

石棉医讯

惜缘同舟 德术共谐

Hospital Of Shimian County



2017

第一期（总第49期）

- 石棉县远程诊疗、视频会议系统正式启用
- 省卫计委对我院进行“数字化医院”评审
- 我院顺利举行第二届高血压病友会暨第一届肾友会
- 教你认识白内障超声乳化人工晶体植入术



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

科室介绍

疼痛科

疼痛科于2014年成为雅安市市级重点专科，现有临床医生11名，护士13名，年门诊量15000人次，年收治住院患者2000人次，开展腰椎间盘突出微创手术65台，是雅安市及周边疼痛治疗特色科室。



业务简介

经皮穿刺椎间盘臭氧注射及射频治疗技术、药物疗法、物理疗法、现代康复治疗技术及评定、神经阻滞、小针刀、针灸、穴位贴敷、穴位注射、中药灌肠、中药封包、中药熏洗、穴位埋线、密集型银质针、温针、灸疗、推拿等多种方法治疗各种慢性疼痛性疾病、神经损伤性疾病、骨折康复等。

设备简介

臭氧治疗仪、射频治疗仪、牵引床、超声波治疗仪、低频治疗仪、中频治疗仪、痉挛治疗仪、超短波治疗仪、微波治疗仪、智能熏蒸治疗仪、蜡疗仪、骨质疏松治疗仪、气压治疗仪、电针治疗仪、红外线等仪器、冲击波治疗仪。



专家介绍

马军 副主任医师

雅安市康复医学会专委会委员；宣蛰人软组织疼痛医学研究会会员；参与编写“十二五”职业教育国家规划教材《临床医学概论》。
 2006年9月至2007年3月在四川省骨科医院康复科及骨伤科进修；
 2008年9月参加香港职业治疗学院和天津医院联合举办的骨伤康复学习班；
 2011年10月参加第二届宣蛰人软组织疼痛治疗学习班，2012年7月参加全省县级医院临床骨干培训班；
 2012年9月至2013年3月在眉山市中医院骨伤康复部进修；
 2013年10月参加第7届全国疼痛注射治疗学习班；



温馨提示 { 石棉县人民医院中医科/康复科/疼痛科于每日8:05在科室进行颈椎病医疗体操锻炼，欢迎大家前来练习。 }



健康管理部简介

石棉县人民医院健康管理部位于医院门诊部五楼，建筑面积1000平方米，设有VIP接待室、总检室、健康咨询室、采血区、男宾体检区、女宾体检区、营养早餐室，设置有内科、外科、中医科、妇科、五官科、口腔科等专业检查室，每日可完成200人次体检。

健康管理部拥有移动DR、数字化彩超、人体成分分析仪、精神压力分析仪、动脉硬化分析仪、骨密度检测仪、非接触式眼压计、免散瞳眼底照相、多导心电图机、肺功能仪、数码裂隙灯、电子视力表、听力计、电子阴道镜、经颅多普勒、13碳尿素呼气试验测试以及糖尿病风险评估仪等先进的疾病检查设备，还配置有体检车等先进的外检设备，可根据体检团体和个人的需求，开展个性化的健康管理服务。

健康管理部实施“一站式”体检和“五个一生”服务模式：所有项目的检查、就医“一站式”完成，避免造成交叉感染。实行对受检人员“五个一生”运行模式，即“体检检测一生，建档记录一生，评估指导一生，教育干预一生，跟踪随访一生”的健康管理服务。

联系电话：0835—8860376

目录

CONTENTS



石棉医讯

2017年第一期(总第49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(2017)字第001号

● 医院大事

- 04- 我院前往全县16个乡镇开展贫困白内障患者免费筛查工作
- 04- 石棉县人民医院总支开展对海洋村精准帮扶户工作
- 05- 关爱贫困人口 服务百姓健康
- 06- 我院顺利举行第二届高血压病友会暨第一届肾友会
- 06- 我院开展2016年慢性病系列宣传日活动
- 07- 石棉县远程诊疗、视频会议系统正式启用
- 08- 省卫计委对我院进行“数字化医院”评审
- 08- 石棉县医学会管理专业组系列活动圆满结束
- 09- 我院举办第二期品管圈成果汇报会

● 就医指南

- 10- 放射特殊检查为什么要预约?放射科/郑显平
- 11- 教你认识白内障超声乳化人工晶体植入术五官科/方海琼
- 11- 你不知道的超声造影技术超声医学科/张伟
- 12- 电子喉镜——咽喉疾病的好帮手!五官科/张锐

● 健康常识

- 13- 流感防治知识公共卫生管理科
- 14- 泌尿系结石宣教外一科/杨春蛟
- 15- 白萝卜和它一起炖,抗癌,降三高,安稳度过整个冬季健康管理部/彭旭
- 16- 初冬时节,您的小孩还好吗?儿科/李杰梅
- 17- 孩子近视的家庭训练法五官科/张露霞
- 18- 宝宝中耳炎流脓怎么办?五官科/张锐
- 19- 无氧运动的好处外三科/唐元君

● 医学前沿

- 20- 让肝细胞“返祖” 动物实验成功肝脏移植或有替代方法...

- 20- 阻击尘肺病可借鉴慢阻肺防控思路.....
- 21- 中国学者:传播是耐多药结核病疫情的真正“元凶”.....
- 22- 世卫组织研究: 雌性激素避孕取得有效成果.....
- 23- 抗艾滋病征途上的新曙光 基因编辑技术发力.....

● 心情驿站

◎ 情感天地

- 24- 回家的路儿科/杜婷
- 25- 乡恋内二科/施泽娇
- 26- 做更好的自己转科/郑天琴
- 27- 心态决定美好超声医学科/杨柳
- 28- 今天你微笑了么?中西医结合科/王芸萍
- 29- 转眼时光渐老麻醉科/李佳学

● 管理论坛

◎ 政策选登

- 30- 国务院办公厅关于印发国家职业病防治规划(2016-2020年)的通知.....

◎ 政策解读

- 36- 《关于加快推进互联网+医疗健康服务的指导意见》解读.....
- 37- 12个城市试点生育保险和基本医疗保险合并.....

◎ 管理杂谈

- 38- 中国式儿童教育的一些怪象设备科/袁安雄

◎ 管理小故事

- 40- 将脑袋打开一毫米护理部/余琳

◎ 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- 人工股骨头置换术治疗老年性股骨颈骨折的临床应用.....石棉县人民医院外三科/穆奉靖
- 44- 早期肠内营养对胃癌根治术后患者机体恢复及免疫功能的干预.....石棉县人民医院外一科/李富林
- 47- 恶性胸腔积液处理石棉县人民医院内二科/史秀珍
- 49- 柴胡疏肝散加减治疗急、慢性胃炎疗效观察.....石棉县中医院/魏华 许凯 白俊杰
- 51- 神经根型颈椎病麻木症状的中西医结合治疗体会.....石棉县人民医院/宋潇潇

◎ 护理篇

- 53- 神经外科危重病人安全管理体会外二科/丁志琴
- 55- 如何有效提高护士执行力?康复科/曹燕
- 57- 颅内动脉瘤出血病人的护理体会外二科/李蒙革
- 59- 浅谈护士压力源及应对手术室/刘霞
- 62- 品管圈在提高留置针留置时间的应用妇产科/朱萍

◎ 医技篇

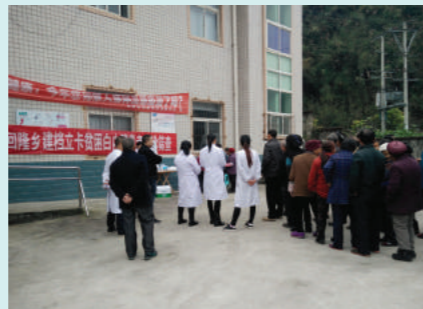
- 66- 儿童全血微量元素正常参考范围的地域性探讨石棉县中医医院/卢燕敏 李韬
- 69- 农村女性常规宫颈涂片筛查对预防宫颈癌的意义研究.....病理科/刘丽萍

◎ 药剂篇

- 70- 关于高血压用药,这10个错误不能犯!药剂科/肖劲松
- 72- 单纯收缩压或舒张压增高如何选择降压药?药剂科/刘学森
- 73- 钙剂的应用及注意事项药剂科/李素琴
- 75- 中药饮片与西成药配伍禁忌探讨药剂科/弋娟
- 77- 药品调配差错分析药剂科/蒋禄慧
- 79- 药品发放时如何指导病人对用法用量的理解药剂科/黄艳
- 80- 用药采取什么样的姿势为好?药剂科/程平

我院前往全县 16 个乡镇 开展贫困白内障患者免费筛查工作

按照省、市卫计委及残联安排，2016 年我县要对 30 例符合手术条件的贫困白内障患者免费实施复明手术。为确保县内贫困人员人人享有筛查的权利，并能得到及时的治疗，我院于 2016 年 11 月 7 日至 11 月 15 日组织医护人员前往全县 16 个乡镇开展了白内障免费筛查工作。



在各乡镇政府及乡镇卫生院的协助下，经过 9 天的筛查，共有 32 名贫困患者初步诊断患有白内障疾患。接下来，我院将通知这些患者前往我院进行复查确诊，符合手术条件的将在我院接受治疗，并享受手术费用全额救助的政策。

筛查中，村民们积极向医生诉说自己的病痛，咨询眼病方面的知识，医生们也认真、仔细地给患者诊断病情，了解患者病史，制定治疗建议方

案，对无眼部疾病的患者讲解了眼病的预防和保健。

帮扶贫困患者重见光明是一项关系民生的民心工程，充分体现了政府对人民群众的关爱和重视，受到广大老百姓的一致好评。接下来，我们将陆续安排筛查后的患者到我院进行手术治疗。以后我们会参与和开展更多此类活动，以确保贫困白内障患者早发现、早治疗、早日恢复光明。

石棉县人民医院总支 开展对海洋村精准帮扶户工作

为了进一步优化擦罗乡海洋村精准帮扶户产业结构调整步伐，根据对贫困户帮扶机制的相关指标规定，结合海洋村的实际情况，在经过充分摸底调查征求意见的基础上，由县总工会、县人民医院出资，擦罗乡政府协助，将二杂母猪养殖列为海洋村贫困户发展养殖业的重要帮扶措施。

2016 年 11 月 8 日，县总工会、县人民医院、县畜牧局、县农业局等有关领导和工作人员在海洋村村委会举行了种猪发放仪式，为 26 户建档立卡贫困户（其中县医院 13 户）发放了种猪及配套过渡期仔猪饲料，并邀请了县畜牧局专家现场对所有养殖母猪的帮扶群众开展了养殖技术培

训，并委托开展跟踪指导。

本次发放的猪种及配套过渡期仔猪饲料，合计资金 50700 元，县医院承担其中 13 户共 26000 元，统一交擦罗乡政府支付款项。

本次帮扶工作，对扎实有效地推进海洋村精准帮扶户脱贫攻坚，为 2017 年海洋村摘帽户脱贫打下了坚实基础。



关爱贫困人口 服务百姓健康 ——永和乡白马村“精准扶贫”送医下乡

为响应上级部门“精准扶贫”号召，进一步提高贫困人口防病治病意识，增强贫困医疗保障服务水平，2016 年 10 月 17 日，我院组织 6 名医护人员在永和乡白马村开展了“关爱贫困人口、服务百姓健康”大型义诊活动。

义诊的医护人员在工作期间积极主动、热情耐心地为当地百姓测量血压、血糖，并进行了健康咨询、新技术的介绍等。据不完全统计，共测量血压 120 余人次、血糖 70 余人次，医疗咨询、健康指导 110 余人次，送出小礼品 200 余份。

义诊之外，我院医护人员还精心编排了小品《红包》现场为参加义诊的人员进行了表演，精彩的演出得到了大家的一致好评，掌声、欢呼声连

成一片。

送医下乡直接深入乡、村、组，拉近了医院与群众之间的距离，将医疗卫生服务送到群众家门口，让我们医护人员能更准确直观地了解广大群众对医疗的需求，缓解了村民看病就医难的问题。在接下来的工作中，我们将组织开展更多类似的医疗活动，为更多的贫困人员送健康。



我院顺利举行第二届 高血压病友会暨第一届肾友会

为进一步加强高血压、肾病等慢性病健康宣传和教育，同时也为促进医患之间关系，我院内三科联合医院营销部在前期准备充分的情况下于2016年12月6日上午在我院学术厅顺利举行第二届高血压病友会和第一届肾病病友会。

此次病友会以“重视慢病管理，与健康同行”为主题，共吸引了高血压和肾病病友160余人参加，会场座无虚席。病友会首先由内三科科长徐林致辞，随后徐林主任用通俗易懂的例子为广大的高血压病友讲解了什么是高血压，高血压是怎么患上的，得了高血压该怎么治、怎么管。随后



肾脏内科欧阳文君主治医师向肾友们及家属讲解了“顽固性皮肤瘙痒”相关知识，针对饮食习惯、生活习惯、抗磷、控制甲状旁腺等内容向病友进行了讲解，让肾友和家属认识到日常生活饮食调护对透析生活质量的重要性。病友会上病员朋友费英、樊永清分别对自己的高血压的治疗和管理经验和肾病的管理经验向广大病员朋友做了分享。同时科室结合目前医院微信的上线，建立了“高血压之家”微信群供广大病友朋友交流和咨询。

此次活动气氛热烈，病友们积极参与其中。通过高血压和肾病病友会的开展，提高了广大病友对高血压和肾病知识的认识，搭建了一个良好的患者与医护人员沟通的平台，同时也让更多的病友了解石棉县人民医院内三科。在优美的音乐声中，此次病友会圆满结束，并期待第三届高血压病友会和第二届肾病病友会的召开！

我院开展2016年慢性病系列宣传日活动

2016年9月—11月期间，在第28个“全国爱牙日”、第19个“全国高血压日”、第11个“世界脑卒中日”、第10个“联合国糖尿病日”等健康主题宣传日里，我院在辖区内及周边区县开展了一系列大型慢性非



传染性疾病预防义诊和宣传活动。

此次宣传活动对全民健康生活方式进行了宣传，包括口腔健康、高血压、脑卒中、糖尿病防控等四个方面的内容，其宣传主题分别是：“口腔健康，全身健康”；“知晓您的血压”；“关注中年人的中风风险”；“共同关注糖尿病”。本次活动共计10余名专家、医护人员参加，通过微信公众号推送、悬挂横幅、免费义诊

咨询、发放宣传资料等方式开展。活动制作悬挂横幅4幅，群众咨询共计2000余人次，发放宣传资料、宣传画册5000余份。

通过本次宣传活动，使广大群众进一步认识和了解了口腔健康、高血压、脑卒中、糖尿病知识，增强了群众及时就诊和配合治疗的意识，有利于提高群众的健康知晓率及自我保健的能力。

石棉县远程诊疗、视频会议系统正式启用

2016年12月31日11点30分，石棉县远程诊疗、视频会议系统启动会在我院远程诊疗中心召开，会议由石棉县人民医院院长李兴贵主持，卫计局局长高万明及局领导班子、县中医院、县疾控中心有关负责人、全县16个乡镇卫生院院长及职工等参加了会议。此次会议的召开，标志着石棉县多级多点的远程诊疗系统及视频会议系统正式投入使用。

石棉县远程诊疗、视频会议系统是在石棉县远程诊疗建设的基础上向乡镇卫生院进行的扩展和应用。该系统投入使用后，各医疗机构间可以通过系统开展各类会诊、教学、会议等远程活动。实现了石棉县医院院内上对华西、省医院，下对乡镇卫生院的应用及三级医疗机构同时在线使用，并可实现对外扩展。此外还配备了一

套推车移动系统，该系统可在手机端移动应用，真正打破了空间的限制。

石棉县远程诊疗、视频会议系统的建成使用，改变了基础医疗机构卫生院学习、开会靠跑的局面。并为我县医护人员创造了更好的学习与交流平台，拉近了县内医疗机构间、上下级医院间沟通交流距离，通过远程学习、会诊与交流等活动的开展，将进一步提高医务人员诊疗水平，更好地为群众健康服务。



省卫计委对我院进行“数字化医院”评审

根据省卫生和计划生育信息中心、省卫生信息学会安排，2016年10月19日，四川省2016年数字化医院评审专家甘华平、刘若中、王小琼三人组成的评审小组在市卫生信息中心冯德军主任的陪同下对我院数字化医院“升星”进行评审工作。

按照评审工作议程安排，评审工作由汇报会、分组现场评审、反馈会三部分组成。9:00，首先召开了“数字化医院”评审汇报会，会议由专家组组长甘华平主持，县卫计局副局长袁萌江、县卫生信息中心主任蔡伶俐出席会议，医院院级领导及相关部门负责人列席会议。会上，甘华平同志首先介绍了专家组成员、日程安排，并对评审工作纪律提出了要求。我院院长李兴贵从医院基本情况、医院信息化建设历程及情况、亮点及不足、下一步努力方向向专家组进行了工作汇报。会后，专家组分为三个小组，通过查阅资料、现场检查、访谈

与考核等程序开始对我院进行为期半天的评审和指导。11:50，经专家组对现场评审情况进行汇总后，召开了评审工作反馈会，会上评审专家组对我院数字化医院建设工作取得的成绩给予了充分的肯定，指出医院数字化建设思路、应用、管理等方面五个显著亮点，同时指出医院在信息安全建设、数据应用等方面存在的薄弱环节，提出了四个方面需要持续改进的问题。随后，院长李兴贵同志进行了表态发言，表示将按照专家组的指导意见持续改进，进一步提高我院信息化建设水平。

通过本次评审，我院的信息化建设按照“标准”进行了梳理，对存在的不足进行了整改。在专家组的指导下，将不断加强信息网络安全建设与管理，全面推进互联网+应用及数据信息应用，继续探索医改信息化“石棉模式”建设，进一步提升医院信息化建设水平。

石棉县医学会管理专业组系列活动圆满结束

2016年12月2日下午，石棉县医学会卫生管理专业组活动暨松散型医疗集团年会在医院综合楼六楼顺利召开，医学会管理专业组组织的系列活动圆满结束。

根据《石棉县医学会、石棉县人民医院第十届学术周暨石棉县卫计系统第七期管理干部培训班活动方案》，

7月，管理专业组组织全县卫计系统管理人员170余人参加了户外拓展训练；8月，县医院和县中医医院分别组织医院职工共500余人参加了户外拓展训练。7月27日，管理组组织会员参加了省人民医院“成功一定有方法”互动式专题讨论。在12月2日管理专业组活动暨松散型医疗集团年

会上，以石棉县人民医院为主会场，进行了四川省人民医院松散型集团医院院长沙龙，包括省人民医院身心医学中心主任周波主讲的远程教学《压力管理与身心健康》，著名医院管理专家、原省人民医院副院长代小舟现场主讲的《医院快速发展策略》，以及石棉县人民医院院长李兴贵同志主

持的互动式探讨《互联网+区域医联体——大健康管理变革与机遇》。

通过医学会管理专业组系列活动，为本县卫计系统管理人员提供了一个学习、交流的平台，对未来工作进行了展望，促进了各单位管理职业化水平。

我院举办第二期品管圈成果汇报会

2016年12月28日下午，我院第二期品管圈成果汇报会在多功能厅举行，14个品管圈上台汇报成果。护理部主任龚健主持，院长助理周建人、马军，护理部副主任张燕、药剂科主任程平、内三科护士长肖孟芸、丁志琴、万晓蓉担任评委，院长李兴贵、副院长魏菁、史秀珍、工会主席刘平及医护人员约160人参会。

14个品管圈以精美的PPT图文并茂的形式向大家充分展示了品管圈活动的过程和成果，轻松幽默的演讲，配上温馨的音乐，使现场高潮迭起、掌声热烈。

经过激烈的角逐，结合现场评审成绩，最终评选出一等奖1名、二等奖2名、三等奖3名、参与奖8名、优秀辅导员6名、优秀圈长10名、优秀圈员10名。

与第一期品管圈相比，第二期品管圈的选题更结合临床实际，体现出了优质服务、细节管理；品管手法运用齐全、熟练；PPT的制作更精美；



产生的有形成果更突出；统一标识、设定收纳长度、设计地标等仪器设备的规范整理流程已在特殊科系推广；静脉输液使用自粘性弹力绷带和网状弹力绷带既增强了针头的有效固定，也改善了患者的舒适度；口服药温馨提示卡有效减少了患者口服药的漏发，也提高了患者满意度……

品管圈活动的深入开展，给全院护理同仁提供了展示与交流的平台，使大家能够互相学习、相互借鉴；充分激发了员工主动参与质量管理的意识，拓宽了思路，提高了发现问题、思考问题和解决问题的能力；促进了医院精细化管理落到实处，使医院在提高病人满意度、提升服务品质方面更上一个新台阶。

放射特殊检查为什么要预约?

■放射科 / 郑显平

放射特殊检查是一项临床诊断疾病非常重要的检查,为了使检查更加安全、检查结果更准确,绝大多数造影检查、增强扫描及腹部 CT 检查都应该预约,其目的在于:

1、排除禁忌症:如胃肠检查的禁忌症:消化道穿孔、大出血、肠坏死;静脉尿路造影、CT 增强扫描的禁忌症有碘过敏、甲亢、严重肝、肾功能不全、严重心血管疾病以及多发骨髓瘤等;子宫输卵管造影的禁忌症有生殖器官急性、亚急性炎症,严重子宫出血,经前期、经期,分娩后 6 个月之内、刮宫术后 30 天之内。

2、控制高危因素:如年龄过大、恶病质、糖尿病等不宜做造影、增强扫描,若怀疑肝肾功能不全应该先行化验检查,轻者应给予纠正,严重者为禁忌症。当然,现在有更好的等渗非离子造影剂,可免除上述检查的麻烦,且费用更贵。

3、冠脉 CTA 检查,需要控制心率(70 次/分以下),

心律不齐的患者需要药物控制后才能做此项检查。

4、MRI 检查,需要排除禁忌症:如心脏起搏器、血管支架及金属内固定器等,交代注意事项;合理安排检查时间,避免等待时间过长。

5、向病人交代应做的准备,上消化道检查准备:前 6—12 小时禁食,早晨禁饮,滞留多时应洗胃。钡灌肠和静脉尿路造影的胃肠准备:前 1 天禁服高原子序数药物,检查前晚服番泻叶 5—10g,检查前 1 小时清洁灌肠,否则会干扰病变观察;肠内容物引起结石的漏、误诊,CT 腹部扫描 1 周内不服含重金属的药物,不做胃肠钡餐检查,否则有伪影干扰,已婚妇女做子宫附件扫描应放置阴道塞,否则不易区别宫颈和阴道。

6、约定检查时间,如子宫输卵管造影应在月经干净 7—10 天为宜,此外造影检查一般需要时间较长,宜在病人较少时进行。



教你认识白内障超声乳化人工晶体植入术

■五官科 / 方海琼

白内障超声乳化人工晶体植入术与传统手术相比,有以下优点:

- 1、手术切口小,传统手术切口 12MM,此手术切口小于 3MM。
- 2、术后反应轻,切口愈合快,视力恢复更快、更好。
- 3、术后散光小,且更容易矫正或控制。
- 4、手术控制度更好,安全稳定。
- 5、手术时间短,一般只需 15—30 分钟左右。
- 6、不需住院,术后 1 小时即可回家。
- 7、无须等待白内障成熟才施行手术。

白内障摘除术后还需要安装人工晶体,因为摘除白内障后眼球内就丧失了晶体这一必不可少的结构,视物仍不清楚,而配戴无晶体眼镜(框架式)及角膜接触镜又有很多缺点或不足,所以最理想的方法就是安装人工晶体,使视力及视野恢复到正常。正常情况下,植入人工晶体后可受用一辈子。

石棉县人民医院眼耳鼻喉科引进美国爱尔康超声乳化仪,已开展白内障超乳上千台手术,欢迎广大白内障患者及家属前来咨询和诊治。

你不知道的超声造影技术

■超声医学科 / 张伟

超声造影技术,又称声学造影(acoustic contrast),是利用造影剂使后散射回声增强,明显提高超声诊断的分辨率、敏感性和特异性的技术。随着仪器性能的改进和新型声学造影剂的出现,超声造影已能有效地增强心肌、肝、肾、脑等实质性器官的二维超声影像和血流多普勒信号,反映和观察正常组织和病变组织的血流灌注情况,大大提高了超声对病变的分辨率以及对病变良恶性的鉴别能力。目前超声造影已成为超声诊断的一个十分重要和很有前途的发展方向。有人把它看作是继二维超声、多普勒和彩色血流成像之后超声医学的第三次革命。

由于超声造影具有安全、无创、耗时短、造影剂使用剂量小、无须皮试、且无 X 线辐射和肝肾毒性,安全性高等优势,目前超声造影技术已经广泛应用于肝、胆、

胰、脾、肾等肿瘤的定性诊断、肝硬化结节定期进行超声造影排除恶变以及手术疗效评估。

石棉县人民医院超声医学科于 2016 年 9 月正式引进美国进口 GE-LOGIQ E9 高端全身彩超机,该彩超拥有优越的造影功能。目前主要开展的造影检查项目为肝脏声学造影。其适用范围包括:

1、肝脏肿瘤病变良恶性的鉴别,包括肝癌、肝血管瘤、腺瘤、局灶结节性增生(FNH)、非均匀性脂肪肝等病变的鉴别诊断。

2、肝硬化结节的定期检测,判断其有无恶变。

3、肝脏肿瘤手术或介入治疗后进行疗效评价,例如在肝动脉栓塞化疗后、射频、微波消融治疗后,判断治疗效果,有无残存肿瘤组织,以决定进一步处理,提高疗效。

电子喉镜——咽喉疾病的好帮手！

■五官科 / 张锐

电子喉镜镜体轻巧、纤细、灵便，具有灵活的追随性、更好的插入性，进入喉腔更能接近病变部位，对呼吸道微细的变化都能清晰可见，同时具有检查刺激小、无痛苦、操作时间短的特点，是咽喉部疾病检查最可靠的检查方式，也是一项容易被患者接受的检查方式。

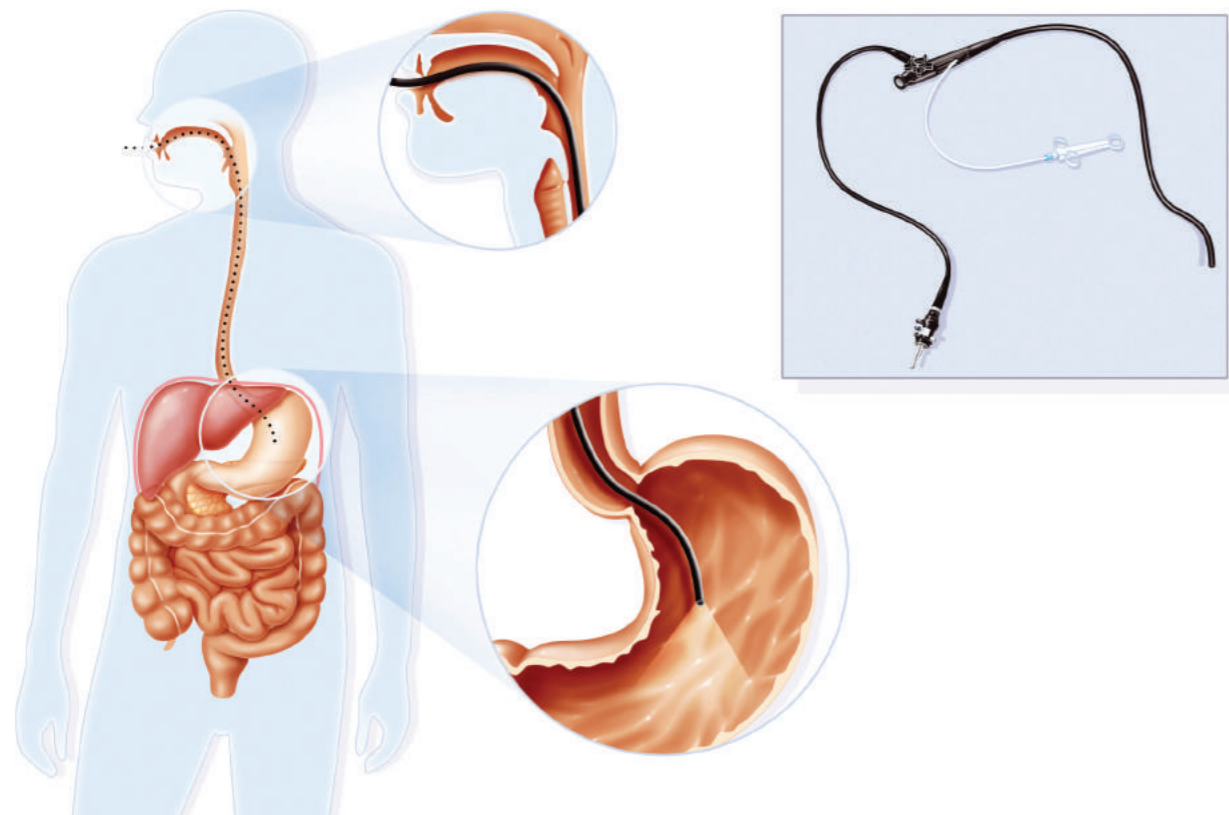
电子喉镜能够对疾病的早期诊断、早期治疗提供可靠依据，主要用于：

1、可对早期的喉部肿物、炎症、异物、声带麻痹以及喉部发声功能障碍的患者做出明确诊断。

2、可对前来就诊的咽喉部症状，如声音嘶哑、咽部异物感、吞咽困难等病人做出声带小结、声带息肉、声带白斑、囊肿及喉部的恶性肿瘤的早期诊断。

3、可对喉部发声功能障碍的患者做出明确诊断。

由于电子喉镜轻巧、纤细、灵便，检查的范围囊括鼻腔、鼻咽部、口咽部、下咽部、喉部，甚至可以深入到正气管，了解气管的情况，为喉肿物病变范围的内界、下界提供较明确依据，可为临床诊断疾病提供有力的诊断依据。



