

2003 **3**
(总第7期)

泰山医学

TAI SHAN YI XUE

泰安市中心医院主办



五十五年的风雨历程



- ◇ 第一任院长李太民，任职时间 1948 年 7 月—1950 年 7 月
- ◇ 第二任院长于德河，任职时间 1950 年 7 月—1952 年 7 月
- ◇ 第三任院长张仲阳，任职时间 1952 年 10 月—1963 年 2 月
- ◇ 第四任院长郑忠，任职时间 1963 年 3 月—1969 年 12 月
(1969 年 12 月—1978 年 10 月先后由于传阳、朱金龙、郑忠任革委会主任)
- ◇ 第五任院长赵之兴，任职时间 1978 年 11 月—1984 年 3 月
- ◇ 第六任院长高怀仁，任职时间 1984 年 6 月—1991 年 1 月
- ◇ 第七任院长袁训书，任职时间 1991 年 1 月—2001 年 6 月
- ◇ 现任院长刘义成，任职时间 2001 年 6 月—至今

历史回眸

1948—2003

山东省泰安市中心医院建院 55 周年纪念

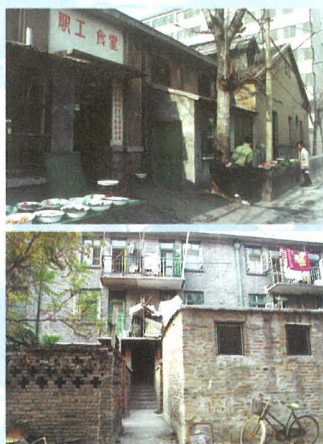
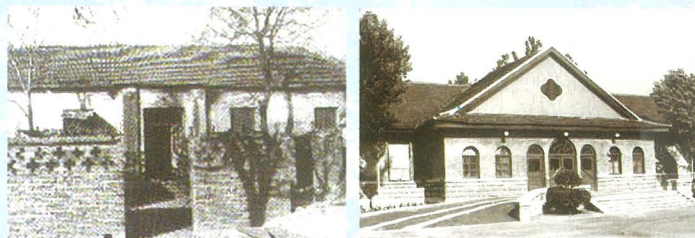


55 年我们这样走过……



医院始建于 1948 年 7 月，其前身是山东省泰安专署在莱芜县香山区上崮村建立的鲁中南第一地方医院，后称为泰安专区中心卫生院、泰安专署人民医院、泰安专区人民医院、泰安地区人民医院，1985 年 5 月 1 日更名为泰安市中心医院至今。

- ◇ 1951 年医院在岱庙唐槐院建成的门诊
- ◇ 1955 年建成的医院门诊
- ◇ 1975 年建成的门诊
- ◇ 原急救中心
- ◇ 1982 年建成的保健楼
- ◇ 1963 年建成的医院大门
- ◇ 原职工食堂
- ◇ 原职工宿舍



背景：1951 年在医院驻地岱庙唐槐院，由我院职工栽植的幼槐现已长成枝繁叶茂的参天大树



泰山醫學

TAISHANYIXUE

季 刊

第三期

(总第七期)

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

2003
第3期
(总第7期)

9月30日出版

季刊

主管单位:

泰安市卫生局

主办单位:

泰安市中心医院

编辑出版:

《泰山医学》编辑部

发 行:

《泰山医学》编辑部

地 址:

山东省泰安市龙潭路29号

邮政编码:

271000

电 话:

(0538)2138302

传 真:

(0538)8223227

E-mail:

zxyy@public.tappt.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 解放思想 干事创业 加快医院发展 | 刘义成 |
| 7 搞好先进性教育试点 开拓创新 促进发展 | 于爱华 |
| 11 抓好专业技术职务竞聘 努力营造培养造就
优秀人才环境 | 于爱华 |
| 14 凝心聚力 众志成城 取得抗击非典重大胜利 | 刘焕星 |
| 20 实践“三个代表”重要思想不断提高医德
医风建设水平 | 张启平 |
| 21 思想政治工作在抗击非典中的作用 | 焉 涛 |
| 23 加强医院精神文明建设重在规范医德管理 | 李晓平 |
| 25 要善待医务人员 | 刘业奇 |
| 26 浅谈医院门诊管理与服务 | 庄新云等 |

·临 床 论 著·

- | | |
|--------------------------|------|
| 28 微创手术治疗胸腰段脊椎爆裂性骨折 | 王永福等 |
| 30 间歇注气在小儿肠套叠整复中的价值 | 董德柱等 |
| 31 98例急性外伤性多发颅内血肿临床分析 | 辛昌明等 |
| 33 胸腹多发伤并ARDS18例的外科治疗 | 刘 勇等 |
| 35 经颅多普勒超声在血管性痴呆早期诊断的价值 | 杨惠英等 |
| 37 腭裂与患者血型的关系 | 李晓光等 |
| 39 空回肠结肠多发性憩室的临床X线诊断 | 刘 军等 |
| 41 初产妇临产时胎头浮动的相关因素及分娩结局 | 冯春梅 |
| 44 溶血素辅佐干化学法鉴别尿中白细胞的临床应用 | 左 丽等 |
| 46 交变磁场与中频电治疗骨膝关节炎 | 孙文玲等 |

·综 述 讲 座·

- | | |
|------------------------|------|
| 48 脑血管疾病诊疗要点 | 焦念宝等 |
| 51 某些病毒性传染病的肝脏损害临床表现 | 张玉臣等 |
| 54 浅析老年人的身心护理 | 张凤英 |
| 55 白细胞介素-18与成人Still's病 | 周爱红等 |
| 57 前列腺增生的病理生理变化 | 陈 云 |

·经 验 交 流·

- | | |
|----------------------|------|
| 58 激光血管内照射穿刺方法的改进 | 明德玉等 |
| 59 成人房缺并肺动脉高压患者的麻醉处理 | 陈素伟等 |

CONTENTS

- 60 $^{90}\text{Sr} - ^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗男性生殖器尖锐湿疣 郝树铭等
61 小儿支气管镜检查术中的一种通气方式 尹玉卿等
62 1例尿道淀粉样变多次输尿管镜下电灼术的手术配合 马艳丽等
63 白花蛇舌草合剂治疗亚急性甲状腺炎18例疗效观察 高正秀等
64 反胎与遗传关系(附二例报告) 王峻峰等
65 山东省计算机应用能力考试考后感 连红洁
68 喹诺酮类注射液与香丹注射液存在配伍禁忌 刘桂平等
69 缬沙坦逆转高血压病左室肥厚疗效的观察 陈东育等
70 目前中药炮制品中存在的一些问题 乔丰菊等
71 药师帮您选用助消化药 杨琳

·感染管理·

- 72 手足口病及其预防隔离与消毒 刘灿兰等
74 浅谈院内感染的发生因素及预防管理 秦丽晨等

·祖国医学·

- 76 自拟扶正泻浊汤治疗慢性肾功能衰竭50例 张灿兰
77 中医辨证施护系统性红斑狼疮的体会 宋峰梅等
78 简析针灸减肥 唐勇等

·临床护理·

- 79 标本采集的护理干预 曹墨桂等
80 细菌性角膜溃疡的心理护理 姚伟佳
81 鼻出血诱因的分析及护理对策 王秀莲等
82 大疱性表皮松解萎缩型药疹的护理 薛秀兰等
83 开胸手术病人呼吸道的护理 孙红喜等

·病历讨论·

- 85 一例系统性红斑狼疮患者的病历讨论(续) 李芳

·护生带教·

- 88 我院首届实习护士静脉注射操作比武体会 唐杰等
89 如何培养护士自身的心理素质 刘丽华等

封一:团结奋进的医院领导班子
封二:55年的风雨历程
封三:蓬勃发展的泰安市中心医院
封四:新落成的东大门全景

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.3 2003
MAIN CONTENTS

Emancipating the mind, undertaking the job, quickening the development of hospital.	Liu Yicheng(1)
Doing the advanced education pilot project well, opening - up and innovation for accelerating development.	Yu Aihua(7)
Doing a good job in professional technique appointment, making great efforts to build the environment of training and cultivating the outstanding talents.	Yu Aihua(11)
Obtaining a spectacular victory in anti - SARS because of congealing the heart, gathering and uniting the strength.	Liu Huanxing(14)
To practise the important thought of 'Three Represents', improving medical ethics constantly.	Zhang Qiping(20)
The effect of ideological and political work in anti - SARS.	Yan Tao(21)
It is important to standard medical ethics management in enhancing to built the spiritual civilization of hospital.	Li Xiaoping(23)
Treating medical work kindly.	Liu Yeqi(25)
To discuss the management and serves of out - patient clinic in hospital.	Zhuang Xinyun(26)
The burst fracture of vertebra in chest and waist were treated with mini - trauma operation.	Wang Yongfu(28)
The value of intermissive gas injection to treat intussusception in children.	Dong Dezhu(30)
Clinical analysis of 98 cases of acute trauma multiple hematoma in cranium.	Xin Changming(31)
Surgery treatment of 18 cases of chest - abdomen trauma with ARDS.	Liu Yong(33)
The value of early diagnosis of Doppler ultrasound through cranium in angio - amentia.	Yang Huiying(35)
The relationship of cleft palate and blood group.	Li Xiaoguang(37)
Clinical X - ray diagnosis of multiple diverticulum in ilio - jejunum - colon.	Liu Jun(39)
The result of delivery and relative factors of fetal head floating in labor primipara.	Feng Chunmei(41)
Clinical application of identificating white blood cell in urine with hemolysin and dried chemistry.	Zuo Li(44)
Gonarthrosis treated with magnetic field of reversal and Electric current of intermediate frequency.	Sun Wenling(46)
The important points of the diagnosis and treatments of the brain blood vessels diseases.	Jiao Nianbao(48)
The clinical performance of liver injury in some virus infectious diseases.	Zhang Yuchen(51)
To discuss the nursing of the olds' body and mind.	Zhang Fengying(54)
Interleukin - 18 and adult Still's disease.	Zhou Aihong(55)
The pathophysiology change of prostate hyperplasia.	Chen Yun(57)
The improvement of puncture method with laser lighting in the vein.	Ming Deyu(58)
The anaesthesia management of the adults who having minus atrium and high pressure of lung arteries.	Chen Suwei(59)
Male genitalia condyloma treated with 90Sr - 90Y paste.	Hao Shuming(60)
A kind of ventilate way in examining child with bronchus mirror.	Yin Yuqing(61)
1 case of urethra starch - like change operated with electricity burn under urethra morror.	Ma Yanli(62)
The curative effect observation in 18 cases sub - acute thyroiditis treated with BaiHuaSheSheCao.	Gao Zhengxiu(63)
The relation between and heredity (attach 2 cases reports).	Wang Junfeng(64)
The felling after Shandong province calculator application ability examination.	Lian Hongjie(65)
The mixture tabu between Quinolones and XiangDan injection liquid.	Liu Guiping(68)
The reversion observation of Valsartan on left ventricle plump in hypertension.	Chen Dongyu(69)
Some current problems in Chinese traditional medicine.	Qiao Fengju(70)
The apothecary choose digestive drugs for you.	Yang Lin(71)
Preventing insulation and disinfection of the extremity and ora epidemic.	Liu Canlan(72)
To talk the occurrence factor and prevention management about hospital infection.	Qin Lichen(74)
50 cases of chronic kidney function failure treated with FuZhengXieZhuo soup.	Zhang Canlan(76)
The experience of Chinese medicine dialectical nurse in system erythema lupus.	Song Fengmei(77)
Analyse briefly acupuncture in order to reduce weight.	Tang Yong(78)
The nursing interfering in specimen collection.	Cao Mogui(79)
The psychology nursing of germ cornea ulcer.	Yao Weijia(80)
The analysis and the nursing countermeasure of the nose bleed inducement.	Wang Xiulian(81)
The nursing of epidermis loosing and atrophy drug anthema.	Xue Xiulan(82)
The breathe way's nursing in the patients being operated the chest.	Sun Hongxi(83)
1 case discussion of system erythema lupus(continuously).	Li Fang(85)
The experience of the first practice nurse's vein injecting competition in our hospital.	Tang Jie(88)
How to educate nurse's psychological quality themselves.	Liu Lihua(89)

· 医 院 管 理 ·

解放思想 干事创业 加快医院发展

刘义成

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

深入贯彻省、市委会议精神, 广泛开展“解放思想谋发展”大讨论, 是当前和今后一个时期内我们加快医院建设与发展的重点内容之一。

1 认清形势, 增强干事创业、加快医院发展的紧迫感和责任感

2004年初医疗服务行业将作为WTO协议中我国医药行业承诺的五个开放领域中的最后一个, 向外资开放。届时, 必然会出现一个跨国医院抢滩中国的热潮。同时, 民营医院的兴起, 也将对我们国有公立医院的医疗市场造成非常大的冲击。对此, 我们必须保持清醒头脑, 决不能满足于已取得的成绩, 必须时刻具有危机感和紧迫感, 努力发展自己, 才能在竞争中立于不败之地, 才能真正实现“在同级医院中创一流、争第一”的奋斗目标。

当前, 我们也面临着难得的发展机遇: 一是省、市委工作会议后, 全省、全市掀起了发展竞赛, 城区变大了, 人口增加了, 老百姓手里有钱了, 更舍得花钱买健康了; 二是通过抗击非典提高了医务人员的社会地位; 三是群众健康保健需求不断增强, 尤其通过非典, 人们对“健康就是经济”有了最直接的认识; 四是兄弟医院创造了很多供我们学习借鉴的先进经验; 五是上级特别是国家改革发展政策比较宽松。八部委14条医药卫生改革指导意见力度比较大, 干部人事制度改革又有了5个配套文件, 用以指导人事制度改革的“单位自主用人, 人员自由择业, 职务能上能下, 待遇能高能低”, 医院职工“由单位人变为社会人”。分配制度改革封存档案工资, 重新确定工资标准, 甚至实

行年薪制, 也都有了政策依据。公立医院产权制度改革, 实行董事会、理事会领导下的院长负责制, 国家体改委也已形成了意见。

从我们医院来说, 虽然我们取得的成绩是辉煌的, 我们有“南学清远, 北学泰安”的美誉, 获得山东省卫生系统唯一的“全国五一劳动奖状”, 但仍存在许多问题。人才队伍建设缺少省内知名的专家, 缺少高档次的科研成果, 质量内涵管理还有很多不够到位的地方。分配制度特别是科室二次分配, 平均主义“小锅饭”的问题还比较明显, 增发工资奖金没有充分起到调动积极性的作用。人事制度方面有些部位仍不同程度地存在人浮于事的问题等等。正视差距, 查找问题, 并不是否定我们的工作成绩, 而是使我们进一步认清形势, 居安思危, 增强干事创业, 加快发展的紧迫感和使命感。什么叫创业? 创业就是办别人没办过的事, 就是要给后人打基础。创业欲望来源于对党的事业的负责, 来源于对医院的热爱, 来源于对职工群众的感情。要坚持思想领先的原则, 认真解决好思想认识问题, 精神状态问题, 事业心、责任感问题。

2 认真开展好“大讨论”活动, 进一步解放思想, 更新观念

我们与浙江、江苏、上海、广东等改革开放前沿的差距, 很多不是差在人才、技术设备等硬件上, 根本的是差在思想观念上, 思想指导行动, 观念通一通百通, 观念不通寸步难行, 脑筋一换天地宽。当前在我们医院管理理念上, 主要有这样几种观念需要确立:

1. 变革即发展不是痛苦。传统观念认为变革

是痛苦的,变革既复杂又困难,除非万不得已,否则不变革。现代管理新理念则认为变革是求发展,不是痛苦。变革是适应新市场,再次获得成功的必由之路。变革就是改革,改革才能发展,早改革早进步,晚改革晚进步,不改革就不进步,小改革大困难,大改革小困难,不改革最困难,医院发展的唯一出路在于改革,这是被历史证明了颠扑不破的真理。

2. 市场是生态系统而不是战场。传统观念认为市场、商场是战场,彼此之间是“你死我活”的竞争。现代管理新理念则认为市场是生态系统,不是战场,各竞争单位是由寻求市场生态链的相互依存关系构成的,是“你活我活,你死我死”的相互依赖关系。各竞争单位既要互相竞争,又必须互相学习,互相支持。在泰安这块医疗市场上,我们作为龙头老大,既要有强烈地竞争意识,又要虚心向兄弟医院学习,与兄弟医院共同发展,共同提高。

3. 拉开分配档次体现按劳分配是社会主义分配原则,而不是资本主义的东西。社会主义分配原则是按劳分配,按劳分配是社会主义的特征之一,这是讲了多少年的问题了,但这个原则多少年来在我国国有公立医院却体现得不那么好,而在民营医院却体现得非常到位,很值得我们反思。“大锅饭”绝不是社会主义的东西,“低奖金、高福利,共同富裕”绝不应成为我们医院的分配原则,必须进行分配制度改革。

4. 职工是医院的主人,而不是医院照顾的对象。一些职工认为“进了医院的门就是医院的人,医院就得管我、照顾我,不但要管我,还得管我的孩子”。职工作为医院的主人,必须干主人事,尽主人责,必须为医院作贡献,绝不能凡事总替自己着想。如果都不为医院作贡献,一味吃医院,要照顾,坐吃山空,医院很快就没了吃了。

5. 艰苦奋斗,艰苦不是为了守穷,奋斗是为了发展。传统观念认为,艰苦就是过穷日子、过苦日子,新形势下的艰苦奋斗不是要过穷日子、苦日子,而是要励精图治,奋斗发展,争取过富日子、好日子。艰苦奋斗重在奋斗,重在干事创业。

6. “官”不是“本位”,“能力”才是“本位”。传

统观念认为惟官为高,人们以自己能否升上更大的官作为价值取向。想当官本身无可厚非,但是,人人都想当官,人人都崇拜当官的,甚至怕当官的,就不正常了。况且,这当官也不是人人都行的。适合搞管理的做管理工作,适合搞业务的就做业务工作,以“能力”为“本位”,体现了人类的进步。山东人要真正地解放思想,就必须从重仕轻商、惟官为高的观念中解脱出来。

7. 医院是社区不是机器。传统观念认为医院是一台机器,职工在其中是缺乏个性的齿轮,作为零件,每个人都是可以更换的。现代管理新理念则认为医院是社区不是机器,医院是由共同拥有希望和梦想的个人组成的集合体,是志同道合者汇聚一堂的地方,个人的希望和梦想又与医院的远大目标息息相关。职工是医院内富有活力的细胞体。职工是前辈不是小孩,激励靠眼光不是靠担惊受怕。

8. 管理是服务不是控制。传统观念认为管理就是控制。管理者叫他往东,他就不能往西。现代管理新理念则认为管理是服务,不是控制。管理工作就是指明方向,提供职工完成工作所需的资源。决策是由医院“最低层”做出的,有职工自己的规定和方向,让每个人都觉得自己是举足轻重的,对医院盈亏都是有所影响的,从而更能激励他们。

掌握和运用以上8个现代管理新理念,对于指导我们医院的改革和发展,对于转变我们的观念,应该说是很有帮助的。近年来,苏浙等先进省市之所以能够超常规、高速度、跨越式发展,最重要的原因是他们适应市场经济发展的需求,不断解放思想,更新观念。他们发展的眼界宽、起点高、气魄大,他们勇于创新,大胆地闯、大胆地试,不断突破束缚生产力发展的旧观念、旧体制、旧做法,从而以先人一步的思想观念、高人一筹的胆略气魄,抢抓机遇,在更高层次上构筑了新的发展平台。

要认真组织好“大讨论”活动。各级党组织、各部门、各科室都要把“大讨论”活动作为大事来抓。这次会议以后,要以支部、科室和总支为单位分别组织一些学习讨论活动,在此基础上院里将

召开“讨论”大会,各总支代表在会上发言,畅谈“讨论”体会。讨论中一定要注意理论联系实际,在解决思想认识问题上下功夫。要把思想统一到邓小平理论和“三个代表”重要思想上来。转型期、初级阶段,人们的思想行为上不可避免地会带有多种不同的痕迹和色彩,我们应该以一种平常的心态去面对。受极“左”路线及计划经济的熏陶比较严重的个人,通常善于将简单问题复杂化,热衷于瞎议论,热衷于当说客,热衷于串门子、走关系寻求思想寄托。有的甚至无事生非,写小字报、匿名信、造谣污蔑,这是一种政治上的“法轮功”,对我们的事业是个损害。我们要尽快从这种思维模式中解脱出来,学会在议论中、指责中干事创业,让他去争、去议、去论,我们只顾“坚决改革、加快发展”,用发展来统一思想认识,用发展来凝聚力量,用发展来识别考核和选拔使用干部。作为一个干部,如果没有强烈的事业心,没有对老百姓深厚的感情,没有对事业执着的追求,是不可能解放思想、更新观念上有所创新的,更不可能敢闯、敢冒、敢试。只有立党为公、干事创业,才能正视存在的问题,敢于打破常规,敢于勇往直前。医院要发展就得要用有事业心的干部,用干事的干部,谁干事就用谁,就支持谁。要去掉一个“怕”字,解决好“敢干”的问题;用好一个“学”字,解决好“会干”的问题,开动脑筋,创造性地开展工作,加快医院建设和发展。

3 抓住着力点,推动医院快速发展

当前对医院改革发展的研究越来越深入,国家卫生部专门组织课题组进行专题调研,去年我与于书记、韩涛主任参加了卫生部医院管理研究所上海举办的中外医院体制改革研讨会,各级都在研究探索医院管理体制问题,并且有很多医院已经创造了一些很好的经验。结合我们医院的实际,我个人认为,下一步我们主要应在以下六个问题上进行改革探索:

1. 探索医院产权制度改革,建立现代医院制度问题。去年国家卫生部朱庆生副部长撰文指出:我们有的医院硬件建设上去了,医疗条件改善了,医疗技术人员也不缺乏。可是,事业发展仍然缓慢,问题的症结是我们的医院内部管理体制和

运行机制落后,体制不顺,体制不活,人的积极性没有充分调动起来。现在我国医疗卫生领域之所以无法实现政府职能转变,即由办医院到管医院,最大问题是产权不清晰。有关专家指出,如果非营利性医院的产权问题得不到解决,那么包括医政管理、医疗保险、药品监管等所有深层次的改革到此将“嘎然而止”。解决这个问题的出路就是建立现代医院制度,将所有权与经营权分离。什么是产权?简单地说就是资产的权利,过去我们一般认为医院资产是国家的,国家的投资包括其增值部分,自然是国家的,但这些年来国家投资越来越少,大部分资产是医院职工集体创造的,集体创造的就应该是属于职工集体。既然是国家的资产,谁来代表国家管理这些资产?现在一般说是政府,具体一点就是卫生行政部门,但政府要转变职能从“办”到“管”,依照有关法律法规监管医院,但医院产权问题不解决,卫生行政部门就没法来监管医院,如果要监管,就等于自己监管自己,因为医院是你卫生局的,卫生局长就只能永远当“总院长”,永远政事不能分开。这种产权使得非营利性医疗机构对资产的运营缺乏责任,更无激励,容易导致资源利用的低效率。国有医院产权制度如何改革?现在权威部门提出的方案是:对于国有独资的非营利性医院,仿照国有独资公司的模式,建立国有独资的医疗机构管理公司或医疗集团。政府将非营利医院国有资产委托给医疗机构管理公司或医院集团运营管理,实现所有权与经营权的分离。医院管理公司不一定由政府举办,可以是民间机构。国家通过法律确立非营利性医院的法人地位。政府仅从宏观上监管医院,不再直接干预医院的医疗活动,医院在日常医疗活动中享有充分的自主权。医院建立股东大会、董事会、监事会以及由院长组成的执行机构。实行董事会领导下的院长负责制。股东大会选举董事会,医院发展的重大问题由董事会研究决策。董事会任命院长,院长对董事会负责,院长聘任副院长和中层干部。监事会负责监督工作,实现决策、执行、监督三位一体的封闭式管理。对这个问题之所以给大家讲得多一些,一是大家对这个问题比较陌生;二是产权制度改革是下一步医院改革必须要走的

路,最近我向有关市领导汇报改革思路后,市领导明确表态支持我们进行产权制度改革,说不定我们很快就可以办这个事,当然对此我们既要积极又要慎重;三是决策、执行、监督三位一体封闭式管理结构是现代管理必须的模式。九九年我在市卫生局起草干部人事制度改革实施意见时,就写入了探索建立现代医院制度问题。现在我们实行的领导体制是院长负责制,不是党委领导下的院长负责制,党委起政治核心、保证监督作用,严格地说大家平常说的“在院党委的领导下”是不确切的,因为不是党委领导下的院长负责制,医院的大事应由院长决策,这样院长既是决策者又是执行者,就违背了“三位一体”的现代管理结构。在这个体制下,院长素质高、民主作风好,注意听取大家的意见,决策失误可能会少一些,反之则会出现相反的情况。我们有很多医院决策失误就是由此造成的,根本原因就是在这个体制缺少制衡,所以几年来,我一直在思考这个问题,我们就是产权制度不改革,也要实行理事会领导下的院长负责制,这个问题已写入我们年初的工作报告,也已向有关市领导作了汇报,下半年将开始运作这项工作。

2.关于发展医院营销问题。市场经济条件下医院管理很重要的一项是医院营销。由于政府补偿机制不到位,医院不是慈善机构,必须要有较好社会效益和经济效益,两个效益之间看起来有些矛盾,实际上是一致的,通过提高社会效益吸引更多的病人,进而也就提高了经济效益;通过提高经济效益增强发展势力,为提高社会效益打下良好的经济基础。如何做好营销工作?一是要找准目标市场,医疗市场是一个巨大的市场,任何一家医院都不可能满足整个市场的所有需要,解决这个问题有效办法是将市场细分,然后从中选择目标市场,并根据每个细分市场的具体特点,制定相应的营销方案,使营销更具有针对性,也更有效。医院营销最根本的是要不断满足人民群众多样化的医疗保健需求。随着经济发展和人民群众生活水平的提高,病人逐步由过去的保命发展到提高生命质量和生活质量,因此,医院的学科、专科建设必须以群众的需求为导向,以市场为导向,市场需求什么,医院就发展什么,人民群众需要什

么,医院就提供什么,这也符合“三个代表”的要求。去年我院组建健康保健中心,发展健康产业,成立眼科医院、糖尿病防治中心。今年我们成立皮肤病医院、康复中心,实际都是从人民群众需要、市场需求出发办的,都收到了很好的社会效益和经济效益。要让所有的部门、所有的人都参与营销,用经济杠杆促营销,努力使利润最大化。二是要抓住医院特性做文章,为抽象的医疗服务提供具体的有形的证据。要加强医患沟通,让医患双方共同决定医疗服务结果。要加强诚信建设,使患者对医院产生高度的信任感。三是加大医院宣传力度,提高专业特色知名度。四是开展微笑服务,通过端正服务态度,通过预约、导诊、回访病人,让病人感到便捷、亲切,吸引更多的病人。

3.关于人力资源管理问题。我们这次机关编制体制改革,将人事科更名为人力资源部,它绝不是简单的名称的改变。从人事管理到人力资源管理,是一种管理思想的转变,是把人力作为一个可以开发的资源,进行全方位开发,通过构建人力资源管理制度机制、组织机制和激励机制,最大限度地开发员工的潜力,发挥所有员工的积极性和创造性。下半年我院干部人事制度改革主要是按需定编,因事设岗,全员竞聘,对部分人员实行高职低聘,低职高聘,转岗分流,极少数人员可能还要待岗。过去职称设岗全院统一调配使用,这次我们根据各科确定的人员编制将职称设置到科室,在本科竞争不上的人员要么到其他科室参与竞争,要么高职低聘或者待岗。通过全员竞聘,真正合理利用医院人力资源,最大限度地发挥人力资源的作用。

4.关于分配制度改革问题。当前医院分配形式中仍然存在不公平、不完善的问题,主要表现在“大锅饭”现象仍然存在。一方面,国家规定的职工工资标准是计划经济时期工资标准的延续,级差小,而科室内部各岗位的工作量又缺乏衡量依据,多数科室二次分配基本还是“大锅饭”,多劳不能多得,优劳不得优酬;另一方面,行政后勤人员的工作质量缺乏考评标准和监督措施,分配上仍然没有拉开档次。另外,还没有充分体现技术劳务的价值,也没有体现医疗服务的风险系数,按生

产要素分配受到限制。同时,分配形式中某些环节失灵或失当,一是综合指标过于繁杂,不便考评时操作;二是经济核算中的成本费用摊销存有不当的问题;三是分配系数有失当的问题。分配中存在的问题既影响了职工群众积极性,又给保留骨干人才增加了困难。浙江奉化市中医院21名医生集体跳槽到民营医院,最根本的原因就是公立医院缺乏良好的激励机制和合理的分配制度。为了解决这个问题,各医院都在积极研究分配制度改革问题。威海市立医院将职工档案工资与实际工资分离,实行绩效工资制,绩效工资由固定工资和活工资两部分构成。固定工资按职工档案工资的65%核发个人,将档案工资的35%和收支节余的20%(少数科室略有浮动)捆在一起作为活工资,按工作绩效(患者满意度和经济纯收入2个指标)核算分配到科室。科室负责人补贴(科主任300-500元、护士长100-300元)从科室绩效工资中提取。若负责人提取补贴后,职工拿不满活工资(原档案工资的35%)的科室,负责人不享受补贴。行政科室绩效工资等于全院职工绩效工资的平均数乘以满意度(院领导及行政后勤满意度和临床医技科室满意度)。后勤绩效工资等于全院职工绩效工资平均数的90%乘以满意度(满意度内容同行政科室)。通过改革拉开了分配差距,绩效工资最高的平均每月3503元,最低的1100元。提高了服务质量,降低了医疗成本,提高了经济效益,收支节余同比增长123%。我院的分配制度经过近几年改革,实行“八个拉开”,比以前有了很大进步,但是前面讲的几个不公平、不完善的问题也都不同程度的存在,特别是我们的工资分配,只动了150元的档案工资,力度是比较小的,奖金核算也存有过分繁杂,一般人看不明白的问题,科室二次分配,机关奖金分配“大锅饭”的问题也比较突出。科室成本支出与奖金挂钩不够直接明显,造成一些漏洞,必须通过深化改革切实加以解决。总的想法是要封起档案工资,重新确定工资标准,实行岗位工资和绩效工资相结合的工资分配方法,将奖金和各种提成变为绩效工资,绩效工资不与科室编制和现有人员数挂钩,尽量减少吃平均奖人员,能用工作量控制的尽量用工

作量控制,绩效工资二次分配也要拉开档次,尽量做到按人核算。用经济杠杆控制成本支出,堵塞漏洞。彻底打破“大锅饭”,拉开分配档次,充分体现按劳分配原则,同时核算要简便易行,一般人都能看得明白,个人这个月拿多少报酬自己心里非常清楚,进一步调动职工群众积极性,留住骨干人才。

5.关于管理人员职业化问题。管理是一门科学,一门艺术,管理是高科技,是生产力。医院是知识密集型组织,它对管理者的文化素养有着较高的要求。过去有的认为管理岗位是“万金油”岗位,人人都能干,所以把一些文化程度偏低的、有关系的、搞业务不行的,甚至打针过敏的调到了机关,既影响了机关工作效率,也影响了机关威信。随着改革形势的发展,提出了管理职业化问题、院长职业化问题,当院长可以不是学业务出身的,但不能不懂管理,要逐步让有MBA背景的人来管理医院;提出MBA比医学专家更有竞争力,MBA管医院不是外行管内行,让医学专家管医院才是真正的外行管内行。当然,业务副院长必须要有医学背景。国际上美国95%以上的院长都不是学医出身的,而是有MBA、MPA背景的。我国大体经过了三代院长,第一代是战争年代过来的老革命;第二代是改革开放以来的医学专家,是把专业化理解为专家化带来的结果;第三代是刚刚提出的职业化院长。三代院长分别体现了不同的时代要求,改革开放前政治运动频繁,老革命恰恰能够适应这一特殊要求;改革开放以来,仍为计划经济,医院作为公益性事业单位由上级拨款,院长主要抓业务管理,经营营销并不是院长的主要任务;进入市场经济后就不同了,院长的主要任务是出思路,用干部,抓管理,促营销,处理内外关系,进行经营管理,没有职业化的管理队伍是很难完成的。

6.关于后勤社会化改革问题。我院从去年开始进行后勤社会化改革,先后组建了6个服务中心,收到了比较好的成效。今年我们机关编制体制改革,撤销总务科和后勤服务公司,组建后勤服务管理部,履行对服务实体的监管职能,应该说是比较超前的。下半年后勤改革主要是组建宿舍区

物业管理中心和后勤维修中心,进一步扩大服务实体队伍。

4 努力营造良好环境,保障医院快速发展

环境问题是加快医院发展的要害问题。环境出形象,环境出效益,改善环境就是提高竞争力,没有良好的环境,就没有医院的持续、快速、健康发展。

一要营造团结奋进的人文环境。从党的事业、医院的发展和人民群众的根本利益出发,营造尊重知识、尊重人才、尊重劳动、尊重创造的氛围,把方方面面的积极性调动起来,并切实引导好、保护好、发挥好。各级党组织、各级领导都要把营造发展环境作为大事来抓,有利于营造发展环境的话多说、事多做,反之则不说、不做。要充分发挥工会、共青团、女工委等群众团体的桥梁和纽带作用,协调好各方面的关系,在全院形成加快发展的强大合力。

二要营造宽松的创新环境。创新是一项艰苦的劳动,有时还要付出失败的代价,必须要有一个良好的整体环境来保证。我们要根据医院发展的需要,逐步建立宽松的创新环境,营造良好的创新氛围,宽容失败,激发强劲的创新活力。要倡导一个“创”字,推崇一个“新”字,在医院发展实践中善于发现新思想,大胆鼓励新方法,坚决扶植新事业,大力开展新技术,大胆地想,勇敢地试,坚决地做,为创新成果的不断涌现和创新人才的脱颖而出创造良好的环境;要克服一个“怕”字,摒弃一个“等”字。在实际工作中,墨守陈规往往最稳妥,而革故鼎新却充满艰辛,有时还要承担风险。因此,我们要坚持“不扣帽子,不打棍子,不抓辫子”的原

则,为医院的创新之举摇旗呐喊、鸣锣开道,为医院的创新人才扫除思想顾虑和行动障碍。

三要营造务实高效的服务环境。对医院而言服务环境分对内和对外两个部分。对外,是通过我们精湛的医疗技术和良好的服务意识为病人提供优质、便捷的诊疗环境。对内,是我们的行政职能和后勤保障部门要为一线提供扎实有效的服务。一线的工作是医院工作的重中之重,行政职能部门要转变工作作风,提高服务效率。要多讲“怎么办”,少讲或不讲“不能办”。要学习苏州等地政府的优质服务经验,多说“OK”,少说“NO”。一线的同志到机关来办事,有关情况不熟悉,职能部门的同志应该积极热情地帮助去做,找到谁,谁要负责到底,对于一推了之,只会摆手、摇头的人和事,我们要追究责任。

四要营造积极向上的舆论环境。医院的宣传工作要讲党性、讲政治,坚持团结、稳定、鼓劲,唱响主旋律,始终保持正确的舆论导向。坚持贴近实际、贴近生活、贴近职工,加大宣传力度,使党的方针政策家喻户晓、深入人心。今年,我院将组织小规模在建院五十五周年庆祝活动,自编自演一台节目,编印一本画册,摄制一部录相片。结合庆祝活动,大力宣传医院建设中涌现出来的模范人物和先进事迹,营造出健康向上、干事创业、加快发展的浓厚氛围。我们还将组织举办淮海经济协作区院长联谊会暨思想政治工作研究会医院文化建设研讨会。还将组团访问新加坡中央医院,邀请韩国友好医院汉城江南医院来访,加大对外交流力度,创造更高层次的医院发展环境,加快医院建设和发展。

搞好先进性教育试点 开拓创新 促进发展

于爱华

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

深入开展保持共产党员先进性教育活动,是党的十六大作出的重要决策,是全面贯彻“三个代表”重要思想,加强新时期党的建设,提高党员队伍素质的基础性工程。为在全党全面开展保持共产党员先进性教育活动作好准备,积累经验,中央和山东省委决定把泰安市作为全国唯一的综合性试点,泰安市委决定把我院作为全市的先期试点。这是上级党组织对我们的高度信任与期望,是对我们的极大鼓舞与鞭策。我们把先期试点工作作为医院工作的重中之重来抓,紧紧围绕新形势下“全面建小康,首先保健康”的主题,全面落实先进性教育各项具体措施,在实践中突出一个“准”字,认真查找、深入分析党员队伍存在的问题;力求一个“新”字,通过分类施教的办法把“三个代表”重要思想贯穿始终;体现一个“明”字,探索总结了事业单位共产党员先进性的一些具体标准;落脚一个“实”字,切实提高了民主评议的质量,整个先进性教育活动取得显著成效,圆满完成了市委交给我们的先期试点任务。

1 号准脉搏,把握症结,触动广大党员的思想与灵魂

我们针对思想实际和工作实际,把重点放在查找党员队伍中存在的突出问题上,号准了党员的思想脉搏,把握了问题存在的症结,增强了教育活动的针对性。医院教育活动领导小组、各总支多次召开党员代表座谈会、民主党派座谈会和职工代表座谈会,广泛听取各方面的意见和建议,同时向全院印发了1000多份问卷调查表,按照党性觉悟、组织观念、表率作用、医德医风、团结协作等内容进行全面调查摸底。对调查的结果进行分类梳理,找准了医疗卫生系统党员队伍中存在的突

出问题。主要表现在以下五个方面:一是少数党员理想信念产生动摇,对共产主义和建设中国特色社会主义信心不足;二是少数党员组织观念淡漠,不参加组织生活,不能发挥模范带头作用;三是自由主义、享乐主义严重,一切向“钱”看,只讲物质享受,不讲艰苦奋斗;四是少数党员职业道德低下,收“红包”、拿“回扣”、吃宴请;五是个别党员服务态度差、服务质量低,群众意识淡薄。对存在的这些问题,医院保持共产党员先进性教育活动领导小组多次召开专题会议,对存在问题进行“会诊”,并坚持“从党员中来,到党员中去”的原则,上下反复讨论,剖析这些问题产生的主观和客观原因。大家认为,从组织方面讲,注重业务建设,忽视思想教育;注重传统教育,忽视创新教育,缺乏创新机制,教育方法陈旧,形式单一,吸引力不强;注重对党员一般性管理,忽视搭建共产党员展现先进性的舞台,在医院改革、发展和医德医风建设等方面,强调干部职工共同参与多,很少讲“先党员,后群众”。从个人角度上讲,主要是学习不够,自觉性、主动性差;要求不严,标准不高,等同一般群众;自律意识不强;发展欲望不强,患得患失,私心严重等等。这些问题发人深省,如果不解决,就会影响医患关系和党员的光辉形象,成为医院发展的障碍。对存在的问题,医院保持共产党员先进性教育活动领导小组多次召开会议专题研究,制定教育整改措施,为搞好教育活动打下坚实的基础。

2 分类施教,对症下药,增强教育的针对性

我院党委下设7个党总支、21个党支部、66个党小组,全院650名党员分布在128个不同岗位。层次类型多,情况复杂,需要解决的问题又有所不同。因此,我们根据党员的实际情况,突出重

点,采取切实可行的方法,增强学习教育的针对性,使学习教育真正做到入心、入脑。在学习内容的安排上各有侧重。对院负责人、科主任和行政职能科室的党员,组织大家原原本本地研读《保持共产党员先进性教育读本(试用本)》,重点学习党的十六大报告、《党章》和胡锦涛同志《坚持发扬艰苦奋斗的优良作风,努力实现全面建设小康社会的宏伟目标》的重要讲话以及中共中央《关于深化卫生体制改革的指导意见》,联系医院发展实际,围绕大局意识、创新意识和发展意识几个方面,进行座谈讨论,重点解决大局观念不强、群众观念淡漠、发展欲望不高、工作作风不扎实、工作效率不高的问题;对医护人员中的党员,重点组织学习毛泽东同志《为人民服务》、《纪念白求恩》等文章,切实解决服务态度不好、责任心不强、医德医风差的问题;对后勤工作人员中的党员,重点组织学习毛泽东同志《为人民服务》、邓小平同志《发扬五种精神》等文章,切实解决改革和服务意识不强、办事拖拉、工作扯皮、标准不高等问题;对离退休党员,重点组织学习党的十六大报告,切实解决思想观念陈旧、对医院改革和事业发展漠不关心、不思进取的问题。对不同类型的党员,突出不同的学习内容,较好地解决了教育活动“一刀切”、“一个方子吃药”以及教育形式一般化的问题,增强了教育活动的实效性。

医院各类党员接受能力不同,工作岗位、时间、班次不同,要收到较好学习效果,必须因人制宜,采取灵活多样的教育学习方法。对理解接受能力较强的医院党员干部和行政职能科室党员,重点利用中心组学习等形式,进行座谈讨论,研究解决实际问题;对工作任务繁重、临床一线医护岗位上的党员,在集中辅导的基础上,强调利用业余时间个人自学,安排周日和晚上时间集体交流学习心得;对时间相对好安排的后勤、离退休党员,集体辅导,学习原文。对个别身体不好、不能参加正常学习活动的老党员,做到“三上门、三进家”,即:学习辅导上门,把学习材料送进家;征求意见上门,把组织信任和关怀送进家;民主评议上门,把整改意见送进家。对在外地居住暂时不能转接组织关系的离退休党员和外地进修学习的流动党员,活动办公室定期给他们寄发学习资料和教育活动各阶段的安排表,督促安排他们进行学

习,并让他们及时将自己的学习体会和学习情况以书信形式汇报给所在的党组织,确保党员走到哪里,先进性教育活动就延伸到哪里。同时我们注重抓好全院集中学习教育活动,邀请市委党校教授、市优秀共产党员来院为党员作加强党性修养、先进事迹专题报告;请离休老党员作革命传统报告;党委成员轮流给全院党员集中上党课;组织党员参观孔繁森纪念馆、徐州淮海战役纪念馆,重温入党誓词等,增强学习效果,收到了显著成效。为加强对党员行为的监督,注重听取群众的意见,大力推行了共产党员佩戴党徽标志服务制度和窗口服务科室共产党员挂牌上岗制度,开展了争创“共产党员先锋岗”活动,并设立了“保持共产党员先进性监督箱”和专线监督电话,在做到严格自律的同时,自觉接受患者和群众监督。实践证明,只要针对不同类型的党员,突出不同的学习重点,采取不同的学习方法,就能使学习活动收到了实实在在的效果。

3 对照标准,认真剖析,切实解决存在的问题

我们按照“三个代表”重要思想和《党章》要求,结合医院实际,高标准、严要求,制定出我院医疗医技、护理、行政职能科室、后勤、离退休党员先进性的具体标准 41 条和不合格党员的主要表现 21 条。

自己剖。全体共产党员对照先进性具体标准,联系自己的工作生活实际,认真查找不足,做到了“四检查、四争当”,即检查自己是否与时俱进,改革创新,在医院改革中争当“领路人”;检查自己是否全心全意为病人服务,在医疗保健服务上争当病人的“贴心人”;检查自己是否刻苦钻研业务,提高技术,在业务建设上争当“带头人”;检查自己是否廉洁行医,无私奉献,在医德医风上争当“高尚人”。每位共产党员在认真学习党纪党规、党员先进性标准、不合格党员的主要表现的基础上,做到“四个对照”,即对照“三个代表”明方向;对照先进性标准查不足;对照群众评议摆问题;对照先进典型找差距。从思想认识、存在的主要问题及原因、下步整改措施四个方面写出党性剖析总结,在支部党员大会上认真进行自我剖析,并制定整改的措施。

群众提。每名党员主动征求党员、群众和服务对象的意见,做到了“四主动、四听取”,即主动征求身边党员的意见,听取他们对自己的看法;主动征求群众的意见,听取他们对自己的反映;主动征求民主党派的意见,听取他们对自己的建议;主动征求病人的意见,听取他们对自己的服务要求。同时,各总支、支部根据每名党员的具体实际,采取有效形式,认真征求群众和民主党派对每名党员的评价和意见,并认真分析,及时反馈给每个党员,并根据具体情况,有重点的帮助存在差距和不足的党员进行整改。全院党员共收集到近 1000 条意见和建议。每名党员在认真梳理,分析研究的基础上,较准确地掌握了自己的问题和不足,进一步修订了剖析材料。

党员评。根据党员先进性的具体要求,列出理想信念、组织观念、群众意识、改革创新、服务水平、模范作用、廉洁自律、工作实绩等十个项目(离退休老党员六个项目),组织党员和群众对党员逐一评议,党员之间深入开展批评与自我批评,互评互议,查摆问题,交流思想,提出建议,做到“四讲、四不讲”,即讲党性,不讲面子;讲党纪,不讲私情;讲原则,不讲关系;讲真话,不讲客套,使全体党员提高认识,端正态度,以认真负责的精神,面对面,思想交锋,真心实意地交流意见,相互帮助,共同提高。

相互找。坚持“三不”、“三允许”的原则,即不翻旧帐,不抓辫子,不扣帽子;允许解释,允许保留,允许改正。急救中心党员在民主评议中认为,去年院党委下达了援疆工作任务,因符合条件的党员没有主动站出来积极报名参加,直接影响了医院以及卫生行业的形象,这次评议中,他们深刻反思,认真开展批评与自我批评,并在民主评议会上作了深刻检讨,达到了弄清思想,提高觉悟的目的。

典型带。注重“抓两头”,把抓正反两方面的典型贯穿民主评议阶段始终,组织党员开展“话身边典型”活动,用身边事教育身边人,举办“一个党员就是一面旗帜”主题演讲比赛,评选标兵党员。对存在突出问题的党员,做为组织帮教重点,利用教训,教育本人,教育大家引以为戒。

