

2003 4
(总第8期)

泰山醫學

TAI SHAN YI XUE

泰安市中心医院主办



庆祝建院 55 周年文艺演出掠影



市领导唐家品、张树禹、姜吉印、白玉蕊、夏作理等与我院干部职工一起观看演出



市卫生局局长、党委书记肖力勇讲话



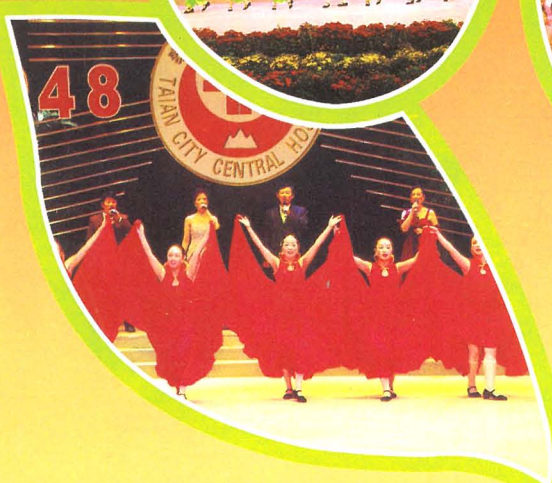
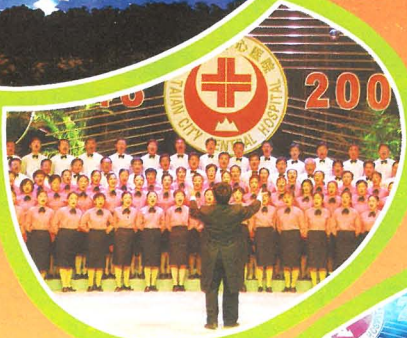
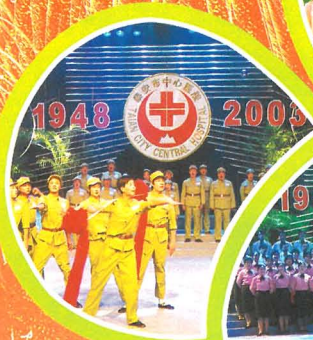
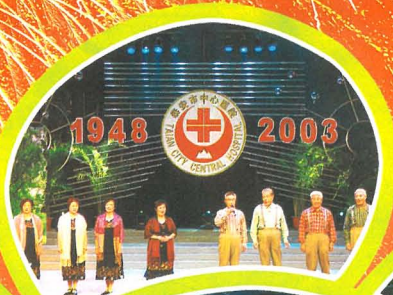
院长、党委书记刘义成致辞



老院长郑忠、赵之兴、高怀仁走上舞台



院领导亲切慰问演职人员





泰山醫學

TAISHANYIXUE

季 刊

第四期

(总第八期)

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4期
(总第8期)
12月31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:

tech@tech.org

印 刷:

山东农业大学印刷厂

泰安市内部资料准印证第76号

目

次

·医 院 管 理·

- 1 五十五年,我们不平凡 刘义成
- 5 我院后勤社会化改革目前现状和取得的成效 郭岩等
- 8 “以客户为中心的服务”对医院服务管理的影响 韩涛
- 10 实行人事代理 深化医院用人机制改革 苏贤菊等
- 12 谈医院声像档案资料管理系统的建立和发展 王亚光等
- 14 培育营销理念 搏击医改大潮 陈建萍
- 16 提高组工干部素质 树立良好形象 吴京艳
- 17 浅谈文学欣赏与工会群众文化的关系 芦秀英
- 18 人大代表为何叫停“举证倒置” 刘业奇
- 20 浅谈医院消防安全的管理 王岩等
- 21 照片档案管理之我见 赵曼青等
- 23 手术室医疗废弃物的处理 马艳丽等
- 24 认真做好儿童计划免疫工作 张凤英等
- 25 计量管理是医院设备管理不可忽视的重要环节 孔晓艳等
- 27 浅析统筹外费用比例高的原因及对策 井国兰等

·临 床 论 著·

- 29 宫腔内人工授精中三种促排卵方案疗效的比较 于新艳等
- 31 实体瘤应用大剂量化疗联合自体造血干细胞移植支持治疗的临床研究 滕清良等
- 34 经椎间孔开窗后路腰椎体间融合术 蔡国强等
- 36 普蔡洛尔试验的临床意义 刘培泉
- 38 局部旋转皮瓣修复颌面部软组织缺损的体会 李晓光等
- 39 极固宁治疗牙本质过敏的临床研究 李鲁生等
- 41 缺氧缺血性脑病新生儿血清可溶性细胞间黏附分子-1水平的动态变化与临床意义 罗荣华

·综 述 讲 座·

- 45 中枢神经系感染的诊疗要点 焦念宝等
- 47 颈椎病的综合治疗 王永福
- 48 前列腺增生的病理生理变化 刘德来
- 49 浅谈“运动疗法” 明德玉等
- 51 慢性肝炎治疗药物最新研究进展 王庆才等
- 52 抗磷脂抗体综合征 李芳
- 54 介入放射学 刘军
- 55 经颅多普勒在新生儿缺氧缺血性脑损伤应用 杨惠英

·经 验 交 流·

- 57 张力带内固定术治疗尺骨鹰嘴骨折46例报告 元向同等

CONTENTS

- 58 成年人牙列不齐矫治临床探讨 王峻峰等
59 关节腔内注射透明质酸钠配合痛点阻滞
治疗增生性膝关节炎 桑清文
60 高血脂对中老年人心脑血管的威胁 陈云
61 胺碘酮治疗心肺复苏过程中心律失常的疗效观察 袁军等
63 治金丝膏治疗疖肿 438 例疗效观察 宁玲等

·心理与健康·

- 64 神经症(一) 周华琳
69 围手术期患者的心理护理 曹墨桂等
70 医护人员对临床急诊的应激心理 王秀莲等

·祖国医学·

- 71 手法治疗血管神经性头痛 李刚
72 督脉天灸治疗腰椎间盘突出症 89 例 唐勇等
73 中医经验方治疗肩周炎 陈广仁
74 5 种中药掺伪易混鉴别 陈树山等

·放射与检验·

- 75 常见良性病的放射治疗 郝传国
77 干化学法测定血糖、淀粉酶、尿素氮的思考 李春伟等
78 超声心动图观察高血压各期对心脏的损害 尹丽华

·临床护理·

- 79 肺心病病人常见的护理诊断与护理措施 杨翠平等
84 临床常见药疹的护理要点 宋峰梅等
85 镇静安眠药中毒的急救与护理 刘桂平等
86 中药熏蒸治疗全身性疾病 186 例的观察与护理 马玉智等
87 眼底荧光造影(FFA)相关副反应的护理干预 赵敏等
89 喉癌术后超声雾化吸入临床应用及护理 杨琳

·健康教育·

- 90 乙型肝炎病人的健康教育实践与探讨 刘丽华等
92 眼科择期手术病人的健康教育 姚伟佳
93 急性闭角型青光眼患者的健康教育 李玉美等

封一:热烈庆祝建院 55 周年

封二:庆祝建院 55 周年文艺演出掠影

封三:院长刘义成率团赴新加坡、香港、深圳医院考察剪影

封四:病员花园一角

摄影:王亚光 赵曼青

《泰山医学》 编辑委员会

名誉主任:肖力勇 杨乐妹
主任:刘义成
副主任:于爱华 亓文波
刘焕星 郭岩
刘君 刘尔才
张延泉

委员:(以姓氏笔划为序)

刁玉平 于新艳
万光勇 王军
王鹏 王永福
亓久生 亓春花
孔庆奎 叶欣
史宝海 冯幼伦
成立军 刘灿兰
刘德来 孙爱芹
杨敬昌 杨鲜平
李刚 李芳
李毅 李大军
李洪武 李胜德
李福康 吴云
吴新华 时继东
邱玉存 辛昌明
沈绍华 张再跃
张启兰 张荣银
明德玉 姜智
郑琳 赵正华
赵永伟 赵庆平
郝传国 侯刚
贾凤岐 贾玉生
徐永平 高荣运
梁文博 彭亚丽
焦念宝 滕清良

主编:刘义成

副主编:于爱华

张延泉(常务)

王军

译文:滕清良

TAISHAN MEDICINE

No.4 2003

MAIN CONTENTS

Unusual in fifty - five years.	Liu Yicheng (1)
The current situation and achievement of social reformation of logistics in our hospital.	Guo Yan (5)
The effect of "regarded customer as the center" on hospital service management.	Han Tao (8)
Carrying on personnel agency, deepening employee mechanism reforms in hospital.	Su Xianju (10)
The building and development of sound - picture files management system in hospital.	Wang Yaguang (12)
Cultivating sell's idea, taking on hospital reforms.	Chen Jianping (14)
Raising personal quality, setting up good image.	Wu Jingyan (16)
The relation between literature appreciation and mass culture of trade union.	Lu Xiuying (17)
Why was "reversed discovering evidence" cancelled by deputy to the National People's Congress.	Liu Yeqi (18)
The management of fire security in hospital.	Wang Yan (20)
The opinion of picture files management.	Zhao Manqing (21)
The dispose of medical rubbish in operate room.	Ma Yanli (23)
Doing children planning immunological works well.	Zhang Fengying (24)
Measure management is important segment which must not be ignored in hospital.	Kong Xiaoyan (25)
The cause and countermeasure of high rate of over plan as a whole spends.	Jing Guolan (27)
Compare with three methods of artificial insemination in uterine cavity.	Yu Xinyan (29)
The clinical studied on high - dose chemotherapy combine with autologous stem cell transplantation in solid tumor.	Teng Qingliang (31)
Lumbar vertebrae fusion behind intervertebral foramen fenestration.	Cai Guoqiang (34)
Clinical significant of propranolol test.	Liu Peiquan (36)
The experience of maxillofacial soft tissue injury repaired with local skin grafting rotation.	Li Xiaoguang (38)
Clinical study on dentin hypersensitivity treated with JiGuNing.	Li Lusheng (39)
The trend and significant of serum soluble cell adhesion molecule in newborn ischemic - anoxic encephalopathy.	Luo Ronghua (41)
The main points of diagnosis and treatment in central nervous system infection.	Jiao Nianbao (45)
General therapy of cervical spondylopathy.	Wang Yongfu (47)
Physiopathologic change of hyperplasia of prostate.	Liu Delai (48)
To discuss "cinesiateics".	Ming Deyu (49)
The research progress of drugs in chronic hepatitis.	Wang Qingcai (51)
Antiphospholipid antibody syndrome.	Li Fang (52)
Intervene radiology.	Liu Jun (54)
Application of Transcranial Doppler in newborn ischemic - anoxic cephalopathy.	Yang Huiying (55)
cases reports of olecranal fracture treated with tension belt internal fixation.	Qi Xiangtong (57)
Clinical analysis of adult irregular tooth alignment correction.	Wang Junfeng (58)
Proliferative gonitis treated with blocking pain spots and natrium hyaluronate injection in articular cavity.	Sang Qingwen (59)
The threaten of hyperlipemia to cardia - cerebral vessels in middle - old people.	Chen Yun (60)
The effective observation of cardiac arrhythmia treated with amiodarone in cardio - pulmonary resuscitation.	Yuan Jun (61)
The effective observation of 438 furuncle treated with ZhiJinSiGao.	Ning Ling (63)
Psychoneurosis(-).	Zhou Hualin (64)
Psycho - nurse of peri - operation period patients.	Cao Mogui (69)
The irritable psyche of doctors on emergency.	Wan Xiulian (70)
Angioneurotic headache treated with manipulation.	Li Gang (71)
cases of lumbar disc protrusion treated with Du Channel acupuncture.	Tang Yong (72)
Periarthritis of shoulder treated with Chinese medical prescription.	Chen Guangren (73)
Identification of true or false on 5 medical herbs.	Chen Shushan (74)
Radiotherapy of common benign disease.	Hao Chuanguo (75)
Analysis of blood sugar, amylase, blood uria nitrogen detected with xero - chemistry.	Li Chunwei (77)
Injure to heart of hypertension observed with ultrasonic cardiogram.	Yin Lihua (78)
The common nursing diagnosis and measure of pulmonary heart disease patients.	Yang Cuiping (79)
The main nursing point of common clinical drug rash.	Song Fengmei (84)
The emergency and nursing of sedative hypnotic intoxication.	Liu Guiping (85)
The observation and nursing of 186 holopathy patients treated with traditional Chinese medicine fumigation and steaming method.	Ma Yuzhi (86)
The nursing intervention of side reaction related with FFA.	Zhao Min (87)
Clinical application and nursing of ultrasonic atomizing inhalation after laryngocarcinoma operation.	Yang Lin (89)
Practic and analysis of health education in hepatitis B.	Liu Lihua (90)
Health education in selective operation patients of ophthalmology.	Yao Weijia (92)
Health education in acute angle - closure glaucoma patients.	Li Yumei (93)

· 医 院 管 理 ·

五十五年,我们不平凡

——写在泰安市中心医院建院五十五周年

刘义成

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

享誉世界的古老泰山,曾经孕育了千年文明。当指点江山的东方巨笔挥洒出一幅幅民族复兴的浩繁画卷时,这座中华民族的伟大象征物也在以她的勃发英姿延展着新世纪、新时代、新一轮崛起的壮丽画卷。

在雄伟壮丽的泰山脚下,盛开着一朵绚丽的医苑奇葩。这就是被国家卫生部、中华医院管理学会誉为“泰安模式”并向全国推荐学习的泰安市中心医院。

风雨兼程 55 年成就辉煌

1948 年 7 月,山东省泰安市中心医院的前身,鲁中南第一地方医院诞生在解放战争隆隆的炮火声中。1985 年 5 月 1 日正式更名为泰安市中心医院。在党和人民的关怀下,经过半个多世纪的风雨洗礼,泰安市中心医院已经从一条扁担起家,发展成为今天总占地面积 8.2 万平方米,建筑面积 18.5 万平方米,职工 1520 人,开放床位 1157 张,年门诊数 45 万人次,出院病人 3 万余人次,手术 1 万余人次,一所技术力量雄厚、专业门类齐全、医疗设备先进的大型三级甲等综合性医院,承担着全市 540 万人口和每年 400 万中外游客的医疗保健任务,成为了泰安市的医疗、教学、科研和预防保健中心。

医院先后获得中华全国总工会颁发的“全国五一劳动奖状”,中央文明委授予的“全国创建文

明行业工作先进单位”荣誉称号,中华医院管理学会授予的“明明白白看病,百姓放心医院”和“医疗优质高效,百姓放心医院”称号,被山东省委表彰为“山东省思想政治工作先进单位”,山东省文明委确定为“山东省文明行业示范点”,荣获“山东省职业道德建设十佳单位”,连续 11 年被评为省级文明单位。

人本管理 体制改革与时俱进

近年来,泰安市中心医院党委深入学习贯彻“三个代表”重要思想,始终坚持“质量建院、科技兴院、法德结合、从严治院、深化改革、促进发展”的 24 字工作方针,大力实施人才、科技、服务、经营管理、思想政治工作五大战略措施,在领导管理体制、内部运行机制等深层问题上进行了改革探索。先后开展了“转移工作重点、转变工作作风”的“两转”大讨论,“三尊、三爱”教育,并通过“整顿领导机关,规范办事程序;整顿工作制度,规范运行秩序;整顿医疗作风,规范医疗服务行为”等一系列改革措施,极大的带动和促进了医院各项工作开展,医院三个文明建设不断取得新成就。

为建立科学、精干、高效的管理运行机制,医院在内部实行事业部制管理,将 39 个行政职能科室重新划分组建为政工部、群工部、院务部、医务部、护理部、经营管理部、科技信息部和院长办公室。“七部一办”,实行部办主任负责制,部办主任

直接对院长负责。

医院借鉴南方发达地区的民营医院在医院管理、机构设置、经营策略中的成功经验,先后制定了《机关职能科室编制体制改革方案》、《中层干部聘任实施方案》,对干部人事制度进行了深层次的改革,公开竞聘、因事设岗、按需定编,达到了既要“瘦身”又要“强身”的目的,使人员满负荷工作,从真正意义上实现了“机构更简、关系更顺、年龄更轻、素质更强、效率更高”五个突破,提高了干部队伍素质,优化了科室班子建设,为医院的快速发展提供了有力的组织保障。

逐步把后勤服务推向市场,是卫生改革发展的必然趋势。医院党委本着积极稳妥的原则,将卫生保洁、医院保安、宿舍区物业管理等直接交社会公司管理。成立了接待服务中心、饮食服务中心、商品服务中心、卫生文印中心、车辆管理服务中心、卫生被服洗涤中心,按市场规律运作引入竞争机制,向院内外公开招聘了各个服务中心的经理,使后勤管理、服务质量显著提高,成功地走出了一条后勤社会化改革的新路子。

健全更新了医院计算机信息网络系统,实现了电信、铁通、联通、移动、电信虚拟网“五网并行”,宽带网入户,全方位提高了医院管理水平和管理质量。目前,已建立了全院科室分布、收费项目、药品属性、药品供应商、药品厂家等大小十几个字典,并完成了 HIS 软件三阶段工程的第一阶段,非常平稳地实现了从旧软件到新软件的安全过渡。同时对中心机房等硬件设施进行了合理的配套选购,全院 400 多户家庭实现了宽带网入户。加快了向“数字化医院”和“智能小区”迈进的步伐。

丰富的职工业余文化生活是医院各项工作的重要保证。医院先后成立了职工俱乐部、业余艺术团,利用重大节日,组织开展形式多样的文艺演出、事迹报告、演讲比赛、技术比武及运动会,积极开展群众性精神文明创建活动。全院 1800 多名在职和离退休职工,生日这天都能收到由院长签名的生日贺卡和鲜花,进一步激发了全体人员爱

岗敬业、以院为主的主人翁意识。

科技兴院 医疗技术突飞猛进

为促进高新技术的不断发展,泰安市中心医院每年年初都制定出当年度全院重点攻关项目和重点工作任务。医院在设备购置、人才引进与培训、实验条件、学术和科研经费等方面都给予全方位支持,为不断加快科技兴院的步伐奠定了良好的基础。

医疗设备的优劣直接影响诊疗疾病的效率和准确性,关系到患者的生存和保健质量。医院不断更新、引进国际、国内先进的大型医疗设备,先后配备了日本日立 7000 - AD 核磁共振、日立 RADIX 高速螺旋 CT、日立 DFA - 100 三维立体成像数字减影血管造影系统、日立 7170A 全自动生化分析仪、美国 GE 大型 C 臂、美国 GE 实时四维彩色超声诊断仪、美国 GE 数字胃肠 X 光机、德国西门子 10 兆直线加速器、X 刀、超声聚焦刀、体内 γ 刀、美国史赛克 784 系列腹腔镜、美国惠普 5500 彩超、美国 Datascope 主动脉球囊反搏仪、美国 SCAN - 2000 型眼科准分子激光治疗仪、西门子气动传输系统等万元以上设备 400 余台(件)。

病人跟着名医走,成果随着人才出。对于医疗市场来说,谁拥有一支高素质科技人才队伍,谁就掌握了竞争的主动权。医院新一届领导班子提出了“靠事业留人,靠感情留人,靠适当的待遇留人”,全力营造院、科两个拴心留人环境。先后设立了“人才培养专项基金”,制定了《人才培养管理规定》、《优秀专家评选管理办法》,按照公开、公正、公平、民主、竞争、择优的原则,评选出一批具有真才实学、临床经验丰富、科研能力强、有发展潜力的医院优秀专家,成立了业务老专家顾问委员会,形成了人才队伍的良好机制,并且合理的开发中、青、老专家,技术型和管理型人才的潜能,发挥各类人才的最佳效应。鼓励、支持在职人员积极参加各种形式的学习,对考取统招硕士研究生和博士研究生,医院均承担全部学费和学习期间的工资、津贴,并给予办理相应的专业技术职务评

聘。在科技人才的使用上,注重能力,唯才是举,调整激励支点,使分配向高新技术岗位、高风险岗位和高劳动强度岗位倾斜。目前,全院拥有高级职称卫生技术人员 252 名,其中硕士生导师 11 人、博士研究生 17 名、硕士研究生 132 名,有 35 名同志为省专业委员会成员,35 名同志担任市专业委员会主任委员,7 人享受政府特殊津贴,25 人为市、局级专业技术拔尖人才。

近年来,先后开展了冠状动脉造影成形及支架放置术、肝肾移植术、骨髓移植术、射频消融术、二尖瓣狭窄球囊扩张、全喉切除再造发音重建术、单克隆抗体的临床应用等新技术,诞生了二代试管婴儿、成功实现断肢再植及拇指再造。每年都有几十项新技术、新业务应用于临床。诊疗手段的不断更新,诊疗水平逐年提高,泰安市中心医院医疗收入的增幅远远大于药品收入的增幅,院党委制定的科技兴院战略在逐步得以实施。目前,全院放射介入治疗每年达 1000 例以上,心脏介入每年 600 多例,腹腔镜手术每年 400 多例,均居省内同级医院前列。在每年完成 30 余例肾脏移植手术的基础上,2002 年,中心医院又顺利开展了第一例也是鲁西南地区第一例肝脏移植手术和山东省首例乳房再造术,2003 年开展了活体肾移植。

医院按照立足临床、瞄准前沿、强化创新、形成特色的科技工作思路,充分调动科技工作的积极性和创造力,认真组织选题设计、开题论证、中期检查、结题验收、成果汇报和推广转化,鼓励技术创新和技术利用。近年来,先后获上级立项课题 30 项,获科技进步奖 46 项,其中国家省部级成果 14 项,获得国有专利 16 项,发表中华系列文章 79 篇,省级文章 1195 篇,加强了医院科技建设。被中华医院管理学会授予“医疗优质高效,百姓放心医院”。

多年来,医院采取走出去,请进来的方式,广泛开展了国内外学术交流活动。先后与美国、意大利、韩国、澳大利亚、香港、北京等国家和地区的高等学府或医疗机构及省内外医学院校进行了友

好学术交流和长期合作,定期举办各种学术会议、学习班、专题讲座等,活跃医院的学术氛围,开阔科技人员的视野,提高医院在国内外的知名度。

方便病人 就医环境舒心称意

为适应社会服务需求,医院确立了“尊重病人,关爱生命,患者至上,服务第一”的崭新服务理念,以“一切为了病人,为了病人一切,为了一切病人”为宗旨,实现了以“医疗为中心”到“以病人为中心”和“以人为中心”的服务模式的转变,开展了以“把方便让给病人”为主题的大讨论活动、“从入院评估到出院宣教全程全身心服务”、星级护理服务等一系列优质服务活动。从患者及家属不方便、不满意的地方抓起,实实在在地为他们办好事、办实事。率先在全国开展了“一声问候、一杯热茶、一块手帕、一束鲜花、一张祝福卡、一张联系卡”的“六个一”活动,打掉门诊挂号、收款、取药各窗口服务部门的玻璃,实现了面对面、心贴心、“零距离”的柜台服务,消除了隔音墙、“隔心墙”。每个病室都配备了《住院服务指南》,病房内提供便民服务箱和报刊架……,使病人满意率提高到 95% 以上,被评为全国首批“明明白白看病,百姓放心医院”。

医院还成立了社会工作部,主动开展医院的“售后服务”工作。通过上门巡访、电话咨询、书信调查等形式,了解患者满意度和听取广大人民群众对医院医疗服务的意见和建议,掌握市场需求和医疗服务方向,为医院的可持续性发展提供可靠依据。

为创造“绿化医疗环境”,医院实施了院区“四化”(绿化、美化、亮化、硬化)工程,实现了“外观形象风景化、局部设施人性化、标志建筑人文化、景观布局立体化”的“四化”景观。在医院工作区、生活区加大绿化面积,增加服务设施,提高文化品位,成为泰城一道亮丽的景致,成为泰城最有人气的地方。为 2003 年创建全国“绿色医疗环境,百姓放心医院”奠定了良好基础。

打造品牌 市场竞争强中求稳

医院要发展必须将优势学科转化为专业品牌。泰安市中心医院瞄准泰安市周边地区医疗市场,按照“院有优势、科有特色、人有专长”的发展思路。明确发展方向,突出优势特色,不断加大对专科人才、设备、技术、管理等方面的投入,使学科建设呈现出了勃勃生机,取得了令人瞩目的成就。医院拥有 48 个临床科室,6 个科研实验机构,形成了以泰安市急救中心、泰安市医药生物技术推广中心、泰山心脏病救治中心、泰安市眼科研究所、眼科医院、泰山糖尿病防治中心、泰山内分泌研究所、泰安市皮肤病医院、泰安市皮肤病研究所、泰安市康复中心、泰安市康复研究所等专科中心和研究所为龙头,2 个省级特色专科、6 个市级重点学科、3 个市级特色专科为支柱,学科专业齐全配套,特色突出,协调发展的可喜局面。

医院领导班子结合泰安市医疗市场的实际,为充分发挥中心医院品牌优势,于 2002 年 10 月成立了以泰安市中心医院为核心,泰安 6 个县市区 12 家医院为成员单位的“泰安市中心医院医疗集团”,实现了农村卫生由“三级网”到“四级网”的过渡。这项举措,即发挥了核心医院的管理和资源优势,实现了资源共享,优势互补,又有利于增强各医院的竞争力,促进各成员单位不断提高管理和服务水平,进而达到集团各成员单位三大效益的全面提高。

为适应卫生改革形势的发展,特别是医疗市场竞争加剧的形势,抢占市场份额,加快优势专科建设步伐,医院领导班子深思熟虑,审时度势,抢抓机遇,以皮肤科和眼科为基础,成立了泰安市皮肤病医院和眼科医院。专科医院成立后,技术水平、门诊量、出院人次、手术量及各项业务都有了较大幅度的提高和增长,既保持了优势专科在全市的领先地位,又结束了泰安无眼科医院和皮肤

病医院的历史,优化了卫生资源配置。

全面建小康,首先要保健康。随着社会经济的发展 and 人民群众生活水平的不断提高,医学模式和群众健康需求的重大变化,医院面对的已不仅是传统认识中的病人,还要涵盖占人群 90% - 95% 的健康和亚健康人群,医院的服务要从‘以病人为中心’向‘以人为中心’转变,要形成新的健康产业模式,开拓新的经营服务领域,构筑新的健康服务模式,使医院的服务功能不断延伸。经全方位考察论证,泰安市中心医院成立了由查体中心、特诊中心和社区医疗服务中心组成的健康保健中心,使高水平的医疗服务直接进入社区,极大地提升了医院的服务深度和广度,并已在社会上产生了极大反响。

根据泰安市高新技术开发区的发展建设规划,医院党委果断作出决定,在高新技术开发区征地组建融医疗、保健、疗养为一体的高标准、现代化专科医院。同时针对医院妇产科、儿科供不应求的局面,更好地为广大妇婴健康保健服务,医院决定考察论证筹建“妇婴楼”。这些新筹建项目的实施,将对医院今后的发展提供广阔的空间,对促进整个泰安卫生事业的健康发展,具有十分重要的意义。

结束语

创新是事业发展不竭的源泉,是创新为泰安市中心医院带来了新的思路、新的举措、新的突破、新的发展和新的局面。

光阴荏苒,岁月更迭。新的世纪摹绘新的篇章。在时代给予的机遇和挑战面前,泰安市中心医院昂首一片蓝天,脚下一方热土,背靠雄伟的泰山,又拥有鞠躬尽瘁勤恳扎实奋勇争先实践“三个代表”的品格财富,那么,属于泰安市中心医院的当是未来每一轮金色的日出。

我院后勤社会化改革目前现状和取得的成效

郭岩,王进述,王岩

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

随着我国市场经济的发展和经济全球化趋势,为应对医疗市场竞争日趋激烈的局面,更好地为人民群众提供优质医疗服务,国家先后出台了医疗卫生体制改革的相关配套文件。后勤社会化改革已成为医院改革的一个重点,后勤改革的好坏,直接影响到医院运行成本的高低,关系到市场经济条件下,医院竞争力的强弱,意义重大。勇立潮头迎挑战,院党委审时度势,率先提出了医院后勤社会化改革的新思路,本着“实事求是,分步实施,整体推进”的原则,按照市场发展规律,深化医院后勤改革。经过一个时期的运行,已初见成效,经济效益和社会效益实现了双赢。

一、基本情况

医院后勤社会化改革,是一项系统工程。它涉及到国家、地方的政策和医院诸多方面的内容。通过广泛的思想发动和酝酿构思,我院后勤服务社会化改革于 2002 年 7 月正式展开。

1. 设置专门机构:成立后勤服务社会化改革的专门机构——“后勤改革领导小组”,院长任组长;分管副院长任常务副组长;同时设置了后勤改革的常设部门——“后勤服务公司”,专门负责后勤改革的具体事宜,后改为“后勤服务管理部”;搭建起了我院后勤改革的组织框架和操作平台。

2. 明确管理体制:根据上级文件规定:“医院后勤管理和经营要职权分离,改后勤服务经费的财政拨款为有偿服务收费。组建后勤服务实体要实行独立核算,合理确定服务价格,规范收费”。同时指出:“医疗机构与后勤服务实体要通过签订合同等契约形式,建立监督制约机制,按照合同支付后勤服务费,严格收入和支出管理,使后勤服务实体按照市场经济规律运行。”

3. 组建六个服务中心,开拓后勤服务市场。

根据国家和省卫生厅《关于加快医疗机构后勤服务社会化改革的指导意见》,本着“以成本核算为主体,逐步建立医院后勤服务社会化运行机制”的思路,按照院党委后勤社会化改革精神和具体部署,经反复研究,决定撤消营养科,组建了饮食服务中心、连廊服务中心、接待服务中心,经过院内外公开招聘,竞争上岗,产生了三个中心的经理。目前三个中心已按市场化经营模式运作,管理和经济效益已初见成效。经过充分酝酿,本着公开、公平、公正的原则,成立了医院文印中心和卫生被服洗涤中心,改变了过去那种不计成本消耗,干多干少一个样,收入支出一笔糊涂帐的局面,强化了经营管理。随后又成立了医院车辆管理服务中心,通过全院和社会公开招聘、竞争等程序,产生了上面六个中心的经理。这样,医院后勤服务就开始真正按照市场规律进行运作。其中连廊服务中心为租赁承包形式,其余五个中心实行综合目标责任制管理。

4. 引入专业物业的管理公司介入医院后勤服务。医院后勤服务是一个繁琐、庞杂的系统。尤其随着医疗事业的迅速发展,社会对医疗整体服务的要求日益提高,原来的后勤管理体制和运作方式已经很难满足现代医疗的需要,必须走社会化和专业化管理的路子,选择有理念、有经验、素质高、信誉好、机制好的专业服务企业进行合作,以获取优质服务。早在 2002 年 2 月,医院就同泰安市保丽洁物业公司签订了门诊楼保洁合同,2003 年 9 月又同该公司签订了宿舍区物业管理合同及医院工作区综合服务合同,范围包括:维修、绿化、保洁、保安、污水处理、电梯、锅炉房等,实行全方位的物业管理,全新的管理模式、贴心的服务、高标准的质量和高效的运转机制,得到了全院病陪人员和广大职工的认可。2003 年 3 月,引

进泰安市泰山区保安公司,负责医院医疗秩序、车辆管理、日常保安等工作,由于管理到位,使医院保安工作有了较大的起色,治安案件减少,车辆管理有序,医疗、生活秩序井然,应对突发事件的能力增强,正是基于引入专业公司,为塑造医院良好的品牌形象,打下了坚实的基础。

二、主要工作成绩

医院后勤社会化是医院管理改革的一个核心内容,必须打破过去自我封闭的后勤服务体系,在服务模式、服务手段上力求创新。从成立的医院后勤各个中心的运行情况看,经济运行态势基本正常。尽管每个中心成立时间不一致,但取得的经济效益和社会效益是非常明显的。各个中心在管理上打破了过去旧的人事、分配制度等计划经济的制约机制,都严格按照市场经济的运行规律,以全成本核算为基本管理方式,改变了过去医院后勤有些方面成本核算不到位情况,开拓创新,找准各自服务的切入点,提升档次,规范管理,实行真诚服务,贴心服务,微笑服务等,为病员和职工创造一个温馨、满意、洁净的服务空间。使管理工作有了新的起色,努力为医院做好增收节支工作,实现了后勤服务社会化改革朝着健康、有序、良性的轨道发展的目标。

1. 取得的经济效益

根据财务统计,饮食、接待、连廊三个服务中心今年 1-10 月份共上交院费用 637,795.80 元,其中管理费 523,955.00 元,水电、工资等费用为 113,840.80 元。在此期间,各中心为顺利开展工作,运用自有资金投入固定资产 57,289.00 元(饮食中心 46,290.00 元,接待中心 10,999.00 元),取得了较好的经济效益和社会效益。文印中心自 2002 年 10 月至 2003 年 10 月,共完成产值 351,549.55 元,扣除其上交水电、工资等费用 19,435.02 元,结余 332,115.53 元,比预计 44 万元,减少 10.80 万元,降低 32.53%。文印的表格和医疗文书等印刷品,无论质量、价格、服务都得到了临床一线科室的认可;车辆管理中心自 2002 年 12 月至 2003 年 10 月行驶里程为 382,925.00 公里,同比增加 70,977.00 公里,增长 22.75%,每公里油耗今年为 0.35 元/公里,同比减少 0.02 元/公里,降低 5.71%。维修费为 125,234.52 元,同比减少

52,960.96 元,降低 42.28%。每公里基础消耗为 1.31 元,低于预期指标 0.49 元,降低 37.40%,节约资金 187,633.25 元。其中,医院肾移植派出车辆行程达 44,237.00 公里,有力地保证了临床一线医疗工作的需要;被服洗涤中心自 2002 年 12 月至 2003 年 10 月已完成产值 687,952.08 元,预计 11 月份产值为 3 万余元,全年预计 72 万余元,扣除其上交水、电、工资等费用 51,800.00 元,结余 66.80 万元。

2. 取得的社会效益

各个服务中心从狠抓服务质量、降低生产成本入手,积极开展新的业务和服务项目。餐饮服务方面,由于引入竞争机制,打破了垄断经营的服务模式,使饮食服务中心、连廊服务中心、接待服务中心这三家以餐饮、副食为主业经营的服务实体相互竞争、相互改善服务态度、争上花色品种、争相降低价格以优惠职工的体制和局面已经形成。连廊服务中心百货超市打折优惠销售并使院内职工享受到泰安银座超市价格,餐饮服务中心在病员订饭服务、特色面点等方面入手,饭菜的花样增多,价格适中,物美价廉,接待服务中心适时推出泰山风味宴及零点菜品,即满足了医院病陪人的需求,也为医院职工搞好了服务。并且,随着季节的变化和市场的蔬菜价格,各餐饮中心对十几种菜品进行了幅度不同的降价,给病员和医院职工带来了一定的实惠,受到了他们的一致好评。在抗击“非典”的斗争中,餐饮服务中心在时间紧、任务重的情况下,加班加点,保质保量完成了医院发热门诊、发热病房工作人员送餐,市“非典”治疗中心医护人员 100 多人的就餐工作,受到了各级领导的好评。车辆服务中心的职工积极为临床服务,工作随叫随到,加班加点,保证了急救医疗、科研、办公用车。在“非典”时期,120 急救用车,冲锋在前,运送发热病人,出车及时,得到了社会各界的好评。文印中心和卫生被服洗涤中心,坚持印刷品和被服用品实行下收下送,上门服务,努力为临床科室解除后顾之忧,对他们提出的问题,采取积极的措施进行协调,给予妥善的解决,受到了临床一线科室的表扬和对服务态度的认可。另外,泰安保丽洁服务公司紧贴医院的发展要求,以微利经营,为医院节省后勤费用,实现优质、高效、低耗的经营服务,得到了医院的好评。

三、取得的初步成效

医院后勤社会化改革,其实质是用比较低廉的费用,提供比较优质的后勤服务。改革就是要有利于医院的发展,有利于医院后勤管理水平的提高,改革的成效主要表现在:

- 1.人们的思想观念有了较大的转变,后勤服务是商品,花钱买服务的观念正在形成。
- 2.按照市场经济规律要求,后勤服务实行自主经营、自负盈亏,经营效益明显。
- 3.经营模式有创新和突破,服务实体在承包范围内,拥有更多的自主权,经营更加有活力。
- 4.后勤服务更加规范,档次提升较快,得到了各方面广泛的认可。
- 5.整体服务水平的提高,产生了良好的社会影响,使医院品牌效益明显。

四、主要经验体会

- 1.政策保障是医院后勤改革能否得到持续发展的基本前提。
- 2.为实现医院后勤服务产业化、社会化,应该在步骤上采取循序渐进、分阶段、分类、分步实施,要处理好改革、发展和稳定的关系,协调医院、职工等各方面的利益关系。
- 3.要按市场规律运作,就要讲经济核算,就要讲投入和产出的关系,医院后勤社会化服务不仅提供的服务追求市场化、经济效益,还包含无偿的公益活动,讲求社会效益。
- 4.各地的后勤社会化改革发展是不平衡的,需要借鉴别人先进的改革经验,做到“他山之石,可以攻玉”,不断调整医院改革的思路。
- 5.要加大对后勤服务各实体的监督力度,制定和完善相应的管理措施,热情服务,规范管理。
- 6.要克服在改革过程中存在的不足和薄弱环节,要做好相应的工作,变不利因素为有利因素,不断完善和发展。主要问题表现为:
 - (1)改革的思想观点不统一、多元化思想是当前医院后勤改革的主要障碍;
 - (2)后勤改革质量的优劣,是关系到改革成败的先决条件;
 - (3)单纯经济观点和承包的短期行为,要引起

高度重视。

7.要充分发挥医院后勤人员的创业精神,与时俱进,努力开拓医院后勤服务的新局面。

五、今后医院后勤服务社会化改革采取的措施和对策

(1)提高对后勤工作重要性的认识,加强后勤干部队伍建设。

(2)严格管理,培养高素质的后勤职工队伍,要提高三个素质:

- ①政治素质
 - ②道德素质
 - ③业务素质
- 要增强紧迫感、危机感和责任感。

(3)要树立五种意识:

- ①顾全大局的整体意识
- ②勇于进取的改革创新意识
- ③脚踏实地的实干意识
- ④高度负责的主人翁意识
- ⑤不甘落后的争先创优意识

(4)要争做六种模范

- ①开拓进取模范
- ②爱岗敬业模范
- ③技术求精模范
- ④遵纪守法模范
- ⑤无私奉献模范
- ⑥管理服务模范

(5)要不断学习,自我充电,掌握一技之长,特别是年轻人,要提高抵御各种竞争压力的本领,加强岗位培训,不断提高服务水平。

(6)建立健全岗位责任制,逐步实行聘任制、合同制,引进激励机制,调动广大职工的积极性、主动性,增强后勤的活力。

(7)要珍惜自己的岗位,热爱自己的本职工作,要摆正自己的位置。要清醒、冷静看待改革,主动参与改革。要充分考虑到可能遇到的困难,坚定信心,知难而进。

(8)深化后勤服务改革,加快向社会化迈进的步伐,要拓宽思路,完善管理体制,主动灵活的创造向社会化过渡的条件,要循序渐进,自我发展,逐步实行和完善医院后勤服务社会化。

“以客户为中心的服务” 对医院服务管理的影响

韩涛

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

前段时间,我院组团去新加坡考察,有幸听取了新加坡国际管理学院杨威荣教授关于服务管理的讲座,很受启发,在此结合医院的服务管理谈一点个人看法。

一、客户的定义

客户是一个商业用语,作为事业单位的医院,把患者称为客户我们的确不习惯,但医疗服务是社会大市场的组成部分,不管我们承认还是不承认,患者就是医院的客户。对医院而言客户不只是来院就诊的病人、前来查体的亚健康人群,还包括陪病人前来就诊的亲属朋友等陪人。客户分普通客户和忠诚客户,如何让普通客户变成忠诚客户是我们工作的重点,因为忠诚客户是医院的稳定客户,而且他们为医院介绍的客户、为医院作的宣传是没有成本的,也是最有效的,所以医院的持续发展是由忠诚客户决定的。医院忠诚客户的多少反映出一个医院整体诊疗水平和服务质量的,在新加坡非常注重一个指标:病人向他人推荐医院率,这是一个反映客户忠诚度的重要指标。

二、何为以客户为中心的服务

我们首先了解一下客户的期望值。客户的期望一般分三个层次:一是客户期望的最低水平,这是客户的最基本期望,作为医院就是能治好病。你的环境再好,服务再周到,没治好病病人就会失望。二是客户可以得到有选择的服务,这是令客户满意的服务。作为医院要丰富治疗手段,让病人选择更适合自己的诊疗措施。三是客户没有期望得到的增值特色或服务,这会给客户意外的惊喜。如我院肿瘤内科的一个微笑、一声问候、一束

鲜花、一杯热茶、一张出院联系卡的“六个一”服务就是给患者的意外惊喜。竞争会使今天的意外惊喜变为明天的满意或基本满意,因此对客户的服务是无止境的,要不断创新。

忠诚的客户必定是满意的客户,满意的客户来自优质的服务,优质的服务一定是以客户为中心的服务。我国很多医院的硬件建设并不比新加坡落后多少,关键是服务理念上的差距。以客户为中心的服务关键看工作流程是病人在动还是员工在动。在中国的老观念是病人求医,因为病人求医所以医生高高在上,病人来医院看病不知走了多少冤枉路。在新加坡的医院是员工在动:药剂师要把药送到病人身边,并告诉你怎样服用,有什么注意事项;心电图要推到病人身边做,病人所需要的各种信息要让病人及时了解,院内停车场职工要让给病人;医院的建筑设计、工作流程要突出以病人为中心,所以他们的医院没有院墙,室内各种通道都相连,到处都有供病人休息的座椅,电梯、卫生间、床边、走廊都设有方便病人的扶手;指示路标随时提示您要去的方位,服务人员总是在您需要的时候出现在您身边;当您出院离开医院时,当您吃完饭离开餐厅时,当您下车离开出租车时,总能听到一句话:“谢谢您”。试想如果在病人离开医院时,我们的医务人员能说一句“感谢您对我们的信任”,病人会是怎样的感受?漂亮的大楼我们盖起来了,昂贵的设备我们配齐了,恰恰是这几乎没有成本的服务我们做得不到位。

任何服务都不可能尽善尽美,对不满意客户的处理是以客户为中心的服务的关键环节。据统计,95%的不满意客户不会投诉你,但他会告诉他周围的人你的不好,投诉你的人希望你能改正错

误,因此对投诉你的人应该说声谢谢。投诉可以变为机遇,如果你处理的好,还能得到一个忠诚的客户。想想我们是如何对待病人投诉(包括纠纷)的?多数情况下都是病人的错,我们很少检点一下自己,想想这些人会对他周围的人说我们医院什么?