流感防治知识

■公共卫生管理科

流感可是比普通感冒严重很多，一般流感开始的时候也会像普通感冒一样的症状，可是普通治疗感冒的方法对于流感是没有什么作用的。而且流感的传染性强，病情又容易加重，因此一定要好好学会如何预防流感。毕竟我们不是医生，不会治疗，但是预防却是我们都应该学会的。那么今天就为各位好好介绍流感预防的一些知识，希望可以帮助各位在流感的高发季节也可以好好的抵御。下面就一起来看看吧！

1、流感流行季节，应避免到人多的公共场所去，必要时应戴上口罩。

2、注意保持室内空气的流通，开窗通风。

3、注意休息，不要劳累。

4、可注射流感疫苗。

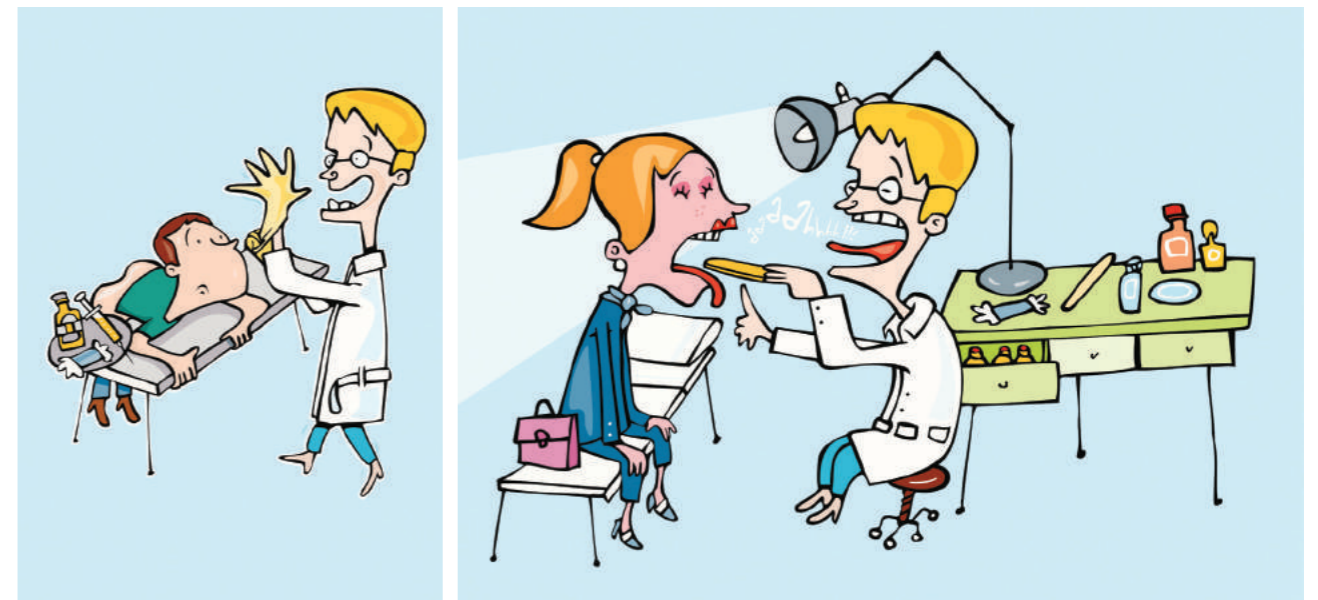
5、应注意个人卫生，勤洗手。流感病毒虽然是经飞沫空气传播，但病人的手如果接触了自身的唾沫、鼻涕等，又去接触其他东西，很容易污染被他接触的东西。此时，如果你再去接触了这些东西，就很容易被传染上，所以，一定要勤洗手，注意个人卫生。

6、在饮食上应注意清淡饮食，多吃含维生素丰富的食物，如蔬菜、瓜果等。

7、多喝水，加强排泄。

8、加强体育锻炼，注意增减衣服。

流感并不可怕，我们应该正确看待它，自己和家人患上流感后，不要惊慌，但也不要自己随使用药，应该及时到医院就医，这样才能有比较好的愈后。





泌尿系结石宣教

■外一科 / 杨春蛟

目前，随着人们生活水平的不断提高，其结石的发病率也在不断增高，虽然现在泌尿结石的情况在不断地上升，但是只要我们在生活中多加注意，就能起到预防的作用。

那么我们在生活中应该如何注意呢？

1、注意膳食结构，尿石的生成和饮食结构有一定的关系。因此，注意调整膳食结构能够预防结石复发。根据尿石成分的不同，饮食调理应该采取不同的方案。如草酸钙结石患者宜少食草酸钙含量高的食品，如菠菜、西红柿、马铃薯、草莓等。

2、治疗引起泌尿系结石的某些原发病甲状旁腺功能亢进（甲状旁腺腺瘤、腺癌或增生性变化等）会引起体内钙磷代谢紊乱而诱发磷酸钙结石。这样，就需要先治疗甲状旁腺患。尿路上的梗阻性因素，如肿瘤、前列腺增生以及尿道狭窄等会造成尿液蓄积，引起尿液“老化”现象。尿中的有机物沉积“老化”后，就可能增大而变成非晶体的微结石。所以，治疗引起泌尿系结石的某些原发病对于预防结石复发也非常重要。

3、预防和治疗泌尿系感染。泌尿系感染是尿石形

成的主要局部因素，并直接关系到尿石症的防治效果。

4、服用中药。每隔一定时间，用中药金钱草和金沙泡水服，有利于排出体内细小的结石。如果条件允许，也可找中医师根据自己的病情开一张简洁的中药处方泡服。

5、多喝水。应该养成多喝水的习惯以增加尿量，称为“内洗涤”，有利于体内多种盐类、矿物质的排除。当然，应该注意饮水卫生，注意水质，避免饮用含钙过高的水。

6、多活动。平时要多活动，如散步、慢跑等。体力好的时候还可以原地跳跃，同样有利于预防泌尿系结石复发。

饮食禁忌：1、患有本病的患者饮食中应禁食含胆固醇高的动物肝脏、肾脏、脑、海虾、蛤蟹等。2、少食含草酸、钙高的食品，如菠菜、油菜、海带、核桃甜菜、巧克力、代乳粉、芝麻酱、腌带鱼等。3、最好不要喝酒、浓茶、浓咖啡。**饮食适宜：**1、患有本病的患者饮食宜清淡，低蛋白、低脂肪为主。2、饮食应多样化，富含营养和维生素的食物，如新鲜的蔬菜、黄瓜、豆角、绿豆芽；新鲜水果，如苹果、雪梨、西瓜、葡萄、橙、柑等。3、养成多喝水的习惯，一般每天应饮水1500—2000毫升为好。

白萝卜和它一起炖，抗癌，降三高，安稳度过整个冬季

■健康管理部 / 彭旭

从古代开始，就有这样的说法，“萝卜上市，郎中下市”。可见白萝卜从古到今都被人们推崇，是一种具有保健功效的食品。白萝卜能提高人体免疫力、抗癌，还能提供给人所必须的维生素。白萝卜的功效：

1、抗癌，白萝卜含木质素，木质素可提高巨噬细胞吞噬细菌、异物和坏死细胞的功能，从而增强人体的免疫能力，起到抗癌作用。

2、降血压，白萝卜可以扩张血管、降低血压，提高身体好胆固醇的含量。

3、降血脂，白萝卜膳食纤维、钙、磷、铁、钾、维生素C和叶酸的含量较高。白萝卜可软化血管、降低血脂。

4、降低血糖，白萝卜能降低血糖，有助于降低糖尿病病人的风险，还能降低胆固醇。

5、预防感冒，白萝卜含有大量的有机硫磺化合物，这种化合物有强大的杀菌力，对于由感冒引起的发炎和咳嗽很有疗效。

香菇的功效：

1、降脂降压，香菇具有降血脂、降血压的功效，香菇中含有的香菇素能够溶解胆固醇，起到降血脂的作用，而香菇中酪氨酸、氧化酶、嘌呤以及一些核酸物质可以起到降压的作用，也可以预防动脉粥样硬化、肝硬化等疾病。

2、延缓衰老，香菇中的水提取物对体内过氧化氢有清除作用，也能清除体内的自由基，常食用香菇，能起到延缓衰老的功效。

3、提高免疫力，香菇中的多糖可促进T淋巴细胞的产生，提高其活性，增强机体免疫力；还有治疗慢性肝炎的功效。香菇也是补充维生素D的食物，长期食用，可以促进钙的吸收，预防佝偻病的发生。

4、预防皮肤炎症，香菇中有丰富的维生素B群，维生素B1、B2等B族元素对于改善溢脂性皮炎等有很大的帮助，食用香菇对于预防皮肤炎症和粘膜有一定的功效。

5、抗癌抗肿瘤，香菇菌盖部分含有核糖核酸，这些物质进入人体后，会有具有抗癌作用的干扰素产生，具有抗癌防癌功效，香菇中的β-葡萄糖苷酶，有着明显加强机体抗癌的功效。

6、营养价值，每一百克香菇中含水分92.7g，蛋白质2.7g，脂肪0.7g，膳食纤维2.1g，碳水化合物2g等，除此之外，香菇中还含有丰富的微量元素、维生素D、维生素E及多种氨基酸，成年人每天吃25g鲜香菇就能满足一天的维生素需求，而每天100到200g干香菇就能保持营养均衡。因此，在西方国家，香菇又有“植物肉”的称号。



初冬时节，您的小孩还好吗？

■儿科 / 李杰梅

初冬时节是大部分小孩抵抗力最弱的时候，许多平时身体比较好的，到这个时候难免会扁桃红肿，感冒发烧，咳嗽、流鼻涕等。作为一名儿科护士，看见太多的妈妈由于自己的错误想法或经验导致小孩频频住院的现象，忍不住谈谈自己的从业经验。

小孩捂得严实就不会感冒吗？很多家长认为：小孩捂得严实，就不会被风吹着，就不会感冒，这种观点是错误的。小孩代谢快，产热多，加之好动，一味地捂，只会让小孩多汗、束缚，引起烦躁和不安，甚至抑制呼吸。那怎样才是正确的呢？一般来说，大人穿几件，小孩就穿几件，并根据天气变化随时增减衣物，只要小孩手足温暖即可。

小孩穿着外套睡觉就不会冻着吗？经常半夜发现小孩热得全身是汗，感冒一直不见好转，我个人觉得除了缺钙等原因外，就是穿着厚衣服睡觉的原因。穿得太厚小孩难受就容易踢被子，加之夜晚和早上的气温低，小孩就容易感冒了。正确的做法是，睡觉时给小孩穿一两件贴身的薄衣服，衣服和裤子都要穿，然后盖上适宜的被子，有睡袋的话更好。

给孩子使用带毛的东西好吗？很多家长认为带毛的衣服、玩具、毯子等毛茸茸的很暖和，然而使用这些对小

是弊大于利的。带毛的物品都会散落毛屑，积聚尘埃，且不易清洗，小孩一旦接触这些物品就容易引起上呼吸道感染、咳嗽等，因此，希望家长能让小孩远离毛制品。

小孩含着奶瓶睡觉好吗？经常看见小孩含着奶瓶睡觉，一边吃一边睡，睡醒了再接着吃，有时奶瓶掉落在床上也不知道，小孩吃冷的、脏的，不拉肚子才怪。奶粉要现兑现喝，喝完及时清洗、消毒、晾干备用，俗话说：病从口入。要想孩子不生病，就要吃得干净。

小孩留指甲好吗？指甲容易藏污纳垢，而很多小孩喜欢到处乱抓，喜欢吮手，细菌就这样被吃进去了。很多家长怕弄伤孩子，怕孩子哭，经常不给孩子剪指甲，任由其自由生长，这样的小孩就容易经常拉肚子。所以，一定要经常给小孩修剪指甲。

小孩吃油条、喝饮料好吗？油条又香又脆，饮料酸甜可口，很多家长由于自己的无知做着好心办坏事的事情，香脆的油条不仅没有营养，而且容易刺破脓点，加重咽喉肿痛。酸甜的饮料含有太多的添加剂、防腐剂，对小孩的健康很不利。因此，要给孩子吃清淡易消化的饮食，多吃蔬菜水果，多喝水。

以上是我自己的从业经验，希望对各位读者有所帮助。



孩子弱视的家庭训练法

■五官科 / 张露霞

弱视已经逐渐成为幼儿常见眼科疾病之一。在日常生活中家长应注意观察孩子视力是否正常，如有异常，应及时配镜治疗。下面就来看看专家介绍的弱视孩子家庭简易训练法。

一、视力表检查法：家长可以购买一张标准视力表，挂在家里光线充足的墙上，在5米远处让孩子识别。用这个方法检查，孩子最好不要小于4岁。检查时一定要分别遮眼检查，不可让孩子双眼同时看，防止单眼弱视被漏检，反复认真检查几次后，若发现一只眼视力低于0.6，则需带孩子到医院进一步确诊。观察孩子是否有异常行为。比如，将比较醒目的物品放在孩子眼前，观察他是否能及时发现；观察孩子双眼、单眼注视时的情况，注意他看电视时是否凑得很近；观察孩子看东西时有没有异常头位，比如是否喜欢抬头、低头看；观察孩子看物体时能否稳定注视，如眼球来回转动或者震颤，则有弱视的可能；观察孩子走路是否常跌倒，是否总拿不到东西。观察孩子单独用眼看物时是否有异常。对于不愿配合检查视力的孩子，可通过遮盖试验来大致了解双眼

视力情况。具体方法为：有意遮盖一只眼睛，让孩子单眼注视物体。若孩子表现很安静，而当遮盖另一只眼时，孩子却欲拿掉遮盖物，那就提示未遮盖的一只眼视力差。

二、完全遮盖法：在视力好的一只眼的眼镜片上贴眼贴，然后让孩子做一些精细的活动，如绘画、捡芝麻、穿珠子等。

三、精细目力训练：孩子戴了矫正眼镜后，在父母的陪伴下进行穿针、穿珠训练。每次穿200~300根针或200~300粒珠子。遮盖治疗：当两眼矫正视力相差两行及以上时，医生建议使用此法。孩子戴矫正眼镜后，在医生的指导下，用塑料布或黑布制的遮眼罩将正常的一只眼彻底遮住，迫使弱视眼看物，使弱视眼得到锻炼。遮盖健眼要彻底，绝不能让孩子用健眼偷看。每进行遮盖疗法1~3个月，必须检查两眼视力，观察弱视眼视力有无进步、被遮的健眼视力有无退步。如被遮的健眼视力没有退步，可继续遮盖；如被遮的健眼视力退步，就要停止遮盖若干天，等被遮的健眼视力恢复后再继续遮盖治疗。



宝宝中耳炎 流脓怎么办?

■五官科 / 张锐

宝宝得了中耳炎，一定会让爸爸妈妈们十分着急。中耳炎由细菌感染引起。中耳炎也被称为“耳脓”、“耳疳”，认为是因肝胆湿热（火）邪气盛行引起。妈妈们不要着急，希望您看了今天的文章后得到帮助，让我们为您排忧解难。宝宝中耳炎流脓怎么办？

1、注意保持宝宝耳廓和外耳道的清洁和干燥，在给宝宝洗头、洗澡时，家长要尽量避免外耳道进水，或在每次洗澡后，用婴儿专用细棉棒，轻轻将耳廓和耳朵擦拭干净。

2、避免意外伤害，切莫让宝宝将细小物品如豆类、小珠子等塞入耳内，以免造成外耳道黏膜损伤、感染。

儿童喜欢活动、逗闹，不小心碰伤耳道，会引起感染，严重者可引起中耳炎。

3、游泳时也应小心，游泳后要及时让耳内的水流出，可以侧头单脚跳动促使水流出，用棉签吸干水分。患有慢性中耳炎的人，尤其是耳膜有穿孔者不宜游泳，因为耳膜穿孔后，流入耳道的水可以直接通过穿孔进入中耳，导致中耳炎。

4、对于卡他性中耳炎，锻炼身体，增强机体抵抗力必不可少。对于慢性化脓性中耳炎，预防感冒和防止耳内进不清洁的水是预防的关键。



无氧运动的好处

■外三科 / 唐元君

“生命在于运动”，从事并坚持体育锻炼，非常有益于身体健康。不过通常情况下都主张有氧运动，也不尽其然，无氧运动也有好处。

1、降低骨质疏松的风险。无氧运动对增加肌肉的耐力和速度方面的提高贡献很大，其中有氧训练对骨密度增大效果不大，而属于无氧运动的力量训练增加骨密度效果更好，更能有效降低骨质疏松的风险。

2、提高身体免疫力。运动过后，损伤的肌肉的修复和乳酸的代谢消耗脂肪，增大肌肉和脂肪的比率，增加肌肉新陈代谢率，提高身体免疫力。因此相比有氧运动，其“减脂”效果，并不体现在“运动时”，而是体现在“运

动后”，达到即使不运动，也在“减肥”的效果。

3、降低了疾病死亡的风险。无氧运动使肌肉收缩速度和力量均能提高，有效降低了疾病死亡的风险。人的握力每提高 10%，疾病风险就会降低 30%，相比之下，这方面有氧运动相形见绌。

4、锻炼肌肉。无氧运动速度过快和爆发力过猛，人体内的糖分来不及经过氧气分解，而不得不依靠“无氧供能”。这种运动会在体内产生过多的乳酸，导致肌肉疲劳不能持久，运动后感到肌肉酸痛，呼吸急促。无氧运动是一种锻炼肌肉让身体变得更强壮的运动方式。

让肝细胞“返祖” 动物实验成功肝脏移植或有替代方法

（来源：健康报）

新华社东京 2016 年 11 月 16 日电（记者 华义）日本国立癌症研究中心最近成功将实验鼠的成熟肝细胞转化成肝脏祖细胞，并通过移植肝脏祖细胞明显改善了患慢性肝炎实验鼠的肝功能。这一技术今后有望用于肝脏再生医疗，或许能部分替代肝脏移植。

肝脏是具有再生能力的器官，但是慢性肝炎等肝病会导致肝细胞再生能力下降，可发展为纤维化和肝硬化并最终引起肝癌。目前对于重症肝病患者只有采取肝脏移植疗法，但是肝脏供体的数量还比较缺乏，因此需要寻找一种有效的肝细胞移植方案。

肝脏内存在着拥有很高增殖能力的肝脏祖细胞，它可以分化为肝细胞，但是获得和培养肝脏祖细胞都极为

困难。本次研究发现了一种将成熟肝细胞重新变成肝脏祖细胞的方法，研究人员采集了大鼠的成熟肝细胞，通过添加 3 种低分子化合物，在实验室中成功培养获得了肝脏祖细胞。

研究人员将培养获得的肝脏祖细胞移植到患有慢性肝炎的小鼠体内，约两个月后，患病小鼠 75%~90% 的肝细胞被来自大鼠的肝细胞所替换，患病小鼠的肝功能也明显改善。

研究小组认为，这一方法有望用于肝脏再生医疗，接下来将利用人体肝细胞开展进一步研究。相关论文已发表在美国学术刊物《细胞—干细胞》上。

阻击尘肺病可借鉴慢阻肺防控思路

（来源：健康报）

学习了 2016 年 12 月 12 日《健康报》8 版医学论坛刊登的《阻击慢阻肺 如何布好大局》长文后，笔者深感专家们阐述的观点对于如何实现党中央和国务院发布的《健康中国 2030 规划纲要》、到 2030 年重大慢性疾病过早死亡率降低 30% 等目标，具有重要启示意义。在临床实践中，如果再结合尘肺病，则会给职业卫生工作增添新的切入点，因为无论是从病理学还是诊断依据，慢阻肺和尘肺病都有较多结合点和共同点。

尘肺发病机制提示，生产场所中呼吸性粉尘（直径 $\leq 5 \mu\text{m}$ ）进入气管、细支气管、肺泡囊、肺泡腔和肺

间质内，不断被巨噬细胞吞噬，后者释放致纤维化因子，引发持续性炎症和肺脏纤维化，导致慢性阻塞性肺气肿。其演变过程为，细支气管腔不完全阻塞。气管和细支气管由于炎症、充血、水肿、分泌物增多，管壁结缔组织增生、变厚，以及支气管平滑肌痉挛等因素而使管腔变窄。肺泡内气体积聚，慢性炎症可使细支气管壁软骨破坏，失去正常的支架作用，吸气时支气管扩张，气流尚能进入肺泡，但呼气时支气管缩小和闭陷，妨碍气体排出，肺泡内积聚多量气体，使肺泡明显膨胀和内压升高，肺泡壁弹性减弱或破裂，以至于多个肺泡融合成为肺大

泡。肺泡壁毛细血管受压、血液供应减少、肺组织营养障碍，直接导致肺脏的通气（PV）和换气功能（DL-CO）降低。由此可见，尘肺发病机制同于慢阻肺。从胸部正位 X 线片可见，尘肺患者双肺也有多发的点片状阴影，系肺组织纤维化所致；从胸部 CT 扫描可见，有胸膜肥厚、支气管扩张、肺气肿、肺大泡，甚至气胸，是尘肺病不断进展的结果。这些也同于慢阻肺的病理变化。

除了慢阻肺患者群体，我国尘肺病发病率和发病人数居世界之首。据《人民日报》和《健康报》2009 年公布的数字，我国有两亿多农民工，且大部分从事高危职业危害作业，在各种职业病中尘肺发病率占 79%。而中华社会救助基金会大爱清尘基金披露，全国有 600 万尘肺病农民工（不包括国有生产企业在编工人中的尘肺病患者）。按照《健康报》医学论坛文章提出的“慢阻肺防控形势严峻”“加大防控力度”“保护患者的战略之举”“要整体提高防治能力”和“瑞典经验值得学习”等思路，笔者认为，以“他山之石”攻玉，可以把尘肺病防治做得越来越好。比如 Ciaes-goran Lofdahl 说：“在治疗过程中，医生与患者交流，鼓励戒烟，培训吸入药物的操作。适合患者的运动疗法也很有效，患者每天应至少锻炼 30 分钟。瑞典做过相关研究发现，慢阻肺患者运动量低，存活率也偏低。对慢阻肺患者还要进行营

养干预，特别是对 BMI < 22 的患者要做营养指导。为慢阻肺患者接种流感疫苗和肺炎疫苗。研究发现，接种流感疫苗的患者，再次罹患流感的比例降低了一半。”这些都同样适用于尘肺的临床治疗，提高尘肺患者存活率一直是职业卫生临床与科研的重要任务。我国尘肺病农民工群体平均年龄为 49.54 岁，该病晚期进展速度很快，死亡年龄偏低。有不少尘肺患者年纪轻轻就撒手人寰，给家庭和社会造成巨大的痛苦和损失，在国际上产生负面影响。到 2030 年，降低尘肺病患者 30% 的死亡率，是职业卫生工作者的重要任务。

总之，笔者认识到，在阻击慢阻肺布好大局的战略部署中，再加上尘肺病，则会在建设健康中国的伟大工程中取得更为理想的成果。

编后：国务院刚刚发布《国家职业病防治规划（2016~2020 年）》，部署做好“十三五”时期职业病防治工作，其中强调“提升职业病防治服务水平，以农民工尘肺病为切入点，简化职业病诊断程序，优化服务流程，提高服务质量”。张志浩是国家安监总局职业病专家，对尘肺病患病、防控情况非常了解，因此提的建议非常宝贵。本版编辑将关注这方面内容，加强职业卫生临床业务技术的交流。

中国学者： 传播是耐多药结核病疫情的真正“元凶”

（来源：健康报）

新华社上海 2016 年 12 月 14 日电（仇逸、孙国根）复旦大学基础医学院高谦教授领衔团队与上海市疾病预防控制中心梅建教授领衔团队合作，经多年研究，证明耐多药结核病的传播是导致耐多药结核病疫情的主要原因，纠正了国际医学界长期以来认为“治疗不当是产生疫情的主要原因”的观点。

成果将为制定耐多药结核病的控制策略提供科学依据。最新一期的国际学术期刊《柳叶刀·传染病》杂志已在线发表了研究成果，引起同行广泛关注。

据悉，结核病是由结核分枝杆菌引起的一种传染病，

目前仍严重威胁人群健康。结核菌耐两种主要抗结核药物（异烟肼和利福平）以上就被称为耐多药结核病。据 2016 年世界卫生组织统计，2014 年全球有约 48 万耐多药结核病患者。我国耐多药结核病疫情严重，每年新增患者中有 5.4 万为耐多药结核病患者。

研究人员收集了上海市 2009 年至 2012 年的 7982 例结核菌患者的结核菌样本，从中鉴定出 367 例耐多药结核菌，应用基因型检测、全基因组测序和流行病学网络分析法，深入研究耐药结核菌在患者之间的传播及其传播过程中的进化，结果发现至少 73% 的耐多药结核病

人由传播导致，其中 44% 的病人在是感染后 1 至 2 年发病；传播主要发生在社区以及公共场所；诊断不及时是传播的主要危险因素。

同时，研究发现耐多药结核菌在传播过程中会产生新的耐药，成为更加难治的广泛耐药结核菌，且耐多药结核菌自身也在不断进化，通过补偿性突变，提高了自身的适应力。

高谦表示，目前我国发现的耐多药结核患者中，仅约 60% 的病人接受治疗，治愈率不到 40%。大量的耐

多药结核病人作为隐藏的传染源依然在不断传播。因此，专家建议，应及时调整防控策略，将防控工作的重点放在加强发现患者和控制传染源上。当前，急需采取切实有效的措施，提高基层实验室的能力，及时诊断和发现患者；对于已发现的患者，应加强规范化治疗，避免产生新的耐药；强化耐多药结核病患者的社区管理工作，阻断疾病传播。如有健康疑问，可到全球医院网公众号（webQQYY）咨询。

世卫组织研究： 雄性激素避孕取得有效成果

（来源：环球网）

【环球网综合报道】一直以来，在性关系中，女性采用避孕方式比男性更普遍，然而男性避孕方式一直是许多专家的研究方向。据法国《费加罗报》报道，世界卫生组织关于男性注射激素避孕的一项研究取得成功，96% 的测试者表示此避孕方式即便也存在一些副作用，但是有效。

世界卫生组织在 320 名、来自全球 7 个国家、年龄在 18 岁至 45 岁的男性中展开研究。研究人员为他们注射阻止睾酮产生精子的孕激素 (100 万 / 毫升) 前，首先确保他们有良好的身体状况，射精率比世界卫生组织提出的不育指标 (1500 万 / 毫升) 高。

研究与发展男性避孕协会主席皮埃尔·科林 (Pierre Colin) 表示，这项研究证实了以往众多男性避孕研究得出的结论，特别是那些在法国的研究。结果显示注射激素避孕成功率为 96%，这些男性测试者的伴侣中，56 周内仅出现了 4 例怀孕意外。测试后，80% 的测试者对此避孕方式表示满意，82% 的测试者表示准备采用此避孕方式。

虽然研究结果令人满意，但 320 名测试者中有 20 名因注射激素避孕产生的副作用而提前结束测试，停止

注射激素。他们在注射后出现以下副作用：长痤疮，性欲增强，心情烦躁，甚至有抑郁症状等。生殖生物学家 Douglas Colvard 解释说，虽然超过 75% 的男性对这种避孕方式表示满意，但其副作用表明专家应继续研究一种副作用更加小的避孕方式，因此这个特别组合的激素面临着被抛弃的危险，但专家正在努力寻找其他的组合方式。因此，研究者指出这种避孕方式尚未被批准进入市场。

专家表示，有些女性服用避孕药也会产生副作用，如出现心情烦躁、抑郁及其他在男性身上没发现的副作用。皮埃尔·科林 (Pierre Colin) 表示，在法国，尽管避孕药有副作用，女性仍然服用避孕药，因为法国人认为女性应承担避孕的责任。因此法国在男性避孕方式这个问题的探讨上相对落后，原因之一是男性对男性避孕方式感到害怕，其二是医生未向男性普及男性避孕方式。在法国，不足 0.01% 的男性通过输精管结扎术避孕，而在美国，20% 的男性采取这种方式。因为大多数情况下，输精管结扎术是可逆的，而且相比输卵管结扎术，输精管结扎术更便宜。如有健康疑问，可到全球医院网公众号（webQQYY）咨询。

抗艾滋病征途上的新曙光 基因编辑技术发力

（来源：环球网）

基因编辑技术依然很火。对韩春雨教授的质疑也好，对专利应归谁所有的争论也罢，都改变不了基因编辑技术快速发展的事实。近日《细胞通讯》杂志上的一篇科学论文，为基因编辑技术的发展再注一笔。一种新的基因编辑系统，帮助研究人员找到了可使人类免疫细胞对抗艾滋病病毒 (HIV) 感染的基因变异。在人类对抗艾滋病的漫长征途中，基因编辑技术开始发力。