各总支和每个党员根据存在的问题,制定出切实可行的整改意见,在全院进行公布,接受群众

的建议、批评和监督。同时,在广大党员中开展了“六比六看”活动,即比学习,看进步;比思想,看医德;比作风,看服务;比技术,看质量;比实干,看贡献;比纪律,看效果。下大气力抓好整改措施的落实,以深化医院改革,开展精神文明创建活动,提高医疗质量,为患者提供优质服务的具体实践,来检验整改措施落实的效果。同时,我们还在提高民主评议质量上下功夫,重点抓好民主评议“回头看”活动。紧紧围绕认识是否端正、标准是否明确、评议是否客观、认定是否准确、处置是否恰当、领导是否发挥了带头作用、群众是否满意等七个环节,通过落实扩大评议范围、明确具体标准、规范操作程序、严格审查把关、加强思想教育等措施,高质量高标准的作好民主评议和处置不合格党员工作。全院共评出优秀党员 119 名,占党员总数的 18.31%;合格党员 516 名,占党员总数的 79.38%;基本合格党员 8 名,占党员总数 1.23%;不合格党员 7 名,占党员总数 1.08%;党员、群众对教育活动满意和基本满意度达 98.15%,评议结果达到了定量和定性相一致,组织认定和党员群众的意愿相一致。对被认定为不合格、基本合格并受到处置的党员,逐一落实帮扶措施,帮助他们认清自己存在问题的严重性,帮助他们制定整改措施。各总支、支部靠上,拿出真心、诚心,以极大的耐心,深入细致地做好思想工作,使他们充分体会到党组织的温暖和关心,尽快改正不足。通过深入细致的思想政治工作,保证民主评议工作健康顺利进行,达到了本人服气、党员认可、群众满意、组织放心的目的。

4 强化结合,务求实效,促进医院各项工作全面发展

先进性教育活动期间,我们担负起抗击“非典”的重任,医护人员超负荷工作,任务非常繁重。同时,我们还面临着医院改革发展压力和机遇,各项工作千头万绪,矛盾困难很多。我们坚持抓好“四个结合”正确处理教育活动和完成工作任务的矛盾,通过先进性教育活动促进了抗“非典”和改革发展任务的完成;通过抗“非典”,深化医院改革,检验了先进性教育活动效果,做到了两促进、两不误、双丰收。一是先进性教育活动与抗击“非典”紧密结合。在抗击“非典”战斗中,院党委作出

了关于在全院共产党员中开展“抗‘非典’、当先锋、做模范”活动的决定,提出抗击“非典”是一场特殊的战斗,打胜“非典”防治这场硬仗,是当前实践“三个代表”重要思想,保持共产党员先进性的具体体现,号召全体共产党员做到“一个党员就是一面旗帜”,要求共产党员在抗击“非典”斗争中,站在最前沿,不怕牺牲,勇挑重担,用无私奉献的实际行动,构筑一道抗击“非典”的坚固防线,坚决打好这场硬仗。全院各科迅速行动起来,全面落实各项重点防治措施,昼夜加班,三天就组建了一所专门治疗“非典”的医疗机构——泰安市“非典”治疗中心,迅速建起了门诊、急诊发热病人分诊处和发热门诊、隔离观察病房,全面展开防治工作。全体共产党员率先垂范、冲锋在前,广大职工夜以继日、无私奉献,奏响了一曲万众一心、众志成城、团结奉献、科学求实、战胜困难、夺取抗击“非典”胜利的英雄赞歌。在共产党员模范行动的感召下,我院先后有二十几名同志向党组织递交了入党申请书,经过严格考察,共发展7位同志火线入党。二是先进性教育活动与干部人事制度改革紧密结合,做到了教育、改革互相促进,共同提高。通过教育活动,全面落实院职代会确定的工作重点,进一步深化干部人事制度改革,认真做好第六届中层干部竞聘工作,我院机关中层干部竞聘上岗,21个科室,44个正、副职岗位,有81个人报名竞争,有的6人竞争一个岗位,党员率先统一思想,积极参与,支持改革。通过机关编制体制改革,竞争上岗,医院机关科室由40个减为21个,精简了47.5%,机关人员由139人减为88人,精简了36%,机关中层干部年龄大幅度下降,文化程度大幅度提高,实现了精简机关,充实一线,转

变职能,“瘦身强身”,理顺关系,精干高效的改革目标。我们还通过保持共产党员先进性教育活动,顺利完成了党总支、党支部换届选举,进一步加强了医院各级党组织建设。三是先进性教育活动与业务建设紧密结合,促进了业务建设进一步发展。在抓好先进性教育活动的同时,全院各科室注重业务建设,拓宽医疗服务项目,相继成立了皮肤病专科医院、皮肤病研究所、儿保中心、产前诊断中心,开展了多种新技术、新项目,满足人民群众健康保健需求,深受病人和社会的欢迎。四是先进性教育活动与提高服务质量紧密结合,进一步落实了各项服务措施。在教育活动中,广大党员立足本职工作岗位,急病人所急,想病人所想,积极主动为病人办好事、办实事。有的主动为家庭困难的病人捐款、捐物;有的给病人送菜送饭;有的为大便秘结的病人扣大便,及时解除他们的痛苦。真正落实“把方便让给病人”的各项优质服务措施,切实从环境上体现服务,从便捷上反映服务,从技术上优化服务,从制度上保证服务。

人民群众对我院广大医护人员尤其是党员同志牺牲自己的时间,全心全意为病人服务的敬业精神深受感动,采取多种形式来表达感激之情,教育活动以来,全院共收到表扬信、镜匾、锦旗150多件,广大医护人员的优质服务赢得了人民群众的高度赞扬。保持共产党员先进性教育活动促进了我院整体工作上水平,在获得“全国创建文明行业先进单位”、“明明白白看病、医疗优质高效全国百姓放心医院”等国家、省、市诸项荣誉之后,今年我院又荣获全国“五·一”劳动奖状,医院社会声誉不断提高。

抓好专业技术职务竞聘 努力营造培养造就优秀人才环境

于爱华

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

1 基本情况

2003年专业技术职务竞聘工作,按照上级批准的设岗职数,全院共聘任各类专业技术人员1208人,其中正高34人,副高209人,中级444人,初级513人;卫生系列1108人,其它副系列100人。全院接近退休年龄不足一个聘任周期的临床医疗人员6人,低职高聘5人,高中级高职低聘72人,待聘1人。

2 聘任工作的做法与特点

本次专业技术职务评聘分开,竞争上岗,择优聘任,加大了改革的力度,对专业技术职务聘任制进行了积极探索。

1. 按需定编,因事设岗。此周期专业技术职务竞聘工作,医院首先进行定编设岗。参照医院管理学编制规范,结合我院实际,全院编制总床位1010张。按照床位与工作人员1:1.6比例,全院包括临时工在内定编1616人。但实际根据各科室开放床位,工作量大小、科技含量、发展前景等工作因素,全院定编1683人,其中医疗医技652人,护理634人,占全院人员总数的76.41%;机关88人,占5.29%;后勤专业人员及工勤人员309人,占18.36%,行政后勤人员占总人数的23.59%。

岗位设置到科室,在一定程度上体现了因事设岗。这次我们将各系列岗位设置到科室,并允许相近专业跨科室竞争岗位,促进院内人才合理流动,通过竞争上岗,逐步改变科室人才结构不合理状况。在设岗中,坚持向医疗一线倾斜的原则,倾斜顺序大体为(1)医疗,(2)医技,(3)护理。特

别是高级岗位设置基本满足了医疗医技的需要,这充分体现了医疗科技含量高,医院工作主题是医疗,骨干人才主要是指医疗骨干人才。同时,护理高中级设岗也向临床一线倾斜,向苦累科室适当倾斜,鼓励护理高、中级人员流向临床和苦累科室。

2. 强化竞争意识,不断深化改革。随着专业技术职务评聘分开实施时间推移,我院各系列具有高、中级专业技术职务任职资格人员越来越多,而岗位数量有限,即必须按国家规定的职务结构比例经上级人事部门批准,不突破上级确定的职务比例和职数限额。因此,本次竞聘,强化了竞争,深化了改革。一是鼓励内退。上一次我院规定高中级男年满57周岁,女年满53周岁,任职期间年度及任期考核为合格以上,本人自愿不再晋升高一级专业技术职务可不再参加竞争聘任,工资待遇不变。这一次,我们规定除距离国家规定的退休年龄不足一个聘任周期的临床医疗人员可以不参加竞聘,其工资福利待遇不变外,其他专业技术人员男年满55周岁,女年满50周岁只有办理内退手续,工资待遇才不变。本次共有7名高级、14名中级专业技术人员自愿提出内退申请,腾出岗位,让更多的中青年技术骨干聘任到高中级专业技术岗位上。二是取消院内聘任,做到岗变酬变。前两个聘任周期,我院实行“保底”政策,续聘的专业技术人员,即便竞争不上高中级岗位,也给予院内聘任,其工资待遇不变,这样做实际未体现出竞争,分配也未拉开档次,同时也加大了医院的人力成本。本次竞聘规定:原已被聘任专业技术职务,此次未能竞聘上岗人员,可保留原档案职务级别,但不兑现实际工资,实际工资根据编制聘任的实际岗位发放。这样,既体现了对过

去已聘任老同志的照顾,又体现了按岗定酬、岗变酬变,人事制度改革精神和按劳分配原则。三是鼓励高学历人员。我院根据人才培养形势的发展,规定攻读博士学位并与医院签定协议的,优先予以聘任。同时为了吸引高学历人才,规定凡是在医院工作的博士研究生,予以低职高聘,以吸引更多的博士研究生到医院工作。

3.领导重视,精心组织,认真实施。这次专业技术职务聘任工作,涉及面广,改革力度大,政策性强,对此院党委高度重视,作为一项重要工作任务,做了明确分工,多次召开专题会议对定编原则、方案,各专业各科室高、中级岗位设置,竞聘的原则、程序安排以及组织领导,逐一讨论研究。制定了二〇〇三年专业技术聘任竞聘实施意见,成立了医院专业技术职务聘任工作领导小组,各总支、各科室也都建立相应的考评组织,负责本总支、本科室聘任工作的组织实施。在整个竞聘过程中,院党委做到“三个充分发挥”:一是发挥各级考评组织的作用,从聘任考核标准的制定,到对各级各类技术人员的考核,量化打分,医院、总支、科室考评组织认真履行职责。医务部、护理部、科技信息部认真登记提供每一位专业技术人员的论文、著作、科研成果,继续教育得分,科室考评小组精心组织竞争人员总结述职,对工作业绩量化打分,使竞聘工作有条不紊,按程序顺利进行。二是充分发挥科主任作用,坚持院科两级负责制,使管人和用人相一致。按照院长给科主任的授权,加大科主任对科室人员工作业绩分40分的打分权重占20分,让科主任在专业技术职务聘任中,充分行使人事管理聘用权。从个人述职、量化打分、聘任意见的提出到聘约聘书的签定及进行聘约管理都由科主任负责,使科主任负责制得以真正体现和落实。三是充分发挥党组织的政治核心作用和保证监督作用,坚持整个聘任工作在党委领导下进行,人力资源部负责竞聘日常工作,各总支具体组织实施,认真组织学习文件,吃透政策要求,掌握考核标准,明确方法步骤,做好宣传发动和深入细致的思想工作,督导科室按照总体部署、岗位设置做好考核竞聘工作,及时发现解决在聘任过程中出现的新情况、新问题,保证了竞聘工作按时完成。

4.坚持做到公开、公平、公正。专业技术职务聘任工作需要全员参与,院党委召开全院专业技

术人员大会,公布全院编制、各科设岗方案、本院竞聘实施意见、考核标准,并在院务公开栏公示各系列各专业岗位设置及量化考核标准,把政策交给大家,让人人知晓,人人明白;凡全院归口按专业考核,均由原管理科室及现组织竞争科室负责人和群众分别对其工作业绩量化打分排名;凡科室有空岗,由医务部、护理部统一公示空岗科室高、中级职数,由总支牵头、职能部门、分管院领导参加组织跨科室竞争,规定第一轮每人只有一次竞争机会,第一轮竞争结束,尚有空岗再次公示再组织第二轮竞争,如神经外科副高护理岗位,第二轮有5名同志竞争,经过两轮竞争最终产生一名中聘者,充分体现机会均等、公平竞争;量化打分,把考核结果在科室公示,凡对计分有异议者,由总支考评小组复核后反馈给本人,增强考核聘任的透明度。由于坚持公开、公平、公正原则,较好地发挥了聘任的激励作用。

5.量化打分,择优聘任。这次竞聘我院仍采取量化打分办法,根据岗位职责,从高分到低分依次取足择优聘任方法进行。考核累计不足60分者予以高职低聘。量化考核内容为思想政治表现、论文论著科研成果、继续教育、工作业绩、出勤等五个方面,护理部、药剂科等对考核内容进一步细化,使考核量化打分与平时工作紧密挂钩,更增加了考核结果的科学合理性,增强了说服力。为鼓励重视继续教育,医院调整增加了继续教育分数,让大家积极参加在职学习,注重继续教育,不断充实提高自己。评分方法也作了改进,过去工作业绩40分完全由科室群众投票打分,没有体现出科主任负责制,这次工作业绩40分有20分由职工群众排名打分,另20分由科主任或有关领导排名打分,既体现了群众公认,又体现了各级领导负责制。在职能科室及各科室量化计分的基础上,总支考核小组对每个人的考核严格审核把关。允许竞聘人员对自己的得分和其他人员的得分进行复核和提出异议,保证每项量化打分准确、真实、可靠。通过量化打分,择优聘任,体现了每个竞聘者工作业绩、专业水平和贡献大小。竞聘上岗者鼓足干劲倍加珍惜岗位,落聘的同志也能领悟到竞争的现实性,感受到竞争的压力,主动找出差距明确今后的努力方向。量化考核,择优聘任为评聘分开,为竞聘上岗注入了生机和活力,促进了专业技术职务聘任制的改革和完善,打破了专

业技术职务终身制,真正做到了职务能上能下,待遇高能低,优化了人才结构,搞活了用人制度。

6. 抓好宣传教育,做好过细的思想工作。专业技术职务聘任关系着每个人的切身利益,每个专业技术人员都非常关注。院党委从聘任工作一开始就高度重视,做好宣传教育和思想工作,利用党委扩大会、竞聘动员大会、总支会、科务会等不同形式,广泛发动,院长、党委书记刘义成同志在动员报告中深入宣传专业技术职务聘任改革的重要性、必要性,教育职工认清形势,更新观念,增强竞争意识,主动迎接岗位竞争的挑战。各总支、科主任带领专业技术人员学习文件,统一思想,统一认识,自觉支持,积极参与聘任改革工作,特别是对因岗位所限高职低聘的同志,总支书记、科主任、相关职能部门部主任做了大量耐心细致的思想疏导工作,有的同志反复谈话四、五次,动之以情,晓之以理;对于因分数达不到标准要求的同志,帮助分析原因,找出不足,热情鼓励。由于宣传教育深入人心,思想政治工作比较到位,大多数同志态度比较端正,能够正确评价自己,正确对待他人,神经外科主管护士李翠萍同志,按量化打分分数应该入聘,但她看到科内护理老同志多,岗位名额有限,便主动发扬风格让出岗位,在关键时刻充分展示了一名青年共产党员的崇高思想境界,为我们树立了学习的榜样。被聘任的同志一致表示要以这次聘任为新的起点,再接再厉干好本职工作;因设岗所限暂时未被聘任的同志,也决心加强学习,提高自身业务水平,积极准备争取参加今后的竞聘上岗。通过这次聘任,各级各类专业技术人员增强了紧迫感、危机感和竞争意识,大家从来没有象今天这样真切地感受到“今天工作不努力,明天努力找工作”,“今天不爱岗,明天就下岗”的深刻内涵。激发了爱岗敬业,干好工作,多出成果的责任感,有力地促进了专业技术队伍整体素质的提高。

3 聘后的要求

我院这次专业技术职务聘任工作,在院党委的领导下,在各总支、科室考评小组精心组织,各相关职能部门积极协调下,经全体专业技术人员的共同努力,进行得比较顺利,现已基本结束。这次聘任充分体现了激励竞争机制的作用,一批老专业技术人员为了医院的明天,发扬风格,内退让

出编制岗位,许多中青年专业技术人员表现出强烈的竞争意识和奋发向上积极进取的精神风貌,这将有利于人事制度改革的深化,进一步推动医院人才战略的实施。竞争聘任这只是加强专业技术队伍建设的良好开端,更重要的是加强聘任后的管理,使受聘者真正履行聘约,尽职尽责干好本岗位工作。为巩固聘任成果,搞好聘约管理,特提出几点要求:

1. 加强聘期管理。建立严格考核制度,采取有效措施,切实加强聘期管理。要不断完善考核方法,依据聘任合同的规定对受聘人员进行年度和聘期考核,建立适应各级各类专业技术人员特点的德、能、勤、绩等考核制度。职能科室各总支要将专业技术人员理论、技术操作、外语考试成绩及继续教育学分、科研成果、论文论著、医德医风奖惩情况等按年度反馈给各科室,科室要对每位工作人员出勤、工作量、完成任务、服务质量、医德医风等做好月考核,年度考核,并将考核结果放入受聘者的技术档案;各科室要认真落实考核制度,严格要求,严格考核,及时记录备案,作为续聘、解聘、晋升和奖惩等依据。医院对业绩优秀人员予以奖励,对不胜任本职岗位的人员予以解聘或低聘,充分发挥聘约管理作用。

2. 为培养造就优秀人才营造良好的工作、精神环境。通过专业技术职务竞争聘任,坚持走科技兴院的道路,鼓励专业技术人员学习业务,钻研技术,多出成果,充分发挥自己才能和智慧。在全院形成尊重科学、尊重知识、尊重人才的浓厚氛围,为优秀人才的脱颖而出创造良好的工作环境和条件。继续重奖有突出贡献和为医院带来较大社会效益和经济效益的专业技术人员,加强重点学科建设,培养医院优秀专家,逐步形成中心医院的学科和人才优势,使我院在激烈的竞争中保持市级医院领先水平。

3. 更新观念,打好基础,迎接新的挑战。实行专业技术职务评聘分开,竞争上岗,是国家人事制度改革的重大举措,是大势所趋,是对专业技术人员管理制度的一项重大改革。各级各类专业技术人员要提高认识,更新观念,增强紧迫感,危机感和竞争意识,打好基础,练好内功,提高素质,干好本职工作,保证医疗安全,不断增强自身竞争实力。希望大家以优秀的成绩和突出贡献来迎接新的挑战,人人为了发展中心医院做出新的贡献。

凝心聚力 众志成城 取得抗击非典重大胜利

刘焕星

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

今年4月以来,按照市防治非典工作领导小组的要求和部署,我院作为全市防治非典定点医院,紧密结合保持共产党员先进性教育活动,全面开展了传染性非典型肺炎的防治工作,先后共投入资金近800万元,建成两个发热专用门诊、一个隔离观察病房和一所高水平的非典治疗中心,担当了全市非典防治、发热病人的会诊和疫情指导任务。全院职工在医院党委的正确领导下,团结协作、众志成城,用爱心、智慧和血汗,同全国人民一道展开了一场人类文明同自然邪恶面对面的较量,并取得了重大胜利,忠实的履行了“白衣卫士”救死扶伤的神圣使命,为保障全市人民的身体健康和生命安全,守好泰安这一方净土,作出了卓有成效的贡献,受到省、市等各级领导的高度评价以及全市人民的赞扬和信赖。我院被市政府荣记集体二等功,72名同志分别受到省、市、局和医院的表彰奖励,其中1人荣记一等功,一人记二等功,4人记三等功。

1 思想认识到位,组织领导有力

面对传染性非典型肺炎这一突如其来的重大灾害,党中央、国务院及各级党委政府高度重视,我院院长、党委书记刘义成亲赴济南开会,带领有关人员多次参加市委、市政府、卫生局组织的各种现场会、调度会、专题会,并于4月16日召开了全院职工大会,传达贯彻中央、省、市文件、会议精神,对我院防治非典型肺炎工作进行总动员,要求全院职工充分认识做好非典防治工作的极端重要性,坚决落实好防治非典型肺炎的各项任务。动员大会后,各党总支、支部层层动员,组织干部职工认真学习上级指示精神,从实践“三个代表”重

要思想、维护改革发展稳定大局的高度,结合我院正在轰轰烈烈开展的保持共产党员先进性教育活动,使每一个党员,每一个工作者把防治非典病人工作作为提高党员干部素质和服务人民群众的一次伟大实践活动及医院工作的重中之重,切实抓好了贯彻落实。全院干部职工迅速投入临战前的各项筹备工作,制定出台了我院防治非典工作预案,对全院防治非典工作的组织领导、应急措施、消毒隔离、物资供应等各项工作进行了安排部署,成立了院长、党委书记刘义成任组长、副院长亓文波、刘焕星为副组长的防治工作领导小组,成立了副院长亓文波为组长,副院长刘焕星、呼吸内科主任徐永平、传染科主任赵正华为副组长的防治非典专家组,成立了副院长刘焕星为队长的应急预备队、赵正华为组长的专业治疗组。

面对这场没有硝烟的战斗,我院党委书记、院长刘义成率先写了“发挥先锋模范作用,坚决打好防非典这场硬仗”的决心书,并第一个递交院党委。同时院党委做出了关于在全院共产党员中开展“抗非典,当先锋,做模范”活动的决定,并向全市卫生系统共产党员发出倡议,要求全体共产党员在抗击非典战斗中,做到“一个党员就是一面旗帜”,冲锋在前,勇挑重担,无私奉献,同时要科学御敌,提高技术,宣传群众,稳定人心,密切协作,坚决打好这场没有硝烟的战斗。在刘义成院长实际行动的感召和医院党委的号召下,全院共有400余名共产党员纷纷写了决心书、请战书,主动要求到抗击非典的最前沿。同时,政工部也发出了向抗击非典先进典型学习的通知,要求全院干部职工以全国各地在抗击非典中涌现出的先进典型为榜样,用战胜非典的实际行动,履行一名医务

工作者的光荣使命。刘义成院长、刘焕星副院长、孙爱芹主任利用星期天,穿四层隔离衣、戴三层口罩、三层手套,深入隔离观察病房体验生活,一待就是3个半小时,进一步激发了一线职工工作积极性。在同非典做最艰苦斗争的战斗中,我院的广大医务工作者和后勤人员,怀着崇高的职业道德和为人民服务的崇高情操,靠着顽强的斗志和掌握的先进医疗技术,昼夜奋战,光荣的完成了党和人民交给我们的任务,有力的配合了全市非典防治工作的胜利完成。

2 人员分工明确,工作责任落实

为了更好地完成这一神圣使命,院党委召开专门会议,拟定了防治非典工作责任制管理,做到分工明确,责任到人。院长刘义成负责全院非典防治工作;副院长亓文波负责市非典治疗中心的总体协调工作和专家会诊工作;副院长刘焕星负责我院院内非典防治总体工作;副院长郭岩负责院务部非典防治方面的总体工作;副院长刘君负责急救中心及急诊发热病人分诊处、发热接诊专车的管理安排工作;门诊部主任张再跃负责门诊非典防治总协调工作;医疗质量管理科主任王军负责全院医疗人员全面调度、协调,包括人员调整、安排并检查、督导,有关 SARS 文件分发,各项流程安排并随时调整,具体负责发热门诊、病房的监督等工作;护理部主任孙爱芹负责全院护理人员培训、调度、监督、检查工作,监督、指导全院护理人员(包括护工、电梯工等)严格执行非典防治的各项规章制度落实工作;感染管理科主任刘灿兰负责我院医疗工作区(包括专科医院)、非典治疗中心、办公大楼的医院感染管理及其他区域的消毒流程安排、人员培训技术指导工作;主任成立军、苏美英、刘伦负责药品及消毒剂的采购、储备、供应、调度和统筹安排;后勤服务部主任王进述负责后勤服务部总体工作;保卫科主任李诚刚负责全院安全保卫、综合治理工作;设备科主任张福勇负责全院设备的供应、管理、维护工作;科技信息部主任刘尔才负责非典知识的培训,考研、进修返泰人员登记管理及通讯、信息畅通工作;赵正华、梁文博、刘德来负责各自科室的非典防治工作。并制订了责任追究制,由院领导、总支、科室、普通职工层层签定责任书,此后,根据此项分工和随后

的工作实践,出台了防治非典责任制管理有关规定,将分工进一步细化,责任更加具体明确。

3 全力以赴建设市非典治疗中心

为集中专家力量和设备资源,避免因分散设立发热病房而造成更大范围的交叉感染,4月23日,市委决定由我院全权负责筹建泰安市 SARS 治疗中心。接到命令后,医院领导迅速抽调我院医疗、护理、医技、后勤等相关科室业务熟练、体力充沛的业务骨干30余名,与来自我院医疗集团成员单位的共80余人一起全力投入到治疗中心的建设中,任命徐永平为治疗中心主任,焉涛、王桂明为中心副主任,同时,医务部迅速建立起了第二、第三预备队。昼夜加班,紧张有序的分批组织他们进行业务培训、防护演练、救治演习。为抢工期抓好对泰安市第二人民医院外科楼改造工程,我院基建、总务部门紧密配合泰建公司连夜投入战斗,在短短2天内就完成了院墙搭建、房屋改造;在家具、被服、防护服的准备方面,有关部门想方设法积极采购,保证了45张病床和职工用床及时到位,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;在保证水电气的供应方面创造性地开展工作,只用了7小时就安装调试完毕100千伏安的供电系统,用了不到12小时,完成了所有供氧系统的安装,全部达到各病室、病床集中供氧,安装热水器、淋浴器20余套,为医护人员及病人的洗浴提供了有力的保证。为确保临床设施及时到位,设备科专门成立了设备保障小组,他们采取从院内调剂、从其他医院借调、从市场采购三管齐下的措施,筹集各类设备、仪器130余台和所需全部卫生耗材,总值达300余万元的设备已全部到位。为彻底切断 SARS 病毒通过医用垃圾和污水排放的传播途径,我院基建科经多方协调、采购,经过近7天的紧张施工,一所具有先进的污水处理、垃圾焚烧能力的垃圾、污水处理系统也已正式投入运行。

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 治疗中心正式竣工投入使用,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,以我

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。

治疗中心主任徐永平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,但接到 SARS 治疗中心主任的任命后,他毅然将妻子托付给一位钟点工,二话没说就投入到筹建工作中去,他指挥协调镇定自若、周到细致,建立了有关预防、治疗、病人诊疗转运等网络体系,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,徐永平主任不顾身体劳累,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,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部压在了她的肩上,她带领着全体护理姐妹们认真苦练,熟练掌握了各项非典病人护理要领和自我防护措施,使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;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,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;传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后,迅速投入到筹建工作中,并领导全体党员吃苦在前,率先垂范,用实际行动带领大家日夜奋战。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。”

在 SARS 治疗中心的筹建中,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。基建科主任王永成昼夜指挥基建施工,发烧、头痛、嗓子肿痛,毅然坚守岗位;后勤服务部主任王进述始终坚持连续作战,现场指挥调配物资,再苦再累,绝不叫苦;设备科主

任张福勇现场办公,确保设备及时到位并安全运转。在他们的带动下,总务、后勤全体同志全部坚守岗位,忘我地工作着。

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,她都抽不出一时间来照顾孩子;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;护士长刘晶没能参加中心建设,而主动捐上了 200 元钱,献上一份微薄之力……广大医务工作者救死扶伤、忘我劳动、无私奉献的精神在这一时期得到了最完美的诠释。

4 不怕牺牲,勇于奉献,努力完成发热病人门诊和隔离观察任务

疫情就是命令,时间就是生命。医疗质量管理科作为具体组织实施全院医疗、预防工作的主要部门,王军主任带领全科人员把非典防治工作作为全院工作的重中之重,从宏观上进行计划、组织、协调并加以控制,切实做好防治传染性非典型肺炎的工作。为此,根据院长指示,在分管院长的亲自督导下,医疗质量管理科和门诊部着重做了以下三个方面的工作。

一是设计科学的发热病人接诊流程。经过反复研究,制定了一整套发热病人就诊流程,包括分诊、检验、诊断等,并根据形势的发展,不断修改并完善。紧急从临床有关学科抽调部分业务骨干,组成发热病房,对全科医护人员进行培训,使他们在最短时间内掌握了非典型肺炎的诊断标准、治疗方案及个人防护,全力的投入到了这项艰苦的工作中。细化、完善了各个环节的交接,既保证了可疑病人的顺利就诊,又保证了其他来院就诊人员及本院职工的安全。我院还专门在门诊大厅外设立了发热病人分诊处,接诊白天来我院就诊的发热病人;在急救中心设立专门的发热病人就诊

室,接诊晚上来我院就诊的发热病人。两处发热门诊均有醒目的标志牌,设有导诊医生和护士,负责引领发热病人做各项检查,避免因病人到处走动造成交叉感染;同时安置保安负责盯守病人,防止脱逃,避免因病人害怕隔离逃跑而造成更大的疫情扩散。我们对发热病人就诊一律免收挂号费,尤其从疫区回来的病人一律免收检查、化验费,从4月下旬至6月上旬共免收挂号费用500余人次,免收拍片费80余人次,免收透视费40余人次,免收血常规检查80余人次。

二是彻底控制院内交叉感染。为及时让有“非典”症状的病人及时就诊,避免同其他来院就诊人员和医务工作者的直接接触而导致交叉感染,将传染率降到最低,在门诊大厅一侧和急诊科前厅分别设立了白天和夜间“发热病人分诊处”,连夜将原核医学病房集体搬迁,改建为发热隔离观察病房。在改造发热门诊、发热病房,成立专家组的同时,积极作好防“非典”科普宣传工作,在医院所有宣传栏、门诊大厅,等显著位置张贴防治常识,向就诊病人发放“明白纸”,让群众知道“非典”可防、可治、可控制,消除恐惧心理,增强自我防护意识。为避免在院内交叉感染,医院感染管理部门增加了消毒人员和消毒次数,为重点部位配备了专用消毒机并实行滚动消毒,门诊大楼一天五次滚动消毒;病房大楼两次消毒;化验室、放射科除常规消毒外,如有病人随时消毒;办公楼、综合服务楼也是每天消毒,切实避免院内交叉感染。对于发热门诊分诊处、急救中心以及发热病房,按规定进行特殊消毒。向全院职工发放了防护用品、中药汤剂,为参加非典防治一线的医护人员注射增强免疫力的药物。一般门诊的医护人员穿隔离衣、戴12层棉纱口罩;与可疑发热病人接触的医护人员,按不同岗位不同的要求,穿着防护服,确保医务人员零感染。感染管理科主任刘灿兰作为感染管理专职人员,在SARS治疗中心和我院“非典”观察病房的建设和改造中,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、我院防治“非典”消毒隔离措施等,为“非典”防治工作提供了科学依据,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。她仍尽职尽责,哪里需要,就到哪里,无论是突然拉练,还是突击抽查,都有她的身影出现。三是加强疫情上报管理,建立健全疫情上报网络。分诊处、急救中心、发热病房各处均有专人负责,严格按照要求准时将每天的疫情上报门诊部护士长潘永华,然后向各上级单位汇报。随时接诊的可疑病例由首诊医师随时报告科室负责人,联系院内专家组会诊,若确诊,立即进行流行病学调查,确保控制传染源,切断传播途径。全院每个科室都设有疫情报告负责人,严密监控本科室的发热病人。

医疗质量管理科还多次组织专家对留观、普通发热病人会诊。每一位留观发热病人,我院均组织多次专家会诊,及时明确诊断,合理治疗;普通发热病人要查出发热原因,排除非典,并随时观察病情发展;治愈准备出院的病人,专家组要取得一致意见才可下发出院通知单,通知病人单位或有关部门做好病人出院后的后续观察工作。

防治非典工作开始后,我院陆续制定、出台了一系列规定、流程。为了检查这些措施的落实情况,切实做好非典防治工作,从5月1日起,我院实行了每日查房制度。由分管院长带领医务部几个相关科室负责人王军、张再跃、刘灿兰、刘伦等几位主任参加,每天早、中、晚三次查房。主要检查分诊处、急救中心、发热病房、120等与发热病人有密切接触的科室。检查内容涉及人员在岗、个人防护、病员登记、疫情上报、环境消毒等方面,确保了各项措施落实到位。为检验我院120院前急救的快速反应能力,查房人员多次对120院前急救进行拉练检查,120反应迅速,防护到位,注意事项明确,在非典防治期间120的同志共出车131次,接送病人186人次,出色的完成了任务。由于查房制度做到了及时发现问题、及时解决问题,确保了各项措施、制度、流程的落实,从而确保了全院非典防治工作的顺利进行。

针对非典防治的特殊要求,护理部对全院护理人员进行了全员培训,尤其是某些重要科室的人员,更是反复操练。在这段时间里,孙爱芹主任老家有病重的老人,但她没有休息一天,坚持战斗在非典防治第一线。

我院发热病房是抗击非典的最前沿,两个月

的时间里,共接诊病人 600 余例,收治病人 42 例,且已全部治愈出院。所有医护人员都是由各临床科室临时抽调而来,他们都非常清楚战斗在抗击非典第一线意味着什么,但他们在防治非典期间没有一人退缩,而是挺身而出,站在了最前沿。

共产党员、发热病房科主任赵正华自发热门诊、病房的开诊启用,近一个月的时间没有休过一个星期天,没睡过一个囫囵觉,在母亲病重急需治疗的情况下,将对母亲和家人的牵挂深埋在心底,始终坚守在一线工作,24 小时随诊、会诊,处理各种突发事件;老党员、老专家李秀梅主任亲自把自己的女儿李蔚然送到发热病房,并一再嘱咐她好好干,甚至李秀梅主任在自己不慎摔断上肢的时候,也没有让她的女儿回家看她一眼;护士李华丈夫在外地工作,儿子无人照料,她把儿子送到丈夫身边,义无反顾地来到发热病房,因劳累感冒发烧 38 度,仍坚持工作,当别人劝她休息的时候,她只有一句话“我还能坚持”;卢学玲临危受命担任发热病房的护士长,她二话没说挑起了这份重担,每天晚上加班到八九点,才托着疲惫的身体回到休息室,在她的带领下,护理工作井然有序;刘轶、王毅尽管是我院的临时护士,但她们却自告奋勇来到抗非典前线,出色的工作得到了全体医护人员及病员的赞许;刘桂峰医生是第一位从外科抽调到发热病房的大夫,他二话没说接受了任务,5 月 6 日一天,我们共收治了 5 名可疑病人,刘桂峰不顾休息,主动加班加点到晚上 10 点,帮助当班大夫查病人,写病例,尽管知道多接触一分钟病人,就多一分钟被感染的危险,但刘桂峰全然不顾,忘我地工作着;两位年轻的大夫刘飞、杨新利对工作认真负责,面对可疑的 SARS 病人毫不畏惧,在没有卫生员的时候,不怕脏、不怕累,帮助护理人员处理病人的排泄物,使其完全消毒后,然后倒入厕所;刘明大夫不顾女儿发烧,一心扑在工作上;刘道明虽然住在院外,老人儿子都无法照料,但这丝毫没有影响到他的情绪,仍兢兢业业的工作。

发热病房担负着接诊门诊发热病人和可疑病人留观的双重任务,随着疫区打工人员的大量返乡,门诊压力非常大。自开诊以来已接诊了 384 例发热病人。面对病人焦虑、恐惧的眼睛,我们的门诊大夫一遍遍解释,有时嗓子都哑了,他们都清楚,这些病人中可能就有非典病人,一不小心病人

就有可能流入到社会当中,造成不可估量的损失。发热门诊大夫深感责任重大,冒着可能被感染的危险,与病人零距离接触,进行认真的排查。我们的医务人员在 30 多度的气温下,身穿 4 层防护服,戴着厚厚的口罩,四五个小时下来头昏脑涨,衣服都湿透了。为了减少入厕次数,值班人员从不敢喝足水,有的患上了泌尿系统感染,但没有一个人叫苦叫累。共产党员、主管护师孙乃玲高血压达 160/110mmHg,仍然工作抢在头里。陈敏工作时扭伤了腰,仍坚持工作;共产党员、主管护师袁海兰的爱人也在煤矿工人疗养院抗击非典第一线工作,孩子老人无人照料,她来到发热病房在给病人输液时,不慎划破了手指,她瞒着所有工作人员仍坚持工作;护士刘凤仙最早到发热病房,帮助护士长对工作人员进行隔离消毒、工作流程的培训,从不叫一声苦;他们收治的病人,因对隔离不理解,尽管给他们免费送饭菜,与工作人员享受同样的生活标准,但仍不满意,有的闲饭菜不好,把饭菜倒在桌子上,尽管他们有满肚子的委屈,但仍然坚持耐心地给病人解释。有的病人因隔离而失去了暂时的生活自由而烦躁不安,挑衅滋事,韩玉珍、高慧就主动上前和病人拉家常,给病人喂水喂饭,用她们的情服务来感化病人。疫情无情人有情,当摘掉非典疑似病人的帽子、走出隔离病房的时候,他们的脸上挂满了笑容,同时也流下了感动的泪水。

在发热病房的第一线有说不完道不尽的感人故事,尽管我们的医护人员被隔离了,与亲人不能见面,也不知道这场战斗能持续到多久,但一想到肩上的重任,他们的身上就有了无穷无尽的力量。

5 急一线所急,积极作好各项保障工作

医院领导和各部门为一线职工提供的精神上的和物质上的保障是我院抗击非典工作取得胜利的重要方面。

在抗击非典中,院领导在指挥各项防治非典工作的同时,也给予了一线人员无微不至的关怀,经常自费买一些水果、营养品到发热病房及 SARS 中心看望同志们。为了解除同志们的后顾之忧,我院为 173 名一线医护人员在泰康保险公司投保。5 月 30 日,第一批从一线换岗的 12 名医护人员,结束隔离回家休息,院领导刘义成、于爱华、王

泰银、亓文波、刘焕星、郭岩、刘君等手捧鲜花把他们从隔离区接出,并派专车将他们送回家中。“六一”儿童节期间,院领导向奋战在抗击非典一线的医护人员的子女 11 人赠送了礼物。医院党委做好一线职工中入党积极分子的组织发展工作,先后有 28 名医护人员向党组织递交了入党申请书,强烈要求火线入党,经过研究考察,批准了 7 名同志的申请,于 6 月 30 日举行了庄严的入党仪式。

院务部、经营管理部、科技信息部为全院抗击非典工作提供了有力的物资、财务、通讯保障。基建科承担了发热隔离病房、非典治疗中心的病房改造、装修和垃圾、污水处理系统的改造,他们严格按照设计规范,虽然时间紧,但严把工程质量,加班加点,按时完了 88 万元的基建项目;设备科采取借用、调拨和采购的办法,共为发热病房和治疗中心提供近 7 万元低值易耗物品和近 250 万元的固定资产,他们及时深入病房了解情况,保证设备正常运行,全科同志很少在晚上 11 点前回家;车辆管理科定人定科,严格按照流程做好车辆消毒、保养工作,保障运送发热病人专用车辆和办公用车的及时出车;保卫科严把宿舍区入口出入关,为全院职工和家属制作了出入证,并与各楼楼长签定责任书,每日上报本楼人员情况;饮食服务中心抽调 4 名工作人员,按时完成了治疗中心的厨房的建造,在严把饭菜质量的同时,巧妙的为隔离病房医护人员的搭配饮食;宣传中心工作人员深入发热病房、治疗中心采访报道,被一线人员亲切的成为“战地记者”,期间,他们共在省市媒体发表我院抗击非典稿件 20 余篇,协助电视台拍摄专题片一部,出版院报专刊 3 期,有力的配合了医院抗

击非典工作的开展,鼓舞了大家的斗志;财务部门认真搞好预算,专款专用,保障抗击非典使用资金的及时到位,并严格检查、监督资金使用情况,保证不浪费一分钱;科技信息部负责在完成对一线人员培训的同时,多方联系,及时为发热病房及 SARS 中心安装电话、科室电话,确保了发热病房中的医护人员及病人与外界的通讯联络。

在全院职工全力投入抗击非典战斗的同时,社会各界也对我们进行了积极的支持:团市委在非典治疗中心成立临时团支部,并与市通信公司联合捐赠了价值 12 万元的可视电话、电话卡、小灵通;市广播电视局免费为治疗中心和发热隔离病房安装有线电视;市供电局无偿捐赠了双向路供电及变压设备;泰安市文联的书画家们挥毫泼墨,将现场创作的作品捐赠给一线人员;泰安职业技术学院的广大学子送来慰问信;泰安铁通公司抽调骨干力量,设计安装线路,并无偿安装电话,免收全部市内通话费;泰安新飞公司无偿捐赠了空调。

沧海横流,方显英雄本色。在这场没有硝烟、不闻枪炮却一样关乎人类前途与命运的战斗中,我院干部职工表现出了不怕牺牲、勇往直前的高昂斗志和恪尽职守、无私奉献的崇高品质,是全国广大白衣战士的缩影,不愧为新时期最可爱的人。我院广大干部职工在抗击非典中所焕发的工作热情是建院 55 年来中心医院人精神的集中体现,也是我们泰安市中心医院不断向前发展的源动力,共产党员在抗击非典中的先锋模范作用,也充分证明了我院通过保持共产党员先进性教育活动所取得的巨大成就。

实践“三个代表”重要思想不断提高 医德医风建设水平

张启平

(宁阳县第一人民医院, 山东 宁阳 271000)

行风建设是服务行业的永恒主题。医院作为与人民群众生命健康息息相关的“窗口行业”, 医德医风建设不仅关系到能否有效地解除患者的病痛, 而且还关系到广大医务工作者在人民群众心目中树立崇高形象的重大问题, 也是医院深化改革, 事业发展的基础性工作。近几年, 宁阳县第一人民医院以“三个代表”重要思想为指导, 在提高医疗技术水平, 改善硬件设施, 增强综合服务能力的同时, 始终注重把医德医风建设作为医院建设和发展的一项重要工作来抓, 制定措施, 纠建并举, 行风建设取得了明显成效, 从而推动了医院各项工作的全面进步。医院连续六年保持了省级文明单位称号, 并先后荣获“全省卫生工作先进集体”、“山东省先进基层党组织”、“泰安市质量信的过医院”、“全市母婴平安医院”、“泰安市先进基层党组织”等荣誉称号。

一、强化思想教育, 提高职工医德素质

院党政领导在医德教育方面, 重点抓了“四个结合”: (一) 是普遍教育与重点教育相结合。医院编印了《党风廉政建设条规和医德医风建设制度选编》一书, 全院职工人手一册。同时, 对重点部门和岗位人员, 定期进行廉洁行医、遵纪守法和文明礼貌服务的重点教育, 做到警钟长鸣。(二) 是正面教育与反面曝光相结合。对医疗活动中涌现的先进典型, 我们通过多种形式予以宣传表扬, 对每年评选出的医德医风先进集体和先进个人事迹, 在《政工简报》和《医院工作通讯》上刊登, 并给予一定物质奖励。对违反医德规范行为者, 以批评教育为主, 并按医院有关规定进行严肃处理。(三) 是经常性教育与专题教育相结合。利用政治

学习、全院职工大会、科内晨会、新进职工岗前教育、院科二级目标管理等方式融医德教育与管理之中使医德教育趋向经常化。(四) 是理论教育与解决实际问题相结合。在抓好经常性的理论教育的同时, 针对职工生活、工作条件差等实际问题, 医院尽最大努力改善职工住房, 兴建和改造住院楼、门诊楼; 针对病人不送礼、不请吃就不放心的心理状态, 我们利用工休座谈会、整体护理等方式对病人及家属加强宣传教育。使职工树立爱岗敬业、忠于职守, 自觉抵制医疗行业不正之风, 形成良好的职业道德和医务人员的新形象。

二、建立和完善监督网络, 把医德医风建设真正落到实处

建立院内规章。全院党员、医务人员实行挂牌上岗, 设立“公示栏”, 将医德规范、《告病友书》、《给病人一封公开信》、通过向病人、陪人发放“一张明白纸”, 把收费标准、药品价格、服务时限等内容向社会公开。设立了意见簿、意见箱、举报电话, 实行了总值班和院领导接待日制度, 执行了“一次投诉待岗制”。加强社会监督。我院聘请了市人大、市政协、市卫生局、市物价局、市新闻部门及厂、企和农村等社会各界单 13 名同志为我院医德医风义务监督员, 通过开座谈会和定期发放问卷调查, 听取社会各方面的意见和建议; 院领导和有关部门负责人每年定期走访县、乡医院及有关协作单位, 听取意见和建议, 及时处理和解决有关问题。

三、以病人为中心, 积极实施满意工程, 夯实职业道德建设基础

一是狠抓“窗口工程”。增加收费和取药窗

口,设立咨询服务、导医、分诊护士,开设急救绿色通道为内容的门急诊便民优质服务措施。实行病人选医生,部分科室或根据病人要求实行了“一日清单制”,方便了广大患者诊疗就医。

二是实施“民心工程”。医院先后在电视台开展了“健康立交桥”,印发健康教育资料和开办健康教育宣传专栏。先后多次赴县里指定的扶贫点和通过省精神文明单位的“龙头带动工程”的“对接子”活动,送医送药,送去价值10余万余元的医疗器械和药品,并免费为他们培训医疗技术骨干,帮助种植药材10余亩,使当地农民的经济收入和健康水平大有提高。

三是改善就医环境,落实“质量工程”。医院准备新建12层门诊、病房综合大楼,已完成了旧住院楼的改造工程。为提高诊疗水平,近两年来,我院投入了近1000万元,购置了GEVived5型高档彩超,双螺旋CT,DSA数字减影,核磁共振,腹腔镜、碎石机等大型高档设备,为技术创新和科研工作提供了有力的硬件保证,也极大地调动了各学科带头人和中青年骨干技术创新积极性。同时,开通了120急救调度系统,配置了七辆救护车,完善了院内、院外抢救设施。

四、建立健全激励机制,不断提高医德医风建设水平

精神激励,强化团队意识,增强全院职工的向心力和凝聚力。党、工、团经常组织丰富多彩的群众性文体活动,寓教于乐,加强团结,增强集体荣誉感。发挥群团优势,丰富职工职业道德建设内容。结合医院实际,团组织在团员青年中开展“青年文明号”、“青年志愿者先进集体”、“优秀青年志愿者”评选活动。医院于1997年成立了“青年志愿者服务队”,坚持“以病人为中心,优质服务,树行业新风”,开展导诊、分诊、急诊急救服务。现在,,由院内转为走向社会,深入贫困家庭进行义诊、健康教育、咨询服务。

