

石棉医讯

惜 缘 同 舟 德 术 共 谐

Hospital Of Shimian County



2017

第二期 (总第50期)

- 石棉县人民医院建院66周年
- 我院开展健康巡演主题健康知识讲座
- 我院成功完成首例腹腔镜下根治性远半胃癌切除术



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



护士站大厅



护士站



景墙透视图



候诊室



关爱
妇女健康



儿童乐园



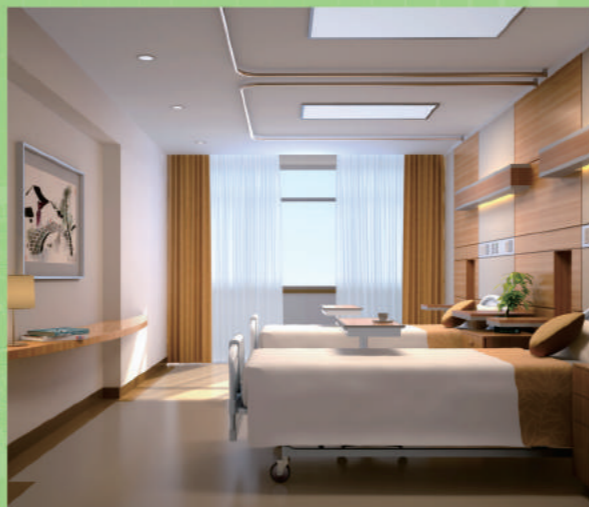
呵护
儿童
成长



输液室



大厅效果图



院区内庭
鸟瞰图



医院简介 | Hospital introduction

石棉县妇女儿童医院（石棉县妇幼保健计生服务中心）是经石棉县人民政府批准，在整合石棉县人民医院妇产科、儿科、石棉县妇幼保健院医疗资源的基础上新建的一所集医疗、保健、科研、教学为一体的专科医院，是石棉县人民医院妇女儿童分院、四川省妇幼保健院·四川省妇女儿童医院石棉分院，四川省妇幼保健院长期派驻专家在医院工作。

医院业务用房面积11666平方米，有保健楼和门诊住院楼2幢业务用房，设置有床位200张，各项资产总计7000余万元。主要功能定位为“立足石棉、辐射周边”的区域性妇女儿童医院，为本区域妇女和儿童提供常见病、多发病、慢性病和疑难危重症的诊疗和康复，同时全面开展儿童、妇女保健业务，兼顾妇女和儿童的健康管理和体检服务。

妇产科简介 | Introduction of Obstetrics and Gynecology

妇产科是妇女儿童医院的优势科室，是石棉县妇科疾病诊疗中心。现有医护人员32人，其中医生13人，护士及助产士19人，其中高级职称3人，中级职称7人。目前，妇产科分为“妇科专业”、“产科专业”和“计划生育”3个专业组。下设4个病区，主要分布在门诊住院楼1、2、3、6层，其中1层是妇产科门诊，2层是妇产科住院一病区，3层是妇产科住院二病区，6层是产房，共有住院床位75张。

主要开展业务：

- 1、产科：导乐陪伴分娩、减痛分娩、新式剖腹产、产科危急重症的诊治（如妊娠高血压疾病、妊娠合并内外科疾病等）。开设有新生儿水疗、新生儿抚触、催乳及产后康复等。
- 2、妇科：微创腹腔镜手术、宫腔镜手术、宫腔内异物取出术、各种妇科开腹手术、阴道前后壁修补术、各种妇科疑难症的诊治等。
- 3、计划生育：无痛人流、可视无痛人流术、无痛安取环术。



候诊大厅



病房



妇女儿童医院鸟瞰图



妇女保健门诊简介 | Introduction to women's health care clinic

石棉县妇女儿童医院妇女保健门诊主要是针对妇女不同时期的生理特点，开展个性化、人性化的医疗保健服务，保障妇女的身心健康。妇女保健门诊位于保健楼2层，主要开展青春期保健、婚前保健、孕前保健、孕围产期保健、孕产期营养指导、更年期保健等服务。开设有孕妇学校、孕妇瑜伽、产后康复等特色服务。



儿科简介 | Introduction of Obstetrics and Gynecology

石棉县妇女儿童医院儿科是集医疗、教学、科研为一体的综合性学科，是雅安市内最早独立建制的儿科，是石棉县重要的儿童疾病防治中心和预防保健康复基地。

位于门诊住院楼1、4、5、6楼，其中1楼是儿科门诊，4楼是儿科住院一病区，5楼是儿科住院二病区，6楼是NICU，拥有开放床位120张，现有工作人员45人，其中高级职称2人，中级职称6人。

