院领导注重上下级交流、沟通,如总监快讯,同员工共聚午餐等等。

(13)医院员工各种业余活动丰富多彩。

(14)专有接受病人投诉的联络主任。

(15)注重健康教育,活动多种多样。

(16)现代化管理水平高,微机、传输等设施遍布各处。

(17)后勤服务现代化,其设施及管理均为一流水准。

3.2 需要改革、探索的方面

(1)后勤物资、大型设备等不计入运营成本,医院成本高,政府负担过重,无法长期运行。

(2)后勤及行政人员比例过高,面临减员增效。

(3)许多医院面临重新组合和定位。

医疗设备动态管理的探索

张福勇 田映华 张炳岳

(泰安市中心医院设备科,山东 泰安 271000)

“凡事预则立,不预则废。”过去常讲地医疗设备的管理,是指医院按计划方法,遵循一定的原则和程序编制医疗设备购置计划,并按照批准的医疗设备计划和预算采购医疗设备,我们认为这是狭义内容上的计划管理。广义地讲医疗设备的管理,应该包括从选购或研制仪器设备开始,到使用、维修直至报废的全过程动态管理。

医疗设备的动态管理是现代医院管理的重要内容,它管理的好坏直接体现了一个医院整体管理水平高低。为了充分发挥医疗设备投资作用,为临床医、教、研提供系列化的服务体系,为管好用好设备,结合我院实际,探索出了一套医疗设备动态管理程序,现提出来与大家商榷。

第一,根据医院财政预算和年初医、教、研工作意见以及医院近期规划进行计划编制,拟定全年医疗设备购置、更新计划。程序是由科室提出购置申请,设备科负责汇总、初核并拟定医疗设备购置、更新计划初稿,报请分管院长;分管院长审核后提交年初全院医、教、研工作会议。会上结合全年的重点攻关项目,重点加强科室和需要更新的设备,由所在科室科主任从社会效益、技术效益、经济效益等方面进行汇报,提交与会人员进行广泛讨论,使之做到有重点,有计划的配置仪器设备。

第二,依据医院医疗设备的分布、运行状况,临床需求程度和技术条件等由设备管理委员会对

全年设备购置计划进行进一步审核,论证,写出适宜性、可行性论证报告。

第三,计划工作量及有关费用支出进行效益预测,确定购置该项设备经济上是否合算。

第四,对拟购设备进行技术与质量等方面的考查。

我们的做法是对大型、精密医疗设备在购前设备科会同有关科室人员参加卫生部举办的国际或全国医博会。在会上充分考察拟购设备的性能、价格、售后服务、市场占有率等,并对多家公司进行反复比较,对有初步购置意向机型到使用单位进行实地考察,现场了解机器性能、精度、可靠性、购置价格、售后服务等,在此基础上同档次的设备选三家以上单位进行公开招标、议标,追求最好的质量价格比,优中选优。

第五,进行购前成本效益分析,合理选型,提供最佳决策方案,提交院长审批。我们的做法是由一名专职医学工程技术人员参与设备的考察、论证,掌握第一手资料,以便写出一份有理有据、内容翔实的购前成本效益分析报告。它既有静态分析又有动态分析,其主要内容包括(一)申购理由。(二)一般论证:(1)资金来源;(2)合理布局;(3)付款方式;(4)技术力量;(5)维修条件;(6)配套设施。(三)初步选型。(四)成本效益分析:(1)投资回收期;(2)投资收益率;(3)净现值;(4)现值指数。(五)分析评价。

第六,价格分析与合同签订。对于每一份合同签订时都要斟字酌句推敲,分级把关,进口设备引进更是要严格按照国际惯例运作。工作中不要怕麻烦,签订内容越详细,合同条款越翔实,对每一个细节都不放过的做法,实践证明对需方越有利,特别是遇到合同纠纷或索赔时,需方就牢牢掌握住了主动权,其利益就能最大限度地得到保护。

第七,设备到货验收,安装、调试运行正常后交付科室使用。成立设备验收领导小组,人员组成院领导、设备管理人员、工程技术人员、档案管理人员、有关科室人员。对进口仪器设备的验收一律报请当地商检局共同开箱验收,以便在与外商发生合同纠纷时掌握主动权。例如,我院购进的日本岛津床边 X 光机和美国德宝冷光源灯头架等设备均从商检索赔中受益。为减少中间环节,提高工作效率,采用设备验收与安装、调试相

结合的办法,验收合格后直接移交科室办理手续投入正常使用。

第八,建帐立卡,建立仪器设备专件技术档案。在设备科建立了总帐、分类帐、分户帐,物资管理实现了微机化。在使用科室建立了随物同行卡,分户管理帐,管理卡片,做到帐、卡、物相符。我们始终将设备技术档案管理作为设备全过程动态管理的中心环节,设专职技术人员管理,严格按科技档案管理规章制度及归档范围,收集齐全,整理立卷,统一(三点一线)装订,编页,建立卷内目录,并报科领导、分管院长审批后移交院综合档案室。全部设备档案放入密集架统一保管,并实现了微机检索。

第九,建立设备的操作规程和使用记录。每台万元以上仪器设备跟一本使用记录本,记录每天工作量,机器运转情况,实际开机时数及机器操作人签字等内容。另外,所有千元以上电子仪器设备均挂一张塑封操作规程卡片,使操作和使用标准化、规范化,防止误操作造成的设备损坏。

第十,制定设备的维修、保养、周检计划。对全院万元以上医疗仪器设备定期按计划进行维修保养,工作中结合我院实际除日常保养由科室仪器保管人员负责外,一级保养和二级保养均由设备维修工程技术人员承担,按计划定期对机器进行维护保养,并认真做好保养记录,入档保存。这种记录既保存了完整的设备档案,有利于了解设备历史状况,又可作为对保养维修人员的一种考核凭证。每年对强检仪器设备配合技术监督部门进行周期技术鉴定。通过对设备的维护保养管理,使设备完好率每年都保持在 96% 以上。

第十一,定期进行在用万元以上医疗设备的动态效益分析。每月有专人下科室统计一次设备使用时数,用它除以设备核定小时数再乘以 100% 得到设备使用率。每季度进行一次全院在用医疗设备动态使用效益分析,从中了解在用设备使用情况,工作中结合我院实际,对 20 万元以上在用大型医疗设备进行了单机使用效益分析。对使用率偏低设备采取专管共用,设备租赁,定额管理,在增添同类新设备时不予考虑,以及调拨设备等措施,确保全院在用医疗仪器设备使用率保持在 95% 以上。

第十二,设备的更新、淘汰或报废。仪器设备

的更新、淘汰、报废均根据设备的自然寿命(也称实际寿命)、技术寿命(也称有效寿命)、经济寿命进行。工作程序是由科室提出申请,经设备管理委员会技术鉴定后,由主管院长批准,并报上级有关部门备案,财务科和设备科分别办理注销手续。对已报废的设备有保留价值者,留作教学、拆零修配用。有计划地对仪器设备进行更新,有效地避免了用高额维修费用维持仪器使用寿命现象发生,节约了维修开支,降低了设备运营成本。

在设备的动态管理过程中我们抓好每一个环节。每台万元以上精密医疗设备都有完整的技术

档案资料;对新进的10万元以上的大型医疗设备都进行了购前适宜性、可行性论证和成本效益分析,认真进行技术与质量考查;有条不紊地对设备进行使用、周检、维修直至报废全过程动态管理,努力探索出一条适合我院发展的医疗设备管理新路子。

[参考文献]

- [1]韩荣芳.现代医院管理与评审.
- [2]叶政书.知识经济与卫生管理新模式.

加强病案管理 控制病案丢失

宁四姣¹ 宁秀英²

(1.泰安市中心医院;2.宁阳县第一人民医院,山东 泰安 271000)

病案是医院各项医疗活动的信息载体,是医院医疗质量的综合反映,是医院质量管理的重要内容,是评价医疗质量,评审医院管理水平的可靠依据。三级医院评审要求病案的在架率达到100%,也就是不丢失病案。但通过笔者走访多家基层医院,发现病案的丢失现象普遍存在,其中原因是多方面的。

1.组织不健全:病案管理工作相对于医疗一线无明显的经济效益,没有引起医院领导的足够重视 因此就没有专门的病案管理组织,无专人管理,这是主要原因。

2.科室无专人管理,乱存乱放出院病案,个别医生将对自已有用的病案据为己用;个别进修实习人员把有价值的病案带走,造成病案外流。

3.病案回收后在传递过程中,在中间科室借走而无借阅登记,在病人复诊、科研或法律部门查找时,无从查找,造成很大麻烦,也增加了不必要的工作量。

4.医院个别领导利用职权将病案借给熟人,

迟迟不归。

5.个别病案管理人员责任心不强,在整理装订病案时将不同姓名,不同住院号,不同科别的病案订成一本;在归档中将病案号看错,归错位置。

6.本院职工自己保存病案,造成病案缺失。

7.借阅时丢失:由于没有阅览室,医务人员有时需将病案带出病案室,在规定时间内不还,经多次催促,仍旧还不全。

针对以上问题,要防止病案丢失,应做到以下几点:

1.全院职工应树立病案意识,珍视一级医疗情报,珍惜自己的劳动成果,确实把病案看作医院的宝贵财富,各方面主动配合。

2.建立病案管理组织:医院应设立病案管理委员会,各病区有病案管理负责人,发现问题,及时解决,做到领导力量到位,有人主抓主管;病案管理宣传教育要到位,全体医务人员要增强病案意识。

3.建立一系列完整有效的制度:①病案应尽

量做到三日内归档,以保证供应及时。②建立病案传递过程中的的交接制度。③工作岗位要相对固定到人,不宜常换,以减少差错。④建立严格的病案借阅制度和手续。⑤严格奖惩制度,对丢失病案科室及借病案不还者,扣工作质量分及个人奖。

4. 增设阅览室,除再入院借阅外,病案尽量不出病案室。

5. 病案管理人员应大胆负责,加强工作责任心,严把借阅关,严格按制度办理,及时收回,避免流失,确保病案完整归档。

· 临床论著 ·

腰椎间盘突出并椎体后缘离断症

孔庆奎 吴珂 崔群生 于同刚

(泰安市中心医院 CT室, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 研究腰椎间盘突出并椎体后缘离断症的横断位、矢状位 CT 表现,探讨其发病机制和命名。方法 对 18 例患者共 19 个部位进行 CT 扫描并进行矢状位重建。结果 突出的椎间盘和离断的骨片突入椎管,横断位显示骨片后移,相对应的缺损区有髓核组织充填;矢状位上有 15 个显示离断骨片呈条状后翘,与椎体后缘形成一“V”形缺损区,4 个呈三角形或不规则形。15 个与椎体离断;4 个仍然相连。椎体后缘有骨性缺损,缺损边缘硬化。结论 其主要的发病机制是椎间盘突出对椎体后缘的挤压,骨片离断是椎间盘突出的继发改变,建议用“腰椎间盘突出并椎体后缘离断症”这一称谓。

[关键词] 腰椎;椎间盘移位;体层摄影术,X 线计算机;椎体后缘离断

尽管腰椎间盘突出并椎体后缘离断症的发病机制尚不完全明了,命名也尚未统一,但突出的椎间盘和离断骨片突入椎管可压迫硬膜囊和神经根引起类似于腰椎间盘突出的腰腿痛和椎管狭窄的间歇性跛行等症状,其临床意义已为多数学者所认可。CT 不仅可以帮助临床医师作出正确的诊断,而且可以清晰地显示椎体后缘骨块的大小、形态、部位以及椎间盘突出和椎管狭窄的程度。因此 CT 对于椎间盘突出并椎体后缘离断的诊断和指导治疗具有重要意义,是该病最有价值的检查方法。本文总结我院 1997 - 2000 年的 18 例患者,除横断位图像外又进行了多平面重建,讨论该病的 CT 表现及发病机制和命名。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 18 例患者 19 个部位。男 11 例,女 7

例;年龄 19 ~ 64 岁,平均 44 岁。20 岁以下 1 例,21 ~ 30 岁 3 例,31 ~ 40 岁 6 例,41 ~ 50 岁 6 例,51 岁以上 2 例。14 例无明确外伤史,但其中 2 例系喜爱运动的男性青年,2 例有近期腰扭伤史,另 2 例少年时有轻微外伤史。病程 3 个月 ~ 21 年。

1.2 临床症状

18 例均有腰部和下肢疼痛或麻木,其中双侧 9 例,单侧 8 例;14 例先有长期腰痛后出现下肢症状,3 例几乎同时出现腰腿痛,1 例仅有下肢放射痛。

1.3 检查方法

扫描机器为日立 Radix W2000 螺旋 CT 扫描条件为 120kV、120mA、4s、矩阵为 512 × 512、FOV 为 160,层厚和间距均为 3mm;扫描范围一般从上一椎体椎弓上缘到下一椎体椎弓下缘,扫描线与椎间隙平行,扫描后常规进行多平面重建(multi-plane reconstruction, MPR)。

2 结果

2.1 横断位 CT 表现

19个部位在横断位图像上有16个表现为椎体后缘类圆形低密度区,其密度与椎间盘密度一致,低密度区的后缘见一条状或新月形骨密度影;3个为不规则骨块。骨块两端仍与椎体相连的3个;一侧与椎体相连的2个;其余病例两侧与椎体不相连。离断骨片连同突出的椎间盘一起向后移位突入椎管,压迫硬膜囊和神经根。在横断位上无法清晰地显示离断骨的上、下缘是否与椎体相连和椎体骨质缺损形态。

2.2 矢状位 CT 表现

在矢状位上更清晰地显示出该病的特征性表现。(1)椎体后缘骨片呈条状向后翘起后移与椎体形成一“V”形(15个),三角形或不规则形(4个)缺损。15个离断骨片的近椎体端与椎体离断,其余4个与椎体相连;(2)缺损内有椎间盘密度物充填;(3)椎体后部可见一骨质缺损区,缺损的大小、位置与离断骨片大致吻合;(4)缺损骨质的边缘明显硬化(图1~3)。

3 讨论

3.1 椎间盘突出并椎体后缘离断症的发病机制

椎间盘突出并椎体后缘离断症的发病机制目前尚不完全明了,国内许多学者^[1-4]对此做了大量研究,虽然认识不尽相同,但有两点已基本得到认可。一是髓核组织进入椎体后缘和骨片之间,二是椎体后缘骨与椎体分离或部分分离。一般认为在椎体发育成熟的过程中椎体后部存在着某些解剖缺陷,这是发生本病的解剖学基础,其后在椎体发育过程中,椎体不断承受各种外力,造成慢性损伤。在这些已存在某些缺陷的椎体后部软骨板上形成一些微小的裂隙,髓核组织经这些裂隙进入椎体与骨骺之间,使骨骺向后移位,纤维环对髓核后移的阻挡作用减弱,使纤维环带动骨片向后移位。张成泉等^[5]认为该病的形成过程与Schmorl结节类似,我们同意这一观点,并认为该病的初期就是垂直型椎间盘突出,只是比一般我们认为的垂直型椎间盘突出更靠近椎体后缘。髓

核长期对椎体的向下压迫并对其周围椎体骨质造成挤压,髓核前方椎体骨质由于增生硬化和前部骨组织较多,限制了髓核的前移,而后部骨质较少,对髓核的阻力明显小于前部,长期挤压使后缘骨片与椎体分离。按病理过程是椎体后部的垂直型椎间盘突出在前,骨片分离在后,或者说椎体后缘离断是靠近椎体后缘的垂直型椎间盘突出的继发性改变,纤维环和韧带牵拉在这一过程中也起了一定作用。本组病例也为上述理论提供了依据:(1)本组病例中以年轻患者居多,这可能与青年人多喜欢活动和长期慢性损伤有关;(2)患者多数有较长时间的腰痛史而后才出现下肢症状,这提示腰椎病变在前,压迫神经根造成的症状在后,早期的腰痛可能是垂直型椎间盘突出所引起;(3)游离骨片的大小和形态与椎体的骨质缺损大致吻合,说明骨片来源于椎体;(4)椎体缺损的边缘有明显骨质硬化,说明该病是一个长期反复发作的过程。

3.2 椎间盘突出并椎体后缘离断症的诊断

椎间盘突出并椎体后缘离断症的临床症状和体征与椎间盘突出和椎管狭窄相似,X线片的检出率不到50%^[3],CT对本病有较高的诊断价值^[3,4]。CT横断位图像可以清晰显示椎间盘突出和椎体后缘离断骨片的大小、部位和椎管狭窄的程度,但对于显示离断骨片长度和与椎体的关系以及椎体缺损区的骨质硬化仍有一定局限性。矢状位重建克服了传统X线片相互重叠和单纯横断位的不足,对于该病的诊断具有更大优势;其可直接显示:(1)离断骨片的上下长度;(2)骨片后翘的程度、形态及其是否与椎体完全分离;(3)椎体缺损大小和缺损边缘骨质硬化程度。以上这些信息可以对治疗方案和手术方法的选择提供更多依据。

3.3 椎间盘突出并椎体后缘离断症的命名

椎间盘突出并椎体后缘离断症的诊断在CT横断位上不难作出,矢状位重建更显示出CT的优越性。主要分歧在于该病的命名,在文献上被称为腰椎后缘骨^[2]、腰椎后缘软骨结节^[1]、腰椎椎体后缘离断症^[3]。我们认为为了更能体现本病的演变过程和病理变化,暂时避开尚不完全明了的发病机制的争论,提出用“椎间盘突出并椎体后缘

离断症”这一称谓,与同道商榷。

[参考文献]

[1]曹来宾,徐德水,徐爱德等.腰椎后缘软骨结节.中华放射学杂志,1990,24:328-330.

[2]周秉义,丁梅,黄勇等.腰椎后缘游离骨块的类型及发生机理.中国脊柱脊髓杂志,1999,9:7-10.

[3]陈仲强,党耕町,张风山.腰椎椎体后缘离断症.中华骨科杂志;1996,16:750-752.

[4]孙先泽,吴占勇,孔建军等.腰椎椎体后缘离断并间盘突出症(附9例报告).中国矫形外科杂志,1999,6:177-179.

[5]张成泉,王青平,旦明清等.软骨板破裂为基础的腰椎间盘突出症.中脊柱脊髓杂志,2000,10:372-373.

高强度聚焦超声治疗肿瘤的研究及应用现状

叶欣¹ 费兴波² 何申戌³

(1.泰安市中心医院肿瘤科,山东泰安 271000;2.北京源德生物医学工程股份有限公司超声热疗研究所,北京 100176;3.北京大学人民医院,北京 100034)

[摘要] 近几年来国内外开展了高强度聚焦超声(HIFU)治疗肿瘤这项新技术,本文对HIFU的作用机理、治疗适应症、疗效判断和影像学监测的评价、局限性等问题进行了简要的综述。

[关键词] 高强度聚焦超声;肿瘤

高强度聚焦超声(high intensity focused ultrasound - HIFU)是一种无创性局部治疗肿瘤的新型超声加热技术,被称为无创性超声切除(noninvasive ultrasound ablation, NUA)或聚焦超声外科(focused ultrasound surgery, FUS)。该技术在治疗前列腺癌、肝癌、肾癌、乳腺癌、胰腺癌、膀胱癌等方面不仅有确切的疗效,而且还具有其他治疗手段无法比拟的独特优势^[1,2,3,4]。因此,是当前肿瘤治疗领域研究和应用的热点之一。

1 HIFU作用机理

1.1 主要作用机理^[1,5,6]

HIFU治疗肿瘤的主要机理是利用超声波可以穿透软组织并可以聚焦的物理特性,将体外电声换能器产生的多束超声波,聚焦于体内肿瘤病灶内,在焦点处形成高能密度区而出现:(1)高热效应:在瞬间(0.5~1.0秒内)使聚焦区内的温度升至65℃~100℃,从而导致靶区内的组织出现不可逆转的凝固性坏死;(2)空化效应:这是

由于声压幅值很大,且正负压交替出现时,负压期拉力把组织撕破形成空化微泡并迅速增大,正压期空化泡被压缩最终崩溃,空化泡崩溃时产生的高温高压能使组织受到严重破坏;(3)机械效应:高强度聚焦超声可使受到超声作用的组织细胞高速来回振动,强烈变化的力学作用可以破坏靶区的细胞及其支持结构、改变细胞的功能、使DNA大分子降解及酶变性等。

1.2 其它作用机理^[7,8,9,10,11]

(1)声化学效应:高强度聚焦超声使细胞局部肿瘤细胞产生化学反应,例如使H₂O分解为H⁺和OH⁻,损伤肿瘤细胞;(2)破坏肿瘤滋养血管:HIFU可以破坏2mm以下的小血管,使肿瘤组织发生继发性缺血坏死;(3)能提高机体对肿瘤的特异性和非特异性免疫能力,对于克服肿瘤免疫逃逸和打破肿瘤免疫封闭具有一定的意义;(4)可以诱导部分细胞凋亡;(5)对放、化疗有增敏效应。

2 HIFU 的适应症^[2,12,13,14,15,16,17]

总的原则是 HIFU 治疗机上的机载 B 超探头可以观察到全貌的实体性肿瘤,均可进行 HIFU 治疗。目前较公认的具有确切疗效的适应症是:前列腺癌、肝癌、肾癌、肾上腺癌、乳腺癌、膀胱癌、胰腺癌、腹膜后恶性肿瘤、大肠癌、腹腔淋巴结转移癌等。应用 HIFU 治疗过并有一定疗效的肿瘤为:胃癌、贲门癌、壶腹癌、子宫内膜癌、卵巢癌、恶性骨肿瘤、脊索瘤、门静脉癌栓等。在选择适应症时需要注意以下几个因素:(1)超声入射通道有骨骼或含气组织的阻挡时,如肺、纵隔区肿瘤、食管等不能用 HIFU 治疗;(2)治疗靶皮距应大于 1cm,以免皮肤灼伤;(3)下腔静脉、肾静脉癌栓在放置滤网前或手术取栓前属于禁忌症;(4)有严重出血倾向,血小板小于 $30 \times 10^9/L$ 属于禁忌症;(5)肝、肾、心、肺功能严重不全者,KPS 积分 < 70 分,也不适合 HIFU 治疗。

3 HIFU 的疗效判断和影像学监测的评价^[1,16,17,18,19,20]

3.1 疗效判断标准^[16]

应当用 UICC 标准进行疗效评价,但是对于某些肿瘤来讲用 HIFU 治疗后的疗效判断较难与 UICC 标准接轨,特别是用 UICC 标准规定的时间评价 HIFU 治疗后的疗效有时是无效的。其原因可能是:由于 HIFU 治疗可造成局部微小血管栓塞,导致坏死组织吸收障碍,使得瘤体近期难以迅速缩小。为此,有学者提出了如下的疗效评价标准:(1)空腔脏器肿瘤:由于肿瘤坏死后可脱落、消失,可沿用完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、无变化(NC)和疾病进展(PD)的标准;(2)非空腔脏器肿瘤热疗效果分为 3 级:①显著疗效(简称显效,RE):FDG 扫描浓聚态消失,治疗后多点穿刺病理和/或细胞台盼蓝染色均提示细胞坏死,B 超影像在同一条件下比较回声明显增强,临床症状改善,特异性肿瘤标志物转为正常或明显下降,肿瘤无增大或局部无新生肿瘤;②有效(GE):FDG 扫描有少量残留浓聚灶,多点穿刺证实有残留活肿瘤细胞,B 超影像回声强度中度增强,临床症状改善,特异性瘤标志物下降,肿瘤无增大,无局部新

生灶;③无效(NE):FDG 扫描示肿瘤浓聚,治疗后多点穿刺大部分细胞无坏死,B 超影像无增强,临床症状无改善,特异性瘤标不下降或反升高,肿瘤增大或有新生灶。所有患者治疗后每 3~6 个月应随访一次,观察生存时间。

3.2 影像变化^[1,17,18,19,20,21]

监测 HIFU 治疗后的疗效和其对肿瘤周围正常组织的破坏情况一直是国内外学者关注的问题。超声、CT 和 MRI 是常用的影像学方法,这三种方法各有特点。MRI、CT 成像清楚,测定病灶大小比较准确,对图像能进行定量分析,MRI 还可监测靶区相对温度变化,但二者的成像断面比较固定,不能实时反映病灶血供变化,治疗成本较高,同时存在一定放射性,因而很难作为术中监控手段。

超声是目前最常用的 HIFU 治疗实时监控和疗效评价手段,B 超具有以下优点:①对病灶和周围组织显示良好,可以引导 HIFU 准确定位;②对患者和手术者无辐射损伤,可进行连续性监控;③可反映肿瘤病灶治疗前后血供变化,提高了疗效评价的可靠性。但用 B 超图像的回声评价疗效有一定的不确定性,因为在焦斑处由于空化或组织液沸腾可能含有小“孔”和“内爆的包裹”,这样焦斑处的 B 超图像会因回波较强而在对应的位置产生亮斑,等到一定的时间后,焦斑区域产生的回波会逐渐减弱,B 超图像中的亮斑也逐渐消失;④超声影像变化能较好地反映病灶区的组织病理变化。总之,超声以其准确、可靠、实用、经济、方便等特点将成为 HIFU 术中监控和实时疗效评价的主要方法。

最近一种新的图像模式 - “弹性图像”(Elastography)正在逐步走向临床。目前的初步研究结果显示,该成像模式对于 HIFU 术中监控和实时疗效有着重要的意义。被 HIFU 治疗后的组织弹性要明显的低于其周围的正常组织,而弹性图像对组织弹性模量的变化十分敏感,同时弹性图像不受焦斑处空化、气泡等的影响,因此比常规 B 超更有优越性。

4 HIFU 的局限性

4.1 靶区内癌细胞的残留^[22]

由于 HIFU 的聚焦区直径仅为数毫米,点与点之间有时难以重叠,再加上靶区内存在能量分布不均现象,治疗后的组织中会出现“残留癌细胞小岛”,这是肿瘤复发的原因之一。

4.2 脏器的运动、解剖部位、组织学特点和影像学的局限性^[1,16,17,18]

腹腔内脏器特别是肝脏随着呼吸而上下移动,这样治疗焦点就要发生偏移而出现脱靶现象;胸腔内肿瘤被含气的肺组织覆盖,超声波在空气中几乎被完全反射。因此,不能对胸腔肿瘤进行治疗,但最近有治疗食管癌体内实验报导;超声波通过骨性组织时会被大量吸收,使能量不能很好到达治疗靶区,另外超声波还可能刺激骨膜引起剧痛;有些肿瘤在影像学上仅有密度的改变,很难确定明显的边界。这些都可能影响 HIFU 的精确定位,从而达不到预期的疗效。

4.3 缺乏随机的前瞻性临床试验^[2]

目前,不论动物试验还是临床试验都没有与传统治疗肿瘤最有效的手术方法作前瞻性的比较,验证 HIFU 治疗的有效性和优势。

4.4 缺乏无创性实时测温系统^[23,24]

靶区内温度的实时监测对于治疗剂量的确定和治疗的规范化具有十分重要意义。目前使用的温度测量方法均为有创,这限制了临床上的应用。利用 MRI 等无创性测温技术一是成本高,二是还处于探索阶段需要进一步完善。

4.5 缺乏公认的治疗规范和疗效判断标准

由于该治疗设备的生产厂家不同,设备的性能、治疗的适应症、治疗的副作用等均存在差异,再加上该专业刚刚兴起治疗人员的专业化水平参差不齐,现在很难形成公认的治疗规范;应用 HIFU 治疗后的疗效判断有时较难与 UICC 标准接轨,应用现有的影像学手段有时较难真实的反映出 HIFU 治疗后的疗效,因此,制定一个公认的、符合 HIFU 自身规律的疗效判断标准还需要作艰苦的工作。

5 HIFU 的展望^[1,25,26]

HIFU 技术的发展将会逐步克服上述局限性,进一步阐明该技术治疗后的复杂生物学效应,借鉴其它技术特别是借鉴立体定向三维放疗技术以

达到完全适形和计算机模拟定位。在非恶性肿瘤的治疗方面,除应用 HIFU 治疗子宫肌瘤、前列腺肥大以外,甲状腺疾病、乳腺的良性肿瘤、皮肤良性肿瘤、肥厚性心肌病、止血及血栓、终止早孕、脾脏减容术、乳腺癌术后卵巢去势术、原发性皮质醇增多症、眼科疾病等等将是下一步临床研究的重点。超声药物和超声基因治疗也将会从实验室逐步走向应用。

总之,HIFU 技术是一项治疗肿瘤的新方法,是肿瘤局部治疗较为有效的手段之一,属于肿瘤临床学中的非介入热治疗范畴。目前尚处于初级阶段,搞好各学科配合是十分重要的,一切过分的拔高此项技术的学术价值,过分的急于替代手术、化疗、放疗的做法都是不科学的,势必要严重损害甚至扼杀此项技术的深入探索和研究应用。

[参考文献]

- [1] Harvey Cj, Pilcher JM, Eckersley RJ, et al. Advances in ultrasound[J]. Clin Radiol, 2002, 57(3):170 - 173.
- [2] Erce C, Parks RW. Interstitial ablative techniques for hepatic tumours [J]. Br J Surg, 2003, 90(3) 272 - 289.
- [3] Gignoux BM, Scoazec JY, Curiel L, et al High intensity focused ultrasonic destruction hepatic parenchyma [J]. Ann Chir 2003, 128(1): 18 - 25.
- [4] Keshavarzi A, Vaezy S, Noble ML, et al Treatment of uterine leiomyosarcoma in a xenograft nude mouse model using high intensity focused ultrasound: a potential treatment modality for recurrent pelvic disease [J]. Gynecol Oncol, 2002, 86(3) 344 - 350.
- [5] Bailey MR, Couret LN, Sapozhnikov OA, et al. Use of overpressure to assess the role of bubbles in high intensity focused ultrasound lesion shape in vitro [J]. Ultrasound Med Biol, 2001, 27(5):695 - 708.
- [6] Kohrmann KU, Michel MS, Gaa J et al. High intensity focused ultrasound as noninvasive therapy for multilocal renal cell carcinoma: case study and review of the literature [J]. J Urol, 2002, 167(6):2397 - 2403.
- [7] Olive PL. The role of single and double - strand breaks in cell killing by ionizing radiation[J]. Radiation Research, 1998, 150:42.
- [8] Wu F, Chen WZ, Bai J, et al. Tumor vessel destruction resulting from high intensity focused ultrasound in patients with solid malignancies[J]. Ultrasound Med Biol, 2002, 28(4):535 - 542.
- [9] 王建文. 超声治疗与免疫[J]. 国外医学肿瘤分册, 1998, 12:347 - 349.
- [10] Ashush H, Rozenszajn LA, Blass M, et al. Apoptosis induction of human myeloid cells by ultrasound exposure[J]. Cancer Res, 2000, 60(4):1014 - 1020.

[11]Jernberg A, Edgren MR, Lewensonhn R, et al. Cellular effects of high intensity focused ultrasound continuous wave ultrasound alone and in combination with X-ray[J]. Int J Radiat Biol, 2001, 77(1):127.

[12]Vazey S, Fujimoto VY, Walker C et al. Treatment of uterine fibroid tumors in a nude mouse model using high intensity focused ultrasound[J]. Am J Obstet Gynecol, 2000, 183:6-11.

[13]Chin JL, Pautler SE. New technologies for ablation of small renal tumors: current status[J]. Can J Urol, 2002, 9(4):1576-1580.

[14]Wu F, Chen WZ, Bai J, et al. Pathological changes in human malignant carcinoma treated with high intensity focused ultrasound[J]. Ultrasound Med Biol, 2001, 27(8):1099-1106.

[15]Janzen N, Zisman A, Pantuck AJ, et al. Minimally invasive ablative approaches in the treatment of renal cell carcinoma[J]. Curr Urol Rep, 2002, 3(1)13-20.

[16]何申戌,熊六林,王国民等.高强度聚焦超声治疗869例腹腔、盆腔实性肿瘤和组织增生症临床初步报告[J].中国超声医学杂志,2002,18(3)180-183.

[17]Fuechsel FG, Bush NL, Bamber JC, et al. An interactive display of freehand elasticity imaging on breast masses in combination with ultrasound for improved understanding of breast pathology and better differential diagnosis[J]. Radiology, 2000, 2217:706.

[18]Rouviere O, Lyonnet D, Raudrant A, et al. MRI appearance of prostate following transrectal HIFU ablation localized cancer[J]. Eur Urol, 2001, 40(3):265-274.

[19]Bohris C, Schreiber WG, Jenne J, et al. Quantitative MR temperature monitoring of HIFU therapy[J]. Magn Reson Imaging, 1999, 17(4):603-610.

[20]Doyley MM, Bamber JC, Fuechsel F, Bush NL. A freehand elastographic imaging approach for clinical breast imaging: system development and performance evaluation[J]. Ultrasound Med Biol, 2001, 27(10):1347-1357.

[21]Arefiev A, Prat F, Chapelon JY, et al. Ultrasound-induced tissue ablation: studies on isolated, perfused porcine liver[J]. Ultrasound Med Biol, 1998, 24(7):1033-1043.

[22]Celet A, Chapelon JY, Bouvier, et al. Local control of prostate cancer by transrectal HIFU therapy: preliminary results[J]. J Urol, 1999, 161(1):156-159.

[23]Bohris C, Schreiber WG, Jenne J, et al. Quantitative MR temperature monitoring of HIFU therapy [J]. Magn Reson Imaging, 1999, 17(4):603-610

[24]Rouviere O, Lyonnet D, Raudrant A, et al. MRI appearance of prostate following transrectal HIFU ablation localized cancer [J]. Eur Urol, 2001, 40(3):265-274.

[25]Lee LA, Simon C, Bove EL, Mosca RS, et al. High intensity focused ultrasound effect on cardiac tissues: potential for clinical application [J]. Echocardiography, 2000, 17(6 Pt 1):563-566.

[26]Miller MW. Bioeffects of ultrasound with contrast agents: in vitro [J]. Ultrasound Med Biol, 2003, 29(5 Suppl):S79.