榜样激励,端正服务态度,提高服务质量。在全院党员中开展“保持共产党员先进性”教育活动,在全院职工中进行“文明诚信”教育和开展“假如我是一个病人”的大讨论,向白求恩、赵雪芳、吴登云同志学习,在党员干部中开展向孔繁森、汪洋湖、郑培民同志学习。激发了全院职工学先进的积极性,在各个岗位上涌现了许许多多爱岗敬业、无私奉献的好典型,从而推动了我院各项工作的全面大发展。

思想政治工作在抗击非典中的作用

焉 涛

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

今年春季,一场突如其来的“非典”疫情在我国大部分地区肆虐,一场没有硝烟的战斗悄然打响。党中央向全党、全国发出了“万众一心、众志成城、团结互助、和衷共济、迎难而上、敢于胜利”的号召,全国上下发扬中华民族顽强勇敢、不屈不挠的伟大精神,终于战胜了SARS病魔,赢得了这场战斗的胜利。

抗击非典的实践,充分证明了党的英明伟大,同时也充实和丰富了思想政治工作的新内容,夯实和发展了思想政治工作的新内涵。针对群众产

生的各种思想,通过科学的、有说服力的、符合实际和贴近群众的思想政治工作,我们深深感到思想政治工作与群众息息相关。

一、在抗击非典中,思想政治工作提供了强大的精神动力和思想保证

1. 在抗击非典中思想政治工作始终把“实践‘三个代表’重要思想,保障人民群众的安危冷暖放在心上”作为重要任务。

在抗击非典的关键时刻,泰安市委、市府决定

成立泰安市非典治疗中心,为加强党对该中心的领导,市卫生局党委决定成立市非典治疗中心临时党支部,临危受命的党支部立即召开党员大会,要求每位共产党员要在这场特殊的战斗中,事事处处体现共产党员的先进性,在危险面前不退缩,把困难和危险留给自己,把方便让给群众,始终把保障人民群众的安危冷暖放在心上,把保障人民群众的安全和生命健康视为当前一切工作的重要任务,要做到讲大局、讲团结、讲奉献、讲组织、讲纪律、讲科学,在治病救人的同时也要保护好每个员工的健康,要心为群众想,劲为群众使,把思想政治工作做深做细,依靠自身的精神境界和人格力量赢得广大群众的支持和拥护。

2. 在抗击非典中,思想政治工作始终把“一个党员就是一面旗帜”作为核心支柱。

在抗击非典的斗争中,党旗是一种力量,党旗是一个方向。哪里最艰苦哪里就有共产党员身影,哪里最危险哪里就有共产党员的足迹。思想政治工作始终把“一个党员就是一面旗帜”作为核心支柱,作为宣传工作的着眼点、着力点,临时党支部大会决定为更好的体现共产党员冲锋陷阵的模范带头作用,向全市卫生系统共产党员发出倡议书,希望全体共产党员在安与危、生与死的选择面前,共产党员应不畏艰险,冲锋在前,要把安全留给别人,把危险留给自己,把幸福留给别人,把痛苦留给自己。临时党支部把思想政治工作聚焦到广大共产党员奉献一片真诚和爱心以及“人人为我,我为人人”,“辛苦我一个,健康千万家”的实际行动上,大力宣传可歌泣的先进典型,弘扬了共产党员的精神境界和人格力量,弘扬了共产党员无私无畏的英雄本色。

3. 在抗击非典中,思想政治工作始终把“刻苦训练、增强防范”“一手抓业务、一手抓思想”作为一条主线。

在用了仅仅三天三夜的时间,以惊人的速度建成了泰山脚下的“小汤山”后,我们狠抓了防护训练,共产党员带头刻苦训练,四层防护服穿脱一次就会大汗淋漓,但他们严格按照要求进行,经过了无数次的实战训练。他们中最快的仅用 21 秒。常言道:党员带了头,群众有劲头。医疗、护理、医技、后勤全体同志都争先恐后的认真进行防护练习,大家都认识到了保护好自己,就是更好的保护

病人的意义。在国内疫情平缓下降之时,少数人产生了松懈麻痹思想,支部一班人发现苗头后,立即召开支部大会,传达上级领导对防治非典疫情的讲话精神,要求党员带头克服麻痹思想,松懈情绪和侥幸心理,保持高度警惕,随时应对突发疫情,真正做到召之即来,来之能战,战之能胜。

二、进一步弘扬抗击非典的伟大精神,把新形势下的思想政治工作提高到新水平

现在,抗击非典斗争已取得了阶段性胜利,进一步弘扬抗击非典的伟大精神,充分发挥党组织的强大政治优势和组织优势,增强实践“三个代表”重要思想的自觉性和坚定性,把思想政治工作提高到新水平具有重要的意义。

1. 弘扬抗击非典的伟大精神,进一步解放思想,把新形势下政治工作提高到新水平。

一要积极做好群众的思想政治工作,扩大覆盖面。抗非斗争启示我们:思想政治工作本质就是做群众工作,是宣传群众、教育群众、提高群众、激励群众的工作。要以服务需求、顺应潮流为前提,进一步加强教育和引导的力度,帮助人们在改革发展稳定的实践中,建立与社会主义市场经济相适应的观念,思想政治工作要做到纵向到底,横向到边,逐步扩大思想政治工作的覆盖面。

二要更新手段,体现思想政治工作的先进性。抗非斗争进一步启示我们:面对思想政治工作的新情况、新问题和信息传播高科技化的复杂形势,思想政治工作必须借鉴相关学科的最新成就更新传播手段,要运用行风建设、医院文化、社会科学、管理科学、网络建设等有效方式发挥思想政治工作综合功能,使思想政治工作与道德、文化、教育、科技有机结合,做好人际协调,心理调适工作,实现思想政治工作方法的现代化。

2. 弘扬抗击非典的伟大精神,进一步建立思想政治工作的新机制,增强思想政治工作的凝聚力。

一是管理机制。要形成党委统一领导,党政工团齐抓共管,以专职政工干部为骨干,群众广泛参与的思想政治工作管理机制。把加强思想政治工作与加强组织管理工作结合起来,完善思想政治工作责任制,形成思想政治工作的新格局。

二是投入机制。面对知识和信息的“爆炸”,

思想政治工作要加大渗透力必须加大投入,充分运用现代化传媒和网络技术以及热线电话等现代化手段,进一步拓展教育和引导的空间。三是参与机制。思想政治工作的最终效果往往体现在医院干部职工“一言一行。一举一动”的细节之中。要教育和引导干部职工从自己做起,从小事做起,从身边做起,以小见大,于细微之处见精神,用细节来体现精神风貌,把美好展现世人。要通过思

想政治工作达到自我教育、自我提高、自我升华,在关注自身行为的同时关注他人、关注社会,从而形成互帮、互敬、互尊、互爱的氛围,真正体现“我为人人,人人为我”的崇高情操,大力营造一个“工作安心称心,环境优美舒心,文化娱乐欢心,团结互助热心,同创共建齐心”的良好精神氛围,为医院发展建设做出应有的贡献。

加强医院精神文明建设重在规范医德管理

李晓平

(宁阳县第一人民医院,山东 宁阳 271000)

社会主义的医德医风是社会主义精神文明建设重要组成部分,对于建设社会主义精神文明,促进社会风气的好转十分重要。要想在医院中盛开精神文明之花,必须加强思想政治工作对医务人员进行医德教育,使医务人员的医德素质进一步提高,端正服务方向,文明行医,保障医疗卫生实际活动的正常进行,促进医学科学的发展,促使社会主义精神文明建设和物质文明建设。

一、规范医德,培养医务人员的赤诚医心

医德规范是医德基本原则的具体体现,是医务人员的道德行为和道德关系的具体反映,是社会和人民对医务人员的基本要求,也是医务人员在工作实践中的行为准则和行为评价的具体标准,不同的时代,不同的社会都有各自不同的医德规范,通过规范医德培养医务人员的赤诚医心,高尚的道德情操,当今医德规范的具体内容是:

1. 医心赤诚,敬业爱岗,尽职尽责。医务人员要圆满的完成救死扶伤,防病治病保障人类健康的任务,必须热爱自己的工作,忠诚于所从事的事业,热爱病人,要把病人的生命看成是第一重要的。

2. 刻苦钻研,精益求精,医术精湛。历代医学家都把钻研医学知识,确认病情,准确处方等看作

是重要的医德要求,努力做到无一病不穷究其因,无一方不洞悉其理,无一药不精通其性,以精湛的医术,扎实的工作作风,全心全意为病人服务。

3. 爱病人,平等相待,一视同仁。同情病人是医务人员起码的规范要求,尊重病人的人格、意志和权利,尽最大努力满足病人的要求,特别是在市场经济条件下更要为注意,对待病人要一视同仁,决不能重金钱,重地位,重人情,重礼品而不重病情。

4. 慎言守密,医纪严肃,尊重患者。医学心理学与行为科学的发展日益证明,情绪与疾病的康复有密切的关系,医务人员对了解的病人情况,有为病人保密的道德责任。通过尊重病人的人格也反映出医务人员的道德境界。

5. 廉洁自律,作风正派,不谋私利。这是古今中外优秀医务人员十分重视的道德要求,特别是在市场经济条件下,更应提倡和发扬廉洁自律,作风正派,不谋私利的医德,对病人无欲无求,要认识到医务人员为病人诊疗疾病是自己的本分和天职。

6. 医行端庄,语言亲切,热情周到。医务人员的行为是否端庄,语言是否优美都反映出本人的道德观念和道德修养。正象希波克拉底说的那样“医生有两种东西可以治病:一是药物,二是语

言”,所以说医务人员在医疗实践中通过仪貌、举止、言谈、品德、技艺包括待人处事的态度,以及政治思想、精神风貌、知识才能等方面的能力和品质,对医患关系有着重要的影响。

7. 尊重同行,团结互助,精诚合作。医务人员应把保障人民群众身心健康,促进医学科学事业的发展放在第一位,树立整体观念,摒弃门户之见,互相尊重,精诚合作,要有宽大的胸襟,虚心的态度,求实的精神,互相信任,互相帮助,以大局为重,发扬团队精神,共同维护集体利益,“希波克拉底誓言”就是一份经典的医德文献,它反映了奴隶社会医生与医生之间、医生与病人之间、医生与社会之间的关系,形成了系统的医德观念,其精华在于强调医疗行为的目的是为病人服务,把病人的健康视为崇高的职责。

二、加强医德管理强化群体意识注重精神激励

医德管理已成为医德建设的重要内容,是医院管理工作中的重要组成部分,就是要加强思想政治工作的具体内容。医德管理的好,有利于各项规章制度的落实,有利于提高医疗质量,有利于发挥医务人员的积极性。医务人员的医德医风如何,直接关系到医院在社会上的“信誉”,直接影响到病人的治疗和求医心理。因此,医务人员应加强自己的医德修养,努力提高医德境界,树立良好的医德医风,使医院真正成为社会精神文明建设的“窗口”。

1. 医德管理的原则要坚持以医疗质量为核心,以服务态度与质量为重点,致力于提高医务人员的业务素质、道德素质、心理素质、政治素质和身体素质。必须注重社会反映、舆论、评价。通过信息的反馈有针对性的解决在医务人员中存在的问题。

2. 医德管理的方法联系实际,经常对医务人员进行正确的理论引导和有效的医德教育;开展多层次、多形式的社会监督;采取各种激励的措施,将医务人员的医德优劣与奖惩挂钩,对医术、医德医风特别突出,给医院带来良好的声誉和影响的要以较高的政治荣誉进行奖励;领导干部还要以身作则,为人师表,公正行使权力;要建立内部约束机制,健全医德管理和制度,并定期在一定范围内实行医德讲评等。

3. 医德管理的文化结合自己医院的实际情况,着重在培育医院精神强化群体意识上下工夫。坚持“医疗质量第一、病人利益第一、社会效益第一、医院信誉第一”的医院宗旨,“以病人为中心,以质量为核心”的医院方针以及医院的“精神”、“院风”、“院训”,统一医务人员的思想行为,在党组织的领导下,工、青、团、妇等群众组织通过开展多种文化活动,激励医务人员努力工作、为医院争光,树立起良好的职业道德和行业形象。

4. 医德的养成与管理医德养成的经过也就是通过自我修养,自我道德教育,自我道德评价,把外在的道德原则、道德规范化为自己的信念。通过管理的过程把外在医德规范的制约来提高人们的自觉性和医德品质,用他律的东西转化为内心信念,成为自律的东西。

医德建设是建设社会主义精神文明的需要,社会主义精神文明建设是全社会的共同任务,医疗卫生工作对此有着更为重要的责任。在精神文明建设中医疗卫生部门最重要的是加强医德建设,树立良好的医德风貌,积极倡导文明行医,礼貌行医。以高度的道德责任感对待工作,对待病人,从而使病人在医疗过程中感受到社会主义的温暖,这无疑是真正的落实和实践江泽民总书记提出的“三个代表”的具体体现,同时对建设一支又红又专的医疗卫生队伍具有重要的意义。

要善待医务人员

刘业奇

(泰安市中心医院宣传中心, 山东 泰安 271000)

在抗击“非典”的日子里,我们每天都可以从媒体听到和看到对医务工作者的颂扬,什么“真心英雄”、“新时代最可爱的人”等赞美之辞,几乎是铺天盖地。如今,抗击非典斗争已取得阶段性胜利,各种表彰会、庆功会、事迹报告会又接踵而至,使白衣天使被鲜花和颂扬所包围。回想在与“非典”波澜壮阔的斗争中,广大医务工作者挺身而出,阻击“非典”,挽救生命,用自己的血汗和生命筑起了道道血肉堤防,用奉献和牺牲在人们心中树起了一座永恒的丰碑,他们理应受到社会的称赞和尊重。

然而,与如潮的好评相反,仅是在“非典”爆发之前,社会和媒体对医护这一行业和群体不无微辞,什么“红包”、“回扣”、“医疗纠纷”、“患者索赔”等词频频出现,医疗行业和医患关系成了社会各界关注的焦点,人民群众投诉的热点,新闻媒体争相报道的重点,政府部门解决的难点。客观的说,这些问题在医疗行业确实不同程度的存在着,只是人们对其关注超出了限度,有不少的观点比较片面和偏激,并由此淡化了广大医务工作者“救死扶伤”所付出的艰辛、汗水和努力。即便抛开这些不说,单是医疗行业本身,由于是技术含量和风险系数比较高的职业,而且医学领域还有许多未知和禁区,因而某些治疗效果达不到人们的目的,甚至不能保住病人生命都是在所难免。“非典”事件中医务人员的感染和殉职足以证明这一点。过去,由于媒体过多地关注对医疗纠纷和经济赔偿数额的报道,有意无意地宣传“要致富,告大夫”的观点,鼓励人们去诉讼,引起医疗纠纷不正常地增多。社会评价倾向的误导,致使打医生、闹医院等恶劣行径屡屡发生,令医务工作者十分心寒。

如今,经历了“非典”洗礼后,医务工作者又引起了社会和媒体的新一轮关注。但是,我们不应

人为拔高,不要空洞颂扬,不宜刻意奉送医务工作者“高尚”、“英雄”之辞,即便他们确是高尚的,他们也创造了英雄业绩。其实,他们并不是刻意要在“非典”事件中追求“高尚”、争当“英雄”,而是一种职业加境遇造成的结果,他们不过是在履行基本的社会职责和自然义务而已。治病救人是医生的天职,犹如战士必须在战场上冲锋陷阵一样。在与“非典”这场没有硝烟的战斗中,面对生命的危险,医务工作者也必须奋战在第一线,那是他们的职责。他们也的确这样做了,即便有的付出了生命的代价。实际上,不论是在以往的医疗保健工作中,还是在与“非典”战斗中,广大的医务工作者一直在忠实履行着他们的职责和义务,只不过平时医院环境没有“非典”时期那样危险而已。

其实,医生还是这些医生,抗击非典的英勇行为是其本来品质的自然外观,个别人有违医规医德是不至于坏了整个医疗队伍名声的,之所以落下“坑患者”的恶形象应有深层原因。随着医疗体制改革的深化,人们对此也看的越来越清楚了。当不少传媒自以为是在为患者利益代言,屡屡批评吃回扣、索钱财之类丑恶现象时,可能较少想到这不过是深层问题的浅层表现。白求恩精神今后仍是医务工作者的传统风范,与此同时,我们也不能忽略另一个事实,就是在当时经济极端困难的环境中白求恩享有的作为高级人才的待遇。因此,既要加强卫生法制建设,完善卫生执法体系,充实和加强卫生监督执法力量,又要从根本上解决“手术刀”比不上这刀那刀的问题,必须大力推进医疗体制改革,让“手术刀”体现出应有的价值。我们希望通过这次“非典”事件,整个社会对医疗卫生工作增加一些认识 and 了解,对医务工作者多一些理解和关怀,从而在今后更加理解医疗工作的高风险性,更注意善待医务人员。

浅谈医院门诊管理与服务

庄新云,王桂明,刘德来

(泰安市中心医院查体中心,山东 泰安 271000)

【摘要】 门诊是医院诊疗工作的第一线,是医院服务社会的窗口。本文结合门诊管理工作的实践,就门诊工作的特点、门诊部的领导体制、门诊管理的重点、合理组织和调配技术力量、不断提高医护质量等问题进行论述。

【关键词】 医院;门诊;管理

门诊是医院救死扶伤的重要阵地,是每个病员诊疗过程的必经之路。门诊与病人接触最早,也是人员多而复杂的部门。门诊工作的好坏,服务态度的优劣,医护质量的高低医院的运转要进入良性循环,就必须不断提高门诊的服务质量。而门诊的服务直接影响医院的声誉和效益。特别是在当前医疗服务市场激烈竞争的情况下,医疗质量人员的基本素质是分不开的为此要加强门诊工作的科学管理才能适应医院的发展需要。

1 门诊工作的特点

1.1 门诊病人流量大,涉及面广而复杂,就诊病员文化层次不同、生活习惯不一、素质参差不齐,就诊期望值也不尽相同,就诊时间大多集中在上午,容易形成门诊就诊高峰。

1.2 病人数量多,就诊流程面广。一旦形成就诊高峰,则候诊时间延长,就诊时间相对缩短。医生观察了解病情受限,容易造成病人误解。

1.3 专业科室分科越来越细,加之医生不能长期固定门诊,技术水平不等,对多次复诊病人有时会出现前后由不同医生接诊,造成个别病人不容易接受,极易产生医疗纠纷。

1.4 就诊病人病情复杂多变,人员密度大,患有传染病的病人与非传染病人及健康人接触机会多,容易发生院内交叉感染。^[1]

1.5 病人就诊环节多。化验、检查、交款、取药经常楼上楼下穿梭,医疗秩序复杂。容易造成拥挤混乱现象。

1.6 部分急、危重病人,病势急,病情重,变

化快、要求迅速准确判断,并立即采取抢救治疗措施。

2 门诊管理工作的重点

门诊工作千头万绪,事务性工作较多,而且突发事件时有发生,因此,门诊日常工作中应掌握其工作特点,明确工作重点,制定有效的管理措施,确保门诊工作正常运转。

2.1 合理组织和调配技术力量

2.1.1 人员安排:临床科室出门诊医师必须具有中级以上专业技术职称,具备良好的职业道德与专业素质,有较高的专业技术水平及熟练的专业技术技能,综合分析能力强,对病人高度负责,重视每一个诊疗环节,及时为病人做出准确的诊断。在门诊病历上要详细的记录病情及诊治过程。门诊医师要严格执行首诊医生负责制。

2.1.2 强化门诊服务功能,缩短病人看病流程,门诊大厅设总服务台,负责指导、协调、导引病人就诊,随时帮助病人解决在就诊中遇到的各种困难,热情解答病人提出的各种问题、进行必要的心理咨询。在诊疗流程中要简化诊疗手续,实行分楼层或科室挂号,收款。为解决“三长一短”的现象,取药,划价、交款实行微机联网一次完成。为方便病人就诊,要坚持常年全天门诊。根据具体情况适当延长门诊工作时间或实行“弹性”工作时间,做到病人随到随诊,节假日就诊也同样得到满意的服务。

2.1.3 专病、专家门诊、特色门诊必须要体现一个“专”字、“特”字。只有规范化的管理及高

超的医疗技术,才能获得社会的好评。真正做到“人无我有,人有我优,人优我精,科有专长,院有特色”^[2]。否则失信于病人影响医院声誉。

2.1.4 注意门诊人员的技术管理与培养,不断提高工作能力与技术水平。减少漏诊、误诊,提高门诊的三次确诊率。积极组织短期外出学习。取人之长,补己之短。开展新业务新技术,举办业务讲座等学术活动,活跃业务学习气氛。形成人有专长、专业有特色的拳头优势。促进医疗技术的不断提高。

2.1.5 病人选医生工作既能促进医师业务水平的提高又能满足病人的需求。这项工作不能流于形式,必须配备足够数量的医生,才能使病人有挑选的余地。同时也能促进医院改革发展。

2.1.6 门诊分诊、导诊护士须具备丰富的医学知识和临床经验。能根据病人的主诉、表情快速准确地分诊。同时要有统筹兼顾的本能,为保证急症、重病人优先就诊。要做到先急后缓、先重后轻,主动热情地接待每一位就诊病人及亲属。以耐心解答和主动告知病人的方式做到“来有迎声,问有答声,去有送声”百问不烦。使病人走进医院就有一种温暖、热情的感觉。

2.2 狠抓门诊规章制度的落实

门诊工作人员流动性大,要使行政管理工作及时到位,必须要提高工作人员的自觉性,以统一的规章制度来规范各项管理工作。制度的落实是管理的灵魂、是保证医护理质量、防止差错事故与医疗纠纷的根本措施。要把严格执行医疗护理技术操作常规、杜绝医疗事故和医疗差错、服务纠纷的发生纳入科室和个人考核中。对于病人投诉要根据具体情况分清责任,严格按有关规定落实奖惩规定。

2.3 强化门诊管理,不断提高医疗护理质量

门诊医疗护理质量好坏与门诊管理有直接关系,要想提高门诊的医疗护理服务质量,就必须从基础质量着手,狠抓诊疗常规与制度的落实,实行环节质量动态管理,加大考核力度。加强门诊工作人员的医德教育。因为门诊医疗质量的管理和提高不仅限于门诊部的管理,必须要,积极争取各专业科室主任的配合及参与,力求做到疗效好、疗程短、费用低、满意度高的质量标准。^[3]

2.4 加强精神文明建设,改善服务态度,提高服务水平。

工作人员要以病人为中心,把病人当亲人,处处为病人着想。工作时要着装整齐、举止文明、态度和蔼,佩带胸牌上岗,有利于病人的监督。严格履行承诺服务制度。为了方便病人,门诊各楼层标牌、指示牌要醒目清楚、规范统一,门诊各候诊区要清洁卫生。环境优雅舒适,结合健康教育,在各候诊厅内安装电视机可滚动播放健康教育卫生常识录像,积极组织便民服务。设咨询处、导诊台,有专职人员负责导诊工作。开设综合便民门诊。门诊各项检查收费、药品价格要公示明码标价。让病人明明白白看病,清清楚楚花钱。真正做到让患者“抱着希望而来,带着满意而归”。

3 门诊工作的管理方法

3.1 门诊部为医院的职能科室之一。门诊管理是多部门、多科室、多环节、多方法、多人员、多功能的系统工程。对门诊各科室的管理要有规划、有章程。实行制度管人、制度约束人、制度规范人的行为。为了组织实施好门诊的各项工作,应实行门诊部主任负责制,下设门诊部办公室,各临床科室、门诊、急诊,各医技科室,门诊辅助科室及单位负责人负责制。门诊部的领导体制,以双重领导形式为好。即凡在门诊工作的人员除了接受本科室领导外,都要接受门诊部的双重领导。同时建立健全与其相适应的管理制度以及根据本科室工作性质的不同制定相适应的规定。

3.2 做好门诊管理工作,首先要加强门诊部的自身建设。建立健全各种相应的规章制度、质量标准。建立政令畅通的行政管理体系,职责清,责任明和门诊部主任负责制的综合目标管理。制订门诊部的建设和发展规划、年度工作计划等,实施目标管理,门诊部的工作人员,按自己的分工以身作则,经常深入科室,巡视门诊工作的运行状况。发现问题及时协调。耐心听取门诊工作人员及病人的反映,做好细致的调查,本着实事求是的原则,处理好每一个环节,解决好每一个问题。确保圆满完成各项指令性任务。

总之,医院门诊管理是一个系统工作,不仅要做好医疗、组织、技术、质量、设备保障、经济管理,更重要的是做好人员管理。充分发挥各级、各类

人员在门诊管理工作中的作用。医院门诊的发展基础在于管理。适应发展变化,拓宽功能,均以满足病人的需求为第一准则,一切为了病人这一最基本最重要的观点,才能有利于医院的长期发展,才能获得广大病员的信赖。

[参考文献]

[1]刘侠,王嘉庆.我院门诊人次下降的原因及其对策.中国

卫生事业管理,1999;(8):412.

[2]张宇伟.我院门诊部转变管理模式的探索与实践.中国医院管理,2001;21(3):33.

[3]黄茂辉.浅谈医院门诊部工作的主要特点与基本要求.中国医院管理,1999;19(12):49.

·临床论著·

微创手术治疗胸腰段脊椎爆裂性骨折

王永福,陈云

(泰安市中心医院骨科,山东泰安 271000)

[摘要] 探讨微创手术是近年来外科领域的热门话题,无碍美观的切口,痛苦大减的创伤,较快的术后恢复。使微创手术以其独到的优势,受到医患双方的格外青睐。

[关键词] 微创手术治疗胸椎;腰椎;脊柱骨折;脊髓损伤;效果满意

胸腰段脊椎爆裂性骨折伴有脊髓损伤的腰椎间盘镜手术治疗的经验。方法:20例胸腰段脊椎爆裂性骨折伴有不同程度的脊髓损伤的病人,经腰椎间盘镜手术减压,应用腰椎间盘镜实施复位固定植骨融合。结果:全部病人经6个月~3年随访,脊椎后凸畸形均获矫正并全部达到骨性愈合。脊髓损伤按临床症状分级,术前A级1例,B级6例,C级8例,D级5例,术后复查A级1例,C级1例,D级5例,E级13例。结论:胸腰段脊椎爆裂性骨折经前路微创手术,腰椎间盘镜器械固定具有减压彻底,矫正后凸畸形满意,脊椎重建效果可靠,截瘫恢复率高等优点,是较好的手术方法之一。

胸腰段脊柱爆裂性骨折伴有脊髓损伤的治疗,目前方法很多,但临床治疗效果不甚理想。本科自2000年2月~2003年3月共经前路手术减压植骨,腰椎间盘镜器械内固定治疗外伤性胸腰段脊柱爆裂性骨折并脊髓损伤20例,经3个月~3年随访,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组20例,其中男14例,女6例,年龄21~57岁,平均36岁。伤后就诊手术时间为2~62天,平均9.5天。致伤原因:高处下坠伤6例,车祸撞击伤10例,重物挤压伤2例,其他原因2例。受伤部位:胸椎11(T11)2例,T127例,腰椎1(L1)8例,L22例,L31例。其中3例1个椎体爆裂性骨折合并骨盆、股骨骨折,2例合并有颅脑外伤。

1.2 临床表现 本组病人完全性截瘫7例,不全性截瘫13例,按临床症状分级:A级1例,B级6例,C级8例,D级5例。有大小便功能障碍15例。全部病人都作胸腰椎正侧位X线照片,以及病椎的CT照片,磁共振显像(MRI)检查16例,均提示有椎体爆裂性骨折、脱位,以及骨折块、破碎的椎间盘突入椎管内导致脊髓神经受压。全部病人脊椎后凸畸形。

1.3 手术方法 本组病人都作腰椎间盘镜

前路椎管减压、固定,自体髂骨块或肋骨条植骨融合术。手术减压及入路选择神经功能损害较重一侧,CT或MRI显示骨折块移位明显,椎管狭窄以及脊髓受压严重一侧。腰椎麻醉、侧卧位,T11、T12切除相应肋骨作胸膜腔或胸腹膜后入路,显露病椎及上下椎体,结扎腰横静脉或相应节段血管,直视下切除病椎后1/3椎体及相邻椎间盘,使硬脊膜前方充分减压,固定上下椎体,复位纠正后凸畸形及恢复病椎高度,植骨固定。术后卧床6~8周,佩戴胸腰矫形背心半年。

2 结果

本组20例术后经过6个月~3年随诊,除1例T12完全性截瘫术后无任何恢复外,其余病人均有不同程度的恢复,其中有一级恢复8例,二级恢复9例,三级恢复2例。其脊髓功能恢复情况,术前/术后A、B、C、D分级,分别是1/1、6/0、8/1、5/5、0/11。20例中术后有11例可弃拐行走,6例恢复工作,5例可扶拐或借助轮椅下床活动,2例术后坐立有力。16例大小便障碍有11例完全恢复,2例无变化,3例有改善。

3 讨论

3.1 胸腰段脊椎爆裂性骨折致伤原理及诊断 临床上胸腰段脊椎爆裂性骨折多发生于高处下坠、高速运行的车辆撞击以及重物挤压所致,而且大部分发生在T12、L1。由于椎体爆裂骨折,骨块挤入椎管极易产生脊髓神经的损伤。近年来,由于生物力学研究不断深入,以及实验模型的建立,已经清楚地了解到致伤的机制。认为椎体的爆裂骨折是前柱和中柱承受过度的突然的轴向载荷所致。通过实验模型可观察到突入椎管内的骨块来源于椎体的后上缘,骨折线通过椎基静脉孔。此结果与临床上胸腰段脊椎爆裂性骨折椎管内骨块来源部位相一致。认为其产生机制与构成椎体的小梁骨的排列顺序、椎基静脉孔壁的小梁骨结构及突入椎体内髓核所产生的液压效应有关^[1]。临床上发现胸腰段脊椎爆裂性骨折病人,术中发现突入椎管的骨块主要来自椎体后部,以及破裂的椎间盘、纤维环,大部分椎弓根也发生骨折移位,脊椎明显后凸畸形。严重者并有椎板骨折、脱位、椎旁软组织挫伤、肌肉断裂。临床检查上应常

规作X线照片,CT检查,以确定骨折部位、类型,以及了解骨折块移位及椎管情况,可根据MRI检查,了解脊髓神经受压及损害情况,为手术入路及方式选择提供依据。

3.2 胸腰段脊椎爆裂性骨折的手术方式及适应证的选择 由于脊椎爆裂性骨折致伤机制是椎体受到过度纵向载荷所致,椎体扁平,爆裂骨块向后移位,破裂椎间盘以及纤维环突向椎管压迫脊髓神经,脊椎不稳,后凸畸形。因而治疗应是纵向撑力复位,恢复椎体高度,以能防止椎体旋转、屈伸活动的三维固定,切除骨折块及椎间盘解除对脊髓的压迫,并通过植骨达到骨性永久性固定,并可纠正脊椎的后凸畸形。经前路的手术减压,器械固定植骨手术完全可达到上述目的。在直视下切除骨折块椎间盘等压迫物,减压彻底,使用腰椎间盘镜内固定,可使椎体得到理想的复位,稳固的固定,加上椎体融骨融合,术后可早期活动。本组病人术后获得较高的脊髓神经改善率,与彻底减压有关。爆裂性骨折的治疗必须解决以下问题:(1)恢复脊柱矢状面和冠状面的解剖序列;(2)恢复足够的神经管道;(3)脊柱两柱概念上的稳定;(4)重建骨性的椎体^[2]。因此,前路手术固定植骨符合以上原则,但前路手术部位较深,手术创伤较大,出血量也较多,在推广应用方面受到一定限制。而腰椎间盘镜手术相对简单易行,借助现代椎弓根螺钉技术及性能良好的植入物,大部分病人可获得良好的复位和椎管减压。因为在实验模型观察到,通过恢复椎体的高度以及生理弯曲,借助后纵韧带的伸展使骨折块复位,使椎管得以减压。但是在决定选择手术方式时,应视病情而定,对于新鲜不稳定骨折,不伴有截瘫者应先考虑腰椎间盘镜手术,对骨折伴有不全性或完全性截瘫者,骨折块移位压迫脊髓,以及伤后两周以上伴有不全截瘫、或者陈旧性骨折伴有不全性截瘫均应考虑前路手术。手术过程中注意减压要充分,一般切除椎体后1/2~1/3,椎间盘及纤维环切除要彻底,复位后再植入自体髂骨块,位置应靠前,并以槽式植入,以防滑脱造成脊髓神经受压。我们体会到,只要能熟练地掌握手术技巧,腰椎间盘镜手术不失为治疗胸腰段脊椎爆裂性骨折伴脊髓损伤的确切有效的方法。

间歇注气在小儿肠套叠整复中的价值

董德柱,李素芹,王国华

(泰安市中心医院影像中心,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨间歇注气法在整复小儿肠套叠中的应用价值。方法 对240例肠套叠患儿采用间歇注气方法整复,80例采用一般方法。结果 采用间歇注气法整复的240例复位228例(95.4%),采用一般方法整复的80例复位68例(85%)。结论 采用间歇注气法整复小儿肠套叠比用一般注气法复位率高。

[关键词] 小儿肠套叠/空气整复;间歇注气/整复

小儿肠套叠是一种常见疾病,目前多采用操作简便、复位迅速、安全可靠的空气灌肠整复,效果良好。但是也经常遇到难以复位的情况,特别是套叠时间长,年龄偏大的患儿,复位较为困难。我们在整复过程中采用间歇注气的办法,较好的解决了这一问题,明显提高了复位率。现将具体做法报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象本组320例,男186例,女134例,男女之比为1.4:1。年龄为3个月至3岁,平均6个月,其中4个月至1岁者254例,占总数的79.4%,1岁以上的66例,占总数的20.6%。临床主要表现为阵发性哭闹320例,呕吐168例,腹部扪及肿块的189例,含血粘液便或血便112例。

1.2 方法采用双囊气球加温化瓶外接压力表,远端接双腔气囊管(Foley管)。将Foley管插入肛门,气囊内注入20-30ml气体堵塞肛门,然后利用双囊气球将气体缓慢注入肠腔,并不断加大压力使套头逐渐退缩。待小肠内有多量气体充盈及套头消失为完全整复。240例采用了间歇注气的方法,即当套头到达结肠肝曲,注入大约450-500ml气体,压力达60-70mmHg,套头退缩仍困难时,间歇2-5min然后再行注气。当套头到达回盲部时,回缩更加困难,这时再间歇5-15min或更长时间,一般间歇两次,有时三次。与此同时将套头部置于最高位置,用手在套头后方向前轻轻按压。80例采用一般方法整复。

2 结果

采用间歇注气法整复的240例,复位228例,复位率为95.4%,而所用压力仅为70-80mmHg。采用一般方法整复的80例,复位68例,复位率为85%,所用压力为70-100mmHg。前者比后者复位率高10.4%。

3 讨论

间歇注气法是在整复小儿肠套叠过程中,当注入一定量的气体,套入部退缩至肝曲或回盲部明显受阻时暂停注气,让患儿休息适应一段时间后再行注气。我们根据患儿的具体情况,如年龄大小、套叠时间长短、套头所在部位来确定间歇时间和压力高低。套头到达结肠肝曲时,一般回缩并不困难,遇有回缩困难者间歇2-3min最长5min再行注气,套头会顺利后退。套头到达回盲部时受阻明显,复位困难,此时压力已达75-90mmHg停止注气,间歇5-15min或更长时间,然后再行注气。间歇注气一方面能逐渐使患儿适应压力的变化增加耐受能力;另一方面由于套头回缩后系膜脱出一段,减轻了对套鞘的压迫,因此改善了循环,使局部充血水肿减轻,自身调节机能增强,故再行注气时套头退缩速度快,复位率高。本组采用间歇注气法整复的240例复位228例复位率95.4%,80例采用一般方法复位68例复位率85%,前者比后者复位率高10.4%。同董德柱报道^[1]的采用本方法整复220例复位206例复位率93.6%和68例采用一般方法整复的复位56例复

位率 82.6% 相比, 整复率略有提高。韦建明报道^[2] 整复 42 例肠套叠最高压力达 14.5kpa 时停止注气, 维持时间最短 35s 最长 30min, 然后再行注气。而王桂茹^[3] 则提出注气达预定压力后维持片刻, 然后经注气导管将肠腔气体放出, 休息 3 - 5min 再重新注气, 压力同前或顺序增加, 如此反复, 绝大多数肠套叠都可复位。我们采用的是在间歇过程中不将原气体排出后重新注气, 而是保持原压力间歇后再注气, 这样可以使患儿逐渐适应, 增加耐受能力, 更能提高复位率。

肠套叠患儿在整复过程中套头难以回缩的两个部位是结肠肝曲和回盲部, 特别是回盲部。如果注入气体压力过小达不到复位的目的, 若压力过大又怕出现肠穿孔并发症。虽然董德柱^[1] 和黄种文^[4] 分别报告了他们所用压力为最小 60mmHg 最大 110mmHg 和最小 70mmHg 最大 120mmHg, 但由于年龄、套叠时间和临床表现等不同所用压力也有不同。年龄小者相对复位率高, 所用压力低, 而年龄大者复位率低, 所用压力高^[1]。因为年龄小者多为原发性肠套叠, 较少合并肠腔其他疾病; 而年龄大者多为继发性肠套叠, 常合并肠息肉, 肿

瘤及小肠畸形等疾病^[5]。套叠时间短者复位率高, 套叠时间长者复位率低^[1]。这是因为套叠时间短者多数套叠部较松弛, 肠壁组织损伤轻; 而时间长者肠壁水肿严重、缺血甚至坏死等损伤也重^[6]。因此必须根据具体情况灵活掌握。根据我们的经验, 无论年龄大小、套叠时间长短、全身状况如何, 只要进行空气整复治疗, 就采用间歇注气法, 此法确能增强患儿耐受能力、减小压力、提高复位率。

[参考文献]

- [1] 董德柱, 孙洪勋, 李玉报. 空气灌肠整复小儿肠套叠(附 288 例分析). 医学影像学杂志, 2001, 11(4): 251 - 253.
- [2] 韦建明. 空气灌肠诊治小儿肠套叠的体会[J]. 临床荟萃, 1994, 15: 687 - 688.
- [3] 王桂茹. 空气灌肠治疗小儿肠套叠[J]. 白求恩医科大学学报, 1980, 3: 76.
- [4] 黄种文. 空气灌肠治疗小儿肠套叠的体会[J]. 中外医用放射技术杂志, 1994, 6: 62 - 63.
- [5] 罗洪, 胡英. 小儿肠套叠空气灌肠失败 60 例原因分析[J]. 临床误诊误治, 1996, 1: 34 - 35.
- [6] 易可之, 方志, 李德志. 空气灌肠治疗小儿肠套叠 68 例分析[J]. 第三军医大学学报, 1991, 2: 175 - 176.

98 例急性外伤性多发颅内血肿临床分析

辛昌明, 张修宝, 张建林, 郑利氏, 宁波

(泰安市中心医院神经外科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨急性外伤性多发颅内血肿的有效诊断治疗方法。方法 回顾分析 98 例急性外伤性多发颅内血肿病人, 统计分析多发血肿的部位, 分析迟发颅内血肿的特点。对绝大多数病人采取手术治疗, 术中注意脑保护, 术后专科监护等综合治疗方法。结果 本组多发颅内血肿主要位于额部, 共 65 例占 52.7%, 死亡 16 例, 死亡率 19.4%。结论 CT 检查对多发颅内血肿诊断具有指导意义, 及早明确诊断, 及时手术治疗及术后多系统监护, 对提高多发颅内血肿治愈率有重要意义。

[关键词] 多发颅内血肿; 诊断; 治疗

我院自 1995 年 1 月至 2002 年 12 月, 共收治外伤性颅内血肿 473 例, 其中急性多发性颅内血肿 98 例, 占同期颅内血肿的 20.7%。采用急症 CT 检查确诊, 尽早手术治疗, 术中注意脑保护, 术后送专科监护病房多系统监护等综合措施, 治疗

效果较好, 现报告如下:

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 男 65 例, 女 33 例, 年龄最大 68 岁, 最小 10 岁, 平均 33 岁。致伤因素: 交通

伤 54 例,占 54.7%,跌、砸伤 32 例,占 32.7%,其它 12 例。全部病人入院时 GCS 评分 ≤ 8 分。其中 13 例已发生脑疝,血压、呼吸不规则 15 例。

1.2 血肿分布 所有病人至少行一次颅脑 CT 检查,有迟发血肿者随时复查。CT 及术中发现,血肿可以在不同部位或同一部位不同类型血肿,具体分布情况见表 1。

表 1 外伤着力点与颅内血肿部位关系

着力点	血肿出现部位				
	额	顶	颞	枕	脑内
顶	3	19	1	0	4
颞	3	1	48*	0	9

* 包括对侧颞部对冲伤

1.3 治疗方法 ①急症 CT 检查:入院后立即行颅脑 CT 检查,根据血肿大小决定是否手术治疗。对生命体征不稳定病人,立即送手术室,气管插管,呼吸循环监护下准备手术;②术中处理:采取脑保护作用、降低颅内压及维持脑血流量的措施,包括过度换气、异丙酚、异氟酚静吸麻醉或异丙酚全静脉麻醉,快速开颅清除颅内血肿及坏死的脑组织,必要时去骨瓣减压及脑室引流、气管切开等,对已经发生脑疝者,尽量回纳已疝出的脑组织;③术后治疗:术后即刻送专科监护室行多系统监护,包括呼吸、血压、心律、血氧饱和度、中心静脉压、平均动脉压、颅内压及血气分析、血液生化检查等。采用冰帽、降温床行亚低温等措施加强脑保护,甘露醇、速尿脱水降颅压,加强静脉营养,预防感染及消化道出血,留置导尿管。检测上消化道出血的高危因素,包括血氧、胃液 PH 值、血气及胃泌素等测定,定时胃管注入冰盐水或止血、保护胃粘膜药物,注意心肺肾重要器官的保护,纠正电解质紊乱,后期给予神经营养剂等药物,对同时存在蛛网膜下腔出血者早期腰穿放血性脑脊液。本组病人在伤后 2 小时内手术治疗 19 例,2~6 小时内手术 49 例,6~12 小时手术 16 例,12 小时以后手术 14 例。

1.4 治疗结果:本组 98 例共 228 个血肿,2 处血肿 72 例,3 处血肿 24 例,4 处血肿 3 例,血肿总量最高达 30ml 最少 10ml 左右。手术治疗 92 例,2 次手术清除迟发血肿 3 例,非手术治疗 6 例,本组共死亡 16 例,死亡率 19.4%,死亡原因分别为原发脑干损伤、脑疝 6 例,上消化道出血 3

例,严重胸腹联合伤 7 例。

2 讨论

2.1 急性外伤性多发颅内血肿的诊断:目前具有指导性意义的方法是急症颅脑 CT 检查,但是在 CT 扫描为单个颅内血肿时,须密切注意病情变化,及时发现迟发颅内血肿。本组病人外伤 2 小时内手术 19 例中,7 例术前诊为单发颅内血肿,术中发现同部位多发血肿,3 例术后病人一度好转,很快又出现其他部位的定位体征,再次行 CT 证实原发血肿消失,其它部位发现新的硬膜下血肿,行二次手术。我们认为对于急性颅脑损伤病人,有下列表现时,要考虑多发血肿:1. 伤后很快出现急性颅内压增高的临床表现,甚至出现脑疝征象时;2. 不能用一般颅内血肿解释下列表现:①伤后很快出现双侧半球受损体征,而不能用单纯原发脑损伤解释;②出现临床症状和体征不能用单一血肿解释;③瞳孔改变与意识障碍和出现的神经系统体征,难以用一侧占位说明;④术后病情曾一度好转,短时间内又有其它部位定位体征。应高度怀疑迟发颅内血肿^[1]。

另外,由本组颅内血肿分布部位统计结果可以看出,多发颅内血肿主要位于头颅前部,其中 46 例着力点在头颅后部,血肿位于对冲部位,这具有重要的参考意义^[2]。

2.2 治疗 多发颅内血肿的治疗,主要是手术治疗。由于此类病人病程急,病情重,主要是颅内占位效应,引起的颅内压增高,脑疝等一系列病生过程^[3]。我们采用血肿清除酌加大骨瓣减压术,复位脑疝,止血彻底。术中注意脑保护,术中在脱水降颅压的同时,行多功能检测静吸麻醉,或异丙酚全静脉麻醉,有明显降低脑血流及颅内压、清除氧自由基的脑保护作用^[4]。术后保持引流通畅,送专科病房多系统监护,对减低死亡率有重要意义。本组非手术治疗 7 例,病人血肿总量均在 10~40ml 之间,单个血肿在 5~25ml 之间,经降颅压、止血、静脉营养及多系统监护等综合治疗,血肿均在 3 周内吸收。我们认为保守治疗须应具备下列条件:①经颅脑 CT 检查证实为多发颅内血肿,部位在半球,血肿总量在 40ml 以内;②病人一般情况良好,无明显的颅内压增高症状和神经系统定位体征;③有条件随时了解血肿的动态变化;

④能做到临床严密观察;⑤做好急症手术准备工作,随时可以手术治疗。

[参考文献]

[1]Jonathan W, Grahon M. Management of severe head injur.

[2]王忠诚.神经外科学,北京:人民卫生出版社,1998.

[3]Luerssen TG, Klauber M, Marshall LF. Outcome from head injury related to oatient's age: a Longitudinal prospective study of adult and pediatric head injury. J Neurosurg, 1998, 68:409.