这里举一个例子说明什么是以客户为中心的服务。加拿大一所专治小肠、疝气疾病的医院,没有豪华的设施,病人洗澡要用公共浴室,吃饭要到公共餐厅,而且病人入院审查很严,但这样一所医院却是世界上满意率最高的医院。爱心是信任的基础,技术是信任的保证。在这所医院,医生与病人在同一张餐桌上吃饭,医患之间向朋友一样相处,病人对医生高度信任,上午做完手术,下午医生就让病人试着走到餐厅吃饭,病人恢复很快。另外,这所医院每年举办一次病友聚会,有上千人在一起免费就餐,几十年如一日。说明这所医院与病人的关系不是一次性的,医院想着病人,病人更会时刻关心医院,其影响力很难想象,难怪一些病人跨国前去做手术。

三、服务质量的评价

与有型产品相比,服务质量更难评价,有型产品用感官可以感觉到。如一辆汽车,外观漂亮,性能优越,这就是一部好车,而医院提供的服务除了用感官以外,还要用心去感受。用感官可以了解医院的硬件,软件,用心理可以感受到医院的“心件”。一个医院有现代化的设施、科学的流程是不够的,更需要医护人员的爱心,与医德、医术相比爱心更重要,因为病人是痛苦人群,更需要帮助。在病人痛苦的时候,一句暖心的话会让病人终生难忘。医院设施再好,如果医护人员脸上没有笑容,医院没有温暖,病人会很快忘记。在新加坡听到这样一句话:通过为别人献爱心你得到快乐,你天天献爱心,你就会天天快乐。

影响服务质量的因素很多,站在患者的角度可以从以下五个方面评价医院的服务质量:

一是可感知性。就是把无形的东西变成有形的东西,比如某项检查指标高,你要告诉病人会造成什么样后果,今后应注意什么,让病人了解诊疗过程。

二是可靠性。不要让病人有受欺骗的感觉,

你的一次无心失误可能会失去病人的信任。如拿错化验单、划错价等。

三是反应性。主要指面对突发事件的应变能力。如:当病人的病情突然发生变化时,医院的人员、设备、抢救措施等是否及时到位。

四是保证性。指医护人员专业知识要过硬,设施要齐全,让病人有安全感。

五是移情性。指换位思考,医护人员要多站在病人的角度考虑问题,要有爱心。

四、如何创建以客户为中心的服务

首先是服务程序的改进。建立严格、科学的工作流程是一切工作的基础。如北京烤鸭与肯德基,全世界的肯德基几乎是一个味道,而北京烤鸭不同的饭店不同的味道,所以肯德基是世界著名品牌。改进服务程序重点抓关键时刻的管理、服务瓶颈的管理和程序标准化的管理三个方面。关键时刻的管理:问题多发生在关键时刻的管理上,如夜间来的病人多是危重病人,我们的医生在不在岗;全麻病人苏醒前是关键时刻,我们的医护人员是不是在病人身边;组织危重病人会诊需要多部门合作,相关科室能否迅速到位等。服务瓶颈的管理:经常出现问题的部门和环节是我们最急需改进的地方,主要指病人诊疗程序的科学性,步骤越多越容易发生问题,因此要尽可能简化就诊流程。如病人流量最大的部门应放在最方便的位置,一个窗口排队会影响整个医院的服务流程。服务程序的标准化:避免不同的人提供同样的服务产生不同的效果。

二是从患者的心理着手。这里着重讲一下等待管理。病人在就诊过程中,几乎每个环节都要等待,因此等待管理直接影响患者的心理和情绪。大家都有这样的体会:无事可做时,时间过得特别慢;服务前的等待比服务中的等待长得多;焦急与渴望使等待难以忍受;不知情的等待比知情等待更漫长;没解释的等待比有解释的等待长;不平等的等待比平等的等待长;单独的等待比集体等待难受;服务价值越高就越值得等待。假如我们在电梯旁挂面镜子或一幅画,等电梯就不觉得特别慢;假如告诉手术陪人大概手术时间,并及时通知手术进展情况,向其家人报一声平安,陪人的等待就不会是那么难以忍受;假如本院熟人看病直接

插在其他就诊病人前面,病人会感到不公平;假如你是天下第一刀,病人的等待是值得的。等待管理是小事,但直接影响病人的心理和情绪,是医院抓服务质量不容忽视的环节。

三是提高人员素质。人员素质分外观的和内涵的。外观的包括:专业知识、外表体态、待客态度;内涵的包括:精神面貌、独立自主性、自动自发性。外观的可学为自己用,而内涵的只能用心去感应,只有同时具备你才是一名高素质的员工。你是研究生,仪表堂堂,对患者态度也很好,但整天萎靡不振,你不是一名好员工。你的精神面貌很好,但拨一拨,转一转,缺主动性,你也不是一名好员工。

四是标杆学习。与落后的比你会自满,只有与最好的比你才能发现差距,组织型学习是新加坡一条成功的经验。他们内部互相学习,向先进同行学习,跨行学习。新加坡的医院向新加坡航空公司学习,向宾馆学习,向麦当劳学习,向万国宝通银行学习,甚至向动物园学习。新加坡的动物园里没有围墙和铁丝网,完全是开放式的,观赏动物正常人能到的地方,残疾人也可以到,动物园在设计上为观赏者和动物提供了尽可能的方便。

五是创建凝聚人心的医院文化。新加坡的医院都有自己的宗旨、目标、价值观、服务理念及实现理念的具体措施。比如新加坡国大医院,他的宗旨是病人的利益高于一切,为病人提供省钱高质量的个性化服务;他的目标是让医院成为病人本区首选的医疗中心,成为让员工首选的雇主,让国人延年益寿,生活更健康;他们的价值观是尊重、合作、体贴、学习和教育、正直、专业化、卓越。我们在新加坡樟宜医院见到很多口号:“真诚的服务、真诚的微笑”,“当病人对我们的服务感到满意时,你马上可以从他们的脸部表情上感觉出来”,“我不清楚开怀大笑是不是最好的药,但我知道,开心的笑力持久”,“病人开心的微笑是我们快乐的源泉”,“不仅是要把工作做好,这关系到人的生命”,“为民服务是一件快乐的事情”等。在我们看来,有些话是空话、大话,有些事我们不屑一顾,但是他们确以自己的实际行为实践着自己的诺言,用这浓厚的文化氛围凝聚了员工的心,留住病人的心,推动了医院持续健康发展,用承担社会责任实现着自身的价值。医院文化在国内是一项不被重视的建设,但人性化的服务理念需要用医院文化进行长期的、潜移默化的影响才能逐渐形成。

实行人事代理 深化医院用人机制改革

苏贤菊,张雷

(泰安市中心医院人力资源部,山东 泰安 271000)

随着卫生事业人事制度改革的不深入,医疗机构实行人事代理,已成大势所趋。实行人事代理,最大特点在于实现了卫生人才资源的使用权与所有权的分离,充分体现了单位用人的自主权和被代理人员择业的自主权。使单位从档案工资调整、职称评定等繁杂事务中解脱出来,减轻用人压力,通过运用市场机制,广揽社会卫生人才,优化医院人才结构,从而形成人员能进能出的良性循环机制。

1 人事代理的概念及服务对象

人事代理是指单位或个人把人事关系和档案等人事业务委托人才服务中心管理,由人才服务中心提供全方位人事业务服务的人事管理方式。人事代理是市场经济体制下形成的一种新型的人事管理体制,体现了社会对人才资源重要性的广泛重视,促进了政府建立与市场经济相配套的人事管理体制,有利于单位建立新型用人机制,实现人才资源的有效配置,提高人事管理效率和管理

水平。人事代理分单位委托代理和个人委托代理。单位委托人事代理后,单位与员工之间只是工作关系,员工不再依附于单位,从而实现了员工由“单位人”向“社会人”的转变,为单位自主用人和员工自主择业奠定了基础。

人才交流服务中心是流动人员的主管单位,负责管理本辖区流动人员的档案和人事关系,具体服务对象有辞职、被辞退的机关工作人员及企事业单位专业技术人员和管理人员;与用人单位解除劳动合同或聘用合同的专业技术人员和管理人员;待就业的大中专毕业生;自费出国留学人员;各种所有制成份的企业、事业、经济组织单位聘用的专业技术人员和管理人员等。

2 被代理人的权利和义务

遵循“集中统一,归口管理”的原则和现行有关规定,大中专毕业生不论是在民营、外资、中外合资(合作)企业或出国打工,还是赋闲在家或是考研等,只要办理了人事代理(未持有报到证的毕业生可以先办聘干就业手续),代理期间计算工龄,一年后办理转正定级手续。将来考入国家机关、事业单位或进入国有、集体企业的,工龄连续计算,户口可直接落在城区。可通过代理专户交纳社会养老保险金,并按国家有关规定办理退休手续,领取退休金,实现老有所养,解除后顾之忧。

辞职、辞退或与单位解除劳动合同人员办理人事代理,可保留原身份,工龄连续计算,原交纳的社会养老保险金可划入新建立的个人账户,予以续交,并按国家有关规定办理退休手续,领取退休金。找到新的工作单位以后,按有关规定办理调动手续。

为保障民营企业、外商投资企业、社会中介机构等非公有制单位聘用的专业技术人员和管理人员及辞职、辞退、自动离职、与单位解除劳动合同或聘用合同等流动人员的合法权益,规范流动人员管理,推进人事代理工作的开展,人才交流服务中心必须切实履行职责,做好流动人员报考国家公务员,参加各类人事考试,初级专业技术职务评审委员会的综合管理,流动人员初级专业技术职务任职资格的评审、中高级专业技术职务任职资格的审核、上报,流动人员继续教育、培训和职称外语、任职资格、执业资格等考试的报名组织等工作。出具考研、自考、报考国家公务员、出国政审等手续;负责办理调整档案工资和职称确定,晋升手续;代管党团组织关系,参加党的组织生活,办理预备党员转正手续等;对有求职意向的代理人

员优先推荐就业。

3 泰安市人才市场卫生分市场管理办法

为适应新形势的需要,深化卫生事业改革,进一步优化卫生发展环境,创新卫生人才管理机制,更好地为卫生专业技术人才和各种所有制医疗卫生单位提供高效、优质服务,推动卫生人才市场良性发展,我市成立了泰安市人才市场卫生分市场,作为市人事局、市卫生局共同管理的人才服务机构,业务上接受市人才交流服务中心(市人才市场)的领导。卫生分市场服务的对象为受委托的各级各类所有制医疗卫生单位及需流动的各层次卫生专业技术人员。其服务范围是:面向卫生系统,收集、整理、储存和发布卫生人才供求信息;开展卫生系统的人才交流服务工作;开展各种所有制医疗卫生单位人事代理业务;开展卫生人才的素质测评工作和评价业务;开展人事人才政策咨询服务工作;医疗卫生单位委托的其它业务。

卫生分市场实行专设市场、专人负责、专人管理、专柜管档、专场招聘的工作制度。根据医疗卫生单位的要求举办卫生人才供需洽谈会。建立信息登记查询制度,搜集整理相关资料,建立卫生人才信息资源库及办学单位需求信息库,满足供需双方查询需求。

人事代理服务的范围:市内外商独资、中外合资、合作和民办医疗卫生单位;市内公办医疗卫生单位招聘的人员(含计划外人员);市内其他自愿委托的各类卫生机构和单位;自愿委托的卫生专业人才;受聘到外地工作的卫生专业人才;卫生系统按照有关规定办理了辞职、辞退、解除劳动合同的人员;因私出国(境)、自费出国留学人员;暂时未落实工作单位的医疗卫生类大中专毕业生。

人事代理的内容:提供人事政策咨询,人才素质测评,岗位技能培训;管理人事档案、人事关系,办理专业技术职务资格确定和资格考评、晋升的申报,毕业生转正定级;出具出国(境)人员有关政审、证明材料;负责代管人事档案人员的身份确认;工龄计算及档案工资调整;代管党团组织关系;代管户籍关系;代办社会养老保险。

人事代理的方式:即可实行单位委托,也可实行个人委托。委托单位和个人应明确代理项目,可以全权委托代理,也可以单项或多项委托代理。

人事代理办理程序:出具委托人事代理申请书。属单位委托的,需出具营业执照(副本)或批准成立文件复印件,委托代理人员名单、聘用合同等材料属个人委托的,需出具身份证、毕业证或专

业技术职务资格证书,聘用、解聘、辞退、解除劳动合同证明及其它相关证明材料,填写《人事代理申请表》,签订《人事代理合同书》,确定委托关系,明确双方的责任、权利和义务;委托单位和个人,应按要求报送有关存档材料,如人员考核情况等。

4 我院人事代理工作开展近况

近日,依据市委组织部、人事局、卫生局文件要求,经院党委研究决定,我院对首批 94 名职工试行了人事代理。

按照“留住人才,吸引人才,新人新办法,老人老办法”的原则,有计划、分阶段地推进,逐步实现

医院人事管理由单位化管理转变为社会化管理。我院首批将 2002 年后进入医院的 27 名医院急需中高级业务骨干,39 名招聘本科生,28 名调入和分配人员纳入施行范围,已将其人事档案交由泰安市人才交流中心代理。

实行人事代理之后,职工不再依附于单位,单位和职工之间只存在工作关系,你受聘而来,我量才使用。合同期满,双方关系自然解除。不再续聘的,职工进入人才市场,转入个人代理,与医院不再有任何关系。对于新调入和分配人员,在上级编制批复之前,实行人事代理后,医院可为其办理养老保险、医疗保险、职称晋升、转正定级、定职称等,并从实行人事代理之日起计算工龄。

谈医院声像档案资料管理系统的建立和发展

王亚光,赵曼青

(泰安市中心医院宣传中心,山东 泰安 271000)

随着信息时代的到来和医院计算机网络的逐步建立,充分利用信息技术开发信息资源,为医疗、教学、科研服务已势在必行。声像档案资料作为信息的新兴载体,其内容和形式也在不断地更新和发展。从早期的唱片、电影片以及幻灯片到目前的视频光盘和电子出版物等。声像档案资料已成为医学档案情报部门馆藏建设必不可少的重要内容,我国声像档案资料管理工作起步较晚,发展也参差不齐,已不能满足医疗科技发展的需求,所以建立起适应我国国情的声像档案管理系统具有重要的现实意义。

一、建立医学声像档案资料管理系统的必要性

1. 医学研究和信息传递手段的不断发展要求建立与其相适应的声像资料管理系统。目前,医院愈来愈多的科研项目和学术交流依靠声像资料来传递信息,不仅内容丰富,生动形象,而且具有传递迅速、易于接受的特点,特别是光盘的应用,它是以数字行码的方式将图文声像等信息存储在磁光电介质上,信息存储量大,携带方便,深受用户欢迎。因此医院档案部门、医学情报部门等应尽快适应信息时代的要求,从传统的“藏书”、“存档”等工作中走出来,由单功能的智能服务向多功

能的学术性综合服务系统发展,声像资料管理系统不仅仅是档案部门现代化服务的重要组成部分,也为其全面发展提供了良好的条件。

2. 医院的建设发展和医务工作者对声像资料的需求是声像资料管理系统发展的根本动力。医院声像资料分为两部分:一是医院的工作活动。如上级视察、外事任务、会议、文体活动;二是医疗中的各项工作。随着科学技术的不断发展及声像设备在医学领域的应用,许多新技术项目如手术、特殊病历、标本以及影像医学中的各类 CT、磁共振、X 光片等都需要通过摄影、摄像等手段记录下来,为医、教、研工作提供真实的依据。为医学的发展有着重大的推动作用,许多医务者都在工作实践中愈来愈认识到其重要性,声像资料的作用将远远大于传统的印刷资料,医务人员对声像资料日益增强的需求将极大地推动声像资料管理系统的发展。

3. 声像资料本身的特点是决定创建声像资料管理系统的根本原因。声像资料是一种新型的非印刷型文献资料,存储载体大都是二进制代码表示的数字信号或模拟信号,是一种先进的现代化信息媒介,具有生动、直观、图文并茂的特点,因此,传统的档案情报管理系统已不能对其进行有效的管理,必须建立一个专门机构,制定一套特殊

的管理方法,进一步形成独立的声像档案资料管理系统。

二、声像资料管理系统的组成

声像资料管理系统是档案管理系统的一个子系统,是对声像资料进行收集整理、加工、存储和利用的文献管理系统。该系统由四大模块组成:资料收集、资料整理、资料存储、资料利用。

1. 资料收集。资料收集是声像资料管理系统的基础,关系到馆藏建设的特色。在收集过程中一要制定科学的切实可行的收集原则,根据本馆的性质、规模和服务对象,有重点选择入藏。我院从 1980 年建立了医学摄影室,1992 年改名为影像资料室。20 多年来拍摄、收集存储了大量的反映医院各方面工作的照片和录像资料,根据我院档案工作的总体要求,1999 年制定了我院声像档案管理制度和管理规定,该制度要求声像档案工作(专、兼职)人员要按声像档案归档范围,随时收集各种反映医院工作活动及发展变化的声像资料都应在处理完毕后,连同底片按归档要求及时整理归档;归档的声像资料应按不同载体、年代、问题分类整理、组编,并用钢笔按要求作出文字说明,交接时应认真检查;声像档案均应按顺序立放于柜架上,不能挤压,定期检查,发现问题及时处理。工作人员平时保管、接触原片时注意不要损坏;声像档案保存期限届满需要销毁的,由档案人员提出销毁意见,经科室负责人审查,编造销毁清册,经分管领导批准后销毁。二要明确归档范围。①上级领导对本单位的工作进行视察或检查时形成的声像材料。②本单位召开的重要工作会议和重大活动中形成的声像材料。③本单位外事活动中形成的声像材料。④本单位为进行各类宣传教育而拍摄、录制的具有保存价值的声像材料。⑤本单位重大事件、事故、异常现象拍摄的声像材料。⑥与其他载体有密切联系的有保存、查考利用价值的声像资料。三要明确归档要求。归档的声像材料必须是原版、原稿;声像材料必须图像清晰、声音清楚并加必要的说明;照片材料必须影像相符,由底片、照片、文字三部分构成;录音带、录像带须注明当事人姓名、事由、录制时间、录制内容、录制人、盘数及带长、型号、编号及保管期限等内容;声像资料的归档时间,按其资料形成特点由经办人及时整理归档。根据上述制度和规定,避免了收集工作中的盲目性和随意性。

2. 资料整理。整理是声像档案管理系统的关键,其目的是利用科学的方法,全面、准确的揭示

声像档案的内容和形式特征,提高声像资料的利用率。我院在声像档案资料的管理规定中要求声像档案的管理必须做到:①保持声像材料之间的有机联系,以一张(盒、盘)或一组密不可分的材料为一个保管单位(案卷)。②声像材料按照片、录音、录像不同载体、年代、问题分类整理,保持前后一致,不能随意变动,其代符各为 ZP、LY、LX。③照片应与说明一同整理,底片(负片反转片)单独整理,分别固定在芯页上组成案卷,一般 30 芯页为宜。④案卷目录以照片的自然张或有说明的若干张为单元填写,卷内目录中的照片题名应在保证基本要素的前提下,将文字写成照片名称,一般不超过 50 字。⑤案卷的装订应完整、齐全、标准、美观。⑥录音带、录像带如同一内容分录了数盘(或盒)应统一编号,每盒(或盘)再编分号;若一盒(盘)内录制若干内容,则编一个号再按顺序详细注明每一内容、起止时间。⑦录音带、录像带的盒套外要贴上标签、写明编号、事由、题目、讲话人、录制日期、录制人、盒数、参见号、带长、型号、保管期限等。⑧档号的编号应规范、准确、清晰,不得出现重编、漏编、空号现象,底片可编流水号,标在底片袋的右上方,按顺序插入底片册内。

3. 资料的存储。声像档案的存储是其管理系统的保障,其目的是科学的、合理的存储声像档案资料,避免对声像档案的损害和丢失,为广大读者提供商品质的声像档案服务。所以要做好以下五个方面的工作。①声像档案入库前要进行检查,黑白照片底片入库要进行水洗,接触底片、光盘的人应戴清洁手套,防止底片污染,对不合格的声像资料需经技术处理后方可入库。②照片、底片册、录音、录像带、光盘均应顺序立放于柜架上,不能挤压。录音录像带每隔 6-12 个月绕一次,避免粘连,如发现录音、录像带变形、断裂、磁粉脱落,照片、霉变等现象,要及时采取措施加以补救。③声像档案需密封,放入防磁柜内(照片除外),做到防火、防强光、防尘、防磁、防热、防潮、防低温、防盗等,库房温度保持在 14-24℃,湿度保持在 40-60%之间。④声像档案的利用需经主管领导批准,任何部门或个人不得擅自带出、复制、消磁和涂改。⑤声像档案的保存期限与同一卷号不同载体的档案保管期限保持一致,对保管期限届满,需销毁的声像档案,按有关规定办理。

4. 资料的利用。资料利用也就是利用声像档案资料为医院的建设发展服务,为医疗教学、科研工作服务,这是声像档案管理系统的目标和发展动力,把档案中潜在的信息资源转化为生产力,提

高声像档案资源的共享性和资源的利用率,其目的是利用相应的设备为读者提供所需要的高品质的声像档案,完成信息的传递更好地发挥声像档案资源为社会服务的功能。我院在声像档案的开发利用方面已成为一项经常性的工作。我院的声像档案可分为两大类型,一种类型是以医院发展建设方面为内容的包括上级领导视察工作、外事活动、重大事件、重要会议活动、文体活动等。另一种类型是工作中形成的以医、教、研为目的各类声像资料如特殊病例、手术标本、翻拍的 X 光片、CT、磁共振片等等。利用形式多样的方法对我院现有的声像档案进行开发利用。如直接为其提供照片、录像资料,也可提供经二次文献加工后的声像档案资料。因为声像资料的搜集,不是传统的简单收集,而是在确定各部分媒体如文本、图像、视频技术等后,按总体设计收集各种素材,进行二次文献加工创作。基本原则包括思想性原则、教育性原则、科学性原则和艺术性原则。如临床教研需用的声像资料,将拍摄收集到的原始声像资料制作成幻灯片,录像片 and 多媒体课件配上文字音乐与解说词等提供给读者等,深受用户的欢迎。我院在开发利用声像档案资源方面做了大量的有成效的工作,近 20 年来利用声像档案编纂了两部

院志,编印了两本画册和《医院八五回顾》展、《五十年院庆》展两次大型图片展览,反映医院改革发展录像资料片多部。为此,也获得山东省档案局“开发利用档案信息资源”成果奖多项。为今后声像资料能得到更加有效的利用和开发,打下良好的基础。

三、声像资料管理系统的信息化与网络化

声像资料管理系统是把声像资料作为信息进行收集、整理、加工、存储和利用的开放型的信息管理和传递系统,声像资料管理系统一方面要利用各种信息技术,引进相应的设备建立计算机管理系统,提高工作效率和质量。另一方面要扩展声像资料的信息源、增大信息源,提高声像资料的利用率。

实现声像资料的网络化管理。长期以来,声像资料的管理与其发展速度不相适应,造成声像资料重复收集的现象严重,因此,加强声像资料的网络化管理是实现声像资料的共享、保障声像资料管理系统正常运行的条件。从而使声像资料进行一个良性循环的轨道,推动声像档案资料管理系统的自身发展,以适应信息时代的要求。

培育营销理念 搏击医改大潮

陈建萍

(泰安市中心医院市场开发部,山东 泰安 271000)

发展是我们赖以生存的基石。随着我国市场经济体制的建立,经济全球化进程的逐步加快,特别是我们已加入世贸组织,医疗服务市场的竞争必将日趋激烈,三种力量即:国有医院、外资医院、民营医院的博弈将是必然的结果。昔日“皇帝女儿衣食无忧”风光不再,今日“主动出击参与市场”方显英雄本色。

1 把握医疗服务市场脉搏,培育营销理念

如果让时光回走 10 年,中国的医疗行业还是个“公主”,是一个冷美人,神秘、遥远,充满了诱

惑。然而今天“公主”已经成为了历史,“群雄逐鹿”已是大势所趋。在缺医少药的年代,医患之间的关系如果视为供求关系的话,那是供不应求,那时候我们是“酒香不怕巷子深”,“皇帝的女儿不愁嫁”,可以说我们无须医疗服务市场的竞争理念与营销观念,然而到了市场经济的今天,就不能这样了。以前有些问题根本不用我们来考虑,现在却越来越多地摆在我们面前,如医务人员反仆为主;医务人员出现失误,不能主动承担责任;不注意保护就医者的人格尊严与隐私等等问题都出来了。医院作为一个具有法人地位的服务组织,医务人员与就医者之间的社会地位是平等的,是同处于

医疗服务市场的供需双方,都有选择与被选择的权利,但各自的义务是不对等的,这一点必须引起我们的注意。

市场营销是个人和群体通过创造及与他人产品或劳务价值让渡以满足其现实需求和欲望的社会及管理活动过程。但是营销并不等于推销,推销是一次性的产品或服务的推介活动,无需考虑和顾及长远利益。而营销则是一个过程,既要考虑眼前利益,更要注重长远利益与整体利益。因此,我们说营销是完善自我、展示自我,是认识市场、把握市场,是刺激需求、满足需求。医疗服务营销就是医务人员医疗机构与通过创造并同就医者之间的医疗服务与价值让渡以满足其健康需求和特殊欲望的社会及管理活动过程。

应该说,谁树立了医疗服务营销观念,谁就站到了经营医疗服务的制高点,谁懂得了医疗服务营销策略,谁就拥有抢占医疗服务市场的主动权。我们大家都知道有一个“恩格尔定律”:一个家庭收入越少,家庭收入中或总支出中用于购买食物的支出所占的比例就越大,随着家庭收入的增加,其收入或总支出中用于购买食物的支出则会下降。推而广之,一个地区乃至一个国家越贫穷,其民众的平均收入或平均支出中用于购买食物的支出所占的比例就越大,随着地区或国家的富裕,这个比例呈递减趋势。由此得出的恩格尔系数即:食物支出总额与总支出额之比。除食物支出外,衣着、住房、日用必需品等的支出,也同样在不断增长的收入或总支出中所占比重上升一段时期后,也呈递减趋势。可见,医疗服务的需求随着人们生活水平的提高是呈递增趋势的。从这一点来看,谁营销搞的好,谁就是医疗服务市场的最后赢家。

2 找准自己的定位,树立全员营销理念

孙子曰:知己知彼,百战不殆。作为医院这样一个特殊的服务机构,所面临的挑战是多重的、复杂的。作为我们每个人而言,都应当有营销观念,也就是要有全员营销观念,要对全体医务人员进行医疗服务营销培训。因为只有全体医务人员都懂得了医疗服务营销,医疗服务的经营才可能取得成功。要做到这一点,首先要做到的就是了解自己。人们常常习惯于从自身以外的世界寻找快

乐与财富,寄希望于机遇,寄希望于别人的帮助,寄希望于环境的优越。但是外界条件是可遇而不可求的,无法让我们把命运真正掌握在自己的手中,也就是说我们自己就是一座成功的宝藏,挖掘已经蕴藏于自身的宝藏,财富完全可以从自身攫取。

第二要学会问问题。世界上的成功者并非比你聪明,只是会问一些更好的问题。因此学会问问题也是我们成功之所在。你的服务群体在哪儿?他的现在需要是什么?你所处的市场及周边地区的情况怎样?我们医院、我们专业乃至我个人处于一个什么样的位置?现在还存在什么问题、就医者在哪些方面不满意?如何解决?

第三要奋斗成功,就要用爱来做你所要做的事。爱你的工作,爱你的单位、爱你的家人,“跟你的产品谈恋爱”,学会用爱心做事业,用感恩的心做人。我们的产品是什么,就是我们的医疗服务,我们能为患者带来怎样的服务,服务的结果是什么,作为我们每一个人都应了如指掌。中国人的习惯是含蓄,但在市场经济时代爱一定要说出来,要有所表现,否则人家怎么能知道。

3 运用多种方式,营造人文环境,建立让就医者、让我们自己满意的形象

医疗服务作为一种抽象的活动,具有以下几个方面的特点,即:无形性、差异性、不可分割性和不可储存性。就当今社会补偿机制尚不健全而言,医院及医务人员不参与市场怎么能够发展呢

所以我们应该从以下几个方面入手:一要加大宣传力度。通过宣传,包括广告,让公众了解我们的医疗服务项目、医院形象、拳头专业、名医名家。也可以学习企业的办法选择形象代言人或者在电视栏目上用冠名权。让就医者有信赖感、安全感,患者自己就能主动地宣传,要知道这比任何广告、任何宣传资料都有效。二要营造环境,催生成功。人是环境的产物,成功环境创造成功人生。环境的打造需要我们每个人共同努力,当然领导是关键。要通过各种手段与措施,拓展医疗服务空间,扩大医院的市场份额。三要打造团队精神,强化医院的合力。作为每一位具有管理职能的人员,要成为一个集体最具凝聚力、并最有价值的成员,首先你必须让你的部属知道你最关心的事情。

提高组工干部素质 树立良好形象

吴京艳

(泰安市中心医院人力资源部, 山东 泰安 271000)

党的十六大报告把“建设高素质的干部队伍, 形成朝气蓬勃, 奋发有为的领导层”作为加强和改进党的建设的一项重要任务, 并指出“这是党和国家长治久安的根本大计”。建设一支高素质的组工干部队伍, 既是一项重要而紧迫的任务, 又是一项长期的任务, 这是由组工干部的特殊性所决定的。

组工干部靠着领导近, 工作要求严, 素质要求高, 也正因为这样, 所以组工干部不仅无私奉献的多, 而且受教育多, 进步快。每一个组工干部都应为自己从事这个职业而感到自豪, 珍惜机遇, 勇于实践锻炼, 在不断提高自身的政治理论素质, 思想道德素质, 业务素质以及工作实绩能力, 建设一支高素质的组工干部队伍应首先做到:

一、树立牢固的政治思想

组工干部所从事的工作, 都是政治性很强的工作, 作为组工干部什么时候都要讲政治, 要把政治素质作为自身的第一素质。要对党忠诚, 对领导忠诚, 对从事的工作负责。在思想上, 行动上要同党中央保持高度一致, 自觉维护党和人民的利益。具体到实际工作中, 要认真学习贯彻“三个代表”重要思想, 认真学习十六大报告及有关文件精神, 在学习中牢牢把握立党为公, 执政为民, 做到全心全意为人民服务。对上级党组织的工作部署要坚决执行, 不打折扣, 即使一时不理解, 也决不能从组工干部口中说出任何牢骚话, 要多做促进医院改革发展的事情, 尊重领导, 团结同事, 密切联系群众, 以实际行动树立组工干部形象, 这要求我们组工干部都要讲老实话, 办老实事, 做老实人, 要言行一致, 表里如一, 作风正派, 自觉树立组工干部的形象。

二、树立无私奉献的精神

作为组工干部, 工作任务重, 奉献多, 而在个人的切身利益方面, 有时可能解决得不尽人意, 使人感到“不实惠”, 弄不好工作中还时常受到领导的批评。面对这种现象要求我们组工干部必须具备一种不图名, 不图利, 默默无闻, 忘我工作的精神境界, 这既是党的宗旨的要求, 也是我们组工干部的工作特点所决定的。

组工干部所在的部门, 是以服务为根本任务的综合办事机构, 服务就意味着奉献, 没有奉献就搞不好服务, 只有具备了这种不怕苦, 不怕累, 不怕麻烦, 不计名利得失的良好素质, 我们才能保持旺盛的工作斗志, 在繁忙的工作中无私奉献, 这也是我们干好组工工作的取之不尽, 用之不竭的力量源泉。

三、要勤奋学习, 勇于实践

组工部门的特殊任务决定了组工干部不仅要有德, 而且要有才, 有德无才同样会辛辛苦苦地办错事。在工作中, 有些同志思想品质是好的, 但由于业务不熟练, 往往事与愿违, 工作效率不高。可以设想, 假若文字秘书不会写文章, 坐诊的医生不会看病, 组工部门的工作将会是种什么状况。提高业务素质, 关键是靠勤奋学习, 勇于实践。不仅要学习马列主义、毛泽东思想、邓小平理论及“三个代表”重要思想, 还要学习文化知识, 科学理论知识, 专业知识。通过学习, 努力提高自己的政策理论水平, 分析解决问题的能力, 调查研究的能力以及协调综合的能力等。同时要大力弘扬爱岗敬业, 刻苦钻研业务的风气。组工干部都要根据各自的业务要求, 在提高文字功底, 办事能力等职能方面, 苦练基本功, 做到熟悉精通本职业务, 不断

增强干部本职工作的实力。

四、要严明纪律,形象端正

纪律是党的生命,是增强党的凝聚力,战斗力的重要保证。组工干部的形象,不仅体现个人魅力,也体现组织部门的形象,党的形象。所以组工干部,必须模范的遵守党的各项纪律,用民主集中制的原则规范我们的政治生活,做到个人服务组

织,少数服从多数,下级服从上级,全党服从中央。有利于团结的话多说,不利于团结的话不说,有利于团结的事多做,不利于团结的事不做。作为组工干部来说,尤其要严守干部人事纪律,不该问的不问,不该说的不说,严禁在干部人事问题上跑风漏气。对违反纪律的行为,要依照有关规定严肃处理,组织部门绝不允许存在不遵守纪律的特殊公民。

浅谈文学欣赏与工会群众文化的关系

芦秀英

(泰安市中心医院计生办,山东 泰安 271000)

当前,随着社会主义现代化建设的深入发展,原有的供给型、福利型的文化模式正在向知识型、娱乐型的新文化模式转换。面对社会文化新态势的出现,作为担负着群众文化教育这一重要职能的工会组织,其干部的文化素质其中包括文学欣赏能力越来越需要提高。

那么,文学欣赏与工会群众文化工作究竟有何关系呢?笔者认为:

1 文学欣赏的教育作用与工会群众文化教育职能相辅相成

文学的教育作用主要是由欣赏来实现的,是与美感相结合的,读者对文学作品的欣赏是不自觉地从思想上得到启迪,感情上受到熏陶。正如鲁迅所说“人们在读十九世纪某些小说时,虽然‘总觉得十二分的不舒服,可是我们还得气也不透地看下去’,因为在这些作品里,可以发现社会,也可以发现我们自己。”特别是一些作品中所描写的正面人物形象,往往会深深地铭刻在读者的记忆中,使其振作奋发。社会主义文学塑造了很多这样的先进典型人物的光辉形象。如《钢铁是怎样炼成的》里的保尔·柯察金,《毁灭》里的莱奋生、《红岩》中的许云峰、江姐等,他们从作品问世之时便成为千百万人学习的榜样。

当前,知识是发展社会生产力的能源。当代教育除了学校教育外,还有多样性与连续性的特点。工会是工人阶级的群众组织,列宁在论述工会的作用及其重要性时有句名言“工会是一所大学校”。这就要求我们工会必须加强教育工作,而工会群众文化则是最有效地起思想教育功能作用的。理想、道德、情操、风格以至一切人生哲理,走什么样的道路,做什么样的人,均属于工会群众文化所需要诱导启发的。近年来,各级工会利用多种形式,如开展读书演讲、诗歌朗诵会、知识竞赛以及组织广大职工观看革命传统影片、电视片等,使广大群众在对这些作品的欣赏中受到了不同程度的教育。

2 文学欣赏的审美价值与工会群众文化的陶冶情操、美化生活功能息息相关

工会群众文化区别于政治、法律等其他社会意识形态的一个重要特征是,让人们在紧张的劳作之余,通过文化活动消除疲劳、调剂精神、陶冶性情,通过文化活动的美感享受,达到精神愉悦、心情舒畅之目的。古人云“饱则思美、温则思丽”。人类社会不断地发展,人们对物质文化生活的要求也与日俱增,尤其在人的文化素质修养不断提高的进程中,对精神的要求也必然进入较高境界。

广大职工中有一大批文学爱好者,喜欢读书者更是比比皆是,并有着浓厚的欣赏情趣。近 10 余年来,他们阅读文革期间禁读的十八、十九世纪西欧文学名著《基督山恩仇记》、《茶花女》等曾风行一时的作品,同时中国文学古典名著也成热门书籍,更有侦探、爱情小说的爱好者。近年来又有诸如金庸,古龙等新派武侠小说和琼瑶艳情小说欣赏者。人们从这些文学作品中均获得了一些美的享受。

3 文学鉴赏水平的高低也可谓衡量工会干部素质的一个重要方面

文学欣赏往往因读者的个性,文化修养乃至欣赏习惯不同而带有个人特点。此即一般文学欣赏中所说的“个人偏爱”。如刘勰说:“慷慨者逆声而击节,酝藉者见密而高蹈,浮慧者观绮而跃心,爱奇者闻诡而素听。”因此,不同的读者对同一作品中的形象得到的印象不一样,认识也不一样。鲁迅就曾经说过:“现代读者看《红楼梦》,对林黛玉这个人物,恐怕会想到剪短头发,穿印度绸丝、清瘦、寂寞的摩登女郎,或者别的什么样,总之,和三四十年前读者心目中的林黛玉是截然两样的”。正是由于读者在欣赏过程中对于作品形象的想象,总不免要根据自己的生活经验等而有所加工

改造,于是,所得到的印象也就往往带有个人的特点。因此,可以这样说,“一千个读者就有一千个哈姆雷特。”当前,在改革开放的形势下,文化领域也在进行着伟大的变革,广大职工由于物质生活的逐步改善,电影原来就拥有众多观众,是最大的群众文化的综合艺术体,随着电视的普及,职工对文化生活有了多层次的要求,其文化心理也由封闭型转变为开放型,由传统文化的同一性转向中外古今文化的多元化。单一的传统文化已不能适应职工的文化心理需求,他们不仅需要接受传统文化的精华,更想研究现代文化新思潮对时代的推进作用以及它们不足之处。这就要求工会干部必须更新观念,增强修养,提高思想素质,提高文学欣赏水平,要具有渊博的知识、专业特长。这样,才能工作的得心应手。如对某部作品的评价众说不一,作为工会干部,若有较高鉴赏能力,出口成章,从语言、典型性格、艺术形象以及审美观点等等谈出自己更新颖的见解,发人深思、动人心弦,这就能使人拍案叫绝。这样的工会干部又有谁不佩服?归根结底,社会活动是由具有思维和意识的社会主体——人来承担的。要想干好工会工作,变被动为主动,必须加强文化修养,提高自身素质,争当现代工人学校中的出色园丁。

人大代表为何叫停“举证倒置”

刘业奇

(泰安市中心医院宣传中心,山东 泰安 271000)

自 2002 年 4 月 1 日实施医疗纠纷“举证倒置”以来,由于一改过去谁主张谁举证的民事纠纷处理原则,使医患纠纷不断升级,医患关系紧张,医疗卫生资源浪费,并直接影响了临床医学的发展,基于上述原因,今年“两会”期间,32 名全国人大代表,就“医疗机构在医疗事故中承担举证责任”的规定提出异议,并向大会提交暂停执行这一规定的议案。代表们认为:

一是“举证倒置”严重违背医学科学特点。由

于人类对人类本身的了解仍很少,因此医学通常被称为“经验科学”。可想而知,这样靠一代传一代,并以个人实践“悟”出道理总结而成的学科,比起可经过大量实验室实验的“实验科学”来说,这一领域中,人类了解的东西实在太肤浅。目前的现状是我们对绝大部分的疾病,如肿瘤、心血管病等的病因基本不知,只能推测出一些危险因素,而对这样疾病的病理过程也了解不多,因此在相当多的“过错、事故”面前,医生也一样很难找出证

据来说明自己无过错。最典型的例子是“猝死”,这种死亡是突然性,不论病情、场合、时间都可能出现,而且无明确先兆性或预见性,所以当病人家属状告医生病情观察不详,死亡发现时间太晚,甚至根本不是由医护人员,而是由其他人发现,从而丧失有效的抢救时间,这种情况下医生是根本举不出任何理由来辩护,唯一理由是由于人力财力不足,不可能将每个病人安置于 24 小时持续监护的状态下,但这种理由对于死亡病人家属或法官来说,又显得非常苍白无力。又有如药物特异质反应,一针打死人,虽属偶见,但在庞大的病人治疗中,绝对数就不低。这种反应的确是存在,但在具体药物上市前的实验中经常不被发觉,说明书及其他文件也就不能反映,这样的过失医生根本无法证实自己无罪。这样的例子还是大量存在医疗实践中,这就是为什么在法制高度发达的国家,多数仍不采用医疗过错“举证倒置”的根本原因。

二是“举证倒置”使医患关系起进一步恶化。关于“举证倒置”的司法解释中最重要的依据是:患者属于“弱势群体”,言外之意,以医生为代表的广大医务人员是“强势群体”,这种定位未免有失偏颇。医患关系应当属于建立在高尚医疗道德之下的一种特殊关系,无法用强弱来划分,更不属于简单的买卖关系。如果说医患之间所掌握的医疗信息不对称,这种提法较为合适,医患之间应当是同一战壕里的战友,大家共同的敌人是疾病。上述司法解释人为地割裂了本来已经存在一些不协调因素的医患关系,使医患之间形成直接的对立,使医患关系进一步恶化。近年来,医护人员受伤害的恶性事件不断发生与此有关。

三是“举证倒置”导致医疗卫生资源的浪费。由于医生担心自己轻易遭到起诉,会采取过度自我保护的措施,尽可能的把诊疗方案做得更严谨、具体,以避免造成任何偏差或被起诉,势必导致“大检查”和“大处方”,客观上增加了病人的医疗费用,广大患者的损失惨重。有的为了防止发生率很低或者罕见疾病的漏诊,医生被迫做一些本无必要的检查,患者的经济负担进一步加大。由于医学本身并不完善,很多疾病的病因尚不清楚,这就使医生的诊疗方法和医疗行为难以用制度和法律来约束(医生的医疗行为应当靠高尚的医德和职业良心来约束),长期下去,必然造成医疗卫

生资源的巨大浪费。最终导致广大患者健康消费的支付能力下降,加速部分患者“因病致贫”。例如一病人昏迷抽搐入某医院急救室 6 个小时后死亡,医生初步诊断癫痫,尸检发现死者胃中有毒鼠药,故家属状告医生误诊。与昏迷抽搐相关的疾病不下数百种,不要说在基层医院,即使在有条件的上级医院也不可能在 6 个小时内做出有把握的诊断。震动全国乃至全世界的“非典型性肺炎”,发动全国科学家,历时数月时间,虽然疫情得到有效控制,但其发病原因至今仍未搞清。

四是“举证倒置”影响临床医学的发展。临床医学是一个高风险的职业,医务人员在“举证倒置”的法律面前,必然想方设法规避风险,危重疑难病人、高风险的手术等被医生变相拒绝诊治。另据统计,由于我国医疗卫生事业仍不发达,故临床误诊率为 30%,疑难病症的误诊率在 40% 以上,难以预料的医疗意外更是防不胜防,相当一部分疾病处于对症治疗阶段,真正的发病原因并不清楚,疾病的许多诊疗方法尚不理想,整个医疗过程客观上存在诸多不确定因素和变数,而且,当发生医疗意外时,无法找到充分的证据来证明医疗过程“无罪”,如果医生治好病就是医疗,没治好就是伤害或犯罪,这对医生绝对不公平。这样使得医生做事缩手缩脚,不敢去大胆创新,更不敢去挑战高难度的手术和疗法,必然人为地影响临床医学的发展和医学科学的进步。事实上,无明显治疗作用但又无明显毒副作用的药物是目前医院处方中最大量的药物就说明这一点。

五是最直接的受害者是患者。广大患者除了蒙受巨大的经济损失之外,在某种情况下,病人精神上肉体上有时还蒙受了巨大的甚至残酷的、非外人所知的痛苦。既往医务界有一不成文规定,对患有目前尚无有效治疗方法的疾病,尤其是短时间内即可走向死亡的疾病,如晚期癌症等,应对病人采取医疗性保护措施,只让家属或组织上了解真相。现在多数医生已不这样做,一些能缓解症状,改善情绪但带有毒副作用的药物(如吗啡或其他镇静药),亦不敢使用。这样,患者在得知病情到离开人世的这段时间,所受到的煎熬,真是难以想象。如果一些医护人员为避免轻易受状告,对一些病情尽量说得重一些,使病人及家属受到的创伤更大。

浅谈医院消防安全的管理

王岩,王进述

(泰安市中心医院院务部,山东 泰安 271000)

医院消防人群的特殊性,决定了医院是消防安全管理的重点单位,消防安全也因此成为医院管理工作的重要内容。为认真贯彻实施《消防法》和公安部关于《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》,预防和减少医院火灾事故,保障病陪人员、医务人员和国家财产的安全,应从以下几个方面入手:

一、转变消防观念,健全组织机构和规章制度

首先,要认真学习《消防法》和《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》。面对当前医疗改革的新形势,医院各级领导特别是法人代表,应切实改变过去陈旧的消防管理模式,要树立“责任重于泰山”的忧患意识,变被动消防管理为主动管理。要用发展的眼光看问题,充分利用现代高科技含量的消防安全管理体系,认真研究和探索新时期医院消防工作的思路,要举办多种形式的消防培训班、研讨会,参观消防装备设施,了解国内外消防发展的最新动态。医院要建立以法人为核心的防火安全组织,负责整体消防的领导和协调作用,下属各部门成立分支机构,明确职责,责任到人,形成金字塔形的消防管理结构。

同时要建立健全各类消防安全制度和措施,例如:防火安全检查制度,陪护人员消防安全培训制度,易燃易爆品及化学药品的管理制度,氧气使用的安全制度,用电用火管理制度,消防设备值班和管理制度等等,在医院真正形成一种按章办事、依法管理的良好工作氛围。

二、广泛宣传,提高自我保护和安全救助的能力

医院是人员密集、流动性较大的诊疗场所,医院除定期对职工进行消防安全教育和培训外,病员、陪护人员应由所在病区进行专门的消防安全知识教育,下发关于火灾自防自救及相关救助的宣传手册,张贴消防警示牌,使病陪人员熟悉安全通道的相关标志,禁烟、禁火及氧气、报警装置的

使用等,掌握必要的逃生救生手段,对危重病人应指派专人负责其安全。在各病区成立义务消防队,定期组织各病区及重要部位的消防演习和紧急疏散演练,使各部门协同配合,以提高职工火场的应急能力。

三、加强医院消防重点部位的管理

针对医疗工作的特点和发生灾害后的危险性及其严重后果,划分一、二、三级消防重要部位和区域,其中一级重点区域包括手术室、产房、婴儿监护室、重症监护室(ICU 和 CCU)、高压氧舱等。针对各重点部位的不同特点,按照消防规范,除安装先进的探测报警装置,配备完善的消防器材外,还要加强在岗人员和专职消防员的消防应对能力,掌握和提高灭火技能。若上述部门设置在高层建筑内,除确保安全通道畅通外,还必须设置高层救生器材,制订高层病区火灾疏散方案,要本着先病人、儿童、陪护人员后医护人员的原则,做好消防疏散工作。另外,对医院后勤特殊工种如电工、焊工、仓库保管员和消防控制室操作值班人员要做到持证上岗,重点管理。

四、加大经费投入,完善消防设施建设

依据《消防法》和消防管理规定的具体要求,医院要安装配齐各类消防设施和器材,其中包括多种灭火器、室内外消防栓、消防水泵、安全疏散标志,特别是高层建筑中区域及整体消防报警控制设备及联动设备、消防广播通讯等,并派专人管理,定期维护保养。对超期服役的,该更新的要坚决更新,决不能“带病运行”,做到器材完备,性能优良,确保消防设施发挥应有的作用。

五、强化督查力度,保证消防安全质量

要从医院实际情况出发,形成人人讲消防安全的氛围,同时又必须加大消防安全检查力度,加

大频率,对重点区域及普通部位都要采取拉网式检查,对发现的火灾隐患和存在的不安全因素决不放过,并制定相应措施和方案,限期整改,坚决

把火灾隐患消灭在萌芽状态,确保医疗工作的顺利进行。

照片档案管理之我见

赵曼青,王亚光

(泰安市中心医院宣传中心,山东 泰安 271000)

照片是被摄物体在感光材料上的再现,是随着科学技术的进步和发展而产生的另一种载体的档案资料。它蕴含丰富而宝贵的信息,而且具有客观性、直感性和真实性。能把事件、人物活动的环境、气氛较好真实的反映出来,弥补了纸质文字档案的不足。随着照像设备的普及和更新,在传统的照像机的基础上,又出现了数码照相机及数码照片,使照片档案的数量日益增多,内容也日渐丰实。因此,对照片档案规范化、科学化管理和档案管理人员利用现代化办公设备对传统照片和数码照片的技术处理等,提出了更高的要求。笔者结合近几年的工作实践对照片档案管理谈点浅见。

一、照片档案的收集必须齐全、完整、有序

1. 本院立卷归档制度明确规定:凡是本院工作活动中办理完毕的具有保存价值的各种载体的文件,均应归档保存。对此,我们对办理完毕的工作活动而产生的照片随时收集。在许多单位和部门看来照片的收集是一大难题,许多单位形成的照片档案散落在各个部门和个人手中,对这些照片资料重视程度不够,将照片和底片一起归档的微乎其微。由于冲印周期长等诸多原因,有时就连摄影者照片产生的事件、人物、时间、地点也要靠回忆。而我院在照片收集工作中就做到了及时、齐全和完整。十几年来我院所有重大活动,上级领导来院视察,外事活动,新技术项目开展,特殊病例手术等均由我科室进行拍照,即使是院领导出国考查,外出参加会议等活动的照片和底片回院后,都按规定及时交档案管理部门整理归档,确保了全院照片档案的齐全完整。

2. 要严把质量关。在收集过程中即注意到照片的真实还要注意照片技术和载体情况,我院所

有照片的形成基本是由声像资料室拍摄。所以,对摄影人员的素质,拍摄技术有较高的要求,尤其是对医疗活动的照片,如:拍摄各类医学影像的照片和手术病例要求更高。为使照片色彩真实,拍摄时从色温到用光和后期制作都严格把关。同时,将照片档案所指示的人物事件、环境等都作认真的记录,作为档案的照片文字说明。

3. 采取相关措施确保照片档案的完整。对于收集来的无底片的照片,可采取翻拍照片获得底片,以备日后开发利用。我们医院前几年采用标准镜头加近摄接圈和近摄镜的方法翻拍。近几年随着办公条件的改善和摄影设备的不断更新,我们利用微距镜头可直接拍 1:1 的底片非常方便快捷。随着电脑影像技术的不断发展还可利用高清晰度扫描仪将照片扫描转存在计算机硬盘里,如需要照片可直接带移动硬盘去激光数码冲印店冲扩成照片。对生霉和退色的历史照片,用清水漂洗并用脱脂棉擦拭抹去霉斑和灰尘。黑白底片可在定影液中定影 10 分钟左右,流动水冲洗 10 分钟后凉干。

二、照片档案的整理方法

照片档案一般是以单体形式陆续产生并以底片、照片和文字说明的群体形成存在和运动的。因此,整理照片档案不能根据偶然的需要和人为地联系随意分合,须按照照片档案形成规律,保持照片在其形成过程中固有的联系进行整理。照片档案的历史联系主要表现在照片与文字等其它类型档案的联系。在整理照片档案时应遵循《照片档案管理规定》的要求,本着有利于保持照片档案的有机联系,有利于保管便于为用户提供服务的原则。

1. 要保持照片档案与文书档案的密切联系。

由于照片档案的数量、状况及保管的情况不同,整理方法也有较大的差别。在非专门保管照片档案的档案馆(室)照片档案往往作为文书档案或科技档案的部分移交和保存。照片档案的内容与文书档案、科技档案相关联或是它们的补充。在这种情况下,保持照片档案与全宗档案的密切联系,维护全宗档案的完整性,是照片档案整理原则的集中体现。保持联系的方法可以灵活,一般情况下,可将照片档案按照全宗档案编目要求编号,单独整理存放。

2. 照片档案的分类对于档案馆、室档案实体的管理以及满足多方面用户的需求都有着现实意义。因此,应根据照片档案的特点,从馆藏实际出发,适当考虑照片档案与其它类型档案的联系,达到分类的客观性、逻辑性与实用性的要求,底片与照片应有不同的分类方法。

①底片的分类,将一个全宗内的底片分成负片和反转片两种单独整理存放。按年度分类,即同历史时期所产生的照片来分类。按内容分类即按底片反映的问题分类。以上两种分类方法在具体运用时应视本单位的照片档案的实际情况灵活采用。我院则是按每年度反映的问题先后次序进流水编号。即在底片袋的右上方标有照片号/底片号,按底片号的顺序将底片袋插入底片册。

②照片的分类,一般按照所反映的内容或专题来进行分类,使同一内容或同一事物的照片归入同一类中。在全宗内按年代——问题分类。分类时应保持前后一致,不能随意变动。我院照片档案是按年度分为五大类别,即上级领导来院、外事活动、重大会议、工作活动、文体活动等。

③文字说明的编写,照片的文字说明同照片、底片一起构成了照片档案的基本要素。照片和底片是形象的画面,文字说明是画面的详写,画面和文字说明两者缺一不可。照片如果没有文字说明,就会使人无法明白画面上反映的内容是什么时间地点。时间久了或者离开当事人就会使照片上的事件或人物难以认定影响利用。文字说明要求符合历史事实,实事求是,遵循 6 个要素。即时间、地点、人物、背景、事由、摄影者等。可以突出某几个要素(如人物、地点、时间)编写文字说明要求朴实生动。一个事件如有多张照片,可在第一张照片下编写总说明,在其余照片分说明前加“*”号。

三、照片档案的整理编目

为了便于保管和利用,对收集的档案必

须进行编号,通常要编照片号、底片号,和参见号。照片号填写案卷内照片的顺序号;底片号填写与照片相对应的底片的编号,参见号填写与本张或本组照片有联系的其它档案的档号。照片档案的编目有两种方法。一是照片档案应按其内容与文书档案、科技档案或其他专门档案统一编目属哪一类就跟在哪一类的后面,然后再单独编一个保管号,保管号一般一个全宗编一个流水号。二是照片档案作为一大类单独编目。采用第二种方法将一年的照片以卷为单位组合单独存放,每卷不超过三十个芯页。卷内排列按时间顺序排列,按序嵌进装具。

四、照片档案的利用

档案利用工作是档案业务工作中最富有活力的环节。充分发挥档案的作用满足多方面的需求,服务于社会各项事业。做好档案工作把档案中潜在的信息资源转化为生产力,实现对档案信息的直接开发利用,提高档案资源的共享性和资源的利用率,更好地发挥档案资源为社会服务的功能,是档案工作者的主要职责。

我院照片档案根据其工作特点分为两大类。一是医院建设发展方面,包括上级领导对本单位的工作进行视察或检查时形成的照片资料;本单位召开的重要工作会议和重大活动中形成的照片资料;本单位外事活动中形成的照片资料;本单位为进行各类宣传而形成的照片资料。二是在医疗工作各环节中的照片资料,如:新开展的技术项目,特殊病例,手术过程,标本病理及医学影像如:CT、磁共振、X 光、B 超等翻拍所产生的照片资料。我院档案工作已达科技事业国家一级档案标准。我们在开发和用照片档案方面做出了一定的成绩。

1. 利用照片档案举办展览,编印画册为 55 年院庆服务。我院是在革命战争硝烟中建院,在社会主义建设中发展,在改革开放大潮中崛起的一所地市级综合性医院,已走过 55 个春秋。为大力开展爱院如家教育,发扬革命传统鼓励一代代新人为医院美好明天努力拼搏,我们利用 50 多年来收集的照片档案资料,以图文并茂的形成举办了两次大型图片展,出版印刷了一部院志和两本医院画册。其间,我们充分发挥档案信息资源的作用,利用各种检索工具,查阅了医院发展变化及医教研等各种档案信息资料,掌握了建院以来各个时期的发展状况,对照片进行认真筛选,并到离退休老同志家中和向外地的曾在医院工作过的老同

志进行照片的收集,对破损的老照片我们利用修复、翻拍、放大等技术使其还原。在档案利用工作的指导下,突出重点,实事求是,尊重历史,认真编辑,制作完成了发展与变迁及医疗、科研、教学等部分的图片展览。全面系统地反映了医院的发展与变迁,真实生动的反映了医院翻天覆地的变化。图片展获得山东省档案局开发利用档案信息资源成果奖两项,通过举办图片展体现了档案开发利用工作的重要性,体现了照片档案的价值和重要作用。

