

石棉医讯

惜缘同舟 德术共谐

Hospital Of Shimian County



2016

第03期 (总第48期)

- 我院心脏功能室成功开展第一运动平板试验检查
- 做四维彩超前妈妈要准备些什么?
- 认识静脉曲张



石棉县人民医院
Hospital Of Shimian County

◇展示医院发展风采

◇提供最新医疗咨询

◇群众寻医问药指南

◇学术成果交流平台

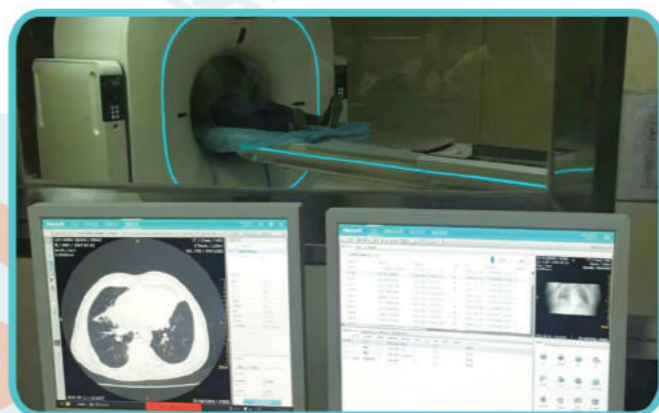
设备速递 ▶

64排128层螺旋CT

2016年8月，石棉县人民医院放射科新购置了一台64排128层CT，该机球管旋转一圈可以获得128层图像，将高分辨、宽覆盖和扫描速度完美结合，引领本区域CT成像进入一个高精尖时代。

设备介绍

64排128层螺旋CT是目前世界上技术最高端的影像设备之一，该仪器在原有排螺旋CT的基础上又增加了新的功能，如全身各部位的多平面重建（MPR）、3D成像、全身各部位CTA（头颈、主动脉、肺动脉、冠脉、四肢大血管等）、脑灌注、体灌注（肝脏、肾脏等）、齿科检查等。

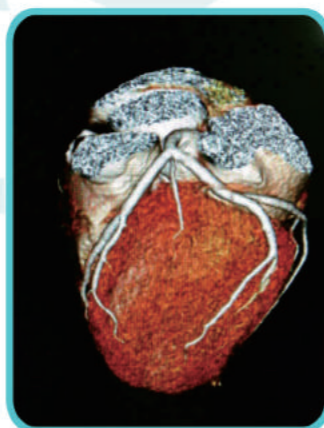
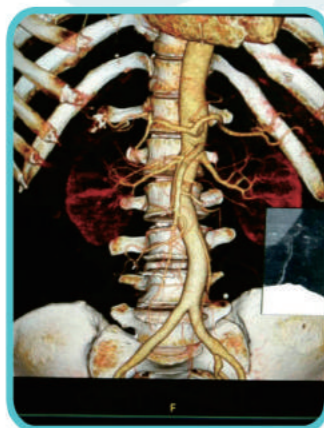


设备优点

- ① 扫描速度快、精度高；
- ② 辐射剂量最低，检查更安全；
- ③ 先进的全脑灌注成像技术；
- ④ 心脏冠脉检查及成像；
- ⑤ 超高分辨率全肺CT扫描和自动肺结节分析技术；
- ⑥ 自动结肠成像分析和肝脏、胰腺灌注技术；
- ⑦ 齿科扫描清楚显示每颗牙齿位置、形态、大小。



腹部CTA



冠脉CTA



放射科 咨询  **0835-8857627**

心脏功能室、区域心脏疾病诊断中心



石棉县人民医院心功能室是本区域最大、最权威的专门测试心脏功能的医疗室，配备有5名专科医生，下设多个检查室，配置有若干台件的专业心脏检查设备。

业务开展：

1、动态心电图检查

连续监测24小时心电变化，信息量比普通心电图大2000-3000倍，易于发现阵发性、一过性的心律失常及心肌缺血，尤其是对夜间睡眠时发生的心绞痛更显优越，是其它心电监护手段不可代替的。

2、静态心电图检查

静态心电图主要以获取瞬间心电图作为诊断依据，具有检查快速、方便的特点。

3、心电图踏车负荷试验

通过运动，增加心率，诱发心肌缺血，帮助诊断冠心病。

4、动态血压检查

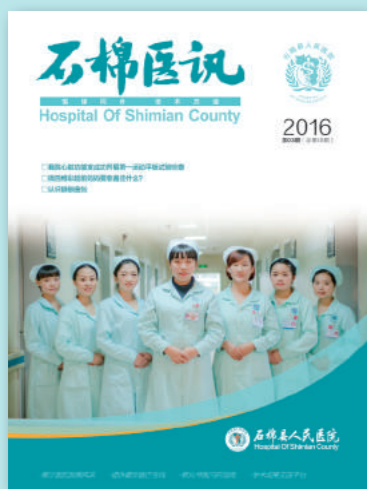
近十年来国内广泛应用检测高血压病的先进手段，监测24小时血压变化，能了解夜间睡眠状态的血压，观察昼夜血压的波动情况、高峰和低谷发生在什么时间。

5、远程心电诊断

负责石棉县域内16个乡镇卫生院开展的静态心电图检查、动态心电图检查信息的远程诊断，并及时将诊断报告回传，使各乡镇卫生院开展心电图检查成为可能性。

咨询电话  **0835-8863276**





石棉医讯

2016年第三期(总第48期)

主 编: 李兴贵
编 委: 魏 菁 史秀珍 周建人
马 军 刘 平 刘朝辉
张桂英 邹树军 陈茂慧
邓泽蓉 龙 梅 徐 林
肖孟芸 何晴霞 陈 莉
曹 燕 向 春 苟 燕
蒋树荣 万晓莉 杨 洪
丁志琴 朱良其 万 星
李书华 万晓蓉 范明弟
陈秀华 张庆香 李 华
刘 涛 刘兴蓉 蒋 康
靳吉庆
责任编辑: 康 勇
执行编辑: 王琳玲
栏目编辑: 张明霞 龚 健 程 平
郑 静 罗晓俊

地 址: 石棉县人民路 11 号
邮 编: 625400
电 话: (0835) 8862422
传 真: (0835) 8858757
编辑出版: 《石棉医讯》编辑部
版式设计: 雅安九歌传媒
准印证号: 雅内资(2016)字第 005 号

目 录

CONTENTS

● 医院大事

- 04- 我院举办第十五届文体周
- 04- 我院心脏功能室成功开展第一运动平板试验检查
- 05- 我院积极开展“服务百姓健康行动”大型义诊活动
- 06- 石棉县人民医院总支开展精准帮扶入户调查工作
- 06- 我院首例甲状腺癌根治术成功实施
- 07- 首例胃癌全胃切除 D2 根治术
- 08- 我院开展母乳喂养宣传活动
- 08- 石棉县医学会影像组专业系列活动圆满完成
- 09- 石棉县医学会内系专业组第二期专题讲座圆满完成

● 就医指南

- 10- CT 检查的适应症及其有关注意事项
- 11- 肺功能检查小常识
- 12- 做胃镜检查要注意什么?
- 13- 做四维彩超前妈妈要准备些什么?

● 健康常识

- 14- 认识静脉曲张
- 15- 如何做好肺炎的预防?
- 16- 利用眼球转动原理呵护您的眼睛
- 17- 长时间戴耳机的危害
- 18- 骨质疏松, 沉默的杀手
- 20- 有助于伤口愈合的食物
- 22- 孕期拍了 X 光片, 宝宝能要吗?
- 24- 葡萄的营养价值、功效和食用事项
- 25- 哺乳期怎么减肥快, 不影响宝宝吃奶

● 医学前沿

- 26- 巴西研究人员: 柑橘类水果可预防肥胖所致疾病
- 26- 新 DNA 鉴定法可扩大血缘鉴定范围
- 27- 中国科学家研究取得突破或可根治 HIV 等病毒感染
- 27- 从牙齿数目看日后抑郁症状

● 心情驿站

- ◎情感天地
28- 如果这一生从老年开始
- ◎医护心声
29- 假如我是病人
30- 美丽雅安, 情在石棉
- ◎小诗怡情
31- 对人真, 才能赢得真; 对情诚, 才能收获诚
31- 青春

● 管理论坛

- ◎政策选登
32- 石棉县深化医药卫生体制改革领导小组办公室关于转发国家医改办主任王贺胜讲话摘要的通知
- ◎管理杂谈
40- 放羊的和砍柴的

◎道德生活

- 41- 助人为乐 见义勇为 诚实守信 敬业奉献 孝老爱亲

● 学术交流

- ◎临床篇
42- 前列腺增生合并膀胱结石经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗效果观察
45- 超声乳化联合人工晶体植入术治疗白内障疗效分析
47- 食管溃疡 11 例临床分析
48- 预防性应用抗生素对重症急性胰腺炎的疗效评估

- 50- 基层医院微造瘘经皮肾镜碎石取石术体会

◎护理篇

- 54- Excel 表格在手术室分层级护理绩效计算中的应用
- 57- 优拓敷料用于拔甲术后换药效果观察
- 58- 护理记录书写中常见的问题及对策
- 60- “120” 救护车急救药品管理改进体会
- 62- 优质护理对股骨头置换术病人生活质量影响

◎医技篇

- 65- 彩色多普勒超声在药物流产不全中的应用
- 66- 几例乳腺癌的钼靶检查诊断体会
- 67- 浅谈尿液检验分析前质量保证

◎药剂篇

- 69- 抑郁症发病机制及研究进展综述
- 72- 剖宫产围手术期抗菌药物应用回顾性分析
- 75- ACEI 对心血管病治疗作用的再认识
- 77- 八类常用药物的时辰药理学与最佳给药时间
- 79- 破伤风抗毒素使用中的问题解答

我院举办第十五届文体周

2016年9月18日，随着篮球、五子棋比赛的开始，我院第十五届文体周正式拉开了帷幕。

从2002年首次举办文体周以来，我院文体周已经走过了十五个年头，已然成为了我院优秀的文化传统。本届文体周，以“全员参与促和谐”为主题方向，让每位员工都参与策划，共同营造健康、和谐的医院文化氛围。整个活动由体育、文艺类两部分构成。其中体育活动包括篮球、拔河、齐心协力等11个团体项目和五子棋、中国象棋、乒乓球、长跑、短跑、自行车速度赛等11个人项目，集中在9月下旬进行；文艺活动于11月中旬进行，包括科室文艺项目、个人才艺展示以及摄影与微电影比赛，充分展现我院职工风采。

今年，医院组织了以“阳光队、



快乐队、雄风队、飓风队”命名的4支由医院各科室及棉城社区卫生服务中心在职员工队伍及以幸福队命名的退休职工队伍，共计800余人参赛，充分展现职工风采、促进内部沟通交流。

本届文体周在院党政和工会的指导下，不断创新探索方式、方法，实现推陈出新。加强科室和员工之间的沟通 and 交流，并为医院托管医疗机构提供平台。

我院心脏功能室成功开展第一运动平板试验检查

为进一步加强我院心内科专科技术水平，内三科心脏功能室于今年8月引进并安装瑞士席勒进口运动平板检查系统一套。经过科室前期的设备调试和科室内部学习和培训，科室于8月19日对一名79岁的老年女性成功实施了我院第一例心电图运动平板试验检查。该患者是因“室上性心动过速”入院，临床诊疗过程中考虑

患者因冠心病导致的室上心动过速的可能性较大，为进一步帮助患者确诊是否合并冠心病，心内科医生决定给这位老年患者进行心电图运动平板试验，患者最终的运动平板试验结果支持冠心病，帮助这名老年患者诊断了“冠心病”。

心电图运动平板试验（又称心电图运动试验）是患者在专业的运动平

板上进行程序化的运动，通过运动负荷诱发冠脉狭窄区域出现心肌缺血的一系列心电图表现，从而对怀疑冠心病病人进行诊断以及冠心病病人的心脏功能进行评估，以指导冠心病患者心脏功能康复，同时运动平板还运用于运动员体力状态鉴定、飞行员体检等。心电图运动平板试验具有无创、便宜、操作简单、风险较小等优点。运动评估试验对于冠心病的诊断的敏感性达到80%左右，特异性达到70%。这一技术的开展填补了我市在心电图运动试验方面的空白，同时帮助广大可疑冠心病患者明确诊断，对



于冠心病患者心脏功能评估以及运动套餐的制定有着重要的意义，极大地推动了我院心内科技术水平的发展。

我院积极开展“服务百姓健康行动”大型义诊活动

按照石棉县“传承长征精神，义诊服务百姓”大型义诊周实施方案的工作安排，进一步树立卫生计生系统良好形象，方便群众在家门口看病就医，提高群众满意度，我院组织开展了一系列活动。

此次活动从四个方面来开展。一是参加了9月7日县卫计局组织的“服务百姓健康行动”大型义诊活动，由于参加人员众多，应广大群众的要求，9月8日、9月9日我院增加2场义诊，据不完全统计，免费测血压750余次，为到场的群众普及高血压、糖尿病等疾病健康知识约420人次。

二是分别于9月12日、9月13

日前往擦罗乡晏如、新新乡双坪两个贫困村开展义诊活动，共免费测血压170人次、血糖140人次、心电图45人次、眼科裂隙灯检查70人次，发放各类健康知识宣传资料共计300余份。

三是在贫困村开展义诊的同时，还组织参加义诊的群众开展了以“高血压、糖尿病的防治常识”为主题的健康讲座，共有150余名群众参加听课，主讲医生主要从血压、血糖的基础知识、血压血糖与运动、饮食等方面指导百姓树立正确的防病、治病观念。

四是前往3名抗战老战士家中为老人进行了常规身体检查、用药指导及健康饮食指导，并为几位老战士送上了节日的慰问。

义诊服务百姓是我院公立医院所承担的责任，在今后的`工作中，我院将通过各种形式的义诊、宣传，为群众提供更加优质的医疗服务。

石棉县人民医院 总支开展精准帮扶入户调查工作

石棉县人民医院总支为了进一步了解擦罗乡海洋村精准帮扶开展一年多来帮扶户脱贫情况，8月11日，由院总支书记李兴贵带队，院总支委员一行4人对擦罗乡海洋村共13户精准帮扶户进行了入户调查。擦罗乡乡长毛建美、乡党委委员胡灵芝、擦罗乡海洋村主任罗锐、支书罗德云等分别陪同调查。

调查组分别对已搬迁至擦罗乡福龙村的4户帮扶户及海洋村一组、二组、三组的9户帮扶户进行了入户调查，了解了各户一年多来的脱贫进展情况、目前的困难，收集到需要医疗救助3户、产业帮扶10户的信息。



本次入户调查工作作为我院开展2016年下半年精准帮扶工作做了扎实的基础性工作，医院将于近期召开专题会议，针对每户帮扶户情况，结合“两学一做”等工作，拟定有针对性的工作安排，尽快落实帮扶措施，实现帮扶户脱贫。

我院首例甲状腺癌根治术成功实施

近日，在外一科与麻醉科的通力合作下，我院独立完成1例甲状腺癌根治术（左侧叶+峡部全切除+同侧颈淋巴结清扫术），患者康复良好，顺利出院。

该患者于2016年7月22日因“发现左侧甲状腺叶包块2月”，诊断为甲状腺左侧叶乳头状癌，入住我院外

一科，积极完善相关术前检查后，在与患者进行充分沟通的基础上，于7月27日由外一科副主任李富林主治医师主刀，李雪主治医师、彭代荣住院医师协助，为患者进行了甲状腺癌根治术（左侧叶+峡部全切除+同侧颈淋巴结清扫术）。术后病人无声音嘶哑，无饮水呛咳，无低钙性抽搐，

病理检查为甲状腺滤泡型乳头状癌，送检“颈部淋巴结”扪及淋巴结8枚，未见肿瘤转移。

甲状腺癌根治术对术者手术技术及助手的配合要求极高。术者及助手必须对甲状腺、颈部的血管、神经、甲状旁腺的解剖结构有精确系统的认识，术中操作必须谨慎细致，需精确解剖喉返神经、喉上神经、迷走神经、膈神经及副神经，避免损伤，同时需精确解剖甲状腺上、中、下血管，颈

内静脉，颈总动脉等血管，避免术中大出血。

这是我院外一科和麻醉科合作进行的第一例甲状腺癌根治术（左侧叶+峡部全切除+同侧颈淋巴结清扫术），标志着我院手术技术达到了新的水平，成为雅安市内及周边区域屈指可数的可以进行甲状腺癌根治术的医院。该手术在我院的开展，必将给我县及周边县区此类患者带来福音，避免患者外出到成都各大医院就诊带来巨大的经济负担。

首例胃癌全胃切除 D2 根治术

8月11日，在外一科与麻醉科、手术室的通力合作下，我院外一科独立完成胃癌全胃切除 D2 根治术一例，患者康复良好，顺利出院。

该患者于2016年7月27日因“腹痛，黑便”入院，诊断为1、胃窦、胃体部中低分化腺癌，2、重度贫血。入住我院外一科，经积极完善相关术前检查后，在与患者进行充分沟通的基础上，于8月11日在李兴贵院长的指导与支持下由外一科副主任李富林主刀，李雪主治医师协助，为患者进行了胃癌全胃切除根治术，术后病人第4日下床行走，7日进流质，13日拆线后出院。

胃癌全胃切除 D2 根治术对术者手术技术及助手的配合要求极高。术者及助手必须对上腹部胃周、脾脏、肝十二指肠韧带、胰腺等脏器的血管、

淋巴分布的解剖结构有精确系统的认识。特别对食管的解剖特性需准确掌握，术中食管空肠吻合是该手术的难点，必须谨慎仔细，避免食管与贲门离断后回缩至腹腔，食管平滑肌撕裂后吻合困难，术后吻合口瘘等严重并发症。各种胃癌切除必须较标准的清除胃周第一、二站淋巴结，达到 D2 清除术，提高患者长期生存率。

这是我院外一科和麻醉科、手术室合作独立完成的第一例胃癌全胃切除 D2 根治术，标志着我院胃肠手术技术达到了新的水平，成为雅安市内及周边区域屈指可数的可以进行胃癌全胃 D2 根治术的医院。也为我院下一步开展腹腔镜胃癌根治术奠定了坚实的基础。该手术在我院的开展，必将给我县及周边县区此类患者带来福音，避免患者外出到成都各大医院就诊带来巨大的经济负担。

我院开展母乳喂养宣传活动

2016年8月1—7日是第25个世界母乳喂养周，为进一步贯彻落实《国家卫生计生委妇幼司关于开展2016年母乳喂养周宣传活动的通知》的通知精神，让全社会理解支持母乳喂养的价值和意义，普及母乳喂养知识，8月2日14点由公卫科组织在妇产科围绕本次宣传活动的主题“母乳喂养是社会可持续发展发展的关键”开展了母乳喂养专题宣传活动，产科、儿科部分医护人员、孕产妇及家属约30余人参加。

活动上妇产科护士长苟燕认真耐心

地为育龄妇女及家属讲解了母乳喂养的相关知识，包括母乳喂养的重要性、好处、哺乳方式等内容，并进行了现场演示。在提问环节对孕产妇及家属提出的问题进行了现场解答。

通过本次活动的开展，让孕产妇进一步了解了母乳喂养的重要性与正确方法、建立了母乳喂养的信心、营造了母乳喂养的社会氛围，同时有利于提高产科、儿科母乳喂养知识、技能、技巧等方面服务能力和技术水平的提高，提升了爱婴医院的品牌价值。

石棉县医学会影像组专业系列活动圆满完成

2016年9月1日—9月2日，2016年9月10日，在石棉县人民医院放射科和超声科的倾力主导下，石棉县医学会影像组举办了多项学术活动，为石棉县及周边县市的影像医务工作者提供了一场高水准的业务盛宴。

9月1日，来自四川省人民医院超声科主任岳林先主任医师带来了课题为“影像学诊断与临床应对”的精彩授课。9月2日岳林先主任医师在石棉县人民医院彩超第一诊室现场示教，完成了一例肝脏超声造影。

2016年9月10日，由市医学会主办，石棉县人民医院承办的2016年放射专委会暨雅安市放射医学质控中心学术年会在石棉县人民医院顺利召开。学术年会由49名成员组成，涵



石棉县医学会内系专业组第二期专题讲座圆满完成

按照《石棉县医学会、石棉县人民医院第十届学术周暨石棉县卫生系统第七期管理干部培训班活动方案》要求，石棉县医学会内系专业组于9月1日下午在石棉县医院综合楼6楼多功能会议室组织开展了第二期专题讲座，共有350人次前来参加此次活动。

这次学术活动师资力量雄厚，由华西第四医院李金祥老师、雅安市人民医院李自康老师、雅安市人民医院肿瘤科刘涛老师来院进行授课活动，此次学术活动主要课题为“癌症晚期阿片类的滴定与转换”、“癌症姑息治疗现状与思考”、“放疗在肿瘤治疗中的地位”。

通过此次专题讲座，让广大医务人员进一

院放射科副主任印隆林教授，德阳市人民医院放射科主任明兵教授分别做了《膀胱癌的影像诊断》、《肺结节的影像诊断》、《放射防护应用的现状与思考》、《精准CT诊断与碘对比剂安全使用》《管内生长型胆管癌的影像学表现及其病理学基础》《肺部疾病影像诊断思维或颌面部复杂骨折影像诊断》《输卵管病变的CT诊断》7个专题讲座，并同与会人员进行了交流。

石棉县医学会影像组的这次活动有效提升了我区域医学影像专业水平，巩固了专业阵地，并能用于临床，更好地为患者服务。



CT 检查的适应症及其有关注意事项



任何一种影像学检查手段，都有长处和短处，CT 扫描也不例外，虽然全身各个部位都可以检查，但绝不是所有病变做 CT 扫描都能获得准确诊断，而有其相应的适应症。

一、颅内病变：颅内肿瘤、颅部外伤、脑血管病，脑变性疾病、先天性畸形、颅内感染性疾病、脑积水、代谢性疾病。

二、五官：眶内炎症、眼格氏病、眶内肿瘤、眼眶外伤及眶内异物；外耳、中耳、内耳先天性畸形、颞骨外伤、耳硬化症、中耳炎症、颈动脉球瘤；鼻窦炎、鼻窦囊肿及息肉，鼻窦及鼻咽部肿瘤、喉癌、涎腺肿瘤以及炎症。

三、颈部疾病：颈部肿瘤、甲状腺肿瘤、甲状腺弥漫性肿瘤、甲状旁腺肿瘤。

四、胸部：肺炎、肺结核、肺部肿瘤、结节病，胸部外伤，肺血管病，肺囊肿，肺隔离症。纵膈肿瘤，血管性病变及转移性病变，心包病变，胸腔积液，胸膜间皮瘤，胸膜转移瘤。

五、腹部：肝、胆、脾、肾、肾上腺、胰腺等器官的良性及恶性肿瘤，感染性疾病，肝局灶性增生，肝硬化，腹部外伤，胆道、泌尿系统结石，梗阻性黄疸的鉴别，胆总管囊肿、肝、脾、肾先天性病变，胃肠道肿瘤及肿瘤向周围侵犯范围及程度。

六、腹膜后病变：腹膜后肿瘤，腹膜后纤维化，腹主动脉瘤等。

七、盆腔：膀胱结石、膀胱肿瘤、前列腺增生及肿瘤，前列腺结石，子宫肌瘤，子宫癌，附件囊肿及肿瘤。

八、脊柱、四肢：脊柱、四肢外伤，骨折，椎管内有无骨折片，椎管有无变形、狭窄，脊柱，四肢炎症，结核，肿瘤，关节退行性病，椎间盘突出等。

九、特殊检查：颌面部骨折的三维重建，脑血管及主动脉血管的三维重建，肝脏三期扫描等。

增强扫描的目的

- 一、区分正常或异常血管结构和明确病理性血管。
- 二、显示肿块与有关血管。
- 三、提高病灶的检出率。
- 四、提高解剖细节。
- 五、显示尿路结构。

肺功能检查小常识

一、肺功能仪检查的意义

肺功能仪是呼吸系统疾病的必要检查之一，对于早期检出肺、气道病变，评估疾病的病情严重程度及预后，评定药物或其它治疗方法的疗效，鉴别呼吸困难的原因，诊断病变部位、评估肺功能对手术的耐受或劳动强度耐受力及对危重病人的监护等方面有重要的指导意义。

二、肺功能检查包括：

- 1、肺通气功能测定
- 2、支气管激发试验
- 3、支气管舒张试验
- 4、潮气肺功能测定

三、哮喘病人为什么要进行肺功能检测？

肺功能的检测是诊断和评判哮喘严重度的基础。因为仅靠病人和喘息和呼吸困难对哮喘严重度作出主观评价是不标准的，这也是可能延误治疗的原因之一。用肺功能的客观指标来检测与用某些工具检测其他慢性疾病具有同样意义，如：用血压计测高血压病人的血压，用试纸和数字显示器测糖尿病人的血糖。所以做肺功能检测不仅必要，而且应定期检测，以及时了解病情的发展、病人的康复、用药的疗效等情况，一般我们建议 1—3 个月做一次检测。

四、哮喘控制的目标包括：

- 1、没有喘息、气促、胸闷、咳嗽等白天以及夜间的哮喘症状；
- 2、能够正常完成正常的日常活动，甚至还可以进行

慢跑、游泳等体育活动而没有哮喘严重的急性发作；

3、可以使用最少量乃至不用急救药物，能使肺功能达到正常的水平；

4、还应该以最少的药物副作用，最轻的经济负担取得上述治疗效果，预防哮喘发展为不可逆性起到阻塞性疾病以及并发肺心病等严重损害患者劳动力和生活质量的疾病。

五、儿童哮喘患者能参加体育运动吗？

因为运动可能诱发哮喘发作，所以儿童因为害怕哮喘发生而不愿意参加体育锻炼，家长怕孩子受到伤害不让他参加体育锻炼，这样是不对的。

确实运动可能引起哮喘发作，但是适当的运动，能够改善他的肺功能，使得气道的耐受性提高，反而能降低哮喘发作的可能性。

其实只要做好以下准备，哮喘儿童同样可以参加体育活动。

1、长期规则使用哮喘控制药物，使您的孩子达到并维持哮喘控制状态，那么您的孩子是完全可以参加适度的体育运动的。

2、运动前，咨询医生是否需要用药和做好充分的热身运动。

3、运动后，让机体慢慢地降温，而不是快速。

4、在冬天及花粉季节和空气污染严重时最好在室内运动。

5、感冒的时候，注意休息和适当限制运动。

做胃镜检查要注意什么？

1、事前准备，检查前至少 8 小时不得进食，进水，（一般都是在医院提前预约隔天早上空腹去做），食物在胃中易影响医师的诊断，并且易促发受检者恶心呕吐。为了减少喉咙的不适，医护人员会在检查前 3 分钟，在受检者喉头喷麻醉剂。

2、无痛胃镜是用麻醉剂的，是进行全麻，麻醉的时间很短，主要根据你胃镜时间的需要，10 分钟就可以醒来，当然是有麻醉医生的监护的，肯定比较安全。胃镜可以观察到十二指肠。目前临床上最先进的胃镜是电子胃镜。电子胃镜具有影像质量好、屏幕画面大、图像清晰、分辨率高、镜身纤细柔软、弯曲角度大、操作灵活等优点，有利于诊断和开展各种内镜下治疗，并有储存、录像、摄影等多种功能，便于会诊及资料保存。

3、检查过程，先换上宽松衣物，采左侧卧姿，双

腿微曲。当医师把胃镜由受检者口中所含的塑胶器伸入时，应全身放松，稍做吞咽动作，使胃镜顺利通过喉咙进入食道。在通过喉咙时会有数秒感觉疼痛，想呕吐，这是胃镜检查时较不舒服的时刻。

4、当医师在做诊断时，不要做吞咽动作，而应改由鼻子吸气，口中缓缓吐气，以便检查顺利完成。有些人会因空气随管子进入胃中，而感觉胀气、恶心。如果感觉疼痛不适，请向医护人员打个手势，千万别抓住管子或发出声音。

5、事后处理，检查后 1 至 2 小时内勿进食，若喉咙没有感觉不舒服，可先喝水；若无呛到，就可先进食软性食物，以免粗糙食物使食道或胃造成出血。有些人会有短暂的喉咙痛、异物感，通常 1 至 2 天就可恢复。



做四维彩超前妈妈要准备些什么？

很多准妈妈也有疑问，做四维彩超有哪些注意事项呢？下面是孕妈妈做四维彩超需要注意的问题，四维彩超的最佳检查时间是在怀孕的 11 周—14 周、22 周—28 周。因为这个时期的胎宝宝结构已经形成，宝宝的大小及羊水适中，在宫内的活动空间较大，胎儿骨骼回声响比较小，检查的图像也就比较清晰。如果检查时间太早，则不能达到最好的检查效果。做四维彩超是否需要憋尿？要根据孕周来确定，周数小的时候需要憋尿，周数大了就不用憋尿了，一般在怀孕四个月以后做四维彩超就不需要憋尿了。四维彩超和普通彩超原理类似，在做四维彩超之前半小时，准妈妈们可以吃点东西、喝点水，这样可以增加胎动。四维彩超检查的专业性更强，因此它对操作人员的技术与经验要求很高，也只有准确熟练的手法才能达到最佳的检查效果，才能更好地向准妈妈准爸爸们展示宝宝人之初的惊艳亮相，因此准妈妈们一定要选择专业正规的医院做检查。我院四维彩超最佳检查时间为 11-14、22-28 周，如果检查时间太早，则不能达到最好的检查效果。因四维彩超预约人数较多，为确保检查质量，请提前进行预约。四维彩超与传统 B 超不一样，它超越了传统超声的限制，给大家带来更多更精确的影像与诊断，是目前监测宝宝健康状况的最先进的手段之一。为了能知道宝宝是否健康，在医院做四维彩超显得十分有必要。我院使用微信挂号、电话预约，准妈妈们不用再辛辛苦苦地到医院排队，而到院就诊之后，准妈妈还可得到全程导医贴身服务，准妈妈只需放松检查即可，准爸爸也可一起陪同在 B 超内特别提供的大屏幕上近距离地欣赏自己的宝贝。



认识静脉曲张

静脉曲张是指由于血液淤滞、静脉管壁薄弱等因素，导致的静脉迂曲、扩张。身体多个部位的静脉均可发生曲张，比如痔疮其实就是一种静脉曲张，临床可见的还有食管胃底静脉曲张、精索静脉曲张及腹部静脉曲张等等。静脉曲张最常发生的部位在下肢。