[4]梁敏,白令君.脑瘤手术时异丙酚的脑保护作用.中华麻醉学杂志,1998,18:668-670

胸腹多发伤并 ARDS18 例的外科治疗

刘 勇,王 军

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨胸腹多发伤合并 ARDS 救治措施。方法 胸腹部手术后用美国纽邦 E-150 型呼吸机对患者进行机械通气。结果 胸腹多发伤并 ARDS 16 例,死亡率 50%。结论 胸腹多发伤要分清主次,全面探查,防止遗漏。根据 ARDS 病程分期,应对患者较早进行机械通气,并加强全面治疗护理。

[关键词] 胸腹多发伤;急性呼吸窘迫综合征;机械通气

1997-01/2001-12 收治了 18 例胸腹多发伤并急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者,术后均用美国纽邦 E-150 型呼吸机机械通气,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 14 例,女 4 例;年龄 13-72 岁,平均年龄 42 岁。均有单侧或双侧肋骨骨折、血气胸,其中双侧多发性肋骨骨折形成连枷胸,反常呼吸,肺破裂。膈肌破裂致膈疝 2 例,肝破裂 6 例,脾破裂 8 例,胰腺断裂 1 例,胃肠破裂 3 例,合并骨盆骨折,股骨骨折各 1 例,合并颅内血肿、脑挫裂伤 2 例,创伤性脂肪栓塞 1 例,胸₁₂、腰₁椎体压缩性骨折 1 例。

ARDS 发生在外伤后 4~6h 6 例,6~24h 12 例。患者呼吸加快急促,有呼吸窘迫感,病情近似平稳,但心率较快,100~110 次/min。出现进行性呼吸困难,呼吸道分泌物增多,痰多不能咳出,口唇出现紫绀,因缺氧发生意识障碍,烦躁不安,谵妄甚至昏迷,体温增高均在 38.5℃ 以上,白细胞升高,两肺闻及干湿罗音,呼吸频率 30~50 次/min,心率 120~170 次/min 动脉血氧分压(PaO₂)均明显降低,均低于 7.5kPa,二氧化碳分压(PaCO₂)均明显升高,高于 7.33kPa,经高流量吸氧、吸痰、高

频喷射通气不能缓解。紧急在本科 ICU 病房气管插管、呼吸机机械通气。机械通气时间 7-60d,其中 2 例行气管切开。

1.2 治疗方法 严重胸腹多发伤患者来院就诊时多呈休克状态,立即建立两个静脉通道迅速输血补液,增加血容量进行抗休克治疗。同时进行必要的术前检查,积极进行术前准备。常规进行胸穿、腹穿,有血气胸者常规进行伤侧胸腔闭式引流。有颈部、胸部皮下气肿者行纵隔引流。呼吸困难明显者在急诊室气管插管接呼吸机辅助呼吸。对连枷胸者立即局麻下行肋骨钳牵引治疗。

对胸透式胸片提示膈肌不完整,胸腔内有密度不均团块影或气液平立即口服泛影葡胺胸透观察造影剂去向,迅速明确创伤性膈疝的诊断,尽快手术治疗。经伤侧第七肋床进胸,经膈肌裂口或适当延长行脾切除,修补损伤的腹腔脏器,还纳腹腔脏器,修补膈肌及肺破裂处。如腹腔脏器显露不清则关胸后另取腹部探查切口开腹。

对以腹腔脏器损伤为主者则经腹手术。肝破裂行创伤性肝叶切除 2 例,肝修补、大网膜覆盖 2 例。脾破裂行结扎脾动脉、脾修补 1 例,脾切除行自体脾片大网膜移植 1 例,胰腺断裂行远端胰体尾与空肠 Roux-Y 式吻合,近端 V 字缝合,胃肠

破裂分别予以修补。对合并的股骨骨折、胸口、腰₁椎体压缩性骨折待病情平稳后分别予以处理。合并颅脑损伤者请神经外科一并处理后送回ICU病房治疗。

16例胸腹多发伤并发ARDS患者在监护病房均用美国纽邦E-150型呼吸机机械通气,去掉自主呼吸。使用呼吸机机械通气0.5h复查动脉血气分析,根据病情每天查1-4次血气分析。根据血气分析结果随时调整潮气量、吸氧浓度,呼吸次数、呼吸比、呼吸末正压、气道峰压等各项呼吸机参数。潮气量一般8~10ml/kg体重,吸氧浓度调节原则是从高至低,在维持动脉血氧分压(PaO₂)10~12kPa的前提下逐渐降低吸氧浓度(FiO₂),呼吸次数(通气频率)16~20次/min,气道峰压<3kPa,呼气末正压(PEEP)从0.3~0.5kPa开始视情逐渐增加,一般0.5~1.2kPa,必要时可应用反比通气,呼吸比2:1,甚至3:1。

1.3 结果 本组16例患者经积极抢救,机械通气治愈9例,死亡9例,其中死于两个器官功能衰竭4例,三个和三个以上器官功能衰竭5例,抢救成功率,死亡率均为50%。

2 讨论

2.1 胸腹多发伤患者抢救次序 首先要详细询问病史,注意受伤的着力点,进行认真查体,结合胸透,拍片检查及胸穿、腹穿情况及胸腔引流管引流量明确主次,轻重缓急,避免顾此失彼、主次颠倒,误诊漏诊,延误治疗。如以胸腔脏器损伤为主,抗休克治疗同时尽快开胸手术。急性开胸探查指征是:①胸腔内进行性出血;②心脏、大血管损伤,急性心包填塞;③气管支气管破裂及严重肺裂伤;④胸腹联合伤、膈肌破裂;⑤食管破裂及严重肺裂伤;⑥胸内异物存留;⑦胸部锐性穿刺伤。本组2例膈肌破裂、肺破裂均急诊开胸手术治疗,不宜进行繁琐检查。如以腹腔脏器损伤为主,首先开腹手术,肋骨骨折用巾钳悬吊牵引,从胸腔引流管观察出血情况,必要时再开胸探查。总之,遵循抢救生命第一原则,先胸后腹,或先腹后胸。合并颅脑损伤原则上应先控制胸腹部出血挽救生命再转神经外科手术,如有一侧化体征,脑疝症状亦可同时手术治疗。

2.2 胸腹部手术均要全面探查防止遗漏 胸腔内脏出血往往比较凶险,心包、肺、纵隔及肺脏必须仔细探查,严密止血,肋间血管出血亦不可忽视,缝扎止血要牢靠。关胸前用生量盐水反复冲洗,并胀肺检查有无漏气,漏气处用无损伤线荷包缝合。腹腔脏器损伤应先探查损伤脏器,修补或切除、部分切除,控制出血,然后从胃贲门开始,探查胃、脾、肝胆、十二指肠、小肠、大肠、盆腔及腹膜后脏器,防止漏诊。本组有一脾破裂者脾切除后准备关腹时才发现左侧膈肌破裂予以修补。另一脾破裂患者术中予以脾修补,但术后腹腔引流管5h引出血液1500ml,被迫再次经原切口进腹,发现脾带损伤较严重予以脾切除,应引以为戒。

2.3 ARDS的病程分期 根据临床表现和病理学变化,ARDS分为四期。第一期:早期,仅出现呼吸急促,PaCO₂相对正常,因过度换气造成呼吸碱。第二期:持续性呼吸困难和低氧血症,肺的通透性增加和肺部炎症。第三期:进行性呼吸衰竭。第四期:肺纤维化,气体交换障碍,并引起多器官功能不全综合征(MODS)。本组患者均为ARDS二、三期才使用呼吸机机械通气。其中双侧多发性肋骨骨折、连枷胸、左侧膈肌破裂、肺破裂患者术后停用呼吸机2d后出现呼衰、重新气管插管机械通气7d才抢救成功。如能提高ARDS病程特别是早期的认识,术后较早使用呼吸机机械通气,或术后较长时间使用呼吸机辅助呼吸,防止ARDS进展;可进一步提高治疗效果,降低死亡率。

2.4 加强术后治疗护理 胸腹多发伤患者在抢救休克过程中及术中输入大量晶体溶液,多发性肋骨骨折、连枷胸及胸腹部术后疼痛限制患者呼吸动度,往往合并的肺挫伤、创伤性湿肺,是发生ARDS的基础。术后要控制出入量,补一定比例胶体溶液,使用有效抗生素控制感染,略有“出超”并加强呼吸道管理,特别要严格控制在钠盐入量,多输糖,少输盐,充分供氧,及时吸痰、排痰,每天2~3次雾化吸入,加强支持治疗。对并发ARDS的患者及早使用呼吸机机械通气,结合患者临床实际及动脉血气分析结果,随时调整治疗方案及呼吸机参数,这些都是抢救胸腹多发伤并ARDS患者的重要环节。

经颅多普勒超声在血管性痴呆早期诊断的价值

杨惠英,李玉莲,韩敏

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 评价经颅多普勒(TCD)在血管性痴呆(VD)早期诊断的应用价值,探讨脑缺血程度与VD严重程度的相关性。方法 应用TCD对临床诊断VD患者50例检测,同时选择50例无痴呆同年龄组健康者进行比较。结果 VD组脑动脉平均血流速度(V_m),脉动指数(PI)和对照组存在显著性差异(P<0.01)。结论 VD的发生机制是因为血管障碍导致智能相关领域的机能障碍所致。动脉硬化导致的脑血流量下降是引起VD的主要因素。早期发现,定期检测,积极治疗改善脑组织供血,阻止病情进展是关键。

[关键词] TCD;脑动脉;血管性痴呆;预防;治疗

血管性痴呆(Vascular dementia, VD)是因脑血管疾病所致的智能及认知功能障碍临床综合征。往往在病人存在引起痴呆的病理改变时,临床表现并不明显。随之临床症状出现,病人已到晚期,给治疗带来难题。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价。我院采用TCD对患者进行检测,通过对照组比较为VD的诊断、防治及康复评定提供依据。现将资料报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

对象:自1998年3月至2002年4月收集神经内科住院50例VD患者。其中男39例,女11例,平均年龄67岁。均给予痴呆量表评分。按全国第四次脑血管病学术会议制定的诊断标准及神经功能缺损程度评分标准进行诊断和评分。长谷川痴呆量表(HDS) Blessed行为量表(BBS), Hachinski缺血积分量表(HIS)评分,均>7分,确诊为VD^[1]。50例患者均经CT检查,脑梗死(包括多发性脑梗死及腔隙性梗死)36例;脑出血4例,脑萎

缩(包括局限性及广泛性脑萎缩)17例。

1.2 正常对照组:选择50例与疾病组年龄相近的健康查体者为对照组,男34例,女16例,平均年龄65岁。均无有脑血管性疾病及明显的痴呆症状。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2mHz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(MCA)、大脑前动脉(ACA)和大脑后动脉(PCA)。取坐位枕窗探测基底动脉(BA)和椎动脉(VA)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检测了解VD患者各脑动脉的平均血流速度及脉动指数进行比较分析。

2 结果

50例VD患者的TCD检测脑底各动脉统计与正常对照组各动脉的V_m及PI比较均有明显的差异(P<0.01)见附表。

附表:50例VD患者脑动脉血流及脉动指数TCD检查结果($\bar{x} \pm s$)

脑动脉	Vm(cm/s)		PI(cm/s)	
	正常对照	VD组	正常对照	VD组
MCA	40.8 ± 6.2	63.65 ± 8.14	0.94 ± 0.33	0.72 ± 0.5
ACA	33.1 ± 4.2	48.41 ± 10.7	0.94 ± 0.21	0.79 ± 0.13
PCA	19.2 ± 5.4	34.6 ± 5.1	0.97 ± 0.22	0.77 ± 0.12
BA	18.3 ± 5.3	35.2 ± 6.5	0.96 ± 0.27	0.72 ± 0.13
VA	14.1 ± 5.8	31.7 ± 4.9	0.87 ± 0.24	0.76 ± 0.14

t 检验: $P < 0.01$

3 讨论

随着人口的老龄化和心脑血管症的发病率逐年上升,老年脑血管性痴呆逐渐引起重视,如何提高老年脑血管病病人的生活质量,是临床的研究课题。据流行病学研究,国外调查显示VD占所有痴呆的20%,国内60岁以上的老人VD的发病率为3.96%,占全部痴呆的2/3。我国及日本所占比例仅次于阿尔茨海默(AD)病的第二位^[1,2]。VD多有卒中史,常表现波动性病程或阶梯式恶化,药物疗效及预后较好,尤其VD早期病情不严重时,故VD的早期诊断和早期治疗具有很大意义。

本资料研究表明VD患者多数脑血流缓慢,同时伴有不同的病症如高血压、糖尿病、肥胖症、高血脂及冠心病等危险因素。进一步加重大脑实质缺血、血栓形成造成脑组织大面积梗死灶,使脑组织明显减少,导致脑萎缩。在本资料中结合CT在50例VD患者中脑梗死36例,脑萎缩17例,和有关资料报导一致^[3,4]。VD起病隐匿,临床表现缓慢持续性,当患者出现症状时,脑组织变性已很明显。早期表现可分为两类:一类是痴呆的精神症状认识、记忆、言语、感情、性格等方面的精神障碍。另一类是走路缓慢、脚几乎不离开地面。最近,美国艾伯特·爱因斯坦医学院的科研人员报导,步态异常的老人患血管性痴呆的可能性较正常人高3.5倍。资料显示,走路时腿以半圆形向外摆动或脚几乎不离开地面、步态蹒跚的老人患VD的风险分别较步态正常的老人高13倍。是VD的早期重要表现。步态异常与AD的发病没有明显关联,是VD和AD鉴别诊断的一项重要指标。

早期预防是VD疾病的关键,特别是有心脑

血管疾病及老年人应早期、定期TCD检查,观察脑血流变化,发现脑血流量缓慢的病人选择扩血管药物或中药活血化瘀剂治疗。在饮食中多食用能产生乙酰胆碱的含卵磷脂的食物。在中老年人膳食中一天三餐合理搭配,做到食物多样化,对脑血管症不利的食物中,如含油、糖、盐过多的则少用。摄入多种较理想营养物质是预防VD合理饮食很重要的一环。

VD的治疗目前主要有两方面,一、脑血管病治疗;改善脑血流量,再灌注后,一部分神经细胞可能恢复,脑功能也可能恢复。临床可采用TCD观察脑动脉血流状态。对已出现血流缓慢、狭窄患者,临床可选择扩血管药物。目前广泛在临床应用的脑功能代谢药,常用的药物如钙离子拮抗剂尼莫地平、脑溢嗪、脉络宁等,预防血栓形成可加肠溶阿斯匹林,增加脑血流量提高氧利用度改善脑细胞功能。二、痴呆治疗除应积极治疗脑血管症外,针对痴呆早期选用抗自由基药物维生素C和维生素E;增加血氧药物如都可喜(duxil)以脑代谢赋活剂及增智药物脑复康,脑活素等;可延缓VD患者的病情发展,对改善远近记忆有较大作用^[2,5]。克拉瑞啉(clarantin)可直接促进三羧酸循环,有效地增加细胞代谢,促进葡萄糖的运转,提高对糖的代谢氧合作用,延缓细胞衰老过程,改善记忆和智力^[6]效果良好。

VD患者除给予药物及饮食疗法外,康复治疗非常重要,包括心理治疗、语言治疗、语言训练、肢体功能训练、均应有计划进行,循序渐进,坚持不懈,给予安全的环境,适当的刺激及亲人共同的家庭生活,肯定会有所改善,甚至可望痊愈。

由上可知VD是由脑血管疾病,包括脑缺血反复多发脑梗死、脑出血。导致脑萎缩引起的临

床症状和认知障碍有密切关系。加强对脑血流的研究检测对 VD 的早期诊断预防、治疗及预后具有重要意义。

[参考文献]

- [1]高素荣. 60岁以上老人痴呆调查. 中华老年医学杂志, 1988, 8-75.
 [2]王维治. 神经病学, 北京: 人民卫生出版社, 2001, 9: 253.
 [3]曹庆选, 李文华, 沈其杰等. 脑血管性痴呆的影像学诊断

与临床. 新医学杂志, 2000, 31: 435.

- [4]童启进. 痴呆诊断学. 北京: 科学技术出版社, 1998, 5: 79-88.
 [5]Croisiles, Trilletm, Fondarai J, et al. Long term and highdose ipracetam treatment of ALZ heimer's disease. Neurology, 1993, 43: 301-305.
 [6]Krieglestein J, Saner D, Nuglich J, et al. Naftidrofrugl protects neurons against is chemie damage. Eur Neurol, 1989, 29: 224-228.

腭裂与患者血型的关系

李晓光, 滕清良, 王艳春, 刘太生, 赵峰

(泰安市中心医院口腔科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨腭裂的发生与血型的关系。方法 对 189 例腭裂患者和 2546 例健康献血员作为对照进行研究, 采用 Hardy Weinberg 法作吻合度测验。Bernstein 校正法估计 A B O 遗传频率, 用 Woolf 法算相对危险度和 X^2 检验。结果 ① 本文病患组 X^2 总和是 0.0853, $P > 0.05$ ② O 血型分布差异非常显著 ($\mu = 2.64$ $P < 0.01$)。③ 血型抗原分析 O 型血相对危险率 1.5134, X^2 值是 6.9249, $P < 0.01$ 。④ 不同性别 A B O 血型分析: 仅男性 O 血型发病率高于 A 血型 ($X^2 = 6.29$ $P < 0.01$)。⑤ 不同性别血型抗原分析: 男性 O 血型相对危险率是 1.5735, $X^2 = 6.63$, $P < 0.01$, 余 $P > 0.05$ 。结论 腭裂的发生与血型确实有关, 并且与性别也有关系, 男性 O 血型最易发生腭裂。

[关键词] 腭裂; 血型

近年来随着免疫遗传学不断发展, 国内外学者对血型与疾病易感性的关系做了不少研究, 有报道认为某些疾病与血型存在一定的关系^[1,2], 国外有学者报道先天唇、腭裂在 B 型血中发生率较高^[3], 国内报道 O 型血发病率较高^[4]。我们对近年来我科诊治的 189 例腭裂患者与血型的关系进行了初步探讨。

1 材料和方法

1.1 一般资料

收集我院近十年腭裂住院病例 189 例, 均术中输血, 有详细血型记录, 其中男 147 例, 女 42 例, 男女之比 3.5:1, 平均年龄: 5.5 岁。对照组取

自我院同期健康献血员 2546 例。

1.2 统计方法

采用 Hardy Weinberg 法作吻合度测验, 计算遗传指数。应用 Bernstein 校正公式估计 ABO 遗传基因频率^[5]。用 Woolf 推荐的方法算相对危险度。根据 R 和 X^2 测验计算血型抗原与腭裂的相对危险率^[6]。全部数据均采用 TRULY Scientific SC106A 多功能科学计算器进行处理。

2 结果

2.1 血型分布特征及吻合度

病患者和对照组的 ABO 血型分布及基因频率的比较结果详见表 1。

表1 病患组与对照组的 ABO 血型基因频率比较

组别	例数	血型				基因频率(校正后)			特征
		A	B	O	AB	p	q	r	
病患组	189	48	57	69*	15	0.1834	0.2131	0.6035	O > B > A > AB
%		25.40	30.16	36.51	7.93				
对照组	2546	705	810	701	330	0.2283	0.2555	0.5162	B > A > O > AB
%		27.69	31.82	27.53	12.96				

* p < 0.01

病患组血型分布特征是 O > B > A > AB, 对照组血型分布特征是 B > A > O > AB, 两组 O 型分布差异有非常显著性意义 ($\mu = 2.64, p < 0.01$)。经 Hardy Webery 吻合度测验, 病患组四种表现型 χ^2 总和是 0.0853, $p > 0.05$, 说明期望值与原始观

察值无显著性差异, 即期望值与观察值吻合度很好, 原始资料取随机、可靠。

2.2 病患组与对照组 A/O 和 B/O 比较(见表 2)

表2 病患组与对照组人群 ABO 血型比较

组别	总数	血型				A/O			B/O		
		A	B	O	AB	R	X ²	P	R	X ²	P
病患组	189	48	57	69	15	0.9740	0.018	>0.05	0.7149	3.11	>0.05
对照组	2546	705	810	701	330						

病患组与对照组 ABO 血型比较, A/O 和 B/O 相对发病率分别是 0.9740 和 0.7149, X² 值分别是 0.018 和 3.19, P 值均大于 0.05, A/O 和 B/O 间差异无显著意义。

2.3 血型抗原与腭裂关系(见表 3)

血型抗原 X² 检测表明: O 血型患腭裂相对危险率增高并有非常显著的意义 ($P < 0.01$)。A、B、AB 血型患腭裂的相对危险率无显著意义 ($P > 0.05$)。提示 O 血型更易患腭裂。此与国内报道相

同^[4]。

表3 血型抗原与腭裂关系

血型	R	X ²	P
B(有 B 抗原)	0.9235	0.1808	>0.05
O(无 A、B 抗原)	1.5134	6.9249	<0.01
AB(有 A、B 抗原)	0.5789	3.830	>0.05

2.4 病患组与对照组不同性别 ABO 血型比较结果见表 4

表4 病患组与对照组不同性别 ABO 血型比较

组别	总数	血型				A/O			B/O		
		A	B	O	AB	R	X ²	P	R	X ²	P
男性组	147	31	48	55	13	0.5604	6.29	<0.01	0.7553	1.89	>0.05
女性组	42	17	9	14	2	1.2074	0.2449	>0.05	0.5563	1.86	>0.05
对照组	2546	705	810	701	330						

男性组 A/O 和 B/O 相对危险率分别是 0.5604 和 0.7553, X² 值分别为 6.29 和 1.89。由此看出: O 血型男性比 A 血型更易患腭裂。女性组 A/O 和 B/O 相对危险率分别为 1.2074 和 0.5563, X² 值分别为 0.2449 和 1.86, A/O 和 B/O 间的差异均无显著意义。

2. 不同性别血型抗原与腭裂关系见表 5

表5 不同性别血型抗原与腭裂关系

血型	男			女		
	R	X ²	P	R	X ²	P
A	0.6979	3.02	>0.05	1.7757	3.27	>0.05
B	1.039	0.05	>0.05	0.5848	2.01	>0.05
O	1.5735	6.63	<0.01	1.3160	0.69	>0.05
AB	0.6515	2.08	>0.05	0.3358	2.25	>0.05

由以上 X² 测验表明: O 血型男性患病相对危

险率增高并有非常显著意义。

3 讨论

先天性腭裂是因胚胎发育第7周时中腭突与侧腭突未融合引起的,由于鼻腔与口腔相通,腭裂患者吮吸功能障碍进食困难,发音不清,均需手术治疗,是颌面部最常见的先天性畸形。因此研究先天腭裂产生的相关因素,是预防腭裂发生的一个重要课题。

本文两组间血型分布规律不同,O血型分布差异非常显著,血型抗原分析O血型患病率增高显著,提示O血型人群更易患腭裂。但国外报道B血型发生先天唇、腭裂机率较高,O血型则发病率较低^[3]。本文资料取样随机,血型鉴别无误,估计遗传基因频率方法准确,吻合度较好,与上述报道不一致的原因,可能与地域或种族不同有关。O血型人群体内无A、B抗原,体内存在A、B抗体,A、B抗原或抗体对腭裂发生发展是否有影响,有何影响需进一步研究。

近年已知控制ABO血型遗传的基因在人体第九对染色体上,与XY性染色体无关。因此,在

群体中ABO血型与性别之间没有关联,即男女之间ABO血型分布应类同。本文不同性别ABO血型分析和不同性别血型抗原分析发现男性病源组血型O与腭裂存有关联。而女性中腭裂与血型无关。通过以上数据证明男性腭裂发病率明显高于女性。即在相同的环境中由于遗传因素的作用,男性对腭裂的易感性明显高于女性,造成这种性别差异的原因和机理,是否与男女性染色体不同或隐藏着某种其它因素,也需要进一步研究。

[参考文献]

- [1] 王虹、安银东、杨巨才.口腔颌面部恶性肿瘤与ABO血型的关系研究 实用口腔医学杂志,1998;14(1):68.
- [1] 马春燕、朱玲、宋喜贵等.Ⅱ型糖尿病与ABO血型关系的探讨,宁夏医学杂志,1998;20(5):305
- [3] 王昆润(译).先天性唇、腭裂的发生率取决于血型(俄文) 国外医学口腔医学分册,1990;17(3)封三
- [4] 郭华.唇腭裂发生与人类ABO血型关系的调查研究.口腔医学纵横杂志,1998;14(1):56.
- [5] 赵桐茂.估计ABO基因频率的方法.中华血液学杂志,1980;1(2):121.
- [6] 赵桐茂.血液和疾病关联的统计学处理方法.中华血液学杂志,1982;3(3):182

空回肠结肠多发性憩室的临床X线诊断

刘 军¹,王 霞¹,王传俊²

(1.泰安市中心医院放射科,山东 泰安 271000; 2.泰安市岱岳区角峪医院,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探索空回肠结肠多发性憩室的临床X线表现,评价消化道造影的诊断价值。方法 对18例患者的临床及X线表现进行了回顾性分析。结果 空肠多发性憩室12例,其中并发十二指肠多发性憩室10例,2例合并回肠多发性憩室。结肠多发性憩室6例,1例并发回肠多发性憩室及结肠癌。结论 空肠多发性憩室多并发于十二指肠多发性憩室,近-中段是好发部位。结肠多发性憩室多见于右半结肠,可有结肠变形。未见独立发生的回肠多发性憩室。钡餐造影能够确诊,小肠灌钡及钡灌肛可提高发现率。

[关键词] 多发性憩室;X-线;空肠-回肠和结肠

空回肠结肠多发性憩室在我国均是较少见的临床疾病,报道不多,一般没有明显特征性的症状和体征。只是在全消化道钡餐造影,钡灌肛,纤维内窥镜检查,手术或尸检中发现,临床上确诊主要是靠消化道钡剂造影。本文共收集到18例,对其

钡剂造影的X线表现作了回顾性分析,结合临床进行了探讨。

1 材料与方 法

1.1 临床资料 本组共18例患者,男12

例,女6例。年龄51-86岁,60岁以上11例,平均年龄67岁。老年人无症状查体发现8例,其余10例均有6个月以上慢性反复发作的腹部隐痛/胀痛。伴随有恶心纳差6例,反酸嗝气3例,黑便1例。

1.2 检查方法 17例由全消化道钡餐造影发现,其中有5例进行了小肠灌肠气钡双对比造影,5例进行了钡灌肠检查。另外1例黑便患者进行了钡灌肠检查,钡剂在升结肠中段受阻,改行全消化道钡餐造影确诊。

2 结果

2.1 空肠多发性憩室 12例。最少1例有4个憩室,最多有19个。10例并发于十二指肠多发性憩室,2例合并有回肠多发性憩室。

憩室形态多数为圆形或卵圆形囊袋状影突出于肠腔之外,边缘光滑整齐,以一窄颈与肠腔相连,可见肠粘膜进入其内。憩室大小不一,最大直径6cm,最小0.3cm,大多数发生于空肠系膜缘近-中段范围内。部分憩室呈现方形,不规则形或三角形,其内可见到肠内容物潴留,肠腔排空后,有些憩室内可见到钡剂存留,提示有憩室炎。

2.2 结肠多发性憩室 6例。5例发生于升结肠及横结肠肝曲部分,分别有2-5个憩室;1例发生于回盲部,共有14个憩室;同时可见到回肠段有4个憩室;升结肠中段与憩室紧邻部位见有6cm*7cm软组织肿块影充盈肠腔,钡剂排泄受阻,只能呈线样通过,其近端生有憩室的回盲部结肠显著变形缩短,管壁痉挛管腔变狭窄,手术及病理切片证实为结肠多发性憩室合并结肠腺癌。

结肠多发性憩室形态多数呈圆球状,烧瓶状,柱状,环状或半月状阴影;有长颈与结肠相连,好发于肠袋顶部,呈葡萄状;其最大直径约2cm,最小直径约0.3cm。

2.3 回肠多发性憩室 3例。均与空肠及结肠多发性憩室并发,未见到独立发生的病例。憩室多为圆形或卵圆形囊袋状影,多数直径在1-2cm,个别憩室内可见有肠内容物潴留。

3 讨论

3.1 空肠多发性憩室系肠腔内压力增高及局限性肠壁薄弱共同作用所致,多发生于肠系膜

缘,很少有症状,本组病例中共有8例为常规体检发现。由于进入憩室的肠内容物潴留以及憩室粘膜与肠粘膜相连续,部分病例可受到刺激而引起憩室炎,进而发生溃疡,出血,粘连,坏死或穿孔,偶尔可发生恶变;憩室炎可致局部粘连或继发纤维性变,使肠壁浸润增厚,扭曲形成肠梗阻^[1]。临床上可出现腹痛,腹胀,恶心,呕吐等,甚至发生急腹症。憩室的形态也由于炎性作用而发生改变,呈现三角形,方形或不规则形,有时可见到憩室内明显肠内容物潴留,或憩室内钡剂存留,排空迟缓。

空肠多发性憩室往往并发于小肠其它部位的多发性憩室。本组病例中,有10例合并发生十二指肠多发性憩室,2例并发回肠多发性憩室。可能由于此类病例十二指肠,空肠及回肠具有相类似的肠壁结构异常以及肠腔内压力普遍较高所致。

本病的确诊需要由钡剂造影证实,检查时利用多种体位,使各种不同的方向开口的憩室可以充盈钡剂而显影^[2]。但应仔细观察十二指肠及回肠是否有并发的憩室,应用小肠灌钡法,缓慢注入50%W/V的钡剂混悬液,在灌注的同时分段按压小肠,使重叠的肠襻分开,各段小肠全面充分地得到观察,有效的提高阳性率。

3.2 因发生在回肠的非Meckel憩室很少,潘国宗等^[3]将获得性空回肠憩室改称为空肠憩室。本组3例回肠多发性憩室:2例合并空肠多发性憩室;1例并发于结肠多发性憩室。其临床及X线表现与空肠憩室相类似,与由先天性卵黄管未闭所形成单发的Meckel憩室迥异,不难鉴别。

3.3 结肠憩室是由粘膜和部分粘膜下组织疝入肌层及向外膨出而形成。病理学研究指出患结肠憩室的病人局部结肠肌层增厚,此段肠内压增高;再加上食物,情绪,胆碱能药物等因素作用下,在结肠壁局部薄弱之处可形成憩室^[4]。

结肠憩室在欧美国家发病率高,在40岁的人群中发病率为5%,50岁以上者发病率可达33%-50%,80岁以后可高达50%以上。西方国家患者结肠憩室多发生在乙状结肠,也可发生在结肠的任何部位,但直肠未见有报告者。在我国此病比较少见,多发生在右侧结肠,憩室单发的少,常为多发性^[5]。也有学者认为结肠憩室常为单

发^[4]。

本组6例多发性结肠憩室。有5例是全消化道钡餐检查发现,无临床症状,均作钡灌肠进一步证实;1例有黑便及腹痛等症状,进行钡灌肠检查于升结肠中段受阻,可见肠腔内有软组织肿块影,钡剂不能通过,改作全消化道钡餐检查,见回肠系膜缘散在多个憩室,结肠回盲部亦可见葡萄状多发性憩室,升结肠中段可见软组织肿块。结肠多发性憩室突出于肠壁之外,似葡萄状,憩室呈小囊状和烧瓶样,可见相对较长的颈与肠壁相连,多发于肠袋顶部。憩室内根据钡剂充盈的多寡其表现也不同,可在整个憩室内充满钡剂,也可部分充盈,或仅为钡剂勾画出的小囊状影;也有憩室内存有粪便,其外缘便表现为不规则。由于憩室数目较多,受累部位结肠明显变短,结肠腔的膨胀性受到限制,肠壁痉挛,边缘呈不规则状改变,两侧不对称,可能是由于肌层肥大及粘膜穿过肌层,进入憩室所致。

另1例有黑便及腹痛症状多发性憩室,在与

其最远端结肠憩室紧邻处可见6cm×7cm软组织肿块填充肠腔,临床诊断为结肠回肠多发性憩室并结肠癌,后经手术及病理进一步证实。该病例较为复杂,难以确定的问题是:是结肠癌导致粪便排空不畅,引起肠腔内压力增高,产生回肠结肠多发性憩室?还是结肠癌由憩室恶变而来?抑或两者之间并无必然连系,各自独立发生?要回答这一问题,有待于收集更多的病例进一步探讨。

[参考文献]

- [1]刘晶美,余建华,龚梅金,等.小肠憩室病的临床与病理-附133例报告.中华消化杂志,1977,17:119.
- [2]朱纪吾,张闽光,姚灼.空肠憩室症的X线诊断-附16例报告.中华消化杂志,1991,11:237.
- [3]潘国宗,徐伟端.肠道憩室.见:潘国宗,等主编.现代胃肠病学,第一版.北京:科学出版社,1994,1038.
- [4]李松年.结肠憩室及憩室炎.见:陈焯贤主编.实用放射学,第二版.北京:人民卫生出版社,1998,500-502.
- [5]陈克敏,卢任华.结肠憩室和憩室炎.见:尚克中,陈九如主编.胃肠道造影原理与诊断,第一版.上海:上海科学技术文献出版社,1995,330.

初产妇临产时胎头浮动的 相关因素及分娩结局

冯春梅

(泰安市中心医院产科,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 研究足月妊娠单胎头位初产妇胎头浮动的原因及其分娩方式的选择。方法 对2001年3月至2002年5月间,住院足月妊娠的单胎头位初产妇临产时胎头仍浮动者160例,进行回顾性分析,与同期住院单胎足月初产妇胎头入盆并固定者148例作比较。结果 胎头浮动的主要原因为巨大儿、头盆不称、脐带因素、骨盆异常及胎位异常、子宫下段形成不良、胎盘低置、羊水过少等;胎头浮动者,母子并发症及难产率增加。结论 足月妊娠初产妇若临产后头位而浮动者,剖宫产率明显增高,并发症增多。建议 对此类产妇应放宽剖宫产指征,试产时间不要过长。

[关键词]胎头浮动;初产妇;难产;剖宫产

本文对我院2001年3月至2002年5月间住院分娩单胎足月、头位初产妇,临产时胎头浮动者160例,作了回顾性分析研究,并与随机抽取的同期住院的148例相似条件的初产妇入盆者作了比较,以探讨胎头浮动的原因及其分娩方式的选择,

以减少产妇在产程中的痛苦及其并发症。

1 资料与方法

1.1 资料来源 选择2001年3月至2002年5月间住院的单胎头位,初产妇且临产时胎头仍

浮动者 160 例, 年龄 24 岁至 34 岁, 平均 26.23 ± 1.15 岁, 孕周 37^{+1} 周至 42^{+3} 周, 平均 39.45 ± 0.21 周, 同样随机抽取同期住院分娩的初产妇条件相似但胎头入盆并固定者 148 例作比较, 年龄 23 岁至 36 岁, 平均 26.14 ± 1.07 岁, 孕周 37^{+3} 周至 42^{+5} 周, 平均 40.13 ± 0.24 周。两组平均年龄及孕周无明显差异 ($P > 0.05$)。临产时胎头浮动判断标准为临产时胎头未衔接, 耻上触及胎头浮动,

表 I 胎头浮动有关因素与入盆组比较 例 (%)

组别	例数	脐带因素	巨大儿	头盆不称	子宫下段形成不良	羊水过少	胎盘低置
浮动组	160	31(19.38)	25(16.63)	17(11.48)	10(6.25)	13(8.13)	7(4.38)
入盆组	148	11(7.43)	11(7.43)			8(5.41)	3(2.03)
P		<0.01	<0.01		<0.05	<0.05	

头盆不称中高直位 6 例, 前不均倾位 4 例, 额先露 1 例, 骨盆异常: 扁平骨盆 2 例, 均小骨盆 1 例, 漏斗骨盆 2 例, 倾斜骨盆 1 例。脐带异常包括脐带缠绕、脐带过短、脐带打结, 子宫下段形成不良指子宫下段长度小于 7cm., 暂以子宫膀胱腹膜返折处至侧穹隆长度为准。

2.2 胎头浮动组与入盆组分娩方式比较例 (%)

组别	例数	自然分娩	剖宫手术	产钳、胎头吸引术
浮动组	160	60(37.25)	96(60)	4(2.50)
入盆组	148	88(59.46)	49(33.11)	3(2.03)
P		<0.01	<0.01	>0.05

从表中看出, 胎头浮动组与入盆组比较, 剖宫

组别	例数	胎膜早破	脐带脱垂	胎儿窘迫	活跃期停滞	新生儿窒息	产褥病率	产后出血
浮动组	160	21(13.13)	4	28(17.50)	11(6.88)	8(5.00)	10(6.25)	6(3.75)
入盆组	148	8(5.41)	0	9(6.08)	5(3.38)	4(2.70)	4(2.70)	2(1.35)
P 值		<0.01		<0.01	<0.05	<0.05	<0.01	<0.01

产褥病率按曹泽毅主编《中华妇产科学》诊断标准^[1]

3 讨论

头先露初产妇一般于临产后 2 周左右大部分先露下降入盆, 子宫底部降低^[2], 其原因可能为: (1) 妊娠末期子宫先期阵缩加强, 迫使胎头下降; (2) 初产妇腹直肌张力强, 将宫体后压, 使子宫轴和骨盆轴相接近, 利于胎头下降入盆。初产妇头产式在妊娠末期, 胎头高浮, 尤其临产后胎头仍不入盆者, 可能成为头位难产的潜在因素。造成头

先露最低点位于坐骨棘水平以上 2 厘米, 无引产史。

1.2 方法 采用统计学方法, X^2 检验

2 结果

2.1 与胎头浮动有关因素比较见表 I (为产前、产后、B 超、剖宫产时发现)。

产率明显增高, 自然分娩率低 ($P < 0.01$)。

2.3 胎头浮动组剖宫产指征 例

头盆不称	胎儿窘迫	羊水异常	活跃期停滞	脐带脱垂	潜伏期延长	尿潴留
32	28	13	11	4	6	2

头盆不称泛指由于胎位异常以及骨盆异常而致产程延长, 子宫下段形成不良为剖宫产时发现。从此表中看出, 胎头高浮组, 最终结果大部分做了剖宫产术, 指征以头盆不称、胎儿窘迫为多。但子宫下段形成不良 (术中发现) 也是一个不可忽视的因素。

2.4 胎头浮动组并发症与入盆组相比较例 (%)

位难产多为衔接不良, 异常头位 俯屈及内旋转异常所致, 胎头浮动的因素较多, 从本资料结果来看, 多为头盆不称、巨大儿、脐带因素、子宫下段形成差、羊水及胎盘因素而致。而作为子宫下段形成不良者很少医师引起注意, 而只能剖宫产时发现。但目前没有确切诊断, 我们主要根据子宫膀胱返折腹膜较低 (返折处至前穹隆不足 7cm) 来看待。所以, 当排除其他因素后, 胎头浮动者, 此因素不可忽略 (本文占 6.25%)。

在实际工作中, 若遇胎头高浮初产妇, 临产后胎头仍高浮, B 超示有脐带缠绕者, 应引起重视,

试产一段时间(一般4—6小时),产程进展不大,或胎头高浮伴脐带绕颈,胎心听诊一次不正常,或NST可疑,尽管吸氧、改变体位后,又好转者,应复查NST或做OCT,及时发现异常,尽快剖宫产。因此情况多数由于脐带相对过短、受压引起,且不宜试产。我们半年内遇到三例足月妊娠,胎头高浮,B超示有脐带绕颈(1—3周)者,住院期间突然胎心消失,引产后证实两例为脐带绕颈致过短,一例为绕颈并扭转。而且往往在临产后产程进展慢,产妇疲劳,突然胎心异常而以剖宫产终止妊娠。本组为28例,占剖宫产的17.5%,应引起重视。

据天津中心妇产医院王淑雯等研究正常初产妇胎头下降位置,潜伏期开始为 $-1.1\text{cm} \pm 0.43\text{cm}$;加速期最大倾斜阶段开始为 $+0.5\text{cm}$;减速阶段开始为 $+2\text{cm} \pm 0.3\text{cm}$;第二产程开始为 $+2.9\text{cm} \pm 0.25\text{cm}$ 。宫颈口扩张速度,初产妇每扩张 1cm ,潜伏期为1小时34分;因此,在分娩各期及时了解胎头下降所达位置及宫颈扩张速度,有助于诊断分娩进行是否正常,以便及时做出处理。

初产妇接近预产期而胎头仍完全浮动者,应进行一系列必要的临床检查,(1)腹部检查明确有无胎头骑跨现象。检查者一手握住胎头,用力循盆轴向后下方推入骨盆,同时将另一手之食指放于耻骨联合上缘处,以便估计胎头骑跨的程度;如胎儿顶骨悬于耻骨联合的前表面以上,骑跨现象较重,为头盆不称,实行剖宫产的可能性很大。

如无显著头盆不称,则可用下述方法预测胎头能否入盆;用手下压宫底,使胎头下降入盆,一手肛诊探查胎头向盆腔下降程度;或用双手在腹前壁抓住胎头额部及枕部,沿盆轴方向下压,另一人肛查探查胎头下降程度,如胎头下降不大,可试看宫缩加强后胎头进展程度。

(2)阴道检查孕妇取膀胱截石位,常规消毒后,行阴道检查,内诊触到坐骨棘平面,另一手在消毒巾上握住耻骨联合上方的胎头,轻轻将胎头推向后下方,使之入盆,这时助手协助向下推压宫底,内诊可感到胎头下降程度。如胎头不易进入骨盆,可持续压迫1—2分钟,以便胎头有时间适应骨盆经线而深入骨盆。如胎头可被推入盆腔直达坐骨棘平面,表明无头盆不称;胎头不能被推入骨盆,但与耻骨联合表面齐平,则有轻度不称,可以试产;如胎头高出耻骨联合表面,则骑跨现象

很显著,头盆不称严重,宜行剖宫产术。必要时可行彩超检查。

考虑有关头盆不称可能者,应在试产中,严格以索罗达头位分娩进行评分^[3],即使8分以上,但小于12分,胎头高浮者,试产最好也不应超过4小时,因其胎头入盆者存在的头盆不称的可能性更大。何况有时还可能合并其他一些因素。临产时胎头浮动应引起警惕,经严格检查无严重头盆不称或无剖宫产术绝对适应症,可予以试产。试产时间按子宫阵缩强弱及胎膜破裂时间决定,一般在宫缩有力而规律的情况下,观察4—6小时而胎头无明显进展,或出现不利与产妇或胎儿的征象,应立即停止试产,进行剖宫产术。如有的产例试产已超过6小时,胎头尚未衔接,但有显著进步,产妇、胎儿情况均好,颅骨无明显重叠,胎头无显著变形,可在严密观察下适当延长试产时间。由于前羊膜囊可阻碍胎头入盆,如无严重头盆不称,宫颈柔软,宫口开大 5cm ,可考虑人工破膜,一般破膜后试产不应超过4小时。

试产时必须有专人守护,密切观察产程进展。胎头浮动与骨盆入口不吻合,有胎膜早破、脐带脱垂之危险。因此,在第一产程为保持胎膜完整,防止脐带脱垂,产妇应卧床,不灌肠,临产阶段要注意产妇的营养和休息。观察内容为:(1)胎心是否正常;(2)产妇一般情况良好,包括精神、饮食、大小便等;(3)胎头进展是否满意,骨质部是否已到达或接近坐骨棘水平;(4)宫颈扩张程度,如已达 5厘米 ,即可破膜。破膜时要防止脐带脱垂;(5)宫缩是否良好;(6)胎位是否正常,如枕横位、枕后位、额位。凡经合理试产无效或试产过程中出现不利于母儿情况,应立即停止试产,并准备实行剖宫产。

本组资料显示:胎头浮动组自然分娩率仅占40%左右,比糜若然报道经阴分娩(61.6%)^[4]低得多,而剖宫产率确达60%,可供同道参考,也可能与手术指征把握程度有关。但从我们的对照组剖宫产率33.11%来看,确能反应问题。

关于胎头浮动组的并发症,从本资料来看,胎膜早破,脐带脱垂,胎儿窘迫及产褥病率、产后出血发生率均明显高于入盆组($P < 0.01$ 或 0.05)。由于胎头浮动或衔接不良,前羊膜囊压力不均,而使胎膜早破^[5],从而使脐带脱垂;胎儿窘迫发生率

增加,产程长,可致继发性宫缩乏力、软产道损伤、产后出血、产后感染及产褥病率发生率增加。

总之,临产后胎头仍浮动的初产妇,试产时间不宜过长,可放宽剖宫产指征,及早终止妊娠,以减少母婴并发症的发生。因最终结果往往多数需行剖宫产术。

[参考文献]

[1]曹泽毅.中华妇产科学.北京:人民卫生出版社,1999.