儿科以危重症治疗为特色，开设有普儿、新生儿、儿童保健等专业；具备较高水平儿科及新生儿疾病的诊断治疗及护理能力。擅长新生儿肺炎、重症肺炎等疾病的治疗。



儿童保健门诊简介 | Introduction of children's health care clinic

石棉县妇女儿童医院儿童保健门诊室为健康的儿童保健、咨询开设，采取各种保健措施及早发现儿童生长发育偏离或疾病，并及时进行矫正以提高儿童的保健水平。

儿童保健门诊位于保健楼1层，主要开展儿童生长发育动态监测、儿童营养测评、儿童心理卫生、儿童智能发育和气质测定、儿童眼保健、听力筛查、婴儿摸触、婴儿水疗、高危儿管理、疾病与畸形筛查、婴儿护理指导与咨询等服务。

儿童接种门诊简介 | Brief introduction of vaccination clinic for children

石棉县妇女儿童医院保健楼1楼设置有“数字化”预防接种门诊，主要负责新棉镇辖区内适龄儿童的计划免疫、免疫咨询、免疫相关的调查与管理及居民的免疫接种工作。

计划免疫分一类疫苗和二类疫苗的接种。一类疫苗是政府免费提供的疫苗，一般以国家计划免疫程序免疫疫苗为主，包括卡介苗、乙肝疫苗、脊髓灰质炎疫苗、无细胞百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、麻腮/麻腮风疫苗、A群流脑疫苗、A+C群流脑疫苗、乙脑疫苗和甲肝疫苗等；二类疫苗，是指由公民自费并且自愿受种的其他疫苗，常见的有水痘疫苗、腮腺炎疫苗、b型流感嗜血杆菌疫苗、肺炎疫苗、吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和b型流感嗜血杆菌（结合）疫苗即“五联”疫苗、乙肝疫苗、流感疫苗、狂犬病疫苗等。



目 录

CONTENTS



石棉医讯

2017年第二期(总第50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 万晚菊 杨 洪
丁志琴 朱良其 万 星
李书华 万晚蓉 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 003 号

● 医院大事

- 10- 我院顺利举行第三届糖尿病病友会
- 10- 石棉县人民医院开展对擦罗乡福龙、海洋两村贫困户春节慰问活动
- 11- 石棉县人民医院中医科 / 康复医学科 / 疼痛科晨间医疗体操开始了
- 12- 我院成功完成首例腹腔镜下根治性远半胃癌切除术
- 13- 我院召开 2016 年度表彰暨 2017 年度工作动员会
- 14- 我院开展健康巡演主题健康知识讲座
- 14- 我院开展检验专业组学术讲座活动
- 15- 我院开展“历史与展望—为了人民健康的 65 年”宣传活动
- 16- 我院中医科 / 康复医学科 / 疼痛科成功举办颈椎病病友会
- 17- 我院参加石棉县抗震救灾综合演练

● 就医指南

- 18- 新生儿的喂养方法! 宝妈不知道的技巧... 妇产科 / 陈明燕

● 健康常识

- 21- 怎样知道自己得了骨质疏松... 中医康复科 / 宋潇潇
- 22- 蛀牙防治... 外一科 / 徐晓琼
- 24- 红枣这么吃, 甜蜜治愈升级... 外三科 / 康 琳
- 25- 吃辣椒有益健康, 但吃辣过度隐藏危机... 转自健康网
- 26- 眼睛会不会哭瞎? ... 五官科 / 方海群
- 27- 提升幸福感... 医务科 / 徐锦鑫(摘抄)

● 医学前沿

- 28- 日本开发能穿越障碍物的蛇形机器人...
- 28- 成人非传染性疾病死亡 70% 与青少年期危险因素相关...
- 29- 3D 打印帮助畸形外伤患者“改头换面”...

● 心情驿站

◎ 医护心声

- 30- 爱与奉献... 儿科 / 毛晓兰
- 32- 我自豪, 我是一名儿科护士... 儿科 / 朱晓红
- 33- 望儿科, 我为它默默祝福... 儿科 / 王永慧
- 34- 工作随笔... 外二科 / 白雪峰
- 35- 美丽医院... 超声医学科 / 张圆梦

● 管理论坛

◎ 政策选登

- 36- 人力资源社会保障部财政部关于印发统一和规范职工养老保险个人账户记账利率办法的通知...
- 37- 国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见...

◎ 管理杂谈

- 42- 在岁月中修养自己... 人力资源部罗晓俊 / 罗晓俊

◎ 管理小故事

- 43- 0.5 元的故事...
- 43- 吃饭、睡觉、打豆豆...

◎ 道德生活

- 44- 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

- 45- 腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术 86 例临床研究... 石棉县人民医院 / 李富林

- 47- 跟骨骨折内固定蛋壳技术应用 10 例报告... 石棉县人民医院 / 高 驰

- 48- 心身医学在临床消化内科中的实践一例... 石棉县人民医院 / 冯晓霞

- 51- 小儿体液平衡特点和液体疗法... 石棉县人民医院 / 陈桂琴

◎ 护理篇

- 54- 管理查房在特殊科系护理管理中的应用... 手术室 / 万晓蓉
- 57- 信息反馈对电子护理文书质量的影响... 外三科 / 唐元君
- 59- 一例植入式输液港的护理体会... 内二科 / 龙 梅
- 62- 一例全胃切除术后病人的护理... 外一科 / 徐晓琼
- 64- 一例颈部结核伤口处理观察... 伤口门诊 / 张静梅