此项成果归属于美国加州大学旧金山分校及其附属格莱斯顿研究所的研究人员。该团队使用 CRISPR/Cas9 技术，建立了一个高通量细胞编辑平台，能够测试不同基因变异对免疫细胞对抗 HIV 的影响。这无疑会推动艾滋病的治疗研究。

一线曙光，天然抵抗 HIV 人群

几十年来，在科学家的不断努力下，艾滋病研究取得巨大进展，抗逆转录病毒药物在治疗和控制 HIV 方面也取得了不错的效果。但时至今日，依然无法完全治愈艾滋病，每年都有数以百万计的人感染 HIV。一旦病毒侵入患者的免疫系统，会深藏在细胞 DNA 中，现有技术无法检测或摧毁它们，患者只能靠不断服用抗逆转录病毒药物维持生命。

然而，并不是每个人都很容易感染 HIV，有些人的免疫细胞似乎对 HIV 具有天然抗性，这给处于迷茫中的科学家带来一线曙光。他们希望，有朝一日能够编辑 HIV 感染者的免疫系统，使其具有对抗 HIV 的能力。

CRISPR 相助，创建抗 HIV 免疫细胞

T 细胞是人体免疫系统中最主要的战士，但它们却很柔弱，在体外只能生存几周。因此，对 T 细胞进行基因编辑不是一件容易的事。2015 年，加州大学旧金山分校医学院的微生物学和免疫学助理教授亚历山大·马森及同事，通过在试管中预制 CRISPR 机制，首次在人类 T 细胞中进行了精确的 DNA 序列替换，并将编辑过的基因添加到供体免疫细胞中。

由于 T 细胞在体外只能存活两到三周，该系统成功的关键就在于它的速度。用论文作者之一、加州大学旧金山分校细胞与分子药理学教授内万·J. 克洛根的话说：“要想把编辑 T 细胞作为一种治疗手段，怎样快速、安全、有效地进行编辑，并将编辑细胞快速植回患者体内是最主要的考量。”

研究人员利用新技术编辑了基因 CXCR4 与 CCR5，这两个基因负责编码不同 HIV 病毒株用以侵入和感染免疫细胞的受体分子，是过去细胞疗法实验的主要目标。结果表明，使这两个基因中的任何一个失效，都可成功阻止 HIV 感染人类 T 细胞。而更进一步实验显示，同时阻断使 HIV 侵入细胞的基因和使 HIV 在细胞中得以生存繁殖的基因，会使免疫系统获得双重抗性。

潜力巨大，成果仅是冰山一角

为了验证新技术的效能，研究人员开发了 146 种不同的基于 CRISPR 技术的编辑方案，每个方案都旨在关闭 45 个与艾滋病有关基因中的一个。他们最后确认了几个基因，其缺失会使细胞具有 HIV 抗性，其中一些基因在先前的研究中已被预测出来，而有些基因却从未发现与 HIV 感染有关。

下一步，研究人员计划利用新平台找出更多的 HIV 病毒弱点，以开发新的细胞疗法或靶向性药物。他们希望能找到一种方法，通过简单或者说极微小的基因编辑，来改变细胞功能，使其既能产生对 HIV 病毒的抗性，又不会影响基因表达，阻碍细胞功能的发挥。他们还希望该系统能够得到更广泛的应用，不仅仅是用于研究 HIV，还会用于其他病毒研究。

马森表示，对人类免疫细胞进行修饰并很快就看到效果，可说是完成了传染病研究中的一大块拼图。基因编辑技术潜力巨大，而目前发现仅是冰山一角。如有健康疑问，可到全球医院网公众号（webQQYY）咨询。

回家的路

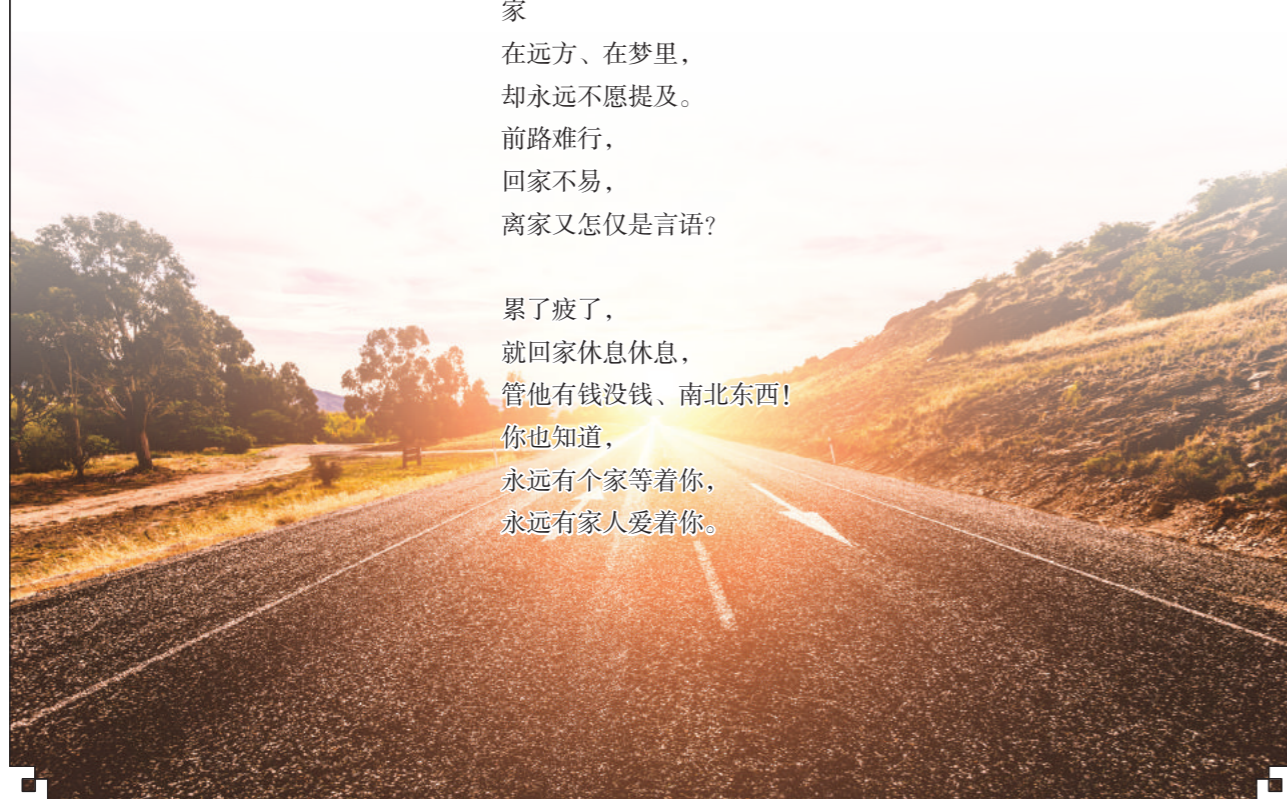
■儿科 / 杜婷

青春美丽，
不曾拥有，怎有回忆？
故乡的人，
不曾相见，怎会熟悉？

走熟了他乡的路，
吃惯了他乡的米，
难忘！
归路在哪里？
繁华却孤寂。

家
在远方、在梦里，
却永远不愿提及。
前路难行，
回家不易，
离家又怎仅是言语？

累了累了，
就回家休息休息，
管他有钱没钱、南北东西！
你也知道，
永远有个家等着你，
永远有家人爱着你。



乡恋

■内二科 / 施泽娇

窗外，无晴，雨，淅淅沥沥。棉城的秋雨，
总是柔柔弱弱，却又时时不息。屋内，飘飘茶香，
一场回忆……

昨夜梦里，幻化出点点滴滴。古老的土墙，
斑驳的墙壁，还有那充满民国气息的老街，以及拄着拐棍讲着这座小镇的故事的老人们。古朴而又祥和的气息。我喜欢在晒楼上俯视，黄土、青砖、石牌坊。远眺，山，水，树林，以及飞流直下的九股瀑布……

一座城市，楚风汉韵，文化气息不知比你浓郁了多少，却不抵你的黄土青砖，世间无它。多想再去山里转转，野果，草药，摘下晒干。再去码头看看遍地的野菊，尝尝渔家打上来的鱼虾，或是出海痛快地耍一圈。累了，去喝点

农家的小酿，去享受下小资生活。生活，本应是这样，慢而充实。

也许是我太念旧，不会发现现在的好。都说世人应该闯天地，总是回头的人不会走太远。我也知道终有一天会离开你，只是没想到你会让我在梦里回忆。当初满怀期待，急忙奔向未知的远方，只知道，它有小江南的烟雨，向往中的满满诗意。可我忘了，早习惯了现在生活的凛冽，与这诗画乡村，格格不入。就像生于草原上的狼，习惯荒凉中偶尔的绿，面对小桥流水，不知所措。等待它的是变质，或是腐烂。

只有失去才懂得珍惜，只有离去才懂得想念。

家乡太小，小得只有两个字……





做更好的自己

■转科 / 郑天琴

无论是大人还是小孩，无论是男人还是女人，无论是成功者还是碌碌无为者，都会有许多的不如意，可能来自生活、事业、爱情等等。但是，正是因为这些不如意，才使得我们越发想要做更好的自己。

作为初出社会的我们，经常会迷惘，常常觉得自己好像一无是处，羡慕着拥有更多经验的前辈们，羡慕着比自己更有能力的同龄人，羡慕着那些比我们天真快乐的孩子们。可是，这些羡慕只会拖慢我们的脚步，我们可以迷惘，但是我们不可以失去斗志，也许今天的我们不是万众瞩目的那一个，但是，这并不代表明天的我们依旧暗淡无光。“宝剑锋从磨砺出，梅花香自苦寒来。”现在的我们要经得住磨炼，不怕吃苦，甘于寂寞，接受考验，做更好的自己。

“人生如逆水行舟，不进则退。”我们总是要不断奋斗，不断完善自己，这就犹如爬山，总是一步一个脚印，眼睛总是向上看，一步一步向上攀登，而不是总光顾着自己脚下。在到

达最高处时，眺望远方，那一路上挥洒的汗水和泪水都显得那么美好。而看到很高的山峰时，我们心中不免又会产生满腔斗志，前往更高的山顶，做更好的自己。

自私，会蒙蔽你的眼睛，让你只看到自身利益，做出损人利己的事，时间久了，你的亲朋好友都会离你而去，让你成为“孤家寡人”；嫉妒，会驱使你跟别人攀比，比不过的时候，会让你心怀怨恨，恨到极点，会让你疯狂，做出可怕的事；自傲，会让你目空一切，除了自己，谁都不放在眼里，从而再没有一个真心朋友。亲爱的朋友，赶紧放下这些不好的东西，让自己感到浑身的轻松自在，做更好的自己。

人生，是那么长，又那么短，人们时常说要让自己的人生精彩，但是，怎样的人生才是精彩的？我们唯一可以确定的是，只有不断努力，不断前进，做更好的自己，才能让自己的人生不会留下太多遗憾，才能对得起自己的心。

心态决定美好

■超声医学科 / 杨柳

我们经常会因为一些外在的事情，影响我们的情绪。其实，那些事情只是客观存在着，关键在于你如何对待，看的角度不同，就会得出不同的结论。这个结论很重要，它影响着你对人生及生活的判断。

雨后，一只蜘蛛艰难地向墙上已经支离破碎的蛛网爬去，由于墙壁湿滑，它爬到一定的高度就会掉下来，它一次次地爬，又一次次地掉下来……

第一个人看到了，叹了口气说：“我的一生不正如这只蜘蛛吗？忙忙碌碌而无所所得。”于是，他日渐消沉。第二个人看到了，说：“这只蜘蛛真愚蠢，为什么不从旁边干爽的地方绕一下爬上去呢？我以后可不能像它这样愚蠢。”于是，他变得聪明起来。第三个人看到了，他立刻被蜘蛛屡败屡战的精神打动了。于是，他变得坚强起来。

不同的人，对待事情都有不同的心态。自然结果也不同。

人的欲望是无止境的，需要用知识的心态工作。用感恩的心态对人，用达观的心态处世。

罗曼·罗兰曾说：“你的爱好就是你的方向，你的兴趣就是你的资本，你的性情就是你的命运。”爱好、兴趣、性情决定你的心态，心态则决定你的状态。

生命是一种必要的体验，人生是一个无法错过的过程。人生的意义不在于我们占有了什么，而在于从中体验到了什么，在生命的短暂与永恒之间锻造自己的情感和心灵，这样才能拥有真正的价值和幸福。

人是很奇妙的动物，如果你以一颗积极、乐观的心态去面对世界，你会发现一切也会因为你心态的改变而改变；如果你以一颗悲观、消沉的心态去面对世界，即使鸟儿欢快的歌唱，你也会认为是嘲笑；即使他人善意的微笑，你也会认为是讥讽；即使天空出现一缕阳光，你也会认为它太刺眼。

心态不正，焉能正人？心态既正，人自端正。心态决定状态，状态决定成败，成败决定一切！如果你对生活保有一颗单纯不染尘的心，那么生活也会因为你心中美好的想象而变得格外美好！



今天你微笑了么?

■ 中西医结合科 / 王芸萍

微笑的人年轻，微笑的人快乐，微笑的人最美。

生活本不苦，苦的是我们欲望太多；人心本不累，累的是放不下的太多；人生本就是欲望和所求不断减少的过程，所以要学会放弃与回归，放弃一切浮躁和喧嚣，回归内心的安宁。再苦，也要用今天的微笑，吟咏成一段从容的记忆。

人为什么要微笑呢？

有句话叫“你微笑，世界也微笑”。一个脸上挂满笑容的人，必定是一个受欢迎的人，生活中的微笑无处不在，总有一个理由让我微

笑。春天感受绿叶新发，欣赏枝头红花，你会微笑；夏天沐浴阳光，欣赏五彩缤纷的彩虹，你会微笑；秋天硕果累累，感受秋风的温情于柔软，你会微笑；冬天感受雪花的洁白与晶莹剔透，你会微笑。作为一名医务工作者，不需要太多言语，不需要华丽的修饰，只是浅浅微笑，或许就是一个奇妙，轻松拉近了我们与每一位患者的距离，给他们带去安慰和鼓励，增加了战胜疾病的信心。无论何时，我们都应该不忘初心，请记得肩上的责任，别抹去我们心中的善意，任何事情，请坦然处之，请微笑处之。



转眼时光渐老

■ 麻醉科 / 李佳学

十二月。晴空，暖阳，微风。我在时光里莅住，期待，在每一个风轻云淡的日子里，可以写出锦瑟生香的暖字；依着阳光安暖，悄然长成一朵潋滟的花；等，冬天的微风落在时光的蒹葭，山水之间，仿佛，阳光依着褶皱的光影在每一天的时光里流动，小城里温柔静谧的妥帖，便是在花间筑下的梦。

小城，老城，总会开玩笑说，闭着眼睛都不会迷路的地方。一路上跌跌撞撞，二十多年，转眼时光渐老。有时，会责怪时光走的太急，那么多青葱岁月，杏花微雨，一不小心便走成了恍然如梦。走了那么久，有些人有些事，却好像还来不及回头，就消失在漫漫长河里。而有一个地方叫期望，那是你梦想向往的地方，当你扬帆远航，一路风雨兼程，历经暗礁激流，终于到达目的地，你会发现，眼前的风景包含了另一种远方的色调。

冬风悠悠吹起，吹过每一个伫立在路上的行人，划开你易老的容颜，不知不觉中，已然冬至了。时间不会退缩，只是一分一秒地前进。漫长的岁月中，季节在流转，从热烈到平静，悲喜不动声色。我们都曾迷惑过，都曾以为自己什么都明白，什么都知道。以为世界很小，

我们很大。渐渐地我们终于明白，世界很大，我们很小。有时候我们渴望向命运挣扎，可是现实摆在面前时我们大多数时候不能自己。如今的我们，在正直与虚伪、谨慎与奸诈、善良与丑陋中间挣扎扮演着不同的角色。我们渐行渐懂生活，经常自我反省，什么是对与错。我们不经劝，我们不听前人言，我们任性与倔强。所以有了经历才有了成长。而生命中，每走一步，都是积累。经历了，生命有长度；挑战了，生命有厚度。走一步的风景，进一步的欢喜，都是过程。一步步趋近，一天天强大，一年年遗忘。吹惯大风，饮尽烈酒，依旧朝前走。不张扬，却最自在；不渲染，却最纯粹；不自恃，却最真实。千里烟波，万里山河，不及最初的你。

当韶华老去，光阴熟透，我们的脸颊不再富有朝气，我们的目光不再畏惧岁月的时候，但愿还能拥一缕花香入怀，谈笑风生，也不负流年。窗外，阳光依旧暖暖，穿过玻璃洒落在身上。突然很留念这个季节，连着的那一抹灿灿的绿，和忽然而过的微暖的风。这个冬天，有芳草，有疏影，有蓝天，有烟雨，便是妥帖安放在心上的三寸日光。



国务院办公厅关于印发 国家职业病防治规划（2016—2020年）的通知

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

《国家职业病防治规划（2016—2020年）》已经国务院同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

国务院办公厅
2016年12月26日

国家职业病防治规划（2016—2020年）

为加强职业病防治工作，切实保障劳动者职业健康权益，依据《中华人民共和国职业病防治法》，制定本规划。

一、职业病防治现状和问题

职业病防治事关劳动者身体健康和生命安全，事关经济发展和社会稳定大局。党中央、国务院高度重视职业病防治工作。《“健康中国2030”规划纲要》明确提出，要强化行业自律和监督管理职责，推动企业落实主体责任，推进职业病危害源头治理，预防和控制职业病发生。

《中华人民共和国职业病防治法》实施以来特别是《国家职业病防治规划（2009—2015年）》（国办发〔2009〕43号）印发以来，各地区、各有关部门依法履行

职业病防治职责，强化行政监管，防治体系逐步健全，监督执法不断加强，源头治理和专项整治力度持续加大，用人单位危害劳动者健康的违法行为有所减少，工作场所职业卫生条件得到改善。职业病危害检测、评价与控制，职业健康检查以及职业病诊断、鉴定、救治水平不断提升，职业病防治机构、化学中毒和核辐射医疗救治基地建设得到加强，重大急性职业病危害事故明显减少。职业病防治宣传更加普及，全社会防治意识不断提高。

但是，当前我国职业病防治还面临着诸多问题和挑战。一是职业病危害依然严重。全国每年新报告职业病病例近3万例，分布在煤炭、化工、有色金属、轻工等不同行业，涉及企业数量多。二是用人单位主体责任落实不到位。部分用人单位主要负责人法治意识不强，对

改善作业环境、提供防护用品、组织职业健康检查投入不足，农民工、劳务派遣人员等的职业病防护得不到有效保障。三是职业卫生监管和职业病防治服务能力不足。部分地区基层监管力量和防治工作基础薄弱，对危害信息掌握不全，对重点职业病及职业相关危害因素监测能力不足。四是新的职业病危害问题不容忽视。随着新技术、新工艺、新设备和新材料的广泛应用，新的职业病危害因素不断出现，对职业病防治工作提出新挑战。

二、总体要求

（一）指导思想。全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，认真落实党中央、国务院决策部署，紧紧围绕统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局，牢固树立和贯彻落实创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，坚持正确的卫生与健康工作方针，强化政府监管职责，督促用人单位落实主体责任，提升职业病防治工作水平，鼓励全社会广泛参与，有效预防和控制职业病危害，切实保障劳动者职业健康权益，促进经济社会持续健康发展，为推进健康中国建设奠定重要基础。

（二）基本原则。坚持依法防治。推进职业病防治工作法治化建设，建立健全配套法律、法规和标准，依法依规开展工作。落实法定防治职责，坚持管行业、管业务、管生产经营的同时必须管好职业病防治工作，建立用人单位诚信体系。

坚持源头治理。把握职业卫生发展规律，坚持预防为主、防治结合，以重点行业、重点职业病危害和重点人群为切入点，引导用人单位开展技术改造和转型升级，改善工作场所条件，从源头预防控制职业病危害。

坚持综合施策。统筹协调职业病防治工作涉及的方方面面，更加注重部门协调和资源共享，切实落实用人单位主体责任，提升劳动者个体防护意识，推动政府、用人单位、劳动者各负其责、协同联动，形成防治工作合力。

（三）规划目标。到2020年，建立健全用人单位负责、行政机关监管、行业自律、职工参与和社会监督的职业病防治工作格局。职业病防治法律、法规和标准体系基本完善，职业卫生监管水平明显提升，职业病防治服务能力显著增强，救治救助和工伤保险保障水平不断提高；

职业病源头治理力度进一步加大，用人单位主体责任不断落实，工作场所作业环境有效改善，职业健康监护工作有序开展，劳动者的职业健康权益得到切实保障；接尘工龄不足5年的劳动者新发尘肺病报告例数占年度报告总例数的比例得到下降，重大急性职业病危害事故、慢性职业性化学中毒、急性职业性放射性疾病得到有效控制。

——用人单位主体责任不断落实。重点行业的用人单位职业病危害项目申报率达到85%以上，工作场所职业病危害因素定期检测率达到80%以上，接触职业病危害的劳动者在岗期间职业健康检查率达到90%以上，主要负责人、职业卫生管理人员职业卫生培训率均达到95%以上，医疗卫生机构放射工作人员个人剂量监测率达到90%以上。

——职业病防治体系基本健全。建立健全省、市、县三级职业病防治工作联席会议制度。设区的市至少应确定1家医疗卫生机构承担本辖区内职业病诊断工作，县级行政区域原则上至少确定1家医疗卫生机构承担本辖区职业健康检查工作。职业病防治服务网络和监管网络不断健全，职业卫生监管人员培训实现全覆盖。

——职业病监测能力不断提高。健全监测网络，开展重点职业病监测工作的县（区）覆盖率达到90%。提升职业病报告质量，职业病诊断机构报告率达到90%。初步建立职业病防治信息系统，实现部门间信息共享。

——劳动者健康权益得到保障。劳动者依法应参加工伤保险覆盖率达到80%以上，逐步实现工伤保险与基本医疗保险、大病保险、医疗救助、社会慈善、商业保险等有效衔接，切实减轻职业病病人负担。

三、主要任务

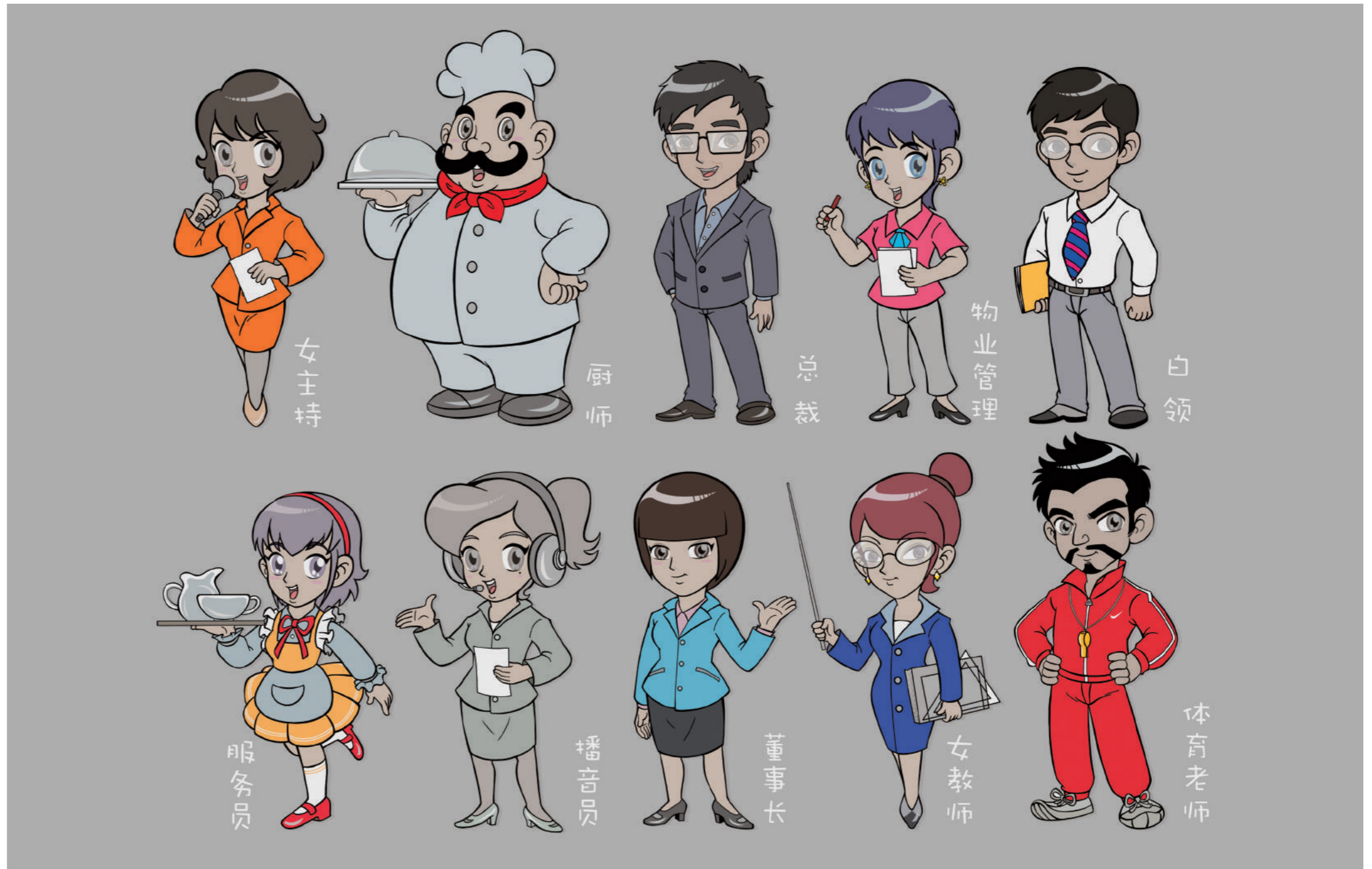
（一）强化源头治理。开展全国职业病危害调查，掌握产生职业病危害的用人单位基本情况，以及危害地区、行业、岗位、人群分布等基本信息。建立职业病危害严重的落后工艺、材料和设备淘汰、限制名录管理制度，推广有利于保护劳动者健康的新技术、新工艺、新设备和新材料。以职业性尘肺病、化学中毒为重点，在矿山、有色金属、冶金、建材等行业领域开展专项治理。严格源头控制，引导职业病危害严重的用人单位进行技术改造和转型升级。开展职业病危害治理帮扶行动，探索设立中小微型用人单位职业病防治公益性指导援助平

台。加强对新发职业病危害的研究识别、评价与控制。

(二) 落实用人单位主体责任。督促职业病危害严重的用人单位建立防治管理责任制,健全岗位责任体系,做到责任到位、投入到位、监管到位、防护到位、应急救援到位。推动企业依法设立职业卫生管理机构,配备专(兼)职管理人员和技术人员。通过经验推广、示范创建等方式,引导用人单位发挥主体作用,自主履行法定义务。帮助用人单位有针对性地开展职业卫生培训,提高主要负责人、管理人员和劳动者的职业病危害防护意识。督促用人单位落实建设项目职业病防护设施“三同时”(同时设计、同时施工、同时投入生产和使用)制度,加强对危害预评价、防护设施控制效果评价和竣工验收等环节的管理。改善作业环境,做好工作场所危害因素申报、日常监测、定期检测和个体防护用品管理工作,严格执行工作场所职业病危害因素检测数据和防护措施公告制度,在产生严重危害的作业岗位设置警示标志和说明。指导用人单位建立完善职业健康监护制度,组织劳动者开展职业健康检查,配合开展职业病诊断与鉴定等工作。

(三) 加大职业卫生监督执法力度。加强职业卫生监督网络建设,逐步健全监管执法队伍。大力提升基层监管水平,重点加强县、乡级职业卫生监督执法能力和装备建设。依法履行监管职责,督促用人单位加强对农民工、劳务派遣人员等职业病危害高风险人群的职业健康管理。扩大监督检查覆盖范围,加大对重点行业、重点企业、存在职业病危害的建设项目以及职业卫生技术服务机构、职业病诊断机构和职业健康检查机构的监督检查力度,开展职业卫生服务监督检查行动,严肃查处违法违规行为。对职业病危害严重、改造后仍无法达标的用人单位,严格依法责令停止产生职业病危害的作业,或者依照法定程序责令停建、关闭。建立用人单位和职业卫生技术服务机构“黑名单”制度,定期向社会公布并通报有关部门。注重发挥行业组织在职业卫生监督中的作用。

(四) 提升防治服务水平。完善职业病防治服务网络,按照区域覆盖、合理配置的原则,加强基础设施建设,明确职业病防治机构的布局、规模、功能和数量。根据职责定位,充分发挥好各类疾病预防控制机构、职业病防治院所、综合性医院和专科医院职业病科在职业健康



检查及职业病诊断、监测、评价、风险评估等方面的作用,健全分工协作、上下联动的工作机制。推动职业卫生工作重心下沉,逐步引导基层医疗卫生机构参与职业健康管理和健康促进工作。以农民工尘肺病为切入点,简化职业病诊断程序,优化服务流程,提高服务质量。加大投入力度,提升职业中毒和核辐射应急救治水平。充分调动社会力量的积极性,增加职业健康检查等服务供给,