[2]郑福增.产科学.济南:山东科学技术出版社,1994.74

[3]凌罗达,顾美礼.头位难产[M].重庆出版社,1990.72

[4]糜若然.晚期妊娠催产素引产效果分析.中华妇产科杂志,1985,20(1):19

[5]饶惠玲.头位难产的诊断.实用妇产科杂志,1998,4(1):8

[6]苏应宽,徐增祥,江森.实用产科学.济南:山东科学技术出版社,1979.493

溶血素辅佐干化学法 鉴别尿中白细胞的临床应用

左丽,聂升刚,孙立,潘艳华

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

[摘要] 目的 溶血素辅佐干化学检测漏诊的白细胞并对细胞进行鉴别分类。方法 显微镜检查后,在怀疑泌尿系感染而干化学阴性的标本中添加溶血素再次进行干化学测定。结果 活体粒细胞、死亡粒细胞、淋巴细胞被鉴定出来。

[关键词] 溶血素;干化学;酯酶;活体粒细胞

干化学对白细胞的检测原理,是基于粒细胞浆内含有酯酶,可作用于试剂带膜块中的吲哚酚酯,因此,它只能测定粒细胞,不能对淋巴,单核起作用^[1]。但是,在工作中,我们在应用 H-100 尿液分析仪时发现有时即使是镜检有粒细胞存在,干化学对白细胞的测定仍然是阴性,这一现象说明,除了干化学法不能检测出不含酯酶的淋巴,单核外,还有其他因素对其有影响,我们对这一现象进行了研究。

1 仪器与试剂

DRUI INDUSTRIAL GROUP COLTO H-100 尿液分析仪;SYSMEX SF-3000 血球分析仪。H-II 尿液分析试纸条[中国长春迪瑞检验制品有限责任公司吉药器监(准)字 97 第 240048 号]溶血素(氰化钾 5.5g/l 硝普钠盐 0.5g/l)

2 方法

2.1 收集尿沉渣镜检白细胞阳性,而干化学阴性的标本 40 例;白细胞与干化学全阴性标本 10 例。取白细胞阳性 5ml 离心,将尿沉渣涂片进行湿片镜检观察细胞的形态、折光和运动状态;干片瑞氏染色,油镜分类。将所有的标本都每 10ml 加入溶血素两滴,用干化学再次进行检测。

2.2 将 EDTA-K 抗凝的血用 SF-3000 做血液分析。离心取白细胞层,用生理盐水进行不同浓度的稀释。用干化学对不同浓度的白细胞稀释液进行检测,同样,每 10ml 加入溶血素两滴,用于化学再次进行检测。

3 结果

由表 1、表 2 可以看出无论标本是含有白细胞的尿还是白细胞稀释液加入溶血素后干化学的结果都发生了明显的变化。以淋巴细胞为主的尿

在加入溶血素前后干化学的结果未发生太大变化,不含有白细胞的尿和白细胞稀释液加入溶血素后干化学的结果未发生明显的变化。通过显微镜观察,从抗凝血中提取的白细胞是折光性很强,胞膜完整、能够进行布朗运动的活体细胞,同样在尿中不被干化学显色的白细胞也具有活体细胞的特点。

4 讨论

观察尿白细胞数量可帮助有关疾病(如泌尿系感染、膀胱炎、结核与肿瘤等)的诊断与鉴别诊断,通过动态观察这种病人尿白细胞数量变化,来确定病人治疗疗效观察与预后^[1],我们认为仅仅是数量的变化不能够全面反映出病人的疗效和预后。当然,与血液及生化检验比较起来,尿分析的质量保证质控难度较大。除了方法为标准化和各试纸条、仪器生产厂家每种试纸条的灵敏度,定值标准等相互有差异以外,尿标本的留取,收集、运

表1 尿中白细胞的总数及分类以及加入溶血素前后干化学的变化

白细胞 400倍视野	细胞分类 粒细胞%	加入深血素前 的干化学结果 μl	加入溶血素后 的干化学结果 μl
0	0	0	0
30-40	10-20	0-15	0-25
5-10	50-70	0	15-25
10-20	55-75	0	25-50
20-30	60-80	0-15	50-100
30-50	50-90	0-25	100-500

表2 不同浓度的白细胞稀释液加入溶血素前后干化学的变化(粒细胞占白细胞总数的79%)

浓度 400倍视野	加入深血素前 的干化学结果 μl	加入溶血素后 的干化学结果 μl
0	0	0
5-10	0	15-25
10-25	0	25-50
25-40	0	50-100
40-50	0	100-500

送、保存、前处理等环节多,往往难以控制^[2]。近年,有学者提出采用晨间第二次尿,避免因标本室温存放时间长、细菌生长,蛋白分解、氨升高而使细胞、管型等有形成分破坏^[3]。但这些因素并不能够使白细胞漏诊率为34.8%、误诊率为15.5%^[4]。笔者认为,造成如此之大的漏诊率,是因为活体粒细胞中的酯酶不能够释放到尿液中,就不能够与膜块中的吲哚酚酯发生反应。当在含有活体粒细胞而干化学不能显示时,加入溶血素后粒细胞的含量与干化学的显示量呈正比。因此,溶血素能够证明粒细胞的存在;尿在加入溶血素前干化学为阴性,加入溶血素后干化学为阳性时尿中存在的细胞以活体粒细胞为主,表示病人是急性感染期。尿在加入溶血素前干化学为阳性,加入溶血素后干化学仍然为阳性时,如果前后差值很大,表明尿中死亡粒细胞与活体粒细胞共存,是急慢性感染的交换期。尿在加入溶血素前后干化学皆为阳性,前后差值不大,表明尿中以死亡粒细胞为主,是慢性感染期,镜检时白细胞为阳性。干化学在加入溶血素前后皆为阴性。则尿中以淋巴细胞,表明病人是结核或是免疫系统疾病。应该注意的是溶血素引起蛋白假阳性,溶血素只能对白细胞有协助诊断作用,对其他的项目帮助不大。甚至有副作用。

[参考文献]

- [1]丛玉隆,马俊龙主编.当代尿液分析技术与临检.第一版,北京:中国科学技术出版社,1998.66.
- [2]朱忠勇.尿分析进展.中华医学检验杂志,1999;22(4):246-2500.
- [3]顾可梁.尿液问题解答.临床检验杂志,1999;17(2):126.
- [4]邓小燕.DiaSys R/S尿沉渣分析工作站法与干化学法尿红、白细胞的应用评价.华鑫检验快讯,2000;40(内部资料).

交变磁场与中频电治疗骨膝关节炎

孙文玲, 孙文明, 明德玉

(泰安市中心医院理疗科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 观察低频交变磁场与中频电流对骨性膝关节炎的治疗效果。方法 将102例膝骨关节炎(KOA)患者随机分为联合组50例和对照组52例。联合组采用50Hz交变磁场与4kHz数控中频电流进行治疗,时间分别为30min/次和20min/次,1次/d;对照组只采用中频电治疗。治疗前和治疗20次后观测相同项目临床变化指标。结果 治疗后患者膝关节压痛,活动痛,60s行走距离,日常活动能力与患者综合评价等情况均有显著改善;联合组与对照组有效率分别为80.0%和61.5%($\chi^2 = 4.18P < 0.05$)。结论 采用交变磁场与中频电联合治疗KOA,其症状及功能障碍均得到明显改善,疗效优于单纯中频电治疗组。

[关键词] 磁场,交变;中频电;骨性关节炎;关节功能

骨性膝关节炎(KOA)是伴随年龄增长而老化出现在膝关节的一种退行性疾病,老年人发病率可达80%以上^[1]。该病以膝关节疼痛为主要症状,病变晚期可导致关节功能障碍,本科采用交变磁场并中频电治疗,效果满意,报告报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将骨性膝关节炎(KOA)患者102例分为两组。交变磁场并中频电疗组(简称联合组)50例,其中男27例,女23例,年龄(58.7±11.6)岁,病程(3.50±1.02)年;中频电组52例,其中男28例,女24例,年龄(57.9±12.1)岁,病程(3.52±1.03)年,所有病例均经X-ray检查,诊断参照美国风湿病学学会的临床及放射学指标^[2]。治疗前两组病程、年龄、膝关节压痛、活动痛、60s行走距离、日常活动能力、患者综合评估等经统计学处理,无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

联合组采用江苏产G78—1型磁疗仪,50Hz交变输出,磁场强度150mT,对于膝关节明显红肿、伴有积液者,采用100mT,双磁头膝关节两侧放置,每次30min,每日一次,10次为一疗程;中频电采用北京产TL900HCIFI型高级电脑中频治疗仪,频率4kHz,电极6cm×9cm×2,膝关节两侧对

置,电流强度以患者耐受为限,每次治疗20min,每日1次,10次1疗程,疗程间隔7天。以上方法按磁场、中频电顺序进行,单纯中频电组仅给予中频电治疗,仪器方法同联合组,治疗期间两组患者均停止其他方法治疗。

1.3 观察指标^[3,4]:

膝关节疼痛(采用10cm目视模拟标尺法)、1min行走距离,关节压痛,日常活动能力(上下楼梯和下蹲)评分,患者综合评估亦采用10cm目视模拟标尺法,以上观察数据分别于治疗前与治疗20次后评测并记录,疗效评价标准为^[4]:临床症状及体征改善>75%为显效;改善51%—75%为有效,改善30%—50%为好转,<30%为无效。

1.4 统计学处理

治疗前后各观察指标之间对比,采用配对t检验,各观察数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间疗效用 χ^2 检验。

2 结果

两组患者经过治疗后,联合组好转9例,有效21例,显效10例,无效10例;中频电组好转7例,有效20例,显效5例,无效20例,有效率分别为80.0%和61.5%。经统计学处理($\chi^2 = 4.18, p < 0.05$)2组差异有显著性。2组膝骨关节炎治疗前后观察指标参数见表1。

表1 2组KOA患者治疗前后临床指标变化参数(±)

观察项目	联合组(n=50)			联合组(n=52)			两组治疗后P值
	治疗前	治疗后	P值	治疗前	治疗后	P值	
膝关节压痛	1.90±0.56	1.22±0.52	<0.05	1.89±0.63	0.84±0.43	<0.01	<0.05
膝关节活动痛	8.92±2.01	5.38±2.01	<0.05	8.87±2.31	3.51±1.02	<0.01	<0.01
60s行走距离	35.57±4.03	40.30±4.05	<0.05	35.60±3.98	43.86±4.00	<0.05	<0.05
日常活动能力	5.58±2.50	3.86±2.48	<0.05	5.60±2.48	2.00±0.59	<0.01	<0.05
患者综合评价	9.43±2.00	6.01±2.80	<0.05	9.50±2.01	4.08±2.00	<0.01	<0.05

3 讨论

KOA的治疗是以改善物质代谢和微循环,抑制退行性变的进一步发展,缓解关节疼痛,促进关节功能恢复为目的。目前常用的各种方法多数只能做到减轻关节疼痛,部分改善关节功能^[4]。我们应用的强度为100—150mT,频率为50Hz的交变磁场,能同时产生磁场、震动和热能等综合效应。其对KOA的作用,在于加速血流、改善血液循环、使某些酶活性增强,降低致炎物质浓度、改善病理过程、提高机体的非特异性免疫力^[5]。人体组织的导磁率 $\mu \approx 1$ ^[5],从物质的磁性角度看,人体内既有反磁物质,又有顺磁物质,在磁场中将会受到磁场的各种作用而产生各种效应。由于血管和血流的运动,在磁场中对磁力线进行切割,在体内产生感应电流(微电流),对体内生物电活动产生影响,从而影响组织器官的代谢和功能,使钠、钾、氯等离子的活动功能增强,改变了膜电位,增强了细胞的通透性,促进细胞膜内外物质交换。在磁场作用下,生物电受其作用,使得生物电流的分布、电荷运动形式及其能量状态发生改变而致组织器官功能发生相应改变,在外加磁场作用下,生物体内不断进行着的氧化还原过程中,电子传递的速度和方向受到影响,可抵消病理因素对这一过程的干扰而达到治疗目的。金属离子是酶活性中心的组成部分,有些酶的分子中虽不含有金属,但需要金属离子的激活,而磁场能通过对金属离子和非金属离子的作用影响酶的催化活性,从而对人体产生作用。当外磁场作用于生物体时,对体内运动电荷的作用力可以改变原生物电流的大小和运动方向,并可产生微弱的感应电流,同样也要影响体内电子运动方向和细胞内外带电离子的分布和浓度,影响细胞膜电位,影响神经的

兴奋和抑制,并可使细胞膜通透性增强,加速细胞内外物质交换,促进或减缓某些化学反应。在磁场作用下,有机分子发生力的取向现象,此以类脂膜、肌浆球蛋白和线粒体表现明显。大量的临床病例证实,磁场有较好的镇痛作用,其机制可能是多方面的:磁场能促进血液循环,改善组织营养,纠正组织的缺氧、缺血、水肿,致疼物质聚集等引起的疼痛;磁场可提高致疼物质分解酶的活性,使缓激肽、组胺、5-羟色胺等致疼物质分解转化而减轻疼痛;磁场能降低末梢神经兴奋性及阻滞感觉神经的传导,从而达到止疼的目的。磁场对局部或肢体的肿胀有缓解消减的效果。实验观察表明^[5],磁场具有抗渗出和促进吸收双重作用,认为磁场可改善微循环,解除了毛细血管静脉端的淤滞,同时磁场能加速蛋白质分子从组织的间隙转移,影响了胶体渗透压,有助于水肿消除。在弱磁场作用下,局部血液循环改善,组织通透性增强,炎性产物得以及时排除。同时磁场有增加免疫功能 and 促进白细胞吞噬功能的作用。

Ward实验证实^[5],100cm²人体皮肤通以4000Hz的中频电流时阻抗率仅为50欧姆。说明中频电流容易通过并能达到深部组织,其电流强度可达0.1~0.5mA/cm²。中频电具有镇痛作用,其机制有闸门学说, γ -氨基丁酸(GABA)能神经元的调制,脑高级中枢对背角伤害性信息传递的下行调制,皮层干扰学说,掩盖效应等,国外有学者^[5]将50Hz的间调波、50Hz及100Hz的变调波作用于动物下肢,在X线象象中发现骨盆和下肢的淋巴管管径比作用前显著增粗。我们使用的高级电脑中频电疗仪采用了数字控制技术,设计了电脑微处理器控制的多步程序处方^[6,7]并自动输出序列化的多种波形调制中频电流,对机体产生电刺激按摩作用。中频电流具有明显的促进血液循环,加速炎性渗出物和水肿吸收,引起肌肉收

缩、增强肌力、改善组织营养代谢作用。从本组病例治疗结果看出, 交变磁场与电脑中频电合并使用治疗 KOA, 不只是两种疗法的叠加, 而且是相互补益, 使疗效更加明显, 既应用了交变磁场作用于机体的理化效应, 又应用了中频电的机械动力效应, 从而使患者症状得到缓解, 膝关节功能障碍得到改善。治疗过程中患者感觉舒适, 未观察到不良反应。该观察评价显示, 交变磁场与中频电治疗 KOA 疗效确切, 可明显改善 KOA 患者功能障碍, 无不良反应, 治疗效果明显优于单纯中频电治疗。

[参考文献]

[1]曹建中. 老年骨骼疾病治疗学. 第一版, 北京: 中国医学科

学技术出版社 1993:40-41.

[2]施桂英. 首届全国骨关节炎学术会议纪要, 中华风湿病学杂志, 1997, 1(1):7-9

[3]LEQUESNE M, Indices of severity and disease activity for osteoarthritis. Semin Arthritis. Rheum, 1991. 20(Suppl):48.

[4]韩星海, 刘 施治青, 等. 膝关节微波辐射器改善膝关节患者功能障碍 60 例, 中国临床康复杂志, 2002. 6(19):2895.

[5]陈景藻, 主编. 现代物理治疗学. 北京: 人民军医出版社, 2001; 620; 226; 228; 130; 152.

[6]林世德. 我国中频电疗法的发展. 中华理疗杂志, 2000, 23: 251-252.

[7]明德玉, 杨慧英. 超短波并中频电治疗椎动脉型颈椎病的临床观察, 中华物理医学与康复杂志, 2002, 9:563-564.

· 综 述 讲 座 ·

脑血管疾病诊疗要点

焦念宝, 耿家贵, 秦丽晨, 陆 寅, 崔瑞亭,
刘运林, 苗素云, 张新萍, 周广安

(泰安市中心医院神经内科, 山东 泰安 271000)

1. 脑动脉硬化: (1) 诊断要点: ①年龄 35 岁以上; ②有体征, 如血压高、血脂高、血糖高、眼底动脉硬化、周围血管硬化等; ③无自觉症状。

(2) 治疗方案: ①控制三高(血压高、血糖高、血脂高); ②肠溶阿斯匹林 0.3qN, 如有胃病、白血球减少或对阿斯匹林过敏者可选用泮生丁、PSS。

2. 脑动脉硬化症: (1) 诊断要点: ①年龄 35 岁以上; ②即有体征, 如血脂高、血糖高、血压高、眼底动脉硬化、周围血管硬化; ③又有自觉症状, 如神经衰弱症状群, 头痛头晕, 心烦不安, 失眠健忘。麻痹痴呆症状群, 如表情淡漠, 反应迟钝, 行动缓慢, 智能减低。假性球麻痹症状群, 出现三困难, 语言困难、吞咽困难、发音困难, 强哭强笑, 走路不稳。

(2) 治疗方案: ①控制三高(血压、血脂、血

糖); ②肠溶阿斯匹林 0.3qN; ③促进脑代谢及抗痴呆等药物, 如古力西、都可喜、舒脑宁、忆立福; ④罂粟碱静脉滴注解决吞咽困难; ⑤用消除自由基抗氧化药物, 银杏制剂; ⑥扩张血管, 活血化瘀药物, 如静脉滴注培他定氯化钠、ATP、胞二磷胆碱、脉络宁或蝶脉灵等。

3. 短暂性脑缺血发作(TIA): (1) 诊断要点: ①表现为颈内动脉或椎基底动脉的临床缺血表现; ②反复发作时间短暂(可几秒、几分, 半小时); ③症状体征不超过 1 小时。

(2) 治疗方案: ①速避凝 0.4ml(4000u) ②bid, 脐下两旁, 注意查凝血系统; ②肠溶阿斯匹林; ③降血脂、血糖药物; ④静滴培他定氯化钠、ATP、胞二磷胆碱、蝶脉灵; ⑤彩超检查双颈总动脉和颈内动脉, 若有斑块, 狭窄在 70% 以上, 应考虑颈内动

脉内膜剥脱术。

4.可逆性脑卒中(RIND):(1)诊断要点:①表现如TIA;②症状体征超过24小时;③症状体征在3周之内完全恢复。

(2)治疗方案同TIA。

5.脑供血不足:(1)诊断要点:①病人有自觉症状(从病理、生理上讲,脑动脉血流量低于40ml/分钟/100g脑组织),包括颈内动脉系统或椎—基底动脉系统临床缺血表现;②查体有轻微体征,如有痛觉减退,肌力减弱;③能够代偿,即肢体活动能代偿,活动不受限制。

(2)治疗方案:①控制三高;②肠溶阿斯匹林0.3qN;③速避凝0.4ml(4000u)④bid;④培他定氯化钠500ml,ATP40mg,胞二磷胆碱0.5,蝶脉灵20ml静滴;⑤如突然眩晕、呕吐,可用20%甘露醇250ml地塞米松5-10mg ivdrip qd×3天;⑥如眩晕不能解除,第④组无效,可把蝶脉灵换成意速150mg或200mg,需缓静滴因能引起心律失常。

6.腔隙性脑梗死:(1)诊断要点:①呈缓慢或亚急性起病,一般24-48小时形成②呈单一性损害。如单纯损害痛觉出现肢体的麻木,单纯损害运动出现肢体无力,还可出现口手笨拙综合征(单纯手不能持物,语言不清);③通过治疗可以恢复;④CT、MR可见腔隙性梗死,多在基底节和脑干;⑤可以无症状的。

(2)治疗方案同脑供血不足。

7.高血压脑病:(1)诊断要点:①血压突然升高,一般要在180/120以上;②迅速出现颅压升高和脑实质损害,如昏迷、抽搐,肢体瘫等;③血压和颅压控制后能迅速恢复;④CT排除出血和梗死。

(2)治疗方案:①迅速降血压;A利血平1mg im;B硝普钠;C雷击廷;②迅速降颅压,可用甘露醇,速尿、β七叶皂甙钠等;③控制抽搐,鲁米那0.1m q6h或安定10mg ivdrip;④预防感染,用抗生素;⑤注意检查电解质、心功能、肾功能,并及时纠正。

8.脑血栓形成:(1)诊断要点:①年龄多在35岁以上;②起病缓慢,多在睡眠安静状态下起病;③一般无颅压增高;④有由颈内动脉系统或椎—基底动脉系统梗死导致缺血、瘫痪的定位体征;⑤CT、MR有梗死图像(CT早期可以无梗死图像);⑥脑脊液正常。

(2)治疗方案:①发病在6小时之内,做CT排除出血,又无大面积梗死图像者,可考虑导管动脉溶栓,一般用尿激酶40万^u-100万^u,但要注意禁忌症;②静脉溶栓,如无导管溶栓条件,可考虑静脉溶栓,静脉滴注尿激酶,每次20万^u-40万^u-60万^u,但要注意适应症和禁忌症,65岁以上禁止静脉溶栓;③如无溶栓指征和条件,即首先应用脱水降颅压药物,如甘露醇、白蛋白、速尿、β七叶皂甙钠、钠络酮等;④静脉滴注,培他定氯化钠500ml+ATP40mg+胞二磷胆碱0.5,蝶脉灵20ml(或其他活血化瘀药物)半个月至一个月;⑤可用速避凝0.4ml④bid,5-10天;⑥口服抗血小板药物肠溶阿斯匹林0.3qN;⑦降血脂药物;⑧扩张血管药物;⑨脑保护剂;⑩根据病人全身情况,适当补充电解质及支持疗法;凡是用含糖液体要加胰岛素;⑪注意控制感染;⑫注意预防其他并发症处理,如消化道出血,心功、肾功等;⑬单纯脑干梗死,吞咽困难,可用罂粟碱120mg/静滴。脑血管病的治疗就两条:一是保住病人生命,二是减少致残。早期治疗要围绕保护脑功能,后期治疗主要是康复。三天后颅压稳定即应进行肢体、语言、智力的康复训练计划。

9.脑栓塞:(1)诊断要点,①多发生在中老年人,有高血压、动脉硬化及有心脏病患者,特别是有房颤的病人,容易掉下栓子堵塞脑血管;②起病急,迅速出现颅压增高(头痛、呕吐、昏迷);③有脑栓塞导致的瘫痪定位体征;④脑脊液正常,如有出血性脑栓塞,可出现红细胞;⑤CT、MR可出现梗死图像(CT早期可正常)。

(2)治疗方案同脑血栓形成,在用预防治疗血栓的药物选择上瓣膜性的用华法令,非瓣膜性的用阿斯匹林。

10.脑出血:(1)诊断要点:①起病突然,多在用力或精神紧张时发病;②迅速出现颅压增高;③有出血导致的压迫定位体征;④脑脊液血性(可有10-15%的脑脊液正常);⑤CT、MR可有出血图像。半球内囊脑出血对侧颅神经和肢体瘫痪,颅压高。脑叶出血,以颅压高为主。脑干出血同侧颅神经、对侧肢体。脑室出血出现昏迷,瞳孔小,高热。小脑出血时头痛、眩晕、呕吐为主要表现。

(2)治疗方案:脑出血的治疗:一是手术治疗;二是保守治疗。手术治疗要注意手术指征①血肿

一般在40ml以上;②神志不清;③肢体瘫痪。脑室的出血即是几个脑室都有血,只要神志清楚,可严密观察,不做手术治疗。手术治疗分为三种,A、脑室引流;B、微创;C、开颅清除血肿,如无手术指征即应药物保守治疗。

药物保守治疗:①降颅压:脑实质内的出血,现在早期(24小时,特别是12小时之内)不主张用20%甘露醇,因为甘露醇有降低血肿周围组织水份有使血肿扩大作用,主张用白蛋白。如果是出血破入蛛网膜下腔或破入脑室或原发性脑室出血、脑干出血,可早期选用甘露醇,甘露醇的用法,无头痛的用qd,头痛者用bid,有呕吐者用q8h,意识障碍者用q6h。还可加用速尿, β -七叶皂甙钠等脱水剂;②用止血药物,凡是出血量较大或破入蛛网膜下腔,脑干出血者可用止血药,一般选择用立止血,此药不导致血栓形成,其他止血药物,容易引起脑梗死或心梗;③补充液体,电解质及支持疗法;④预防消化道出血药物,如甲氧咪胍或洛塞克;⑤控制感染,选择用抗生素;⑥定期复查CT,观察出血和吸收情况;⑦预防其他并发症,注意心功、肾功、肝功能,定期复查电解质,防止出现电解质紊乱。

11.蛛网膜下腔出血(SAH):(1)诊断要点:①起病突然,多在用力或改变体位,精神紧张时发病;②迅速出现颅压增高和脑膜刺激征,个别病人可出现颈痛、腰痛、小便不畅;③脑脊液血性;④CT在环池、侧裂池、前后纵,可见高密度信号。SAH的诊断金指标主要是腰穿,CSF血性。CT正常,不能排除SAH。

(2)治疗方案:①一旦确认SAH,要立即向家属交待病情,有再次出血突然死亡的可能;②立即进行DSA,脑血管造影,明确动脉瘤位置大小,决定是否手术治疗;③用降颅压药物,控制脑水肿和颅压增高;④用止血药物立止血;⑤注意输液补充电解及支持疗法;⑥预防并发症,A、再出血;B、脑血管痉挛;C、脑积水;D、电解质紊乱(多出现低渗);⑦早期即用预防血管痉挛药物如尼莫同或尼莫地平;⑧用通便药物,防止大便干燥。

12.脑动脉炎:(1)诊断要点:①多见于青少

年;②有感染的病史和体征,如发热,淋巴结大等;③有脑动脉炎引起的定位体征,如偏瘫等;④CT、MR有血管炎引起的图像改变;⑤辅助检查,有感染指标,如白细胞增高,血沉快等。

(2)治疗方案:①控制颅压和脑水肿;②用保护脑组织药物,促脑代谢药物;③用活血化瘀药物;④选用抗生素;⑤加强肢体锻炼;⑥找出感染病灶原因,如风湿、变态反应病,扁桃腺炎等,治疗原发病。

13.上矢状窦血栓形成:(1)诊断要点:①多见于分娩前后三周妇女;②长期卧床,发热,感染和恶液质脱水病人;③抗磷脂综合征病人;④突然出现头痛、颅压增高、抽搐;⑤双下肢瘫痪;⑥大小便障碍;⑦DSA静脉期或MR可见出血梗死和上矢状窦血栓形成。

(2)治疗方案:①迅速降颅压脱水药物;②用抗凝药物,如速避凝等;③输液补充电解质;④用抗生素;⑤阿斯匹林。

14.烟雾病:(1)诊断要点:①多见于儿童、青少年(以缺血为主),成人(以出血为主要表现);②出现交替肢体瘫痪;③反复发作性发病;④DSA或MRA,可见血管畸形。

(2)治疗方案:①儿童、青少年用活血化瘀的药物,促进脑血液循环改善脑功能;②促脑代谢药物;③成人可引起SAH,注意再次出血。

15.脑血管畸形:(1)诊断要点:①经常反复发作的偏头痛;②皮肤可有血管痣;③出现SAH;④DSA或MRA可见脑血管畸形或动脉瘤。

(2)治疗方案:①DSA明确畸形位置,动脉瘤的大小决定是否手术治疗;②对症处理头痛。

16.脑血管痴呆:(1)诊断要点:①多见于45岁以上年龄人;②三个月至半年内有患脑血管病史;③病人智力、记忆力、定向力,计算力低下;④不能生活自理;⑤不能与社会交流。

(2)治疗方案:①治疗脑血管病的危险因素,如血压、血脂、血糖高;②促进脑代谢药物,如古力西、忆立福、都可喜、舒脑宁;③促进记忆力药物,如安理申;④加强肢体、智力的康复训练。

某些病毒性传染病的肝脏损害临床表现

张玉臣¹, 刘坤玲¹, 张振宁²

(1.泰安市中心医院传染科; 2.泰安卫生防疫站, 山东 泰安 271000)

[摘要] 本文总结了除甲一戊五型肝炎外其它病毒性传染病引起的肝损害, 并对某些病毒性传染发病情况, 临床特征加以介绍, 希冀提请临床对此类特殊类型肝炎加以注意, 减少误诊和漏诊。

[关键词] 嗜肝病毒; 肝炎; 转氨酶

临床发现, 除 A、B、C、D、E 五型肝炎外, 尚有许多病毒性传染病可导致肝炎样改变。它们即可做为系统损害偶现于病程中, 亦可引起肝炎或甚至成为就诊主诉而被误诊或漏诊, 使病人负担增加甚至对疾病预后产生不利影响。为提高对病毒性传染病对肝损害的认识, 本文对其临床特征试加总结。

(一) 轮状病毒已知轮状病毒至少有 A~F 六组, 其中 A 组主要侵袭婴幼儿, 引起秋季腹泻。感染后潜伏 2~3 天, 近年发现本组病毒有嗜肝性, 国内报告肝功能异常发生率可达 32.6%, 尤在早产儿和低出生体重儿及营养不良时, 肝病的消化道症状常为呕吐, 频繁腹泻所掩盖, 黄疸少见。临床常与腹泻同时出现, 呈自限性, 肝功能多在 2 周内迅速恢复, 不需专门保肝处理。

(二) 腺病毒(AV) AV 由 Rowe 晚近(1953)首先发现, Wigger 等近年在探索人类肝炎病因时, 不断从肝炎患者血清和粪便中分离出 1, 2, 3, 5, 7, 11, 16, 42 型 AV, 且部分人肝活检证实肝细胞有核内包涵体和 AV 颗粒存在。婴幼儿多见, 常伴发于肺部、皮肤或肠道 AV 感染时, 接受骨髓移植或免疫抑制剂时可使 AV 广泛播散造成局灶或大面积肝坏死, 以 AV 性肝炎为首发, 多数人起病较缓慢, 常先有低热、黄疸、咳嗽、皮疹、呕吐、腹泻、食欲差、小便发黄, 肝脾肿大, ALT < 300u。肝活检有细胞浊肿或脂肪变性, 灶状坏死, 汇管区炎性细胞浸润, 肝静脉无充血, 除免疫低下者外多呈一过性改变, 罕有重症肝炎者, 治疗早期选用 Virazol 效果良好。

(三) 日本乙型脑炎病毒由于乙脑病毒感染后

主要引起高热、惊厥、意识障碍、呼吸衰竭等一系列重笃的脑实质炎症表现, 长期以来其肝损害多被忽视漏诊。近年统计其发病率在 11.9%~43%, 临床主要表现为肝脏肿大, 出现于病程第 3~9 天, 持续时间与病情呈正相关, 随症状缓解而回缩。肝功能检测以 ALT 轻度升高为主, 峰值一般 < 200u, 但乙脑极期亦有达 600u 者。但罕有黄疸和 A/G 倒置。预后主要取决于原发疾病, 目前尚无因肝衰而致命的报道。基于其主要病理变化为弥漫性肝细胞重度空泡变性, 推测肝损害的发生主要与肝细胞缺氧, ATP 产生锐减使钠泵难以运转, 细胞内 Na⁺ 和水分增多变性所致。治疗时应积极纠正缺氧, 配合辅酶 Q10 肌肉注射。

(四) 麻疹病毒麻疹病毒性肝炎于 1960 年由 Berry 首先报告, 近年 Phillips 和 Giland 分别对数百例麻疹做前瞻性研究发现, 肝损害者占 31%~86%, 重症患者尤然, 成人高于儿童, 多见于出疹期, ALT 峰值于病毒血症过后产生抗体时出现, 认为发病与感染后的抗原抗体反应刺激有关。典型者常于发热期以恶心、厌食、腹痛、腹泻、乏力等为主诉, 黄疸少见, (< 8%), 因此时患者中毒症状多显著, 在体检时忽视肝大及 ALT 化验则多被漏诊。Gavish 对 36 例麻疹肝炎进行系统发现, 28/36 在前驱后期 ALT 升高, 8/36 发生于退疹期, 16/36 的患者 ALT < 300u., 仅 5 例 > 500u, ALT 下降缓慢, 麻疹痊愈后无 1 例恢复正常, 半年后仍有 6 例 ALT 异常, 仅 2 例轻度黄疸, 1 例出现腹水, 少数人可呈淤胆型或散发性重症肝炎表现, 肝脏中形成巨细胞, 称为“合胞性巨细胞肝炎”。新近国内报告, 小儿麻疹亦有 75% 合并损害, 呈轻型或亚

临床经过, ALT 峰值出现于出疹后一周, 病理下肝细胞呈周边性坏死, 小叶及中央小静脉周围肝细胞受损轻, 预后极好, 与病毒性肝炎之广泛变性坏死不同。

(五)EB 病毒 EBV 是传染性单核细胞增多症 (IM) 的主要病原, 据统计 10% 以上 IM 患者病程中可出现肝炎症状, 其中 20% ~ 40% 呈亚临床经过, 75% ~ 80% 表现为肝功能异常, 临床有 1% ~ 2% 的传染性肝炎系 EBV 引起。多见于年长儿及青年, 以发热、咽炎、硬腭点状出血、淋巴结肿大特征。肝炎型可于病程早期出现消化道症状, 5% ~ 15% 出现轻度黄疸, 持续 3 ~ 4 周自行消退, 但少数表现为淤胆型肝炎者可达 3 月以上。30% 有肝肿大, 但无明显触痛和肝区叩痛, 为其特征之一, 肝活检门脉区有类淋巴细胞浸润, 肝细胞无直接感染。病程第 1 周 ALT 开始升高, 多 < 300u, 常于 3 ~ 4 周降至正常, 但个别可达 2 年之久。Scoazec 统计, 0.5% 之肝炎型病例可演变为肝硬化或肝功能衰竭。Chang 曾报告 1 例 10 岁儿童轻型 EBV 肝炎, 经用大剂量强的松后发生暴发性肝衰, 尸检于广泛坏死的肝脏中发现病毒颗粒。另有人发现, 数起 IM 急性肝衰者呈家庭聚集, 可能与某些遗传的免疫缺陷使其肝细胞对 EBV 过于敏感有关。本类肝炎 30% 者 AKP 明显升高, 肝损害相伴上述毒血症状出现, 血单核和淋巴细胞 > 0.10, 嗜异性凝聚试验 > 1:64(+), 抗 EBV IgM(+), 均有别于普通肝炎。

(六)巨细胞病毒 (CMV) 肝脏作为 CMV 的重要靶器官, 是婴儿肝炎综合征的主要病原之一, 成人和青少年亦可受罹。宫内感染者仅表现为新生儿黄疸及肝脾肿大、意识障碍, 婴幼儿多无特征性表现或呈亚临床感染, 起病隐匿, 出生后 1 ~ 3 个月最为易感, 尤母乳喂养者, 黄疸出现早, SB 5.5 ~ 170umol/L 居多, 以直接胆红素升高为主, ALT 常 > 200u 且下降缓慢, 肝脾同时肿大, 病程中有持续发热、皮疹、淋巴结肿大等感染症状, 60% 以上常合并肺炎, 易因肝衰或合并感染而死亡。学龄儿童病后多数类似 HAV 或 HBV, 但起病急, 黄疸出现后发热不退, 除淤胆型病人外, 黄疸多轻, 持续 2 ~ 3 周自退。血淋巴细胞 > 0.50, 异型淋巴细胞 > 0.10, 抗 CMV(-) IgM(+), 治疗常用 IL-1Z 或磷甲酸。

(七)出血热病毒本类之肾综合征出血热病毒 (EHFV)、登革热病毒 (DV)、黄热病毒 (YFV)、新疆出血热 (CCHFV) 及国外的基孔雅热、鄂林斯克出血热、基萨那森林病, 马尔堡和埃波拉病、拉沙热立夫特山谷热等病毒感染后, 除有发热、出血、多脏器损害等共性表现外, 通过直接毒性或继发性微血管损伤导致肝微循环障碍和休克肝, 还导致肝细胞水肿、变性、坏死, 其中线粒体损害与 ALT 改变的关系最密切, 此类表现临床称出血热肝炎或肝病。其中 EHFV 性最常见, 发病率达 51% ~ 97%, 尤家鼠型, 肾损害轻, 肝受累多。病程中可以此为首发或主要表现, ALT 上升出现于发热期而持续至恢复期后, 常与病情正相关。YFV 性以黄疸为突出, 可早在第 3 病日出现, 重症者 SB 达 820.1umol/L, 持续 > 30 天, 轻型则黄疸出现晚, 消失快, ALT、AST 相伴异常, 凝血机制延长, 肝损害严重者多伴低血糖。DV 感染主要在海南和两广省份, 以急起高热、剧烈周身疼痛、皮疹和出血倾向为特征, 1/3 出现 ALT 升高, 消化道症状易掩盖, 肝脏中度肿大, 质软压痛轻, 伴休克者 100% 肝大, 病理下肝灶状坏死、出血。肝损害多为自限性, 预后较好, 治疗后 ALT 下降较快, 但肝脏回缩慢, 偶见致肝硬化者。Meeting 发现少数人可表现为深度黄疸而迅速发生肝衰者。此类肝炎的发生与病毒性免疫复合物造成的肝内毛细血管内皮细胞广泛损害和凝血机制障碍有关。新疆出血热系由克里米亚——刚果出血热病毒感染, 主要特征与 DV 相似, 肝功能异常可现于发病早期, 尤危重型, 仅个别院内感染者有显性黄疸, 国内病例均无肝肿大, Swanepoe 报道苏联和南非者 50% 有肝脾肿大和腹泻, 除 ALT 外, AST、SB, 肌酸激酶 (CK)、纤维蛋白等均有异常, 暴发性可于 7 ~ 9 天死于肝衰。

(八)风疹病毒 (RUV) 近年发现, 部分患儿感染后除呈风疹之典型表现外, 5% 可有黄疸、肝肿大, ALT > 100U, AST、LDH 亦升高, 肝活检显示灶状坏死和炎细胞浸润为主, 偶有巨细胞性变和肝内淤胆, 临床称风疹性肝炎, 虽呈急性自限经过, 但可明显延长病程, 据 Esterly 报道 12 例先天性宫内感染患儿, 除表现为新生儿耳聋、白内障、心脏畸形外, 4 例以巩膜黄染, 大便灰白、血直接胆红素升高等淤胆症状为主诉, AST < 500u, SB 于 2 周

后可降至正常,亦有死亡和肝硬化者。

(九)流行性腮腺炎病毒(MV)MV性肝炎患者多呈亚临床经过,以ALT一过性升高为主,病程中不及时化验肝功能常被漏诊,故过去文献甚少报道。近年发现肝脏做为人体最大的消化腺,易为MV侵袭。MOO等动物实验发现猩猩感染MV后4~6小时即可在肝内检得其包涵体,欧阳武智曾报道3例患儿于病程第7~8天腮腺炎缓解后发病,表现肝大压痛,ALT \leq 100u,另有124例统计,肝损伤率占4.02%,多见于重症。罗进华报告1例以肝炎为诉入院,体检无黄疸,仅见肝脾肿大,ALT488u,肝穿示轻度肝细胞坏死,血清学证实为MV感染,后发展为脑膜炎。

(十)流感病毒业已证实,乙型流感病毒感染是Reyes综合征的主要诱因。多于上感后3~7天后退热时病情恶化,突现高颅压,意识障碍、惊厥,肝脏明显大(肋下6~10cm),轻度黄疸。ALT可高达10200u,SB多在51.3umol/L以内,伴CK异常升高,白细胞可达40~50 \times 10⁹/L,凝血因子 \downarrow ,脑脊液氯高糖低,原因不明,预后极差,病死率15%~83%。治疗有效者上述异常可于十日内恢复。

(十一)水痘带状疱疹病毒(V~ZV)V~ZV性肝炎较少见,临床主要发生于新生儿重症水痘及免疫缺陷者,在长期服用糖皮质激素的哮喘者中可致肝坏死,肝肉芽肿。Feldmand报道77例癌肿患儿,感染V~ZV后10例确诊有肝炎,3例疑似肝炎。在水痘恢复期,屡有合并肝、脑、肾弥漫性脂肪变性坏死,使病情突逆转进而死于肝衰者。Sherlock等调查39例儿童水痘,ALT显著升高者占28%,轻度升高49%,典型者伴有恶心、呕吐,SB \uparrow ,肝大触痛。学龄儿及成人常继发于肺部感染之后,症状轻,预后好,但免疫缺陷者并肝炎后可使痘疹期迁延长达2周以上。

(十二)单纯疱疹病毒(HSV)HSV1有I~IV,罹肝者以HSV、HSV2和HSV6为主,均由密切接触而传播,以新生儿及成人烧伤、妊娠后期、AIDS、器官移植、接受化疗或免疫抑制剂后多见。肝炎常为全身严重感染的一部分。HSV1可致成人致命性肝炎,尤老年人。发病急,发热明显,肝脏先肿大尔后迅速缩小,出血倾向严重。HSV2除致无菌性脑膜炎合并肝损害外,主要通过性接触感染

内生殖器,进而波及胎儿,造成内脏血播散,多脏器损害,于生后4~7天急起高热,咳嗽气急,皮肤、生殖器及口唇疱疹,并迅速出现严重黄疸,出血倾向,肝性昏迷70%,于入院数小时后死亡,ALT可高于正常值100倍或呈疸一酶分离现象,病检肝细胞呈广泛出血坏死伴胸腺萎缩。HSV6主要引起幼儿急疹和12%嗜异性凝集试验(一)之IM,伴肝损害可致肝衰。在免疫应答正常的学龄儿及成人主要表现为急性自限性肝炎,如Niederman报道3例男性,感染HSV6后仅有咽痛,钝性眼眶后疼痛、乏力、持续淋巴结肿大,体检肝脏不大,但ALT90~244u,AKPLDHCK同时 \uparrow ,抗HSV—IgM及IgG(+),2周后恢复正常。

(十三)HIV至今尚无HIV直接导致肝损害的依据,AIDS患者多因HIV致机体免疫缺陷,引起各种微生物尤其嗜肝病毒的继发性感染和癌肿所致。如HBV是AIDS发展过程中的辅助因子,感染后又可加速AIDS发展过程中的辅助因子,感染后又可加速AIDS的发展和肝炎症状的出现。AIDS并发EBV易导致暴发性肝衰。Plamer统计,68%AIDS有肝肿大且与AKP异常正相关,临床肝功能异常率为67%,ALT为40~605u,15%伴发黄疸。因患者失去防御反应,并发病毒性肝损害后临床症状多轻微,常以不规则低热为主,体质消瘦。Leborice发现常见的病理变化为肝内轻度弥漫性或小叶中心性脂肪变,肉芽肿或肝窦状隙扩张。肝门脉区内淋巴细胞减少。

(十四)柯萨奇病毒为肠病毒亚类,分A、B两组,累及肝脏者较少,成人和新生儿均可发病,呈典型肝炎样表现。一般认为A10、B4、B5型致肝炎者症状较轻,A4、B9型较重,但亦有B5型引起两兄弟大块肝坏死。国内曾有1例10岁脑膜炎患儿,病后第7天尿深黄,肝区触痛和叩击痛,ALT升高,血清抗柯萨奇B组病毒之B3、B5抗体均1:32(+),经肌注干扰素8天痊愈。

(十五)埃可病毒据报道,本病毒之1,4,6,7,9,11,12,14,17型均可导致肝炎,常以急起高热,肝肿大,轻度黄疸为主,Taelman报道4例均伴有其它器官损害,1例死亡者肝细胞变性坏死明显,存活者恢复完全。

综上所述,罹发肝脏损害的病毒类型日趋增多,与HAV~HEV五种病毒性肝炎相比它们有如

下特征:1.多发于婴幼儿及合并有免疫功能低下的基础疾病。2.肝损害常为病毒感染播散或泛嗜性损伤的系统表现之一。3.临床症状轻微或为原病毒感染的特征性表现所掩盖。4.肝损害与病情程度有一定相关性,可作为临床分型及预后的早

期线索。5.肝功能以 ALT 异常为主,出现早而恢复慢,多呈自限性。6.常伴胆系酶谱(AKP等)异常。7.病理以肝脏间质性损害为主,可找到病毒包涵体。8.血清特异性抗体(+).9.保肝治疗利于感染的恢复。

浅析老年人的身心护理

张凤英

(泰安市中心医院市直机关门诊部,山东 泰安 271000)

随着人民生活水平的提高及医学科学的发展,我国人口结构逐渐呈老龄化。老年人体质较弱,免疫力差,对疾病的抵抗力降低,而对医护的依赖性有显著增加,因此做好老年人的护理工作,对他们愉快地度过晚年将是非常重要的。

1 老年人身体保健

老年人是心、脑血管疾病,糖尿病等疾病的多发年龄组,有的放矢地做好保健工作也能预防疾病的发生。

1.1 加强体育锻炼,做一些诸如慢跑、散步、打拳等活动,持之以恒,可增强体质,提高抗病能力。

1.2 定期作全面体检,不可忽视任何疾病征兆,应及时对症治疗,以免引起大患。

1.3 体育器材保健。健身球,月球车,按摩器等健身器材能促进人体血液循环,激发机体组织活力,因此如今正被越来越多的老年朋友所采用。

2 老年人生活环境护理

2.1 老年人居室环境应力求选择安静、阳光充足的地方,最好居住在平房或楼房的低层以减少上楼的劳累与危险,同时也便于外出散步或坐轮椅出门活动。

2.2 居室内要宽敞通风,陈设尽量优雅整洁,这有利于身心舒畅,保持健康。

2.3 老年人的卧床要软硬适度,应设有便于支撑或起卧的设施。另外,卫生设施也要安全方便,以尽量减少意外的发生。

3 老年人个人卫生护理

3.1 定期洗头洗澡,杜绝积垢,使病菌没有生长环境。

3.2 在刷牙漱口时更应多加注意,因为老年人牙齿松动,功能减退,易引起食物嵌塞,导致细菌滋生,所以要注意勤刷牙,饭前饭后应漱口冲洗口中食物残渣(最好使用淡盐水)。如果戴有假牙,则餐后应取出洗净,睡前应取下防止误吞。

4 老年人的饮食护理

4.1 老年人应尽量戒烟,注意控制饮酒、浓茶、咖啡等刺激性饮料。饮食要有节制,不能过饥或过饱,食物以清淡可口,少油、少盐,富于营养,易于消化为原则,最好是少食多餐,以每日定时3-4次为宜。还应注意细嚼慢咽,加强食物的首次消化,严防食物误入气管。

4.2 蛋白质是人体组织细胞更新和修复的重要物质,是能量的重要来源,因此鼓励老年人多饮牛奶,多食豆制品,以增加蛋白质的供给量。但是蛋白质含量过高的饮食会使药物在体内的分解加速,所以在用药时应注意到这一点。

4.3 脂肪的供给。脂肪是细胞的必要成分,并且是神经细胞、髓鞘的主要组成成分。脂肪在

老年人体内的储备总量,随年龄的增加有些减少,故应加以补充。植物油中含有人体必需但自身不能合成的几种脂肪酸,因此补充脂肪可以食用植物油为主。注意不可多食动物油,尤其是患高血脂的老人,否则可引起胆石症等疾病。

4.4 糖类的供给。糖类是机体组织的主要成分,人体70%的能量来自糖类的分解。糖类较易吸收,并能较快的转化为氨基酸,而转变成脂肪的可能性较小,因此老年人多吃水果和蜂蜜是有好处的。然而糖类如果摄入过多则易使胆固醇升高,增加动脉硬化的危险。

5 老年人的用药护理

5.1 老年人常常患有多种不同程度的慢性疾病,需要经常使用许多药品或一些保健药物,但由于老年人多健忘,有误时误服的可能,因此亲属及医护人员应给予协助。对于较大的药片可压碎服用。

5.2 对于长期肌注或静注的老年人,要细心观察和保护注射局部,防止皮炎,静脉炎及其血栓形成。注射刺激性强的药物时,要注意速度不宜

过快,最好与等渗药液交替使用,起到缓冲作用以减少对组织的损害和副作用。

6 老年人的心理护理

老年人体质与记忆力的下降、社会角色的转变常常使老年人产生孤独、消极情绪,应及时掌握老年人的心理特征,做好心理护理。

6.1 掌握老年人的业余嗜好,转移其注意力,通过看书、写字、听曲、旅游等方法缓解老年人消沉情绪,使他们在自己所喜爱的活动中变得心情舒畅,精神愉快。

6.2 重视调神,善于开导。中医认为不良的精神刺激作用于人体,会引起阴阳失调,脏腑功能紊乱而导致疾病。老年人多有失眠,入睡困难,睡后易醒的特点,因此应多加注意稳定情绪,避免激动。另外看电视也应避免收看紧张、恐怖等刺激性强的节目。