一、下肢静脉曲张有哪些症状？

- 1、下肢表层血管像蚯蚓一样曲张，明显凸出皮肤，曲张呈团状或结节状；
- 2、腿部有酸胀感，皮肤有色素沉着、脱屑、瘙痒、足踝水肿；
- 3、肢体有一样的感觉，针刺感、奇痒感、麻木感、灼烧感；
- 4、表皮温度升高，有疼痛和压迫感；
- 5、局部坏疽和溃疡。

二、下肢静脉曲张的几点预防常识

- 1、就站就坐记得动一动：尽量避免长时间站立不动或久坐，因为长时间站力与坐着容易导致下肢静脉血液循环不良，而成为静脉曲张的诱因。
- 2、坐在凳上双腿或者单腿不停地抖动、摇晃：这种动作能促使下肢血液循环，使下肢的肌肉骨骼获得丰富的血液营养供应，维持并增强肌肉关节的活力。
- 3、不翘二郎腿：因为它会阻碍下肢血液回流，加重静脉曲张。

4、运动：尤其是健走或游泳，可以刺激小腿肌肉群，促进血液静脉回流。

5、抬腿、抬高下肢：每天睡前在床上将双腿抬高超过心脏 10—15 分钟，或是睡觉时用枕头垫高下肢，促进腿部血液回流。

6、热水洗脚：每晚睡觉前养成用热水洗脚的习惯，忌用冷水洗脚。用热水洗脚，能消除疲劳，有利睡眠，更能活血化瘀。

7、控制体重：过度肥胖者要注意减肥，减轻下半身负荷，因为沉重的身躯会使腿部不堪重负。

8、饮食：以清淡为佳，少吃高脂肪、高胆固醇的食品。

9、戒烟限酒：烟酒会加速血管的挫伤。

三、下肢静脉曲张的治疗常识

静脉曲张是不会自愈的，如果患病后不进行有效的治疗，还会导致静脉曲张恶化。目前，治疗静脉曲张最有效的方法就手术治疗。

传统的静脉曲张手术，主要方法是高位结扎的同时剥离大隐静脉

主干，并沿着小腿上蜿蜒、扩张的属支做多个切口切除。这种方法切口长、切口数量多（一般 5—40 个切口，平均 18.9 个），创伤大，痛苦多，病人往往需要住院一周左右。

微创治疗静脉曲张（激光腔内闭合手术）是 1988 年西班牙血管外科医生 Carlos Bone 首先提倡用于临床的。利用特殊波长的激光闭合，通过光纤介入到大隐静脉主干然后进行静脉闭合，这种技术一定程度避免了抽剥大隐静脉所带来的一些并发症。具有小切口、对静脉团处理彻底、血管床创伤较小等特点。

四、激光治疗静脉曲张的优点：

- 1、手术时间短，操作方便。
- 2、避免手术带来的风险，由于切口小而少甚至无切口，可减少伤口感染、出血及组织损伤的风险。
- 3、住院时间短、经济。
- 4、不影响病人正常生活，术后短期即可下床活动。
- 5、病人痛苦小。下肢切口少而小，甚至无切口，因此不影响下肢的美观。

如何做好肺炎的预防？

■ 内一科 / 刘英

对于我们来说肺炎是个可大可小的疾病，要是能及时得到治疗的话，肺炎就能得到缓解，所以肺炎的预防是很重要的，但很多人可能对于肺炎预防的方法还不是了解。下面我们就一起来看看肺炎的预防方法有哪些。

- 1、做好肺炎的预防首先要每日开窗通风，保持室内空气新鲜，通风时注意保暖，避免着凉。
- 2、咳嗽咳痰时，尽量将痰液咳出，咳痰后漱口。
- 3、避免受凉、淋雨、吸烟、酗酒，防止过度疲劳，有皮肤痛、伤口感染、毛囊炎、蜂窝组织炎时应及时就诊，这也是肺炎的预防方法。
- 4、注意休息，劳逸结合，生活有规律，参加体育锻炼，防止感冒。
- 5、肺炎的预防还要注意饮食，进食高蛋白、高热量、高维生素易消化的饮食，补充机体消耗防止继发感染。
- 6、高热期绝对卧床休息，退热后可逐渐在床上、

床下，户外活动。

7、增加户外活动，以增强孩子的免疫功能，尤其是呼吸道的抗病能力。

8、即使是在冬天也要定时换气，以保持室内空气新鲜，减少致病微生物的浓度。

9、多吃富含维生素 A 的食物，能促进呼吸道粘膜的健康。

10、预防呼吸道传染疾病，冬春季节，尤其是流感流行期间避免带孩子去公共场所。患流感、麻疹等传染病易引发肺炎。

11、进食或喂食时，注意力要集中，要求患者细嚼慢咽，避免边吃边说、让食物呛吸入肺。

肺炎预防对我们来说是很重要的，通过对肺炎预防的方法介绍，您应该了解了肺炎预防方法了吧？希望对您有帮助。

利用眼球转动原理呵护您的眼睛

■医务科 / 李靖

我们的眼睛可以自如地转动，因为眼睛有六条肌肉控制着眼球的转动。这六条肌肉分别是上、下直肌，内、外直肌和上、下斜肌。它们由动眼神经、滑车神经和外展神经所支配。内、外直肌负责眼球向内或向外转动；上、下直肌收缩时，眼球上转或下转，同时还使眼球内转；上斜肌主要使眼球内旋，同时还使眼球下转和外转；下斜肌主要使眼球外转，同时还使眼球上转和外转。这六条肌肉互相密切配合，使眼球协调一致地上下左右自由转动。

人的内心活动也可以从眼球的转动中表现出来。当我们平时动脑筋时，眼球就会滴溜溜地转动；当我们心不在焉时，眼球就会漫无目的地转动。眼球在向各个方向转动时，总有一条以上的肌肉在起主要作用，其他几条肌肉起协调作用。双眼的动作必须一致，当眼球向右注视时，右外直肌和左内直肌必须同时相等地收缩，否

则就不能获得双眼单视。但是当支配眼球转动的六条肌肉中只要有一条或几条发炎、外伤或神经障碍，双眼肌肉动作就不协调，眼球的转动就会受到限制，或使眼球偏向一侧，形成斜视，这时看东西就会特别费劲，或一个物体可以看成两个，造成视物双影，也即复视。

根据上述原理，可以选择保护视力的4种锻炼方法：

一、转眼法

选一安静场所，或坐或站，全身放松，清除杂念，二目睁开，头颈不动，独转眼球。先将眼睛凝视正下方，缓慢转至左方，再转至凝视正上方，至右方，最后回到凝视正下方，这样，先顺时针转9圈。再让眼睛由凝视下方，转至右方，至上方，至左方，再回到下方，这样，再逆时针方向转6圈。总共做4次。每次转动，眼球都应尽可能地达到极限。这种转眼法可以锻炼眼肌，改善营养，使眼灵活自如，炯炯有神。

二、眼呼吸凝神法

选空气清新处，或坐或立，全身放松，二目平视前方，徐徐将气吸足，眼睛随之睁大，稍停片刻，后将气徐徐呼出，眼睛也随之慢慢微闭，连续9次。

三、熨眼法

此法最好坐着做，全身放松，闭上双眼，然后快速相互摩擦两掌，使之生热，趁热用双手捂住双眼，热散后两手猛然拿开，两眼也同时用劲一睁，如此3~5次，能促进眼睛血液循环，增进新陈代谢。

四、洗眼法

先将脸盆消毒后，倒入温水，调节好水温，把脸放入水里，在水中睁开眼睛，使眼球上下左右各移动9次，然后再顺时针、逆时针旋转9次。刚开始，水进入眼里，眼睛难受无比，但随着眼球的转动，眼睛会慢慢觉得非常舒服。在做这一动作时，若感到呼吸困难，不妨从脸盆中抬起脸来，在外深呼吸一下。此法能洗去眼中的有害物质和灰尘，还对轻度白内障有效，并能改善散光、远视、近视的屈光不正程度。



长时间戴耳机的危害

■门诊五官科 / 张锐

很多年轻朋友习惯长时间戴着耳机，忽略了对耳部的保护，因为他们并不清楚这其中的医学性。音响伤耳：乐器音响会造成感音性耳聋。研究发现，虽然听音乐有间隙，但音响刺激造成的内耳损伤部位和病理改变与噪声损伤相同。所谓爆震性耳鸣又称噪声性耳外伤，是指突然发生巨大声响引起的听觉器官急性损伤，由于人们防护不当或缺乏必要的防护设备，因冲击波气浪作用于听觉器官，造成急性严重外伤，发生鼓膜破裂、中耳听骨破坏、内耳组织损坏出血。打击乐器较多的摇滚乐、迪斯科音乐等，它们的音响强度常会超过国际噪声致聋的标准90分贝，造成感音性耳聋。

人戴上耳机后，外耳处于闭塞状态，如果声音开得过大，直接进入内耳，集中传递到很薄的耳膜上，会给耳膜造成伤害。如果长时间戴耳机、并且音量很大，轻

者会引起耳鸣、耳闷胀感，听力下降，重者会头痛、恶心。长此以往，容易出现注意力不集中、思维反应减慢、记忆力减退，甚至出现烦躁不安、缺乏耐心等异常心理和情绪反应。尤其对于低年龄段的儿童，会造成永久性伤害。

【温馨提示】不要长时间戴耳机，耳机音量不要太大。特别是睡觉前不要戴耳机，以避免睡着后耳朵长时间受刺激。在嘈杂的环境里，也不要戴耳机，以免加大耳朵的压力，影响安全。对于儿童和过敏性体质的人群，如果因戴耳机出现问题，在就医时要注意，不要使用含有耳毒性药物的药剂，如庆大、卡纳等抗生素，以免造成神经性耳聋。一旦患上神经性耳聋，很长时间无法恢复，甚至造成永久性耳聋。



骨质疏松， 沉默的杀手

■中西医结合科 / 朱琴 (摘)

作为一种“静悄悄”的疾病，骨质疏松正在无声地蚕食着人们的健康。根据国际骨质疏松基金会发布的《骨质疏松症防治中国白皮书》，截至2009年，中国有近7000万人患骨质疏松症，另有2.1亿人骨量低于正常化标准，而且发病人群存在明显的“年轻化”趋势。

骨质疏松症，是一种以骨量减少和骨质改变（包括宏观和微观结构的改变以及骨质特性的改变）为特点，导致骨质脆性增加和易于骨折的全身性骨代谢性疾病。有调查研究表明，每30秒钟就有1人发生骨质疏松性骨折，每22秒钟有1人发生脊椎骨折。50岁以上女性，3人中有1人会发生骨质疏松性骨折；50岁以上男性，5人中有1人会发生骨质疏松性骨折。所以，关注骨质疏松、尤其是女性骨质疏松刻不容缓。

很多人以为，补钙就容易骨质疏松，骨质疏松就是缺钙，但其实没那么简单。骨质疏松的危险因素主要有：1、固有因素：人种（白种人较黄种人和黑种人易患）、年龄、绝经、母系家族史。2、非固有因素：低体重、药物（糖皮质激素等的应用）、相关疾病（影响骨代谢）、吸烟、过度饮酒、咖啡等、体力活动缺乏、饮食中钙缺乏、维生素D缺乏。

如何诊断骨质疏松？首先要能够判断骨质疏松的临

床表现：①疼痛（腰、背痛常见）；②脊柱变形及/或身高变矮；③骨折（脆性骨折）。诊断骨质疏松主要根据以下三点：1、有脆性骨折：非暴力、轻微外力即会发生骨折。2、骨密度（BMD）测定：①双能X线骨密度测定（DXA）是目前公认的诊断骨质疏松的金标准。由于不同骨密度检测仪的绝对值不同，在临床使用骨密度值时，通常使用T值判断骨密度是否正常（T值表示病人骨密度与参考群体峰值骨密度的比值）。按照

WHO的推荐标准， $T \geq -1$ 为骨量正常， $-1.0 < T < -2.5$ 为骨量减少， $T \leq -2.5$ 为骨质疏松。②其他测定方法：如X线、超声、定量CT（QCT）、外周DXA等，可用于骨质疏松的筛查和鉴别诊断。

骨质疏松该如何防治？骨质疏松一旦发生骨折，一方面会导致死亡率增加，另一方面会使治疗变得困难。所以，骨质疏松的防治非常重要，其策略主要有以下四点：1、健康的生活方式：补充营养、坚持运动、晒太阳。2、骨健康基本补充剂（钙、维生素D）。3、预防跌倒：老年人由于下肢神经肌肉功能下降，反应性和平衡能力减低，易发生跌倒。发生跌倒的老年妇女易发生髌部骨折，而髌部骨折是骨质疏松中最严重的一种骨折，直接威胁生命和生活质量。4、药物治疗：一般认为，当出现以下情况时，需要开始治疗：①出现脆性骨折时，无论骨密度如何；②骨质疏松症患者（骨密度： $T \leq -2.5$ ），无论是否有过骨折；③骨量低下患者（骨密度： $-2.5 < T < -1.0$ ），并存在一项以上骨质疏松危险因素；治疗药物主要有：（1）抑制骨吸收的药物：主要有双膦酸盐类、降钙素类、雌激素类及选择性雌激素受体调节剂（SERMs）等。双膦酸盐类是目前应用最广泛的抗骨吸收制剂，其中唑来膦酸具有强力抑制破骨细胞活性、减少骨吸收的作用，可明显降低骨折风险；唑来膦酸用于治疗绝经后妇女的骨质疏松症，推荐剂量为一次静脉滴注5mg，每年一次。（2）促进骨形成的药物：主要有甲状旁腺激素，用于治疗严重骨质疏松症，能够提高骨密度，降低椎体和非椎体骨折发生的风险。治疗期间应监测血钙水平，防止高钙血症，治疗时间不宜超过2年。（3）多重作用机制药物：包括锶盐、活性维生素D及其类似物、维生素K2。以骨化三醇（活性维生素D）为例，能够促进骨形成和矿化，并抑制骨吸收，对增加骨密度有益，能够增加老年人肌肉力量和平衡能力，降低跌倒的危险，进而降低骨折风险；长期使用应注意监测血钙和尿钙水平。

骨质疏松症是一种慢性全身性疾病，应以预防为主，防治结合。提倡患者应到正规医院定期进行骨密度测定，筛查骨质疏松，做到早诊断、早预防、早治疗。另外，骨质疏松患者一旦发生骨折，将带来更多危害，一定要避免反复骨折的发生，以免影响患者的生活质量。



有助于伤口愈合的食物

■药剂科 / 刘建平

在日常生活中，难免有时候会碰伤、擦伤或被油烫伤等，或者家庭中有人做了手术，这时应该吃点什么滋补一下，才能促进伤口快速愈合呢？实际上影响伤口愈合的因素很多，其中日常的饮食对于伤口的愈合也是非常有帮助的。

一、鲈鱼

鲈鱼含有丰富的、易消化的蛋白质、脂肪、维生素B2、尼克酸、钙、磷、钾、铜、铁、硒等。中医认为鲈鱼性温味甘，有健脾胃、补肝肾、止咳化痰的作用。喝黑鱼汤对于伤口也很有好处。

二、猪蹄

猪蹄含有丰富的锌、胶原蛋白。缺锌会使纤维细胞

功能下降。多补充胶原蛋白能促进伤口愈合的速度。

三、海带

海带所含蛋白质和碳水化合物是菠菜的几倍到几十倍。胡萝卜素、核黄素、硫胺素以及尼克酸等重要维生素的含量也很多。海带中的褐藻酸钠盐，对动脉出血症也有止血效能。

四、木耳

黑木耳富含铁等矿物元素，每100克黑木耳中含铁高达185毫克，比绿叶蔬菜中含铁量最高的芹菜高出20倍，同时含有丰富的锌。

五、乳鸽

鸽是禽类唯一的无胆动物，肝脏中储存着丰富的胆

素，血液中含有丰富的血红蛋白，骨骼中有大量的软骨素。这些特殊的营养成分，对调节人体大脑神经系统、改善睡眠、增进食欲、帮助消化，激活性腺分泌和脑垂体分泌，以至全面平衡人体机能，调理并强壮身体，有着特殊的食疗作用。

六、西红柿

西红柿可防止血栓，番茄籽周围的黄色胶状物质可以防止血液中血小板的凝结；还含有丰富的维生素C、番茄红素、胡萝卜素等抗氧化成分，对伤口愈合有利。

七、蜂蜜

喝一点蜂蜜对伤口愈合会有较大好处。另外，也可以将蜂蜜直接涂搽在皮肤或伤口上，有消炎、止痛、止血、减轻水肿、促进伤口愈合的作用。

八、黑豆

黑豆是各种豆类中蛋白质含量最高的，比猪肉多一倍还有余。它含有的脂肪主要是单不饱和脂肪酸和多不饱和脂肪酸，其中人体需要的必需脂肪酸占50%，还有磷脂、大豆黄酮、生物素。中医认为，黑豆性平味甘，有润肠补血的功能，对术后体虚血缺患者效果明显。

九、苦瓜

苦瓜汁含有类似奎宁的蛋白成分，能加强巨噬细胞的吞噬能力，同时苦瓜中的苦瓜素和苦味素能增进食欲，健脾开胃，有利于伤口恢复。

十、虹鳟鱼

原产美国加州的山溪中，喜栖于清澈无污染的冷水

中，以食鱼虾为主，堪称急流勇士。该鱼肉质细嫩、味道鲜美、无小刺、无腥味、高蛋白、低脂肪，在国际上被列为高档绿色食品。虹鳟鱼可做具有异国风味的生鱼片，宜清蒸、清炖，亦可做鱼丝、红烧、熏鱼，是极佳的促进伤口愈合的食品。

十一、锌

锌可与维生素C结合，参与体内胶原蛋白的合成，增加抵抗力，促进伤口愈合。含锌的食品有玉米、黄豆、萝卜、蘑菇、坚果、动物肝脏、木耳、海带、海鲜、蛋、肉类、全谷类、坚果类。

十二、葡萄糖

糖是人体主要的供能者，供给充足的能量是伤口愈合不可缺少的。在伤口愈合期可多吃含糖丰富的水果，既增加糖分，又能摄取足量的维生素。

十三、蛋白质

蛋白质能促进伤口愈合，减少感染机会。含蛋白质丰富的食物有各种瘦肉、牛奶、蛋类等。

十四、维生素A

能够促进伤口愈合。它主要存在于胡萝卜、西红柿等食物中。

十五、维生素C

可以促使伤口愈合。存在于各种蔬菜、水果中，主要是青菜、菠菜、橙子、红枣、猕猴桃、山楂、草莓、桂圆、荔枝、柑橘和柚子。





孕期拍了X光片， 宝宝能要吗？

■放射科 / 刘涛（摘）

经常听到有女性朋友在接受诊断性放射线，比如胸部x片，口腔x线照射，或者腹部x线照射后，发现怀孕了，或者怀孕期间因为疾病原因不得不接受x线照射了，于是身边朋友甚至很多医生都告诉她，孕期受到了照射会造成胎儿畸形，趁早终止妊娠，引产了事。谁也不想有个不健康的孩子，于是刚刚有的满腔欢喜和对宝宝的憧憬立刻被身心的双重伤害所替代。一个小生命就被扼杀在胚胎期了。我每次看到都感觉心痛难耐。孕期受了照射真的会影响胎儿吗？

怀孕期间因诊断的需要可能接受的放射性诊断措施有x线照射、超声波、核磁共振、CT扫描，或者核医学诊断。其中，x线照射是最常见也是最容易引起孕妇和家属惊恐的。这来源于公众的普遍认识，认为X线照射

会伤害胎儿，甚至引起畸胎。中国自由的堕胎政策又导致孕妇为避免畸胎的可能而选择堕胎的非常常见。的确，高剂量的离子射线如x线会对胎儿造成很多严重损伤，如流产、胎儿生长障碍、小脑畸形、智力发育障碍，提高儿童恶性肿瘤风险。但诊断性的x线有危险吗？根据美国放射学会、美国妇产学院、美国食品药品监督管理局的临床指导，绝大多数诊断性的放射性检查是不会造成胎儿伤害的，如果非说有也是非常非常低的。而美国放射学会明确地说单次诊断性的x线检查的受照射剂量根本达不到能造成胚胎或者胎儿伤害的剂量。因此单次诊断性的x线照射不能成为堕胎的理由。

我一再在这里强调这个诊断性三个字，因为治疗性的放射线剂量会远远超过诊断性放射，那是另外一回

事了。一些女性在知道怀孕之前因为某些原因照射了放射线，因此惶恐不安，加上一些医生错误的建议，导致这些女性一咬牙为了健康的孩子只好选择堕胎。而一旦怀上孩子了，也还是有可能因为某些疾病或者意外需要使用x线检查做出正确诊断。那我们来看看数据，看看诊断性的检查会不会造成胎儿损伤，甚至畸胎。胎儿接受的x线照射如果剂量低于50毫Gy（Gy是一种放射剂量单位，1Gy等于100rad，50毫Gy也就是5rad，等于5000毫rad）是不会对胎儿造成健康影响的。胎儿只有受到高于100毫Gy的照射才可能出现健康问题，而尤以孕8到25周间最为敏感。100毫Gy的剂量在通常的诊断性x线照射根本不会使用到，除开钡灌肠、小肠连续成像，或者放射性治疗时才有可能达到这样高的剂量。根据美国放射协会和妇产协会的数据，孕妇接受单次胸部x线检查腹中胎儿受到的照射剂量为0.02-0.07毫rad。记住，高于5000毫rad才会造成胎儿损伤。单次腹部x线平片胎儿受到的照射量为100毫rad，肾盂静脉造影胎儿受到的照射量可能大于1rad。乳腺钼靶检查胎儿受到的照射量为7-20毫rad。钡灌肠或者小肠连续成像检查胎儿受到的照射量可以达到2-4rad。头胸部CT检查胎儿受到的照射量小于1rad。腹部或者腰椎CT扫描胎儿受到的照射可以达到3.5rad。也就是说，普通x线平片通常只会暴露胎儿于非常小的照射剂量。而且通常孕期需要做x线检查时候，孕妇的腹部是会用含有铅的防护衣保护起来的，更进一步降低受照剂量。除开钡灌肠和小肠连续成像，绝大多数造影剂荧光检查也只会给胎儿带来毫rad的剂量。CT造成的照射依照数量和成片距离会有不同。盆腔CT可能会给胎儿带来高达1.5rad的照射，但放射科医生通过使用低剂量技术是可以将它降低到接近250毫rad的。2013年末，美国妇产科学会公布了新的关于孕期牙齿保健的指南，第一次毫不含糊地说孕期是建议尽早做口腔保健、口腔清洗，包括做牙齿的x线检查。所以可以总结一下了。常规齿科x线检查、头部x线检查、四肢x线检查、以及胸部x线检查，包括乳腺钼靶检查，或者头胸部CT是不会对胎儿造成损伤的，儿童期癌症的风险提高也可以忽略不计。需要做腹部检查时请与医生商量。

所以如果孕期因为疾病的原因，或者受到创伤确实需要做x线检查且没有更佳替代，不需要担心会造成胎

儿危险而拒绝检查。你的健康不但对自己，对你的孩子也是最重要的。还有些大家关心的问题那在知道怀孕前受到照射会影响胎儿吗？怀孕前两周内如果女性接受了高于10rads的x线照射，可能会杀死胚胎。但是这是一个0或者1的问题，也就是说如果胎儿存活了，就不会有问题。但是确实有孕妇接受胸部x线检查结果孩子畸形了是怎么回事？记住，不接受照射，同样会有4%-6%的新生儿有各种种类的畸形，但绝大多数是轻微的，比如胎痣、多一个手指或脚趾等。孩子有畸形不是诊断性放射线的结果。那超声波对胎儿有害吗？超声波使用的是一种声波，不是离子射线。目前为止，从没有过诊断性超声波造成胎儿损伤的报道出现，包括多普勒彩超。孕期超声波是安全的，这也是为什么现代妇产科产检不用x线，而常规用超声波。那磁共振安全吗？磁共振同样不使用离子射线，而是使用磁场改变体内的氢离子能量状态而成像。所以是不会对胎儿造成损害的。所以当需要检查胎儿中央神经系统发育情况或者确诊胎盘前置等胎盘异常时，磁共振是最佳选择。

美国妇产科学院给出的关于孕期x线检查的具体指南：1.应该告知孕妇单次x线检查是无害的。低于5rad的x线照射不会造成胎儿损伤，也不会造成畸胎。2.孕期如果需要诊断性x线照射做诊断检查，对于高剂量射线的担心不应该成为阻止或者放弃检查的原因。但如有可能，可以考虑其他替代性检查，如超声波或者磁共振，代替x线检查。3.孕期超声波或者磁共振是安全的。4.如需要多次x线照射，应该咨询放射线专家，计算胎儿可能受到的总照射剂量，以便指导诊断。5.孕期的放射性碘同位素的使用是禁忌，不可使用。6.放射性造影剂如可能应尽量避免。只有在确保使用的益处远大于可能对胎儿的损伤才可以考虑使用。

对于孕妇以下是注意事项：1、首先，也是最重要的，如果你怀孕了，或者怀疑怀孕了，告诉你的医生。这不光是x线照射，其他用药的选择，都会很重要。2、如果你怀孕期间需要做x线检查，记得告诉你的医生，你是否近期做过相似检查。也许这次的检查就可以省掉。3、总之，如果你怀孕了，或者怀疑怀孕了，请咨询医生，不管是做任何方面的检查，都不必要做无谓的担心，更不是堕胎的理由。



葡萄的营养价值、功效和食用事项

■放射科 / 汪学松

“葡萄”是广东人说的“提子”，是商品名称。从广义上讲，青色的葡萄叫青提，红色的葡萄叫红提，黑色的葡萄则叫黑提。但是，“提子”的叫法是在近几年引入美国红地球葡萄后才开始在国内流行的。人们只把从美国引进的红地球等葡萄称为“提子”，而对巨峰、玫瑰香等还叫葡萄。

各色葡萄营养价值不同，红白绿紫黑，市场上的葡萄色彩各异，除了葡萄的共有营养外，不同颜色的葡萄各有营养偏重性。如：

白绿色葡萄，也称为无色葡萄，未熟透时偏青绿，成熟后颜色发白。白葡萄有补肺气、润肺功效，适合咳嗽、患呼吸系统疾病的人食用。

红色葡萄，含有逆转酶，可软化血管、活血化瘀，防止血栓形成，葡萄能比阿司匹林更好地阻止血栓形成，并能降低血清胆固醇水平，降低血小板的凝聚力，对预

防心脑血管病有一定的作用，适合心血管病人食用。

黑葡萄，黑葡萄内的钾、镁、钙等矿物质的含量要高于其它颜色的葡萄，这些矿物质离子大多以有机酸盐形式存在，对维持人体的离子平衡有作用，可有效抗疲劳。

另外，黑葡萄滋阴养肾，会使头发黑亮。紫葡萄富含花青素和类黄酮，有抗氧化作用，有对抗和清除体内自由基的功效，所以它预防衰老，不仅能减少皮肤上皱纹产生，还可以缓解老年人视力的退化。

葡萄的食用注意事项：

适用人群：一般人都适合食用。贫血、高血压、水肿、神经衰弱、疲劳的人应适当多吃。葡萄干含糖、铁较多，更适合儿童、妇女、体弱贫血者适用。

禁忌人群：糖尿病患者、便秘者不宜多吃。脾胃虚寒者不宜多食，多食则令人泄泻。

哺乳期怎么减肥快，不影响宝宝吃奶？

■妇产科 / 苟燕

1、减肥的时间，减肥前先要征得医生的同意，一般在产后 6 至 8 周才进行，因为产后身体需要一段时间的修复及保证奶水的正常供应。

2、减肥的速度，据美国妇产科医学院的建议，母乳喂养期间，每周减重 0.5kg 较为适宜，且不会对婴儿的发育产生不良影响。

3、减肥的方法，当然不能通过节食，更不能用药物减肥，只能是通过改变自己的饮食习惯，并找一项适合自己的运动长期进行，随着运动量的增加且摄入量的减少，体重自然就会下降。

4、日常饮食，当完全处于母乳喂养时，新妈妈们每天需要额外的 500 卡路里为哺育提供营养，当宝宝们开始进食固体时，新妈妈每天需要额外的 250 卡路里；当不再进行母乳喂养时，则无需增加额外的热量。因此，产后补充蛋白质类的食品，对于新妈妈身体的恢复及保证母乳的足量分泌是极为重要的，因此，建议尽量选择鱼类、瘦肉类或去皮禽类等蛋白质含量高而脂肪含量低的食品。

5、适量运动，哺乳期的妈妈可以从简单的运动开始，比如散步。



巴西研究人员： 柑橘类水果可预防肥胖所致疾病

（来源：中新网）

巴西研究人员发现，柑橘类水果含有丰富的抗氧化剂黄烷酮，有助预防因肥胖导致的心血管疾病、肝脏疾病和糖尿病。

随着脂肪在人体内累积，脂肪细胞会产生过量活性氧，继而引发氧化应激过程损害细胞。对此，人体通常会以抗氧化剂予以“反击”。如果是肥胖症患者，体内积累的脂肪过多，人体自发的“反击”能力较弱。

巴西圣保罗州立大学研究人员以饮食富含脂肪的 50 只小鼠做实验，用从橙子、青柠和柠檬果实内提取的 3

种黄烷酮予以治疗，结果发现这些小鼠体内累积的脂肪减少，因此引发的肝损伤也相应减轻。

研究人员泰丝·塞萨尔说：“研究显示，从柑橘类水果中提取的黄烷酮没有减肥作用，但即使没有减肥，这些小鼠的血脂和血糖都有下降。”研究结果在 21 日举行的美国化学学会全国会议和展览上公布。相关研究的人体实验尚在计划之中。至于以饮用果汁、食用果实还是服用提取物药片的形式利用柑橘类水果效果最佳，仍有待探讨。

新 DNA 鉴定法可扩大血缘鉴定范围

（来源：人民网）

日本京都大学一个研究小组最新报告说，他们发明了一种新的 DNA（脱氧核糖核酸）鉴定法，不仅能够判定父母与子女或者兄弟姐妹之间的血缘关系，还能判定表亲等血缘稍远的关系。

传统的 DNA 鉴定法只是以人体 DNA 的 15 个位置为特征点进行比对，根据这些位置上 DNA 序列的一致情况来判定血缘关系。

据日本《京都新闻》网站 5 日报道，京都大学教授玉木敬二等人新发明的这种 DNA 鉴定法不是比对两个人之间 DNA 序列有几处一致，而是更进一步，着眼于

构成 DNA 分子的基本模块——碱基对方面的异同。通过检查 17 万处碱基对上的细微差异，并结合“染色体共有指标技术”，来判定两者之间的血缘关系。

由于这种新技术更加“细致”，因此所能判定的血缘范围也更大。据估算，新方法在鉴定亲子关系，以及表亲、堂亲等关系中的准确率都超过 99.9%。在实际测试的 67 人中，所有人的血缘关系都得到了正确鉴定。