◎ 医技篇

- 66- 金标法与化学发光法对乙型肝炎病毒表面抗原检测结果的比较... 石棉县中医医院 / 黄 睿 黄 静
- 68- 关于两例软组织肿瘤的思考... 石棉县人民医院 / 刘丽萍
- 70- 孤立性肺结节 CT 动态增强扫描的实用技术与诊断研究... 放射科 / 汪学松
- 73- 常见胎儿中枢神经系统发育畸形的超声表现... 超声医学科 / 张 伟

◎ 药剂篇

- 75- 止痛药使用小知识... 药剂科 / 程 平
- 77- 口服药物的不同用法, 你掌握了么? ... 信息科 / 杨 华
- 79- 合并心脏病的 COPD 患者如何安全使用 β 受体阻断剂... 药剂科 / 刘学森

我院顺利举行第三届糖尿病病友会

2017年1月19日14:30,我院在一住院楼5楼学术厅召开第三届糖尿病病友会,此次病友会由内二科副主任医师孟定德主持,会议共86人参加,会场座无虚席。

病友会首先由糖尿病专科护理组长徐贵丽为病员进行糖尿病饮食知识讲解,随后进行了医患互动、病友提问,孟定德、钟旭升副主任医师及徐贵丽护师解答问题,最后,由孟定德副主任医师进行了糖尿病基础知识总结发言。

通过此次病友会,让糖尿病病友进一步了解了糖尿病基础知识,临近春节病友们在节日期间进一步掌握好自身血糖起到了促进作用。结合实际工作,我院内二科将在2017年工作中进一步收集好病友们的意见,开展好糖尿病健康教育宣传工作,加强全民健康促进。



石棉县人民医院 开展对擦罗乡福龙、海洋两村贫困户春节慰问活动

1月25日,由院总支书记、院长李兴贵带队,院党政班子成员及各党支部、院工会、院团委共9人到擦罗乡开展了春节慰问活动。擦罗乡政府及福龙、海洋村也派出人员陪同进行了慰问。

慰问组分两组对海洋村13户精准扶贫户、福龙村7户“挂包帮”帮

扶户、6户“残疾人送温暖”户、7名贫困党员开展了慰问活动,送去了医院全院职工的一片心意和节日的问候。慰问组通过进村入户详细了解各帮扶户家庭实际情况,进一步增强了与贫困帮扶户的联系,为2017年脱贫攻坚工作打下了良好基础。

本次慰问活动共计开支14571元,

其中由院级领导个人捐款1500元、发放现金和慰问品的方式开展慰问活动。院党务专项经费开支13071元,通过



石棉县人民医院 中医科 / 康复医学科 / 疼痛科 晨间医疗体操开始了

健康教育是提高人民身心健康素质,创建现代文明城市的必要措施之一。生命无价,健康第一。为进一步提高和增强广大人民的健康观念和防病意识,我院中医科/康复医学科/疼痛科经过前期精心组织与策划,编制了一套专业的颈椎病医疗体操,并制作了影音资料,于2017年2月15日起每日8:00在医院二住院楼内花园处,由科室专业的医、护、技人员带领有此健康需求的人群(院内各科室患者及家属、社会群众以及我院临床科室医务人员及行政后勤工作人员)练习医疗体操,每日约40余人次参加。

晨间医疗体操受到了患者、家属及医务人员的一致好评,充分满足了大家对健康知识的需求,为大家的健康提供了一些行之有效的防范、

治疗方法,提高了大家对疾病的防护意识与自身健康的认识,同时也拓宽了健康教育宣传形式,扩大了健康宣教覆盖面。



我院成功完成首例 腹腔镜下根治性远半胃癌切除术

2月7日，在外一科与麻醉科、手术室的合作下，我院成功完成首例全腹腔镜下根治性远半胃大部切除术（毕Ⅱ+Braun吻合重建消化道），患者康复良好，顺利出院。

该患者于2017年2月5日因“反复腹痛”在我院就诊，经过检查为胃癌并入住外一科，科室立即召开会诊明确手术方案，于2月7日由外一科副主任李

富林副主任医师主刀，李雪主治医师、张敏医师协助，为患者进行了全腹腔镜下根治性远半胃大部切除术（毕Ⅱ+Braun吻合重建消化道），术后患者无不良反应，并康复出院。

全腹腔镜下根治性远半胃大部切除术（毕Ⅱ+Braun吻合重建消化道）对术者腹腔镜微创技术操作、基本手术技能及助手的配合要求甚高。术者及助手必须在腹腔镜二维显示下对上腹部胃周、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，并必须有熟



练的微创操作技能及强大的团队配合能力。

本次手术是外一科和麻醉科、手术室合作独立完成的第二例全腹腔镜下远半胃大部切除术（毕Ⅱ+Braun吻合重建消化道），标志着我院普外微创手术技术达到了相当高的水平，成为雅安市内及周边区域唯一能开展全腹腔镜胃手术的医院。也为我院下一步开展腹腔镜全胃癌根治术等高精尖技术奠定了坚实的基础。该手术在我院的开展，为我县及周边县区此类患者带来了福音，避免了患者外出就诊产生的经济负担。