老年人的身心护理看似复杂,其实只要在生活中多加注意,细心照顾,讲究科学,便可以使身边长辈的老年生活过的平安顺畅,丰富多彩。

白细胞介素 - 18 与成人 Still's 病

周爱红¹, 李 芳¹, 甄广宁²

(1. 泰安市中心医院; 2. 泰安卫校, 山东 泰安 271000)

白介素 - 18 (IL - 18) 是一种新发现 (1996 年命名) 的细胞因子, 根据它的结构、加工过程、受体、信号传导途径和在炎症前介导作用, 这种分子属于 IL - 1 家族^[1,2]。IL - 18 是由 23kD 的前体 IL - 18 在 IL - 1 β 转化酶作用下裂解而成的一种 18kD 的活性糖蛋白, 结构与 IL - 1 β 相同, 而且 IL - 18 的受体复合物是 IL - 1 受体家族中的一员, 它在一些自身免疫性疾病 (包括类风湿关节炎 (RA)、炎性肠病、牛皮癣等) 中表达。IL - 18-mRNA 主要来源于胰、肾、骨骼肌及肺、肝等组织,

在单核巨噬细胞中高度表达, 而在 T、B 细胞中几乎不表达^[3]。它的生物活性主要有: ①促进 Th₁ 细胞分泌 Th1 相关因子; ②促进 T 细胞增生; ③增强 Fas - FasL 系统介导的 Th₁、NK、CTL 细胞的细胞毒作用; ④抗感染; ⑤抗肿瘤作用; ⑥致炎因子活性。已有学者报道 IL - 18 在 RA 血清和滑膜组织中水平升高^[4], 在 RA 滑膜组织中介导 IFN - γ 的产生并诱导其它单核因子和 NO 表达且还是一种血管生成调节因子, 提示 IL - 18 在 RA 病人的关节炎发生发展中有重要作用^[5]。

成人 Still's 病(AOSD)是一种病因不明的急性系统性炎症性疾病,它以弛张型高热、多关节痛、一过性橙红或粉红色皮疹伴有淋巴结病变、肝功损害和脾大为典型症状。在 AOSD 中观察到异常实验检查指标中,高铁蛋白被认为是疾病活动的标志,类风湿因子、抗核抗体和其它自身免疫抗体一般不会出现,血清补体和循环免疫复合物为正常水平或轻度升高。关于 AOSD 的病因和发病机制,目前的报道提示一定数量的病毒是疾病的创始者,几个细胞因子的异常产物(IL-1 β 、IL-6、TNF- α 、IFN- γ)可能与 AOSD 发病机制有关。由于 AOSD 少见和对它的实质认识清楚时间尚短,仅有少数的研究指标用于该病的诊断和评价。IL-18 是能把 IFN γ 从 Th1 淋巴细胞中诱导出来的一种新的有影响力的细胞因子,它属于 IL-1 家族提示它可能具有同 IL-1 家族中其它成员一样的炎症介导作用,通过激活核因子 κ B 而不同于通常途径促进 IFN γ 的产生,因此,IL-18 可能参与了 AOSD 的炎症过程^[6]。

为了评估 IL-18 是否与 AOSD 的发病机制有关,日本学者 Kawaguchi Y 等测量了 14 个 AOSD 病人血清中 IL-18 水平,该实验组病人有 6 名男性和 8 名女性,调查当时平均年龄 32.8 岁(范围在 18~57 岁之间),同时测定了与病人组性别、年龄大约近似的 30 个健康人的血清中 IL-18 水平作为健康对照组,疾病对照组包括 14 名 RA 病人和 6 名 JRA(幼年 RA)病人(均符合美国风湿病学院(原美国风湿病协会)关于 RA 和 JRA 的诊断标准)。经酶联免疫吸附试验测得的血清 IL-18 水平,在 AOSD 病人组比健康对照组显著增高(mean \pm SD 92.0 \pm 208ng/ml,相对对照组 0.056 \pm 0.032ng/ml, $P < 0.0001$, 经 Mann-Whitney U 检验)。在 RA 组(0.076 \pm 0.038ng/ml)、JRA 组(0.099 \pm 0.16ng/ml)和健康对照组中 IL-18 水平没有显著性差异;在 AOSD 组病人 IL-18 水平比 RA 和 JRA 组显著升高($P < 0.0001$)。所有 RA 和 JRA 病人血清均在疾病活动期取样。因此,以上数据提示血清 IL-18 水平与 RA 或 JRA 无相关性(这与其他学者结论不一致^[4]),并且,在 AOSD 组血 IL-18 水平比现有文献中描述的其他疾病组(白血病,噬菌细胞综合征^[7,8])水平高。同时从病人医疗记录中获得的数据来评估血 IL-18 水平与

疾病严重程度的相关性:AOSD 的经典治疗包括非甾体消炎药和肾皮质激素,但是,这些药物并不总是有效,用来治疗 RA 的改善病情抗风湿药物(DMARDs)开始被应用(例如甲氨喋呤、磺胺药、D-青霉胺)。Kawaguchi Y 等把 AOSD 病人分成两组:激素不敏感组($n = 5$)和敏感组($n = 9$)。(所谓敏感组即每日强的松龙 ≤ 40 mg 治疗成功的病人,不敏感组是那些应用大剂量强的松龙和某些情况下需要慢作用药(DMARDs)来弥补其对强的松龙 ≤ 40 mg/日的非敏感性。)在不敏感组血 IL-18 水平(mean \pm SD 249 \pm 306ng/ml)比敏感组(4.9 \pm 3.3ng/ml)显著升高,这些结果显示 IL-18 是 AOSD 病情严重性的一个特异指标。5 个不敏感者被用来仔细研究其疾病活动性与血清 IL-18 水平的关系,观察结果提示血 IL-18 水平逐渐下降与治疗疾病活动性下降相平行。这些结果有力证明了 IL-18 分子能预示 AOSD 炎症反应的发生。

过去在 AOSD 病人血清中发现的其它炎症细胞因子如 IL-6、TNF α 和 IFN γ ,或许证明在 IL-18、AOSD 发病机制和临床表现的系统性之间的确切关系。在一部分病人,IL-18 也类似铁蛋白一样标志着当时疾病活动性,已有报道 IL-18 水平、铁蛋白水平与 AOSD 疾病活动性相关,要证实以上这些试验性数据尚需进行大范围前瞻性临床研究。尽管 IL-18 表现出很多功能,但数据表明前炎因子活性占主导地位,尤其在炎症性关节炎中,因此,IL-18 很可能成为最引人注目的治疗靶目标。

[参考文献]

- [1]Bazan JF, Timans JC, Kastelein RA. A new defined interleukin-1? Nature, 1996, 379:591.
- [2]Fantuzzi G, Dinarello CA. Interleukin-18 and interleukin-1 beta: two cytokine substrates for ICE(caspase-1). J clin Immunol, 1999, 19:1-11.
- [3]Ushio S, Namba M, Okura T, et al. Cloning of the cDNA for human IFN- γ -inducing factor, expression in Escherichia coli, and studies on the biologic activities of the protein. J Immunol, 1996, 156: 4274-4279.
- [4]Gracie JA, Forsey RJ, Chan WL, et al. A proinflammatory role for IL-18 in rheumatoid arthritis. J Clin Invest, 1999, 104:1393-1401.
- [5]孙莉, 王元, 沈南. 白细胞介素-18 和类风湿关节炎. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(1): 40-42.
- [6]Kawaguchi Y, Terajima H, Harigai M, et al. Interleukin-18

as a novel diagnostic marker and indicator of disease severity in adult-onset Still's disease. *Arthritis&Rheumatism*, 2001, 44(7): 1716 - 1718.

[7] Takubo T, Okura H, Kumura T, et al. Human IL - 18 bioactivity in hematological malignancies with highly elevated serum IL - 18 levels. *Acta Haematol* 2000, 103: 162 - 164.

[8] Takubo T, Kumura T, Nishiki S, et al. Clinical significance of simultaneous determination of serum soluble transferrin receptor, soluble

Fas, Soluble Fas ligand, hepatocyte growth factor and interleukin 18 levels in a patient with hemophagocytic syndrome. *Acta Haematol* 2000, 103: 165 - 167.

[9] Kawashima M, Yamamura M, Taniai M, et al. Levels of interleukin - 18 and its binding inhibitors in the blood circulation of patients with adult-onset Still's disease. *Arthritis Rheum* 2001, 44: 550 - 560.

前列腺增生的病理生理变化

陈 云

(泰安市中心医院 120, 山东 泰安 271000)

一、病理变化

正常的前列腺分为内外两层:内层为围绕尿道的尿道粘膜腺及粘膜下腺又称移行带,外层为周边带,两层之间有纤维膜分隔。前列腺发生增生改变时,首先在前列腺段尿道粘膜下腺体区域内出现多个中心的纤维肌肉结节,即基质增生,进而才有腺上皮增生。病理可分为腺型结节和基质结节两种,这种结节若出现在无腺体区,则只形成基质结节;然后刺激其邻近的上皮细胞增殖并侵入增生的结节内,形成基质腺瘤。增生组织将真正的前列腺组织向外周压迫,被挤压的组织发生退行性变,转变为纤维组织,形成灰白色坚硬假膜——外科包膜

(1)病理分型:有人将增生的不同组织成分分为五型:纤维肌肉增生,肌肉增生,纤维腺瘤样增生,纤维肌肉腺瘤样增生和基质增生。其中基质增生是前列腺增生的重要特征。

(2)结构组成变化:前列腺增生时,间质所占比例(约 60%)较正常前列腺(约 45%)明显增加的同时,间质的结构成分也发生变化,平滑肌占间质的面积百分比明显高于正常前列腺,而上皮增生以基底细胞的增生肥大为特点,基底细胞由正常扁平变为立方或矮柱状。平滑肌细胞粗大、密集,弥漫地分布于间质中,核形态未有明显异常变化,但腺上皮细胞 DNA 及 RNA 的活力均增加,而老年前列腺增生症组织的主要特征则呈现出血管成分的下降。

(3)与症状相关的病理变化:前列腺增生症的症状与以下 3 方面的变化有关。

(一)逼尿肌的病变:动物实验证明,梗阻发生以后,膀胱逼尿肌发生显著变化,逼尿肌内的神经末梢减少,即部分去神经现象,膀胱体积增大,但肌肉的收缩强度相对减弱,乙酰胆碱酯酶的活性显著降低。

(二)前列腺动力因素:人类的前列腺含有较多的 $\alpha 1 - A$ 受体,98%均存在于腺基质内,人类前列腺肌细胞可通过这种受体刺激平滑肌收缩,张力增加,引起膀胱出口部梗阻。

(三)前列腺静力因素:即前列腺体积的逐渐增大对膀胱颈造成压迫而出现梗阻症状

二、病理生理变化有哪些

前列腺增生症病理生理变化的根本原因是膀胱流出通道梗阻,在此基础上发生膀胱功能异常、上尿路扩张及肾功能损害。

(1)膀胱流出通道梗阻:前列腺增生症首先引起膀胱流出道梗阻。膀胱流出道梗阻有因前列腺增生造成尿道横切面积下降和尿道延长所致的机械性梗阻;前列腺部尿道、前列腺组织和前列腺包膜的张力增高所致的动力性梗阻。增生的前列腺组织中,平滑肌组织也明显增生, α 受体是影响这种张力的主要因素。

(2)膀胱功能异常:表现为不稳定膀胱、膀胱无力和低顺应性膀胱。约 52% ~ 82% 的 BPH 出现不稳定性膀胱。不稳定性膀胱是引起尿频、尿

急、紧迫性尿失禁的主要原因。膀胱逼尿肌无力、收缩功能下降,也可致排尿困难、术后恢复差。

(3)上尿路扩张、肾功能受损:大量残余尿,膀胱内压持续 > 40 厘米水柱是导致前列腺增生症上尿路扩张的两个基本原因,根据膀胱的主要病理特征分为①高压性慢性尿潴留,以低顺应性膀

胱为其特征,储尿期膀胱内压高于 40 厘米水柱,上尿路扩张,术后上尿路功能恢复亦较差。②低压性慢性尿潴留,以膀胱感觉功能受损,大量残余尿为其特征,多伴有膀胱无力,其储尿期的膀胱内压低于 40 厘米水柱。

· 经验交流 ·

激光血管内照射穿刺方法的改进

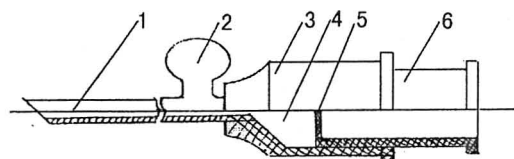
明德玉,单 磊,张卫民,单经政

(泰安市中心医院理疗科,山东 泰安 271000)

低能量氦氖激光血管内照射(intravascular He-Ne laser irradiation on blood, ILIB)是二十世纪 90 年代兴起的新疗法。随着临床应用范围的不断扩展与其基础研究的不断深入,以及具有确实的疗效而引起越来越多的医务工作者、特别是物理康复工作者的重视。我们结合自己的临床实践,在穿刺方法上进行了探索。

1 材料与方

1.1 材料采用自行设计的“防失血激光照射穿刺针”,其主要由针头管、手柄、前针座、后针座、和阻膜等部分组成。针头管 1 为金属制作,与手柄 2 及前针座 3 固定在一起,前针座 3 为透明尼龙材料,后针座 6 内端口被阻膜 5 覆盖,后针座具有锥度,以便塞紧固定于前针座内,观察腔 4 设于前后针座之间的阻膜前面(见半剖主视结构图)。



防失血激光照射穿刺针主视半剖结构图

1. 针头管 2. 手柄 3. 前针座 4. 观察腔 5. 阻膜 6. 后针座

1.2 操作方法

1.2.1 选取适宜静脉(一般为前臂上的正中静脉、贵腰静脉或小腿上的静脉),常规消毒,扎紧止血带;

1.2.2 持手柄将针头管刺入静脉血管内,此时在观察腔内见到有回血,即可确认扎入血管内(回血不会太多,因后针座端口的阻膜可阻挡血液外溢);

1.2.3 将消毒好的光纤针穿入后针座、透过阻膜、观察腔及前针座插入针头管并与循环血液接触,松开止血带;

1.2.4 在光纤针尾端接上激光输出导光纤,用胶布固定,治疗开始;

1.2.5 治疗结束,将穿刺针与光纤针一起从血管中拔出,用消毒干棉球将穿刺处按压片刻,以防出血。

2 讨论与体会

2.1 讨论将空心针穿入血管、导入激光、直接照射循环血液是该疗法具体操作应用中的关键。目前,通常采用的方法有:1. 选择适宜的静脉,采用进口留置针,穿入静脉后抽出针芯,插入光纤针。2. 选择适宜粗细的注射针头,接上注射器,穿入静脉后取下注射器,插入光纤针。前者若一次性使用留置针,则成本较高,且操作中在抽出针芯插入光纤针时易出血。若留置使用,虽可降低成本,但除易感染、患者不方便外,还必须在两

次治疗之间使用抗凝剂(用肝素和带肝素帽)防血栓在留置针中形成,增加了医护人员的工作量及操作难度。而后者可以洗刷消毒后重复使用,虽能降低成本、防止继发感染,但在取下注射器、插入光纤针过程中容易出血,且操作困难。

2.2 体会“防失血激光照射穿刺针”具有以下特点:1). 一次性使用,不留置,不发生继发感

染,方便病人;2). 无需做防凝处理,简化了程序,减少了工作人员的劳动强度;3). 病人无失血,医护人员不接触患者血液,操作洁净,无交叉感染,降低了医患双方的心理恐惧和心理负担;4). 成本低,操作简单。另外,该针还可拔去后针座,接上输液器向血管内输液。

成人房缺并肺动脉高压患者的麻醉处理

陈素伟,景卫,王春

(泰安市中心医院麻醉科,山东泰安 271000)

[关键词]房缺;肺动脉高压;麻醉

成人先天性心脏病房间隔缺损病人,由于病程较长,多数伴有动脉高压^[1],因此在行房缺修补术时麻醉过程较低龄病人危险性增加。本文对21例年龄在24~48岁房缺修补术伴肺动脉高压病人的麻醉处理报告如下。

1 临床资料

本组21例,女性16例,男性5例,年龄24~48岁,体重41~79kg。活动后紫绀9例。ECG示:窦性心动过速者5例,Ⅰ度房室传导阻滞者3例,不完全右束传导阻滞者15例,完全右束支传导阻滞者3例,电轴不同程度右偏者9例。超声心动图示均有不同程度的双向分流。

2 麻醉过程及结果

麻醉前用药为术前30min肌注吗啡10mg、东莨菪碱0.3mg。病人入手术室后经右颈内静脉建立一条双腔中心静脉通道,双下肢2条外周静脉通道,左侧桡动脉穿刺置管监测动脉压。常规监测CVP、ECG、鼻咽温、肛温、尿量、SpO₂,间断查血气、电解质、ACT。

全组采用大剂量芬太尼静脉麻醉,芬太尼平均用量为65μg/kg。分别在气管插管前、切皮前、转流前给予。麻醉诱导用咪唑安定0.06~0.

1mg/kg或乙托咪酯0.1~0.3mg/kg,肌松药用潘库溴铵0.1~0.2mg/kg或哌库溴铵0.1~0.2mg/kg,部分病例间断吸入氨氟醚。

体外循环采用浅低温(32~28℃),不阻断升主动脉,直接或补片缝合房缺。术后病人在3h内完全清醒,12h内拔除气管插管。全部病人静滴硝普钠0.5~3.0ug/kg·min,根据循环情况调整用量,逐渐停药直至循环稳定,扩血管药维持时间4~10天。

3 讨论

成人房缺病人左右心房水平长期存在左向右的分流,严重病例可存在双向分流,多伴有肺淤血、肺动脉高压,术前均需经过一段时间的扩血管药物的治疗及吸氧以降低肺动脉压力^[2]。本组所有病人术前均静滴前列腺素E₁和硝酸甘油。有报道^[3]一氧化氮(NO)吸入能选择性的降低肺血管阻力,不影响全身血管阻力。因条件所限本组未能实施。

缺损修补后分流的血全涌入左室,右房因再无分流以致压力降低,压力感受器兴奋,垂体分泌抗利尿激素增加、外周小动脉收缩。同时由于左室发育差,收缩时前后负荷增加易发生左心衰,硝普钠在拔除气管插管后及时给予意义重大,对心

率快的病人辅以多巴酚丁胺,心率慢的病人静滴多巴胺。

麻醉中应注意维持肺血管阻力和体循环阻力之比的稳定性,避免用使肺动脉压力增高的药物。麻醉深度达到足够深度严防应激反应,术前可有计划的放血,纠正过高的红细胞比积,维持心输出量。

呼吸管理中采用适当过度通气的方法使 PaCO₂ 降至 25 ~ 30mmHg, PaCO₂ 降低可协助扩张肺动脉,选择合适的呼气末正压(PEEP)通气,改善氧合,降低肺动脉压力。对肺动脉压力下降不满意或有呼吸道感染的病人适当延长呼吸肌辅助呼吸时间,本组病人脱机时间最长为术后 12h。

成人房缺病人围术期血管活性药物的正确使用,加强呼吸道管理,处理各种心律失常,维护心脏功能,防止低心排可使病人安全度过手术关。

[参考文献]

- [1]杨国泰,张杰春,许志方等.成人房间隔缺损手术治疗.中华胸心血管外科杂志,1996,12:228-229.
- [2]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学,第二版.北京:人民卫生出版社,1997,873.
- [3]Thisted BG, Pettersson LM, Anderson, et al. The use of nitrous oxide inhalation reduced postoperative pulmonary hypertension in child after cardiac surgery. International conference on extracorporeal circulation and thoracic cardiovascular surgery. 1994, 243.

⁹⁰Sr - ⁹⁰Y 敷贴治疗男性生殖器尖锐湿疣

郝树铭,张荣银

(泰安市中心医院泌尿外科,山东 泰安 271000)

尖锐湿疣是人类乳头瘤病毒(HPV)感染所致的性传播疾病。我院应用 ⁹⁰Sr - ⁹⁰Y 皮肤病敷贴器治疗局限性男性生殖器尖锐湿疣其疗效好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2002年2月至2003年4月应用⁹⁰Sr - ⁹⁰Y敷贴治疗男性尖锐湿疣38例,年龄18~52岁,(18~20岁3例;21~30岁21例;31~40岁7例;41~50岁5例;51~52岁2例)。选择瘤体在阴茎部的患者,其中多数在龟头、冠状沟和包皮内表皮。单发瘤体者21例,多发(2~5个瘤体)者17例。经其他疗法无效和复发者改用本疗法者11例。

1.2 治疗方法

⁹⁰Sr - ⁹⁰Y敷贴器由中国原子能科学院同位素所生产,视窗活性区20×20mm,表面吸收剂量率2.7cGy/s。治疗时用3mm厚的橡皮保护瘤体周围30mm外的正常皮肤,75%酒精消毒⁹⁰Sr - ⁹⁰Y敷贴器视窗后外套塑料薄膜对准瘤体,按计划剂量计

算时间,治疗结束75%酒精消毒敷贴器视窗后放入放射源贮存箱。通常一个疗程照射的总吸收剂量为20Gy,分四次给予,每周两次,治疗一个疗程结束后观察一个半月,待瘤体自行脱落。若脱落不彻底或脱落后复发可给予第二个疗程治疗,治疗方法和治疗剂量同第一疗程。治疗结束每半月随访询问并记录副反应,共随访2个月。

2 结果

经一个疗程治愈者29例(76.3%);经两个疗程治愈者8例(21.1%);经3个疗程治愈者1例(2.6%)。随访34例无复发,4例地址姓名不真未行随访。

3 讨论

⁹⁰Sr - ⁹⁰Y敷贴治疗主要利用其衰变时发射的β射线的电离效应,使对射线敏感的病变瘤体组织细胞受到抑制和破坏,HPV病毒停止复制,病变瘤体组织坏死脱落,逐渐被正常组织修复替代,从而达到治愈目的。由于β射线在组织内射程较

短,4mm 完全衰减,因此不会引起深部和临近组织损伤^[1]。

目前,尖锐湿疣发生率较高,治疗多以局部治疗和除去瘤体的方法^[2],其治疗方法复发率高,伤口易继发感染和保留伤痕。本组⁹⁰Sr-⁹⁰Y 敷贴治疗简单易行、无痛苦、无伤口、无感染、无伤痕、费用低、患者精神负担轻。

本组无明显全身不良反应,有个别患者局部红肿、灼感、蚁走感、水泡,轻者无须处理,短时间即可消失,重者可给以湿润烧伤膏或百多邦软膏涂抹,1周左右痊愈。

4 结论

本疗法是 β 射线使 HPV 感染的细胞变性坏死,瘤体自行脱落,治愈率高,复发率低,具有重要的临床价值。

[参考文献]

[1] 李少林,张永学.核医学[M].北京:人民卫生出版社,2002.2,第五版,380~382.

[2] 刘玉良主编.中华男性学[M].北京:军事医学科学出版社,1999.12,1242~1243.

小儿支气管镜检查术中的一种通气方式

尹玉卿,魏丕红,李大军,王公明,杨在启

(泰安市中心医院麻醉科,山东 泰安 271000)

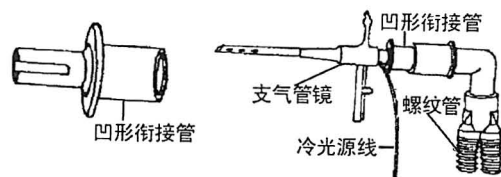
小儿支气管镜检查术的人工呼吸问题,是麻醉中呼吸管理较棘手的难点,涉及小儿支气管异物患儿的生命安危。以前曾用过高频通气等方法,近来也有这方面的报导(1—2)。本人自2000年发现并设计了一种新的通气方法,与以上不同,介绍如下:

1 资料与方法

在近两年实施的支气管镜检查术89例,其中发生持续性屏气、紫绀、严重缺氧12例,男7例,女5例,年龄4个月~8岁,异物吸入2天~8个月。入院时患儿均有中度以上呼吸困难,三凹征,明显缺氧,血氧饱和度(SpO_2)在60%~85%左右。术前常规肌注阿托品0.02mg/kg,入室后记录呼吸频率(RR)、心率(HR)、 SpO_2 。面罩吸氧,建立输液通道。麻醉药物选择安定0.15~0.2mg/kg,依托咪酯0.3mg/kg静脉诱导后,在直接喉镜下暴露声门,麻醉者同时用1%地卡因依次会厌、声门、气管内喷雾表麻。

通气方法:术前选一与支气管镜口径相同的ID8.5~9.0号气管导管衔接管,在衔接管的近端的侧壁上切宽5mm、长15mm的凹形缺口,此缺口

正好对准支气管镜外口的光源位置所在,这样衔接管即可插入支气管镜外口。手术前将备好的衔接管与麻醉机的小儿螺纹管连接备用。术中一旦出现缺氧,立即停止手术操作,并将支气管镜退至气管内,麻醉师将特制的衔接管与支气管镜连接,用麻醉机按常规方法进行手控呼吸(如图)。待呼吸功能恢复,缺氧改善后,再将衔接管拔出,继续手术操作。



2 结果

12例持续憋气严重缺氧患儿经上法手控呼吸囊3~5次, SpO_2 开始回升,30s~1min均恢复至

95%~99%,自主呼吸恢复正常后,在间断注射依托咪酯麻醉下,继续操作。本组均顺利取出气管异物,术后 SpO₂ 均保持在 94%~98%之间。

3 讨论

支气管镜检查术给呼吸管理造成很大困难,必须在保持自主呼吸的状态下进行,但操作过程中经常会遇到持续屏气造成患儿严重缺氧,甚至引起呼吸心跳停止。立即进行有效人工通气,是当务之急。过去常采用高频喷射通气方法,但对于支气管痉挛、憋气者效果欠佳。经多年研究测量发现 ID8.5~9.0 号气管导管衔接管近端的外径与支气管镜外口的内径基本相同,但因支气管

镜光源所占的位置使衔接管无法插入。经改造成凹形后,光源圆形通道正好嵌在凹形的缺口内。这样一旦术中出現持续屏气,只要把气管镜退至气管内,就可用这种衔接管连接麻醉机,形成麻醉机、螺纹管、凹形衔接管、支气管镜和肺的通路,形成与常规一样的通气方式,简便、通气效果好,能迅速改善缺氧状况,值得借鉴。

[参考文献]

[1]何荷番,徐爱真,黄珍治.小儿气管镜检通气的一种方法.中华麻醉杂志 2000,20:353.

[2]钱金洪.小儿气管内异物取出术供氧方式的改进.临床麻醉学杂志 2002,18:112.

1 例尿道淀粉样变多次输尿管镜下电灼术的手术配合

马艳丽,孙爱芹

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

尿道多发性淀粉样变国内尚未见报导。我院 2002 年遇到 1 例,经四次输尿管镜下电灼术,术后尿道扩张,现排尿功能恢复满意,现将手术配合及护理介绍如下。

1 病例介绍

患者男,40 岁。因排尿不畅 3 个月,加重伴尿痛 3 天入院。无外伤及治游史。体检阴茎海绵体尿道距尿道外口约 1.0cm 处门及一条索状肿物,约 3.0×1.0cm 大小,质硬、有轻压痛。尿道球部可门及一条索状肿物,约 2.0×1.0cm 大小,质中等硬,有轻压痛。为进一步明确诊断入院治疗。

2 术前准备

2.1 患者准备 向患者说明因排尿不畅,尿道又可拍及二处肿物,故无法引膀胱尿道镜检查,必须施行输尿管镜检查。并向患者及其家属介绍输尿管镜检查情况,让其了解检查全过程,及可能发生意外情况,以便顺利合作。并说明输尿管镜检

查能较好通过尿道进入膀胱,并能观察全尿道腔内变化,同时取活检送病理明确诊断,术后定期尿道扩张,恢复正常排尿功能。解除患者恐惧感,紧张心理,以便自动协助手术治疗。

2.2 术中配合协助完成硬膜外麻醉后,建立静脉通道,患者取膀胱截石位,会阴部皮肤消毒。连接显示器冷光源。将输尿管镜缓慢地插入尿道,术中应随时检查输尿管镜设备运行是否正常。尤其在冲洗过程中,严防空氧进入膀胱内,以防氧栓发生可能。同时医护人员密切观察患者生命体征,注意冲洗压力不可太大,冲洗液每次量少于 300 毫升左右。洗液不宜太冷,不宜太多,术中采取积极措施为患者保暖,以免过多冲洗引起患者寒冷感影响手术操作。术中尿道肿物活检电灼术时应妥善保留取出病理标本。当输尿管镜进入膀胱内,同时准备尿道扩张,按置氧囊导尿管持续导尿。

3 术后护理

因患者住院2个月余,行四次输尿管镜检查分段电灼术,因此患者心理负担较重,承担一次又一次手术。尤其是病理报告获知尿道淀粉样变是临床比较罕见的全身多器管病变^[1],并好发舌、心肌、呼吸道、皮肤,偶见于泌尿生殖系统^[2]。因此随住院时间延长对自己病情有所了解,担忧随病程进展,可累及身体其它器管。因此患者情绪明显低下。此时心理护理尤为重要,应主动积极与

患者交流谈心,做到有人情味的思想护理。应向患者说明经尿道淀粉样变治疗后,患者排尿功能已取得满意疗效的事实,使其充满战胜疾病的信心。同时也与其说明早期发现早期治疗一定会取得较好的临床疗效。

[参考文献]

- [1]张德元、许宏、孔祥田.原发性膀胱淀粉样变1例报告.中华泌尿外科杂志,1995,(16)7:390.
- [2]郑军华、闵志廉.泌尿系统淀粉样变病.中华泌尿外科杂志,1995,16(12):744.

白花蛇舌草合剂治疗亚急性甲状腺炎 18例疗效观察

高正秀, 楚贻华, 胡爱丽

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

[关键词] 亚急性甲状腺炎; 白花蛇舌草合剂

亚急性甲状腺炎属少见的甲状腺疾病,近几年有增加趋势。现代医学多采用肾上腺皮质激素等药治疗,虽然疗效显著,但停药后易于复发。我们自1995年至1999年采用本院制剂室研制的白花蛇舌草合剂,配用西药治疗本病,疗效显著,无复发。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择本病患者36例,按随机分为中西医结合组和西药组,每组各18例。中西医结合组:男1例,女17例,年龄:35~55岁,平均43.2岁;西药组:男2例,女16例。年龄:36~56岁,平均43岁。病程最长者3个月,最短者7天,平均14天。甲状腺I度肿大者20例,II度肿大者16例,质硬有结节,均有不同程度的疼痛,血沉及T₃T₄异常。

1.2 治疗方法

西药组:给予强地松10毫克日三次,消炎痛25毫克日三次。两周后强地松逐渐减量,停用消炎痛。一个月为一疗程。

中西医结合组:中药以清热解毒消肿散结为法。药物组成:白花蛇舌草、地丁、公英炒桃仁、炒枳壳、大黄炭、牡蛎、川朴、云苓。有本院制剂室煎制。250毫升一瓶。每日一瓶,分两次口服。一个月为一疗程。西药以强地松5毫克3次/日。用药1周后即递减。消炎痛25毫克3次/日,疼痛消失即可停药。

1.3 疗效标准

痊愈:治疗2~4周,临床症状、体征消失,血沉T₃T₄恢复正常。显效:临床症状基本消失,体征明显好转,血沉T₃T₄接近正常。好转:临床症状和体征部分好转,复查血沉T₃T₄有改善。无效:治疗前后临床症状和体征无改善。有效率为治愈、显效和好转的总和。

2 结果

中西医结合疗法对亚急性甲状腺炎治疗效果见附表。中西医结合疗法治疗亚急性甲状腺炎的效果优于西医。中西医结合组与西医组有效率分别为100%和78%。经统计学处理($\chi^2 = 4.50, p <$

0.05), 差异具有显著性。

附表: 中西医结合疗法和西医对
亚急性甲状腺炎治疗效果的比较

	治愈	显效	好转	复发	有效率
西医组	4	4	6	4	78%
中西医组	10	4	4	0	100%

3 典型病例

刘某某, 男, 45岁, 颈前肿块疼痛两个月。患者两个月前, 始发现颈前肿块疼痛, 牵至耳前、耳后、头部疼痛。曾在县级医院诊为亚急性甲状腺炎住院治疗一个月。疼痛无明显减轻出院, 来我院门诊就诊, 检查发现甲状腺Ⅱ肿大, 有结节、质硬、活动差, 有明显触痛, 血沉增快。45毫米/小时。舌质暗红、苔黄稍腻, 脉弦滑。证属气血凝滞郁而化热。因用抗菌素及激素治疗已经1个月, 故全部停用。单用白花蛇草口服液治疗, 服药10天后疼痛明显减轻, 甲状腺结节变软, 治疗1月, 疼痛消失, 结节消退。血沉正常。取得了良好的治疗效果。

4 讨论

亚急性甲状腺炎, 一般认为与病毒感染有关, 此病在中医属于瘰疬范畴, 其发病机制初有风热

毒邪, 蕴于经络, 气血壅滞所致。久则多由于肝气郁结, 气郁痰凝, 郁热化火, 火热伤阴, 经络失宣而成。对本病的治疗西医首选肾上腺糖皮质激素强地松配合消炎痛等药口服, 症状控制较快, 但停药后复发率较高。我们采用的白花蛇舌草合剂中, 大剂量应用白花蛇舌草为主药, 清热解毒, 利湿, 据现代药理学研究, 白花蛇草在体内能通过刺激网状内皮系统增生, 促进抗体形成等, 使网状细胞、白细胞的吞噬能力增强, 达到抗菌消炎的目的。地丁、公英、大黄等药加强清热解毒泻火之作用。枳壳、川朴舒肝理气散结, 桃仁活血祛瘀, 云苓利水消肿。牡蛎软坚散结。全方共奏清热解毒, 理气散结, 活血消肿止痛之功效。由此证明, 采用中西医结合的方法治疗亚急性甲状腺炎, 不仅能有效的控制病情, 减轻疼痛, 减少激素用量及用药时间, 而且能防止停药后的复发。故值得推广。

[参考文献]

- [1] 贝政平主编.《内科疾病诊断标准》. 科学出版社, 1996: 596.
- [2] 王旭, 徐力, 陈金锭. 中西医结合治疗亚急性甲状腺炎 20例, 南京中医药大学学报, 1997; 13; 4; 246
- [3] 成都中医学院, 中药学上海科学技术出版社, 1983. 4

反颌与遗传关系(附二例报告)

王峻峰, 付维芳, 王茂才

(泰安市中心医院口腔科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 反颌是口腔正畸科常见病、多发病, 根据临床收集资料和病历分析, 与家族史的遗传基因有着相当密切的关系。

[关键词] 反颌(crossbite), 遗传

1 资料

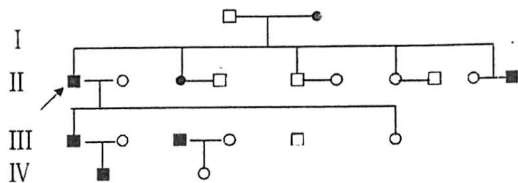
反咬颌俗称地包天, 系常见病多发病, 在我国大部分地区都有发病。笔者从一九九〇年至二〇〇二年年年底在门诊及临床共收治八十二例。发

病原因与营养发育有关外, 尤其是与染色体基因有关遗传因素, 不须引起医务界之之高度重视。现将典型二例显性遗传家系报告之下:

1.1 沈氏家系谱

沈××、男性, 五十六岁。系山东省肥城县人、由于左后下第七八磨牙缺损, 来本院就诊, 德

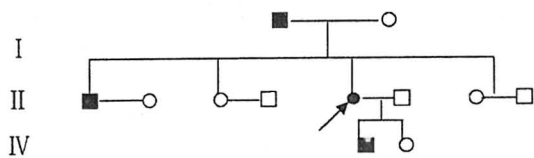
才作修复治疗,在治疗过程中发现患者系重度反牙合,,经访问,患者上一代,以及下一代,均有反颌现症。本系就是近亲结婚。



1.2 李氏家系

李××,女性,三十六岁,系山东省新泰市宫里人,带其子来院诊治反颌访问先证者母亲,外祖父亦为反颌,系近亲结婚。

李氏家系谱



2 讨论

从例一、沈氏家系谱来看基本符合显性遗传方式,先证者 II_1 和 II_2 、 II_{10} 父母就 I_2 、 III_1 和 III_3 之父亲就是患者, IV_1 是患者。这一特点是:患者双亲之一是患者,先证 II_1 同胞兄妹五人中,三人发病; III_1 同胞兄妹四人,二人发病,其特点是同胞兄妹中约占二分之一。 I_2 、 II_1 、 II_3 、 II_{10} 、 III_1 、 III_3 、 IV_1 ;连续四代均有反颌症。从总的家系来看,因这致病基因常染色体,所以男女都具有发病机会。

例二、从李氏家系分析,基本符合显性遗传方式:先证者 II_5 和 II_1 之父亲是患者; III_1 之母亲是患者,患者双亲之一是患者,先证 II_5 同胞兄妹四人中,二人患病;患者 III_1 ,同胞兄妹二人,一人患病;患者同胞兄妹中发病人数占二分之一。从 I_1 、 II_1 、 II_5 、 III_1 ,连续遗传三代。患者 I_1 后代男二人、女一人,男女都具有同样发病机会。

3 小结

常染色体显性遗传反颌是一种常见多发病,该病因为影颌能不太严重,但是影响五官面貌,早期尚可矫形治疗。本文在十二年中累计病愈八十二例,仅将典型两个家系报告分析。两对双亲四人,所生后代二十八人,患者:十一人,其中男八人,女三人。大约占二分之一。但是均有连续遗传三代现象,同样均有发病机会。双亲之一无病,一般不会发病(除非基因发生突变),但仍可能是遗传基因携带者,因为在一部分杂合中,由于内外环境影响不发病,这也说明显性遗传和阴性遗传之间,并就固定不变,本特点孟德尔定律,起着支配作用。

[参考文献]

- [1]牙颌面畸形功能矫形(人民出版社),赵美英,罗颂淑.网址:<http://www.pmph.com>.2000(6).1.
- [2]颞下颌关节病的基础与临床(人民出版社),马绪臣.网址:<http://www.pmph.com>.2000(4).1.
- [3]口腔修复学(辽宁科学技术出版社),马轩祥.1999(7).1.
- [4]现代口腔正畸学(人民卫生出版社),主编 徐家华.(骨性错牙畸形矫治与成人正畸).1996(12).1.

山东省计算机应用能力考试考后感

连红洁

(泰安市中心医院市直机关门诊部,山东 泰安 271000)

计算机应用能力考试过关了,其中一项考得92.5分!

然而,惊喜之余,也生出许多感悟,很想聊给考友们听听。但愿你考试时能够避免这些遗憾的

发生。

1.一定要把“练习模拟盘”上的题做通做会,但不是做“溜”。并不是因为考试中会考到“练习模拟盘”上的题——就我自己和一些考友的体会是,考题中的确会有“练习模拟盘”上的题,但题量很少,不可能靠这几道题保及格——关键是要熟练这种考试形式、解题路径和答题技巧。必竟几年、十几年,甚至几十年学下来,我们早已养成了心脑相通,“纸上谈兵”的习惯,不管题有多难,至少理解快,反映快。而计算机考试是人脑与电脑的结合,不经一定的训练是很难达到配合默契的。我刚接触时,感觉那题好像只是在眼睛里,脑子不开窍,明明看明白了却想不明白;好不容易想明白了,手又跟不上趟,“鼠标”笨得不转转,指东打西,不是按错了键就是没点对按钮。偏偏这电脑还都是“死脑瓜筋”,设定用左键不能用右键,设定用“工具”不能用“表格”,稍有一点偏差,不是电脑不认你给的东西,就是电脑给出的东西你不认,怎不急人?而“练习模拟盘”上的题都是比较有代表性的,多练几遍,对人脑与电脑的“磨合”,强化眼、脑、手的配合是很有必要的。不过,只把“练习模拟盘”上的题做顺做溜而不是做通做会可不行,基本功不扎实,上了考场,换件“马甲”就不认了,取不来“芭蕉扇”,还是过不了“火焰山”。待基础扎实了,再逐渐掌握一些小窍门,如,学会适时使用快捷键,调用“快捷菜单”,对提高解题速度是很有帮助的。

2.提前进入考场,作好答题准备。因考试前要现场拍照或等上一场考试结果出来,所以,入场时间常拖延,许多人显得很急噪,若再进入一个不熟悉的环境,面对不熟悉的机器,的确容易让人“发蒙”。所以,提前入场“定定神”,对稳定情绪很重要。坐定之后,赶紧输入你的座号和身份证号码。这一方面是你必须尽快进入“角色”,另一方面,也要了解一下面前的电脑运行是否正常。因为,每场考试安排的考场、座号不同,遇到的电脑是不同的,而不同的电脑“脾气性格”也可能不同。例如,我在第三场考试时遇到的电脑,不知是因为太新还是刚刚修过,鼠标移动起来特别紧,特别涩。会不会卡住,影响……?我赶紧拉出键盘托盘,移开键盘,握住鼠标在托盘上(桌面太小)大幅度划拉了几个来回,又轻叩了几下,再试,感到

松弛了一些,悬着的心才放下。当然,如果还不行,或遇到的问题你解决不了,就应该尽快报告监考老师来解决了。

3.按号入座,正确输入座号和身份证号码。因为,只有你座对了地方,用对了电脑,输入了正确的身份信息,电脑才会接受你,开始下载考题。否则,电脑将拒绝为你服务。不过,考题下载完毕就会自动暂停,而不是马上打开,这和“练习模拟盘”有点不同。请耐心等待一会儿,待监考老师“批准开考”时,屏幕上就会出现考题了。

4.抓紧时间,宁紧勿松。全场50分钟,40道题。大多数考友都喊时间不够用,我也有道题就是在解最后两步时被“考试时间到”给打住了。有什么办法呢?以前纸上考试,从监考老师喊“停”到收卷子到跟前,至少还有2分钟的“抢答”时间,这题就做完了。现在可不行,时间一到,电脑脸一板,交卷没商量,谁叫你缺乏时间观念呢。所以,考试中,一定要留心考题对话框下的时间提示,把时间看紧点,以免错失良机。

5.专心答题,“滑头”没用,别指望再偷看书或交头接耳作弊。不光监考老师都跟“包公”似的,一脸铁青,就是让你抄也没那时间去翻书。带书去只能做考前准备,不是说“临阵磨枪不亮也光”嘛。但真上场了,钝刀子切豆腐,是“零”是“整”可都得认了,谁叫你不带把快刀子呢。想抄别人的?看看周围,临桌与你考地根本就不是一个模块,抄都没处抄。问?人家那里忙得不亦乐乎,你插一句:“这题……。”烦不烦那。嗨,别说,这用电脑考试治“学习懒汉”还真叫一绝!

6.千万别找人“替考”。别忘了,这里是现场照相,还要与身份证对照,除非你与“替考”者有双胞胎缘分,否则,是很容易被识破的。我那个考场就上演了这样一幕,挺尴尬的。其实,大不了你今年不行明年再考,干嘛弄得大家心里都跟撒了胡椒面似的丝丝拉拉的不是滋味;本来考试就不是什么高兴事,出这么个“岔子”,人人别着头看,表情怪怪的;特别是为你“替考”的朋友,众目睽睽之下灰溜溜的被赶出去,那样子,“精神损失”一定不少呐,何苦呢?!