相关研究成果已发表在美国《科学公共图书馆·综合》期刊上。

中国科学家研究取得突破 或可根治 HIV 等病毒感染

（来源：人民网）

国际知名科学周刊《自然》（Nature）于近日发表由第三军医大学主导的原创性研究成果，揭示了一群新的 CD8 + T 细胞亚类，阐明了其抑制病毒复制的机制。这一发现有助于理解慢性病毒感染免疫的关键环节，为根治 HIV、乙肝等慢性病毒感染提供了新的可能。

在国际学术界，Nature 与 Science、Cell 并称为三大顶尖科技杂志（简称 CNS）。第三军医大学主导的这项研究自 2013 年初启动，在科技部 973 计划、中组部千人计划及国家自然科学基金项目资助下，经过科研工作者不懈攻关，历经近 4 年时间取得重大突破。

该研究论著的通讯作者、第三军医大学叶丽林教授介绍，此前的研究发现，在急性病毒感染中，特异性 CD8 + T 细胞通过杀伤病毒感染的细胞，分泌抗病毒细胞因子从而有效清除病毒。但在慢性病毒感染过程中，病毒特异性的 CD8 + T 细胞却显出医学界称为“功能耗竭”的现象。“此时 CD8 + T 细胞并非不能识别病毒，数量也并没怎么减少，就像警察遇到一群歹徒，本该拔枪射击却无法启动杀伤武器。”他说。

普遍认为，此时 CD8 + T 细胞几乎彻底丧失了清除病毒的功能。但是研究发现，在慢性病毒感染过程中，虽然 CD8 + T 细胞显得“功能耗竭”，病毒却依然维

持在相对较低的水平上，没有在短时间内爆发。因此，CD8 + T 细胞已经丧失功能的观点缺乏说服力。

课题组最终发现，“功能耗竭”的 CD8 + T 细胞仍然具有一定的抗病毒功能，并在很大程度上控制病毒的复制。原来，一群新的 CD8 + T 细胞亚类发挥着关键作用，课题组称之为 CXCR5 阳性 CD8 + T 细胞。在该项研究中，课题组还确定了 I d 2 / E 2 A 信号轴是生成这一细胞亚群的一个重要调控因子。

据悉，目前治疗 HIV、乙肝、肿瘤等慢性病毒感染导致的疾病，化学药物只能在一定程度上抑制病毒复制，尚不能彻底根除。而叶丽林教授指出：“通过一定的手段，增加和稳定这一类 CD8 + T 细胞可以增强其清除病毒的功能。这为从根本上治愈这些疾病提供了新的可能。”

叶丽林教授透露，下一步，他们将沿着这一新的研究策略，把研究成果运用到 HIV 和肿瘤的免疫治疗研究中，探寻这两种世界级医学难题的可能解决方法和路径。

据了解，清华大学、复旦大学等机构的研究人员也参与了这项研究，第三军医大学吴玉章教授和清华大学的祁海教授同是该论著的共同通讯作者，第一作者则为第三军医大学博士生何然、八年制学员刘诚以及清华大学博士生侯诗玥。

从牙齿数目看日后抑郁症状

（来源：MedSci 网）

牙周病与一系列社会心理危险因素有关。横断面研究已表明疾病所致的牙齿丧失与抑郁发生风险的增加。然而，虽然已知抑郁症是导致慢性疾病发生一种危险因素，但是目前还不清楚牙齿丧失是否可预测治疗期间患者的抑郁症状。本研究旨在探究牙齿数目是否可预测患者几年后的抑郁症状以及可预测的程度。

研究共纳入 310 名慢性牙周炎和侵袭性牙周炎患者，评估其牙齿情况。13 年后（平均）使用患者健康问

卷（PHQ）来评估患者的抑郁症状。使用回归分析评估初始牙齿数目与自评抑郁得分之间的关系。

结果发现，开始治疗时牙齿数目较少与患者日后抑郁症状的得分越高相关，即使是校正相关混杂因素后人仍有此发现。

总而言之，牙齿缺失是牙周病患者抑郁症发生的潜在危险因素。仍需行控制初始抑郁症状的纵向研究来确定疾病的发生机制。

如果这一生从老年开始

■ 护理部 / 余琳

随着各种智能手机、各种聊天软件的更新，才发现每天习惯了必须有手机的生活，即便工作再忙也会抽空看看手机，睡前、睡醒逛朋友圈和微博成为了每天必须完成的家庭作业。

我在想，随时时间的推移，我们人类正在一步步走向高效、便捷、舒适的生活，但这是不是有点过了。可能是因为我们还太年轻，我们认为我们还有许多时光等着我们去消耗！

可如果真到了这一天，我们又该怎么面对？就像我今天说的，如果这一生从老年开始，我们是否会更懂得珍惜！

我们从年幼到衰老，从生而死，如果我们这一生真的可以从老年开始，我们是否可以从成熟开始，但是等到那一天，我们是否会想，幼稚、天真其实真的很美呢？

如果这一生从老年开始，我们是否会放下手中的工作，花更多的时间陪伴家人？

如果这一生从老年开始，我们是否会懂得释怀自己，让自己的心更开阔一些？

如果这一生从老年开始，我们是否会更加珍惜那些人、那些事，让自己感觉有他们其实真的就是幸福？

再直接一点，如果这一生从老年开始，我们是否会放下手机，多出去走走，用更多的时间去感受生活？

可是无论是正序还是倒序，时光都会消失殆尽，现在的我们过得似乎很痛苦，但并非我们从老年开始，我们就能过得很快乐！

这些都是无稽之谈，话题也是，想法也是，做法更是，我们的这一生并不可能从老年

开始！

于是我们喜欢向往一些我们没有经历过的事，喜欢追求一些过于庸俗的人生，喜欢通过凭空想象来满足自己的心愿！

我看过许多名家的作品，其中不乏老年作家，像莫言、杨绛、冯仑、贾平凹，他们的人生往往值得我们向往，作家总会有一颗静下来的心！

当他们用文字写下自己的人生时，他们其实和我们现在写的一样，只不过他们所向往的是年轻的时候，我们向往的是年迈之际！

人生因为经历而精彩，因为得到而满足，因为失去而伤心，因为没有而追求，因为期盼而向往！

我们以前很小，没有手机，没有电脑，没有所谓的奋斗目标，但我们依旧过得很开心；我们现在很年轻，有手机，有电脑，有了所谓的奋斗目标，但我们依旧过得很迷茫；我们未来很年迈，拿不起手机，敲不动键盘，人生也即将殆尽，更何况目标，那时的我们是否依旧会想，如果这一生从老年开始，我们是否会过得更充实！

记得有一句话叫做人生没有彩排，每天都是现场直播；我并不是追求这句话，也不认为它很对，网络这个复杂的虚拟世界，你根本就不知道哪一天你曾坚信的一句话，其实在别人眼里只是罐过期的鸡汤！

我们不可能从老年开始走过这一生，也不可能去追求过期的童年，我们唯一能做的，就是保持一颗认真对待事物的心！

假如我是病人

■ 转科医生 / 高香钰

爱在左，同情在右，走在生命两旁，随时撒种，随时开花，将这一径长途，点缀得花香弥漫，使穿枝拂叶的行人，踏着荆棘，不觉得痛苦，有泪可落，却不是悲凉。——题记

俗话说：“天有不测风云，人有祸福旦夕；人吃五谷杂粮，怎能不生病”。我们在座的每个医护人员，都是普普通通的人，也都有成为患者的时候，试想要我们这群穿着洁白大褂的医护人员来思考“假如我是个患者”这样的问题，是真正的对现在所存在的紧张的医患关系进行的一次好的思考和理解，是一种站在自己的职场位置思考我们每天要面对的一个良好认识。

试想有一天我脱下了这身洁白大褂，生病了，这时会是怎样的状态呢？无疑，情绪是低落的，心情是沮丧甚至可能是绝望的，而且不免夹杂着烦躁和愤怒。病痛带来的不仅仅是生理上的折磨，更有心理上的煎熬。此时，我最需要和希望的是什么呢？

假如我是个患者，一个普通患者，那往往我对医学知识的获得和认知，将大多数都来自我的医生和护士。面对一个我陌生的领域，我希望我的医生能耐心地告诉我这个病究竟是怎样，需要采取怎样的治疗手段，以及这种治疗手段带来的各方面的影响又是什么。

假如我是一个病人，我还希望各位医生有

高超精湛的医疗技术。虽然现代各种各样的仪器设备多了，但该做的体格检查，常见的鉴别诊断都得会。我希望尽量简便我的手续，使我不重复地挂号、就诊、付款、取药，更不用拖着病体辗转来回于楼层和楼群之间化验体检。

假如我是一个病人，我希望有一个宽敞明亮、整洁优雅的就诊环境，有一个理解、信任、沟通和谐的医患环境，时时刻刻能感受到医护人员的尊重和关心，体会到不是亲人胜似亲人的浓情，不是家而是一个温暖而又甜蜜的大家庭。

假如我是一个病人，我也知道，作为一名医护人员，不可能生活在真空之中，也有生活的拖累、事业的压力、人世的艰辛，也需要社会尤其是病人的理解和关心。我会告诉同病房的病人理解医护人员的辛苦，理解病情的变化，理解医疗的风险，我愿意告诉同伴配合医生积极进行治疗，共同创造良好的和谐的医患关系，相互理解，相互尊重，共同努力对付病魔。

著名医史学家西格里斯曾经说过：“每一个医学行动始终涉：医师和病员，还有仅有一次的生命”。生命是一个奇迹，一个爱的奇迹！爱的火焰，有时如一支烛光，摇曳在风雨中，明明灭灭，它最终渴望着、期待着医务人员凭着一份爱心拨亮它，让它重新放射出璀璨的光芒。作为此刻白衣天使的我们，让我们用爱珍惜生命，用爱心再唱一曲生命的颂歌吧！

美丽雅安，情在石棉

■手麻科 / 温舒贺

2016年的夏天，我从沈阳医学院毕业，在那段迷茫无措的日子里同学给了我石棉县医院的招聘信息，经过深思熟虑我最终选择了石棉。从互联网上了解石棉县人民医院的基本情况，石棉只给我留下了些许苍白的印象，直到我切切实实来到了这片土地，我才明白或许有些地方，就像有些人对我们而言，一见就会钟情。

雅安的夏天和东北的莫名相似，而石棉这里满是青山绿水，脱去了城市的繁华却别有一番天然风情，我从未见过如此不做作的风光，这或许是上天给我的幸运，让我遇见石棉并留在这里生活。

回想刚来的第一天，人力资源部的哥哥就热情接待了我们，让我们充分感受到了县医院热情友好的氛围。之后就是入职考试和签订协议等等事情，医院安排的也是面面俱到，虽然我们离开了家乡来到这里，但是在这里我们仿佛找到了第二个家乡，让我们可以为之努力和奋斗。

入职后手麻科李主任对我说了很多，有为人师的教导也有为长辈的叮咛，我明白从那时起，我已经从一个稚气的学生成为一个应该对从事的工作有所承担的社会人员了，在以后的工作中，我会努力向前辈和老师们学习，完善自己的知识面，更好地为患者服务，这不仅是对患者生命的负责，更是对生命的尊重。

2016年8月11日，由医院组织了拓展训练，

从来没参加的我对训练充满了好奇，原来训练与军训有很多相似之处，这让我回想起大学新入学时的时光，这一次同样带给我满满的使命感和归属感。在训练中我和医院的新老同事们完成了各项任务和活动，这其中有泪水和汗水，也收获了团队的情谊和对工作的感悟，在工作中只靠一个人的力量能完成的有限，而只要大家团结在一起，就能解决一切困难。

8月22日，我和新入职的同事参加了医院组织的岗前培训，系统地了解了有关石棉县人民医院的各科室的基本情况，在我看来医院就像是一张网，把各个科室联系在一起，每个科室职能不同，相互平行同时相互协作，这一切只为更优质的治疗和服务。

来到石棉，来到县医院，对我来说不仅是一次人生的新鲜挑战，更是一个实现自我价值的机会。虽然一开始来到这里语言沟通方面有不理解，气候上有不适应，但也一点点随着石棉人的热情和宽厚相待而消散了。县医院提供了良好的工作环境，同时我也感受到了科室积极的工作氛围，我相信自己可以在以后的工作中得到更进一步的提高。

正如在岗前培训上的庄严宣誓：健康所系，性命相托，我志愿献身医学，热爱祖国，忠于人民，恪守医德，尊师守纪，刻苦钻研，孜孜不倦，为石棉县人民医院的医药卫生事业的发展和人类身心健康而奋斗。

对人真，才能赢得真 对情诚，才能收获诚

■顾客服务中心 / 李曦

一个人的内心，要干净，要真诚。

容颜可以化妆，但心灵不能伪装；

虚伪可以蒙混一时，但真诚可以赢得一世。

如露珠，唯有清透，才能折射出最美的光；

如阳光，唯有坦荡，才能直面这个世界。

对人真，才能赢得真；

对情诚，才能收获诚。

没有人愿意用热情，换回敷衍；

没有人愿意用真心，得到伤心。

做人，无愧于人，无悔于己，就是你给这个世界，最好的礼

青春

■内二科 / 杨忠敏

所有的结局都已写好
所有的泪水也都已启程
却忽然忘了是怎样一个开始
在那个古老的不再回来的夏日
无论我如何去追索
年轻的你只如云影掠过
而你微笑的面容极浅极浅
逐渐隐没在日落后的群岚
遂翻开那发黄的扉页
命运将她装订得极为拙劣
含着泪我一读再读
却不得不承认
青春是一本太仓促的书



石棉县深化医药卫生体制改革领导小组办公室 关于转发国家医改办主任王贺胜讲话摘要的通知

县医改领导小组各成员单位：

现将9月8日国家医改办主任王贺胜讲话摘要转发你们，供各单位学习参考。

附件：国家医改办主任王贺胜讲话摘要

石棉县深化医药卫生体制改革领导小组办公室

2016年9月14日

国家医改办主任王贺胜讲话摘要

2016年9月8日，新任国家卫计委副主任兼国务院医改办主任王贺胜上任后首次公开露面并发表长篇讲话。现摘要如下，供领导和同志们学习研究。

同志们，党中央国务院高度重视深化医药卫生体制改革工作。特别是党的十八大以来，党中央国务院把健康中国提升为国家战略。坚决用中国式办法解决医改这个世界难题，党的十八大，十八届三中、四中、五中全会都对深化医改做出了重要部署，习近平总书记多次就深化医改作出重要指示，主持中央全面深化改革领导小组会议，研究医改工作，去年审议了《城市公立医院综合改革的试点指导意见》，《整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，今年又专题听取了福建省三明市医改情况

汇报，研究部署儿童医疗卫生服务与发展，家庭医生签约服务等项工作。李克强总理多次主持召开国务院常务会议，研究审议医改相关重点工作，要求注重医药医药医保联动改革，下决心突破医保统筹，分级诊疗，药价虚高，公立医院改革等难题。刘延东总理多次主持召开国务院医改领导小组会议和专题会，亲自协调部署，亲自调研推进改革工作。

8月19日-20日党中央国务院召开新世纪以来第一次全国卫生健康大会，从党和国家事业全局高度全面总结了建党建国以来卫生与健康事业取得的辉煌成就和经验，深刻阐述了推进健康中国建设的重大意义，指导思想，工作方针，目标任务，确定了新形势下党的卫生健康工作方针，吹响了健康中国的冲锋号，绘制了路线图。

8月26日，习近平总书记主持召开中央政治局会议，

审议通过《健康中国2030规划纲要》，确定了今后15年推进健康中国建设的行动纲领。8月30日，习近平总书记主持召开中央深改组第27次会议，审议通过《关于进一步推动深化医药卫生体制改革的经验的若干意见》。鼓励各地因地制宜，推广改革中形成的符合实际，行之有效的经验做法，这些都为我们深入推进医改指明了方向。

按照党中央国务院确定的深化公立医院综合改革总体布局，2016年新增了100个城市，开展城市公立医院综合改革试点，试点城市扩大到200个。今年6月，国务院医改办、国家卫生计生委在福州召开了城市公立医院综合改革现场会，启动新增100个试点城市的改革工作。这个月，我们将连续召开4期培训班，主要任务是深入贯彻落实全国卫生健康大会精神，进一步统一思想，提高认识，总结经验，学习先进，明确公立医院综合改革的重点任务，真抓实干，推动公立医院综合改革取得新突破。

下面讲几点意见：

一、坚持三医联动，公立医院综合改革取得明显成效

2009年，新一轮医改启动以来，公立医院综合改革范围不断扩大；2015年，县级公立医院综合改革全面推开，覆盖全国共1977个县市；今年公立医院综合改革试点城市扩大到200个，覆盖全国近三分之二的城市。公立医院综合改革顶层设计不断完善。2015年，国务院办公厅先后印发了《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》和《关于城市公立医院改革试点的指导意见》，《全国医疗卫生服务体系体系规划》，推进分级诊疗制度建设，完善药品集中采购，推进医疗服务价格改革，控制医疗费用不合理增长等改革政策。改革的目标更加明确，路径更加清晰，措施更加精准，公立医院综合改革推进力度不断加大。福建、江苏、宁夏都是党委书记担任医改领导小组组长。安徽、青海等11个省份，由政府主要负责同志担任，福建省“省市县”三级均由一位政府领导统一分管医疗、医保、医药工作，安徽、湖南、陕西在省级层面将医疗医保医药归口到一位省领导分管，推动三医联动改革。

公立医院综合改革考核问责机制不断加强。今年4

月，国务院医改办等6部门，联合开展了2015年度公立医院综合改革效果评价考核工作，抽查了34个试点城市和90个县市，并根据考核结果进行了排名。对排名靠前的县市和试点城市所在省份分别给予了1000万元和400万元的奖励；对排名靠后的县市和试点城市所在省份分别扣了中央财政补助基金1000万元400万元。发挥了很好的激励作用。

近年来，各地党委、政府把公立医院综合改革放到了更加重要的位置。积极落实改革任务，在重点领域和关键环节，突破创新，积累了许多好的经验和举措，整体效益进一步显现。

一是政府投入持续加大。各级政府积极落实对公立医院的各项投入政策，2015年财政补助收入占公立医院总支出的9.2%，财政补助水平进一步提高。宁夏财政补助收入占公立医院总支出的7%。浙江对公立医院的财政补助，年均增长17.6%。北京、上海、深圳对公立医院的财政投入持续加大，其中，深圳的市属公立医院财政补助收入占总支出的比例达到28.5%。

二是科学补偿机制初步建立。绝大多数试点城市 and 市级公立医院取消了药品加成，全面推进药品集中采购。18个省份完成了“双信封”公开招标采购、30个省份启动了直接挂网采购，降低了药品虚高价格、29个省份的294个地市对医疗服务价格进行了结构性调整，优化了医院收入结构，药占比持续下降。福建三明、江西新余等试点城市按照“腾空间，调结构，保衔接”的节奏，从流通环节入手，降低药品虚高价格，强化医疗服务行为监控，量价齐抓，挤干水分，腾出的空间用于医疗服务价格调整。“整体调、综合调、动态调”，医保支付同步跟进，通过“三医联动”和“腾笼换鸟”实现了公立医院补偿机制的成功转型。福建三明成立了市医疗保障管理局，负责统筹决策，研究部署医改工作。实行三保合一，承担医保基金筹集管理和报销政策制定、药品耗材医疗设备采购配开和结算、医疗服务价格管理等职能，为“三医联动”提供了重要保障。

三是管理体制改革的积极探索。多数县市和试点城市成立了以公立医院管理委员会为主要形式的政府办医体系。福建、江苏在省市县三级都成立了由政府领导担任主任的管理委员会。福建的省属公立医院管理委员会受省政府委托，履行政府办医职能，对省属公立医院的资产、财务、人事、薪酬、绩效、管理目标、政府投入等

重大事项进行决策和监督。

四是人事薪酬制度改革和推进。部分地方重新核定了公立医院人员编制，江苏、安徽、江西等地探索编制备案管理。江苏镇江、广东深圳等地组建医疗集团，统筹使用人员编制，实行统一的人员招聘、岗位聘用、薪酬待遇、考核机制和教育培训制度。部分地方对紧缺、高层次人才，由医院采取考察的方式予以招聘。福建、江西、江苏医改先行先试地区合理提高公立医院绩效薪资总量。部分地方实行院长年薪制，由同级财政发放，不纳入工资总额。

五是医保支付方式改革。各地积极推进按病种、按床日、按人头等复合型的医保支付方式。安徽在 15 个县开展县域医疗联合体，按人头总额预算包干。天长同步开展了按病种付费，引导医共体主动控制医疗费用。河南确定 58 个病种，140 个治疗方式，在所有县级公立医院开展按病种付费，人均医疗费用比按项目付费降低 14%，平均药占比减少 18%。

六是分级诊疗制度建设初见成效。各地通过开展家庭医生签约服务，组建区域医疗联合体，推动医疗资源流动与整合，完善医疗保障政策的多重组合，努力形成分级诊疗格局。福建厦门以高血压、糖尿病等慢性病为切入点，通过大医院专科医师、基层医疗卫生机构全科医师和健康管理员，“三师共管”，建立健全慢性病患者全程管理体系，开展签约患者全程健康管理，形成了“慢病现行，急慢分治、上下一体、三师共管”的慢性病分级诊疗模式。上海推进“1+1+1 组合签约服务”，居民可选择社区、区级和市级医疗机构各一家签约，形成了家庭医生签约服务、预约诊疗、转诊服务、疾病管理等基本服务模式。青海全面实施覆盖省市县乡四级医疗机构的分级诊疗制度，严格执行“四转诊，五调控，六监管”共十五项综合措施，促进医疗资源下沉，提升基层医疗服务能力。通过实施综合改革，全国县级和试点城市公立医院正在逐步回归公益性，发展运行走上良性轨道，医务人员服务行为更加规范，医疗费用不合理增长势头得到初步遏制，群众就医秩序日趋合理，获得感不断增强。实践证明，党中央国务院关于推进公立医院综合改革的决策部署是完全正确的。改革正朝着实现“人民群众得实惠，医务人员受鼓舞，党和政府得民心”的目标稳步前行。



二、以全国卫生与健康大会精神指导公立医院改革工作

党的十八大以来，我们坚持“保基本、强基层、建机制”，完善顶层设计，健全联动机制，坚持统筹安排，互助共赢，循序渐进。公立医院综合改革正在由打好基础迈向综合推进的新阶段。当前，改革已进入“深

水区”，健康需求快速增长和服务供给总体不足的矛盾依然存在；资源布局不合理与群众就医方便可及的矛盾比较突出；机制创新滞后与医疗卫生事业持续发展的矛盾有待化解。保基本、强基层进展可喜，但建机制相对落后，需要继续加油给力。从医疗方面看，参与改革的公立医院取消了药品加成，但科学的运行补偿机制、符合行业特点的人事薪酬制度还没有建起来，又出现了以

检查养医的新问题。现代医院管理制度，内涵还不清晰，改革路径有待进一步明确。从医保方面看，支付方式改革相对滞后，对医疗行为的有效激励约束机制尚未形成。从医药方面看，招标采购机制尚需完善，药品流通环节过多、价格虚高问题突出，回扣现象屡禁不绝。从实践看，一些地方虽然将医疗、医保、医药装进综合改革的大筐，但对改革内在逻辑、节奏和力度的把握还不够到位，关

各环节没有做到有效衔接，影响了改革成效。对这些问题必须高度重视，下更大的决心，以更大的勇气啃下这些硬骨头。

党中央国务院在全面建设小康社会决胜阶段开局之年，召开全国卫生与健康大会，充分体现了党和国家对推进健康中国建设，维护人民健康的高度重视和坚定决心，充分彰显了“以人民为中心”的发展理念。

习近平总书记在会上强调，要加快把党的十八大三中全会确定的医药卫生改革任务落到实处，要着力推进基本医疗卫生制度建设，努力在分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度，五项基本医疗卫生制度建设上取得突破。要从提升薪酬待遇、发展空间、职业环境、社会地位等方面入手，调动广大医务人员积极性、主动性、创造性。

李克强总理在会上指出，要以公平可及和群众受益为目标，坚定不移把医改向纵深推进，要坚医改的核心理念、基本原则和实施路径，处理好公益性与市场化，公平和效率，激励和约束的关系，深化全民基本医保制度改革、深化医疗服务体制机制改革、深化药品供应保障体系改革。

刘延东副总理在会上提出，要以推进分级诊疗制度建设为重点，优化就医秩序；以建立现代医院管理制度为目标，拓展深化公立医院改革；以医保支付方式改革为抓手，推动全民基本医保制度提质增效；以药品供应保障体制改革为契机，加快捋顺医药价格。

全国卫生与健康大会，为公立医院改革指明了方向。我们要切实领会会议精神，学深悟透，在涉及方向、道路、理论、制度等根本问题上统一思想统一行动：

一要贯彻落实好新形势下党的卫生与健康工作方针。习近平总书记高度提炼概括了新时期卫生与健康工作方针，这就是“以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享”。这 38 字方针，是我们党在深入总结国内外医药卫生工作的实践经验的基础上，立足国情，遵循卫生健康事业的基本规律，把握行业特点，科学研判形势提出的。与党在不同历史时期的卫生工作方针一脉相承又在新形势下与时俱进，创新发展。38 字方针明确指出了我们今后的工作重点、发展方式、发展路径、发展目的。我们必须始终不渝的把这一方针贯彻到公立医院综合改革的全过程，各环节。

二要坚持正确的理论指导。这次大会，习近平总书记就事关卫生与健康事业改革发展的长远和根本问题，正本清源，做出了掷地有声的论断。比如，在政府与市场、基本与非基本、保障公益性与调动积极性等重大关系方面，强调要坚持基本医疗卫生事业的公益性，毫不动摇把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上，不能走全盘市场化，商业化的路子。政府必须坚持基本医疗卫生事业的公益性质，承担好公共卫生和基本医疗服务等组织管理制度，向全民提供健康公共产品。在非基本医疗卫生服务领域，要充分发挥市场在资源配置中的作用，鼓励社会力量增加产品和服务供给，释放市场活力和社会创造力，更好的满足群众多元化健康需求。要尊重医务人员劳动成果和辛苦付出，提高医务人员薪酬水平，体现多劳多得，优劳优酬。今后的工作中，我们必须坚持这些重要理论，始终保持理论上的先行，坚定不移，确保改革理念不偏离正确方向。

三要鼓励探索创新。习近平总书记指出，要把医药卫生体制改革纳入全面深化改革中，同部署，同要求，同考核。支持地方因地制宜差别化探索。我们要在党中央确立的医改方向和原则下，鼓励地方大胆探索，锐意进取。支持地方差别化探索，充分放权给基层，发挥基层首创精神，努力做到“人民有所呼，改革有所应”。国家层面提出具体要求的不折不扣落实。国家层面提出原则要求的，要根据当地经济社会发展水平和群众医疗服务实际需求，因地制宜、细化、实化、探索不同地区推进改革的方式方法。要全面推进公立医院综合改革的理论创新、制度创新、管理创新、机制创新、技术创新。对一些难度大的改革，中央定方案，地方蹚路子。通过试点示范，避免走弯路，总结试点经验，再上升为制度和政策，使改革逐步深入，深化医药卫生体制改革的路子会越走越宽广。

三、聚焦重点领域和关键环节，努力开创公立医院综合改革新局面

公立医院综合改革是深化医改的主战场，我们要切实把思想和行动统一到党中央国务院的决策和部署上来，着眼于建立更加成熟定型的制度体系，努力在重点领域和关键环节取得实质性突破，着力解决制约公立医院改革发展的全局性、根本性和长期性的矛盾。

要重点把握好几下几个原则：

1. 坚持公益性的基本定位。我们党是全心全意为人民服务的党，我们国家是人民当家作主的社会主义国家，这就决定了我们必须坚持基本医疗卫生事业的公益性。公立医院是我国医疗服务体系的主体，是向全民提供基本医疗卫生服务的重要载体。公益性是公立医院的本质属性，维护公立医院的公益性是保障人民群众基本健康权益、增强全民健康公平性和普惠性的必然要求。

2. 坚持“三医联动”。医疗、医保、医药关系密切，环环相扣。医疗是根本。公立医院是基本医疗卫生服务的主要提供方，要通过供给侧结构性改革，合理配置资源，建立高效管理体制和科学补偿机制，更好的为人民群众提供基本医疗卫生服务。医保是基础。一头连着需方，一头牵着供方，是公立医院综合改革的重要途径。医保改革既可推断医疗服务行为，还能调控医疗价格，推动药品流通秩序。医药是关键，是公立医院综合改革的重要突破口。药品价格虚高以及不合理用药摊薄了医保的成效，影响医保基金持续运行，加重了患者负担。药品耗材虚高的价格降不下来，调整理顺医疗服务价格就没有空间，提高医务人员收入也就没有成效。医疗、医保、医药哪一项滞后或缺位都会影响改革进程。必须加强三医的统筹协调，抓住窗口期，打出组合拳，增强改革的系统性、整体性和协同性。

3. 落实政府责任。政府是公立医院的举办者和所有者，要切实履行领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，要建立强有力的改革领导体制和组织推进机制，深化公立医院管理体制和运行机制的改革。在政府领导下，树立正确的办院方向和价值取向，确保公立医院的公益性，统筹做好卫生事业发展，解决公立医院“谁来办、在哪办、办多大”的问题。要全面落实政府对公立医院的投入政策，以及取消药品加成后的政府分担部分，逐步偿还和化解公立医院的长期债务，使公立医院轻装上阵。要探索建立现代公立医院管理制度，实行政事分开、管办分开、所有权与经营权分开。理顺政府和公立医院的权责关系，集中政府办医权力，强化部门监督职能，落实公立医院自主权，推进公立医院治理体系和治理能力的现代化，形成政府举办、部门监管、医院依法自主管理的格局，强化卫生行政部门（含中医药管理部门）医疗服务监管职能。实行统一规划，统一部署，统一监管，进行属地化、全行业监责体制。

4. 坚持改革成果共享。一方面，要着力提升人民群众的获得感，坚持以人民为中心的思想，坚持为人民健康服务，始终将人民群众是否得实惠，是否满意作为改革的出发点和落脚点，让医改红利更多惠及人民群众。另一方面，要着力调动医务人员的积极性。广大医务人员是公立医院综合改革的主力军，是建设健康中国的中坚力量，要关心爱护医务人员，使他们获得应有的地位，合理的待遇和社会的尊重，以主人翁的姿态来支持改革，参与改革。