我院召开 2016 年度表彰 暨 2017 年度工作动员会

2017年3月9日，我院2016年度表彰暨2017年度工作动员会在多功能厅圆满召开，会议由院长、总支书记李兴贵主持，全院院级领导、中层干部、副职、管理助理、骨干人才、科室专业组组长、受表彰人员代表、各支部书记、支委委员及普通党员代表参加。

会议首先由业务副院长史秀珍宣读《中共石棉县人民医院总支、石棉县人民医院关于表彰2016年度先进集体和个人的决定》，并由参会领导为2016年度工作中成效显著先进集体组织和先进个人代表进行了颁奖。

会议还对近期医院参加的“JCI助力医院精细化管理”医疗高管沙龙、雅安市综合性医院集团年会暨学术交流会进行了学习交流和分享。

最后，院长、总支书记李兴贵对2017年的工作进行安排和部署。在充分肯定2016年工作成绩的基础上，再次强调把建好妇女儿童医院并实现“开门红”、形成“一院三区”工作新模式以及信息化建设作为2017年贯穿全年的两件大事，抓住医改信息化“石棉模式”、综合医改示范县、编制改革吹风蓄积力量。同时要求全院职工要加强学习，改变观念，重视团队建设。



我院开展健康巡演主题健康知识讲座

结合全市健康巡演主题宣传活动，3月24日我院内三科徐林主任在医院多功能厅开展了一堂以“控制高血压、降压要达标”为主题的高血压健康知识讲座，讲座共有213名社区群众及高血压慢病病友参加。

为了提高广大居民对高血压防治知识的认识，徐林用最通俗易懂的语言讲述了高血压的症状、高血压与哪些因素有关、高血压的严重并发症、高血压与盐的关系等方面的内容；并提出了药物治疗结合膳食、运动、戒烟限酒等方式提高控制高血压的成功率。

在讲座进行的同时，穿插了舞蹈《洗手舞》、小品《听不懂》《治疗室风波》和歌曲《众里寻你》等4个与卫生和健康相关的文艺节目，让广大慢病患者在学习相关健康知识的同时，



观看文艺演出，用寓教于乐的形式，放松患者的心情，加深对相关健康知识的理解，拉近医患之间的距离。

前来参加讲座的患者听得津津有味。讲座结束后，工作人员还对参加讲座的居民和患者发放了奖品及高血压健康宣传册，共发放213份礼品和213份宣传资料。此次讲座让医护人员及患者对高血压知识有了进一步了解，大家希望以后能举办更多类似的健康教育讲座，活动气氛热烈，得到了群众及病友的一致好评。

我院开展检验专业组学术讲座活动

按照县医学会活动安排，我院于2017年3月25日上午，在多功能厅举办检验专业组学术讲座活动，邀请四川省人民医院临床检验质量控制中心主任技师刘敏、四川省人民医院临床检验质量控制中心主任黄文芳、四川省人民医院主任技师传良敏进行了学术讲座。此次讲座由我院业务副院长史秀珍主持，共168人参加。

讲座首先由刘敏主任技师进行了

《临床微生物检验在医院感染防控及抗菌药物应用中的作用》的学术讲座，通过刘教授的讲座，大家对临床微生物在院感防控中的重要作用有了更深入的了解；对微生物监测、医院感染多重耐药菌监测，为临床提供了更好的用药方案，最终达到防控防治的目的。随后由黄文芳主任进行了《危急值全程管理》的学术讲座，黄教授对临床危急值存在的问题进行了深入的



剖析，讲述了建立危急值制度的重要性，及对于临床危急值的应急处置方案，强调将危急值与临床相结合进行分析，避免危急值报告与病人情况不相符。最后由传良敏主任技师进行了《室内质量控制失控分析处理》的学术讲座，传教授对室内质量控制做出了系统的分析，对质量目标的设定进

行了讲解，以确保为临床提供真实有效的实验室数据，更好地服务于临床。

通过此次学术讲座，进一步提高了我县医技人员基础理论水平，加强了医技人员与临床人员的有效沟通，对临床工作的顺利开展、提高医疗质量、避免医疗纠纷有重要意义。

我院开展“历史与展望——为了人民健康的65年”宣传活动

2017年4月21日上午9:00，我院在县爱卫办、县卫计局的组织下，在步行街开展了以“历史与展望——为了人民健康的65年”主题活动。

活动共持续了3个小时，共发放各类资料宣传单200余份。此次活动紧紧围绕“历史与展望——为了人民健康的65年”“全民参与爱国卫生、共建共享健康石棉”的活动精神，结合各种卫生日及疾病防治知识进行宣传，为现场群众详细解说如何预防疾病的传染与预防知识。

通过本次活动提高了群众对爱国



卫生及清洁卫生工作认识的重要性，我院将继续努力加大爱国卫生工作和城乡环境综合治理力度，投入人力和物力、加强宣传与督促检查，确保环境卫生工作的有效开展，努力为患者、员工创建一个优美的就医、居住环境。