2. 为医疗科研教学等工作提供服务。在医疗工作活动中形成的照片、幻灯片是我院照片档案中的一部分,它在医院医教研工作中起着其它档案资料不可替代的作用。为了编写教材、专著、申请科研成果,进行教学科研和国内外学术交流。在医学上的病理标本照片、手术步骤和各种实验结果的照片都是医疗活动形成的照片档案的内容,通过拍摄收集、整理形成真实可靠的具有可以开发利用的照片档案。照片档案能及时准确生动的反映客观存在和真实的记录。无疑是医学科学的宝贵资料,在基础学科上的标本、细菌培养、寄生虫、琼脂等的资料和实验结果,所有的照片资料都要反映其真实和科学性。对于临床病人的各项检查、诊断、治疗及典型病例、罕见病例的照片资料都能克服任何文字均描述不清的缺陷。具有科学性、真实性、准确性的照片或幻灯片资料才有说服力和感染力,对医学科学技术的进步将会产生

重大的影响。如:我院神经外科开展的《脑镜下血肿清除治疗脑出血》的手术方法拍摄后制作成幻灯片,自 80 年代后期到 90 年代初共拍摄积累了上百例病人的手术照片资料,在科研成果鉴定会上通过幻灯片演示向专家评委较为直观形象的展示了该新技术的治疗过程和临床应用效果。为该项目鉴定提供了可靠的依据,经过专家评委的认真评审,该课题被评为省科技进步二等奖。又如:我院神经内科开展的《单采血浆置换治疗呼吸麻痹型格林巴氏综合症》的新项目,我们为该院拍摄积累了从治疗前病人肢体瘫痪呼吸困难到治疗后可以站立行走,前后对比的照片资料在科研成果鉴定会上展示,提供了该项技术治疗格林巴氏综合症是行之有效的真实依据。该成果被评为市科技进步二等奖。通过十几年对医学照片档案资料的拍摄、收集、整理、存档工作的实践,深刻感受到医学照片档案的作用和创造的价值,它对医学科技发展起着有力的推动作用。

总之,从事医院照片档案管理工作必须具备高度的责任心和事业心,爱岗敬业,一丝不苟的科学态度和讲求实效的工作作风。作为档案工作人员要不断加强业务学习,对技术精益求精,进一步增强档案意识,认真做好档案资料的收集、整理、归档和开发利用工作,尤其要大胆进行档案服务机制创新,以新的工作思路、科学的管理方法和先进的服务手段为医院的全面发展提供优质高效的服务。

手术室医疗废弃物的处理

马艳丽,姜培君,李瑞芹

(泰安市中心医院手术室,山东 泰安 271000)

保护环境已成为全人类普遍关注的焦点问题,随着医学科学的进步和社会的发展,国民经济水平的提高,医院垃圾成分和数量也在发生变化。国家于今年已制定相应的法规。因手术室工作的特殊性,而医疗废弃物也相对较多,如处理不当将加重对环境的污染,现将我院手术室近年来的做法介绍如下。

1 手术医疗废弃物的分类:

1.1 污染性可燃废弃物:一次性注射器、输液(血)器、敷料、棉球、纱布、引流袋(管)、吸引袋、循环管道、手套、手术切除的组织器官及一次性材料的内包装纸(袋)等。

1.2 污染性非易燃废弃物:各种针头、手术针、手术刀片、钢丝、钢钉等锐利物品。

1.3 引流物、排泄物、放射化疗性药品等。

1.4 非污染废弃物:各种物品外包装箱、一次性医疗用品外包装纸(袋)、各种塑料瓶、药盒等。

2 预防措施及处理办理:

2.1 在实施手术之前备好盛放各类垃圾的容器,并套有黄色塑料袋,术中将其各类垃圾分别放入容器中,术后将其按类别放入污物间,待集中处理。

2.2 感染性手术尽量使用一次性敷料,术后用双层黄色塑料袋严密包装,并注有明显标志,焚烧处理。

2.3 污染性非可燃垃圾:使用后的各种针头及锐利性物品,将其放入消毒液塑料瓶内,浸泡处理后加盖,标志锐利物品,送垃圾处理处交专人处理。

2.4 非污染性垃圾:按纸张、塑料分类,进行资源回收利用,防止因大量焚烧,而引起的严重空气污染。

2.5 将分散的垃圾集中收集,用专用车辆每日按时运出科室送往医院废弃物处理中心,并有登记签名,出现问题便于联系。

3 增强防护意识,减少环境污染:

3.1 在此项工作实施进程中,我们加强了对法规及制度的落实、监督及管理,使大家成为自觉行动,充分认识到随便丢弃垃圾给本人及社会造成的极大危害。

3.2 增强自我防护意识,将垃圾分类包装集中处理,可减少污染,防止疾病传播,废品回收利用避免浪费。

3.3 严格执行国家对医疗废弃物管理的有关法律法规,使各级医疗单位对废弃物的管理真正走向制度化,正规化^[1]。

[参考文献]

- [1]周海波等.医用废弃物的管理,中国卫生事业管理,2000,6:144

认真做好儿童计划免疫工作

张凤英,于延玲

(泰安市中心医院儿保中心,山东 泰安 271000)

计划免疫工作的中心任务是通过免疫手段实现控制和消除疾病。儿童计划免疫工作是国家为预防儿童传染病流行,保证儿童健康,保护人民利益的一项重要措施。既是一项重要的护理工作,又是一项严肃的政治任务。直接关系到儿童的健康和生命安全。因此,做为一名计划免疫护士,应以高度的责任心,通过规范的管理和健康教育的实施,积极地、科学地、认真地做好儿童计划免疫工作。

1 加强业务学习,熟练掌握计划免疫理论知识

计划免疫是预防医学的一个分支,它涉及到免疫学,微生物学,流行病学,传染病学,疫苗学,卫生统计学以及制冷技术等自然科学知识。是一项科学性、技术性很强的工作。护士应具有精湛的技术、渊博的知识、丰富的临床经验。这就需要

免疫护士加强业务学习,提高业务水平。认真学习免疫学基础知识,预防接种基本知识,计划免疫工作特点和内容,正确掌握预防接种的途径和方法,掌握常用疫苗的性质、作用、注射剂量、注意事项以及疫苗接种后正常反应,异常反应的观察及处理,才能胜任儿童计划免疫工作。

2 严格按计划免疫实施要求、及时安全预防接种

2.1 为使计划免疫达到预期的效果,杜绝实施事故。必须做到组织,技术,冷链设备落实。我院各级领导非常重视这项工作,小儿内科和门诊部主任、护士长大力支持,技术指导,全科医护人员齐心协力,努力工作。2名护士具体负责,为全市儿童提供了优质服务。

2.2 计划免疫就是有计划地进行预防接种。在儿保中心,每天来院接种疫苗的儿童甚多,业务

量较大,工作琐碎繁忙,故要有周密的计划,合理的安排,一切工作按一定程序运行,使预防接种井然有序。婴儿出生 1 个月内,建立预防接种证,预防接种卡。根据计划免疫程序按时为儿童接种,以让儿童得到及时有效的免疫保护,计划免疫门诊常天开诊,随时接种,以及给漏种儿童补种,基本上做到适龄儿童及时基础免疫和加强免疫。

2.3 接种疫苗时,严格执行无苗技术操作规程。注射时,婴儿不知情哭吵、幼儿惧怕、躁动、而不合作。使消毒部位或针头常被污染,护士不怕麻烦,一丝不苟,重新消毒皮肤和调换针头,做到一人一针一管。严格查对制度,做到接种程序正确,疫苗名称,疫苗剂量,接种部位,给苗途径等准确无误。严格检查疫苗质量,凡已过有效期,标签或批号不清楚,安瓿有裂纹,疫苗变色或变质者均不用。严格核对儿童姓名及预防接种证填写是否正确。接种完毕,观察 15-30min 方可离开。

2.4 为保证疫苗的质量,提高免疫接种成功率。按规定要求,冷链设备专人管理。冰箱每日记录温度,定期除霜,保持清洁,随时观察运作情况,保证冰箱的正常运转。严格疫苗的贮存和运输温度,确保疫苗质量。疫苗设专人管理,接种后每日核对登记,并及时补领疫苗,以满足接种供应。

3 热爱本职工作,有强烈的事业心和责任感

计划免疫是广大医务人员一项经常性的重要工作。护士必须具备良好的素质,强烈的事业心

和责任感,以崇高的职业道德观指导自己的护理行为。以一丝不苟的精神为孩子的健康服务,以救死扶伤的精神坚守岗位,杜绝差错,履行自己的职责,才能做好儿童计划免疫工作。

4 加强计划免疫工作的宣传教育,提高人们对接受免疫的知识

计划免疫是一项社会性、群众性很强的工作,其工作范围广泛,牵涉到千家万户。这项工作需要有社会上的支持和群众的热心、密切配合才能完成。因此要加大宣传力度,包括各种相应疾病对儿童健康的危害。接种疫苗的基础知识,接种的注意事项,可能发生的反应等。从而提高人们对接受免疫的知识,自觉的接受预防接种。

儿童是祖国的未来,作为直接为儿童健康成长服务的护士,必须不断提高自身道德修养,不断完善综合素质,升华思想境界,一切以儿童的身心健康和社会利益为出发点和归宿,把为儿童服务作为自己神圣的天职,以自己的职业为自豪,从平凡的免疫工作中体现伟大。琐碎中感受其科学、严谨,辛勤中体味自己的满足与幸福,才会树立起献身事业的伟大目标,为儿童的健康成长做出贡献。

[参考文献]

- [1]朱维芝,朱爱敏,刘敏.做好儿童计划免疫工作体会[.齐鲁护理杂志,2003.9.10.781.
- [2]史凯,杨乐妹主编.小儿预防接种、传染病识别指南(第1版).青岛海洋大学出版社,1995.8.

计量管理是医院设备管理不可忽视的重要环节

孔晓艳,张福勇,程卫国

(泰安市中心医院设备科,山东 泰安 271000)

[摘要] 计量管理是医院设备管理、质量管理必不可少的重要工作,本文结合医院实际,对计量管理的方法和经验进行了总结和探讨并阐述对今后医院计量管理改革发展的建议。

[关键词] 计量管理;科学管理规范;改革与发展

医疗仪器设备的计量工作是医院管理的重要组成部分。现代医学在诊断、治疗和科研等方面,使用了大量的医疗仪器设备,其中很大一部分属

于计量器具,这是医疗工作的物质基础。医疗仪器设备是否可靠,数据是否准确直接关系到诊断、治疗效果,更影响到人民群众的生命健康。作为

医疗单位,不仅要有精湛的医术,全心全意为人民服务的高尚品德,还必须有准确而先进的计量器具,而准确的计量器具要依靠科学的计量管理来保证。因此,医院的计量管理已经成为医院医疗设备管理不可忽视的重要环节。

我院随着医疗市场竞争的日益激烈,充分认识到医院要想在市场上有竞争力,严格遵循“计量法”的规定,积极配合技术监督部门采取多种形式,狠抓该项工作,取得了显著成效。多年来无任何因计量不准造成医疗事故。据 2002 年统计,我院计量设备占医院十万元以上医疗设备的 64%。按照医院计量工作的范畴,2002 年顺利完成了国家规定的计量设备强检任务。如:CT 机、磁共振、X 线机、超声诊断仪、心脑图仪、化验仪器、监护仪等等,合计 300 多台。本文将对我院计量管理的方法和经验进行总结。

1 计量管理与医院医疗质量息息相关

医疗质量是医院的生命线,医疗质量的好坏,直接影响医院的信誉。计量管理的核心是准确,准确本身就是具有科学、合理的含义,可以毫不夸张地说,“准确性”是计量科学的命脉,没有法定的标准,就没有可比性。以化验分析仪为例,如果检测性能指标不符合规程要求,示值误差超差,验证结果失准,在治疗过程中不但会延误病情,而且越治越严重,直接危害患者的生命安全,也就谈不上医疗质量。例如:一名患者到我院检验科进行血常规化验复检,结果血小板为正常值,患者对我院化验结果提出异议,理由是与另一家医院结果不一致。为此我院十分重视并及时做出了反映,调出本期备案计量器具检测合格证与技术监督部门配合,拿出了技术性、权威性的有力证据,利用其它化验仪器综合分析,与同级医院进行对比。结论证明我院的化验仪器是准确无误的。由此看来准确性是医疗质量的体现,同时也是计量管理工作的关键。他杜绝了医疗纠纷的发生,保护了患者的利益。为此,提高医疗质量是医院管理者为之毕生奋斗目标。它的重要性就在于:计量是科学诊断的保证,计量是药物治疗的科学依据,计量是检验分析的技术基础,计量是控制伪劣产品流入医院的重要手段,计量为质量管理提供了量化指标。

2 采取有效的管理措施、抓好医院科学计量管理规范

我院由分管院长、设备科、专职计量管理人员组成计量管理领导小组,结合本院的实际情况制定各种规章制度。(一)严把采购关。不允许与未取得制造计量器具许可证的生产厂签订合同,保证采购名牌产品、质量过得硬的计量器具,业务人员在采购过程中必须做到残次计量器具不采购、非法定单位计量器具不采购、标识不符合要求的计量器具不采购;(二)严把入库关。计量器具验收入库时,必须做到三查对,即:查对有关标志、有关《制造计量器具许可证》编号、有关出厂检定及合格印、证。切实采取有效措施,杜绝不合格计量器具发生,对新购的计量器具不经检定,不得入库,检定不合格,不得使用,严格把关。(三)建立健全各项管理制度、奖惩制度。坚持对计量器具从入院检定到报废检定的全程计量管理,保证计量器具的准确率合格率为 100%。(四)改变过去对新购置医疗设备传统的定性验收检查,加强对计量设备科学有效的定量检查如:测试量值或输出量值的准确度。跟综验收,及时与技术监督部门联系,不经检测不得投入使用。(五)严把医疗计量器具检定关,为医疗质量的提高创造条件。我院规模较大,计量器具分布于各个科室,就血压计、人体秤来说占门诊、临床科室的 100%。多年来我们对全院计量器具做到心中有数,建立了总台帐,计量强检台帐和登计卡。为了提高计量管理水平,将计量工作纳入科学管理轨道,2000 年开发利用微机系统化管理,把计量管理的重心放到动态管理上,有效的掌握了全院计量器具的分布状况,使用情况,及责任人。(六)认真做好计量器具周期检定制度,每周期由专职计量管理人员负责与计量技术监督部门配合,做到按期检定、不超期、不漏检,发现问题停机待查及时检修再次进行重检、或送检。(七)加强计量管理的力度,注重计量器具的保养、计量器具资料和档案保管制度。建立高素质的维修保养队伍,学历都在大专以上。责任到人,奖惩挂钩。对医院的计量器具和设备都设有专职和兼职计量员负责本科室的计量工作。维修技人员按规定每天巡查门诊、病房一次,及时了解和掌握仪器的使用情况,确保了医疗仪器的正常运行。(八)加大宣传医疗计量工作的重

要性,加强法制观念。以取得医护人员对计量工作的支持。从而形成全社会都来重视、监促、关心医疗卫生计量以促进医院医疗质量的提高。

3 几点体会

笔者认为(一)只重视管理还远远不能适应现代化管理的需求,仅仅依赖于技术监督部门的周期性检测还不能达到更有效的目的,也会出现不通过校检不能及时发现仪器带病作业的弊端。应该创造条件不断的创新利用科学化的管理手段管好、用好计量仪器。在技术监督部门的领导下通过举办学习班了解掌握计量知识、计量法律法规、以及国内国外的科技信息。培养一批医疗卫生计量人员,和高素质的使用及管理人员。(二)政府计量部门的职责不仅是对医院的医疗仪器计量进行监督检查,还应对医院计量工作存在的问题及时给予指导和帮助。加大宣传医疗卫生计量管理的力度。提高广大医疗工作者的法律意识,使之在工作中自觉执行计量法律法规,使医疗设备和诊断设备处于受控状态。使医院计量管理工作变被动为主动,变要我干为我要干的局面,把我院计量工作推向新的水平。(三)增强责任感,提高管理水平,求真务实,面对入世,我们在管理上必须注意按照国际惯例办事,要在高度重视的基础及

时改革不适应的管理制度和管理模式在前进中求发展,(四)运用科学方法管理医用计量器具,现代管理要求向科学化发展,由过去的定性管理转为定量管理,静态管理转为动态管理,亟需开发利用即适应医院计量管理又便于计量技术监督部门更好的实现监督、监控职能的计算机管理系统。更好的解决计量管理的科学性和有效性的动态管理等。

总之,计量管理工作是医院提高医疗质量的前提和保证,只有将计量管理方式和计量技术手段用于医疗质量控制环节才能使临床获取准确可靠的诊断和治疗。也是提高设备利用率的关键。做好计量管理工作是医院管理中常抓不懈的工作。严格管理制度,增强法律意识,是每一位医务工作者和管理者应尽的义务,是政府技术监督部门、医院、社会共同关注、不断的解决发展中的问题。使我院计量管理工作水平迈上一个新台阶。

[参考文献]

- [1]郭金良.“北京铁路分局中心医院计量确认成果与展望”,《中国计量》.2003.4
- [2]陈鲁英,姜永明.“医学计量与医疗质量”,《中国计量》.2003.4.
- [3]段宝杰,鹿保民.“用科学方法管理医用计量器具”.《中国计量》.1999.4.

浅析统筹外费用比例高的原因及对策

井国兰,李家明,孙雪梅

(泰安市中心医院医疗保险办公室,山东 泰安 271000)

国家基本医疗保险制度的实行,对于保障我国城镇居民的基本医疗需求,提高城镇居民的健康水平发挥了重要作用。但是,随着医保制度改革进一步深化,也暴露出部分问题,如统筹外医疗费用比例较高,个人经济负担过重的问题,已成为医保工作的焦点、重点和难点,需要我们认真分析原因,并制定相应措施。引起统筹外费用比例较高的原因,许多专家学者也曾做过不少研究,本文仅从统筹外医疗项目使用的科室、统筹外各医疗项

目使用的分布以及统筹外医疗项目使用的病人等有关方面着手,探讨分析其原因并做出相应的建议。

1 基本情况

对从我院 7、8 月份出院的医保病人进行筛选,凡统筹外比例高于医保控制标准的科室,以及科室内所有医保患者全部纳入研究对象。此研究共选出 23 个科室 76 位患者,对患者所用的统筹外

项目进行了比较分析,先将有关情况列表如下:

表 1 统筹外费用比例 > 10% 的科室医保病人统筹外各医疗项目使用情况统计表

人次	统筹外项目 费用额	统筹外西药费 及所占比例	统筹外诊疗费 及所占比例	统筹外服务及 设施费及所占比例	统筹外中成药、 中草药费及所占比例
76	172230.73	94786.08 55.03%	50745.25 29.46%	26699.4 15.5	0 0

表 2 统筹外费用比例居前 6 位的科室医保病人统筹外各项目使用情况统计表

	骨外科	传染科	耳鼻喉	口腔科	泌尿外	泌尿内
统筹外项目费用 占总费用的比例	44.64%	32.26%	29.26%	24.84%	24.78%	28.11%
统筹外西药占 统筹外总费用的比例	77.01%	96.49%	43.46%	0	64.85%	15.66%
统筹外诊疗费 占统筹外总费用的比例	7.15%	0.85%	32.97%	98.04%	6.19%	79.26%
统筹外服务及设施费 占统筹外总费用的比例	15.84%	2.66%	23.56%	1.96%	28.96%	5.08%

从上表 1 可以看出,统筹外费用比例 > 10% 的科室所有医保病人中,统筹外西药费占统筹外总费用的比例最高,约 55.03%,其次为统筹外诊疗费,约 29.46%,再次为统筹外服务及设施,约 15.50%,统筹外中草药、统筹外中成药均未发生费用。

从上表 2 可以看出,统筹外费用比例居前 3 位的科室,统筹外西药费所占比例均大于其他统筹外项目所占比例,统筹外费用比例居第 4 位的口腔科以及居第 6 位的泌尿内科统筹外诊疗费所占比例高于其他统筹外项目所占比例。

从科室分布来看,统筹外费用比例较高的科室大部分是院内引进新技术、开展新项目较多的科室。从病人疾病严重程度来看,统筹外费用比例较高的病人大部分是严重、危重病人。

2 原因分析

2.1 现我市医保使用的仍是两年前的《基本医疗保险药品目录》,随着医学科学技术的发展,其中的部分药物已为临床所不适用。况且我院为我市最大的综合三甲医院,多有危重患者入院,使用普药已难以确定疗效,故临床医师常用新药、特药。

2.2 当前激烈的医疗市场竞争,促使我院不断进行技术革新,引进新项目、新业务,提高技术水平。而医疗保险“三个目录”的调整与医疗技术的发展不同步,部分新开展的新技术、新业务不属于医保范围。而这部分项目因其疗效好、安全性

高,患者乐于应用,故而提高了患者个人自负比例。

2.3 医院少数医保患者因病情危重,统筹外检查、治疗、用药项目较多,住院总费用、全额自负比例都较高。在其影响下,全院平均自负费用比例相对提高。

2.4 随着国民经济生活水平的不断提高,城镇居民对医疗保健服务的需求也不断增加,而现行医保政策只保参保人的基本医疗需求,特殊医疗及保健服务不在基本医疗需求之内,无疑增加了参保人统筹外服务及设施的自负比例。

2.5 受国民经济水平的限制,公立医院经济补偿机制尚不健全,医院为了生存和发展,存在“以药养医”现象。国家“医药分开”体制的改革,还没有完全扭转这种现象。

2.6 医药工业行业的迅猛发展及高额利润,促使企业间进行不正当竞争。不可否认,卫生行业仍少量存在“开大方”。“拿回扣”的现象,无疑增加了医保住院病人方面的支出。

3 建议及对策

3.1 医疗保险主管部门可根据医学科学技术的发展及实际需求,及时调整和适当增加医保“三个目录”的范围。

3.2 随着社会经济和医学科技的发展,医疗费用的提高,个人统筹外费用控制比例可适当提高。或根据医院的级别及病人的病情,制定不同级别医院、不同病种及不同严重程度疾病的医保

病人统筹外费用控制比例。

3.3 医疗保险主管部门不要过分注重参保住院患者个人负担的比例,要根据病情及实际需求,只要患者知情同意,可适当满足不同层次的医疗需求。

3.4 医院应抓住改革带来的机遇,及时进行收入结构调整,合理增加技术性收费,降低药物性

收入。

3.5 卫生行业及医院可运用“招标采购”等形式,降低医疗成本,合理减少病人收费。同时,从源头上遏制“医疗回扣”等不良行为。

3.6 医院加强医疗保险管理及医德医风教育,提高室医务人员的控制费用意识,在病情允许下,自觉运用统筹内医疗项目。

· 临 床 论 著 ·

宫腔内人工授精中 三种促排卵方案疗效的比较

于新艳,高丽军,韩晓敏

(泰安市中心医院妇产科,山东 泰安 271000)

【摘要】 目的:探讨宫腔内人工授精中三种促排卵方案的疗效,寻找理想的治疗方案。方法:将 2001 年 12 月至 2003 年 2 月就诊的 198 例 IUI 不孕症病人,随机分为三组,Ⅰ组 CC/HMG/IUI 方案,92 例,134 个周期;Ⅱ组 HMG/IUI 方案,75 例,78 个周期;Ⅲ组 GnRHa/HMG/IUI 方案,31 例,35 个周期。结果:Ⅰ组与Ⅱ组及Ⅲ组 HMG 用量及有效卵泡数量差异显著($P < 0.05$),Ⅰ组与Ⅲ组妊娠率差异有显著性($P < 0.01$)。Ⅰ组与Ⅱ组妊娠率有显著性差异($P < 0.05$);Ⅱ组与Ⅲ组妊娠率差异有显著性($P < 0.05$)。Ⅰ组与Ⅱ组及Ⅲ组间子宫内膜厚度(En)有显著性差异($P < 0.01$);三组间 E_2 水平无差异。Ⅲ组无过早的 LH 峰出现,另两组有出现过早的 LH 峰。结论:对于条件合适的病人或者前一个周期 LH 峰提早出现者,选用 GnRHa/HMG/IUI 是较理想的治疗方案。

【关键词】 促排卵;IUI;妊娠率

促排卵联合宫腔内人工授精(IUI)作为治疗不孕症的助孕技术之一,已广泛应用于临床。目前促排卵方案用药多为克罗米酚(CC)或绝经期尿促性腺激素(HMG)、促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)与绒毛膜促性腺激素(HCG)。本文比较 IUI 中三种促排卵方案的疗效,以寻找理想的治疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料:2001 年 12 月 - 2003 年 2 月,在我院不孕症门诊就诊的 198 例不孕症患者,其中原发性不孕 122 例,继发性不孕 76 例。不孕原因有:男性因素 60 例,排卵障碍和/或宫颈因素 52 例,不明原因 86 例。不孕时间 2 - 14 年(平均 4.8 ± 1.6 年),年龄 24 - 36 岁(平均 28.9 ± 2.6 岁),

全部病例经子宫、输卵管通液或 76% 复方泛影胶造影证实输卵管通畅。生殖内分泌激素血清黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、雌二醇(E_2)、睾酮(T)、泌乳素(PRL)等均在正常范围或经治疗后达到正常范围。根据患者经济情况及就诊时间,随机分成三组:Ⅰ组、CC/HMG/IUI 方案 92 例,其中 2 个周期 32 例,3 个周期 10 例;Ⅱ组、HMG/IUI 方案 75 例,其中 2 周期 3 例;Ⅲ组、GnRH-a/HMG/IUI 方案 31 例,其中 2 周期 4 例。三组的年龄及不孕原因无显著差异。

1.2 方法

Ⅰ组 月经周期第 3 天开始,给予 CC100mg/日,连续 5 天,月经周期第 8 天开始超声监测卵泡发育及子宫内膜厚度,每天给予 HMG1 - 2 支(国产丽珠 75IU/支)并根据卵泡发育情况调整用药

量,当卵泡直径 $\geq 15\text{mm}$ 时,采血测定 E_2 ,试纸法测定尿 LH 峰,如卵泡直径 $\geq 18\text{mm}$,内膜厚度 $\geq 8\text{mm}$,或尿 LH 阳性,停用 HMG,肌注 HCG8000-10000IU,注射 HCG 日, $\geq 14\text{mm}$ 的卵泡为有效卵泡。最大卵泡直径 $\leq 16\text{mm}$ 时出现尿 LH 阳性,为 LH 峰提早出现。注射 HCG18 小时和 42 小时行 IUI。排卵后给予黄体酮 20mg,隔日肌注 1 次,共 8 次后来院验尿 HCG,阴性停药,阳性继续用药或者改用 HCG 肌注,停经 50 天行 B 超检查见宫内孕囊原始心管搏动为临床妊娠。

II 组 月经第 5 天开始,每日肌注 HMG1-2 支,连续 5 天,第 10 天开始超声监测卵泡发育。采血检测 E_2 、停用 HMG、注射 HCG、IUI 时间、黄体酮支持及随访同 I 组。

III 组 月经第 2 天开始,每日皮下注射达必佳 0.1mg(德国辉灵 0.1mg/支)。连续 5 天,月经第 3 天开始肌注 HMG1-2 支,连续 5 天,第 10 天开始超声监测卵泡发育。采血测 E_2 、停用 HMG、注射 HCG、IUI 时间、黄体支持及随访同 I 组。

1.3 精液处理及 IUI 方法

用手淫法采集精液于 100ml 培养皿中,液化后测精液容积、精子密度及活力。精液采用 Percoll 密度梯度离心法处理,终液量不超过 0.8ml,半小时内人工授精。患者取膀胱截石位,用含庆大霉素的生理盐水擦洗外阴阴道,暴露宫颈,干棉球擦净宫颈粘液,用可弯曲的无损伤导管后接 1ml 注射器,吸取精子悬液 0.5-0.8ml,将导管轻轻通过宫颈口,沿子宫体方向送入宫腔 5-6cm 处,缓慢推注 2-3 分钟,然后缓慢取出导管,术后仰卧 30 分钟。

1.4 统计学处理

采用 t 检验、 χ^2 检验

2 结果

2.1 三种促排卵方案周期 HMG 用量及有效卵泡数和妊娠率比较(见表 1)。

表 1 三种促排卵方案周期 HMG 用量、有效卵泡数、妊娠率比较

组别	HMG(支) ($\bar{X} \pm S$)	卵泡数(枚) ($\bar{X} \pm S$)	妊娠率 % (例)
I	9.21 $\pm$ 3.50	3.67 $\pm$ 1.66	3.13 31/134
II	15.62 $\pm$ 5.05	7.08 $\pm$ 3.2	30.05 25/78
III	14.86 $\pm$ 5.19	8.69 $\pm$ 5.11	37.14 13/35

II 组与 III 组 HMG 用量、有效卵泡数目差异无显著性($P > 0.05$); I 组与 II 组及 III 组 HMG 用量

及有效卵泡数目差异显著($P < 0.05$), II 组与 III 组妊娠率有显著差异($P < 0.05$); I 组与 II 组及 III 组妊娠率差异有显著性($P < 0.01$)。

2.2 子宫内膜厚度(En)及雌二醇激素测定见表 2

表 2 三种促排卵方案子宫内膜厚度及雌二醇结果比较($\bar{X} \pm S$)

	I	II	III
En(mm)	8.8 $\pm$ 1.8	10.6 $\pm$ 2.3	10.1 $\pm$ 3.2
E_2 (ng/ml)	886.1 $\pm$ 69.2	1102.6 $\pm$ 825.3	1262.9 $\pm$ 815.6

II 组与 III 组 En 无显著差异($P > 0.05$); I 组与 II 组及 III 组间 En 有显著差异($P < 0.05$); E, 三组间无显著性差异($P > 0.05$)。

I 组有 14 个周期提早出现 LH 峰, II 组有 9 个周期提早出现 LH 峰, III 组无 1 例提早出现 LH 峰。

2.3 用药副反应:

I 组无中度以上卵巢过度刺激综合征(OHSS)。II 组有 4 例, III 组有 3 例发生中度 OHSS。发生中度 OHSS 者,有效卵泡数均 ≥ 10 枚。 $E_2 \geq 1500\text{ng/l}$,其中 4 例妊娠。多胎妊娠: II 组 1 例三胎。

3 讨论

多数学者认为促排卵联合 IUI 能明显改善妊娠率^[1],而选用恰当的促排卵方案即用适量促性腺激素(Gn)获得理想的成熟卵泡数,是 IUI 获得成功的关键步骤。Percoll 法处理精液,活动的成熟精子回收率比传统的洗涤和上游法有明显的提高,适用于各种质量精液的助孕前准备。Rammer^[2]等报告,超排联合 IUI,采用 GnRHa、Gn、Percoll 法处理精液,妊娠率高达 48.6%。

一般认为 HMG 优于 CC,周期妊娠率与注射 HCG 时 $\geq 14\text{mm}$ 的卵泡数有关。理想的成熟卵泡数为 2-8 个^[3]。本文三种促排卵方案,妊娠率 II、III 组高于 I 组($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$),可能与促排卵所得的有效卵泡数较多($P < 0.05$),增加了进入输卵管的卵子和卵子受精的时间宽度有关^[1]。

夏雅仙^[4]研究证实 CC 与 E_2 竞争受体结合位点,影响了雌孕激素受体的合成,使增殖期内膜增厚延缓,腺体发育不良,排卵后内膜成熟延迟,使子宫内膜容受性明显下降。促排周期高 E_2 浓度及排卵后加用天然孕酮(P)不能改善 CC 周期内膜异常,不能增加妊娠率。本文 I 组内膜厚度低

于Ⅱ组和Ⅲ组($P < 0.05$),这可能是Ⅰ组妊娠率低的原因之一。本文 E_2 三组无差异。但我们发现 $E_2 \leq 400\text{ng/ml}$,无一例妊娠, $E_2 1000-1500\text{ng/ml}$ 妊娠率最高,占 70%。

GnRHa 通过对垂体的作用,抑制了过早出现的内源性 LH 峰,避免了卵母细胞过早黄素化,改善了卵母细胞质量。同时产生了有利的激素环境,子宫内膜发育良好,内膜容受性建立,有利于孕卵着床,提高了妊娠率^[5]。本文Ⅰ组、Ⅱ组在最大卵泡直径 $\leq 16\text{mm}$ 时测尿 LH 即有 15.22% (12/92) 和 12% (9/75) 出现过早 LH 峰,而Ⅲ组注射 HCG 日测尿无一例过早出现 LH 峰,可能是Ⅲ组妊娠率较高的因素之一。

GnRH-a/HMG/HCG 促排卵方案在本研究中被认为是一种良好的促排卵方案,对子宫内膜容受性影响不大,而且产生了比较好的激素环境,为胚胎着床提供了良好的基础条件。因此,我们认为,在病人条件适合的情况下或者前一周期 LH

峰提早出现者,选用 GnRH-a/HIVIG/IUI 是较理想的治疗方案。

本文Ⅱ组有 4 例,Ⅲ组有 3 例发生中度卵巢过度刺激综合征(OHSS),均发生在用药 $\text{HMG} \geq 16$ 支,成熟卵泡 ≥ 10 个, $E_2 \geq 1500\text{ng/ml}$ 的病例。因此对于 OHSS 高危人群,卵巢增大及多卵泡发育要慎重用药,并严密监测,必要时放弃该周期或改为体外受精-胚胎移植术。

[参考文献]

- [1]叶碧绿.超促排卵与子宫内人工授精.实用妇产科杂志,1998,14:173-175.
- [2]Rammer E and Friedrich F, Fertil. Steril. 1998, 69(1):31-36.
- [3]王琳.综述宫腔内人工授精的临床应用进展.国外医学妇产科分册,1999,26:283-285.
- [4]夏雅仙等.克罗米酚(CC)对子宫内膜受体的影响.中华妇产科杂志,1996,31:68.
- [5]赵晓丽.综述 GnRH-a 超短周期联合 HMG 方案在促排卵中的应用.国外医学妇产科分册,1995,22:277-279.

实体瘤应用大剂量化疗联合自体造血干细胞移植支持治疗的临床研究

滕清良,张春梅,孙兆刚,李秀兰,黎爱华,张华治

(泰安市中心医院血液内科,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 肿瘤的化疗效果与化疗剂量成正相关,大剂量化疗结合自体干细胞移植可以明显提高化疗效果,我们对此进行了研究。方法 19例淋巴瘤、乳腺癌、卵巢癌、多发性骨髓瘤和小细胞肺癌患者,有17例接受骨髓干细胞移植,2例接受外周血干细胞移植。将干细胞4℃保存60~72小时回输,期间给患者进行卡铂+VP-16+环磷酰胺方案或马法兰+VP-16+环磷酰胺方案大剂量化疗。结果 所有病例的造血系统受到严重受抑,18~44天骨髓完全恢复,治疗相关死亡率为0。12例移植前为缓解的患者,11例仍然无病生存,总生存率55.5%。7例移植前为复发者,均获得再次缓解,但全部再次复发,生存期10~28个月。结论 大剂量化疗联合自体造血干细胞移植支持治疗对于完全缓解的肿瘤患者明显提高治愈率;对于复发或难治者,可以提高完全缓解率,延长生存期,提高生活质量。

[关键词] 实体瘤;大剂量化疗;干细胞移植;自体

大剂量化疗加自体干细胞移植支持治疗提供了部分实体瘤如淋巴瘤等恶性肿瘤患者长期无病生存的机会。在过去十几年的研究中已经证明这项治疗措施比传统治疗对这些病人具有更多的益处和优越性^[1]。自1993年我院开展这项工作,现总结如下:

1 临床资料

自1993年6月~2003年5月,我院有19例实体瘤患者(20例次)接受大剂量化疗加自体造血干细胞移植支持治疗,其中骨髓干细胞移植支持治疗17例(有1例患者接受双次自体骨髓移

植),周血干细胞移植支持治疗 2 例。平均年龄: 例,多发性骨髓瘤 2 例,卵巢癌 1 例,乳腺癌 3 例, 37.47(1460)岁,男 11 例,女 8 例。其中淋巴瘤 10 小细胞肺癌 3 例,详细资料见表 1。

表 1 病例详细资料

病例	性别	年龄	诊断	移植前病情
1.	M	60	NHL	IIIA PR
2.	M	27	NHL	IIA CR
3.	M	30	NHL	IIIB 复发
4.	M	46	NHL	IIA PR
5.	F	14	NHL	IIIB 复发
6.	M	48	NHL	IIA CR
7.	M	38	NHL	IIA CR
8.	F	15	NHL	IVA PR
9.	M	15	HD	IIA CR
10.	F	28	HD	IIA CR
11.	M	43	MM(双次)	CR
12.	M	56	MM	PR
13.	F	23	卵巢癌 III 期(T2N0M0)	CR
14.	F	46	乳腺癌 II 期(T2N1M0)	CR
15.	F	35	乳腺癌 III 期(T2N1M0)	复发
16.	F	55	乳腺癌 IV 期(T3N1M1)	复发
17.	M	36	SCLC III 期(T2N2M0)	复发
18.	F	53	SCLC III 期(T2N2M0)	复发
19.	M	54	SCLC III 期(T2N2M0)	复发

*注:CR 完全缓解,PR 部分缓解,NHL 非何杰金淋巴瘤,HD 何杰金氏病,MM 多发性骨髓瘤,SCLC:小细胞肺癌

2 方法

2.1 骨髓干细胞的采集和保存 采用硬膜外麻醉。双侧髂前(后)上棘多点穿刺抽取骨髓,总量 700~1250ml(平均 940ml),有核细胞数为 $1.05 \sim 3.58 \times 10^8/\text{kg}$ (平均 $1.76 \times 10^8/\text{kg}$),活率 89.6~100%(平均 98.56%),骨髓贮存在含有肝素的 RPIM-1640 培养液中,4℃ 保存 56~70 小时。

2.2 周血干细胞的采集和保存 动员:环磷酰胺 $2\text{g} \times 2$ 天 + G-CSF $10\mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{d} \times 6$ 天,CS-3000plus 血细胞单采机采集血量 15000ml,细胞总数 $7.3 \times 10^8/\text{kg}$,CD34+ 细胞数占 1%,4℃ 保存 60 小时。

2.3 大剂量化疗 采集干细胞后药浴,进无菌层流病房进行大剂量化疗。2 例多发性骨髓瘤患者采用 MEC 方案,即①马法兰(M): $140\text{mg}/\text{m}^2$, -2 天。② VP-16(E): $600\text{mg}/\text{m}^2$, -2 天, -1 天。③环磷酰胺(C): $60\text{mg}/\text{kg}$, -2 天, -1 天。其

余 17 例患者采用 CEC 方案,即:①环磷酰胺(C): $60\text{mg}/\text{kg}$, -2 天, -1 天。② VP-16(E): $600\text{mg}/\text{m}^2$, -2 天, -1 天。③卡铂(C): $800\text{mg}/\text{m}^2$, -2 天, -1 天。大剂量化疗在 28 小时内完成。

2.4 干细胞回输 化疗间歇 24 小时后回输自体造血干细胞,回输骨髓细胞数 $0.87 \sim 2.75 \times 10^8/\text{kg}$ (平均 $1.65 \times 10^8/\text{kg}$),回输周血干细胞 $7.1 \times 10^8/\text{kg}$,经台盼蓝拒染试验测定,活细胞回收率 70~85%(平均 80.16%)。

2.5 支持治疗 所有患者均锁骨下静脉插管作为静脉通道。大剂量化疗期间,水化碱化尿液(24 小时入量 5000ml 以上,尿 pH 值 > 7.0)。骨髓抑制期间,予以静脉高营养,体温 > 38℃ 者,给予广谱抗生素和间断输注静脉丙种球蛋白。给予惠尔血或特尔立促进骨髓恢复。

3 结果

3.1 血液系统的变化(表 2):

表 2 血液系统的变化

	网织红细胞		白细胞($\times 10^9/\text{L}$)			
	0	持续	0	持续	> 0.5	> 1.0
天	+2 ~ +5	4 ~ 18	+4 ~ +9	3 ~ 19	+10 ~ +35	+10 ~ +37
(平均值 ± 标准差)	(3.12 ± 0.82)	(10.25 ± 3.60)	(6.12 ± 1.31)	(7.94 ± 2.28)	(17.6 ± 4.56)	(19.22 ± 4.76)

所有病例的骨髓均得以摧毁,但于 +18 ~ +44(27.85 ± 6.71)天患者血象完全恢复而出院;总

有效率达到 100%,治疗相关死亡率为 0。

3.2 患者的缓解期和生存期(表 3):

表 3 患者的缓解期和生存期

病 例	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*	13*	14*	15*	16*	17*	18*	19*
缓解期(月)	2	28	8	22	7	19	17	16	13	2	72	29	88	51	7	12	8	18	14
生存期(月)	2	28	14	22	10	19	17	16	13	2	72	29	88	51	15	18	15	28	19

注: * 移植前为 CR 或 PR 者, + 移植前为复发者

8 例移植前为缓解或部分缓解的淋巴瘤患者,1 例为移植后 2 个月,1 例于移植后 3 个月死于重症肝炎,6 例目前仍无病生存。2 例多发性骨髓瘤、1 例卵巢癌、1 例乳腺癌患者,移植前为缓解状态,目前仍无病健康生存,仅仅随访,不需任何治疗。总生存率达到 55.5%。

2 例淋巴瘤、2 例乳腺癌、3 例小细胞肺癌患者,移植前均为复发状态,移植使其再次缓解但均复发,因原发病而死亡。

在整个移植过程,4 例病人输注 1~4 个治疗量的血小板,3 例病人接受 2~4 个单位的红细胞,其余病人均未输注血制品。恶心呕吐为主要并发症,发热常见。

4 讨论

大剂量化疗(HDC) + 自体造血干细胞移植(ASCT)现已广泛的应用于造血系统和非造血系统的恶性疾病,只有自体造血干细胞移植才能允许使用大剂量化疗。HDC + ASCT 已成为难治或复发的进展性淋巴瘤的一线标准治疗方法^[2],目前被认为是决定能否获得长期生存的一个治疗方法,治疗效果与移植时疾病状态(微小瘤负荷/高负荷)、缓解状态(缓解/难治/复发)以及移植后局部放疗的应用,有密切的关系^[3]。在第一次完全缓解后行干细胞移植将获得比以前任何方法都好的治疗效果,明显改善无病生存和长期生存,减少复发。对于复发病传统化疗效果非常差,由于大剂量化疗对复发病人的有效性,HDC + ASCT 能使部分病人再次获得完全缓解或非常好的部分缓解。但是 ASCT 对化疗不敏感的患者无益^[4]。

对于进展性/浸润性 NHL/HD,初始治疗未达到完全缓解或复发者,预后很差,大剂量化疗结合自体造血干细胞移植支持治疗,并且移植后给予:(1)早期:非骨髓性治疗如对 B 细胞性淋巴瘤给予

美罗华,对 T 细胞性淋巴瘤给予 DCEP-G 与 DDP 交替化疗,患者耐受良好,副作用小。(2)晚期:对部分病人加局部放疗,明显改善部分病人的无病生存和总生存^[3],HDC + ASCT 应早期用于复发和难治的淋巴瘤患者^[1]。

HDC + ASCT 支持在乳腺癌和卵巢癌患者中的应用也大大增加,乳腺癌、卵巢癌对烷化剂和蒽环类化疗药物成剂量疗效正相关,造血干细胞支持治疗能增加化疗剂量、降低毒副作用。乳腺癌患者手术后,及早接受 HDC + ASCT,其后不需任何治疗,大大缩短治疗疗程,生活质量明显提高,对于复发患者,HDC + ASCT 仍可获得再缓解^[5]。卵巢癌在诊断时大部分病人为进展期,手术后应用化疗尽管 60~80%对化疗有反应,大部分病人还是化疗耐药、疾病复发而死亡,长期无病生存仅为 1525%。HDC + ABSCT 克服耐药、预防复发,早期应用 HDC 对微小残留的敏感性肿瘤性疾病有助于较好的控制肿瘤,延缓耐药克隆的生长,可产生最大疗效的治疗效果。对于进展性但化疗敏感的卵巢癌是非常有效的强烈的化疗方案,对于这部分病人手术后不用选择即可进行此方案治疗,因为卵巢癌的病人对化疗是敏感的^[6,7]。

HDC + ASCT 已广泛应用于多发性骨髓瘤的治疗,移植的总有效率达到 75%~81%。移植前 CR 者有更长的生存期和无复发生存期,移植者比不移植者生存期平均长 70 个月^[8,9,10],两次自体移植可以明显延长患者生存期,降低死亡率^[11],我院第一例多发性骨髓瘤患者接受两次移植者无病生存已达 72 个月。

小细胞肺癌尽管对化疗敏感,但绝大多数均复发,目前已不作为移植适应症。

HDC + ASCT 后应用造血刺激因子,较以往的任何化疗方案,都大大降低造血组织的毒性,促进骨髓恢复,降低治疗相关死亡率。在没有全身重要脏器损害和有较好的临床表现状态,即使超过

60 岁, HDC + ASCT 也被认为是非常合适的治疗方案^[12]。

[参考文献]

- [1] Nachbaur D, oberaigner W and Fritsch E et al. Allogeneic or autologous stem cell transplantation (SCT) for relapsed and refractory Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma: a single-centre experience. *Eur J Haematol* 2001;66:43-49.
- [2] Bosly A, Haioun C and Gisselbrecht C et al. High-dose treatment with autologous stem cell transplantation versus sequential chemotherapy: the GELA experience. *Eur J Haematol* 2001;66(suppl. 64):3-7.
- [3] Rapoport AP, Meisenberg B and Sarkodee-Adoo C et al. Autotransplantation for advanced lymphoma and Hodgkin's disease followed by post-transplant rituxan/GM-CSF or radiotherapy and consolidation chemotherapy. *Bone Marrow Transplantation* 2002;29:303-312.
- [4] Pettengell R. Autologous stem cell transplantation in follicular non-Hodgkin's lymphoma. *Bone Marrow Transplantation* 2002;29(suppl. 1):S1-S4.
- [5] Rosa LD, Lalle M and Pandolfi A et al. Costs of high-dose chemotherapy and peripheral blood progenitor cell autograft for breast cancer. *Bone Marrow Transplantation* 2001;27:1031-1035.
- [6] Morgan RJ, Doroshow JH and Leong L et al. Phase II trial of high-dose intravenous doxorubicin, etoposide, and cyclophosphamide

with autologous stem cell support in patients with residual or responding recurrent ovarian cancer. *Bone Marrow Transplantation* 2001;28:859-863.

- [7] Salerno MG, Ferrandina G and Gregg S et al. High-dose chemotherapy as a consolidation approach in advanced ovarian cancer: long-term results. *Bone Marrow Transplantation* 2001;27:1017-1025.
- [8] Gulbrandsen N, Wisloff F and Nord E et al. Cost-utility analysis of high-dose melphalan with autologous blood stem than 60 years with multiple myeloma. *Eur J Haematol*, 2001;66:328-336.
- [9] Shimoni A, Smith TL and Aleman A et al. Thiotepa, busulfan, cyclophosphamide (TBC) and autologous hematopoietic transplantation: an intensive regimen for the treatment of multiple myeloma. *Bone Marrow Transplantation* 2001;27:821-828.
- [10] Alexanian R, Weber D and Giral S et al. Impact of complete remission with intensive therapy in patient with responsive multiple myeloma. *Bone Marrow transplantation*. 2001;27:1037-1043.
- [11] Hujgens PC, Dekker V and Roessel HM et al. High-dose melphalan with G-CSF stimulated whole blood rescue followed by stem cell harvesting and busulphay cyclophosphamide with autologous stem cell transplantation in multiple myeloma. *Bone Marrow Transplantation*. 2001;27:925-931.
- [12] Rubia JDL, Saavedra S and Sanz GF et al. Transplant-related mortality in patients older than 60 years undergoing autologous hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 2001;27:21-25.