各省各试点城市，要在全面贯彻落实国务院办公厅 38 号文件的基础上，结合落实 2016 年深化医改重点任务，聚焦重点领域和关键环节，着重抓好以下几项工作：

第一、推进现代公立医院管理制度建设。建立现代公立医院管理制度既与事业单位分类改革密切相关，也涉及到人事、编制、薪酬等多个领域，是适应社会主义市场经济要求，改革公立医院传统管理模式的一项重大举措，也是检验公立医院改革成效的重大标志。建立这项制度，重点是要建立决策、执行、监督相互协调、相互制衡、相互促进的公立医院管理体制和制度机制。在决策层面，要坚持政事分开，管办分开，关键是要合理界定政府作为出资人的举办监督职责和公立医院作为事业单位自主运营管理权限。一方面，要集中权力，打破“九龙治水”的局面，组建公立医院管理委员会，将分散在政府相关部门的公立医院举办权发展权等地集中到管理委员会，代表同级政府举办公立医院。作为出资人，行使政府对公立医院的所有权；另一方面，要下放权利。政府重在加强宏观管理，把主要精力放在管方向、管政策、管引导、管规划、管评价上，加大对医疗服务行为、医疗费用等方面的监管，减少对医院人事编制、科室设定、岗位聘任、收入分配等管理。在执行层面，实行院长负责制。代表公立医院依法行使人事管理，内部机构设置，副职推荐，中层干部聘任，人员招聘和人才引进、薪酬分配、年度预算执行等经营管理自主权。要建立健全公立医院内部机构组织规则和议事规则，实现内部运行和监督有章可行，有据可依。要显著提高医院管理的科学化、精细化、信息化水平，规范医疗行为，不断提高服务能力和运行效率。在监督层面，要加强对公立医院和院长的绩效考核，考核结果与医院财政补助、医保支付、工资总额、院长薪酬、任免和奖惩挂钩。构建综合监管体系，形成“政府监管，行业自律，社会监督”

相结合的公立医院治理格局。同时，全面加强公立医院改革建设，充分发挥党组织的政治核心作用，为公立医院改革发展提供强有力的政治、思想、组织保障。加强公立医院职工代表大会制度建设，工会依法通过职工代表大会组织职工参与医院的民主决策、民主管理和民主监督。

第二、完善公立医院科学补偿机制。重点要按照“腾空间、调结构，保衔接”的路径，破除以药补医机制，建立新的补偿机制。

腾空间有三条途径：

1. 取消药品加成，所有试点城市公立医院都要坚定不移的落实取消药品加成政策，实行零差率销售，切断医院与药品的利益联系。这是公立医院改革的一项硬要求，各地要不折不扣的落实到位。

2. 降低流通环节的虚高价格。要完善药品耗材医疗器械采购机制，落实公立医院药品分类采购，坚持带量

采购原则，鼓励跨区域联合采购和专科医院联合采购。要开展高值医用耗材、检验检测试剂大型医疗设备集中采购，对部分专利药品，独家生产的药品，要建立公开透明、多方参与的价格谈判机制。综合医改试点省份要在全省范围内推行“两票制”。积极鼓励试点城市推行两票制，减少中间环节，坚决挤掉药品价格虚高的水分。

3. 规范医疗服务行为。要标本兼治，规范用药行为，促进合理用药，开展处方点评，加强抗菌药物等临床用药管理。对价格高，用量大，辅助性、营养性的药品建立重点药品监控目录，开展跟踪监控，超常预警。探索应用信息化手段，对所有医疗机构门诊、住院诊疗行为和费用开展全程监督和智能审核。

调结构，就是要利用降低药品耗材费用腾出的空间，抓住机遇，调整医疗服务价格，建立动态调整模式，要按照“总量控制，结构调整，有升有降，逐步到位”的原则，不能仅针对取消药品加成。要着眼公立医院的良性运行，综合调，动态调。前不久，国家发展改革委等四个部门联合下发《推进医疗服务价格改革的意见》，提出到2020年，逐步建立以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整，基本理顺医疗服务比价关系。价格改革牵一发而动全身，要精准测算，使医疗服务价格逐步反应医务人员的技术劳动付出。保衔接，要求医保支付和财政补助政策要同步到位，无缝衔接。确保群众负担总体不增加，维护社会和谐发展。

第三、抓好分级诊疗制度建设。当前，人民群众看病就医的刚性需求快速释放，2015年全国医疗总诊疗人次超过77亿，同时，城乡区域发展不平衡，优质医疗卫生资源集中在城市。农村、基层、边远城市相对匮乏。约有一半以上的患者去了城市三级医院。造成城市大医院人满为患。一些基层医疗卫生机构业务萎缩。既影响优质医疗资源发挥最佳效果，也影响服务体系整体效益。提高了医疗费用，加重患者负担。要引导医疗卫生工作重心下沉、资源下沉。把健康守门人制度健全。是满足人民群众看病就医需求重要之策。也是一条重要的国际经验。这项制度是对现有医疗卫生服务模式，就医理念、就医秩序的深刻调整。是一项基础性、长远性的政策。

关键是要做到四个坚持：坚持居民自愿、基层首诊、政策引导、创新机制。要建立健全家庭医生服务制度。让群众患病后第一时间问诊自己的家庭医生。实现小病在基层，大病到医院。康复在基层的合理就医制度。要

通过机制创新，把大医院的医生组建家庭医生签约团队。家庭服务要从重点区域做起，逐步拓展。签约服务内容先从公共卫生服务以及高血压、糖尿病、慢性病开始，不断拓展内容。今年，综合医改试点政策以及公立医院改革都要开展这项工作。力争到2018年搭建启分级诊疗制度框架。

第四、加快建立符合行业特点的薪酬制度。医疗行业培养周期长，职业风险高，技术难度大，责任担当重。调动医务人员的积极性，就是为了保护医疗服务卫生的生产力在各国，医务人员都是一个较高收入的群体。这方面，行业之间不能有差别。要尊重医务人员劳动成果和辛苦付出。提高医务人员薪酬水平体现多劳多得，优绩优得薪酬制度习近平总书记指出，这方面改革的步子可以再大一点。允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本，并按规定提取各项基金后，主要用于人员奖励，同时实现同岗同薪同待遇，激发广大医务人员活力。目前，国家有关部门制定了关于公立医院薪酬制度改革试点指导性文件。各试点城市，要在中央确定的改革方向和原则，大胆探索，为建立符合行业特点的薪酬制度创造经验，调动广大医务人员参与改革的积极性。

第五、深入推进医保支付方式改革。全民医保是中国特色基本医疗卫生制度的基础。作为医疗服务需方的总代表，在领导行为、完善价格、控制费用等多方面发挥基础作用，医保的杠杆作用发挥好了，利益调控机制建立起来了，有利于引导群众有序就诊，让医院和医生有动力合理用药，控制成本，有动力合理收治和转诊患者，就可以撬动分级诊疗用和药品领域的整个供给侧改革。

各地要结合实施临床路径、加快推进按病种付费，按床位付费，按人头付费，总额预付等复合型支付方式改革。形成需求侧对供给侧的强有力的推动，抓好这个促进医保及时征缴乃至激活医改全局的牛鼻子。今年综合医改的试点省份以及试点城市的公立医院都要实施按病种付费的改革，覆盖病种不得少于100个。

第六、抓好改革政策落实。各省份要按照国务院办公厅33号文件和2016年深化医改重点任务要求巩固完善县级医院综合改革。要加强示范性，国务院医改办、国家卫生计生委、财政部在江苏启东、安徽天长、福建尤溪、青海开展县级公立医院综合改革示范工作。

一是各省要参照国家对示范工作的要求，按照党委政府重视，部门间相配合，改革基础较好的省份，选择3-5个县市开展省级示范工作。直辖市、新疆生产建设兵团可根据实际情况选择部分县、市、师开展示范工作。总结推广示范经验，扩大示范成果。

二是加强分类指导，切实增强群众的获得感。确定示范县市的时候，根据不同的经济发展水平，结合本地实际，完善政策措施，针对薄弱环节和领域，强化三医联动和改革整体性，具体性和可结合性。推动改革进程。对排名靠后的地方，要重点加强指导和引导，加强医改组织领导，主要负责同志要亲自协调推动，充实改革队伍，加强改革力度。创新工作方式方法，拓宽改革思路。

三是加强督导，建立监督检查考核政策机制。将公立医院综合改革推进，纳入对各级政府的绩效考核，省、市、县医改有关部门要定期开展督导检查，及时发现有效经验，主动掌握新情况，国家有关部门将于2017年继续开展公立医院改革效果评价考核工作，建立奖罚分明的激励约束机制。对先进的县市和试点城市给予公告表彰，对落后的县市和试点城市给予公告批评，并根据考核结果扣除所在省份中央财政补助。

四是抓好改革政策落实。习近平总书记强调，要把抓改革作为一项重大政治任务。以钉钉子的精神抓好和落实，精准发力，盯着抓，反复抓，直到有成效。公立医院综合改革取得成效，关键在于抓好和落实，一要加强组织领导，各地党委要高度重视，主要负责同志要亲自抓，统一推动三医联动。各级医改办作为医改工作执行者，要加强统筹，把各项改革政策落实。二要聚焦重点领域和关键环节。公立医院改革公益性强，涉及面广，涉及诸多的利益格局和体制机制变化，关系错综复杂。思想交锋激烈。试点城市能否迈开步子，趟开路子，各试点城市要敢于动真枪，涉险滩。结合实际，因地制宜。在价格、薪酬、编制、医保等关键环节突破瓶颈，积累经验，总结规律。三要加强宣传引导，要全面准确宣传建设健康中国的新理论，新论断，要宣传贯彻全国卫生综合改革，健康大会精神。为深化公立医院奠定基础。从群众切身感受出发，用群众听得懂的语言，大力宣传公立医院综合改革新成效、新经验。深入挖掘新典型。最大限度凝聚精气神，最大限度传递正能量。要加强政策解读，及时回应社会关切。广泛普及医学知识，引导群众形成对医改和医疗服务的合理预期。



放羊的和砍柴的

■健康管理部 / 彭旭

你是砍柴的，他是放羊的，你和他聊了一天，他的羊吃饱了，你的柴呢？砍柴的陪不起放羊的。——请放弃你的无效社交。

你是砍柴的，他是放羊的，你和他聊了一天，你学会了放羊技巧，原来羊是这么放的，他学会了砍柴技能，原来柴要这样砍。——三人行必有我师，永远保持空杯的状态。

你是砍柴的，他是放羊的，你和他聊了一天，他决定把他的羊跟你的柴交换，于是你有了羊，他也有了柴。——等价交换，不要看不起任何人，天生我才必有用。

你是砍柴的，他是放羊的，你和他聊了一天，他把他的买羊的客户介绍给了你，你把你卖柴的客户介绍给了他，于是你们各自的生意越做越大。——资源整合很重要。

你是砍柴的，他是放羊的，你和他聊了一天，你们决定合作一起开个烤全羊的店，你的柴烤出来的羊很美味，他的羊纯天然的，几年后你们公司上市了。——没有完美的个人，只有完美的团队。

砍柴人陪放羊人聊了一天，表面上他一无所获。但是砍柴人通过放羊人聊天知道了哪座山的柴多，路好走。第二天收获满满回家了，没有无谓的社交。——生命中的每一个遇见都是前世修来的福分，感恩生命中遇见的每一个人。

这几个故事告诉我们，面同一件事物，心态不一样，结果就会不一样。



助人为乐

董贵生 成都市人。他在对越自卫反击战中与战友结下了深厚的情谊，退伍后用自己无声的行动，替牺牲战友照顾父母，用博大的爱心和坚实的臂膀呵护着“父母们”。他的守望与付出，体现着共和国军人无私的奉献精神，传承着中华民族的传统美德，铸就着人民军队的军魂。

诚实守信

梁代芸 阿坝州松潘县村民。地震后为重建家园，儿子贷了2万元灾后重建款后便因意外事故去世。七旬老人用她那单薄的身躯扛起诚信的重担，千方百计还清贷款。

孝老爱亲

杨绍英 雅安市芦山县村民。在过往的10多年岁月中，她尽心尽孝赡养年迈的母亲，同时又爱心收养了两个女儿，其中一个还是先天残疾。她宁愿自己千辛万苦，也不让老人和孩子受苦受累。

见义勇为

朱育德 凉山州西昌市人，原西昌市保安公司保安。第四届四川省“见义勇为模范”。为救一名跳河轻生的少女，他奋不顾身跃入河中，施救过程中不幸牺牲。他用自己的壮举，诠释了生命的价值和意义。

敬业奉献

景祥俊 四川省国有巴中市通江县铁厂河林场护林员。她喜欢守护着清新美好的山林，因为做一名林场工人就是他最质朴的愿望。即使重病缠身，他依然行走大山，留下了20多万字的《巡山日记》。

前列腺增生合并膀胱结石经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗效果观察

■石棉县人民医院 / 蒋树荣 毛刚

【摘要】目的：探讨前列腺增生合并膀胱结石经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗效果。**方法：**随机抽取 2012 年 4 月~2014 年 11 月诊治 80 例前列腺增生合并膀胱结石患者，并将所有患者平分为研究组和对比组。研究组使用等离子电切术（TURP）和钬激光碎石术进行治疗，对比组 TURP 和开放取石术进行治疗，分析两组的治疗效果。**结果：**研究组手术出血量、拔管时间、住院时间、手术时间明显低于对比组，两者间的差异具备统计学的意义（ $P<0.05$ ）。研究组的并发症发生率明显低于对比组，两者间的差异具备统计学的意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗治疗前列腺增生合并膀胱结石，具有恢复快、效率高、较安全、创伤小等优点，不仅可以取出结石，也可以解决膀胱出口梗阻的问题，值得临床上推广应用。

【关键词】 前列腺增生症 膀胱结石 钬激光碎石术 等离子体双极电切

良性前列腺增生症（BPH）是一种比较常见的老年男性疾病，大约一半以上的年龄超过 50 岁的男性患者容易出现症状 [1]。存在增生的前列腺引起患者出现排尿困难的情况，长期以往，不仅会影响患者的正常生活，也会引起很多严重并发症（例如肾功能不全、结石、急性尿潴留等）。尤其是良性前列腺增生合并膀胱结石最为常见。在临床上治疗膀胱结石治疗方法有很多，例如激光碎石、超声波 / 气压弹道碎石清石系统、气压弹

道碎石、经尿道膀胱镜大力碎石钳碎石等 [2]。本文选择 2012 年 4 月~2014 年 11 月诊治 80 例前列腺增生合并膀胱结石患者使用等离子前列腺电切术联合钬激光碎石术进行治疗，具有明显的效果，现在分析如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取 2012 年 4 月~2014 年 11 月诊治 80 例前列腺增生合并膀胱结石患者，患者通过 KUB 检查、彩超显示存在合并膀胱结石，并且通过尿流动力学检查发现存在无神经源性膀胱因素、膀胱出口梗阻等情况，同时膀胱结石直径 1.0 至 6.0 厘米，前列腺体积 25 至 130 毫升， Q_{max} 平均 6.5ml/s, PSS 平均为 24 分。将所有患者平分为研究组和对比组。研究组 40 例患者，年龄分层于 18~80 岁，平均年龄为（57.85 ± 5.8）岁，其中并发尿潴留 19 例，膀胱多发结石 21 例。对比组 40 例患者，年龄分层于 19~81 岁，平均年龄为（58.85 ± 5.9）岁，其中并发尿潴留 18 例，膀胱多发结石 22 例。两组患者在性别、年龄、病情等各方面比较差异不具备统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

研究组使用 TURP 和钬激光碎石术进行治疗，对比组 TURP 和开放取石术进行治疗，具体内容如下。

1.2.1 TURP 和钬激光碎石术

在手术之前给予患者持续硬脊膜外麻醉，让患者保持平躺的姿势，在手术过程中使用临床常用的奥林巴斯

双极等离子电切镜以及钬激光碎石机。首先经尿道放入等离子镜，在镜下观察到结石的位置、体积等情况之后，接着使用经等离子电切镜的电切环插孔插入 4—5 号输尿管导管，再经输尿管导管内插入钬激光光纤，超出输尿管导管 1~1.5CM，瞄准结石进行钬激光碎石，大小在 0.4~0.5CM，并且使用 Ellik 吸出体内的结石，在仔细检查发现无结石残留、膀胱壁无损伤之后，拔出输尿管导管钬激光光纤。就直接使用等离子电切镜下，在等离子手柄更换电切环进行等离子电切，放入电切镜，注入浓度为 0.9% 生理盐水持续冲洗下，进镜之后可以看到前列腺、后尿道、膀胱各壁的情况，找到准确位置，明确前列腺部以中叶向两侧叶顺序，边电切、边电凝切除前列腺组织，然后使用 Ellik 吸出前列腺碎片，并将其送入病理检查，然后留置 F22 三腔尿管进行冲洗。在手术使用生理盐水不间断膀胱冲洗 1 至 2 天，在患者体内的导尿管 4 至 6 天之后拔除，拔除尿管后给患者进行复查，检查 KUB 以及最大尿流率是否恢复正常水平。

1.2.2 TURP 和开放取石手术

在给予患者持续硬脊膜外麻醉之后，让患者保持平躺的姿势，进行常规消毒和铺巾之后，使用传统的治疗进行切开膀胱取出结石以及膀胱造瘘，按照临床的操作程序进行 TURP，接着给患者止血，再明确前列腺部以中叶向两侧叶顺序，边电切、边电凝切除前列腺组织等等离子电切，并且使用 Ellik 吸出体内的结石，在仔细检查发现无结石残留，膀胱壁无损伤之后，放入电切镜，注入浓度为 0.9% 生理盐水进行冲洗，进镜之后可以看到前列腺、后尿道、膀胱各壁的情况，找到准确位置，明确前列腺部以中叶向两侧叶顺序，边电切、边电凝切除前列腺组织，然后使用 Ellik 吸出前列腺碎片，并将其送入病理检查，然后留置 F22 三腔尿管进行冲洗，术后护理与研究组的基本操作一致，一旦发现突发情况，要及时进行处理，确保患者的安全。

1.3 观察指标

根据两组患者手术出血量、拔管时间、住院时间、手术时间以及术后并发症发生率来评定是使用 TURP 和钬激光碎石术还是使用 TURP 和开放取石术进行治疗前列腺增生合并膀胱结石更有效。

1.4 统计学方法

将研究结果的数据输入 SPSS22.2 软件包，采用统计学分析数据，计量数据采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数数据采用百分数（%）、例数（n）表示， $P < 0.05$ ，差异具

有统计学意义。

2、结果

2.1 两组治疗情况对比

经过对两组治疗情况进行统计分析得出，研究组手术出血量、拔管时间、住院时间、手术时间明显低于对比组，两者间的差异具备统计学的意义（ $P<0.05$ ）。具体内容如表 1 所示。

表 1 两组治疗情况对比（n=40）

组别	手术出血量 (ml)	拔管时间 (d)	住院时间 (h)	手术时间 (min)
研究组	54.25 ± 17.74	5.26 ± 7.18	7.87 ± 3.82	80.27 ± 2.86
对比组	92.25 ± 12.85	8.35 ± 6.49	10.28 ± 2.21	132.96 ± 2.47
χ^2	4.201	5.372	4.394	5.341
P	0.035	0.025	0.046	0.015

2.2 两组术后并发症发生率对比

经过对两组术后并发症发生率进行统计分析得出，研究组的并发症发生率明显低于对比组，两者间的差异具备统计学的意义（ $P<0.05$ ）。具体内容如表 2 所示。

表 2 两组术后并发症发生率对比

组别	例数	术后疼痛	术后感染	并发症发生率
研究组	40	2 (5.00)	4 (10.00)	15.00
对比组	40	6 (15.00)	10 (25.00)	40.00
χ^2	-	4.852	5.965	4.471
P	-	0.021	0.047	0.042

3、讨论

膀胱结石是前列腺增生患者比较常见的并发症，引发的原因为患者排尿困难，过多残余尿液从而使尿液中的颗粒物出现沉淀的现象，一旦发生感染，容易形成结石。要想治疗膀胱结石，不仅需要取出结石，也要解决膀胱出口梗阻的问题 [3]。在临床上治疗前列腺增生合并膀胱结石的方法有很多，例如常规的前列腺电切术加膀胱切开取石术，对患者创伤大，手术之后恢复速度比较慢，而且术后并发症也比较多；大力钳碎石术只适合直



径大于 2.5 厘米的结石，而且在手术过程中，容易造成尿道、膀胱壁的损伤；气压弹道碎石和液电碎石手术时间长，而且效率不高；单用等离子电切术对冲洗液要求比较高，而且手术时间长，容易引发 TUR 综合征 [4]。而前列腺电切术作为治疗前列腺增生的金标准，具有创伤小、恢复快、疗效确切可靠等优点，已被越来越多的患者所接受，在国内各医院广泛开展。经尿道双极等离子电切术 (PKRP) 是在常规单极电切的基础上发展起来的一项新技术 [9]，通过高射频电能等离子电切工作环在生理盐水中形成一个高能等离子体而产生切割、止血作用。PKRP 具有创面厚度适中，仅 0.5~1.0 mm，切割的同时具有良好的止血效果；PKRP 为低温切割，切割温度仅为 40℃~90℃，仅带来有限的热穿透效应，不具有任何更深层的周围组织损伤，可以有效地减少尿道外括约肌的损伤。术中以生理盐水作为冲洗液，发生 TUR 综合征的几率大大降低。另外改良使用输尿管 4-5F 导管是为了保护光纤防止损伤镜子，使用等离子电切环插孔内插入光纤碎石，这样减少反复更换镜子，缩短时间。

通过前列腺增生合并膀胱结石患者的观察，发现经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗治疗前列腺增生合并膀胱结石的优势在于：第一钬激光适用于所有硬度、

体积的结石，具有较高的碎石效率；第二钬激光脉冲时间比较短，所以不容易损伤周围组织，存在可靠、安全的优点；第三用膀胱镜鞘套输尿管镜可以形成不间断的冲洗系统，可以保持视野的清晰度，也可以顺利冲出粉碎结石，有利于手术的顺利进行；第四使用浓度为 0.9% 生理盐水充当冲洗液，可以有效防范 TURS 的出现，并且可以提高电切时间，完整地切除较大腺体或者粉碎较大结石 [5]。对于硬度较高以及体积较大的结石时，为了减少手术时间，也可以使用联合耻骨上膀胱小切口切开，顺利取出结石。

经过研究可知，研究组手术出血量、拔管时间、住院时间、手术时间明显低于对照组，两者间的差异具备统计学的意义 ($P<0.05$)，从而说明经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗治疗前列腺增生合并膀胱结石，具有高效、安全的优势，可以提高术后恢复速度，促进患者的早日康复。研究组的并发症发生率明显低于对照组，两者间的差异具备统计学的意义 ($P<0.05$)。从而说明经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗治疗前列腺增生合并膀胱结石，具有并发症少、安全性高的优点，可以确保患者的安全。

综上所述，经尿道钬激光碎石术和等离子电切术治疗治疗前列腺增生合并膀胱结石，具有恢复快、效率高、较安全、创伤小等优点，不仅可以取出结石，也可以解决膀胱出口梗阻的问题，值得临床上推广应用。

【参考文献】

- [1] 解军委. 经尿道电切镜下同期治疗良性前列腺增生合并膀胱结石 [D]. 郑州大学, 2014.
- [2] 岳良、严景元、李程等. 经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术治疗前列腺增生合并膀胱结石 [J]. 当代医学. 2012(08): 19-20.
- [3] 庞建、詹宇、吴建军等. 经尿道前列腺电切 (TURP) 联合输尿管镜钬激光碎石术治疗前列腺增生症 (BPH) 合并膀胱结石的疗效观察 [J]. 激光生物学报. 2012(05):479-481.
- [4] 林峰、陈军、王鸿康. 经尿道前列腺电切术加钬激光碎石术治疗前列腺增生伴膀胱结石 [J]. 临床泌尿外科杂志. 2012(05): 396-397.
- [5] 杨毅、吴德锋、王培乐. 两种手术方法治疗良性前列腺增生合并膀胱结石的比较 [J]. 医学理论与实践. 2011(05): 502-504.

超声乳化联合人工晶体植入术治疗白内障疗效分析

■石棉县人民医院 / 黄玉媚 邹树军

【摘要】目的：观察超声乳化联合人工晶体植入术治疗白内障的临床疗效。**方法：**我科 2015 年 1 月-2015 年 12 月收治住院白内障患者 179 例 (199 眼)，均采用超声乳化联合人工晶体植入术进行治疗，观察术后患者裸眼视力恢复效果和并发症情况。**结果：**本组患者术后的裸眼视力恢复情况，术后 1d 视力 <0.3 的有 52 眼 (26.2%)，视力 $\geq 0.3<0.8$ 的有 130 眼 (65.3%)，视力 ≥ 0.8 的有 17 眼 (8.5%)，术后 2d 视力 <0.3 的有 34 眼 (17.1%)，视力 $\geq 0.3<0.8$ 的有 134 眼 (67.3%)，视力 ≥ 0.8 的有 31 眼 (15.6%)，术后 4 眼 (2.0%) 发生暂时性高眼压，用药后都恢复正常。角膜水肿 11 眼 (5.5%)，术后 1 周复查角膜水肿均消退。**结论：**超声乳化联合人工晶体植入术治疗白内障效果明显，术中规范操作可以有效降低患者并发症的发生。

【关键词】白内障 超声乳化 人工晶体植入术

白内障是先天或后天因素引起晶体混浊、视力减退的一种临床病症，白内障已成为我国老年人群中最常见的一种致盲疾病，对白内障的治疗，目前仍以手术治疗为主，超声乳化联合人工晶体植入术因具有切口小、无痛苦、手术时间短、无需缝合、切口愈合快，术后视力恢复效果良好等优点，成为白内障手术首选的治疗方法。下面，以我科 2015 年 1 月至 2015 年 12 月 179 例 (199 眼) 白内障患者为例，对超声乳化联合人工晶体植入术的治疗效果进行回顾性分析。

1、资料与方法

1.1 一般资料 选取我科 2015 年 1 月-2015 年 12 月收治的白内障患者 179 例 (199 眼)，男 76 例 (88 眼)，女 103 例 (111 眼)，年龄 27-95 岁，本组病例术前视力 <0.3 的有 174 眼 (87.4%)， ≥ 0.3 有 25 眼 (12.6%)，按照 Emery 分级标准进行核硬度划分的结果为：Ⅲ级及以上的核为 135 眼 (67.9%)，Ⅱ级及以下 64 眼 (32.1%)。

1.2 术前准备

常规检查视力，测眼压，冲洗泪道，散瞳后裂隙灯检查、眼底检查，角膜曲率，眼 A、B 超检查，角膜内皮细胞检查、计算人工晶体度数计算，心电图和相关检验，对于伴有高血压、糖尿病及心脏病等合并症的患者均给予积极的术前治疗评估，待患者的全身病情得到有效控制后，方进行手术治疗。术前高血压患者血压控制在 160/100mmHg 之内，糖尿病患者血糖控制在空腹血糖 $<8.0\text{mmol/L}$ 。

1.3 手术方法

术前均使用复方托吡卡胺眼液散瞳，盐酸丙美卡因作表面麻醉，并给予常规患眼消毒处理，借助开睑器开睑，0.05% 聚维酮碘冲洗结膜囊，于 11 点钟处作角膜缘主切口，切口长度为 3.0 ~ 3.2mm，同时在角膜缘内 2 点钟处用 15° 穿刺刀作长度为 1 ~ 1.5mm 的辅助切口。前房内注入粘弹剂，以保持患眼前房的深度正常，用撕囊镊进行环形连续撕囊，使用平衡盐溶液进行囊膜—皮质—核水的分离。伸入乳化头、对核进行劈核、乳化、

吸出,使用 I/A 系统进行患眼残留皮质的灌注抽吸,并进行后囊膜抛光。在患眼前房、囊袋内部注入透明质酸钠,根据人工晶状体植入术操作中所需的光学部直径,将切口不扩大或扩大为 5.5 ~ 6.0mm,将人工晶体按照常规操作要求植入患者囊袋内后,使用平衡盐溶液进行前房冲洗,待残留的透明质酸钠完全抽吸出来后,使用平衡盐溶液注入患眼前房维持眼压,角膜切口无需缝合,切口处注入平衡液水密封,检查眼压情况,完成上述操作后,术眼涂妥布霉素地塞米松眼膏,包眼,术后 1d 用妥布霉素地塞米松眼液、普拉洛芬眼液滴术眼。

2、结果

2.1 本组患者术后的裸眼视力恢复情况:术后 1d 视力 <0.3 的有 52 眼 (26.2%), 视力 $\geq 0.3 < 0.8$ 的有 130 眼 (65.3%), 视力 ≥ 0.8 的有 17 眼 (8.5%), 术后 2d 视力 <0.3 的有 34 眼 (17.1%), 视力 $\geq 0.3 < 0.8$ 的有 134 眼 (67.3%), 视力 ≥ 0.8 的有 31 眼 (15.6%)

2.2 术后并发症情况:术后 1 眼发生晶体偏位,该病员为术前部分悬韧带断裂,晶体半脱位,4 眼 (2.0%) 发生暂时性高眼压,用药后都恢复正常。角膜水肿 11 眼 (5.5%) 术后 1 周后复查,角膜水肿均消退。

3、讨论

白内障是我国首位致盲眼病,随着年龄的增长其发病率也不断上升,严重影响患者的视力和生活质量,目前,在白内障患者的临床治疗中,超声乳化联合人工晶体植入术是较为先进、效果较为理想的手术方法,白内障超声乳化术是利用超声推动原理,把混浊晶体状核分割成块,对其进行乳化后再用灌注抽吸系统把晶体核及皮质抽吸干净,最后再植入人工晶体,从而达到改善患者视力的目的,患者的视力会有较程度的恢复而脱

盲。其具有切口小、无痛苦、手术时间短、无需缝合、切口愈合快、术后视力恢复效果良好等优点。本次分析中,经过手术治疗 179 例 (199 眼) 患者的裸眼视力都有不同程度的提高,其中,术后 1d 视力 <0.3 的有 52 眼 (26.2%), 视力 $\geq 0.3 < 0.8$ 的有 130 眼 (65.3%), 视力 ≥ 0.8 的有 17 眼 (8.5%), 术后 2d 视力 <0.3 的有 34 眼 (17.1%), 视力 $\geq 0.3 < 0.8$ 的有 134 眼 (67.3%), 视力 ≥ 0.8 的有 31 眼 (15.6%)。从我们手术病员的视力统计看,和国内同行报告的术后视力 0.5 以上的占 90% 以上,及 1.0 的占 50% 以上有一定的差距,主要是因为我县为山区经济欠发达地区,病员年龄偏大眼底及角膜的情况对术后视力的影响,用的 A/B 检查计算的晶体度数对欠矫和过矫及散光对裸眼视力的影响,还有我们植入的晶体为相对中低端的晶体对裸眼视力也有一定的影响,以及视力为术后 1 至 2 天的视力,不是术后病员完全恢复后的视力,影响了病员术后的裸眼视力的统计,造成了裸眼视力统计不如同行高。通过手术病员总结分析,不难发现,我们的手术还会不断完善,有进一步提升视力的空间,让视力更好。由此可见,超声乳化联合人工晶体植入术治疗白内障效果显著,值得推广。

【参考文献】

- [1] 姚慧卿、陈伟江. 白内障超声乳化联合人工晶体植入术后并发症的分析及处理 [J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(17): 2669-2670.
- [2] 卫小莉、许卫玲、王秀芳等. 458 例白内障超声乳化人工晶状体植入术的临床观察 [J]. 中国中医眼科杂志, 2008, 18 (4): 230-231.