我院中医科 / 康复医学科 / 疼痛科 成功举办颈椎病病友会

为进一步加强颈椎病防治知识的健康宣教，提高公众对颈椎病的认识和重视，了解掌握颈椎病的预防、保健知识，我院中医科 / 康复医学科 / 疼痛科经过前期精心策划与准备，于2017年4月26日下午3点在医院学术厅举行颈椎病病友会。

讲座面向广大社会群众开放，前来参与病友会人员高达数百人。首先由宋潇潇主治医师讲解了颈椎病相关知识，内容包括何为颈椎病、为什么会得颈椎病、如何治疗和预防颈椎病，以及针对颈椎病如何进行自我锻炼等。讲解过程中配合声像并茂的图文，使整个讲座通俗易懂，充满吸引力。为提高参会人员学习的积极性，讲座过程中针对颈椎病相关知识还采取了有奖问答方式进行互动交流。

随后，中医科 / 康复医学科 / 疼痛科医、护、技专业技术人员将科室自编、自创的“颈椎病医疗体操”教授于在场全体参会人员，大家随着音乐节拍认真地做着每一个动作，纷纷表示做完肩颈放松了许多，受到广大患者、医护人员及社会群众的关注与好评。长期坚持练习本套医疗体操能有效地预防颈椎病的发生，提高颈椎病患者患者的康复率。

最后，病友会在医疗团队和在场人员热情洋溢的氛围中圆满结束。本次活动既让大家增加了颈椎病防治知识，又学习了颈椎保健技能。在接下来的工作中，我院将持续开展类似活动，为病友之间、医护之间搭建起一个良好的沟通交流平台，助力全民健康促进。



我院参加石棉县抗震救灾综合演练

2017年5月10日上午我院参加了石棉县组织的抗震救灾综合演练。我院派出6人组成医疗救治队伍参加了演练。

此次演练模拟场景为回隆乡竹马村（北纬29.1度，东经102.5度）发生M6.5级地震，震源深度10公里。地震造成部分房屋倒塌，人员、车辆被掩埋，道路交通中断，工业院区企业易燃气泄漏、爆炸起火，危化品泄漏，水利设施损毁，地质灾害隐患增加。我院医务人员按照演练部署先后在蓝海化工厂和竹马村对3名受伤、被困人员进行救治，按照救治原则对伤员进行包扎、固定、消创、止血、抗休克、抗感染等早期紧急救治；对一名无自主呼吸及心跳伤员实施心肺

复苏等紧急处理，并及时将伤员转运到临时医疗点进行进一步治疗，整个救治过程紧张有序，救治措施有力，圆满完成了救援任务。

我院在本次演练总结会上得到相关部门的认可，认为我院高度重视本次演练，组织有力、响应及时、行动迅速，对我院参加演练的态度和应急救援处置能力给予充分的肯定。

通过此次演练，进一步强化了应急救援的处置能力，锻炼了应急救援队伍，为进一步保障群众身体健康和生命安全起到积极作用；通过演练的总结评估不断完善应急预案，持续提高我院对突发灾害应急处置能力，为日后突发应急救援事件时应急救援工作奠定了良好的基础。



新生儿的喂养方法！ 宝妈不知道的技巧

■妇产科 / 陈明燕

刚出生的宝宝，除了睡就是吃，这是每个人都要经历的过程，吃对宝宝来说，是至关重要的。您知道怎样正确地喂养新生儿吗？新生儿喂养分为母乳喂养、人工喂养和混合喂养三种。不论妈妈选择哪种喂养方式，喂奶过程对小宝宝来说，都是一件大事！宝宝的心情影响着喝奶，也会影响到宝宝对营养的吸收；同时也要让他得到妈妈更多的爱和关注。

母乳喂养篇

一、母乳是宝宝最好的营养来源

这是宝宝身体幼小，无法进食的缘故，需要母体的乳液来进行营养传递，而母乳则是最佳的天然营养食品。母乳中含各种小宝宝所需营养素，控制好给宝宝吃的量和喂

养时间合理安排，这样易于消化吸收。母乳成分还会随着小宝宝月龄的增长而改变，以满足小宝宝的需要。母乳特别含有抗感染的活性白细胞、免疫抗体和其他免疫因子，这样宝宝还能得病吗？不可能。

母乳喂养还有助于母婴间的感情交流，通过哺乳，小宝宝能听到他熟悉的妈妈心跳声，感受到妈妈肌肤的温度，

还能闻到妈妈身上的奶香味，这对于稳定小宝宝情绪和身心的健康发育有很大好处。这样还可降低妈妈患乳腺癌和卵巢癌的几率哦。

二、初乳的重要性不容忽视

初乳是产妇产后一周内分泌的乳汁，颜色淡黄、质地黏稠。初乳营养丰富，能增加宝宝的抗病能力，保护宝

宝健康成长。初乳还能帮助宝宝及时排出体内的胎便，清洁肠道。有些妈妈不知道初乳的好处，由于初乳量少，且颜色不好，就把它弃掉不用，这是错误的。即使母乳再少或者不打算给宝宝喂奶，妈妈也一定要把初乳喂给宝宝。