创新服务模式,满足劳动者和用人单位多层次、多样化的职业卫生服务需求。

(五) 落实救助保障措施。规范用人单位劳动用工管理,依法签订劳动合同,督促用人单位在合同中明确劳动保护、劳动条件和职业病危害防护等内容。在重点行业中推行平等协商和签订劳动安全卫生专项集体合同制度,以非公有制企业为重点,督促劳动关系双方认真

履行防治责任。督促用人单位按时足额缴纳工伤保险费,推行工伤保险费率与职业病危害程度挂钩浮动制度。做好工伤保险与基本医疗保险、大病保险、医疗救助、社会慈善、商业保险等有效衔接,及时让符合条件的职业病病人按规定享受大病保险待遇和纳入医疗救助范围,减轻病人医疗费用负担。将符合条件的尘肺病等职业病病人家庭及时纳入最低生活保障范围;对遭遇突发性、



紧迫性、临时性基本生活困难的，按规定及时给予救助。

(六) 推进防治信息化建设。改进职业病危害项目申报工作，建立统一、高效的职业卫生监督执法信息管理机制，推动执法工作公开透明。建立完善重点职业病与职业病危害因素监测、报告和管理网络。开展重点职业病监测和专项调查，持续、系统收集相关信息。规范职业病报告信息管理工作，提高上报信息的及时性、完整性和准确性。开展职业健康风险评估，掌握重点人群和重点行业发病特点、危害程度和发病趋势。加强部门间信息共享利用，及时交流用人单位职业病危害、劳动者职业健康和工伤保障等信息数据。将职业病防治纳入全民健康保障信息化工程，充分利用互联网、大数据、云计算等技术做好防治工作。

(七) 开展宣传教育和健康促进。动员全社会参与，充分发挥主流媒体的权威性和新媒体的便捷性，广泛宣传职业病防治法律法规和相关标准，普及职业病危害防治知识。积极利用“职业病防治法宣传周”开展各种形式的宣传活动，提高宣传教育的针对性和实效性。督促用人单位重视工作场所的职业健康宣传教育工作。创新

方式方法，开展健康促进试点，推动“健康企业”建设，营造有益于职业健康的环境。巩固健康教育成果，更新健康促进手段，及时应对产业转型、技术进步可能产生的职业健康新问题。

(八) 加强科研及成果转化应用。鼓励和支持职业病防治基础性科研工作，推进发病机理研究，在重点人群和重点行业开展流行病学调查，开展早期职业健康损害、新发职业病危害因素和疾病负担等研究，为制定防治政策提供依据。重点攻关职业性尘肺病、化学中毒、噪声聋、放射性疾病等防治技术，以及粉尘、化学因素等快速检测技术。加快科技成果转化应用工作，推广以无毒代替有毒、低毒代替高毒等新技术、新工艺、新设备和新材料。加强国际合作，吸收、借鉴和推广国际先进科学技术和成功经验。

四、保障措施

(一) 加强组织领导。各地区要高度重视职业病防治工作，将其纳入本地区国民经济和社会发展规划，健全职业病防治工作联席会议制度，加强统筹协调，多措并举，进一步提升职业病防治合力。完善职业病防治

工作责任制，建立防治目标 and 责任考核制度，制定年度工作计划和实施方案，定期研究解决职业病防治中的重大问题。建立健全政府部门、用人单位和劳动者三方代表参与的职业病防治工作长效机制。

(二) 落实部门责任。各有关部门要严格贯彻《中华人民共和国职业病防治法》，履行法定职责，加强协同配合，切实做好职业病防治工作。国家卫生计生委负责对职业病报告、职业健康检查、职业病诊断与鉴定、化学品毒性鉴定等工作进行监督管理，组织开展重点职业病监测、职业健康风险评估和专项调查，开展医疗卫生机构放射性职业病危害控制的监督管理。安全监管总局负责用人单位职业卫生监督检查工作，加强源头治理，负责建设项目职业病危害评价和职业卫生技术服务机构监管，调查处置职业卫生事件和事故，拟订高危粉尘作业、高毒和放射性作业等方面的行政法规，组织指导并监督检查用人单位职业卫生培训工作。中央宣传部负责组织新闻媒体做好职业病防治宣传、舆论引导和监督工作。国家发展改革委负责会同有关行业管理部门积极调整产业政策，限制和减少职业病危害严重的落后技术、工艺、设备和材料的使用，支持职业病防治机构的基础设施建设。科技部负责将职业病防治关键技术等研究纳入国家重点研究计划。工业和信息化部发挥行业管理职能作用，在行业规划、标准规范、技术改造、推动过剩产能退出、产业转型升级等方面统筹考虑职业病防治工作，促进企业提高职业病防治水平。民政部负责将用人单位不存在或无法确定劳动关系，且符合条件的职业病人纳入医疗救助范围，将符合条件的职业病人及其家庭纳入最低生活保障范围。财政部负责落实职业病防治的财政补助政策，保障职业病防治工作所需经费。人力资源社会保障部负责职业病病人的工伤保险待遇有关工作。国务院国资委配合有关部门督促指导中央企业依法开展职业病防治工作。全国总工会依法对职业病防治工作进行监督，参与职业病危害事故调查处理，反映劳动者职业健康方面的诉求，提出意见和建议，维护劳动者合法权益。

(三) 加大经费投入。各地区要根据职业病防治形势，加大财政投入力度，合理安排防治工作所需经费，加强对任务完成情况和财政资金使用考核，提高资金使用效率。用人单位要根据实际情况，保障生产工艺技术

改造、职业病危害预防和控制、工作场所检测评价、职业健康监护和职业卫生培训等费用。各地区要探索工伤保险基金在职业病预防、诊疗和康复中的作用，建立多元化的防治资金筹措机制，鼓励和引导社会资本投入职业病防治领域。

(四) 健全法律法规和标准。进一步完善职业病防治法律法规。健全高危粉尘、高毒和医用辐射防护等特殊作业管理，以及职业病危害评价、职业健康检查、职业病诊断与鉴定等法律制度。制定职业病报告、职业健康管理等工作规范。完善重点职业病、职业性放射性疾病等监测和职业健康风险评估技术方案。健全用人单位职业病危害因素工程控制、个体职业防护、职业健康监护、职业病诊断等国家职业卫生标准和指南。

(五) 加强人才队伍建设。各地区要强化职业病防治和技术服务专业队伍建设，重点加强疾病预防控制机构、职业病防治院所、综合性医院和专科医院职业病科等梯队建设，提高县、乡级职业卫生服务能力。探索建立注册职业卫生工程师制度。接触职业病危害因素劳动者多、危害程度严重的用人单位，要强化专(兼)职业卫生技术人员储备。加大培训力度，重点加强对临床和公共卫生复合型人才的培养。

五、督导与评估

安全监管总局、国家卫生计生委要适时组织开展规划实施的督查和评价工作，2020年组织规划实施的终期评估，结果报国务院。各地区要结合实际研究制定本地区职业病防治规划，明确阶段性目标和工作分工，加大督导检查力度，确保目标任务圆满完成。

《关于加快推进互联网+医疗健康服务的指导意见》解读

2016 全国“互联网+医疗健康”创新创业大会在成都举行。期间，四川省卫生计生委发布了《关于加快推进互联网+医疗健康服务的指导意见》（以下简称《意见》）。四川省卫生计生委主任沈骥对文件做了权威解读。

沈骥在发布会上提到，加快推进互联网+医疗健康服务是推进全面创新改革示范的迫切要求。四川在电子、医疗、科研等方面的实力雄厚，信息化专家众多，也是党中央和国务院确定的四个全面创新改革试验区之一，将以互联网健康服务作为突破口，强力推动试验区全面创新改革工作。发展互联网健康服务，将医疗健康相关的资源要素串连起来，重构健康管理、就医方式、就医体验、购药方式等服务模式，实现真正意义上的“掌上健康”和“全程健康管理”，吸引移动医疗服务商、医疗设备制造商、应用开发商、保险企业和风险资本等众多参与者，有助于促进健康信息消费和扩大就业，培育新的经济增长点，助力“大众创业、万众创新”，打造全面创新改革试验区的新引擎。

同时，加快推进互联网+医疗健康服务是优化医疗卫生资源的有效手段。四川省地处西部，幅员辽阔，人口众多，山高路远，交通不便，地域差异较大，经济社会文化发展水平极不均衡，优质资源总量不足、分布不均，医疗服务可及性差、利用率低。一是医疗资源集中在城市，农村医疗资源匮乏。二是优质医院集中在经济社会文化发展较好的地区，医疗机构发展不平衡。三是优质医生资源向优质医院的过度集中，医院的医生质量差别较大。四是广大民族地区、贫困山区、革命老区医疗资源匮乏，群众难以享受均等化医疗健康服务。亟需通过信息化手段，提高医疗服务效率、推进优质医疗资

源下沉、阻止医疗费用过快上升、构建全程健康服务新模式，满足群众对便捷、高质量医疗健康服务的渴求。

除此，加快推进互联网+医疗健康服务是创新医疗服务模式的现实需要。四川省患慢性疾病的总人口量和社会占有量较高，特别是随着疾病谱的改变，人口老龄化加速，高血压、高血脂等慢病患者占比的提高，疾病咨询和诊疗的需求将越来越多，需要长期监控的人群已远远超出目前以医院为中心的医疗服务模式所能给广大患者提供的卫生保健服务，如果完全依靠传统医疗服务模式，不仅耗时耗经费，且占用医疗资源，亟需对传统的医疗服务方式进行改变。云、大、物、移等前沿技术推动医疗卫生行业步入互联网时代，互联网与医疗健康的深度融合迫在眉睫。

因此，为加快推进四川省互联网+医疗健康服务，促进新兴信息技术与医疗健康服务深度融合，四川省卫生计生委同省发改委、省人社厅联合率先制发了《关于加快推进互联网+医疗健康服务的指导意见》。《意见》以维护人民群众健康为中心，以建设“健康四川”和提供医防一体、服务到家的全程医疗健康服务为目标，按照“重创新、强应用、促发展、保安全”的原则，以开放包容的“互联网+”思维，积极构建服务更加便捷、管理更加规范、资源利用更加高效的互联网+医疗健康服务生态圈。到 2017 年底，以省人口健康信息平台为载体、以居民健康卡为纽带，初步形成网络化、智能化、便捷化、协同化的互联网+医疗健康生态圈；到 2020 年，基于互联网的各类医疗健康应用广泛开展，互联网+医疗健康服务建设和应用达到全国领先水平，为全面综合改革创新示范探索新路。

12 个城市试点生育保险和基本医疗保险合并

（央广网）

为进一步增强生育保险保障功能，提高社会保险基金共济能力，推进生育保险和基本医疗保险并轨实施改革，第十二届全国人民代表大会常务委员第二十五次会议决定：授权国务院在河北省邯郸市、山西省晋中市、辽宁省沈阳市、江苏省泰州市、安徽省合肥市、山东省威海市、河南省郑州市、湖南省岳阳市、广东省珠海市、重庆市、四川省内江市、云南省昆明市暂时调整实施《中华人民共和国社会保险法》第六十四条、第六十六条关于生育保险基金单独建账、核算以及编制及编制预算的规定，将生育保险基金并入职工基本医疗保险基金征缴和管理。

那么为什么要合并这两个险种？而对百姓尤其是育龄女性来说，“五险”变成“四险”，原先生育保险的保障待遇会不会降低？

通常情况下，女性参保人生育过程中的检查、手术、住院以及部分药费由生育保险基金支付；超出生育险范围而被医保覆盖的，则要到医保窗口报销。但使用的，都是同一张“社保卡”。

一直都有观点认为，我国生育和医疗保险在设计上存在交叉重叠。例如，生育险保障的女性分娩过程中的医疗费用，医保中也有所覆盖。因此，半年前人社部和财政部下发的一份文件中就曾透露——将实施生育保险和基本医疗保险合并的工作。最近，这项改革有了新进展。在包括郑州、邯郸等 12 个试点城市，将暂时调整实施《社会保险法》关于生育保险基金单独建账、核算以及编制预算的规定，将其并入职工基本医疗保险基金中征缴管理。

人社部部长尹蔚民表示，生育保险和基本医疗保险在医疗服务项目上有共同之处，特别是在医疗待遇支付上有很大共性。将两项保险合并实施符合社会保险一体化运行的要求，有利于提升社会保险基金互济能力，更好地增强生育保险保障功能，有利于提高行政和经办服务管理效能，降低运行成本，是推进建立更加公平更可持续的社会保障制度的一项改革尝试。

中国社会保障研究中心主任褚福灵表示，两项保险合并实施，对参保人来说会简化报销过程；对社保经办机构来说，则降低了运作成本。“生育里面重要的待遇之一就是住院待遇，和医疗保险的待遇性质是一致的。但由于是两个基金，在结算的时候就涉及医药费用应该是医保支付，还是应该生育险支付？这就要算账。存在一些交叉，有不明晰。合并实施就降低运作成本，减少环节，也减少一些经费的支出。”

按我国的社保政策，生育保险只需单位缴费，费率在 1% 左右；医保则个人缴纳 2%，单位缴纳 10% 左右；在基金规模上，截至 2015 年末，基本医保基金累计结存超过了 1.2 万亿，而生育保险仅为 684 亿。同时，生育险的支出相对具有可预测性。人社部社会保障研究所所长金维刚指出，将此项基金合并入大的医保基金中运作，利用率会得到提升，“生育保险其实筹集的资金并不是太大，针对的还是特定群体，基金支出量也不是很大，有些地方基金存在一些结余。如果两项合并，可以提高基金的使用效率、同时进一步增强整个医疗资金的支出能力。”

中国式儿童教育的一些怪象

■设备科 / 袁安雄

谈到儿童教育，作为中国平民大众中普通的一员，似乎是没有发言权的。但即将为人父的我却不得不对此谈一谈我浅薄的看法。

现在中国最流行的动画片《熊出没》，相信家里有电视机的小朋友都看过了吧。在家侄女儿看过的90%的剧集，不是光头强被欺负，就是两头熊被欺负。

光头强原本是一个聪明无比，多才多艺，会跳舞、游泳、钓鱼、唱歌的人。但在小朋友眼里可能永远就是一个失败的人吧，因为侄女每次看到失败的光头强总是笑得最开心的。更有甚者，一次下班回家的路上，看到一个小小朋友拿着一把光头强款的玩具使劲地砍路边的风景树。动画片原本是小孩子童年时期一种很好的教育宣传，但事实上小朋友除了观看时对失败者的嘲笑，还看到了什么？善良，勇敢，坚强，还是责任心？这或许是个例，我想问一句我们的小朋友从动画片里学到了什么，能学到什么？

动画影视可以看作是国家基础教育的一种公共宣传，接触最深的当然就是家庭教育了。

记得高中时，看到过这样一篇报道，有位从小时候

妈妈就陪读照顾生活起居的高中生，终于考上了清华大学，因自理能力差被退学。因为不会自己吃饭，甚至煮熟的鸡蛋壳都不会剥。我不敢想象他是怎么生活下来的。

现在的孩子都是家里的宝，一家子可以什么事都不做，就围着孩子转。这样事事包办，恨不得把孩子所有的事都自己做的家教让孩子丧失了自理能力。为了孩子父母做牛做马，甚至倾其所有，用所谓的爱却培养出一群自理能力差，感情淡漠，不懂感恩的孩子。先不要说让你的孩子赢在起跑线上，当这样做的时候，其实已经输了。前苏联著名儿童教育家马卡连柯认为：“子女固然因为父母方面的爱不足而感受痛苦，可是他们也会因那种过分洋溢的伟大的感觉而腐化、堕落，理智应当成为家庭教育中常备的节制器。否则孩子就要在父母最好的动机下养成最坏的特点和行为了。”待到孩子长大，当习惯已成自然的时候，你再想去纠正时，却发现追悔不及，现实中活生生的例子比比皆是。

家长从幼儿园把孩子接出后，星期一送去学画画，星期二弹钢琴，星期三学跳舞……一直到星期日，日程都



安排得满满的。我想问家长，您跟您的宝贝有交流吗？在中国，我相信有不少家长认为，给了孩子绝对的物质条件，就是最大的爱了。我想问您一句，您的孩子他是冻着了，还是饿着了？我相信不少父母是把孩子全权交给自己的父母吧。你会说你要上班很忙，可是上班不会有下班吗，我知道你下班后还有饭局，还有牌局……

您知道孩子有自己开心的事要给爸爸妈妈分享的时候，您有在吗，您又花了多少时间来陪您的孩子？偶尔一起吃饭时要您的孩子背“谁知盘中餐，粒粒皆辛苦”。您的孩子又知道今天吃的米饭是怎么来的吗？您有负责任地告诉过他（她），给他（她）讲过吗？如果没有，又何必再背。我相信大家都看到过在县里一所小学门口的边上，爷爷奶奶等长辈随地坐下，打牌的打牌、闲聊的闲聊。您认为这样对孩子的影响好吗，小孩会不会认为大人的生活就是这样的？下班后，有车的父母开着各式的车去接孩子，堵死一条街，您认为这样对孩子好吗，小孩会不会认为，为了自己的好处，公共资源是可以随意占用的？也许你们会说，孩子还小，找不到回家的路。可你们认真地教过您

的孩子怎样识路吗，怎样辨别方向吗？您又会说，路上不安全。可您用心教过您的孩子怎么去识别不安全因素，怎样去避开不安全因素吗？

以上我仅是抛出了个人对儿童教育的一些看法，具体到每一个家庭中，情况都是不一样的。或许作为父母都希望望子成龙，望女成凤，但是过早地施肥，或是乱施肥，是会把小树苗闷坏的。

【德育】是培养学生正确的人生观、价值观，培养学生具有良好的道德品质和正确的政治观念，培养学生形成正确的思想方法的教育。

【智育】是授予学生系统的科学文化知识、技能，发展他们的智力和与学习有关的非智力因素的教育。

【体育】是授予学生健康的知识、技能，发展他们的体力，增强他们的体质，培养他们的意志力的教育。

【美育】是培养学生的审美观，发展他们鉴赏美、创造美的能力，培养他们的高尚情操和文明素质的教育。

【劳育】是培养学生进行劳动观念和劳动技能的教育。

将脑袋打开一毫米

■ 护理部 / 余琳

美国有一家生产牙膏的公司，产品优良，包装精美，深受广大消费者的喜爱，每年营业额蒸蒸日上。记录显示，前十年每年的营业增长率为10%—20%，令董事部雀跃万分。不过，业绩进入第十一年、第十二年及第十三年时，则停滞下来，每个月维持同样的数字。

董事部对此三年业绩表现感到不满，便召开全国经理级高层会议，以商讨对策。会议中，有名年轻经理站起来，对董事部说：“我手中有张纸，纸里有个建议，若您要使用我的建议，必须另付我5万元！”总裁听了很生气地说：“我每个月都支付你薪水，另有分红、奖励。现在叫你来开会讨论，你还要另外要求5万元。是否过分？”“总裁先生，请别误会，若我的建议行不通，您可以将它丢弃，一分钱也不必付。”年轻的经理解释说。

“好！”总裁接过那张纸后，阅毕，马上签了一张5万元支票给那年轻经理。

那张纸上只写了一句话：将现有的牙膏开口扩大1mm。

总裁马上下令更换新的包装。试想，每天早上，每个消费者多用1mm的牙膏，每天牙膏的消费量将多出多少呢？这个决定，使该公司第十四年的营业额增加了32%。

一个小小的改变，往往会引起意料不到的效果。当我们面对新知识、新事物或新创意时，千万别将脑袋密封，置之于后，应该将脑袋打开1mm，接受新知识、新事物。也许一个新的创见，能让我们从中获得不少启示，从而改进业绩，改善生活。



助人为乐

刘源 国网四川电力成都高新共产党员服务队队长、成都市高新供电公司副总经理。他牢记使命，严守“有呼必应，有难必帮”的誓言，把爱心送到群众身边、把忠诚与勇敢奉献给抢险救灾前线。他所带领的服务队被习近平总书记誉为“坚持善小而为之、用实际行动架起了党同人民群众的连心桥”。

诚实守信

丁红玉 德阳市中江县人，被称为“瓷娃娃画家”。她身残志坚、诚信经营，被阿里巴巴评为“四钻”商家，并将其作为残疾人创业的典范进行广泛宣传。荣获“四川女性十大年度人物”、四川好人、中国好人、第五届全国道德模范提名奖。

孝老爱亲

李秋 川南幼儿师范高等专科学校学生。她十多年来照顾瘫痪的母亲。面对常人难以想象的磨难和挫折咬紧牙关，勇敢地担起家庭的重担。

见义勇为

李建军 乐山市沙湾区个体经营者。面对他人被抢，他毅然冲上去与歹徒搏斗，自己连中数刀，最终在群众的帮助下制服了歹徒。被抢的五万多元现金也完璧归赵。

敬业奉献

刘军 成都市公安局金牛区分局民警。他恪尽职守不怕牺牲，在生死关头义无反顾勇斗歹徒，履行了人民警察的神圣职责。

王永法 武警四川总队第一支队反恐特战大队副大队长。他以打仗为信念，随时准备冲锋，搏命训练，比武争先，练就了铁拳硬功的特战精英和反恐维稳的忠诚卫士。

人工股骨头置换术治疗老年性股骨颈骨折的临床应用

■石棉县人民医院外三科 / 穆奉靖

【关键词】人工股骨头置换术 关节假体 老年性股骨颈骨折

【摘要】目的：探索人工股骨头置换术治疗老年性股骨颈骨折的优势 **方法：**回顾 10 例股骨头置换患者的治疗和后期恢复情况 **结果：**10 例患者均得到良好恢复，提高了生活质量 **结论：**人工股骨头置换治疗老年性股骨颈骨折能减轻病人痛苦，缩短治疗时间，减少治疗花费，使患者尽快恢复日常生活，提高康复水平及生活质量。

1 临床资料和方法

1.1 病例选取我科（外三科）2015 年 1 月至 2015 年 12 月期间应用人工股骨头置换术治疗老年性股骨颈骨折患者，共计 10 人；其中男性 3 人，女性 7 人；左侧 8 人，右侧 2 人；最大年龄 86 岁，最小年龄 72 岁，平均年龄 79.1 岁。解剖分型：头下型 5 例，经颈型 4 例，基底部型 1 例。所有患者均有不同程度骨质疏松及明确外伤史，伤后患侧髋关节疼痛、功能障碍。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备：全面体格检查，评估心肺、肝肾功能；术前常规皮肤牵引纠正短缩移位，解除肌肉挛缩；术前根据 X 片选择不同类型关节假体备用（生物型或骨

水泥型）；术前常规使用抗生素

1.2.2 手术方法：采用腰麻、持硬麻或腰硬联合，患者取健侧卧位，挡板固定骶骨及耻骨联合，保证身体垂直于手术台，纱布覆盖会阴，再贴薄膜封闭会阴，术前常规消毒铺巾、术区贴膜。取患髋后外侧切口入路，逐层切开皮肤、皮下、阔筋膜，钝性分离阔筋膜张肌，切除大转子周围滑囊，轻度屈曲、内旋患髋，拉钩向后牵开，暴露股骨上段后侧、内侧及小粗隆等处。紧贴股骨后方，切断外旋肌群止点，切开后方关节囊，松解后进一步屈曲、内旋患髋，小粗隆上 1—1.5cm 斜行摆锯截骨，电刀切除部分股骨头圆韧带，并止血，检查髋臼并电刀切除增生的滑膜及关节囊。患髋置于屈曲 90°、内旋 110° 暴露股骨上端，开槽器紧贴大粗隆内侧于股骨近端开槽，维持前倾 15°，髓腔探针顺行插入髓腔，用股骨假体试模依次击入扩髓，至髓腔边缘凹槽内锉及少许皮质骨为宜，冲洗，吸尽，最后试模不取出，仅取下手柄，安放向对应股骨头试模，行关节复位，检查双下肢长度，患髋各方活动无阻挡，屈曲、伸直、外展各方向髋关节稳定，屈曲、内旋位脱出关节，取出柄及头试模。根据术中情况选取相应备用假体，顺利安放人工股骨柄假体，球头及双极头，行髋关节复位，再次检查患髋关

节曲髋功能及双下肢长短、张力及关节活动度。安置血浆管引流管并固定，逐层缝合关闭切口。

1.2.3 术后护理：体位护理：术后卧位，患肢保持外展 15—30 度中立位，防止髋关节脱位，髋关节不能外旋或内收，抬高患肢，主动伸屈踝关节。

基础护理：心电监护，测生命体征、血氧饱和度，观察伤口渗血及血浆管引流是否通畅，引流量，性质，经常挤压引流管，从上到下，确保引流通畅，准确记录引流量，一般在术后 48 小时内拔除引流管。

疼痛护理：手术后的伤口疼痛可影响患者生命体征的平稳、饮食、睡眠和休息，从而影响伤口的愈合，同时也影响患者功能康复锻炼，故应重视术后疼痛控制，积极采取镇痛措施，倾听患者的主诉，分散注意力，必要时使用镇痛剂及镇痛泵。

生活护理：做好基础护理，协助患者家属做好饮食护理、大小便护理等。

1.2.4 术后治疗：术后使用足量疗程抗生素，一般在 72 小时内停止。

体外反搏治疗促进下肢血液回流，肌注低分子肝素钙减少深静脉血栓发生。

下地前常规拍 X 线片，检查人工股骨头在髋臼内的位置。

协助功能康复。

出院指导，定期门诊复诊。

2 结果

10 例患者经手术治疗后下地活动时间早，最早一例为术后第 2 天，最迟为术后 2 周。所有患者疼痛基本消失，髋关节活动度恢复至伤前，能从事日常生活。

3 讨论

股骨颈骨折是由骨质疏松引起的老年最常见骨折之一。老年股骨颈骨折缘于该部位以松质骨为主，骨质疏松使骨小梁微结构破坏，轻微暴力即可造成骨折。除了骨质疏松使骨质量降低外，老年人因视觉、听觉功能下降，神经系统及运动系统综合反应能力降低，容易跌倒，外伤发生率明显增高也是造成骨折的重要原因。此骨折的特点有：1、死亡率高。患者平均年龄高，受伤前常患有高血压、心脏病、糖尿病、脑血管疾病等多种老年疾病，伤后卧床时间长，易合并肺炎、褥疮、泌尿系感染、静脉炎、深静脉血栓等症，导致患者死亡。2、不

愈合率高。由于解剖上的原因，骨折部位承受的剪切力大，影响骨折复位的稳定性。此外由于股骨头血供的特殊性，骨折部位的血供减少，造成骨折不愈合率高，还可能发生股骨头缺血性坏死。3、致畸率高。即使骨折愈合后常留有内翻、下肢外旋短缩畸形，影响下肢功能。4、费用高。由于以上特点，股骨颈骨折的治疗不仅是骨折本身的治疗，还应针对并发症和继发病进行处理。另外骨折的康复和护理亦有较高的要求，所以费用高于其他骨折。

传统的治疗方法是卧床牵引，但长期卧床牵引常会引起各种全身性并发症，在创伤后 2 周之内，患者因免疫功能下降、肺炎及感染性疾病的发生率高，由于长期卧床，即使骨折愈合后，因全身性体能明显下降，肢体肌肉萎缩，关节僵硬，关节畸形、短缩或认知障碍等影响，康复水平和生活质量将大幅度降低。近代医学技术水平的发展使手术安全性提高，手术治疗适应症相对扩大，早期康复水平、生存质量明显提高，而手术的并发症和死亡率均有下降，故近年来，国内外学者倾向于在无明确手术禁忌症的情况下，早期手术治疗已成为股骨颈骨折治疗的主要方法，而人工股骨头置换术就是其中之一。

人工股骨头置换术有如下优点：

1) 人工股骨头置换术后，可允许老年患者立刻负重并恢复活动能力，有利于预防卧床和不活动引起的并发症。

2) 作为一种早期的治疗方法，人工股骨头置换消除了股骨颈骨折后可能发生的骨不连接和缺血性坏死。

3) 对于有移位的股骨颈骨折，人工股骨头置换与内固定相比可减少再次手术的几率。

【参考文献】

王亦璁、姜保国主编《骨与关节损伤》（第 5 版）——人民卫生出版社——第十八章第三节 骨质疏松性骨折的外科治疗

早期肠内营养对胃癌根治术后患者机体恢复及免疫功能的干预

■石棉县人民医院外一科 / 李富林

【摘要】目的：探讨早期肠内营养对胃癌根治术后患者机体恢复及免疫功能的干预。**方法：**选择2005年1月至2014年12月我院收治的80例行胃癌根治术患者作为研究对象，根据双盲法将80例患者分成对照组与研究组。对照组实施术后肠外营养，研究组术后24h实施早期肠内营养连续1周，对比两组患者术后机体的恢复情况与免疫功能。**结果：**术后1周，研究组患者机体恢复情况及免疫功能明显优于对照组，两组对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。**结论：**行胃癌根治术患者术后给予早期肠内营养可以促进患者机体的恢复，改善免疫功能，利于患者胃肠功能的恢复，值得推广应用。

【关键词】早期肠内营养 胃癌根治术 机体恢复 免疫功能

近年来，我国胃癌发病率逐年上升，对胃癌治疗早期与中期行胃癌根治术可以有效根治，能有效延长患者生命。可是，胃癌根治术对体会造成极大损伤，使人体生理机能和代谢功能等都受到影响，对消化系统也会产生不良影响，损害患者胃肠功能。手术创伤还会影响患者的免疫功能[1]。术后营养支持可以改善患者术后的机体状态，营养支持方式有早期肠内营养和全肠外营养。应用早期肠内营养在早期研究中发现会使患者术后发生