食管溃疡 11 例临床分析

■石棉县人民医院 / 范明弟 杨冬梅

【摘要】目的: 食管溃疡进行病因分析,并对治疗及预后作出评价。**方法:** 对 10 年中胃镜确诊的食管溃疡进行全面分析,以防止转为食管腺癌。**结果:** 食管溃疡病因分析及引起并发症出血,食管狭窄、癌变,经治疗后预后较好。**结论:** 本组病例均作胃镜后经活检 2 例核异质细胞,其他为食管粘膜慢性炎变,经治疗症状基本痊愈。

【关键词】 食管溃疡 胃镜

我们从 2005 年 5 月至 2015 年 5 月 10 日 10 年的时间共总结资料较全食管溃疡共计 11 例,本组病例均由上级医院及我院内镜或手术治疗证实食管溃疡共计 11 例。现分析总结如下:

1、引言:

食管溃疡为食管少见疾病,近几年来发病有所增加,其病因也是多种因素所致,近年来由于乱用药物,及抗生素的不合理应用,造成食管粘膜损害,加之不良饮食习惯,促使食管溃疡发生及发展,进而出现食管出血、瘢痕形成,使食管官腔狭窄,加重病情的发展。

2、临床资料:

一般资料:性别: 男性 9 例, 女性 2 例, 年龄: 25-35 岁 5 例, 36 岁-45 岁 4 例, 46-60 岁 2 例。

诱因: 有明显诱因 8 例, 其中干食 (炒饭、辛辣火锅) 3 例, 胃肠炎伴呕吐 3 例, 饮啤酒过量 1 例, 其他 4 例无明显诱因。

临床表现: 合并出血 8 例, 无大出血, 伴腹痛 6 例, 多为腹绞痛, 伴有反酸暖气 9 例, 有食管异物感及梗噎感 8 例, 无症状 3 例, 经手术 (在市及省医院各 1 例) 2 例。

胃镜检查: 在上级医院 (华西医院、解放军总医院、省医院、市医院各 1 例) 共计 4 例及其他医院共 11 例均行胃镜检查确诊, 其中经病理检查 6 例, 其中 2 例为核异质细胞, 4 例为食管粘膜炎症改变。本组病例食管溃疡均在食管下段, 单发溃疡 7 例, 2 处溃疡 2 例, 3 处溃疡 2 例, 本组病例还存在基础疾病, 慢性浅表性胃炎 2 例, 慢性胆汁反流性胃炎 5 例, 胃体溃疡 2 例, 慢性萎缩性胃炎 2 例。幽门螺杆菌检查 (HP): 阴性 (<100 个) 2 例,

HP100-500 个 6 例, 500 个-1000 个 2 例, >1000 个 1 例。

治疗: 本组病例均采用 H2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂加促动力药, 多巴胺受体拮抗剂及胃粘膜保护剂, 疗程为 7 天, 本组病例均采用联合用药。

本组病例 8 例兰索拉唑 + 硫糖铝, 2 例 5 天后症状缓解, 2 例治疗 7 天后无效, 2 例因食管狭窄, 出血而在上级医院手术治疗。

3、讨论:

食管溃疡病因多样并复杂, 有如下几种为常见病因:

1、Barrett 食管 (BE) 为食管下段不耐酸鳞状上皮由山柱状上皮所取代, 临床特点为溃疡, 狭窄及裂孔疝, 该病有可能发展为食管腺癌, Barrett 食管是食管下段括约肌, 是食管—胃连接处抗反流的第一道屏障, 静息压明显低于正常。此病的舒缩受体神经、体液控制, 也受消化道及其他激素的影响, 另外腹压增高时食管下段括约肌压力不能同步升高, 是引起食管反流, 一过性下食管括约肌松弛频率增高也是引起此病的重要发病机制之一。

2、反流性食管炎: 主要是食管下段括约肌的功能减弱、胃或肠内容物反流入食管, 引起食管下段充血、水肿及溃疡的形成, 严重者可致食管粘膜反复溃疡, 出血及瘢痕形成。反流性食管炎中胃反流物的胃液及胃蛋白酶是食管粘膜的主要损害因子, 以胃酸为重要, 反流液中还常混合有胆汁、胰酶等而引起食管粘膜的损害, 加之食管某些疾病导致食管肌肉或支配肌肉运动神经受损, 致食管下段蠕动障碍, 引起本病。

3、药物性溃疡: 最常见的药物强力霉素、奎尼丁、氯化钾片、胆碱能、 β 受体阻滞剂、 α 受体拮抗剂、多巴胺、地西洋、钙拮抗剂、口服避孕药等, 当药物在食管内停留, 刺激食管或分解成强酸侵蚀所致。

4、感染: 对长期患慢性病的患者, 当机体抵抗力下降, 咽部及胃肠道的细菌、病毒等趁机而进入血液循环或者直接侵犯食管, 损害食管粘膜而引起食管溃疡。这类病人要特别注意当有胸骨后烧灼感或疼痛, 胃食管反流, 咽下困难等高度重视, 并作有关检查, 因本病因食管溃疡而引起食管狭窄出血, 应及时治疗。

预防性应用抗生素对重症急性胰腺炎的疗效评估

■石棉县人民医院 / 邓天君 詹锦霞

【摘要】急性胰腺炎主要是由胆石疾病和过度饮酒引起的。由于诊断和治疗水平的提高，胰腺炎相关的死亡率在过去的二十年明显下降。但是如果疾病发展为重症急性胰腺炎（SAP），其死亡率仍大于30%。SAP通常伴有胰腺和胰腺周围组织的坏死，增强CT扫描对胰腺坏死的准确率达90%。胰腺或胰周坏死或胰腺导管系统破坏的病人中，胰腺感染率达40%–70%，几乎在感染的急性胰腺炎患者中均先存在胰腺和胰周坏死，坏死越广泛越易发生感染。这是因为坏死组织是病原菌的理想培养基，另外微血管血栓形成致器官供血不足将会限制静脉注射的抗生素到达坏死的胰腺或周围组织，使该区发生感染的危险性进一步增大。当临床怀疑有感染时，使用CT引导下经皮细针穿刺，取胰腺或胰周组织进行细菌涂片或细菌培养来证实。但是关于预防性应用抗生素目前尚有争议。有文献对SAP患者进行回顾性研究，评估预防性静脉使用抗生素对SAP患者胰腺感染和死亡率的影响，结论是预防性使用抗生素可以显著降低SAP的感染率，生存率也有提高，但还缺乏统计学意义，故有必要进行前瞻性、随机、双盲多中心实验。本研究通过对国内外预防性使用抗生素的随机对照实验进行分析，发现预防性应用抗生素可降低急性坏死性胰腺炎的感染率和死亡率。

【关键词】重症急性胰腺炎 抗生素治疗

1 临床病例

患者，女，54岁，因“腹痛，腹胀2天，伴气紧1天”入院。2天前患者进食油腻食物后出现腹痛，以左侧上腹部疼痛为主，为持续性胀痛，进行性加重，并伴呕吐多次，进食后疼痛加重。1天前患者出现气紧，不伴心慌心累。既往高血脂症病史。查体：T:38.1,R:34次/分,P:121次/

分BP:95/60mmHg形体肥胖，神清神差，皮肤巩膜未见黄染。双肺呼吸音粗，心律齐，双肺呼吸音粗，左下肺闻及湿罗音。腹张力高，中上腹部及左上腹压痛明显伴有反跳痛，双下肢不肿。辅助检查：AMY、ALT升高，甘油三酯升高，CT示：胰腺肿大，胰头坏死，胰周积液，考虑重症急性胰腺炎。

2、提问：预防性应用抗生素是否能降低急性坏死性胰腺炎的胰腺感染率和死亡率？

P：重症急性胰腺炎

I：预防性应用抗生素

O：感染率，死亡率

3、检索证据：

1 对Pubmed、Ovid等数据库进行检索，年限为1990—2007年。

2 检索策略和结果

(The research strategy and result)

severe acute pancreatitis (SAP) and antibiotic treatment six RCTs

4、检索证据的分级

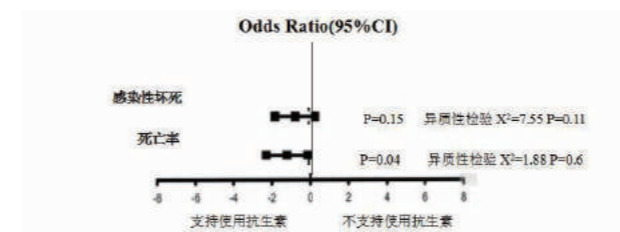
根据循证医学证据评价的原则，A级证据是来源于系统评价或大型随机对照试验（RCTs）的证据。B级证据为来源于小型随机对照试验、半随机对照试验或交叉设计、队列设计和前后对照的试验的证据。C级证据是病例—对照试验及横断面试验、非随机对照试验所提供的证据。D级证据多为描述性研究及专家意见。

5 检索证据的结果

急性坏死性胰腺炎预防性应用抗生素的随机试验（B级）					
文献	病例数	治疗	纳入标准	感染性坏死	死亡率

Pederzoli et al	41	亚胺培南	CT证实坏死	5/41 (12.2%)	3/41 (7.3%)
	33	对照组	CT证实坏死	10/33 (30.3%)	4/33 (12%)
Sainio et al	30	头孢噻肟	CRP>120mg/L,CT	9/30(30%)	1/30(3.3%)
	30	对照组	CRP>120mg/L,CT	12/30 (40%)	7/30 (23.3%)
Schwarz et al	13	Oflox/甲硝唑 (预防性应用)	CT	8/13 (62%)	0/13 (0%)
	13	Oflox/甲硝唑 (需要时应用)	CT	7/13(54%)	2/13 (15%)
Nordbock et al	25	亚胺培南 (预防性应用)	cRP>150mg/L,CT	2/25 (8%)	2/25 (8%)
	33	亚胺培南 (需要时应用)	CRP>150mg/L,CT	14/33 (42%)	5/33 (15%)
Isennunn et al	37	环丙沙星/甲硝唑	CRP>150mg/L, CT	7/37 (18.9%)	3/37 (8.1%)
	33	对照组	CRP>150mg/L, CT	5/33 (15.2%)	3/33 (9.1%)
Luiten et al	50	选择性抗感染	Imrie score ≥ 3, CT	9/50 (18%)	11/50 (22%)
	52	对照组	Imrie score ≥ 3, CT	20/52 (38%)	18/52 (35%)

Meta分析：



从这个分析可以看出预防性应用抗生素可显著降低死亡率，但不能阻止感染的发生。

6、证据质量评价

在检索的证据中，B级证据均为Cochrane系统评价或RCTs，经过严格的评价和筛选，混杂因素少，产生偏倚小，论证强度高。虽然其论证强度有限，但在无高级证据可用时，仍然能为临床实践提供指导。

7、应用证据和后续评价

预防性应用抗生素不能降低急性坏死性胰腺炎的感染率，能降低其死亡率。在坏死性胰腺炎的治疗中预防性应用抗生素优于必要时应用抗生素。对于证实有胰腺坏死的病人应预防性使用亚胺培南或倍能。

【参考文献】

- Steinberg W, Tenner S. Acute pancreatitis. N Engl J Med. 1994;330:1198–1210.
- Lankisch PG. Epidemiology of acute pancreatitis. In: Malfertheimer P, ed. Acute Pancreatitis: Novel Concepts in Biology and Therapy, 1st ed. Berlin: Blackwell Science, 1999:145–153
- Bank S, Singh P, Pooran N, et al. Evaluation of factors that have reduced mortality from acute pancreatitis over the past 20 years. J Clin Gastroenterol. 2002;35:50–60.
- Neoptolemos JP, Raraty M, Finch M, et al. Acute pancreatitis: the substantial human and financial costs. Gut. 1998;42:886–891.
- Soran A, Chelluri L, Lee KKW, et al. Outcome and quality of life of patients with acute pancreatitis requiring intensive care. J Surg Res. 2000;91:89–94.
- Bradley EL 3rd, Allen K. A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. Am J Surg. 1991;161:19–24.
- Baron TH, Morgan DE. Acute necrotizing pancreatitis. N Engl J Med. 1999;340:1412–1417.
- London NJ, Neoptolemos JP, Lavelle J, et al. Contrast-enhanced abdominal computed tomography scanning and prediction of severity of acute pancreatitis: a prospective study. Br J Surg. 1989;76:268–272.
- Clavien PA, Hauser H, Meyer P, et al. Value of contrast-enhanced computerized tomography in the early diagnosis and prognosis of acute pancreatitis: a prospective study of 202 patients. Am J Surg. 1988;155:457–466.
- Nordback I, Sand J, Saaristo R, et al. Early treatment with antibiotics reduces the need for surgery in acute necrotizing pancreatitis: a single-center randomized study. J Gastrointest Surg. 2001;5:113–118.
- Luiten EJ, Hop WC, Lange JF, et al. Controlled clinical trial of selective decontamination for the treatment of severe acute pancreatitis. Ann Surg. 1995;222:57–65.
- Sainio V, Kempainen E, Puolakkainen P, et al. Early antibiotic treatment in acute necrotizing pancreatitis. Lancet. 1995;346:663–667.
- Pederzoli P, Bassi C, Vesentini S, et al. A randomized multicenter clinical trial of antibiotic prophylaxis of septic complications in acute necrotizing pancreatitis with imipenem. Surg Gynecol Obstet. 1993;176:480–483.
- Schwarz M, Isenmann R, Meyer H, et al. Antibiotic use in necrotizing pancreatitis: results of a controlled study. Dtsch Med Wochenschr. 1997;122:356–361.
- Isenmann R, Runzi M, Kron M, et al. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial. Gastroenterology. 2004;126:997–1004.

基层医院微造瘘经皮肾镜碎石取石术体会

■石棉县人民医院 / 李利剑 费姜

【摘要】目的：探讨基层医院采用经皮肾镜技术治疗肾及输尿管上段结石的可行性、安全性，找到适合基层医院的肾及输尿管上段结石的经皮肾镜治疗方法；**方法：**对我院3年多来开展的采用微造瘘输尿管肾镜钬激光碎石取石对肾脏及输尿管上段结石进行治疗的67例经皮肾镜碎石取石术病例进行总结分析；**结果：**结石取净率86.6%，未出现术中术后感染性休克、大出血，未进行输血；**结论：**基层医院采用微造瘘输尿管肾镜钬激光碎石取石安全、有效，适合再开展。

【关键词】基层医院 微造瘘 经皮肾镜

[Abstract] Objective: To explore the grass-roots hospital by percutaneous nephrolithotomy in treatment of renal and upper ureteral calculi of feasibility, safety, to find suitable for primary hospital renal and upper ureteral calculi with percutaneous nephrolithotomy treatment; methods: A total of more than three years in order to develop the micro colostomy kidney ureter mirror holmium laser lithotripsy removed on kidney and ureter Duan Jieshi treatment of 67 cases of percutaneous nephroscope rubble stone extraction for cases summarized analysis; Results: the stones to take the net rate of 86.6%. There was no intraoperative postoperative

septic shock, bleeding, blood transfusion; Conclusion: the grass-roots hospital by micro stoma of kidney and ureter mirror holmium laser lithotripsy stone extraction is safe and effective, suitable for the development.

[Key words] Primary hospital Micro stoma Percutaneous nephroscope set

泌尿系结石是泌尿外科常见病、多发病，近年来，对泌尿系结石的治疗已逐步采用腔内手术、微创手术，其中肾脏结石和输尿管上段结石采用经皮肾镜进行气压弹道、钬激光、超声碎石加吸附等方法进行碎石清石治疗，经皮肾镜碎石取石已成为治疗肾及输尿管上段结石的金标准，但是由于经皮肾镜术技术要求较高、风险较大，基层医院大多仍然还是采用开放手术进行取石治疗，我院自2011年派人到广州医科大学师从名师李逊学习经皮肾镜技术后，逐步在临床工作中摸索开展了微造瘘输尿管肾镜钬激光碎石取石术，目前已开展手术67例，取得了较好的效果，基本上实现了肾及输尿管上段结石的腔内微创治疗。现将情况报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组67例中，男43例，女24例；年龄最小24岁，最大86岁，平均52岁；肾结石38例，肾及输尿管上段结石29例，输尿管上段第四腰椎横突

上沿以上结石22例，髂嵴水平至第四腰椎横突下沿结石7例；完全鹿角形结石2例，部分鹿角形结石4例，左侧38例，右侧29例，双侧3例，本组病人均合并有不同程度肾积水，伴肾功能不全16例，高血压病7例，合并其它方面疾病16例，在外院手术后结石残留在我院再手术2人，行多通道取石1人，二期手术10人，出现结石残留11人，发现后进行二期取石2人，9人残留结石较小，不需行二期取石，造瘘后诊为肾结核1人，后赴华西作肾切除，出现术后出血6人，其中经保守治疗恢复5人，一人因我院无栓塞止血条件，虽可能也不需进行栓塞，但为安全起见转成都市第二人民医院，结果也未行栓塞，经保守治疗痊愈。

1.2 手术设备：采用德国WOLF公司的F8/9.8输尿管肾镜，使用液压泵加压灌注，麦迪逊超声诊断仪、普朗C臂X光机、大簇科瑞达65W钬激光、美国史塞克腔镜摄像系统。

1.3 手术方法：

1.3.1 手术指征：（1）肾脏内直径大于2cm结石，或者虽稍小于2cm但肾积水达1.5cm以上；（2）输尿管上段1cm以上结石，且位于第四腰椎横突以上（第四腰椎横突以下但靠近横突，输尿管积水重者也可以）。

1.3.2 麻醉：除二期取石病人外，全部行气管插管全麻。

1.3.3 穿刺建立经皮肾通道：先取膀胱截石位行F5输尿管导管逆行插管，部分肾积水较少者可用F5气囊型输尿管导管，插管成功后接输液管进行生理盐水滴入，并缓慢注水形成人工肾积水，有5例采用侧卧位，其他全部改取俯卧位，腰腹部稍垫高，选择腋后线到肩胛线之间第十二肋缘下或第11肋间隙为穿刺点，在C形臂X光机或B超的引导下，用18G穿刺针穿刺，穿刺方向朝向结石或准备进入的肾盏，一般为肾中后盏，进入肾盂或肾盏后，拔除针芯，可见尿液流出，通过穿刺针鞘放入导丝，最好能够插入输尿管腔内，插入肾盂或肾盏内5-10cm。用小尖刀沿穿刺针切开皮肤和筋膜，退出针鞘留下导丝；再沿导丝用扩张器进行扩张，从F12开始，再F16-F18。最后把F18鞘扩入肾盂，经皮肾通道建立。

1.3.4 碎石操作：经操作鞘放入输尿管肾镜，灌注泵持续灌注，流量200-350ml/min，压力≤2.94kPa（30cmH₂O），操作鞘出水通畅时，观察到结石后，使用钬激光进行碎石，将结石碎成小块随灌注液冲出，稍

大结石用取石钳取出。详细检查各肾盏，如无结石残留，经操作鞘放入F16气囊型肾造瘘管，缝合固定。

如果通道建立后或者操作中发现冲洗液较红时，及时终止手术，留置肾造瘘管，待7d后再行二期手术，若单一通道取石困难，再选取另外肾盏建立第二或第三个经皮肾通道。

1.3.5 术后处理 严格卧床休息7天，复查尿路平片，无异常后拔肾造瘘管，双J型输尿管导管术后1月门诊膀胱镜拔除。

2 结果

本组成功开展87例病人，实际还有一例是肾积水较少，穿刺失败，改为开放手术；1例病人有肾结核，穿刺成功后见肾内失去正常形态，安造瘘管后结束手术，术后造瘘管只有少量血性液引出，无尿液，转华西医院诊为肾结核最后行肾切除；1例术后有反复间歇性血尿，转成都市第二人民医院，结果患者为肋间血管出血，未行栓塞，经冲洗、止血治疗痊愈；1例术后恢复良好，但在第4天突然出现出血，血色素由116克降为82克，经止血，肾造瘘管水囊加压观察，患者顺利恢复，未行输血及栓塞处理；行二期经皮肾7例，其中3例为穿刺时发现积脓，行肾造瘘后7天二期手术，2例为双侧多发铸型结石，每侧分别行一、二期手术，其中一例病人因老年体差结石复杂，一侧行三期手术；1例病人结石为铸型，经一通道碎石取石困难，打第二通道；87例中有8例肾脏残留有较小结石。

具体见下面统计表：

并发症	穿刺损伤	穿刺失败	输血	需栓塞止血	高热	感染性休克	二期手术	结石取净率
术中	0	1	0	0	1	1	/	/
术后	/	/	0	0	1	0	4次	90.8%

近年来，PCNL相关并发症总体呈显著降低趋势，国外报道：总并发症发生率38%~41%，严重并发症≤5% [1]，但我院进行微造瘘经皮肾镜钬激光碎石取石各种并发症均明显小于报道。

3 讨论

石棉县属于泌尿系结石中等发病地区，对于较大肾、输尿管上段结石我县乃至全市以前一直都是通过开放手术进行治疗，但由于肾及输尿管位置较深，开放手术所

需切口较长,要切断途经各种肌肉,损伤较重,且会对患者肾脏造成严重损伤,术中出血量大,由于不能对肾中进行检查,肾中小结石残留较多。随着现代医学技术的发展,经皮肾镜作为一种全新的肾结石手术治疗方案,在治疗上尿路结石方面,已彻底改变了传统的开放手术治疗模式,只有需要同时进行解剖重建的结石患者才考虑腹腔镜手术或者开放手术[2],但是经皮肾镜技术作为一个风险性较高、技术要求较高的新技术,各种严重的并发症也经常发生,目前在一些三级甲等医院中都还未开展,在基层医院中开展得就更少了,如何顺利开展PCNL,熟练掌握技巧,而避免发生严重并发症是一个很严肃的课题。为了使我县此类病人治疗创伤大幅减少,得到这一技术的及时治疗,我院派人到广州师从名师李逊进修学习,在雅安市公立医院中首先开展了经皮肾镜钬激光碎石取石术,取得了较好的效果,我们经过临床摸索体会总结如下:

1、患者体位采用侧卧位和采用俯卧位均可,本组有5例采用侧卧位,侧卧位可以在手术操作过程中进行肾区扣击,促使肾盏小结石落入肾盂,但是在穿刺、操作时有一定不便,由于可能会采用C臂X光机进行结石定位,因此俯卧位比较实用[3],并且俯卧位能让术者更容易辨清体表标志,避免腹腔脏器的损伤[4];

2、PCNL成功与否,经皮肾通道的建立是关键[5][6],采用B超定位,必要时结合C臂X光机进行穿刺引导较单独采用B超引导为好,我们在早期由于考虑到X线辐射,只使用B超进行引导,结果一例病人穿刺失败,无法建立经皮肾通道,最后采取了开放手术取石,并且若只使用B超引导,进行肾盏穿刺较困难,穿刺带有盲目性,若未从肾盏穿刺,易损伤血管,出血率增加;

3、穿刺成功后放入斑马导丝要深,否则若导丝退出,前面部分较软,扩张进鞘时易出现偏离,本组出现有一例,或者不用斑马导丝,使用较粗专用导丝,前面部分软但是带有钩状结构,打鞘时不易出现偏离;

4、使用F18以下鞘,进行微造瘘,使用输尿管肾镜进行碎石取石,由于孔较小,对肾损伤小,术中术后不易出现需要进行栓塞止血的出血,本组没有一例病人进行输血,有一例病人可能需要栓塞,转入上级医院后,也未进行栓塞止血,当然我们采用的是钬激光碎石,如果采用气压弹道或者超声碎石、吸附这个通道可能太小,但是我们认为,如果由于资金原因,只配置一种碎石设



备,基层医院采用钬激光碎石是最合适的,能碎坚硬结石,还可以用来进行尿道狭窄处理,更主要的是可以进行微造瘘经皮肾镜手术;

5、若穿刺抽出为脓液,或者通道建立操作过程中出血较多,可以及时安放肾造瘘管终止手术,据报道PCNL相关尿脓毒症发病率0.25%~1.5%,死亡率20%~40%[7],本组病人只有一例术中有发热,有一例心率加快血压升高,有脓毒败血症初期表现,及时处理后病人平稳,没有出现感染性休克、没有输过血,没有进行过栓塞止血,PCNL最严重的并发症就是感染与出血,所以要严密防范出现这二个并发症,必要时及时安放造瘘管终止手术,这一点对基层医院至关重要,因为基层医院多不具备介入栓塞止血条件;

6、本组虽然是微造瘘,使用F18鞘,但是进行碎石用的是输尿管镜,冲洗液流出较通畅,这也是出现脓毒血症较少的原因之一;

7、碎石完成后要用X光机再行检查,本组之所以残留结石较少,清石率较高,除了有相当一部分是输尿管上段结石外,有多例X光检查发现有结石残留,最后达到完全清石,C臂X光机功不可没;

8、安放造瘘管最好为气囊型,若有出血,便于加

压处理,安放位置也很关键,不能过深,若位置过深,会影响造瘘管通畅性;

9、警惕肾结核,本组一例本来穿刺建通道均较顺利,肾中见一片红色,只好造瘘,术后只流出血性液,无明显尿液,转华西最后行肾切除,回过头来看CT片,发现患者肾内积液部分较其他病人密度要高,但患者症状不典型,术前如何排除,尚有难度;

10、术后若出现出血,可行对症处理,多数都能止血,本组有一例曾有血色素明显下降,治疗后效果良好,一例为安全起见,转上级医院,最后也未行栓塞止血,说明微造瘘经皮肾手术需要进行栓塞止血的是非常少的,在基层医院开展也是很安全的。

综上所述认为:在基层医院进行微造瘘经皮肾镜治疗肾结石、输尿管上段结石效果理想,需要输血率、需进行栓塞止血率以及出现脓毒败血症都很少,是较为安全的,较开放手术而言出血量小,且结石清除率高,值得在广大基层医院推广。

【参考文献】

[1] Berkan Resorlu, Cengiz Kara, Ural Oguz, et al.

Percutaneous nephrolithotomy for complex caliceal and staghorn stones in patients with solitary kidney, Urol Res,2010,3(2):458-464.

[2] 陈修德, 金讯波. 经皮肾镜碎石术经验总结, 泌尿外科杂志(电子版)[J], 2011,3(3):1-4.

[3] Chedid Neto EA, Ibrahim Mitre A, Mendes G ómez C, et al. Percutaneous nephrolithotomy with the patient in a modified supine position. J Urol. 2007,178(1):165-168.

[4] Riley JM, Stearman L, Troxel S. Retrograde ureteroscopy for renal stones larger than2.5 cm. J Endourol, 2009,23:1395-1398.

[5] 陈善勤、李兴斌、赖建平. 一种改良的皮肾通道法在肾结石PCNL中的应用研究[J]. 四川大学学报(医学版), 2007, 38(1): 174-175.

[6] 周祥福主编. 微创泌尿外科手术与图谱[M]. 广东: 广东科技出版社, 2007: 9.

[7] 魏武、葛京平、马宏青等. 经皮肾镜钬激光碎石术全身炎症反应综合征发生的相关因素, 临床泌尿外科杂志[J], 2007,22(4): 264-269.