7.争取一次做对,最好不要“返工”。不知是题库有问题还是下载情况不稳定,有时候题做了一半会卡壳,重做此题时,又怎么也回不到第一步

了。例如,让输入“考试”这个词。我先键入两字的汉语拼音,按回车键,光标后并没有出现文字。忽然想起可能应该先加引号。于是,赶紧点击“重做本题”按钮。可是,再打开的题面上光标却不闪烁了,文字也输不进去,更换几次文字输入法也不管用,只好放弃。而这种情况在另一模块中也发生过,其他考友也遇到过。所以,提醒你,看准了再下手,下手还得快、准、稳。

8.看清题面,注意细小差别。一定看清考题中要求你做什么,给了什么条件。例如,我按考题要求打开一个对话框,继而打开其中几个子框的下拉式选择菜单,并从这些菜单中选中要求的数字填入子框中,然后,按下“确定”键。但,对话框并没有关闭。重做依然。错哪儿了?我心里有点儿发“毛”。待一条条打开,核对下来,才发现,有一选择菜单中包含-1.1和1.1,考题要求的是-1.1。仔细看,后者比前者在“-”号和“1.1”之间多了一点间隔,而匆忙中,我忽略了这一细微差别,选中了前者。结果,就被这小小的“间隔”无情地“涮走”了2分钟!不过,我还真得感谢这电脑的认真劲儿。倘若她也糊涂一点,睁一只眼闭一只眼,这2.5分不就丢了吗。

9.先做会做的,把不会做的题“标识”出来,但交卷时最好去掉“标识”。不管什么时候,先易后难是常用的考试技巧。但是,计算机考试略有不同,一时解不开的难题,不能直接放过,而应点击考题对话框上的“标识本题”按钮,给它做了“记号”单独存放后,再做下一题。待第一遍把认为会做的题做完,再点击一下考题对话框最右边的“选题”按钮;在打开的“选体面板”画面中,被“标识”过的难题题号按钮为红方框,做完的题号按钮为绿方框——不会解或只解了部分的题如果不做“标识”,题号按钮也是绿方框,与其它做完的题混在一起,再找就麻烦了。这时,选择红方框,打开被标识的题,重做或把没做完的步骤做完即可。不过,交卷前,最好把所有的“标识”都去掉,或许可以避免偶然原因造成的损失。例如,有道题,我连解2遍,觉得都对,偏偏对话框就是不关闭,只好先“标识本题”,待有机会再试。可惜,直到交卷也没机会再打开它。过后问过朋友,也查了书,应该对了,可能电脑一时反映有问题,当然,也可能有些题原本就是“留了一手”也未可知吧。但是,

由于“标识”没去掉,只能算没做,不得分,挺遗憾的。所以,不如去掉“红灯”,一路“绿灯”,至少心情好,何况,“碰”对一个是一个呗。

10.抓住“关键词”,“关键词”就是解题的“门”;找不到“关键词”时,多敲几个“门”,敞开的“门”后就有“路”。有些题的“关键词”很明确,例如,给文中某地方插入一只玫瑰花。“插入”就是解题的“关键词”。打开“工具栏”上“插入”按钮,就找到了解题的“门”。但是,如果是让你满足文中某部分有朵玫瑰花的要求,你是否还能够一下就想到使用“插入”途径呢?可能有点儿难。那就把题面上所有的按钮都按一按,包括试用快捷键。一般,能打开的按钮就是你要找的“门”,给出的菜单里就提供了解题的“路”。也许,这是个“笨办法”,但,只要你能看到“路”知道怎么走,至少在电脑程序没改之前,这个办法还是挺凑效的。当然,如果连“路”都不认,即使撞进门,分不清东西南北,还是瞎子点灯,白费蜡。

11.养成把题做完的好习惯。不管是对文章、图形还是表格做过修改,最后都不要忘记在周围的空白处点击一下鼠标左键,使题面中被选中的部分解除“被选框”束缚或去掉被选中时的“反色”,恢复其本色,才算完成了解题步骤。否则,就有可能被电脑认为这题没做完,而判你不得分,前功尽弃。例如,让你对图中的一个立方体做“略向右移”的阴影。第一部要先“选中”,给这个立方体套上“被选框”,继而打开“阴影菜单”,点击“阴影设置”按钮,选择“略向右移”样式,然后,按“确定”按钮,题面中正方便带上了要求的阴影。这时还不能认为大功告成,必须在题面空白处点击一下鼠标左键,把立方体周围的“被选框”取消,才能结束。

12.学会使用快捷键。鼠标右键有快捷键的功能,点击它,就可以打开“快捷菜单”,而“快捷菜单”几乎包含了对屏幕中被选中部分所做修改的大多数功能。用好快捷键,可省去鼠标移来移去地麻烦,对提高解题速度是很有帮助的。例如,让你为题中某个图形做某种颜色的填充效果并旋转角度。首先,将鼠标指针指到这个图形上,选中它。如果用“工具栏”方法去做,必须拖动鼠标,使鼠标指针大幅度地从屏幕中部移到屏幕上方的“工具栏”,指向“格式”按钮,点击“自选图形”项,

找到并打开“设置自选图形格式”菜单,才能从“颜色与线条”及“大小”栏设置所要求的颜色、填充效果及旋转的角度。而用快捷键,打开的“快捷菜单”里就有“设置自选图形格式”一项。鼠标不必移动,各项操作“近水楼台”,当然比大老远的找“工具栏”更顺手,更快捷了。

13. 遇到机械故障,特别是“死机”时,先报告监考老师,再做处理。对常用电脑的人来说,“死机”如影像随,几乎是家常便饭,但在考场上突然“死机”,可就不得不让人着急了。平常重新“启动”一下就行,就是有点损失,也在你的掌握中;但在对各项程序设计并不了解的考场上贸然“解锁”,很可能潜在危险,还是赶紧报告监考老师,听从指挥比较稳妥。我的邻桌考友就是在最后几分钟的冲刺中碰上“死机”的。他立即报告了监考老师。监考老师迅速记下他的考号、“死机”时的时间,出考场向“上级”反馈;待他回来,告诉这位考

友:重新启动;考友依计操作,果然一切恢复。不过,我们都是在规定时间内被电脑逼着交了卷,而他还没忙完呢。看来,由于“死机”损失的时间是给他补上了。

好象碰上“死机”这样的大灾大难有“应急预案”,倒是某个按钮按不动、某个菜单打不开这样的小灾小难好象还没有上“保险”。有时连监考老师也没辙,只好劝你放弃。看到有的考友满脸怨愤地责问老师,老师一脸无奈的这样那样的解释时,也不知该劝谁。不管是题库的设置问题还是下载的稳定性问题,影响了考试的成绩怎能不急?可反过来从监考老师角度想想,人家为你考试没少忙活,当然不希望考试时出什么纰漏,给大家添麻烦。毕竟这种考试不同一般,开展的时间还短,有许多问题有待完善和解决。只当我们是那“探雷器”,监考老师是“工兵”,在咱们这儿发现的问题,到下一届也许就解决了。

喹诺酮类注射液与香丹注射液存在配伍禁忌

刘桂平,许敏

(泰安市中心医院,山东泰安 271000)

近年来,随着医药事业的发展,喹诺酮类药物以其广谱、高效、安全、方便等特点被广泛应用于临床。近期在临床操作中,本人发现喹诺酮类注射液与香丹注射液配伍时出现浑浊,经查阅由宗希乙编注的中国医药科技出版社出版的《256种注射剂配伍变化检索表》,未查阅见喹诺酮类注射液与香丹注射液存在配伍禁忌,为进一步证实两药之间存在配伍禁忌,特进行了以下试验,现报告如下:

试验方法(1)将悉复欢 2ml(广州南新制药有限公司生产 100ml:0.2g/瓶)与香丹注射液 2ml(上海通用药业股份有限公司生产 10ml/支)直接混合,立即出现浑浊及渣样沉淀物。(2)将利复星,又名甲磺酸左氧氟沙星 2ml(北京双鹤药业股份有限公司生产 100ml:0.2g/瓶)与香丹注射液 2ml(品种同上)直接混合,立即出现浑浊并有乳白色沉淀

物。(3)将利欧,又名加替沙星氯化钠注射液 2ml(浙江尖峰药业有限公司生产 100ml:0.2g/瓶)与香丹注射液 2ml 直接混合,立即出现浑浊并且有渣样沉淀物。(4)用同法分别将注射用氧氟沙星,左氧氟沙星注射液等分别与香丹注射液混合,均有此现象发生。(5)将香丹注射液 20ml 加入 5%或 10%葡萄糖 100ml,然后分别加入悉复欢、利复星、氧氟沙星、利欧等各 10ml,可见液体变浑浊并有沉淀物出现。

结论:通过以上试验证实,喹诺酮类注射液与香丹注射液配伍,不论是否稀释,均有不同程度的浑浊及出现沉淀物。因此特别提示在日常工作中,喹诺酮类注射液与香丹注射两种药物同时应用的患者,在更换输液瓶时,不能连续应用,应交叉应用,或用生理盐水冲管,以免两药混合后出现生理药理变化或导致药效降低而影响治疗效果。

缬沙坦逆转高血压病左室肥厚疗效的观察

陈东育, 宋兆峰, 杜波

(泰安市中心医院, 山东泰安 271000)

[关键词] 缬沙坦; 左室肥厚; 高血压病

缬沙坦(Valsartan, 商品名代文)为血管紧张素Ⅱ(Ang Ⅱ)受体亚型 AT1 拮抗剂, 主要应用于高血压病, 临床研究证实具有靶器官保护作用。本研究采用彩色多普勒超声心动图(UCG)评价长期服用缬沙坦逆转高血压病左室肥厚(LVH)的疗效。

1 材料与方法

1.1 病例选择

选择门诊高血压病伴 LVH 患者 34 人, 高血压病的诊断条件均符合 1999 年 WHO/ISH 高血压病诊断标准^[1], LVH 的诊断标准为左室重量指数(LVMI)男 > 134g/m², 女 > 110g/m²。并排除继发性高血压病、其他器质性心脏病、肝肾功能不全等疾病。其中男 30 例, 女 4 例, 年龄 40~72(54.3 ± 2.1)岁。病程 5~32(14.2 ± 2.5)年。

1.2 用药方法

缬沙坦(诺华公司产品)80mg, 一日一次, 2 周后血压未降至正常者增至 160mg, 一日一次, 再过 2 周后血压仍高于正常者加用双氢克尿噻。

1.3 观察指标

治疗前后均采用美国惠普公司生产的 HP5500 型 UCG 测量患者左室舒张末期内径(LVDd), 舒张期室间隔厚度(IVSd)及左室后壁厚度(LVPWd), 根据 Devereux 公式^[2]计算出左室重量, 再除以体表面积得出 LVMI。同时在治疗前后分别测定患者血常规、肝肾功能、血糖、血脂。

1.4 统计学处理

采用配对 t 检验, 比较治疗前后各项指标变化。

2 结果

2.1 患者治疗后收缩压及舒张压均降至正常。其中有 2 例病人需加用双氢克尿噻。

2.2 治疗后患者 IVSd、LVPWd 及 LVMI 均较治疗前明显下降(P < 0.05 或 0.01), 而 LVDd 无明显变化。(见表 1)

2.3 治疗后对血常规、肝肾功能、血脂、血糖无影响, 患者耐受性好。

3 讨论

本研究证实: 高血压病伴 LVH 患者每天服用缬沙坦 80~160mg 能有效地逆转 LVH。

表 1 治疗前后 LEG 各参数变化 ($\bar{x} \pm s$)

UCG 参数	治疗后	治疗前
LVDd(mm)	47.2 ± 2.1	46.8 ± 4.0
IVSd(mm)	14.1 ± 2.2	11.2 ± 2.8**
LVPWd(mm)	13.2 ± 1.8	11.0 ± 2.8**
LVMI(g/m ²)	146 ± 26	120 ± 28*

治疗前后比较: * P < 0.05, ** P < 0.01。

心脏在高血压病中是直接受累的重要器官, 高血压合并 LVH 发生率高, 可导致心律失常、心肌缺血、心功能不全甚至猝死。目前认为 LVH 本身为一个独立的危险因素。LVH 与机械性刺激、神经递质及内分泌等因素有关。而后者主要与局部组织中的肾素-血管紧张素系统(RAS)激活有关。Ang Ⅱ是 RAS 的主要介质, 临床研究证明 Ang Ⅱ有直接引起 LVH 的作用^[3]。

缬沙坦逆转 LVH 的机制是: (1) 高度特异阻断 AT1 受体, 抑制心肌细胞蛋白合成; (2) 降低交

感神经活性,阻断通过 α 或 β 受体引起的LVI;(3)降低血压,减轻心室壁张力,减轻心室壁的机械性刺激;(4)间接地激活并促进Ang II受体的另一亚型AT2,抑制心肌细胞的生长。

另外,本研究发现在长期用药过程中,缬沙坦能平稳有效地控制血压,随着时间的延长,无降压耐受性及不能耐受的不良反应出现,宜于长期应用。

[参考文献]

- [1]周和,伍爱婵.高血压病的诊断新进展[J].新医学.2000,31(1):45-47.
- [2]Devereux RB, Alono DR, Lutas EM, et al. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings [J]. Am J Cardiol, 1996, 57(6): 450-458.
- [3]Lindpaintner K and Ganten D. The cardiac renin angiotensin system [J]. Circ Res. Res. 1991, 68:905.

目前中药炮制品中存在的一些问题

乔丰菊,王平王,传杰

(泰安市中心医院中药房,山东泰安 271000)

中药大多来源于自然界的动植、矿物、且含有杂质,只有经过炮制加工方可调剂使用。的无外乎增加疗效,降低毒性,缓和药性,洁净药物,便于储存等。而且炮制质量的好坏直接影响着临床疗效。目前药房购入的中药饮片,炮制不合格的较为多见。以下是几种常见的问题:

1 “伤水”过度

一般炮制品的水分含量宜控制在7% - 13%,就连蜜炙品也控制在15%以下,但对一些水制的药材饮片检查中,发现某些饮片含水量超标,尤其贵细药,这是经济利益所趋,然而严重影响着药材炮制质量,更易生虫,发霉。使有效成份分解,且在配方称量时相对减少了实际用量,直接影响了临床疗效。如蜜炙百合,易粘连结块,霉变,其含水量过25%。伤水另一个表现是在许多成分为芳香性、挥发性、易溶于水的饮片上,应抢水洗,久洗易变质失效,如黄芩变绿,就是伤水过度,有效成份酶解的原因。还有丹参外观颜色变浅等。

2 储存时间过长

饮片炮制后应立即调剂配方。但有些饮片加工厂缺乏市场理念及本地临床应用实际,盲目炮制,使炮制品积压库存,造成储存过久,从而出现虫蛀、泛油、变色、气味散失、风化、粘连、挥发等

变异现象。既造成了药材本身疗效的丧失,而且对药材也造成了浪费,进而关系到临床用药安全,决不可等闲视之。历代医家对饮片的储存是十分关注的。如陈嘉谟在《本草蒙论》中指出:“凡药储存,宜常提防,倘阴干……见雨久着火频烘,遇晴明向日旋曝……”

3 药材净度不够

净度是指炮制品的纯净度,即炮制品所含杂质及非用药部位的限度。炮制品应有一定的净度标准以保证调配计量准确。中药在采收、运输、保管中常混有泥沙等杂质。山萸肉应去核而未去净,皮类药材应去外皮而未去。如枸杞子的果柄甚多等等,这些由于净选不净,造成现有实际计量不准确,或引起不良反应。直接影响临床疗效。

4 炮制品中掺假

为获得高额利润,不法商贩在炮制过程中掺伪。红花中加红砖粉,通草中滑石粉,菟丝子中掺沙子,全虫中注入水泥浆等等。炮制品中掺伪不仅降低了有效药材的重量与质量,而且因掺伪物的作用,严重影响了临床疗效,危害了患者的身体健康。既是不道德行为,也是法理所不容的。目前《药典》及《炮制规范》中对掺伪有了严格要求,通过总灰分及酸不溶灰分的测定,为炮制工艺提

供了有利的佐证。

中药炮制应在中医药理论指导下,根据药材自身性质及临床需要,以及调剂、制剂的不同要求

合理炮制。遵循炮制原理及规范,确保临床用药安全有效及人们的身体健康。

药师帮您选用助消化药

杨琳

(泰安市中心医院药政科,山东泰安 271000)

助消化药是指能促进胃肠消化过程的药物,且多数是消化液中的主要成分,如盐酸和多种消化酶制剂等,可用于消化道分泌功能不足。也有一些药物能促进消化液的分泌,并增强消化酶的活性(如康胃素等),以达到帮助消化的目的。常用的助消化药如下:

胃蛋白酶为一种消化酶,常用于吃了蛋白性食物后,缺乏胃蛋白酶的消化不良,病后恢复期的消化功能减退,以及食欲不振与慢性萎缩性胃炎等,但它必须在酸性条件下才能发挥作用,故常与盐酸合用。它有散剂(俗称药粉)、合剂、糖浆剂及片剂等,于饭前或饭时服用,但不宜与硫糖铝、碱性药物同服。应密闭贮于干燥避光处。若已变质,则不得再用。

胰酶含有多种消化酶,如胰蛋白酶、胰淀粉酶及胰脂肪酶等,主要用于食欲不振及胰脏病、糖尿病引起的消化不良,于饭后服用。但片剂不可嚼碎,也不能与酸性药物并用。

强力胰酶含有胰酶与胆汁浸膏成分,可使紊乱的消化机能正常化,令消化道内的脂肪、蛋白质和碳水化合物得以顺利消化,故适用于治疗急慢性肝病、胃酸缺乏、感染性疾病和手术恢复期等,片剂于饭时服。

胰淀双酶片为肠溶片,含有淀粉酶及胰酶成分,适用于治疗缺乏淀粉酶与胰酶引起的消化不良、食欲不振及肝、胰腺疾病引起的消化功能障碍等症。于饭时服。

复方淀粉酶又称胖得生,含有淀粉酶与胰酶、

乳酶生的成分,适用于治疗消化不良、小儿积食、肠内发酵、腹胀、便秘及小儿发育不良等,于饭时或饭前服。用毕应密闭置于干燥、阴凉处贮存。

多酶片含有胃蛋白酶与胰蛋白酶、胰淀粉酶、胰脂肪酶等成分,适用于治疗消化不良,慢性萎缩性胃炎与病后胃功能减退及饮食过饱、异常发酵,尤其是老年人胃肠胀气等症。应于饭前服,但不能嚼碎,也不宜与抗酸药洛赛克、硫糖铝、胃得乐、胃舒平、氢氧化铝、西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等合用,不宜同食猪肝(因含一定量的铜元素),否则会降低或失去疗效。

稀盐酸能增加胃内酸度,有利于胃蛋白酶原转化为胃蛋白酶,并增加其活性,从而消化蛋白质。当稀盐酸进入十二指肠后,可促进胰液和胆汁分泌,使十二指肠的内容物呈酸性,有利于铁和钙的吸收。故适用于治疗多种原因引起的胃酸缺乏症,如萎缩性胃炎及发酵性消化不良等,于饭前或饭时服。常与胃蛋白酶合用。用前需用温开水稀释成1%溶液,服用后水漱口,以免腐蚀牙齿,造成脱钙。长期服用易引起便秘。若用时不慎接触了皮肤,应迅速用水冲洗。

康胃素又称卡尼汀。可促进唾液、胃液、胰液、胆汁、肠液等消化液的分泌,能增强消化酶的活性和调整胃肠功能的作用。适用于治疗胃酸缺乏症、消化不良、食欲减退、慢性胃炎及腹胀、嗝气等,也可用于婴幼儿厌食与孕妇的胃肠功能障碍,于饭前服。但不宜与碱性药物合用。胃酸过多或急,慢性胰腺炎病人禁用。

· 感 染 管 理 ·

手足口病及其预防隔离与消毒

刘灿兰, 赵琳娜

(泰安市中心医院感染管理科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 做好肠道传染病的预防、消毒隔离工作。方法 针对手足口病的传染源、传播途径及病毒特点实施相应预防、消毒、隔离措施和消毒剂。结果 预防和控制了手足口病患儿在就诊和治疗过程中造成的交叉感染。结论 合理的预防方案、有效的消毒措施、严格的隔离手段能有效的控制手足口病在医院内感染。

[关键词] 手足口病; 预防感染; 消毒隔离

手足口病是由肠道病毒感染引起, 有发热、手、足、口腔、臀部皮疹溃疡, 部分患者可合并心肌炎、脑炎、脑膜炎、迟缓性麻痹等。严重者危及生命。

1 流行病学调查

手足口病是由肠道引起的出疹发热急性传染病, 其型别甚多, 但主要以柯萨奇 A 组 16 型及肠道病毒 71 型最为常见。常在婴幼儿造成暴发流行, 夏秋季节多见。

人类为柯萨奇病毒的宿主, 经粪一口、呼吸道或虫媒传播。苍蝇可为虫媒, 接触污染物后再停留其他食物, 将病毒传播。病毒在患者咽部存在至病后数天, 在粪便中持续排病毒可达 5 周或更长^[1]。

肠道病毒 71 型是最晚发现的新肠道病毒, 为耐热、耐酸的小 RNA 病毒, 曾有 2 次在世界范围内引起大流行。

2 临床表现

临床上首先出现口腔及咽喉痛, 体温一般在 39℃ 以下, 持续 1~2d。此后, 口腔内出现小疱疹及溃疡, 在舌、颊黏膜、硬腭处多见, 软腭、牙龈及咽部也可发生。同时在手及足部背面及掌面出现数个至数十个斑丘疹, 迅速转为小疱疹, 较水痘为小。2~3d 消退, 不留痕。有时见于臀、腿及臀部或躯干。小疱疹液中可离出病毒, 说明经血液播散。

主要表现为: 发热、咽喉疼痛, 食欲减退, 患儿不吃饭, 相继在手心、手背、足心、足背、口腔出现皮疹, 有的变为疱疹, 还有的出现流涕、腹泻、呕吐等症状, 严重者高烧持续不退, 并发心肌炎、脑膜炎、肺水肿危及儿童生命。

2.1 典型病例 潜伏期一般 2~7 天, 没有明显的前驱症状, 多数病人突然起病。约半数病人于发病前 1~2 天或发病的同时有发热, 多在 38℃ 左右, 持续 2~3 天, 少数病人 3~4 天以上。有中枢神经系统合并症几乎都有发热, 且持续时间长。部分患者初期有轻度上感症状等。

2.2 不典型、散发型病例 出疹只表现在患者身体某一个部位上, 斑丘疹或疱疹稀疏且不典型, 往往很难与出疹发热性疾病鉴别, 须进行病原学或血清学检查^[2]。

3 合并症

有的可合并心肌炎、脑炎、脑膜炎、弛张性麻痹、肺水肿等, 但以无菌性脑炎、心肌炎等最为常见。

4 手足口病的预防隔离与消毒

4.1 隔离

4.1.1 设立手足口病专用隔离门诊, 室内配流水洗手设备, 手消毒剂、手套及所需物品、器具等。

4.1.2 设立手足口病隔离病区(或病室) 设置肠道隔离标志, 实施肠道隔离措施。隔离病区

内人员固定,物品用具固定。

隔离措施:肠道隔离,用于通过直接接触感染性粪便而传播的疾病,目的是切断粪-口传播途径。隔离原则主要是:①住隔离室。同种病原体感染可同居一室;②在环境被污染易沾污工作服时需要穿隔离衣;③接触污物时需戴手套。

④接触污物或病人后或护理下一个病人前必须严格洗手;⑤被粪便污染的物品要随时消毒或装袋,并标记后运送焚烧或洗消处理;⑥室内应无蝇、无蟑螂;⑦探视者进入室内应通知值班护士。⑧采用棕色标记^[3]。

4.2 消毒

4.2.1 空气消毒 由医院专职消毒员进行喷洒消毒,药物为 500mg/L 含氯消毒液。消毒范围:全院医疗环境每日消毒 2 次;儿科门诊及病房、母婴同室病房、急救中心为重点消毒,每 6 小时消毒一次。

4.2.2 救护车消毒 用 500mg/L 含氯消毒液,每天消毒 2 次,接送病人后即可消毒。其他载人车辆用 250mg/L ~ 500mg/L 含氯消毒液,每天消毒 1 ~ 2 次。

4.2.3 楼梯扶手,用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒,每天 4 次以上。

4.2.4 电梯消毒 电梯门、电梯内墙壁由电梯工用 500mg/L ~ 1000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒,每天 2 次以上,特殊情况随时消毒。

4.2.5 治疗室、换药室及监护室消毒 ①用三氧机或静电吸附消毒机消毒。②用紫外线照射消毒③500mg/L 含氯消毒剂喷洒消毒或擦拭消毒。

4.2.6 地面和物体表面消毒:病房、走廊、检查室、X 光室、B 超室、检验室、医护人员办公场所地面湿式拖扫,拖布用 500mg/L 含氯消毒液浸泡 10 ~ 30 分钟后使用。床头桌、凳子及病室内其他家具用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。

儿科隔离区内拖布、抹布、物品和器具等固定使用。需消毒物品使用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭或喷洒消毒;拖布、抹布实行双消毒。

4.2.7 病人出院、转科等病房按终末消毒常规进行。

4.2.8 洗刷间、厕所消毒:地面、墙壁、粪便池用 1000mg/L ~ 2000mg/L 含氯消毒液消毒,每天 2 次 ~ 4 次(特殊情况,随时消毒)。

儿科手足口病患儿粪便在加盖的消毒容器内

用 1000mg/L 2000mg/L 含氯消毒液浸泡 2 小时后倒入厕所。手足口病患儿接触过的物品、器械要进行双消毒,一次性使用的无菌物品用后要直接焚烧。

4.2.9 病房污被服不能扔在地上,不能在病房内清点,要将撤换下的被服直接装入袋内到洗衣房集中清点。

4.2.10 洗衣房消毒 洗衣房的空气用含氯消毒液喷洒消毒,洗衣机内、外面、地面及其他机器门、窗等用 1000mg/L 含氯消毒液消毒,每天 1 ~ 2 次,对手足口病患儿被服先消毒后再用专机洗涤。

4.2.11 体温计 用后 1000mg/L 含氯消毒液浸泡消毒 30min 后,冲净擦干备用。

4.2.12 全院工作人员不准穿隔离衣去食堂买饭,不要穿隔离衣进会场和其它非医疗工作场所。

4.2.13 抽血、穿刺及其他操作人员作好个人防护,继续做好“一人一巾一带一针一管”等等。

4.2.14 口腔科医护人员要戴口罩、帽子、护目镜。

4.2.15 供应室、手术室、产房、ICU 等科室的消毒隔离照其规范进行。

4.2.16 医务人员注意个人防护,按 WHO 规定六步洗法洗手,洗手后操作前用手消毒剂消毒手,每接触一次手足口病患儿要进行手消毒。

5 预防

5.1 对全院医务人员进行防治手足口病的知识培训。

5.2 本病至今尚无特异性预防方法。加强监测,提高监测敏感性是控制本病流行的关键。做好疫情报告。要及时发现病人,采集标本,明确病原学诊断。

5.3 做好患儿粪便及用具消毒处理,预防疾病蔓延扩散。流行期间,家长应尽量少让孩子到拥挤的公共场所,减少感染机会。

5.4 医院加强预防,设立专门诊室和隔离病区,严防医院内感染和流行。

5.5 注意饮食卫生,不吃不洁食物,不喝生水。饭前便后洗手,纠正儿童不良习惯,玩具和儿童用品要定期消毒。

5.6 保持病室空气流通。

5.7 皮疹消退及水泡结痂后还要隔离二周以上;患儿出院后也要继续在家隔离二周以上。

[参考文献]

[1]翁心华.现代感染病学[M].上海:上海医科大学出版社,

1998.650—655.

[2]泰卫医发[2003]13号.关于印发手足口病诊断治疗方案的通知.

[3]钟秀玲.现代医院感染护理学[M].北京:人民军医出版社,134—135.

浅谈院内感染的发生因素及预防管理

秦丽晨,张新平,周广安

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

院内感染是当前医学领域倍受关注的问题之一,其特点是起病急,不易控制,常呈爆发流行,有较高的发病率和死亡率。因此加强对院内感染的预防,落实各项制度和措施,对降低院内感染的发生至关重要^[1]。本文仅就基层医院内感染的发生因素及预防管理进行探讨。

1 院内感染的发生因素

1.1 室内污染 空气污染:空气污染是疾病传播的主要媒介之一^[2],病原体可在室内有较长的存活时间,如金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、沙门氏菌、致病性弧菌等均可存活15天以上。由于基层医院病房房间小、探视陪床人多,进出频繁,是造成室内空气污染的主要原因。室间污染:病室、治疗室、厕所用拖布不分;病床桌手巾、抹布混用,用后不消毒;清扫床铺和地面不用湿式清扫,用干扫法,使空气中细菌数大量增多;另外病人出院后,床单及用具未按要求逐一进行消毒,使新入院病人接触污染的设施造成易感者发病。

1.2 操作及消毒隔离制度不严 医护人员、病人的手污染是造成院内感染的重要传播途径。由于医护人员接触病人污染的物品机会多,易将病原体通过手传递给其他病人或用品,造成间接污染,因此医护人员接触病人后不认真洗手消毒,手就可成为输送病原体的工具。此外,操作用具混合使用,可造成患者间病原体的直接传染,如多人共用一条压脉带、体温计、暖水瓶、毛巾等。特

殊区域管理不善,也是造成院内感染的重要因素,特殊区域(手术室、产房、婴儿室、病房治疗室等)要求室内布局合理,环境整洁、安静;无菌区、有菌区、清洁区划分明确,工作人员着装整齐,各种保洁监测措施健全。该区域是院内感染的高危区,管理不善,受到病原侵染可直接影响病人生命和造成院内感染发生。

1.3 感染人群集中、抗生素使用不合理以及侵入性检查增多也是造成院内感染不可忽视的因素。慢病体衰、免疫机能低下,尤其是患恶性疾病的患者,机体免疫机能已严重失调,抵抗力大大降低,即使微量的病原微生物也可导致感染发生;当前抗生素的种类和使用越来越多,造成的耐药性菌株也越来越多,此类微生物在病区内可反复传播、多次繁殖,当不合理使用抗生素时,可导致菌群失调,引起条件致病菌和真菌的双重感染;另外,随着医学科技的飞速发展,接受侵入性检查治疗的患者越来越多,如动脉插管、内窥镜、深静脉置管等,使患者皮肤粘膜屏障受到不同程度破坏,也可使患者易感性增高。

1.4 忽视院外传染原的控制 不能严格执行探视陪护制度,探视陪护人员常有带菌者或与病人接触后成为带菌者。对这类人群不可能都做到隔离消毒,这部分人将病原带入病区或病房可造成易感人群发病。另外,医护人员自身感染,特别是护理人员自身有病未能及早发现或带病上班,也可成为院内感染的潜在因素。

2 预防和控制措施

2.1 健全监督措施 严格规章制度,加强监测控制是预防医院内感染的主要措施^[3],应按照卫生部医院内感染监测协调小组的要求,建立院内感染管理委员会,将预防院内感染列入工作规则,结合本医院的实际情况,健全院内感染管理的各项规章制度,认真完成医院内感染的各项监测工作,如不定期的检查医护人员、病房、门诊及各有关科室的无菌操作及消毒隔离制度的执行情况,微生物污染指标的监测情况。并定期由卫生防疫机构对医院卫生状况进行抽检。还应举办院内感染有关知识的培训班,提高全体医护人员的无菌观念和消毒隔离技术水平,使院内感染管理工作走上科学化、规范化、制度化的轨道^[3]。

2.2 严格执行消毒隔离措施 一是做好手的清洁消毒,医护人员每完成一项操作均应彻底洗手,克服怕麻烦,图省事的思想,防止因医护人员双手不洁造成院内感染发生。二是作好室内消毒,病室内每天通风换气2~3次,以减少空气中细菌的密度;地面经常用来苏水或优氯净溶液湿拖,病室、厕所用拖布要有明显标志,分别放置,避免交叉使用;病人出院后应对床垫、被褥、枕头、病床等逐一消毒处理;对护理用物品定期进行消毒,特殊区域内物品放置合理,每天用紫外线照射60~90分钟。三是加强监测,室内空气每月监测一次,婴儿室工作人员每年查体一次,3~6个月进行一次粪便培养和鼻咽拭子培养;婴儿室、儿科病房是最易感区,对病房内物体表面和医护人员手每月监测一次,不得检出沙门氏菌等致病菌。疾病控制机构定期对医院卫生状况进行抽检,及时发现隐患,防止院内感染发生。

2.3 强化无菌观念,加强医疗用品的消毒灭菌处理 严格执行无菌操作是预防院内感染的主要途径,医护人员在日常护理操作中,应按无菌操

作原则进行护理操作,尤其是在为患者进行抽血、注射等操作时,更要注意,这是防止交叉感染的关键。对使用后的医疗用品要认真进行消毒灭菌处理,原则上能高压灭菌的物品必须采用高压灭菌;对不耐热的物品可选用高效灭菌剂,同时定期加强对消毒物品灭菌效果的监测。

2.4 保护易感人群,合理使用抗生素 对身体虚弱、免疫功能低下,特别是对恶性肿瘤、糖尿病、昏迷等危重患者并发症的预防更为重要。在治疗原发病的同时,必须加强支持疗法,增强机体的抵抗力;在使用抗生素时,要根据药敏试验结果选择有效抗生素,慎用广谱抗生素。在用药期间,密切观察药物疗效,及时发现是否继续用药的信息,以减少耐药菌株的产生。

2.5 控制院内感染的外部传染源 由于基层医院病人家属探视和陪护较多,既影响病房的管理,也增加院内感染的机会,因而医护人员应做好病人的基础护理工作,取得病人及家属对医护工作的信任。还应向病人和家属宣传预防疾病和院内感染的卫生知识,使其自觉遵守探视及陪护制度,控制和减少院内感染的传染源^[4]。医护人员因直接或间接接触各种病人和物品等,发生接触感染且成为传染源的可能性很大。另外,医护人员自身感染也是危险因素,因而作好自身卫生保健与防护,也是防止院内感染发生的重要措施。

[参考文献]

- [1]王枢群、张邦燮.医院感染学[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990:274.
- [2]张芹芳.医院门诊空气细菌污染现状调查[J].中华医院感染学杂志,1995(1):30.
- [3]姜历生,邱志军,边绍兰,等.医院管理手册[M].济南:山东科学技术出版社,2001.1.
- [4]钟秀玲,程隶妍.现代医院感染护理学[M].北京:人民军医出版社,1995.

自拟扶正泻浊汤 治疗慢性肾功能衰竭 50 例

张灿兰

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

[关键词] 扶正泻浊汤; 慢性肾衰; 治疗方法

慢性肾功能衰竭(CRF)是各种病因所致的肾脏损害,导致肾功能减退而出现的一系列临床征候群。笔者自 1995 年至今自拟扶正泻浊汤治疗 CRF 50 例,取得了较好疗效。现报道如下。

1 临床资料

50 例均符合慢性肾功能衰竭的诊断标准。其中住院病人 42 例,门诊病人 8 例。男 24 例,女 26 例;年龄 22~69 岁,平均 49 岁;病程最长 7 年,最短 1 年,平均 3.6 年。原发病中慢性肾小球肾炎 23 例,慢性肾盂肾炎 16 例,糖尿病肾病 4 例,高血压肾病 4 例,肾病综合征 3 例。CRF 分期:氮质血症期 30 例,尿毒症早期 14 例,尿毒症晚期 6 例。

2 治疗方法

扶正泻浊汤药物组成:党参 15g,云苓 15g,炒白术 12g,生黄芪 30g,山药 15g,当归 12g,丹参 15g,坤草 12g,元参 10g,生地 10g,麦冬 10g,生大黄 10g(后入),炒麦芽 15g,木香 10g,生甘草 3g。水煎服,日一剂,15d 为 1 个疗程。外感加双花,连翘,桔梗;有胸腹水加防己,椒目,葶苈子,大腹皮;恶心呕吐加苏叶,黄连或半夏,竹茹;皮肤瘙痒加白藓皮,地肤子;血压高加勾藤,川牛膝,夏枯草,槐米。大便保持日 2 次,若大便次数多,去元参,麦冬,生地,大黄。在治疗期间,均采用低盐优质低蛋白低磷高热量饮食。及时纠正酸碱失衡,水电解质紊乱,降压等对症治疗。

3 疗效标准

显效:临床症状减轻或消失,血肌酐下降 $\geq 30\%$;有效:临床症状减轻或消失,血肌酐下降 $\geq 20\%$;无效:不符合显效或有效判定条件者。

4 治疗结果

服药 1-2 个疗程,50 例中显效 21 例,有效 24 例,无效 5 例,总有效率 90%。

5 病案举例

杜某,男,23 岁,农民。入院日期 1997 年 12 月 5 日,住院号:386941,患慢性肾小球肾炎(高血压型),病史 2 年余,慢性肾功能不全(氮质血症期)1 年,曾服西药治疗效不显。症见面色苍黄,颜面浮肿,腰疼乏力,头疼头晕,纳呆,恶心呕吐,夜尿多。化验血肌酐 $876\mu\text{mol/L}$,尿素 40.34mmol/L ,舌质暗红,苔薄白满布,脉细滑,病人因经济困难拒绝血液透析。予以扶正泻浊汤加减,服药 1 个疗程,浮肿消退,腰疼及头疼头晕明显减轻,进食及体力增加,复查血肌酐 $565\mu\text{mol/L}$,尿素 35.40mmol/L ,病情得到了缓解。

6 体会

CRF 属中医的虚劳,关格,水肿,癃闭,溺毒等病症范畴,其病机为本虚标实,脾肾衰败,湿浊,瘀血,水毒潴留是病机的关键。笔者认为,在治疗上要抓住病机的关键,即健补脾肾和胃,补益气血以扶正,治其本;通腑泻浊,活血化瘀祛邪以治其标,

乃扶正泻浊汤之本义。方中党参,云苓,白术,生甘草,黄芪,山药,健补脾肺肾和胃化浊以扶正,且黄芪又有利尿消肿去邪之功。当归,丹参,坤草补血活血化瘀利尿;麦芽,木香,消食健胃;元参,生

地,麦冬,生大黄通腑泻浊排毒。诸药配合共奏扶正祛邪之效,使正气复,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。

中医辨证施护系统性红斑狼疮的体会

宋峰梅,张红霞,刘绪英

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

红斑狼疮临床上分为局限性盘状红斑狼疮和全身系统性红斑狼疮。系统性红斑狼疮(SLE)是一种累及多器官、侵犯多系统的结缔组织疾病,是一种以自身免疫为主的免疫功能紊乱性疾病。由于SLE涉及范围较广,病情变化多端,所以临床表现复杂,多见于生育期妇女及年轻女性,发病年龄大多为20-40岁,男女之比大约为1:9。现将中医辨证施护SLE患者临床护理体会介绍如下。

辨证是对疾病做出正确诊断和治疗的关键,也是确定护理措施、保证护理质量的关键。本病因复杂,其先天因素如禀赋不足,肾之真阴亏损,肾水不足,则五脏亏损,虚火内浮而发病。后天因素如饮食不节,过食辛辣或醇酒厚味致脾胃蕴热而伤阴液,若五志过极气亏火旺,若六淫之邪外侵邪从热化,热邪犯肺,则致肺火亢盛,或热灼肺津致肺之阴亏火旺而发病。因为致病因素不同,临床表现也多种多样,常见有发热、关节痛、皮肤粘膜损害、肾脏损害,心血管系统、神经系统、消化系统、淋巴结和脾脏等不同程度被损害。我们根据病情的转变规律,主要分为热毒炽盛,阴虚火旺,脾肾阴虚型等,根据每型其特点进行中医辨证施护。

1 情志护理

七情过极可影响内脏之功能活动,产生病理变化,故曰:“喜怒不节则伤脏”。情志的变化可引起气机紊乱,导致阴阳失调,气血不和,经络闭阻,甚至可以导致脏腑生理功能的改变。临床体会:本病的康复和加重与精神因素息息相关。心神损伤者,病虽轻而预后难料,心神无损者,病虽重而

有转机。例如:患者赵某某,女,25岁。诊断:中医:水肿,心悸;西医:系统性红斑狼疮。病人双下肢凹陷性水肿,伴胸闷、心悸、恶心、呕吐、发热,病情危重。患者病前无精神创伤史,性格开朗,心情愉快,对治疗充满信心。护理人员经常向病人讲解与本病有关的知识 and 治疗过程中应怎样配合有利于疾病的治疗和康复,患者病情虽重但始终保持稳定而舒畅的情志,积极主动配合治疗,获得了满意的疗效。再如:患者李某某,女,41岁。病情基本同上例,但患者因子女多,上有老人,下有孩子,思想压力很大,精神抑郁,不爱讲话,胸肋满闷,唉气呃逆,食欲不振,多梦易醒,休息不好,护理人员虽经常和病人谈心,进行劝导,但因患者性情抑郁不开朗,效果不佳,由于长期的情志不舒,给疾病恢复增加了一些不良因素,病情日益加重,疗效不佳。

2 饮食护理

过食辛辣醇酒厚味而化热为火,火损五脏可导致本病,故做好饮食调护是十分重要的,总的饮食原则应为清淡易消化,禁食热性动火类食物,但还应根据病人的不同表现辨证配餐,热毒炽盛的病人表口渴喜冷饮,小便短赤,大便秘结,因高热过多耗伤阴液,则应多饮水,每天不少于3000ml,宜食素流汁及清凉饮料如:米汤、藕粉、橘子汁、西瓜水等。发热不高时,可食素半流汁或少油荤半流汁饮食,多服些温凉饮料,多食瓜果类。脾胃阳虚者表现食少、纳呆、恶心、呕吐、腹胀、便秘,则应多食些温补脾肾的食物如:山药、莲子、鲤鱼、甲鱼、海参等。

3 皮肤护理

本病因热伤血分,血热外溢淤于皮肤,则表现多种多样红斑、丘疹、水疱、紫癜、糜烂、溃疡等。热邪入血脉,而火性炎上,上犯头面易有红斑,故半数患者的鼻梁和双颊有蝶形红斑,因此,病人的皮肤护理十分重要。如发生糜烂、溃疡时可用大黄膏、玉红膏等辨证换药,部分病人口腔粘膜发生溃疡,引起疼痛,可给予银芩汤(双花、连翘、黄芩、公英煎汤)或2%黄连溶液漱口,日3~4次。

4 发热的护理

热在表者,禁用物理降温,以免汗腺受冷刺激而使热邪外达无出路,而热不得解,应服用发汗解表的药物,并服用热饮料避风盖被促其出汗,使热邪外达,可给以柴胡注射液口服,还可以配针灸、按摩等。口渴喜冷者多属里热症,必要时可用物理降温。若热邪与湿结,关节经络则出现关节肌

肉酸痛,严重者可发生残废性关节畸形,可给予护架,以免压迫患肢增加痛苦,并指导病人进行功能锻炼以免关节强直。若热邪犯肺,肺及胸膜常被累及,出现咳嗽、胸痛、呼吸困难、紫绀等临床表现,可取半卧位,给予氧气吸入,胸腔积液者可胸腔穿刺抽液或服用逐水剂,严密观察病情变化。

此外,服用逐水剂后应注意观察胃肠道反应,有无恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状,逐水药多苦寒下泻,故需注意观察大小便及水肿消退的情况,因逐水药能耗伤元气,故体虚者慎用,腹泻过剧时应立即停止服药,即饮大枣汤或糯米粥、米汤等。若吐泻不止、大汗淋漓、心悸气短、面色苍白,脉微细或结代脉者及时报告医生,可服参附汤或独参汤,多服温饮料,嘱病人安卧休息。

[参考文献]

王香兰,周爱民.系统性红斑狼疮中西临床分析[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2002,(1):21-23.

简析针灸减肥

唐 勇,张 青,孙巧丽

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

肥胖症是指人体脂肪积聚过多而造成体重超标。多见于40岁以上人群,目前有年轻化趋势。

1 致病因素

1.1 外源性肥胖:由过量饮食引起,故也叫“营养性肥胖”。

1.2 内源性肥胖:由体内代谢或内分泌紊乱引起。

1.3 混合性肥胖:由上述两种混合而成。

2 临床分型

2.1 单纯性肥胖:特点是脂肪分布较均匀。男性常表现为多血型肥胖,即体质发育好,血色素正常或略高,唇耳常充血、颈粗厚、肌肉较发达,腹膨隆,很少有其他营养不良的症候。女性多为贫

血型肥胖,即脂肪组织松弛、肌肉少而虚弱,脉搏细小,贫血貌,易于心慌气喘,食欲差,常伴有蛋白质缺乏,缺铁性贫血等营养不良现象。故此种病人节食或药物减肥需注意。

2.2 继发性肥胖,特点是脂肪分布不均匀。如肾上腺皮质机能亢进时为向心性肥胖,表现为躯干胖,四肢细;男性性机能不全性肥胖,则以臀部、大腿脂肪积聚过多,乳房大等为特征。肥胖病人依其超标程度不同,症状各异。当体重超标20%时,其耗氧量亦增加30-40%,故常有畏热,多汗,易疲乏,不能承受体力劳动,其抵抗力也较正常人低,易伴发高血压、动脉硬化、心血管疾病、糖尿病、关节退行性变等,出现头痛、头晕、心慌、气促(端坐呼吸)腹胀、下肢浮肿、平底足、皮肤痤疮、搔痒,并极易(疔疖)擦烂而继发感染。

3 治疗

3.1 诊断标准:参照首届中西医结合肥胖病研究学术交流会制定的单纯性肥胖病诊断标准^[1] 标准体重 = (身高 - 100) × 0.9, 体重超过标准的 20% 为 I 度肥胖; 超过 30% 为 II 度肥胖; 超过 40% 为 III 度肥胖, 超过 50% 为 IV 度肥胖。

3.2 疗效标准^[2]

显效:一疗程结束时, 体重下降 5 以上;

有效:一疗程结束时, 体重下降 2 以上;

无效:一疗程结束后, 体重下降小于 2。

3.3 取穴:

主穴:三阴交、阴陵泉、支沟、水分、天枢; 辅穴:内关、曲池、建里、大横、足三里、内庭、关元。每日一次, 十次为一疗程。其中:三阴交、关元、用补法, 内庭、支沟、曲池用泻法。

4 讨论

肥胖病属中医学“肥满”、“痰湿”之范畴, 其与患者恣食甘肥有着密切的关系, 而胃火亢盛、脾虚湿滞, 肾虚是本病发病的内在因素。故中医认为

“脾为后天之本, 气血生化之源”。脾胃失常可导致相关脏腑功能失调, 阴阳不和, 气机不畅, 湿邪困脾, 湿蕴化热, 水湿代谢紊乱, 而发为肥胖。

针灸减肥在临床上有较好的疗效, 且无毒副作用。我们选取:三阴交、阴陵泉、支沟、水分、天枢为君穴, 健脾化湿祛痰, 通利小便, 润燥通便使邪有出路。取内庭、内关、关元、足三里、曲池、大横、建里为臣穴, 清泄胃火, 助运化, 消食导滞, 理气降逆, 培元固本。经针刺治疗后, 患者食欲减退, 即便进食减少, 也很少有饥饿感。且针前有腹胀, 便秘的病人, 症状均有不同程度的改善。治疗中我们佐以补泻手法, 即补法可以健脾利湿化痰; 泻法可以清热化痰散结, 从而恢复脾胃正常功能, 达到减肥目的。

[参考文献]

[1]王文远, 首届全国中西医结合肥胖症研究学术交流会议综述. 北京中医, 1988, (3):48-49.