下唇正中及颌下切口径路上 颌肿瘤扩大切除术

万光勇 刘太生 张善勇 赵峰 朱玉莲 王磊

(泰安市中心医院口腔科, 山东泰安 271000)

[摘要] 目的 介绍一种上颌肿瘤扩大切除的手术径路并探讨该手术径路的适应征及优、缺点。方法 采用下唇正中及颌下切口径路,对30例上颌肿瘤患者实施了扩大切除术。结果 采用该术式,术野显露充分,便于翼板区的显露,肿瘤切除彻底,经术后2~12个月随访,疗效满意。结论 对于需行上颌肿瘤扩大切除的患者,采用“韦伯氏”切口显露不充分时,可采用该手术径路。

[关键词] 上颌肿瘤;下唇正中切开;颌下切口

上颌骨的恶性肿瘤或者累及上颌骨的恶性肿瘤,一般需行上颌骨的次全切除术,Weber-Ferguson切口是最普遍采用的手术切口^[1]。但是,当肿瘤累及范围较广,特别是累及翼板区域时,该手术

切口就显示出其不足及其局限性。我们采用下唇正中切开联合颌下切口入路,对30例上颌骨或累及上颌骨的肿瘤患者实施了肿瘤扩大根治术。本文就该切口的优、缺点及其适应征进行了分析与

探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用该术式治疗的30例患者中,男性21例,女性9例,年龄最小者39岁,最大者72岁,平均年龄61岁。其中,上颌窦癌15例,上颌骨骨肉瘤2例,腭部恶生混合瘤4例,腭部腺样囊性癌3例,上颌磨牙区牙龈癌5例,上颌骨中心性血管瘤1例。

1.2 病例选择

本组患者中,15例上颌窦鳞癌均是有窦后壁的破坏及翼板区的破坏吸收,其中7例已有窦外壁的吸收;2例骨肉瘤患者也已累及翼板区;4例腭部恶性混合瘤患者均已出现上颌骨破坏吸收并累及翼板区及咽旁间隙;3例腭部腺样囊性癌患者及5例上颌磨牙区鳞癌患者均有上颌骨及翼板区的破坏吸收;在本组患者中,仅1例为上颌骨中心性血管瘤患者,肿瘤尚未累及翼板区。

1.3 手术方法

口外切口:下唇正中切口与颌下切口联为一体,颌下切口距下颌骨下缘约2cm,切口后端至乳突,切开皮肤及颈阔肌后,保护好面神经下颌缘支,暴露下颌骨下缘。口内切口:切下唇及口内粘膜及唇沟处,沿下颌唇颊沟切开至翼下颌皱壁,将下颌部软组织瓣自骨膜下向外翻开,再沿翼下颌皱壁向上切开至上颌结节,然后沿上颌龈颊沟向前切开至对侧尖牙区域。术中再将上颌部软组织自骨膜下向上翻起,连同下颌及颊部软组织一同向外翻开,如肿瘤已累及骨膜时应将受累骨膜及部分软组织留在上颌骨上,并显露翼板区。然后根据肿瘤累及范围,行上颌骨的次全切除术及翼板区的根治。经2~12个月术后随访疗效满意。

2 结果

该术式对于上颌骨及翼板区的显露较充分,术中便于止血,手术野的深度相对较浅,切除较彻底,便于上颌骨及肿瘤的整块切除。该组患者采用该术式,肿瘤均顺利切除。

3 讨论

采用下唇正中联合颌下切开进路上颌骨肿瘤或累及上颌的肿瘤扩大根治术,国内及国外文献少见报导。上颌骨切除多采用Weber-Fergusson切口^[1],这已成为上颌骨切除的经典切口。Weber氏切口位于患者颌面部,尽管手术切口有一部分位于鼻底部及鼻旁部,但仍会留有较明显的疤痕。国内有些学者在临床工作中,对该切口也做过某些改进^[2,3,4],如在上唇、沿人中嵴切口或在鼻唇沟上做W形切口,或改下睑缘切口为下睑结膜囊内切口等。采取睑缘切口有时会造成睑外翻,结膜囊内切口有时会出现泪小管的损伤及角膜损伤。当肿瘤累及翼板区时为了暴露清楚,需沿外眦部向后延长切口^[5],如操作不当会损伤面神经颞支而影响眼睑闭合功能。如果肿瘤累及上颌骨的同时又累及咽旁间隙时,该切口则显示出其不足,影响肿瘤的充分显露及切除,一旦出现术中大出血,术中止血较困难。为了预防术中出血,有时还要在颈部另外作一切口,行预防性颈外动脉经扎术。但是当累及咽旁间隙的肿瘤与颈内动脉较近或已累及颈内动脉时,由于术中不能有效地保护颈内动脉,有可能损伤颈内动脉及重要神经而造成严重后果。另外,当颈部淋巴结出现转移,需行颈淋巴清扫术时,仍需要在颌下及颈部作切口。

一个理想的手术路径或切口应具备:能充分显露术区,肿瘤可完整切除;术中便于止血;操作中不误伤重要的神经及血管,安全系数大;颌面部切口应隐蔽,合乎美容要求。采用下唇正中及颌下切开进路有着诸多优点:①采用该切口可充分地暴露上颌骨及翼板区。②当肿瘤累及咽旁间隙时,可将下颌骨在升支前部断开,外旋下颌骨后将肿瘤切除。③当肿瘤累及上颌骨外壁或侵入软组织时,便于喙突或下颌升支部的截除,也便于颌内动脉或上颌动脉的结扎。④当肿瘤与颈内动脉邻近或者已累及颈内动脉,经CT或MR证实尚可分离时,可沿颌颈部切口,先行解剖出颈内动脉,断开下颌骨后,在充分保护颈内动脉及重要神经的情况下,再行肿瘤的切除术。⑤需行颈淋巴清扫的患者,可将该切口作为颈淋巴清扫的颌下区切口。⑥可将该切口作为颈外动脉结扎的切口。⑦该

手术切口位于颌下区,切口较隐蔽,合乎美容要求。通过本组患者观察,该手术切口也有其不足之处:①该切口需将颏神经切断,而影响下唇的感觉。但是将颏神经再吻合后,大部分患者在术后1年左右,患侧下唇感觉逐渐恢复,本组患者中,有8例行颏神经再吻合术,有5例在1年后,下唇感觉逐渐恢复。②有可能出现颌下痿。这主要是由于口内缝合不严密或有死腔造成,只要口内伤口缝合良好并关闭死腔,术后负压引流良好,该并发症则不会出现。本组患者中只有1例出现颌下痿,经口内油纱充填,颌下区加压包扎,并积极换药后,伤口愈合。③该切口在术后近期(约1个月)会出现中度张口受限,但是术后2个月,张口度可恢复正常。④该切口对眶下缘及颧骨、颧弓区显露不良。我们认为,采用该切口应选择好适应症,其指症:①肿瘤累及上颌骨及翼板区,采用Weber氏切口显露不充分时。②既要行上颌骨次全切除术及翼板区的根治,又要行颈淋巴清扫术时或者需行颈外动脉结扎术时。③上颌骨的中心性血管瘤,行DSA动脉栓塞术后,在切除肿瘤时仍要行颈外动脉或者上颌动脉结扎术时。④肿瘤

累及上颌骨及咽旁间隙需行下颌骨升支前部断开时。

通过临床操作观察,当肿瘤累及上颌窦上极、蝶窦和迷路及颅底时,该切口显露不足,仍需采用Weber氏切口或将Weber氏切口与该手术进路相结合。若上颌肿瘤波及颧部皮块需作受累区一并切除时,则不要采用该手术进路,仍应采用常规上颌骨切口。本文提出的该手术径路,能充分显露上颌骨及翼板区,肿瘤切除彻底,安全系数大,术后又有较满意的外形及美容效果。

[参考文献]

- [1]Weber-Fergusson, Lawson W, Naidu RK. Combined median mandibulotomy maxillectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990; 116 (5): 596.
- [2]王天铎,樊忠.实用耳鼻咽喉科学[M].山东科学技术出版社,1997,383-384.
- [3]黎介寿,吴孟超,姜四长主编手术学.耳鼻咽喉科卷[M].人民军医出版社,北京:1994;348-349.
- [4]邱蔚六,张道珍主编.口腔颌面外科手术图解,江苏:江苏科学技术出版社,1996,190-198.
- [5]周树勇主编.手术学全集,口腔颌面外科卷,人民军医出版社,北京:1994,333-337.

血小板、冷沉淀、FFP输注在急性失血病人中的应用

杨鲜平 谭斌 李喜喜 唐丽华

(泰安市中心医院输血科,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 观察急性失血病人应用血小板、冷沉淀、FFP后凝血机制的变化及输注效果。方法 输注前及输注后分别检测PC、PT、APTT、FIB指标,并对结果比较分析。结果 6名患者输注后对控制出血、缓解病情起到显著作用。结论 及时、合理选用血液成分浓缩物对抢救急性出血病人有重要意义。

[关键词] 失血病人;血液成分;输注效果

外伤或手术均可引起急性失血,成分输血在急性失血病人的抢救中起着至关重要的作用。笔者观察了6例急性失血病人抢救治疗中输注浓缩血小板、冷沉淀、FFP的临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 浓缩血小板 由市中心血站提供。采用美国产CS-3000PLUS血细胞分离机对同一供

体不间断提取 4000ml 全血中所含的血小板和血浆混合,总量约 200ml 为一个治疗剂量,所含血小板 $> 2.5 \times 10^{11}$,相当于手工采集浓缩血小板 12μ 。

1.2 冷沉淀 由市中心血站提供。400ml 全血中分离的 200ml 血浆制备的 1 袋为 1μ ,其容量为 20~30ml。1 μ 冷沉淀中含 FⅧ 80~120 单位,纤维蛋白原 200~250mg,纤维结合蛋白 250~500mg/L。

1.3 FFP(新鲜冰冻血浆) 由市中心血站提供。全血采集后 6h 内分离制备冰冻储存。含有全部凝血因子,包括不稳定的 V 因子和Ⅷ因子。

1.4 临床对象 患者为本院消化内科、外科手术病例和严重外伤急诊手术病例,男 4 例,女 2 例,年龄 23~58 岁。其中上消化道出血 2 例,外

伤性失血性休克 2 例,心脏双瓣置换术 1 例,胆管炎 1 例。估计失血总量均在 2000~3000ml,输血量均 $> 2000\text{ml}$ (库存红细胞悬液及部分全血)。

1.5 输注情况 6 名患者共输注机采血小板 8 个治疗剂量,冷沉淀 26μ ,FFP3800ml。输注血小板 1 个治疗剂量 4 人,2 个治疗剂量 2 人;冷沉淀 4μ 5 人,6 μ 1 人;FFP600ml 5 人,800ml 1 人。

1.6 统计学处理 采用 t 检验。

2 临床效果

6 名患者输注浓缩血小板、冷沉淀、FFP 前后凝血机制变化见附表。输注前后有显著差异($p < 0.05$),临床取得较好的止血效果。

附表 输注浓缩血小板、冷沉淀、FFP 前后凝血机制变化($n=6, \bar{X} \pm S$)

	输注前(术中测)	输注后(术后测)	t	p
PC($\times 10^9$)	44 ± 2.8	138 ± 5.7	82.3	< 0.05
PT(s)	22.3 ± 4.7	11.1 ± 1.2	7.6	< 0.05
APTT(s)	40.1 ± 1.2	28.2 ± 1.3	323.8	< 0.05
FIB(g/l)	1.2 ± 0.2	3.2 ± 0.3	34.9	< 0.05

3 讨论

急性输血病人大量输血时可因各种原因出现凝血或止血障碍。6 名患者术中输血量均 $> 2000\text{ml}$,出血未得到控制,考虑原因(1)原发病致凝血因子减少,破坏增多,出现止血障碍;(2)创伤面大,消耗了大量凝血因子;(3)大量输血时,稀释性血小板减少^[1],检测凝血机制,血小板计数均 $< 50 \times 10^9/\text{L}$,PT、APTT 明显延长,符合输注浓缩血小板、冷沉淀、FFP 指征。血小板可以维护血管内皮系统的完整,促进血液凝固;冷沉淀中富含 FⅧ、纤维蛋白原、所含的纤维结合蛋白是机体的一种重要调理蛋白^[2]。FFP 含有全部凝血因子,对纠正凝血因子紊乱,止血有显著作用。6 名患者在输用了浓缩血小板、冷沉淀、FFP 后起到了控制出血,缓解病情的作用。一般情况下,FFP400ml 能提高血循环内凝血因子水平约 10%,冷沉淀 8~10 μ 可补充体内 30%的 FⅧ、纤维蛋白原约 2g,机采血小板一个治疗剂量可升高血小板数($30 \sim$

$60) \times 10^9/\text{L}$ ^[3],具体输入剂量要随病情而定。本组患者术中曾输用部分全血,但库存血中的血小板及 FV、FⅧ已全部或大部分丧失活性,即使输用“新鲜全血”,其所含的凝血因子、血小板浓度低,难以达到止血所要求的有效治疗剂量。同时,血站为保证输血安全,24h 内发血已不大可能。因此,要及时合理的选用血液成分浓缩物,成分输血是出血性疾病治疗的重要手段之一^[4]。

[参考文献]

- [1]汪传喜,田兆嵩.血小板输注的现状与展望.中国输血杂志,2000;13(4):280.
- [2]杨天楹,杨成民,田兆嵩主编.临床输血学.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993,209.
- [3]Firestone DT. Component therapy. In: Rudmann SV. Textbook of blood banking and transfusion medicine. Philadelphia: W, B. Saunders Company, 1995;379~399.
- [4]陈会友,田兆嵩.出血性疾病患者的成分输血,中国输血杂志,1999;12(4):269.

TCD 在 50 例女性血管性头痛 诊治中的评价

杨惠英 于元莉 王 利

(泰安市中心医院放射科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨经颅多普勒超声(TCD)对女性血管性头痛诊断及治疗后评定价值。方法 在临床收集头痛呈反复发作 50 例女性患者, 对照组年龄相近的健康女性 50 例。用尼莫地平、氟桂利嗪(Flunarizine), 口服一个月采用 TCD 仪于治疗前后对大脑中动脉(MCA)、大脑前动脉(ACA)、大脑后动脉(PCA)、基底动脉(BA)和椎动脉(VA)的平均血流速度(Vm)及血流频谱图像进行检测分析。结果 疾病组各脑动脉 Vm 明显高于对照组($P < 0.01$)。复查 TCD。结果:各动脉平均血流速度和用药前比较明显降低。差异有极显著性($P < 0.01$)。结论 TCD 可作为脑血管性头痛患者的首选诊断及药物疗效评定的参考依据。

[关键词] TCD; 脑动脉; 头痛; 女性; 药物治疗

血管性头痛是临床常见的原发性头痛, 也称偏头痛。是青中年女性极为常见的临床症状群, 并非由人体的某些器质性疾病引起的头痛。常反复发作, 特别是血管性头痛的病因较为复杂, 如不能确切了解头痛的病因, 往往会给头痛用药带来盲目性, 使头痛症状解除或必免再发作有一定的困难。TCD 可通过颅骨较薄的窗口进行颅底主要动脉多普勒回声信号, 对脑血流动力学情况进行无创性评估。本研究采用 TCD 对患者进行检测通过治疗前治疗后与对照组比较, 为血管性头痛的诊断及康复评定提供依据。在临床上取得了满意效果。现将资料报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

对象: 自 2000 年 5 月至 2002 年 6 月收集反复发作间断发作头痛女性 50 例患者。年龄 12 - 55 岁, 平均年龄 38.5 岁。病史最长 25 年, 最短 6 个月。50 例均做 CT、脑电图未见异常。

1.2 正常对照组: 选择与疾病组年龄相近的健康女性 50 例, 均无头痛、头晕病史。此组资料统计分析的结果作为本研究的参考值。

1.3 TCD 检查方法: 采用德国 EME 公司 TC2020 型彩色经颅多普勒超声仪, 使用 2MH₂ 脉冲多普勒探头探测颅内血管。被查者取仰卧位经

两侧颞窗探测大脑中动脉、大脑前动脉和大脑后动脉。取坐位枕窗探测基底动脉、椎动脉的血流频谱, 所有数据输入计算机分析系统, 自动计算出所测各脑动脉的血流速度单位为 cm/s, 本文主要通过应用 TCD 检测头痛患者在用药物治疗前和治疗后各脑动脉平均血流速度(在这 50 例头痛患者通过各种检查无明显器质性病变, 所以把各动脉收缩期、舒张期流速及脉动指数, 阻力指数在表中已略), 进行比较分析。

2 结果

头痛患者与健康对照组脑动脉平均血流速度参数比较以及治疗后的比较均有显著差异($P < 0.01$)附表。

在 50 例女性患者中 TCD 检测脑动脉平均血流速度不同程度增快者 39 例(于正常对照组), 占患者 78%。其中有 9 例患者脑底动脉 Vm 均增快。50 例患者均给尼莫地平片口服 30mg 一天三次; 氟桂利嗪 5mg 一天三次口服。服用 1 个月后再行 TCD 检查, 发现在 39 例异常的患者中有 32 例脑底动脉 Vm 均有不同程度降低。有 41 例患者头痛症状消失, 有 7 例患者头痛症状消失或减轻但脑动脉血流改变不显著见于头痛病史较长发作较频繁患者, 可能和脑血管痉挛状态持续时间较长有关。有待进一步探讨。

附表 50例正常与头痛组治疗前后脑动脉平均流速(V_m)对照表 $\bar{X} + S$

脑动脉	V_m (cm/s) 正常组	V_m (cm/s) 头痛组治疗前	V_m (cm/s) 头痛组治疗后
MCA	65.6 ± 9.3	95.6 ± 13.6	74.3 ± 7.4
ACA	51.2 ± 9.8	72.7 ± 11.6	56.5 ± 8.2
PCA	33.5 ± 6.2	49.4 ± 8.9	35.2 ± 6.8
VA	32.8 ± 8.3	54.7 ± 7.3	40.5 ± 9.5
BA	36.5 ± 7.7	61.5 ± 8.6	45.6 ± 6.8

注:七、检验 正常与头痛组治疗前对照 $P < 0.01$ 头痛组治疗前、后对照 $P < 0.01$

3 讨论

头痛多在青少年期开始发病,女性多于男性。头痛发作频率从每周至'每年1次至数次不等,偶尔可见持续性发作的病例,头痛期多为一侧眶后或额颞部搏动性头痛或钻痛,可扩展至一侧头部或全头部,发病时为一侧也可波及对侧或双侧交替发作,多数患者伴有枕颈部疼痛。头痛可持续4-72小时或更长,常伴有恶心、呕吐、畏光、畏声、颞动静脉突出等症状。可因活动或摇动头颈部而加重,虽然严重的头痛不会给患者带来严重后果,反复发作头痛给患者带来很大痛苦,因而影响生活、学习及工作。如不能真正了解头痛病因,往往会给头痛治疗带来一定的困难。西方国家的资料人群患病率约为10%^[1]。据我国统计资料表明脑血管痉挛性头痛占头痛的59.36%^[2]。我们统计女性头痛资料表明可达78%。发病年龄多在少年和青年期开始发病,和有关资料报导一致。

血管性头痛是由于植物神经功能紊乱而引起颅内外血管舒缩功能障碍所产生的头痛,血管性头痛的每次发作包括颅内血管的收缩及颅外血管的扩张可出现头痛,表现为跳痛为重,严重者可视物不清甚至晕厥。近年来不少研究表明,血管性头痛的发生与5-羟色胺(5-HT)的代谢障碍有关,当情绪紧张、激动、劳累、月经期前后、外界某种因素如气候的变化等刺激下,使交感神经兴奋性增高,支配脑血管的交感神经的去甲肾上腺素5-HT分泌增多时,即可导致颅内血管的收缩从而发生血管痉挛。由于外因、神经或内分泌体液因素等影响造成血管张力升高时,中脑5-HT神经元受到刺激时可出现CBF(脑血流)的增加,在TCD频谱上表现为多支血管血流速明显增快。患者常因持续性头痛、眩晕、呕吐难以忍受痛苦就

诊。也有资料报导于儿茶酚胺、组织胺、血管活性肽、前列环素和内源性阿片物质等神经递质释放有关^[2]。

在头痛头晕原因待查患者中,特别是年轻女性(利用CT、MRI、脑电图检查正常)患者,建议及早应用TCD技术进行检测,早期发现是否有脑血管痉挛的存在。及时给予解除血管痉挛药物治疗。近几年来我们利用TCD检测中发现有严重脑血管痉挛患者给予头痛发作期治疗或早期预防性治疗均取得满意的效果;① β -受体阻滞剂:常用普萘洛尔20-40mg每日2-4次口服;②钙拮抗剂:尼莫地平20-40mg,每日2-4次口服;氟桂利嗪5mg每晚1次口服,连续服用三个月。目的预防头痛的发作或降低头痛发作的频率和强度。在预防性治疗中,首先应消除或减少头痛的诱因,如避免情绪紧张,不服用血管扩张剂或利血平类药物(利血平是CNS的5-HT耗竭剂,可诱发头痛),不饮用红酒不进食含奶酪食物等。适当的睡眠可终止头痛的发作(睡眠可减少5-HT神经元的点燃)^[3,4]从而说明TCD可给临床提供诊断依据,有利于对血管性头痛及其它原因的头痛鉴别诊断。有利于临床上不同类型的头痛采取不同的治疗方法。提高头痛诊断治疗及效果评价。

[参考文献]

- [1] Silberstein SD, Young WB. Headache and facial pain. In: Goetz CG, Pappert EJ (ed): Textbook of clinical neurology. 1st, Philadelphia: W. B. Saunders Company 1999; 1089-11050.
- [2] 顾慎为. 经颅多普勒检测与临床, 上海医科大学出版社, 1993, 11: 81-83
- [3] 罗祖明. 神经内科学, 人民卫生出版社, 2001, 9: 4版 241-245
- [4] 顾慎为. 经颅多普勒检测对头痛的病因学诊断, 经颅多普勒仪临床应用专题研讨班讲义, 上海大学成教院印刷 2000, 12: 22

冷冻治疗耳廓假性囊肿 96 例分析

明德玉 孙文玲 杨晓红

(泰安市中心医院理疗科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨冷冻治疗耳廓假性囊肿的疗效;方法 采用液氮作制冷剂,对 96 例耳廓假性囊肿进行治疗,快速冷冻、自然复温,冷冻 1-2 冻融周期,每次时间约需 30s-2min30s;结果 96 例全部治愈,治愈率 100%;结论 液氮冷冻治疗耳廓假性囊肿,操作简便,疗效可靠,有较高的临床应用价值。

[关键词] 液氮;耳廓假性囊肿

耳廓假性囊肿是耳科门诊常见病。其形成原因可为炎症、外伤、挤压等,显微镜下观察,可见积液在软骨内,而不在软骨膜与软骨之间。排液后易复发。目前对该病的处理,多采用抽液或切开加压包扎,也有人用牙科打样石膏固定,但因部位特殊、固定不便而效果不够理想。本科采用液氮冷冻治疗 96 例,效果良好。

1 临床资料

本组 96 例、96 耳。其中:男 82 例,女 14 例;病程 7d-18 个月不等;年龄在 20 岁以下者 4 例,50 岁以上者 16 例,20 岁-50 岁者 76 例(占本组病例的 79.2%);发病部位在左耳 62 例,右耳 34 例:在舟状窝 34 例,三角窝 28 例,耳甲艇 10 例,耳甲腔 24 例。

2 材料与方法

2.1 采用山东产 CZ-3 超低温冷冻治疗机或棉签法;制冷剂采用液氮(-195.6℃)。

2.2 囊肿表面皮肤常规消毒,无菌下抽空积液,选用适当接触冷头或直接喷射治疗部位(喷射法须用金属套保护周围组织,如用耳镜套住治疗部位),或用棉签法接触治疗。

2.3 快速冷冻,自然复温。冻融次数一般为 2 次,每次约需 30s-1min,结冰范围超出病灶 3mm。

3 结果

本组病例冻融 1 次者 6 例,冻融 3 次者 4 例,

其余 86 例均为 2 次冻融,重复治疗第二次者 6 例。96 例全部治愈(部分病例随访结果见表 1)。

表 1 耳廓假性囊肿冷冻治疗后随访结果

(n=49)

时间	180天-1年	1年-2年	2年-3年	例数
左耳	9	8	15	32
右耳	10	4	3	17
合计	19	12	18	49

4 讨论

耳廓部位表浅,血液循环较差,耳廓假性囊肿治疗不当,可引起耳软骨坏死,甚至耳廓变形。采用冷冻治疗,效果好、疗程短,可在 2 周左右脱痂愈合,无明显斑痕,耳廓增厚不明显。继发感染者,给与抗感染治疗,一次不愈者可重复治疗,均可治愈。本组 96 例中,49 例的 49 耳,经随访未见复发。随访时间 180d-1 年者 29 例;1 年-2 年者 12 例;2 年-3 年者 18 例;最长者观察随访 > 3 年。在近期随访组中,2 例留有色素脱失和不明显疤痕。

关于耳廓假性囊肿的冷冻治疗,其机理尚在探索之中。日本清贵昭氏用白鼠耳廓实验,在 -7℃~-50℃~-80℃低温进行冷冻时,和在耳廓的中间部分用 -50℃~-80℃进行冷冻,待融化后 2min~7min,由尾静脉注入色素,并观察耳廓血管色素流入情况。用 -7℃冷冻时,动静脉都有色素流入,末梢淤血较轻;用 -17℃冷冻时,淤血程度稍强;用 -20℃时,动脉有少量色素流入,且向

周围漏出;静脉扩大如桔皮样,未见色素进入。组织学检查,静脉充血扩张,即所谓淤血状态,2小时后有血栓形成,血管壁有纤维附着;用低于-30℃冷冻,较-20℃程度强,动静脉都没有色素进入,呈桔红色。该氏认为,引起障碍是循毛细血管、细静脉、细动脉的顺序进行的。耳廓动脉较细,耳软骨膜分布着微细的毛细血管,所以对低温比较敏感。冷冻使耳廓的血流发生障碍,细小动脉及毛细血管被冷凝,使病灶缺血,局部组织细胞

被破坏而导致耳廓局限性炎性反应,使软骨与骨膜产生粘连,炎性渗出停止,上皮细胞新生,2周左右痂皮脱落痊愈。

[参考文献]

[1]黄选照,主编.耳鼻咽喉科学,北京:人民卫生出版社,1992:269-270.

[2]王保华.冷冻治疗.甘肃:甘肃人民出版社,1979:56-58.

拜糖平治疗老年Ⅱ型糖尿病疗效观察

刘培泉

(泰安市中心医院市直机关门诊部,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨拜糖平(Gluobay)对老年Ⅱ型糖尿病的治疗疗效。方法 选择经血糖和糖耐量检查确诊为Ⅱ型糖尿病患者36例,男性23例,女性13例;年龄 62 ± 9 岁,单独服用拜糖平50mg,口服Tid,30天为一疗程,持续3个疗程。结果 有效率88.9%。结论 拜糖平治疗Ⅱ型糖尿病疗效高,安全,副作用和禁忌症较少,尤其适用于老年患者。

[关键词] 拜糖平;Ⅱ型糖尿病;老年;结果

拜糖平(Gluobay)是一种新型口服降血糖药,有效成份为阿卡波糖,是 α -糖苷酶抑制剂。通过对蔗糖酶、葡萄糖淀粉酶和麦芽糖酶的抑制降低多糖及蔗糖分解生成葡萄糖,从而延迟来自多糖、低糖及双糖的葡萄糖的吸收,达到降低餐后高血糖和空腹血糖及降低糖化血红蛋白值(HbA_{1c}或HbA_{1c})的作用^[1]。我们于1999年1月-2002年12月对单独自愿服用拜糖平治疗老年Ⅱ型糖尿病36例患者进行了疗效观察与分析。

1 资料与方法

1.1 病例选择 本组36例病人中男性23例,女性13例;年龄50-75岁,平均 62 ± 9 岁;均符合1979年全国糖尿病研究专题会议提出,1980年修正后经卫生部审批的暂行标准。^[2]

1.2 给药方法 本组采用德国拜耳公司生产的拜糖平(Gluobay),进口药品许可证号(91)量

认(国)字(S0599)。开始25mg,早饭前一次,连服3天后若无胃肠道副作用,即增加至25mg,一日三次,连服3天仍无副作用,再增加至50mg,一日三次,若空腹血糖控制不理想,又无明显副作用时,可增加至100mg,一日三次,连服一个月为一疗程,监测血糖、尿糖、口服葡萄糖耐量试、血脂、经3个疗程治疗后,进行服药前后的对照、观察与疗效分析。

1.3 疗效判断标准^[3]理想控制:空腹血糖 $\leq 110\text{mg/dl}$,餐后1小时血糖 $< 150\text{mg/dl}$,餐后2小时血糖 $< 130\text{mg/dl}$,餐后3小时血糖 $< 110\text{mg/dl}$;尿糖(24小时总量) $< 5\text{g}$,占每日进糖量的 $< 2.5\%$;口服葡萄糖耐量试(OGTT)恢复正常;胆固醇 $< 200\text{mg/dl}$,甘油三脂 $< 110\text{mg/dl}$ 。较好控制:空腹血糖 130mg/dl ,餐后1小时血糖 180mg/dl ;餐后2小时血糖 150mg/dl ,餐后3小时血糖 130mg/dl ;尿糖(24小时总量) $< 10\text{g}$,占每日进糖量的 $< 5\%$;口

服葡萄糖耐量试 明显好转;胆固醇 < 230mg/dl, 甘油三酯 < 130mg/dl。一般控制:空腹血糖 150mg/dl,餐后1小时血糖 200mg/dl,餐后2小时血糖 180mg/dl,餐后3小时血糖 150mg/dl;尿糖(24小时总量) < 15g,占每日进糖量的 < 7.5%;口服葡萄糖耐量试 轻度好转,胆固醇 < 250mg/dl,甘油三酯 < 150mg/dl。

2 结果

本组36例中,经3个疗程治疗后,理想控制17例(47.2%);较好控制15例(41.7%);一般控制4例(11.1%),有效率88.9%。副作用:因拜糖平在肠道中极少被吸收,它的系统毒性很小,主要为腹胀、胀气、肠鸣音亢进和排气过多等,同时加服吗叮啉或西沙比利等胃肠动力药副作用明显减少。

3 讨论

拜糖平的降糖作用机理,是因为拜糖平的有效成份为阿卡波糖,它是一种“假寡多糖”,其活性成份是通过氨基连接的不饱和环己糖醇和氨基糖,阿卡波糖与 α -糖苷酶的结合力是其他碳水化合物化合物的1500倍,因而能明显竞争性地抑制小肠上段碳水化合物的吸收,小肠上段的 α -糖苷酶活性被抑制,碳水化合物便到达小肠中下段,并诱导此处的 α -糖苷酶活性恢复或增加,多糖分解为单糖并吸收,如此,碳水化合物的吸收由多在小

肠上段吸收转换为全肠道吸收,进食后血糖逐渐增加,而不会出现骤然增加的高峰,但吸收量并未减少^[4]。某些研究还表明,阿卡波糖也有改善糖尿病患者的HbH1c(糖化血红蛋白值)和空腹血糖作用,未被小肠分解和吸收的碳水化合物,进入大肠后可经细菌代谢转化成短链脂肪酸,这些脂肪酸被吸收和利用。另外阿卡波糖可以降低餐后抑胃肽和其他胃肠肽类激素的升高,并有缓解餐后高胰岛素血症的作用^[5]。固为拜糖平在肠道中极少被吸收,它的系统毒性很小,是一种新型安全有效的降糖药物,作用肯定,优点较其他降糖药多,可显著降低餐后血糖和空腹血糖以及糖化血红蛋白的浓度,对糖尿病患者并发症的发生有较好抑制作用,副作用和禁忌证较少,因为它是一种安全的降糖药,可以作为单独或与其他降糖药合用治疗糖尿病的新的有效方法。尤其适用于老年II型糖尿病患者。

[参考文献]

- [1]郭进.河北医药,1997,19(2):98-99.
- [2]戴自英,等主编.实用内科学,第九版,北京:人民卫生出版社,1995:628-629.
- [3]戴自英,等主编.实用内科学,第九版,北京:人民卫生出版社,1995:641.
- [4]宁光.上海医学,1997;20(7):434.
- [5]董砚虎,钱荣立,主编.糖尿病及其并发症当代治疗,第1版,济南:山东科学技术出版社,1994:38

袖套式包皮环切术治疗包皮 过长和包茎

郝树铭

(泰安市中心医院泌尿外科,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 总结袖套式包皮环切术的疗效。方法 对300例包皮过长和包茎的患者行袖套式包皮环切术,先用手术刀划痕标记包皮外板和内板切口,后沿划痕切开包皮外板和内板表皮,在表皮下锐性和钝性分离,切除包皮内外板表皮,保留完整的包皮内板以保护血管和淋巴网。结果 术中无活动性出血,术后无继

发性出血和血肿,轻度继发性化脓性感染2例,伤口肿胀轻,消肿快,外形美观,伤口缝线自行脱落,无折线痛苦,无包皮粘连。结论 袖套式包皮环切术精细易行,并发症少,疗效满意,外形美观。

[关键词]包皮过长;包茎;袖套式包皮环切术

包皮环切术目前不单纯的预防包皮过长和包茎的继发病,也是美容和提高性生活的手术方法。我院自1993年3月~2003年4月应用袖套式包皮环切术300例,手术细致易行,效果好,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组年龄6~43岁,包茎62例,包皮过长238例。

1.2 手术方法

患者取平卧位,行阴茎根部阻滞麻醉,不使用阴茎根部止血带,麻醉成功后在阴茎和包皮正常状态下,先在包皮外板沿龟头冠状缘的12、3、9、6点部用手术刀划痕标记手术切口,划痕确定后依标记环行切开包皮外板表皮,上翻包皮距冠状沟0.5cm环行切开包皮内板表皮,保留系带0.8cm,用手术刀和眼科小剪刀在两切口之间表皮下锐性和钝性剥离,均注意保护皮下血管,保留完整包皮肉膜,将两切口之间的包皮内板和外板表皮切除,检查无误后用3-0丝线先缝合6点和12点,再缝合3点和9点,保留丝线并牵引,在其两牵引线之间间断缝合,针距3-5mm,距离皮缘0.5mm,缝线打一结后再捆扎固定制作凡士林油纱布条环,其直径应大于阴茎直径1cm左右,缝合完毕纱布包扎并丝线缝合,术后24-36小时剪断缝线拆除纱布行暴露疗法,暴露后应用PP(1:5000)外冲洗,8-10天伤口缝线自行脱落。脱落不完全时可牵拉凡士林油纱布条环帮助脱落。

2 结果

本组手术顺利,术中有少量渗血,无活动性出血,包皮保留长度合适,外形美观。术后无继发性出血和血肿,伤口肿胀轻,消肿快,系带处少量脓性分泌物2例,全部缝线自行脱落,无拆线痛苦,随访全部满意。

3 讨论

随着医学知识的提高,包皮过长和包茎其危

害性已受到患者及其家长的关注,所以包皮环切术广泛的开展。为提高包皮环切术的疗效及预防并发症的发生,近年来包皮环切术式在不断改良和提高^{①②③④}。

传统的术式因切断包皮肉膜、皮下血管和淋巴网,易发生伤口血流及淋巴网循环障碍,术中失血量较多,术后可能因阴茎勃起频繁宜发生继发性出血和血肿。近年来不少学者进行术式改进,如激光^⑤和包皮除去环切术^⑥,术中不出血和手术时间短,但仍是切断全层包皮,保留的包皮内板水肿重和恢复慢及象皮肿仍然与传统术式相同。袖套式包皮环切术保留了完整的包皮肉膜、皮下血管及淋巴网组织,使术后血流通畅,淋巴回流良好,术中无活动性出血,术后无继发性出血和血肿发生,肿胀轻,愈合好,无象皮肿发生。保留的肉膜阻止包皮与阴茎白膜接触而防止发生粘连并发症^⑦。

传统的包皮环切术为避免切除过多常发生保留过长,尤其包皮系带保留过长者明显增多。保留过长的包皮仍部分包裹龟头,可影响龟头冠状缘的生长发育,术中曾行包皮粘连分离者,易造成术后再粘连或愈合。本组在直视下先标记手术切口,使保留包皮内外板长度合适,缝合后包皮内板外翻,外形美观,避免了包皮术后再粘连,患儿也解除了医生要求家长术后定期上翻包皮防止粘连的痛苦。更重要的保留了系带长度合适,避免了系带过短和过长,保护了系带内完整的肉膜、丰富的血管和淋巴网,术后不发生出血和血肿,肿胀轻,消退快,外形美,不发生象皮肿。

本组伤口缝合时距离皮缘0.5mm,伤口缝线先打一紧结后再捆扎凡士林油纱布条,如此皮缘对合好,不发生皮缘内翻影响伤口愈合,缝线容易定期同时脱落,避免了拆线时的痛苦,伤口缝合密集是防止肉膜膨出影响愈合,伤口疤痕不明显,外形整齐美观。

传统的包皮环切术为防止出血和水肿,术后伤口加压包扎时间较长,可造成夜间阴茎勃起频繁,疼痛加重和宜致继发性出血。本组术后24-36小时即可自行或家长剪断纱布缝合线,简单容

易无痛苦地拆除纱布行暴露疗法,纱布拆除后由凡士林油纱布条环保护伤口。伤口暴露后不仅减轻痛苦,而且防止尿液浸湿纱布致伤口发生尿液化学性炎症,化学性炎症宜致化脓性感染。所以本组继发性化脓性感染率很底和轻微。

本组剥离切除表皮时保护皮下血管要细致精确,缝合伤口时因距离皮缘短要稳妥仔细,缝合针数多,打结次数多,50-80分钟完成手术,比传统手术时间长1-2倍,随着经验技术的提高,本组后期大多50-60多分钟即可完成。

本组早期对包茎者行包皮口背侧切开小口上翻包皮[®],术中发现有损伤皮下血管的情况,后进行改进,切开外板表皮并剥离超越包皮口,切除或切断包皮外板和包皮口表皮,然后上翻包皮,环形切开内板表皮并剥离切除,如此充分保护好皮下组织不发生皮下血管的损伤。

从本组的体会和文献资料中发现,袖套式包

皮环切术,充分保护肉膜组织,损伤轻微并发症少,疗效好,外形美,值得应用和推广。但对包皮肥厚和超长者,包皮纤维化粘连重者不宜应用本术式。

[参考文献]

- [1]吕军,何恢绪.包皮袖状皮肤切断术40例报告.中华泌尿外科杂志,1997,18:17.
- [2]梅骅.泌尿外科手术学.北京:人民卫生出版社,1996,592-594.
- [3]詹前策,张育周.改良袖套式包皮环切术治疗包皮过长及包茎.临床泌尿外科杂志,2002,17:407-408.
- [4]孔广起,严景民,孙少鹏.袖套式包皮环切术及改良体会(附300例报告).北京医学,2002,24:69.
- [5]刘继贤,汤乃芮.CO₂激光包皮环切术228例.中国激光医学杂志,2002,2:124.
- [6]王刚,吴士良.采用包皮除去环形包皮环切术.中华泌尿外科杂志,2001,22:396.