三、给宝宝哺乳宜早不宜迟

宝宝生下来就会吃奶了。正常足月新生儿，出生半小时内就可让妈妈喂奶，此时宝宝的吸吮本能最强，而且很期待妈妈的哺喂。出生后及时哺乳既可防止新生儿低血糖又可促进母乳分泌，为母乳喂养开个好头。而喂奶晚的小宝宝容易出现黄疸较重、脱水热、低血糖等问题，不利于小宝宝的健康。所以给宝宝哺乳宜早不宜迟。

四、妈妈注意饮食，宝宝吃得健康

可以这么说，妈妈吃什么，宝宝就在吃什么。妈妈要注意自己的饮食营养和清洁卫生，预防各种疾病。膳食方面，孕妈咪应多吃些既营养丰富又容易下奶的食物，如鱼汤、肉汤加些青菜等，这样才能有健康的母乳供宝宝吸吮，宝宝所需要的营养才更有保证。

五、母乳喂养的小窍门

1、如何保证母乳充足

乳汁的分泌除与饮食有关外，还与小宝宝的吮吸次数和时间长短密切相关，所以让宝宝多多吮吸也是催乳的好办法。另外晚间是催乳素分泌水平最高的时候，所以一定要在夜间给宝宝喂奶。如果宝宝习惯吸取一边的话，这样要及时给宝宝改正过来，换吸另外一边，因为乳汁有前奶与后奶之分，前奶蛋白质含量高，后奶脂肪酸更多，只有完全吸空，才能保证宝宝获得全面的营养；而另一方面，将乳房吸空也更有利于维持泌乳。

2、教会小宝宝正确含乳和吸吮

妈妈可以先用乳头或手指轻触宝宝的嘴唇，这时宝宝会张大嘴巴，寻找乳头。然后用拇指顶住乳晕上方，食指和中指分开夹住乳房，用其他手指以及手掌在乳晕下方托握住乳房。迅速直接地把乳头连同乳晕送进宝宝的嘴巴。注意让宝宝的下颚咬住乳晕周围，而不只是含住乳头。牙龈环绕在乳晕周围，能感觉到他的舌头向上，将乳头压向他的硬颚，两者挤压乳头。乳汁就是这样被挤压出来的。妈妈一旦确认宝宝上下唇包覆住了大部分乳晕，要再用手臂将宝宝往自己身体再靠近些，使他紧紧贴着妈妈然后稍稍松开手指，托住乳房，开始喂奶。

3、喂奶持续和间隔时间有讲究

给宝宝喂奶要少量多餐，一般每天不少于8次（包括



夜间哺乳), 这样宝宝不容易因为一次吃得过饱而腹泻。母乳喂养应按需喂哺, 即喂奶时不要限定间隔时间, 当小宝宝哭闹、妈妈感到奶胀或妈妈认为宝宝需要时均可喂哺。对于嗜睡或比较安静的小宝宝, 应在白天给予频繁哺乳, 以满足其生长发育所需的营养。

4、四大标准判断宝宝到底吃饱没

对于宝宝是否吃饱, 妈妈可以从几方面观察: 如果宝宝尚未吃饱, 则不到下次吃奶时间就会哭闹; 在哺乳后用奶头触动宝宝嘴角时, 如果宝宝追寻奶头索食, 吃时又更快更多, 说明妈妈奶量不足; 宝宝若是饥饿, 还可造成肠蠕动加快, 使大便次数增多, 且便质不正常, 呈绿色泡沫稀便; 长时间能量摄入不足, 可能影响宝宝发育, 出现体重不增加的状况。

5、宝宝溢奶、吐奶巧对付

正常小宝宝出生后几周内常会有溢奶现象, 一般表现为喂奶后的一种强烈的、无压力的、非喷射性地从口边流出少量奶汁。每天可溢奶一次或多次, 但不影响生长, 小宝宝亦无其它不适或异常情况。这是由于小宝宝的食道下括约肌生理性闭锁不全造成的。如果奶水从宝宝嘴巴以喷射式的状态喷出, 就称为吐奶。溢奶和吐奶都是小宝宝常见现象。

要减少或防止宝宝溢奶或吐奶, 可以在平时喂奶后不要让宝宝太快躺下, 先让宝宝趴在妈妈肩上, 维持直立或半直立的姿势, 让地心引力将奶水移至胃中, 同时用手轻拍宝宝后背, 帮助宝宝排除胃里的空气。在仰卧