并发症，随着进一步研究，大量临床实践研究发现，应用早期肠内营养支持可以有效改善患者术后营养状况，提高免疫功能，利于患者术后恢复[2]。本次研究中，选择2005年1月至2014年12月我院收治的80例行胃癌根治术患者作为研究对象，其中研究组应用早期肠内营养对胃癌根治术后患者机体恢复及免疫功能干预效果理想，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2005年1月至2014年12月我院收治的80例行胃癌根治术患者作为研究对象，根据双盲法将80例患者分成对照组与研究组，每组各40例。对照组男性22例，女性18例；患者年龄30-70岁，平均年龄（ 50.2 ± 2.5 ）岁；研究组男性23例，女性17例；患者年龄32-70岁，平均年龄（ 51.5 ± 2.2 ）岁；两组患者性别、年龄等一般资料进行对比，无明显组间差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 排除标准

所选80例行胃癌根治术的患者术前均未出现明显的营养不良，能够正常进食，不存在代谢性疾病。排除了术前接受肠内或者肠外营养支持的患者，术前没有行放疗化疗的患者，存在无法控制糖尿病或者失代偿性甲状腺功能亢进患者[3]。



1.3 方法

对照组术后给予肠外营养，为患者进行静脉滴注葡萄糖、氨基酸等，为患者补充必要的能量与矿物质、维生素等。

研究组术后给予早期肠内营养支持，术中将鼻肠管置入到患者空肠的上段，待手术完成后24h内，为患者实施早期肠内营养支持，经患者鼻肠管为患者输入500ml的渗盐水，再给予肠内营养乳剂与等渗盐水混合，使用喂养泵为患者均匀地输入，配合加热器将输注营养混合物温度控制在38-41度。第1日为患者输注30ml/h，每日增加20ml/h，最大输液速度为120ml/h。如果输注的营养仍然能量不足，就要为患者配合肠外营养支持。

1.4 观察指标

观察并记录两组患者机体恢复情况，包括患者的自我感觉疼痛程度及睡眠情况、术后活动情况、排气情况等。免疫功能根据淋巴细胞计数与免疫球蛋白TL、BL及IgA等进行评价[4]。

1.5 统计学方法

采用SPSS17.0软件进行数据统计分析，以卡方检验计数资料，以 $P < 0.05$ 检验差异明显，具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者机体恢复情况

研究组正常进食时间为（ 59.6 ± 1.5 ）h，排气时间为（ 51.8 ± 2.4 ）h，排便时间为（ 93.3 ± 2.0 ）h；对照组正常进食时间为（ 74.5 ± 1.8 ）h，排气时间为（ 69.2 ± 2.2 ）h，排便时间为（ 115.1 ± 2.7 ）h；研究组饮食、排气、排便等时间均优于对照组，两组对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。

2.2 比较两组患者免疫功能

研究组与对照组术前T细胞亚群与NK细胞活性无明显差异，术后1周研究组T细胞亚群与NK细胞活性明显优于对照组，对比差异显著（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1：比较两组患者的免疫功能指标变化（ $\pm s$ ）

组别	例数	时间	CD3+	CD4+	NK细胞活性
研究组	40	手术前	49.4 ± 6.3	35.1 ± 6.2	25.5 ± 8.0
	40	手术1周后	41.1 ± 5.3※	27.2 ± 3.1※	15.5 ± 6.5※
对照组	40	手术前	49.5 ± 6.3	35.2 ± 6.1	25.6 ± 8.1
	40	手术1周后	47.2 ± 5.3※	34.5 ± 4.6※	21.0 ± 5.5※

注：※表示对比差异显著，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

3 结论

胃癌早期与中期行胃全切除术虽然可以有效根治胃

癌，对患者消化系统却会产生极大影响，使患者正常胃肠功能受到损害。本文研究通过对胃癌根治术后患者免疫功能的变化，可以为患者选择更好的营养支持方式，改善患者机体恢复情况及免疫功能，促进患者及早康复[5]。

胃癌患者因肿瘤对机体释放大量免疫抑制因子，患者消化代谢功能减弱，正常进食受到影响，容易出现营养不良，使患者免疫功能下降。胃全切术后，患者无法正常进食，只能由人工肠营养支持营养的供应，这就会使患者免疫功能受到影响。手术对患者身体与心理都会造成不良刺激，使患者情绪不良，加重了营养不良程度。只有及早解决患者营养问题，才能使患者尽快恢复，提高免疫力与抗疾病感染能力。

本次研究结果发现，研究组正常进食时间为(59.6±1.5)h，排气时间为(51.8±2.4)h，排便时间为(93.3±2.0)h；对照组正常进食时间为(74.5±1.8)h，排气时间为(69.2±2.2)h，排便时间为(115.1±2.7)h；研究组饮食、排气、排便等时间均优于对照组，两组对比差异显著(P<0.05)，与报道一致[6]。研究组术后肠道恢复时间明显短于对照组，机体恢复加快，缩短了住院时间，减轻了经济负担。术前两组患者免疫功能对比无明显差异，术后1周，研究组与对照组免疫功能指标对比差异明显，观察组CD3+、CD4+、NK细胞活性等明显降低，可见，应用早期肠道营养支持对机体免疫功能改善情况明显高于肠外营养支持，选择不同的营养支持方式对机体会产生不同的结局。肠道对体液免疫系统具有重要的作用，可以分泌大部分IgA，使肠黏膜得到保护。由于胃癌根治术减少了肠黏膜分泌的免疫球蛋白

抗体，使肠黏膜受到损伤，从而降低了机体的免疫功能，术后24h要对患者各项生命体征和指标进行监测。

总之，胃癌根治术后给予早期肠内营养具有可行性，能维持机体肠黏膜结构与功能，对免疫球蛋白的分泌进行刺激，使机体免疫功能得到提高，改善患者术后的营养情况，减少感染发生，值得推广应用。

【参考文献】

[1] 陈愉快. 胃癌根治术后早期肠内营养联合肠外营养的疗效研究[J]. 临床合理用药, 2013, 6(8): 121-122.

[2] 潘炳权、王伟、葛晓军. 早期肠内营养支持对胃癌根治术后患者的疗效观察[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(7): 778-780.

[3] 李卫、周铃、孙浩等. 早期肠内营养对胃癌患者根治术后临床结局的影响[J]. 实用癌症杂志, 2014, 29(1): 56-61.

[4] 许现芬、叶航. 早期肠内营养对胃癌根治术后患者机体恢复及免疫功能的影响[J]. 中国实用医药, 2012, 7(8): 26-27.

[5] 胡晓、王春菊、朱佳立. 肠内免疫营养对老年胃癌患者的疗效观察及护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(2): 36-37.

[6] 史和平、刘韬. 早期肠内营养对胃癌根治术后患者机体恢复及免疫功能的影响[J]. 医学综述, 2014, 20(24): 4568-4569.

恶性胸腹腔积液处理

■石棉县人民医院内二科 / 史秀珍

【摘要】恶性胸腹腔积液是恶性肿瘤常见的并发症，正确的处理胸腹腔积液可以减轻患者症状、延长生命，胸腹腔灌注化疗是处理恶性肿瘤胸腹腔积液有效的办法。

【关键词】恶性胸腹腔积液 胸腹腔灌注化疗

恶性胸腹腔等体腔积液是晚期恶性肿瘤患者常见的并发症，约10%~50%恶性肿瘤患者最终发生恶性体腔积液，胸腹腔积液是恶性肿瘤最常见的体腔积液，而恶性胸腹腔积液严重影响患者的生存质量和抗肿瘤治疗疗效，甚至危及生命，因而临床医生对胸腹腔积液等体腔积液应予以高度重视和及时全面综合分析，按照病因决定治疗策略，选择适当、有效的治疗方式处理恶性胸腹腔积液，达到缓解病员症状、延长生命的目的。此处所谈的恶性胸腹腔积液不含感染性胸腹腔积液等。

恶性胸腹腔积液的发病机理：1、恶性肿瘤胸腹膜转移，转移瘤破坏毛细血管，从而导致液体或血漏出，常引起血性胸腹腔积液。2、淋巴系统引流障碍。3、胸腹膜上肿瘤组织生长过快，细胞脱落，进入胸腹腔的肿瘤细胞由于缺血二坏死分解，使胸腹腔内胶体渗透压增

高产生胸腹腔积液。4、胸腹腔胶体渗透压增高，因肿瘤引起胸腹膜炎性反应，致毛细血管渗透压增高。5、胸腹膜毛细血管静水压增高。6、其他引起胸腹腔积液的原因：肿瘤侵犯血管形成瘤栓，产生肺栓塞，胸膜渗出。肿瘤消耗引起低蛋白血症。胸前或纵膈放疗后可产生胸腔积液、水钠潴留、内分泌障碍、腹腔内脏破裂、肝硬化等。

恶性胸腹腔积液的临床表现：1、临床症状及体征：少量的胸腹腔积液无明显症状，一旦出现症状，症状一般较明显，胸腔积液主要表现为进行性加重的呼吸困难、胸痛和干咳、心累等，体征为胸廓饱满、呼吸音消失、叩诊浊音等。腹腔积液表现为腹胀、体征蛙状腹、叩诊移动性浊音(+)等。2、辅助检查：B超、X线及CT等，腹部B超可准确测量胸腹水量的情况。3、胸腹水脱落细胞检查：在恶性肿瘤中找到恶性肿瘤细胞，是确诊恶性胸腹水的关键。4、胸腹膜活检。5、胸腹水中肿瘤标志物检测，包括CEA、CA125、CA199等的联检，使恶性胸腹腔积液诊断率大幅度提高。6、纤维支气管镜检查：肺癌是引起胸水最常见的原发病，对不明原因的胸水，如情况允许，纤维支气管镜列为常规检查。7、其他办法，



如开胸活检等。

恶性胸腹腔积液的处理措施：1、通过临床体检、影像资料确定胸腹腔积液的存积量，并使用超声定位。2、安置引流管常规引流：可用CVC管进行穿刺缓慢引流，将胸腹水缓慢引流，为防止复张性肺水肿及纵膈摆动，胸水首次引流不超过1000ml。3、胸腔内药物治疗：（1）化疗药物的应用，化疗药物可直接杀灭肿瘤细胞，并可刺激胸腹膜产生化学性胸膜炎，减少胸腹水的渗出。常用的药物有以下几种：顺铂、卡铂、丝裂霉素、博来霉素，能直接抑制肿瘤细胞的生长，其控制胸水的作用类似氧化剂。化疗药物本身的毒副作用对晚期肿瘤患者会造成一定的损害，且化疗药具有一定的刺激性，胸腔灌注后可能造成一定的刺激性疼痛，所以胸腹腔灌注化疗对患者的选择需谨慎，对预计能耐受、生存期尚可的患者可使用。4、恶性腹水腹腔内药物灌注治疗：腹腔内药物治疗的理论基础是：腹腔的吸收能力有限，某些药物可高浓度地腹膜腔内使用，而较少产生全身不良反应。常用的腹腔灌注治疗药物：顺铂、5-Fu、MMC、IL-2、RFN、肿瘤坏死因子。

恶性胸腹腔积液胸腹腔灌注化疗的可能出现的并发症及处理措施：1、穿刺出现的并发症：胸腔穿刺可

能出现气胸、出血、胸膜反应、休克等。腹腔穿刺可能出现腹膜反应、休克、肠道损伤、出血等。2、药物灌注后可能出现刺激疼痛，化疗药物可能出现化疗药物副作用：恶性、呕吐胃肠道反应、白细胞下降、肝肾功能损伤、脱发等副作用。3、预防处理措施：穿刺前向病员及家属做好穿刺、用药沟通，并签署好知情同意书。2、严格遵循医疗操作规程进行穿刺放液、灌注用药。3、据病员病情及时处理并发症，注意追踪随访。

总结：恶性胸腹腔积液是恶性肿瘤常见的并发症，心包积液亦是恶性肿瘤常见的体腔积液，通过正确的穿刺放液及腔内灌注药物治疗（化疗、免疫制剂）将会减轻患者症状、缓解病员病情，甚至延长患者生命，是一种有效的治疗方法，医护人员掌握此种治疗方法非常有必要，这将让恶性胸腹腔积液患者得到更好的治疗。

【参考资料】

肿瘤内科相关事件临床处理策略——缪建.
现代肿瘤学第2版——汤钊猷.
诊断学第八版.

柴胡疏肝散加减治疗急、慢性胃炎疗效观察

■石棉县中医院 / 魏华 许凯 白俊杰

【摘要】目的：用柴胡疏肝散加减。**功效：**疏肝理气，行气止痛治疗急、慢性胃炎。对照组用奥美拉唑胶囊、莨菪浸膏片，制酸，解痉止痛。**结果：**总有效率中药治疗组91%，西药对照组72%，两组比较经统计学处理，有显著差异（ $P < 0.05$ ），结论中药治疗组优于对照组。

【关键词】柴胡疏肝散 急、慢性胃炎

自2012—2015年，笔者用柴胡疏肝散加减治疗急、慢性胃炎取得了满意疗效，明显优于纯西药对照组，现报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

取本院门诊有“胃痛史”病人60人，随机分为两组，中药治疗组30人，其中男性14人，女性16人，年龄最大82岁，最小15岁，病程最短1天，最长25年，伴胆囊炎10例；西药对照组30例，其中男性18人，女性12人，年龄最大78岁，最小14岁，病程最短1天，最长19年，伴胆囊炎8例。两组在性别、年龄、病程均有可比性。

1.2 诊断标准

1、病史 有暴饮暴食、进不洁食物、酗酒、或刺激性药物史。

2、临床表现及体征 出现上腹部不适、胃酸、恶心、呕吐、腹痛或伴腹泻，黄色水样便。查体：上腹部压痛明显，肠鸣音可正常或亢进。

3、实验室检查 血象正常、呕吐物或可疑食物，细菌培养，可证实致病菌。

4、胃镜、钡餐或胃肠超声检查发现黏膜活动性炎症。

2 治疗方法

实验组用柴胡疏肝散加减 陈皮(醋炒)12g、柴胡12g、川芎9g、香附9g、枳壳(麸炒)9g、白芍药9g、甘草(炙)6g、白术15g、山药15g。若胁肋痛甚者，酌加郁金9g、青皮9g、当归9g、乌药6g等以增强其行气活血之力；肝郁化火者，可酌加山栀9g、黄芩9g、川榛子9g以清热泻火，脾胃虚寒喜热饮；喜按者，加干姜6g、艾叶6g；食滞胃肠者加炒麦芽15g、神曲10g和中消食；每日一剂，头煎加水600ml，水煎15分钟，取汁350ml，二煎加水200ml，水煎5分钟，取汁100ml，二煎混合150ml tid。

对照组口服奥美拉唑胶囊20mg bid、莨菪浸膏

片 16mg，一日三次，如疼痛剧烈两组均可加用异丙嗪 25—50mg 肌注，两组均治疗一周后复查胃镜、钡餐或胃肠超声，比较疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判定，参照《慢性胃炎中西医结合诊治方案（草案）》确定疗效标准。(1)临床痊愈：症状体征消失，胃镜复查黏膜活动性炎症基本正常；(2)显效：自觉症状好转，胃镜复查黏膜活动性炎症减轻，(3)无效：病变程度无变化。

3.2 两组结果疗效见表 1

表 1 两组疗效比较

两组疗效经统计学分析，治愈率有显著性差异（P

组别	n	痊愈	显效	(3)无效	总有效率
治疗组	30	18	9	3	91%
对照组	30	12	10	8	72%

< 0.05），总有效率有显著差异（P < 0.05）。

4. 讨论

柴胡疏肝散，出自《景岳全书》，为理气剂，具有疏肝理气、活血止痛之功效。主治肝气郁滞症。胁肋疼痛，胸闷善太息，情志抑郁易怒，或嗳气，脘腹胀满，脉弦。遵《内经》“木郁达之”之旨，治宜疏肝理气之法。方中以柴胡功善疏肝解郁，用以为君。香附理气疏肝而止痛，川芎活血行气以止痛，二药相合，助柴胡以解肝经之郁滞，并增行气活血止痛之效，共为臣药。陈皮、枳壳理气行滞，芍药、甘草养血柔肝，缓急止痛，均为佐药。甘草调和诸药，为使药。诸药相合，共奏疏肝行气、活血止痛之功。凡因“气滞”所致脾胃病症疾病，在“通则不痛，痛则不通”的原则下指导应用，效佳。

急慢性胃炎为消化系统常见病、多发病，其病因复杂，与饮食和情志密切相关，且易反复发作，属中医“胃

痛”“痞满”之范畴。现代社会生活节奏快，压力大，故人们情绪波动大，易出现“肝郁气滞”导致疾病多，脾主升，胃主降，只有脾胃升降协调，饮食的消化过程才能正常。若脾胃升降出入失常则清阳之气不能敷布、后天之精不能归藏，饮食清气无法进入，废浊之物也不能排泄，脾胃的正常升降不仅与脾胃本身的生理活动有关，而且还和肝主疏泄的功能活动有密切联系，若肝的疏泄功能失职、气机不畅，气的运行则发生障碍，可出现气滞不行的病理变化，故采用疏肝、理气的方药治疗急慢性胃炎，常能获得满意的效果。

现代实验研究表明，柴胡疏肝散在免疫调节、抑制脂质过氧化反应、抗抑郁等方面都有一定的作用。

泻心汤煎液对小鼠及家兔的研究表明，半夏泻心汤既可兴奋胃肠、促进胃肠蠕动，又可降低平滑肌张力，解除胃肠道平滑肌痉挛，对改善胃肠道紊乱是十分有益的(1)。笔者用此方治疗急慢性胃炎取其调和胃肠，注意辨证寒热虚实，用药有重点，无论老少虚实患者，均取得了良好疗效。

【参考资料】

(1) 来自维普 作者 秦中惠《实用中医内科杂志》，2012(7):70-71

(2) 来自知网 作者 郑逢民 创新创业与科学发展——瑞安市自然科学优秀论文，2011:262-263

(3) 董湘玉教授治疗脾胃病经验 作者：徐佳妮 董湘玉 作者单位：贵阳中医学院 550002 刊名：内蒙古中医药

(4) 《中华中医药学会内科分会第五届学术研讨会论文集》：柴胡疏肝散实验研究及临床运用进展段颖 刘铜华

神经根型颈椎病麻木症状的中西医治疗体会

■石棉县人民医院 / 宋潇潇

【摘要】神经根型颈椎病主要是由于椎间盘侧后方突出或增生的骨赘、颈椎不稳等，刺激或压迫神经根所致。其中 80% 患者通过西医规范、系统的治疗疼痛症状可获得较好的疗效，然而麻木症状临床治疗效果往往不佳，需要中医治疗配合方可明显改善。

【关键词】神经根型颈椎病、麻木、中西医治疗
神经根型颈椎病主要是由于椎间盘侧后方突出或增生的骨赘、颈椎不稳等，刺激或压迫神经根所致。【1】

1 临床资料

1.1 临床诊断

临床典型症状为：发自颈部、通过肩部向上臂、前臂和手指的放射痛，甚至出现疼痛区域的麻木；疼痛和麻木有时和颈部体位改变有关；有麻木感的区域可以出现感觉减退，后期甚至出现肌力减退、肌肉萎缩。临床特殊查体：压顶试验阳性、臂丛牵拉试验阳性和（或）椎间孔挤压试验阳性。检查：颈椎核磁共振显示颈椎生理曲度变直或反弓、椎间盘退变、椎间盘膨出或者突出，黄韧带增厚、硬膜囊受压、椎管腔狭窄、小关节退行性改变等一系列改变。肌电图检查可表现为神经根受损。

1.2 排除标准

排除其他以上肢疼痛麻木为主的疾病，颈椎骨骼实质性病变(结核、肿瘤等)，胸腔出口综合征，腕管综合征，尺神经、桡神经和正中神经损伤与炎症等。

1.3 我科均以非手术疗法为主，其中 80% 患者通过西医规范、系统的治疗疼痛症状可获得较好的疗效，然而麻木症状临床治疗效果往往不佳，需要中医治疗配合

方可明显改善。

2 中西医治疗方法

2.1 神经营养

甲钴胺注射液或维生素 B1、B12 注射液，可以促进神经轴索内输送和轴索的再生，促进髓鞘的形成（磷脂合成），从而促进神经修复。

2.2 改善循环

注射用血塞通（冻干），活血祛瘀，通脉活络，从而达到营养神经作用。

2.3 颈椎牵引

解除肌肉痉挛，纠正关节紊乱，减轻颈椎的轴性压力，增宽颈椎间隙，使椎间孔增大，缓解神经根受压，从而减轻神经根的刺激，促进神经炎症水肿恢复。

2.4 物理治疗

采用热敷、超声波、红外线照射、偏振光等物理疗法，以缓解肌肉痉挛，改善关节状态，促进局部血液循环，达到缓解麻木、疼痛等临床症状。

2.5 中医药

神经根型颈椎病属祖国医学“痹症”范畴，《素问·痹症》云：“风、寒、湿三气杂至合而为痹”。《济生方·痹》云：“皆因体虚，腠理空虚，受风寒湿合而成痹也。”《素问·逆调论》云：“荣气虚则不仁，卫气虚则不固，荣卫俱虚则不仁不用。”故中医认为，此病多因多种原因导致寒湿痹阻，气滞血瘀或气血虚滞，以致筋脉阻滞，肢体、皮肤、肌肉得不到气血正常的温养，而出现肌肤麻木不仁。气血功能失常贯穿于病机的始终。治疗上以补气血、疏通经脉为主，气行则血行，血行则瘀去，瘀

去则经脉通畅，肌肤得以濡养。从而治以益气温经、和血通痹，黄芪桂枝五物汤合当归四逆汤加减对症治疗。

2.6 针灸

《灵枢·九针十二原》云：“凡用针者，虚则实之，满则泄之，宛陈则除之，邪胜则虚之”。选局部阿是穴、颈夹脊穴、风池、大椎、肩井、天宗、肩隅、臂臑、手三里、曲池、外关、合谷等穴，针刺直达病所，调整局部气血，舒筋通络，促进神经修复。

2.7 穴位注射

临床选用甲钴胺注射液或维生素 B1、B12 注射液，在颈夹脊穴、风池、大椎、肩井、天宗、肩隅、臂臑、手三里、曲池、外关、合谷等穴中选择 2-3 穴，进行局部穴位注射。很多实验表明，穴位对药物有放大作用。即相同的药物在穴位注射产生的药效，要强于皮下或肌肉注射甚至静脉注射；或达到同样药效时，穴位注射剂量要小。在穴位注入有相对特异性的药物，这种药物的性味与此经穴具有特殊的亲和作用，就能显著加强穴位注射药物作用，穴位注射以经络为载体，把药物送到相应的区域或部位，从而发挥药物和经穴的双向作用，使药效得到加强，并且迅速、持久起效。【2】

2.8 皮肤针叩刺

中医学认为麻木多为气血不能荣养筋脉，筋肉失养所致。麻木局部皮肤给予皮肤针叩刺，可使络脉血行，濡养筋肉，麻木则止。

2.9 十宣放血：《素问·针解篇》云：“宛陈则除之者，除恶血也”。可见放血可以消除瘀滞，通络行气，活血化瘀，使气血得以运行。十宣穴位于手指的指间，指间是人体气血较为薄弱的地方，很容易产生阻塞而出现麻木，放血可以促进指间血液循环，则手指麻木症状缓解。

3 疗效标准

显效：颈部、肩部、上臂、前臂和手指麻木消失或减轻，椎间孔挤压试验阴性，双侧臂丛牵拉试验阴性；有效：症状、体征减轻；无效：症状、体征无好转。

4 治疗效果

神经根型 颈椎病	N	疗效评价			
		显效率	有效率	无效率	总有效率
显效	16	80%			
有效	3		15%		
无效	1			5%	
总有效	19				95%

注：总有效率 = 显效率 + 有效率

5 典型病例

患者胡某某，住院号 201623769，女，52 岁，因“右上肢麻木 3+ 月，加重 1+ 月”于 2016 年 10 月 30 日门诊入院。患者以右上臂后侧、前臂桡侧持续性麻木为主，偶伴右手拇指、中指麻木不适，曾在雅安市中医院给予电针治疗，效果不佳。既往史：无特殊。专科查体：颈部肌肉紧张，颈后伸稍受限，颈枕部压痛（++），右侧肩部压痛（++），旋颈试验（-），压顶试验（+），椎间孔挤压试验阳性，右侧臂丛神经牵拉试验（+）。辅助检查：（2016-9-28 雅安市中医院）颈椎间盘 CT 示：1、C3-C4、C5-C6 椎间盘向后突出，硬膜囊轻度受压。2、C6-7 椎间盘轻度膨出，硬膜囊略受压。3、颈椎轻度退变。心肺、三大常规、肝肾功能无异常。进一步完善肌电图提示：考虑 6、7 神经根损伤。给予血塞通改善循环，复方甘露醇减轻神经炎性水肿、维生素 B1、B12 注射液肌注营养神经等治疗，给予中医传统治疗及物理治疗：电针、中频、薰药、牵引等，治疗 5 日，患者仍感右上肢麻木不适，遂调整维生素 B1、B12 注射液为穴位注射，每次 4 穴（颈部夹脊穴、天宗、肩贞、肩髃、臂臑、手三里、曲池、外关、合谷等穴交替注射），期间右手拇指、中指给予十宣穴放血治疗 1 次，其余治疗不变，继续治疗 5 日，患者诉右上肢麻木不适缓解，上述治疗不变，继续 3 日后患者上述症状消失，痊愈出院。

6 结语

总之，临床上遇到治疗效果不佳的病例，一定要拓展思路，治疗方法灵活多样，不局限于中医或西医治疗，各取所长，综合应用，提高临床治疗效果。

【参考文献】

【1】郭政，王国年. 疼痛诊疗学. 北京：人民卫生出版社，2016：134

【2】穴位注射. 百度百科

神经外科危重病人安全管理体会

■外二科 / 丁志琴

【摘要】本文通过 35 例神经外科病人的安全管理探讨，认为加强护理人员安全警示教育，增强安全防范意识，加强低年资护士的管理，合理配置人力资源，加强病房环境、设备、设施、病人及家属、护士的安全评估与管理，注重细节管理，加强沟通交流，和谐护患关系，可有效地防范不良事件发生，确保病人安全。

【关键词】神经外科 危重病人 安全管理

神经外科危重病人病情变化快，病情复杂、病程长，有不同程度的意识障碍，常伴有肢体活动障碍及各种并发症，患者管道多，易出现各种意外，死亡率、致残率极高，治疗护理复杂、繁琐，护理工作量大，护理难度大，住院期间存在极大安全隐患。若护理人员安全意识淡薄，责任心差，对病人及家属、护士、病房环境及设备设施的安全评估、管理不到位，人力资源配置不合理，沟通交流不到位，极易发生不良事件引发医护患纠纷。我科 2011—2015 年对 35 例危重患者实施安全管理，取得了较好的效果，现将我科神经外科危重病人安全管理体会总结如下。

1 临床资料

我科 2011 年 7 月—2015 年 12 月收治神经外科危重病人 35 例，其中男 20 例，女 15 例；年龄 2—85 岁；高血压脑出血 15 例，颅脑损伤 18 例，颈椎骨折伴高位截瘫 2 例；35 例患者均存在不同程度的意识障碍，GCS 评分为 3—12 分；开颅手术 20 例；气管切开 23 例，气管切开置管时间为 21 天—6 月；深静脉置管 6 例，置管最长时间为 3 月；烦躁不安 25 例，肢体活动障碍 20 例。

2 安全管理体会

2.1 加强护士的安全警示教育，增强护士的安全防范

意识

2.1.1 每月对各级护士进行安全知识的培训，培训会上对安全知识进行现场抽问，列举同行发生的不良事件，由低年资护士参与讨论分析，增强防范意识，评估科内危重病人现存及潜在的安全隐患并提出防范措施，同时提醒各班护士注意严格床旁交接班。

2.1.2 加强护理核心制度和护理相关法律法规的培训，加强护士人文精神、敬业意识及阳光心态的培训，树立以病人为中心的服务理念，增强护士的责任心，充分调动护士工作积极主动性，强调微笑服务。

2.2 加强低年资护士专科知识、专科护理技术操作及急救技能的培训

2.2.1 根据神经外科的专科特点，由科室业务骨干一对一对新定科护士进行吸痰、输血、人工气道管理、心肺复苏术、呼吸机、控温毯、输液泵、机械排痰机使用等专科护理技术操作培训，护士长随机抽查评价培训效果。

2.2.2 按计划对新定科护士进行护理核心制度、脑疝、复合伤、呼吸心跳骤停、呼吸机故障等重点环节应急预案、高血压脑出血、脑损伤、昏迷病人及常见管道等护理常规的培训和考核。

2.2.3 指定业务骨干对新定科护士进行跟班专人带教，对我科不同的岗位进行带教，待新入科护士掌握专科护理技术操作，能胜任各班岗位职责后才独立值夜班，以确保护理安全。

2.3 护士长要加强对每位护士的评估和管理，熟悉掌握每位护士的性格、近期思想动态、工作态度、工作能力及语言沟通交流能力，合理调动和配置人力资源，确保病人安全。

2.3.1 护士长日常排班分管床位相对固定、连续，充分体现能级对应，低年资护士不分管危重病人，每组及上下夜护士新老搭配，强弱搭配，以他人之长补他人之短，根据工作量及时合理调配人力资源。