二段式纯钛人工牙种植体的临床应用

李晓光 于肖鹏 张善勇 朱洪芹 靳松 焦燕 闫立勇

(泰安市中心医院口腔科,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨总结二段式纯钛人工牙种植体的临床应用疗效。方法 对112例患者共种植二段式纯钛人工牙种植体128枚,术后3-6个月行烤瓷冠修复。结果 修复后通过1-5年随访,种植体成功率为95.31%。结论 严格的适应症,正确的外科操作,种植体的合适选择及正确修复是种植体成功的关键。国产人工牙种植体与国外的一些种植体相比,其精度有待进一步提高,但它价廉,适合中国国情。

[关键词] 牙种植体;钛金属;临床应用

人工种植牙具有美观,舒适、咀嚼可靠、有效、不磨损真牙等特点,有近乎真牙的感觉,正被越来越多的患者所接受,临床应用日趋广泛,我科自1995-2001年采用纯钛二段式柱状种植体进行牙种植修复,取得了满意效果,现报道如下。

1 材料与方

1.1 材料及设备:本组病例全部选用北京华

欣医疗设备技术开发部研制的纯钛二段式柱状种植体,规格为3.25mm×10-15mm,3.75mm×10-15mm。同开发部产PDE-001牙种植机及配套种植工具。

1.2 病例选择:所有患者行种植体植入时间均为拔牙术后6个月以上,术前经临床检查和X光片检查等符合种植牙的适应症^[1],本组资料患者共112例,男74例,女38例,年龄19-58岁,共

植入种植体 128 枚,其中单个牙缺失 97 例,多个牙缺失 15 例。

1.3 手术方法:手术严格按照牙种植体植入要求操作^[2,3],2%利多卡因 + 1/1000 肾上腺素行局部浸润麻醉,在受植区牙槽嵴顶唇颊侧做梯形切口,翻开牙龈粘骨膜瓣,充分暴露牙槽骨,修整牙槽嵴,按设计要求在牙槽嵴顶用园钻定位,继用裂钻,导航钻逐步扩孔,先使用种植机高速钻(3000r/mim)后改用慢速钻(15 - 25r/mim),同时大量生理盐水冲洗降温,用丝锥制备种植窝骨壁上的螺纹,将种植体缓慢植入制备好的种植窝内,加力旋紧,拧入覆盖螺丝,叩种植体发清脆声,无松动,表明种植体与周围骨床紧贴,固定良好,缝合粘骨膜瓣。种植体骨愈合后(上颌 6 个月,下颌 3 个月)行二次手术,常规消毒局麻后,探得覆盖螺丝帽位置,切开粘膜,寻见并暴露整个螺丝帽。用旋转切孔刀环行切除覆盖螺帽表面的软硬组织,卸下螺丝,按装上部结构。常规口服抗生素,一周后烤瓷冠修复。

2 结果

本组病例完成修复后经 1 - 5 年随访,按四级评分半定量评价方法^[4],完全成功 114 枚,基本成功 8 枚,基本失败 6 枚,植入种植体成功率为 95.31%。失败 6 枚中 2 枚为适应症选择不当,1 牙槽嵴过薄,近前庭沟处骨吸收过多,形成倒凹状骨缺损,唇侧骨板过薄,勉强植入,术后 18 个月松动拔除。4 患者拔牙后 7 个月牙片仍清晰可见牙槽窝轮廓,病人要求迫切而行牙种植,牙种植体植入后形成纤维愈合,以致术后松动取出。第 3 枚 4 术后半年逐渐松动明显,拔除时见植入床有较多软组织,可能为种植体与受植骨床之间纤维性结合所致,可能与手术时温度控制不当,过热烧灼所致骨组织坏死有关。第 4、5 枚分别为 6、5,修复时有早接触,牙冠过大,义齿颊舌径没有适当减小,使种植体承受过大殆力,逐渐松动拔除。第 6 枚 1 因患者切咬排骨硬物而松动感染拔除。

3 讨论

3.1 足够数量及较好质量的受植骨床是种

植成功的关键,足够量的受植骨床可保证在制备受植床时防止骨壁侧穿,同时种植体周围有足够的骨组织为种植体的稳定奠定了基础,从而有效防止了种植体在受力过程中由于骨厚度不够而产生的向薄弱侧移位情况,种植体唇(颊)舌(腭)侧至少要各有 1mm 的骨板,否则就应植骨或改用其它类型种植体,我们有 2 例就因牙槽嵴过薄或质量欠佳而失败。另外,根据牙槽骨骨量尽量选择大号种植体,使其最大限度地与颊舌骨板接触,避免种植体悬于骨松质中,这不仅能提高种植体根部与骨的接触面积,增加支持固位力,同时还更容易获地骨整合的成功^[5]。

3.2 精细的操作可提高成功率,要做到逐级线性备洞,所备种植洞孔应略小于种植体直径,备洞时避免摇摆,保持种植体植入部分清洁不沾染异物,旋入时忌用暴力,钻孔时用大量冷藏生理盐水冲洗钻头和骨窝,防止骨热损伤,据文献报道^[6],47°C1 分钟便可使骨坏死,60°C1 分钟坏死不可逆,坏死后的骨组织将被纤维组织取代,在种植体与受植骨床之间形成纤维结合,而非骨性结合,这种界面情况无法承受负荷,容易招致感染,最终导致种植体松动甚至脱落。上前牙种植手术窝洞制备中,一般不主张用丝锥制备螺纹,因为上前牙牙槽骨的质量多为 3 级^[1],薄层密质骨包绕骨小梁密集排列的松质骨,使用丝锥后常使骨孔扩大,植入的种植体有时不能锁紧,产生微动,不利于种植体与周围骨床形成骨性结合。

3.3 种植义齿的正确修复是种植成功的保障,骨整合的种植体没有牙周膜,缺乏对殆力的缓冲和应力的中断作用,因此种植体的修复应避免一切殆创伤,并且使其承受的殆力小于天然牙,这就必须减小义齿的颊舌径,降低牙尖高度,加深溢出沟,在磨牙可只制作小的非功能尖或甚至不制作非功能尖,在前牙还可制备成邻牙保护型,使其不直接行使功能。本组病例中有 2 例就因殆创伤而导致失败。在修复时我们考虑到天然牙有牙周膜从而有生理动度,与骨愈合的种植体连接可能会损伤种植体的骨界面,所以我们大多采用种植体单冠修复或种植体连冠修复,对部

分邻牙牙根粗大或为多根牙或牙周膜钙化者,其动度较小,可连接行种植连冠修复。

3.4 种植牙的正确使用和维护也是种植成功的重要因素^[7],许多患者片面认为种植义齿优于其它任何义齿,甚至优于天然牙,因此医师向患者详细交待种植义齿的特点非常必要,本组 1 例患者用种植牙咬排骨硬物而导致失败。

作者在临床中体会到,牙种植修复方法类似天然牙列,舒适美观,无义齿修复所具有的基托和卡环带来的不适,是目前较理想的人类牙缺失修复方法,严格的适应症,正确的外科操作,种植体的合适选择及正确的修复是种植体成功的关键。国产种植体与国外的一些种植体相比,其精度有待进一步提高,但它价廉,适合中国国情。

[参考文献]

[1] 陈安玉. 口腔种植学. 成都: 四川科技出版社, 1991. 38 - 44

[2] Klock, Kent, Guerra Implants in dentistry[J]. W. B. Saunders Company. U. S. A. 1997

[3] 郑麟蕃、张震康. 实用口腔科学[M]. 人民卫生出版社, 1993.

[4] 李伟、扬小东、吴大怡等. 人工种植牙临床评价方法探讨. 华西口腔医学杂志, 1994; 12(4); 309 - 310

[5] Sutter F, Suhveder A, Buser D. The new concept of ITI Hollow cylinder and Hollow Screw implants: part I, Engineering and design. Int(J) oral Maxillofac implants, 1988; 3: 161

[6] A .R Eriksson and T. Albrektsson. Temperature threshold levels for heat - induced bone tissue injury: A Vital - microscopic study in the rabbit, The Journal of Prosthetic Dentistry, 1993, 50: 101

[7] Weiss C M, Tissue intergration of dental endosseous implants: Discription and Comparative analysis of the fibrous intergration systems, [J] oral implant, 1986; 7: 169

非清髓性异基因外周血造血干细胞移植治疗慢性粒细胞白血病

孙兆刚¹ 靖 域² 张伯龙²

(1. 山东省泰安市中心医院血液科, 山东 泰安 271000; 2. 中国人民解放军总医院血液科)

[摘要] 目的 探讨非清髓性异基因外周血造血干细胞移植(allo - PBSCT)治疗慢性粒细胞白血病(CML)的治疗效果。方法 对 4 例 CML 患者进行了非清髓性 allo - PBSCT 治疗并进行了临床观察。结果 4 例均成功植入(完全植入或混合型嵌合性植入), 1 例出现 IVoaGVHD, 存活 3 个月后死于重度 GVHD 及多脏器功能衰竭; 另外 3 例未出现严重移植并发症, 1 例 10 个月后失防, 2 例至今分别存活 10 个月、23 个月。结论 非清髓性 allo - PBSCT 是一种根治 CML 更安全有效的方法。

[关键词] 慢性粒细胞白血病; 异基因外周血造血干细胞移植; 非清髓性

异基因造血干细胞移植(allo - SCT)是许多造血系统疾病、免疫代谢及肿瘤性疾病的有效治疗方法, 由于其致死性剂量预处理, 一些致死性并发症也是不可避免的, 移植相关死亡率往往较高, 一

些老年患者因难以耐受而不能进行移植, 而且虽经过致死性预处理, allo - SCT 后仍有 15 - 60% 的患者原发病复发^[1], 说明单纯依靠预处理难以达到根治以上疾病的目的。非清髓性 allo - SCT (也

称为低预处理剂量 allo-SCT、小移植、亚移植)是近几年来在传统 allo-SCT 基础上伴随免疫学和移植学研究进展而发展起来的一种新的治疗方法,国内几家医院先后开展了非清髓性 allo-SCT。2000~2001 年我们对 4 例 CML 患者进行了非清髓性异基因外周血造血干细胞移植(allo-PBSCT),取得了满意效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例 男 3 例,女 1 例;年龄 38~49 岁,平均 44.7 岁;CML 慢性期 3 例,急变期(M5 变,CR)1 例,ph¹ 染色体、bcr/abl 基因均阳性。CML 病史 6~12 月,平均 9.2 月。移植前血象:白细胞 $3.96 \sim 36 \times 10^9/L$,血红蛋白 107~142g/L,血小板 $96 \sim 380 \times 10^9/L$ 。

1.2 供者情况 均系患者同胞,年龄 30~59 岁,血型:B 供 A 1 例,O 供 A 1 例,B 供 B 1 例,A 供 B 1 例;性别:女供男 2 例,女供女 1 例,男供男 1 例。与患者 HLA-A、B、DR 抗原均完全相合;淋巴细胞毒交叉试验 3 例阴性,1 例未做。

1.3 外周血干细胞(PBSC)动员、保存与输注 供者每日给予惠尔血(G-CSF)300 μ g,第 4 天开始使用 Cobe-Spectra 血细胞分离仪采集 PBSC,连续 3~4 天,将采集的 PBSC 置 -80 度深低温保存,于 0 天给予患者 PBSC(使其达到 $MNC 4 \sim 6 \times 10^8/kg$)输注。

1.4 非清髓性预处理方案 氟达拉滨(Flud)30mg/m², -6 天 ~ -2 天;TBI 300cGy, -1 天,所有器官均不屏蔽,剂量率 7 cGy/min;霉酚酸酯(MMF)30mg/kg/d,0 ~ +27 天;环孢素 A(CsA)2~3mg/kg/d, -1 ~ +35 天。

1.5 供者淋巴细胞输注(DLI) 有 3 例患者在 +56 天 ~ +180 天之间给予了 1~5 次不等的 DLI,每次 DLI 其 $MNC 0.98 \sim 2.29 \times 10^8/kg$ 不等。

2 结果

2.1 血象变化 白细胞:于 +6 ~ +10 天(平均 7.2 天)降至最低: $0.3 \sim 1.4 \times 10^9/L$ (平均 $0.71 \times 10^9/L$);血红蛋白:两例于 +9 天、+16 天分别由 107g/L、133g/L 降至 78g/L、87g/L,两例无明显变化;血小板:于 +8 ~ +12 天(平均 9.5 天)降至最低: $22 \sim 76 \times 10^9/L$ (平均 $51.8 \times 10^9/L$)。

2.2 植入证据

3 例血型不同者均相继转为供者型血型;1 例 +26 天复查骨髓染色体 100% 为供者型,发生以肠道和肝损害为主的 IV^oaGVHD;1 例 +28 天骨髓染色体 27% 为供者型,ph¹ 染色体 80% 阳性(移植前 100% 阳性);1 例移植后 +121 天患者骨髓标本与其供者标本在 D5S818、D13S317、D16S539、D7S820 和 VWA 五个位点上基因型相同,为受者基因型,即为完全嵌合型。+180 天复查为供受者混合嵌合型,供者成份占 75% 移植后, +210 天复查 ph1 染色体及 bcr/abl 基因阴性;1 例 +66 天,基因检查为完全嵌合型。

2.3 并发症

2.3.1 GVHD 1 例 +26 天出现 IV^oaGVHD(给予甲基强的松龙、FK506、OKT3 处理后有效),3 个月后转成 cGVHD;1 例出现 I^oaGVHD(仅表现为皮肤损害);另 2 例未出现 GVHD。

2.3.2 出血性膀胱炎及肝静脉闭塞病 均未出现。

2.3.3 感染及出血 未出现重度感染(包括巨细胞病毒感染、结核等);未出现明显出血表现,也未进行血小板输注。

2.4 预后 1 例存活 3 个月后死于 cGVHD 及多脏器功能衰竭;1 例 10 个月后失防;另 2 例至今分别健康存活 10 个月、23 个月。

3 讨论

经典 allo-SCT 预处理方案的目的是:摧毁受体造血细胞,为供体干细胞的植入腾“空间”;清除肿瘤细胞,防止移植后复发;移植或摧毁受体内免疫细胞,使干细胞易移植入。其有明显的局限性:全血细胞减少,重度感染、出血并发症增加;据“剂量-杀伤”对数关系,瘤细胞不可能清除,移植后仍有复发;仍有 GVHD,粘膜溃疡、VOD、MOF 的并发症发生,相关病死率较高^[2]。非清髓性 allo-SCT 系指移植前通过相对较经典预处理强度要低的多的化、放疗剂量来抑制受者的免疫应答,使异基因造血干细胞在受者体内得以植入,移植后再应用免疫移植剂,以抑制供者移植中 T 淋巴细胞的免疫活性,达到宿主与移植之间的双相免疫耐受,形成嵌合体;并诱导移植抗白血病(GVL)和/或恶性肿瘤(GVM)效应,清除宿主体内的肿瘤细胞或遗传学异常的造血干细胞,最终治愈恶性血液病^[3]。Slavin^[4]等首先应用非清髓性预

处理的 allo - SCT 治疗了 26 例恶性血液病,结果均获得了完全或嵌合性植入及较好的 GVL 效应而且并发症大幅度减少。

通过供受者血型转换、 ph^1 染色体及 bcr/abl 基因转阴及基因型检查,证实本文 4 例患者均成功植入。移植过程中白细胞于 +7 天左右最低降至: $0.3 \sim 1.4 \times 10^9/L$ (平均 $0.71 \times 10^9/L$), 血红蛋白两例中度下降, 两例无明显变化, 血小板平均 9 天左右降至最低: $22 \sim 76 \times 10^9/L$ (平均 $51.8 \times 10^9/L$), 均未出现重度感染、明显出血, 也未进行血小板输注; 仅 1 例出现 aGVHD, 1 例出现 aGVHD, 另 2 例未出现 GVHD; 出血性膀胱炎、肝静脉闭塞病、间质性肺炎等并发症均未出现。本文有 3 例患者在 +56 天 ~ +180 天之间给予了 1 ~ 5 次不等的 DLI (每次 DLI 其 MNC $0.98 \sim 2.29 \times 10^8/kg$ 不等), 对诱导混合嵌合体的形成及抗流效应的增强起到一定作用^[2]。

通过本文我们体会非清髓性 allo - PBSCT 有以下优点: 混合嵌合体诱导宿主与移植物间双向耐受, 减轻了 GVHD 反应; 保留受体免疫记忆细

胞、细胞功能及功能, 移植后宿主免疫功能及抗感染能力较强; 全血细胞下降轻, 相关并发症少, 血液成份输注少, 或可不需全环境保护; 预处理剂量较小, 对消化道、肾、心及膀胱等毒性小; 减少或避免了清除性 allo - SCT 对发育、内分泌等功能的影响。因此非清髓性 allo - PBSCT 是一种根治 CML 更安全有效的方法。

[参考文献]

[1] 杜冰, 李德鹏, 徐开林等. 非清除性异基因骨髓移植后输注供者淋巴细胞治疗白血病的实验研究. 中华血液学杂志, 2001, 22: 403 - 406.

[2] Giralt S, Estey E, Albitar M, et al. Engraftment of allogeneic hematopoietic progenitor cells with purine analog - containing chemotherapy: hamessing graft - versus - leukemia without myeloablative therapy. Blood, 1997, 89: 4531 - 4536.

[3] 楼方定, 于力. 骨髓非清除性异基因造血干细胞移植治疗血液恶性肿瘤. 中华内科杂志, 2001, 40(2): 132 - 134.

[4] Slavin S, Nagler A, Naparstek A, et al. Nonmyeloablative stem cell transplantation and cell therapy as an alternative to conventional bone marrow transplantation with lethal cytoreduction for the treatment of malignant hematologic disease. Blood, 1998, 91: 756 - 763.

腮腺腺泡细胞癌 22 例临床分析

朱玉莲 万光勇 赵峰 高静 高德安

(泰安市中心医院口腔科, 山东泰安 271000)

[摘要] 目的 回顾总结腮腺腺泡细胞癌临床特点治疗效果。方法 对 22 例腮腺腺泡细胞癌临床资料进行分析。结果 腮腺腺泡细胞癌临床特点为男女各年龄组均可发病, 好发于腮腺浅叶, 生长缓慢病程长, 平均为 6 年, 颈部淋巴结转移率 16.2%。很少有远处转移, 局部发病率为 21%, 预后效果相对较好, 其 3、5、10 年生存率分别为 81.1%、81.5% 和 75.8%。结论 腮腺腺泡细胞癌发病少, 属于低度恶性肿瘤, 治疗以根治性手术切除为主, 切除的病变范围应广泛, 可防止复发。

[关键词] 腮腺外科手术; 临床分析; 腮腺腺泡细胞癌。

腺泡细胞癌是一种少见的涎腺恶性肿瘤, 常见部位在腮腺, 有少数病人肿块疼痛感, 平均发病时间为 6 年因此在 50 年代前, 本病曾被认为是良性肿瘤, 此后本病多数被认为是恶性肿瘤, 我院自 1993 年—2001 年收治 22 例, 现将临床资料分析报告如下。

1 临床资料

本组 22 例全部病人经病理确诊, 其中男性 12 例, 女性 10 例, 男女之比例 1:1, 年龄 6 岁 - 75 岁, 平均年龄 44 岁; 发病时间最短 1 个月, 最长 20 年, 平均 5 年。

1.1 症状和体征 肿瘤发生在耳垂下方 20 例,耳前 1 例、耳后 1 例,肿块伴疼痛 3 例,肿块活动边界清楚 11 例,活动差、固定 9 例,边界不清 2 例,肿瘤侵犯皮肤 8 例,面神经受累者 3 例,张口困难者 1 例,外耳道软骨受累者 1 例,肿瘤直径最大 12cm 最小有 5cm 平均为 6cm。发生在同侧淋巴结转移者 3 例,最常见部位为颈深上淋巴结。

2 治疗

22 例全部行手术治疗术式分别为,腮腺浅叶切除及面神经解剖 10 例,腮腺全切术 9 例,腮腺肿瘤广泛切除加半颈淋巴结清扫术 3 例,手术后追加放疗 18 例,放射剂量为 32.8 - 75gy。

全部病例随访 5 年,在 1995 ~ 1999 年间,局部复发 5 例,1 例伴有肝脏转移,复发率 27.2%。

3 讨论

腮腺腺泡细胞癌是一种少见的生长缓慢的涎腺恶性肿瘤,文献报道多发生在大涎腺,尤其是腮腺最多,占腮腺恶性肿瘤的 17%,可发生任何年龄,其中中老年人以 48 - 61 岁为最多,女性是男性的 2 - 3 倍。本组统计 22 例腮腺腺泡癌占同期腮腺恶性肿瘤的 5.8%。男女发病率均等。年龄最小 6 岁,最大 70 岁,平均年龄 44 岁,与有关文献报道大致相近。

3.1 腮腺腺泡细胞癌的临床特点与诊断:

腮腺腺泡细胞癌好发于腮腺的浅叶,全部为单侧,病史长短不一,但多数病者有较长的病史,可达 40 年,平均发病时间 3 - 6 年,所以曾被认为是良性肿瘤,被称作腺泡细胞瘤,早期肿物边界清,活动度好,肿物呈结节状生长,手术标本肉眼观大多数包膜切面灰白,部分有囊性变,无明显坏死,复发性肿瘤多呈结节状、分叶状。由于以上特点,临床误诊为腮腺混合瘤。本组有 6 例患者初诊为腮腺混合瘤,术前做穿刺检查,但由于细胞分化较好,单从细胞学上诊断往往较困难,术前诊断

为腮腺腺泡细胞癌。

当肿瘤发展到不定期的程度,则可表现其恶性肿瘤的特点,如肿物固定,边界不清,侵犯皮肤、破溃出血,侵犯面神经等出现相应部位功能障碍,腺泡细胞癌也可发生局部淋巴结转移,多为颈深上淋巴结转移。本组有 3 例区域淋巴结转移,转移率为 13.6%,腮腺腺泡细胞癌术后局部复发率较高,本组 5 年内复发率为 27.2%,却很少发生远处转移。

3.2 疗效和预后,腮腺腺泡细胞癌,由于分化较好,恶性程度低,对放射治疗和化学药物治疗均不敏感,故目前仍以手术治疗为主,但手术后易复发,有文献报道:其复发率 60%,因此彻底手术治疗非常必要,早期病例可做腮腺浅叶切除,或者腮腺全叶切除神经,可考虑保留面神经,术式与肿瘤有无包膜或肿瘤浸润情况与肿瘤面神经关系确定。如肿瘤浸润明显,与面神经粘连,原则上不再保留面神经,要广泛切除。至于面神经受到侵犯,外耳道腮腺深叶的均已侵犯也不可保留面神经,应广泛切除。

肿瘤侵犯皮肤者把受侵犯的皮肤一块切除,手术创面如不能直接缝合者行植皮或转移皮瓣修复,如有淋巴结转移者,应作半颈清扫或全颈淋巴结清扫术。预防性淋巴结清扫术,放疗后有利于提高病人的存活率。

[参考文献]

- [1]Lerin JM, Ropinson Do, Lin F. Acinic cell carcinoma; collective review, including bilateral cases[J]. Arch Surg, 1975, 110:64 - 68.
- [2]Chong GC, Beahrs OH, Woolner Surgical management of acinic cell carcinoma of the parotid gland[J]. Surg Gynecol obstet, 1974, 138 (1):65 - 68.
- [3]何良滨. 唾腺腺泡细胞癌附 23 例分析[J]. 癌症, 1983, 2 (3):169 - 171.
- [4]Foote FW, Frazell, et al. Tumors of The major salivary glands [J]. Cancer, 1953, 6:1065 - 1069.
- [5]高奉 浔, 胡安元, 鲍晓明, 等. 唾腺腺泡细胞癌 50 例临床病理分析[J]. 中华病理学杂志. 1985, 14(2):99 - 101.

异丙酚用于冠心病病人胃镜检查术的临床观察

尹玉卿 李胜德 桑清文 刘焕成 张立功 关善辉

(泰安市中心医院麻醉科, 山东 泰安 271000)

【摘要】 目的 观察不同剂量的异丙酚静脉麻醉在胃镜检查中对冠心病病人的影响。方法 选择经内科确诊需行胃镜检查术的36例门诊冠心病病人,随机分为三组($n=12$),分别静脉注射异丙酚 I组 1mg/kg , II组 1.5mg/kg , III组 2mg/kg 。观察评定麻醉效果,不良反应,记录用药前后及病人清醒后 SBP、DBP、HR、 SpO_2 和 ECG 变化。结果 麻醉效果优良率 I组 91.4%; II、III组均为 100%,明显优于 I组($P<0.05$)。不良反应发生率 I组明显多于 II、III组($P<0.05$)。三组用药后与用药前相比, BP, SpO_2 均见下降($P<0.05$ 或 0.01)。II组较 I组用药后下降明显($P<0.05$), III组与 I组比较差异显著($P<0.01$), ECG 显示: I、II组与术前比较未见明显变化, III组有 3例 S-T段下移 $>0.05\text{mv}$, 2例出现室性早搏。病人清醒后离院时间 III组明显长于前两组($P<0.05$)。结论:异丙酚对冠心病病人胃镜检查术也是非常适用的。对心肺功能的影响与剂量、注射速度有关。剂量应控制在 1.5mg/kg 为宜。

【关键词】 异丙酚;胃镜检查;冠心病

随着我国内镜技术的不断发展,内镜诊疗技术的应用已十分普遍。而接受检查的患者年龄均偏高,往往并发不同程度的心肺疾病。检查时的不良刺激及心血管反应,可能会给病人带来危害,甚至诱发心血管意外^[1]。因此适当的麻醉是减轻痛苦、稳定心肺功能,防止心脏并发症的有效预防措施。异丙酚是国内外用于诊断性检查较多的全麻药。本文旨在观察冠心病病人实施胃镜检查时,应用不同剂量的异丙酚所产生的麻醉效果、不良反应以及对心血管系统和血氧饱和度(SpO_2)的影响,以确定异丙酚最佳有效的安全剂量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择门诊胃镜检查合并冠心病患者 36 例,男 20 例,女 16 例。年龄 52-70 岁,平均 (56.34 ± 6.28) 岁,体重 56-75kg,平均 (63.24 ± 5.34) kg,经内科确诊患有冠心病且长期服药治疗。其中 11 例有高血压病史,心电图显示:慢性心肌缺血 14 例, S-T 段、T 波改变 19 例,陈旧性心肌梗死 3 例,有 4 例并发室性早搏(1 例二联律)。随机分为三组,每组 12 例。

1.2 方法

术前常规禁饮禁食。入室后用 1% 地因卡咽部喷雾 2 次,嘱病人咽下,侧卧于检查床上。用 7 号头皮针穿刺建立输液通道。常规鼻导管吸氧,口内置入咬嘴。先静脉注射阿托品 0.4mg , 1min 后再缓慢静脉注射异丙酚实施全麻。I 组静脉注射异丙酚 1mg/kg , II 组 1.5mg/kg , III 组 2mg/kg , 注速 25s, 待病人意识消失后,开始插入胃镜检查。由麻醉师观察记录麻醉效果及不良反应。意识消失时间及离院时间。麻醉效果评定:优:安静,平稳。良:尚安静,稍有肢动,但合作,不影响检查操作。差:病人躁动、不合作,影响操作。整个过程用 Detex 监护仪监测用药前、用药后、病人清醒后的收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、心率(HR)、 SpO_2 值及心电图(ECG)动态变化,以检查中各数变化最大值进行统计学处理,计量资料以均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示,三组均值比较用 t 检验,样本率用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

三组病人年龄、性别、体重无显著差异,三组 BP、HR、 SpO_2 的基础值及 ECG 变化组间无显著性差异。注药后病人意识消失时间为: I 组: (34.5 ± 6.4) 秒; II 组: (30.4 ± 7.4) 秒,两组比较无统计

学差异($P > 0.05$); III组:(24.6 ± 5.1)秒明显短于前两组($P < 0.05$)。胃镜检查时间分别是: I组(4.5 ± 1.9)min; II组(4.2 ± 1.8)min; III组(3.9 ± 1.4)min, 组间比较无显著差异($P > 0.05$)。麻醉效果优良率: I组为91.4%, II、III组均为100%, 明显优于I组($P < 0.05$), 不良反应发生率I组明显多于II、III组(见表1)。

用药后SBP、DBP、HR、 SpO_2 与用药前比较, I、II组均有不同程度的下降($P < 0.05$), III组下降剧烈($P < 0.01$), II组与I组用药后比较也有明显降低($P < 0.05$), III组与I组比较差异较大($P < 0.01$)。三组病人清醒后各数值均逐渐恢复至术前水平(见表2)。

表1 麻醉效果及不良反应例(n=12)

组别	麻醉效果			不良反应				不良反应发生率(%)	
	优	良	差	优良率(%)	咳嗽	打嗝	流涎		恶心呕吐
I	7	4	1	91.4	5	4	1	0	83.3
II	10	2	0	100 ⁺	3	2	0	0	41.7 ⁺
III	12	0	0	100 ⁺	2	1	0	0	33.3 ⁺

注: + 与I组比较 $P < 0.05$

表2 用药前后及病人清醒后HR、BP、 SpO_2 变化
($\bar{x} \pm s, n=12$)

组别		SBP	DBP	HR	SpO_2
I	用药前	126.8 ± 17.6	82.3 ± 10.6	83.7 ± 11.5	98.7 ± 1.3
	用药后	$118.8 \pm 13.5^{1)}$	$67.8 \pm 12.2^{1)}$	80.7 ± 12.6	96.9 ± 1.8
	清醒后	124.6 ± 15.4	72.3 ± 10.5	82.5 ± 13.6	98.5 ± 1.4
II	用药前	127.8 ± 18.3	783.5 ± 11.4	83.5 ± 10.8	98.5 ± 1.5
	用药后	$104.8 \pm 11.9^{1)3)}$	$61.3 \pm 10.5^{1)}$	77.6 ± 11.1	$92.6 \pm 2.2^{1)3)}$
	清醒后	116.2 ± 12.5	70.9 ± 10.8	78.2 ± 12.5	97.8 ± 1.1
III	用药前	127.8 ± 15.2	75.3 ± 12.2	86.9 ± 14.2	99.1 ± 0.9
	用药后	$94.6 \pm 12.9^{2)4)}$	$56.6 \pm 10.4^{2)}$	$68.1 \pm 10.9^{1)4)}$	$89.5 \pm 1.6^{2)4)}$
	清醒后	113.3 ± 16.1	68.2 ± 14.5	71.3 ± 13.2	97.2 ± 1.2

注: 1)与用药前比较 $P < 0.05$

2)与用药前比较 $P < 0.01$

3)与I组用药后比较 $P < 0.05$

4)与I组用药后比较 $P < 0.01$

心电图变化: I、II组与术前比较未见明显改变。III组3例见S-T段下移 > 0.05 mv, 2例出现室性早搏, 经静脉注射利多卡因40mg后消失。3例严重低血压病人应用少量麻黄素治疗后恢复正常。离院时间(即病人意识消失至清醒后走出胃镜室时间) I组 11.9 ± 9.2 , II组 12.6 ± 2.8 , III组 16.5 ± 4.3 , III组明显长于前两组($P < 0.05$)。

3 讨论

内窥镜检查时由于内镜直接刺激咽部, 引起恶心等不良反应, 导致交感-肾上腺兴奋, 引起心率加快、血压升高。国外文献陈述: 上消化道内镜检查对血流动力学的影响类似喉镜检查, 但其反应更强烈, 持续时间更长。虽然这些加压反应在正常循环状态下能较好耐受, 但对患有隐匿型心脏病患者是非常有害的, 特别是高血压并发心动过速时可增加心肌氧耗。加之咳嗽喘气供氧减少, 造成心肌氧供需失衡, 加重心肌缺血, 出现心脏节律和显著的S-T段、T波改变。尽管胃镜检查前使用少量阿片类镇痛和安定类镇静药等, 只能部分地抑制其血液动力学反应, 仍不能降低心肌缺血和意外的发病率。异丙酚是一种新的快效、短效的全麻药, 单次静脉注射起效迅速, 麻醉效果确切, 苏醒快, 清醒后无头痛, 无兴奋现象, 术中无知晓。但静脉注射后对心血管有一定的抑制作用, 可使血压下降, 对呼吸也有短暂的抑制, 可使呼吸变浅、变慢, 潮气量减少, 甚至暂停^[2]。本观察发现三组用药后心率下降轻微, 可能与静脉注射阿托品有关; 而BP、 SpO_2 均见明显下降, III组下降剧烈, 且随着剂量的增加, 这种抑制加重, 最低血压下降至80/60mmHg, SpO_2 下降至88%。心电图观察也有3例显示心肌缺血加重和心律失常均发生在III组。早有报道: 异丙酚用量在2mg/kg, 不造成显著的呼吸抑制, 但与注速与剂量有关, 当用量达3mg/kg以上, 20s内注射完毕, 呼吸抑制发生率高达87.7%。我们通过观察体会到, 对于冠心病及老年病人用异丙酚麻醉下行胃镜检查术的安全剂量应为1.5mg/kg为宜, 并且严格控制注药速度, 严密观察BP、 SpO_2 及心电图变化, 同时常规吸氧, 在胃镜室配备麻黄素等抢救药品及气管插管、心电监测等设备。一旦出现严重低血压, 立即进行处理, 以缩短低血压时间, 确保冠状动脉供血。本组由于及时采取治疗措施, 加大氧流量, 使BP、 SpO_2 均在1min左右开始回升, 无1例严重心脏并发症发生。因胃镜检查时间短(3~10min), 一次性给药就可满足手术要求, 一般无需重复给药。病人清醒后无任何不适, 10~20min全部自行离院。

观察发现, 病人出现咳嗽、膈肌痉挛多见, 可能是因镜体抵及会厌或喉口引起, 故在进镜时若

遇病人咳嗽,应稍退改变方向再进镜,咳嗽即可停止^[3]。随着镜体的深入,穿越膈肌裂孔时,刺激膈肌引起打嗝,但很快自行消失。

异丙酚有很好的镇吐作用,“镇静剂量”(0.2~0.7mg/kg)就具有抗呕吐效能。本组无1例出现恶心呕吐,这是异丙酚用于胃镜检查中的另一大优势。

[参考文献]

- [1]蔡捍东.内窥镜检查对血液动力学的影响及预防对策.国外医学麻醉与复苏分册,1993;4(2):89-91
- [2]刘俊杰,赵俊主编.现代麻醉学.第1版,北京:人民卫生出版社,1997:295-297
- [3]唐五良,徐灿覆,姜希望,等.451例镇静状态下胃镜检查临床研究.中国内镜杂志,2000;6(2):24-25

阴道B超引导介入治疗 输卵管妊娠的临床研究

高丽军 李希英 于新艳

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 通过介入治疗输卵管妊娠30例临床研究,探讨该技术的可行性和疗效。方法 阴道B超引导下,经阴道穹窿部对输卵管妊娠的孕囊进行穿刺,并注入甲氨蝶呤。结果 30例患者穿刺注药成功率100%,治愈率90%,3例患者因故转手术治疗,占10%。27例患者均未出现并发症。15例患者术后复查患侧输卵管通畅率93.3%(14/15)。结论 阴道B超引导介入治疗输卵管妊娠较其它药物保守治疗有一定的优越性,具有简便、安全准确,疗效高等特点,值得推广应用。

[关键词] 阴道B超;介入治疗;输卵管妊娠;甲氨蝶呤

输卵管妊娠(fallopian tube pregnancy, FTP)是常见的妇产科疾病,近年来其发生率有明显升高的趋势。同时,由于快速敏感的 β -hCG放射免疫连续测定和阴道B超检查的应用,使早期FTP确诊率不断提高。其各种保守治疗方法也日益受到重视。我院采用阴道B超引导介入治疗输卵管妊娠30例,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

1998年6月~2001年9月住院及门诊患者共30例,年龄在21~42岁之间,平均30.5岁。7例未生育,5例曾有1次异位妊娠行患侧输卵管切除术。13例宫内有节育器,20例有人工流产手术史。停经36~58d,部分患者有腹痛,阴道少量流血及恶心、厌食等早孕反应。患者生命体征稳定,无腹腔急性内出血的体征。实验室检查:肝、肾及凝血功能正常,外周血白细胞 $>4 \times 10^9/L$ 。

血 β -hCG $<3000IU/L$ 。阴道B超检查:宫腔内无妊娠囊。未破裂型:附件区有约 $<3cm$ 环状中等回声包块,中心部呈液性无回声区,盆腔内无积液。早期流产型:附件区有约 $<5cm$ 囊实性混合性包块,子宫直肠窝积液 $\leq 2.5cm$,双侧卵巢正常。

1.2 介入治疗方法

使用日本Aloka-1100黑白B型超声仪,阴道探头频率5MHz。患者排空膀胱后,取膀胱截石位。常规外阴阴道消毒,铺无菌洞巾。阴道探头外罩无菌橡胶套,安置穿刺架。使用16G长35cm的穿刺针,将阴道探头置于阴道穹窿部,进一步明确附件区包块的位置、大小与子宫、卵巢的关系,避开血管,迅速进针,穿刺针刺入包块中心(见图1)。回抽内容物为淡黄色透明液或血浆性液体,抽尽囊内液,立即行hCG定性,结果阳性,证明穿刺部位准确。再将备好的甲氨蝶呤(MTX)溶液(MTX50mg溶于50%葡萄糖液2ml中),一次性注入囊内(见图2)。停针5min后迅速拔针。术后严

密观察生命体征,注意腹痛及阴道流血情况。抗生素预防感染。每隔2~3d检查血 β -hCG,至转阴为止。复查血常规、尿常规、肝功。

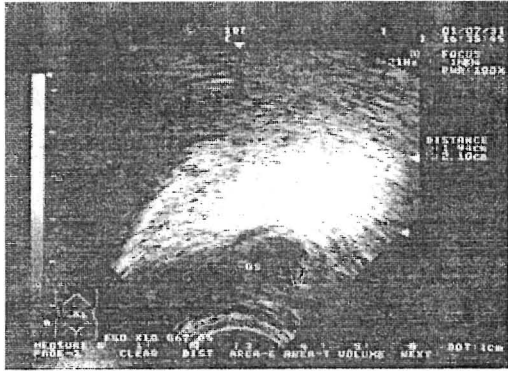


图1 输卵管妊娠孕囊注药前

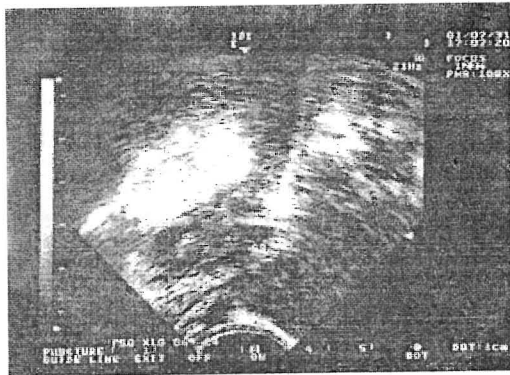


图2 输卵管妊娠孕囊注药后

1.3 治愈标准

临床症状消失;血 β -hCG下降至正常;B超检查附件包块消失。

2 结果

本组30例FTP患者经阴道B超引导局部注药均一次性成功,穿刺注药成功率为100%。3例腹痛加剧,经严密观察,第2天腹痛逐渐减轻,以后恢复正常。2例血 β -hCG>2000IU/L,术后4d血 β -hCG下降<15%,故于第5天同样方法补加MTX 50mg,术后观察无明显毒副反应发生。30例FTP患者中27例治愈,治愈率90%。2例经介入治疗后血 β -hCG值逐渐下降,因突然腹痛,出现腹膜炎体征给予剖腹探查术,术中切除部分输卵管。介入治疗前B超检查可见孕囊内胎芽胎心搏动,治疗后胎心搏动消失。1例因患者不能等待而要求手术治疗。27例患者血 β -hCG下降速度及包块消失时间见表1,2。

表1 局部注药后血 β -hCG恢复正常时间 例

注药前 β -hCG(IU/L)	注药后血 β -hCG恢复正常时间(W)					合计
	1	2	3	4	5	
<1000	4	6	1			11
~2000		4	7	1		12
>2000			1	2	1	4
合计	4	10	9	3	1	27

表2 局部注药后附件包块消失时间 例

注药前附件包块直径(cm)	注药后附件包块消失时间(W)						合计
	1	2	3	4	5	6	
<2	1	3	7	1			12
~3			2	4	4	2	12
>3					1	2	3
合计	1	3	9	5	5	4	27

15例FTP患者术后3个月行输卵管造影术,14例患侧输卵管通畅,通畅率93.3%。

3 讨论

3.1 阴道B超引导介入治疗的原理及优越性

药物治疗输卵管妊娠于1982年首次报道。

选用药物有前列腺素、5-氟尿嘧啶、甲氨蝶呤等。目前广泛应用的是甲氨蝶呤。

MTX是一种十分有效的叶酸拮抗剂,是抑制快速增长的滋养细胞的理想药物。给药的方法有口服,肌注、静注及腹腔镜,宫腔镜下插管局部注药等。副反应的发生率达20%~30%。我院采用阴道B超引导介入治疗早期FTP其优点是,使患者免于开腹手术,仅用一根针经阴道B超引导穿刺病变部位,注入治疗药物即可获得治愈,实现了输卵管妊娠治疗的最低限度的外科干预。MTX是与滋养层细胞直接接触,最大限度地发挥其杀死胚胎的作用。并且在超声屏幕上清晰显示穿刺针刺入妊娠囊块,抽空囊液及注药影像等,使操作本身更安全有效。阴道B超引导下能够准确测量注药前后包块大小的变化,利于治疗后对比观察。第一次注药疗效差还可重复注药。与其它药物保守治疗相比:MTX全身化疗,用药剂量大毒副反应相对亦大;腹腔镜下注药穿刺点是输卵管最扩张部分,而并非着床部位;宫腔镜下插管,盲插将塑料导管插入塑料管开口处,或FTP包块的

周围,不能进行穿刺。而阴道B超引导介入治疗与其他保守疗法比较,更为安全疗效肯定。

3.2 介入治疗的适应症

影响介入治疗成功率的因素很多,如孕周、腹腔内出血量的多少、血 β -hCG水平、胚芽活性、包块大小等,本文根据治愈患者的经验及参考Fernandez等非外科手术评分法,对早期FTP病人进行临床评分,将5项指标按三个等级评分见表3,综合分析。

表3 早期FTP患者临床评分

项目	评分		
	1	2	3
停经周数(妊娠周)	<6	6-7	>7
血 β -hCG(IU/L)	<1000	1000-2000	>2000
腹痛	无	轻	重
附件包块直径(cm)	<2	2-3	>3
子宫直肠窝积液(cm)	<1	1-2.5	>2.5

FTP患者临床评分为5分时,预后良好。介入治疗后血 β -hCG2周内恢复正常,附件包块2~3周内消失。本文中有11例患者临床评分为5分,经门诊治疗随访,均治愈,无并发症。临床评分在6~10分时住院观察均治愈出院。大于10分时应注意胚芽活性,否则疗效差。

本组27例治愈患者中,输卵管早期流产型7例占FTP的25.9%,关键严格掌握适应征。2例

FTP患者经介入治疗失败后转手术治疗,失败原因分析,血 β -hCG>2000IU/L并有孕囊胚芽搏动,其中1例位于间质部包块>3cm,临床评分均>10分预后不佳。但手术时,输卵管未破裂,孕囊已萎缩,说明介入治疗有效。血 β -hCG下降缓慢,需耐心观察,必要时配合中药治疗效果更佳。

介入治疗后15例FTP患者术后3个月行输卵管造影术,14例患侧输卵管通畅,通畅率93.3%,对要求生育者不但保留一条完好的输卵管,增加了生育机会,特别对仅剩下一侧输卵管妊娠患者尤为重要。

[参考文献]

[1]Fanaka T, Havashi H, Kutsuzawa T, et al. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. Fertil Steril, 1982;37:851-853.