位时将宝宝头部抬高约 30 度, 同样可以改善溢奶状况。

人工喂养篇

一、人工喂养的方法

人工喂养是指不用母乳喂养而改用其他乳品和代乳品对小宝宝进行喂哺。目前市面上配方奶粉因其营养丰富、接近母乳的特点成为了人工喂养的首选乳品。宝妈使用奶粉喂养时一定要严格按照说明书来给宝宝进行喂养, 因为每个宝宝的身体健康情况都不同, 所以要更加仔细更加小心, 如果喂奶后宝宝不肯吐出奶嘴, 继续用力吸吮, 那就说明宝宝还没有吃饱, 相反的就是代表宝宝已经吃饱, 只要宝宝生长发育不受影响, 爸爸妈妈就应该尊重宝宝自己的选择。另外, 吃奶粉的小宝宝容易便秘, 应在两顿奶之间给宝宝喂一些温白开水, 水量以每顿奶量的三分之一到二分之一为宜。

二、人工喂养的注意事项

人工喂养小宝宝时, 爸爸妈妈应该注意的是: 配乳及哺乳前必须洗净双手, 奶粉配制必须用温开水, 现调现喝, 奶液的浓度要适宜; 奶瓶中剩余乳汁不能再喂, 如果觉得可惜可以让爸爸或妈妈饮用; 注意奶瓶、奶嘴应经常消毒, 如每次用后应刷清洗净并置锅内煮沸消毒或用专门的奶瓶消毒锅蒸煮, 或者为了避免每次用完即消毒的麻烦, 可多备几只奶瓶、奶嘴, 每天集中消毒一次备用; 另外, 不能用炼乳、麦乳精、米面糊等食品来代替奶粉, 这些食品容易造成宝宝消化不良和营养不良。

混合喂养篇

一、混合喂养的方法

所谓混合喂养也就是说母乳和奶粉、牛奶一起共同喂养宝宝, 使小宝宝吃饱、维持正常的生长发育的喂养方式称为混合喂养。那么宝妈应该怎么做呢? 每天哺喂母乳的次数照常, 但每次喂完母乳后, 接着补喂一定量的牛奶或代乳品。依次循环的喂养, 让宝宝营养更丰富, 吸收也会多重选择些。

二、混合喂养的注意事项

混合喂养宝宝的妈妈注意啦, 每天应定时喂母乳, 但每次哺乳时间不应超过 15 分钟。混合喂养需要充分利用有限的母乳, 尽量多喂母乳, 因为母乳是越吸越多的。如果妈妈认为母乳不足, 就减少喂母乳的次数, 则会使母乳越来越少。

怎样知道自己得了骨质疏松

■中医康复科 / 宋潇潇 (摘)

骨质疏松在现代社会是很常见的一种疾病, 很多人得了骨质疏松但是自己却不知道, 因为他们对骨质疏松的一些症状不了解, 不知道自己是否得了骨质疏松, 下面为大家介绍一些怎么样才知道自己是否骨质疏松。

骨质疏松症常见于中老年人, 女性多见。绝经后的妇女约 25% 患有骨质疏松症。骨质疏松症的发病与遗传、营养因素、性激素缺乏、户外运动减少等有关; 一些疾病如甲亢、糖尿病、慢性肾脏疾病等亦可导致骨质疏松症; 一些药物如糖皮质激素、免疫抑制剂、肝素、抗癌药、含铝抗酸剂等也可引发骨质疏松。早期发现并及时治疗, 改变不健康的生活方式, 就能避免或减少骨质疏松症带来的严重后果。

如果你出现了以下症状就应该到医院检查, 看是否已患上骨质疏松症:

- 测量身高时发现身材变矮, 比如年轻时矮了若干厘米。
- 逐渐出现驼背或胸廓畸形。
- 逐渐出现腰酸背痛或全身骨痛, 同时伴有腿抽筋。
- 行走不稳, 必须小心翼翼; 有时轻微外力甚至咳嗽即可出现骨折。
- 全身乏力, 肌力下降。
- 呼吸功能下降, 可因胸廓畸形出现胸闷, 气短或呼吸困难。
- X 线检查时发现有椎体压缩性骨折。

通过以上介绍, 大家都已经了解了骨质疏松, 也很容易地知道自己是否是骨质疏松, 大家平时可以适当地做一些运动, 这对骨质疏松是有一定好处的, 希望大家的骨质疏松恢复, 身体健康。



蛀牙防治

■外一科 / 徐晓琼

预防蛀牙，是我们日常生活中应该注意的一个问题。因为牙齿对于我们身体来说，是很关键的一个部位，有了好的牙齿，吃饭才会多，身体营养才会有保证。那么，预防蛀牙，都有哪些方法呢？我们一起来了解一下。

1、正确刷牙：这是去除牙菌斑的有效方法。应该为孩子选购一只刷头小巧、刷毛细软、毛端圆钝并富有弹性的儿童保健牙刷，再选购一只含有氟化钠的单氟牙膏或兼含有单氟磷酸钠的双氟牙膏。小儿一次用量约豌豆大，年龄增长可适当增加用量，刷牙时应避免咽下。

2、合理饮食：甜食是孩子偏爱的食品，其中含有大量的糖和淀粉，例如糖果、巧克力、饼干和糕点等。尤其是粘性大的甜食容易粘附在牙面上，为牙菌斑中的致龋菌提供了充足的养分，经代谢后产生的有机酸致龋性很强。因此要劝说孩子少吃甜食，尤其不要在睡前吃，睡前饮食后要刷牙。