2.3.2 夜班危重病人超过 2 个，护士长应对护士及病人进行充分评估，必要时合理调配人力资源。

2.3.3 科室实施抢救、收治批量病人时合理调动配置人力资源，对护士进行合理分工，由高年资护士负责病人的接诊和入科后分诊，危重病员指定专人负责治疗、护理及陪同检查，抢救工作有序进行，确保病员安全。

2.4 病房环境及设备、设施的评估和管理

2.4.1 病房环境的评估和管理

2.4.1.1 危重病人应安置在抢救室或离护士站最近的单人房间，以便于实施抢救。

2.4.1.2 危重病人病房应保持安静、整洁，病室每日行空气消毒 2 次，病室地面及床旁桌、椅每日行擦拭消毒 2 次，病室限制陪伴。每日定时通风换气 2 次，保持病室空气新鲜。

2.4.2 设备、设施的评估和管理

2.4.2.1 科室急救车、呼吸机、心电监护仪、控温毯、静脉输液泵、吸痰器、简易呼吸器等急救设备指定专人负责管理，每周检查、维护、保养，务必保持性能完好。

2.4.2.2 科室成立安全管理小组，节前、每月对病房设施如病床、陪伴椅、输液天轨、插线板、电源插座、中心吸引、中心供氧接口等设施进行检查、发现问题及时处理，杜绝安全隐患。

2.5 对病人家属进行全面评估，针对性地进行安全知识宣教，病人入院后对病人家属进行评估，告知家属患者住院期间的相关注意事项如吸氧注意事项、各种管道的意外告知、防跌倒、坠床、皮肤损伤防范措施等，使家属掌握一定的安全知识，加强与家属的沟通交流，减轻家属顾虑，使家属能积极主动配合、参与病人的安全管理，防范不良事件发生，和谐护患关系。

2.6 病人的安全评估与管理

2.6.1 神经外科危重病人存在不同程度的意识障碍，当班护士应随时对患者的生命体征、意识状态、瞳孔大小、对光反射、肢体活动及语言功能进行全面评估，熟练掌握病人的病情。

2.6.2 神经外科危重病人因意识障碍存在清理呼吸道低效或无效，因此呼吸道和人工气道的安全评估与管理至关重要，首要措施是协助患者清理、维持呼吸道通畅，防止

肺部感染，维持正常的呼吸功能。

2.6.3 神经外科危重病人管道多，管道安全管理也同等重要，务必将管道妥善固定在适当的高度，保持管道引流通畅，防折叠、扭曲、受压，脱落，每班准确记录出入量。

2.6.4 皮肤的安全管理 患者肢体活动障碍或行四肢保护性约束不能自行更换卧位，应定时翻身衬垫受压部位、放松约束部位，防皮肤损伤，此外给予降温治疗时防止耳廓、阴囊等部位皮肤冻伤，行热疗时应防皮肤烫伤，病人皮肤实施严格床旁交接班。

2.6.5 防跌倒、压疮的管理 各班护士及时对病人进行跌倒、压疮的评估，给予跌倒、压疮警示标识，告知家属防跌倒、压疮的防范措施，加强巡视，躁动患者给予保护性约束，确保病人安全。

2.6.6 用药安全管理 遵医嘱准确及时使用抗生素和脱水剂，使用特殊药物时加强告知并严格交接班，加强巡视，防止液体渗漏，有计划进行静脉穿刺，防静脉炎的发生，加强用药指导，特殊、高危药品给予警示标识。

2.6.7 提供优质护理服务，尽力满足护理需求，和谐护患关系，切实落实基础护理，加强健康教育和专科指导，防止肺部感染、深静脉血栓等并发症的发生。

3 结果

我科 35 例危重患者住院期间实施安全管理，取得了较好的效果，25 例患者治愈出院，5 例患者病情好转出院，5 例患者因特重型脑损伤最终死亡。所有患者住院期间未发生任何不良事件和医疗护理纠纷，家属对护理服务满意。

4 小结

神经外科危重病人，病情复杂，病情变化快，病程长，治疗护理复杂、难度大，患者住院期间存在较大的安全隐患，只有加强病人、家属及设备、设施的安全管理，加强护士尤其是低年资护士的安全管理，合理调配人力资源，加强与病人家属的沟通交流，才能保障病人安全。

【参考文献】

- [1] 陆海颖、刘良萍. 颅脑损伤患者安全管理. 中国实用医药杂志, 2014, (31): 228—229
- [2] 范成英. 重型脑损伤患者护理安全管理体会. 中国民间医药, 2012, (19): 21
- [3] 王艳艳、沈陵. 神经外科患者住院期间不安全因素剖析及护理安全管理, 2010, (12): 226

如何有效提高护士执行力?

康复科 / 曹燕

【摘要】分析护士长如何应用科学的管理方法与艺术,提高护士的执行力,创建具有活力的团队执行力文化,实现有效的护理管理。

【关键词】护士 执行力 护理管理

随着医院发展速度的加快,规模的不断扩大,对护理管理的要求也在不断提升。护理人员作为具体的执行者,必须具备良好的执行力。执行力是理解、组织实施并完成任务的能力 [1]。护理团队的执行力就是护理人员组织完成各项工作任务的能力,其强弱决定着护理质量的高低 [2]。一个好的执行者能够弥补决策方案的不足,而一个再完美的决策方案,也会被扼杀在滞后的执行者中,因此执行力是管理成败的关键。护士长如何提高护理团队执行力,已成为摆在我们面前的紧迫课题。本文将从以下几方面进行浅析。

1 制定科学合理的管理目标

1.1 制定合理的制度

制度是医院一系列成文或不成文的规则,推行规章制度的目的在于提高组织的协调和管理的有效性 [3]。根据医院的制度,结合本病区实际具体情况制定切实可行

的制度或措施,以保证落实执行。护士长定期进行监督、检查并记录,提出整改措施,跟踪整改结果。

1.2 制定具体目标与完成目标时间

目标是经过科学策划切实可行,通过努力能够实现、可衡量和可检查的。目标管理过程有三个阶段:制定目标体系、组织实施、考核目标。护士长应根据本病区实际制定目标与进度表。为防止在执行中产生偏差,护士长应做好教育示范工作,以身作则,让护士自觉改变不良习惯,自动做好本职工作,提高执行力。

2 创建具有活力的护理团队执行力文化

2.1 明确团队执行力的要求

护理团队成员要具备“积极主动”和“实事求是”的工作态度,“积极主动”就是要求护理团队成员具备主动性和独立性,即自觉完成工作的态度,不怕困难,不讲条件,不找借口,不推诿,敢于承担责任,能始终如一地积极主动工作,优秀的团队应该是个“自组织系统”,它的内在动力在于团队的目标和每个成员的信念和团队的文化。“实事求是”即是要求团队成员有独立的思考性和行为性 [4]。目标一旦确立,在执行任何工作的时候,就不要偏离目标,知道什么该做什么不该做,

知道应该怎么做就怎么做。护理成员有权力去思考和怀疑，而不是一味地盲从领导的命令，从而失去了创新和进步的源泉，医院需要的是一种务实的执行力，而不是盲从的执行力。

2.2 建立多重激励机制

2.2.1 竞争激励

对护理的重要岗位如责任组长、质控人员等竞聘上岗，营造公开、公平竞争的激励氛围，使护士在竞争中不断发现自己的差距和不足，使“要我学”变成“我要学”，每个护士都感到很大的学习压力和动力，从而形成比学习、比技术、比质量的求实肯干风气。

2.2.2 精神激励

评选“优质服务明星”等实施精神激励，调动护士的积极性，树立奋斗目标，同时强调工作绩效与奖励的一致性，变被动为主动，提高护士的执行力。

3 科学的管理方法和艺术

3.1 换位思维，虚心听取意见

作为一名护士长，首先要把自己置身于群众中，有宽阔的胸怀和民主作风。在工作中虚心听取护士的意见。建立和谐的工作气氛，使护士乐意接受护士长的建议和意见，护士也可以随时把自己的建议与意见反馈给护士长，对最佳建议给予奖励，对于合理的意见经科室管理小组讨论后采纳实施，并对提出人表扬奖励。

3.2 避免成为一名微观管理者

负责执行的领导者应该避免成为一名微观管理者。护士长权力下放，给予授权和责任，让护士非常明确地了解要完成的职责和护士长的期望。每位护士负责管理一部分的护理质量与工作区域，每月检查管理质量。挖掘每个护士的潜力，发挥每个护士的个体优势，如让责任心强、敢于管理的 N1 级护士参与护理管理；让善于讲解、技术操作强、临床经验丰富的 N2 级护士负责带教工作等。充分发挥护士的主观能动性、调动积极性，培养群体荣誉感，使每个护士感到自己是集体的一员。人人参与管理，使护士长从繁忙的日常事务中解脱出来，掌握重点，不断思考，接受新观念，开展新项目，提高工作效率。

3.3 合理化排班

合理化排班是保证护理质量的关键，要求护理人员各尽其责，相互协作。高年资护士以上白班为主，让她

们在完成本班工作的同时协助做好管理工作。低年资与高年资护士合理搭配，工作速度快与慢搭配，粗心与细心的护士搭配。组长在交接班时对分管护士的工作要检查，发现问题及时更正。实行弹性排班，根据病人数增加或减少上班人员，做到忙而不乱，保证护理质量，提高病人的满意度。每周排班前征求护士们的需要，在不影响工作的原则上尽量满足她们的合理要求。

3.4 反馈是提升执行力的保障

执行是一套系统化流程，执行得好坏要通过反馈得知，这就需要我们进行闭环管理，将反馈的信息及时汇报总结，从而明确工作的任务 [5]。做好反馈，就必须狠抓事前、事中、事后控制。平时护士长在管理中决不能机械地把上级部门检查的结果进行“反馈”，而是应用闭环式反馈控制法，即在护理质量控制体系中加以针对整改措施的跟踪验证，问题解决后效果的再反馈。注重过程控制中的有效性，包括护理过程和管理过程。加强对质量管理体系的分析研究及整改措施有效性的跟踪评价。主动运用系统方法和过程方法，参与体系建设和维护，促进护理管理质量持续改进，提高执行效率。

4 小结

要实现有效的护理管理，除了要有正确的决策，更重要的是要有执行力强的执行者。作为护士长，根据本病区的实际情况制定科学可行的制度，建立管理目标，创建团队执行力文化，应用科学的管理方法与艺术，可以提升护士素质，提高护士的执行力，铸就自己的执行力品牌，提高护理质量，实现高效的护理管理。

【参考文献】

- [1] 高小玲. 如何提升护士长的执行力 [J], 现代医院管理, 2006, 24(6): 35
- [2] 沈洪. 构建护理团队的执行力文化. 护理研究, 2008, 22(1): 168
- [3] 廖桂红. 中层管理执行力不足成为护理管理瓶颈. 柳州医学, 2007, 20(2): 76
- [4] 解晨. 打造团队执行力实现高效护理. 中国护理管理, 2008, 8(9): 76
- [5] 徐国英、张利平. 执行力在规避急诊护理风险中的应用. 护理管理杂志, 2007, 7(12): 37

颅内动脉瘤出血病人的护理体会

■外二科 / 李蒙莘

【摘要】目的：提高颅内动脉瘤出血患者的抢救成功率，降低致残率和死亡率，提高患者的生活质量。**方法：**通过对我科在 2015 年收治的 5 例颅内动脉瘤患者，进行积极的抢救、及时准确的治疗和精心的护理，保证了患者的安全，提高了患者的康复率。**结果：**5 例患者中，有 4 例患者康复出院，1 例患者死亡。**结论：**颅内动脉瘤破裂出血的患者，病情危重，在我们基层医院，没有条件做手术的情况下，尽早止血，降低颅内压，降低脑细胞耗氧量，治疗高血压等原发病，后期加强营养支持，促进神经恢复，早期功能锻炼，能有效控制病情发展，促进患者康复。

【关键词】 颅内动脉瘤出血 护理体会

随着人们生活压力的增加，高血压、脑血管畸形患者逐年增多，颅内动脉瘤患者也较多。由于我院是基层医院，还没有条件做颅内动脉瘤破裂出血的手术，还有一些颅内动脉瘤破裂出血的患者，由于出血量较大，动脉瘤又在颅内功能区，如果病人转到大医院，也不一定做手术。手术的死亡率和致残率都较高。所以在我科，对颅内动脉瘤破裂出血的患者进行积极的抢救，制定准确有效的治疗方案，为患者赢得手术的时间，降低致残率、提高康复率，显得非常重要。现将我科 2015 年收治的 5 例颅内动脉瘤破裂出血的患者的治疗、护理体会介绍如

下：

1 临床资料

我科于 2015 年 1 月 –2015 年 12 月，共收治颅内动脉瘤破裂出血的患者 5 例，男性 4 例，女性 1 例，年龄 18–73 岁，2 例患者有高血压、糖尿病史。5 例患者均以剧烈头痛、神志改变、吐词不清入院。有 2 例患者入院时，已是深昏迷，双侧瞳孔缩小约 0.2cm，对光反射迟钝，有 1 例患者烦躁不安。共有 3 例患者有偏瘫现象。头颅 CT 示：蛛网膜下腔出血为首发症状。有 1 例患者，因病情较重，在转到上级医院后，经抢救无效死亡，有 1 例颅内多发动脉瘤破裂出血的患者转到省医院，治疗 1 周后，转回我院继续治疗 1 月后，神志逐渐转为清醒，能自己进食，但吐词不清，有偏瘫现象，最后带尿管出院，其余 3 例患者恢复较好。

2 治疗方案

①降低颅内压、降血压、止血。②抗感染：预防颅内感染、肺部感染等。③预防癫痫发作。④营养神经、营养支持、保持水电解质平衡、保护胃肠粘膜。⑤康复及功能锻炼。

3 护理

3.1 患者入院后，应立即建立静脉通道、抽血、评估患者的病情、在医护人员陪同下作 CT 及相关辅助检查。遵医嘱给予止血药物，0.9%NS10ml+ 血凝酶 2u 静脉注射、

0.9%NS3ml+ 血凝酶 1u 肌肉注射。根据患者的血压给予降压药物或降低颅内压的药物，控制血压在理想水平。

3.2 患者应安置在比较安静、舒适的病房，最好安置在离护士站较近的单人病房或抢救室。备好急救器材和药品，有利于抢救，备好吸痰器于床旁，给予氧气吸入，保持呼吸道通畅，呼吸道有分泌物时，应及时吸痰。必要时可气管插管或气管切开。24 小时留陪护，保证病人安全，对烦躁不安的患者，适当给予保护性约束。

3.3 密切观察病情变化：给予心电监护，根据患者的病情，每 30-60 分钟测量体温、脉搏、呼吸、血压及血氧饱和度一次，并作好记录。如出现中枢性高热时，给控温毯，降低体温，降低脑细胞耗氧量。密切观察神志瞳孔的变化，如瞳孔缩小、变大或双侧瞳孔不等大等圆，对光反射迟钝或消失，都表示病情危重，应立即报告医生，进行抢救。为患者安置保留尿管，准确记录 24 小时出入量。注意观察患者的肢体活动情况，5 例患者都有偏瘫现象，可根据偏瘫肢体，判断脑组织受压部位。

3.4 加强基础护理，防止再出血：保持床铺清洁、干燥，颅内动脉血管瘤出血的患者，应严格卧床休息，尽量减少活动，注意保护头部，每 2 小时为患者进行翻身、拍背一次，避免压疮的发生，翻身时用力不可过猛。注意保暖，防止感冒，以防感冒、咳嗽、咳痰，加重头部出血。保持大便通畅，必要时用缓泻剂或开塞露通便，避免因用力排便，引起颅内压增高，加重病情而出血。对烦躁不安的患者，给予适当的保护性约束，也可以给予适当的镇静药物。为防止消化道出血，可早期安置胃管，给予流汁饮食，保护胃黏膜，同时给予保护胃黏膜的药物。

3.5 防止癫痫发作：将患者安置单人病房，治疗、护理集中进行，尽量减少不必要的刺激。根据病情适当给予镇静药物，如丙戊酸钠 0.4g+5%GS250ml 中静脉滴注或早期肌肉注射苯巴比妥钠 100mgBID。根据病情也可给予安定注射液 10mg 肌肉注射。5 例患者中，有 3 例患者使用了镇静药物〔1〕。有高血压的患者，常规给予降低血压的药物，控制血压在理想的水平。

3.6 防止感染：防止肺部感染，合理使用抗菌素，在患者入院 24-48 小时内，进行痰培养 + 药敏试验，根据化验结果，选择抗菌素。早期使用机械辅助排痰机，进行震动排痰，给予氨溴索 6-10mg+ 地塞米松 5-10mg 雾化吸入，可清除呼吸道分泌物，有利于吸痰，防止肺部感染。

吸痰时注意无菌操作。有保留尿管的患者，每天进行尿道口消毒 2 次，注意观察尿量的颜色，防止泌尿道感染。病房每天用三氧消毒机消毒 2 次。

3.7 加强营养支持，保持水电解质平衡：昏迷患者应早期安置胃管，最好在入院后 3 天左右安置胃管，给予管喂宜消化的流汁饮食，每天 3-4 次。根据患者的情况，静脉输入营养药物，如氨基酸、脂肪乳、白蛋白等。颅内动脉瘤出血的患者，要按时应用脱水剂，可引起低钾血症、低钙血症等，所以定期抽血，监测电解质。有低钾血症者，给予 10% 氯化钾 10-20ml 口服每天 3-4 次。对低钙血症者，可静脉补充 10% 的葡萄糖酸钙 10-20ml。

3.8 促进神经机能的恢复：给予注射用单唾液四己糖神经节苷脂钠 40-100mg+5%GS250ml 中静脉滴注、脑苷肌肽注射液 4-20ml+5%GS250ml 中静脉滴注、醒脑静 20ml+5%GS250ml 中静脉滴注。上述三种药物可二种联合用，也可选用一种药物。

3.9 加强肢体功能锻炼，防止深静脉血栓：颅内动脉瘤出血的患者，都有偏瘫现象，所以要早期给予肢体按摩，促进血液循环，防止肌肉萎缩，促进肢体功能恢复。可给予体外返搏每天 2 次，防止深静脉血栓。对神经障碍者指导其进行脑部练习，从简单到复杂，对语言障碍者，指导患者从口腔肌肉开始缓慢过渡到字、句、断句等，并进行多次练习，最大限度提高患者生活自理能力，促进康复〔2〕。

4 小结

颅内动脉血管瘤是颅内肿瘤的一种，颅内动脉血管瘤的患者，多数都有高血压，脑血管畸形等，而颅内动脉血管瘤患者，大多数都以颅内动脉血管破裂出血，伴意识障碍入院，病情急、病情危重，多数患者都有偏瘫，死亡率及致残率都较高，但是通过积极的抢救、治疗和精心的护理，以及各肢体功能的康复锻炼，可以降低患者的死亡率和致残率，为患者的康复赢得时间。

【参考文献】

- [1] 苏海燕，杨光荣. 脑肿瘤术后并发症的风险及护理对策〔j〕. 中国保健营养，2013，12（23）：253
- [2] 左琳. 颅内动脉瘤夹闭术后的观察及护理〔j〕. 中国保健营养，2013，12（23）：358

浅谈护士压力源及应对

■手术室 / 刘霞

【摘要】目的：了解护士的工作压力应激的特征和规律，并掌握控制应对措施。**方法：**浅谈护士压力应激影响因素及应对措施，为护士提供良好的工作环境及待遇，保证护士的权益，正确认知并缓解其工作压力，有利于护士身心健康。**结果：**沉重的工作负荷，特殊的工作环境，护患关系的紧张，频繁的考核，容易产生压力，对护士的健康产生伤害。**结论：**通过日常工作、加强心理素质调整、广泛宣传以及学习深造等多方面采取有效应对措施可对护士进行适当减压。

【关键词】 护士 压力源 应对

随着社会的进步，人们的法治观念及自我保护意识不断提高，患者及家属对就医的正当权益有了更深刻的了解，对医疗护理质量、医疗护理安全提出了更高的要求。护理学科的发展，要求护士不仅要有娴熟的专业技能、准确的判断能力，还要具有与之相应的心理素质和沟通技巧，然而，由于职业性质、特殊的环境氛围、超负荷的工作等因素直接影响着护士的心理健康。

1 护士的工作压力源

1.1 与工作性质有关的压力

1.1.1 护士是把所有治疗和操作直接作用于患者的最后一个环节：①三查八对哪个环节错了都绝对不行。②操作面临很大的风险：每个人都存在个体差异，有的时候即



使是很简单的操作，也可能存在很大的风险。③工作程序的压力：护理工作每天都有固定的工作内容，每个护士都有各自的工作程序。④抢救患者的压力：在遇到突发情况的时候，危重患者病情骤变的时候，必须在最短的时间内做好很多的事情。⑤人们需求的变化：以前大家只是觉得病能治好就行，而现在不同的是人们对医疗护理的要求越来越高。

1.2 特殊的工作环境产生压力

护士的工作环境—医院，医院既是一个社会学、心理学、技术学、生物学的复杂体系，又是一个充满焦虑、变化沟通障碍的场所，护士长期工作在充满了“应激源”的环境中。护士每天都要接触不同性格的病人，应对病人

的喜、怒、哀、乐等情绪变化,既要完成繁重的本职工作,又要应对各种检查。

1.3 护理检查和考试造成护士极大的身心压力

医院作为一个社会公益机构,担负着保障人民健康的使命,所以面对来自政府卫生机构和医院内部组织的各种检查非常多,而各种检查几乎都与护士有关,据护士压力调查文献报道,各种频繁的检查是护士重要的职业压力。检查主要来自3个方面[1]:①卫生行政部门的检查如:医院感染检查、收费检查、新型农村合作医疗及社会保障政策等。②护理部的检查和考试,科室如三基三严考试等。③护士长的日常检查和考试,如基础护理、护理病历的书写质量、健康教育等。另外,护士反应检查比较刻板,有时因为病人陪人多、物品多,病人对护士已交代的事项记不清等情况,当班护士就会受到批评,甚至考核奖金。这种检查不仅增加了护士的工作量,同时也造成护士极大的心理负担。

1.4 沉重的工作负荷

由于社会的发展和管理的规范,对护士的要求越来越高,护士不但要利用业余时间参加各种继续教育,现在大部分医院护理人员未能按编制的规定配置,有的医院护士与床位比不足,护士数量严重不足,致使护士加班频繁,夜班频繁。另外,一些非护理性工作,如物价审核、收费、病房物品的管理维修等也由护士完成。加之频繁的倒班,尤其是夜班搅乱了人的正常生理节律,对护士的生理及心理有较大的影响。

1.5 职业风险性的压力

护理行业是高风险、高责任的服务行业,由于职业的特殊性、疾病的复杂性和不可预见性及医学技术的局限性,使得风险无处不在,无时不有。由于护理模式的转变、新技术、新业务的推广应用,护理风险越来越大,加之护理人员在临床工作中每天都离不开穿刺、注射机处理污染伤口及分泌物等职业性接触,而这些东西都存在潜在的传染性,如不小心,就可能受伤,造成职业性暴露。

1.6 护患冲突方面的压力

随着患者法律意识的不断增强及医院“以患者为中心”护理模式的转变,护士对一些潜在的可能引发的护理纠纷认识不足,当发生医疗纠纷时,病人只会抓住护士的一些细小问题加以发挥,而护士又举证不能,如因为医生处方问题、医疗费用高等问题时,很多病人对医生不敢发

泄,而当护士去催款或发清单时对着护士发脾气甚至谩骂,很多护士只有忍受着,久而久之心理健康就成了问题。

1.7 管理方面的因素

护理管理者的非人性化管理方法也会成为护士的压力源。当护患发生冲突或矛盾时,有的管理者并不客观分析矛盾发生的原因,将其完全归结到护士身上,采取行政命令手段来约束和强化护士的执业行为和态度,这不仅加大了护士的心理压力,还可能使其重新迁怒于患者[4]。

1.8 专业技能更新的压力

随着医疗技术的迅速发展,医疗仪器的不断更新,对护士的知识技能提出了更高的要求,只有不断学习新理论、新技术、不断创新,才能更好地为患者服务[4]

2 压力反应

当护士长期处于高强度的心理压力时,可出现以下反应:

2.1 心身疾病的患病率升高

长期高压状态使护士感到精力不足,致机体免疫力低下,产生头晕眼花、腰背酸痛、失眠等,甚至产生疾病。

2.2 高压压力可导致工作效率低

当护士持续存在工作心理压力,会使之失去工作热情、理想和目标,没有得到职业归属感,表现为躯体、情绪和行为异常,从而使工作效率低。

2.3 持续高压压力可导致护患冲突

持续长时间的高压力是有害的,在心理上可能产生沮丧、焦虑、失望的感觉,伴随体力上的精疲力竭。个人的疲溃感可以导致对工作的厌恶感,表现为对患者漠不关心情绪低落、个人无工作成就感和归属感等[3],从而工作效率低下,服务质量下降。应该说,绝大部分护患冲突的发生原因并不是护士缺乏应有的职业道德,而是由于其心理和工作压力过大造成的职业心态偏差。

3 对策

要提高护士的工作效率和服务质量,降低和消除心理和工作压力,应从以下几个方面着手:

3.1 广泛宣传,提高护士社会地位和劳动报酬

护理工作已迈向现代化,工作内容、护理方式、护理范围均已发生很大变化,但是世俗的偏见依然存在,因为必须选择适当时机将护理工作面向社会宣传,为护士建立更宽松的环境和更大的发展空间,使全社会形成尊重护士的良好风尚,弥补社会心理支持的不足,激发护士的自

豪感、责任感,提升职业认同水平。

3.2 管理层支持重视,人性化管理

3.2.1 建立良好的工作环境

解决护士数量、结构不合理等问题,提供更多晋升及深造机会,改善和提供待遇,延长倒班周期,缩短夜班时间,增加休息时间,减少与护理无关的工作,扩大编制、配备足够护士,合理有序安排工作,及时发现及时解决人际冲突,形成友好合作的气氛和群体内部的凝聚力和向心力,设法改善护士身心超负荷状态。

3.2.2 营造和谐的心理环境

对护士开展健康观教育,指导其改变不卫生行为及不良生活方式,增强自我保健意识,保持和促进自身健康。真正确立护士在院内的地位,避免重医轻护、定期心理减压和抗压训练,设立心理咨询热线、鼓励倾诉等以释放压力而保持心理平衡,做好护士的情绪压力管理。

3.3 护士自我调适

3.3.1 树立正确的人生价值观、待遇观、客观的职业观

设立现实的期望和目标,加强自身综合素质的培养,正确处理个人地位待遇与乐于奉献的关系,提高自身适应能力。

3.3.2 培养对挫折的承受能力

加强心理卫生知识的学习,保持乐观的心理状态,科学地进行心理平衡调节,使自己达到并保持最佳身心健康状态。

3.4 减少和消除压力源

根据历年的工作量适当增加护士编制,使绝大部分护士在临床一线工作,配备护理员,减少非护理性工作,规范护理文件,减少书面工作;改善护士的生活待遇,提高护士的薪酬待遇,重视劳务价值,使护士得到合理报酬,提高护士地位,管理者要重视护理工作,在职称晋升等方面给予倾斜政策,大力宣传护理队伍中的先进典型,推动全社会尊重护士的良好风尚,加强劳动防护,为护士营造一个心情轻松、舒适、安全的工作环境,使其热爱护理工作。

3.5 朋友式护患关系的建立

护士必须做好患者健康教育工作,使其遵守医院的各项规章制度和在诊疗活动中应尽的义务及权利,并明确和保障护士在工作中的权利和义务的充分发挥,努力争取患者对护理工作的理解和支持,使护患双方均在心情舒畅状态下开展护理工作,接受诊疗活动。对患者投诉要认真

调查,不要一味指责护士的服务意识。

3.6 护理管理者在减轻护士压力中的作用

管理者的支持是影响个人工作满意度和心理健康的有效方式。对护士客观存在的心理问题,管理者必须努力寻找出其影响因素,学会科学管理情绪,认真聆听、应对护士发牢骚的原因。护士长应了解并尊重护士的物质和精神需求。当护士出现职业心态偏差发生护患冲突时,管理者要了解双方,分析导致冲突双方及其医院本身的原因,不能一味地寻找护士方面的因素,要密切关切护士的心理健康水平,与其进行积极有效的沟通,让其苦恼通过谈话得到宣泄。

3.7 加强护理人员法律知识的学习

护理人员要认真学习法律知识,增强法治观念,明确自己在医疗卫生工作中享有的权利及应承担的义务,做到学法、懂法、守法。

4 小结

总之,护理工作是服务性、技术性和高风险的工作,护士是提供健康服务的特殊职业群体,不仅要有完备的专业素质,更要有健康的身体和良好的心理素质,因此,为护士提供良好的工作环境及待遇,保证其权益,使其得到社会的支持及重视,协助护士提高自身的心理素质,正确认知压力和认识自身价值,可有效缓解其工作压力,有利于护士身心健康,对优质护理学的发展具有重要意义。