[2]常立达.异位妊娠诊断和治疗的新进展.国内医学妇产科学分册,1994;21:250-252.

[3]刘珠凤,郎景和,黄荣丽等.氨甲蝶呤单次肌注治疗异位妊娠.中华妇产科杂志,1996;31(8):490.

[4]葛春晓,丁慧娟,马莉.宫腔镜下输卵管插管并注入氨甲蝶呤治疗输卵管妊娠.中华妇产科杂志,1996;31(2):114.

[5]孟宪凤,郝翠芳,刘素瑛等.经宫颈输卵管注药早期异位妊娠临床观察.实用妇产科杂志,1996;12(4):199.

[6]臧新军,房素萍.超声引导下介入高渗葡萄糖治疗输卵管妊娠33例.实用医学杂志,1998;14(7):508.

·综述讲座·

抗磷脂综合征(APS)

焦念宝 耿家贵 秦丽晨 陆寅 孟庆莲 崔瑞连
苗素云 张新萍 刘运林 周广安 梁迎春

(泰安市中心医院神经内科,山东泰安 271000)

1 概念

抗磷脂综合征(antiphospholipid syndrome APS)

是指APL引起的一组临床征象的总称。主要表现为血栓形成、习惯性流产、血小板减少、神经精

神症状等。在同一患者可仅有上述一种表现,也可同时有多种表现。

2 抗体

抗磷脂抗体(anti-phospholipid antibody APL)是一组能与多种含有磷脂结构的抗原物质发生反应的抗体。其中包括狼疮抗凝物(lupus anti-coagulant LA)抗心磷脂抗体(anticardiolipin antibody ACL抗体)。抗磷脂酰丝氨酸抗体(anti-phosphatidyl Serine antibody)等。

3 综合征

通过多年的临床研究证实 APL 抗体与临床上的一些合并有血栓形成、习惯性流产、血小板减少和神经精神症状的疾病有关。众多学者将有上述临床表现,同时合并有这类抗体者称之为 APS,由于 ACL 抗体的特异性更强与临床表现更密切,因而也称之为抗心磷脂综合征。

4 作用

磷脂广泛存在于细胞膜内,是细胞膜内的重要组成物质,它对于稳定细胞膜的功能起重要作用,特别是血管的内皮细胞。磷脂也是神经纤维髓鞘的重要组成物质,磷脂对稳定髓鞘的结构、维持神经纤维的传导功能起重要作用。磷脂受到抗体攻击后产生细胞的损害,使内皮细胞功能受损,血栓形成、血小板功能障碍、前列环素减少、神经纤维的破坏、凝血机制的障碍,只要是 APL 阳性,凡是有磷脂的组织均会受到损害。

5 临床表现

A 血栓形成 APS 中最突出的表现是血栓,血栓可发生在动脉也可发生在静脉。发生的部位多在:脑、心、肾和四肢血管。血栓的特点是反复发作,血栓可单独在动脉,也可单纯在静脉,也可两者同时发生。可以在局部,也可以呈全身性。可形成栓子脱落,导致肺栓塞,抗心磷脂抗体阳性的病人,容易发生心肌梗死。

B 习惯性流产 SLE 患者常发生习惯性流产、早产或胎死宫中,凡是 SLE 出现这些情况,体内的 APS 抗体都是阳性,而且多半是 IgG 型。发生流产、早产的原因与胎盘中的血栓形成,胎盘内

的血栓有关。而在 APS 抗体阴性正常妊娠的女性死胎中则无此变化。

C 血小板减少 APS 的病人,大部分都有血小板减少,特别是 ACL 阳性的病人,ACL 抗体滴度越高,发生血小板减少的危险性越大。APS 抗体可能通过与血小板膜的磷脂结合,引起的小板破坏,使网状内皮系统对血小板摄取增加。

D 神经精神的损伤 由于 APL 可以使脑血管的内皮细胞受损,出现急性脑血管病,如脑出血、脑梗死、癫痫病、午蹈症、脊髓血管病、偏头痛、精神行为的异常,APS 也可引起脑血管炎。

E APS 阳性也可以引起皮肤的网状青斑、视网膜的静脉、动脉血栓、下肢深静脉血栓、下肢溃疡坏疽、心内膜疾病、心肌损害、心肌梗死等。

6 诊断标准 A

APS 不是一个特定的疾病,只是一个临床综合表现,目前还无一个临床表现的明确范围,而且临床表现逐渐增多。所涉及的病种也有扩大趋势,特别是实验方法、条件和确定正常值标准的差异,使得目前无一个非常严密的诊断标准。Alarcon—Segovid 等提出的诊断标准可供参考。

诊断标准 B: Alarcon—segovia 诊断标准。

肯定诊断:1. 有 2 个或 2 个以上的下列临床表现:

(1)复发性自发性的流产;(2)静脉血栓;(3)动脉血栓;(4)下肢溃疡;(5)网状青斑;(6)溶血性贫血;(7)血小板减少。

2. 伴有高水平的 APL 抗体(IgG 和 IgM)。

可能的诊断:有 1 个临床表现和高滴度 APL 抗体或 2 种及 2 种以上临床表现和低滴度 APL 抗体(IgG 和 IgM)。

7 病例介绍 I

男性 19 岁,突然发生频繁的抽搐,伴有意识不清,CT 显示顶枕部约 10ml 的出血灶,伴有发热,DSA 动脉期正常,半个月后出现头晕、胸闷。彩超检查发现下腔静脉血栓、肺栓塞,经溶栓后肺栓塞治愈、以后又进行 DSA,发现有上矢状窦血栓形成,其他部位的静脉也有血栓斑块,后经溶栓治愈。

8 病历介绍 II

女性 56 岁, 25 岁妊娠时出现左下肢静脉炎, 反复发作不能治愈, 近 3 年出现左下肢的动脉栓, 经常出现突然的胸闷、心慌、呼吸困难、心电图正常, 抢救恢复, 临床考虑肺栓塞。于 1 个月前出现昏迷, 四肢瘫痪, 抢救意识清醒后, 出现眼球活动障碍, 不能向上下凝视。诊断基底动脉尖综合征。

9 治疗

- (1) 肠溶阿斯匹林可以作为治疗和预防应用。
- (2) 激素可用于血小板减少病例。
- (3) 阿斯匹林加强的松预防流产和提高妊娠成功率。
- (4) 用低分子肝素预防胎儿流产。
- (5) 用 γ 球蛋白预防流产。
- (6) 华法令选择使用。

(7) 阿斯匹林与泮生丁合用。

10 总结

总结抗磷抗体综合征的特点为: (1) APL 抗体是一组值得进一步研究的抗体, 随着研究的深入, 将对其产生机制、致病机制及预防有更深入的认识。(2) APL 抗体在临床上, 主要是与 SLE 合并有血栓, 习惯性流产、血小板减少和神经精神表现有相关性, 但与 APL 抗体相关的临床表现和所涉及的疾病范围均有扩大趋势。(3) APL 抗体, 尤其是 LA 和 ACL 抗体, 在 SLE 中存在时提示可能出现的血栓、习惯性流产、血小板减少和神经精神病变, 特别是抗体滴度高时更应重视。(4) 对 APL 抗体的治疗, 现在无肯定的方法, 一般以治疗原发病为主, 糖皮质激素, 免疫制剂和抗凝治疗有一定作用。

胆管癌诊断的现状和进展

李福康 王常会 胡月华 林 静

(泰安市中心医院消化内科, 山东 泰安 271000)

胆管癌一般是指原发于自左、右肝管至胆总管下端的肝外胆管癌, 包括胆总管、肝总管和肝管分叉处癌。胆管癌的诊断比较困难, 当诊断明确时, 多已属癌肿晚期。近年来, 随着影像及介入技术的不断发展, 胆管癌的诊断方法得到了进一步的完善, 使其诊断率逐年提高。本文就有关方面的现状及进展简述如下。

1 胆管癌的分类及病因病理特点

1.1 分类 根据肿瘤生长的位置, 胆管癌可以分为上段胆管癌、中段胆管癌及下段胆管癌三类。上段胆管癌是指发生在肝总管、肝门左右胆

管的裸部及两方汇合处的癌肿, 后者亦称肝门部胆管癌、近端胆管癌、肝胆管癌。中段胆管癌是指位于胆囊管水平以下及十二指肠段的胆总管上界以上的肿瘤。下段胆管癌是指十二指肠段的胆总管上界以下至 Vater 乳头的胆总管肿瘤。据 Tompkins 等报道, 癌肿发生在胆管上 1/3 的占全部胆管癌的 49%、中 1/3 的占 25%、下 1/3 的占 19%。

1.2 病因病理特点 胆管癌的病因尚未明确。过去曾认为胆管癌的发生与胆结石或胆道感染的慢性刺激有关。然而, 临床上胆管癌合并胆管结石者, 只占 20% ~ 30%, 也有的胆管癌无任

何胆道感染的病史。近年来越来越多的学者认为,胰、胆管汇合异常在胆管癌的发病中起着十分重要的作用,进而提出了胰、胆管汇合异常是胆管癌前病变的观点。胆管癌在病程的早期便常常表现为肿瘤浸润到胆管壁,并向腔内突出而阻塞胆管。肿瘤大体形态上可分为乳头型、结节型、硬化型及肿块型(弥漫型)等。乳头型有多发倾向,可朝胆管腔内生,结节型在胆管局部形成肿块,硬化型初期呈硬结样改变,肿瘤向胆管壁广泛浸润,且环绕管壁形成环形狭窄,使胆管壁硬化、变厚、变形。胆管癌最多见病理类型为腺癌。肿瘤在组织学上可以分为高度分化型、分化不良或低度分化型、未分化型。恶性程度较高的未分化型胆管癌,早期即可转移至附近的淋巴结,侵犯邻近的重要脏器或远处转移。低位胆管癌可以侵犯十二指肠壶腹、十二指肠及胰腺,与壶腹癌、胰头癌有相似表现,一般统称为壶腹周围癌,其中有所不同的是胆管癌常比胰腺癌较少发生广泛转移。处于上1/3段的胆管癌,正好在肝门部,易导致胆管梗阻及胆管炎的发作,造成诊断及治疗困难,预后差。高度分化而生长缓慢的胆管癌,常被误诊为“良性的疤痕狭窄”或“硬化性胆管炎”,病程长达数月或数年。

2 胆管癌的临床表现

胆管癌的重要症状是迅速的进行性加重的阻塞性黄疸。血清胆红素常超过10mg/dl,伴有相应的肝功能改变。黄疸是胆管癌的早期症状,多为持续性加重。但由于肿瘤坏死组织的脱落及伴随临床症状的控制,亦可出现暂时的缓解。当肿瘤来源于一侧肝管时,早期也可不出现黄疸,直至肿瘤延伸至肝总管或对侧肝管时,才出现明显的阻塞性黄疸。黄疸出现以前有15%左右的病例出现皮肤瘙痒。胆管癌的腹痛常不明显,多为右上腹部的隐痛或胀闷感。据文献报道,首发症状为上腹痛者占54.1%。由于胆道的梗阻,可出现一些消化道肿瘤所共有的非特异性表现。随着瘀胆的发生,肝脏都有不同程度的肿大。在中下段胆管癌的病人中,常可触到胀大的胆囊或右上腹饱满感。当胆管癌伴有胆道系统结石,或癌肿组织坏死脱落的碎块、癌肿出血后的血凝块等堵塞胆道并发感染时,均可诱发急性胆管炎。

3 胆管癌的诊断

3.1 临床表现及实验室检查 临床表现及血、尿检查可提示为梗阻性黄疸。如碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转氨酶升高,胆红素升高,尿胆原阴性等。晚期可有贫血及低蛋白血症。

3.2 影像学检查

3.2.1 B超 声像图特征:①病灶以上整个胆道系统明显扩张。②病变段胆管可显示管壁不均匀性增厚,内腔狭窄或扩张,胆管内软组织肿块影(低至中强回声),无声影伴随。③肝内可有转移灶。④病变位于胆管远端时,可有胆囊扩张;位于近端时,胆囊因缺乏胆汁充盈而显示不清。⑤当合并急性梗阻性化脓性胆管炎时,可见梗阻近端胆管壁增厚,内壁不整,胆管腔内充满颗粒状回声无声影伴随。目前,国内外报道的阳性诊断率可达70%~75%。声像图对于累及左右肝管分叉部及肝总管的病灶诊断准确性大于胆总管内的病灶。

3.2.2 CT CT征象:①直接征象:癌肿段的胆管可从大圆形变为各种不规则形,也可从大圆形突然变为小圆形或突然闭塞消失。②间接征象:梗阻部位以上胆道扩张。当癌肿位于肝总管近端时,CT表现为肝内胆管扩张,肝门部可出现一个环形影,相当于扩张的近端胆管。胆总管及胆囊不扩张。当癌肿位于胆总管远端时,CT的关键性征象是胆总管扩张,其内呈低密度圆形影。可伴有胆囊扩张。

3.2.3 磁共振胰胆管造影(MRCP) 是近年来开展的一种非侵入性胰胆管影像检查的新技术。其成像原理是利用磁共振重 T_2 的效果,使含水器官显影,从而完成磁共振胰胆管造影,类似于ERCP直接得到的造影片,能可靠地显示胆道阻塞的程度和范围。胆管癌的MRCP影像表现:①梗阻端形态:完全梗阻者多为截断状,不完全梗阻者多为不规则充盈缺损。②肝内外胆管扩张呈“软藤状”。文献报道MRCP显示癌性胆道梗阻部位的准确性达100%,对癌性胆道梗阻诊断的准确性为97%,Macaulay认为MRCP对癌性胆道梗阻进一步鉴别诊断的能力有限。诊断中需根据梗阻水平、狭窄段和阻塞端影像学特征,加上腹部常规MR横断面图像资料,以了解周围组织结构的病

理改变,从而做到理想的综合影像诊断。

3.3 介入性检查

3.3.1 经内镜逆行性胰胆管造影(ERCP)

自从 ERCP 的价值得到充分肯定、并逐步应用及推广以来,ERCP 已成为诊断梗阻性黄疸的重要手段之一。用侧视的十二指肠镜行十二指肠乳头选择性胆管胰管插管术。插管成功后,注入适当浓度的造影剂,使胆道显影。X 线照片表现为:①直接影像:肿瘤本身的影像可分为胆管狭窄型、充盈缺损型及胆管梗阻型。②间接影像:肿瘤近端胆管扩张,远端胆管显影正常,管壁正常。如肿瘤在胆囊管开口以上,胆囊可显影正常,相反则不显影。吴金术等提出胆管可呈不规则的狭窄或胆管完全闭塞,断端呈锯齿型、倒“V”字型、倒“U”字型、图钉型。吴志强等指出胆管的狭窄为全周或偏心性边缘不整,梗阻为不整形中断,隆起像少见,成充盈缺损时需与结石鉴别。于中麟提出 ERCP 对高位胆管癌诊断比较容易,而胆总管末端的胆管癌则很难与胰头癌相鉴别。ERCP 倒“V”字型和倒“U”字型截断,可见于胰头癌和胆管癌,而不规则截断、胆管内充盈缺损、鼠尾型狭窄伴上部扩张则多见于胆管癌。胆管癌的病人,在行十二指肠镜检查时,发现乳头多为扁平型或低半球型。在行 ERCP 时可通过插入胆管的导管抽取胆汁,做细胞学检查。曾有报道,引流的胆汁中,50%的病例可找到癌细胞。细胞刷可较深地插入胆管刷取标本。胆管肿瘤可在 X 线荧光屏的指导下,将活检钳伸入胆管内采取组织标本,也可用胆道子母镜直视下活检。

3.3.2 经皮经肝穿刺胆道造影术(PTC) 近年来,临床上普遍用 Chiba 针进行经皮经肝穿刺使胆道显影,来诊断胆道疾病,并成为鉴别梗阻性黄疸重要的、有效的方法。PTC 适用于:①肝内胆管扩张合并结合部或肝门部梗阻者。②梗阻性黄疸需进一步明确病变的性质、部位及程度者等。PTC 检查在 X 线上的表现与 ERCP 相同,表现为:①肿瘤使胆管狭窄、充盈缺损、完全梗阻。②病变部位以上胆管明显扩张,病变以下胆管不扩张或不显影(完全梗阻时)。一般来说,PTC 对诊断完全梗阻的近端胆管癌比 ERCP 更有帮助。近年来,国内许多报道,胆管扩张者穿刺成功率为 98%~100%,无胆管扩张者成功率为 60%~

80%,PTC 诊断符合率为 90%~95%。

3.3.3 内镜超声检查术(EUS) 系应用超声内镜在直视下对胆管粘膜的病变、壁内病变及壁外邻近脏器进行的超声扫描检查。EUS 对胆胰疾病,尤其是胆胰恶性肿瘤的诊断和病期评估具有较大的临床价值。EUS 可诊断出梗阻的部位及梗阻性质,准确性大于 95%。EUS 除能显示胆管的腔内病变外,尚能根据病变与胆管壁的各层次的关系判断癌肿浸润的深度,正确率达 81%~83%。对上部胆管癌的诊断率不及中下段胆管癌,尤以右侧肝胆管的观察比较困难。对隆起的乳头型和结节型胆管癌的诊断率高,而壁内浸润型诊断率低。EUS 可以对胆管癌进行术前 TNM 肿瘤分期及组织活检,对制定合理的治疗方案,选择最佳的手术方法和判断预后有着重要的指导意义。EUS 对壶腹癌、肝外胆管癌的术前诊断准确率为:T 分期准确率为 72%~91%,N 分期准确率为 59%~87%。近几年来,一种微细超声探头(管状超声探头)已应用于临床,它可由普通型内镜的活检孔道插入到胰胆管中,进行腔内超声检查(IDUS)。Tamada 等提出 IDUS 能确诊 100%的中、下段胆管癌和 91%的肝门部胆管癌,确诊率在各种影像学检查中名列前茅。此外 IDUS 与 EUS 一样,尚能观察胆管癌对胰腺实质、门静脉和肝动脉的侵犯,以此来评估肿瘤的 TNM 分期。IDUS 可与传统的 ERCP 技术相结合,同期操作,以获得更多有益的信息。

3.4 其它诊断方法 彩超血流图 梁萍等应用彩色多普勒血流显像和双功能超声检查来观察双侧肝门胆管癌的供血特点及癌瘤与肝门部重要血管间的关系,对肝门胆管癌的诊断有重要的意义。门静脉与癌肿关系的诊断率为 81.8%。肝动脉与癌肿关系的诊断率为 77.3%。

4 诊断方法的比较

4.1 B 超、CT 与 ERCP、PTC、EUS 的比较 B 超和 CT 对胆管癌的诊断有很大帮助,常可提示胆管扩张,少数病例可显示肿瘤影像,但其只能提供胆管的切面情况。而 ERCP 及 PTC 能直接显示整个胆道,可准确判断出肿瘤的位置及侵犯的范围。吴志强等提出,ERCP 对胆管癌的定位诊断及病因诊断优于 B 超及 CT,尤其是定位诊断。据向

并报道,肝外胆管癌的直接显示率以 ERCP 和 EUS 最高,达 90% 以上。而体外 B 超和 CT 为 61%。若将胆管扩张等间接所见而怀疑胆管癌的病例包括在内,体外 B 超及 CT 的诊断正确率为 91% 和 83%。对直径 20mm 以下的病变,除 ERCP 及 EUS 外,其它诊断方法的直接显示率均低于 50%。

4.2 MRCP 与 ERCP、PTC 的比较 MRCP 在评估肝外胆道肿瘤上具有与 ERCP 相同的诊断价值,且比 ERCP 和 PTC 具有更多的优点。临床上对怀疑有胆管狭窄、梗阻的患者,常需进行 ERCP 或 PTC 检查,ERCP 不仅有诊断作用,还能同时进行活检或介入治疗。但 ERCP 的失败率为 3% ~ 10%,造影不全(胰管或胆管不显影)占 6%,并发症发生率为 1% ~ 7%,病死率为 0.2% ~ 1%,胆道严重梗阻者不宜行 ERCP 检查。PTC 检查的多次穿刺易增加出血及感染等并发症的机会。碘过敏是 ERCP、PTC 的禁忌症。MRCP 检查为非侵袭性的,安全无创伤、无并发症,可反复检查,不用造影剂,无注入造影剂的压力因素影响,MRCP 显示的胆管扩张程度略小于 ERCP。多维成像图像效果

与传统 ERCP 相似,尤其是 MRCP 可以使狭窄或阻塞两侧的胆管树完全显影,并可同时显示十二指肠降部的形态,故 MRCP 提供的影像学信息多于 ERCP。但 MRCP 的空间分辨率不如 ERCP。腹水和肠道积气、积液都影响 MRCP 图像质量,体内有金属内支架者不宜做 MRCP 检查。文献报道 MRCP 的失败率为 4%,造影不全占 1%。因此,在区分良性和恶性病变的敏感性、特异性和准确性上,MRCP 可与 ERCP 相媲美。

总之,如何早期发现及确诊胆管癌,对其治疗和预后有着非常重要的意义。目前国内外学者一致认为,对于梗阻性黄疸的诊断首先应行 B 超或 CT 检查。根据 B 超及 CT 提供的肝内外胆管扩张,胆囊是否增大,来判断梗阻的部位。若同时发现胆管壁呈不规则增厚,胆管腔内有肿物突出而呈不均匀性回声增强,高度怀疑为胆管癌时,再进行 ERCP 检查。若胆管完全梗阻(肝门部胆管癌),可联合采用 ERCP 和 PTC。若不能做 ERCP,ERCP 失败及无介入性治疗时,可行 MRCP 检查。在设备及技术完善的条件下,可行 EUS,对指导治疗及预后有更进一步的帮助。

康复医学与医疗康复

明德玉 郑 华

(泰安市中心医院理疗科,山东 泰安 271000)

康复医学(rehabilitation medicine)属医学应用学范畴。是应用医学方法为康复服务的专业性学科,有其相应的理论基础和功能测评方法。作为独立学科,它有别于其他学科的诊治技能和治疗规范。其根本目的是在于加速人体伤、病、残后的康复进程,预防和减轻功能障碍程度。因此,在伤、病、残发生的早期,只要一般情况允许,即应开始康复治疗。对具有形态和功能残缺的患者,康复医学的重点是放在促进发展代偿功能所必须的

生理过程方面。

医疗康复(medical rehabilitation)属临床医学范畴。是应用临床医学的方法为康复服务的一部分。它的目的在于改善患者肢体或器官的功能、或为以后肢体及器官的功能康复创造条件。就像外科为小儿麻痹后遗症矫形,或为某些骨关节功能障碍患者施行矫形手术,从而使患者功能得到一定程度的改善,并为其以后的功能康复提供条件。又如脑外科医生为脑出血患者除去积血,使

其脑和肢体功能得到改善,并为其以后脑及肢体器官功能最大程度的康复打下基础。还如心外科医师为心衰患者行心脏移植术后,使之获得一定的功能代偿。但无论是同位移植还是异位移植,均失去自主神经支配,要提高心脏功能,还需进行康复治疗。

康复医学与临床医学的关系 从广义的康复医学概念来说,康复医学与临床医学有着不可分割的联系。康复医学是应用医学科学中的专门技术,是使功能障碍者的潜在能力和残存功能得到充分发挥的医学科学体系。临床各科的疾病治疗,都有一个康复的过程,特别是一些破坏性较大的疾病,如截肢、烧伤、脏器或关节置换、以及各种慢性病、难治的疾病都会成度不同地留有各种精神和功能上的障碍。从该意义上讲,可以认为,临床医学的早期或后一阶段,迟早会成为康复医学的治疗部分。实际上,这种广义的康复是难以完成的。

目前,国际上康复医学是狭义的概念,并作为一门独立的科学存在。它主要以人体运动障碍为中心,以及与这个中心密切相关的各种功能障碍,如神经功能障碍、关节功能障碍、语言功能障碍、循环功能障碍、呼吸功能障碍等为研究对象。此类功能障碍是现存的,也可以是潜在的;是可逆的,也可以是不可逆;部分的或完全的。既可与疾病共同存在,也可独立存在或存在于疾病后期。所以,康复医学治疗的主要对象是运动障碍及其相关障碍,而不是医学中的全部对象。而其他障碍如视觉障碍、听觉障碍等亦属此列。临床医学的发展促进了康复医学的发展。同样,康复医学的发展也推动了临床各科的发展。

康复医学与临床医学的区别 临床医学治疗的主要目的是挽救生命、消除病因和逆转疾病的病理过程,并为机体康复创造必要的条件。例如各种药物及手术治疗都是围绕这一目的进行的,但机体如何康复及如何加速康复,只能是被动地、消极地等待机体自发进行。因而可以说,临床医

学具有专一性的特点。而康复医学治疗的主要目的在于主动的、积极的促进机体康复,其重点放在预防继发残损、发展体能、激发潜能、训练患者利用残余功能或应用各种功能辅助装置,以适应新的生活。因此,康复医学具有多科性、广泛性、社会性的特征。患者是否必须进行康复治疗 and 何时开始康复治疗,很难强求一致。但普遍认为,最好在估计出现功能障碍之前就开始康复治疗,即所谓康复预防。临床医学治疗愈合理,则愈有利于康复过程;康复治疗愈在早期进行,就愈可促进机体功能早恢复。

康复医学与临床医学的另一区别,是临床医学主要由临床医师根据病史、体检、必要的实验室检查和影像诊断学依据,对患者作出明确诊断后,由医师开具医嘱,有相关人员执行;而康复医学则不同,通常以综合的、具有专门技能的、多学科协作的小组(team work)的形式解决因各种功能障碍所带来的复杂问题。它由康复医师担任组长(或与临床专科医师共同担任组长),由具有各种专门技术的物理治疗师、作业治疗师、语言治疗师、支具治疗师、心理治疗师、社会工作者以及康复护师等组成,以承担各自不同的任务并完成各自的目标。有些则根据不同系统疾病,如神经系统疾病、心血管系统疾病、骨科疾病等组成康复治疗小组,也可根据实际情况组成专项小组,如脑瘫康复小组、手功能康复小组等。在康复小组中各成员的工作要相互协调,共同完成康复治疗。

康复医学与其他学科的联系 康复医学还与老年医学、运动医学、物理医学、预防医学、心理学、医学生物学工程学、教育学、社会学等有密切的联系,甚至有些学科的有关部分还成为康复医学的一个重要组成部分。

[参考文献]

- [1]周士枋,范振华主编.实用康复医学.南京:东南大学出版社,1998.

异基因造血干细胞移植适应症及相关技术

孙兆刚 滕清良

(泰安市中心医院血液科, 山东 泰安 271000)

造血干细胞具有长久稳定的重建遭致死性放/化疗损害的动物或人类造血和免疫系统的能力。将各造血干细胞这一特性利用于病人(受者),即在放/化疗后输注造血干细胞以重建受者造血和免疫系统来治疗疾病的方法,称为造血干细胞移植。1957年 Thomas 等最先采用骨髓中的干细胞进行移植(骨髓移植),治疗血液疾病。几十年来,骨髓移植一直是造血干细胞移植的主要方式,近十年来,人们发现细胞因子能将骨髓中的干细胞动员至外周血,利用血细胞分离机同样能获得足够量的造血干细胞进行移植(外周血干细胞移植)。而自1988年 Gluckmen 首次采用脐血移植治疗 Fanconi 贫血获得成功以来,脐血移植近年来倍受重视。

近十余年来,国内造血干细胞移植事业获得蓬勃发展。自1964年陆道培成功完成国内首例同基因骨髓移植以后,他又于1981年成功地进行了国内首例异基因骨髓移植。1996年北京医科大学人民医院成功地进行了首例异基因外周血干细胞移植;1998年又率先在国内成功开展了非血缘关系骨髓移植。此外,脐血移植在北京、河南、广州等地均成功地开展起来,泰安市中心医院血液科于2001年也开展了山东省首例脐血移植并成功植活。我国无论在移植病例数还是在移植方式等方面均有较大发展。

1 造血干细胞移植的适应症及疗效

1.1 肿瘤性疾病

1.1.1 急性白血病

80年代以后异基因骨髓移植受者70%以上为白血病患者,急性白血病患者占30%~50%。异基因造血干细胞移植虽带来一定的治疗相关死亡,但由于移植后白血病复发率低,患者总的无病

生存率仍高于化疗。据国际骨髓移植登记组大宗病例资料分析,第一次完全缓解期(CR1)的AML骨髓移植后3年无病生存(DFS)率为50%左右,而单纯化疗者3年DFS仅为18%~27%。因此大多数学者认为异基因骨髓移植为急性白血病的首选治疗。近年来,由于砷剂治疗急性早幼粒细胞白血病(APL)的成功,国内北京医科大学的资料显示砷剂治疗APL疗效优于异基因和自体造血干细胞移植,因而主张造血干细胞移植不作为首选方法。异基因造血干细胞移植的疗效受多种因素的影响,主要包括:(1)移植时机的选择:Barrett分析ALLCR1异基因骨髓移植后5年复发率为 $29 \pm 9\%$,DFS为 $42 \pm 9\%$;第二次完全缓解(CR2)骨髓移植5年复发率为 $52 \pm 8\%$,DFS为 $26 \pm 6\%$ 。因此,对除低危型儿童ALL以外的各类急性白血病,异体造血干细胞移植最好用于CR1或复发早期。低危型儿童ALL单独用化疗治愈率高,造血干细胞移植可作为二线治疗手段;(2)疾病本身的性质:ALL骨髓移植后疗效稍差于AML,而AML各亚型移植后疗效似无明显差异。(3)GVHD发生与否及严重程度:一方面GVHD有抗白血病作用,降低白血病复发率;另一方面GVHD导致一定的移植相关死亡。(4)患者年龄及一般情况:年龄越大,骨髓移植后各种并发症尤其是GVHD可能性大,DFS降低。

1.1.2 慢性髓细胞白血病(CML)

异体造血干细胞移植有可能将CML治愈,实际上亦是目前能根治CML的唯一方法。移植时机以慢性期疗效最佳,DFS可达50%~90%,而于加速期或急变期进行移植者DFS仅10%~30%;即使同是慢性期,诊断成立后1年内移植的疗效又优于1年后移植的疗效。此外,有些学者认为移植前接受羟基脲治疗者术后的DFS优于移植

前接受马利兰治疗者,移植前长期应用干扰素对移植疗效有不良影响。

1.1.3 恶性淋巴瘤

异基因造血干细胞移植是否为淋巴瘤之治疗首先迄今尚有争议。异基因造血干细胞移植虽降低了淋巴瘤术后复发率,但移植相关死亡率较高,因而总的 DSF 与自体造血干细胞移植无明显差别,因此许多学者倾向于对化疗敏感的淋巴瘤患者缓解期自体干细胞移植作为首选治疗,而异基因造血干细胞移植用于难治性或复发病例以及某些具高危复发倾向的淋巴瘤如淋巴原细胞性淋巴瘤、儿童 Burkitts 淋巴瘤。

1.1.4 骨髓增生异常综合征(MDS)

异基因造血干细胞移植有可能将 MDS 治愈,主要用于预期生存时间短、骨髓幼稚细胞比例高或有复杂染色体异常的病例,如 MDS - RAEB, MDS - RAEBT。外周血干细胞移植由于具有造血恢复快、抗白血病作用强等特点,可能比骨髓移植更适合此类病人。

1.1.5 多发性骨髓瘤(MM)

据文献最大宗病例报告难治性或复发 MM 移植后 CR 率可达 43%,这些病人的 4 年 DFS 达 50%。患者在缓解期接受异基因骨髓移植的 3 年 DFS 可达 69%;移植不能使 MM 所致的骨质损害恢复正常。

1.1.6 慢性淋巴细胞白血病(CLL)

骨髓移植能使 50% 以上患者进入 CR 期,但无遗传学证据表明 CLL 克隆消失。

1.2 非肿瘤性疾病

1.2.1 重症再生障碍性贫血(SAA)

非肿瘤性疾病中,SAA 为行异基因骨髓移植最多的病种,DFS 能达 70% 以上。对于年轻尤其是 30 岁以下的 SAA 患者,异体骨髓移植中尤其是同基因骨髓移植无疑为最佳治疗选择。治疗效果与以下因素有关:(1)年龄小,效果好;(2)移植前接受输血少,移植后 DFS 高;(3)采用环孢霉素预防 GVHD 者 DFS 优于单用氨甲喋呤者;(4)单用环磷酰胺作预处理的疗效优于含放疗的预处理。

1.2.2 免疫缺陷病

先天免疫缺陷病如重症联合免疫缺陷病、Wiskott - Aldrich 综合征及 Chediak - Higashi 综合征等均可通过异基因骨髓移植而获治愈。据欧洲骨髓移植登记组资料,HLA 完全相合的异基因骨髓移植成功率高达 75% ~ 90%。去 T 细胞骨髓

移植的成功大大拓宽了患者手术的可能性。

1.2.3 海洋性贫血及镰形细胞贫血

文献报告最大一组海洋性贫血病例(222 例),采用环磷酰胺(CY)加马利兰(BU)预处理继以 HLA 相合的异基因骨髓移植,DFS 达 75%,以无肝大及门脉纤维化形成患者的疗效最佳。

1.2.4 其他如骨硬化病和某些代谢产物蓄积病,亦可通过骨髓移植阻止病情发展,减轻症状和改善全身一般健康。

2 造血干细胞来源及移植时机的选择

近十年来造血干细胞移植的重要进展之一是造血干细胞来源的多元化。对异体造血干细胞移植,干细胞有以下四种来源:①同基因;②同胞或家庭成员;③非血缘关系自愿供者及;④脐带血。除脐血外,造血干细胞可取自骨髓或外周血。对于每个个体,何种来源的干细胞最佳,迄今仍为异体干细胞移植最难的决定之一。选择原则为:①来源的可能性;②疾病的种类。

2.1 同基因移植

不到 1% 的病人可找到同基因供者。由于同基因供者与受者遗传基因完全一致,不存在免疫屏障,故移植的安全性高、移植后生活质量高,所以,任何时候,只要有同基因供者来源和适应症,此种移植方式都应作为首选。