经椎间孔开窗后路腰椎体间融合术

蔡国强, 王德国, 秦之威、亓向同, 朱海涛, 宋伟贞

(泰安市中心医院骨外科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨经椎间孔入路的腰椎体间融合术的手术操作技术和适应症。方法 38 例腰椎患者, 包括 25 例腰椎弓根峡部裂并滑脱、10 例腰椎间盘突出源性腰痛、2 例成人僵硬型腰椎侧弯并神经根狭窄、1 例腰椎体骨折。术前诊断明确, 根据患者术前症状、体征和影像学检查个体特点, 选择脊柱后方入路, 以经单侧或双侧椎间孔开窗入路椎间盘切除、椎间松动、恢复椎体序列、椎体间植骨、椎弓根钉棒内固定的术式为特征。结果 36 例经 5-8 个月(平均 4 个月)术后随访, 症状消失, 2 例症状明显减轻。影像学检查完全达到维持椎体排序、椎间高度、生理曲度, 椎间植骨融合 100%。内固定物无松动、形变、断裂。本组无近期并发症发生。结论 经椎间孔开窗后路腰椎体间植骨融合术治疗腰椎不稳定、滑脱复位, 狭窄减压、侧弯矫正的术式是值得临床推广应用的手术新技术。

[关键词] 腰椎; 椎间孔; 腰椎体间植骨; 椎弓根钉; 内固定

随着现代解剖学、生物力学的迅速发展, 内固定材料、器械设备的不断更新, 新的手术技术的应用, 脊柱外科的治疗水平有了显著提高。因此, 为

了更进一步的研究探讨脊柱疾病的手术新技术, 总结 38 例腰椎患者经椎间孔入路的腰椎体间融合术的治疗结果报告如下;

1 材料与方法

38 例腰椎患者,男 20 例,女 18 例;年龄 32 岁~72 岁(平均 48 岁);均进行了详细临床检查,CR、CT、MRI 影像学检查,肌电图、诱发电位检查,诊断明确。38 例患者,包括 25 例腰椎弓根峡部裂并滑脱(狭部裂部位 L₄14 例、L₅11 例;滑脱度 I 度 4 例、II 度 17 例、II - III 度 4 例)、10 例腰椎间盘突出性腰痛(部位 L₄/L₅6 例、L₅/S₁4 例)、2 例成人僵硬型腰椎侧弯并神经根管狭窄,1 例腰₄椎体骨结核。38 例患者术前均有反复发作的腰痛、腰椎活动受限、部分患者有腰椎滑脱感症状。38 例中有 11 例伴单侧下肢放射痛或麻木体征:4 例腰椎弓根峡部裂并椎体滑脱 II - III 度、2 例成人僵硬型腰椎侧弯并神经根管狭窄、5 例腰椎间盘突出。

麻醉方式:对肥胖、恐惧等俯卧位耐受性差、神经根症状体征明显、腰椎体滑脱 II 度或 II 度以上患者选择全麻手术入路 26 例,余 12 例选择硬脊膜外脊髓麻醉。麻醉后插尿管,以避免插尿管对患者的痛苦刺激。

手术体位:全俯卧位。

手术入路:经脊柱后方椎间孔入路,单一腰椎体间病变选择单侧椎间孔入路的患者 28 例,双侧椎间孔入路的患者 8 例。2 例成人僵硬型腰椎侧弯并神经根管狭窄选择(凹侧)单侧三个平面的椎间孔入路。

手术过程:保留棘突、椎板和棘上韧带、棘间韧带、黄韧带,在腰椎病变节段的单侧或双侧上一椎体的下关节突和下一椎体的上关节突切除,敞开椎间孔和经椎间孔前壁椎间盘纤维环开窗,行椎间盘切除后,根据术前影像学检查测量的椎间高度,选择椎间盘软骨板切除绞刀宽度 8mm - 15mm 之间,插入椎间隙,保护好神经根,手动缓慢旋转绞刀,切除椎间盘软骨板,同时椎间松动后,准确植入椎弓根钉棒,撑开椎间、复位,绞刀插入椎间隙,进一步切除椎间盘软骨板,用锐性刮齿仔细刮除软骨板,反复冲洗椎体间隙。干纱布条填入椎体间隙压迫止血。经同一切口取自体髂骨三面皮质骨块,或同种异体三面皮质骨块,依据椎间高度和形态,并用高速微型磨钻修整骨块为,前宽后窄、上下面略凸的梯形。经此开窗通道,椎间前 1/3 先植入自体髂骨松质骨,后植入梯形骨块或

选择装满松质骨的长方形椎间融合器于椎间中后 2/3 部位。恢复椎体序列及椎间高度,经椎弓根钉棒椎间加压内固定(表 1)。术中必须进行 C 臂 X 线透视证实椎体排序,椎间高度、生理曲度恢复。术者使用细尿管经椎管侧壁向上下无阻力地插入 5cm,证实椎管减压复容。术中失血量 250ml - 500ml。手术时间 2 小时 - 5 小时。

表 1 38 例腰椎患者的内固定方式

内固定方式	腰椎弓根 峡部裂 并滑脱	腰椎间盘 源性腰痛	成人僵硬 型腰椎侧 弯并神经 根管狭窄	腰 ₄ 椎体 骨结核
钛合金 SRS	15			
钛合金 RF	10			
钛合金 AF				1
钛合金中华长城 椎弓根钉棒系统		10	2	

结果术后 36 例症状消失,2 例症状明显减轻。经 5 - 8 个月(平均 4 个月)随访,影像学检查完全达到维持椎体排序、椎间高度,生理曲度,椎间植骨融合 100%。内固定物无松动、形变、断裂。本组无近期并发症发生。

2 讨论

一、经椎间孔入路术式的优势

1. 脊柱后路优于脊柱前路,因为前路解剖结构复杂,对腹膜后结构干扰和损伤大;而脊柱后路解剖结构清晰,手术操作步骤程序化,易于掌握。2. 保留完整的棘突、椎板、棘上韧带、棘间韧带、黄韧带和对侧关节突,保留了椎管的完整性和充足的植骨床面积,进入椎间隙的通道外移至椎间孔,避免了经中央椎管的椎体间植骨融合术中对硬脊膜和神经根的牵拉,减少对椎管的干扰,降低了神经血管损伤的风险。因此,适应于所有节段的腰椎后路手术。3. 直视下显露椎间隙,切除椎间盘软骨板,椎体间松动,准确植入椎弓根钉棒,撑开椎间、易于复位或矫正畸形,恢复椎体序列和椎管容积;4. 椎体间植骨融合,三面皮质骨块或椎间融合器加自体松质骨,提供双侧前柱脊柱支撑和负载能力,维持椎间隙高度;5. 单侧椎间孔前壁开窗,保留了前纵韧带和大部分后纵韧带、纤维环的完整,这些韧带结构提供了压紧植骨的张力带和椎弓根螺钉棒内固定保持椎间隙前窄后

宽,均可以防止植骨块的退出,有利于椎间融合。6.与椎弓根螺钉联合应用,在生物力学特点上相辅相成,可靠维持的脊柱三柱稳定性和脊柱的生理曲度,又减少了椎弓根螺钉棒内固定器械的悬力臂负荷,从而避免了内固定物的松动、形变、断裂。7.手术时间短,术中出血少。

二、经单侧椎间孔入路术式的适应症和注意事项

1.腰椎椎弓根峡部裂并椎体滑脱。从定量定性解剖学表现为由于椎体滑脱移位致中央椎管局限性狭窄,只要恢复椎体序列,就可以恢复中央椎管容积。而双侧的神经根管由于椎弓根峡部裂致退变性骨质增生和纤维性疤痕形成,使得神经根管骨性和纤维性狭窄,只要切除增生骨质和纤维性疤痕,完全敞开神经根管。2.腰椎间盘源性腰

痛;3.成人僵硬型腰椎侧弯并单侧神经根管狭窄;4.单侧神经根管症状腰椎间盘突出症并椎体间不稳定。腰椎间盘突出和退变,椎间盘纤维环松弛,椎间隙高度不同程度的变窄,由于解剖结构和生物力学的病理性变化,导致椎体缘和关节突骨质增生。用定量定性解剖学分析影像学的变化,并与症状、体征结合起来,设计定位定量减压的不同范围。经单侧椎间孔入路术式治疗僵硬型腰椎侧弯并单侧神经根管狭窄,可以直视下显露多节段椎间隙,切除椎间盘软骨板,椎体间松动,准确植入椎弓根钉棒,撑开椎间、易于复位或矫正畸形,恢复椎体序列和椎管容积;比前路入路的手术操作简单,创伤小,降低了干扰和损伤腹膜后结构的风险。

普萘洛尔试验的临床意义

刘培泉

(泰安市中心医院健康保健中心,山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 探讨普萘洛尔对功能性 ST-T 波异常改变者的鉴别与治疗的临床意义。方法 经常规心电图检查,发现有 ST-T 波异常改变的青、中年患者;窦性心律;心率在 60 次/分以上;排除有器质性心脏病;口服普萘洛尔 30mg,于 60 分钟和 120 分钟各描记十二导联心电图一份,进行对照分析。结果 阳性率占 81.66%,改善占 13.33%,阳性率占 5%。结论 普萘洛尔试验对鉴别器质性与功能性 ST-T 波异常改变确实具有一定的临床意义,是一种心脏无创伤、安全、易行的检查方法之一,副作用和禁忌证较少。

[关键词] 普萘洛尔;青、中年;试阶;结果;临床意义

自 1990 年 1 月至 2003 年 10 月在门诊患者中有选择性的,对常规心电图有 ST-T 波异常改变的 60 例青、中年患者进行了普萘洛尔(心得安)试阶,取得了满意结果,总结报告如下:

1 临床资料与方法

1.1 病例选择 本组 60 例,均系门诊患者,男 15 例,女 45 例。年龄 18~46 岁。病史最长者 3 年,最短者 7 天。入选条件(1)主诉有心悸、心动过速、气短、喜叹气样呼吸伴有心前区压痛、乏力、头晕、失眠、多梦、四肢发麻发凉、血压轻度升

高及心跳有间歇等表现与症状。(2)常规心电图可在 II、III、aVF 导联出现 ST 段下移 $>0.5\text{mm}$ $<1\text{mm}$,T 波低平或轻度倒置 $\leq 3\text{mm}$;个别患者 ST 段在 II、III、aVF 导联轻度下移时并伴有 V_{4-6} 导联出现 T 波低平,甚至轻度倒置。(3)临床检查除有以上自感症状和心电图 ST-T 波异常改变外;心脏物理与 x 线、心向量、心功能、心脏彩超等检查均无器质性心脏病的证据;同位素内分泌检查排除甲状腺机能亢进、嗜铬细胞瘤;实验室检查无异常发现;除外洋地黄等药物影响因素。(4)窦性心律、心率 60 次/分以上。

1.2 试验方法 试验前停用影响植物神经及血管功能的药物 3 天。首先描记一份十二导联心电图做对照,即刻让患者口服普萘洛尔 30mg (体格瘦小者服 20mg),于 60 分钟和 120 分钟各描记一份十二导联心电图,对照分析。

1.3 试验结果的判断标准^[1,3] (1)“阳性”:用药后 2 小时异常 ST-T 波全部恢复正常者。(2)“改善”:至少有一个“R”波占优势的导联,其 ST-T 异常改变恢复正常者或低平的 T 波于服药后 120 分钟升高 $\geq 50\%$ 者。(3)“阴性”:改变不明显,不足以上标准者。

2 结果

2.1 口服普萘洛尔前后心率的改变,试验前心率 73-115 次/分(平均 94 ± 6 次),口服普萘洛尔 120 分钟后心率 58-85 次/分(平均 71.5 ± 9 次),平均心率明显低于用药前。

2.2 口服普萘洛尔 120 分钟后心电图改变情况,有 49 例心电图均恢复为正常,判断为“阳性”占 81.66%;有 8 例心电图部分 ST-T 波恢复正常,判断为“改善”占 13.33%;有 3 例心电图改变不明显判断为“阴性”占 5%。

2.3 口服普萘洛尔后患者症状的改善,有 49 例在口服普萘洛尔 60 分钟后开始自感心悸、胸闷、气短症状逐渐减轻,120 分钟后以上症状基本消失。有 8 例以上症状逐渐减轻,120 分钟后症状明显减轻。有 3 例以上症状稍有改善。

3 讨论

3.1 试验机理 心肌缺血的病理生理学基础,在于心肌供氧与心肌需氧不相适应。在交感神经张力过高基础上的 β 受体兴奋作用可使心脏发生一时性相对缺氧,在心电图上出现 ST-T 波异常改变。^[1]普萘洛尔通过阻断心肌的 β 受体,减慢心率、抑制心脏收缩力与房室传导,循环血流量减少,心肌耗氧量降低^[2]。故心肌缺氧获得改善,使心电图功能性的 ST-T 改变恢复正常。而冠心病、高血压性心脏病等一类器质性心脏病的发病

原因并非由于植物神经功能紊乱,而是由于血管病变所致的心肌长期缺血,心电图出现 ST-T 异常,但 1 次口服普萘洛尔 30mg 并不能很快改善心肌缺血情况,心电图 ST-T 改变可没有明显变化。^[3]

3.2 临床意义 植物神经功能紊乱所致的心脏神经官能症约占心血管疾病的 10%,当青年患者伴有某些感染征象时易被诊断为心肌炎。当中老年患者伴有高血压、胸闷、胸痛时易被诊为冠心病。此时普萘洛尔试验可为临床提供鉴别器质性与功能性的 ST-T 异常改变的参考诊断依据,对临床确定诊断具有一定的参考价值。普萘洛尔试验对运动负荷试验有同样结果,可使大多数心脏神经官能症患者的运动试验转为阴性,而冠心病患者的改变不大;因此多数认为此试验有鉴别诊断的意义^[4]。普萘洛尔试验只供鉴别植物神经紊乱与冠心病的参考^[5]。

3.3 评价 经过 13 年的临床实践证明本试验方法用以鉴别心脏器质性与功能性 ST-T 异常改变确实具有一定的临床意义,是一种无创伤、安全、易行、副作用和禁忌症较少的检查方法之一,多适用于门诊临床中遇到的青、中年有 ST-T 异常改变的患者。对老年患者确定诊断需要结合临床资料全面分析。普萘洛尔试验对决定是否采用普萘洛尔治疗(包括冠心病在内)以及对其疗效的估计具有较大的现实意义,普萘洛尔试验阳性患者,若采用普萘洛尔进行治疗则可取得较好的疗效。

[参考文献]

- [1]夏志鸿主编.内科讲座,第 3 卷(第 1 版).北京:人民卫生出版社,1981,298.
- [2]陈新谦,金有豫主编.新编药理学(第 13 版).北京:人民卫生出版社,1992,226.
- [3]王留义,吴椒伦主编.无创伤性心血管诊断技术(第 1 版).北京:中国医学科技出版社,1996,281.
- [4]戴自英主编.实用内科学(第 9 版).北京:人民卫生出版社,1995,1239.
- [5]都本洁.临床荟萃,1997,12(9):429.

局部旋转皮瓣修复颌面部软组织缺损的体会

李晓光, 朱玉莲, 刘太生, 赵峰, 万光勇, 王瑞元, 高德安

(泰安市中心医院门诊部, 山东 泰安 271000)

【摘要】 目的 探讨口腔颌面部软组织缺损的修复方法。方法 应用面部局部旋转皮瓣修复 21 例口腔颌面部软组织缺损。结果 21 例术后创面均得到即时修复, 效果良好。结论 该方法设计灵活, 外型恢复好, 操作方便、成功率高, 值得推广。

【关键词】 外科手术; 整形; 面部组织缺损; 皮瓣

口腔颌面部软组织缺损是临床常见的疾病, 如外伤性软组织缺损, 面部肿瘤、色素痣、瘢痕切除后缺损, 给治疗带来了一定的困难。如果选择治疗方法不当将给患者带来很大痛苦, 如术后外型不理想, 色泽不协调, 疤痕大等。近几年来我们在行病灶切除后或外伤组织缺损区, 采用局部皮瓣修复的方法并治疗 21 例患者, 皆取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料本组病例共 21 例, 男性 12 例, 女性 9 例, 年龄 19 岁 ~ 68 岁。面部皮肤癌 12 例, 色素痣 3 例, 疤痕 2 例, 外伤性缺损 4 例。采用鼻唇沟皮瓣 5 例, 额部皮瓣眶下区皮瓣各 3 例, 颞部皮瓣颞部皮瓣各 2 例, 颊部皮瓣耳后皮瓣各 3 例, 皮瓣最大 $4.5\text{cm} \times 3\text{cm}$, 最小为 $1\text{cm} \times 1\text{cm}$, 皮瓣长宽比例 2 ~ 3 : 1。

1.2 手术方法首先设计病灶切除及外伤组织缺损及皮瓣形成切口线, 术区常规消毒及清创, 用 0.5% 利多卡因加少许副肾素做局都浸润麻醉, 沿设计切口线切开皮肤彻底切除病灶。对外伤性缺损, 沿切口线修整创缘, 彻底止血, 按术前设计切开翻起皮瓣, 皮瓣不能过薄过窄, 防止术后血运不良, 皮瓣转移严禁强行牵拉及钳夹, 皮瓣应彻底松解无张力覆盖于创面上, 逐层用 3-0 细线仔细缝合, 供皮区广泛剥离减张后拉拢缝合, 防止因张力过大愈合后形成较大疤痕, 纱布轻压包扎。术后根据愈合情况, 5 ~ 7 天拆线。

2 治疗效果

21 例患者中皮瓣全都成活, 无 1 例组织坏死。随访 2 个月 ~ 3 年, 颜色正常, 疤痕小, 外形

理想, 疗效满意。典型病例: 患者男, 30 岁, 右下睑外侧基底细胞癌约 $1.5 \times 2.5\text{cm}$, 扩大切除后创面约 $2.5 \times 3.5\text{cm}$, 颞部皮瓣修复, 术后 3 月复查, 无下睑外翻等畸形, 眼闭合正常, 外型好。(附照片)

3 讨论

面部是人体重要的形态器官, 临床上在修复面部缺损时, 应考虑到其形态的改善和美容, 因此, 选择最佳的修复方法是至关重要的^[1]。修复颌面部软组织缺损, 尽管方法很多, 但如何使牺牲的正常组织最少、外观更好、避免直线疤痕挛缩引起器官移位等仍是临床医师必需慎重考虑的。随着人们生活水平及审美观的提高, 以往常用的植皮、手术切除直接拉拢缝合等方法, 由于植皮色泽的不协调及局部凹陷, 直接拉拢局部器官移位畸形, 患者难以接受, 而局部皮瓣修复颌面组织缺损, 避免了以上不足, 效果理想。局部旋转皮瓣其色泽、质地、组织厚度等与缺损组织相似, 外观效果好; 皮瓣血运好, 手术后形成的是曲线疤痕避免了直线疤痕挛缩的缺点。因局部皮瓣带有一定厚度的脂肪组织确保血供, 旋转修复创面后皮肤的颜色、弹性与周围皮肤亦是一致的。对少量骨组织缺失的凹陷畸形, 因皮肤带有脂肪组织尚有一定充填作用^[2]。

皮瓣设计是治疗中的关键, 根据缺损组织大小设计皮瓣, 设计时尽量按皮纹设计并考虑血管的走行, 保证皮瓣血运的良好供应。设计皮瓣长宽比例约 2 ~ 3 : 1^[3], 防止过大或过小, 皮瓣远端可适当修整厚薄, 防止术后臃肿, 以免皮瓣产生张力, 有碍瓣的成活及术后疤痕过大, 皮瓣设计尽量在隐蔽部位, 则术后外型较理想。皮瓣设计要尽

可能使缝合后的切口线与皮纹一致,如鼻底、鼻翼的缺损可首选鼻唇沟皮瓣^[4],同时也要考虑供区的隐蔽及组织的张力,如采用耳后区皮瓣来修复耳前软组织缺损就是一个比较成功的例子。反之,头皮缺损用头皮瓣修复时,因局部组织张力大,使供区的关闭相当困难。局部皮瓣不能修复者或修复后引起器官变形或产生过大疤痕者,可采用皮瓣扩张进行修复,以保证最佳美容效果。局部皮瓣转移修复颌面部缺损,设计灵活,外型恢复好,达到了美容的效果,是一种操作方便、成功

率高的好方法,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] Samuel fomon. Cosmetic surgery principles and practice. J B Lippincott Company, 1960: 141142.
- [2] 黄广香邓国三匡斌,等.面部旋转皮瓣治疗眶下区基底细胞瘤疗效观察[J].中华整形外科杂志,2002,18(2):74~75.
- [3] 朱斌,高建华,百束比古,等.随意型皮瓣蒂宽瓣宽比例与皮瓣成活长度关系的实验研究[J].中华整形外科杂志,1999,15(6):441~443.
- [4] 谢义德,黄拔瑞.鼻唇沟及皮瓣在颌面部整复中应用.中华医学美容杂志,1997,3(2):100.

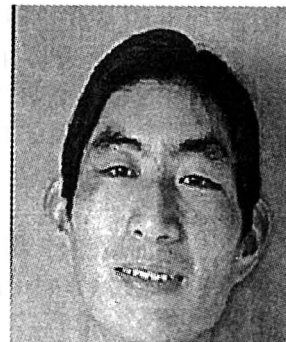
附照片



照片 1 右下睑外侧基底细胞癌
约 1.5×2.5cm(已取病理)



照片 2 颞部皮瓣修复拆线后
无下睑外翻,外型好



照片 3 术后 3 月局部肤色基本
正常,疤痕不明显

极固宁治疗牙本质过敏的临床研究

李鲁生¹,张伟²,孙燕¹

(1.泰安市中心医院,山东 泰安 271000;2.莱芜市大王庄医院,山东 莱芜 271119)

[摘要] 目的 观察极固宁(A)对牙本质敏感症的治疗效果并与 75%氟化钠甘油(B)、30%草酸钾溶液(C)和 50%麝香草酚酚溶液(D)三种常规脱敏药物进行比较并探讨其作用机制。方法 将 134 例牙本质敏感的 216 个牙随机分为 A、B、C、D 四组,分别用上述脱敏药物治疗一个疗程,并比较其疗效。结果 A 组即时及半年后脱敏有效率均显著优于 B、C、D 组($P < 0.01$)。结论 极固宁为一种快速、高效、安全的牙本质脱敏剂。

[关键词] 牙齿感觉过敏症;脱敏治疗;极固宁

牙本质过敏症是由暴露的牙本质对外界的冷热刺激、机械刺激及化学刺激产生的一种疼痛反应^[1],治疗方法有两种:①部分或完全封闭牙本质小管②改变牙髓-牙本质交界处的牙髓感受器的敏感性^[2]。我们采用随机分组对照实验,观察极固宁及其他三种脱敏药治疗牙本质过敏的效果并

探讨其作用机制。

1 材料和方法

1.1 临床资料 病例选择:收集来我院牙体牙髓科就诊的牙齿感觉过敏症患者 134 例共 216 颗患牙,其中男性 82 例,女性 52 例,年龄 27~68

岁。引起患牙敏感的原因包括:釉质缺损或磨损、牙根暴露、楔状缺损、修复基牙预备后、牙齿洁治后等非龋性疾病。

临床检查:对被检患牙做冷水、冷气、金属探针 3 种检查,并将患牙对这些刺激的敏感程度分为 4 个等级。无症状(0 分):3 种检查均无症状。轻度疼痛(1 分):金属探针探察产生异物感或酸软感,冷水、冷气不引起疼痛。中度疼痛(2 分):金属探针探察产生异常酸软疼痛的感觉,冷水冷气引起中等程度的疼痛。重度疼痛(3 分):金属探针探察产生异常酸软疼痛的感觉,冷水冷气引起尖锐疼痛。

1.2 方法 极固宁脱敏剂脱敏(A 组)(ALFAWASSERMANN,由液体 1 和液体 2 两部分组成):清洁并消毒敏感牙齿表面,用气枪仔细吹干约 10s,用小刷子将液体 1 涂擦与牙面约 10s,然后用同样的方法涂擦液体 2,对非常敏感的患牙需重复治疗 2 次。

氟化钠甘油脱敏(B 组):用小棉球浸 75% 的氟化钠甘油,反复涂擦吹干隔湿的敏感部位数次,每天 1 次,3 次为一疗程。

草酸钾溶液脱敏(C 组):用小棉球浸 30% 的草酸钾溶液,放在吹干隔湿的敏感部位,保持 5min,每天 1 次,3 天为一疗程。

麝香草酚乙醇法(D 组):用小棉球浸 50% 的麝香草酚乙醇溶液放于牙齿敏感区,再以烤热的牙胶充填器置于棉球上,以产生白雾而患者不感觉疼痛为度,每天 1 次,3 天为一疗程。

全部患牙均进行即时统计及半年后追踪复查。

1.3 疗效判断 显效:治疗前后分数差 ≥ 2 或症状消失。

有效:治疗前后的分数差 = 1,症状未消失。

无效:治疗前后的分数差为 0。

有效率(%) = (显效牙数 + 有效牙数) / 总牙数 $\times 100\%$

1.4 统计学方法 采用卡方检验处理数据。

2 结果

A、B、C、D 四组药物即时脱敏有效率分别为 94.44%, 70.37%, 68.52%, 66.67%, 而半年后的脱敏有效率分别为 88.89%, 55.56%, 50.00%, 44.44%, 且经卡方检验表明:A 组的即时疗效和半年后疗效均显著优于 B、C、D 组($P < 0.01$),而 B、C、D 组两两之间无显著性差异($P > 0.05$)。具体结果见表 1 和表 2。

表 1 四组即时脱敏疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率(%)
A	48	3	3	94.44
B	30	8	16	70.37
C	29	8	17	68.52
D	27	9	18	66.67

表 2 四组半年后脱敏疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率(%)
A	46	2	6	88.89
B	25	5	24	55.56
C	21	6	27	50.00
D	20	4	30	44.44

3 讨论

牙齿敏感或牙齿感觉过敏又称过敏性牙本质,是指患牙遇外界各种刺激(刷牙磨擦或食咬硬物等)、化学(甜、酸、辣)、温度(冷、热)和渗透压变化等刺激时引起的一种异常酸痛不适感^[3]。它不是一种独立的疾病,而是许多牙体病、牙周病或机体生理、病理改变所致的病状。临床上引起牙本质暴露的各种牙体病如龋损、非龋性牙体硬组织疾病(如隐裂、牙折、磨损、酸蚀症、楔状缺损、釉质发育不全等)和牙周病均可伴牙齿敏感症。还有一种医源性的牙齿敏感症不可忽视,即作修复治疗时桩核和嵌体牙体预备时造成的牙齿敏感。目前关于牙本质过敏的确切机制尚不清楚,广为人们接受的为液体动力学说^[4]。该学说认为外界刺激引起暴露的牙本质小管内的液体移动,搅动牙本质小管内容物,从而间接兴奋了其中的感觉神经末梢产生痛觉。根据这一理论,治疗方法有两种:①部分或完全封闭牙本质小管②改变牙髓-牙本质交界处的牙髓感受器的敏感性。临床上应用的各种脱敏方法和技术均是这两种方法的具体应用。

氟化钠脱敏机理是氟与牙齿表面形成的氟羟磷灰石可堵塞暴露的牙本质小管,同时增加牙本质硬度和抗酸性。草酸盐在牙齿表面形成草酸盐结晶,并可降低神经敏感性。麝香草酚乙醇溶液熨热疗法的原理亦是封闭敏感区牙本质表面暴露的牙本质小管。这些方法的缺点是部分治疗可使牙体变色,有的药物接触牙龈会产生灼伤,更为重要的是其只通过一种机制脱敏,效果不确实,且一般需要病人复诊多次,反复脱敏。且本实验中也证明半年后这三种常规脱敏剂的疗效下降。

极固宁为双重作用的脱敏剂,液体 1 的主要成分为磷酸钾、碳酸钾和羟苯甲酯钠,液体 2 的主要成分为氯化钙、氯化锶和苯甲酸钠。极固宁的两种溶液先后直接涂在牙本质表面后发生反应,形成超微结构的无机结晶复合物。这种反应产生四种不溶性的钙盐和锶盐(各两种),加上一种可脱敏的钾盐,使极固宁具有双重脱敏作用:①不溶性无机结晶复合物在暴露的牙本质表面形成一连续沉淀层,深度机械堵塞牙本质小管。②由于从溶液晶体沉淀物中释放出钾离子,抑制了牙神经的再极化。且其作用迅速,无任何化学刺激。本实验的结果表明,极固宁的即时疗效和半年后疗效均明显优于其他三种脱敏剂。

极固宁的双重作用直接针对引起牙本质敏感疼痛的两种原因:①牙本质暴露后,外界刺激造成牙本质小管内液体压力变化,产生疼痛。②神经纤维对疼痛的阈值降低。极固宁既封闭了暴露的牙本质小管,又降低了牙髓神经的反应性,达到了双重脱敏的效果。极固宁可适用于各种原因引

起的牙本质过敏,如深龋的洞衬患者,桩核预备时牙本质暴露患者,嵌体预备时牙本质暴露患者,牙颈部缺损或酸蚀患者,牙龈退缩和釉牙骨质界暴露或牙颈部根面暴露或洗牙和漂白牙的前后。

本实验的结果表明极固宁是一种快速、安全、有效的牙本质脱敏剂,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1]Addy M, Mostafa P, Absi EG, etc. Dental hypersensitivity . Etiology and management with particular reference to dentifrices. In Rowe NH, ed. Proceedings of the sympos. In Rowe NH, ed. Proceedings of the symposium on hypersensitive dentin. Origin and management. Edinburgh, London: E. and S. Livingstone Limited; 1985: 147 - 167.
- [2]Brannstrom M. A hydrodynamic mechanism in transmission of pain producing stimuli through the dentin. Oxford: Pergamon Press; 1963: 73 - 79.
- [3]王光华, 韩式韞. 牙体修复学. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 181 - 187.
- [4]Ling TYY, Gillam DG. Effectiveness of desensitizing agents for the treatment of cervical dentin sensitivity - A review. Periodont Abstracts 1996; 44: 5 - 11

缺氧缺血性脑病新生儿血清可溶性细胞间黏附分子 - 1 水平的动态变化与临床意义

罗荣华

(泰安市中心医院小儿内科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 目的 研究新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)疾病极期和恢复期初血清可溶性细胞间黏附分子 - 1 (sICAM - 1)水平变化及在 HIE 发病机制中的意义。方法 以 17 例正常足月新生儿脐血为对照组,对 36 例 HIE 患儿疾病极期、恢复期初血清 sICAM - 1 水平进行观察。根据病情将 36 例 HIE 患儿分为轻(13 例)、中(14 例)、重度(9 例)组。血清 sICAM - 1 水平采用双抗体夹心酶联免疫(ELISA)法检测。统计学处理采用方差分析、q 检验及 t 检验。结果 轻、中、重度 HIE 组患儿疾病极期血清 sICAM - 1 水平分别为 (158.29 ± 77.09) pg/ml、 (217.03 ± 45.61) pg/ml 和 (300.32 ± 78.39) pg/ml,均较对照组 $[(6.16 \pm 4.05)$ pg/ml]显著升高($q = 18.3762, 15.0464, 10.6332, P < 0.001$);3 组之间差异显著($q = 8.4348, 5.0203, 3.9273, P < 0.001, 0.01$)。恢复期初血清 sICAM - 1 水平分别为 (58.04 ± 26.69) pg/ml、 (86.40 ± 29.00) pg/ml 和 (95.57 ± 28.98) pg/ml,3 组之间仍有差异,但中、重度之间的差异已无意义($q = 1.3069, P > 0.05$),而中、重度与轻度间的差异显著($q = 5.2669, 4.4800, P < 0.01$)。3 组恢复期初血清 sICAM - 1 水平均较极期显著下降($t = 7.3498, 9.0498, 4.4305, P < 0.001$),但均未降至对照组水平($q = 8.5691, 13.5291, 13.1991, P < 0.01$)。结论 HIE 疾病极期血清 sICAM - 1 水平急剧升高,升高的程度与脑损伤程度密切相关。ICAM - 1 参与了 HIE 脑损伤的病理过程。临床监测 HIE 患儿血清 sICAM - 1 有助于判断 HIE 患儿的病情轻重和预后。

[关键词] 新生儿;缺氧缺血;脑损伤;可溶性细胞间黏附分子 - 1;血清

新生儿缺氧缺血性脑病(Hypoxic Ischemic Encephalopathy, HIE)是由于围生期诸多因素引起胎

儿窘迫或/和新生儿窒息后所造成的缺氧缺血性脑损伤(Hypoxic Ischemic Brain Damage, HIBD)并出

现一系列脑病症状。轻者可部分或全部恢复,重者多遗留有不同程度的神经系统后遗症,是新生儿致残的主要因素。HIBD 的发病机制尚不十分清楚。缺氧缺血/再灌注是与急性炎症反应相关的病理过程,免疫系统在这一过程中无疑发挥着重要作用。有研究表明免疫分子细胞间黏附分子-1(Intercellular adhesion molecule-1, ICAM-1)参与了组织器官缺氧缺血/再灌注后的炎症反应和免疫损伤过程,是重要的炎症介质。但其在 HIE 患儿的动态变化与临床意义,及其在 HIE 的病理过程中的作用国内外报道较少。本研究观察 HIE 患儿疾病极期和恢复期初血清可溶性 ICAM-1 (sICAM-1)水平与变化趋势,从分子免疫学角度探讨 HIE 的发病机制和病理过程,并为 HIE 的治疗提供理论依据。

1 资料和方法

1.1 研究对象

1.1.1 HIE 组 36 例,均为 2002 年 10 月~2003 年 2 月份我院小儿内科新生儿重症监护室(NICU)收治的患儿,按中华儿科学会新生儿学组修订的 HIE 诊断依据和临床分度标准^[1]进行诊断。其中轻度组 13 例、中度组 14 例、重度组 9 例。

36 例患儿中男 20 例,女 16 例;胎龄 36~42 周;出生体重 2100~4300 克;均有宫内窘迫史,其中孕母患妊高症 2 例,剖宫产出生 20 例、产钳或胎头吸引助产 9 例、自然产 7 例、脐带绕颈或绕躯 6 例;1 分钟 Apgar 评分 2~10 分;发病时间出生后 0~24 小时,入院时间出生后 0.5~72 小时。

重度组 9 例,男 7 例,女 2 例;1 分钟 Apgar 评分 2~7 分,其中 2~3 分 7 例,4~7 分 2 例;中度组 14 例,男 6 例,女 8 例;胎龄 36~41 周;1 分钟 Apgar 评分 4~10 分,其中 4~7 分 10 例,8~10 分 4 例;轻度组 13 例,男 7 例,女 6 例;胎龄 36~41 周;1 分钟 Apgar 评分 4~10 分,其中 4~7 分 7 例,8~10 分 6 例;

1.1.2 正常对照组 17 例,均为 2003 年 1 月份我院产科分娩室出生的新生儿,男 10 例,女 7 例,其母身体健康,胎龄 37~42 周,出生体重 2700~4010 克,无宫内窘迫史和产钳、胎头吸引等助产史,出生 1 分钟、5 分钟 Apgar 评分均为 10 分。

1.2 研究方法

1.2.1 标本采集 正常对照组于新生儿娩出后立即采集脐动脉血 3ml。HIE 组于入院后第

2 天(出生后第 2~4 天)采集血标本(疾病极期),依据病情轻度组于入院后第 7 天、中度组第 10 天、重度组第 14 天(恢复期初)采集股静脉血标本 3ml;所有血标本采集后室温下立即离心分离血清, -70℃ 冰箱冻存待测。

1.2.2 sICAM-1 检测 主要器材为台式低速离心机(TDL-5 牌,上海安亭科学仪器厂产), 1575 型自动洗板机(Bio-RAD 牌,美国产), 550 型酶标仪(Bio-RAD 牌,美国产);主要试剂为人 sICAM-1 ELISA 试剂盒(深圳晶美生物工程有限公司);采用双抗体夹心酶联免疫(ELISA)法检测血清 sICAM-1 浓度,严格按试剂盒说明书操作。

1.3 统计学分析

采用 SPSS10.0 版和 PEMS3.0 版统计软件进行统计学处理。实验数据呈正态分布,以均数±标准差($\bar{x} \pm S$)表示,组间比较采用方差分析、LSD 比较和 Newman-keulsq 检验、Dunnett 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有显著性统计学意义, $P < 0.01$ 为差异有极显著性统计学意义。

2 结果

2.1 不同临床分度 HIE 患儿疾病极期血清 sICAM-1 水平比较

轻、中、重度患儿疾病极期血清 sICAM-1 水平分别为 (158.29 ± 77.09) pg/ml $[(79.78 \sim 317.42)$ pg/ml]、 (217.03 ± 45.61) pg/ml $[(150.74 \sim 303.78)$ pg/ml]、 (300.32 ± 78.39) pg/ml $[(209.34 \sim 404.17)$ pg/ml],与对照组血清 sICAM-1 水平 $[(6.16 \pm 4.05)$ pg/ml]采用方差分析显示组间差异有显著性意义($F = 68.401, P < 0.001$);Newman-keuls 法、LSD 法两两比较,轻、中、重度 HIE 组与对照组之间均有极显著性差异(q 值分别为 10.6332、15.0464、18.3762, P 值均 < 0.001);重度组、中度组、轻度组之间差异均有极显著性统计学意义($q = 5.0203, 8.4348, 3.9273, P < 0.01, < 0.001$)。结果表明 HIE 患儿疾病极期血清 sICAM-1 水平急剧升高,不同病情组 HIE 患儿疾病极期血清 sICAM-1 水平升高程度不同,病情愈重水平升高愈显著(见表 1、图 1)。

2.2 不同临床分度 HIE 患儿恢复期初血清 sICAM-1 水平比较

轻、中、重度组 HIE 患儿恢复期初血清 sICAM-1 水平分别为 (58.04 ± 26.69) pg/ml $[(19.34 \sim 114.4)$ pg/ml]、 (86.40 ± 29.00) pg/ml $[(39.45 \sim 144.46)$ pg/ml]、 (95.57 ± 28.98) pg/ml $[(67.02 \sim 159.24)$ pg/ml],与对照组血清 sICAM-1 水平 $[(6.16 \pm 4.$

05)pg/ml]采用方差分析,结果显示组间差异有显著性意义(F 值为 42.764, $P < 0.001$); Newman - keuls 法、LDS 法两两比较,重度组与中度组比较差异无显著性统计学意义($q = 1.3069$, $P > 0.05$); 重度组、中度组与轻度组比较差异均有极显著性统计学意义($q = 5.2669$ 、 4.4800 , P 值均 < 0.01)。见表 2、图 2。结果表明 HIE 患儿恢复期初血清 sICAM - 1 水平仍居较高水平,其程度仍与 HIE 病情严重程度相一致。

2.3 不同临床分度 HIE 患儿血清 sICAM - 1 水平动态变化

轻、中、重度 HIE 组患儿恢复期初血清 sICAM - 1 水平较疾病极期皆有明显降低,差异均有极显著统计学意义(t 值分别为 4.4305、9.0498、7.3498, P 值均 < 0.001) (见表 3、图 3)。轻、中、重 3 组患儿恢复期初血清 sICAM - 1 水平与对照组比较,差异也均有极显著性统计学意义(q 值分别为 8.5691、13.5291、13.1991, P 值均 < 0.01) (见表 2)。即轻、中、重 3 组 HIE 患儿恢复期初血清 sICAM - 1 水平均有明显下降但均未降至正常新生儿脐血水平。

表 1 不同临床分度 HIE 患儿极期血清 sICAM - 1 水平比较($\bar{x} \pm S$, pg/ml)

组别	n	sICAM - 1	q 值	P 值
①重度组	9	300.32 $\pm$ 78.40	①/② 5.0303	< 0.01
②中度组	14	217.30 $\pm$ 45.61	②/③ 3.9273	< 0.01
③轻度组	13	158.29 $\pm$ 77.09	①/③ 8.4348	< 0.001
④对照组	17	6.16 $\pm$ 4.05	①/④ 18.3762	< 0.001
			②/④ 15.0464	< 0.001
			③/④ 10.6332	< 0.001

表 2 不同临床分度 HIE 患儿恢复期初 sICAM - 1 比较($\bar{x} \pm S$, pg/ml)

组别	n	sICAM - 1	q 值	P 值
①重度组	9	95.57 $\pm$ 28.98	①/② 1.3069	> 0.05
②中度组	14	86.40 $\pm$ 29.00	②/③ 4.4800	< 0.01
③轻度组	13	58.04 $\pm$ 26.70	①/③ 5.2669	< 0.01
④对照组	17	6.16 $\pm$ 4.05	①/④ 13.1991	< 0.01
			②/④ 13.5291	< 0.01
			③/④ 8.5691	< 0.01

表 3 不同临床分度 HIE 患儿血清 sICAM - 1 水平的动态变化($\bar{x} \pm S$, pg/ml)

分度	n	极期	恢复期初	t 值	P 值
轻度	13	158.29 $\pm$ 77.09	58.04 $\pm$ 26.69	4.4305	< 0.001
中度	14	217.03 $\pm$ 45.61	86.40 $\pm$ 29.00	9.0498	< 0.001
重度	9	300.32 $\pm$ 78.39	95.57 $\pm$ 28.98	7.3498	< 0.001

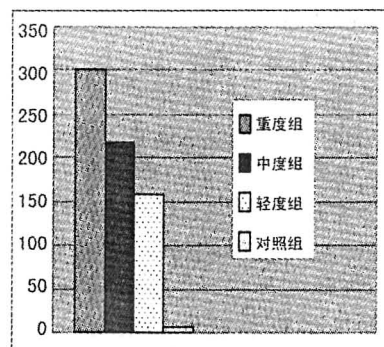


图 1 不同临床分度 HIE 患儿极期血清 sICAM - 1 水平比较

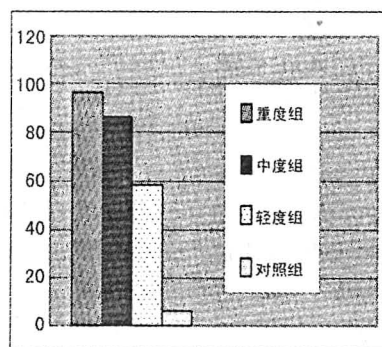


图 2 不同临床分度 HIE 患儿恢复期初血清 sICAM - 1 水平比较

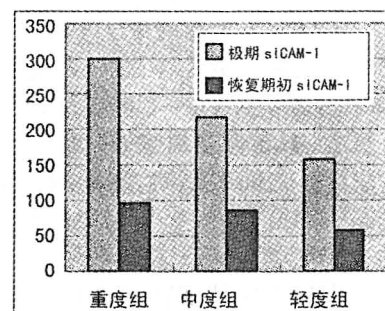


图 3 不同临床分度 HIE 患儿极期与恢复期初血清 sICAM - 1 比较

3 讨论

3.1 HIE 的分子免疫机制

HIE 的发病机制的研究正在深入,学说众多,主要有缺氧缺血后的能量代谢障碍、再灌注后损伤、氧自由基损伤、钙超载损伤、兴奋性氨基酸的毒性作用、神经细胞的凋亡,以及损伤性因子或保护性因子的作用,神经细胞肿胀引发的炎症反应等等。这些研究从分子和量子水平探讨着缺氧缺血后,中枢神经系统的病理变化过程以及它们之间错综复杂的内在联系。

免疫系统在 HIE 发病机制中贯穿其病理过程的始终。缺氧缺血/再灌注后,脑组织局部过度的炎症反应是 HIBD 的主要原因之一,也是免疫损伤的主要环节。脑组织缺氧缺血后,小胶质细胞、星形胶质细胞、中性粒细胞和单核巨噬细胞被激活,释放大量的肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor- α , TNF- α)、一氧化氮(NO)、过氧化氢(H_2O_2)、白细胞介素- 1β (IL- 1β)、 γ -干扰素(IFN- γ)、单核细胞趋化因子-1(MCP-1)等等,这些细胞因子或致炎因子通过一系列的信号转导途径相互诱导并诱导 ICAM-1 等免疫分子的表达,共同参与炎症反应和免疫损伤^[2]。因此再灌注后炎症反应加重,微循环阻塞,损伤进一步加剧。这些细胞因子或致炎因子共同参与缺氧缺血后的脑损伤过程,其机制复杂并且相互交错,都是 HIBD 发病分子免疫机制中的一个环节。

3.2 ICAM-1 与 HIE

HIE 患儿的 HIBD 病理过程中炎症反应是损伤的关键。缺氧及缺血/再灌注后,一系列致炎因子的高表达被诱导,免疫细胞被激活,中性粒细胞向炎症部位聚集浸润,使缺氧缺血/再灌注局部损伤加重。白细胞从血循环跨过 BBB 向损伤部位聚集的过程中 ICAM-1 起了至关重要的作用。

ICAM-1 为黏附分子中免疫球蛋白(Ig)超家庭中的主要成员之一,是一种免疫细胞膜分子,即 CD54 分子。ICAM-1 参与体内的炎症反应及免疫反应,指导炎症细胞的定位,介导白细胞与上皮内皮细胞之间的黏附,继而白细胞游出并向病理状态的部位聚集,参与免疫过程而引起该部位的炎症反应甚至造成一系列的免疫损伤。黏附的第一步是中性粒细胞在血管内皮细胞上的滚动,第二步是在滚动的基础上,中性粒细胞表面的 CD11/CD18 与内皮细胞表面的 ICAM-1 相互作用,使中性粒细胞黏附在内皮细胞表面并进一步发生变形和游走。最终游出血管并向病理状态的

部位趋化聚集。

血清等体液中的可溶性 ICAM-1(sICAM-1)的产生有两种方式:一种方式是细胞膜上的 ICAM-1(mICAM-1)经酶裂解而脱落生成 sICAM-1 溶入体液中^[3]。另一种方式是由 ICAM-1 的 mRNA 直接翻译而生成,并由细胞直接将生成的 sICAM-1 分泌到体液中。sICAM-1 升高是内皮细胞、白细胞等损害、激活的标志^[4,5]。临床上常常通过检测血清、脑脊液、肺泡灌洗液、关节腔液等中的 sICAM-1 而实现对疾病时 ICAM-1 表达水平的监测。

生理状态下中枢神经系统星形胶质细胞、小胶质细胞、脑血管内皮细胞以及中性粒细胞、巨噬细胞均可低量表达 ICAM-1,具备潜在的高表达能力。缺氧缺血/再灌注后,ICAM-1 的表达显著增强,缺氧缺血/再灌注损伤所诱导的其他致炎因子或细胞因子更加剧了 ICAM-1 的表达。ICAM-1 基因为一早期反应基因,诱导后 30 分钟即可检测到 ICAM-1 的 mRNA。ICAM-1 启动子含有大量诱导转录的因子的特异结合位点,如转录因子 NF- κ B、激活因子 AP-1、AP-2、信号转导因子-1(STAT-1)和结合位点 SP1 等。其中功能性转录因子 NF- κ B 对 ICAM-1 的转录调控至关重要。TNF- α 、 H_2O_2 、NO 均可通过激活 NF- κ B 的活性而诱导 ICAM-1 表达增强。用糖皮质激素或蛋白酶抑制因子阻断 NF- κ B,可抑制 TNF- α 诱导的 ICAM-1 的表达;IFN- γ 则可以与 TNF- α 协同作用于 NF- κ B 和 IRE(INF- γ 反应元件)位点而诱导 ICAM-1 的表达。体外培养的人脑微血管内皮细胞在缺氧并复氧后,其 ICAM-1 的表达明显增加,并持续 20 小时,而单纯缺氧无明显变化。用 N-乙酰-L-半胱氨酸抑制 NF- κ B 可部分抑制 ICAM-1 的 mRNA 的表达。相似的研究发现^[6]人脑内皮细胞和人胎儿星形胶质细胞在体外缺血/再灌注刺激下和在 IL- 1β 刺激之下 ICAM-1 的表达都上调。大鼠缺血/再灌注模型中,再灌注后 1 小时 mRNA 表达上调并持续 1 周。Love 等^[7]研究了脑梗塞或心脏停搏患者经过复苏救治并于疾病后 3.5 小时~9 天后死亡的病人的脑组织,发现 ICAM-1 在疾病后 2~3 天最高,然后下降,1 周左右再次升高。Pleines 等^[8]观察到外伤性脑损伤病人的脑脊液中的 ICAM-1 与病人的损伤面积呈正相关($r=0.76$, $P<0.01$)。我们研究了 36 例因窒息出现脑损伤,临床诊断 HIE 的新生儿,结果该组 HIE 患儿的疾病极期(出生后 1~4 天)其血清 sICAM-1 的水平急剧增高,平均

达(216.64 ± 85.33)pg/ml,与对照组脐血水平[(6.13 ± 4.08)pg/ml]相比较有极显著性差异($P < 0.001$),也显著高于恢复期初($P < 0.001$);同时发现恢复期初血清 sICAM-1 水平虽有显著下降但并未降至脐血水平。说明 HIE 患儿疾病极期 ICAM-1 表达急剧增强,ICAM-1 参与了 HIBD 的病理过程,HIBD 发生时出现了 ICAM-1 介导的急性炎症反应。度过 HIBD 极期后炎症反应有明显减轻,但仍持续存在。本研究还显示轻、中、重度三组患儿疾病极期血清 sICAM-1 水平升高的程度有显著差异并与病情相关,病情愈重其血清 sICAM-1 水平愈高,说明病情越重,ICAM-1 的表达越高,炎症反应越强烈;进入恢复期初 3 组患儿血清 sICAM-1 水平均下降但均未降至正常新生儿脐血水平,且中、重度患儿组均明显高于轻度组,提示无论病情轻重,HIE 患儿恢复期初缺氧缺血/再灌注引发的炎症反应均持续存在,且病情越重越明显;HIE 时 ICAM-1 升高程度与 HIBD 的损伤程度、病情变化密切相关。

4 结语

随着分子生物学和分子免疫学的迅速发展,和对 HIE 发病机制的研究不断深入,我们不仅了解到 HIBD 的病理过程复杂而精细,而且认识到免疫分子在这一过程中的有害作用和有利的一面,因此在指导临床治疗时,应该利用有利的细胞因子如 IL-10 碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)、胰岛素样生长因子-1(IGF-1)等抗炎或促进损伤后的恢复再生,更应当抑制损伤性免疫分子的表达和活性从而减轻免疫损伤。通过对 36 例 HIE 患儿不同病期血清 sICAM-1 水平变化的观

察分析,发现 HIE 疾病极期 ICAM-1 呈高表达并持续较长时间,且与病情轻重相关。提示 ICAM-1 参与了 HIBD 的整个病理过程。临床监测 sICAM-1 的水平有助于判断 HIE 患儿的病情以及预后;同时还可望应用抗 ICAM-1 治疗来抑制 HIE 的炎症反应、减轻免疫损伤。本研究结果为抗 ICAM-1 治疗应用于 HIE 患儿提供了理论依据。