【参考文献】

- [1] 吴国芳. 护士压力的相关因素分析及应对方法 [J]. 攀枝花学院
- [2] 刘继终、杨国利等. 护理人员配置与护理质量的相关性研究 [J]. 护理管理杂志, 2008.11 (8): 4-6
- [3] 倪娟萍、孙宏玉. 护士工作倦怠及其影响因素的现象学研究 [J]. 护理管理杂志, 2008.12 (8): 1-3
- [4] 张立红、吴渭虹. 护理管理者应关怀本职业人群的心理健康 [J]. 实用护理杂志, 2005.21 (8): 433-434
- [5] 吴新娟、张小静、高凤莉. 护士离职意愿与工作压力相关性研究 [J]. 中华护理杂志, 2000.35 (4): 197-199

带,并根据需要对绷带进行准备;规范弹力绷带固定方法(用透明敷料固定后再用弹力绷带外固定2圈,松紧适宜,每天输液时打开绷带观察);护士将留置针固定的观察作为交接班的重点。

1.9 效果确认

对策实施后,于2015年10月15日至2015年11月27日采集我院妇产科产科病区留置针留置患者,共168例,运用《留置针置管记录表》,了解留置针留置时间的现况。调查结果留置针留置时间67.04h。通过数据的统计分析,分别和改善前的状况和目标值进行对比。

有形成果:静脉留置针留置时间改善前的36.2h升高到67.04h,目标达成率为98.40%。无形成果:通过品管圈活动,鼓励圈员发挥聪明才智、提升了创造力和工作效能。本圈雷达图(图3)显示,圈员解决问题能力、责任心、沟通协调、自信心、团队凝聚力、积极性、品管手法、和谐度等明显提高。

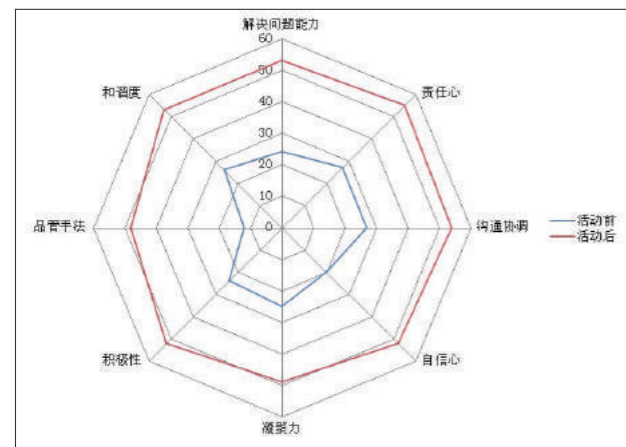


图3 无形成果雷达图

1.10 标准化

科室规范了留置针操作质量标准:

1、在进行留置针穿刺时首选前臂粗直、弹性好、血流丰富的血管,避开关节和静脉瓣,穿刺部位离开关节3cm以上。

2、留置针固定方法:透明敷料固定后,用透明敷料固定后再用弹力绷带外固定2圈,松紧适宜,每天输液时打开绷带观。

3、采用稀释肝素液进行封管,浓度为50-100U/ml,推注5ml。肝素液配置后做好标识,有效期2小时。对于用肝素封管有可能引起出血和过敏的患者,可用生理盐

水作为封管液,每次推注20ml。

4、采用脉冲式正压封管:(1)只将针头留在肝素帽内;(2)脉冲式推注封管液,即用推一下停一下的方式,而且一边推液一边拔针头;(3)推液速度大于拔针速度,使管腔内充满封管液,达到正压封管;(4)夹紧小夹子。运用脉冲式正压封管可在套管内形成较大的压力,减缓血液回流速度,而封管液由于脉冲推注在导管内形成小漩涡,有利于把导管内残留的药液冲洗干净。

5、留置针穿刺完后U型固定,小夹子放于靠近穿刺点处,不要在同一部位反复夹管。

2 讨论

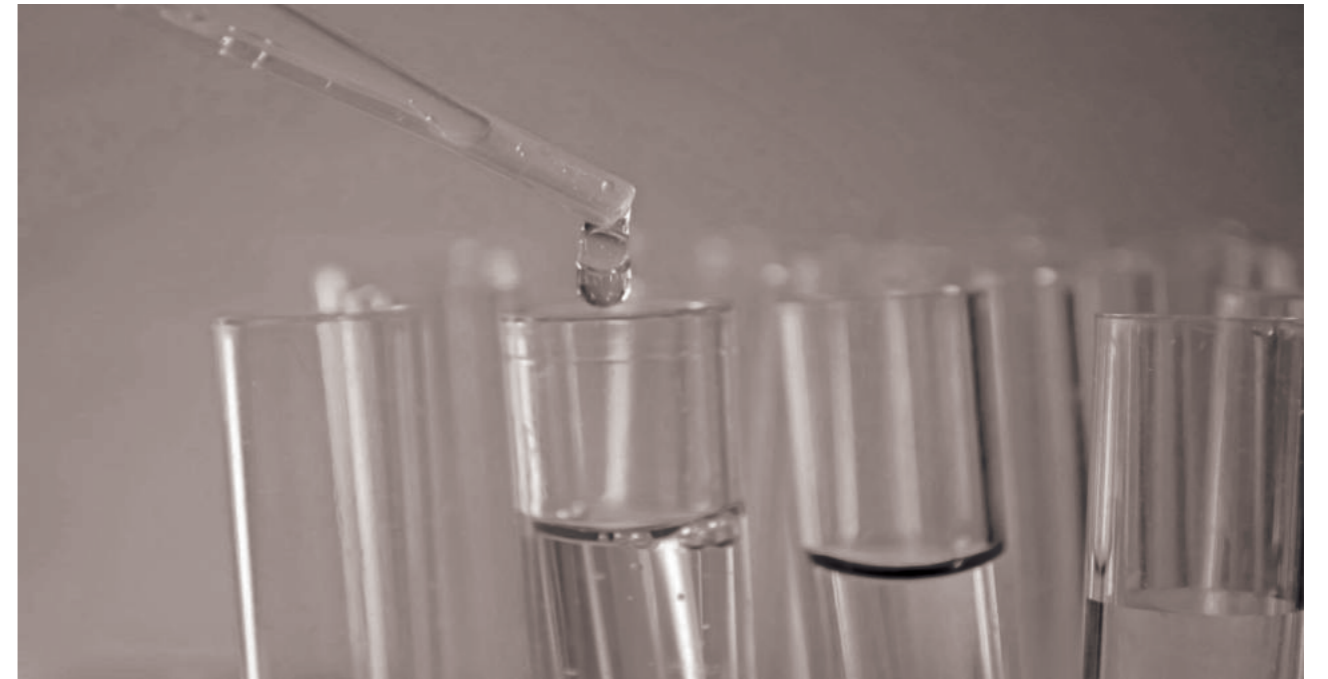
2.1 近年来,静脉留置针以诸多的优势应用于临床中,但是,因我科静脉留置针相关知识的缺乏,留置时间短,所以我们第一个圈就迫不及待地将此问题提出了改进。事实证明在运用头脑风暴,在自我启发相互启发的原则下活用各种统计方法,以全员参加的方式,我们齐心协力,集思广益,对活动前影响静脉留置针留置时间的原因进行了分析,制定相应的整改措施,不定期检查并采取有效的巩固措施。经过品管圈活动有效地提高了静脉留置针的留置时间。

2.2 QCC 有利于促进护理服务与护理质量的持续改进

我科运用品管圈系统的思维方法,将“静脉留置针留置时间”从36.2h提高到67.04h。通过标准化,统一了护士的认知,规范留置针操作,提升了护士的专业知识水平、提高了患者满意度,极大促进了护理质量。

2.3 QCC 激发了护理人员的潜能

QCC 特定的实施流程,需要运用各种品管手法,因此要每个人充分发挥她们的脑力资源,如组织能力(圈长)、科研能力(数据处理)、绘画特长(圈徽)等。圈员轮流担任某一环节的圈长,使每位圈员都有参与锻炼的机会。这种模式为护士提供了锻炼的机会和展现个人价值的平台;使用头脑风暴法,在轻松愉悦的氛围中畅所欲言,充分调动了护士积极性,发挥了潜能。活动中通过辅导和培训,做到按计划、有步骤地完成各项工作内容,培养了护理人员在工作中能够运用科学的方法主动寻找问题、解决问题的能力,提高了团队的凝聚力与合作能力。通过成果汇报与学术总结,提升了制作PPT技能,锻炼了演讲能力,一定程度提升了学术论文撰写与整体科研水平,最终提高了护理人员的素质和思考能力、创造能



力和团结协作能力。

2.4 QCC 提高了护理人员主动参与质量管理的意识

QCC 活动强调让圈员自发地参与,使自己享有更高的自主权、参与权、管理权。我科的品管圈活动,培养了护士善于发现问题、主动思考的意识,使其学会运用原因分析、对策寻找和效果确认的系统方法,在循证的基础上实施整改,解决问题的能力得到提高。在对策实施过程中,每位圈员分工合作,既是实施者,又是管理者,激发了圈员参与管理的意识,将传统的由行政管理手段推动的、自上而下及单纯基于质量绩效考核牵引的持续改进,改变成由自下而上、积极参与、团体合作的整体的质量管理活动,而不再以单纯以护士长为主。

综上所述,通过品管圈的团队模式和科学工具的使用,从排查护理服务缺陷入手,层层剖析,由表及里地发掘问题、查找原因、寻求对策。通过标准化环节处置,将有效措施持续的规范化,促进护理质量的持续改进和不断提升。QCC 作为一种科学的管理工具,使护理管理由经验性管理逐渐转向科学化,并改变了护理管理自上而下的传统模式,实现了由点及面、由下而上的质量管理活动。通过 QCC 的实施,建立护理人员质量改进的意识和

方法,通过 QCC 得到的无形成果,远远大于有形成果,不仅实现了护理质量的持续改进,而且增强了成员自信心和团队协作能力,促进了护理团队的文化建设。

【参考文献】

- [1] 钟朝嵩主编. 品管圈实务 [M]. 厦门: 厦门大学出版社, 2007, 9
- [2] 仇志清、李建萍. 静脉留置针的应用及护理进展 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 24(2): 56
- [3] 柏兴华、韩笑. 开展品管圈活动减轻头颈部肿瘤患者放射性皮肤损伤. 护理学杂志, 1001-4152(2013)-0007-03
- [4] 孙莉、尹安春. 品管圈在持续改进护理质量管理中的实践与探索 [J]. 医学与哲学, 2013, 8(8B): 96
- [5] 杨莉、王卫琼. 参与管理模式在护理管理中的应用 [J]. 护理管理杂志, 2004, 4(4): 44-45
- [6] 国秀娣、陆骏、李益民. 持续质量改进报告与对策 [J]. 护理与康复, 2009, 8(11): 970-972

儿童全血微量元素正常参考范围的地域性探讨

■石棉县中医医院 / 卢燕敏 李 韬

【摘要】目的：儿童全血中4种微量元素含量的参考范围的地域性调整。**方法：**采用原子吸收分光光度法对300名儿童（男180名，女120名），根据儿童生长发育规律，按年龄分为五组（0-6个月，6-12个月，1-3岁，3-6岁，6-12岁），并分别测定其静脉血中Ca（钙）、Mg（镁）、Fe（铁）、Zn（锌）的含量。**结果：**血Ca，0-3岁1.44-2.21mmol/L、3-12岁1.30-2.13 mmol/L；血Mg，0-6个月1.22-1.71 mmol/L，6-12个月1.27-1.74 mmol/L，1-12岁1.20-1.90 mmol/L；血Fe，0-1岁5.60-8.85 mmol/L，1-12岁5.61-9.70 mmol/L；血Zn，0-6个月19.84-60.42 umol/L，6-12个月25.75-82.69 umol/L，1-3岁34.66-91.86 umol/L，3-12岁33.50-116.9 umol/L。与现有参考值进行比较Ca、Mg结果接近，Fe、Zn结果偏低。**结论：**微量元素检测结果各地有差异，有必要建立本实验室的正常参考范围。

近年来，微量元素与人体健康关系的研究取得了很大进展。越来越多的人开始了解和重视微量元素的检测，全血微量元素的含量已成为评价儿童营养状况的一项十分普及的指标。然而由于其影响因素甚多，各地区人群元素含量有差异，各实验室检测水平不一。二十世纪以来环境恶化严重，存在于大气、土壤、植物及动物体内

的微量元素含量必然发生变化，重新确定本地区微量元素的参考范围对保障和提高居民的生活质量具有极其重要的深远意义。

1 材料与方法

1.1 检测对象：选择2012年12月-2015年12月间检测的300例健康体检儿童。年龄从1个月至12岁，男180例，女120例。受检者营养状况良好，无明显疾病。

1.2 实验分组：先按照儿童生长发育阶段分为五组，A组：出生0-6个月；B组：6个月-1岁；C组（幼儿组）：1-3岁；D组（学龄前组）：3-6岁；E组（学龄组）：6-12岁。各组数据经LSD-T检验后，视结果再重新分组。

1.3 统计学方法：应用SAS9.2统计软件，采用参数检验法进行统计学分析。

2 结果

2.1 按照性别分组检测 见表1。经分析，Ca、Mg、Fe、Zn的含量不具有显著的性别差异，即P > 0.05。

按性别分组得到的各项元素含量 (x±1.96s)

	Ca	Mg	Fe	Zn
男 (180名)	1.37-2.18	1.24-1.73	5.53-9.17	27.49-87.81
女 (120名)	1.36-2.19	1.22-1.71	5.68-9.34	29.34-88.36
P值	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 按照年龄分组检测

Ca 均数分析——均数、标准差、可信区间

group	观测个数	均值	标准差	均值的置信限	
				均值下限95%	均值上限95%
0-6月	69	1.81	0.15	1.77	1.85
6-12月	89	1.83	0.18	1.79	1.86
1-3岁	116	1.83	0.18	1.80	1.87
3-6岁	25	1.74	0.19	1.66	1.82
6-12岁	65	1.69	0.19	1.64	1.74

Mg 均数分析——均数、标准差、可信区间

group	观测个数	均值	标准差	均值的置信限	
				均值下限95%	均值上限95%
0-6月	69	1.46	0.14	1.43	1.50
6-12月	89	1.51	0.13	1.48	1.53
1-3岁	116	1.55	0.16	1.52	1.58
3-6岁	25	1.57	0.12	1.51	1.62
6-12岁	65	1.54	0.17	1.50	1.59

Fe 均数分析——均数、标准差、可信区间

group	观测个数	均值	标准差	均值的置信限	
				均值下限95%	均值上限95%
0-6月	69	7.27	0.83	7.07	7.47
6-12月	89	7.18	0.70	7.03	7.33
1-3岁	116	7.51	1.03	7.33	7.70
3-6岁	25	7.75	0.74	7.44	8.05
6-12岁	65	7.71	1.08	7.44	7.97

Zn 均数分析——均数、标准差、可信区间

group	观测个数	均值	标准差	均值的置信限	
				均值下限95%	均值上限95%
0-6月	69	40.13	10.55	37.60	42.66
6-12月	89	54.22	15.03	51.05	57.38
1-3岁	116	63.26	15.09	60.49	66.04
3-6岁	25	77.45	19.15	69.55	85.36
6-12岁	65	72.54	20.10	67.56	77.52

综合以上信息可以知道，为不同的微量元素定参考范围，其分组的年龄界限不同。在0-12岁的儿童中，可按以下年龄界限分组：

钙，A组：<3岁；B组：3-12岁。

镁，A组：<6个月；B组：6-12个月；C组：1-12岁。

铁，A组：<1岁；B组1-12岁。

锌，A组：<6个月；B组：6-12个月；C组：1-3岁；D组：3-12岁。

重新分组统计后，所得结果见下表。

表12 重新分组结果

元素	分组	均值 (x)	标准差 (s)	x-1.96s	x+1.96s
Ca	<3岁	1.82	0.20	1.44	2.21
	3-12岁	1.71	0.21	1.30	2.13
Mg	<6个月	1.46	0.12	1.22	1.71
	6-12个月	1.51	0.12	1.27	1.74
	1-12岁	1.55	0.18	1.20	1.90
Fe	<1岁	7.23	0.83	5.60	8.85
	1-12岁	7.66	1.04	5.61	9.70
Zn	<6个月	40.13	10.35	19.84	60.42
	6-12个月	54.22	14.53	25.75	82.69
	1-3岁	63.26	14.59	34.66	91.86
	3-12岁	75.00	21.17	33.50	116.49
Pb	<6个月	28.23	21.15	0.00	69.69
	6个月-12岁	48.19	37.43	0.00	121.54



3. 讨论

正常参考值是从确定的地理区域内随机选择的、有足够数量的健康人群组成的人体微量元素平均值或适宜参考范围，这些人群有确定的生活方式和饮食习惯，有确定的年龄范围和性别。体内微量元素的营养状况直接影响着人体的健康，因为体内约 50%~70% 的酶类中含微量元素或以微量元素离子为激活剂。同时参与激素和维生素的合成，也是构成人体生长发育的重要载体及电子传递系统的成分。因此，在临床上愈来愈引起人们的关注和重视。如果使用现行的参考值判断标准，儿童锌、铁两种元素缺乏的比率极高，这与临床情况不相符。因此，有必要重新建立本实验室微量元素的正常参考范围。

观察本次研究数据可见：

A 组血钙含量高于 B 组

血钙是体内一重要微量元素，它可以直接反映人体的生长发育状况。A 组儿童处于婴幼儿时期，由于新生儿大多是母乳喂养，而母乳中营养物质含量丰富，B 组的儿童处于生长发育期，钙对骨骼的生长发育尤其重要，由于成骨细胞的作用，血钙值自然会有所下降。由于此阶段的儿童已进入学习阶段，他们除了要学习外，还要参加许多体育运动，再加上有许多小孩养成了挑食的不良饮食

习惯，吸入量的减少加上消耗的增加便导致了该组儿童的钙含量低于 A 组儿童。

人体内微量元素的检测是一个较为复杂的过程，其中涉及到许多的影响因素，它随地区的变化差异也较大，因此在不同地区各项微量元素都有其相对应的参考值。目前国内没有统一规定的正常值范围，本实验的结果对于统计本地儿童微量元素参考值有一定参考意义。

【参考文献】

- [1] 秦俊法、李增禧. 中国微量元素研究二十年 [J]. 广东微量元素科学, 2004 年, 第 11 卷 12 期.
- [2] 罗阳、张雪、府伟灵. 重庆地区儿童全血中 5 种微量元素正常值的确立 [J]. 重庆医学, 2004 年 8 月第 33 卷第 8 期.
- [3] 王晓燕、金春华、刘玉兰、赵莉. 儿童全血部分常量和微量元素含量的年龄差异分析 [J]. 北京医学, 2007 年第 29 卷第 11 期.
- [4] CLSI C28-A2, 临床实验室如何确定生物参考区间——批准指南.

农村女性常规宫颈涂片筛查对预防宫颈癌的意义研究

■ 病理科 / 刘丽萍

随着经济社会发展和妇女疾病谱的变化，我们已经认识到宫颈癌是威胁妇女健康的常见疾病。

宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤之一，发病率在女性生殖道恶性肿瘤中居第二位，仅次于乳腺癌，而且发病年龄趋于年轻化。据世界卫生组织国际癌症研究中心和世界卫生组织最新估计，每年我国女性宫颈癌新发病例约 13.15 万人，占世界宫颈癌新发病例总数的 28.80%，其发病率为 14.6/10 万，约有 3 万名妇女死于宫颈癌。特别是农村女性，由于思想观念滞后，对宫颈癌早期发现、早期预防意识不足，往往症状明显后才就医，导致诊断时已是中晚期癌症，造成病人身心及经济的严重损失。现结合我科在 2014 年针对农村女性进行宫颈涂片检查结果进行分析、研究。

1 材料与方法

1.1 材料：全部样本为 2014 年我县农村女性两癌筛查样本中宫颈涂片样本，共 4956 人次，样本均由我县妇幼保健院提供。报告采用现通用的 TBS 细胞学报告系统。

1.2 方法：采用传统的宫颈涂片方式，取样后立即用 95% 酒精固定后行 HE 染色，其中染液品牌均为贝索。

1.3 结果判定 HE 染色后的涂片均按照 TBS 报告系统的判读标准判读。

2 结果

在进行筛查的 4956 例样本中，由于病人本身疾病原因及取材医生取材原因，不合格样本（主要是炎细胞过多覆盖、出血严重、粘液成分过多等导致诊断细胞成分过少）952 例，占有样本比例 19%。在 4956 例样本中查见不明确意义鳞状上皮细胞（ASC-US）235 例，查见低级别鳞状上皮细胞内病变（LSIL）1 例，查见不明确意义鳞状上皮细胞内病变，不除外高级别上皮内瘤变（ASC-H）35 例，其阳性结果比例为 5.46%。在所有阳性病例中由于农村人口外出打工及联系方式变更等原因，本应做阴道镜检查患者 271 例，由本县妇幼保健院尽力联系后实做阴道镜检查 188 例，其中 35 例进行了病

理组织学检查。进行病理组织学检查病例中有 5 例以宫颈息肉进行活检，活检诊断符合宫颈息肉改变；另 30 例中宫颈多点活检诊断 CIN III 累腺伴可疑微小浸润 2 例，CIN III 累腺 1 例，宫颈 CIN II II 6 例，CIN I 9 例，其中诊断 CIN III 的 3 例在我院进行了子宫全切，术后 1 例升级为宫颈浸润性鳞状细胞癌，1 例升级为宫颈早期微小浸润癌。其余病人外出上级医院检查并进行后续治疗。

3 讨论

宫颈癌是女性常见恶性肿瘤，而且是在癌前病变时期就完全能通过定期检查早期发现、早期治疗的疾病。但在农村妇女中，由于经济水平、思想观念滞后等原因，往往错过了于癌前病变和早期微小癌阶段早期发现、早期治疗的最佳时机，在症状明显后就诊时已处于中晚期宫颈癌，给病人自己及家庭带来后续不尽的经济负担，给病人身心造成严重创伤。现国家对于这个问题已高度重视，并采取了积极措施。针对农村女性的宫颈癌筛查就是在此基础上诞生的。我县今年是第一年针对农村妇女进行宫颈癌的筛查。排除病人本身宫颈疾病及取材医生等原因造成的不合格样本后，在合格的 4004 例宫颈传统涂片样本中，阳性样本 271 例，阳性率 6.76%。本次检查虽然采用传统宫颈涂片方式进行，造成部分涂片样本不够满意，阅片医生工作量也显著增加，但优势在于经济、实惠，病人及政府财政能够承担，而且病人也能及时得到检查结果。在阳性病例中进行阴道镜检查，本县妇幼保健院筛查出需进行病理组织学检查 35 例，除去 5 例以宫颈息肉进行病理活检的，宫颈早期癌及癌前病变 17 例，1 例宫颈浸润癌，阳性率 60%。由以上数据分析可以看出，宫颈癌依然是女性最常见的恶性肿瘤之一，而且是完全可以通过定期进行宫颈脱落细胞学检查达到早期预防、早期诊断、早期治疗的恶性肿瘤。而宫颈脱落细胞学检查对于宫颈早期癌及癌前病变的诊断有着无可替代的重要价值，值得在妇女，特别是农村妇女中大力宣传、推广。

关于高血压用药，这 10 个错误不能犯！

■药剂科 / 肖劲松

一、高血压的一般知识

成年人血压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和 / 或 90mmHg 就是高血压，无论年龄。中国成人高血压患病率高达 25.2%，全国高血压患者人数 2.7 亿人，是患病率最高的慢性病。

高血压是导致心梗、脑梗、肾衰最重要的危险因素。据统计，全国每年有 200 万人死于与高血压有关的疾病。而且 6 成以上的冠心病病人、8 成以上脑梗病人、9 成脑出血病人都有高血压史。可以说，高血压是人类健康最主要的“杀手”。所以，正确认识高血压并严格控制血压具有非常重要的意义。

二、何时启动降压治疗？血压降到什么目标？

2014 年初发布的 JNC8（美国高血压指南 8）明确规定：

何时启动降压治疗？

① ≥ 60 岁的高血压患者，收缩压 $\geq 150\text{mmHg}$ 和 / 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 即可启动药物降压治疗；

② < 60 岁的高血压患者，只要收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和 / 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 即可启动药物降压治疗。

血压降到什么目标？

① ≥ 60 岁的高血压患者，降压靶目标值是收缩压 $< 150\text{mmHg}$ 和舒张压 $< 90\text{mmHg}$ ；

② < 60 岁的高血压患者，降压靶目标值是收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 和舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 。

当然，对糖尿病和肾病患者降压的目标值目前还有不同的意见，总的趋势是，这两类患者的降压目标值应该更严格一些。

高血压的发生，与遗传和不健康的生活方式有关。控制高血压，除药物治疗外，还应该改善生活方式，但药物治疗无疑是主要措施。

高血压起始用药包括 ACEI 类（普利类）药物、ARB 类（沙坦类）药物、CCB 类（地平类）、噻嗪类利尿剂、 β 受体阻断剂等。

三、高血压用药 10 个错误

误区一：没有感觉，就没有问题

血压升高后会感觉头痛、头晕、耳鸣、失眠等。但有些人却没什么感觉，这如同温水煮青蛙，慢慢升高反而不难受了。没有感觉不等于没有危害，等发生了心梗、脑梗、脑出血感觉到的时候，可能已经晚了。所以，血压升高，无论有没有感觉都应该用药。

误区二：降压药不能随便吃，一旦吃了就断不了

降压药不是成瘾性药物，没有依赖，可随时停药。问题是不能停，一旦停药，血压会重新升高。高血压是个终身性疾病，需要终身用药控制。这样说，不是药有依赖性，而是高血压有“依赖性”。当然，早期无家族史的高血压，通过改善生活方式，血压能够恢复正常，可以不用药。除此之外，应该用药治疗。

误区三：开始不能用好药

治疗感染不能首选高级别的抗菌素，因为一旦耐药，便无药可用。这是由于细菌有对抗药物的能力。降压药作用的对象不是细菌，而是受体，不会出现类似抗菌素耐药的情况。所谓的好药，不但降压效果好，副作用小，而且对心、脑、肾等器官有保护作用。所以选择降压药，



哪个好就选哪个，而且开始就用好药。

误区四：血压高吃药，血压正常就停药

用药后血压正常，是药物的作用的结果，是药物控制下的平衡，停药后平衡被打破，血压会重新升高；高了用药，正常就停药，这种按需用药的模式会导致血压总是处于波动之中，而心梗、脑梗等并发症都是在血压波动时发生的。

误区五：血压越低越好

收缩压最好维持在 110-140mmHg 之间，过高或过低，并发症和死亡率都会增加，这就是著名的降压治疗的 J 曲线。同样的道理，舒张压最好维持在 70-90mmHg 之间。

误区六：发现血压升高，要快速降到正常

血压是逐渐升高的，降压也要逐渐下降。除了高血压危象等紧急情况外，不建议快速大幅度降压，否则会引起脑灌注不足等意外情况。对高血压急症，24~48 小时内把血压缓慢降至 160/100mmHg 即可，一般不需要静脉用药。临床普遍使用心痛定（硝苯地平）舌下含服紧急降压，目前认为是不合适的。除降压过快外，还可引起交感神经兴奋而诱发心脑血管病。

误区七：降压药隔几年就要更换

如果正确地选择了降压药，血压控制得很好，而且没有出现副作用，应该继续用下去，不建议定期换药。

除非新品种上市，而新药在疗效和副作用方面都有很大的优势，可以考虑换药。

误区八：降压药有副作用

任何药都有副作用，包括降压药。但 FDA 批准的原研药（进口药）相对很安全。如果按说明用药，副作用会很轻微。不要因噎废食，和高血压的危害相比，降压药的副作用微乎其微。

误区九：降压药伤肾

这种说法由来已久而且非常顽固，这里的“肾脏”也暗含男性性功能之意。沙坦类、普利类、地平类降压药通过降压有保肾的作用，尤其是前两类药物更是慢性肾脏病的首选用药，并有改善性功能的作用。高血压导致的动脉硬化是男性勃起障碍的主要原因，降压、治疗动脉硬化也是治疗男性功能障碍的主要措施。总之，伤肾的是高血压，而不是降压药。

误区十：保健品也能降血压

近些年降压保健品越来越多，比如降压枕、降压手表、降压帽、降压鞋垫等，这些保健品都声称有良好的降压作用，但结果并非如此。保健品的降压功效根本就没有经过科学的临床认证，使用这类保健品降压，即使保健品没有危害，也会延误高血压的治疗。因此，建议有高血压的患者最好到医院咨询专业的医生，保障自己的身心健康。

单纯收缩压或舒张压增高 如何选择降压药？

■药剂科 / 刘学森

在平时接受高血压患者药物咨询中，常有人问道：我舒张压（低压）高，吃什么药？我收缩压（高压）高，吃什么药？结合现行国内外高血压指南，我谈谈自己的看法：

目前临床常用的降压药物主要有5大类，即利尿剂、钙通道阻滞剂（CCB）、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体阻滞剂（ARB）、 β 受体阻滞剂（BB）。严格地讲，这5类药物对于收缩压、舒张压均有降低作用，没有专门用于降低收缩压或舒张压的降压药物。在现有的随机化临床试验中，也无充分证据支持某种药物在降低收缩压（或舒张压）方面有更多的优势。然而在临床上经常遇到一些仅表现为舒张压增高或收缩压增高的患者，应该如何选择药物？