2.2 异基因移植

异基因移植的最佳供者是 HLA 基因型相合的同胞。同胞 HLA 基因相同可通过三个 HLA 抗原 - HLA - A、B、DR 的检测得以证实。HLA 半相合型供者(父母、同胞、子女)移植的 GVHD 发病率、排斥率等均极高,移植相关死亡率高,不能常规作为合适的供者;但对于肿瘤性疾病,若 HLA 单倍型相合的供受者在基因型不同的 HLA 单倍体 HLA - A、B、DR 中有 2 - 3 个点表型相同,则总体生存率与 HLA 基因型完全相同的移植疗效相当,可作为供者。

2.3 非血缘关系自愿供者

对无合适 HLA 相合同胞或家庭成员的病人,HLA 相合的非血缘关系志愿供髓者是造血干细胞移植的选择。美国的国立骨髓库登记在册的志愿捐髓者已达 250 万人;华人最大的骨髓库在台湾。已有 23 万人登记。此外,香港及国内均有规模较小的骨髓库。CML 仍是目前行 UBMT 最多的病种。

2.4 脐血是造血干细胞来源的另一个选择

目前美国纽约脐带血中心为最大的脐血库,已储备脐血 7000 多份;日本的脐血库也达 2000 多份。国内也正积极建脐血库,最大的库为北京医科大学血液病研究所建立的脐血库及鲁能投资建立的山东省脐血库。目前储备已近万份。首例脐血移植于 1988 年 Gluckman 在一例 Fanconi 病例上获得成功,此后应用同胞或非血缘关系脐血移植病例逐年增多。主要病例集中于儿童。同骨髓移植相比,脐血移植 GVHD 发生率较低,但造血恢复较慢。据欧洲脐血移植中心对 102 例同胞间患者脐血移植的资料表明;II 度以上急性 GVHD 发生率为 $24 \pm 4\%$, HLA 相合程度是影响 GVHD 发生率的主要因素;HLA 相合急性 GVHD 为 9%,而 HLA 不合 GVHD 发生率为 50%;对非血缘关系脐血移植,Robinstein 分析了 399 例病例,II-IV 急性 GVHD 发生率为 44%,但 Robinstein 认为严重 GVHD 发生率与 HLA 位点不相合数目无明显关系,而与年龄(>12 和 <12 岁)以及实施移植的中心(美国以及美国以外的国家)明显相关。成人脐血移植的病例数目较少。脐血移植的长期疗效尚待进一步观察。

移植仅是许多白血病的治疗手段之一。因此,很多时候我们面临的选择是:是否需要选择干细胞移植这种治疗手段,是选择异体造血干细胞移植还是自体造血干细胞移植。例如对于 CML 病人,异体造血干细胞移植是目前根治本病的唯一方法;而对于高度恶性淋巴瘤,自体与异体干细胞均可作为干细胞移植来源,决定选择何种方式移植以及是否需立即进行移植则是一个有争议的问题。因此需要据病人的年龄、危险因素、肿瘤的治疗过程等多种因素进行个体评估,方能做出选择。还有,即使确定了选用移植以及移植方式,何时进行移植最佳也是一个争议颇多的问题。对于 CML 病人,HLA 相合同胞异基因移植若在诊断后的一年内进行,疗效明显好于一年后进行的移植,因此对于年轻病人,推迟移植时间会降低成功率,增加治疗费用;但若无 HLA 相合同胞供者,非血缘关系移植的利弊要通盘考虑。对于年轻病人或干扰素治疗无效的病人,应尽早进行非血缘关系骨髓移植;对于年龄较大的病人(有人认为是 40 岁以上),由于非血缘关系骨髓移植相关死亡率及合并症均较高,因此必须慎重,有学者认

为只有进入加速期方可考虑 UBMT。对于急性白血病化疗次数越少,移植相关合并症越少,但化疗次数太少,移植后复发率可能较高。因此对于异基因造血干细胞移植,宜 CR 后 2-3 疗程巩固化疗后进行;MDS 应尽早进行 HLA 相合异体造血干细胞移植治疗。

关于干细胞取自骨髓抑或外周血的选择:1989 年自 Sweenberg 首先成功完成首例异基因外周血干细胞移植以来,由于外周血干细胞具有取干细胞简单方便,病人易于接受,造血恢复快等优势,近年应用病例有上升趋势。但由于外周血本身的一些问题,如 CMV 疾病发生率升高,至少在现阶段不宜完全取代骨髓移植(二者的优缺点见下表)。一般说来,对于常规条件病例,仍应首选骨髓移植,而对于有复发高危因素的病人 PBSCT 可作为首选。

另外是否有必要进行体外去除 T 细胞?去 T 细胞的好处是可降低 GVHD 发生率,但复发率上升,植活及免疫重建延迟,CMV 感染发生率上升。因此对于异基因造血干细胞移植是否需要去 T 细胞仍未能很好的确定。但以下几点比较肯定:CML 去 T 细胞后易复发,不宜进行去 T 细胞;难治性白血病或 MDS 病人不宜进行去 T 细胞的干细胞移植。相反对一些只有去 T 细胞后方可耐受的病人如 HLA 多位点不合,非肿瘤性疾病病人若能获足够的干细胞数量以保证植活,可考虑体外去除 T 细胞。

3 造血干细胞供者的选择与 HLA 配型

现在免疫学已证实介导移植相关免疫的是位于第 6 号染色体短臂上的“主要组织相容性基因组”(MHC),在人类亦称“人类白细胞抗原系统”(HLA),HLA-I、II 类抗原与移植免疫关系最密切。人类 MHC 由二条单倍体组成,其等位基因通常是以完整的单倍体遗传而非个体等位基因遗传,即连锁遗传,因此,亲兄弟姐妹间 HLA 完全一致的可能性约 25%。HLA-I 类抗原包括 HLA-A、B、C 位点,II 类抗原包括 HLA-DR、DP、DQ 位点。HLA 具有高度多态性,为降低移植免疫反应,移植前必须选择 HLA 相同的亲兄弟姐妹供者,约 30% 白血病患者可找到 HLA 完全相合同胞供者。当 HLA 相合的兄弟姐妹供者不存在时,尚可通过以下二条途径寻找供者。

异基因外周血干细胞移植与骨髓移植的比较

项目	骨髓移植	外周造血干细胞移植
采集	需麻醉,采集较麻烦	不需麻醉,采集较简单
造血恢复	快	慢
ABO 血型不合的处理	需处理	不需处理
急性 GVHD	两者无明显差别	两者无明显差别
慢性 GVHD	较轻,生活质量好	重,发生率高,影响生活质量
抗白血病作用	弱	强
CMV 感染	少	多
免疫性合并症	少	多
总体评估	两者无明显差别	两者无明显差别

3.1 血缘无关供者:

能否寻找到 HLA 相合的血缘无关供者与以下几点有关:(1)志愿骨髓库的大小,志愿库越大,可能性越大;(2)受者 HLA 单倍体表型;例如一个约 10 万人的志愿库,人群常见 HLA 单倍体表型受者找到合适供者的可能性为 90%;而人群少见表型受者找到合适供者的可能性不到 10%;(3)患者的原发病临床情况;慢性期 CML 患者一般情况好,有充分的时间找到血缘无关供者,因而找到血缘无关供者的机会高于急性白血病及 SAA 患者。

3.2 位点部分相合的亲属供者:

约 10% 的患者可找到 HLA 一位点不合的亲属供者。HLA 一位点不合的亲属造血干细胞移

植后, GVHD 和排斥率有所上升,但总的 DFS 与 HLA 相合的兄弟姐妹造血干细胞移植无显著差异。HLA 二位点以上不合亲属供者造血干细胞移植后的 GVHD 和排斥率均明显上升,总的 DFS 明显下降,不宜作为常规造血干细胞移植方法进行。

与传统的血清学方法相比,分子生物学方法的 HLA 分析能够直接检测 HLA 基因分子,能避免血清学方法的 HLA“空白”,也能区分血清学方法无法区别的亚型。而 HLA 亚型的不合同样会影响移植疗效。这些方法去可作为兄弟姐妹造血干细胞移植配型的重要补充,对无关供者 HLA 配型尤有重要意义。

综合性医院抑郁障碍的识别及治疗

周华琳 王清芳

(泰安市中心医院心理门诊,山东 泰安 271000)

1 概述

以往的医学实践多数是以“疾病为中心”,现

代医学则提倡“以人为本”,“以病人为中心”。医学服务的对象是有思想有情感的人,每个人都会生老病死,但对疾病、衰老与死亡却各有不同的心理反应。精神因素密切影响着疾病的发生、发展,

而疾病本身又可引发精神障碍,临床医生在诊治患者的过程中,应关注患者的心理反应,才能有利于使患者的心理与躯体一样得到康复。2002年全国第三次精神卫生工作会议资料显示:在综合性医院及各类基层卫生保健机构中,有25-40%的患者有心理问题或伴有心理问题^[1]。97年世界精神卫生年会的调查显示,在综合性医院中抑郁障碍的患病率门诊病人为9-20%,住院病人为22-33%。WHO多中心合作研究资料显示15个国家或地区的内科医生对抑郁的识别率平均为55.6%,中国上海内科医生对抑郁的识别率仅为21%,远低于国外的平均水平^[2]。近年来大量研究证实,抑郁障碍是一种高患病率、高复发率、高疾病负担率及高自杀率的精神疾患^[3]。由于综合性医院大多数医务人员在学校教育和继续教育中都没有机会接受精神卫生知识和技能培训,对精神疾病和心理问题的识别和处理能力还较低^[1]。因此,在综合性医院加强精神卫生知识的宣传和了解,将有助于提高医疗水平及服务质量。

2 综合性医院抑郁障碍的临床特点及识别

抑郁是一种不愉快的情绪体验,可以表现为从轻度的缺少愉快感到严重的绝望、自杀。核心症状是丧失感,如兴趣、快乐、动机、自信心等均不同程度的下降或完全丧失^[4]。临床表现为情绪低沉、兴趣索然、精力下降、疲乏无力、思维迟缓,活动减少、不愿出门、不愿见人、自觉不如人、悲观厌世、甚至自杀,心烦意乱、坐立不安、易发脾气。抑郁发作时常伴有明显的躯体方面的各种症状,如头痛、头晕、心慌、胸闷、憋气、食欲下降、便秘、消瘦、四肢肌肉疼痛、发抖、出汗等。抑郁症按病因分类可分为原发性/继发性,按程度分类可分为轻度/中度/重度。

由于受中国传统文化的影响,当抑郁情绪来临时人们大多不愿向他人诉说,更不愿求助心理医生,而是将不良情绪压抑下来,只有当躯体症状出现时人们才会去求医。在求医的过程中,他们向各科医生反复诉说的是躯体的各种不适感,而不是抑郁情绪,这是造成综合性医院各科医生对抑郁障碍识别率低的原因之一。有统计资料显示,在综合性医院的临床各科中,抑郁症病人诉说的最为常见的躯体症状是:食欲下降(67.7%)、人

睡困难或早醒(66.1%)、胸闷(58.3%)、心慌(54.6%)、疲乏无力(48.6%)。香港中文大学的研究发现,香港抑郁病人的临床就诊主诉表现与西方病人完全不一样,最常见的三个主诉症状表现为疲乏(90%)、疼痛(89%)和胃肠道/心血管症状(87%)^[5]。据一项国家权威机构调查发现,在综合医院中三分之一是单纯的躯体疾病,三分之一是单纯的心理疾病,三分之一是躯体疾病伴发的心理疾病。1997年世界精神卫生年会资料显示,综合性医院不同疾病伴发抑郁的比例:脑血管意外20-40%,冠心病40%,心肌梗塞45%,高血压20%,恶性肿瘤42%,肾病透析18-53%,糖尿病33%,以上资料显示综合性医院里存在大量的抑郁病人。因此,当面临患者反复求医,且各项医学检查均无明显器质性改变时,应考虑是否为抑郁障碍?当躯体疾病经过系统规范治疗后,病情仍无明显改善或加重时,亦应考虑是否伴发抑郁障碍?

3 综合性医院抑郁障碍的治疗

临床医学治疗疾病的方法不外两种:一种是躯体治疗,主要有药物、手术或其它理化和生物学的方法;另一种是心理治疗。心理治疗是应用心理学的方法来治疗病人的心理问题,是针对情绪问题的一种治疗方法^[6]。心理治疗可分为两类:一般性心理治疗和特殊性心理治疗。一般性心理治疗是指每一位关心病人疾苦的医生,在临床工作中都可采用的治疗方法,它不以任何特殊的学说为根据或理论指导^[7],它不需花费单独的治疗时间,在诊疗的过程中便可完成。鉴于综合性医院的抑郁病人大部分是轻度抑郁或躯体疾病伴发的抑郁,为此大多不需要选择特殊的心理治疗方法,一般性心理治疗较为合适。医患关系是一种特殊的人际关系,一般性心理治疗是一种特殊人际关系的相互作用,建立良好的医患关系是一般性心理疗法的主要内容,医生在医患关系中起主导作用。研究表明,只有50-70%的患者会遵从医生的治疗方案,而30-50%的病人不取药或取药后服用几次便自行放弃,大部分不配合治疗的重要原因是没有建立起良好的医患关系^[8]。由于抑郁障碍的患者长期遭受精神及躯体疾病的双重折磨,求治欲望更加强烈,故他们十有八九反复求

医,频繁更换药物,致使病情迁延难愈。在心理治疗的过程中,临床各科医生应学会认真倾听,但不要过多的卷入与患者探讨抑郁的根源中,我们只需多几分耐心,多几分同情,多几分尊重,多几分关爱,多几分解释,就可以大大提高患者对医生的信任,就能够提高患者对治疗的依从性(接受医生的指导及治疗方案)。当患者乐于接受医生的治疗方法后,一般性心理疗法的目的便可达到,临床疗效也会因此而提高。

临床各科医生正确使用抗抑郁剂是治疗抑郁症的另一重要因素。目前临床常用的抗抑郁剂有传统的三环类(TCAs)及新型的选择性五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)^[4]。TCAs类的优点是价格便宜,但毒副反应大;SSRIs类的优点是毒副反应小,安全性大,但价格偏高。TCAs类常用的药物有:多塞平,阿米替林,米帕明,氯米帕明等,常规治疗量50-200mg/日,分三次服用。SSRIs类的有氟西汀,帕罗西汀,舍曲林,氟伏沙明,西酞普兰,常规治疗量20-40mg/日,每日一次服用。临床应用时要掌握几点:1.首次治疗要从小剂量

开始,一周后再增至常规量,老人或躯体疾病伴发抑郁的病人使用时更应慎重;2.抑郁伴明显焦虑的患者不宜使用氟西汀,抑郁伴强迫、恐惧的患者使用帕罗西汀效果较好;3.老年人使用西酞普兰较安全,16岁以下不宜使用抗抑郁剂。

[参考文献]

- [1]殷大奎.全国第三次精神卫生工作会议报告.中国心理卫生杂志,2002,16卷(1):7.
- [2]黄顺伟.综合医院血液病患者抑郁的研究.中国行为医学科学,2003,12卷(1):166.
- [3]张明园.21世纪中国精神医学的思考.上海精神医学,2000,12:1-2.
- [4]郝伟.精神病学,(第四版)北京:人民卫生出版社,2001:124.
- [5]季建林.抑郁症躯体症状及相关因素分析.中国心理卫生杂志,2002,16卷(9):607.
- [6]钱铭怡.心理咨询与心理治疗,北京:北京大学出版社,1994:3.
- [7]许又新.神经症,北京:人民卫生出版社,1993:223.
- [8]徐俊冕.医学心理学,(第二版),上海:上海医科大学出版,1996:58.

老年人的医疗保健与健康

张原莉 董健 苏琳

(泰安市中心医院老年病房,山东泰安 271000)

随着人口的老龄化,必然会带来老年人口的卫生保健问题,精神卫生即其中之一。老年人医疗保健的需求增长速度与医学资源配置的动态调整不协调,近几年来比较重视老年人的保健及健康、长寿,保健措施有以下几点。

1 保健措施

充分认识老年流行病学在老年医学中的地位和作用。加强老年人常见病调查,做好三级预防,不断降低老年常见病的发病率、病残率和死亡率,提高生活质量。建立和完善老年人群的预防、医

疗、保健、康复、健康教育一体化的卫生保健体系。老年疾病的诊疗向整体性发展。老年病的防治向专业化发展。开设老年医院、老年病科、老年门诊、托老所等。加强培训老年病专科医生,使其具备预防、保健、医疗、康复等多方面的知识技能,为老年人提供高质量全方位的医疗、家庭及社会服务。开发和整理祖国传统医学中“养生长寿”的精髓,探索和创造一套中西医结合,适合老年人特点,又深受老年人欢迎的疾病防治和健康,促进的方法和模式,为世界老年医学的发展做出中国人的贡献。

2 关于老年人的寿命问题

自然寿限推算方法有以人的生长期的5~7倍,性成熟期的8~10倍,及胚胎细胞、分裂次数和周期来估算的比较公认的是120岁左右。美国发育生物家Rose认为人类应当能够延缓衰老,称抗衰老是对人体众多生化进程的调控。Hdyflick认为社会和生物医学的进步可以使人们更健康长寿,延缓衰老或抗衰老的科学内涵应着眼于提高人们生命质量/生活质量,即提高人们的活力。

3 关于老年医学问题

在老年临床方面应贯彻预防胜于治疗的思想,有计划地动态监测健康信息,防患于未然,减少合并症与并发症,防治重点应放在老年心脑血管病、感染性疾病、肿瘤、糖尿病、骨、肌肉、关节疾病、视力及听力方面的疾病以及前列腺病,抑郁症、痴呆、失眠及肥胖等常见病方面。改善老年人卫生行为,包括合理膳食/营养的指导,戒烟少酒,注意工作和家庭中的安全性,适当的体力活动,精神卫生及合理应用中西药等。

4 关于老年人疾病的举例说明

4.1 前列腺疾病 前列腺增生是老年人的

疾病,其组织学发病率50岁为50%,60岁为60%,70岁为70%,80岁以上则由80%,逐渐达到100%,当然,发生临床症状的没有这么高,近几年我国前列腺增生发病率迅速增加,关键是及时诊断,根据病情早期采取措施以解除患者痛苦及严重合并症的发生,此病饮食结构很重要,低脂(特别是动物脂肪)、低肉(特别是红肉类)、大豆类食品高、蔬菜量高、高纤维素、饮料以茶为主。

4.2 老年抑郁症 目前老年人的抑郁症患病率不断上升,故引起我们的高度关注。老年人抑郁症的表现不像青壮年那样有典型的“三低症状”,而是以焦虑—抑郁的混合状态为多,同时伴有较多的躯体主诉和自主神经系统症状,出现了较复杂的临床相。有些老年患者抑郁情绪不太明显,而是以心境不良,兴趣下降和不乐于参加活动为主。因此,有相当例数的抑郁症患者未被识别,这些都是影响或延误治疗时机的因素。因为抑郁症反复发作,无论从预防复发角度还是从康复训练过程来讲,要让老年抑郁患者保持较好的生活质量和社交功能,防止精神残疾,这些都是老年保健的重要内容,在治疗方面,西药已取得了肯定的效果,但长期服用会有一些不良反应,有的新药价格昂贵,应研发切实有效的中医药,将为抑郁症开拓新的治疗途径。

防治“非典”合剂的制备

谷红霞 楚贻华 王传杰

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

预防和防治“非典”,是目前万众瞩目的焦点之一,在以预防为主的医疗措施下,我院也积极、有效的投入到与“非典”疫情的战斗中,按照因时、因地、因人治宜的原则,我们从国家中医药管理局公布的处方①中选出一张处方制备成合剂,供广大民众防治之用。现将有关资料介绍如下:

1 一般资料

1.1 处方组成:双花10克 贯众6克 黄芪10克 沙参10克 防风10克 白术6克 藿香6克 苍术6克

制得药液250毫升/瓶

1.2 制备方法:除藿香外,把按处方称取、核对好的原料倒入提取锅中,加水淹没饮片,浸泡30分钟,常压煎煮2次,温度是100℃,压力0.1Mpa,时间分别是1小时和40分钟,注意藿香后下,合并提取药液,常压浓缩制适量时停止加热,静置冷藏12小时后虹吸上清液,用滤布+滤纸作滤材,经0.2Kpa的压滤机过滤,得到滤液,用纯化水调整至规定量,合格后,灌装封口,最后流通蒸汽灭菌,条件是100℃,40分钟。

1.3 工艺流程:浸泡→煎煮→过滤→药渣煎煮→过滤(药渣弃掉)→合并两次滤液→浓缩→精滤→灌装→灭菌→贴签。

2 使用说明

2.1 功效主治:健脾益气,化湿解毒。主要用于对“非典”病的预防和辅助治疗,适用于18~60岁的易感人群。

2.2 用法用量:口服。一天两次,一次125毫升,连服3~5日。

2.3 注意事项:服用后如有不适,立即停药。本品为棕褐色的液体。如出现变色、浑浊、崩盖,应禁止服用。

3 讨论

祖国医学认为:疾病的发生,不仅取决于病邪,而且也取决于人体抗病邪的能力。既所谓“邪之所凑,其气必虚。正气存内,邪不可干”本方也是以扶正祛邪,增强体质为原则的,方中双花、贯众为主,是治疗温热病的首选药,现代药理研究表明,二药对病毒均有较强的抑制作用^②,而白术、黄芪、防风、是玉屏风散的组分,可益气、固表、止汗,对体虚易感者,可提高扶正固本,逐邪外出的能力。而藿香、苍术,化湿健脾,芳香避秽,民间的老百姓也有在春夏季食用藿香解毒化浊的生活习惯,共为辅助药。佐药沙参,可养阴润肺,对干咳、少痰,咽喉干燥有效,起佐助作用;另于上药为伍,可制约白术、黄芪、防风、苍术、藿香的燥烈之性,起佐制作用。全方配伍健脾益气,化湿解毒。适当服用该药,有助预防“非典”。

现在市面上防治“非典”的药鱼目混珠,劝广大人民群众提高警惕切忌盲从,购买有注册批号的合格药品,或在医生的指导下服用。如果道听途说,跟风买药,有可能适得其反产生不良反应。

· 经验交流 ·

自拟肝炎合剂治疗急性病毒性 肝炎 268 例报告

张玉臣 肖德明 封 扬 高德勇 赵正华

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

近5年来,我们采用自拟中药肝炎合剂治疗病毒性肝炎268例,疗效显著,现报告如下:

1 临床资料

本文508例急性病毒性肝炎患者,男419例,女89例,年龄8~56岁,平均31.2岁;病程5~21

天。HBsAg(+)162例,HBV + DNA(+)147例。随机分为两组,治疗组268例,对照组240例,两组临床资料基本相似,具有可比性。

2 治疗方法

治疗组常规补充维生素、静滴能量合剂,应用

自拟肝炎合剂,方剂为茵陈 30g、栀子 12g、郁金 12g、丹参 30g、陈皮 12g、茯苓 10g、黄芩 10g、黄柏 12g、焦三仙各 12g、甘草 6g。转氨酶升高伴厌油欲呕者加鸡内金 10g、竹茹 10g;胆红素增高加金钱草 20g、海金沙 20g、赤芍 12g、大黄 6g;肝区疼痛加元胡 10g、延胡索 12g,每日 1 剂,煎 300ml 分两次口服,14 天为一疗程。对照组常规口服肝太乐、益肝灵,补充维生素,静滴能量合剂。

3 疗效

治疗两个疗程后判定疗效。治疗组治愈(主要症状消失,黄疸消退,复查肝功能 2 次正常)210 例;好转:(主要症状消失或明显好转,但 ALT 仍高于正常值)29 例;无效(疗程结束后,症状体征无改善,ALT 下降不明显或增高)29 例,总有效率为 89.2%;对照组分别治愈 151 例、好转 30 例,总有效率 63.0%。两组比较,有显著性差异。

4 讨论

急性病毒性肝炎发病机理复杂,中医认为,急

性黄疸型肝炎多属“阳黄”,急性无黄疸型肝炎属“胁痛”、“肝郁”等范畴,多由于饮食不洁,湿热之邪外侵。损伤脾胃,而致脾胃功能不和,脾虚不能健运,湿气不能发泄则郁蒸而生热,黄疸加深即出现色泽鲜明的阳黄;素体阳虚生寒、湿从寒化、淤阻血脉、胆汁不能循其常道而溢于肌肤,则发为阴黄。本文自拟肝炎合剂中茵陈、栀子、郁金清热利湿,退黄治疸;茯苓利水渗湿,又可补脾宁心;丹参活血去瘀,促进肝细胞再生,降低血清转氨酶;黄芩、黄柏清热除湿,通利小便,泻三焦之火;焦三仙消食健脾,活血散瘀;甘草调和诸药,和中解毒。全方具有清热利湿,护肝利胆,化湿退黄,健脾和胃之功效。据实践证明,本文疗法可抑制肝炎病毒复制,缩短病程,消除临床症状,经多年应用无发生不良反应者。

髂内动脉介入栓塞术治疗产后大出血 1 例

赵广俊 刘学军 李钦文

(泰安市中心医院妇产科,山东 泰安 271000)

1 资料与方法

患者 32 岁,孕 3 产 1 流 1,住院号 423543,因停经 32⁺3 周,腹痛伴阴道流血 6 小时,头晕眼花 1 小时,于 1999 年 8 月 10 日入院。查体:贫血貌,血压 10/6 kPa,10 分钟后升至 21/14 kPa,宫高 28cm,腹围 93cm,未闻及胎心音,子宫不放松,宫体压痛明显,水肿 III°,尿蛋白(++++)。诊断:①妊高症~重度;②胎盘早剥~重型;③死胎。即刻在硬膜外麻醉下于 1999 年 8 月 10 日 6Am 行

子宫下段剖宫取胎术,娩出一死女婴;胎盘 4/5 早剥;子宫右侧壁见有散在紫蓝色斑点;宫腔积血 800ml;宫缩好;术中出血 200ml。术毕未出手术室按压子宫流出血液 300ml,刀口亦有渗血,均不凝固,术中输全血 400ml,急查凝血酶原时间(PT)18.8S(正常对照 13.1 ± 1.1S),激活的部分凝血活酶时间(APTT)40.5S(对照 24 ~ 34.7S),纤维蛋白原(Fb)0.6g/l(对照 2.2 ~ 4.2g/l),3P 试验阴性,PC 122 × 10⁹/l, HGB 91g/l,静注立止血,6-氨基乙酸不见效。8 Am 在硬膜外麻醉下行第二次开腹术,

腹腔内有不凝血 200ml, 子宫切口渗血, 浆膜层布满紫蓝色斑点, 次全切除子宫, 术中血压 23 ~ 24/11 ~ 14kPa, 渗血 400ml, 输血 800ml, 术后送 ICU 病房监护, 继续输液、输血。降压等治疗, 4 pm 患者觉口渴, 面色苍白, 尿少, 输鲜血 800ml, 8 pm 血压突然下降至 10/6 kPa, B 超示腹腔内有液性暗区, 复查 PT13.5 S(正常对照 13.1 ± 1.1 S), APTT 31 S(对照 24 ~ 34.7S), Fb0.5g/l(对照 2.2 ~ 4.2g/l), 3p 试验(-), RBC1.76 × 10¹²/l, HGB 58g/l, PC 111 × 10⁹/l, 尿蛋白(++), 考虑内出血。当日 9 pm 在全麻下行第三次开腹探查术, 腹壁切口渗血, 腹腔内游离血液 2500ml, 子宫残端广泛性渗血, 经缝扎, 放明胶海绵、压迫等处理后止血, 本次术中术后输血 2000ml。

2 结果

自第一次术后 24 小时内尿量 450ml, 出现心慌, 全身水肿, 心率 120 次/分, BUN12.12mmol/l, Cr 330 umol/l。诊心肾功能不全, 经控制液体输入量、强心利尿等处理, 心衰被纠正。

8月11日5pm, 腹胀明显, B超示腹腔内又有不规则液性暗区, 考虑又系内出血, 约1000余ml, 已用新鲜冰冻血浆, 抗纤溶药物治疗仍无效。15小时内已连续开腹三次, 均未有效控制出血,

失血总量约 6500ml, 决定于当日 8 pm 采取经皮行右股动脉内插入 5 FComa 介入导管分别选择双髂内动脉行 DSA 检查, 用 35 ~ 5 ~ 5 钢圈栓塞后控制了出血。术后无不适感, 刀口拆线愈合良好, 因肾衰血液透析 10 次, 共计输血 5600ml, 住院 34 天, 痊愈出院。

3 讨论

产后大出血是产科的常见病, 传统的保守治疗, 一般情况下可止血。而顽固性的大出血, 即使是子宫切除或髂内动脉结扎往往也难以奏效, 本例正如此, 多次的手术治疗效果均不好, 而采用髂内动脉栓塞后止住了出血。此种治疗方法是有选择地将出血动脉从未梢处开始栓塞至主干, 闭锁整个动脉腔, 即使有其他交通支也无大量血液通过髂内动脉向其供血, 从而有效地控制出血。栓塞的目的只不过是栓塞到末梢动脉, 不栓塞毛细血管前动脉及毛细血管床, 通过其他交通支可获得该部位的血液供应, 不致出现组织坏死。

该方法与开腹手术相比, 具有损伤小, 时间短, 恢复快, 副作用小, 无盆腔组织缺血坏死等优点。凡遇各种原因引起的产后大出血, 以保守治疗无效时, 有条件者, 可首先考虑此方法治疗, 不仅保留了子宫, 也保留了子宫的内分泌功能。

原位阑尾经脐为输出道的 可控性膀胱术

郝树铭 聂卫星 陈峰 赵永伟

(泰安市中心医院泌尿外科, 山东泰安 271000)

为提高膀胱全切术后的外形, 提高控制尿液的功能, 保持男性患者的性功能, 提高病人的接受力, 2000年10月我们为一例49岁男性膀胱癌患者膀胱全切后行原位阑尾经脐为输出道的可控性回结肠膀胱术。

1 手术方法

平卧位, 下腹部正中绕脐左侧切口, 腹腔探查正常后分离膀胱顶部、侧部和底部上段, 切断输尿管后改逆行分离膀胱颈部和前列腺部分包膜, 保

留尖部包膜以保护勃起神经,切除膀胱和部分前列腺包膜及增生前列腺,缝合前列腺包膜关闭后尿道口。回肠末端10cm处和盲升结肠20cm处横断,庆大霉素16万+生理盐水150ml灌入代膀胱结肠内。将回肠与结肠端端吻合恢复肠道连续性。保护阑尾系膜及血管,切除阑尾末端保留5cm,生理盐水清洁冲洗代膀胱时测压达58cmH₂O。阑尾末端开口无漏液,可吸收线缝合回肠和结肠切口,将两侧输尿管与回肠吻合,输尿管内插入双J管与代膀胱结肠腹壁造瘘管丝线连接。在脐内环形切除表皮直径约1.0cm,打孔进入腹腔,自腹腔引出阑尾后插入F12# Foley尿管达结肠腔内保留,阑尾末端开口与脐内造口吻合,阑尾和盲升结肠与腹壁固定。术后常规冲洗代膀胱,2周后拔除阑尾腔内导尿管,3周后拔除代膀胱造瘘管和两侧输尿管内双J支架管。指导患者学会导尿技术。

患者术后36天出院,连续随访32个月,自插尿管方便易行,无漏尿,无尿路感染,无肾积水,尿液和血生化检查正常,术后3—4个月性功能恢复正常。

2 讨论

非可控性膀胱外形差,尿液渗漏多见,患者思想负担重不易接受。可控性膀胱是患者易接受的术式,原位阑尾经脐为输出道的可控性膀胱术式其造口隐藏,患者更易接受。阑尾瓣具有括约肌和单向功能,是可控性尿流改道术中输出道的理想选择。1980年Mitrofanoff成功应用了阑尾可控性膀胱术,后来这一术式已被许多学者采用和改良,如切断阑尾基部倒转180度法,原位阑尾根部套叠法,原位阑尾根部+包埋法,原位阑尾根不包

埋法。阑尾组织脆、管腔小,阑尾包埋后由于周围组织压迫,阑尾盲肠间角度改变可造成插管困难和损伤,由于包埋阑尾需要较长者,如此可减少应用者,近年来多选用原位阑尾输出道^[1,2,3,4,5]。本例应用原位阑尾不经包埋做输出道,术后无狭窄,无尿液渗漏,插导尿管容易。

末段回肠是机体吸收营养物质的重要部位。过多的使用回肠会影响营养吸收,会导致电解质紊乱,如高氯性酸中毒^[4]。本例应用10cm回肠,回盲瓣可预防输尿管尿液逆流,减轻输尿管上翻弯曲致输尿管梗阻。术后患者身体健康,营养好,无电解质紊乱。

膀胱全切后性功能的保存是重要问题。勃起神经离开盆腔神经丛后行走前列腺侧后方,在前列腺尖部距离3~4mm,将前列腺全切除易损伤勃起神经而导致阳痿。本例紧贴前列腺包膜分离,并保留前列腺尖部包膜,而保护了勃起神经,使患者保留了正常性功能,使患者神经负担减轻,夫妻恩爱,家庭幸福。

本例手术操作简要,并发症少,可控性好,造口隐蔽,性功能正常。

[参考文献]

- [1]秦万长,石益民,杨渝等. 阑尾原位脐部造口的可控性回结肠膀胱术. 中华外科杂志,1998,36:98-100.
- [2]井汉国,霍立志,闫会秋等. 阑尾经脐造口可控盲升结肠膀胱术. 山东医药,2003,43(9):38-39.
- [3]周祥福,梅骅,陈凌武等. 原位阑尾输出道脐部造口术20例报告. 中华泌尿外科杂志,2000,21(10):617.
- [4]苟欣,肖明朝,何梓铭. 原位阑尾输出道的改良Indiana膀胱术. 中华泌尿外科杂志,2000,21(6):356-357.
- [5]戴宇平,郑克立,肖元峰. 回结肠可控膀胱阑尾原位腹壁造口术(附11例报告). 中华泌尿外科杂志,1993,14:183

间接失活剂治疗乳牙牙髓病 20 例

朱玉莲 王艳春 张明宾

(泰安市中心医院口腔科, 山东 泰安 271000)

作者采用间接封失活剂(三氧化二砷)治疗乳牙牙髓病人 20 例, 效果显著。20 例均为牙髓炎及冠髓部分坏死的牙髓病, 其中 8 例为男性, 12 例为女性, 年龄 2.5 - 11 岁。方法: 以刮匙在龋洞髓角处, 去除腐质, 即软化牙本质, 在近髓角处, 放置失活剂, 用氧化锌粘剂暂封, 如急性牙髓炎准备止痛药隔日复诊, 取出失活剂, 开髓揭髓顶, 做干髓治疗, 如有疼痛再封常用量 2/3 的失活剂, 次日复诊。结果: 20 例中有 16 例首次复诊, 开髓后冠髓深部探诊无痛觉, 即刻揭髓顶切冠髓, 做干髓术。其中 14 例首次开髓无痛, 但冠髓深部仍有探

痛, 进行第二次放失活剂。有 3 例, 如间接放失活剂出现剧烈的疼痛在麻醉下开髓。作者分析: 采用间接放失活剂, 保持使治疗操作基本无痛状态下进行。解除了患儿的痛苦, 又避免了对注射麻药开髓的恐惧感, 使有的不合作患儿牙髓顺利进行, 三氧化二砷失活剂有很强的渗透力, 可通过软化牙本质或牙本质小管, 进入髓角表面使之失活。但由于各病例龋洞底与髓角的牙本质的厚度不一致, 牙髓炎症程度不同, 使有的病儿失活显著性也不同。

腹腔镜逆行阑尾切除术 108 例

崔刚 丁桂兰 靳常海 刘君 阴冠程

(泰安市中心医院普外科, 山东 泰安 271000)

1996 年 8 月至 2002 年 7 月我院共行腹腔镜逆行阑尾切除术 108 例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 108 例中男 74 例, 女 34 例, 14 - 78 岁, 平均 51.2 岁。单纯性阑尾炎 31 例, 化脓性阑尾炎 42 例, 坏疽穿孔性阑尾炎 35 例, 所有诊断均经病理检查证实。

1.2 手术方法 全部病例均在腰麻和硬膜外联合麻醉下手术。首先在脐部穿刺造成人工二氧化碳气腹, 压力设定在 1.7 - 2.0kPa, 然后脐部

置直径 10mm 套管进镜探查, 探明腹腔情况及阑尾病变后, 患者取头低足高 (15 - 30°) 左侧卧位, 予左右下腹置直径 10mm 及 5mm 套管, 吸出脓液。如阑尾头端固定而根部尚可游离时, 则选择逆行切除法。抓钳提起阑尾, 用尖端分离钳紧贴阑尾根部穿透系膜, 在根部远近端各上大号钛夹 1 枚, 距盲肠约 1cm 处两钛夹之间切断阑尾, 肠线套扎阑尾根部两道。将远端阑尾提起向头端分离系膜, 可采用钛夹与电凝结合方法直至将阑尾完全游离, 取出阑尾送病理, 手术结束。可根据术中情况选择是否冲洗腹腔及放置引流管。

2 结果

本组手术时间30-90min,平均47min,住院时间3-6d,其中出现盆腔脓肿3例,经保守治疗后治愈。全组病例均痊愈出院,未出现粪瘘,肠粘连梗阻,残株炎等并发症。

3 讨论

经腹腔镜手术对于阑尾与周围粘连较重及盲肠后位阑尾头部及系膜难以显露的阑尾炎处理比较困难,早期因此而中转开腹。我们的经验表明,阑尾粘连大多在头部及体部较重,坏疽穿孔部位也多在这些部位,根部暴露一般多无困难且游离程度相对较大,将根部切断后阑尾显露多比较清晰。本组5例成功切除腹膜外位阑尾,提高了腹