【参考文献】

- [1]中华医学会儿科学会新生儿学组.新生儿缺氧缺血性脑病诊断依据和临床分度.中华儿科杂志,1997,35(2):99-100.
- [2]Feuerstein G Z, Wang X, Barone F C, et al. The role of cytokines in the neuropathology of stroke and neurotrauma. Neuroimmunomodulation, 1998, 5(3-4): 143-159.
- [3]Lyons PD, Benveniste EN. Cleavage of membrane-associated ICAM-1 from astrocytes: involvement of a metalloprotease. glia, 1998, 22(2):103-112.
- [4]Otto VI, Heinzel-Pleines UE, Gloor SM, et al. sICAM-1 and TNF-alpha induce MIP-2 with distinct kinetics in astrocytes and brain microvascular endothelial cells. J Neurosci Res, 2000, 60(6):733-742.
- [5]Boldt J, Kumle B, Papsdorf M, et al. Are circulating adhesion molecules specifically changed in cardiac surgical patient? Ann Thorac Surg, 1998, 65(3):608-614.
- [6]Zhang W, Smith C, Shapiro A. Increased expression of bioactive chemokines in human cerebrovascular endothelial cells and astrocytes subjected to simulated ischemia in vitro. J Neuroimmunol, 1999, 101(2): 148-160.
- [7]Love S, Barber R. Expression of P-selectin and intercellular adhesion molecule-1 human brain after focal infarction or cardiac arrest. Neuropathol - Appl - Neurobiol. 2001, 27(6):465-473.
- [8]Pleines U E, Stover J F, Kossmann T et al. Soluble ICAM-1 in CSF coincides with the extent of cerebral damage in patients with severe traumatic brain injury. J Neurotrauma, 1998, 15(6): 399-409

·综述讲座·

中枢神经系统感染的诊疗要点

焦念宝,耿家贵,秦丽晨,陆寅,崔瑞建
刘运林,苗素云,张新萍,周广安,刘新红

(泰安市中心医院神经内科,山东 泰安 271000)

1. 感染性头痛:(1)诊断要点:①有发热史,体温高;②有感染灶;③头痛;④周围血像白细胞数

高;⑤CT、MR 正常;⑥腰穿 CSF 正常。

(2)治疗方案:①控制感染,用抗生素;②解热祛痛剂,如脑清片等;③甘露醇 250ml 静滴;④地塞米松 5-10mg 静滴。

2.感染性脑病:(1)诊断要点:①有感冒受凉史;②出现精神症状,如表情淡漠,反应迟钝、嗜睡、食少、懒动、烦躁不安;③查体无阳性体征;④CSF 正常;⑤CT、MR 正常;⑥周围血像白细胞数高。

(2)治疗方案:①20%甘露醇 250ml 静滴;②地塞米松 5-10mg 静滴;③促脑代谢药物;④感染重时用抗生素;⑤输液补充电解质。

3.感染中毒性脑病:(1)诊断要点:①全身或局部有明确及严重的感染病灶;②发热;③出现脑实质损害,如昏迷、抽搐、失明、失语、肢体瘫痪、大小便失禁;④脑脊液压力、细胞数和蛋白可以增高;⑤周围血像,白细胞数高;⑥CT、MR 可出现水肿图像也可以正常。

(2)治疗方案:①控制原发感染病灶,用足抗生素;②控制脑水肿,如甘露醇、速尿, β -七叶皂甙钠、白蛋白等;③激素;④促进脑代谢药物;⑤补充电解质及支持疗法;⑥如有抽搐,及时控制惊厥发生,用鲁米那、安定等。

4.虚性脑膜炎:(1)诊断要点:①有严重的感染病灶;②出现脑膜刺激征;③脑脊液压力、细胞数、蛋白增高;④周围血像白细胞数高;⑤CT、MR 正常。

(2)治疗方案:①控制原发感染灶;②降低颅内压,控制脑水肿;③激素;④补充电解质及支持疗法。

5.病毒性脑膜炎:(1)诊断要点:①有明显和难治疗头痛;②出现脑膜刺激征和颅压增高征;③可有发热;④脑脊液压力、细胞数、蛋白可增高;⑤中毒症状不严重;⑥周围血像,白细胞数高;⑦CT、MR 正常;⑧4-14 天自愈(属自限性疾病)。

(2)治疗方案:①控制颅压;②用抗生素;③激素;④补充电解质;⑤复查 CSF。

6.病毒性脑炎:虫媒感染:乙脑:(1)诊断要点:①多发生在 7、8、9 三个月;②初热期 3 天(毒血症期);③高热期第 4 天(脑实质损害期),病人出现昏迷、抽搐、大小便失禁、肢体瘫痪、病理反射(+),严重时出现去脑强直、脑疝、中枢性高热;④脑脊液压力,细胞数、蛋白增高;⑤周围血像白细胞数高;⑥CT、MR 可有脑水肿图像;⑦乙脑抗体阳性。

(2)治疗方案:①迅速控制高热,物理降温,亚

冬眠;②降颅压,控制脑水肿;③控制惊厥,鲁米那、安定;④抗病毒药物,无环鸟苷 250mg/98h,3 天,然后 bid、12 天;⑤抗生素控制感染;⑥可用免疫球蛋白;⑦补充电解质及支持疗法;⑧激素;⑨持续导尿;⑩进入危重症抢救程序;⑪预防并发症。

呼吸道感染:疱疹病毒脑炎、单纯疱疹病毒性脑炎(单疱、坏死性脑炎):(1)诊断要点:①可发生在各个季节;②突然出现脑实质损害;③可有发热也可无发热;④可有皮肤疱疹;⑤脑脊液压力、细胞数、蛋白多数异常,可有红细胞;⑥周围血像白细胞数增高;⑦临床上,分为 A、精神型,首发出现以精神症状为主。B、癫痫型以突发抽搐为主的。C、昏迷型,首发出现昏迷。D、偏瘫型。E、脑瘤型,出现颅压增高表现。F、不自主运动型,震颤、午动、抽动。C、混合型;⑧脑电图异常;⑨CT、MR 可有脑水肿图像;⑩疱疹抗体阳性。

(2)治疗方案:①抗病毒药物无环鸟苷 0.25g 静滴,q8h、3 天,以后改为 bid;②免疫球蛋白 2.5g 静滴 bid;③控制脑水肿,降低颅压;④用抗生素控制感染;⑤控制抽搐;⑥有精神症状者用奋乃静,可肌注奋乃静 5mg;⑦高热者物理降温;⑧补充电解质及支持疗法;⑨进入危重症抢救程序;⑩激素;⑪预防并发症处理。

肠道感染,多见于埃克病毒和柯萨奇病毒感染,患者发病前多有腹泻病史,出现脑实质损害,临床诊断无特异性指标,治疗方案对症处理。

7.流行性脑膜炎(流脑):(1)诊断要点:①多发生在 1、2、3 月份;②出现高热;③出现脑膜刺激征和颅压增高征;④皮肤出现华弗氏斑;⑤脑脊液压力、白细胞和蛋白增高;⑥CSF 可查到脑膜炎双球菌(G^-);⑦周围血像白细胞数高;⑧CT、MR 可有脑水肿图像。

(2)治疗方案:①首先用能透过血脑屏障抗生素,如青霉素、氯霉素、头孢三嗪等药;②控制脑水肿,降低颅内压力;③物理降温;④补充电解质及支持疗法;⑤进入危重症抢救程序;⑥激素。

8.化脓性脑膜炎:(1)诊断要点:①有感染灶或无感染灶;②出现脑膜刺激征和颅压增高;③发热;④脑脊液细胞数高,多达 1000 以上,呈混浊,米汤样,可查到脓细胞,检菌可查到肺炎双球菌(G^+);⑤周围血像白细胞数高;⑥可发生在任何季节;⑦CT、MR 可有脑水肿图像。

(2)治疗方案:①使用透过血脑屏障的抗生素,如青霉素、头孢三嗪等;②降颅压,控制脑水肿;③补充电解质、支持疗法;④可用激素,防止粘

连。

9. 结核性脑膜炎: (1) 诊断要点: ① 发热史; ② 脑膜刺激征和颅压增高; ③ 脑脊液出现两高两低, 即白细胞和蛋白增高, 糖和氯化物低, 但早期的结核, 脑脊液可以正常, 如不典型, 注意复查; ④ CSF 反复检查可查到结核杆菌; ⑤ 分为三期, I 期无局灶体征和昏迷, II 期有局灶粘连体征, III 期昏迷; ⑥ 非抗结核方法无效。

(2) 治疗方案: ① 主张早用、联用, 用足量和全疗程的抗痨方案; ② 选用容易透过血脑屏障药物, 如异烟肼、吡嗪酰胺、利福平等; ③ 激素, 用量能控制体温正常即可, 用的时间 6 周; ④ 控制颅压脑水肿药物; ⑤ 补充电解质、支持疗法。

10. 隐球菌性脑膜炎: (1) 诊断要点: ① 长期发热史; ② 长期用激素史; ③ 长期用抗生素史; ④ 难以控制的颅压增高和脑膜刺激征; ⑤ CSF 细胞数增高或正常; ⑥ CSF 可查到隐球菌。

(2) 治疗方案: ① 两性霉素 B 静脉滴注, 开始

剂量成人每天 1mg, 逐渐增至 2mg、5mg、10mg, 按照每天增加 5mg 计算, 最高可达每日 30 - 40mg, 加入 5% GS500 - 1000ml 中, 避光缓慢静脉滴注, 每月一次总剂量为 3 - 4g, 疗程需要 3 个月以上, 停药标准为脑脊液培养, 连续 4 次阴性; ② 氟康唑, 脑脊液中的药物浓度为血液的 60% - 80%, 成人剂量每天 200 - 400mg, 分 2 次口服或 50 - 100mg 静脉滴注, 每日一次, 首次剂量 40mg 静滴, 以后每天 200mg 静滴。③ 控制颅压增高和脑水肿; ④ 补充电解质及支持疗法。

11. 脑脓肿: (1) 诊断要点: ① 毒血症期, 病人出现发热、头痛、恶心、呕吐; ② 可有感染灶, 如中耳炎、外伤、颅底骨折等; ③ 脑膜炎期, 病人出现颅压增高和脑膜刺激征; ④ 脑脓肿形成期, 病人出现占位的定位体征; ⑤ CT 或 MR 出现脓肿占位图像。

(2) 治疗方案: ① 早期用抗生素及降颅压药物; ② 一旦形成脑脓肿, 转神外手术治疗。

颈椎病的综合治疗

王永福

(泰安市中心医院骨外科, 山东 泰安 271000)

1 疾病概述

颈椎病又称“颈椎综合征”, 是中老年人的常见病、多发病。本病的原因可归纳为外部原因, 也即各种慢性损伤造成颈椎及其周围组织不同程度的损伤; 内部原因, 也即颈椎本身的退变。本病分为 5 种类型, 即神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型及混合型。在这几种类型中, 以神经根型和混合型最为常见。

2 诊断要点

当颈椎的椎间盘突出压迫到临近的神经传导束或椎动脉血管的时候, 会表现出各种不同的症状, 按受压迫的神经和血管来分类, 有以下 4 种主要类型, 而两种以上类型症状混合在一起的颈椎病则更为常见:

2.1 神经根型。其主要症状病变在颈 5 以上者可见颈肩部或颈枕痛及枕部麻木等; 在颈 5

以下者可见颈僵, 活动受限, 有一侧或两侧颈、肩、臂放射痛, 并伴有手指麻木、上肢发沉、无力、持物坠落等症状。

2.2 脊髓型。其临床表现可见上肢或下肢、一侧或两侧的麻木、酸软无力, 颈颤臂抖, 甚者可表现为不同程度的全身痉挛性瘫痪, 如活动不便、步态笨拙、走路不稳, 以至卧床不起, 甚至呼吸困难, 四肢僵硬等。

2.3 交感神经型。主要表现为主观症状, 如枕部疼痛、头沉、头晕或偏头痛、心慌、胸闷、肢凉或手足发热、四肢酸胀等。

2.4 椎动脉型。常见症状为当头颈活动到某一位置时, 突然发生眩晕及下肢麻木无力而摔倒, 意识往往清楚。椎动脉造影对诊断有帮助。

3 治疗要点

颈椎病并不难诊断, 其中以神经根型最为常见, 此型患者如果不很严重, 可以采用手法治疗,

包括推拿按摩、被动运动和主动运动,可以使症状缓解,增强肌力,增加颈椎的稳定性,防止症状复发。对于脊髓型和椎动脉型的患者最好不用手法治疗,以免症状加重。

症状较重时应到医院就诊,在医生指导下治疗。通常非手术方法对 90% 以上的颈椎病人是有效的,除了上述手法治疗外,非手术方法还有用颈围领或颈支架保护,限制颈部活动,一般都能使症状缓解。还有用颌枕带做颈牵引以解除神经受压,缓解肌紧张及疼痛。其它非手术方法包括理疗、中药离子导入、针灸及封闭疗法等。

疼痛较严重者可服用散利痛、双氯芬酸、布洛芬等消炎镇痛药对症治疗。对上述治疗无效、疼痛

严重、瘫痪或症状反复发作,医生可能会考虑手术治疗。

中医中药也是可供选择的治疗方法,本病中医属痹证范畴,多以散风祛湿,活血化瘀,舒筋止痛为主,可用木瓜丸、舒筋活血片、疏内定痛丸、颈复康、壮骨关节丸等进行治疗。

4 注意事项

4.1 平时应劳逸结合,尤其是伏案写字的人,更应多加注意,一般 45 分钟左右就应适当休息一下,从而放松颈肩部及全身。

4.2 每日起卧定时,并按时进行体育锻炼,夜卧枕头不可过高或过低,并注意颈肩部的保暖。

前列腺增生的病理生理变化

刘德来

(泰安市中心医院 120, 山东 泰安 271000)

1 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。

1.1 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。

1.2 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,而老年前列腺增生组织的主要特征则呈现出血管成分的下降。

1.3 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。

(1)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。

(2)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。

(3)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。

2 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。

2.1 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。

2.2 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。

2.3 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。

浅谈“运动疗法”

明德玉,郑华

(泰安市中心医院理疗科,山东 泰安 271000)

运动疗法是针对患者机体障碍状况,利用躯体运动,借助于康复器械的运动、牵引、按摩等生物力学原理,通过患者自身的力量或康复治疗师的辅助操作所进行的主动或被动运动,以促进患者各种功能的恢复,使患者最大限度地恢复生活自理和劳动运动能力。

1 运动治疗的基本方法

肌力练习(muscle strengthening exercise);关节活动度练习(ROM exercise);耐力训练(endurance training);神经肌肉促通技术(facilitation techniques);按补偿、替代原理进行的方法;步行功能训练;医疗体操;其他运动训练等。

2 运动疗法的作用机制

运动疗法主要是通过神经反射,神经体液和生物力学作用等途径,对人体的局部和全身功能产生相应的影响和改变,以改善原来失调的机体状态。其基本作用体现在提高神经系统的调节能力;提高代谢能力、增强循环和呼吸功能;维持和恢复运动器官的形态和功能;促进新的代偿功能形成。

3 运动疗法的分类

运动疗法按照力源和肌肉的收缩形式可分为以下基本类型。

3.1 按运动用力方式和用力程度分为主动运动和被动运动。

3.1.1 主动运动 指整个运动的动作需要通过患者自身的肌力收缩来完成的身体运动。其具体形式有:

3.1.1.1 自主主动运动 是不依靠助力也无外部阻力(负荷)情况下,全部由患者主动用力来完成的运动。主动运动时,肌肉中开放的毛细血管数量增加,对肌肉及其周围组织的血液供应量增大,营养作用明显,对肌肉、关节及神经系统功能恢复作用明显,是运动训练的主要成分。当患者肌力有相当恢复时,要鼓励患者进行主动活动。

3.1.1.2 助力主动运动 是患者在外力的辅助下依靠主动力量进行运动。助力可来自康复治疗师、自身健康肢体或辅助器械(如滑轮、弹簧、肋木)等,助力运动主要用于肌力软弱不能独立完成的任务,或身体虚弱、疼痛以及完全主动运动有困难的病人。

3.1.1.3 抗阻力运动 克服在运动训练中

由康复治疗师施加的徒手性阻力、或运动器械(如哑铃、拉力器、沙袋等)造成的阻力所进行的主动运动。抗阻运动能有效地增强肌力,常用于瘫痪或创伤后恢复肌肉力量和形态训练。

3.1.2 被动运动 是指无任何主动肌肉收缩,依靠外力帮助来完成的身体活动。如借助康复运动器械、康复治疗师、患者家属帮助、或患者本身健康肢体带动患肢的自我被动的运动。

被动运动是使关节在其正常活动范围内运动,牵伸相应的肌肉、韧带、肌腱、关节等软组织,防止肌肉萎缩和粘连形成。维持及恢复关节活动度,能改善肢体的血液循环,有助于防止或消除肢体肿胀而起到积极的康复治疗作用。

被动运动常用于治疗各种原因引起的肢体运动障碍,包括瘫痪、关节功能障碍以及需要保持关节活动范围而又不能或不宜进行主动运动的患者。

3.2 按肌肉收缩形式,可分为静力性收缩和动力性收缩。

3.2.1 静力性收缩 也称等长收缩。即肌肉收缩时,肌肉起止点两端间的距离不变,张力增加,其肌肉长度不变,也不产生关节运动。

静力性收缩运动,适用于患者早期关节不能运动或不宜运动时的康复治疗。如关节被固定或关节有创伤、炎症、肿胀等情况时,常常采用此种训练方法,使肌肉进行静力收缩,以防止和延缓肌肉废用性萎缩。

3.2.2 动力性收缩 也称等张收缩。指肌肉收缩时张力基本不变、仅肌肉长度发生改变而产生关节运动的肌肉活动。此方法可分为:

3.2.2.1 向心性收缩(也称等张缩短) 见于张力大于阻力时的生理性肌肉收缩,肌肉收缩时起止点间的距离缩短,关节屈伸按需要进行。是运动疗法中最常用的方法,是维持关节活动的主要训练方式。

3.2.2.2 离心性收缩(亦称等张延伸) 与向心性收缩相反,见于阻力大于张力的肌肉收缩,肌肉收缩时其两端起止点的间距逐渐延长,是肌肉在收缩状态下逐渐放松的过程。主要用于控制肢体动作方向、速度,在医疗体操中运用较多。

4 运动疗法的主要特点

4.1 患者积极主动参与治疗。运动疗法要求患者主动、自愿地参加治疗的全过程,通过积极主动锻炼,促进患者心理障碍和躯体功能障碍的

恢复。由此带来的一系列对机体有利的影响,包括精神、神经、体液的调节,是其他疗法所不能比拟的。

4.2 运动疗法既是局部治疗又是全身治疗。运动疗法通过肌肉、关节活动达到局部器官的锻炼,对全身器官也产生积极的作用,也可通过神经反射、体液调节来改善机体全身的功能状态,从而达到增强体质、促进功能康复的目的。

4.3 促进临床治愈,加快功能和劳动力的恢复。运动疗法主要针对由于各种原因引起的功能障碍,包括肢体运动功能障碍、脏器功能障碍的病人等。因此,其目的在于提高以至恢复功能,与此同时,可以促进相应疾病的病理过程的逆转和痊愈。

4.4 预防继发性功能障碍的发生,防止功能障碍的进一步恶化。在治疗疾病的同时,增强了全身抵抗疾病的能力。医学科学的发展,已完全肯定了综合治疗的必要性,为了更加有效的达到治疗目的,必须运用所有的治疗方法和手段(包括手术、药物、理疗、医疗体育等),以达到迅速、全面康复的目的。疾病痊愈常常与功能恢复的时间不一致,病愈后,机体在很长一段时间内仍处于恢复期状态。为缩短这一时期,使患者功能早日恢复,运动疗法是非常必要的。

5 运动疗法的主要适应症

5.1 神经系统疾病 偏瘫、截瘫、脑瘫、脑外伤后遗症症,周围神经损伤、神经衰弱、神经官能症等。

5.2 运动系统疾病 脊柱骨折、脊柱畸形、四肢骨折、关节脱位、肩周炎、颈腰椎间盘突出、骨质增生、各种关节炎、截肢后配假肢、外伤手术后、软组织损伤、烧伤等。

5.3 内脏器官疾病 慢性支气管炎、哮喘、迁延性肺炎、肺气肿、肺结核、高血压、冠心病、动脉硬化、溃疡病、各种心肺及腹腔手术后等。

5.4 代谢疾病 糖尿病、肥胖症、高血脂等。

5.5 其他疾病 器官移植术后、肿瘤切除术后恢复期、慢性盆腔炎等。

【参考文献】

- [1]梁和平主编.康复治疗技术.北京:人民卫生出版社,2002,4-70.
- [2]周士坊,范振华主编.实用康复医学.南京:东南大学出版社,1998,239-284.
- [3]陈景藻主编.现代物理治疗学.北京:人民军医出版社,2001,441-486.

慢性肝炎治疗药物最新研究进展

王庆才, 张玉臣

(泰安市中心医院消化内科, 山东 泰安 271000)

肝炎在世界范围内是危害性很大的一种疾病。我国是肝炎病的高发区, 据有关资料, 目前国内约 1.2 亿人携带乙型肝炎病毒, 约有 3000 万乙型肝炎的现症患者, 急性肝炎年发病约 140 - 200 万人, 居传染病第三位, 其中 20% 的乙型肝炎及 50% - 60% 的急性丙型肝炎可能发展为慢性肝炎。慢性肝炎治疗周期长、治愈难和预后差, 有相当一部分慢性肝炎患者由于治疗不及时或治疗不当, 会进一步发展为肝腹水、肝硬化、甚至肝癌, 因此世界各国对慢性肝炎的治疗药物的研究给予了高度的重视。目前临床常用的慢肝治疗药物有干扰素、拉米夫定及苦参素等抗病毒药, 胸腺肽、猪苓多糖等免疫调节剂, 以及甘草酸制剂等保肝药。但这些药物在疗效和安全性等方面均存在一定的局限性, 尚不能完全满足临床用药的需求, 因此, 开发治疗慢性肝炎的新药仍是当前该领域研究的一个热点, 下面将部分研究的最新进展作一介绍。

1 葡糖苷酶抑制剂衍生物: Terrault 和 Mehta 等^[1]通过研究认为, 葡糖苷酶抑制剂衍生物 N - 壬基 - 脱氧野尻霉素 (DNJ) 和 N - 壬基 - 脱氧半乳糖野尻霉素 (DGJ) 具有开发成抗乙肝病毒 (HBV) 新药的潜力。葡糖苷酶抑制剂 N - 丁基 - DNJ 可使病毒糖蛋白发生错误折叠、HBVDNA 在细胞内蓄积和 HBV 释放减少。Mehta 等^[2]的动物实验结果显示, 葡糖苷酶抑制剂衍生物 N - 壬基 - DNJ 在慢性乙肝病毒 (HBV) 感染的土拨鼠模型中有抗病毒活性, 其亚氨基糖可抑制 HBV 释放, 但不会抑制连接 N 端的糖加工过程。虽然 N - 壬基 - DNJ 是内质网葡糖苷酶的抑制剂, 但它在对内质网葡糖苷酶功能无明显影响的浓度下仍保持抗病毒活性。N - 壬基 - DNJ 的抗病毒作用位点在病毒包膜形成之前, 可能阻止 HBV 前基因组 RNA 衣壳的充分形成。另一衍生物 N - 壬基 - DGJ 并非葡糖苷酶抑制剂, 但却有更强的抗 HBV 疗效。在所用浓度下 N - 壬基 - DNJ 和 N - 壬基 - DGJ 能使 HBVDNA 合成分别减少 8/9 和

14/15。它们的抗病毒活性次于拉米夫定, 但与其它核苷类似物相当。值得注意的是它们不干扰葡糖苷酶活性, 也无细胞毒性。可能通过干扰前基因组 RNA 衣壳形成, 加速病毒核心颗粒降解, 影响前基因组 RNA 逆转录而发挥作用。

N - 壬基 - DNJ 和 N - 壬基 - DGJ 作用机制独特, 弥补了核苷类似物作用的不足, 而且没有核苷类似物的缺点, 如干扰核酸合成, 线粒体毒性等, 它们能否作为抗 HBV 药仍需进一步研究。

2 核酸酶: 核酸酶 (Ribozyme) 是一类具有特异性剪切 RNA 活性的 RNA 分子。使用现代生物技术, 核酸酶可设计成人用治疗品来识别、结合和消化致病 mRNA 序列。核酸酶也可化学合成, 通过特异剪切致病 mRNA, 从而有选择地抑制致病蛋白质的生成。美国 RIBOZYME 制药公司 (RPI) 目前正对抗丙型肝炎核酸酶 HEPTAZYME 进行 II 期临床试验^[3]。在今年 9 月初完成了一项 HEPTAZYME 对慢性丙肝患者每天单剂量和多剂量 (病人的剂量从 0.3mg to 90mg), 为期 28 天的皮下注射研究结果显示, 该药的安全性、耐受性和药代动力学均令人满意。另外药代动力学结果表明 HEPTAZYME 具有良好的生物利用度, 病人自己每天进行皮下注射可行。在对血清 ALT 升高的 12 例 HCV 阳性病人多剂量临床试验 (每病人用药量从 10mg to 90mg) 中, 三个病人 HCVRNA 下降明显。RPI 公司还在对另一核酸酶 HERZYME 对乙型肝炎病毒的作用进行研究, 初步试验结果非常令人鼓舞, HERZYME 可降低 HBV 病毒血清量, 是一个很有前途的治疗慢性乙肝病人的新药。

3 细胞免疫治疗: 中国科学院微生物研究所孟松东等^[4]在国际上首次从乙肝继发肝癌病人肝细胞中分离纯化了热休克蛋白 gp96 结合着乙肝病毒核心抗原的特异肽, 该特异肽使热休克蛋白 gp96 的免疫活性增加了数百倍, 这给乙肝和肝癌患者提供了一种新型的细胞免疫治疗途径, 同时为研发特异性基因工程药物提供了方向。热休克

蛋白是所有生物在病原物感染和不良环境条件影响下产生的一类蛋白质,它具有多种功能,其中最重要的是热休克蛋白作为分子伴侣在抗原呈递过程中发挥的重要作用。它能将结合的多肽呈递给主要组织相容性复合物(MHC),激活细胞毒性 T 细胞(CTL),产生免疫反应,达到清除乙肝病毒及肝癌细胞的治疗目的,是一种新型的细胞免疫方式。目前我国科学家已开始研发具有完全知识产权的治疗乙肝及乙肝继发性肝癌的新型免疫治疗剂,这对我国大量的乙肝及肝癌患者是个福音。

4 治疗性疫苗:慢性乙肝病毒携带者呈持续病毒感染状态,主要原因之一是免疫耐受。现有治疗慢性乙肝的抗病毒药对慢性乙肝病毒携带者疗效不佳,主要原因是这些抗病毒药可以抑制乙肝病毒复制,但不能清除乙肝病毒;对机体的免疫耐受状态的逆转没有肯定的作用。随着免疫学研究的发展,人们发现了疫苗除具有预防作用外,可以治疗一些难治性疾病。

治疗性疫苗可以打破慢性乙肝病毒感染患者最主要的免疫学反应紊乱,即对乙肝病毒及其抗原不产生免疫应答——免疫耐受状态。浙江大学医学院附一院传染病研究所陈建忠博士,将成功构建成的白细胞介素(IL)18 重组体和乙肝病毒(HBV)S 基因核酸疫苗,联合对小鼠进行免疫实验,使小鼠抗-HBs 水平明显升高,特别是体内细胞毒性 T 淋巴细胞(CTL)和辅助性 T 细胞(TH_1)活性增强。这种机体免疫力的变化,预示着核酸疫苗在慢性乙肝的治疗中发挥一定的作用,为进

一步研制高效 HBV 治疗性疫苗提供了重要的理论依据。

周吉定等^[5]应用 ELISA 方法和聚合酶链反应方法检查 60 例 HBsAg、HBeAg、抗 HBc 阳性且 HBV-DNA 阳性的慢性乙肝患者,在使用治疗性乙肝疫苗 I、II、III 型治疗前后血清中上述指标及临床变化。结果表明治疗后,HBeAg、HBV-DNA 总的阴转率分别是 23.33%、16.67%,抗 HBe 总的阳转率为 16.67%;肝组织炎症改变(G)有不同程度的减轻,纤维化程度(S)无明显改变。经统计,治疗型乙肝疫苗对慢性乙型肝炎有一定的疗效($P < 0.05$)。

从发展趋势来看,治疗性乙肝疫苗将成为慢性乙肝病毒感染研究领域的热点,它与现有抗乙肝病毒药物的联合应用,将成为慢肝治疗领域的崭新方法。

[参考文献]

- [1] Terrault N and Mehta A: Adding to the hepatitis B virus treatment arsenal: alpha - glucosidase inhibitor derivatives. *Hepatology* 2001, 33:1544 - 6.
- [2] Mehta A, Carrouee S, Conyers B et al: Inhibition of hepatitis B virus DNA replication by imino sugars without the inhibition of the DNA polymerase: therapeutic implications. *Hepatology* 2001, 33(6):1488 - 95.
- [3] Lawrence MB: HEPATITIS C AND B RIBOZYME RESULTS PRESENTED AT AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases), October 31, 2000.
- [4] Meng SD, Gao T, Gao GF, Tien P.: HBV - specific peptide associated with heat - shock protein gp96. *Lancet* 2001; 357(9255): 528 - 9
- [5] 周吉定, 彭伟军, 罗家齐等. 治疗型乙肝疫苗治疗慢性病毒性乙型肝炎的疗效观察. *宁夏医学杂志* 2000 年第 2 期第 22 卷

抗磷脂抗体综合征

李芳

(泰安市中心医院风湿免疫科, 山东 泰安 271000)

磷脂抗体综合征 (Antiphospholipidsyndrome, APS) 是一种以反复血管栓塞、流产或胎死宫内的综合征。在一些患者可出现心瓣膜赘生物、网状青斑以及 Coombs 试验阳性的溶血性贫血。

分为:原发性,有磷脂综合征表现而无其他自身免疫病者;继发性,当上述表现出现于系统性红斑狼疮或其他自身免疫性疾病患者中时之为继发性 APS。

1 病因

本病病因尚不清楚,感染和遗传因素均起一定的作用。

磷脂分为带负电荷的阴离子如心磷脂、磷脂酰糖酐、磷脂酰丝氨酸带两种电荷而净电为 0 的两性磷脂如磷脂酰乙醇胺、磷脂酰胆碱。磷脂抗体 (APL) 是血栓形成、反复流产和血小板减少的

危险因素。典型的 APL 出现于原发性和继发性 APS, 可长期持续存在。偶尔在感染、恶性肿瘤、服药(如氯丙嗪等)或其他健康的个体也可检出, 此时 APL 常常为一过性的或持续几年后自行消失。

目前通常检测的 APL 有狼疮抗凝物、抗心磷脂抗体(Anticardiolipinantibody, ACL)和抗两性磷脂的抗体, 如抗磷脂酰乙醇胺抗体, 抗磷脂酰胆碱抗体等。

本病可能发病机制有以下几种:

(1) 血小板及内皮细胞功能异常: APL 能与血管内皮细胞膜磷脂相互作用, 引起内皮细胞破坏, 干扰内皮细胞功能, 抑制由凝血酶介导的前列环素(PG₁₂)的产生和释放, 促发体内凝血。

(2) 抑制蛋白 C 旁路: APL 和活化蛋白 C 竞争与膜的结合, 或干扰特异性的磷脂酰乙醇胺(PE)依赖性活化蛋白 C 的功能, 并抑制活化蛋白 C 对凝血因子 V_a 的灭活。

(3) 组织因子表达增多: 由内皮细胞和单核细胞表达的组织因子可触发凝血瀑布系统

(4) 纤维溶解素减少: 除凝血系统外, APL 还可影响纤溶系统, 在 APL 阳性合并静脉血栓的患者血清中发现组织纤溶酶原激活物(t-PA)水平明显下降: LA 阳性的患者, 无论是否为 SLE, 凝血酶原激活抑制物(PAI-1)水平均升高。这类患者的前血管舒缓素活性减弱, 导致纤溶活性也下降, 血栓不易溶解。

(5) 内皮细胞抗体形成: 抗内皮细胞抗体包括两种: 与内皮细胞膜表面磷脂结合蛋白或 B2-GP1 反应的抗体以及内皮细胞构成性蛋白反应的抗体。抗内皮细胞抗体可使内皮受损, 进一步促进血栓形成。血小板或内皮细胞膜上的磷脂在催化凝血瀑布和抗凝系统上起着核心的作用。APL 可能通过与磷脂的反应抑制内皮细胞释放前列环素而影响凝血和抗凝系统。另外, 抑制蛋白 C 活化, 抑制 B2-Gp1 与磷脂相互反应或抗体引起的血小板激活等都是形成血栓的可能机制。

2 临床表现

APS 的主要临床表现为反复动静脉血栓、妊娠失败及血小板减少。在一些患者还可以出现心瓣膜赘生物、神经精神症状、网状青斑以及 Coombs 试验阳性的溶血性贫血。

静脉可累及四肢静脉、肺、肾、视网膜血管、腔静脉等, 导致肾静脉栓塞, 布-加综合征, 肺栓塞、Addison 氏病、视网膜或矢状动、静脉血栓。

动脉阻塞可导致昏迷、一过性脑缺血、单盲、心肌梗塞、肢端坏死或肠梗死。小血管阻塞可能导致肾功能不全和皮肤梗死。血栓症状常常为发作性的, 偶尔患者也出现急进性、广泛的血栓形成, 即急性弥漫性血管病。

妊娠失败, 常出现于怀孕的第 2 或第 3 阶段。先兆子痫, 宫内发育迟缓也常见。其它: 许多患者可出现其它与血栓形成无关的表现, 如心瓣膜赘生物和瓣膜关闭不全, 网状青斑, 偏头痛, 血小板减少和溶血性贫血等。

神经系统病变极少见, 主要为舞蹈病、癫痫、精神行为异常和横断性脊髓病等。

3 实验室检查

血小板减少一般为轻度, 呈急性或周期性发作。

APL 用标准 ELISA 方法检测, 分三型: IgG、IgM 和 IgA 型, 以 IgG 为主, 与临床相关性最强, 特别是抗心磷脂抗体(ACL), 与血栓、血小板减少和习惯性流产有关。APL 抗体滴度与疾病活动性无明显相关, 多数情况下 APL 抗体滴度不随病情变化而波动。但有人观察一些 APS 患者病情缓解是抗体滴度下降或转阴。APL 与自身免疫病的神经精神病变亦相关。

血常规: 血小板减少。

凝血酶原系统异常。

血管造影异常。

4 诊断标准

目前常采用 Alarcon-segovia 诊断标准:

1. 有 2 个或 2 个以上的下列临床表现: 1) 复发性自发性流产, 2) 静脉血栓, 3) 动脉闭塞, 4) 下肢溃疡, 5) 网状青斑, 6) 溶血性贫血, 7) 血小板减少。

2. 伴有高滴度的抗体(IgG 或 IgM 型)。可能的诊断: 1 个临床表现和高滴度的 APL 抗体, 或 2 种及两种以上临床表现和低滴度的 APL 抗体(IgG 和 IgM)。

5 治疗

控制原发病是治疗本病的关键, 对于血栓倾向的患者, 抗凝治疗亦很重要。

原发病的治疗用糖皮质激素和免疫抑制剂, 病情严重时应予甲强龙冲击。

由于 APS 有反复血栓形成的倾向, 有动静脉血栓者, 应长期服用华法令或阿司匹林等药物。

介入放射学

刘军

(泰安市中心医院导管室, 山东 泰安 271000)

介入放射学是一种高科技的诊断、治疗方法, 是在大型光机等监视引导下, 利用一根纤细的导管, 通过血管、食管、胆管、气管等体内管道, 对人体各处病变进行药物灌注、血管内栓塞、管腔狭窄球囊扩张及支架植入等治疗。它的特点是: 创伤小、痛苦少、疗效显著。是二十一世纪最有前途的临床治疗方法。他主要包括以下几方面的内容:

1 恶性肿瘤的介入治疗

介入疗法对肝癌、肺癌、肾癌、食道癌、胃癌、子宫癌等各种恶性肿瘤来说, 都是最有效的临床治疗手段。特别是肝癌的介入化疗栓塞, 更是目前世界医学界公认的首选疗法, 它的基本方法是: 利用一根一米多长比火柴棍还要纤细的导管, 在人体大腿根部穿刺进入血管内, 沿血管插到肝脏内肿瘤的供血小动脉内, 经导管注入高浓度的抗癌药和堵塞血管的药物, 将供给肿瘤血液的滋养动脉栓塞, 使肿瘤因缺乏营养和氧气供应而坏死吸收, 正常肝组织不受影响, 该疗法疗效显著痛苦小。

2 子宫肌瘤的介入治疗

子宫肌瘤是一种妇科常见的良性肿瘤, 临床表现为子宫出血、腹部包块、疼痛不适、不孕与流产等症状, 发病率高, 治疗困难, 给广大女性患者带来极大痛苦。介入疗法利用一根导管插入子宫动脉内, 注入栓塞剂, 使肌瘤坏死吸收甚至排出体外, 部分病人可恢复生育能力, 是目前最好的临床治疗方法之一。

3 大出血的介入治疗

支气管扩张、肺癌、肺结核等引起的大咯血; 食道静脉曲张、消化道肿瘤、溃疡、憩室、血管畸形等引起的消化道大出血; 产后大出血、外伤性大出血等。这些大出血量多, 止血困难, 容易造成失血性休克, 患者死亡。介入治疗就是利用导管插入

出血部位造影找到出血动脉, 栓塞止血, 手术简单, 效果神奇可靠。

4 血管内容栓、狭窄扩张、支架植入术

肾动脉狭窄形成的肾性高血压、人体各个部位血管的狭窄可用球囊导管扩张, 利用导管植入金属支架, 使肾性高血压恢复正常、狭窄的血管变通畅; 血管内血栓形成可用导管进行溶栓, 使堵塞的血管再通。

食道癌、食道癌术后及放疗后引起的食道狭窄, 食道-气管瘘等疾病, 利用导管将一自膨式铂金记忆合金支架植入狭窄部位, 解除狭窄并堵塞瘘管, 解除病人进食困难。同样, 利用导管可对气管狭窄及胆管狭窄进行球囊扩张、支架植入。

5 神经介入治疗

也是目前开展的较为神奇的治疗方法, 基本内容就是利用一根纤细导管, 自大腿股动脉或颈总动脉插入血管中, 沿血管送至大脑动脉内, 在脑血管造影的基础上, 可诊断出脑血管畸形如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵窦瘘、脑动脉狭窄、脑血栓形成等疾病。在此基础上, 利用导管对脑动脉瘤、动静脉畸形、海绵窦瘘进行电解可脱弹簧圈栓塞, 对脑动脉狭窄进行导管支架植入, 对脑血栓形成经导管注入大量药物溶栓。这类治疗效果立竿见影, 神奇可靠, 不用开颅, 安全痛苦小。

6 心脏介入治疗

利用导管对冠状动脉狭窄进行球囊扩张、支架植入, 对先心和传导异常进行栓堵和射频治疗的方法。

7 肺动脉介入治疗

肺动脉栓塞是临床上常见的猝死原因之一, 发病率仅低于冠心病, 主要是由来自下腔静脉的血栓堵塞肺动脉所至, 常见并发于下肢血栓性静

肺炎、盆腔及下肢大手术后、长期卧床、长期站立及蹲踞工作等,介入疗法就是必要时利用导管在这类高危患者下腔静脉内植入金属滤器,保证患者生命安全。此外,介入治疗还可对布-加氏综合征进行导管支架植入,对经索静脉曲张进行导

管栓塞治疗。

以上简单介绍了介入放射学的部分内容,这是一个神奇的领域,是一项给患者解除病痛的高新技术。

经颅多普勒在新生儿缺氧缺血性脑损伤应用

杨惠英

(泰安市中心医院经颅多普勒室,山东 泰安 271000)

在围产期,新生儿缺氧窒息是十分常见的病理现象。脑对缺氧和缺血最为敏感。除了围产期严重窒息致成死胎或新生儿窒息生后很快死亡外,缺氧缺血可以造成脑损伤,在新生儿期就出现神经系统症状,以后有的可能留有各种程度不等的后遗症。从围产期的神经系统病变来说,缺氧缺血性脑损伤最多见也最重要。在小儿时期非进行性的运动功能障碍和智力低下中,围产期缺氧缺血性脑损伤是最重要的原因。所以在临床上,对于小儿时期的各种非进行性神经系统症状,都要想到围产期缺氧缺血脑损伤的可能性。

1 病因

围产期缺氧的原因可分为母亲的,胎盘的和胎儿的因素 3 类。母亲的因素有产前出血、妊娠中毒症、严重贫血、心脏和肺脏病、脱水、休克、持续的宫缩以及各种难产。胎盘的因素有胎盘早剥、前置胎盘,妊娠中毒症有时有胎盘功能不全。胎儿的因素有脐带脱垂,脐带绕颈,母亲用麻醉药后胎儿血压下降和呼吸抑制,母亲患糖尿病或甲状腺机能亢进时胎儿对缺氧的敏感性增高,新生儿肺透明膜病,羊水吸入,先天畸形等。儿头长时间受挤压其结果和脑的缺氧和缺血相同。其中以胎盘的因素最重要,其次是脐静脉受压。

从发生的时间来分有产前、产时和产后的缺氧。大约 30% 发生在产前,60% 在产时,10% 在产后。但亦有报告新生儿缺氧 80% 发生在产前。有的先有产前和产时的宫内缺氧,出生后有吸入肺炎或肺透明膜病又有产后的缺氧。产前发生的慢性缺氧很隐蔽,不容易发现,也很难处理,所以容易有脑损伤;产后缺氧常见的为肺透明膜病,容易认识并及时处理,发生缺氧性脑损伤的机会比

较小。

2 发病机理

围生期脑损伤的原因有多种,主要是缺氧、缺血和脑循环自动调节障碍,这三种因素或以某一种为主,或几种同时存在,或先后发生,所以病理改变复杂多样。

(1) 缺氧 产前、产时或产后窒息可致脑组织缺氧及乳酸性酸中毒。缺氧窒息后短时间内(12-24 小时)脑组织发生急性充血、肿胀(血液动力学肿胀),然后出现脑水肿。窒息后的脑水肿可能系血脑屏障障碍所致(血管性脑水肿)。新生儿缺氧性脑损伤与成人不同。成人主要表现为大脑皮质弥漫性神经元损伤,尤其在海马附近最严重。在未成熟儿主要损伤脑的深层,这是因为胎龄 25-35 周的胎儿,侧脑室旁室管膜下有很厚一层生发层组织,它对缺氧十分敏感。在足月胎儿或新生儿,原来脑室旁的生发层组织已不活跃,大脑皮质出现分层,脑回增多,血管丰富,在缺氧和缺血时大脑皮质更易受损,可出现静脉淤滞,血栓形成,皮层坏死,神经元脱失,白质出血、软化或梗塞。产期脑缺氧还是造成颅内出血的重要原因,多见于未成熟儿,脑室出血多见,也有少数为蛛网膜下腔出血。

(2) 缺血 缺血的脑损伤和缺氧不完全相同,动脉分支的末梢部位或几支动脉末梢分支交界区对血压降低或脑血流灌注压降低最敏感,这些部位首先发生缺血、梗塞和坏死。在未成熟儿,缺血性脑损伤也是在脑的深部侧脑室附近明显,足月儿则在大脑半球较明显。缺氧和缺血可能以某一种为主,或两种同时存在,或先后发生。

(3) 自动调节障碍 脑血流的自动调节障碍

也是产期脑损伤的原因之一。一些研究指出,未成熟儿的脑血流自动调节范围有限,当血压较低或出现高碳酸血症、低氧和酸中毒时,自动调节能力丧失。

3 临床表现

新生儿缺氧缺血性脑损伤的神经系统后遗症文献报告很多,但急性期神经系统的症状很少有报导。

新生儿在缺氧缺血性脑损伤后几小时之内即出现呼吸不规则,反应差,自发运动减少,肌张力减低,有的病人肌张力增高,眼球不对称,少数病人有眼球震颤,眼球固定,瞳孔散大,对光反应不好,约 50% 的病儿在生后 6-12 小时开始惊厥。生后 12-24 小时一般反应好转,但此时惊厥更频繁,不易控制,肢体抽动,呼吸暂停。有缺血性脑损伤者,足月儿可有肩髋关节区的力弱,可能由于矢状窦旁的大脑皮层梗塞引起的,未成熟儿可有两下肢力弱,可能由于脑室旁白质的病变引起。在生后 24-72 小时,神志不清加重或昏迷,呼吸暂停,眼球运动及瞳孔异常,说明有脑干的损害。前囟紧张,颅缝裂开,常在此时死于缺氧缺血性脑损伤。存活者经过几天至几周逐渐恢复 (Volpe, 1976)。

约 50% 的病人有惊厥,但很少生后立即有发生的。惊厥多为细小的抽,如眼歪、眨眼、眼皮颤动、呼吸暂停、吸吮动作或颊部小抽动,也可能有阵发性肌张力增高或阵挛性抽动。除了脑损伤外,此时常伴有的颅内出血、低血糖或低血钙也引起抽风发作。惊厥时脑的耗氧量大大增加,必然会加重缺氧性脑损伤。

呼吸暂停和青紫见于大部分病人,与惊厥或脑干的损伤有关。脑干损伤时还可见到瞳孔异常,斜视,舌震颤,不会吞咽,分泌物积聚,说明病情严重。

肌张力可正常、增高或减低。肌张力正常者腱反射正常, Moro 反射正常,一般反应也较好,预后好。肌张力增高者下肢伸直或角弓反张, Moro 反射亢进,肌肉抽动,踝阵挛,预后也较好。肌张力减低者抑制现象很明显,反应差, Moro 反射消失,无吸吮反射,若肌张力持续减低,预后差。有的病人开始肌张力减低,逐渐变为肌张力增高,腱反射亢进。

此外,可有低血糖、低血钙、低血钠等代谢改变以及体温不升和出血倾向等。这些改变均与中枢调节障碍有关。

未成熟儿常常只有呼吸暂停,青紫,反应差,缺乏其它表现;足月儿神经症状较明显。病程各不相同,有的逐渐好转或逐渐加重,若不结支持治疗约 20-30% 死亡。活过 48-72 小时的惊厥停止,昏迷及肌张力异常持续一段时间,恢复的速度不等,有的病人运动障碍要持续几个月。

4 经颅多普勒检查

(1)产期缺氧 严重产期缺氧的新生儿,在生后数小时可见血流速度增高,特别是舒张期末流速增高明显,因此 SD 比值和阻力指数亦明显低于对照组的健康新生儿。尽管给予过度通气疗法,这种异常仍持续存在,生后第 2-3 天,血流速可增至正常参考值的 2 倍。

窒息缺氧后的血流速度增高及阻力指数降低的原因有代谢产物的局部堆积,侧支血管开放和 CBF 增加而引起脑阻力血管极度扩张等,这此因素导致脑的血液动力学肿胀。预后良好的病人,几天后血流速可恢复正常。预后不良者, TCD 改变受治疗措施的影响。未接受通气疗法的患儿在呼吸停止前即刻血流速度明显增高,呼吸停止和出现心动过缓后 TCD 可见特征性多普勒信号:收缩期血流速增高,而舒张期末流速降至极低,呼吸停止时间越长,流速降低越明显。给予机械通气的病人,在死亡前其血流速有被动改变之过程。可见动脉张力减低时血流速度显著降低,气管内给予肾上腺素后,血流速在短时间内迅速增高。以后,尽管心脏仍规律活动, TCD 显示舒张期血流逆转图形,即在正向、尖形的收缩期血流之后出现舒张期血流逆转。最终血流信号随着心搏停止而消失。

(2)脑梗塞 缺血性脑梗塞后, TCD 可见病变侧血流速减低。

(3)脑出血 广泛脑出血初期,脑动脉血流速度增加,此后两侧血流速均降低,尤以舒张期末流速降低明显。出血后发生脑积水时 SD 比值和阻力指数持续增高。

对新生儿缺氧缺血性脑损伤的诊断应该慎重。这是由 TCD 自身的局限性和产期脑损伤病理过程的复杂性以及治疗的多样性所决定的。TCD 不能定量测 CBF,多普勒检查仅能通过有限的几条动脉评价局部循环障碍。脑损伤的程度范围及病理改变是动态变化的,不同的治疗又给检测结果带来不同的影响。因此,检查时必须反复检测,两侧认真对照,并结合临床作出诊断。

5 治疗

当出现胎儿窘迫时应立即处理。小儿出生后最重要的是维持正常的气体交换和血压,并在抢救过程中注意保暖。出生时无呼吸或无哭声,Ap-gar 评分在 1 分钟时 < 6 就应积极抢救,以防脑的损伤。清除呼吸道粘液,轻弹足心刺激呼吸,给氧,若呼吸仍不好,可用直接喉镜吸去粘液,气管插管作人工呼吸。给葡萄糖和碱性液,动物实验证明注射葡萄糖和碱性液可以增加对缺氧的耐受性。用 10% 葡萄糖静脉滴入,维持血糖在较高水平。5% 碳酸氢钠 3-5 毫升/公斤,一次缓慢静脉注射,速度为 1 毫升/分。惊厥可用苯巴比妥钠或者安定注射。脑水肿须限制水入量至正常入量的低限,激素应用效果不肯定,氟美松 1-2 毫克/天,用 2-3 天后即停用。脱水剂甘露醇的作用也不肯定,因为高渗液有可能诱发脑出血。我们曾对新生儿缺氧性脑损伤的患儿用甘露醇脱水,每日 2-3 次,初步观察无不良反应。其它处理还包括保暖,纠正低血钙,给维生素 K 等。