对于这一问题，现行的美国、欧洲、加拿大、日本以及中国等指南性文件均未明确表述。但认真分析各指南的推荐建议，仍然可以得到一些启示。单纯收缩压增高主要见于老年患者，而单纯舒张压增高常见于中青年患者。对于不同年龄阶段高血压患者的降压药物选择，相关指南中有所描述。

2010版中国高血压防治指南提到：对于舒张压 $<60\text{mmHg}$ 的老年单纯收缩期高血压患者，若收缩压 $<150\text{mmHg}$ 可不用药；如收缩压 $150\text{--}179\text{mmHg}$ ，谨慎小剂量用药；如收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ ，则小剂量用药，此时可选择小剂量利尿剂、CCB、ACEI或ARB，未推荐使用 β 受体阻断剂。

2013年加拿大高血压指南认为：所有高血压患者均

可考虑选用利尿剂、CCB、ACEI或ARB。60岁以下的患者（常伴舒张压增高）也可选择 β 受体阻断剂。单纯性收缩压增高者首先选用利尿剂、CCB或ARB。

2011年英国高血压指南建议：55岁以下的高血压患者首选ACEI或ARB；55岁以上者首选CCB，不适于或不耐受CCB者则选用利尿剂。一般不建议将BB作为一线降压药物。然而，若年轻高血压患者不能耐受ACEI或ARB、或伴有交感张力增高表现者，可考虑选用 β 受体阻断剂。

其他权威指南如2013年ESH/ESC指南、2013年AHA/ACC/CDC指南、2014ASH/ISH指南、JNC8指南以及2014年日本高血压指南，或未涉及此类话题，或提出了与上述指南相似的观点。

由此可见，无论舒张压和（或）收缩压增高，利尿剂、CCB、ACEI、ARB均可考虑选用。对于以舒张压增高更为常见的年轻高血压患者，ACEI或ARB或可优先考虑选用；若年轻患者伴有交感张力增高表现（如心率快），也可考虑选用BB，但需注意其对男性性功能的影响。对于收缩压增高更为常见的老年高血压患者，CCB或利尿剂可能更适于作为首选药物。

需要强调的是，无论收缩压增高还是舒张压增高，积极有效的生活方式干预均是必不可少的。对于单纯舒张压增高的中青年患者尤为如此。很多年轻高血压患者常伴有肥胖、酗酒、精神紧张等，限酒、减重是降低舒张压的有效措施。若整天大碗喝酒、大块吃肉、睡眠不足、不肯运动，什么药也不会有好的效果。

钙剂的应用及注意事项

■药剂科 / 李素琴

钙剂和维生素D制剂属于促进骨矿化药物，是防治骨质疏松症的基本药物。钙制剂即人们常说的补钙剂，它常和维生素D联合应用。若单独补钙，效果不好。钙制剂分无机钙、有机钙、有机酸钙和天然生物钙四大类。

一、无机钙类：

包括氧化钙、碳酸钙、磷酸氢钙、氯化钙、氢氧化钙等。无机钙含钙量高，溶解度低，对胃肠道刺激大，主要用于急性钙缺乏症（手足抽搐）的治疗，一般不用于骨质疏松症的防治。在各种钙盐中，碳酸钙的吸收率最高，约为40%。许多学者推荐使用碳酸钙作为补钙剂，其优点是钙含量高，吸收率高，价格相对低廉。碳酸钙必须经胃酸作用分解为钙离子后才能被吸收。如果胃酸分泌不足，碳酸钙可影响胃对食物的消化和吸收，有时可出现便秘、恶心等胃肠道副作用。

二、有机钙类：

包括L-苏糖酸钙、乐力氨基酸螯合钙、金钙等。有机钙具有生物利用度高、吸收好、无明显毒副作用等特点，越来越多地用于骨质疏松症的预防和治疗。乐力氨基酸螯合钙胶囊为复合制剂，除含有钙外，还含有磷、镁、锌、铜、锰等元素及维生素D和维生素C。该药的优点是：在人体内吸收率高，无毒副作用，效果明显。对于预防和治疗骨质疏松症有较好的效果，并能提供骨骼生长发育所需成分。

三、有机酸钙类：

包括葡萄糖酸钙、乳酸钙、柠檬酸钙、枸橼酸钙等。有机酸钙钙含量低，溶解度高。葡萄糖酸钙、乳酸钙使

用范围比较广泛，但其中含有的钙成分较低（乳酸钙为13%，葡萄糖酸钙为9%），因而每次用量较大，口服不方便，多用于静脉滴注，常用于调节患者体内电解质平衡。

四、天然生物钙类是将海洋生物（如贝壳、牡蛎等）或动物骨骼进行加工处理而生产出来的钙产品：

临床常用的有盖天力（主要成分为牛骨粉）、珍珠钙（主要成分为珍珠母、牡蛎等）、龙牡壮骨冲剂（主要为牡蛎等）。盖天力片除含有钙离子外，还含有人体所需的锌、镉及锰等微量元素，对儿童佝偻病、哺乳期妇女及老人预防骨质疏松症有一定的效果。龙牡壮骨冲剂为中药复方制剂，以“补脾补肾，益气滋阴”为主，达到调节人体功能，促进钙、磷吸收的目的，对儿童及中老年补钙、健身、壮骨有一定的作用。

目前，市场上有大量、多种补钙制剂可供骨质疏松症患者选择，疗效和产品质量良莠不齐。笔者认为，选择补钙剂不能听宣传、看广告，而是要去正规医院进行检查、咨询，了解自己身体状况，在医师的指导下选择适合自己的补钙产品。

同时，使用钙剂治疗骨质疏松症时要注意以下几点：

1、必须明确骨质疏松症的原因，以便对症治疗，对症补钙。常见的骨质疏松症类型有：原发性骨质疏松症（包括绝经后骨质疏松症、老年性骨质疏松症）和继发性骨质疏松症（包括甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、慢性肾病、血液病、药物、酒精等导致的骨质疏松症）。对于原发性的骨质疏松症，补钙无疑是重要和有效的治疗手段，本文所述的补钙方法主要是针对原发性骨质疏松症，对



于继发性骨质疏松症的治疗，首先要诊断和治疗原发性疾病或去除致病因素，然后才是如何补钙的问题。如果一味补钙，不但疗效欠佳，还有可能延误治疗。

2、对于原发性骨质疏松症的治疗，补钙不能替代正常的、必要的饮食补钙。因为，人体所需钙的绝大部分来源于饮食，人体从食物中摄取的钙最经济、最合理、效率最高，而钙制剂补充的钙进入人体内须有一个吸收和代谢的过程，部分钙离子被排出体外。所以，人们要树立“药补不如食补”的观念，更不能以药代食。目前，人们公认的最佳补钙食品为牛奶，它不仅含钙量高（每100毫克牛奶含钙约120毫克），而且容易被机体吸收，是药物不可替代的饮食钙来源。

3、补钙要打“持久战”，要长期、均衡地补钙，既不可突击吃药、突击补钙，也不可“三天打鱼，两天晒网”。也就是说，人体不能储存过量的钙，每日补钙使身体获得的钙不能弥补过去丢失的钙，所以补钙应每日均衡地

进行。为了避免浪费，不要一次补入大量的钙，这样无助于钙的吸收，随每日三餐补入钙才能增加钙的吸收。

4、要选择对胃肠道刺激小的钙制剂。因为钙剂需要较长时间服用才能有效，所以对药物要有所选择。目前使用的活性钙、碳酸钙和葡萄糖酸钙服用方便，而氯化钙味道苦，对胃肠道有一定的刺激，不宜长期服用。

5、服用钙剂时要增加饮水量，以增加尿量，减少泌尿系结石形成的机会。因为尿中钙离子浓度过高是产生结石的原因之一。对于已经存在泌尿系统结石者，服用钙剂后应定期作B超等检查，以了解结石变化的情况。

6、使用雌激素副作用较明显，有可能诱发子宫内膜癌的老年女性，适当加大服用钙剂的剂量，同时减少激素的用量，同样可以达到治疗和预防骨质疏松症的目的。对65岁以上骨质疏松症患者，每日补入钙剂最高可达到1—1.5克。

中药饮片与西成药 配伍禁忌探讨

■药剂科 / 弋娟

【摘要】 中西医结合发展的今天，怎样联用中西药才能增强疗效、避免产生不良反应，达到合理用药的目的，已经成为困扰临床医师的问题，也是临床药师研究的重要内容。不恰当的中西药联用时药物所发生的理化性质的改变、药理变化，导致药物的治疗效果的降低、毒性反应的增加等问题进行总结讨论。

【关键词】 药物不良反应 合理配伍 用药安全

引言：中西药配伍，已成为当今临床治疗的一个手段，中西药配伍，有些能提高疗效，降低毒副作用，但有些却降低疗效或产生毒副作用。中药的应用和发展有着悠久的历史，经过长期实践有了一定的认识，而中西药的配伍禁忌总在临床上却重视不够，常存在不合理用药现象。现从药理化学和药理学两方面讨论中西药的配伍禁忌。

一、理化性质改变，导致疗效降低或毒性增加

1、形成沉淀含有鞣质的地榆、石榴皮、五倍子、大黄等中药以及麻仁丸、利胆片等中成药与某些西药制剂联用会使其理化性质发生改变：如与四环素类、红霉素等甙类，麻黄素、阿托品等生物碱以及亚铁盐制剂、碳酸氢钠制剂联用会产生沉淀，影响吸收。

2、形成络合物含有槲皮素的中药柴胡、桑叶、槐角及含有这些中药的制剂与含各种金属离子的西药合用会形成络合物，影响吸收。

3、酸碱中和五味子、女贞子等酸性中药与氢氧化铝、氨茶碱等碱性西药合用，煅龙骨、煅牡蛎、硼砂等碱性

中药与胃蛋白酶合剂、乙酰水杨酸等酸性西药合用都会起中和反应，使药效降低甚至失去药效。

二、药理变化，导致疗效降低或毒性增加

1、药动学变化

(1) 硼砂、海螵蛸、瓦楞子、皂角等碱性中药及其制剂与心得安、氯丙嗪、硫酸亚铁等联用会使其吸收降低，与奎宁、氯奎、强力霉素、新斯的明联用会使其从尿中排出，促使血药浓度降低，与奎尼丁联用会导致排出减少，血药浓度增加而引起中毒。

(2) 碱性中药如硼砂、煅牡蛎等，使尿液酸化药等解离增多，排泄加快，使作用时间和作用强度降低。

(3) 中西药配伍后，不同药物的血浆蛋白结合率不同，使药物的血药浓度有所变化，从而影响其组织结合。如含有鞣质类化合物的中药在与磺胺类药物合用时，导致血及肝脏内磺胺类药物浓度增加，严重者发生中毒性肝炎。

(4) 尿酸碱度影响药物的重吸收，酸化或碱化体液，从而影响药物的排泄。双黄连与氨苄青霉素合用，双黄连竞争性抑制氨苄青霉素从肾小管分泌，从而提高了氨苄青霉素的血药浓度，并经试验测定的血药浓度高于单用。

2、药效学变化

(1) 麻黄及含有麻黄碱的中药制剂可使心肌B受体兴奋而加强心肌收缩力，使洋地黄、地高辛等强心类药物作用增加、毒性增加，致心率失常、心衰等不良反应。

(2) 乙醇能增加肝脏药酶的活性，故与含乙醇的酒

大黄、酒当归及药酒等乙醇制剂同服，会使上述西药在体内代谢增强，半衰期缩短，疗效降低，毒副作用增加。此类中药亦不宜与水合氯醛同服，因乙醇与水合氯醛能生成具有毒性的醇合氯醛，使毒性加剧，严重者可导致死亡。

(3) 甙类中药，如人参、苦参、大黄等以及罗布麻片、速效救心丸等鹿茸制剂与可待因、吗啡、杜冷丁联用会加重麻醉，抑制呼吸，而与强心甙联用会导致药效累加，增加毒性。祖师麻以及含有瑞香素的中药制剂与维生素K联用也会产生拮抗作用。

(4) 牛黄及牛黄制剂与水合氯醛、乌拉坦、吗啡、苯巴比妥合用会对中枢产生抑制。

三、中西药注射剂配伍禁忌

1、随着中药注射剂在临床上的使用越来越广泛，中西药注射剂混合配伍应用也逐渐增多，由于中药注射剂成分复杂，与其他药物配伍引起的PH值的变化、溶媒的改变使有效成分或杂质析出、配伍浓度及配伍条件的影响都可能产生不溶性微粒。这些微粒沉积在毛细血管中可造成局部循环障碍，引起血管栓塞，产生静脉炎、肉芽肿并可引起过敏和热原样反应。故联用的中西药注射剂静脉输注后的稳定性应引起临床上的重视。双黄连注射液与氧化可的松、诺氟沙星、环丙沙星、氧氟沙星、维生素C、硫酸卡那霉素配伍：与维生素C、氯化化可的松配伍后紫外线吸收度大幅降低、可能发生了化学反应，与诺氟沙星、环丙沙星、氧氟沙星、环硫酸卡那霉素配伍后有沉淀生成，故不宜配伍。复方丹参注射液与

环丙沙星、氧氟沙星配伍：配伍后产生大量棕色黑色絮状沉淀，应分别静滴。穿琥宁注射液与庆大霉素、阿米卡星、环丙沙星、氧氟沙星配伍：产生沉淀，不宜配伍。

2、影响疗效清开灵注射剂与青霉素、盐酸林可霉素、维生素C、维生素B、硫酸卡那霉素配伍：与硫酸卡那霉素、维生素B6配伍沉淀生成，与青霉素盐酸林可霉素、维生素C分别配伍8h内pH呈下降趋势，配伍2h时紫外吸收度在276nm处有不同程度下降，故不宜配伍。

四、结束语

合理的中西药联用可提高疗效，减轻副作用。而不合理的配伍则会影响药物的疗效，增强已知的或产生新的不良反应。因此在临床联用中西药时，应特别考虑配伍问题，尽量避免使用不明的配伍禁忌，并加强临床观察和监测以达到合理用药的目的。

【参考文献】

- [1] 牟秀珍. 中药与抗生素在胃肠道中的作用 [J]. 中国药师, 1999, 2(3): 159 ~ 161.
- [2] 刘逢芹. 中药药源性肾损伤机制概述 [J]. 中国药房, 2005, 16(7): 547 ~ 550.
- [3] 梅全喜. 中西药配伍禁忌检索表. 中医药信息, 1989, (5): 29—33.
- [4] 梅全喜. 不宜配伍的中西药. 中成药研究, 1988, (1): 21—22.



药品调配差错分析

■药剂科 / 蒋禄慧

【摘要】目的：对用药差错进行归因分析，并评价用药差错可能造成的危害，以减少因用药差错而导致的药品不良事件的发生。

【关键词】用药差错 归因分析

用药差错现象在临床普遍存在，尤其是内科系统更为常见，纠正用药差错是确保患者安全用药和改进医疗质量的基础。

一、用药差错的界定

1. 用药差错分类

(1) 由于医生处方差错，而药师没有审核出来，导致的患者用药差错。

(2) 医生处方正确，药师调配处方差错导致患者用药差错。

(3) 医生处方正确，护士执行医嘱错误，导致患者用药差错。

(4) 医生处方正确，患者执行医嘱错误，导致患者用药差错。

2. 用药差错监测

(1) 医生处方差错，主要通过药师审核来监测。

(2) 药师调配处方差错，主要通过药剂师双人复核制来监测。

(3) 护士执行医嘱差错，主要通过护士双人核对制来监测。也可以由临床药师核对监测。

(4) 患者执行医嘱错误，主要通过医生和药师加强对患者用药指导来减少患者用药差错。

二、处方调配差错的防范

(一) 处方调配差错的内容

处方差错的内容包括：①药品名称出现差错；②药品剂量差错；③药品与临床诊断不符；④剂型或给药途径差错；⑤给药时间差错；⑥疗程差错；⑦药物有配伍

禁忌；⑧药品标识差错如贴错瓶签、错写药袋及其他。

处方调配差错性质：①客观环境或条件可能引起的差错（差错未发生）；②发生差错但未发给患者（内部核对控制）；③发给患者但未造成伤害；④需要监测差错对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取预防或减少伤害；⑤差错造成患者暂时性伤害；⑥差错对患者的伤害可导致患者住院或延长患者住院时间；⑦差错导致患者永久性伤害；⑧差错导致患者生命垂危；⑨差错导致患者死亡。

(二) 处方调配差错的原因

引起处方差错的因素有：①调配工作时精神不集中或业务不熟练；②选择药品错误；③处方辨认不清；④药品名称相似；⑤药品外观相似；⑥分装；⑦稀释；⑧标签；⑨其他。

(三) 处方调配差错的防范

1. 加强药品货位管理

(1) 药品的码放应有利于药品调配，药品可按中、英文的首字母顺序，或按药理作用系统、制剂剂型进行分类并不宜经常调换位置。

(2) 只允许受过训练并经授权的药学人员往药品货架码放药品，并确保药品与货架上的标签严格对应(药品名称、规格)。

(3) 相同品种而不同规格的药品分开码放。

(4) 包装相似或读音相似的药品分开码放。

(5) 在易发生差错的药品码放的位置上，可加贴醒目的警示标签，以便药师在配方时注意。

(6) 增加高危药品摆放标识，避免调配错误。

(7) 每月检查药品有效期，做到先进先出、近期先出，避免出现发放过期药品的情况。

2. 制定调配岗位操作规程

(1) 调配处方前应先读懂处方所写的药品名称、

剂型、规格与数量，有疑问时绝对不可猜测，可咨询上级药师或电话与处方医师联系。

(2) 一张处方药品调配结束后再取下一张处方，以免发生混淆。

(3) 张贴标签时再次与处方逐一核对。

(4) 如果核对人发现调配错误，应将药品和处方退回配方人，并提示配方人注意改正。

3. 制定发药岗位操作规程

(1) 认真审方，严格执行“四查十对。”

(2) 确认患者的身份，以确保药品发给相应的患者。

(3) 对照处方逐一向患者交代每种药品的使用方法，可帮助发现并纠正配方和发药中的差错。

(4) 对理解服药标签有困难的患者或老年人，需耐心仔细地说明药品的用法并辅以更详细、明确的服药标签。

(5) 在承接的用药咨询服务中提示或确认患者及家属了解药品的用法。

4. 制定明确的差错防范措施

(1) 制定并公示标准的药品调配操作规程，可有助于提醒工作人员在工作中注意操作要点。

(2) 保证轮流值班人员的数量，减少由于疲劳而导致的调配差错。

(3) 及时让工作人员掌握药房中新药的信息。

(4) 发生差错后，及时召开讨论会，分析和检查出现差错的原因、后果和杜绝措施，及时让所有的工作人员了解如何规避类似差错发生。

(5) 定期召开工作人员会议，接受关于差错隐患的反馈意见，讨论并提出改进建议。

(6) 合理安排人力资源，调配高峰时间适当增加调配人员。管理和辅助工作可安排在非调配高峰时间。

三、调配差错的处理和报告

(一) 药品调配差错处理流程

1. 由患者在取药窗口及时发现调配差错，应立即予以更换，并真诚道歉。

2. 患者离开取药窗口后又返回药房投诉发药错误时，首先应根据处方核对患者投诉的真实性，确认是调配差错后，具体分析和处理如下：

(1) 如果患者没有服用错发的药品，要向患者真诚道歉，取得患者谅解，将正确的药品发给患者并将错发药品换回。

(2) 如果患者错服了维生素、微量元素、OTC 等药品，且只服用了一次时，在赔礼道歉的同时，应对患

者进行耐心的解释，告知患者错服药品对其身体无伤害，将正确的药品发给病人并将错发药品换回；对于服用两次以上、患者有自觉临床症状者应及时看医生并给予积极治疗。

(3) 如果患者错服了麻醉药、强心苷、抗凝血药、降糖药、抗肿瘤药、利尿药和激素等高危药品时，要根据患者自身的症状及药物作用、半衰期和不良反应来进行分析，确认该药对患者的伤害及损害程度，对于只服用一次且已超过药物代谢 5 个半衰期、无明显不适者，在赔礼道歉的同时将正确的药品发给病人并将错发药品换回；并告知患者药品已代谢，不太可能有药物引起的不良后果；对于服用错误药物两次以上，药物代谢周期在 5 个半衰期以内者，应详细询问患者目前症状，及时告知医生并请医生给予相应的诊疗。这期间，药师要给予全力配合。

3. 差错一经证实，药房负责人在积极处理的同时，应立即向科主任及科质量管理组织汇报。

(二) 药品调配差错的报告

差错发生后当事人应立即报告小组负责人，由小组负责人、质量负责人及当事人对差错进行全面调查，并向主管领导和主管部门提交一份“药品调配差错报告”。内容如下：

(1) 药房是如何发现该差错的。

(2) 确认差错发生的过程、细节。

(3) 调查确认导致差错发生的原因。

(4) 患者的处理。

(5) 整改措施。

(6) 处理意见。

(7) 当事人的文字说明。

(8) 处方的复印件。

(三) 改进措施

(1) 对杜绝再次发生类似差错提出具体建议。

(2) 必要时药房主任应修订处方调配工作流程，以利于防止或减少类似差错的发生。

(3) 药房主任应将发生的重大差错向医疗机构、药政管理部门报告，分享教训，共同杜绝重大差错的发生。

(4) 开展有针对性的培训。

用药差错任何时候都是客观存在的，其发生原因有操作者个人因素，也有管理上的疏漏，研究差错伤害事件及其潜在的危害，进而提出相应差错防范意见，达到规划行业，警示同道，患者受益。

药品发放时如何指导病人对用法用量的理解

■药剂科 / 黄艳

在药品发放时药师应对药物服用时间、方法及用药限制进行指导说明。药物的服用时间，应该根据药物理化特性、在体内过程、服用目的以及人体生物节律特点等而定。如饭前服用多为胃肠解痉药、利胆药、磺酰脲类降糖药等，降糖药起效时间为服药后 30min，因此在饭前 30min 左右服。饭后服用一般是对胃黏膜有刺激性的药物需饭后 15-30min 服。另外如维生素 b2，若空腹服，因胃排出快，生物利用度就差。《新编药理学》第 15 版则注明，维生素 c 宜在饭后服用，维生素 b2 片在空腹时服用，其吸收效果反不如进食时服用，故宜在饭时或饭后立即服用。睡前服用多为镇静催眠药，还有驱虫药、抗过敏等药物也宜睡前服用。研究表明，某些药物在一天中有最佳用药时间，择时用药可发挥最佳疗效。如强的松、地塞米松等宜于晨服，因为人体皮质激素的分泌高峰出现在晨 7:00-8:00，此时服用可避免药品对激素分泌的反射性抑制作用，对下丘脑—垂体—肾上腺皮质的抑制较轻，可减少不良反应。因此用药时间是影响疗效的一个重要环节，通过在药品发放时对药物服用时间指导说明能明显提高患者的依从性。

用药时间对疗效有影响外，服用方法也很重要，药师应给予明确的告知如肠溶衣片和缓，因为包肠溶衣的目的是遮盖不良的气味，在胃肠道中分散快、吸收好，生物利用度高和减少胃刺激性，提高药物稳定性等。控释剂通过特殊的骨架结构长时间地徐徐释放药物，使药

物在血液中保持一定浓度，应整片吞服，若嚼碎服，将失去这方面的作用。还有蒙脱石（思密达）正确的服用方法是用极少的水冲化，服前不宜饮水，服后也不宜大量饮水，反之效果不佳。还有部分药物用量虽有标示却不明确，如“儿童用量酌减”、“遵医嘱”或“慎用”等含糊语句，用量是以按体重计算，还是按体表面积计算儿童用量，这些使患者无法准确判断。这就要药师对患者加以明确说明指导正确用药，以提高服用方法依从性。而用药限制性如某些药物可通过胎盘或可分泌至乳汁中，所以孕妇及哺乳期妇女用药应特别注意，是药物在体内的过程儿童与成人不同，据一项调查显示，90% 以上的患者在第一次使用某种药品前都要阅读说明书，尤其是给儿童用药更是如此，药师从自己专业角度在剂型、规格、用法等方面也要给予特殊的说明，可以增加儿童的用药安全。

综上所述，在药品发放时注意对用药时间、服用方法、用药限制予以标记，明确告知患者用法用量，给予指导说明，可以提高患者的用药依从性，使药物发挥最大的疗效，避免因用药时间、服用方法的失误影响疗效以及对用药限制注意不足而导致严重的并发症及不良反应的发生，帮助患者合理用药，给予患者在用药全程的关怀，是药师价值观的体现。药师应将过去关注的物—药品，转变为关注人—患者，提供“直接的和负责的，以达到提高病人生命质量这一既定目的与药品有关的服务”。

用药采取什么样的姿势为好?

■药剂科 / 程平

人们在治疗疾病时,除了对症用药、按规定用药外,正确的用药姿势同样重要。据调查发现,有些患者临睡前服用四环素、多西环素、吡哌美辛、泼尼松、氨茶碱、复方磺胺甲噁唑、硫酸亚铁等药品后,往往未过多久,便因胸腹部剧烈疼痛而苏醒。还有些患者晚间服用六神丸等中成药,同样会产生上述反应。这是为什么呢?经用内镜检查,食管内有局部溃疡现象。原来用药时,吞药片、药丸喝水太少,加之服后立即卧床,唾液分泌和吞咽能力均显著降低,这样药物极易粘附于食管内,或停留在食管狭窄处,以致局部溶解、渗透后刺激黏膜,造成损害。

国外有人曾做过这样一个试验,选用不同的药物,让患者吞服,并用荧光仪跟踪观察,结果证明:睡卧服用导致很多药物粘着在食管黏膜上,10分钟左右开始溶解,且发生刺激性疼痛。即使吞服胶囊,进入胃部的时间也明显延长。所以卧床患者最好采用坐式,以60ml温开水送服,一般患者服用药片,应至少用100ml温开水,并保持站立姿势1分半钟,保证药物迅速到达胃部。

婴幼儿患病常服药粉、药水、糖浆剂,若为片剂,

应将其压碎溶化,然后抱着病儿,取半卧位,用手捏住下巴,以小汤勺盛药液,紧贴孩子的口角轻轻灌下,等孩子咽下以后放开下巴,再喂一些温开水即可。

心绞痛患者发作时,应立即取1片硝酸甘油放入舌下含化,同时将身体紧靠在椅子或沙发上,2—5分钟后即可奏效。如果站着服药,因脑部缺血,易致眩晕,甚至昏厥造成摔伤;若卧床用药,会增加心血流量,使发病时间延长。

滴眼药水时,患者应仰卧在床上或采用坐位,头向后,眼向上,然后用左手拇指及食指轻轻分开上下眼皮(或用拇指向下牵拉下眼皮,使其形成一个“小口袋”),放一个棉球于下眼皮下方,右手持药瓶,将眼药水滴于眼球正中,眼球转动1—2分钟,使药液均匀分布。滴管离眼睛的距离为3—5cm;替小儿滴药时距离可远些,以免碰伤眼球。滴完药后,用棉球吸去眼外药液。

肌内注射时,患者应侧卧,腿弯曲,使肌肉充分放松,以迅速吸收药液。若站着注射,臀部肌处于紧张状态,不仅难以进针,而且药液也难被吸收。

讲究正确的用药姿势,可以充分发挥药物疗效,避免不良反应发生。

消化内科

科室介绍

消化内科于2015年成为雅安市市级重点专科,有14个医生、25个护士,年诊治2万多名门诊患者、4千多名住院患者,开展4千多台无痛胃肠镜检查,诊治100多疑难杂症患者,多次参加抗震救灾、突发事件的医疗救援工作。



业务介绍

消化系统疾病(如急性慢性胃、肠炎,胃、十二指肠溃疡、消化道出血、胰腺炎、结肠炎、各型肝炎肝硬化、胃肠道肿瘤等疾病)、内镜、肠镜检查、胶囊内镜检查、C14检查、EMR(内镜下黏膜切除术)、ESD(内镜黏膜下剥离术)、ERCP(经内镜逆行性胰胆管造影术)、食管静脉曲张套扎、食道支架安置术、药物止血、钛夹止血术、早期胃癌下的内镜微创治疗,内镜下食管狭窄扩张术、内镜下食管支架置入术、内镜下异物取出术、结肠镜下结肠支架治疗术等。

专家介绍



孟定德 副主任医师

大内科学科带头人。1989年5月-1990年5月雅安市人民医院进修心血管内科,参加各种中短期学习10余次、糖尿病专科学习15次,在省级以上期刊发表专业论文15篇。2010年担任雅安市老年病专委会委员。2012年8月担任雅安市肿瘤专委会副主任委员。

专长:心血管内科、糖尿病、消化内科、疑难病症的诊治、精神、心理卫生的治疗。

史秀珍 副主任医师

肿瘤专业组中青年业务骨干。2001年9月—2002年3月于泸州医学院附属医院进修肿瘤内科专业,2011年7月于省医院肿瘤内科进行导师制培训学习1月,曾多次参加肿瘤专业短期培训学习,2010年成为雅安市糖尿病专委会委员,2012年8月成为雅安市肿瘤专委会委员。

专长:肿瘤、消化、内分泌等疾病的诊治。



住院病区
咨询



0835-8860346

住院病区:石棉县人民医院一住院楼3楼

内镜室
咨询



0835-8857177

内镜室:石棉县人民医院综合楼1楼



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

目前使用微信挂号免挂号费