Excel 表格 在手术室分层级护理绩效计算中的应用

■ 手术室 / 万晓蓉

【摘要】目的：探讨 Excel 工作表格在手术室护士分层级绩效计算中的运用方法，使护士长及绩效小组在护理绩效计算中省时间、出错少。运用表格形式，分级系数分配清晰明了，可提高护士的积极性。**方法：**采用 Excel 表格工具，利用 Excel 的表格性及函数库使绩效结果自动生成。**结果：**Excel 表格工具计算分层级绩效对比手工计算分层级绩效，时间大大缩短，出错率降低，认可度高。**结论：**用 Excel 表格设计的护理分层级绩效统计计算表，节约了绩效组的计算时间，减少了护士长的复核时间，提高了工作质量，准确度高，护士长便于管理，使护理分层级管理更一目了然。

【关键词】Excel 手术室 分层级 绩效 应用

进入新的世纪以来，在计算机技术发展的推动下将巨大的发展动力带给了数据处理技术，在 Excel 软件中对计算机技术进行应用，进而能够将更加科学有效的数据为当今社会的发展提供出来，在现阶段的数据处理工作中，将 Excel 软件应用进去就很好地迎合了时代发展的需求。[1] 如何将计算机技术融入护理管理，提高护理管理的有效、及时和准确，更好地解放护士长，使护士长有更多精力用于管理，是大家值得讨论的问题。传统的护理绩效计算需要护士长耗费大量时间计算，且容易

出错；重新核算又要耗费大量时间。近年来，我国各级医院实行分层级绩效管理，让绩效分配更精细化，无疑加大了护士长的工作难度。为了减少护士长的工作量，节约时间，我科于 2015 年 1 月至 12 月使用 Excel 电子表格制作绩效考核分配计算表，计算时间明显缩短，效果显著，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

我科护理人员共 15 名（5 月份后 13 名）。手术间共 8 间，实际开放手术间 5 间，床护比 1:3，其中副主任护师 1 名，主管护师 1 名，护师 8 名，护士 5 名（5 月份后 3 名），分层级护士 N0 级 3 名，N1 级 5 名，N2 级 5 名，N3 级 1 名，N4 级 1 名。从 2014 年起，我院实行分层级绩效管理，绩效工资分为 80% 层级绩效，20% 月考核绩效，科室 20% 月考核绩效分为满意度 7%、工作量 8%、业务技术 5% 进行分配。我科室将护士长返回部分除去科室特殊奖励剩余部分一并纳入工作量进行分配，体现多劳多得。

1.2 对比方法

利用 Excel 电子表格计算，统计当月护士绩效总系数、个人系数，80% 层级总数，20% 层级总数，80% 层级均数，20% 层级均数，护士长 50% 均数，满意度、



工作量、业务均数、缺勤均数，最后计算出每个人当月实际绩效数目。将 2015 年 1 月至 12 月分层级绩效计算方法分为两组，一组为手工计算组，另一组借助 Excel 表格计算组，以每个月计算时间及出错情况进行比较，结果用 Excel 表格计算时间明显缩短，出错率明显降低。对两组计算分层级系数方法的时间、出错情况进行统计学分析，使用 T 检验，以 P<0.05 为差异有统计学意义。（如表 1）

表 1 两组分层级绩效计算方法时间与出错情况比较

组别	平均时间 / 分钟	平均出错情况 / 次
手工计算组	121.8167 ± 17.9865	3.5 ± 1.446
Excel 计算组	41.9167 ± 5.1603	0.9167 ± 0.9962
T 值	21.7986	5.0963
P 值	P<0.05	P<0.05

1.3 Excel 使用方法

1.3.1 建立方法

建立一个 Excel 电子表格，设计 3-4 个表格，表 1 为科室护士绩效工资核算表，表 2 为 20% 月考核计算表

格，表 3 为护士绩效系数计算表格，表 4 为护士缺勤缺扣计算表，在表格 1 顶端中输入护士实发，护工实发，转科，科室提留，层级总和，1.0 层级分数。表格内输入姓名，系数，满意度分数，工作量分数，业务分数，护士长 50% 奖励，根据设置好的程序，系统将自动计算出 80% 层级绩效，29% 层级绩效分配分值。

1.3.2 80% 层级分数计算

护士绩效计算扣除护工、转科、科室提留，G43(护士总绩效)=(A2(护士实发)-B2(护工)-C2(转科)-D2(提留))，层级绩效占总绩效 80%，F2(层级均数)=(A2(护士实发)-B2(护工)-C2(转科)-D2(提留))/E2(总系数)，A(4-15)个人层级绩效 80%=D(4-15)(个人层级系数)×F2(层级均数)×0.8。护士长层级为 100%=F2(层级均数)×D(2-3)(护士长层级系数)，护士长 50%=护士长层级/2。

1.3.3 20% 层级分数计算

20% 层级计算在表 2 中实现，根据 20% 占比分配，满意度、工作量、业务分别占比 7%、8%、5% (0.35、0.4、0.25)，将月分配占比量化，分别对科室人员每月测评，将测评分值分别输入表 2，以 A48 为例，A(48)7% 满意度绩效=(I43(20% 月分配)÷0.35)/E61(7% 总分直)×E48 个人满意度分值，A(48)8% 工作量绩效=(I43

(20%月分配)÷0.4)/H61(8%总工作量)×H(48)个人工作量, A(48)5%业务绩效=(I43(20%月分配)÷0.25)/L61(5%业务分值)×L(48)个人业务分值, 满意度总分值 E61=每人满意度分值的总和(48至60总和); 工作量总分值 H61=每人工作量分值的总和(48至60总和) 业务总分值 L61=每人业务分值的总和(48至60总和)。

1.3.4 50% 护士长工资分配计算

将50%护士长工资分配也在表2中计算,方便最后计算出缺控前绩效,以A48为例,将50%护士长工资分为加班奖励、一般奖励及工作量奖励,A48(工作量奖励)=护士长50%总绩效-加班奖励-一般奖励,S48(个人均数)=工作量奖励总和÷H61总工作量,A48工作量绩效=S48(个人均数)×A48层级系数。50%护士长系数=加班奖励+一般奖励+工作量绩效。

1.3.4 缺勤缺控计算

缺勤缺控在表4中计算,将姓名、层级系数输入表格,利用表2中缺勤人员得出绩效,按缺勤天数,当月天数,将均数用公式计算出来,以A48为例,A48缺控绩效=均数×A48层级系数。

1.3.5 功能实现

以N9为例,它对应于A9的总绩效分数,其命令语句如下:=SUM(E4:M4),也可利用Excel中的“Σ”求和功能,计算出E4:M4的总分数,N31对应于A9至A22的总绩效分即全科护理绩效总分,其命令语句如下:=SUM(N9:N22),利用Excel中的“Σ”求和功能,计算出N9:N22的总分数。[2]F2对应于全科层级平均分,其命令语如下:=(A2-B2-C2-D2)/E2,计算出全科层级平均分。E9对应相应层级人员80%层级绩效,其命令语如下:=F2*D9*0.8,计算出80%层级绩效,表2中的满意度、工作量、业务培训、50%护士长奖励上的数据会自动生成,命令语句类似,以A9的满意度为例,命令语句为:=(I43*0.35)/E59,20%满意度绩效由命令语为:=PRODUCT(E48,F48),20%总系数由满意度、工作量、业务培训、50%护士长奖励相加,命令语为:=SUM(G49,N49,K49),缺勤前个人绩效对应与Y49,将80%绩效,20%绩效,50%护士长奖励相加,命令语为:=SUM(K49,N49,U49,D49,-V49,-W49,X49)。表2中的缺勤人员计算将直接计算到表1中缺空项J7,其命令语为:=SUM(D68,F68,H68,J68,L68,N68)。总绩效分数对应N30,加上护工、转科、科室提留,其命令语如下:=N20+N24+N28+N29,在N31中得出总分配绩效,与A2

相符,实现功能。

2 结果

利用Excel电子表格进行绩效计算,时间由手工计算的121.8167±17.9865分钟,缩短到41.9167±5.1603分钟(P<0.05),出错率由3.5±1.446次降低到0.9167±0.9962次(P<0.05),各项优于手工计算;在计算中表格信息一目了然,在出错时也比手工计算更便于找出;护士长在计算绩效奖金时,能节省工作时间,以每月为单位,能节省1-3h,减少了更多的工作量。

3 结论

3.1 Excel除了强大的表格功能外,还具有数据统计、分析、管理等强大功能。可辅助护士长的各种数据统计及处理工作。[3]它能够准确快速地进行数据的输入、计算、筛选、制表、制图等,可以很方便进行数据管理(删除、修改、添加数据),可有效改变以往靠人工计算器计算费时费力欠准确的状态,数据的准确性也得到了有效的保证,且表格简单易懂,科室人员在接受指导后很快熟悉并能运用于各种表格制作。

3.2 Excel制作护理绩效统计分配表,节省了工作时间,提高了正确率,以往每月护士长根据护理绩效各项内容进行统计再计算,需要在纸张上画出表格,用计算器依次计算,每月用大量的时间进行计算工作,耗时耗力,特别是纳入工作量后。而且不能保证每次计算结果准确,需进行复核,浪费时间。用Excel表进行护理绩效分配,绩效计算结果自动生成,大大节省了护士长时间。且护士能清楚明白自己各项所得及工作量,在出错的情况下很容易找出出错点,事半功倍。

3.3 利用现代科技,让电脑代替人为计算,能减少护士长工作量,提高了护理管理水平、管理效率、管理质量,护士长便于管理,使护理分层级管理更一目了然。节约了更多时间,让更多时间服务于医生和病人。值得推广和利用。

【参考文献】

- [1] 邱德春.浅谈计算机EXCEL软件在学校教育教学管理中应用的几点体会[J].计算机光盘软件与应用,2014.17(24):253-253
- [2] 卞丽霞.Excel在ICU护理绩效奖金计算中的应用[J].中国医药指南2013,11(22):753
- [3] 欧阳红东.数据处理中Excel的应用分析[J].电脑知识与技术,2011(09)

优拓敷料 用于拔甲术后换药效果观察

■伤口门诊 / 张静梅

【关键词】拔甲术后 优拓敷料 换药 效果观察

拔甲术是常见的一种小手术,临床上用于治疗甲沟炎及指(趾)头外伤。一般术后传统的换药方法是用凡士林纱布覆盖创面,但凡士林纱布更换时与创面想粘连,易造成二次损伤,病人换药时疼痛剧烈,且医务人员操作耗时。伤口愈合取决于甲床的保护和保持伤口良好的湿性环境[1]等。优拓敷料是一种磺胺嘧啶银脂质水胶体敷料,具有抗感染、不与伤口粘连、减轻病人疼痛、加快创面愈合的特点[2],它能吸收伤口渗出物形成水凝胶,为伤口提供最佳的湿性愈合环境。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 2015年1月-2015年12月在伤口门诊接受拔甲治疗病人29例,男24例,女5例,年龄11岁~68岁,平均年龄45岁,均为甲沟炎及外伤所致,其中3例合并糖尿病。所有病人凝血机制正常,并按常规口服抗生素。

1.2 换药方法 病人行拔甲术后将创面按常规消毒清创完毕,用5%碘伏消毒创面2次,0.9%生理盐水棉球清洗(可减轻病人疼痛),用干灭菌干纱布按压甲床根部1min[3],之后取下干纱布并迅速将优拓敷料放于创面,再覆盖单层盐水纱布,最外层用灭菌纱布包扎。根据伤口情况每3~5天换药1次,每次换药均先用5%碘伏消毒、0.9%生理盐水清洗后用优拓敷料、单层盐水纱布、干灭菌纱布依次覆盖创面。

2 效果观察

2.1 疼痛程度判断:伤口与敷料无粘连,操作时手法轻柔,病人疼痛感知明显减轻,本组病例中有20例为无痛,5例为轻度疼痛,4例为中度疼痛(去除时采用视觉模拟评分法(VSA)评估病人的疼痛程度并准确记录,根据WHO数字分级法:0分为无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~9分为重度疼痛,

10分无剧痛[4])。

2.2 创面愈合时间:愈合时间最长12天,最短8天,平均愈合时间为7.5天,均以创面结痂、局部无不适为标准。

2.3 出血的观察:换药时本组病例25例出血量为1ml,4例出血量为2ml,平均出血量为1.1ml(以操作者换药时肉眼直观评估出血量为标准)。

2.4 不良反应:本组病例均未发现换药后伤口周围有红、肿、热、痛及全身有红斑、瘙痒、皮疹等过敏及毒副反应。

3 小结

优拓是法国优格公司开发的一种新型的脂质水胶体敷料,它利用水胶体颗粒为创面提供了湿性愈合环境及不粘连伤口的优点,使得在湿性环境中生长的肉芽组织得到保护,从而加速了伤口的愈合,且换药时操作者动作轻柔、创面出血量少、病人疼痛明显减轻,病人乐于接受此种换药方法,感觉舒适,缩短了愈合时间,在所花总费用上明显减少,为病人减轻了经济负担,优拓敷料为消毒灭菌后独立包装,也为医务人员保存及使用提供了便利,对病人也给予了更安全、更人性化的专科护理服务。

【参考文献】

- [1] 华艳萍、杨俊明.手部损伤换药的新方法[J].现代护理,2003,9(9):724
- [2] 于荔梅、郑惠俊.临床高新科技知识与现代护理1400问[M].北京:中国科学技术出版社,2000:378
- [3] 《拔甲术后出来伤口及换药方法的改进》[J].齐齐哈尔医学院学报,2003(2)
- [4] 陈伯蓼.临床麻醉药理学[M].北京:人民工业出版社,2000,321-333

护理记录 书写中常见的问题及对策

■外二科 / 陈蓉

【摘要】通过护理记录中常见问题的分析,提出改进措施,强化护理人员的法律意识,加强护理人员综合素质的培养,科室实行弹性排班,加强护理质控力度,有效提高了护理文书书写的质量,防范了因护理记录不当而引起的纠纷的发生。

【关键词】护理记录 问题 对策

护理文件是病历的重要组成部分,是护士根据医嘱和病情,对病人住院期间病情及护理过程的客观记录,〔1〕在医疗纠纷及医疗事故处理中具有重要的法律意义,患者有权复印其住院期间的体温单、医嘱单,护理记录单,〔2〕因此,必须规范护理人员关于各类护理文件的规范记录,以减少或杜绝医疗纠纷的发生。我科自分科以来,我一直都在参与质控护理文书书写,在质控的过程中,发现在护理记录中存在很多的问题,针对问题采取相应的对策,取得了较好的效果。现将我科护理记录书写中存在的问题及对策总结如下:

1 存在的问题

1.1 护理记录不完整、不准确、与实际病情不相符
由于护士紧缺或工作量过大时,护士对病人的询问、观察不仔细,记录不分主次,不能及时记录,记录与病

人病情不一致,经常病人病情危重时才开始记录,记录不能准确反映出病情变化的过程,或记录与实际不符合,如:昏迷病人入院方式为步入病房,引流管已拔的患者还记录引流液量,高热病人的体温、脉搏、呼吸记录与病情不符,心房纤颤的病人记录不能清楚反应出心跳与脉搏的频率等。

1.2 医护记录不一致

由于对病情的判断不一致,医护间缺乏沟通,医生与护士的记录存在差异,主要表现在:记录病人发病时间、一般资料及既往史收集、病人主诉及对病情的描述记录、病情危重病人发生病情变化的时间、开始抢救时间、执行抢救医嘱的时间、死亡时间等。

1.3 护理记录不全,前后不连续

由于不养成及时记录的好习惯,做了少记或做了不记,重点的护理不记录或记录前后不连贯,主要表现在:病情发生变化,执行特殊护理措施后记录不规范或不记录;记录了病人外出检查时间,未记录病人回来的时间及检查阳性结果;高血压病人记录密切观察血压变化,但后面却没有监测血压的记录等。

1.4 护理记录呈流水账式,重点不突出

护理记录虽然按规定的频次记录,但多数是复制、

粘贴,千篇一律,根本反映不出病情的动态变化,不能体现专科护理要点及健康教育的重点。

1.5 护理记录主观用语较多,重点不突出

由于护士自身的业务水平有限,加之语言表达能力欠缺,在护理记录中就表现出语言不精练、用词不准确、重点不突出,主观用语较多,主要表现在护理中出现:病人生命体征平稳、病情无特殊、血压高、体温高等。

1.6 护理记录书写不规范

由于护理人员责任心不强,对护理记录的重要性认识不足,在工作中经常出现错别字、漏字、不按医生的医嘱记录的现象,还有由于护理人员工作经验不足,有时病人病情观察记录已经存在潜在的风险,但未记录通知医生查看病人及作出相应的处理,或本身就存在风险的病人,观察不到位,如:护理记录病人血压值、血糖值、体温等已经明显高于正常,但无相关处理措施等等。

1.7 护理记录前后记录不一致

由于我院新增了不少护理文书的记录,在护理文件的书写过程中,往往存在记录不一致的现象。主要表现在:护理记录中对病人安全评估与入院护理记录单中记录不一致;既往有疾病的病人在某些记录单中有,在某些记录单中又没有记录;在同一时间的记录,体温单记录病人外出,而护理记录单却又在记录病人的生命体征;抢救病人时,记录呼吸心跳停止,但却有血压的记录等等。

2 对策

2.1 加强法制教育和相关职业道德教育,提高护理人员法律意识

对护理人员进行《医疗事故处理条例》、《病历书写规范》、《护士条例》、《护理文书书写规范》等护理相关法律法规的培训,让护理人员明白护理记录在医疗纠纷举证中的重要作用,从法律的角度来规范护理文件的书写,加强责任心,避免因护理记录不当而引发医疗纠纷。

2.2 合理配置护理人力资源,实行弹性排班

我科因为专科的特点,收治急诊危重病人的几率较大,科室根据实际需要,合理设置护士岗位,实行弹性排班,保证在病人多时责任护士所管的床位数不超过10人,解决了因过度繁忙而影响护理记录质量的问题。

2.3 加强业务知识培训,提高护理人员的综合素质

护理人员基础知识、专科知识、观察力、语言表达能力等直接影响着护理文书书写的质量,科室根据实际

情况,对科内护理人员进行分层级培训,通过三基三严,护理业务学习,护理查房、护理会诊、护理病例讨论等多种形式,不断提高护理人员的综合素质。

2.4 规范书写要求,制作表格式护理文件记录

我院根据《病历书写规范》及《四川省护理文书书写规范》的要求,制定统一的护理记录标准,采用表格式护理文书书写,病人信息栏及相应的栏目数据能自动提取,既缩短了护士用于护理记录的时间,也避免了护理人员对同一数据的多次记录而发生错误。

2.5 加大护理质量控制力度

科室除接受护理部、科系质量检查外,每月统一对在院病人护理文件记录作一次全面的质控,还要求组长每天检查本组重点病人的记录,对检查中发现的问题,及时给予当事人指出并改正,管理人员随时督查危重病病人的记录,检查中存在的问题与个人绩效挂钩,也鞭策了护理人员自觉检查自己的护理记录。

2.6 加强医护沟通,避免医护记录不相符

护理人员在书写护理文件的过程中,如发现与医生记录不一致时,要及时与医生进行有效的沟通,找出不一致的原因,必要时双方重新对病人进行询问查体后再记录,保证记录的一致性。

2.7 加强护理安全教育,提高护理人员的安全意识

除参加护理部组织的护理安全教育外,科室在每月一次的护士例会上都要进行护理安全教育,对近期护理记录中出现的问题进行汇总、通报,要求全科护理人员要引以为戒,避免在今后的记录中出现同样的错误,不断提高护理文书书写质量。

3 小结

科室针对存在的问题,通过加强护理人员的培训、加强平时的指导、检查、监督、层层把关书写质量、合理配置护理人力资源、实行弹性排班等措施,护理文件的书写质量大大提高,有效防范了因护理记录不当而引起的医疗纠纷,自分科后从未因护理记录书写不规范而发生医疗纠纷。

【参考文献】

- 〔1〕四川省护理文书书写规范
- 〔2〕医疗事故处理条例
- 〔3〕黄海燕.临床护理文书书写中常见问题原因及分析对策.中华护理学杂志,2007,7

“120”救护车急救药品管理改进体会

■急诊科 / 陈秀华

【摘要】目的：规范“120”救护车急救药品的管理，减少急救药品浪费，缩短护士交接班时间，便于抢救病人时迅速、准确拿取药品，保证抢救工作进行，提高患者抢救成功率。**方法：**组织科内护士对我院两辆“120”救护车药品进行自查、讨论、分析，制定有效的救护车急救药品管理对策。**结果：**经过11个月改进使用，减少了救护车急救箱内药品过期、标识模糊及药效降低等造成的药品浪费和使用中的不安全因素，大大缩短了护士交接班查对药品的时间，提高了工作效率，满足了急救时间紧迫的工作需要。**结论：**通过对“120”救护车内抢救药品管理的不断改进，实施规范化管理，保障了急救药品完好率为100%。

【关键词】救护车 药品 管理 体会

1 一般资料

我院属于四川省二级甲等医院，拥有救护车6辆，其中，由雅安市统一分配、统一配置设备、规范救护车标识的“120”救护车有2辆，车载设备、仪器分别有氧气瓶2个、除颤仪1台、呼吸机1台、心电图机1台、吸痰器1台、急救箱1个、简易气囊呼吸器大小各一个，

设备仪器都是统一型号、统一定位放置。

2 存在问题

2.1 救护车抢救药品在使用过程中，品种多、数量多，每班都要交接，接班者不仅要查看药品品种、数量、名称，还要看药品效期、质量，是否完好等，交接繁琐，浪费时间，有时还没有接完班就要出诊，造成交接混乱、交接不清等。

2.2 抢救药品长期放置救护车上，夏天高温环境下容易使药品变质。

2.3 我们是山区县城，道路崎岖，救护车在运行过程中颠簸，容易造成安瓶与药盒磨擦使药物字迹模糊或消失，抢救病人时，一是看不清药物名称反复拿取耽误抢救时间，二是被患者家属或旁人看见容易导致医疗纠纷。

2.4 交接班制度未落到实处，交接本显示有交接记录，只是流于形式，每次突击检查都存在药品与清单不符、药品破损、效期到期未更换、字迹不清等很多问题。

2.5 未指定责任人负责管理，奖罚不明。

2.6 交接班次数多，每天四次。

2.7 管理者对重点环节监管不到位，考核不够细化，

急救药品知识培训欠缺。

3 改进措施

3.1 组织科内护理质量管理小组成员开会讨论，分析救护车急救药品浪费、管理欠缺等原因，针对原因提出相应改进措施。

3.2 制定相关救护车急救药品管理制度和科室考核细则，救护车药品管理具体落实到人，重新拟定救护车药品清单和药品标识，规定两辆车药品品种一样，数量一样，剂量一样，标识一样，包装一样，交接记录本一样。

3.3 科室选出救护车质控员，专门负责救护车质控检查。

3.4 科室选出2名到华西、省医院进行过专科培训的护师，分别专管救护车的车载设备和急救药品，专管人员每周检查一次救护车药品和车载设备，保证急救药品完好率100%。科室质控人员每月不定时对救护车药品进行质控，对存在问题科室每月召开护理质量管理会议时进行通报、分析讨论，制定改进措施。

3.5 科室统一购买白色软塑料药品外包装盒，统一打印药品目录，统一标识，对高危和易混淆药品有特殊标记，统一对药品进行编号，对药品急救箱实行封闭式管理。

3.6 检查和更换药品，专管人员分别检查两辆救护车2015年1月1日前的药品，包括数量、品种、名称是否与清单相符，效期是否有效，字迹、标识是否清晰、包装是否完好等，全部仔细检查一遍，根据目录，更换包装、标识，一次存放药品，封闭急救箱，并在封条上注明日期、时间和姓名。

3.7 减少交接班次数，实行三班交接，急救箱开启拿取药品后及时补充，由补充者重新填写封条、日期、时间和姓名，谁补充就写谁的名字，明确责任。

3.8 交接班时封条完整就在相应的表格打个勾，发现封条破损，接班人员就要对急救箱药品逐一进行检查，发现破损和缺失及时补充，以保证质量和数量。

3.9 奖惩分明，科室每月给救护车专管员相应经费补助，以提高专管员积极性，而专管人员的管理质量与科室绩效考核挂钩，以加强专管人员责任心。

3.10 加大管理者监管力度，护士长不定时抽查急救箱药品，每月月底和专管员一起进行一次大检查，便于及时发现问题及时整改，避免发生差错事故。

3.11 避免药品长期置于高温环境，夏天，护士每次出诊回来处置完病人，就把药品急救箱从救护车上拿出来放于抢救室，出诊时再拿到救护车上。

3.12 采取多种方式对医护人员进行急救药品知识培训，如加强科室晨间提问、演练、专科考试等途径，提高医护人员专业知识水平。

4 体会

通过对“120”救护车急救药品管理改进和重新制定考核细则后，医护人员在抢救患者时，急救药品使用更便捷、更高效，节约人力成本，大大缩短交接班时间，药品管理更规范，便于效期管理，降低医疗风险，节约成本，减少药品浪费，降低耗损，提高医院经济效益和社会效益，规避了医疗风险，提高了急救药品安全性、有效性；确保危重病人的抢救质量，药品实行统一管理，保证定位放置、定数量、定人管理、定期检查，减少了因管理不当等人为因素而造成的不良后果，减轻医护人员的工作量，提高了院前急救抢救成功率；救护车专管员因有一定的经济报酬，奖罚分明，也提高了他们工作积极性，保证药品完好率。

5 讨论

“120”救护车主要担负着院前急、危、重症患者的抢救工作。凡呼叫“120”需要救护车的患者，大都发病急、病情重、病情变化快。如不及时采取正确的抢救措施，就会失去宝贵的抢救时机，而救护车内的急救药品是保证患者抢救成功的前提。在我国现有的急救模式中，急诊科是院前急救的主要承担者，而急救药品又是这一环节的主要支持者，直接影响病人的救治效果。由于急救药品数量多、品种多、应用多，我院救护车急救药品存在清点时间长、包装不统一、包装破损、字迹模糊、摆放位置混乱等现象。因此，“120”救护车急救药品的管理改进对于保障院前急救的有效实施及减少医患纠纷至关重要；另外定期对急诊科所有医护人员进行培训和实战演练，增强护士对急救车内药品的使用方法及相关管理知识，确保在进行救治病患时医护快速配合，为救治患者提供最大效果，保证急救质量和效率；还有就是必须加强执行力，才能使制度有效落实。

【参考文献】

[1] 张波、桂莉. 急危重症护理学. 北京：人民卫生出版社. 2012, 6

[2] 张晓萍、周力、岳立萍. 新时期护士临床综合能力培训方法初探. 解放军护理杂志, 2005, 22(6): 73-74

[3] 席淑华、赵建华、叶文琴等. 上海市急诊适任护士培训模式的探讨. 中华护理杂志, 2008, 43(4): 341-342

优质护理 对股骨头置换术病人生活质量影响

■外三科 / 唐元君

【摘要】目的：探讨优质护理在人工股骨头置换术病人的应用效果。**方法：**回顾性分析我院 2015 年收治 7 例人工股骨头置换术的患者，每位患者都有专管护士对其病情进行充分的评估，在此基础上，提出有针对性的全方位的优质护理措施。**结果：**经过全程优质护理后，这 7 例患者在手术后，均能够借助助行器或者拐杖行走，没有出现严重的并发症和不良反应。**结论：**人工股骨头置换术的患者，精心正确的护理及全程适时的健康宣教，可以提高手术的疗效，预防并发症的发生，而且对患者肢体的功能恢复、生活自理能力的恢复以及生活质量的提高都起着直接的影响作用。

【关键词】优质护理 人工股骨头置换术 生活质量

所谓优质护理的主要内涵，就是切实将临床护理模式转变为“以病人为中心”的责任制整体护理模式，让责任护士直接分管病人，进一步规范护理行为，注重运用专业技术知识，履行专业照顾、病情观察、心理护理、健康教育、康复指导等护理职责，为患者提供全面、全程、专业和人性化的护理服务。随着社会经济发展和人口老龄化，人们的生活水平不断提高，以及新农合医疗、居民、社保医疗的全面覆盖，人们对医疗服务的需求和生活质量的追求也越来越高，人工股骨头置换术也在逐年增加。而 60 岁以上中老年股骨颈骨折、股骨头坏死、股骨粗隆间骨折等疾病的常用治疗方法就是人工股骨头置换术，能有效缓解关节疼痛，改善关节功能，提高患

者的生活质量 [1]。这类患者大都伴有不同程度的一种或多种内科基础疾病，手术后机体功能低下，容易发生并发症，如：下肢深静脉血栓形成、关节脱位、残留疼痛、肺栓塞、压疮等，导致手术失败或影响术后患者生活质量。采取优质护理可提高病人满意度，取得最有效的配合，让患者减少并发症的发生，尽早康复，提高手术的疗效和生活质量，对股骨头置换术后功能恢复具有重要意义。现将通过我科 2015 年收治的 7 例人工股骨头置换术者，探讨优质护理对其术后生活质量的影响报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月至 2015 年 11 月住在我科行人工股骨头置换术患者 7 例，男 3 例，女 4 例，年龄 57-86 岁，平均年龄 78 岁，均有不同程度的内科基础疾病，其中因摔伤致股骨颈骨折 5 例；股骨头缺血性坏死 1 例；股骨粗隆间骨折 1 例；有高血压病史 5 例；合并心血管病变 4 例；合并肺部病变 2 例；7 例病人均合并不同程度的骨质疏松。

2 护理方法

2.1 每个病人有相对固定的责任护士负责。

2.2 六大宣教即入院宣教、疾病宣教、用药饮食体位宣教、手术前后宣教、检查前后宣教、出院指导贯穿于患者住院过程 [2]。

2.3 每日晨间护理：关心问候病人，给予翻身叩背，

评估病人的皮肤、饮食、睡眠、排泄和病情，指导并协助患者进食、洗漱、擦浴更衣、取舒适卧位，保持床单、被服清洁干燥平整，预防压疮和肺部感染。

2.4 术前护理：评估生命体征情况，便于及早控制原发病症。向患者讲述手术方法，避免长期卧床的并发症，术后功能锻炼的必要性和方法。术前训练病人床上大小便，避免术后尿潴留、便秘。教会病人主动活动踝趾关节、抬臀、定时按摩骶尾部，预防深静脉血栓和压疮发生；术前禁烟酒，教会病人深呼吸和有效咳嗽，并辅以叩背以预防肺部感染。

2.5 术后护理

2.5.1 给予吸氧及心电监护，q1h 观察并记录患者的生命体征、血氧饱和度；手术切口给予冰袋冷敷 6 小时。

2.5.2 给予平卧位，两腿之间放置一泡沫梯形枕，患肢保持外展 15 ~ 30° 中立位，防止内旋内收造成股骨头脱位，并且在翻身或外出检查仍然保持该体位，适当抬高患肢，有利于静脉回流，避免因肿胀而导致疼痛。

2.5.3 观察患肢末梢循环 q2h 过度到 q4h，观察手术切口敷料渗出情况，保持切口引流管通畅和引流盒处于负压吸引状态，并观察引流液的颜色、量、性质；观察疼痛变化，必要时使用止疼药，并观察记录好用药效果和反应。

2.5.4 手术当天麻醉清醒后指导督促患者踝关节背

伸跖曲活动，术后 8 小时遵医嘱肌注低分子量肝素钙 2500iu，间隔 16 小时（即术后 24 小时）注射第二支及以后 qd，次日开始辅以外返搏治疗仪给予下肢肌肉被动按摩，术后 3 ~ 5 天开始间歇性指导患者床上进行直腿抬高训练，锻炼下肢肌力，开始完全坐起并坐床边进行膝关节主动屈伸活动，防止关节僵硬和下肢深静脉血栓形成。

2.5.5 饮食护理：手术当日晚吃稀饭、咸菜，禁食牛奶、豆类、甜食等产气食物，以后给予高蛋白（每日 1—2 个鸡蛋，瘦肉不少于 4 两）高维生素、高纤维素饮食，多食蔬菜、水果，防止便秘。

2.5.6 术后第 1 ~ 3 天卧床时可摇高床头，逐渐给半卧位，翻身时以患侧为主；仍要保持外展 15 ~ 30° 中立位，屈髋 10° 屈膝 15 ~ 30°，不能超过 90°；给予雾化吸入 bid，指导和鼓励患者做深呼吸有效咳嗽、咳痰。

2.5.7 术后 5 ~ 7 天指导并协助患者先坐床边适应后，患肢可点地但不可负重；逐渐过渡到使用助行器站立及行走，每天 1-2 次，每次不少于 30 分钟，在主管护士的协助和指导下进行，首次训练为确保万无一失、增强病人的信心，常规请主管医生在旁指导。