6 后遗症

大脑瘫痪是在小儿幼年时就出现的非进行性

运动障碍,有痉挛性四肢瘫,或者下肢瘫痪重于上肢,偏瘫,截瘫,单瘫等。同时肌张力增高,腱反射亢进,有踝阵挛,Babinski 征,新生儿期特有的反射不消失,手握拳,扶起时头后仰,足尖站立,腿伸直交叉呈剪刀状等表现。有的锥体外系症状明显,如肌张力减低,舞蹈手足徐动症,语言障碍,少见的有小脑性共济失调。常伴有智力低下、癫痫、流口水、大小便和饮食均不能自理,成为残废。很久以前人们就认识到脑缺氧可以造成大脑瘫痪。现在认为大脑瘫痪虽然可由多种原因引起,但最主要的是围产期缺氧缺血性脑损伤。近十多年来由于治疗护理的进步,及时纠正缺氧,发病率已显著减少。

7 预后

新生儿脑缺氧缺血性损伤以后,遗留神经系统后遗症的可能性和严重程度文献报告不一致。有报告围产期缺氧并有神经症状者以后 35% 为正常,15% 有轻微的后遗症,30% 有严重的后遗症,20% 死亡。最近,有人追踪胎儿窒息新生儿期有严重神经系统异常者 2-5 年,结果 78% 正常,14% 有轻微的或可疑的异常,6% 有明显的神经系统后遗症,2% 致残废。

· 经验交流 ·

张力带内固定术治疗尺骨鹰嘴骨折 46 例报告

亓向同,刘桂峰

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

1993~2001 年我们采用张力带内固定术治疗尺骨鹰嘴骨折 46 例,疗效满意。现报告如下。

1 临床资料

本组 46 例,男 36 例,女 10 例;年龄 18~56 岁,平均年龄 37 岁。车祸伤 8 例,骑自行车摔伤 23 例,走路滑倒摔伤 10 例,高处坠落伤 4 例,刀砍伤 1 例。骨折位于左侧 32 例,右侧 14 例,以左侧

为多,未见同时双侧鹰嘴骨折者。受伤至手术时间 2 小时~6 周,其中受伤当天手术 32 例。3 周内手术者 12 例,超过 4 周手术 2 例。骨折部位均为分离 3mm 以上者,儿童孟氏骨折未包括在内。采用克氏针张力带钢丝技术内固定 32 例,松质骨螺丝钉张力带技术内固定 14 例。

2 手术方法

患者取平卧位。臂丛麻醉,患肢外展置于手

术桌上或屈肘位于胸前。采用肘后纵行切口,避开尺神经或充分显露尺神经予以保护,以免手术时误伤。清理骨折端,解剖复位后用大号布巾钳,维持良好位置(屈肘 90°)平行钻孔,攻丝后采用 1~2 枚 7~10cm 长松质骨螺丝钉固定。若用 2 枚,则选长短各 1 枚。长松质骨螺丝钉进入骨髓腔,另 1 枚自攻螺丝钉旋入鹰嘴松质骨内,两钉间距 1~1.5 cm。在尺骨嵴距鹰嘴远端 4cm 处,用 2mm 钻头横行钻孔,用 1.2mm 软态钢丝穿过与螺丝钉行“8”字打结,打结拧紧时尺骨嵴两侧力量要均匀,在钉尾部环绕一周,防止钢丝滑脱失效。或屈肘 90°位,选用 1.6mm 的 2 枚克氏针平行钻入骨折远、近端固定骨折。两枚克氏针要穿透对侧皮质 2 mm,剪断外留克氏针,保留 1.5 cm 折弯 90°。同法用“8”字钢丝张力带固定,针尾锤入,贴近皮质骨,固定后作肘关节屈伸活动,见骨折端固定牢固无活动时,冲洗刀口,逐层缝合关闭伤口,次日即可无负重功能锻炼

3 结果

随诊 3 个月~5 年,平均为 1.5 年。46 例骨折全部骨性愈合,愈合率为 100 %。无 1 例发生感染,平均愈合时间为 12 周。以肘关节疼痛和活动范围作为疗效评定标准,优(无疼痛,屈伸范围 120°)32 例,良(轻微疼痛,屈伸范围 80°~120°)12 例,可(中度疼痛,屈伸范围 60°~80°)1 例,差(明显疼痛,屈伸范围<60°)1 例,优良率 96 %,1 例术后发生迟发性神经炎,取内固定物时发现为尺神经与钢丝结发生磨擦所致。可 1 例,因外院单纯

钢丝内固定术后 4 周移位而改行克氏针张力带内固定。差 1 例,为陈旧性骨折,伤后 6 周才行手术内固定。

4 讨论

尺骨鹰嘴骨折大多为波及半月切迹的关节内骨折,精确的复位是防止关节不稳及预防骨性关节炎及其他合并症发生的有效措施。本组大多为新鲜骨折,且多数早期复位内固定,优良率达 96 %,可、差 2 例为陈旧性骨折及原始治疗不当所致。因此笔者主张早期手术,最好伤后 1 周内手术。

张力带内固定可加强骨折端的稳定性,避免骨折块旋转。DF. Murphy 对尺骨鹰嘴骨折的生物力学实验证明,应用钢丝、松质骨螺丝钉、AO 张力带、松质骨螺丝钉钢丝复合四种方法中,钢丝螺丝钉复合与 AO 张力带在固定强度上无显著性差异,而与“8”字钢丝或松质骨螺丝钉有显著性差异,但与 AO 张力带相比钢丝螺丝钉复合有更强的稳定性。

经本组手术随访,我们认为:尺骨鹰嘴骨折为关节内骨折,应力求解剖复位,早期内固定,早期功能锻炼。尺骨鹰嘴骨折应争取急诊手术,最好当天手术,争取一周内不超过两周施行手术。张力带技术,操作简单,无需特殊器械,术后无需外固定,可早期行功能锻炼为其优点,术后恢复快,效果满意。正确掌握张力带手术技术,选用同材质的钢丝、螺丝钉和克氏针,以防止电解反应,影响骨折及伤口的愈合。钢丝打结时置于外侧避开尺神经,以防止尺神经炎的发生。

成年人牙列不齐矫治临床探讨

王峻峰, 万光勇, 于肖鹏

(泰安市中心医院口腔科, 山东 泰安 271000)

[摘要] 成人牙列不齐包括“爬牙”、“地包天”及“双重牙”等,牙齿矫正可以使青壮年、中老年甚至老年人群拥有正常的发音,良好的咀嚼功能、健康的牙周组织及美观的牙齿排列状态。成人牙齿矫正可以预防成人中普遍存在的牙周病、齿龈病,同时作为牙周病治疗的一个重要环节,通过矫正消除牙周病存在的致病根源,从某种程度上讲起到治本的作用,牙列缺损的修复(即镶牙)是在不改变病人原来牙齿排列的基础上进行的,如果病人存在牙或牙列拥挤、牙齿散在间隙,深覆颌、深覆盖(爬牙)、反颌(地包天)及缺牙邻近牙齿的倾斜等,完成后患者的咬合功能及美观状态并未得到明显改善。如果这些病人在牙齿修复前先进行错颌的正常治疗,那么不仅可为镶牙创造良好的口腔条件,同时还可以获得良好的咀嚼功能及美观的牙齿排列。

[关键词] 牙列不齐;矫治

1 资料

成人由于生长发育已结束,身体各脏器组织变化与儿童有着很大的差异,因此成年人牙齿在矫治过程中有着其自身的特点,作者通过 1995 年~2002 年初步做了临床统计各类成年人,牙列不齐男性 566 例,女性 348 例,不能矫正病例 19 例。矫正后 85% 的病例得到完全改善,进行修复处理后患者非常满意。进行临床对比、研究,成年人发现其成年人与儿童矫正特点:

(1) 牙的替换生长发育已完成,所以不能利用生长发育来进行矫正。

(2) 牙槽骨的改建功能较低,牙移动时牙周组织反应迟缓,因而使用矫治力过程中要使用较轻的矫治力,疗程较儿童相对较长,一般为 1~2 年。

(3) 口腔环境较为复杂,矫治过程中需与口腔其他各科协调、配合,以达到去除病理性因素,以满足美观的追求。

(4) 成人矫正都属主动要求正畸的患者,能很好与医生合作,对矫正治疗有促进作用。

2 临床结果

我们成功为 437 例成年人病人做了成年人正畸治疗,123 例成年人已行治疗合并临床牙列缺失修复,效果良好。其中,85% 的成人通过矫正,达到了临床效果,15% 达到了修复效果。

3 讨论

由于各种原因,有些成年人(包括一些患者的

家长)经常有一种担心,认为牙齿已经长稳,矫正治疗后会不会引进牙齿松动?其实这是一种不必要的担忧,矫正治疗是通过轻力诱导牙齿移动,是一种缓慢的生物性改建,移动牙齿的牙槽骨呈吸收,而另一侧牙槽骨呈增生重建,最终使矫正牙齿重新定位,而不是硬拉牙齿移动,所以接受矫正治疗是不会对牙齿、牙周组织产生创伤的。戴上矫治装置,在最初一周会产生一些不适感觉或轻微的疼痛,但以后很快就能适应,不会影响正常的工作和生活。

牙列不齐矫正是一门专业性要求很高的学科。在发达国家,口腔正畸专科医师必须经过专门的矫正技术训练,并经过严格的国家考试取得矫正专科执业资格,方能对患者进行牙列不齐和矫正治疗。因此,牙列不齐患者一定要有自我保护意识,接受正规医院正畸专科医师的诊治,而达到最佳的治疗效果。

【参考文献】

- [1]《口腔正畸 Tip - Edge 着动在矫正技术导引》
- [2] Clinical study of retraction maxillary iuisors by Edgewise appliance
- [3] 口腔医学. 2001 年第 21 卷第 1 期
- [4] Edgewise. 技术关闭牙间隙的临床研究
- [5] 中华口腔医学杂志, 2001 年第一期 36 卷。
- [6] Manfredic, MartingR. Grossi GB. etal. Heritabiliti of 39. kt
- [7] Orthodintie cephalometrie parameters on MZ twins amd mn - paired singletonj.
- [8] Am oreuod dentofac. orthop. 1997. 111. 44 - 51

关节腔内注射透明质酸钠 配合痛点阻滞治疗增生性膝关节炎

桑清文

(泰安市中心医院疼痛门诊, 山东 泰安 271000)

增生性膝关节炎是一种临床常见的多因素致病的慢性病。目前我科主要采用关节腔内注射透明质酸钠配合痛点阻滞进行综合治疗, 取得满意的疗效, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 46 例患者均符合增生性膝关节炎诊断

标准,其中男 10 例,女 36 例,病程 4 个月~13 年,年龄 43 岁~71 岁,平均年龄 58 岁。

1.2 治疗方法

(1)关节腔内注射透明质酸钠:选择疼痛的髌骨一方为进针点,常规皮肤消毒,铺洞巾,穿刺成功后,先进行回抽,如有积液,先将其抽出。较多时,抽出后用温盐水反复快速注入并抽出,待积液少时,先注入康宁克通-A20 毫克,再注入透明质酸钠 20 毫克,拔针后,屈伸关节十余次,每周 1 次,5 次为一疗程。

(2)痛点阻滞:以膝关节周围痛点为治疗点。每点注射镇痛液 2~3 毫升,每周 1 次,每个关节注射 3~5 次。镇痛液配方为:0.5%利多卡因+康宁克通-A20 毫克+生理盐水,共计 10 毫升。

1.3 VAS 测定:采用正面在无痛和最痛之间有游动标尺,背面有 0 到 10 数字的 VAS 尺。病人移动游动标尺在自己疼痛的位置时,医生立即在尺的背面看到了具体数字。用此方法分别测定治疗前后的 VAS。

统计学处理:数据以 $\bar{X}(SD)$ 表示,采用配对 t 检验, $p < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

治疗前 VAS 为 7.15 ± 0.78 ,治疗后 VAS 为 2.56 ± 0.23 ,治疗前后比较有明显差异性($p < 0.05$)。

除此之外,治疗前部分有积液、有晨僵的患者经过一个疗程治疗后都得到了明显的改善。

3 讨论

增生性膝关节炎发病可与多种因素有关,其主要病理变化为透明软骨退行性变和关节韧带附着点形成骨赘,滑膜及关节囊变性,并由此引起关节疼痛、肿胀、积液、僵直畸形和功能障碍。

透明质酸钠是关节滑液的主要成分,在关节腔内起润滑、覆盖屏障、缓冲应力的作用。而随着年龄的增长,关节软骨出现退变,关节腔内分解酶增加,透明质酸的分解加快;由于滑膜的病变,引起透明质酸的合成减少,从而导致关节软骨的加速退变与破坏。此时关节腔内给予外源性的透明质酸钠进行补充疗法,使其覆盖于关节软骨表面,发挥保护并修复软骨、抑制炎症反应的作用,进而缓解症状,阻滞病情进一步发展。而痛点处恰好是肌腱附着处,同时通过外周痛点阻滞可明显减轻疼痛症状,并且膝关节的活动受限程度得到改善。

综上所述,关节腔内注射透明质酸钠配合痛点阻滞治疗增生性膝关节炎能有效缓解疼痛,改善关节活动度,且有效果确切,复发率低等优点,应广泛采用。但是须由有经验的医师来操作,且在无菌室内进行,以防术中和术后病人疼痛难忍,及化脓性关节炎的形成。

高血脂对中老年人心脑血管的威胁

陈云

(泰安市中心 120, 山东 泰安 271000)

调查显示,高血脂已成为中老年人的常见病,而由此引发的各种心脑血管病已成为威胁中老年人生命的主要的祸首。遍布人体全身的血管包括动脉、静脉和毛细血管是人体输送营养物质的重要通道。当人体摄入过多脂肪、糖类、高蛋白等营养物质,加上随着年龄的增长,过剩自由基(体内致病垃圾)的堆积会使体内脂肪代谢功能发生紊乱,造成脂肪在心脑血管内沉积,引发动脉血管狭窄和硬化(好比河床束窄、河道不畅),从而引起高血脂、高血压、冠心病以及脑血栓、脑中风等疾病,同时由于血液中脂肪酸过多,往往还会引发心律

失常。

不过,患上血脂高也不必紧张,可综合治理它。如注意饮食清淡,保持心理平衡,树立乐观情绪,注意劳逸结合等,药物保健方面,应遵医嘱,对一些影响肝肾功能的药物要谨慎。在选择一些保健品时,也要注意它是否有益,是否真的能降低总胆固醇。

发病原因:医学上说的血脂是指血浆或血清中的胆固醇(cholesterol)和甘油三酯(triglycerides)。而高脂血症有原发性和继发性两种。原发性高脂血症,有遗传因素的称为遗传性或家庭性高脂血

症。环境因素主要包括饮食习惯、营养因素、生活习惯和很多其他尚不清楚的因素。

继发性高脂血症主要继发于某种疾病,最常见的是糖尿病、肾病综合征、慢性肝病、甲状腺功能过低、肥胖症、某些药物的影响和免疫性疾病等。科学家认为高脂血症是动脉粥样硬化冠心病(coronary arteries disease)的病因。因为胆固醇沉积在动脉壁上,形成动脉粥样硬化斑块(atheroma),血管壁增厚,血管内膜变得粗糙,管腔狭窄,令血管腔内容易产生血栓,甚至堵塞管腔。若发生于冠状动脉内,可致心肌供血不足,发生心绞痛,甚至心肌梗死。近年来,科学研究发现控制饮食,改变不良生活习惯,肥胖者进行减肥,清除危险因素(包括控制高血压、戒烟、治疗糖尿病等)可以使血脂水平正常化,血脂持续增高者可进行降血脂药物治疗。

在降血脂治疗 1 月之后,可观察到动脉粥样硬化的斑块稳定、消退、狭窄的血管管腔扩大,血管壁功能得到改善,血流量增加,结果能使冠心病症状(心绞痛、心肌梗死、猝死)明显减少。

高脂血症患者控制饮食少吃甜食

严重高甘油三脂血症患者,有发生急性胰腺炎的危险,必须提高警惕,平时要注意饮食控制和进行药物治疗。

饮食原则:

1. 胆固醇偏高的高脂血症患者,应限制胆固醇、饱和脂肪酸含量高的食物。食物胆固醇主要来源于肉类,动物内脏、脑、脊髓、蛋黄、鱼子、贝类

和某些软体动物。

饱和脂肪酸因能促进食物胆固醇的吸收,所以也应控制;食物饱和脂肪酸和要全脂奶及奶油制品,动物脂肪,棕榈油等。

同时,患者应增加不饱和脂肪酸、碳水化合物和蛋白质的摄入。不饱和脂肪酸主要来源于多种植物油和鱼油中。

2. 对以甘油三增高为主的高脂血症患者,应限制总热量的摄入。热量过高容易转变为体脂,可造成肥胖及并发脂质代谢失常而继发高脂血症。

故这种类型的病人必须控制进食量,保持体重在标准范围内,高甘油三酯血症患者对碳水化合物,特别是对单糖如葡萄糖、果糖和双糖如蔗糖敏感,很容易吸引到肝脏中转变成脂肪,所以患者应少吃糖类和甜食,特别是精制点心等。

此外,还要限制奶油制品、肥肉和酒精的摄入,增加碳水化合物如谷物、杂粮、根茎类蔬菜,豆类及其制品和一些坚果、瓜果类食物以及蛋白质等以补充热量。

高脂血症患者宜以植物油为主,多吃有降血脂、搞动脉粥样硬化的食物如蒜、葱、菌菇类、海带、紫菜、豆类和各种新鲜蔬菜、水果等。烹调用油应以植物油为主,主食以谷物和杂粮为主,荤菜以鱼类和瘦肉为主,蛋类不要用油煎炒,伴有高胆固醇血症的患者要养活蛋黄的摄入量,每日不超过一只或少于一只蛋黄。少吃或不吃奶油和巧克力。饮料以茶为主,少吃或不喝加糖的饮料。

胺碘酮治疗心肺复苏 过程中心律失常的疗效观察

袁军,吴海燕,王晓红,范淮海,高荣运

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

【摘要】 报道 45 例心肺复苏过程中出现心律失常患者应用可达龙治疗的结果。室性心律失常总有效率 94.7%,治愈时间为用药后 10min-3d,平均 1 ± 0.5 d。快速室上性心律失常者,总有效率 85.7%,治愈时间为用药后 2min-2d,平均 6 ± 4 h。可达龙治疗心肺复苏过程中出现的室性或快速室上性心律失常有良好的临床疗效。

【关键词】 心肺复苏;心律失常;胺碘酮;疗效

及时有效地处理各种心律失常是心肺复苏成

功的关键步骤之一。可达龙是目前常用的一种多

功能的广谱抗心律失常药物,本文对我科 45 例心肺复苏时出现室性或快速室上性心动过速性心律失常的病人接受可达龙治疗的效果进行了分析,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 45 例中男 27 例,女 18 例。年龄 6 个月~74 岁,平均 33 ± 26 岁。体重 6~73 公斤,平均 41 ± 25 公斤。患者心肺复苏过程中,出现频发室早(20 例,占 44%)或短阵室性心动过速(18 例,占 40%)或室上性心动过速(7 例,占 16%),

1.2 用药方法 可达龙静脉注射首剂 2~3 mg/kg 加生理盐水 20 ml 10~15 min 内缓慢推注,效果不明显者于 30 分钟后再次静推 1~2 mg/kg 剂量,然后以每分 10~20 mg/kg 维持静脉滴注 1~3 d,在第一个 24 h 内静脉可达龙总量 < 1200 mg(平均用量 647 mg),此后依据病情静脉用药逐渐减量至停用。反复发作病人,加用口服制剂,成人 600mg/d,小儿 5~15mg/kg/d,分次服用,一周后减量。

1.3 观察方法 患者收住 ICU。给予持续心电图监护和持续生命体征监测;随时记录心律失常发生情况及用药前后心律、率的变化。

1.4 疗效判断标准 室早或短阵室性心动过速消失或一次给药后室上性心动过速终止为显效;室早减少 $\geq 50\%$ 或重复给药后成人心室率 < 100 次/分,小儿心室率 < 120 次/分,为有效;重复用药后室早无明显减少或心室率不减慢为无效。

2 结果

本组室性心律失常患者治疗后显效 24 例(占 63.2%),有效 11 例(28.9%),无效 3 例(7.9%),总有效率(94.7%),治愈时间为用药后 10min~3d,平均 1 ± 0.5 d。快速室上性心律失常者治疗后显效 2 例(占 28.6%),有效 4 例(57.1%),无效 1 例(14.3%),总有效率(85.7%),治愈时间为用药后 2min~2d,平均 6 ± 4 h。

3 讨论

心肺复苏过程中经常可以见到各种心律失

常,尤其室性心律失常尤为常见。本组 45 例心肺复苏过程中出现室性心律失常 38 例(占 84.4%),快速室上性心律失常 7 例(占 15.6%)。

除心肺复苏的常规步骤外,及时准确地处理各种心律失常是心肺复苏成功的关键步骤之一。

可达龙属 III 类抗心律失常药。能延长动作电位时程及有效不应期,还具有钙拮抗、膜稳定及交感神经阻滞等作用,可扩张冠状动脉,降低心肌耗氧量,是一种多功能的广谱抗心律失常药物,安全范围较大^[1]。

目前,在复苏中出现快速心律失常,经静脉应用抗心律失常药物时,主张首选可达龙^[2]。

利多卡因仍可应用,但效果不如可达龙确切。ARREST 试验结果还表明,在采取常规心肺复苏措施的过程中,静脉应用可达龙 300mg 可以提高院外心脏骤停病人的入院成活率^[3]。

本组资料表明,可达龙治疗室性心律失常总有效率 94.7%,治愈时间为用药后 10min~3d,平均 1 ± 0.5 d。快速室上性心律失常者,总有效率 85.7%,治愈时间为用药后 2min~2d,平均 6 ± 4 h。可达龙治疗心肺复苏过程中出现的心律失常有良好的临床疗效。但在心肺复苏过程中,仍要注意分析可能存在的引起心律失常的诱因,并进行针对性处理,如电解质紊乱、药物毒副作用、心肌缺血等。

总之,我们体会,可达龙治疗心肺复苏过程中出现的室性或快速室上性心律失常有良好的临床疗效。

[参考文献]

- [1]Singh SN, Fleteher RD, Fisker SG, et al. Amiodarone in patients with congestive heart failure and asymptomatic ventricular arrhythmia[J]. N Engl J Med, 1995, 333: 77
- [2]The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Advanced cardiovascular life support. Section 1: Introduction to ACLS 2000: overview of recommended changes in ACLS from the Guideline 2000 Conference. Circulation, 2000, 102(Suppl I): 186-189
- [3]Kudenchuk PJ, Cobb LA, Compass MK, et al. Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. N Engl J Med, 1999, 341: 871-878

治金丝膏治疗疔肿 438 例疗效观察

宁玲, 高正秀, 楚贻华

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

【关键词】 疔肿; 金丝膏; 疗效观察

疔是皮肤单个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓感染, 若不及时治疗常扩散至附近的皮下组织, 预后严重。用我院研制的中药金丝膏, 治疗疔肿, 观察 438 例, 取得了满意疗效, 介绍如下。

1 临床资料

438 例中男 315 例, 女 123 例; 年龄 2 个月 ~ 74 岁, 平均 24.48 ± 20.55 岁; 病程 12 ~ 24h; 疔肿红肿期 330 例, 成脓期 108 例; 其中身体各部位疔肿 315 例, 甲沟炎、手掌间隙感染 130 例, 急性脓肿 32 例, 糖尿病并发疔肿 8 例。

2 治疗方法

金丝膏的制作方法: 雄黄、白矾、枯矾(白矾加热煅干而成)等量研成细粉, 加芝麻油、凡士林调成膏, 呈金黄色。将金丝膏直接敷于患处, 1 日 1 次, 至痊愈。

3 治疗结果

痊愈: 疔肿消散或破溃后愈合, 全身症状消失, 377 例; 显效: 疔肿红肿热痛及伴发症状基本消失, 45 例; 好转: 疔肿缩小, 肿痛减轻, 16 例; 无效: 疔肿无改变或范围扩大, 肿痛加重, 0 例。总有效率 100%。

4 讨论

疔肿在临床中较为常见, 可分为暑疔、蜈蚣疔、多发性疔病, 易发于夏秋之季, 多为热证。究其病因病机, 认为是由内郁湿热, 外感风邪, 局部经络阻塞, 气血凝滞, 邪热火毒蕴于肌肤而发生。金丝膏中雄黄对疮毒的解毒作用极强, 并能止痒。《本经》述雄黄主治寒热鼠瘻、恶疮、疽痔、死肌、杀百虫、毒肿。白矾《本草纲目》述具有定痛、蚀恶肉、生好肉、治痈疽、疔肿恶疮之功效。枯矾有止血除湿、敛疮消炎之功效。现代药理研究证明, 雄黄、白矾对革兰阳性菌有抑制作用, 枯矾对革兰阳性菌和某些革兰阴性菌有抑制作用, 枯矾能与蛋白化合成为难溶于水的蛋白化合物而沉淀, 可用于局部创伤出血。芝麻油作基质, 对皮肤有保护软化作用。上药制成膏剂有祛毒、解表、清虚火、疏通经络、化瘀散结、消炎止痛之功能。金丝膏配制后宜盛放在密闭容器中, 于阴凉通风处保存, 可长期使用。长久不用时芝麻油析浮于表面, 需重新拌匀。

临床使用观察, 疔肿越小, 效果越好。在好转病例中 50% 为糖尿病并发疔肿, 说明该药对糖尿病并发疔肿也有一定疗效。金丝膏在使用过程中未发现不良反应。

·心理与健康·

神经症(一)

周华琳

(泰安市中心医院心理门诊, 山东 泰安 271000)

1 前言

传统的医学研究重点集中于从解剖、生理、病理、生化等方面去探究疾病的原因和治疗方法,称为“生物医学模式”。在医学史上,这一模式为医学发展做出过不可磨灭的贡献。但是,随着人类学、社会学和心理学的不断发展,这一模式也逐渐暴露出它的不足和消极影响。当今世界医学潮流正逐步转向“生理-心理-社会综合医学模式”,心理与疾病的关系已日益受到重视。医学研究发现,心理与疾病相互影响、不可分割。这种影响可以从以下四个方面加以说明。(1)心理社会因素是致病的重要原因。自 20 世纪三四十年代,心理与疾病的关系开始受到重视,大量医学研究证实,任何不良的心理刺激均可引起机体器官直至细胞分子的变化,而产生疾病。近年来,由于社会竞争性增强,人们承受的压力也在增加,各种类型的神经症、心身疾病也日趋增多。(2)全面了解病人的心理状态是诊断、治疗的重要前提。疾病不是一种抽象的概念,也不是病理室里的一个标本,而是发生在活生生的人身上的一种过程,人不是各种内脏器官的总和,而是具有“心”“身”两方面功能的活的完整系统。(3)心理治疗和护理是提高医疗质量的重要措施。研究证实,情绪对健康和疾病的影响非常明显,保持愉快和乐观情绪,可以提高机体的抗病能力,心理治疗和护理,能大大减轻病人的痛苦,提高医疗质量。(4)良好的医患关系。能明显提高医患之间合作程度,提高病人对治疗的依从性,从而提高临床疗效。

国内调查资料显示:综合医院门诊病人中纯属躯体疾病的患者占三分之一,神经官能症和心身疾病患者约各占三分之一;住院患者中精神障

碍的发生率为 20%~70%,主要为焦虑、抑郁障碍(2001)。调查还发现,在综合医院中有 56.25% 的医师不了解生物、心理、社会医学模式的基本概念;86.25% 的认为焦虑、抑郁不是精神症状,常将抑郁、焦虑看作病人对躯体疾病的“正常”反应,而忽视对焦虑、抑郁等精神症状的心理或药物治疗(2003)。由于目前综合医院绝大多数没有心理或精神科,而医务人员在学校教育和继续教育中都没有机会接受精神卫生知识和技能培训,对精神疾病和心理问题的识别和处理能力还较低(2002 年卫生部副部长殷大奎在全国第三届精神卫生工作会议上讲话)。为改变这一现状,近年来,许多综合医院以培训或讲座的形式,向医务人员普及精神卫生的相关知识,对提高综合医院医务人员的精神卫生知识发挥了积极作用。

借《心理与健康》栏目这块园地,自本期开始将连续向大家介绍综合医院各科门诊最常见的一组精神障碍—神经症。文中的不当之处,还望同道们指正。

2 神经症总论

2.1 定义

神经症(neuroses),旧称神经官能症,是一组精神障碍的总称。其共同特征为:起病常与心理社会因素有关;病前多有一定的素质和人格基础;症状主要有:脑功能失调症状、情绪症状、强迫症状、分离或转换症状、多种躯体不适症状等;这些症状在不同类型的神经症患者身上常常混合存在,没有发现器质性病变。患者无精神病性症状,对疾病有相当的自知力,疾病痛苦感明显,有求治要求;社会功能相对完好,行为一般保持在社会规范允许的范围之内;病程大多持续迁延。

神经症是一种常见的精神障碍,严重危害人民的心身健康。我国 1982 年流调资料报告为 2.2%,居各类精神障碍之首,神经症的终生患病率为 13.1%。神经症的总患病率国外报告在 5% 左右,显见是一组高发疾病。女性高于男性;以 40~44 岁年龄段患病率最高,但初发年龄多为 20~29 岁。胡建等调查发现,神经症占内科门诊的 12.28%(1989)。

2.2 病因

神经症的病因是多源性的,至今尚无定论。比较一致的看法是,外在的精神应激因素与内在的素质因素是神经症发生的必不可少的原因,两者缺一不可。

(1) 精神应激因素

长期以来,神经症被认为是一类主要与社会心理应激因素有关的精神障碍。许多研究表明,神经症患者较他人遭受更多的生活事件,主要以人际关系、婚姻、经济、家庭、工作等方面的问题多见。调查资料显示,神经症发病前所遭受的不良精神刺激是正常人的 2.7 倍。一般而言,引起神经症的精神应激事件有以下几个特点:①应激事件的强度往往不十分强烈,而且往往是多个事件反复发生,持续时间较长,虽然灾难性的强烈应激事件也可引起神经症,但更多的是那些使人牵肠挂肚的日常琐事,这点有别于反应性精神障碍的特点;②应激事件往往对神经症患者具有某种独特的意义。这些事件在健康人看来也许微不足道,但对于某些神经症患者来说可能是特别敏感的,而造成了个体的内心冲突;③患者对应激事件引起的心理困境或冲突往往有一定的认识,也知道应该怎样去适应以消除这些事件对心理的影响,但往往不能将理念化解为行动,将自己从困境和矛盾的冲突中解脱出来,以致应激持续存在,最终超过个体的应付能力或社会支持能提供的保护水平而导致发病;④神经症患者的精神应激事件不但来源于外界,更多地源于患者内在的心理需求。因为神经症患者往往是理性的、道德的、传统的,常常忽略和压抑自己的需求以适应环境,但又总是对他人和自己的作为不满,总是生活在遗憾和内心冲突之中。因此,许多痛苦实质上来源于患者的个性,即所谓“天下本无事,庸人自扰之”。

(2) 素质因素

大多数研究者认为,与精神应激事件相比,神

经症患者个性特征或个体易感素质对于神经症的病因学意义可能更为重要,即使一些生物学病因如遗传学的研究,也认为亲代的遗传影响主要表现为易感个性。一般认为,患者的个性特征首先决定着患神经症的难易程度。如巴甫洛夫认为,神经类型为弱型或强而不均衡型者易患神经症;Eysenck 等认为,个性古板、严肃、多愁善感、焦虑、悲观、保守、敏感、孤僻的人易患神经症。

2.3 发病的心理学机制

神经症作为一组精神障碍,临床表现比较复杂,其发病机制至今尚无公认一致的解释。生物学的研究表明,中枢神经系统一些结构或功能的变化可能与神经症的发生有关。如中枢肾上腺素能、5-HT 能活动的增强,抑制性氨基酸如 γ -氨基丁酸的功能不足与焦虑性障碍有关;而中枢去甲肾上腺素、5-HT 的减少则与抑郁的发生有关;某些强迫症患者脑 CT 和 MRI 发现有双侧尾状核体积缩小等等。

本文重点介绍神经症的心理学发病机制。

(1) 精神分析的神经症理论

精神分析学说由奥地利精神病学家弗洛伊德(S. Freud, 1856~1939)创立。他的基本理论有两个重要部分。其一是把心理活动分为意识(consciousness)、前意识(preconsciousness)、潜意识(unconsciousness)三个层次。意识即我们平时可以感觉到的心理活动内容,但这只是心理活动极小的一部分,犹如“浮在海面上的冰山一角”;我们的心理活动更大的部分属于潜意识区域,充满了整个心理发育过程,尤其是没有得到满足的、而受到压抑的经历、欲望与动机;潜意识与意识之间为前意识,是控制潜意识内容进入意识的守门员。潜意识的内容只有经过改头换面,在前意识防御功能减弱的情况下宣泄出来。如表现为一些千奇百怪的梦、莫名其妙的口误笔误或一些精神症状。

弗洛伊德第二个基本理论是把人格分为本我(id)、自我(ego)、超我(superego)三个部分。本我是人格的基础,是各种本能的活动中心,包括各种欲望与冲动,不受理性的约束,按惟乐原则行事;自我是人格的执行者,是人和客观现实相互作用的产物,其作用是控制精神能量适度的消耗释放,直到外界现实具备满足本我的条件为止,因此自我是按现实原则行事;超我是人格的监督者,由自我理想与良心两部分组成,它代表的是道义而不

是现实,追求的是完美而不是快乐。所以超我按道德原则行事。一般情况下,当本我的冲动与超我发生冲突时,自我如果不能运用理性机制来调节它们的冲突以及缓解冲突引起的焦虑,就不得不采用一些心理防御机制来应对,如压抑、投射、否定等。当自我力量不足以抵御或缓解这些焦虑时,就会产生神经症性的冲突,就会体验到莫名的恐惧、焦虑。所以,焦虑被认为是神经症最基本的核心症状。当焦虑转换为躯体症状时,则表现躯体的各种不适,如果被直接体验,则表现为焦虑症。

(2) 行为主义的神经症理论

行为主义心理学派认为,人的行为源于外界的刺激,都是后天学习与环境决定的结果,是通过条件反射习得的。行为主义心理学认为,不但人类正常的行为方式是刺激—反射的结果,病态的行为反应也是通过条件反射而形成的,神经症的产生就是如此。行为主义心理学派的研究者认为,既然病态的行为反应是通过后天习得和强化形成的,也可以通过建立新的刺激与新的条件反射,来取代病态行为。

(3) 认知心理学的神经症理论

认知心理学强调,情绪与行为的发生一定要通过认知的中介作用,而不是通过环境刺激直接产生。如一个人在山上遇见老虎,感到恐惧,但在动物园见到笼中之虎,则不会害怕;即通过对事件的理解和评价才产生情绪反应。正常的认知方式产生正常的情绪反应,异常的认知则产生异常的情绪反应(如抑郁症、焦虑症)。在情绪障碍中,认知歪曲是原发的,情绪障碍是继发的。认知心理学认为,由于神经症患者有特殊的个体易感素质,因此常常做出不现实的估计与认知,以致出现不合理、不恰当的反应,这种反应超过一定限度与频率,便发生了神经症。创立认知心理治疗的美国心理学家 A. Beck 认为一些神经症患者有许多不恰当的认知方式。

(4) 人本主义心理学的神经症理论

人本主义心理学认为,每个人与生俱来拥有自我实现和自我完善的能力,只是由于环境因素有形无形、有意无意的干扰与阻碍,才会使得这些潜力得不到合理的发挥,使个人的性格与认识出现歪曲。临床所见的神经症,究其本源,都不过是自我完善潜力遭到压抑、发生扭曲的外在表现而

已。如当个人的自我观念与外界价值观念发生冲突时,便会引起内心的焦虑。为了应付焦虑,人们不得不采取心理应付机制,异常的心理应付机制,削弱了自我实现,而影响人的心理发育,神经症的症状由此产生。

(5) 森田的神经质理论

日本精神病学家森田正马(M. Morita)综合西方的多种心理治疗方法及东方宗教哲学思想,对神经症提出了自己的理论解释。森田认为,神经质就是一种神经系统过分敏感的倾向,其神经质的症状纯属主观问题,而非客观的产物,其共同特点是内向性与疑病倾向。即神经质的患者对自己的心身变化特别敏感,过于消极地评价,追求完美,求全责备,易于陷于慢性挫折状态,常为自卑而苦恼,常对事物做主观片面的评价。患者的内向性与疑病倾向性,总使其把精神能量投向自身,对自身的变化特别关注与敏感,使他们对一些细微的、生理范围内的变化也感受得十分强烈,出现明显的不适感;而这种不适又会强化注意,使注意愈发集中并固着于不适的感觉上,从而形成神经质症状(精神交互作用)。因此,森田疗法的主要原理就是在于采用“顺应自然,为所当为”的方法,来致力改变病人的疑病倾向,打破精神交互作用,发挥病人求生的欲望来战胜疾病。

3 神经症的临床表现

神经症的症状繁多,这些症状虽然在不同的类型中主次与严重程度不一,但常常混合存在。本文重点介绍最常见的症状。

3.1 脑功能失调症状

(1) 精神易兴奋

主要表现为三个特点:第一,在日常生活中,事无巨细均可使患者浮想联翩或回忆增多,尤其多发生在睡眠阶段。引起兴奋的事件本身不一定是令人不快的,但久久不平、无法自制的兴奋体验却造成了一种痛苦,而久卧不安。第二个特点是不随意注意增强。患者极易被周围细微的变化所吸引,以致注意很难随意集中。第三个特点是患者感受阈值降低,表现为别人轻言细语在他听来也嘈杂难耐,对身体内部信息的感觉阈值下降则表现为躯体不适感觉增加,正常人不能时时感觉到的胃肠运动、心跳、呼吸运动,肌肉运动等,患者却可以不同程度地感受到,以致出现胃肠不适、心

慌、气促、肌肉跳动或不适等。常见于神经衰弱、焦虑症等。

(2) 精神易疲劳

精神易疲劳主要表现为精神能量不足,工作稍久就觉得疲惫不堪,严重者一动脑筋就感到疲劳,注意力很难集中且不能持久,故思考问题十分困难。由于思维不清晰,精力不旺盛,故感到记忆力差,工作效率低。做事常丢三落四、茫然无绪,患者苦于“力不从心”。易疲劳常与易兴奋症状同时存在,因为持续易兴奋导致能量的耗竭,易疲劳就成了它的必然结果。易疲劳常见于神经衰弱及抑郁性神经症。

3.2 情绪症状

(1) 焦虑

焦虑(anxiety)是正常人在对未来事件无法预测结局时产生的一种情绪,如面临重大的抉择或考试。作为一个症状,则是指在缺乏充足的客观原因时,患者产生紧张、不安或恐惧的内心体验并表现相应的自主神经功能失调。此时患者警觉水平增高,严重者有大祸临头、惶惶不可终日之感;有运动性不安、坐卧不宁,好比热锅上的蚂蚁;伴心悸、出汗、尿频、震颤、眩晕、恶心等自主神经功能紊乱的症状。焦虑在临床上常表现为两种形式,一是持续性的,二是发作性的。后者又称为惊恐发作(panic attack),表现为一种极端的焦虑状态,伴窒息感、濒死感和自我失控感,它可在慢性焦虑的背景上发作,有不少患者在发作间隙并无情绪异常,而有些患者则在间歇期因担心下次发作而持续存在期待性焦虑。焦虑情绪是各类神经症的主要症状之一。

(2) 恐惧

恐惧(fear)是一种正常的保护性情绪反应,当面临危险时,恐惧可以提醒个体尽快做出逃跑/战斗的决定。恐惧症状特指病人对某种客观刺激产生的一种不合理的恐惧,而且患者明知这种情绪的出现是荒唐的、不必要的,却不能摆脱,恐惧症状是恐惧症(phobia)的主要临床表现。像惊恐发作一样,患者同时伴有一系列自主神经症状如面红或苍白、呼吸心率加快、恶心、出汗、血压波动等。恐惧症状与惊恐发作不同的是,恐惧必定产生于某一客观刺激(尽管这种客观刺激在通常情况下不应引起恐惧),因而有明确的恐惧对象和相应的回避行为,天长日久便导致了社会功能的受

损。而惊恐发作却往往是一种突发的、不明原因的焦虑恐惧发作。

(3) 易激惹

易激惹(irritability)是一类负性情绪,它不仅指易发怒,还包括易伤感、易烦恼、易委屈、易愤慨等。这种情绪状态是情绪启动阈值和情绪自控能力双重降低的结果。极小的刺激便可触动情绪的扳机,一触即发、大发雷霆最为常见。神经症的易激惹皆事出有因,只是情绪反应过度,因而患者常常后悔,有些患者在发作时仍在极力自控,只是力不从心。

(4) 抑郁

抑郁(depression)是一种不愉快的情绪体验,可以表现为从轻度的缺少愉快感到严重的绝望自杀,核心症状是丧失感,如兴趣、动机、生活的希望、自我价值、自信心、欲望等,均可不同程度地下降或丧失。患者常常这样描述自己的体验:“高兴不起来”,“对什么都不感兴趣”,“展望未来,前途渺茫;回首往事,一无是处”,“事事不如别人,活着还有什么意思”,常伴有厌食、体重减轻、睡眠障碍、性欲减退、疲倦无力及慢性疼痛等症状。有时躯体方面的症状是患者就诊的唯一主诉,而无自觉的抑郁情绪体验,应特别注意鉴别。抑郁情绪是神经症患者最常见的症状,抑郁程度多不严重,但持久难消。

3.3 强迫症状

强迫症状(obsession and compulsion)是指一种观念、冲动或行为反复出现,自知不必要,但欲罢不能,为此十分痛苦。一般把强迫症状分为三大类。

(1) 强迫观念

强迫观念(obsessive idea)多表现为同一意念的反复联想,患者明知多余,但欲罢不能。这些观念可以是毫无意义的,如“人为何要有空气才能活?”“先有蛋还是先有鸡?”强迫怀疑是强迫观念中常见的表现,怀疑门没关紧、窗子没关好,信封上的地址写错了。

(2) 强迫意向

强迫意向(obsessive intention),是一种尚未付诸行动的强迫性冲动,使病人感到一种强有力的内在驱使。如患者见到墙壁上的电插座,就产生“触摸”的冲动;站在高楼上,就有“跳下去”的冲动。患者意识到这种冲动的不合理性,事实上也

不曾出现过这一动作,但冲动的反复出现却使患者焦虑不安、以致患者回避这些场合。

(3) 强迫行为

强迫行为 (compulsive behavior) 较为常见的有强迫性洗涤、强迫性检查、强迫性计数等。一个强迫性洗涤的患者可每日反复洗手十余次、每次数十分钟,自知不必要,自知过分,但不如此则于心不安,以致疲劳不堪、痛苦不堪。强迫性检查常常表现为核对数字是否有误,检查门、窗、煤气炉是否关好,如此反反复复数十次,患者甚感痛苦。强迫性计数主要表现为无目的的清点街道两旁的门窗、楼层及楼梯的阶梯等,稍有误差便重新点数。

3.4 疑病症状

疑病症状 (hypochondriacal symptom) 是指对自身的健康状况或身体的某些功能过分关注,以致怀疑患了某种躯体疾病或精神疾病,而与实际健康状况并不相符;且医生的解释或客观医疗检查的正常结果不足以消除患者疑病观念,因而到处反复求医。患者往往感觉增敏,对一般强度的外来刺激感到不堪忍受,对内脏的正常活动,也能“清晰”地感知并过分关注,如感到体内膨胀、跳动、堵塞、牵扯、扭转、缠绕、流窜、热气上冲等。这些内感性不适便成为疑病观念的始因和基础,加上多疑固执的个性素质,便发展成为疑病观念。

3.5 躯体不适症状

神经症患者可有多个系统的躯体不适症状,为此就医于各科,均查不到器质性证据,其中最常见的为慢性疼痛、头昏、自主神经紊乱引起的各系统症状等。

(1) 慢性疼痛

慢性疼痛 (chronic pain) 是临床常见症状,在伴有抑郁情绪的神经症患者中更为普遍。慢性疼痛与急性疼痛的临床意义和治疗方法不尽相同,它可能表示某种潜在的器质性损害,也可以表现一种紧张的精神状态,甚至可能仅仅是一种争取他人注意的习得行为或维持人际关系的应付方式。

神经症性的疼痛,以头颈部为最多见,其次是腰背、四肢,呈持续性或波动性。疼痛发生的频率与患者的心理压力及其他神经症症状有关。

(2) 头昏

头昏 (dizziness) 是神经症常见的主诉之一,是一个较为模糊的概念,至今尚无统一的定义。患者将体验描述为“头昏脑胀”、“头昏眼花”、“脑子不清晰”。头昏常与头痛、头胀相伴出现,患者自觉感知不甚清晰,注意集中困难,记忆模糊,学习能力降低,并可伴有一些自主神经症状。头昏实际上是多种症状的综合性描述,它是神经症的常见症状,但并不是神经症的特征症状,如高血压、贫血等躯体疾病也常有头昏。

(3) 自主神经症状群

自主神经的功能主要是调节内脏器官活动,使其能够适应机体及环境变化的需要。当罹患神经症时,大脑皮层、自主神经系统及内分泌均可能出现功能障碍,表现出许多躯体症状。一般来说,不同的神经症自主神经紊乱的表现可不一样。神经衰弱的自主神经症状是泛化的,不具有明显特点;焦虑性障碍患者的自主神经症状以交感神经功能亢进为主要特点,且主要表现在心血管方面如心悸、气促,也可同时出现副交感神经功能亢进的一些症状如尿频、多汗等。自主神经症状是焦虑症、恐惧症必备症状之一。

3.6 睡眠障碍

睡眠障碍在神经症患者中极为普遍,其中失眠是睡眠障碍中最常见的形式,主要表现为睡眠时间短或睡眠质量差,或者是对睡眠缺乏自我满足的体验。失眠一般分为三种形式,即入睡困难、易惊醒、早醒。神经症患者以入睡困难为主诉最为多见,其次是易惊醒和早醒。入睡困难的患者往往在就寝前就开始担心自己能否入睡,因此很难放松而进入自然的睡眠状态,或“努力使自己入睡”,如心中数数、排除杂念等,不但不能帮助入睡,相反还提高了皮层的兴奋性,加剧了本来就紧张的精神状态。由于患者入睡思绪繁杂、情绪焦虑、肌肉紧张,因而入睡的潜伏期延长,即使勉强入睡,睡眠也不深,极易为轻微刺激所惊醒,因而主诉“易醒”或“未睡着”,周围环境的声音、活动一概知晓,早晨醒来觉得不解乏。早醒是由于患者的警醒水平过高,一旦醒后便难以重新入睡,早醒是抑郁情绪的特征性症状。

围手术期患者的心理护理

曹墨桂,邵玉会,董和桂

(泰安市中心医院社会工作部,山东 泰安 271000)

手术是外科的重要治疗手段,但手术的同时也给患者带来了身体和心理上的双重创伤。一直以来医护人员只注意了身体创伤,却忽视了另一种更为隐藏的伤害。在生物医学模式向生物、心理、社会医学模式转变后又向整体医学模式转变的过程中,广大护理人员要清醒的认识到围手术期护理并不单纯是打针、喂饭、观察生命体征变化,心理护理已成为临床围手术期护理工作中不可或缺的组成部分。

1 术前心理护理

1.1 术前患者心理状态评估

随着医学知识的普及,大多数病人知道手术一般情况下是安全的,但无论手术大小,对病人都是较强的刺激。几乎所有手术病人都存在不同程度的焦虑和恐惧情绪,这种情绪在手术前的不同阶段是不断变化的;而部分无焦虑者,由于对医生或手术过度依赖,过分放心,对生理上带来的不可避免的痛苦缺乏应有的心理准备,效果往往更差。国外有研究表明,术前针对病人的心理特点开展心理准备,可以有效地减轻病人应激反应。经过心理准备的病人,焦虑、恐惧、抑郁、疼痛及痛苦程度均有所减轻,术后并发症也减少。患者产生痛苦焦虑的原因很多,有害怕躯体的创伤疼痛,有害怕麻醉方法的不当、手术意外带来的伤残或死亡,有怕经济负担过重、怕家庭事业受到影响的;这就需要护士进行有效的术前心理护理。

1.2 具体护理措施

1.2.1 重视护患交流

通过交谈建立良好的护患关系,准确掌握病情和有关护理问题及心理反应,在交谈过程中使病人对自己的病情有所了解,这样不仅增加了病人战胜疾病的信心,解除思想顾虑,还取得病人对医护人员的信任和积极配合。交谈时护士要注意

仪表,并以和蔼、诚恳的态度,同情、关怀的心情,心平气和地进行交谈。病人可以放松自己,主动提出自己的问题,护士在倾听的过程中可以正确估计病人的反应和心理问题,有针对性的解决。

1.2.2 重视术前谈话

术前谈话并不单是大夫的工作,护理人员同样要重视,它可以改善患者的异常心理。要本着实事求是的原则,既要指出疾病的严重性手术的必要性和可能出现的并发症,又要交待清楚发生危险的机会毕竟是少数。家属对手术了解愈多,就愈能协助患者减轻术前焦虑。一些不便向患者讲明的问题,可向家属交待清楚,取得家属的信任。另外手术巡回护士和麻醉师要在术前和病人交流,适当向病人介绍手术室环境及进入手术室的大体过程,也可有效消除病人对手术室的恐惧。

1.2.3 另外做过同类手术病人的信息,对术前病人的情绪影响较大。护士可有针对性地组织交流。病房护士还应介绍手术医生和护士情况,在病人面前树立手术医生的威信,以增加病人的安全感。必要时请恢复期患者以现身说法,实现良好的心理传递作用,促进患者恢复心理平衡,保障按期手术。

2 术中心理护理

术中的病人紧张,对手术室中的气氛极为敏感,尤其是局麻的病人。手术器械的声响,医生的低语议论,都可造成病人的高度紧张。另外病人在约束带的捆绑下也有不悦情绪。因此术中医护之间要互相尊重,主动合作,勿高声喧哗或窃窃私语。巡回护士要留心病人的情绪变化并给予温和的安慰。查看病人的冰冻结果时要避免大声讨论。

3 术后心理护理

3.1 术后患者心理状态评估

病人经过手术,尤其承受大手术的病人,一旦从麻醉中醒来,意识到自己已经活过来,颇感侥幸,这时他们渴望知道自己疾病的真实情况和手术效果。由于躯体组织受到程度不同的损伤,刀口疼痛,加之躯体不能自主活动,自持能力受限,多产生焦躁不安的心情。

3.2 具体护理措施

3.2.1 及时告知手术效果

当病人从麻醉中醒过来,医生护士应以亲切和蔼的语言进行安慰鼓励,及时告诉他手术进行得很顺利,目的已达到,使患者清醒后就有一个手术顺利与安全感,从而保持良好的精神状态和战胜疾病的信念。

3.2.2 帮助病人缓解疼痛

病人术后的疼痛不仅与手术部位、切口方式和镇静剂应用得恰当与否有关,而且与每个个体的疼痛阈值、耐受能力和对疼痛的经验有关。护士应体察和理解病人的心情,从每个具体环节来减轻病人的疼痛。

3.2.3 帮助病人克服抑郁反应

术后病人平静下来之后,由于处处依附他人帮助的不方便,大都出现抑郁反应。病人的这种心理状态如不及时地排解,必将影响病人快速恢复,所以要帮助病人解决抑郁情绪,使他们意识到既然已顺利度过手术关,就要争取早日恢复健康。随时向患者交流病情好转的信息,使患者有手术成功感,促进心情愉悦。

3.2.4 肿瘤患者术后仍有较大的心理压力,关心肿瘤的良恶性及是否切除干净。因此要作好家属工作,共同帮助患者摆脱各种顾虑,早日痊愈。此外,外科病人手术后大都要经过相当长一段时间的恢复过程。对预后不良的病人,不宜直接把真实情况告诉他们。

在围手术期护理工作中,心理护理有不可估量的重要作用。心理护理能够有效实施,需要护士有丰富的知识结构,跟上知识的发展速度,并且为病人创造良好的康复氛围,实现较理想的疾病转归。系列化心理护理工作得到了病人的一致好评,同时也使整个护理队伍的素质得到提高,使单纯药物及生活护理与心理护理得到了统一,是现代护理模式的需要。

医护人员对临床急诊的应激心理

王秀莲,刘敏

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

随着现代化交通工具的不断更新,则大型交通事故发生不断,重症颌面及致全身多处复合重伤增多,给临床救治工作带来困难。在临床救治中,急诊病人往往来的急、病情重,急诊病人痛苦不安、烦躁恐惧,或昏迷休克,濒临绝境。家属则焦虑、紧张、手忙脚乱,医护人员正面临着急诊范围广泛病种复杂多样,又是生命所关,刻不容缓。这就需要我们应该具备良好应激心理,能充分利用抢救的实践经验,最大程度地发挥医护人员的应激能力,达到最佳救治目的。

医学心理学上应激的含义是指那些可以引起机体内部平衡失调的有害刺激或不良事件的反

应。积极的应激心理能够使精力旺盛,思想明确,动作机敏,化险为夷,转危为安。消极表现则会使认识狭窄,言语不连贯,行为紊乱,导致不良后果。对急诊医护人员来说,高度的思想觉悟、事业心、责任感是在紧急情况下防止行为混乱的重要因素,那么如何才能最恰当地发挥医护人员的应激能力呢?