腔镜切除术的成功率。108例的手术体会如下:(1)在抓取阑尾根部时应在距离盲肠至少1厘米处以外进行,以防止根部钳夹损害而难以处理残端。尽量向腹壁提起根部,处理系膜应用弯钳尖部向上紧贴阑尾进行,防止盲肠壁的损伤;(2)游离出部分阑尾根部后在预定切线远近两端各上大号钛夹一枚,既可防止内容物溢出污染,也可防止断端出血影响视野。根部用肠线结扎后近端钛夹应取出,以防止脱落后游离于腹腔;(3)切断阑尾后的系膜处理亦应紧贴阑尾进行,对于明显的出血须用钛夹处理,防止术后阑尾动脉出血,无血管区可应用电灼。

综上所述,腹腔镜逆行阑尾切除术为显露不清的阑尾提供了很好的处理方法,拓宽了腹腔镜阑尾切除术的处理范围,值得推广。

痘疮病毒感染误诊为炭疽 1 例

张玉臣 封 杨 刘凤仙 高德勇

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

患者男,35岁,个体挤奶员。因双手、前臂皮疹8d,发热3d,于2001年12月14日急症入院。查体:T:39.2℃、BP16/10kpa。痛苦貌,一般情况尚好,心肺未见异常,腹软肝脾不肿大,双手前臂皮肤水肿紫绀,质硬触痛,散在绿豆样隆起结节,少数顶部可见脓疱、焦痂,双腋下淋巴结肿大,躯干下肢未见皮疹。入院初诊:皮肤炭疽待查。疱浆液体经光电超高倍显微放大器(BX-50)未检测到致病菌,脓疱液体细菌培养G⁺阳性球菌。白细胞 $8.4 \times 10^9/L$ N:62.98% L:23.5% E:13.52%。皮损病理学报告:HE染色表皮角化不全伴角化过度,在棘层可见多数空泡细胞周围少数淋巴细胞浸润,泡浆内嗜酸细胞包涵体。修正诊断挤奶人结节。

追问病史称20天前曾为一乳房长绿豆样水疱的奶牛挤奶。其子(16岁)亦为此奶牛挤奶后

手及前臂出现同样皮疹。经青霉素,病毒唑加入液体静滴3天效果欠佳,体温未降,双上肢胀痛难忍,加用阿昔洛韦静滴,外敷如意金黄散治疗12天痊愈,皮肤无瘢痕。

讨论:本病是牛的乳房感染了假(副)牛痘病毒后,人再接触即可在接触部位发生皮疹,潜伏期为5-14天,大多数在接触部位产生1-3个或更多皮疹、不痛,一般经过斑丘疹期,靶环期,急性渗出期,结节期,乳头瘤期和消退期,每周一期。主要是对症治疗和防止继发感染。

本例误诊原因:1.医务人员受国际形势影响警惕性高,对发热,皮疹及焦痂病例,首先考虑为皮肤炭疽。2.未详细追问病史及当地疾病流行病学资料。3.对假牛痘病毒感染致挤奶人结节临床特征掌握较少,因多年来本地未见过类似病例。

三氯醋酸治疗感染皮脂腺囊肿疗效观察

李晓光 高德安 王瑞元 张明宾 王艳春

(泰安市中心医院口腔科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨三氯醋酸治疗感染皮脂腺囊肿的疗效。方法 42例面部感染皮脂腺囊肿,均最顶部切开约0.5cm小口,放出内容物及脓液,3%双氧水及生理盐水冲洗干净后擦干,用30%三氯醋酸小棉球涂擦囊壁,放入引流条,隔日换药,全身应用抗生素。结果 42例感染皮脂腺囊肿均在6—10天囊壁坏死脱出,内芽生长,创口自行愈合。表面平滑而无明显疤痕,随访1—10年无复发。结论 本法治疗感染皮脂腺囊肿一次完成,局部疤痕小,简单易行,值得推荐应用。

[关键词] 三氯醋酸;感染;皮脂腺囊肿

三氯醋酸应用于面颈部囊肿及瘻的治疗多见报道^{[1][2][3]},近十年来,我科对化脓性感染的皮脂腺囊肿采用局部小切口切开引流,同时用30%三氯醋酸涂擦囊壁,破坏囊壁的方法治疗42例效果满意,报告如下:

1 临床资料

本组42例,男38例,女4例,年龄18—42岁,囊肿均并发化脓性感染,囊肿直径0.5—2.5cm,均位于面部,病损部位用碘伏消毒,局麻后在囊肿最顶部切开约0.5cm小口,放出内容物及脓液,3%双氧水及生理盐水冲洗干净后擦干,用30%三氯醋酸小棉球涂擦囊壁,涂擦时有烧灼感或暂时灼疼,均能耐受,3—5分钟后灼疼即消失,1—2天内自觉局部轻微肿胀感,无其它不适,未发现任何不良反应。囊腔内放入引流条,隔日换药,全身应用抗生素,一般6—10天坏死囊肿脱出,内芽组织生长,加压包扎,创口自行愈合。表面平滑而无明显疤痕,随访1—10年无复发。

2 讨论

2.1 治疗机理:三氯醋酸(Trichloroacetic Acid)又名三氯乙酸,为作用迅速的蛋白质沉淀剂,具有腐蚀、杀菌、消毒和收敛等作用^[4],其水溶液为酸性,易溶于水和96%乙酸及醚中,其能使蛋白质变性凝固,导致囊壁坏死脱落。皮脂腺囊肿是由于腺管阻塞,皮脂腺上皮分泌的皮脂滞留膨胀引起,极易引起感染,既往多采用先切开引流换

药,应用抗生素治疗消除感染,然后再手术切除囊壁,具有以下缺点:①需两次手术,术后遗留疤痕。②感染愈合后的局部粘连及疤痕,更增加手术难度,切口大疤痕明显,切口小囊壁更易破损残留,导致术后复发。三氯醋酸应用于鼻粘膜出血点的烧灼,证明有良好的腐蚀性。本法治疗的机理是:三氯醋酸的腐蚀作用使囊壁腺上皮全部变性坏死,失去分泌功能,坏死脱出,达到与手术切除囊壁同等效果。

2.2 治疗注意事项:①严格按面部化脓性感染治疗原则,囊腔切开要冲洗干净,不应挤压以免感染扩散。②同时全身应用抗生素控制感染。③注意保护周围正常皮肤,避免不必要烧灼。但有报道三氯醋酸烧伤皮肤粘膜愈合后,表面平滑无明显疤痕^[1]。

2.3 体会本法治疗42例化脓性皮脂腺囊肿一次完成,未见复发,缩短了疗程,避免了二次手术,局部疤痕小。证明此法简单易行,药源方便经济,操作容易而安全,未见不良反应和并发症,值得推荐应用。

[参考文献]

- [1]周岳城.应用三氯醋酸治疗面颈部囊肿与瘻.中华口腔杂志,1981;16(2):119
- [2]朱根定.三氯醋酸治疗面颈部先天性发育瘻21例报告.上海口腔医学,1998;7(3):173
- [3]周玉岭、宋绍华.三氯醋酸治疗甲状舌管瘻的疗效观察.实用口腔医学杂志,1999;15(2):104
- [4]徐叔云.临床用药指南安徽科学.技术出版社,1987;1093.

改良新式横切口腹膜外剖 宫产 60 例分析

薛夫营 苏琴 翟荣慧 吴希香

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

我院从 1999 年 5 月 - 2001 年 10 月, 用改良新式横切口行腹膜外剖宫产(侧入式), 取得了良好的效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选用 60 例腹膜外和 120 例纵切口腹膜内剖宫产为两组对照。①腹膜外组 60 例, 妊娠 37 ~ 41 周, 平均 39 周, 年龄 23 ~ 37 岁, 平均 27 岁。胎位: 头位 45 例, 臀位 15 例, 妊高征 9 例。②腹膜内组 120 例, 妊娠 37 ~ 41 周, 平均 39 周, 年龄 24 ~ 39 岁, 平均 28 岁。胎位: 头位 101 例, 臀位 19 例, 妊高征 25 例。③腹膜外禁忌症: 胎盘早剥, 前置胎盘, 先兆性子官破裂, 巨大儿等。

1.2 方法 对新式剖宫产切口(Joel - cohen 切口)^[1]加以改良, 选耻骨联合上 3cm 作横切口 12 ~ 16cm。切开皮肤, 于正中切开脂肪层长 2 ~ 3cm, 向两侧剪开腹直肌前鞘与皮肤切口等长, Al-

lis 钳提起前鞘, 用手指分离腹直肌与前鞘, 剪开腹白线。用血管钳正中分离腹直肌, 术者与助手各用双手食中指重叠后向两侧拉开, 使脂肪层与腹直肌一起钝性分离, 充分暴露视野。以侧入式法行腹膜外剖宫产, 子宫肌层用强生公司 1 号可吸收线缝合一层, 同样缝线连续缝合腹直肌前鞘, 1 号丝线间断全层缝合皮肤及皮下组织 3 针, Allis 钳钳夹皮缘, 加压 5 分钟。对照组为常规纵切口子宫下段剖宫产术, 常规方法逐层缝合。

2 结果

2.1 手术时间: 腹膜外最短 22', 最长 49', 平均 $29' \pm 10'$; 腹膜内组最短 20', 最长 48', 平均 $30' \pm 12'$, 两组对照无明显差异。

2.2 术后 24 小时切口疼痛, 拆线时间及切口愈合率见表 1。

2.3 术后 24 小时开奶时间, 详见表 2, 两组对照差异明显, $p < 0.05$ 。

表 1 术后 24 小时切口疼痛, 拆线时间及切口愈合率对比

组别	例数	术后 24 小时切口疼痛			拆线时间 (天)	切口愈合(Ⅱ/甲)
		轻	中	重		
腹膜外组	60	52 (86.67%)	6 (10%)	2 (3.33%)	5	100%
腹膜内组	120	57 (47.50%)	43 (35.83%)	20 (16.67%)	7	100%
P 值		$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$		

表 2 术后 24 小时开奶时间比较

组别	12 小时开奶	24 小时开奶	24 小时后开奶
腹膜外组	28(46.67%)	23(38.33%)	9(15%)
腹膜内组	13(10.83%)	46(38.33%)	61(50.83%)

2.4 产妇恢复情况 ①腹膜外组: 24 小时活动 53 例, 活动受限 7 例, 不影响进食。②腹膜内组: 24 小时活动 24 例, 活动受限 96 例, 禁食 48 ~ 72 小时。住院天数前者最短 5 天, 最长 8 天, 平均 6 天; 后者最短 7 天, 最长 15 天, 平均 9 天。

2.5 术后疤痕 前者基本上不明显,大部分被腹部皱折和阴毛掩盖,不易发现,达到美容的效果,后者全部看到明显的疤痕。

3 讨论

3.1 改良新式横切口切皮后脂肪层钝性撕开,使走行与脂肪层的血管和神经借助于本身的弹性保留下来,同时由于皮肤及皮下脂肪缝合少,因此病人术后切口痛轻,切口不易形成硬结,减少疤痕形成。此切口较之 Joel - cohen 切口位置低,术后疤痕易被掩盖,有美容的效果。另外,此术式暴露充分,不影响腹膜外手术的手术时间。

3.2 手术经腹膜外途径,手术累及范围小,不干扰腹腔,胃肠功能不受影响,术后进食早,输液少,开奶早,利于婴儿母乳喂养,克服了腹膜内

手术后禁食 48 ~ 72 小时的缺点,同时避免了血液、羊水、胎脂、胎粪对腹腔的污染^[2],大大减少了术后并发症。

总之,采用改良新式横切口腹膜外剖宫产术,有胃肠功能恢复早、活动早、开奶早,术后乳汁分泌旺盛,达到母乳喂养的要求。另外因缝合少,拆线少,术后疤痕小,有美容的效果,利于产妇身体的恢复。

[参考文献]

[1]马彦彦主编.新式剖宫产[M].(第1版),北京:北京技术出版社,1997.22.

[2]王禾,吴葆祯.妇科术后腹腔粘连及预防.中华妇产科杂志,1989,24(5):303.

智齿去留的临床分析探讨

王俊峰 刘泰生 赵海兰

(泰安市中心医院口腔科,山东 泰安 271000)

[摘要] 智齿俗称“尽天牙”“立事牙”,在医学上称之为第三牙它一般在萌发、正常情况下,它应该是上下共四颗,但由于人类的进化、食物逐渐的精细,食物的类别,质量不同,从而生活水平的大大提高,食物的数量小、质量高、牙齿咀嚼功能的逐渐减退,第三磨牙即“智齿”属于一种退化器官,多数情况下发育畸形或缺失。因此,有的人根本没有第三磨牙,或上有下面没有,反之,这种现象是常见的。

[关键词] 智齿(Wisdom tooth);拔除于保留;埋伏牙;牙片定位

1 临床资料

本院口腔科门诊,以收集发现类似的病例,至1988至今,约1450病例,拔除897例,保留者553例,无不良异常,多数拔除后可做远端义齿的修复,牙位正常或偏低的患者,可做固定牙冠恢复健康的咀嚼功能。

不拔除病例造成牙周炎、咬腮等病例43例。

2 讨论

由于人类咀嚼器官的退化,咀嚼功能的逐渐下降,现代人类的牙颌骨发育不足,第三磨牙萌出的间隙不足,这颗牙齿可能会前倾或内外倾斜,甚至会完全埋伏在牙颌骨内永远长不出来,并且往往给人们带来许多麻烦,经常牙痛,不能进食,烦躁、发生智齿牙周炎、根据口腔生物学理论,口腔中寄居微生物密度和种类,是全身最密集的部位之一,口腔微生物可在口腔软组织和硬组织的表面定值,以舌面和龈沟处细菌数量最大,牙面上微

生物在特定环境内存活微生物的代谢产物在牙面构成粘性细菌团块,称牙菌斑,由以这种智齿,半萌出牙和扭转牙、倾斜牙为主。因此,智齿的横位、侧位,把转位牙,却能使相邻牙造成微生物堆积,从而影响牙的正常生理、发育、健康。

3 综述

是否有的智齿应予拔除?

3.1 没有咀嚼功能,且经常咬颊粘膜,造成出血溃疡粘膜肿胀,经常“咬腮”,导致粘膜病变,病变的病灶牙应予以拔除。

3.2 近中倾斜不卫生智齿,无症状,但第二磨牙可能破倾斜牙造成龋洞,形成龋坏,使健康牙发病,破坏正常牙的生理功能,这类智齿应早期拔除。

3.3 经常并发急慢性冠周炎的重要畸牙,虽无并发症,可统计有前倾、斜位的牙应予拔除,预防之作用。

对其它牙位正常,有咀嚼功能,形态好无以上所述病症的影响的第三磨牙,阻生齿,可保留,虽有阻生,但没有功能,无不适,炎性反应,龋齿及并发症的牙,生理功能的健康牙,临床都做保留。

[参考文献]

[1] Bloomquist. ps. Turvey TA. Bone. grafting in demetfaeinl. deformities. In, BewwH. Modern. practice. in Crthegnathie. and Reconfructive Surgery. Lsted. philade phia WB Saunders CO. 1992.

[2] 樊明文主编. 口腔医学新进展, 武汉湖北科学技术出版社, 1993.

[3] 口腔医学生物学, 人民卫生出版社.

[4] 口腔微生物学, 卫生出版社.

小肠粘蛋白在胃肠道肿瘤中的表达

李玉臣 杜君兰 贾玉生

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 了解小肠粘蛋白在胃肠道肿瘤中的表达情况, 探讨其诊断、价值。方法 用酶联免疫法对 112 例胃肠道肿瘤进行小肠粘蛋白的检测。结果 胃癌、直肠癌、结肠癌阳性率分别为 31.0%、55.6%、64.3%。与对照组比较差异有显著性($P < 0.01$), 直肠癌、结肠癌与胃癌比较差异也有显著性($P < 0.05$)。结论 血清小肠粘蛋白作为胃肠道肿瘤诊断标志物可用于临床恶性肿瘤的诊断和鉴别诊断。

[关键词] 小肠粘蛋白; 胃肠道肿瘤; 诊断

小肠粘蛋白抗原(SIMA)为一粘蛋白家族, 正常情况下由小肠合成, 它作为一种癌胚抗原出现于胃及大肠的病变组织中, 国内少见报道。近年来, 我院对 112 例胃及肠癌患者进行了 SIMA 检测, 以探讨 SIMA 对胃肠癌肿瘤的诊断价值。

1 资料与方法

本文患者组 112 例, 男 67 例, 女 45 例, 平均年龄 60 岁, 胃癌 71 例, 直肠癌 27 例, 结肠癌 14 例, 均经病理检查证实。对照组 60 例健康查体者, 男 28 例, 女 22 例, 平均年龄 50 岁。

两组均于早晨空腹静脉穿刺收集血样, 2 小

时内分离血清。-20℃冰箱保存, 然后成批操作。单克隆抗体(SIMA-4D₃)试剂盒由美国新传公司提供, 采用酶免疫测定法(ELISA)中的双抗体夹心法, 样品和标准品在用 SIMA 抗体(4D₃)包被的微孔中反应, 冲洗微孔板后, 加入酶标抗 SIMA 抗体, 通过 SIMA 抗原连接到微孔板上。第 2 次冲洗去未结合的酶标抗体, 加入酶底物显色, 测得的吸光度与标本中 SIMA 的浓度成正比。通过已知浓度标准品的吸光度对其浓度作图, 即得到标准曲线。正常临界值 < 13U/ML。测定应用 450 型酶标仪(美国产)。统计采用 X² 检验。

2 结果

两组受检者的 SIMA 检测结果比较见表 1。

表 1 两组受检者的 SIMA 检测结果比较

组别	病名	N	阳性	阴性	阳性率(%)
患者组	胃癌	71	22	49	31.0*
	直肠癌	27	15	12	55.6*△
	结肠癌	14	9	5	64.3*△
对照组		60	2	58	3.3

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 与胃癌比较,△ $P < 0.05$

3 讨论

恶性肿瘤是严重危害人体健康的主要疾病之

一,而胃肠道肿瘤又居系统肿瘤之首。临床上对胃肠道肿瘤一直采用胃镜,肠镜,钡餐等检查。人肠粘蛋白是一种新的胃肠道肿瘤标志物。本文结果显示,胃癌 直肠癌 结肠癌与对照组比较,均有极显著性差异($P < 0.01$),而直肠癌 结肠癌与胃癌比较也有显著性差异($P < 0.05$)。由此可见,血清 SIMA 作为胃肠道肿瘤标志物用于恶性肿瘤的诊断和鉴别诊断有一定的临床意义,其方法快速简单,灵敏度高,诊断结果可靠,尤其对直肠癌 结肠癌诊断意义更大,可能与小肠粘蛋白主要由肠道合成有关。

新形势下如何做好病案对外 借阅和复印工作

宁四姣¹ 宁秀英²

(1.泰安市中心医院;2.宁阳县第一人民医院,山东 泰安 271000)

病案是病人在医院诊治期间的全部医疗档案,是法律鉴定、工伤评残、办理病退、保险赔偿、处理医疗纠纷和医疗事故的原始资料,是具有法律竞争力的文本。随着社会的发展和改革开放的不断深化,人们的经济意识和法律意识不断增强,病案作为一种法律依据,越来越被人们重视。特别是我们做为综合性三级甲等医院,收治病人逐年增加,病案的社会化功能越来越强,使用范围日益扩大,随之带来的不规范借阅问题也增多,主要表现在:

1、要求更改原病史。患者为保险,打官司、伤残鉴定等个人意图,要求改写病史记录。如已参加保险的用户在投保前隐瞒了病史,担心保险公司核保,查阅以前旧病历不给予赔偿,而要求更改旧病历。

2、要求出具不实病案证明:借阅者要求加重

病情、伤情以达人病退目的或打官司;更改婴儿出生日期以达到升学或参军目的。

3、借阅人员复杂:有的是律师来借病案,有的是当事人、词肇事者来借阅病案。

4、违规借阅:在病案未回病案室时,个别医护人员私自将病案借出,给病人自行复印。有的医护人员未经许可擅自将病案带出病案室。

5、本院人员为他人代借人情病案。个别医务人员法制观念淡薄,以个人的名义为院外人士或自己的亲朋好友借阅病案。

如何充分利用病案资源,做到既能满足使用病案单位或个人的需要,又能保护患者医院及医护人员的合法权益,我们严格按照自今年9月1号正式施行的《医疗事故处理条例》及《医疗机构病历管理规定》,结合我院实际,制定了一些办法和规定,较好地解决了病案对外借阅和复印问题。

1、为维护病案完整性与安全性,医院为病案室配置了复印机,虽然工作量增加了,但防止了由于借阅者将病案借出复印,病案失控所造成的人为丢失、损坏、失真等。

2、具体程序

(1)严格要求借阅复印者提供有关证明材料,持相关证明到院医务部审签,方可查阅病案及按规定给予复印。

①复印者为患者本人的,应提供本人有效身份证明。

②申请人为患者代理人的,应提供患者及其代理人的有效身份证明,申请人与患者代理关系的法定证明材料(身份证、户口本等)。

③申请人为死亡患者近亲属的,应提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明,申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料。

④申请人为保险机构的,应提供保险合同复印件,承办人员的有效身份证明,患者本人或其代理人同意的法定证明材料。保险合同上注明查询以往住院史权,并依法向医院和患者保证信义,若没有理清关系,应不予受理。

⑤公安、司法机关因办理案件,需要查阅、复印病历的,应出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

⑥一般情况下组织或行政介绍信可作为有效证明,但在特列情况下不能当作法定证明材料。

(2)查阅复印过程在申请人在场时由病案工作人员操作。按规定只提供客观资料、病程记录、会诊记录、病例讨论、死亡病例讨论,不允许复印。

以防不必要的纠纷发生。并在病历复印登记本上严格登记。包括编号、住院号、病人姓名、出院日期、疾病名称、复印日期、复印页数、复印人等。我们内部规定在证明材料复印件、病历原件与复印件特定位置编上与登记本同样的号码,以备查询,在复印件按规定顺序排好后在每页特定位置注明页码,以防添页、去页。

复印完后开收费凭证到收款处交费,持复印件到医务部签字盖公章。

3、为维护患者权益,尽量减少病案内容的外泄范围,在《医疗事故处理条例》允许借阅复印的范围之内,我们在实际操作中,准确地有针对性地提供查阅者所需内容。

4、本院工作人员一律不得为他人或患者借阅、复印病案;车祸肇事方和加害方不得借阅当事人的病案,处理案件必须由司法部门出面查阅。

5、凡涉及医疗纠纷或医疗事故的病案,在未做出鉴定处理之前,由医务部专人保管,未经医务部领导批准,不得对外借阅、摘抄或复印。

6、规范职业行为

(1)病案借阅复印工作繁琐,劳动强度大,同时也是一项要求很细致的工作,稍不注意就会引起差错,应树立法制观念,实事求是,加强工作责任心、认真负责、分工明确、专职专人负责、以防病案丢失。

(2)热情主动,耐心细致地为所有利用者提供公正的服务、平等对待,以合作的精神答复利用者所提出的问题,不能借阅复印的对象尽可能做到而心解释,取得利用者的理解。

天麻种植技术要点

王传杰 楚贻华 谷红霞

(泰安市中心医院药剂科,山东泰安 271000)

天麻种植过程中,常发现一些有趣的现象,如

杂菌在生长中会自然消失、同一种植地域中,处于

边缘部分的天麻生长旺盛、反吸收等。这些现象,反映出天麻生长的特点,种植中,可根据这些特点,采取适宜的措施,提高产量,保证质量。

1 杂菌自然消失现象

天麻采收后,菌材表面有时会出现白色的斑点,这是由于菌材被空气或沙里的杂菌污染,而出现的霉变现象。当霉变比较严重时,可削去被感染的树皮,用高锰酸钾或乳酸消毒,若霉变较轻,菌材可重新使用。经过一段时间后,杂菌会逐渐减少,直至消失。该现象产生的原因是:由于天麻采收后,采用适宜的保温措施,使气温升高,密环菌生长旺盛,抑制了杂菌的生长。所以,种植中,选用幼嫩而生命力强的菌种,并且提供良好的生长环境,一般为温度 $20^{\circ}\text{C} \sim 25^{\circ}\text{C}$,相对湿度 $70\% \sim 80\%$,不但能给天麻的生长供给足够的营养,而且能够防止杂菌扩散蔓延,避免天麻菌株的腐烂。

2 边缘生长旺盛现象

收获天麻时,会发现靠近种养池边的部位天麻产量高,而且个头大。这是由于靠近池边的地方透气比较好,天麻生长快。所以在选择种植池内的填充物时,最好选用透气良好的腐殖质土,或中等粒径的纯净沙,如果沙子较细,要拌入 $1/2$ 或 $1/3$ 的锯末。每次浇透水后,松动表面的沙土,增加透气性,有利于天麻的生长,另外,利用温室大棚种植天麻,要经常揭开大棚的四周通风换气。

3 反吸收现象

缺乏种植经验的种植户,有时会发现白麻不但没有长出箭麻,反而在池内消失,只留下一层薄皮。这种现象的发生是由于密环菌繁殖过程缺乏足够的营养来源,从而把已经长出的天麻植株作为可利用物质加以吸收,造成白麻的萎缩,这就是反吸收现象。该现象产生的原因一般有两种,一是菌材过干,没有经过浸泡或蒸煮处理,质地致密,水分含量低,造成密环菌难以与菌材结合;二是菌材连续反复使用,已经朽烂破坏,缺乏营养物质,这两种情况都无法提供天麻生长所需的营养。解决反吸收的办法应针对上述两种情形,分别采取措施:首先,应选用健壮的菌材,如橡木,板栗木,樱桃木等,并且要经过加湿处理,鲜木材应进行蒸煮,干木材加水泡透,然后再进行培植。

4 再生现象

由于杂菌感染,湿度过大,有时天麻会发生局部腐烂。出现这种情况时,把腐烂部位削去,剩余部分继续种植,白麻会继续发育成箭麻,带芽头的箭麻会抽苔、开花、结籽,类似于蚯蚓的“再生”。由于这是非正常情况下的生长,产出的种麻品质差,产量低,生产中一般不采用这种繁殖方法。但是,如果在麻种不足,又不便补充的情况下,可以利用天麻的这种“再生”现象,切段繁殖,暂时补充。

X 线机高压电缆的修理体会

李清美 丁晓民 孟宪科

(泰安市中心医院放射科,山东 泰安 271000)

高压电缆在使用过程中,由于运动弯曲和承受高压电的作用,经常发生击穿现象,常在电缆头端或近头端。修理时须将击穿端断路或短路的部分截去,重新灌注。现谈谈我们的体会,以供参

考。

1 方法和步骤

1. 取下高压插头,先焊开插脚的引线和金属

屏蔽层,将插头浸入加热的高压变压器油内,等原来的填充剂熔化后将插头拔出。2.将故障部分锯掉,把高压插头内的松香等物质清除干净。3.切除高压电缆一端的绝缘层(约1cm左右),使芯线露出。4.根据高压插头的长短,剥开保护层和金属网层,锉去半导体层,并使半导体层伸到插头后部的金属网内。其粗细以能顺利地插入高压插头内孔为准。5.用万用量表量出电缆两端的公用线及大小焦点接线的位置,并做好标记和记录。6.把已准备好的漆包线(3根)与芯线焊接,为灌注做好焊接引线的准备。在引线及芯线的焊接处应套上绝缘套管。7.再用万用电表测量焊接好的三根引线无断路短路现象。8.将三根引线穿入高压插头插脚的小孔内,大小焦点和公用线的接线位置应与原电缆的接法一致。9.把电缆引线固定在适当位置上,使电缆插头与地面垂直。10.将高压插头推入修整好的电缆头中,无进出受阻现象,三根线无弯曲交叉。11.用乙醚清洁电缆头和高压插

头。12.把已熔化的填充剂(松香90%,变压器油10%)注入高压插头内,拉直三根引线,将高压电缆插入插头内,压出多余的松香,待其冷却后再松开手。13.检查三根引线有无断路及短路,等填充剂完全凝固后再把三根引线焊接在三个插脚上。14.进行清洁处理,焊接金属网,再包上绝缘材料,固定保护层。

2 注意事项

- 1.灌注松香变压器油时其温度不易过低,否则未等电缆插入插头内松香就已经凝固。一般认为看到松香变压器油有烟状物蒸发时其温度为宜。
- 2.灌注时要戴手套,防止松香溢出烫伤皮肤;插头插入速度要均匀缓慢,不易用力过猛。
- 3.电缆插入插头后,在松香变压器油未完全凝固前不要活动电缆并保持其有插头内孔的中心位置。
- 4.大小焦点和公用线的位置、测量一定要准确,和对侧插头相同。

泰安地区 A, B, O 血型的分布

徐 森 张铨鑫

(山东省东平县中医院检验科,山东 东平 271500)

天然血型是血液系统的一种遗传多态性,是产生抗原抗体的遗传性状。A, B, O 血型中的抗体可引起具有不匹配抗原的红细胞产生迅速地、完全地血管内溶血,因此对输血至关重要。输入 A, B, O 血型不合的血液,将引起严重的输血反应,以至于发生死亡事故,因此准确进行 A, B, O 血型鉴定,可为临床治疗和输血提供安全保证。掌握献血队伍中 A, B, O 血型分布规律,不仅有利于医学研究,同时也为中心血站的科学预测和对献血员的科学管理提供依据,还可为不同血型的病因学研究提供帮助,现收集泰安市 2001 年以来患者血型登记记录进行统计分析。

1 调查对象和方法

1.1 调查对象 泰安市东平县中医院自 2001 年以来的患者。

1.2 调查方法 A, B, O 血型鉴定采用玻片凝集法,标准血清由长春生物制品研究所提供,郊价滴度为抗 A1:256,抗 B1:256。

2 结果与分析

2.1 调查患者 1017 人,分成男女两组,见附表。

2.2 男女两组患者血型构成进行 X^2 检验,

$X^2 = 17.74$ 查表 $P < 0.005$, 显示男女两组献血员血型构成有差异。

附表:A,B,O血型1017名献血员中的分布

性别	A型	B型	O型	AB型	合计
男	149 (14.66)	154 (15.14)	202 (19.86)	58 (5.7)	563
女	114 (11.21)	178 (17.5)	124 (12.19)	38 (3.74)	454
合计	263 (25.86)	332 (32.64)	326 (32.06)	96 (9.44)	1017

3 讨论

3.1 本文对泰安市1017名患者血型资料进行统计分析后认为,泰安地区由于地理分布及遗传因素等影响,血型构成具有共同特有的规律,即男性,血型构成百分比为O型>B型>A型>AB

型。而女性,血型构成百分比为B型>O型>A型>AB型。

3.2 由于本地区患者以单纯随机抽样均来自泰安地区人群,故可推断泰安市当地人群血型构成大致为A型25.5%,B型32.64%,O型32.06%,AB型9.44%。

3.3 随着医学的发展和进步,血型被认为是产生某些疾病的因素之一。如有报道认为急性脑血管疾病患者中A型血者占46%,肝胆疾病患者中B型血者占53%,因此研究血型的分配比例有着重要的意义。

3.4 本文为收集资料,因条件所限未进行民族、年龄的血型比较,也未做基因频率分析,还有待今后进一步完善。

·祖国医学·

尿毒症的中医学探讨

张灿兰

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

[关键词] 尿毒症;中医辨证

尿毒症,实属祖国医学中“阴水”、“关格”、“癃闭”、“虚损”、“肾厥”之范畴。如《灵枢·本神》“肾气虚则厥”;《脉经》“病人足趺肿,呕吐头重者,死”,《医学心语》“有小便不通,因而吐食者,名曰关格”。《证治汇补》“关格者……即关且格,必小便不通,旦夕之间,陡增呕恶,此因浊邪壅塞三焦,正气不得升降,所以关应下而小便闭,格应上而生呕吐,阴阳闭绝,一日即死,最为危候”。并提出:“以二陈汤如槟榔、大黄、枳实、厚朴、木香、木通、杏仁、泽泻降之……若上不得吐,下不得通,愤愤无奈,头汗不止者死”。由此可见,祖国医学对尿毒症其病在肾、其症以小便不通,关格是导致死亡关键的认识,与现代医学所说的尿毒症是基本一致的。其健脾化湿,导浊下行,利小便,通大便的

治疗原则和方药,对今天仍有借鉴和指导意义。

随着现代医学科学的发展,当今对本病的认识和治疗有了新的突破,西医的透析疗法和肾移植术,中医的扶正祛邪、通腑泄浊、活血化瘀等法,对本病减少病死率,延长存活率起到了积极的作用。笔者通过20余年的临床实践,在认真学习古今宝贵经验的基础上,较正确地运用了中医中药辩证论治几十例慢性肾功能不全及尿毒症病人,均收到了较满意的效果。今将临床治疗体会介绍如下:

1 病因病机

本病多由慢性肾脏疾病、肾功能长期受损发展而来;其病因有主因与诱因之分。主因多系脾

肾虚损,与先天不足、饮食失常、七情内伤、久病失治、房劳过度等多种因素耗伤正气有关。诱因则责之外邪与过劳。其病机为本虚标实。以肾元虚衰为主,继而由肾及脾、胃、心、肝多个脏腑。脾肾衰败,湿浊水毒潴留是病机的关键。若由肾及脾,可表现为脾肾阳虚,导致肾失开合,脾失转输,清浊升降不利,水毒潴留,浊阴内聚,故现本虚标实之证。如水溢肌肤,则尿少浮肿;水毒犯肺,则胸满喘促;上凌于心,则悸喘不已,湿浊犯胃,则恶心呕吐,口有尿味,便秘或溏。湿浊寒化成痰上蒙清窍,则表情淡漠,神识昏昧。若由肾及肝,肝肾阴虚、肝阳上亢,则头痛头晕。阴虚阳亢,热伤血络,则衄血。热极生风,肝风内动,则抽搐甚神昏。

2 辨证施治

尿毒症期,虽为五脏俱虚,但邪盛为标,当先治其标,急于祛邪,或兼以顾其本。若症见病人面色白光白,恶心呕吐,胸闷腹胀纳呆,浮肿,身乏力畏寒,大便不爽,尿少,舌质淡,体胖,苔白腻,脉沉细,此乃脾肾阳虚,浊阴上逆之症。笔者常用六君子汤合大黄附子汤加减,以温阳扶正,通腑泻浊。使腑气通,则胃气降,浊阴之邪下泄,血中尿素氮、肌酐亦随之降,诸症缓减。

若症见病人头晕,目眩,耳鸣,心悸,五心烦热,盗汗,肌肉抽动,尿少,便秘,舌红无苔,脉细数,为阴虚阳亢,肝风内动症。笔者用杞菊地黄汤加味,以滋养肝肾,潜阳熄风;若便血,衄血,配犀角地黄汤或加女贞子、旱莲草、白茅根、三七粉(冲服)。抽搐甚,加全蝎、姜蚕;头晕重,加天麻、钩藤、白蒺藜;尿闭,配滋肾通关丸;若神志不清,急用至宝丹或安宫牛黄丸。

3 病案举例

例一,女,44岁。入院日期1998年1月19日。

患慢性肾小球肾炎半年余,近半月因劳累痼疾诱发加重,颜面浮肿伴头晕目眩欲倒,耳鸣,口苦咽干,纳呆,嗜睡乏力,时感心慌,夜尿多,便秘。入院查体:BP22/14kpa 面色污秽萎黄,体瘦。心尖区可闻及Ⅲ级SM吹风样杂音。舟状腹。化验尿常规:蛋白++。白细胞0-1。血常规:血色素76g/L,血尿素氮24mmol/L,肌酐640umol/L,二氧化

碳结合力15.4mmol/L。B超符合肾脏炎症表现。心电图示:部分ST-T改变。舌质淡红,苔薄白,脉弦细略滑。诊断,中医:阴水,关格。西医:慢性肾小球肾炎,肾功能不全,尿毒症期。西药对症处理,给予降压、补钙,纠正酸中毒及能量治疗。中医辨证为阴虚阳亢,肝风内动,治以滋养肝肾、潜阳熄风,给杞菊地黄汤加味:枸杞12g,菊花10g,熟地黄10g,丹皮12g,山芋肉9g,山药12g,泽泻10g,茯苓12g,天麻10g,钩藤15g(后入),白蒺藜12g,当归15g。以此方加减共服12剂,血压逐渐下降,并稳定在正常范围。头晕目眩消失,诸症好转。据证又改拟温阳扶正,佐以降浊之剂,用六君子汤合大黄附子汤加减:党参15g,茯苓15g,炒白术12g,木香6g,砂仁9g(后入),生大黄10g(后入),熟附子6g(先煎),当归15g,山药12g。以此方加减共服13剂,诸症消失,进食及体力明显见增,精神转佳。复查血色素升至98g/L,二氧化碳结合力恢复正常。血尿素氮降至8.4mmol/L,肌酐203umol/L,诸症减轻,于1988年2月15日好转出院。

例二,女,40岁。入院日期1990年12月6日。

患慢性肾小球肾炎18年余,曾间断服用过中药,症略有好转,但尿蛋白一直+~+++ ,血压时高,症时轻时重。5天前因劳累加重,眼睑及双下肢浮肿,纳呆,干哝,身乏力,头晕痛,腰痛。面色污秽萎黄,舌质淡,苔薄白,脉细滑。查:BP24/14kpa 双下肢呈Ⅱ°凹陷性浮肿。化验尿常规:蛋白++ ,红细胞0-1,颗粒管型1-4。血色素64.9g/L,血尿素氮21mmol/L,肌酐646umol/L 二氧化碳结合力21mmol/L。肾图示:双肾功能重度受损。B超示:肾脏弥漫性炎性改变。诊断,中医:阴水,关格。西医:慢性肾小球肾炎,慢性肾功能不全,尿毒症期。西药给降压药及扩肾动脉血管药治疗。中医辨证为水湿浸渍,治宜温阳化气利水,给五苓散加味:茯苓、茯苓皮各15g,桂枝5g,猪苓12g,炒白术12g,泽泻10g,生桑白皮12g,金银花15g,连翘15g,赤小豆30g,白茅根15g,焦三仙各10g,陈皮6g,服5剂,眼睑及双下肢浮肿全消退,食欲明显见增,干哝止,精神佳。据症拟温阳健脾和胃,佐以通腑泻浊之剂,用四君子汤合大黄附子汤加减:党参20g,茯苓15g,炒白术12g,黄