3 出院指导

3.1 术后 3 个月内，保持患肢外展中立位，避免内收内旋位，屈髋不能 >90°。拄拐上下楼梯练习，遵循



健侧先上、患侧先下的原则。

3.2 告之患者 3 个月内应扶助行器或拄拐步行, 3 个月后患肢可逐渐负重。控制体重, 避免跑步等增加关节负荷的运动。人工关节长时间使用会磨损与松动, 必须遵医嘱术后 1.2.3.6.12 月定期复诊, 以后每年复诊一次。

3.3 指导患者术后 3 个月内做到 6 不要: 不要盘腿、交叉腿、翘二郎腿; 不要卧于患侧; 不要坐沙发或矮凳; 排便不要采用蹲位, 要用坐式马桶; 不要盆浴洗澡, 要用淋浴; 不要弯腰拾物、系鞋带, 以防止关节脱位 [3]。

3.4 弃拐时间因人而异, 一般要在行走稳定并且无行走痛后。完全康复后可进行适当的体育活动, 如散步、跳舞、骑自行车, 应避免重体力劳动和剧烈运动, 高度重视、严防再次跌倒受伤。

3.5 出院后若出现感冒、拔牙、肠镜检查等任何有可能引起感染的情况, 都需要口服抗生素(首剂量加倍)三天, 如出现伤口红肿、疼痛等不适, 及时来院就诊; 科室有专管人员在出院后 1 周、2 周, 及以后每月电话随访; 出院时留科室电话给病人, 随时可以咨询相关注意事项。

4 结果

4.1 本组病例均无严重并发症和不良反应发生。

4.2 术后 9~31 天, 住院 12~38 天, 平均住院日数 23 天出院。

4.3 本组病例患者出院时均能下床活动, 其中 1 例能独立下床行走自如, ADL 评分 >99 分; 3 例能独立下床行走, ADL 评分 60 ~ 99 分; 2 例能扶助行器下地活动, 41 ~ 60 分; 1 例在协助下扶助行器下地活动, ADL 评分为 40 分。(观察指标: 日常生活能力采用 ADL 量表的独立活动指标, 有 10 项日常活动 [4])

4.4 出院后的 7 例病人均按要求定期复诊, 未发现严重并发症等异常情况。

5 讨论

5.1 优质护理的内涵之一是责任制整体护理, 即现代科学的护理工作模式, 是“以病人为中心”、将病人分给护士、责任到人的排班模式, 主管护士对所管病人从入院到出院全面有计划地对患者实施护理, 要求 8 小时在岗, 24 小时负责, 包括病人的治疗、基础护理和专科护理; 观察生命体征和病情变化; 为病人实施康复和健康指导; 对生活不能自理的病人给予专业的生活护理; 对自理能力有限的病人给予协助和指导, 提供连续、全程、无缝隙的护理服务; 保障病人整体护理有效落实。

5.2 功能制护理是传统的流水线作业的排班模式,

是以工作为中心的护理方式, 护士以完成给药及医嘱执行为目的, 病人生活护理部分由家属和护工做, 病人没有自己的主管护士, 又因卧床不能自理而缺少安全感。通过责任制整体护理对卧床患者护理服务的影响, 患者的生活质量显著提高, 并发症有效降低, 治疗和康复锻炼配合度明显提高, 还提升了患者的自我护理能力 [5]。

5.3 人工股骨头置换术就是利用手术的方法用人工的“股骨头”代替坏死或失去功能的股骨头, 是治疗 60 岁以上中老年股骨颈骨折、股骨头坏死等疾病的常用方法, 能缓解关节疼痛, 改善关节功能, 尽早下床, 提高病人生活质量, 但其疗效的好坏, 除与手术技术有关, 还与围手术期的护理及安全有效的功能锻炼密切相关。若护理不当, 可能导致压疮、脱位、下肢深静脉血栓和肺栓塞等并发症的发生。而中老年患者大都伴有不同程度的一种或多种内科基础疾病, 更易发生并发症。使手术失败或影响术后患者生活质量, 因此为病人提供优质的责任制整体护理显得至关重要。

5.4 我科同全院一样开展了优质护理服务, 主管护士加强了病情观察, 做好术前、术后护理, 患肢护理, 引流管护理; 同时运用专业知识循序渐进地协助和指导患者行功能锻炼; 给予全程、全面的康复指导和出院指导; 缩短了病人的住院时间, 减轻了护理工作量和病人的负担; 促进患者髋关节功能恢复, 大大改善了病人的生活质量, 提高了病人对护理工作的满意度, 逐渐被越来越多的病人所接受, 科室也收到了良好的经济效益和社会效益; 优质护理服务会进一步深化, 拓展到医院的所有护理工作。

【参考文献】

[1] 盖文菊. 高龄髋关节置换病人围手术期护理. 中国伤残医学, 2011, 19(10): 60-61

[2] 任爱红. 责任制整体护理对人工股骨头置换术后病人生活质量的影响研究. 医学前沿, 2014, 8.11(14): 58-59

[3] 张应梅、刘燕媚、罗敏. 人工股骨头置换术治疗高危骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者的护理. 中国实用护理杂志, 2012, 28(18): 47

[4] 王志稳. 日常生活能力的评定 Barthel 指数评估量表. 北京大学护理学院, 2011, 12: 23

[5] 何红. 责任制整体护理与功能制护理对卧床患者护理效果的调查分析. 当代医学 2012.18(30).123

彩色多普勒超声在药物流产不全中的应用

■石棉县人民医院 / 邓海洋

【摘要】目的: 探讨药物流产后阴道持续出血彩色多普勒超声血流显像特征, 以及 CDFI 对药物流产不全的诊断价值。**方法:** 对 12 例早孕药物流产后阴道持续出血患者进行 CDFI 检查并进行声像图分析。**结果:** 12 例患者超声显示宫腔内或宫颈处不规则团块状回声, 包括混合性回声 8 例、高回声 3 例及低回声 1 例。CDFI 显示 10 例宫腔内全部混合性回声团、高回声团及 1 例低回声团内部探及点状或短棒状血流信号, 脉冲多普勒为低阻血流信号, RI<0.6。1 例未探及血流信号的回声团为血凝块。**结论:** CDFI 检查有助于判断宫内残留物的性质, 为药物流产不全的诊断提供依据。

【关键词】 超声检查 彩色多普勒流产不全

米非司酮配伍米索前列醇药物流产已被广泛应用于妊娠妇女, 但药物流产后部分患者阴道出血时间过长, 临床常采用超声来检测药流后宫腔有无残留。彩色多普勒超声血流显像(CDFI)可以清晰显示宫内残留物的血流信号及动脉阻力指数。本文对我院 1 年来收治的 12 例药流后 2 周仍有阴道持续出血患者的子宫 CDFI 检查声像图进行回顾性分析, 评价 CDFI 检进对药流不全的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料收集 2015 年 1 月至 12 月我院收治的药流后 2 周仍有阴道持续出血 12 例, 年龄 19~40 岁, 平均 29 岁。停经时间 38~49 d, 尿、血 HCG 阳性, 超声证实宫内早孕, 均在我院行药物流产。按常规服用米非司酮及米索前列醇片, 药物流产后 7~25d 仍有阴道出血。

1.2 仪器与方法使用飞利浦 HD15 彩色多普勒超声诊断仪, 阴道探头频率 3~5MHZ 行纵、横、全方位扫查子宫、附件, 记录其大小、形态、宫腔内回声, 重点观察宫腔内异常回声团及其周围子宫肌层内彩色血流分布及动脉阻力指数。

2 结果

2.1 二维超声的声像图表现子宫正常大小或稍大, 宫腔内残留组织 12 例, 其中混合性回声团 8 例、高回

声团 3 例、低回声团 1 例。

2.2 CDFI 表现宫腔内全部混合性回声团、高回声团及 1 例低回声团内部显示点状或短棒状血流信号, 脉冲多普勒为低阻血流频谱, 经清宫后超声随访, 宫腔内回声正常, 阴道出血停止, 1 例宫腔内低回声内部未探及血流信号, 予以药物保守均有块状物排出, 阴道出血逐渐减少至停止。脉冲多普勒为低阻血流信号, RI<0.6。

2.3 临床处理 12 例宫内残留物显示点状或短棒状血流信号的患者, 经清宫后, 刮出物均为变性、坏死或机化的蜕膜、绒毛组织。

3 讨论

药物流产后, 部分患者宫内膜或宫颈有炎性蜕膜、绒毛粘连, 影响子宫收缩, 使其不能顺利剥离和排出, 导致孕囊剥离不全或蜕膜、绒毛组织残留, 因而超声检查已成为药物流产的重要检查方法。

本组 12 例药物流产后 1 周仍有阴道出血的患者, 经阴道 CDFI 检查, 11 例宫腔或宫颈处见不规则团块状回声(混合性回声团 8 例, 高回声团 3 例, 低回声团 1 例), 且残留物探及血流信号, 或近宫腔处肌层局限性血流信号增多, 脉冲多普勒显示低速低阻血流频谱 RI<0.6), 可能与残留绒毛向肌层壁侵蚀, 或与药流药物中所含的大量前列腺素对孕囊附着处周围的血管壁不同程度的侵害有关[1]。11 例行清宫术, 刮出组织为变性坏死或机化蜕膜、绒毛组织。1 例未检测出血流信号的患者, 予以药物保守治疗均有块状物排出, 证实为血凝块。由此可见, 宫内残留物有血流显示可为有无绒毛残留的诊断提供帮助。尽管超声对药流后宫内残留有较高的诊断价值, 但仍有少数病例与临床不符, 其中部分宫内血凝块误认为残留组织。单纯二维声像图缺乏特异性, 不能明确残留物性质, 尤其少量残留时, 造成诊断上有一定困难, 而应用 CDFI 检查可清晰显示残留物血流, 脉冲多普勒取样可测其血流频谱, 特异性达 100%。

【参考文献】

(1) 乐杰. 妇产科学版 M.6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005:397-398.

几例乳腺癌的钼靶检查诊断体会

■石棉县中医医院 / 陶令含

通过对放射科近半年的乳腺钼靶检查的病例分析，发现几例乳腺癌的一些影像特征，现总结如下：

一般资料

1. 年龄 40-56 岁 3 例，40 岁以下 2 例。
2. 生育及哺乳史 均有生育、哺乳过程。
3. 主诉 自觉有乳腺肿物 4 例，乳头血性分泌物 1 例。
4. 由自觉有症状至就诊的间隔时间有 4 例于发现后 1-3 月就诊，另有 1 例于发病后 1 周内就诊。
5. 摄片方法 均采用放射科乳腺钼靶机，数字化系统进行检查，常规摄双侧轴位及斜位。

X 线征象

1. 肿块形态 本文 4 例显示肿块阴影，3 例肿块阴影形态呈不规则伴分叶，3 例有钙化。1 例未显示肿块。
2. 肿块边缘 边缘多数呈毛刺状伸展，这种 X 线征象提示癌症向周围浸润性生长。本文 3 例乳腺癌肿块周边都有毛刺伸展。
3. 肿块密度 多数病例在 X 线片上显示肿块密度不均，造成不均匀的病理基础的肿块中间质分布不均，肿块中心坏死。边缘部分癌实质成分丰富，由此造成中间密度较高，同时肿块中间夹有正常乳腺组织。本文有 1 例肿块密度较低，同正常乳腺组织相仿，3 例肿块密度比正常高，1 例肿块密度浓密。
4. 肿块钙化 钙化在乳腺癌的诊断中具有重要意义。本文 5 例乳腺癌 3 例在 X 线片上显示有细微钙化灶，分

布不均，可在肿块内或外。有 1 例肿块较小，肿块轮廓欠清晰，由于有细微钙化而得到明确诊断。

5. 肿块位置 本文 5 例乳腺癌位置均为偏心型。
6. 皮肤及乳头的改变 皮肤增厚及乳头凹陷是乳腺癌的间接 X 线征象。出现这一征象大致已进入晚期，本文中有 3 例有此征象。

讨论

乳腺 X 线摄影是诊断乳腺疾患常用的有效方法，乳腺 X 线摄影鉴别良恶性肿瘤，主要是根据肿瘤轮廓的表现。良性肿瘤，如囊肿和纤维腺瘤，倾向于呈圆形，轮廓清楚锐利，而大多数恶性肿瘤则往往形态不规则，轮廓不清楚。有少数恶性肿瘤也可呈圆形且轮廓清楚。因而与囊肿或纤维腺瘤不好区别。反之，在致密性乳腺实质中的良性肿瘤也可以轮廓不清楚，或者完全没有界限。因此，在实际工作中，必须结合各方面直接或间接征象，进行综合分析，得出比较正确的结论。更好地为临床提供资料。

小结

本文分析了几例乳腺癌的 X 线表现，大多数乳腺癌可显示异常征象，但确有少数病例由于征象不典型，出现误诊、漏诊，我们在以后的工作中还要进一步提高摄影质量，全面考虑直接和间接影像信息，仔细阅片寻找微小病变，注意乳腺结构是否对称，密切结合临床，不断提高诊断水平，更好地为临床服务。



浅谈尿液检验分析前质量保证

■中医院检验科 / 黄睿 双超

【摘要】目的：探讨尿液标本分析前质量保证。**方法：**分析尿液标本不合格原因及解决方法。**结果：**通过相应的管理措施，减少不合格标本数量。**结论：**有效保证标本合格，提高尿液检验质量。

【关键词】分析前 尿液标本 质量

随着医学的发展，检验仪器及方法学的不断完善，临床实验室内及空间质量评价的广泛重视，大大提高了检验结果的精密度和准确性，确保了分析中的质量。然而分析前质量是检验室工作人员难以控制的，易被忽略，据临床反馈不满意检验结果，80% 最终可溯源到标本质量不合格 [1]，因此笔者认为：获取尿液结果可靠最关键的环节在于分析前质量保证。

1 尿液标本采集存在的问题 尿液标本类型的选择和收集取决于尿液检查目的，某些医生对基础理论掌握

不好，对要想知道的项目留取时间等无足够的认识，以至于在实际工作中存在申请的随意性、盲目性，不能反映患者真实情况，更不能对检验报告做出正确的解释。

1.1 对患者生理性变异与患者状态对检验结果的影响没有足够的认识，以至于缺乏对患者告知，造成患者想什么时候留取就什么时候留取，想什么时候送检就什么时候送。

1.2 留取尿液的容器不符合要求，对留尿容器应具有的特点不了解，只要能装的就装，留取尿液过少，对用于细菌培养的标本用一般的容器留检；盛装过药物的瓶未洗涤及未放置干燥就盛尿液；一次性的用水杯等，造成分析结果不可靠。

1.3 尿液标本的采集方法都为随机尿，忽略了标本类型不同，其应用范围也存在不同，采集方法也各异。如常规筛查多以随机尿；蛋白尿以晨尿为佳。新鲜尿以

清晨第一次尿为宜，此时的尿液较浓缩，条件恒定，便于对比 [2]。

1.4 尿液标本过度的稀释：临床上由于大剂量的输液标本后留取标本；患者要做女性子宫及附件检查，需要涨尿后留取标本；

2、尿液标本的送检及保存问题：

2.1 尿液标本采集后没有及时送检，以至于标本的物理和化学性质随时间的推移发生根本性的变化，如胆红素变为胆绿素；PH 假性增加等。

2.2 尿液标本不能及时检测时，没按要求的时间与温度、添加剂进行保存，使尿液有形成分发生改变。

3. 尿液标本采集的质量保证 为了确保尿液标本的准确性与可靠性，在留取尿液时一定要考虑并排除标本采集时的影响因素。

3.1 患者生理状态的影响 患者的准备及生物学变异直接影响检测结果的准确性，主要有情绪、年龄、性别、经期等。如精神紧张和情绪激动可以影响内分泌系统分泌儿茶酚胺，患者可出现生理性的蛋白尿；性别不同参考值存在不同；女性在月经期可出现尿红细胞，由于红细胞的存在还可以出现尿蛋白。

3.2 生活习惯对尿液标本的影响 运动使人体的生理功能处于一种完全不同的状态，对尿液检测带来很大的影响，如肌红蛋白可增高；长期饥可使酮体增加；高蛋白的饮食可使尿素、尿酸增高等。

3.3 理化因素对尿液标本的影响 理化因素给尿液分析造成假阴性或假阳性。如大剂量使用氯丙嗪，胆红素出现假阳性，而维生素 C 可使胆红素成假阴性；胆红素可使 WBC 成假阳性，高比重尿及用庆大霉素可使 WBC 成假阴性；尿液长时间放置被细菌污染亚硝酸盐成假阳性，维生素 C 可使其成假阴性。

3.4 项目的选择 医生应根据患者病情及循证医学的需要申请项目，做到有的放矢，否则滥用项目就难以保证检验质量。如你想给患者检测计时尿，你却给患者开成随机尿，从何谈质量。

3.5 检验项目不同则需要分别开申请单，以便于留取尿液的方式不同。一般项目的检测用一般盛尿容器留取中断尿；尿液细菌培养标本必须用无菌容器，并严格无菌取样，最好无菌导尿。

3.6 标本唯一标识 随着科技的发展，目前各病区都能给患者打印条码，且一定要粘贴在尿杯上，它不仅是防止标本差错最有效的方法，而且也是解决标本传送过程中的监控和签收责任的需要。

3.7 必须明确告知患者留检样本时需要注意的事项，

如是随机尿、3 小时尿、12 小时尿、24 小时尿、餐后尿；主要用途、留取方法，如取中段尿还是导尿；女性患者还需要告知清洁外阴，妊娠试验前部要饮大量水（B 超饮水后最好不做尿液检测）。

3.8 尿液标本留检容器要求 能一次性使用，与尿液成分不发生反应；清洁，不渗漏；底部宽而能直立，有盖；容积 30–50ml；用于细菌培养的尿液容器为无菌容器。

3.9 留取尿液标本的方法 男性患者清洗龟头，女性应清洗阴道口后留取中段尿；用于细菌培养的标本在采集时，禁止用抗生素和肥皂清洗尿道口，取中段尿；用于检测衣原体、支原体的标本留取前段尿。

3.10 尿液标本必须新鲜，采集后及时送检，因久置的标本细菌繁殖消耗尿中葡萄糖会等影响检验结果。

3.11 尿液标本的保存 对临床不能及时分析的标本，一定要进行适当的处理和保存，可放置于 4 度的冰箱 6 小时；对常规筛查的项目尽量不要使用防腐剂。

讨论

尿液检测是门诊和住院患者最基础性的筛查项目，它不仅可反映泌尿系统疾病，对糖尿病、黄疸型肝炎、胆道梗阻等疾病的筛选也有重要意义，因此检验结果的可靠与否直接影响临床诊断与治疗，目前随着实验室先进仪器的应用，给检验分析工作带来快速、可靠诊断依据，然而分析前标本采集的质量保证容易被临床忽视，一个不合格的标本，即使实验室使用最优的试剂、最好的仪器最具有经验的检验人员，也无法弥补标本采集、转运过程中的差错 [3]，其获得的检验结果也不能反映患者真实情况，所以标本的采集是检验结果真实的最重要环节，加强临床对分析前标本正确采集的管理是目前检验系统难以控制的工作，也是质量与安全工作的重点环节，采取以下相应的管理措施：加强与临床的沟通，医护人员对留取标本的认识；对患者留取标本知识的宣传；加强标本采集前与患者沟通和告知，保证患者留取标本合格；改进工作流程，缩短标本周转时间。做好患者准备、采集、送检工作，确保为检验检测提供合格标本，使检验检测的结果具有科学的诊断依据。

【参考文献】

[1] 熊立凡、刘成玉主编，临床检验基础。北京，人民卫生出版社，2007 第 4 版 11–14.

[2] 叶应妩、王毓三、申子喻主编，全国临床检验操作规程（第三版）。南京，东南大学出版社，2006:275.

[3] 熊立凡、刘成玉主编，临床检验基础。北京，人民卫生出版社，2007 第 4 版 129–130.

抑郁症发病机制及研究进展综述

■药剂科 / 殷雪梅

【摘要】抑郁症 (Depression) 是一种以抑郁心境为主要表现的疾病，通常指的是情绪障碍，是一种以心境低落为主要特征的综合征。作为全球性主要的精神问题疾病，抑郁症发病率正呈现逐年上升趋势，严重危害人类的身心健康。本文从流行病学、发病机制及抑郁症动物模型研究进展等方面进行了综述，并为抑郁症的深入研究与治疗提供思路和途径。

【关键词】抑郁症 动物模型 发病机制

前言：抑郁症是一类以情感低落、思维迟缓、意志活动减退为主要临床特征的精神障碍，常伴有睡眠障碍、食欲减退、体重减轻、性欲减退等躯体症状。随着多种应急因素的加剧，抑郁症已成为现代社会的高发病。世界卫生组织预测，到 2020 年，抑郁症将会成为人类仅次于心脏病的第二大危害性疾病。抑郁症的现患病率已超过心脑血管病和肿瘤，跃居发达国家的第一位。近年来，许多学者对抑郁症进行了深入研究，抑郁症已是医学研究的一个热点问题之一。

1. 抑郁症的流行病学

抑郁症的症状标准是：以心境低落为主要特征，持续时间超过 2 周，在此期间满足至少 4 项以下症状：①对日常活动失去兴趣，缺乏愉快感；②精神运动迟滞或激越；③精力明显减退，无缘由持续疲乏感；④失眠或早醒，或睡眠过多；⑤联想困难或自觉思考能力显著下降；⑥多次产生想死的念头；⑦自我评价过低或自责或有内疚感，甚至达妄想程度；⑧食欲不振或体重明显减轻；⑨性欲明显减退。

2. 发病机制研究现状

2.1 抑郁症的单胺假说

在探讨抑郁症的发病机制时，比较公认的是单胺假说，它认为中枢神经系统突触间隙单胺类神经递质浓度水平或功能的下降是抑郁症的生物学基础。上个世纪五十年代，有人提出抑郁症的“单胺代谢异常假说”，认为抑郁是生物来源的单胺类神经递质，即多巴胺 (DA)、去甲肾上腺素 (NE)、5-羟色胺 (5-HT) 缺损导致。已知的是，5-HT、NE 或 DA 等单胺类神经递质具有广泛生物学活性，参与了情绪反应、精神活动、体温调节、睡眠等许多中枢神经系统的生理反应。人们在研究时进一步推断，许多抗抑郁药的作用机制是加强了单胺类物质的传递。5-HT 是一种重要的中枢神经递质，研究证实 5-HT 神经传递机能的减退不仅导致情绪障碍包括抑郁与焦虑的形成，还可以通过影响其他神经递质的活动诱发抑郁症。研究表明，体内 DA 的产生不足、下丘脑 NE 浓度降低也与抑郁症发病密切相关。

2.2 细胞因子

近几年来，对抑郁症的研究热点逐渐由神经递质和神经内分泌激素向对细胞因子的关注。抑郁症的免疫异常自七十年代就有报道；九十年代以来，随着研究技术的发展，发现抑郁症常伴炎性分子增高，这表明免疫激活。近年来这方面的研究趋向于认为，抑郁症的发生可能与免疫激活导致细胞因子分泌增多有关，进而提出了抑郁症的“细胞因子假说”。该假说强调，抑郁症是由于心理神经免疫紊乱而引起。

2.3 受体假说

在单胺假说的基础上，研究者开始将目光集中于突触后受体敏感性的改变，并于七十年代提出了受体假说。该假说提出抑郁症是脑中 NE / 5-HT 受体敏感性增高的缘故 (即超敏)。后期研究证明一些抗抑郁药物有下

Burnout

调肾上腺素受体和 5-HT₂ 受体敏感性的作用, 并指出与抑郁症密切相关的 5-HT 受体有 7 个: 即 5-HT₁₋₇ 在抑郁症中发挥不同作用。随着神经生物化学理论的发展, 在抑郁症的病理生理过程中发现更多种类的受体参与, 为新型抗抑郁药的研发提供了新的作用靶点。其中相关的受体有谷氨酸受体 (GluR)、神经基态受体 (NKR)、促肾上腺皮质激素释放激素受体 (CRHR)。

2.4 HPA 轴功能失调学说

还有一个与受体有关的学说是 HPA 轴功能失调学说。HPA 是一个重要的内分泌轴, 其神经内分泌功能异常在抑郁症的发病中起着非常重要的作用。研究发现抑郁症患者的下丘脑-垂体-肾上腺 (HPA) 轴的功能改变在 HPA 轴中, 抑郁症患者 HPA 轴功能亢进, 促肾上腺皮质激素释放激素 (CRH) 和糖皮质激素 (glucocorticoid, GC) 分泌增多, CRH 作用于垂体, 促使垂体分泌促肾上腺皮质激素 (Adrenocorticotropichormone, ACTH), ACTH 又作用于肾上腺, 刺激皮质醇的合成, 而皮质醇又可以负反馈调节 HPA 轴。临床研究显示约有 50% 的抑郁症患者有明显的昼夜节律改变, 即抑郁情绪在晨间加重, 在下午和晚上有所减轻, 提示抑郁症的发生与神经内分

泌有关。

2.5 免疫系统与抑郁症

早在二十世纪末, 有人就提出抑郁症的炎症反应学说。1995 年, Maes et al 指出, 重症抑郁症患者血浆阳性急性期蛋白浓度升高, 阴性急性期蛋白浓度降低。而阳性急性期蛋白升高和阴性急性期蛋白降低则被认为是机体处于炎症状态的标志。Maes et al 进而推测抑郁症可能与机体的炎症反应有关, 并于 1999 年提出了抑郁症的炎症反应学说, 认为抑郁症可看作是一种精神神经免疫性失调, 其发病与炎症反应系统激活有关。机体通过释放炎性细胞因子导致外周免疫激活, 进而引起神经内分泌以及免疫系统功能紊乱, 导致了抑郁症的发生。有国内的一项研究表明, 抑郁症患者血清中的 IL28, IL22 水平明显高于正常指标, 进一步提示了免疫反应与抑郁症的发病有一定的相关性。抑郁症发病不是由某种单一因素引起的, 在抑郁症患者血清中不仅检测到单胺类神经递质水平低下, 而且细胞因子, 免疫水平也发生异常。

2.6 多因素综合作用抑郁症发病不是由某种单一因素引起的, 在抑郁症患者血清中不仅检测到单胺类神经

刺激动物模型等模型 [20]。

3.1.1 行为绝望动物模型即大鼠或小鼠的强迫游泳模型以及随后衍生出的小鼠悬尾模型。这一类动物模型操作简单、快捷, 便于观察, 常作为抗抑郁药的初筛实验。

3.1.2 获得性无助动物模型“获得性无助”指当正常动物受到无法逃避的应激刺激如电击时, 将产生操作欠缺, 而在同等的可躲避的应激刺激下则不产生操作欠缺。该模型对抗抑郁药高度敏感, 不但可用于一些抗抑郁药物的筛选, 还可用于研究这些药物的作用机制。

3.2 神经生化功能改变模型

3.2.1 嗅球切除动物模型即切除大鼠嗅球, 以改变不同脑区的 5-羟色胺 (5-hydroxytryptamine, 5-HT), 使大鼠系统功能行为欠缺, 然后对大鼠进行一系列的实验, 如跳台被动回避反应。可表现为: 自主活动增加和回避反应能力缺乏等, 这些行为变化均能被抗抑郁药逆转。常用于抗抑郁药次筛选以及研究抗抑郁药的作用机制。

3.2.2 电刺激小鼠诱发的不动状态动物模型用一定参数的电强度刺激小鼠角膜, 能诱发小鼠表现出持续不动状态, 该状态与强迫游泳实验中的不动状态相似, 皆能被抗抑郁药、电休克及剥夺快动睡眠疗法所特异对抗。这种模型可比较理想地研究和筛选抗抑郁药物。

3.2.3 5-羟色胺酸诱导的甩头行为模型由 5-羟色胺诱导引起的小鼠甩头行为对许多作用于 5-羟色胺再摄取或去甲肾上腺素系统的抗抑郁药都十分敏感。常用于筛选作用于 5-羟色胺和去甲肾上腺素系统的抗抑郁药。

3.3 其它模型

研究抑郁症的模型还有转基因动物模型、动物的孤养或分养模型、72S 低频率差式强化程序模型、地鼠的压抑模型、怀孕动物模型等动物模型; 这些动物模型也会表现出一些抑郁症的症状, 如: 自主活动减少等。给抗抑郁药治疗后, 可有效改善起症状。

结语: 抑郁症的发病与社会心理因素密切相关, 可能是精神心理因素作用于神经系统, 通过下丘脑-垂体-靶腺轴引起内分泌、免疫等功能的紊乱, 并在细胞水平上导致细胞信号传导和基因等发生改变。因而心理治疗与药物治疗有同等的重要性。近年来, 虽然从不同的角度来揭示其可能的发病机制, 但目前其机制仍不清楚, 加上神经内分泌免疫相互之间复杂的联系十分复杂, 使抑郁症的发病机制显得错综复杂, 许多因素参与抑郁症发病, 但又不能完全解释整个疾病, 而且有的结果还相互矛盾。目前中枢和外周 5-HT 下降在抑郁症的发病中是肯定的, 各类抗抑郁药也主要通过提高 5-HT 产生。

递质水平低下, 而且细胞因子、NT 水平也发生异常, 提示抑郁症可能是单胺类神经递质及其受体、HPA 轴功能失调、NT 和细胞反应等多因素综合作用的结果。

3 抑郁症模型

目前抑郁症的动物模型, 只能表现抑郁症的某一方面的症状, 因此进行对抗抑郁药药效评价时, 往往要求多个动物模型进行实验。早期的动物模型只能筛选具有专一神经化学作用的抗抑郁药, 用于抗抑郁药初筛。由于以前抑郁症患者经常是成年人及老年人, 许多动物模型也都偏重于成年人及老年人的生理生化特点。研究表明, 青少年抑郁症患者已经越来越多, 因此在动物模型方面必须要重新考虑这一因素。目前, 可以用作抑郁症动物模型的制备已有 20 多种方法。这些模型主要分为: 应激模型, 神经生化功能改变模型, 转基因动物模型, 孤养和分养动物模型等。

3.1 应激模型

应激动物模型是目前最常用的模型, 这一类动物模型具有简单、快速、敏感等特点, 常用于抗抑郁药的初筛; 缺点是只表现出抑郁症的某些方面症状。主要有行为绝望动物模型、获得性无助动物模型、未预知的长期应激