1. 首先医护人员要坚决果敢,沉着自信,迅速准确,思维敏捷,保持旺盛的精力和坚强的斗志,勇于和死神抗争,做到忙而不乱,有条不紊。

2. 应具有敏锐的观察力,丰富的想象能力,独立的思维能力,精确的判断能力,熟练的操作能

力,才能做到正确诊断及治疗。

3. 医护人员应上下通力作战,携手共救,联合各科会诊,密切合作配合先进设备,尽力救治;交流救治经验,勇于创新。面对一个危重病人,医生能否迅速诊断,及时采取必要的措施是抢救成功的关键。护士能否迅速给予氧气吸入,有效建立静脉通路,及时对症护理等则是抢救的首先工作。

4. 要发挥正常的应激能力,还要做好病人及家属的思想工作,适当给予安慰、支持和鼓励,充分调动病人及家属的积极性,增强战胜疾病的信心,

使患者身心放松,认真配合治疗。假如病人对医护人员缺乏足够的信任感或医护人员对病人心理支持不够,或医护人员轻率言语、举止造成病人的误解,则会引起病人不良心理反应,影响治疗甚至加重病情。

5. 医护人员应有扎实的专业基础,认真钻研业务技术,加强心理素质的训练,这是发挥应激能力的必要条件,当然在做好病区管理工作的基础上,备好各种抢救药品和医疗设备,严阵以待,有备而战,才不至于临阵心慌束手无策。

· 祖 国 医 学 ·

手法治疗血管神经性头痛

李刚

(泰安市中心医院针灸推拿科,山东 泰安 271000)

血管神经性头痛为临床常见疾病之一。长期以来,运用手法治疗此症,经临床观察疗效确切。并总结出比较系统的十项步骤,现介绍如下:

1 选穴

主穴:丝竹空,风池,曲池,足三里。配穴:后枕部痛者取阳白、风府、膈穴。头顶痛者取百会、风府、面首;偏头痛者取患侧通天、健侧阳陵泉;头沉胀痛者取血海、上仙、气海、三阴交;行经头痛或行经头痛加剧者取上仙、气海、三阴交;头沉胀而头晕者取丰隆;颈僵酸麻木者取项点、大椎;头面烘烘而热者取身柱、足区;前额痛者取面首、上星;两颞痛者取阳白、头维、太阳、合谷;阴囊湿冷者取气海、三阴交。

2 操作方法

患者 取仰卧闭目,双手放于身体两侧,平稳气息,排除杂念,全身肌肉放松。医者立于患者头顶前保持呼吸自然,宁神定志,凝神于双手拇指,中指指腹由轻到重点按主穴及相应的配穴,然后

按以下十项步骤进行操作。

2.1 双拇指指腹推印堂-神庭。交替进行速度由慢到快。穴位处加按揉,2-3分钟,以皮肤微红为度。

2.2 运三关。双拇指指腹自印堂经眉弓运至太阳,12次;从印堂经面首运至太阳,24次;再从印堂经上星运至头维到太阳,36次。

2.3 双拇指指腹按揉太阳穴2-3分钟。

2.4 推桥弓,用拇指指夫推翳风-缺盆,速度慢力度适中,不宜太重,亦不能太轻,做到“轻而不浮,重而不滞”。穴位处按揉,两侧交替进行。2-5分钟。

2.5 点按百会、四神聪、左手中指点按百会,同时右手拇、食、中、无名指点按四神聪,有酸胀感为度。

2.6 拿五经,五指拿头顶(五经为督脉、太阳、少阳经)自前发际头顶向后至枕部。5-10遍。

2.7 扫散,用大拇指和其他四指指峰,至太阳穴经头维,耳后高骨向后扫散至风池穴,左右各

3-5 遍。

2.8 梳头,从前发际-后发际,双手指指腹梳动作慢而均匀,1-2 分钟。头皮发热为度。
2.9 叩头,双手指端沿头部五经叩,如雨点下落,用力均匀适度,主要使用腕部力量,30 秒-1 分钟。

2.10 采用中指指腹颤法点按内关、神门、足三里、三阴交等穴位病人有酸胀感为度。

3 典型病例

王某,女,17 岁,1999 年 3 月 6 日初诊。主诉:阵发性头部跳痛,刺痛 6 年,近 1 月加重。病史:6 年来经常头部跳痛,刺痛多方治疗无效。经多位专家教授会诊。最后诊断为:血管、神经(混合)性头痛。近 1 月右额阵发性跳痛、刺痛伴恶心、呕吐,今来门诊治疗。采用上述手法治疗两次

后,患者头痛明显减轻,全身放松,治疗 10 次后,头痛完全消失。1999 年 4 月曾复发 1 次,采用同样手法治疗 1 个疗程,仍然获效。随访至今未复发。

4 体会

在施术过程中,医患相互配合;手法应轻柔沉稳,补泻得当,由轻到重,循序渐进。同时应根据患者头痛部位和症状不同,有针对性的选择相应的点线为施术重点,并按照“虚者揉之,实者刚之”的原则对虚证和体弱者用轻柔手法,实证和体壮者用重着手法;辨证施治,方能达到预期目的。对病程较短者,有立竿见影之效。病程较长者在治疗期间,可指导患者每日练 30 分钟的放松功,则效果更佳。

督脉天灸治疗腰椎间盘突出症 89 例

唐勇,王莲,时玉,张勇波

(泰安市中心医院康复中心,山东 泰安 271000)

椎间盘突出后不一定都有症状,只有出现明显临床症状者才称之为椎间盘突出症。我院采用督脉天灸及脊柱手法矫治术,治疗椎间盘突出症 89 例,取得了良好的效果,现总结如下:

1 一般资料

我们选取腰椎间盘突出症患者 89 例,其中男 54 例,女 35 例;年龄 28 岁~56 岁,平均 36.5 岁;病程 3 天~18 年。所有病例均经 X 光片、CT 或 MRI 确诊。 L_{4-5} 突出者 38 例, L_5-S_1 突出者 49 例, L_{3-4} 突出者 2 例;单节段突出 56 例,两个节段突出者 27 例,三个节段以上突出或膨隆者 6 例。伴有椎体骨质改变者 25 例,椎管狭窄 2 例。

2 治疗方法

1.手法矫治:根据脊柱解剖学及生物力学特点,对出现病痛部位的骨骼进行矫治,以纠正椎体三维方向的病变,理顺上下椎骨及其软组织间紊

乱关系,使之回归自然状态,达到从根本上消除不稳定因素的目的。

2.督脉天灸:在椎间盘突出的病变节段上,选取阿是穴及夹脊穴,先行针刺使之得气,尔后铺以破皮药,在敷以活血化瘀消炎通经之药膏及姜沫,并在其上放入燃烧之艾段进行灼灸治疗。起到提升中气,引气下行,使风寒湿三邪尽快祛除,激发人体自愈潜能的作用。

3 疗效标准

治愈:腰腿痛症状及体征消失,活动正常,直腿抬高试验大于 80° ;

显效:腰腿痛症状及体征明显减轻,活动基本正常,直腿抬高试验 $60^\circ \sim 80^\circ$;

好转:腰腿痛症状及体征部分消失,活动轻度受限,直腿抬高试验小于 60° ;

无效:症状体征及功能障碍无变化。

4 结果

全部病例经治疗后明显好转。五次治愈 65 例,八次治愈 21 例,十次治愈 1 例,显效 2 例,总显效率为 100%。

5 讨论

椎间盘突出症,大多是在慢性劳损与退变的基础上,经反复多次的积累伤后突然发病,只要得上将伴人一生。它与其他疾病一样,应及早正规系统的治疗,并争取一次彻底治愈。因为时间越久粘连越重,治疗难度也越大对机体伤害也越深。

祖国医学认为椎间盘突出症隶属痹症范畴,由于人体气血亏虚,阳气不振,腠理空疏,卫阳不固,风寒湿邪得以乘虚侵袭而发病。所以《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹”。风邪耗损阳气,阳气下陷,气脉不通,不通则痛;寒凝气滞,筋失所养,亦可见筋肉挛缩;湿性重着、粘腻,其伤人可致腰部强硬,屈伸不利,痛似折断。这就是人们常说的:风寒湿邪阻于脉络,经气郁

滞,不通则痛的道理。

督脉行于身后正中,举一身之阳。《素问·骨空论》所谓“挟脊抵腰中入循膂属肾”,《灵枢·经脉篇》督脉之别“入贯膂”均揭示了该脉与腰的密切关系,故其病“实则脊强,虚则头重”。经络是人体运行气血的通道,内属于脏腑,外络于肢节,表里相合。

灸,灼烧的意思。《医学入门》说:“凡病药之不及,针之不到,必须灸之”。督脉灸疗就是根据椎间盘的解剖学特点,以经络、脏腑理论为指导,利用艾草等易燃药物,在相应穴位或患处烧灼薰熨,借助针力将其药效直接渗透于病之所在,起到温通经络祛湿散寒,行气活血,消瘀止痛的作用。佐以手法复位,可有效地改变病损节段的异常受力状态,纠正小关节错位,消除不良刺激,改善局部血液循环,缩短炎症期,减轻神经根及周围软组织水肿,抑制炎性肉芽增生及粘连,达到缓解疼痛和促进组织修复的目的。治疗时应加强腰背肌的锻炼,使腰腿等部位肌力相对平衡稳定,可起到保护或防止椎间盘再次突出的作用。

中医经验方治疗肩周炎

陈广仁

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

治疗肩周炎的中医名家方药极多,各有所长,均能在不同程度上减轻或消除肩周炎的疼痛症状,增强或恢复肩关节的运动功能。在此我们仅介绍其中几种治疗肩周炎颇为有效的中医经验方药。

(1)伸筋丹有专家研制的伸筋丹,对治疗肩周炎的疼痛症状有较好的作用。伸筋丹的组成有:地龙(炒)500 克,马钱子(制),红花各 350 克,汉防己,乳香(醋炒),没药(醋炒),骨碎补(制),五加皮各 150 克。具体制法为:马钱子用砂烫至外表呈棕黄色并鼓起祛毛屑,骨碎补用砂烫祛毛。将上述药物粉碎成末混匀,装入胶囊,每丸含 0.15 克,

用时,每日 3 次,每次 5 丸,15 日为 1 个疗程,停药 5 日,再服 15 日。该药有较好的解痉镇痛作用。药理分析结果表明其镇痛作用不属于中枢性镇痛,而是通过局部的消炎,消肿以达到消除疼痛症状的目的。此外,该方对其它骨伤科疾病的疼痛也有较好疗效。

(2)黄芪桂枝五物汤有专家研制的黄芪桂枝五物汤加减治疗肩周炎。药方组成为:黄芪 15 克,桂枝 10 克,白芍 12 克,生姜 3 片,大枣 4 枚,细辛 3 克,制川乌,制草乌各 5 克,止痉散粉 1.5 克。用时,除止痉散粉随饮片煎汤送服外,其余诸药加水煎,分 2 次服。由于中老年人肝肾渐衰,筋

骨,筋膜等组织逐渐退行性改变,在风、寒、湿、邪侵袭的诱因下,造成肩关节局部的肌肉,筋膜,软骨等组织发生紧张,僵硬,变性,增生或萎缩等病理改变,因此,采用黄芪桂枝五物汤加味,通过方中的桂枝,可辛温助心阳,通经络,改善肩关节周围筋骨,经络等的血运,驱除肌表之邪,以缓解疼痛,芍药苦平,生姜味辛,以佐桂枝,合芍药以苦化

阳,调和阴阳,温养血脉,合大枣养胃气而发汗,以去肌肉,筋骨之邪,黄芪调治营卫气血不足,细辛祛除里寒之邪,制川乌,制草乌温经止痛,治风痹等肢体麻木,止痉散粉解痉挛而且通络,上述诸药加减应用,对治疗肩周炎的较好效果。此外,该方对颈椎病,腰腿痛也有较好疗效。

5 种中药掺伪易混鉴别

陈树山,韩兆洪,王传杰

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

【摘要】 本文以在实际工作中发现,结合药检部门抽查鉴定。“生蒲黄、朱砂、吴茱萸、薄荷、冬虫夏草”5 种常用中药掺伪易混现象极其严重,论述正品、伪品的鉴别依据,以供同道参考。

【关键词】 中药;掺伪;易混;鉴别

目前,很多药品外观极其相似,中药饮片的假冒伪劣及其混淆甚多。临床上一些紧俏而价格昂贵的中药常被不法药贩利用药材外观特点,进行掺伪加工或混掺杂物,其使影响临床用药安全。笔者简述 5 种中药掺伪鉴别如下:

1 玉米粉掺充生蒲黄

蒲黄为香蒲科植物水烛香蒲及东方香蒲或同属植物干燥花粉。有止血化瘀。通淋之效。正品蒲黄为鲜黄色细粉,质较轻,易飞扬,手捻之有润滑感,易附于手指上。放在水中易漂浮于水面上。显微镜下,花粉粒较多,无有淀粉粒及杂物。

掺伪玉米粉为禾科植物玉蜀黍的果实碾碎细粉,用细筛筛去粗粒,细粉掺入蒲黄中,以求增加蒲黄重量。掺入玉米细粉,表面颜色与蒲黄相似,质较轻,易飞扬,但手捻之略有粗糙感,放在水中,漂浮于水面上的黄色细粉为蒲黄,沉于水底的显淡白色细粉为玉米粉。镜下鉴别有花粉粒和淀粉粒。

2 朱砂掺伪矿石

朱砂主含硫化汞(HgS),采挖后,选取纯净者,用磁铁吸尽含铁杂质,水淘净杂石或泥沙。药典

规定本品含硫化汞不得少于 96%。掺伪矿石颗粒与粉末与朱砂极为相似,唯色深而晦暗,在含量测定过程中,加硫酸与硝酸钾,加热溶解不完全,继加硫酸铁铵指示液,溶液呈乳白色混浊。测定结果:含硫化汞最高为 77.28%,最低仅 43.30%,平均 59.20%以水漂洗至红色颗粒消失后,出现白色透明和大量黑色矿石块,系采矿时净选不彻底或人为掺入矿石颗粒所致。

3 马桑子混充吴茱萸

将马桑科植物马桑的近成熟果实掺加吴茱萸混充。其主要鉴别特点是;吴茱萸表面有许多点状突起或凹陷的油点,果梗大,果实与果梗间残留盘状花萼,果实顶端有五角星状裂隙,气芳香、浓郁、味辣而苦。显微镜下粉末特征;纤维成束,壁光滑;非腺毛具壁疣,胞腔内含棕色物;随处可见草酸钙簇晶。理化特征:取本品粉末 0.5g 加盐酸 10ml 振摇、过滤液 2ml 加碘化钾试液 1 滴,摇后产生黄白色沉淀。

马桑子含有毒成分,其形状与吴茱萸相似,表面也有许多条状突起或凹陷纵沟;果梗细,无盘状花萼,有黄绿色绒毛;果实搓之种子易脱落;微有香气,味微甘辛。粉末镜下可见:纤维呈带状或长

棱状,壁原胞腔较窄,非腺毛呈节结状;无草酸钙簇晶。理化鉴别;无黄色白色沉淀生成。

4 白花益母草掺充薄荷

两品虽都来源于唇形科植物,各鉴别特征:薄荷茎方柱形,表面紫棕色或淡绿色,棱角处具有茸毛,质脆、断面中空白色。叶有短柄,叶片呈宽披针形或椭圆形,叶缘有细锯齿,上表面深绿色,下表面灰绿色,稀被茸毛,扩大镜下,可见凹腺点。气味揉搓后有特殊清凉香气,味辛凉透舌。

白花益母草茎形状方柱形,四面凹下成纵沟,表面灰绿色,质脆、断面中部有白色髓;叶片长椭圆形,中部叶分裂成多个长圆形线状裂片,裂片全

绿或具有少数锯齿,气微苦。

5 冬虫夏草掺伪挂黄泥

冬虫夏草为麦角菌科真菌冬虫夏草寄生在蝙蝠蛾科昆虫幼虫上的子座及幼虫尸体的复合体。其体表面呈深黄色至黄棕色。在采购时,不法药贩利用深黄色的特点,人为地将大量的黄土泥掺挂在冬虫夏草体表面,以增加重量。用清水冲洗无法去掉,只有把冬虫夏草放入温水中浸泡 2-3h 后,再用清水反复淘洗才能将泥土除去。取 100g 掺伪冬虫夏草,去净泥土后干燥,可见掺挂泥土多达 30% 以上。

·放射与检验·

常见良性病的放射治疗

郝传国

(泰安市中心医院放疗中心,山东 泰安 271000)

随着放射治疗的不断发展,特别是三维立体定向放射治疗的出现,使放射治疗的范围越来越广,治疗效果也越来越明显,目前,放射治疗由以恶性肿瘤为主,逐步向治疗良性病扩展。良性病的放射治疗,被越来越多的放疗专家所研究应用,也被更多的患者所接受。

1 放疗的一般原则

良性病放射治疗确实有一定的疗效,但不适当的放疗除有一定的损伤外,还有致癌作用。因此使用放疗治疗良性病,需要有一定适应证,而且要认真掌握放疗的技术因素,使毒副作用降到最低限度。

1.1 良性病放疗应掌握以下因素:(1)在治疗前应对放疗的质量、总剂量、全部时间、发生危险的基本因素及保护因素都有充分的考虑。(2)对婴幼儿及儿童,应谨慎评价治疗的危险及利益,除非必要,不应行放疗。(3)直接照射的皮肤范围要特别注意其下的器官可能发生的晚期反应,如

甲状腺、眼、生殖器、骨骼和乳腺等,尽可能不照射这些器官。(4)所有病例均应谨慎使用放射防护技术,如限线筒和铅防护。(5)按照病理学所见的病变深度选择射线的穿透深度。

1.2 放疗的技术要求:(1)放射线的能量选择 依靶体积的深度而定,原则是合适为宜,宁浅勿深,努力保护靶区下面和周围的正常组织。一般体表的良性病变,可用低电压短距离的 X 线、低能电子线或放射性核素。保护皮肤和皮下正常组织,所用的铅的厚度必须能吸收 95% 的放射线。(2)放射剂量根据病种,治疗时机而定。目前,对大多数良性病的治疗总剂量,分次量及治疗时间均无统一的意见,多是根据临床经验进行治疗,放疗专家的忠告是放疗良性病的剂量宁少勿多,但应以足够或充分控制病变为原则。a、急性炎症:总量 3Gy,每次 1Gy,每日一次或隔日一次;b、慢性炎症:总量 4~8Gy,每次 1Gy;c、抑制腺体分泌:总量 6~20Gy,每次 1Gy,每周 2~3 次;d、瘢痕:总量 10Gy,可分 2~3 次给予,术后立即开始

每天 1 次; e、血管瘤: 荔枝型, 总量 10Gy, 每次 1Gy, 每周 2 次。休息 1~24 月, 可重复 1 程。

2 放疗机制及适应证

2.1 脱毛作用

2.1.1 机制: 抑制毛囊生长功能; 射线使毛发和下部连接变松而易于脱落; 放射线适当, 毛发可再生。

2.1.2 适应证: 头癣、须疮、多毛症、有黑色素母痣。

2.2 抑制分泌功能

2.2.1 机制: 射线对皮脂腺、汗腺的破坏作用, 使腺体萎缩; 射线同时可以抑制腺体的分泌功能。

2.2.2 适应证: 痤疮、腋臭、色汗症、手足多汗症、腮腺炎、胰腺炎、鼻腺。

2.3 止痛、止痒

2.3.1 机制: 放射线对神经末梢感觉过敏的抑制作用。

2.3.2 适应证: 神经性皮炎、湿疹、外阴瘙痒、强直性脊柱炎、手足甲下血管瘤。

2.4 抑制淋巴组织增生

2.4.1 机制: 少量放射线可以破坏淋巴组织生长中心, 使之停止分裂, 抑制淋巴组织增生。

2.4.2 适应证: 鼻及咽的腺样增生、耳咽管周围淋巴组织增生、航空性中耳炎、嗜酸细胞肉芽肿、扁桃体肥大。

2.5 抑制纤维组织增生

2.5.1 机制: 幼稚纤维母细胞、角化组织等增生期对放射线敏感, 射线可以抑制纤维组织增生(剂量 $\geq 10\text{Gy}$)

2.5.2 适应证: 瘢痕、鸡眼、甲下疣、阴茎海绵体硬结症。

2.6 消炎

2.6.1 机制: 消炎, 可能包括放射镇痛作用。

2.6.2 适应证: 急性多发性、慢性丹毒急性发作、乳腺炎、外耳道炎、急性坏疽、化脓性指骨骨髓炎、血栓性静脉炎、慢性腮腺炎、肩周炎、颈淋巴结结核、结核瘻道、腱鞘炎、骨关节炎等。一次剂量 0.5~1Gy, 总剂量 5~10Gy。

2.7 血管瘤

2.7.1 机制: 射线引起栓塞性动脉内膜炎, 血管弥漫性硬化及血管周围基质纤维化。并使毛细血管阻塞。

2.7.2 适应证: 荔枝型幼儿血管瘤最敏感; 海绵型及混合型中度敏感; 葡萄酒斑、成熟的血管内皮不敏感。

3 常见良性病的放射治疗

目前, 良性病的放射治疗适应证有 70 余种, 就最常见的几种介绍如下:

3.1 瘢痕瘤 瘢痕体质的患者在皮肤损伤的伤口周围出现严重的纤维组织增生及玻璃样变性, 且不能自发性退化。瘢痕肿块引起疼痛和难看的肿块。除体质的因素以外, 手术时缝线张力和缝线感染也是引起瘢痕增生的原因。瘢痕瘤单纯手术切除后肯定复发, 与未作手术一样, 因此不能单用手术切除。

治疗原则是先手术切除, 术后 24 小时以内开始治疗, 因为肉芽组织中的纤维母细胞在 24 小时内成为纤维母细胞, 千万不能等到拆线再放疗。一般用 8~11MeV 低能电子线, 放射野常规用铅挡块防护, 在手术切口缝隙外不少于 0.5cm。对耳垂用前后野对穿, 很小的照射野。总剂量 10~15Gy, 1~2 周内分 2~5 次。

3.2 皮肤和软组织血管瘤 婴幼儿皮肤血管瘤放射治疗必须先考虑到晚期可能出现的副作用。部分婴幼儿的血管瘤可能自然消退, 在治疗时一定要认真选择适应证。面部较小的血管瘤一般用接触性放疗或低能电子线照射, 皮肤剂量 5~10Gy/次, 同样剂量重复 1~2 次; 下肢进展期血管瘤 18Gy/11 次。

3.3 中枢神经系统血管瘤 (1) 脑动静脉畸形(AVM)可给予高剂量立体定向放射治疗(头颅 X(γ)刀), 给予准确小体积, 使之硬化, 预防出血。最小剂量 15~30Gy, 2 年内 AVM 完全消失率 71%~89%。(2) 海绵状血管瘤, 治疗方法同 AVM。

3.4 肝海绵状血管瘤 多发、弥散或大块的肝血管瘤, 可用常规外照射放射治疗, 剂量为 15~30Gy/1~4 周。目前肝血管瘤多用立体定向分次放射治疗(体部 X(γ)刀), 分割 4~6 次, 总剂量 36~40Gy。该治疗方法, 定位准确, 靶体积给予高剂量, 提高治愈率, 同时能够有效的保护周围正常肝组织。

3.5 椎体血管瘤 放射影像改变为椎体骨密度稀疏, 骨小梁成蜂窝状, 可扩散到横突、棘突。有可能局部疼痛和触痛。椎体扩张, 或血管瘤扩展到硬膜外, 可能有出血和很少发生的压缩骨折。局部放疗总剂量 30~40Gy, 每次 2Gy, 每周 2 次。

3.6 滑囊炎和腱鞘炎 常发生在肩、椎体、三角肌等部位, 伴炎症、钙化和退化, 引起功能障碍, 疼痛、活动受限。局部放疗只包括关节或病变部位的照射野, 急性期, 每天剂量 1.5~2Gy, 连续治疗 3~5 天, 总剂量 6~10Gy。如为慢性病例, 可

在 1~2 周后再增加治疗 1~2 次。

3.7 硬纤维瘤 硬纤维瘤也称为侵袭性纤维瘤,是低度局部侵袭、非转移性肿瘤。生长缓慢、边界不清、无包膜、术后易在边缘复发。放疗剂量 50~60Gy/6~7 周,每次 1.8~2Gy。放射野应足够宽大,包括全部腱膜间隙,或围绕肿瘤边界 5~10cm。

3.8 阴茎海绵体硬结症 阴茎勃起时弯成角并有疼痛,由阴茎海绵体的炎性病变引起,发展成硬斑块或结节。放疗作用主要是止痛。剂量可第 1 次 5Gy,以后每月 1 次,每 1 次 3Gy,共 6~7 次。放疗时应保护生殖腺、阴毛和未受累的淋巴结。用铅皮挖孔,适合于病变大小,覆盖在病变上。

3.9 成釉细胞瘤 成釉细胞瘤好发于颌骨,特别是下颌骨,罕见有转移。手术切除易复发;但对放疗反应良好。剂量 50~60Gy/5~6 周缓解。放疗后肿瘤消退十分缓慢,需密切观察。

3.10 动脉瘤性骨囊肿 是好发于骨髓的血管囊肿病变,膨胀性生长,偏心,常突出到软组织,手术切除易复发。可术后放疗,也可单纯放疗。剂量为 40Gy/4 周。

3.11 男性乳腺女性化 用钴-60 治疗,9Gy/1 次,或每次 4~5Gy,连续 3 次,放疗结束后 2~3 天可开始内分泌治疗。

3.12 全淋巴结放疗对免疫的抑制作用。

3.13 其他可放射治疗的良性病:腮腺炎、腮腺痿、风湿性关节炎、强直性脊柱炎、颈淋巴结核、结核瘰道等。

目前我院还开展了纵隔、肺等部位良性肿瘤的三维立体定向放射治疗,并取得了良好效果,进一步扩展了良性病的放疗范围。

[参考文献]

[1]申文江.肿瘤放射治疗进展.世界医药出版社,2000,4.

干化学法测定血糖、淀粉酶、尿素氮的思考

李春伟,杨艳,刘淑延

(泰安市中心医院检验科,山东 泰安 271000)

血糖、淀粉酶、尿素氮的测定是临床检验中非常重要的项目,临床上测定方法众多、使用的仪器也多种多样,它们的灵敏度、准确性也存在众多差异,导致测定结果之间的可比性较差,无疑给临床诊断和治疗带来了诸多不便。为此,我们在 2002 年 1 月~2002 年 3 月间就干化学法与酶法测定血糖(GLU)、淀粉酶(AMY)、尿素氮(BUN)做一比较,并就干化学法测定的价值和问题作一探讨。

1 材料与方法

1.1 仪器 德国宝灵曼公司提供的干化学法快速生化分析仪 Reflotron。

1.2 血糖(GLU)、淀粉酶(AMY)、尿素氮(BUN)干化学法测定试纸条 由上述公司提供。按说明开机预温,将标本 32 微升加在红色条块上,在 15 秒之内进行测定。仪器自动识别测定编码。

1.3 GLU、AMY、BUN 酶法(Kit)测定试剂 由温州东欧生物工程有限公司提供。按说明在荷

兰生产的 ISP-2 半自动生化分析仪、速率法进行测定。

2 结果

2.1 时间的影响 将定值质控血清(No: 000801 由卫生部临检中心提供)进行干化学法测定,结果 GLU(NO: 744948、定值 6.74 ± 0.26)第一试纸条每隔 2 分钟测定一次,2~12 分钟的结果为 6.59、7.43、7.67、7.67、7.28、6.51mmol/L,第 2 试纸条结果为 6.60、6.98、6.92、6.89、6.89、6.83mmol/L。当延至 25 分钟时结果呈明显下降。AMY(定值为 751 ± 45 u/L)干化学法:第一试纸条结果 3 分钟为 2180u/L、6 分钟为 <30 u/L。第 2 试纸条结果与第一条相同。BUN(定值为 6.62 ± 0.29)第一试纸条结果为每隔 3 分钟测定一次:6.60、7.80、8.29、9.34、10.2、12.2、14.9、20.0mmol/L,第二条试纸结果为 6.23、7.54、8.09、8.61、9.04、10.2、11.7、15/4mmol/L,27 分为 22.2mmol/L,30 分为 36.9mmol/L。结果显示:除 AMY 随时间延长结果

明显下降外, BUN 随时间延长结果明显增高, 18 - 21 分钟后可增至第一时间测定结果的两倍以上, GLU 随时间延长而增高, 8 分钟后又随时间延长而降低。

2.2 与酶法的比较 定值血清测定结果 GLU 7.0mmol/L, AMY 440U/L, BUN 6.9mmol/L。与干化学法第一时间测定结果相同, 但与第一时间后测定结果差异较大。

2.3 两种方法在标本中的测定 GLU 的测定 1 号标本酶法为 5.7mmol/L, 干化学法每隔 2 分钟测定一次, 结果分别为 6.14、6.04、5.73、5.19、4.03、3.56mmol/L; 2 号标本酶法为 5.0mmol/L, 干化学法为 5.17、4.76、4.28、3.79、3.2mmol/L; 3 号标本酶法为 4.4mmol/L, 干化学法为 6.68、6.4、5.9、5.39、4.86mmol/L; 4 号标本酶法为 10.5mmol/L, 干化学法为 9.17、9.38、8.93、8.37、7.69、6.86mmol/L。AMY 的测定 1 号标本酶法为 77 U/L, 干化学法为 173、153、97、< 30U/L(每隔 3 分钟测定一次); 2 号标本酶法 588U/L, 干化学法为 1280、100、< 30U/L(隔 3 分钟测定一次)。BUN 的测定 1 号标本酶法为 7.16mmol/L, 干化学法为 8.09、7.54、6.23、5.75mmol/L(每隔 2 分钟测定一次); 2 号标本酶法为 15mmol/L, 干化学法为 18、16.5、15.7、13.1mmol/L。

3 讨论

GLU、BUN、AMY 三种项目测定是临床急诊检测中最常用的, 在保证临床检测简便、快速的同时, 更应当保证检测结果的准确性。但由于各单位、甚或同一单位内使用不同的仪器, 不同的检测方法, 导致同一检测项目间检测结果的不一致, 给临床诊断和治疗带来了极大的困难。由于各种仪器间的差异、测定方法的不同、同一厂家生产的试剂间的差异等, 使相互间检测结果的可比性和参

比性减小, 严重影响了临床的诊断和治疗, 因此, 探讨和比较各种仪器间和测定方法之间的不同之处和差异, 对临床诊断和治疗有非常重要的价值, 尤其对于治疗观察的意义更为重大。

我们实验的结果发现, GLU 干化学法在第一时间(即在二分钟时)的测定结果与酶法测定之间的差异不显著, 但随着时间的延长, 测定结果明显降低。AMY 的干化学法测定结果与酶法结果差异较大, 在 9 分钟时干化学法测定结果与酶法结果较为接近, 而在 3~6 分钟时测定结果明显高于酶法, 甚至会出现错误的结果, 因此, 在 AMY 测定时应于 3 分钟以后进行测定。BUN 测定在第一时间测定结果明显高于酶法, 而在 2~4 分钟的测定结果, 与酶法较为接近, 因此, BUN 的测定应在 2~4 分钟。以上结果显示: 干化学法在第一时间测定的 BUN、AMY 与酶法相比, 差异较大, 而 GLU 在第一时间测定结果与酶法间相比差异不明显。

在我们的观察中发现, 无论仪器的性能如何, 它在检测中的缺陷是不容掩藏的, 就是在同一厂家生产的试剂之间差异也很大, 在我们的实验中发现, 同一盒试剂条之间也存在者差异, 有时是明显的差异, 这就给生产厂家提出了更高的要求, 严格质量管理体系, 才能生产出优质合格的产品, 服务于临床。同时, 测定时间是影响干化学法测定的关键因素, 应寻求其反应的平衡点作为最佳测定时间, 万不可盲目设置或固守成规而影响结果的准确性; 干化学法测定质控血清和标本时, 反应变化相差较大, 这可能与介质效应有关, 当我们用标准液测定时也发现有同样的变化, 应当引起广大医务工作者的高度重视。

总之, 干化学法测定因采用层析的原理, 具有简便、快速、影响因素相对较小的特点, 吸引了众多使用者的目光, 但由于层析分离的时间以及发生反应的时间是影响其测定的关键因素, 应进行对比后确定, 以确保检验质量。

超声心动图观察高血压各期对心脏的损害

尹丽华

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

高血压是当代最常见疾病之一, 又是脑血管病和冠心病的主要发病因素之一。在其早期和中

期症状往往不明显, 易被人们所忽视, 而一旦出现心脑血管并发症, 则难以控制, 所以观察高血压各

期对心脏损害。

1 资料与方法

按照世界卫生组织高血压诊断标准,随机选择高血压患者 50 例,经病史,查体排除冠心病、心肌病、心瓣膜病。病程 2-30 年,年龄 31-73 岁。男性 35 例,女性 15 例。按照 1988 年美国 JNC 水平分类,90-104mmHg 轻度高血压,105-114mmHg 为中度高血压,舒张压 $\geq$ 115mmHg 为重度高血压。按此标准分类:分出轻度高血压 17 例。中度 25 例,重度 8 例。按常规检查心脏各切面:观察指标为左房大小,室间隔厚度,左室后壁厚度,00000 二尖瓣舒张期 E 峰速度,A 峰速度。判断异常标准为:左房 $\geq$ 37mm,室间隔与左室后壁 $\geq$ 11mm,A 峰 $\geq$ E 峰

2 结果

轻度高血压超声心动图异常者占 11 例,正常 6 例,异常检出率 64%,其中单纯室间隔增厚 6 例,左房增大 3 例,左房扩大合并左室肥厚 2 例并二尖瓣舒张期 A 峰 $\geq$ E 峰,中度高血压,超声心动图异常者 17 例,正常 8 例,异常检出率 68%,其中单纯室间隔增厚 3 例,左房扩大 2 例,左房扩大并左室肥厚 10 例,左室肥厚并二尖瓣舒张期 A 峰 $\geq$ E 峰 2 例。重度高血压 8 例,超声心动图异常者占 6 例,正常 2 例,异常检出率为 75%,其中单纯左房扩大 1 例,左室肥厚 2 例,左房扩大并左室肥厚二尖瓣舒张期 A 峰 $\geq$ E 峰 3 例。

3 讨论

由此看出,轻度高血压已经对心脏造成损害,血压越高对心脏损害越大,但是轻度高血压引起单纯性室间隔增厚左房增大比例较大,左室舒张功能减退,在轻度高血压时已经出现。除室壁增厚外,左房增大亦是早期表现,可发生在左室肥厚之前,主要原因是高血压时心脏后负荷增加,左室充盈压升高,左房后负荷增加,房内残余血量增加,心房肌收缩加强所致,导致左房扩大,血压进一步升高,出现左室肥厚比例增高,与长期血压增高外周阻力与后负荷密切相关,造成心室肥厚舒张功能减退。但也有心脏正常者,因而认为左室肥厚致病因素并非单一,现已证明全血粘稠度改变在左室肥厚中也是重要因素之一,粘稠度占总阻力 15%,是决定外周阻力的主要因素,而且对外周阻力的影响是持续的。所以高血压各期都造成对心脏的损害,血压越高持续时间越长对心脏损害越严重,特别是轻度高血压已经造成左室舒张功能减退,要引起高血压患者的重视,早期高血压经过有效治疗心室肥厚是可逆的,所以高血压患者要定期做心脏 B 超,以便及时治疗。

[参考文献]

- [1]马彩娥.高血压早期左房结构改变的意义及与心舒张功能的关系[J].中国超声医学杂志,1998,14:63
- [2]刘力生主编.临床高血压病学,第一版.天津科学技术出版社,1990,80:81

·临床护理·

肺心病病人常见的护理诊断与护理措施

杨翠平,张霞,孙亚平,张敏

(泰安市中心医院呼吸内科,山东 泰安 271000)

[摘要] 随着人们对自然界和人类自身的了解和认识的不断加深,医学模式发生了相应的转变。为将新的护理模式应用于临床,更好的将护理程序服务于临床,降低肺心病病人并发症的发生,促进患者的康复,通过

对 2001.1-2003.12 年住院 197 例肺心病病人的入院评估,评估总结出了几条肺心病病人常见的护理诊断并确定了相关的因素,制定了相关的护理措施,服务于临床,提高了临床护士的护理诊断水平,并增强了大家的责任感和服务意识,提高了病人对护理的满意度。

【关键词】 肺心病病人;护理诊断;相关因素;护理措施

肺心病是我国常见病,据全国 20 个省市自治区 14 岁以上 19070153 人普查结果,发病率平均为 0.43%,并随着年龄的增长而增加,老年人占多数,寒冷潮湿地区、山区及吸烟者患病率最多,急性发作冬春季多见,急性呼吸道感染诱发肺心功能衰竭,病死率较高,占 14.6%,因此了解此病的护理诊断、相关因素及护理措施对我们更好的护理病人尤为关键。

1 护理诊断名称:气体交换受损

1.1 相关因素:与肺组织功能下降继发于心衰有关。

1.2 护理措施

1.2.1 保持室内空气新鲜,每日定时通风两次,每次 15-30 分钟,通风时注意给病人保暖。保持室内温度 20-22℃,湿度 50%-70%。如果湿度不够可向室内喷水,如有条件可使用加湿器。

1.2.2 给病人取舒适的体位,如抬高床头,取半坐位等。

1.2.3 遵医嘱给予病人持续低流量吸氧,1-2L/min,并向病人解释其意义和相关的注意事项:如不要随意停止吸氧或加大氧流量。每日更换湿化瓶内的蒸馏水,所有吸氧用品每周更换消毒一次。

1.2.4 指导病人掌握有效的呼吸技巧。

1.2.4.1 横膈式呼吸:护士将双手放在病人腹部的肋弓下缘,嘱病人吸气。吸气时,病人应放松肩膀,通过鼻吸入气体,并将其腹部向外突出,顶着护士的双手,屏气 1-2S,以保持肺部张开。呼气时,护士双手在病人肋弓下方轻轻施加压力,同时让病人慢慢呼出气体。这种方法应同护士一起练习数次,然后病人将自己的双手放在肋弓下方进行练习。患者学会后,每日练习数次。

1.2.4.2 缩拢嘴呼吸方法:病人用鼻吸气,然后通过半闭的口唇慢慢呼出,数到第七后做一个“扑”声。吸与呼时间之比为 1:2 或 1:3,尽量将气呼出,以改善通气。

1.2.5 病情允许时,鼓励病人下床活动,以

增加肺活量。鼓励病人咳出痰液,保持呼吸道通畅,发生呼吸困难时,陪伴病人,以减轻其紧张情绪。

1.2.6 遵医嘱静脉应用呼吸兴奋剂时,应注意给支气管扩张剂后再使用,并观察药物的副作用,如面色潮红、抽搐等,应减慢药液滴速,通知医生。

1.2.7 准备好抢救药品和器械,如呼吸兴奋剂、升压药、吸痰器、人工呼吸器、气管切开包、氧气等。

1.2.8 健康教育:穿干燥保暖的衣服,平时避免到人多、空气污染的公共场所,并注意劳逸结合,戒烟酒。平时进行适当的体育锻炼,提高机体抵抗力。

2 护理诊断名称:清理呼吸道无效

2.1 相关因素:与痰多而粘稠,咳嗽无力/疲乏,无效的咳嗽方式有关。

2.2 护理措施

2.2.1 向病人讲解排痰的意义,指导有效的排痰技巧。

2.2.2 长期卧床的病人,定时更换体位。协助病人翻身,拍背,由下向上,由外向内。如无禁忌症可嘱病人多饮水,每天 2500ml。与病人协商制定作息时间,每天饭前 1 小时进行排痰,每天 15min,并注意休息。如痰液粘稠,可遵医嘱行超声雾化吸入,必要时电动吸痰。排痰后,做好病人口腔护理。

2.2.3 病情允许时,鼓励病人下床活动,促进排痰

3 护理诊断名称:体温过高

3.1 相关因素:与感染有关

3.2 护理措施

3.2.1 嘱病人卧床休息,限制其活动量。

3.2.2 测量体温、脉搏和呼吸,体温突然升高或骤降时,要随时测量并记录。

3.2.3 给予病人清淡而易消化的高热量、高

蛋白流质或半流质饮食,鼓励病人多饮水或选择喜欢的饮料。

3.2.4 体温超过 35℃ 给予物理降温,如温水擦浴或酒精擦浴头部及腋下,冷敷并防止冻伤。必要时遵医嘱给予抗生素、退热剂,并观察记录降温效果,出汗后要及时给病人更衣和更换被褥,并注意保暖。

3.2.5 协助病人口腔护理,鼓励病人多漱口,口唇干燥时,可涂护唇油。

3.2.6 指导病人及家属识别并及时报告体温异常的早期表现和体征。

4 护理诊断名称:活动无耐力

4.1 相关因素:与焦虑、心律失常、虚弱、氧的供需失调有关。

4.2 护理措施

4.2.1 对于焦虑的病人,耐心向病人解释病情,消除紧张和顾虑。向病人进行必要的解释和鼓励,解除紧张和顾虑,使之积极配合治疗和得到充分的休息。向病人讲解焦虑对疾病的影响。

4.2.2 用温和的言语向病人提供现实性的保证,以减轻病人的焦虑。鼓励病人与病友聊天,听音乐、看报纸等,以分散注意力。与医师商讨可能需要的药物治疗。

4.2.3 对于氧供需失调的病人,遵医嘱给予持续低流量吸氧,流量 1 - 2l/min,保持鼻管道畅通。嘱病人活动后卧床休息,逐渐增加活动量,不可过度劳累。

4.2.4 对于虚弱/疲乏的病人,保证病人充足的睡眠。与病人共同商量制定活动计划,可先在床上活动四肢,然后在床边活动,循序渐进,以让病人能够耐受为宜,指导病人妥善安排工作与生活,调节脑力与体力活动,把障碍物从病人经常走动的区域移开,以提供病人安全的活动空间。病人外出检查时,护士应陪同。

4.2.5 对于长期卧床的病人,向病人讲解活动对身体恢复的重要意义,鼓励病人翻身,更换姿势,预防长期卧床而引起的并发症,如褥疮、泌尿系统感染、坠积性肺炎、深静脉血栓形成等。病情允许时,鼓励病人下床活动;病人第一次站立时,护士应搀扶病人,可以使用手杖等助行器。每月可允许病人自行判断下床活动的次数。练习活动

时,尽可能让病人做轻微的站立活动。并通过提供轻微的辅助或休息时间,以增加活动耐力。当患者出现胸闷、心悸、呼吸困难紫绀时,应立即停止活动,卧床休息并吸氧。活动时,给病人穿舒适的鞋子,并有专人陪伴和指导,以保证病人的安全。

4.2.6 卧床期间,鼓励病人采取缓慢的重复性活动保持肌肉的活力,如:上下肢的循环运动,腓肠肌肉收缩和放松。

4.2.7 与病人共同商量制定活动计划,合理的安排活动与休息时间。病情允许时,鼓励病人白天尽可能坐着休息,将病人常用的物品放在其抬手容易拿到的地方。并经常巡视房间,了解病人的需要,帮助病人解决问题,将病人活动后出现呼吸加快或呼吸困难,脉搏加快,或在活动停止 3 分钟后仍未恢复的作为限制最大活动量的指征。监督病人的行走和完成活动耐力范围内的活动,并及时修改活动计划。下床活动时,以不感喘憋为宜。

5 护理诊断名称:体液过多

5.1 相关因素:与心输出量减少引起排尿少和饮食不当有关。

5.2 护理措施

5.2.1 保持病人床铺清洁、干燥、无皱褶,每 2 小时翻身一次,按摩骨突处。

5.2.2 将病人下肢抬高,增加静脉回流,减轻下肢水肿。

5.2.3 给病人讲解饮食与水肿的关系,给予病人高蛋白、高热量、高维生素而易消化的低盐饮食。

5.2.4 监督病人按时服药,并观察用药效果。限制输液滴速和 24 小时补液体输入量,准确记录出入量。

5.2.5 监督化验结果,发现电解质失调,及时报告医生。

5.2.6 指导病人:避免病人腿部及踝部交叉重叠,可垫软垫。保持患者衣服宽松,避免过紧,有利于血液循环。避免使用刺激性肥皂,预防皮肤干燥和破损,可以用油性护肤品,擦拭水肿部位。在床上可以进行四肢活动和翻身。帮助患者了解各种食品的含盐量,避免摄取含钠高的方便

食品、罐头食物及冷冻食物。

6 护理诊断名称:心输出量减少

6.1 相关因素:与肺源性心脏病有关。

6.2 护理措施

6.2.1 有计划的对病人进行护理,以减少不必要的干扰。

6.2.2 保持环境安静,限制探视,保证病人充足的休息和睡眠时间。协助病人满足生活需要。

6.2.3 给予病人易消化易咀嚼食物,鼓励其少量多餐,减少用餐时的疲劳。

6.2.4 指导病人活动时如何保存能量,如:活动中要有短暂的休息,避免过度疲劳等。

7 护理诊断名称:体液不足

7.1 相关因素:与液体摄入量不足继发于呼吸困难、呼吸急促、体液丢失过多有关。

7.2 护理措施

7.2.1 向患者讲解维持足够水份的重要性。鼓励其口服补液,提供患者喜爱的饮料,将饮料放在患者易取处,嘱其口渴时及时告诉家人或护士,协助其饮水。

7.2.2 保证静脉输液畅通,保证其代谢所需的基本液体量,并准确记录出入量,必要时每日测空腹体重。

8 护理诊断名称:语言沟通障碍

8.1 相关因素:与呼吸困难导致说话费力,地方语种不同,听力障碍有关。

8.2 护理措施

8.2.1 对于呼吸困难的病人:尽量减少其说话的次数。保持病室安静,减少环境中嘈杂声的干扰。鼓励病人慢慢说,说话之间可以停顿、呼吸或休息一会儿接着说。

8.2.2 对于有气管插管说话不清楚的病人:给病人解释不能说话的原因。同病人交谈时,要有耐心,态度要和蔼,创造一个轻松和谐的气氛,以免病人紧张或急躁。鼓励病人慢慢的说,并重复自己的要求,不要急躁。

8.2.3 鼓励病人采取任何方式向工作人员及家属表达自己的需要。可利用卡片、笔、本、手

势、图片,提供简单而满意的双向交流方式,尽量使用封闭式提问,让病人用“是”、“否”或者点头、摇头来回答,利用唇语获得病人要表达的信息。鼓励家属探视,借助病人家属做翻译,增强交流机会,以轻松的非指令性方式为病人提供护理。并安排熟悉病人情况,能够与病人有效沟通的护士提供连续性护理,以减少无效交流的次数。

9 护理诊断名称:有感染的危险

9.1 相关因素:与分泌物阻塞有关。

9.2 护理措施

9.2.1 根据患者病情和活动耐力,协助病人适当活动,定时翻身、拍背,鼓励病人积极排痰,指导病人有效的排痰技巧。

9.2.2 鼓励病人经常进行深呼吸。

9.2.3 遵医嘱给予抗生素和酶制剂,通过超声雾化或压缩空气雾化吸入,必要时吸痰。

10 护理诊断名称:低效型呼吸型态

10.1 相关因素:与气管支气管阻塞、缺氧、焦虑、疲乏和无力,肺扩张能力下降,细菌和病毒感染有关。

10.2 护理措施

10.2.1 摆好病人体位,使有利于呼吸,保持供氧畅通。鼓励病人有效的咳嗽,清除痰液,以保持呼吸道畅通,必要时吸痰。

10.2.2 鼓励病人深呼吸:示教深呼吸,强调慢吸气呼吸末屏住几秒钟再吐气,或让病人打呵欠,促进深呼吸。

10.2.3 在病人呼吸困难的急性发作期,陪伴病人,使其得到安全感,以减少焦虑。指导病人放松技术,如缓慢的深呼吸,肌肉逐渐放松。鼓励患者中有慢性肺部疾病的病人采用横膈式呼吸。

11 护理诊断名称:个人应对无效

11.1 相关因素:与支持系统不满意,心理上的不良因素如没有信心、无助感,缺少动机有关。

11.2 护理措施

11.2.1 通过连续性护理同病人建立良好的护患关系。根据病人的接受能力,向病人解释疾病的过程及治疗信息。

11.2.2 不要强迫病人说自己的感受,但当

病人表达害怕和担心时,鼓励他把自己的感受说出来。允许病人选择并参与决定自己的护理和治疗方案。

11.2.3 帮助病人接受现实的健康状况:虚弱,身体形象的改变。指导病人使用放松技术,如缓慢的深呼吸、全身肌肉放松、听音乐等,鼓励病人与他人交谈,如有可能要安排家属探视,将环境整理的干净舒适,创造一个良好的交谈场所。

11.2.4 协助病人根据个人的能力和以前的经验来选择适当的策略:让病人描述以前解决困难的方法,鼓励病人评价自己的行为,确认明显曾令其满意地说已被忽略掉的活动,如个人的修饰或穿着等。

11.2.5 强调活动能帮助一个人从沮丧中解脱的重要性,使病人根据病情逐渐增加活动量。

11.2.6 同病人交谈时要有耐心,态度要和蔼,建立相互信赖关系,给病人提供感情支持,提供病人表达内心顾虑、恐惧、感受和期望的机会,并对病人表示理解和接受,鼓励病人认识到自己的力量和能力,探讨对生活方式或决定的态度和感受,鼓励病人寻找或增强应对技巧的信息。并制定切实可行的目标,帮助病人寻找解决问题的方法。

11.2.7 减少周围环境中病人认为对自己有威胁的刺激,指出病人与家属之间的情感交流,必要时遵医嘱给镇静剂,有利于病人能够理智的应对。

12 护理诊断名称:皮肤完整性受损的危险

12.1 相关因素

12.1.1 年龄过大或过小;

12.1.2 消瘦/有明显的骨隆起部位;

12.1.3 不能活动,血液循环不良;

12.1.4 大小便失禁,环境潮湿。

12.2 护理措施

12.2.1 制定预防皮肤受损的常规措施:

12.2.1.1 经常更换卧位以免局部长期受压;

12.2.1.2 翻身时免拖、拉、拽等动作,防止皮肤擦伤;

12.2.1.3 骨隆突部位可垫气圈(气圈充气

1/2 满并加布套);

12.2.1.4 避免局部刺激,保持床铺平整、清洁、干燥、无皱褶、无渣屑;

12.2.1.5 促进局部血循环,白天温水擦浴一次,受压部位用热毛巾局部按摩,或者用 50% 的酒精按摩受压部位。按摩时用手掌贴紧皮肤,顺着一个方向,力量由轻到重,再由重到轻,进行按摩。

12.2.1.6 放取便盆时避免推、拉动作,以免皮肤损伤。

12.2.2 制作一个病人翻身卡挂于病人床尾,每翻身一次在相应的时间栏内打勾,每 2 小时翻身一次;如果受压发红的部位在翻身 1 小时后仍未消失时,增加翻身次数;每次更换体位时,都要注意观察并按摩容易发生褥疮的部位。

12.2.3 鼓励病人摄入充足的营养物质和水分。如果病情允许,鼓励病人下床活动。

12.2.4 发生褥疮后应积极采取措施,预防溃疡面积再扩大,并促进愈合。

12.2.4.1 皮肤发红时,增加翻身次数。按摩受压部位周围的皮肤,以增加组织灌流量,但是如果直接按摩褥疮初期已经发红的部位可能会对皮肤造成更进一步的损伤。

12.2.4.2 II 期褥疮出现水泡时可以消毒局部皮肤,并用无菌针头将小水泡刺破,剪去残皮,局部涂氯霉素粉包扎,视渗出多少每日或隔日换药一次。

12.2.4.3 III 期褥疮,清创有新生肉芽组织生成时可局部涂生鸡蛋皮,并减少换药次数。在近两年的临床护理中,通过对入院病人的评估诊断和采取相应的护理措施,提高了临床护士的护理诊断水平并增强了大家的责任感和服务意识,提高了病人对护理的满意度。

[参考文献]

[1]曲维香.标准护理计划.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1996.7.