[1]翁维良, 实用中西医结合肥胖病学, 北京:学苑出版社, 1997:27-28

·临床护理·

标本采集的护理干预

曹墨桂, 刘淑延, 蔡蔚

(泰安市中心医院社工部, 山东 泰安 271000)

实验诊断是临床诊断的重要组成部分。检验工作虽然主要是由实验室完成的, 但护士在此项工作中的重要作用不可忽视。因为检验是为了获得病人的生物医学评估而进行的, 对疾病的诊断治疗转归及预后有着极其重要的意义, 收集检验标本要依照一定的程序和方法, 并取得病人的密切配合。标本采集中不合乎要求将直接影响检验结果和临床的诊断治疗。因此, 采集检验标本一定要认真仔细, 不但要核对病人的姓名和床号, 还

要根据化验要求, 了解病人是否已经进食, 容器是否清洁干燥, 要不要抗凝、防腐剂或其他药品, 标本的量需多少, 几张化验单的标本是否可一次采集, 采取总标本量是多少, 可以与其他标本同时送检还是要立即送检。不注意这些就不能保证化验结果的准确性。同时, 采取任何标本必须严防污染。

1 血标本的采集

采取血标本如不注意细节,就可能影响化验结果,例如:止血带扎的时间太久,就会影响血中的某些成分,因此,血管寻找困难时不要急于扎止血带。需用血清检查的项目防止溶血,当把注射器中的血注入容器和试管中时,如果容器试管不干燥或不卸针头直接注血,都可能造成溶血而导致化验结果不准确。化验动脉血气分析时,需使用专用注射器,操作过程要迅速,勿有气泡,抽血后要立即将针头插入橡皮塞封闭,轻轻摇动后立即送检。临床上怀疑菌血症、败血症、脓毒血症等需作血液培养时,采集标本必须在用抗生素之前,如已开始应用抗生素治疗,应指出所用抗生素的种类。同时,采集时应严格无菌操作,采集时机应选择两次发热之间。血液中的病原微生物离体后会迅速死亡,因此,标本采集后应立即送实验室。

2 尿标本的采集

采集尿标本最重要的环节是防止污染。病人月经期间不能取标本,若必须留取时,应先冲洗外阴,再取中段尿;对阴道分泌物多的病人必须先做外阴冲洗,否则查尿时会在正常尿中发现大量脓白细胞造成假象而误导治疗。尿标本收集后1小时内不能送检的,需放入冰箱内保存。因为尿液是一种良好的培养基,在室温下时间稍长就会有大量细菌繁殖而取代有诊断价值的细菌。

3 粪标本的采集

采集粪标本要挑取新鲜粪便,外观发现异常

的要取脓血粘液的异常部分,标本不能放置过久,以免过于干燥。病人无大便而急需采集标本时,可用指检或生理盐水灌肠法采集。同时要注意的是,用肥皂水灌肠排除的粪便不能送检。

4 痰标本的采集

痰标本要采取病人清晨咳出的第一口痰,病人咳出痰之前用含漱液漱口,再用清水漱口,嘱病人留痰时不要把唾液口水及鼻涕等混入,如留痰检查瘤细胞应在标本中加入10%福尔马林使痰固定。

5 体液标本的采集

体液标本包括脑脊液,胸腔积液,心包积液以及腹腔积液等,其检查结果有重要的病原学或细胞病理学诊断价值。采集的脑脊液,应分别放入两个无菌试管并同时标上号码,第一管常混有外周血细胞,应取第二管作脑脊液细胞计数;抽取胸水腹水及心包积液时,必须严格无菌操作,避免标本污染的同时预防医源性感染。作细胞病理学检查时,应立即送检,以免引起细胞形态改变,影响形态学的诊断,不能即刻送检时,应加入福尔马林固定。

6 创面标本采集

未经引流的脓肿,开放性创面,溃疡,可用无菌注射器抽取一定量的标本进行培养;如创面有异臭或粪臭时应做厌氧菌培养,皮肤和粘膜的溃疡创面,需作活组织检查,从而提供感染的病因依据。

细菌性角膜溃疡的心理护理

姚伟佳

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

近年来,临床常见因一周左右时间未摘隐形

眼镜导致细菌性角膜溃疡的患者,多以眼痛、畏光

流泪、眼睑痉挛、视力障碍伴脓性分泌物而入院治疗。

1 临床表现

发病急,可见眼睑球结膜水肿,睫状或混合充血,病变早期角膜上出现界线清楚的上皮溃疡,溃疡下有边界模糊、致密的灰黄色浸润灶迅速扩大形成溃疡。

2 治疗原则

抗生素及营养角膜治疗,随时对症处理。

3 患者心理应激状态

表现为一种异乎寻常的心身紧张症,尤以情绪障碍为著:焦虑、抑郁、愤懑、激动或失望无助、沉默懊丧、淡漠被动而懒惰、神经过敏等。由于心身障碍可出现一系列植物神经功能、内分泌功能的变化及非系统性临床症状,但无相应的阳性体

征,实验室检查正常,是一种暂时性可逆性功能性的变化。

4 心理护理

护理人员首先要熟悉病情及与病情有关的具体细节,如患者病前人格的特点、兴趣爱好、追求和愿望、失败与挫折、人际关系、社交能力、顺应环境的灵活性和承受力等,根据病人不同情况,有针对性地选择不同的心理治疗和护理措施。俗话说:“良言一句三冬暖,恶语伤人六目寒。”应经常巡视倾听病人提出的各种疑问,以暗示性、解释性、安慰性的语言艺术技巧尽量缓解或消除病人的紧张情绪及继发性心理变化,中断恶性循环,不断用医学知识、医学心理学的知识向病人作宣传解释,给病人以启迪,从而消除病人对疾病的错误观念与认识,变对待疾病和治疗的态度由被动为主动,促进患眼的健康恢复。

鼻出血诱因的分析及护理对策

王秀莲¹, 叶凤龙²

(1. 泰安市中心医院; 2. 泰安市药材站职工诊所, 山东 泰安 271000)

鼻衄是耳鼻咽喉科常见病、多发病之一。每年春冬干燥季节,气候变化大,加之流行感冒大面积蔓延,鼻出血发生的机率增加。对一些中老年人多伴有高血压及动脉硬化、冠心病等慢性疾病,极易患鼻出血。2001年度,我科共收治鼻出血患者39例,现将护理体会报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 39例中男30例,女9例,年龄15~74岁。出血部位在鼻腔后区26例,占66.7%;鼻中隔黎特氏区8例,占20.5%,下鼻甲前端2例,不明部位3例。伴有高血压、心脏病31例,慢性肝病2例,糖尿病4例,血液病2例。

从年龄组上讲,30岁~50岁,为15例占总数38.5%;50岁以上为21例,占总数53.8%。

1.2 治疗方法 局部收敛,烧灼,鼻腔填塞,配合应用抗生素,止血药、补液,输血和治疗原发病。

2 诱因分析

2.1 寻找患者鼻出血诱因 从以上临床资料表明,大多数为老年患者,多伴有高血压、冠心病史。由于长年退休在家,户外活动少,孤独、情绪变化大,易激惹;更主要为血管硬化,管壁缺乏弹性,极易导致鼻出血。

2.2 气候的变化 我地处在北方少雨干旱

地带,特别是冬春季节,昼夜温差大,气候变化异常。流行病学发病机率增加,老年人最先易感群体发病。

2.3 随着人们生活水平的提高,生活方式与生活节奏都有不同的改变。特别是中年人,大量饮酒、吸烟、超负荷工作与玩耍,导致工作休息的不规律,都会造成鼻出血发生机率增加。

2.4 少部分鼻出血患者,有肝病、血液系统疾病史。因此,不能忽视原发病的诊治与监护,应定期查体,积极治疗。

3 临床护理

3.1 病室准备 由于患者发病急、失血多,情绪变化不稳,护士应为患者准备安静、舒适、温湿度适宜的病室,治疗、护理动作轻柔,避免声光刺激,必要时给予镇静剂。

3.2 心理护理 鼻出血患者,由于失血多,体质差,对鼻腔填塞引起疼痛和呼吸受难以忍受,往往不配合治疗。心理紧张,见血流出恐惧,应激反应增加可进一步血压升高,加剧鼻出血,故消除患者紧张与恐惧心理甚为重要。护理人员应沉着、冷静、以关怀、亲切的态度稳定患者情绪,取得信任,主动配合治疗。

3.3 病情观察 各班护士应密切观察病情,注意情绪意识的变化;定时测量 T、P、R、Bp。夜间要仔细观察患者有无活动性出血,如有出血嘱患者勿咽下,吐入盘内,便于观察出血量。鼻腔填塞患者,由于长时间后鼻孔填塞可引起软腭水肿和下垂,使舌根后缩,引起呼吸道阻塞。因此,值

班护士要密切观察患者口唇、面色及四肢末梢有无缺氧表现,注意呼吸频率节律变化,观察有无呼吸暂停和呼吸困难。并且要经常查看鼻孔纱球丝线是否牢固,避免丝线断裂,纱球脱落而致窒息。

3.4 生活护理

3.4.1 鼻出血患者应多进富含维生素易消化的低盐、低脂饮食,应多食水果、蔬菜。住院期间少喝浓茶、咖啡,忌烟酒及辛辣食物,以防情绪兴奋,影响睡眠。

3.4.2 保持大便通畅,如有便秘应给予缓泻剂,以免排使用力再次出血。也可采用膳食疗法,经常食用大枣、核桃、黑芝麻等。

3.4.3 充分休息,减少探视陪护人员的次数,病室要安静,光线要柔和,使患者充分休息,促进疾病早日康复。

4 健康教育指导

4.1 积极治疗原发病,指导患者合理应用药物,特别对中老年人应慎用止血药,以免血液粘稠度增加,引起中风。帮助患者学会自我控制,培养乐观开朗的性格,增强与疾病作斗争的信念。教育患者工作、学习调节适度,以维持最佳心身和谐状态。

4.2 加强口鼻腔卫生,每日用 1:50 00 呋喃西林液漱口;保持鼻腔清洁干燥,每日用石蜡油、1%麻黄素湿润鼻腔;加强饮食管理,多食植物纤维食物,如水果、蔬菜;加强户外活动,预防感冒、受凉。并定期复查,如有异常,及时医院就诊。

大疱性表皮松解萎缩型药疹的护理

薛秀兰,时月霞

(泰安市中心医院皮肤科,山东 泰安 271000)

大疱性表皮松解萎缩型药疹是药疹中较为严重的类型,表现为全身皮肤起大疱,表皮松解坏死并脱落,常伴高热及内脏的损害,如治疗护理不及时,可并发感染而死亡。我科自 1990 年以来共收治患者 16 例,均治愈出院,现将护理体会报告如

下。

1 临床资料

我们科共收治 16 例患者均为住院病人,其中男性 9 例,女性 7 例,年龄 3~62 岁。住院天数最

短的14天,最长的56天,平均住院天数为28天。16例患者中服用解热止痛药物8例;磺胺类药物2例;抗生素类药物2例;其它药物4例。

2 护理措施

2.1 做好心理护理 由于发病突然,严重皮损和剧烈疼痛,患者常表现为焦虑、恐惧,对治疗愈后顾虑重重,心理负担较重。我们主动与患者交谈,勾通思想,进行耐心细致的心理疏导,介绍该病的病因,治疗过程中可能导致的不适和疾病的转归,帮助患者打消顾虑,树立信心,以积极的情绪接受治疗。

2.2 保持呼吸道通畅 由于呼吸道粘膜受损分泌物增多,要及时清除口腔、鼻腔分泌物,防止呼吸道粘膜脱落阻塞呼吸道。同时做好气管切开的准备,协助患者勤翻身、拍背、咳嗽,以排出痰液及松解剥脱的呼吸道粘膜。

2.3 严密消毒隔离 皮肤大面积脱落,失去了正常皮肤的屏障作用及应用激素后免疫功能下降,细菌易侵入继发感染,因此对患者应采取保护性隔离。(1)住单房间,定时通风换气,听诊器、血压计、体温表、压脉带固定使用并消毒。(2)床单、被套、病员服均高压消毒,每日更换(渗液多时及时更换)。(3)医护人员操作时严格无菌操作,防止医源性感染的发生。

2.4 皮损的护理 (1)早期皮肤呈现为红色斑、水泡呈松弛性大疱样变者,消毒后用注射器抽干疱液,以保护疱壁的完整性。(2)背部、臀部大面积表皮脱落渗液多者,用无菌紫单油纱布铺于患者身下,以避免渗液与床单粘连引起疼痛及新生组织的损伤。(3)减少创面受压,每2h翻身一次,翻身时避免拖拉推的动作,防止擦伤新生上皮。(4)床侧固定护架,将无菌大单围护病人,护

架上排列合理的数个灯泡照射创面,以利于创面干燥愈合。

2.5 粘膜损害的护理 (1)口腔粘膜红肿、疼痛糜烂者,用1:5000呋喃西林漱口,不能自行嗽口者用呋喃西林棉球擦拭口腔粘膜,口唇干裂时涂紫草油;破溃结痂者涂红霉素眼膏。(2)眼部分泌物多伴眼结合膜炎时,先用生理盐水冲洗,再用红霉素眼膏或氢考眼膏点眼,防止眼睑粘连。(3)鼻腔用3%硼酸水清洁,干裂时涂石腊油。(4)会阴部粘膜糜烂伴有分泌物者,用生理盐水纱布湿敷,便后及时冲洗,再用紫草油纱包敷保护创面。

3 输液管道的建立及护理

(1)由于皮肤水肿明显,毛细血管脆性增强,表皮大面积松解,扎止血带部位易表皮脱落或皮下瘀血;胶布固定易使表皮剥脱,给静脉注射带来一定难度,我们采用消毒纱布轻压代替止血带或用手指压法,使血管充盈后再行穿刺,用无菌纱布复盖针眼,再用绷带围护固定,以减少胶布对皮肤的刺激。(2)合理安排输液顺序和调节输液速度一般先胶体或晶体,其次输入水份,而后交替滴注,防止因输液不当引起不良反应。(3)准确记录液体出入量,了解肾功能,为补液提供可靠依据。

4 营养支持疗法

因大面积渗液,大量血浆蛋白丢失,因此对营养支持要求很高,早期由于口腔粘膜损伤疼痛食欲差,应给高蛋白、高热量、高维生素易消化无刺激流汁或半流汁饮食,必要时静脉滴注脂肪乳,白蛋白以补充营养,随病情好转食欲恢复,以口服营养为主,少量多餐,合理搭配,以保证充足的营养,促进创面的愈合。

开胸手术病人呼吸道的护理

孙红喜,闫晓云,张银川

(泰安市中心医院门诊部,山东 泰安 271000)

胸外科病人的护理中,做好呼吸系统的护理

十分重要,对保持呼吸道通畅,预防肺部并发症及

顺利康复具有十分重要的意义。现对 100 例开胸手术病人呼吸系统的护理做一回顾性总结:

1 临床资料

食管癌手术 69 例,肺癌手术 15 例,肺大泡、肺囊肿手术 9 例,纵隔及其他手术 7 例。

2 术前护理

2.1 禁止吸烟 吸烟可使呼吸道粘膜纤毛运动失去活性、降低其净化作用,并使气道阻力增加,降低氧饱和度及增加血中碳氧血红蛋白,对手术及术后影响极大。故开胸手术病人入院后一律禁止吸烟。

2.2 指导病人学习深呼吸运动和腹式呼吸 深呼吸运动指经鼻腔做深吸气以达到肺泡最大程度膨胀,再经缩拢的两唇间呼出,进行周期性呼吸运动,这样可诱发咳嗽,促使分泌物排出,还可防止呼吸道闭塞。

指导病人学会腹式呼吸,让病人取仰卧位,半卧或半坐卧位,两膝轻轻弯曲,以使腹肌松弛。一手放在胸骨柄部,以控制腹部起伏,另一手放在脐部,以感觉腹部隆起程度,在呼吸时用力向上向内推压,帮助腹肌收缩。这种呼吸是深吸气时腹部徐徐隆起至不能再吸入气体,憋气约 2s,然后缩唇慢呼气至腹部凹陷,呼气时间是吸气时间的两倍。

2.3 指导病人学会正确有效的咳嗽方法 有效的咳嗽应该是尽量吸足空气,将声门紧闭以后突然开放声门,使气道内气体冲出,咳时应短促有气,但并不需要剧烈咳嗽。

2.4 积极治疗呼吸道炎症 作为术前呼吸道净化,特别是慢性阻塞性肺疾病病人,术前应用祛痰药、支气管扩张药、补给充足的水分以使痰液易于咳出;应用 α -糜蛋白酶 4000U 加庆大霉素 8×10^4 U 超声雾化吸入,以防治肺部并发症。

3 术后护理

3.1 低流量吸氧 可按 2L/min ~ 5L/min,第 2 日起可改为间断吸氧或按需给氧,还可根据血气分析数值,调整吸氧流量。

3.2 体位 术后全麻清醒,血压平稳后及时改半卧位,以利于胸腔闭式引流及改善呼吸循环功能,肺叶切除病人应根据情况取完全侧卧位或

半侧卧位。

3.3 适时适当给予止痛药 开胸术创伤大、损伤重,术中使用开胸器等,术后病人疼痛难忍,疼痛又是影响病人咳嗽的主要原因,可于病人自述疼痛难忍时给予 25mg 哌替啶注射,必要时 4h ~ 6h 可重复注射 1 次,也可于深呼吸或咳嗽、翻身活动前注射 1 次,以防止由于疼痛而不敢用力咳嗽、深呼吸而形成肺部并发症,术后第 3 天起可用去痛片缓解切口疼痛,以保证病人休息、睡眠和呼吸功能改善。

3.4 协助病人咳嗽咳痰 协助病人做有效咳嗽是预防术后呼吸道阻塞、肺不张的有效手段。要不断给病人讲解,使其认识到咳痰的重要性。轻叩病人前胸、后背以协助病人咳痰。为减轻咳嗽时伤口疼痛和减少伤口张力,应教病人或家属用双手或其他柔软物品在咳嗽时用力按压伤口,医务人员把双手分别置于病人腋下 6 肋 ~ 8 肋下,在咳嗽一瞬间用力按压。曾有一肺叶切除术者,晚间胸闷、憋气紫绀,明显呼吸困难,经加大氧流量,呼吸困难仍不缓解,后经协助坐起,轻叩胸背部,鼓励并协助有效咳嗽,呼吸困难才逐渐好转。

3.5 超声雾化吸入 同术前一样每日 2 次,以稀释痰液,利于咳痰,还可预防和控制呼吸道感染。

3.6 吹瓶 吹气球锻炼 术后 24h ~ 48h,让病人做吹瓶或吹气球等以促使更多的肺泡张开,预防肺不张。

3.7 加强病室的清洁消毒工作 限制陪护及探视人员,注意呼吸道隔离。

3.8 加强营养及支持疗法 病情允许可进食时,给予高蛋白、高维生素饮食。肺手术病人,术后第 2 天一般情况良好,可给饮少量水,以利排痰,术后 1d ~ 2d 无论静脉输液或口服液体,输液量严格按医嘱执行,以防前负荷超量导致肺水肿。

4 讨论

开胸手术后肺炎、肺不张等呼吸道并发症发生率高,本组病人,由于术前戒烟及炎症控制,加强了有效咳嗽、深呼吸等功能锻炼、术后正确护理指导、隔离等措施,无一例发生肺炎、肺不张。

[参考文献]

[1]朱爱芳,刘伊娜,徐庆珍.开胸病人咳嗽方法指导[J].泰

山医学院学报, 2001, 2:160.

[3]李学增. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987,

[2]黄孝迈. 现代胸外科[M]. 北京: 人民军医出版社, 1991. 281.

53.

· 病 历 讨 论 ·

一例系统性红斑狼疮患者的病历讨论(续)

李 芳

(泰安市中心医院风湿免疫科, 山东 泰安 271000)

就上期一例 SLE 病例进行的讨论结果如下:

时间: 2003 年 4 月 8 日

地点: 综合服务楼学术报告厅

参加人员: 内科系统的主任、主治医师、住院医师、进修大夫及感兴趣的医务工作者。

主持人: 姜智 亓文波

主持科室: 风湿免疫科

风湿免疫科李芳介绍本病例特点:

①青年女性发病, 病史 10 年, 加重 1 个月;
②皮肤红斑, 关节痛, 牙龈出血, 腹胀, 便血;
③查体: 精神不振, 贫血貌, 全身多处皮疹, 多关节压痛, 腹胀时腹部压痛。右下肢功能不正常(小儿麻痹后遗症)。

④化验: 白细胞低, 血小板低, 血色素低; 尿蛋白阳性并有潜血; ANA + ; ads - DNA + ; 补体 C3C4 低; 凝血时间缩短; 大便潜血阳性; 抗心磷脂抗体(IgG)型阳性

目前诊断: 系统性红斑狼疮(SLE)

本患者青年女性发病, 具有典型系统性红斑狼疮表现, 11 条 SLE 诊断标准中符合 6 条, 因此原发病 SLE 诊断明确, 后来患者又出现腹痛便血, 查体腹部压痛明显, 化验凝血酶原时间缩短, ACL 阳性, 血小板减少, 用原发病难以解释, 肯定有新的并发症出现, 在我们免疫病中只“有抗磷脂综合症”具备上面的典型表现, 其腹部体征考虑唯有肠系膜血栓形成, 继发肠粘膜病变导致出血, 因患者系长年患者经济紧张未行肠系膜血管造影,

所以完整的诊断应为“系统性红斑狼疮继发抗磷脂综合征”。后来经抗凝治疗病情奇迹般的好转也证实此诊断的正确性。此病典型表现为习惯性流产、血栓形成、血小板减少及抗磷脂抗体阳性, 但此患者具备后面 3 条, 而无习惯性流产, 主要是因为患者已实行避孕措施, 无机会怀孕, 所以无此表现出现。下面就本病涉及到的临床表现请在座的几位专家分别谈相关专业的知识, 如凝血机制、习惯性流产的发生机制、我院实验室凝血酶原时间检查的临床价值、我院抗心磷脂抗体检测方法及其局限性等。

血液科李秀兰主任谈本病例特点及相关的凝血系统问题:

1. 此病例所具备的临床特点是有多脏器损害、贫血、感染以及血象多次改变, 特别是血小板逐渐减少以及病情进展快, 贫血倾向加重, 血小板急剧下降, 有破坏血小板因子存在, 另外还有可能导致血栓形成因素, 因为抗凝治疗有效(特别是表现在胃肠道)诊断为 SLE 可能性较大。

2. 抗心磷脂抗体(ACL)是一种自身抗体, 与狼疮本身抗凝物质 - 带负电荷的磷脂有交叉反应, 临床上与血栓形成, 习惯性流产, 血小板减少及神经系统病变关系密切。国外报道 ACL 在 SLE、类风湿关节炎、舍格伦综合症及混合性结缔组织病等自身免疫性疾病时水平增高。Harrts 等首次在 96 例 I. T. P 中有 31.2% ACL 阳性, 其中 ACL - 28m28.1%, ACLIgG14.6%。1992 年南通医

学院采用改良 ELISA 方法测定 92 例 I.T.P 患者的血清 ACL26 例(28.26%)阳性,其中 ACL-28m 阳性 24 例(20.09%), ACL-28C 阳性 4 例(4.35%)与正常对照有显著差异($P < 0.01$)。用正常人 PIT 与 ACL 阳性血清做结合抑制实验,结合有明显抑制($P < 0.01$)提示 ACL 可能与慢性特发性血小板减少性紫癜(I.T.D)患者外周血小板的破坏有关。

自身抗体介导的血小板减少可能是 SLE 的一个常见的临床表现,有人认为 I.T.D 可能是 SLE 的一种早期临床表现,或者是 SLE 的非活动形式,测定 I.T.D 患者 ACL 水平,可以从 I.T.D 中分离的一组可能发展成为 SLE 或者其他的自身免疫性疾病患者。

妇产科于新艳主任谈抗磷脂抗体与习惯性流产的关系:

抗磷脂抗体(APL)对妊娠有不良影响,可引起习惯性流产(RSA),还可引起胎儿发育迟缓、死胎、死产,与妊高征的发病也有关系,故有生殖自身免疫缺陷综合征之称。其影响贯穿整个妊娠期,对母儿影响极大。目前已知,ACL 是导致习惯性流产发生最主要的自身抗体。ACL 阳性合并妊娠者中,流产率达 66% - 89%,围产儿存活率仅为 14%。在习惯性流产中所遇到的临床症状,均与血栓形成有关。

可能的机理有:① APL 抑制血管内皮前列环素的产生,导致血管收缩和血栓形成;② APL 与第二信使分子上的磷脂位点结合,阻断信息传递过程;③ APL 损伤血小板,使血小板易与血管内皮结合,发生凝集和血栓形成;④ APL 通过干扰内源性抗凝剂 C 蛋白的激活而降低纤溶活性;⑤ APL 可影响血栓调节因子内具有负电荷的磷脂的功能,而致血栓形成;⑥ 干扰 annexin - V 的功能。annexin - V 是一种具有抗凝特性的磷脂结合蛋白,正常情况下存在于合体细胞滋养层,覆盖于绒毛表面,作用为保持绒毛间隙血液的流畅。APL 阳性的 RSA 者胎盘绒毛 annexin - V 明显减少。体外实验 APL 可直接降低胎盘绒毛 annexin - V 水平;⑦ 在细胞滋养层向合体滋养层分化过程中磷脂粘附分子具有促进作用,APL 可干扰磷脂粘附分子的这一作用,抑制细胞滋养层向合体滋养层的分化。APL 的上述作用最终导致胎盘梗塞,血

流减少,而发生流产。

ACL 引起的习惯性流产可表现为两种类型:一种过程为妊娠初期过程正常,妊娠 10 周以后胚胎发育停止,心管搏动消失。另一种类型表现为妊娠中期后,胎儿发育逐渐停止而后死亡。因此上述原因不明的产史不良者,应检查 ACL。

ACL 阳性的孕妇国内首先报告采用免疫抑制疗法,即小剂量肾上腺皮质激素和阿斯匹林。糖皮质激素能抑制 ACL 的产生和活性,低剂量阿斯匹林可抑制血栓素的合成,恢复和维持正常的前列环素 - 血栓素的平衡。因此两者合用对促进胎儿存活有一定的作用。使用方法为阿斯匹林 75 - 80mg/日 + 强的松 40 - 60mg/日,服用至 ACL 转为阴性或妊娠晚期。

检验中心亓春花主任谈出凝血疾病的检测方法及其临床意义:

一、外源系统凝血因子筛选试验

常用的方法有血浆凝血酶原时间测定(PT)

在待测血浆中加入过量的组织凝血活酶浸出液和 Ca^{2+} ,使凝血酶原转变为凝血酶,后者使纤维蛋白原转变为纤维蛋白。它不仅反映凝血酶原水平,也反映因子 V、VII、X 和纤维蛋白原在血浆中的水平,是外源性凝血系统的筛选试验。由于不同来源、不同制备方法的组织凝血活酶对结果的影响很大,造成结果可比性很差,特别影响判断治疗效果。WTO 制定了一种标准品,并用此作为对比的依据。国外用国际标准化(凝血酶原时间)比值(international normalized ratio, INR)统一判断治疗效果,并以 INR 控制在 2 - 4 为抗凝治疗适当范围。所以化验单上除了 PT 结果外,还有 PT%、INR 值。临床意义:PT 延长或 PT 比值增加见于先天性因子 II、V、VII、X 缺乏症和低(无)纤维蛋白原血症;获得性见于 DIC、原发性纤溶症、维生素 K 缺乏症、血循环中有抗凝物质如口服抗凝剂、肝素、和 FDP 存在。PT 缩短或 PT 比值降低见于先天性因子 V 增多症、口服避孕药和血栓性疾病。

二、内源系统凝血因子筛选检查

常用的方法有活化部分凝血活酶时间测定(APTT)

在 37℃ 下以白陶土激活因子 XII 和 XI,以脑磷脂代替血小板提供凝血的催化表面,在 Ca^{2+}

参与下,观察贫含血小板凝固所需时间。是内源性系统较敏感和常用的筛选试验。APTT延长,超过7秒以上时,有意义,相差10秒以上有病理意义。因子I、II、V、VIII、IX、XI、XII减少及有抗凝物质存在时,APTT均延长,若伴有凝血酶原时间延长,则提示I、II、V、X减少。APTT缩短见于因子V、VIII增多,DIC高凝期,血小板增多等症。

三、弥漫性血管内凝血(DIC)的有关检查

DIC患者在高凝期,由于血中大量病理性凝血酶的形成,主要改变是凝血时间和复钙时间的缩短。在低血凝期和继发性纤溶期,则见凝血因子明显减少,纤溶活力增加,纤维蛋白单体(FM)及纤维蛋白(原)降解产物(FDP)大量出现,红细胞形态呈现微血管溶血性贫血的改变。由于DIC的病程凶恶,血凝状态变化迅速,实验室检查必须及时、准确,方法必须简便快速。为此一般先做过筛实验,后做确证实验。通用的过筛实验有三项:血小板计数、凝血酶原时间测定和纤维蛋白原定量实验。确证实验,一般包括鱼精蛋白副凝固实验(3P实验)、乙醇胶实验、纤维蛋白溶解实验、优球蛋白溶解实验、凝血酶时间测定等。凡三项过筛实验阳性的病人,结合临床表现可诊断DIC;凡三项过筛实验中有两项结果阳性,再加一项确证实验阳性,结合临床表现也可诊断DIC。如三项过筛实验只有血小板减少,则至少有一项纤溶实验阳性,才有助于诊断。如病人有肝脏疾病,则诊断标准更应严格,要求血小板计数在 $50 \times 10^9/\text{升}$ 以下,纤维蛋白原在1.25克/升以下。另外,已知有纤维蛋白原减少的病人,不能选用凝血酶时间作为纤溶的确证实验。因为纤维蛋白原减少本身也可以引起凝血酶时间延长,因而不能反映DIC时的纤溶增强过程。

中心实验室李毅主任谈抗心磷脂抗体的临床价值和其局限性:

一、抗心磷脂抗体的检测方法及其临床意义? 磷脂抗体的分类?

抗心磷脂抗体(ACL)的检测方法是酶联免疫吸附实验即ELISA法。ACL主要分为三个亚型ACL-IgA、ACL-IgG、ACL-IgM,其中高水平的IgG型对原发性抗磷脂综合征(APS)的诊断最为特异;ACL在SLE中的阳性率为20% - 50%,主要是IgG和IgM型;血栓形成、习惯性流产和血小

板减少主要与IgG型抗体有关,而IgM型与溶血性贫血和中性粒细胞减少有关;SS中IgA型的抗体出现率高,IgA型抗体也与习惯性流产和重症格林-巴利综合征相关。ACL的水平越高,越易发生并发症。另外,在其他风湿性疾病、药物狼疮、肿瘤和感染中都可出现ACL,但很少发生上述并发症,存在这种差异的原因可能与抗体的类型、水平、亲和力、结合的特异性及环境遗传因素等有一定的关系。

抗磷脂抗体是一组针对各种带负电荷磷脂的自身抗体,包括抗心磷脂抗体、狼疮抗凝物、抗磷脂酰丝氨酸、抗磷脂酰胆碱、抗磷脂酰甘油、抗磷脂酸和抗 β -GP2等。这些抗体常见于SLE,习惯性流产,神经系统疾病,急、慢性白血病,肾脏和消化系统疾病中,与这些疾病的凝血系统改变、血栓形成、血小板减少等密切相关,并与疾病的发生机制有关联。目前临床上常规检测的抗磷脂抗体仅为抗心磷脂抗体和狼疮抗凝物。

二、心磷脂抗体在其中的地位及临床价值? .

ACL是一种自身免疫性抗体,它能够与心磷脂分子中带负电荷的磷酸二酯基团结合,在多种自身免疫性疾病中具有重要意义。由于ACL较其他APL的阳性率高,易检测、重复性好,因此它是APL中研究最多的。ACL与抗磷脂抗体综合征有高度相关性。ACL阳性见于动静脉血栓形成、血小板减少性紫癜、习惯性流产、急性缺血性脑病、缺血性视神经病、偏头痛样头痛、肺源性高血压等疾病。

三、目前此项检查指导临床的局限性? 需如何弥补?

a)目前我们检测ACL的试剂盒为相对定量,临床报告强、中、弱阳性及阴性,我们可以尽力寻找绝对定量的试剂盒。

ACL仅用于辅助诊断,有学者认为在SLE等自身免疫性疾病中,临床检查支持ACL存在而ACL检测阴性,应检测狼疮抗凝物LA及其他抗磷脂抗体以进一步辅助临床诊断。

妇产科于新艳主任谈抗磷脂抗体与习惯性流产的关系:

抗磷脂抗体(APL)对妊娠有不良影响,可引起习惯性流产(RSA),还可引起胎儿发育迟缓、死胎、死产,与妊高征的发病也有关系,故有生殖自

身免疫缺陷综合征之称。其影响贯穿整个妊娠期,对母儿影响极大。目前已知,ACL是导致习惯性流产发生最主要的自身抗体。ACL阳性合并妊娠者中,流产率达66% - 89%,围产儿存活率仅为14%。在习惯性流产中所遇到的临床症状,均与血栓形成有关。

可能的机理有:①APL抑制血管内皮前列环素的产生,导致血管收缩和血栓形成;②APL与第二信使分子上的磷脂位点结合,阻断信息传递过程;③APL损伤血小板,使血小板易与血管内皮结合,发生凝集和血栓形成;④APL通过干扰内源性抗凝剂C蛋白的激活而降低纤溶活性;⑤APL可影响血栓调节因子内具有负电荷的磷脂的功能,而致血栓形成;⑥干扰annexin - V的功能。annexin - V是一种具有抗凝特性的磷脂结合蛋白,正常情况下存在于合体细胞滋养层,覆盖于绒毛表面,作用为保持绒毛间隙血液的流畅。APL阳性的RSA者胎盘绒毛annexin - V明显减少。体外实验APL可直接降低胎盘绒毛annexin - V水

平;⑦在细胞滋养层向合体滋养层分化过程中磷脂粘附分子具有促进作用,APL可干扰磷脂粘附分子的这一作用,抑制细胞滋养层向合体滋养层的分化。APL的上述作用最终导致胎盘梗塞,血流减少,而发生流产。

ACL引起的习惯性流产可表现为两种类型:一种过程为妊娠初期过程正常,妊娠10周以后胚胎发育停止,心管搏动消失。另一种类型表现为妊娠中期后,胎儿发育逐渐停止而后死亡。因此上述原因不明的产史不良者,应检查ACL。

ACL阳性的孕妇国内首先报告采用免疫抑制疗法,即小剂量肾上腺皮质激素和阿斯匹林。糖皮质激素能抑制ACL的产生和活性,低剂量阿斯匹林可抑制血栓素的合成,恢复和维持正常的前列环素 - 血栓素的平衡。因此两者合用对促进胎儿存活有一定的作用。使用方法为阿斯匹林75 - 80mg/日 + 强的松40 - 60mg/日,服用至ACL转为阴性或妊娠晚期。

·护 生 带 教·

我院首届实习护生静脉注射操作比武体会

唐 杰,于智梅,赵 昕

(泰安市中心医院护理示教室,山东 泰安 271000)

【摘要】 通过举办首届实习护生静脉注射操作比武活动,检验带教效果。根据对比武结果的深入分析,总结出经验并针对比武中存在的问题制定出相应的带教措施,以便更有效地提高带教质量。

【关键词】 实习护生;操作比武;体会

我院今年担负着365名实习护生的临床带教任务,护生进入实习中期后,三级训练有了一定基础,各项操作能独立完成。为检验带教效果,提高护生实际操作能力,培养护生的竞争意识,锻炼护生的心理素质,我院于2002年10月举办了首届实习护生操作比武活动。现谈如下体会。

1 布置比武活动,做好思想动员

护理部主持召开护生思想动员会,首先布置操作比武的活动安排,明确意义,消除在部分护生中存在的怕针恐惧心理。

2 制定评分标准和比赛规则

由示教室带教老师根据“三级训练标准”制定静脉注射操作细则和评分标准,由本院护理老专家担任评委,对该评分标准和操作细则讨论、通过,并规定操作时间和比武规则。采取护生抽号两两对打的形式,安排计时员,预防意外晕针。

3 操作比武程序

每10人一组,轮流互相对打,完成操作限时7分钟。

4 操作比武结果

穿刺成功率45%,药液未吸净占21%,持针手法错误占19%,消毒不规范占23%,操作污染占10%,步骤颠倒占20%,棉棒过饱和占15%,消毒范围小占15%,进针慢占12%。100分5名,96分以上28名。无不及格者。

5 讨论

从整体发挥水平来看,护生参赛积极性较高,操作娴熟、流畅,有条不紊,无晕针现象出现。实际参加比赛的护生共362人,历时7小时,部分选手操作已达到了相当高的水平。充分体验了病人的感觉,体验了一针打不上来回拖针的痛苦。但从比武结果看,仍存有很多薄弱处。穿刺成功率仅为45%的原因主要是:(1)急于求成和操之过急的心理。多数护生练习时动作娴熟,但比赛时动

作变形。(2)缺少比赛经验。有一部分选手为求速度快而盲目选择血管造成穿刺失败。(3)临床静脉注射操作机会少也是其中原因之一。持针手法错误、消毒不规范、棉棒过饱和、进针慢等,这些都说明选手基本功不扎实,临床静脉操作过程中为抢时间争取多打几针而忽略了基本功的训练。同时,无菌操作意识也有待提高,如:打开安瓿后,不知道保护药液,不能按正规操作做。尽管示教室老师反复讲了操作要领,但部分选手还是不能严格要求自己。

6 对策

(1)加强护生素质教育,培养护生牢固的护理专业思想。教育护生无论在任何情况下都要有慎独律己的道德修养。如:无菌操作等。(2)培养良好的心理素质,增强心理承受能力。科室可利用入科和出科考试及平时抽查考试,锻炼护生。(3)带教老师应当首先熟练掌握护理理论知识和操作技能并严格按照护士行为标准身体力行。护生到临床实习,首先接触的是带教老师,老师的一言一行和规范化的操作影响着护生。这就要求带教老师严格按照护士行为标准身体力行。(4)各项操作规范化。实习早期正规的临床带教对护生整个实习期的影响至关重要。严格要求护生做每项操作时从物品准备到操作程序均必须按照标准做,以强化基本功训练,使护生感到在做每一项操作时都有目标、有准则、有科学性。

如何培养护士自身的心理素质

刘丽华, 颜廷敏, 邱海燕

(泰安市中心医院传染科, 山东 泰安 271000)

随着健康观念、医学模式的转变和人口构成及疾病构成的改变,护理人员将面对日益扩大的工作领域,社区、家庭同医院一样成为护理人员重要的工作场所,护理人员已被赋予更多的责任,因而对护理人员的知识、技能有了更高的要求。护

士作为一个特殊人群,其心理健康问题尤为突出,其心理素质的高低直接影响着临床治疗的质量,因此关心护士的心理健康状况,避免或消除不利于心理健康的因素,增进心理健康水平,加强心理素质教育的培养就显得尤为重要。

1 影响心理健康的因素

1.1 不健康的情绪 认为护士低医生一等,对周围的一切事物丧失兴趣,一概采取默然的态度,总是忧虑重重,闷闷不乐或者是持续的紧张焦虑等。

1.2 学习的障碍 从事护理专业目的不明确,学习不刻苦,不勤奋,操作训练不认真,随心所欲。

1.3 不健康的人格表现 缺乏同情心,以自我为中心,只思索取,不思奉献,对病人没有同情心和爱心。缺乏责任感,待人处事随意,不负责任。护理病例书写潦草,护理操作不规范。衣着过于奇异,言谈举止有时不够得体。

1.4 专业思想不牢固 提出护理问题单一,不能把患者放到一定的社会环境和一定的心理状态中去分析,就病论病,千篇一律。护士工作的特点要求护士必须具备诚实、勤奋、谨慎、乐于交流、合作、严于律己的品质。

2 培养心理素质方法

2.1 注意培养积极的情绪和情感 情绪和情感是人们意识活动的主要动力,也是护士和患者之间进行交换的必要条件之一,培养积极的情绪和情感,弱化消极的情绪和情感,增强护士控制和调节情绪的能力是护士心理素质培养的重要内容。

2.2 掌握必要的专业知识和技能 注重护士职能的转变和护士角色的变换,护士对患者提出的一些专业问题和健康咨询如不能很好的加以解答,就会失去患者对医疗疗效的信任,影响治病的效果。因此护士应精通专业知识,具备相应的实际操作技巧,熟知各种抢救知识。很长一段时间以来,在很多人(包括护士本身)的观念中,护理工作就是打针发药,被动地执行医嘱和实施各项护理技术操作。实际上,护理工作远不止此,护理对象的改变使护士成为健康领域的主要力量,护

理成为全方位的服务流程,社区预防咨询服务也使护士成为人类身心健康的主体。

2.3 培养护士的交往心理,塑造完整人格 增强护士适应社会的能力,应努力创造一个和谐、团结的环境,使护士能够自由交流,从而增强其自我认识和评价的能力。

2.4 增强医学心理辅导的力度 当代护理工作重要的突破之一就是生理护理到心理护理的改变。心理护理的实质是护理人员借助犀利学的有关知识和方法,帮助、引导患者矫正发病情况下反常的心理状态和混乱的观念体系,从而求得治疗及康复的效果。加强医学心理学的教育,不仅有利于临床护理,提高护理质量,而且在提高心理素质方面能够发挥突出的作用。因此可以建立心理医疗咨询机构,通过心理学理论、知识、技术的运用,矫正不正常的饮食和心理危机等。

2.5 加强边缘学科的学习 比如通过对民俗学的学习,可以使护士把握那些带有宗教的、民族的、历史的、社区的不同习俗和风尚的异同,避免在护理工作中触犯禁忌;通过把模糊数学的某些方法引入护理领域,可以提高护理工作的管理与监督、评估的科学性、准确性;通过掌握一定的语言艺术,使文明、风趣的语言成为护患之间交流的重要保证,为临床进一步治疗提供第一手的资料。

2.6 开展各种文娱活动 有助于丰富护士自身的业余生活,陶冶情操,根据具体情况和不同兴趣,参加体育活动,既可以增强体质,又可以缓解其焦虑和抑郁心理。

综上所述,由于护理人员的职业特殊性,其心理健康问题目前有上升的趋势,因此护士心理素质教育尤其重要,如何提高护士的心理素质和改善其心理健康状况是一个极有意义的课题。若能结合一些症状自评量表,对自身开展深入、客观的评价,积极开展心理卫生和思想疏导,培养医护专业所必须的职业心理素质,将具有重要的意义。

今朝辉煌

1948-2003

山东省泰安市中心医院建院 55 周年纪念



55 年我们激情跨越

全国五一劳动奖状



中华全国总工会
2003年4月

中华人民共和国卫生部颁标准

三级甲等医院

山东省卫生厅



中华人民共和国卫生部 联合国儿童基金会 世界卫生组织
1994年9月 Sept.1994.



全国创建文明行业工作

先进单位

中央精神文明建设指导委员会
二〇〇二年十月

山东省职业道德建设

十佳单位

中共山东省委
山东省精神文明建设委员会
山东省职业道德建设委员会
二〇〇一年十一月

省级
文明单位

山东省精神文明建设委员会



思想政治工作

先进单位

中共山东省委
山东省人民政府
二〇〇〇年七月

全省卫生系统

先进集体

山东省卫生厅
山东省人事厅
94.12

文明行业示范点

山东省精神文明建设委员会

蓬勃发展的泰安市中心医院



南大门及门诊楼



住院楼



第二住院部



办公楼



综合服务楼



药剂楼



急救中心



文化长廊



花园一角



东大门



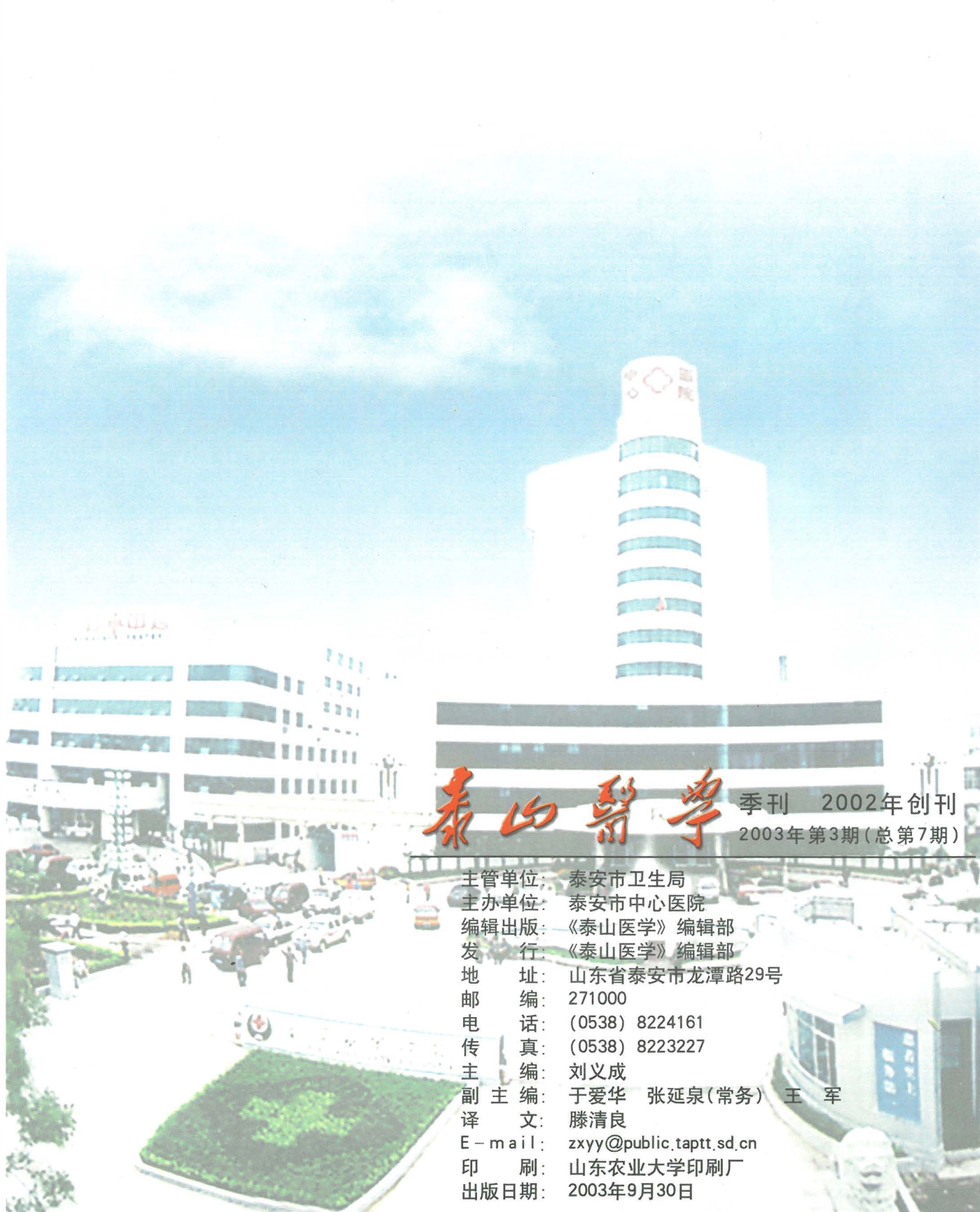
运动场



和陵园



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3期(总第7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 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.taptt.sd.cn
印 刷: 山东农业大学印刷厂
出版日期: 2003年9月30日