剖宫产围手术期抗菌药物应用回顾性分析

■药剂科 / 程平

【摘要】目的：通过探讨剖宫产手术抗菌药物应用存在的问题，提高医院抗菌药物合理应用水平，降低手术部位的感染率。**方法：**回顾统计分析 2015 年 1 月～2015 年 12 月我院妇产科 616 例剖宫产围手术期抗菌药物应用情况。**结果：**我院 616 例患者剖宫产围手术期预防应用抗菌药物比率 100%。单用一种抗菌药物预防者 604 例（98.05%），应用两种抗菌药物预防者 12 例（1.95%），无预防应用三种或三种以上抗菌药物的现象。抗菌药物使用时间为 3～7d，平均用药天数为 4.7d。抗菌药物预防应用几乎都存在不合理现象。**结论：**剖宫产手术预防应用抗菌药物存在普遍不合理现象，主要体现在选择抗菌药物品种不合理、给药剂量不合理、溶媒用量不合理、给药时机不合理、术后用药疗程过长等。

【关键词】剖宫产术 抗菌药物 合理用药

剖宫产手术的操作穿进宫腔，与阴道相通，属 II 类（清洁—污染）切口手术，术后应视产妇情况常规预防应用抗菌药物，防止发生感染 [1]。笔者对医院的剖宫产手术抗菌药物预防应用情况进行了调查，并对存在的不合理现象进行了分析，提出了合理的用药方法，对进一步提升剖宫产围手术期抗菌药物的应用水平具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 2015 年 1 月～2015 年 12 月我院妇产科剖宫产术病例 616 例，平均年龄为 27.77 岁，最大 42 岁，最小 16 岁。所有病例均常规进行了血常规、肝肾功能、

凝血全套、尿常规、心电图、超声检查等多项辅助检查，均符合手术规定，术后切口愈合良好，均未出现术后并发症。

1.2 方法

从医院 HIS 系统中查阅病历信息，填写围手术期预防使用抗菌药物基本情况调查表，包括患者年龄、手术情况、抗菌药物选择、给药时机、术后用药天数、切口愈合及感染情况等。然后统计患者预防使用抗菌药物的品种名称、溶媒选择和用法用量、用药起止日期、联合用药情况等。根据 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》、《围手术期预防应用抗菌药物指南》，以及医院相关合理用药制度，对 616 例剖宫产手术抗菌药物预防使用情况开展合理性评价。

2 结果

2.1 预防使用抗菌药物基本情况

从 616 例剖宫产围手术期预防应用抗菌药物基本情况（见表 1）可知，剖宫产预防所使用的抗菌药包括 4 大类 6 个品种，种类包括青霉素类、头孢菌素类、头霉素类、硝基咪唑类和林可霉素类。其中，604 例患者预防应用一种抗菌药物，预防使用率 98.05%。12 例患者预防应用两种抗菌药物预防，预防使用率 1.95%，两种抗菌药物联合预防应用主要是注射用美洛西林和甲硝唑注射液。

2.2 抗菌药物预防应用存在的问题

从 616 例剖宫产围手术期预防应用抗菌药物存在问题（见表 2）可知，预防使用抗菌药物存在较多的不合理现象。

表 1 616 例患者剖宫产手术预防应用抗菌药物基本情况

药品名称	应用病历数 (份)	比率 (%)
注射用美洛西林 + 甲硝唑	12	1.95
头孢唑林钠	272	44.16
头孢唑辛钠	36	5.84
头孢西丁钠	170	27.60
注射用克林霉素磷酸酯	12	1.95
头孢唑林 (更换头孢西丁)	114	18.51
单预防应用一种合计	604	98.05
预防应用两种合计	12	1.95

2.2.1 品种选择不合理 (48.05%) 依据 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》，剖宫产手术预防使用抗菌药物应选择第一、二代头孢菌素 ± 甲硝唑，如果患者对 β-内酰胺类抗菌药物过敏，可用克林霉素 + 氨基糖苷类，或氨基糖苷类 + 甲硝唑。若患者存在胎膜早破、产前出血等妊娠并发症、临产后的剖宫产手术等感染高危因素，需要考虑厌氧菌感染时，可以选择头孢西丁，也可以用头孢唑辛 + 甲硝唑，但选用头孢唑辛 + 甲硝唑的患者明显偏少，或几乎没有。相反，选用头孢西丁的比例明显偏高，达到 46.10%。

2.2.2 给药剂量不合理 (98.05%) 注射用美洛西林为 3g bid，注射用头孢唑啉为 2g bid，头孢唑辛为 3g bid，头孢西丁为 2g bid，注射用克林霉素磷酸酯为 0.6g bid。所以，除注射用克林霉素磷酸酯给药剂量符合说明书规定外，其它几类的给药剂量均普遍偏高，部分基本达到中度感染的治疗给药剂量，所有近 98.05% 的预防给药剂量偏大 [2]。

表 2 616 例患者剖宫产手术预防应用抗菌药物存在的问题

不合理现象	病历数 (份)	不合理率 (%)
品种选择不合理	296	48.05
给药剂量不合理	604	98.05
溶媒用量不合理	568	92.21
给药时机不合理	84	13.64

术后用药疗程过长	616	100
抗菌药物更换不合理	114	18.51

2.2.3 溶媒用量不合理 (92.21%) 在抗菌药物的应用中，92.21% 的溶媒用量均为 250ml，由于多数 β-内酰胺类抗菌药半衰期比较短，溶媒量大时需要的输注时间较长，导致药物在输注中药效下降，甚至达不到最低有效血药浓度，所以大多数 β-内酰胺类抗菌药物应用 100mL 0.9% 氯化钠配液并在 30min 内完成滴注。

2.2.4 给药时机不合理 (13.64%) 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》关于剖宫产预防用药未见标明为结扎脐带后给药。《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》卫办医政发〔2009〕38 号文件则指出要求结扎脐带后给药。所以，剖宫产围手术期预防性应用抗菌药物在术前 0.5～1h 内使用都可以视为合理，但 84 例患者为术后到病房中再给予抗菌药物预防感染，属于用药时机不合理。

2.2.5 术后用药疗程过长 (100%) 术后预防使用抗菌药时间在 3～7d，平均达到 4.7 天。剖宫产手术属 II 类（清洁—污染）切口手术，《抗菌药物在围手术期的预防应用指南》明确指出 II 类（清洁—污染）切口手术时的预防用药时间为 24 小时，必要时延长至 48 小时。目前，没有证据证明用药时间越长越有利于预防感染的发生。

2.2.6 抗菌药物更换不合理 (18.51%) 有 114 例断脐后第一剂使用的是头孢唑啉，之后更换为头孢西丁。病历中并未明确记录更换理由，患者在术中也并未出现其它可能导致感染的高危因素 [3]。

3 讨论

首先，导致剖宫产手术感染的常见病原菌：在手术表面切口可能为葡萄球菌，在手术深部切口可能为革兰氏阳性杆菌、厌氧菌和肠球菌。因此预防用药建议首选第一、二代头孢菌素 ± 甲硝唑。2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》明确指出，有循证医学证据的第一代头孢菌素主要为头孢唑啉，第二代头孢菌素主要为头孢唑辛。其它广谱抗菌药物无法降低手术部位发生感染的可能性，反而可引起病原菌产生耐药性 [6]。对 β-内酰胺类抗菌药物过敏的患者，《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》卫办医政发〔2009〕38 号文件推荐克林霉素预防葡萄球菌、链球菌感染，氨基南预防革兰阴性杆菌感染，必要时可联合使用。而 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》推荐胃十二指肠



手术、肝胆系统手术、结肠和直肠手术、阑尾手术、II 或 III 类切口的妇产科手术, 可用克林霉素 + 氨基糖苷类, 或氨基糖苷类 + 甲硝唑。这与 2011 年美国妇产科医师协会 (ACOG) 给出的建议一致: 那些有明显青霉素或头孢菌素过敏病史的妇女 (过敏性反应、血管神经性水肿、呼吸窘迫、或荨麻疹) 患者, 单剂量的克林霉素与氨基糖苷类联合是剖宫产预防用药替代的合理选择。鉴于庆大霉素具有较强的抗革兰阴性杆菌活性, 为青霉素过敏患者使用氨基糖苷类药物的首选。此外, ABX 指南亦推荐青霉素过敏者外科手术预防用药可选用克林霉素 + 庆大霉素。但克林霉素和氨基糖苷类均有神经肌肉阻滞作用, 与手术中的麻醉剂合用更易引起神经肌肉阻滞, 导致呼吸抑制。青霉素过敏需要联合用药者, 选用氨基糖苷类 + 甲硝唑是否更安全, 值得深入探讨。

另外, 传统观点认为, 剖宫产围手术期预防性使用抗菌药物的应用时机应为断脐后, 我国多数医院也实行断脐后预防性应用抗菌药物, 《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》卫办医政发〔2009〕38 号文件同样推荐剖宫产在结扎脐带后给药。但 2015 版《抗菌药物临床应用指导原则》关于剖宫产预防用药未标明结扎脐带后给药。近年来, 随着国外对剖宫产预防性抗菌药物应用时机进行的深入研究, 2011 年美国妇产科医师协会 (ACOG) 发表的《临产和分娩时预防性抗生素使用》给出 A 级建议: 所有剖宫产患者推

荐使用预防性抗菌药物, 除非患者已接受足量的抗菌药物治疗 (如绒毛膜羊膜炎), 预防性应用应当在剖宫产开始前 60 分钟内使用。故, 原则上术前 0.5 ~ 1h 或结扎脐带后给药应该都是合理的。另外, 由于患者在术后多天内可能存在白细胞计数升高现象, 而机体对坏死组织清理则可以导致患者体温上升, 所以依据体温与白细胞的计数作为感染控制的判断指标是明显不完善的, 据此做出继续延长预防应用抗菌药的时程亦是不合理的, 因此一般情况下均应于术后 48h 内停用抗菌药物。

【参考文献】

- [1] 中华外科杂志编辑委员会, 中华医学会外科学分会. 围手术期预防应用抗菌药物指南 [J]. 中华外科杂志, 2006, 44 (23): 1594-1596.
- [2] 李雅. 常用抗菌药物的给药时间及临床合理用药分析 [J]. 吉林医学, 2014, 35 (14): 3098-3099.
- [3] 王英兰. 浅谈抗菌药物不合理使用的现状及对策 [J]. 中国使用医药, 2014, 9 (25): 240-241.
- [4] 卫生部办公厅《关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》[卫医政发〔2009〕38 号].
- [5] 《抗菌药物临床应用指导原则》[国卫办医发〔2015〕43 号附件].
- [6] 赵秀川. 围术期预防性使用抗菌药物临床分析 [J]. 检验医学与临床, 2014, 11 (12): 1688-1689.

ACEI 对心血管病治疗作用的再认识

■ 药剂科 / 刘学森

血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 最早发现于美洲洞蛇的毒液, 经提取获得的九肽替普罗肽。20 世纪 70 年代, 第一个 ACEI 问世。90 年代, ACEI 成为新一代降压药在临床广泛应用, 一方面扩张血管, 降低血压; 另一方面, 有许多独特和广泛的药理作用, 对心、脑、肾等靶器官有保护作用。新世纪以来, 不断有临床研究证实 ACEI 不仅仅是单纯的降压药, 更重要的是能够改善冠心病患者预后, 拥有独立于降压作用之外的心脏保护作用。

一、ACEI 作用机制

ACEI 能够同时干预 RAS 和 KKS 系统, 发挥双系统保护作用。ACEI 增加缓激肽的同时减少血管紧张素 II。

缓激肽与血管紧张素 II 的作用

缓激肽调节作用	血管紧张素 II 调节作用
血管舒张	血管收缩
抑制单核细胞粘附	单核细胞粘附
eNOS 的表达增加	SMC 生长、增殖、迁移
t-PA 和纤溶蛋白溶解增加	增加 PAI-1 和血栓形成
抗重构效应	基质降解
抗氧化作用	氧自由基生成
保护内皮功能	内皮功能障碍

由此可见, ACEI 不仅是单纯的降压药, 还能够抗炎、抗氧化、保护血管内皮、延缓动脉粥样硬化进展, 拮抗血管紧张素 II 诱导的血小板凝集, 同时兼具了其他的心血管保护作用。从上世纪末到本世纪初, ACEI 相关的临床试验覆盖了整个心血管事件链, 最终目的是减少患者死亡率。

无论是中国指南还是欧美指南, 均推荐 ACEI 作为高血压治疗的优选药物, 将 ACEI 作为起始治疗的首选药物或联合治疗的基础用药。

二、ACEI 在冠心病患者中的合理应用

急性冠脉综合征

1998 年发表于《Circulation》的 meta 分析结合了 4 项研究, 总共荟萃了近十万急性心梗患者。结果显示心梗急性期 (36 小时内) 持续使用 ACEI 4-6 周可显著降低患者的 30 天死亡率。SMILE 研究显示, 5 周的 ACEI 治疗降低了患者的死亡及严重心衰发生率, 效果持续 1 年以上。此外还有多项研究发现急性心梗患者早期应用 ACEI 可降低全因死亡及严重心衰发生率。

2015 年《STEMI 急性心梗诊疗指南》和 2015 年《欧洲 NSTEMI-ACS 指南》推荐, 所有无禁忌症的 STEMI 患者均应给予 ACEI 长期治疗 (I, A), 同时强调早期启动 ACEI 治疗。2016 年《ACEI 在急性心梗患者中应用的中国专家共识》建议, STEMI 患者发病 24 小时内, 在无禁忌症情况下建议早期应用 ACEI, 24-48 小时用到足量; 除非不能耐受, 所有 NSTEMI-ACS 患者均应接受 ACEI 治疗。

除了早期应用之外, 指南还推荐长期的 ACEI 治疗。AIREX 结果显示, 长期用药 5 年后, ACEI 显著降低心梗患者全因死亡风险达 36%。

稳定性冠心病

ACEI 用于稳定性冠心病的最经典证据就是 HOPE 研究, 之后还有 EUROPA 和 PEACE 研究。这些研究证实, 无论是冠心病患者还是冠心病高危人群, ACEI 都可降低其全因死亡和心源性死亡风险, 延缓动脉粥样硬化进展, 降低新发糖尿病及严重心衰发生的风险。

2016 年《ACEI 在冠心病患者中应用的中国专家共识》建议, 对于有心肌梗死病史或冠状动脉血运重建



病史等高危因素的稳定性冠心病患者，应该长期应用ACEI进行二级预防；对于低危的稳定性冠心病患者，ACEI长期治疗也能获益。

冠心病合并其他疾病

ACEI用于冠心病合并其他疾病患者的循证医学证据包括了合并左心功能不全或高血压的患者。对EUROPA/HOPE/PEACE的meta分析显示，ACEI显著降低了冠心病患者的复合终点、全因死亡、心血管死亡、非致死性心梗、卒中、需住院心衰及CABG的相对风险。

临床医生对ACEI用于心衰治疗是非常熟悉的。ACEI是第一类被证明能降低心衰死亡率的药物，是心衰治疗的基石。ACEI是每一阶段(A~D)都推荐应用的药物。HOPE结果显示，ACEI显著降低心衰发生率达23%。对39项试验的meta分析发现，ACEI治疗组的总体死亡率降低24%，因心衰住院或死亡的比例降低35%。2013年ACCF/AHA心衰指南对ACEI在心衰患者中的应用予以了IA类推荐。

三、ACEI与动脉粥样硬化

ACEI抑制缓激肽降解，通过内皮细胞释放NO和Pgl₂，有效发挥扩血管作用，同时NO有助于内皮细胞的完整性，抑制血小板的聚积和粘附及平滑肌细胞的有丝分裂，可抑制增殖性动脉粥样硬化斑块的形成。ACEI也通过抑制血管紧张素、内皮素导致的血管收缩反应，减少血管痉挛，起到稳定斑块的作用。

国内的小规模研究(n=70例)发现，卡托普利可减轻血管IMT，改善血管顺应性，降低血管阻力，改

善颈动脉血流，随着治疗时间延长其效益更为显著。SECURE研究还发现，ACEI可有效延缓心血管高危患者的动脉粥样硬化进展。

ABCD试验发现，在降压幅度一致的情况下，ACEI减少糖尿病患者致死和非致死性心梗的效果优于CCB。对ABCD、CAPPP、FACET和UKPDS的meta分析发现，ACEI在减少糖尿病不良事件方面的效果优于其他降压药。HOPE 2研究发现，长期使用雷米普利可使新发糖尿病风险降低31%。PROGRESS研究发现，ACEI可降低各种类型卒中的再发风险，使致死性/致残性卒中风险下降1/3，脑出血风险下降1/2，脑局部缺血危险下降1/4。

因此，2016年《ACEI在冠心病患者中应用的中国专家共识》推荐，对合并心衰的冠心病患者，应予以ACEI治疗，以控制心衰、预防心肌梗死复发和降低心衰再住院率；对合并高血压、糖尿病和慢性肾病的冠心病患者，无禁忌症时应立即启动并长期给予ACEI治疗；ACEI可降低老年冠心病患者的主要不良心血管事件，安全性和耐受性良好。

2014年美国与欧洲指南均对ACEI用于冠心病合并其他疾病患者治疗予以了IA类推荐。

综上所述，ACEI囊括了6项强适应证，包括心力衰竭、心肌梗死后、冠心病高危、糖尿病、慢性肾病及预防卒中再发。ACEI是高血压一线用药、各类冠心病首选用药(早期应用、长期足量)；也是心衰治疗的基石，需要无限期终生使用，除非有禁忌症或不能耐受。

八类常用药物的时辰药理学与最佳给药时间

■药剂科 / 胡大清

同一种药物，同一剂量，同一规格，同一批号，同一厂家，在一天中的不同时间服用，其疗效和毒性可能相差几倍，甚至几十倍。这在医学上称为“时辰药理学”。根据机体的昼夜节律选择合适的用药时机，可以达到最小剂量、最佳疗效、最小毒性，提高用药效果。

1. 抗高血压药

人的血压在1天24小时中呈“两峰一谷”的状态波动，即9:00~11:00时、16:00~18:00时最高，从18:00时起开始缓慢下降，至次日凌晨2:00~3:00时最低。故出血性中风多发生于白天，而缺血性中风多发生于夜间。

轻度高血压患者切忌在晚上入睡前服药，中重度高血压患者也只能服白天量的三分之一，这是因为夜间为生理性低血压，服药使血压降低，从而导致脑动脉供血不足，在动脉硬化的基础上形成脑血栓。

1天服用1次的降压药(包括控缓释制剂)多在7:00时给药。

1天服用2次的降压药，以上午7:00时和下午2:00时两次服药为宜，使药物作用达峰时间正好与血压自然波动的两个高峰期吻合。

α-受体阻滞剂(如特拉唑嗪、多沙唑嗪)因会引起体位性低血压，故常在睡前给药。

2. 抗心绞痛药

心绞痛发作的昼夜节律高峰为上午6:00~12:00时，而治疗心绞痛药物的疗效也存在昼夜节律性。钙拮抗剂、硝酸酯类、β受体阻滞剂在上午使用，可明显扩张冠状动脉，改善心肌缺血，下午服用的作用强度不如前者。所以心绞痛患者最好早晨醒来时马上服用抗心绞痛药。由于氨氯地平、赖诺普利起效平缓，其血药达峰时间分别需6~12h和7h，若在临睡前给药，可使血药峰值出现在清晨。

3. 强心苷类药

心力衰竭患者对洋地黄、地高辛和毛花甙C等强心苷类药物的敏感性以凌晨4:00时左右最高。此时用药效果比其他时间给药增强40倍。若按常规剂量使用极易中毒，所以这个时间给予强心苷类药物一定要考虑药物的剂量和毒副作用。地高辛于8:00~10:00时服用，血峰浓度稍低，但生物利用度和效应最大；14:00~16:00时服用，血峰浓度高而生物利用度低，所以上午服用地高辛不但能增加疗效，而且能减低其毒性作用。

4. 他汀类药

该类药物通过抑制羟甲基戊二酰辅酶A(HMG-CoA)还原酶，而阻碍肝内胆固醇的合成，同时还可增强肝细胞膜低密度脂蛋白受体的表达，使血清胆固醇及



低密度脂蛋白胆固醇浓度降低。由于胆固醇主要在夜间合成，所以晚上给药比白天给药更有效。如：辛伐他汀、氟伐他汀、洛伐他汀、阿托伐他汀钙等，采用晚间顿服比每日3次服药效果更好。

5. 糖皮质激素类药

人体激素分泌呈昼夜节律性变化，分泌的峰值在早晨7:00~8:00时，2~3小时后就迅速下降约1/2，然后逐渐减少直至午夜的分泌量最少。将1天的剂量于7:00~8:00时给药，或隔日早晨7:00~8:00时1次给药，可减轻对下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统的反馈抑制，减轻肾上腺皮质功能下降，甚至皮质萎缩的严重后果，且消化系统溃疡出血的发生率降低，并发感染的机会也减少。例如，用地塞米松、泼尼松等控制某些慢性病时，采用隔日给药法：即把48h的用量在上午8:00时早餐后一次服用，其疗效较每日用药效果好，不良反应小。

6. 消化系统药

人体胃酸分泌从中午开始缓慢上升，至20:00时左右急剧升高，22:00时达到高峰。

胃酸分泌抑制剂，包括H₂受体拮抗剂（西咪替丁、

雷利替丁等）、质子泵抑制剂（奥美拉唑、泮托拉唑等）全天睡前顿服的疗法，这种服法与分次服效果相同或更好，既方便了患者，又减少了不良反应。

7. 平喘药

哮喘患者的通气功能具有明显的昼夜节律性，白天气道阻力最小，凌晨0:00~2:00时最大，故哮喘患者常在夜间或凌晨发病或病情恶化。而凌晨哮喘患者对乙酰胆碱和组胺最为敏感。抗哮喘药氨茶碱缓释片、长效β₂受体激动剂（班布特罗、丙卡特罗）、白三烯受体拮抗剂（孟鲁司特钠）等每晚睡前0.5小时服药一次的平喘效果显著优于每天2次的给药方案。

8. 抗肿瘤药

肿瘤细胞和正常细胞具有不同的生物钟，肿瘤细胞在10:00时生长最旺盛，第2个生长高峰在22:00~23:00时，而正常细胞在16:00时生长最快。

因此，在上午10:00时或午夜22:00~23:00时进行化疗，对肿瘤细胞的杀伤力最高，对正常细胞受损率最低。所以有人提出了“零点化疗”的给药方案，即在午夜给予化疗药。

破伤风抗毒素使用中的问题解答

■药剂科 / 胡大清

我国目前广泛使用的破伤风抗毒素是马血清制剂，可中和破伤风杆菌产生的毒素。破伤风抗毒素（TAT）临床应用中有很多问题值得讨论。注射时机：受伤超过24小时的患者要求注射TAT，还有无意义呢？饮酒后能否注射TAT？注射TAT后短期内再次受伤是否还需注射？适用人群：孕妇能不能用TAT？儿童需要使用TAT吗？注意事项：TAT过敏怎么办？应用TAT就不患破伤风吗？

一、TAT注射时机

1、一般认为，TAT尽可能在伤后12h或24h内肌注，实际工作中，我们会遇到很多受伤超过24小时的患者要求注射TAT，还有无意义呢？

2、首先，强调早期应用TAT是因为，TAT可中和伤口部位及血中游离的破伤风毒素，预防和治疗破伤风，但不能中和已与神经细胞结合的毒素，所以肯定是越早越好。

3、破伤风感染后发病的潜伏期多数为1-2周。根据其发病机制，伤后24小时之内甚至稍晚应用破伤风抗毒素都能起到预防作用。临床上应强调尽早应用，但只要未发病且两周内应用都应视为有预防作用。

4、不过，若是超过了24小时的话，TAT用量要加倍，对糖尿病人也是如此。

二、TAT注射剂量

1、TAT的剂量根据用药目的不同而不同，预防用药时，一般皮下或肌肉注射每次1500~3000U，儿童与成人相同，伤势重者加1~2倍，经5-6日，如破伤风感染危险未消除，可重复。

2、TAT治疗用药时，第1次肌肉或静脉注射5-20万U，儿童与成人同，以后视病情而定，伤口周围可注射抗毒素。新生儿24小时肌肉或静注2-10万U。

三、饮酒后能否注射TAT？

关于饮酒和TAT过敏的关系，目前尚无报道。一般建议酒醒后再进行皮试，因不能确定酒精对皮试结果的影响，即使可以注射，一旦发生过敏性休克那麻烦大了，小心驶得万年船呀！

四、TAT过敏怎么办？

1、临床上碰到TAT皮试阳性的很多，若(+)可以脱敏注射。而经常遇到强阳性，最好的选择是注射免疫球蛋白。

2、脱敏的基本原理是：小剂量注射时变应原所致生物活性介质的释放量少，不至于引起临床症状；短时间内连续多次药物注射可以逐渐消耗体内已经产生的IgE，最终可以全部注入所需药量而不致发病。

3、但这种脱敏只是暂时的，经过一定时间后，IgE

再产生而重建致敏状态。故日后如再用 TAT，还须重做皮内试验。

4、脱敏注射方法：将 TAT 分为四次即 0.1ml、0.2ml、0.3ml、0.4ml，每次都用生理盐水稀释至 1ml，用肌肉注射方法给药，每次观察 20 分钟，无反应即注射下一次，如有反应，反应轻微则较少每一次 TAT 注射的剂量，增加注射次数；反应重者，即出现过敏性休克症状者，即停止注射 TAT，并按过敏性休克抢救。

五、孕妇能不能用 TAT？

1、孕妇不是破伤风针注射的禁忌，主要禁忌症为存在破伤风针过敏的人群。

2、对于从未注射过破伤风类毒素的孕妇，在破伤风高发区或从事易受外伤的工作者，最好进行破伤风类毒素注射，3 次注射即可。对于有免疫力的孕妇，如受到外伤，可能感染破伤风时，则应注射破伤风抗毒素。

六、儿童需要使用 TAT 吗？

1、我国未成年人多数都接受过正规的破伤风免疫接种，新生儿在出生后必须连续注射 3 剂百白破疫苗，第 3 个月注射第一剂，之后每隔一个月注射一剂，1 岁半和 6 岁时再加强免疫两次。

2、上面提到了，这种主动免疫可在较长时间内产生很好的免疫效果。凡在免疫规划阶段接受过破伤风类毒素疫苗全程预防者，在接种后 10 年内受伤就可不再应用 TAT 或 TIG，伤后仅需注射类毒素 0.5ml，即可预防破伤风；超过 10 年者，如伤口污染不严重，也仅需注射类毒素 0.5ml；只有未经过主动免疫、伤口污染严重的患者，才需要注射 TAT 或 TIG。

七、注射 TAT 后短期内再次受伤是否还需注射？

1、临床上很多伤员，在注射 TAT 后，短期内再次受伤，遇到这种情况还需不需要再打 TAT 呢？

2、关于这个问题，我们要清楚，TAT 是抗毒素，并不是疫苗，只能中和毒素，而不能抑制或杀灭，因此 TAT 是即时预防，作用时间是很短。

3、有报道说 TAT 的有效期为 5-6 天，最短 10-14 小时，几乎只要有新的较深的伤口就要重新打。这也是为什么创伤严重时需要补打 TAT 的原因。

4、另外，TIG 国外曾有健康人的实验表明，注射后 42 天，血中抗体含量仍可保持在最低保护（0.01 IU/ML）水平以上。

5、因此单纯注射 TIG 来预防是安全的。但是，要是再次受伤，就得具体情况具体分析。因为，即便是第一次受伤也得根据情况决定 250IU 是否够用。一般情况

下的创伤，在 42 天以内应该是安全的。

八、应用 TAT 就不患破伤风吗？

1、回答当然是否定的。无论经自动免疫产生的，被动免疫获得的抗体是中和毒素而不是杀灭破伤风杆菌，伤口彻底清创不利于破伤风繁殖才是预防的关键。

2、另外，抗生素有杀菌或抑菌作用，足量的应用对预防也很重要，其次才是被动免疫，被动免疫尤其是 TAT 作用时间短，很难对潜伏期范围很长的破伤风都有预防作用。

3、有时污染严重，产生毒素多，常规用量也不能完全中和外毒素，解决的办法是若创伤污染严重，加大 TAT 的剂量 2-3 倍，若有潜在厌氧菌感染可能时，1 周后再追加应用 TAT 或被动免疫同时应用人工自动免疫，但部位器械应分开，最好是对发生破伤风机会较多的人群及孕妇在未受伤时进行人工自动免疫。



高档彩超

设备速递

2016年8月，石棉县人民医院超声医学科新购置了2台高档彩超机，分别为三星麦迪逊高端四维彩超机、GE高档全身彩超机。此2台高档彩超机可广泛应用于腹部、妇产、儿科、泌尿、肿瘤等全身各个领域，为临床开启了精确化、标准化、规范化的全新诊断平台。

设备介绍

三星麦迪逊高端四维彩超机：

此款彩超机提供了包括腹部、血管、小器官、产科、妇科、泌尿科、新生儿和儿科等多领域的多方面应用。

产科：能够显示出11周-14周、22周—28周末出生宝宝的实时动态活动图像，让您见证宝宝的成长历程，留下珍贵的影像资料。

妇科：可开展输卵管造影三维成像、子宫三维成像。

新生儿：可进行新生儿颅脑超声检查，广泛用于高危儿颅内病变筛查及脑损伤新生儿的持续监测，对早产儿脑出血、脑室周围白质能清晰、早期诊断。



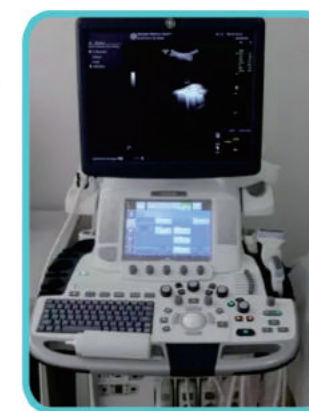
彩超下的胎儿实时图像



造影下肿瘤性质定性

Ge高档全身彩超机：

此款彩超机具有图像清晰度高，细微分辨率高、彩色血流充盈度好、对低速血流敏感度高等优点，在肝脏肿瘤诊断方面、声学造影方面有明显优势。



超声医学科 咨询 0835-8860373



关注石棉县人民医院微信公众号 就医不排队

第一步：



打开微信，点击右上角“扫一扫”石棉县人民医院二维码



点击“关注”

第二步：



点击“互动”，在菜单中点击“绑卡”即可进入绑卡界面



按要求填写相关信息即成功添加就诊人

只需以上2步，就能实现

挂号不排队 缴费不排队 随时随地用手机查询个人检查报告

随时随地用手机预约体检 随时随地健康咨询

体验咨询电话：0835-8863599

2016年12月31日前使用微信挂号免挂号费