[2]沈宁,刘华平.内外科常见疾病护理诊断和计划.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1996.6.

[3]崔炎.护理学基础.北京:人民卫生出版社,2001.4.

[4]尤黎明.内科护理学.北京:人民卫生出版社,2001.3.

临床常见药疹的护理要点

宋峰梅, 张红霞

(泰安市中心医院皮肤科, 山东 泰安 271000)

【摘要】 目的 为防止和减少患者滥用药物, 掌握用药指征, 配伍禁忌, 促进用药安全, 寻找致敏源, 禁止继续服用或使用致敏药物。方法 根据三种常见药疹类型临床表现给以分型护理。对大疱性表皮松解型和剥脱性皮炎型给予特殊护理。结果 防止了交叉感染未发生继发感染。结论 有效的护理要点和特殊护理, 减少患者不良的心理反应, 促进重症药疹患者的康复。

【关键词】 药疹; 类型; 护理

药物性皮炎是皮肤科门诊的常见病, 近几年来, 随着新药的不断出现, 药物性皮炎患者有增加趋势。药疹是变态反应性疾病, 是由药物通过内服、注射、吸入、灌肠等各种途径进入人体, 引起过敏, 而在皮肤粘膜上发生的急性炎症, 轻者引起全身米粒大小的红色丘疹, 严重可危及患者生命。

1 常见药疹的类型

以下三种药疹临床表现较特殊多见:

1.1 固定红斑

为最常见的一种类型, 基本损害为圆形或椭圆形水肿性紫红色斑, 重者中央有水疱或大疱, 约一周左右红肿消退。留有黑灰色素斑, 可持续较长时间。一般好发于皮肤粘膜交界处, 如唇、口周, 外生殖器、肛周、躯干、四肢也可以发生。有反复发作的特点。每次发作除原有部位再发外, 可增加新的发病部位。

1.2 大疱性表皮松解型

属重症药疹, 起病急剧, 皮疹在 2-3d 内发展至全身, 初期皮损为紫红色斑, 很快增多扩大, 融合成棕黑色大片, 皮肤上有大疱, 疱壁松弛, 皮肤一触即破, 形成大片糜烂面, 犹如烫伤, 有畏寒、高热、精神反应迟钝等表现。如眼、鼻、口腔、外生殖器、呼吸道、胃肠道都可有糜烂, 溃疡损害。由于皮损广泛大量渗液, 摄入量减少, 常引起水和电解质紊乱。因此, 必须及时紧急观察治疗, 否则病死率高。

1.3 剥脱性皮炎型

属重病型药疹, 发病潜伏期较长, 一般发病在

20d 以上, 因此都发生在较长时间服用一种药物者, 如长期服抗痨药物, 抗癫痫药等, 初期皮损为麻疹样或猩红热样, 逐渐发展, 皮疹增多, 融合成水肿性的斑片, 遍及全身, 尤以面部水肿为突出, 在颈部、腋下、腹股沟摩擦部位有渗液、结痂、粘膜亦可受损, 约二周左右, 水肿逐渐消退, 出现广泛的全身性脱屑, 手足部的脱屑可呈手套袜子样脱落。头发、甲板、皮肤附属器也常有脱落, 病程往往持续较长时间, 病情时轻时重。如不及时治疗, 常可并发由于心、肝肾内脏损害, 或全身衰竭, 或出现并发症最后危及生命。

2 护理要点

药疹的护理至关重要, 虽然用药物正确及时的对抗治疗, 仍不能奏效, 应严格掌握下列几方面的护理要点。

2.1 护理人员应根据不同皮损, 进行不同的换药治疗 皮肤急性炎症而不糜烂时, 用大量扑粉保护皮肤。如有大疱, 应用消毒空针将疱内液体抽掉, 注意保护疱壁, 不能破坏皮损。如有糜烂损害, 可用新霉素软膏外涂, 加以纱布包扎。急性期后皮肤有鳞屑干燥时, 可外涂药膏保护皮肤。在护理过程中要注意室内空气新鲜、保暖。全身换药时室内温度最好保持在 28~30℃ 之间。

2.2 粘膜护理 重症药疹中常有粘膜损害。如不及时治疗护理可继发感染, 甚至导致功能障碍, 如眼睑结膜粘连等。眼部分泌物增多时, 可用 3% 硼酸液轻轻洗净, 并注意眼睑结膜之分离, 涂以 4% 硼酸软膏保护眼睛, 每日涂二次。鼻腔内

有干痂,影响呼吸时,可用石蜡油将痂皮软化后再用 3% 硼酸溶液或双氧水清洗。涂以 0.5% 新霉素软膏或硼酸软膏。注意口腔及外阴部清洁卫生,每日用 4% 碳酸氢钠溶液清洗 2-3 次。如有糜烂可用粘膜溃疡外用。如有真菌感染可用制霉菌素溶液或龙胆紫外用。

2.3 隔离消毒,防止继发感染 室内保持清洁,每日紫外线照射两次,床、桌、椅每天用 1:500 的 84 消毒液擦拭。病员所用的衣服、床单、被褥、敷料等均须无菌消毒。工作人员接触病员时须穿隔离衣、戴口罩、帽子防止交叉感染。

2.4 病员多饮水,进食高热量、高蛋白食物,以流质、半流质等饮食为主,进食时不宜太烫,以减少粘膜损伤、出血。

2.5 经常帮助病员翻身,以防肺炎及褥疮的发生。护理过程中,一切动作应轻柔,迅速,减少皮肤损伤。静脉输液时勿用橡皮胶布固定,可用纱布包扎为好,以免损伤皮肤。

3 重症药疹

大疱性表皮松解及剥脱性皮炎的特殊护理;(1)预防感染和交叉感染,床上用品及衣服要经常高压灭菌后使用。(2)换药用物一律无菌(3)测血压前,应在袖带里面垫上无菌治疗巾或无菌纱布;

(4)室内空气消毒,每日用紫外线照射 1-2 次,用含氯消毒剂洗泡医疗用具,擦抹桌椅及擦拖地面;(5)实行保护性隔离,医护人员治疗护理操作时,应穿隔离衣,带手套;(6)口腔护理,吃饭前必须用生理盐水或朵贝尔液漱口,或擦洗口腔创面,有霉菌感染时,用苏打水或 1% 的克霉唑溶液漱口;(7)做好眼部及鼻腔护理,经常用生理盐水擦洗,及时清除分泌物,保持清洁;(8)激素治疗时,应注意其副作用,观察有无精神症状,血压改变,必要时查尿糖,大便潜血等;(9)在治疗时,严格执行“三查七对”,切勿再用致敏药物。

药疹的关键问题在于及时诊断,及时治疗,护理得手,否则可延误病程危害生命。平时注意掌握用药指征,配伍禁忌,勿滥用药物,在用药过程中如有皮肤瘙痒或任何皮疹发生,应立即停用此药,有药物过敏史者,应给予药物禁忌卡,并告诉病员以后不能再继续服用致敏药物。

[参考文献]

- [1]王小波,罗莉,等.剥脱性皮炎型药疹合并挪威疥一例,中华皮肤科杂志 2002(2),35.1.
- [2]朱学骏,顾有守,沈丽玉主编.实用皮肤病性病治疗学第二版.药物性皮炎(301).
- [3]中国医学文摘、皮肤科学 2002 年 2 月第 19 卷第 1 期药物反应(17 页).

镇静安眠药中毒的急救与护理

刘桂平,许敏

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

镇静安眠药是临床广泛应用的一类药物,大量应用可引起急性药物中毒,主要表现为以中枢神经系统抑制为主,可造成身体毒害甚至死亡。我科自 2000 年 1 月-2003 年 8 月共收治镇静安眠药中毒患者 98 例,经过全体医护人员的精心治疗与护理,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

98 例患者中男 46 例,女 52 例,年龄 12-89

岁,平均 45 岁,治愈 95 例,治愈率 97%,死亡 3 例,死亡率 3%。

2 救治原则

2.1 催吐、洗胃或导泻 清醒患者应首先用催吐法清除胃内容物,昏迷患者应行胃管洗胃法,洗胃完毕后给予大黄浸泡液 100ml 或 20% 甘露醇 250ml 导泻。

2.2 保呼吸道通畅、吸氧 呼吸衰竭者应用

呼吸兴奋剂,必要时气管插管,人工呼吸。

2.3 应用中枢兴奋剂 为稀释血液中的毒物浓度,并促使毒物排泄和供给营养,给予静脉输液。

2.3.1 美解眠 给予美解眠 50 - 150mg 加于 5% - 10% 葡萄糖 100 - 200ml 静滴。

2.3.2 盐酸纳洛酮 给予盐酸纳洛酮 1.2 - 2.4mg 加于 5% - 10% 葡萄糖 250 - 500ml 静滴,盐酸纳洛酮是挽救药物中毒引起高度呼吸抑制的有效药物,具有兴奋呼吸、催醒、解除呼吸抑制的作用,必要时可 2 小时后重复应用至清醒为止。

2.3.3 给予呼吸兴奋剂可拉明、洛贝林静滴。

2.4 促进已吸收毒物的排出 重症患者早期可作血液透析或血液灌流。

2.5 对症治疗 昏迷、抽搐时可用脱水剂和利尿剂,以减轻脑水肿,为防止继发感染可用抗生素。

3 护理

3.1 密切观察 给予多功能监护,密切观察并记录体温、脉搏、呼吸、血压、意识、瞳孔变化,如有瞳孔散大、血压下降、呼吸不规则或变浅,提示病情恶化,应及时通知医生,采取紧急处理措施。准确记录液体出入量,体温低者给予保暖,高热者行物理降温,抽搐者做好安全防护。

3.2 保持呼吸道通畅 患者仰卧时头偏向一侧,或侧卧位,可防止舌后坠阻塞气道,及时吸

出呕吐物或痰液,必要时行气管插管或气管切开,或使用呼吸机辅助呼吸。

3.3 吸氧 脑组织缺氧可促进脑水肿,加重意识障碍,应持续吸氧,氧流量为 2 - 4L/min。

3.4 饮食 昏迷患者可由鼻饲补充营养和水分,给予高热量、高蛋白易消化的流质饮食。

3.5 昏迷的护理

3.5.1 按时拍背、吸痰减少肺部感染。

3.5.2 2 - 3 小时翻身一次,并按摩受压部位,以防褥疮发生。

3.5.3 口腔护理 每日两次口腔护理。

3.5.4 留置导尿的护理 定时清洁消毒会阴部或用呋喃西林溶液或无菌生理盐水膀胱冲洗。

3.6 药物治疗的护理 用药期间注意监测脏器功能变化,尽早防止脏器衰竭。

3.7 心理护理 对服毒自杀转危为安者应根据中毒原因、社会文化背景和心理需要做好患者的心理护理,为其提供“宣泄”的机会,提供情感上的支持,同时做好家属及其他亲人的工作,以去除思想顾虑,鼓励患者树立生活的信心,使其配合治疗,以利疾病早日康复。

3.8 健康教育 对失眠患者应普及避免失眠的常识,保持生活规律,睡前禁饮有兴奋作用的饮料,对服用催眠药物的患者,嘱患者不要长期服用,已服用者在撤药过程中要逐渐减量,严防突然停药。同时必须加强该类药物的管理,药房、医护人员及患者家属对该药一定要妥善保管,以免发生意外。

中药熏蒸治疗全身性疾病 186 例的观察与护理

马玉智¹,陈玲¹,马东方²,房静¹

(1.泰安市中心医院,山东 泰安 271000;2.莱芜市医院,山东 莱芜 271100)

中药熏蒸疗法是中医外治法的一种特色疗法,通过中药熏蒸,能使周身体表毛细血管网充分扩张开放,外周血流迅速增多,导致体内储血和循

环血液重新分布,进而引发全身血液大循环,这种因热能因子疏通腠理及产生的舒张血管,流通血脉,引发血流大循环的结果,同时促进了药物的渗

透和吸收,从而达到治病的效果。我科拥有全市唯一的中药熏蒸治疗仪一台,从 2001 年 12 月 - 2003 年 10 月共收治 18 岁 - 66 岁患者 186 例,现报告如下:

1 临床资料

1.1 患者中未婚青年 3 例,均为男性;中年人 160 例,其中男性 60 例,女性 100 例;60 岁以上老年人 23 例,其中男 10 例,女 13 例。其中风湿性关节炎 60 例,强直性脊柱炎 3 例,股骨头缺血性(无菌性)坏死 63 例,肩周炎 18 例,颈椎病 17 例,产后风 6 例,尿毒症 5 例,神经衰弱 6 例,中风后遗症造成肢体功能障碍 3 例,为减肥健美者 5 例,经治疗痊愈 137 例,显效 23 例,好转 26 例。

1.2 中草药熏蒸配方:草药 1 号方、2 号方、3 号方,我科根据患者病情、临床表现、辨证施治,1 号方应用最为广泛,效果很好,现介绍 1 号方如下:

苍术 45g、秦艽 45g、海风藤 45g、益母草 45g、伸筋草 45g、威灵仙 45g、木瓜 45g、干姜 30g、川芎 30g、莪术 30g、川乌 10g、红花 30g、透骨草 45g,每人每次蒸疗 20 分钟。苍术燥湿健脾、祛风除湿;

秦艽祛风湿、退虚热;海风藤、威灵仙祛风湿、通络止痛;益母草活血祛瘀、利尿解毒;川乌温经止痛、祛风除湿;伸筋草祛风除湿、舒筋活络;红花活血祛瘀、通经;木瓜舒筋活络、和胃化湿;干姜温中、温肺;川芎活血行气、祛风止痛;莪术破血祛瘀、行气止痛。

2 护理

2.1 中药熏蒸治疗作用解表祛邪、祛风除湿、利水消肿,排泄体内有毒有害物质,维护机体健康,所以在熏蒸过程中,应密切观察患者病情变化及发汗情况,发汗较多的病人多饮水,随时给病人调整温度,观察病人有无虚脱现象,熏蒸时间不超过 25 分钟,以免发生虚脱,10 - 15 天为一疗程,熏蒸过程中及时发现病变,及时通知医生处理。

2.2 心理护理:做好病人的心理护理,树立战胜疾病的信心,消除紧张、恐惧心理,告知患者该治疗没有危险,凡是熏蒸过的病人,都感觉该治疗止痛效果好,情绪轻松,改善睡眠,身心舒畅,起效迅捷,能直达病所,令人满意,深受患者的欢迎,值得推广这种特色疗法。

眼底荧光造影(FFA)相关副反应的护理干预

赵敏,庄桂莲,卞彩玲

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

【摘要】 目的 通过护理干预,减少眼底荧光造影副反应发生。方法 总结 212 例眼底荧光造影的护理和发生的副反应情况。结果 造影时对患者进行心理护理、健康教育、合理应用药物,密切观察病人变化,是减少 FFA 副反应的重要环节。

【关键词】 眼底荧光造影;副反应;护理

眼底荧光造影(Fundus Fluorescein Angiography, FFA)是将荧光素钠快速注入被检查者静脉内,利用眼底照相机,观察并及时拍摄眼底循环的动态过程。它是眼底病检查的重要方法,是一种极有价值的诊断技术^[1]。随着眼科医学的迅速发展,眼底荧光造影技术在国内外得到广泛应用,但

其副反应时有发生。现将我院 2001 年 8 月 - 2003 年 6 月行 FFA 病例 212 例发生的副反应情况及其护理干预报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料:2001 年 8 月 - 2003 年 6 月在

我院眼科眼底荧光造影室行 FFA 检查 212 例,其中男 135 例,女 77 例,年龄 12-70 岁。全部受检查者为眼科门诊病例。病种包括中心性浆液性脉络膜视网膜病变 53 例,黄斑性病变 21 例,糖尿病视网膜病变 82 例,视网膜分支静脉栓塞 15 例,其他 51 例。

1.2 方法:造影前用散瞳剂双眼充分散瞳,采用日本 Nikon 造影机,广州明兴制药厂生产 20% 荧光素钠。荧光素钠作皮肤划痕试验,观察 20 分钟阴性后,用稀释 0.5% 荧光素钠于患者肘正中静脉缓慢注射,如无反应即调换 20% 荧光素钠于 8 秒内快速注射。造影完毕后,嘱病人休息 30 分钟后方可离开。

1.3 结果:212 例 FFA 检查中病人出现不良反应 21 例,占总检查人数 10%,其中恶心呕吐最多见,有 17 人;自感胸闷、喘息不适者 1 例;局部红肿 1 例;荨麻疹 2 例;荧光素钠渗漏 1 例。

2 护理

2.1 相关副反应的护理

(1)造影中病人出现恶心呕吐时,主要给予心理疏导,嘱病人深呼吸或喝少量温开水,严重呕吐者暂停造影,给予爱茂尔 2ml, im。本组未发生严重呕吐者,多数病人经上述处理后症状减轻。

(2)出现皮疹后,予造影术后口服抗过敏药物。

(3)出现胸闷、心悸、面色苍白冷汗等,让病人休息片刻,采取平卧吸氧措施,观察脉搏血压等。

(4)荧光素钠渗入皮下者,于造影结束后即给予冷敷,1% 硼酸溶液敷患处。必要时,给予 2% 利多卡因封闭。

2.2 预防相关副反应的护理对策

(1)术前常规做心电图、肝功、尿常规。排除严重心脏病肝肾功能不全者。

(2)了解病人的病情及身体机能状态,对病人可能出现的情况作出初步估计。在造影前向病人讲明造影过程及注意事项,帮助病人全面提高适应能力,减少减轻身体性、心理性压力,使机体处于最佳适应状态,避免不良反应发生^[2]。

(3)请病人提前 10 分钟进入暗室。

(4)造影前仔细询问病人过敏史,是否过敏体质。

(5)造影前严格检查荧光素钠造影剂的质量,观察是否有颗粒物及变色。

(6)有过敏或气管哮喘病史的患者,使用荧光素钠造影剂应特别注意。对高龄患者和曾有心血管病、高血压、支气管病的患者,采用美国 Alcon 公司生产的 10% 荧光素钠注射液一立摄得,得到满意效果。

(7)静脉注射高浓度荧光素钠时,先用装有 0.9% NS 的注射器加头皮针穿刺,确定在静脉内再调换成 20% 荧光素钠,并嘱病人在注射过程中不要随意活动胳膊。我们在临床中使用由输液架改造的静脉推注托架,收到良好效果。

3 讨论

3.1 1961 年 FFA 应用于临床,据统计,FFA 副反应发生率为 1%~15%^[3],经过护理干预后,副反应发生明显下降。

3.2 病人远道而来求医,身心疲惫或饥饿,再加上告诉他马上要做这项检查,必然加重病人的心理压力,增加病人的恐惧感,使病人缺乏相应的心理准备,容易出现不适。我院 FFA 采取预约时间检查,既节约了医护人员的劳动力,又使病人做好了充分的心理准备。

3.2 大多数病人对 FFA 了解不多,容易产生恐惧心理。护理人员在给病人散瞳时,给予解释造影全过程及注意事项。由于 FFA 早期脉络膜循环时间较短,早期拍摄至关重要,稍有迟疑即失去最佳时间。因此,术前告之患者掌握固视灯的方法,患者有了充分应对能力和良好坚持性,清楚了解早期拍摄的重要性,能较好配合医师顺利完成拍摄。3.4 FFA 检查是在暗室内进行,时间较长,并且在拍照过程中要静脉注射荧光素钠,由于荧光素钠是一种能发出荧光的物质。进一步增加了拍照时对病人眼睛的强闪光刺激。提前进入暗室,可以使病人在环境、心理、技术操作方面尽快地自我适应,提高了病人的应激对抗能力,缓解了应激反应强度,使机体维持最佳应对状态。避免不良后果产生。

3.5 荧光素钠是一种无毒染料,不参与人体内的物质代谢过程。Lapna 等人曾做过血清免疫学研究,均为未发现荧光素钠有抗原抗体反应^[4]。FFA 不良反应按其性质分为 4 类:胃的反应类、过

敏反应类、中枢神经及血管舒缩反应类^[5]。造成反应的原因一方面可能是病人对荧光素钠不耐受,另一方面,可能是病人恐惧心理,强闪光刺激等,使植物神经紧张性增强,机体警觉性提高,增加了反应易感性另外 20% 的荧光素钠过量也有一定毒性^[6]。注射速度过快,导致单位时间内剂量过多或一过性组胺物质的释放过多过快也可引起不良反应。国产荧光素钠透明度较低,难以检查其纯度导致颗粒杂质进入体内引起不良反应。

3.6 荧光素钠是一种高碱药物^[6],渗漏后可引起局部剧烈疼痛和注射侧手臂的钝痛。严重可引起皮肤溃破结痂、浅层静脉炎、皮肤肉芽肿、中毒性神经炎等。因此,注射时要特别注意,一旦外渗,立即应用酸性溶液敷患处,促进吸收,并应用止痛措施。本组一例患者经上述处理后未发生严重并发症,于术后 5 天恢复。在 FFA 检查中各种应激源作用于病人,不但影响病人机体内环境稳定,而且可增加不良反应发生。因此在 FFA 检查

中,采取必要的应对措施,帮助病人全面提高适应能力,缓解心理紧张恐惧感,使机体处于最佳适应状态,可有效地减少或减轻不良反应发生,还可以有效缩短检查时间,得到满意拍摄图象,为眼底诊断治疗提供可靠依据。

[参考文献]

- [1]惠延年.眼科学,第五版.北京:人民卫生出版社.2001.39-40.
- [2]张远娇,吕顺欢.眼底荧光造影相关副反应的观察与护理.实用护理杂志,2003,2.19(2):44.
- [3]梁树今.眼底荧光造影释义[M].石家庄:河北人民出版社.1980.5-8.
- [4]彭穗英,曾怡谋,兰超.眼底荧光造影不良反应的临床观察.眼科研究.1997.12.15(4):35.
- [5]董燕.应对措施在眼底荧光血管造影检查中的实验研究.实用护理杂志.2001.2.17(2):45-46.
- [6]王梅英,刘春城.静脉注射荧光素钠的副作用[J].中华眼科杂志.1984.20(6):345-346.

喉癌术后超声雾化吸入临床应用及护理

杨琳

(泰安市中心医院理疗科,山东 泰安 271000)

喉癌术后痰液的排出对其预后有很大影响,超声雾化吸入疗法是稀释痰液、消除炎症、解除支气管痉挛、改善通气的重要手段。我们用此方法对 64 例气管切开手术后病人的吸入过程进行分析,以探讨避免或减轻人为因素导致的不适,达到理想治疗效果的方法。

1 临床资料

我院自 1996~2001 年共手术 64 例喉癌病人,男 46 例,女 18 例,4067 岁,平均 55.5 岁。喉全切 42 例,次全切 14 例,部分切除 8 例。以上病例术后均行超声雾化吸入。痊愈出院 52 例,带管出院 12 例。

2 临床应用及护理

2.1 卧位的选择

喉癌术后往往合并肺内感染,支气管炎水肿加重呼吸困难。特别年老体弱、病史长者,呼吸力度小,致呼吸浅快,潮气量下降,同时术后患者由于切口疼痛,拒绝深呼吸。术后采取将患者床头抬高 30°,头前倾 30°,此卧位使膈肌下移,增大气体交换量,减轻切口张力及疼痛,提高呼吸深度,利于雾滴在终末细支气管沉降。同时吸入后及时叩击背部,吸出痰液。本文 64 例患者采用上述体位后,均减轻了不适症状。

2.2 雾化液的配制

灭菌蒸馏水 50ml,庆大霉素 8 万单位,地塞米松 5mg, α -糜蛋白酶 4000 单位。

2.3 雾化量的调节

患者多为老年人,呼吸道应急能力差,如开始吸入时将雾化量、湿度量均调至最大,大量冷雾气急剧进入气道可能会使支气管痉挛可导致憋气、呼吸困难。本组 64 例患者采用了渐进调节雾化量的吸入方法,即从小雾量、低湿度开始,吸入 1min 待气道适应后,再逐渐增加雾化量,直至吸完所需治疗药液,一般每次吸入不超过 20min。为使痰液便于排出,每 4~6h 吸入一次,以减轻排痰时的疲乏症状。同时,本组患者还重视夜间吸入及排痰护理,因夜间更易引起通气量不足。

2.4 吸氧的配合

因超声雾化产生的雾气主要为水蒸气,含氧量很低。^[1]同时,喷出的雾气具备一定压力,排斥套管周围空气进入呼吸道,使吸入的气体氧分压很低。超声波产生的雾滴低于呼吸道温度,吸入后易致小气道痉挛。使患者发生呛咳,憋喘可加重患者口唇发绀等缺氧症状。因此,我们发现吸入时保持原吸氧浓度持续吸入 2~3min,可使血氧饱和度下降 2%~3%,而吸入时相应提高吸氧量 2~3L/min,可延长血氧饱和度下降时间及减小下降幅度,减轻不适症状的出现,我们将血氧饱和度维持在 90%以上,当血氧饱和度下降至 90%以下即停止吸入,有效地防止了低氧血症的发生。

2.5 雾化间隔时间的掌握

吸入治疗具有连续性,需各班护士密切协作才能取得好效果,我们体会吸入治疗掌握适时、适度尤其重要。适时即在遵照医嘱基础上根据痰液性状掌握吸入间隔时间,此判断方法能防止吸入间隔时间过长、痰液粘稠及排痰困难;又能防止吸入过量,超过了气管、肺对水份的清除能力导致的痰量生成过多,甚至出现肺水肿等。适度即在每次治疗时掌握吸入时间的相对性,主要以观察患者有何不适,避免出现气促、呼吸困难等症状为适度。本组患者按以上方法处理均取得了良好效果。

3 讨论

通过对 64 例患者的雾化吸入治疗我们体会到,患者恢复期的排痰护理是一项重要工作,且痰液排出程度与气道通畅及肺功能恢复密切相关。雾化吸入是稀释痰液,改善通气的重要手段,吸入时根据疾病特点采用相应的方法至关重要。改变卧位有利于避免吸入时不良反应的发生,及减轻术后患者切口疼痛。吸入时提高吸氧浓度并给予恰当的雾化量,能使血氧饱和度维持在正常水平。通过加强对雾化吸入的护理,以及根据患者病情不同确定吸入方法、卧位、雾化量、给氧量、每次吸入量和吸入间隔时间减轻了不适症状的出现,确保了其治疗效果。

·健康教育·

乙型肝炎病人的健康教育实践与探讨

刘丽华,邱海燕,颜廷敏

(泰安市中心医院感染病科,山东 泰安 271000)

医院健康教育是以医院为基地,以病人及家属为对象,通过护理人员有计划,有目的的教育过程,使病人了解并增进健康知识,改变其健康行为或问题,使之向有利于健康的方向发展。我科于 2000 年 1 月至 2003 年 1 月对 500 例乙型肝炎病

人,实施针对性的健康教育,取得了良好的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 500 例,男 395 例,女 105 例,年龄 15~

73 岁,初中文化 247 例,高中及以上 236 例,小学文化 12 例,文盲 5 例。职业:干部 208 例,工人 137 例,农民 105 例,其它 50 例。住院时间 3~108 天,平均 26.5 天。治愈 408 例,好转 89 例,死亡 3 例。

2 健康问题

2.1 相关知识缺乏

2.1.1 缺乏饮食的自我调理知识 本组 416 例(占 76.4%)不知如何调理饮食,亦不了解饮食对疾病转归的影响。

2.1.2 缺乏对休息重要性的认识 本组 366 例(占 60.0%)不了解休息对疾病的影响。

2.1.3 缺乏消毒隔离知识 本组 398 例(占 89.1%)不了解乙型肝炎的传播途径,与家人共用日常用品等。

2.2 负性心理

2.2.1 焦虑、恐惧心理 由于乙型肝炎疗程相对较长,病人住院时间较长影响工作,使经济收入减少,家庭生活受到影响;害怕传染给家人等。本组 243 例产生焦虑、恐惧心理。

2.2.2 消极自悲心理 部分病人因病情反复发作多次住院,对治疗失去信心。部分病人认为患乙型肝炎不能彻底治愈会被别人歧视和疏远,因而自卑、自弃、常产生孤独、失望等抑郁情感。本组 127 例产生消极心理。

3 教育方法

针对本组病例健康问题,我科制定了健康教育标准计划及内容,并根据病人入院初期、住院期、出院前期或初次入院、再次入院对健康知识了解情况及掌握程度实施集中授课、个别讲解、发放宣传材料,示范训练等方法进行健康教育。

3.1 相关知识教育

3.1.1 饮食指导 休息、饮食及治疗三者对肝炎病人的健康同等重要。急性期以适当热量、清淡、可口饮食为宜。恢复期和慢性肝炎病人应掌握以下原则:高热量、高维生素、适量蛋白、低脂肪、禁饮酒、少食多餐、不可过饱。有腹水者,避免

油炸、冷、硬、鱼刺、骨头、瓜子壳等刺激性粗糙食物;有肝昏迷先兆者,限制蛋白质的摄入。

3.1.2 休息、活动指导 卧床休息可增加肝脏供血量,促进肝细胞的修复和再生,在急性期 1~2 周除进食,大小便外,应卧床休息;重症肝炎绝对卧床休息。保持足够的睡眠时间。恢复期可适当活动,以不感到疲劳为度。

3.1.3 隔离知识指导 告诉病人乙型肝炎是通过血液和体液经皮肤和粘膜而传播的,密切的接触可以传播,也可以通过性接触传染。(1)日常用品如剃刀、梳子、牙刷等专用,不外借他人。(2)被血液污染而有保留价值的物品交医务人员统一清洗消毒处理,无保留价值的物品放入指定的塑料袋焚烧或消毒后废弃。(3)隔离期限为 HBsAg 转阴,不可参与任何形式的献血。

3.2 心理指导 鼓励病人倾诉内心感受。我们采取多与病人接触、交谈的方式,帮助其倾诉内心感受,针对心理问题实施有的放矢的情感支持。如因住院造成经济拮据者,一方面要争取亲友及单位的配合和支持,同时创建宽松的心理环境,我们护士以亲切的语言、优美的姿式、精湛的技术使病人产生信任、安全感,可达到调整心理作用的目的。对于反复住院、病情痊愈困难者,帮助其寻找失败的原因,帮助其纠正错误的认识。总之,让病人觉得自己受人重视,有人关心,并不孤独;让病人感到自己并没有被家人及社会抛弃,以消除负性心理,积极配合治疗。

4 评价

我们每天对照健康教育计划的内容,通过观察法和面谈法,直接评价病人对知识的掌握程度和行为改变程度。以病人复述宣教内容 $\geq 80\%$ 者为掌握; $60\% \sim 80\%$ 者为基本掌握; $< 60\%$ 为未掌握。如评价结果为未掌握,则需重新审核教育目标,调整教育方案,进行再教育,直至病人达到基本掌握为止。效果:对 500 例病人实施健康教育中 418 例掌握,占 92.3%;82 例基本掌握,占 8.5%。

眼科择期手术病人的健康教育

姚伟佳

(泰安市中心医院门诊部, 山东 泰安 271000)

【摘要】 择期手术使病人产生不同程度的心理应激, 直接影响术后康复。对病人手术前后高质量的健康教育, 提高病人自我保健能力, 可有效地减少手术并发症。健康教育是择期手术成功的重要因素之一。

【关键词】 心理应激; 健康教育; 术后康复

择期手术对病人来说, 无论手术大小, 始终存在强烈的精神应激原, 病人在此种应激症刺激下通过交感神经的作用, 使肾上腺素和去甲肾上腺素分泌增加而引起血压升高, 心率增快, 四肢发凉、精神紧张、小便次数增多、对手术环境及器械恐惧、以往手术体验的情绪障碍等, 术前的情绪、状态对术后适应及愈后均存在显著影响。健康教育就是在护理人员为病人作治疗、护理操作, 巡视病房时, 根据病人的具体情况及择期手术特性将计划教育和随机教育相结合向病人作好手术前后的指导。一般在病人入院当天、手术前一天、手术当天、出院前一天须作好重点健康教育。

首先应合理、恰当地向病人解释病情, 用通俗易懂的语言向病人及家属讲清手术的概念, 手术是在充分麻醉无痛情况下进行的, 且预后大多是令人满意的, 使病人有安全感, 顺应医护计划。由于手术期临近, 术前准备的进行, 使病人产生不利的心理反应, 因此, 医源性因素也是影响手术应激产生或减弱的重要因素。术前准备先向病人说明意义, 操作要认真、娴熟, 取得病人合作。另外向病人说明控制咳嗽和喷嚏的重要性, 并教会控制的方法。术前指导病人多吃水果, 特别是香蕉和蜂蜜, 以保持大便通畅。并根据病人的心理状态做好心理指导, 使病人在最佳的心理状态下手术。

病人进入手术室时会产生强烈的不安因素, 因此医护人员要细心观察病人的情绪变化, 经常巡视倾听患者提出的各种疑问, 适当解释手术的可靠性及安全措施。注意语言的艺术和技巧, 达到暗示性、解释性、安慰性的效果。

术后病人常出现担心手术效果等焦虑不安心理, 我们可及时将手术顺利成功的情况告诉患者, 使其获得安慰, 并向其说明保持情绪稳定的重要性。嘱病人以静养为主, 避免情绪波动及剧烈活动, 甚至打喷嚏, 以防切口裂开或继发性出血等其它并发症。但如突然视物不清, 明显眼痛则需及时报告医护人员。

出院前要嘱病人出院后按医嘱定时点眼, 教会家属执行。出院后七天勿洗头, 洗净毛巾每天阳光下晒六小时, 阴天开水煮半小时, 15 天勿到公共场所。生活规律, 勿过度用眼。提醒病人复诊时间。

据临床观察, 眼科择期手术病人接受健康教育者要比未接受手术者后恢复要顺利, 不仅镇痛药用量少, 且术后并发症及术后适应不良少; 性格坚强、心胸宽广患者要比意志薄弱、无力自拔者恢复快。由此可见, 向眼科择期手术病人进行高质量的健康教育, 对减少并发症、促进健康水平的提高具有十分重要的意义。

急性闭角型青光眼患者的健康教育

李玉美, 卞彩玲, 杜颜彬, 杜惠敏

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

急性闭角型青光眼是一种严重的不可逆性致盲眼病, 是眼科急症, 如病人对青光眼的知识不了解, 不及时救治, 视力会迅速下降, 严重者数天内失明。因此, 对病人及家属进行及时的健康教育, 使其了解疾病的有关知识及治疗、护理过程中配合方法、出院后的注意事项, 可以促进患者的康复, 减少复发。本文对 73 例急性闭角型青光眼急性发作期患者实施了健康教育, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2001 年 7 月 ~ 2002 年 12 月收治急性闭角型青光眼急性发作期患者 73 例, 其中男 17 例, 女 56 例, 年龄 44 ~ 80 岁, 平均年龄 54 岁。文化程度: 文盲 8 例, 小学 14 例, 初中 27 例, 高中及高中以上 24 例。73 例均有不同程度的头痛、眼痛、眼胀、视蒙, 17 例有恶心、呕吐, 病程 4h ~ 3d。单眼 71 例, 双眼 2 例(一眼为绝对期)。视力为手动至 4.0, 眼压为 55 ~ 94mmHg。

2 健康教育方法

2.1 教育方式

2.1.1 口头教育

通过与患者及家属交谈, 了解患者病史、病程以及文化程度、家庭状况、心理状态, 评估患者健康问题及对有关知识的需求, 根据青光眼标准健康教育内容结合病人的学习能力由责任护士给予面对面、一对一的讲解方式进行健康教育, 除护士讲解外, 要让病人或家属有提问的机会, 并给予满意的回答。对文化程度低, 年龄较大, 理解能力较

差的患者利用晨、晚间护理及做治疗时, 反复讲解健康教育知识。

2.1.2 宣传栏或手册

将一些有关青光眼发病原因、诱因、临床症状、术前指导、术后注意事项及出院后注意事项的小册子发给家属及视力条件允许的患者阅读, 或通过病房内的宣传栏, 供患者或家属阅读, 有疑问时护士给予解答并进行随机教育。

2.1.3 示范训练

如点眼药的要求、眼球按摩、眼球转动、防止打喷嚏的方法, 特别要训练眼球上、下转动、凝视和防止咳嗽、打喷嚏方法。

2.2 教育内容

2.2.1 入院教育

患者入院, 即由责任护士介绍医院环境、设施、主管医师及护士, 讲解陪护制度、探视制度、安全防范措施等, 使患者尽快熟悉医院环境。同时, 通过与患者及家属的交谈, 对患者做全面的入院评估, 提出护理问题。

2.2.2 住院教育

2.2.2.1 心理指导

青光眼的发病及复发与精神、情绪、休息有关。情绪激动、睡眠不佳、疲劳紧张都可诱发^[1]。选择适当的时机, 以和蔼的态度向患者讲明影响本病康复的不良行为因素, 特别要使患者认识情绪与疾病的关系, 调整自己的心理状态。

2.2.2.2 疾病知识

向患者讲解青光眼的有关知识, 让患者知道本病是由于眼压的升高所导致的视神经乳头损害和视野缺损, 严重者可导致失明。要避免情绪激动, 保持大便通畅, 不能喝浓茶, 不能暴饮暴食,

一般一次饮水量最好不超过 300ml,^[2]预防眼压升高,减轻视神经的损害。

2.2.2.3 用药

介绍降眼压的常用药物剂量及用法、不良反应,如 20%甘露醇注射液宜 30min 以内滴完,不可自行调节滴数,当有疼痛感时,及时告诉护士,以防液体外渗造成局部皮肤坏死,用药过程中注意有无乏力、头晕、腹胀等脱水过度或低血钾表现;口服乙酰唑胺会引起低血钾、口唇四肢麻木感,可遵医嘱同时口服 10%氯化钾溶液;频繁点匹罗卡品眼水时要压迫泪囊,避免出现眩晕、气喘、脉快、流涎、多汗等中毒症状。^[3]

2.2.2.4 术前指导

向患者讲解剪睫毛的必要性并于术前一实施,同时介绍手术治疗的目的是、麻醉方法、术者的技术水平,必要时请做过相同手术的患者介绍体会,以消除紧张情绪。训练保持平卧位、眼球凝视及上、下转动动作。示范术中控制咳嗽、打喷嚏的方法,即张口呼吸,同时用舌尖顶住上腭。

2.2.2.5 术后指导

术后包扎双眼卧床休息 1~2 天,避免剧烈活动及低头弯腰。进易消化、清淡、营养丰富的食物,多吃含粗纤维多的食物如软性水果、蔬菜,保持大便通畅。禁饮浓茶、食辛辣等刺激性食物。不能用力挤眼和用手揉眼。避免增加腹压的动作,如用力咳嗽、打喷嚏、便秘屏气,以免引起短暂性眼压升高,加速房水外流,造成浅前房。

2.2.3 出院教育

出院 1~2 周内宜轻微活动,按时起居,睡眠充足,不要在昏暗的环境中久留,少看电视、书报。教患者掌握点眼药的正确方法,按医嘱正确用药,不要擅自加药、减药或停药,保持术眼清洁,预防感染。出院后一周、二周、一月定期复查,若有不适可随时复查,以观察眼压、视力、视野的变化。

3 结果

73 例患者经治疗平均 3.5 天眼压控制在 10~21mmHg,平均住院日数为 11 天,出院时 72 例眼压控制在正常范围,其中,15mmHg 以下的 68 例,在 20mmHg 以下的 4 例,出院后 2 月随诊,眼压在正常范围。1 例由于青光眼发作时间长,伴有高血压,出院时眼压为 22mmHg,给予 0.25%的噻吗心胺眼水点眼,每日两次,定期门诊复查,眼压控制在 15mmHg 以下的正常范围内。

4 讨论

控制眼压是治疗青光眼的核心,而眼压的波动常与情绪、睡眠、饮食等因素甚为密切。^[4]通过及时全面的健康教育,使患者了解疾病的发生、发展及转归,眼压在较短的时间内降至适宜手术的水平,术后眼压控制满意,且能按时来院复查,无并发症发生。青光眼往往有青光眼家族史,而青光眼患者的家属是青光眼发病的高危人群,在对患者进行健康教育的同时,对高危人群也进行了宣教。综上所述,健康教育增进了病人对疾病的正确认识,提高了患者的医疗依从性,缩短患者的平均住院日,对急性闭角型青光眼患者的康复、高危人群的预防具有重要意义。

[参考文献]

- [1]霍平,安兵,吕铁秋.健康教育在青光眼病人中的应用[J].现代护理,2001,7(3):57.
- [2]李志辉.眼科护理学[M].北京:北京化学工业出版社,1993.173.
- [3]李师会,陈烈.急性闭角型青光眼患者的护理[J].中华护理杂志,2000,35(12):728.
- [4]陈影影.青光眼减压阀植入术的护理特点[J].护士进修杂志,2000,15(8):640.

亲切交流 认真学习



病房等级分类

人性化服务



A1级病房
单人间，有空调设备，
附有盥洗室，电话和
电视。



B2+级病房
五个床位，有空调
设备，附有盥洗室。



A2级病房
双人间，有空调设备，
附有盥洗室，
专用电话和电视。



B2级病房
六个床位，有风扇
和公用的盥洗室。



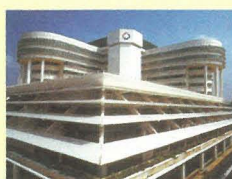
B1级病房
四个床位，有空调
设备，附有盥洗室，
专用电话和电视。



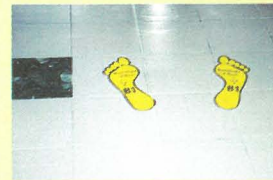
C级病房
开放式病房，
有风扇和公用的
盥洗室。



特色建筑



园林化环境





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4期(总第8期)

主管单位：泰安市卫生局
主办单位：泰安市中心医院
编辑出版：《泰山医学》编辑部
发行：《泰山医学》编辑部
地址：山东省泰安市龙潭路29号
邮编：271000
电话：(0538) 8224161
传真：(0538) 8223227
主编：刘义成
副主编：于爱华 张延泉(常务) 王军
译文：滕清良
E-mail: tech@tcch.org
印刷：山东农业大学印刷厂
出版日期：2003年12月31日