芪 15g, 猪苓 12g, 赤小豆 30g, 金银花 15g, 连翘 12g, 焦三仙各 10g, 川朴 9g, 益母草 15g, 生大黄 10g(后入), 熟附子 9g(先煎), 陈皮 6g, 水煎服, 每日 1 剂。以此方加减服 30 余剂, 血压稳定在正常范围, 血色素逐渐升至 92g/L; 尿素氮、肌酐亦逐渐下降, 诸证减轻。继依此方加减治疗共 3 月余, 血尿素氮降至 14mmol/L, 肌酐 321.3umol/L。自觉症状明显好转, 病情得到了缓解。

4 体会

尿毒症是一个多脏腑受累病变, 在病证上较复杂, 临床上治疗难度较大。其病自始至终表现了正邪盛衰的病理过程, 其病机为本虚标实。脾

肾衰败, 湿浊水毒潴留是病机的关键。笔者认为, 在治疗上应注意邪正的主次关系, 急则治其标, 缓则标本兼治。用培补脾肾、调理气血, 以治其本; 潜阳熄风、通腑泻浊、活血化瘀以治其标。扶正勿忘祛邪。同时, 要注意其它脏腑的整体综合治理。

治标应注重水湿、浊阴、湿热、血瘀等邪实, 邪去正复, 病情得以缓解。治本要抓住肾、脾、胃, 因肾为先天之本、生命之根, 脾胃为后天之本, 水谷精微化生之源, 脾胃功能强盛, 有助于气血阴阳的恢复, 更有利于肾元的来复。用通腑泻浊祛其邪, 健补脾肾以扶正, 标本兼顾, 病情得以缓解, 故获得满意效果。

牵正散针刺治疗面神经麻痹 12 例

苏意铨 苏晓燕

(泰安市中心医院家庭病房科, 山东 泰安 271000)

面神经麻痹, 俗称面瘫。中医称口眼歪斜。是颅神经病变中最常见的, 近几年来, 我们用牵正散、针刺对 12 例面神经麻痹, 进行临床治疗, 取得一定疗效, 报告如下。

1 临床资料

在 12 例患者中, 男性 8 例, 女性 4 例, 年龄最大者 60 岁, 最小者 10 岁, 病程最长者 5 年, 最短者 5 天, 初起有外感症状 9 例, 无外感症状者 3 例, 属风寒者 5 例, 风热者 4 例。

1.1 疗效观察

痊愈: 经治疗后颜面恢复正常。

好转: 停药后, 在说话谈笑时尚有轻度不正常者, 如不自主的肌肉闪动, 阵发性流泪。

无效: 经治疗 20 天而颜面恢复不明显中断治疗者。

本组病例针刺最多者 60 次, 最少者 7 次服中药最多者 20 付、最少者 7 付, 结果痊愈 8 例, 好转

3 例, 无效 1 例。

1.2 治疗方法

中药牵正散加味, 僵蚕 10g, 全蝎 12g, 白附子 5g, 蝉衣 10g, 防风 10g, 钩藤 12g。见风热者加辛凉药, 用菊花, 桑叶, 黄芩, 川芎; 风寒者加辛温药, 用羌活, 白芷, 川芎。水煎服 2 次每日 1 付。病程久者以针刺为主。

针刺取穴

阿是穴, 颊东, 阳白, 地仓。

阿是穴, 迎香, 太白, 合谷。

人中, 风府。

翳风, 颊车, 地仓, 攒竹, 内庭。

以上四组均取患侧, 面部穴以捻转为主用强刺激, 四肢穴以提插为主, 在留针过程中可重复刺激, 一天针刺一次, 十天为一疗程, 如病久者, 可间日针刺一次。

2 讨论

对“风”的看法:周围性面神经麻痹,祖国医学称谓“口眼歪斜”或口僻。历代文献均将其列入“风”门讨论,认为该病的发生与“风”邪关系甚密。本组病例绝大多数都因局部受风而急速起病的。我们支持这一观点。从现代医学看,这是由于局部营养神经的血管因受风寒而痉挛,导致神经组织缺血,水肿或炎症而致病。

针对这个“风”邪,在治疗上,以牵正散为基础加以治“风”搜“风”之品,偏热者用辛凉药,偏寒者用辛温药组成方剂。针刺旨在疏调阳明,面部穴

位用捻转,以疏导面颊局部经气,四肢穴位用提插,则在导引阳明经气达病所。总之,有“治风先治血,血行风自灭”之意。本组观察结果,针、药结合疗效尚为满意。

压痛点的临床意义:压痛点是中医学诊断的重要手段之一。《素问,调经论》说:“血气与邪并客于分腠之间,其脉坚大,故曰实。实者外坚充满,不可按之,按之则痛”。此压痛点谓之“阿是穴”。

治疗中一般不取健侧穴,内经虽有“巨刺”之法,若使用不当,反会弄巧反拙,贻误病情。

开窍达郁汤治疗抑郁证 52 例浅谈

郑向荣

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

抑郁证是一种常见的情感性精神障碍,随着现代社会的发展,竞争日益激烈,生活节奏不断加快,抑郁症的发病率正逐年增高,严重影响着人们的生活质量和工作效率。近几年来,笔者运用中药开窍达郁汤治疗抑郁症 52 例,收到满意效果,现报道如下:

1 临床资料

52 例患者中,男 15 例,女 37 例;年龄 20 - 40 岁 45 例;40 - 60 岁 7 例;病程 2 个月 - 5 年 41 例;5 年以上 11 例。多数患者表现情志抑郁,反应迟钝,精神不振,胸闷胁痛,善太息。伴周身乏力,不思饮食,性欲淡漠,心烦不寐多梦。舌质黯红,苔白腻或黄腻,脉弦滑。52 例均做脑电图,其中 15 例做头颅 CT 检查,17 例做经颅多谱勒检查,均未见明显异常。

2 治疗方法

开窍达郁汤药物组成:柴胡 10g、枳实 12g、杭

白芍 15g、陈皮 9g、法半夏 9g、郁金 12g、石菖蒲 9g、远志 9g、生龙骨 20g、生牡蛎 20g、云苓 15g、甘草 5g。痰浊重加胆南星、竹茹;心烦舌尖红加黄连;胃纳呆滞加炒麦芽、神曲、鸡内金、焦山楂;性欲淡漠加枸杞子、淫羊藿、菟丝子;不寐多梦加合欢花、灵磁石。水煎服,日 1 剂,早晚 2 次分服,15d 为一疗程,连服 1 - 2 个疗程,评定疗效,并随访 1 - 2 年。治疗期间勿郁怒,畅情志,忌食辛腻。

3 疗效标准与治疗结果

痊愈(抑郁症状消失,完全恢复正常生活,随访 2 年未复发)32 例;显效(抑郁症状消失,但有小反复,或加服小剂量多虑平)18 例;无效(服药抑郁症状消失,停药后复发)2 例;总有效率 96%。

4 病案举例

例 1,女,30 岁,工人,1999 年 10 月来诊:患者因与家人发生口角后神识恍惚,表情呆滞,两目凝视,反应迟钝。身体消瘦,乏力懒言,厌食嗝气,心

烦易怒,口干口苦,失眠多梦,月事3个月不行,大便干。舌质黯紫,苔黄腻,脉弦滑。脑电图、头颅CT检查均未见明显异常。辨证:肝气郁滞,痰热互结。治宜:疏肝解郁,清热化痰。开窍达郁汤加黄连9g,竹茹9g,胆南星9g,合欢花15g,炒麦芽20g。水煎服,日1剂,分2次早晚服。服药7d后症状减轻,上方加磁石20g,服药30d后,神志正常,情绪稳定,睡眠6—8h/d,月事已行,能正常上班,随访2年未复发。

例2,女,58岁,农民,2000年5月来诊:形体肥胖,平素头晕头重,心烦易怒,自觉腹部的气体向上冲,壅塞胸部后,就意识不清,舌强不语,发作后少则15分钟,多则2—3小时才缓解,缓解后如常人,已经4年,经多方诊治,效果不好。近2个月来,因生气后发作频繁,几乎1—2天发作1次。发作时,神志呆滞,呼之不应,舌强不语。伴胃纳差,失眠多梦。舌质黯红,苔白腻,脉弦滑。脑电图、头颅CT、经颅多谱勒检查均未见明显异常。

辨证:肝气郁滞、痰气互结。治宜:疏肝解郁,化痰开窍。开窍达郁汤加川朴9g、胆南星9g、香附12g、炒枣仁30g、苏叶6g。水煎服,日1剂,分2次早晚服。服药7d后症状减轻,服药15d后,神志正常,诸症消失,随访2年未复发。

5 讨论

抑郁证属中医学中“郁证”、“脏燥”、“不寐”等病范围。其病因病机多由郁怒伤肝,思虑伤脾,致木郁土壅,肝脾功能失调,气机不畅,湿聚生痰,痰气互结,久郁化热,痰热上扰神明,引起的一系列症状。正如《证治汇补·郁证》中提出:“郁病虽多,皆因气不调,法当顺气为先”。方中柴胡、郁金、枳实,疏肝行气解郁为君药;陈皮、法半夏、茯苓、理气化痰,燥湿和胃,石菖蒲、远志、豁痰开窍为臣药;白芍、甘草疏理肝脾,生龙骨、生牡蛎镇肝潜阳安神共为佐使。诸药相伍,共奏疏肝达郁,豁痰开窍,潜阳安神之功。

脊柱保健的必要性

唐 勇

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

脊柱对任何人来说,都不是一个陌生的名词,人们的工作、学习、生活等都与之密切相关,脊柱病变造成的健康问题,是相当严重和普遍的,尤其是中老年人。因其发病多呈慢性过程,早期往往被忽视而延误治疗,一旦损伤或退变到一定阶段,出现神经、脊髓压迫症状及引起许多内脏疾患后方引起注意,而此时已处于脊柱退变的中晚期,从而增加了治疗难度并出现无法弥补的伤害,所以我们很有必要在这里给您一个忠告“请多加关注自己的脊柱健康”!

1 脊柱的框架形态

脊柱由24块椎骨、1块骶骨、1块尾骨组成,与两侧髂骨共同构成脊柱中轴框架。正面观,呈垂直与地的一条直线,两侧平衡、对称;侧面观,有四个生理弯曲,即颈前凸,胸后凸,腰前凸和骶后凸。前后对称,以维持机体平衡保持直立及增加活动度,使脊柱具有一定的弹性和稳定性。

2 脊柱的内外稳定结构

脊柱由椎体、椎间盘、小关节、椎板和韧带等组成内源性稳定结构;脊椎周围及由颈、背、胸、腰

等处的肌肉组成外源性稳定结构。脊柱运动是在神经和肌肉的协同作用下完成的,所以平衡稳定的结构,是保证脊柱正常功能发挥的前提条件。当脊柱稳定结构中的任何一环出现问题、都将影响其功能的正常运作,并危及其自身健康,所以我们提倡加强颈、腰、背部肌肉的锻炼,从而增强脊柱的稳定性。

3 脊柱的功能

脊柱具有支持身体,将头、上肢和躯干部的重量经骶髂关节传达到下肢,通过生理弯曲,椎间盘、椎间关节等,弹簧样地吸收由下肢传来的震力,保护脑、脊髓、神经、及胸、腹腔内脏器免受伤害,并可进行多种多样的自由运动。

4 脊柱的特性

4.1 颈椎:共七节,位于头、胸与上肢之间,是脊柱中体积最小、灵活性最大,活动频率最高的节段。其不仅要承受头部的重压,还承受着肩扛、手抬(提)等重力,由于劳损或椎体旋转、偏歪造成不合理受力结构,甚至外伤而逐渐出现退行性病变。尤以颈椎间盘为甚,不仅退变过程开始早,且可诱发或促进其他部位组织的损伤。如伴有颈椎管狭窄,则更易发病且症状严重。

4.2 胸椎:共12节,位于颈椎与腰椎之间,有3对小关节,即椎后关节突关节、肋骨小关节和肋横突关节,均属微动关节,不适应强大而剧烈的腰背部活动,故与肋骨、胸骨形成相对稳定的结构,胸椎棘突较长伸向下方,依次相掩成叠瓦状,有从后方加固脊柱的作用。因胸椎与胸部神经关系紧密,椎旁交感神经节紧邻肋骨小头,当其受到侵害则出现胸背痛、肋间神经及胸、腹腔脏器痛等症状。临床上常误诊为心血管(假性心脏病)呼吸系统或神经功能性疾病,而延误治疗。

胸椎常对颈椎和腰骶部的移位,进行代偿或是延续它们的椎体旋转及歪斜,并使肋骨也常常变形。经常用右手、右肩的人员,也可以引起胸椎的右偏,形成胸骨、肋骨、胸椎新的相对稳定结构。这种改变是缓慢的,一旦形成则是危险的,所以胸椎的治疗难度较大,治疗时间亦长。

4.3 腰椎:共五节,位于胸椎与骶骨之间,活动范围大是机体的主要负重椎体,同时亦对骶髂

关节的倾斜,旋转进行代偿。其椎间盘对垂直重力有很强的适应性,但对抗旋转及倾斜应力差。一个体重约75Kg的人直立时,椎间盘受到的压强及张力是15-20kg/cm²,若提起50kg重物,其压强和张力增加到30-40kg/cm²,当奔跑、跳跃及猛力搬抬重物时,可达100kg/cm²以上,所以腰椎出现很小的移位或倾斜,也能极大的影响其内部压力及张力的平均分布,使椎间盘发生损伤而加速退变,严重者可出现纤维环撕脱,形成腰椎间盘突出症。

4.4 骨盆:骶骨由五块骶椎融合而成,呈三角形,与左右髌骨组成相对稳定的骨盆结构,其具有三个关节,即二个骶髂关节和一个耻骨联合,形同大厦基座,承担上半身的全部重量,骶骨和髌骨常因先天或后天因素造成骶髂关节旋转、倾斜,在重力作用下,使脊柱被动地形成颈、胸、腰椎代偿性弯曲及部分椎体的半脱位,从而引发多种临床症状,如骶骨倾斜,造成梨状肌病变而压迫坐骨神经,出现坐骨神经痛。

4.5 脊髓与脊神经:脊髓与脑统称为中枢神经,自脊髓发出31对脊神经,具有重要的传导功能,起着承上启下的作用,分布到躯干与四肢,并对各种感觉、运动及血管、内脏平滑肌和腺体进行管理,当脊椎正常生理形态发生改变时,就会影响或刺激神经根,引起相应分布区的功能障碍。如头痛、头晕、肩背痛、手脚麻木及心肺部症状。重者可导致瘫痪或死亡。

4.6 椎动脉:左右各一,从锁骨下动脉发出,经颈6横突孔进入向上至颈1寰椎横突孔上方出,并弯向后内行经枕骨大孔入颅,参与脑部的部分血液供应。动脉壁周围有大量的交感神经纤维包绕。当颈椎退变或外伤后,导致颈椎失稳及出现轴向旋转、倾斜或侧向移位,从而激惹或压迫椎动脉引起其痉挛、狭窄或折曲样变,出现头痛、头昏、眩晕、平衡障碍、耳鸣、视觉障碍,吞咽、发音困难及发作性跌倒。本症初期通过手法矫治及制动治疗后,可使症状完全消失,效果十分理想。

4.7 椎间盘:由纤维环、髓核和软骨终板3个部分构成,纤维环有许多层伸缩弹性极强的纤维组成,并在两个椎体之间相互呈螺旋状排列,层与层之间交叉角60度-90度。暴力外伤可使纤维环广泛撕裂,引起整体间脱位。髓核是以水为

主的胶冻状液体(水占70% - 90%)被纤维层紧紧包绕,具有可塑性,虽不能被压缩,但在压力下变为扁平,可将强大的压力,平均向纤维环及椎体软骨终板各个方向传布,同时又有支点样作用,如同滚珠,随脊椎屈伸向前或向后移动。因此当椎体退变或形态异常时,作用在脊柱上的力就不能平均传导,造成某一点上的应力集中,而对这一点的纤维层造成伤害或撕裂,重则引发椎间盘病变。软骨终板含有高浓度的水和蛋白多糖,它是一粘弹物质,有保护椎体,限制纤维环和髓核在它们的解剖界限内,并靠渗透作用促进纤维环,髓核及椎体间物质交换和椎间盘的营养通路。椎间盘细胞的营养物质,依赖纤维环外周和椎体内血管通过基质弥散供应。当椎间盘损伤后,可极大影响其营养供应及修复。早期,因为椎间盘纤维环深层和髓核内没有神经纤维,只在纤维环外层存在游离神经末梢,当髓核与纤维环开始变性,以致椎体间关节平衡失调,出现松动、变位及动力学改变等。但因其症状轻微,疼痛多为弥漫性而被忽视。因此注重对椎间盘的保护与治疗就显得更为重要。

5 脊椎旋转、倾斜的临床意义

当脊椎关节出现松动、失稳、咬合变位或关节嵌顿时,表明相邻的脊椎正常毗邻关系出现异常,发生椎体旋转、倾斜及移位。使脊椎关节及相关结构的生理解剖和生物力学性质发生了变化,有时这种变化可挤压或刺激脊神经,影响神经冲动的传递,出现相关的症状。这也就是人们常说的脊椎关节半脱位。如这种半脱位持续几个月甚至数年,脊柱的软组织(包括脊髓及脊神经等)也将出现病理改变,以适应这种异常,并将维持在此位置上呈进行性加重,从而不断的使脊柱平衡结构发生改变,反过来又影响到脊柱的稳定性,形成恶性循环。所以对椎体出现的异常现象,应尽早的进行矫正,保持脊柱的正常形态和序列,使神经、血管及内脏器管不受侵害,维持脊柱的正常生理功能。

6 脊柱慢性病变的分期

我们知道,当人停止生长后,随即开始了退行性变,这就意味着机体从发育到成熟,再走向衰

老这一自然进程。人类目前尚不能改变这一规律,但我们可以用一些行之有效的方式、方法,来延缓或减少这一过程给人类带来的损害。尽管脊椎病出现的时机难以具体确定,致病因素很多,但其发病的主要原因仍是椎间盘的退行性变。因此我们依据椎间盘退变过程及其以后的发展,从病理解剖与病理生理的角度将其分为早、中、晚三期,现分述如下。

6.1 早期:从生长停止,变性即随之开始,这也是人类衰老最早的信号之一。纤维环变性使椎节松动、不稳,造成椎间隙内压升高和分布不均,使髓核很容易向四周移位,并可使韧带和骨膜撕裂,形成局部创伤性反应,从而构成向下一期病理转变的基础。故本期主要病理生理特点是:椎节松动与失稳;正常生理曲度的改变;椎体的旋转或倾斜。因临床症状较轻,有一定的隐蔽性。终止此期发展并使之病理逆转的主要措施是,局部制动(保持椎节稳定)及各种有利于髓核还纳的疗法,避免促发因素,如慢性劳损、外伤及炎症等。有效纠正椎体偏歪、倾斜,使小关节还位,恢复其正常生理形态,往往可以痊愈。

6.2 中期:此期是前者的延续,骨赘(骨刺)来源于韧带--椎间盘间隙水肿的机化,钙化或骨化。骨刺也可看作是机体自我保护性措施,在椎节不稳,受力不均的情况下,自然不利于病情的稳定,一旦周围韧带硬化或有骨赘加固时,就使患节得到暂时的稳定,对局部炎症也起到消退作用。时间越长,骨刺越大且越硬。故对有症状者必须积极治疗,以使其停止发展并消除对邻近组织的压迫和刺激。此期尽早的手法矫治配合药物(硫酸软骨素等)治疗,可有效的扼制并减缓病变进程,对退变部位也能起到修复及促进吸收作用。

6.3 晚期:本期退变已达到难以逆转的阶段,因骨刺不断增生,钙盐持续沉积而变得坚硬无比。出现部分骨刺衔接或愈合,使关节锁位及椎间盘间隙消失,向前突出的巨大型骨刺,造成食管痉挛或机械性阻塞等多种并发症。这在临床中并不少见。故对十分严重者,建议手术治疗。对大多数病人来说,本期如能坚持脊柱锻炼与保健,配合正规的脊柱矫治,可在相当大的程度上减轻病人痛苦,并控制其它关节的进一步退化,使脊柱得到代偿性修复。

综上所述,骨刺的形成是椎间盘退变到一定阶段的必然产物,表明椎体损伤的程度,无症状者应注意预防可以增加退变及诱使其发病的各种因素,如脊柱创伤及附属软组织损伤,椎旁组织感染,体位性应力异常,椎间盘退变,侵蚀性关节炎等。有症状者必须从根本上进行治疗,即将发生旋转、偏移及嵌顿的椎体(小关节),调整到正常生理位置上,保持良好的脊柱序列和形态,纠正与改

变工作、生活中的不良习惯与姿势。增加脊柱真对性锻炼,以强化外源性稳定结构。对内源性稳定结构的调整,也就是我们所说的脊柱矫治,应有全局观念。在对脊柱包括骨盆力学结构异常的纠正中,正确分析致病因素,找准着力点,避免不相关的脊椎或相邻椎体小关节及软组织的损伤,提高手法操作的安全性和有效性,还给人类一个健康的脊柱。

·临床护理·

血液病层流隔离保护预防医院感染的护理对策

潘永华 范培兰 高安丽

(1.泰安市中心医院门诊部,山东 泰安 271000)

[关键词]血液病;层流;隔离;预防感染

为了预防或降低 HAI 发生率,提高血液病的治疗效果和专业护理质量,我科于 2000 年设计安装并投入使用了国内较先进的空气净化设备,建立了层流净化保护性隔离病床 6 张,使血液病 HAI 预防与控制具备了有效而可靠的基础环境条件;同时,我们开展了 HAI 知识学习培训与保护性专业护理技术的探讨与实施,使医院感染预防与控制取得了良好的临床护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 层流隔离病房共接受患者 116 例次中,男 79 例,女 37 例,年龄 3-70 岁,平均年龄 39.8 岁;其中白血病 49 例,再障 12 例,骨髓增生异常综合征 5 例,粒细胞缺乏 10 例,淋巴瘤 8 例,实体瘤术后化疗 25 例,其他各科恶性肿瘤化疗后保护 7 例,多发性骨髓瘤 3 例。

1.2 方法 当病人白细胞计数低于 $1.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞低于 $0.5 \times 10^9/L$ 为入住层流隔离室的绝对标准。实际工作中,当病人细胞数

接近入住绝对标准尚未出现感染症状时即应入住隔离,因为粒细胞缺乏时感染往往来势凶猛且难以控制,掌握好入住时机可使隔离更具保护意义。白细胞升至 $2.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $> 1.0 \times 10^9/L$ 为解除隔离出室标准。

1.3 结果 入住层流隔离病房患者 116 例,15 例发生 HAI,其中口腔溃疡 5 例,白细胞零期发热 8 例,肛周感染 2 例,感染率为 15.5%,与我病房以往的报道^[1,2] 比较差异具有显著性意义($p < 0.01$)。

2 护理对策

2.1 强化预防 HAI 观念,提高专业护理综合素质。对护理人员进行 HAI 的理论知识的学习培训,进行层流隔离护理与技术学习,要熟练掌握层流隔离护理常规与工作程序,严格洁净无菌观念,做到自觉执行隔离保护规程与消毒隔离技术及层流室管理。

2.2 对病人进行预防感染的健康指导。耐

心细致地向病人及家属讲解入住层流隔离室的重要性和必要性,隔离的目的及意义。

2.3 加强医院感染的预防性护理。主要预防外源性和内源性感染,重点注意环境的洁净度与除菌,以切断感染途径,达到预防性护理的目的。(1)预防外源性感染的护理对策。患者入院前,将层流隔离间四壁及家俱彻底清洁与消毒,使用清水、肥皂水、1:200“84”液连擦3遍,更换无菌被服后,紫外线照射室内,风机运转30min病人入室,室内陈设力求简单,病人生活必需品一律经“84”液擦洗或浸泡后方可带入。病人及护理人员着专用服装及拖鞋,室内被服每周更换2次或污染时随时更换。室内“84”液擦拭1次/d,以保持无菌状态,紫外线照射2次/d,30min/次。患者入室后不得随意出室,直至白细胞恢复至出室标准数。隔离室内排泄物用双层塑料袋包扎送出,并注意痰缸、尿壶、便盆等物品的消毒处理。工作人员应严格无菌操作,各种操作尽量集中完成,以减少出入室次数,最大限度地避免外源性感染的机会;(2)预防内源性感染的护理对策。加强“门户”护理,如口腔、肛周护理,是预防患者自身定植细菌感染的重要工作。特别是化疗后引起恶心呕吐或应用氨甲喋呤等易导致口腔黏膜受损的病人,口腔护理更为重要。每日睡前晨起及三餐后均需用口泰,或洗必泰、呋喃西林等溶液漱口,同时避

免食用带刺、坚硬易致口腔黏膜破损的食品,忌用牙签剔牙,不使用硬毛刷刷牙。每日检查口腔黏膜有无红肿破溃,遇有破溃可用0.05%碘伏,棉签按压溃疡处15-30min,3次/d。便后需坐浴,女病人应注意会阴冲洗。每日检查全身皮肤皱褶处有无感染迹象。注意体温变化,有无咳嗽,尿痛;忌挖鼻孔,如有干燥应滴入石蜡油以防干裂。白细胞零期患者需遵医嘱应用抗生素预防感染。

3 讨论

血液病患者由于其免疫机能受损或低下,医院感染发生率明显高于其他患群,使治疗护理效果长期得不到肯定,病人亦常因重度感染失去治疗信心。层流隔离保护性护理的实施为血液病化疗后保护、控制HAI带来了极佳的效果。由于室内洁净的无菌空气,加之无菌保护护理维持了室内无菌状态,不但使患者免受致命感染的威胁,还显著降低了HAI率,更为血液病护理开辟了新的护理领域。

[参考文献]

- [1]张华治,王其新.160例白血病感染分析[J].山东医药,1988,28(8):13.
- [2]魏绪廷,李秀兰.急性白血病病人医院内感染分析[J].齐鲁医学,2000,15(1):37.

颌面外伤 200 例原因分析及护理

王秀荣 陈立新 张霞

(泰安市中心医院五官科,山东泰安 271000)

我院1998年1月至12月共收治患者387例,其中,颌面外伤患者200例,合并颅脑损伤13例。由于急救措施正确和实施了整体护理,无1例死亡,均康复出院。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

200例中男186例,占93%,女14例,占7%,男女之比为13.28:1。15~35岁152例,占76%;36~45岁38例,占19%;46~60岁8例,占4%;5~14岁2例,占1%。最大年龄59岁,最小年龄5

岁。交通事故致伤 156 例,占 78%;工作意外伤 10 例,占 5%;其他原因致伤 34 例,占 17%。在外伤中与饮酒有关的 169 例,占 84.5%,发病率最高。交通事故中机动车所致 132 例,占 84.6%,其中轿车 30 例,货车 72 例,摩托车 30 例。非机动车所致 24 例,占 15.3%。工作意外伤中坠落伤 6 例,占 60%,爆炸伤 3 例,占 30%,机器损伤 1 例,占 10%。其他致伤中骑车摔伤 11 例,占 32.3%,斗殴伤 23 例,占 67.7%。

200 例中根据伤情分为 6 级^[2]。一级轻度伤:颌面浅表皮肤擦伤鼻骨骨折;二级中度伤:面部皮肤撕裂颌骨骨折;三级重度伤:眼球破裂颌骨骨折;四级严重伤:危及生命但能存活;五级极度重伤:合并颅脑损伤可导致死亡;六级致命伤:颈椎骨折颈血管断裂,24h 内可导致死亡。

2 护理

2.1 合并颅脑损伤的护理。严密观察生命体征变化。意识瞳孔变化是反应颅脑损伤程度的重要指征,应每 2h 测体温、脉搏、血压及呼吸频率一次,观察瞳孔是否等大等圆,对光反射是否灵敏。伴头疼、恶心、呕吐者应绝对卧床休息,减少搬动,限制水钠摄入量,防止脑水肿的发生。

2.2 颌面部软组织的护理。头部制动减少活动性出血,颌面部伤口多采用暴露性疗法,病室内保持空气流通、清洁,表面伤口用 0.5% 的碘伏液擦拭每日 2 次,保持创面清洁干燥,防止感染。

2.3 窒息的抢救与护理。严密观察呼吸变化,保持呼吸道通畅,及时清除口腔内血块、异物及呼吸道分泌物。舌后坠者用包有棉纱的舌钳将舌体拉出口外,并推移下颌骨向前,防止舌根部阻塞咽腔影响呼吸。严重喉头水肿呼吸困难者,应配合医生行快速气管切开术,及时吸出痰液,给高流量吸氧保持血氧浓度。

2.4 休克的急救与护理。创伤失血及疼痛是休克的主要原因,扩充血容量维持水电解质平衡是抗休克的首要措施,应给予血管活性药物以维持正常血压,大流量吸氧改善缺氧状态。患者取头低足高位,头戴冰帽减少脑组织缺氧,足底放

热水袋保暖,促进血液循环。每 30min 测脉搏、血压 1 次,慎用止疼药物以免掩盖病情。观察尿量及颜色,认真做好 PIO 记录,准确计算出入量。

2.5 骨折复位术后护理。骨折复位后应保持口腔卫生,口腔护理每日 2 次或用口泰漱口。颌间固定前半期嘱患者减少说话及咀嚼活动,防止结扎钢丝损伤口腔粘膜,让患者保持正常咬殆关系。后半期逐渐增加咀嚼活动,促进创面血液循环,加速骨折愈合。

2.6 饮食护理。部分患者因口腔外伤不能从口进食,应耐心照料细心护理,可静脉补充、鼻饲注入或吸管吸入流质,质与量合理调配,给予高热量高蛋白高维生素饮食,少量多餐。

2.7 心理护理。创伤患者多属青壮年,担心面部畸形,心理负担重,不愿与人对面交谈。针对此心理缺陷,护理人员要及时做好心理护理,按照性别、年龄、性格、特点、致伤原因和家庭背景,分别从不同角度进行心理护理,用护理人员的四心变为患者的一心,即与患者交谈耐心、生活上关心、护理工作细心、语言富有同情心,变为患者面对现实、战胜自我、战胜疾病的信心^[3]。真挚的情感、和谐的关系能帮助患者修复心理创伤,提高躯体功能,重新鼓起生活的勇气。

3 讨论

致伤原因中与饮酒有关者占 84.6%,明显高于其他因素,其次是交通事故。从性别分布来看,男女之比为 13.28:1,高于文献报道^[1]的 4.3:1,表明当地男性在社会、家庭中承担着主要责任。从年龄结构显示,中青年为颌面外伤的好发群体,15~45 岁者占 95%,远高于文献报道^[1]的 61%,应引起重视。

[参考文献]

[1]薄斌等.交通伤颌面骨折临床病例回顾性研究[J].口腔颌面外科杂志,1998,81:9.

[2]王立军.颌面部交通撞击伤的研究进展[J].口腔颌面外科杂志,1998,81:44.

[3]林彬.颌面外伤 185 例护理体会.桂林医学院学报,1966,93:319.

急症病房护理管理经验的探讨

魏翠萍 刘桂平

(泰安市中心医院急救中心,山东泰安 271000)

随着社会的发展和医学模式的转变以及中国加入 WTO,给我国的医疗市场带来很大的冲击和挑战。如何适应护理动态发展的需要,是护理管理工作值得探讨的新课题。结合本病房管理,浅述如下:

1 始终坚持以病人为中心、以质量为核心,优化服务质量

我们急症病房包括普通病房与监护室两部分,所收治病人大多数为危重病人。为此,我们除做好病人的思想工作及其他各项护理工作外,做好监护室陪人的思想工作也是一项至关重要且必不可少的工作。急症监护室收治的病人病种多、病情重、变化快,患者家属对于亲人的一些突如其来的疾病难以接受,如服毒、自缢、猝死、急性上消化道大出血、溺水、触电、煤气中毒等,为避免监护室病人交叉感染,必须严格限制陪人探视。我们急诊病房位于门诊大厅东侧,限于医院自身条件,监护室陪人暂时没有休息室,当监护室病人住院后,其陪人少则 2-3 个,多的到十几个,都在监护室门口待机观望,由于监护室与我们护士办公室隔壁且监护室的一个门口开口于护士站内,陪人的聚集不仅阻碍了病房交通,还扰乱了我们的工作,对此,我们不厌其烦地做好患者家属的工作,更好地服务于患者,以解决家属的后顾之忧。通过我们的耐心、反复解释与对患者的精心护理,陪人都能理解我们的工作,并自觉遵守医院各项规章制度,自觉自愿地在病房外连椅上等候,使我们病房秩序井然。在治疗护理工作中,严格遵守医德规范及工作人员守则,视病人如亲人,想病人之所想,急病人之所急,全心全意为病人服务,尽全力做好各项护理工作。

2 提高自身管理水平

作为病房护士长,是医院护理工作中的组织者和管理者,在护理工作中有举足轻重的作用,特别是作为新世纪的护理管理者,应更新知识、更新观念、并具有强烈的创新意识,掌握高难度、高新知识,在管理中充分发挥主观创造性,转变管理模式,从经验化管理走向科学化管理。^[1]

3 加强在职护士及临时护士的培训

对在职护士及护工进行严格培训,培训内容要适合整体护理及医学发展的需要。鼓励她们参加各种形势的继续教育,这对于护理人员提高技能、更新知识、提高实践能力有重要意义,同时也能更好地服务于病人。

4 严格执行查对制度,防范医疗事故

防止差错事故是保证医疗安全,提高护理质量的重要环节^[2]。近几年来,随着病人法律意识的增强,严格要求护理人员做好“三查七对”工作及认真执行各项护理操作规程,提高护理文书的书写水平,经实施以上护理措施,杜绝了差错事故的发生。

5 优化护士形象,提高护士素质

医疗服务不同于其他行业的服务,护士在日常工作中,在满足患者心理及生理需要的同时,必须讲究技能与艺术,还必须提高自身素质,加强护士职业道德教育,树立良好的职业形象,为病人创造温馨的医疗环境。

6 确立管理目标,制定考核标准,奖罚分明

工作中实行分组护理,将总的工作任务分配

到各护理小组、各个班次、每个人,并制定严格的奖罚措施,如出现差错,给予一定的经济处罚,对于工作中表现突出的护士,给予表彰和奖励,经实施以上措施,加强了全体护士的责任心。并且我们还按照分级护理的标准,每月对护理人员考核一次。

[参考文献]

- [1]陈良珠.加入WTO给护理管理工作带来的影响[J].齐鲁护理杂志,2002,8(9):719.
[2]顾伟芳,祝鸣春.护理差错事故的防范[J].齐鲁护理杂志,2002,8(6):479.

开颅术后患者低体温的原因分析及护理

任秀贞 葛凯峰 田芳 郝海明

(泰安市中心医院神经外科,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 分析病人术后低体温的原因及危害,以防出现严重并发症。方法 对我科113例开颅术后病人,予以密切观察病情,定时测量体温及有效的护理。结果 52例病人(46%)体温低于36℃,其中35℃以下32例。经采取有效的护理措施,病人无并发症发生,痊愈出院。结论 全麻开颅术后病人易出现低体温,且常被医护人员所忽视,护理人员需细心观察,加强护理及并发症的预防。

[关键词] 手术;低体温;护理

T.P.R.BP是反映机体内活动和病情变化的重要指标。临床工作中,发现部分手术病人术后回病房时四肢厥冷,末梢循环差,测体温多在36.0℃以下,甚至35.0℃以下,引起寒战,增加病人不适感和术后并发症发生率。本文通过对113例颅脑手术病人术后体温的观察及对导致体温下降的原因进行探讨,提出相应的护理措施以防该现象的发生。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组共113例,男78例,女35例。其中颅脑损伤78例,急症行颅内血肿清除术、去骨瓣减压术、头皮裂伤清创缝合术。颅脑肿瘤28例,颅内动脉瘤7例,均行择期手术。麻醉方式:气管插管静脉复合麻醉或基础加局麻。手术时间:1-8小时。

1.2 方法 在室温为20℃-22℃条件下,病人出手术室后2小时内测得的体温。

2 结果

52例病人(本组占46%)体温低于36.0℃,其中32例病人体温在35.0℃(体温不升)以下。

3 原因分析

3.1 术前禁饮食,热量摄入减少,代谢率下降,可能使病人术前体温已有所降低。

3.2 术前镇静剂等药物的应用抑制了热调节机制,使体温随环境因素有所下降。

3.3 术前消耗过量,尤其急症手术患者,大多存在意识障碍,呕吐、术前准备(如洗头、更衣)等亦散失一定的热量。

3.4 环境温度过低,特别是手术室温度过低。通常手术室温度在25℃左右,一般手术室为了增强消毒效果,常采用快速空气对流。病人用干燥、冷的空气进行通气时,经呼吸道可带走约10%左右代谢热量^[1,2]。

3.5 肢体暴露过多,尤其寒冷季节,手术病人穿衣少,盖的少,导致病人辐射散热增多。术时

大范围皮肤消毒,以蒸发的方式带走部分热量。病人可因此寒战不止。皮肤是热量散失的主要部位,通过覆盖皮肤可减少热量散失。通常情况下,覆盖单层可减少热量丢失约30%,但多层覆盖不能使热量丢失成比例减少^[1]。

3.6 低体温与手术时间长短的关系 见表 不同手术时间低体温的发生率

手术时间	1-2小时	2-4小时	>4小时	合计
手术例数	39	43	31	113
低体温例数	5	23	24	52
%	12.8%	53.4%	77.4%	46%

由表可见手术时间愈长的患者低体温发生率愈高。

3.7 麻醉药物损害正常的体温调节功能,研究表明,全麻药物可提高人出汗和血管扩张的阈值约1℃,并可降低人体血管收缩和寒战的阈值约3℃^[1],使人体产热过程抑制。

3.8 术中、术后大剂量静脉输入低温液体、血液,是患者体温降低的主要原因之一。研究证实,成人静脉输入1L环境温度下液体或每输入1u(200ml)4℃血液,中心体温约降低0.25℃^[3]。因此大量的输入未加温的液体和血液可明显降低机体的温度。

4 低体温的危害

4.1 不适感增加 在全麻恢复过程中,未加保暖的病人寒战发生率大约45%,同时伴有肾上腺功能增强和不适感。一些病人(本组占53%)主诉术后寒战和发冷的不适感要比手术疼痛严重。

4.2 对代谢物的影响 轻度低体温可降低大多数药物代谢速度,导致麻醉药物代谢减慢^[4],明显延长术后恢复期。

4.3 手术切口感染率增加使住院时间延长^[2]。低体温可直接损害免疫功能,尤其是中性粒细胞的氧化杀伤作用和减少皮肤血流而降低机体对伤口感染的抵抗力,本组切口感染7例(占13.2%),其住院时间增加约20%。

4.4 凝血障碍^[5]。轻度低体温可降低血小板功能,降低凝血物质活性。试验证明,低体温明显增加失血量和对同种输血的需求。

4.5 对神经系统的影响,体温每降低1℃,大脑血流量降低7%,出现意识模糊,缺乏随意运

动,继而肌肉僵硬^[6]。

4.6 对心血管系统的影响,轻度低体温可引发交感神经兴奋,导致去甲肾上腺素水平增高和整个系统性血管收缩,当中心体温下降1℃时,可出现寒战,使整个机体耗氧量增加,从而加重心脏负担。研究表明,术期保持正常体温可减少心脏疾病和心动过速的发生^[7]。

5 低体温的护理

5.1 积极采取措施预防低体温的发生。术前术中加强覆盖,病人进出手术室途中给予足够的包裹,入手术室后四肢及躯干均覆盖单层毛巾被至术终,避免不必要的暴露。手术间应装有空调设备,室温保持在25℃的恒温状态,术中巡回护士应随时察看室温及患者情况,及时适当的调整室温。术中患者还可应用电热毯等。并加强围术期体温监测,对发现低体温有重要意义。

5.2 对静脉输注的液体和血液加温。将输液管道通过42℃的Hotline液体加温器,输入患者体内的液体温度为37-38℃。研究表明^[8],加温输液可有效预防体温降低,减少寒战的发生。但是单纯给患者输入加温至37℃的液体不能阻止体温的下降趋势,只能减少体温下降的幅度,而加温输液可在一定程度上减少低体温的发生。血液制品则尽可能设法恢复接近体温后再用,不论采用何种方法加温,血温不宜超过35℃,加温后的血液应尽快输用。

5.3 术后保暖的护理 密切观察术后体温,应每15-30分钟测试一次。病房要提前做好准备,室温保持20-22℃左右。患者回病房后,尽量减少肢体暴露,注意为患者保暖,根据气温适当增添盖被,必要时用热水袋、电热毯等保温措施。在保暖复温过程中,因麻醉患者感觉多未恢复,要防止烫伤,并随时观察复温效果,从而降低感染,缩短住院时间,利于患者早日康复。

[参考文献]

[1] Sessler DI. Mild Perioperative hypothermia[J]. N Engl J Med, 1997, 336: 1730

[2] Kurz A, Sessler DI, Lenhardt T Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical wound infection and shorten hospitalization [J]. New Engl J Med, 1996, 334: 1209.

[3] 谢自茂,沈永霞,李霞等.一种带可控温热水器手术器械台的应用[J].黑龙江护理杂志 1999, 5(4): 35-36.

[4] Sessler DI. Consequences and treatment of perioperative hypothermia[J]. Anesthesiol Clin North Am, 1994, 12: 425.

[5] Reed RL, Johnston TD, Hudson JD, et al. The disparity between hypothermic coagulopathy and clotting studies[J]. J Trauma, 1992, 33: 465.

[6] 陈宇, 李乌兰. 低体温的处理[J]. 国外医学, 护理学分册, 2001. 07. 26; 20(7): 321 - 322.

[7] Seven M. J Am Med Assoc, 1997; 277(14): 1127.

[8] 吕立波, 吴新民, 等. 湿热交换过滤器预防术中病人低体温的临床研究[J]. 临床麻醉学杂志, 2002, 18(3): 132.

巴曲亭治疗急性上消化道出血的观察与护理

刘桂平

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

急性上消化道出血为内科急症, 其起病急、病情重, 预后差。1999年1月至2001年12月我院收治急性上消化道出血患者218例, 其中109例在常规治疗的基础上予以巴曲亭治疗, 同时加强基础护理与心理护理, 疗效满意, 现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 将急性上消化道大出血218例患者, 根据治疗时的经济状况平均分成两组, 经济状况差的为传统治疗组(A组), 男60例, 女49例, 平均57.5岁; B组109例, 男62例, 女47例, 平均59岁, 本组在传统治疗的基础上加用巴曲亭治疗。两组病情无明显差异。

1.2 方法 A组用传统治疗方法, 给予补充血容量、H₂受体拮抗剂甲氰咪胍0.2 + 生理盐水20ml 静推, 每6-8h一次, 及局部应用8%的去甲肾上腺素盐水100ml, 每4-6h一次, 5%葡萄糖氯化钠500ml + 止血敏3.0 + 止血芳酸0.4 静脉滴注。B组在传统治疗的基础上加用由山东北大高科华泰制药有限公司生产的巴曲亭治疗, 每支1单位, 为冻干粉针, 白色或类白色冻干块状物或粉末, 临用前将巴曲亭1-2单位用灭菌注射用水溶解后肌肉注射或静脉推注, 也可将巴曲亭1-2单位加入5%葡萄糖氯化钠500ml 静滴, 每日1-2次, 疗程3-5d。

1.3 疗效评定 有效: 经治疗后呕血便血症状消失, 生命体征稳定、血色素恢复正常; 无效: 对症处理出血难以控制, 出现休克、直至死亡。

2 结果

A组有效101例, 无效8例, 平均住院日15d ± 2d; B组有效107例, 无效2例, 平均住院日11d ± 1.5d。

3 护理

3.1 心理护理 急性上消化道患者因出血而恐惧、紧张, 护士一定要安慰患者, 以从容镇静的态度, 熟练的操作技术, 给患者以安全感, 消除患者的恐惧心理, 以使配合治疗。

3.2 饮食护理 出血期间应禁食, 出血停止后可进无渣冷流质饮食, 少食多餐, 忌暴饮暴食, 忌粗糙坚硬及浓茶、咖啡等刺激性食物。

3.3 用药护理

3.3.1 正确掌握给药的剂量、时间、方法。

3.3.2 严格掌握巴曲亭的使用禁忌症, 用药过程中注意观察该药的不良反应, 其不良反应发生率低, 偶见过敏反应, 如出现过敏反应, 可按一般抗过敏处理方法, 给予抗组胺药或/和糖皮质激素或对症治疗。以上病例中有一例出现皮疹, 给予地塞米松10mg 静脉推注, 每日一次, 2d后皮疹消退。

3.3.3 溶巴曲亭的空针应专用,使用一次性注射器。

3.3.4 巴曲亭主要成份为巴西矛头蝮蛇蛇毒血凝酶,应遮光并置于冷暗处保存。

3.4 严密观察生命体征变化,给予持续多功能监护,密切观察脉搏、呼吸、血压、面色、神志及体温变化,观察有无呕血及便血情况。出血时要及时通知医师,迅速建立输液通路,酌情输入右旋糖酐、生理盐水、林格氏液或其它血浆代用品,输液开始宜快,尽早补充血容量,最好根据中心静脉压调整输液量及速度,老年人尤需注意,以免因输液(血)过多引起肺水肿或诱发再出血。

3.5 体位 休息,取平卧位,抬高下肢,保持呼吸道通畅。

3.6 口腔护理 禁食期间给予口腔护理,每日两次,以预防口腔感染。

3.7 为患者创造安静舒适的休养环境,房间温湿度适宜,减少探视,病人出血后污染的衣物、被服等及时更换,以免增加患者的心理负担。

4 讨论

本文资料中通过 A、B 两组治疗结果对照,充分证实了巴曲亭能迅速止血,是治疗急性上消化道出血的有效药物。

持续性发热病人的中医辨证施护

宋峰梅 刘绪英 明德玉

(泰安市中心医院皮肤科,山东 泰安 271000)

发热的病因较复杂,如不具体分析病情,对发热病人滥用抗菌素、激素、退烧药,不论是单用或是并用均不恰当,对发热原因不明者,除病情严重外,一般尽量不采用,以免造成症状不典型延误治疗。而且滥用药物可导致菌群失调,二重感染,重者危及生命。中医有外感发热与内伤发热两大类,和某些不明原因的发热,中医均可辨证论治和辨证施护。并且是临床护理工作的重要环节。

1 临床资料

我科自 1999—2002 年共收治持续发热患者,男 18 例,女 29 例,年龄在 19—43 岁之间,病程最短 3 天,最长 36 天,体温持续在 38.5~39.2℃ 之间。我们在临床护理当中采用分型辨证论治和分型辨证施护,取得满意效果,患者体温逐渐恢复正常,康复出院。

2 外感发热

外感是指人体感受六淫(风、寒、暑、湿、燥、

火)之邪所致的一些疾病,以发热为常见症状。具有起病急,变化快的特点,常有六经传变及卫气营血传遍的规律,护理上应与热病在各个阶段的辨证和治疗原则相一致。

2.1 表寒症 表寒症一般有发热、恶寒、肢冷、寒战或起鸡皮疙瘩,无汗脉浮紧等表现。护理应与辛温解表相配合。解表药易热服,服后给热粥以助药力,适当加衣服使之出汗,要使汗出津津,勿大汗淋漓。以防汗多伤阴,注意避风禁冷敷,禁擦浴,以免引起卫阳不达腠理闭塞,致汗闭不出,达不到降温目的。

2.2 表热症 恶寒轻、发热重、汗出热不解,皮肤灼热潮红,烦渴咽舌红,脉数等,护理时特别注意热毒伤津。体温高达 39℃ 以上时给降温;

2.2.1 物理降温 冷敷及温水擦浴,我们采用姜活、公英、酒精液擦浴,借酒精蒸发快,公英清热解暑,姜活解表降温之效,以加强降温的效果。

2.2.2 药物降温 辛凉解表药宜温服,以汗出为主,无论肌注或口服退烧药都应在半小时之

内,以防因冷刺激致腠理闭塞,不能使热邪从汗而出。

2.2.3 针刺降温 取大椎,风迟,合谷等穴位强刺激不留针,亦可在双侧合谷或曲迟穴位注射解热镇痛剂,针刺半小时后测体温。

2.3 寒热往来 寒热往来为邪在半表半里的少阴病,表现寒热的典型症状,如疟疾,但是在输血、输液反应时亦会出现同样症状。护理应于寒热各期相适应。

2.3.1 寒战期(产热增加,散热减少,体温上升)。此期测量体温一般不高或不甚高,此时应立即注射退热药,无论是疟疾或是输血输液反应,中药采用柴胡注射液最安全,用柴胡是治疗少阴病的主要药物。输血输液反应要将抗过敏和退热药同时注射,因退热药有抑制致热源的合成与释放,乘体温尚未很高时使用退热药,使体温不致升的过高,这样可缩短高热维持期,使之提前进入退热期。

2.3.2 持续高热期(体温维持在较高状态)。此时不恶寒,体温持续升高,大多数有面色潮红、皮肤灼热、口渴、脉数等表现。此时立即减少衣被,多服温饮料。

2.3.3 退热期(散热增加,产热逐渐正常)。体温下降或骤降,此时要严密观察出汗情况,随时测温,补充饮料,如汗多伤阴,酌情输液给滋阴养血。如汗出不止时,可用芦根煎汤代茶饮,以生津止渴,避免直接吹风。

2.4 温热病

表症以罢,转为里热,症见:大热烦渴、谵语、神昏、脉洪大等,此病人在护理上一定要严密观察体温变化,高热、抽搐、昏迷三关。高热是引起抽搐、昏迷的主要因素。按照急则治标的原则,首先采取迅速的降温措施。

2.4.1 物理降温冷敷:使用冰袋或冰帽时,一定要注意经常交换位置,密切观察,以防冻伤。擦浴:我们采用独活、公英、50%的酒精擦浴,擦拭时在颈部、腹股沟等大血管处反复揉搓,使热邪尽快从此排出加强降温效果。灌肠:高热不降采用冰水或冷盐水灌肠,使热邪从肠道排出,如热结出现大便秘结时,通过灌肠可以祛除肠道积滞,达到通肠降温作用。

2.4.2 肠清凉饮料降温清凉饮料一般采取口服法,昏迷患者给鼻饲,常采用西瓜水,可起到清热降温作用。

2.4.3 高热抽搐护理针刺十宣放血,配合人中、涌泉、合谷等穴位。使用镇静药时应密切观察病人神志、呼吸、体温、血压变化。

3 内伤发热

内伤发热见于体虚及慢性病患者,主要矛盾是阴阳失调,在护理上应配合扶正祛邪,内伤发热一般表现发热缓慢,病程较长,发热不恶寒,精神萎靡,面色苍白无华、乏力、自汗,四肢不温,脉来无力等虚弱表现。以治本为主,不主张发汗及物理降温,防止伤正助邪,继生外感或伤阴亡阳。

3.1 精神护理

七情是内伤疾病的主要致病因素,因此对病人必须要有针对性地做好精神护理,心理安慰,鼓励病人树立战胜疾病的信心,正确对待疾病与生活,引导病人排除干扰,安心养病。

3.2 饮食护理

内伤护理发热患者因长期发热,体质虚弱,因调整饮食扶助正气是很重要的,在辨清病情的前提下,选择既有营养又有利于病情恢复的饮食。如阴虚者可食鱼、黑木耳、甲鱼、海蜇、百合、莲子等补阴食物。

3.3 降温

体温持续在39℃以上不降时,在辨清病情的前提下使用药物降温,使用退热药后应密切观察退热效果、汗出情况,全身状况,随时测量体温,详细准确记录,如体温过高出虚汗者应及时报告医生,及时处理。

3.4 加强临床护理

保持室内温度适宜,室内空气要新鲜,避免直风吹,病房要安静,保持被褥床铺清洁干燥。出汗较多时随时用于毛巾擦净,内衣经常更换,对于重病患者酌情床上擦浴,注意避风勿受凉。

[参考文献]

- [1]周平安.中医护理学[M].北京:北京出版社.1990:34.
[2]孙新芳.中西药结合治疗感染性发热[J].中西医结合杂志.2001.10.[3].257-258.

18例特大煤尘爆炸伤者呼吸道 护理的几点体会

新梅

(泰安新汶矿业集团公司中心医院,山东新泰 271233)

烧伤合并吸入性损伤是一种严重烧伤,死亡率在45%~75%之间。早期认真观察,正确分析,仔细护理,在积极抗休克、抗感染的同时做好呼吸道管理,可防止并发症的发生,提高吸入性损伤的治愈率。现将护理体会进行简要论述:

1 临床资料

本组男18例,平均烧伤面积46%。其中,轻度吸入性损伤6例,中度吸入性损伤10例,重度吸入性损伤2例;行气管切开者5例;高频通气呼吸机辅助呼吸2例;1例合并多脏器功能衰竭而死亡;其余患者均痊愈出院。

2 临床特点

- 2.1 致伤原因主要以高温煤尘爆炸为主。
- 2.2 体面烧伤面积大,患者多伴有体表广泛性烧伤,本组做气管切开者的体表烧伤面积均在50%以上。
- 2.3 多伴有面颈部不同程度的烧伤。
- 2.4 全身反应重。中度、重度吸入性损伤表现为缺氧、烦躁不安、胸闷、气急或呼吸浅快等。

3 临床管理

3.1 保持呼吸道通畅。对未行气管切开的吸入性损伤患者,给予去枕平卧,肩部和颈下垫高,使颈部处于过伸位,保持气道伸展通畅,及时用棉签清除鼻腔分泌物,如分泌物凝固,结痂堵塞鼻腔者,使用乙醇液状石蜡油溶解干痂,并用消毒剪刀剪除痂皮及鼻毛。对高温煤尘烧伤及合并吸入有毒气体所致中度以上吸入性损伤者尽早行气管切开。

3.2 持续低流量吸氧。一般情况下采用鼻

导管吸氧法给予低流量吸氧(2L/min),如患者出现低氧血症,而PaCO₂正常时,给予中等浓度氧气吸入4—5L/min,伴有CO中毒者,给予高浓度氧气吸入(6L/min),或行高压氧治疗。合并呼吸衰竭者行气管插管或气管切开,同时给予呼吸机辅助呼吸。

3.3 协助呼吸功能的训练。指导患者进行深呼吸训练,1次/2h,并行咳嗽训练,使患者自觉主动咳嗽,协助翻身、拍背1次/4h。做好心理护理,解释其必要性,取得配合。

3.4 气管切开患者的呼吸道管理。(1)掌握正确的吸痰方法。选择吸痰管的直径应小于气管内套管内径的1/2,将吸痰管徐徐插入内套管,由浅入深,插入时不做吸引,待吸痰管达到一定深度后向上提取,方可缓慢转动吸引,遇有粘液或分泌物处稍停留,吸痰时严格无菌操作。吸引负压不可太高,一般调至400—500mmHg,每次吸痰前加大吸氧浓度,一次吸痰不超过15s。(2)做好气道湿化。采用超声雾化吸入和气管内滴药相结合,雾化吸入1次/2h,持续气管内滴药5—8滴/min。为方便调节滴速和固定滴管,我们将5号针头刺在小橡皮瓶盖上固定于气管套管侧孔上,湿化液采用蒸馏水+庆大霉素+地塞米松+糜蛋白酶。为防止异物落入气管套管,气管套管外覆3—4层用呋喃西林浸湿的纱布,并及时更换,保持湿润。

3.5 呼吸机辅助呼吸的管理。除进行气道湿化,给氧外,重点注意观察患者生命体征及呼吸机的工作状态,行肺部听诊定痰液位置,观察患者呼吸,了解痰阻情况。观察呼吸机的工作状态,了解气道压力,发现痰液阻塞及时吸出。

4 护理体会

4.1 吸入性损伤的患者,由于上气道受热力损伤,气道粘膜变性水肿、坏死,造成气管狭窄、梗阻,严重危及患者的生命。所以对吸入性损伤的患者应严密观察呼吸情况,随时做好气管切开准备,确保呼吸道畅通,如发现患者烦躁不安,呼吸进行性增快(大于35次/min),立即报告医生,紧急行气管切开,解除呼吸道梗阻。

4.2 吸入性损伤或气管切开后,气道本身的湿化作用减弱甚至丧失,蒸发失水增加,管腔内分泌物粘结,造成管腔阻塞或刺激粘膜,加之气道粘膜变性坏死,纤毛消失,天然防御屏障丧失,气道排痰和清除细菌及异物的能力减弱,细菌易于侵入,所以气道湿化在吸入性损伤患者的治疗护理中尤其重要。临床常用的气道湿化的方法有2种:(1)超声雾化吸入用于治疗呼吸道炎症,解除支气管痉挛,稀释呼吸道分泌物,促进排痰,减少气道阻力。对有缺氧的患者在行雾化吸入前需加大氧流量,因雾化气流大,易引起空气阻隔,导致短暂的氧供不足,影响氧的摄入。如我科曾有一患者做雾化吸入时发生胸闷,经加大吸氧流量,减小雾化流量,症状缓解。(2)气管内滴药:气管内持续滴药以保持气道的持续湿化,湿化液宜采用蒸馏水加入药物,而避免使用生理盐水,因生理盐

水进入呼吸道,水分很快蒸发,盐份沉积在肺泡及支气管形成高渗状态,引起支气管肺水肿。气管切开后,气道每日蒸发失水量为250ml,所以气管滴药以每日250—300ml为宜。

4.3 气管切开吸痰中应注意无菌操作,一根吸痰管只能用1次,口腔、鼻腔、气管吸痰应分别使用吸痰管,防止感染扩散至下呼吸道。吸痰时动作要轻柔、娴熟,吸引力不能太高,应低于600mmHg,以免造成呼吸道粘膜损伤。吸痰时,由于吸引的影响,阻碍了氧气吸入,常造成血PaO₂下降。吸痰前加大吸氧流量,可防止缺氧的发生。吸痰前气道滴入湿化液,以稀释痰液,易于吸出。

4.4 做好呼吸机的使用管理。护士一定要了解呼吸机的性能及使用注意事项,以免发生意外。对使用呼吸机的患者我们采取肺部听诊法,了解痰液的位置,以便适时吸痰。同时根据氧饱和度的变化及咳嗽情况进行吸痰,收到较好的效果。

4.5 做好患者的心理护理。吸入性损伤的患者多伴有面、颈、躯干等部位的烧伤,咳嗽常导致创面疼痛,而吸痰和雾化吸入又会引起呼吸道不适和憋闷感,所以患者多不能主动配合。做好解释工作,让患者了解主动咳嗽、吸痰、湿化和吸氧的重要性很有必要。

· 病 历 讨 论 ·

一例系统性红斑狼疮患者的病历讨论

李 芳

×××,女,33岁。住院号:470955,入院日期:2001-7-14。

主诉:皮肤红斑10年,加重伴发热、关节痛1个月。

入院情况:患者10年前受凉后出现皮肤红斑,以面颊部及双上肢为重,日晒后加重,呈反复发作,伴口腔溃疡及脱发,在我院查尿有蛋白,血

常规示白细胞低,诊为“系统性红斑狼疮”,给予强的松、环磷酰胺及其它辅助治疗,症状可缓解。于1个月前无明显诱因病情加重,面部、背部及前胸部红斑均明显,伴发热、关节痛,最高体温39℃;关节痛症状以双肩背及双手第三指间关节为著。无咳嗽、咳痰、咯血,无腹痛、腹泻,无尿频、尿急、尿痛,无皮下结节及环形红斑。为求进一步诊治

遂住院。患者自发病以来神智清,精神差,饮食、睡眠欠佳,大小便无明显异常,体重无明显变化。既往史:平素身体健康,自幼年患小儿麻痹后遗症,无肝炎、结核病史及密切接触史,无重大外伤、手术史,有磺胺过敏史,预防接种随当地,余系统回顾无异常发现。个人史:无特殊。婚育史:23岁结婚,生有1子,无流产史,配偶及子女均体健。家族史:否认有遗传性家族病史及其它重大传染病史。

查体:T36.2℃ P85次/分 R20次/分 BP17/9Kpa 面部、背部、前胸部满布红斑,无脱屑,浅表淋巴结未及肿大。咽无充血,双侧扁桃体不大。双肺呼吸音粗,未闻及干湿性罗音。心界不大,心率90次/分,律齐,各瓣膜区未闻及杂音及附加音。腹软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未及,双肾区无叩痛。右足踝部及背部水肿。

入院诊断:系统性红斑狼疮

诊疗经过:入院后给予甲基强的松龙80mg 静滴5天及非甾体抗炎药缓解症状,慢作用药物氯喹辅助治疗,参芪片升高血细胞,患者红斑减少,体温正常,关节痛减轻,激素减为强的松50mg。7月21日复查血常规示 WBC $3.04 \times 10^9/L$ RBC $2.89 \times 10^{12}/L$ HGB72g/L PLT $200 \times 10^9/L$,7月27日血常规示三系减少,血小板急剧下降至3.3万/ml,补体低,血沉快,抗磷脂抗体 IgG 高于正常值上限,查体口腔粘膜有出血点,考虑病情活动明显,给予甲基强的松龙500mg 冲击3天及长春新碱1mg 静推1次,病情略有好转,甲基强的松龙减量至80mg。又于8月2日出现腹痛、腹胀、黑便,8月4日查 PT + APTT 明显缩短,考虑有肠壁微血栓形成消耗血小板,继发粘膜出血,给予肝素皮下注射50mg bid、华法令3mg tid 口服抗凝。患者腹胀减轻,病情稳定。查体:体温不高,皮疹已退,关节无明显肿痛,8-13血常规示 WBC $3.78 \times 10^9/L$ RBC $2.99 \times 10^{12}/L$ HGB78g/L PLT $226 \times 10^9/L$,PT + APTT 均恢复正常,8-14出院。

辅助检查:

7-14血常规示 WBC $2.68 \times 10^9/L$ RBC $3.55 \times 10^{12}/L$ HGB83g/L PLT $38 \times 10^9/L$ ESR85mm/h

7-21血常规示 WBC $3.04 \times 10^9/L$ RBC $2.89 \times 10^{12}/L$ HGB72g/L PLT $200 \times 10^9/L$

7-27血常规示 WBC $2.39 \times 10^9/L$ RBC $2.75 \times 10^{12}/L$ HGB66g/L PLT $33 \times 10^9/L$

7-30血常规示 WBC $3.82 \times 10^9/L$ RBC $2.68 \times 10^{12}/L$ HGB64g/L PLT $32 \times 10^9/L$

8-4血常规示 WBC $7.54 \times 10^9/L$ RBC $2.96 \times 10^{12}/L$ HGB76g/L PLT $49 \times 10^9/L$

8-13血常规示 WBC $3.78 \times 10^9/L$ RBC $2.99 \times 10^{12}/L$ HGB78g/L PLT $226 \times 10^9/L$

本病例特点:

生育期女性,病史10年;

皮肤红斑或皮疹,脱发光过敏,关节痛,口腔溃疡;

发热,牙龈出血,腹痛腹胀,血便;

查体:体温39℃,皮疹明显,右足踝部及背部水肿。余正常。

辅助检查:

血常规示白细胞低,血小板低;血沉快。

尿常规示:蛋白+ WBC1-5/高倍镜下。

补体:C3 0.8g/L(参考值0.8—1.6);C4 0.10g/L(参考值0.1—0.5)

抗双链DNA(+++)。

ANA:9.68(参考值<2)。

B超:腹腔内扫查见少量液性暗区,胆囊结石。

胸片:左右心缘各弧段消失,右肋膈角变钝。

抗磷脂抗体 IgG:190u/ml(正常值25—75u/ml) IgM:70u/ml(正常值10—90u/ml)

RF:(+)(滴度1:32)

2001-7-31大便OB(+++)

讨论目的:

一、原发病诊断? 并发症是什么?(即出院诊断)

二、为什么会发生血小板减少?

三、患者有肠道出血表现,但抗凝治疗为什么病情还在好转?

·文献计量·

我院近五年发表医学论文计量学分析

李莉 郑锦华 宋霞

(泰安市中心医院图书馆, 山东 泰安 271000)

[关键词] 医学论文; 计量学; 分析

1 目的与范围

科技论文是科研成果和学术研究的载体, 发表论文的数量和质量是反映科研能力和学术水平的重要标志, 文献计量学为人们从总体上对一国、一地或学术机构的学术水平、科研实力及发展潜力的评估提供科学的依据^[1]。我院是一所三级甲等医院, 承担着全市 540 万人口和每年 400 万游客的医疗保健任务。为了比较客观地评价我院的学术研究水平及综合实力, 本文通过对其在国内发表的医学论文进行计量学分析与评价。

2 材料与方法

《中国生物医学文献数据库》(CBMdisc) 是中国医学科学院医学信息研究所开发研制的综合性医学文献数据库。该数据库收录了 1978 年 1 月至 2003 年国内 1000 多种公开发行人或内部出版的生物医学期刊、汇编及会议论文的文献题录 200 万余条, 是国内生物医学及其相关学科文献收录最全的权威数据库。因此, 选择以 CBMdisc1998—2003 年 4 月数据盘, 5 年来泰安市中心医院发表的医学论文为统计分析对象, 对作者地址“泰安市中心医院 in AD”或“泰山医学院教学医院 in AD”和年份分别采取逻辑“与”组配检索, 应用文献计量学原理和方法, 对其发表论文数量, 论文期刊分布, 作者及引文情况等指标进行统计分析。

3 结果与分析

3.1 论文数量 1998—2002 年全院在国内生物医学期刊上累计发表学术论文 1322 篇, 年平

均 264.4 篇。表 1 统计结果表明, 从 98 年起全院发表论文数量呈逐年递增趋势, 并且 99 年以后较前有明显增长。主要原因初步分析是我院对撰写学术论文方面出台了相关奖罚条例, 对公开发表的论文, 报销版面费, 且年度再给予发表奖励, 促进了科研、医疗和教学水平的提高以及科研和临床经验的总结; 同时, 图书馆在 1998—2000 年三年间先后订购了《中国学术期刊光盘版 (CD—CAJ)》(医药卫生辑), 《中国生物医学文献数据库 (CBMdisc)》, 美国国立图书馆的 Medline 检索数据库, 为临床科室提供检索服务极大地方便了科研人员对医学信息的获取。

表 1 1998 年—2003 年全院发表论文情况

年度	论文数量(篇)	占总量百分数(%)
1998	114	8.6
1999	218	16.5
2000	311	23.5
2001	337	25.5
2002	342	25.9
合计	1322	100

3.2 作者情况分析

3.2.1 1998—2003 年全院 1322 篇论文共计第一作者 608 人, 发表论文最多的 16 篇 1 人 (见表 2)。通常, 科研人员发表的论文数量越多, 成就越大, 第一作者的论文数量与科技成果成正比, 因此第一作者发表论文的数量可以作为科学评价人才的一个重要依据。经 K-S 检验, 这种著作频率分布基本符合洛特卡定律^[2], 发表 4 篇论文以上的作者有 79 人, 发表论文 531 篇, 占全部论文数的 40.2%, 可以认为这 79 人是我院近 5 年来的核心作者, 这 79 位第一作者基本是各学科带头人和专家, 起到了在各学科中的核心作用。

表2 全院第一作者发表论文情况

发表论文数	第一作者人数	占作者总数	占发表论文总数%
16	1	0.2	1.2
10—15	8	1.3	8.2
9	4	0.7	2.7
8	6	0.9	3.6
7	8	1.3	4.2
6	10	1.6	4.5
5	16	2.6	6.1
4	26	4.2	7.9
≤3	529	87.0	59.8

3.2.2 1322 篇论文中,共涉及作者 4363 人次,平均每篇论文 3.3 个作者,与《中国科学》医学学科 4.1 的论文合作度^[3]比较,稍有差距。在现代医学科研工作中需多人合作,对于发挥集体智慧,促进科技创新,提高科研质量有积极意义,尤其是在科技高速发展、各学科相互渗透、新学科不断涌现的今天,而统计数据表明,我院科研工作者有良好的合作倾向。

3.2.3 1322 篇论文的第一作者中,中级职称人员 281 人,占第一作者的 46.2%;其次为高级职称人员 215 人,占 35.4%,二者共占第一作者总数的 81.6%。反映了我院当前主要科研力量是中、高级职称医技人员,形成了实力较强的科研队伍。

3.3 期刊分布

3.3.1 1998—2000 年全院在国内 271 种生物医学期刊上发表论文,由表 3 可以看出,载文 10 篇以上的期刊有 12 种,共收录论文 845 篇,占发表论文数的 63.9%,而另外 477 篇则分散发表在其他 259 种期刊中。

3.3.2 核心期刊率从一个重要侧面反映学术论文的质量和水平,因之成为学术论文质量评价的重要指标之一。参照上海第一医科大学图书馆 1997 年版的《医学核心期刊指南》,北京大学 1996 年第二版的《中文核心期刊要目总览》,确定登载我院论文的医学核心期刊 83 种,有 202 篇论文,占发表论文总数的 15.3%,其中有 58 篇发表在 29 种中华系列期刊上。由以上数据看出,我院虽然发表论文数量高,但质量还有待提高,应引起足够重视,医院需加强学科建设,加大科研经费投入,引导科研活动逐步向高层次发展,使科研论文不仅有量的增加,更要创作高质量的科研论文在国内外学术界声誉高、学术影响面广的刊物上发表。

表3 1998—2002 年全院发表论文的期刊分布(10 篇以上)

名次	期刊	发文数量(篇)	占总量百分比(%)
1	泰山卫生	410	31.0
2	泰山医学院学报	137	10.4
3	山东医药	101	7.6
4	齐鲁护理	67	5.1
5	中国乡村医生	36	2.7
6	中国普通医学	25	1.9
7	江苏实用心电学	15	1.1
8	中外医用放射技术	12	1.0
9	济宁医学院学报	11	0.9
10	中华中西医杂志	11	0.9
11	山东中医	10	0.8
12	齐鲁医学	10	0.8
		845	63.9

3.4 引文统计分析

3.4.1 1322 篇论文共引用参考文献 3897 条,其中无引文的 518 篇,占总数的 39.2%,而有引文的有 804 篇,占总数的 60.8%,篇平均引文量反映每篇论文对已有文献的平均吸收能力,5 年中均引文量为 2.9 条,明显低于中华医学期刊论文的平均引文 6.5 条的水平,说明吸收利用已有科技成果的能力有待提高。

3.4.2 引用的 3897 条文献中,期刊文献 3180 条,占总量的 81.6%,其次为图书,占 11.4%,引用资料文献所占比例较少,只占总量的 0.8%。由以上数据看出,期刊论文在引用文献中占绝大部分,期刊是科研人员获取情报资料的第一来源,所以图书馆应搞好期刊的订购和采集,广辟期刊情报源,以最大限度地满足他们对期刊情报源的需求。资料文献一般指专利说明书、科技报告、会议文献、技术标准、产品样品和目录、学位论文及馆际内部交流资料等,有一定的情报价值,具有反映及时,针对性强等特点,作为图情服务部门,我们应加强这类文献的搜集和服务指导工作。同时,图书馆应通过各种方式,增强医学科研人员的信息意识,使他们善于利用现代科技手段,提高获取信息的能力。

[参考文献]

- [1]周薇. 机构和个人学术水平的文献计量评估[J]. 中华医学科研管理杂志,2001,(14)4:234.
- [2]罗式胜. 文献计量学概论[M]. 广州:中山大学出版社,1994.
- [3]朱腾. 国内医学期刊论文的合著情况调查[J]. 医学情报工作,1994,15(2):37-38.

稿 约

《泰山医学》为泰安市卫生局主管的综合性医学学术期刊,旨在全面反映泰安市中心医院医学各学科的进展动态,为我市医药卫生人员提供学术交流的园地。本刊设有临床论著、医院管理、医学探讨、综述讲座、祖国医学、经验交流、放射与检验、感染管理、营养与健康、临床护理、医院文化等栏目。欢迎我院广大医务工作者踊跃投稿。来稿请注意以下几项:

1. 文稿请用方格稿纸正规书写或打印(存盘最佳)。资料应翔实,内容要注意科学性、先进性和实用性。外文用打字或印刷体书写清楚,注意大小写的用法。

2. 要求文字精炼、通顺、重点突出。各类稿件一般在 1500 字以上(包括图表和参考文献),另附 200 字结构式摘要及 3-5 个关键词,放于正文之前。

3. 准确无误(药物剂量尤其要书写清)。统计学符号按国家标准 KB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定书写。

4. 医学名词以科学出版社出版的《医学名词》(全国自然科学名词审定委员会 1989 年公布)为准。避免使用不通用的缩略语。文中一律使用法定计量单位符号,不得用中文单位名称。

5. 图表宜少而精,正文与图表内容避免重复。

6. 文内标题不宜过多,一般 3-4 个,序号采用阿拉伯数字分级连续的国际层次序号表示方法,左顶格写。不同层次序号之间用下圆点表示。

如:1 第一级标题

1.1 第二级标题

1.1.1 第三级标题

1.1.1.1 第四级标题

7. 参考文献限作者亲自阅读过的与正文有关的并发表在正式出版物上的最新主要文献。按引用的先后顺序列于文末,并将序号标于正文引用处在右上角(加方括号)。格式采用 1988 年修订的温哥华格式,其写法如下:

[期刊]1·作者·文题·刊名年;卷(期):起止页

[书籍]1·作者·书名·卷·版次·出版地:出版者,年:起止页。

8. 本刊依照《著作权法》有关规定,《编辑部》可以对来稿作文字修改删节。凡有涉及原意的修改,则提请作者考虑。

9. 来稿请送至《泰山医学》编辑部(办公楼 311)。

本刊编辑部

我院抗击非典型肺炎工作掠影



我院设立发热病人分诊处，指导发热病人就诊



按照规范标准，对全院进行严格消毒



发热病人就诊一律免收挂号费，对从疫区来的病人免收检查、化验费



发热隔离病房医护人员认真查房



院领导对 120 急救中心进行夜间拉练



宣传中心工作人员深入隔离病房采访报道



医护人员进行抗“非典”相关知识培训



医护人员加班加点，进行防护服穿戴培训



医护人员相互配合进行模拟训练



专用救护车整装待命



进行“非典”病人紧急运送救护演练



进行紧急抢救演练



全院人员共同努力，先后投入 800 余万元在 3 天内建成两个发热专门门诊、一处隔离病房和一处“非典”病人专用治疗中心



医务人员对防护用品严格验收



医护人员在隔离宿舍区内生活丰富多彩



泰安市中心医院
泰安市内部资料准印证第76号

泰山医学

季刊 2002年创刊
2003年第2期(总第6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：于爱华 张延泉(常务) 王 军
译 文：滕清良
E-mail: zxyy@public.taптt.sd.cn
印 刷：山东农业大学印刷厂
出版日期：2003年6月30日