3、定期检查：医生建议孩子周岁时便可进行首次检查，以后每半年定期复查一次，发现龋齿及时治疗，切莫因事务繁忙而忽视了孩子的牙齿健康。

4、坚持使用含氟牙膏预防蛀牙的发生：如佳洁士防蛀牙修护牙膏系列，含氟配方，特效修护早期蛀牙，坚固牙齿。

5、使用深层清洁功能牙刷，结合正确的刷牙方法，深层清洁牙齿缝隙以及牙龈沟，防止蛀牙发生。

希望大家可以记住这些方法，这样在以后进行预防的时候，就可以将一些隐患扼杀。

牙周病

一、牙周病的局部促进因素：牙石、解剖因素、牙齿位置异常，拥挤和错颌畸形、其他促进因素（充填体悬突、修复体设计、修复体材料、正畸治疗）、牙合创伤、食物嵌塞、不良习惯（口呼吸、吐舌习惯、牙刷创伤等）、牙面着色。在我科临床诊疗过程中，较常见为牙石，牙齿位置异常、拥挤和错颌畸形（常见于下前牙拥挤，牙齿错位，舌侧牙龈萎缩，根面暴露），食物嵌塞（两牙间食物嵌塞后龈乳头萎缩，牙槽骨吸收，根面暴露）。

二、牙周病的主要症状：牙龈炎症和出血、牙周袋

的形成、牙槽骨吸收、牙松动和移位。

三、牙龈病：慢性龈炎、青春期龈炎、妊娠期龈炎、白血病的牙龈病损、药物性牙龈肥大、牙龈纤维瘤病、牙龈瘤、急性坏死性溃疡性龈炎、急性龈乳头炎。慢性龈炎为临床诊疗中最常见的；青春期龈炎主要发生于青春期少年，女性稍多于男性，好发于前牙唇侧的牙龈乳头和龈缘，舌侧牙龈较少发生；妊娠期龈炎指妇女在妊娠期间，由于女性激素水平升高，原有的牙龈慢性炎症加重，使牙龈肿胀或形成龈瘤样的改变，分娩后病损可自行减轻或消退，

四、牙周炎：慢性牙周炎、侵袭性牙周炎、反映全身疾病的牙周炎（掌跖角化—牙周综合破坏、Down综合征、家族性和周期性白细胞缺乏症、粒细胞缺乏症、白细胞功能异常、糖尿病、艾滋病）。慢性牙周炎最为常见，临床表现为牙龈出血或口腔异味、牙龈萎缩、菌斑牙石量多、牙齿有松动。反映全身疾病的牙周炎中提及的糖尿病在我科的临床诊疗中常见，血糖控制不良的患者，牙周组织炎症较重，龈缘红肿呈肉芽状增生，易出血和发生牙周脓肿，牙槽骨破坏迅速，导致深袋和牙松动，血糖控制后，牙周情况会有所好转。

五、牙周炎的伴发病变：牙周一牙髓联合病变，根分叉病变，牙周脓肿，牙龈退缩，牙根面敏感、呼气异味（口臭）。在我科因牙周一牙髓联合病变出现牙齿疼痛（急性牙髓炎）来就诊的患者较为常见。

这里简单介绍下呼气异味，是指人们在呼吸时呼出令人不愉快的气味。呼出的不愉快气味不限于源自口腔，有些不良气味来自口腔以外的原因，只是通过呼气时排出。呼气异味的成分主要是挥发性硫化物（VSC），由口腔内的细菌在代谢过程中分解含硫的氨基酸所产生。呼气异味可以是生理性或暂时性，也可以是病理性的。生理性口臭常见于晨醒时，这是因为夜间睡眠时唾液流量减少，口腔的活动，使细菌的代谢活动增加，产生更多的异味，在进餐后或刷牙即能消失；饥饿时也可有类似的口腔异味；某些饮食如大蒜、葱、萝卜以及吸烟、饮酒或服用某些药物（如甲硝唑）等也可引起暂时性的呼气异味；有些妇女在排卵日和月经前后呼气中的挥发性硫化物浓度增加2-4倍，导致暂时性口臭，以上所述都不构成健康问题。病理性口臭则是指持续性的慢性呼气异味，可以持续数月至数年。处理原则：1、治疗牙周炎和牙龈炎；2、化学疗法减少菌量：使用氯己定含漱。



红枣这么吃，甜蜜治愈升级

■外三科 / 康琳

大家好，这是一篇关于红枣的传奇故事。

大枣又名红枣、干枣、枣子，起源于中国，在中国已有四千多年的种植历史，自古以来就被列为“五果”（桃、李、梅、杏、枣）之一。红枣富含蛋白质、糖类、胡萝卜素、B族维生素、维生素C、维生素P以及钙、磷、铁和环磷酸腺苷等营养成分。其中维生素C的含量在果品中名列前茅，有维生素王之美称。而红枣又以新疆和田大枣出名。红枣是一种营养佳品，被誉为“百果之王”，古语就有“一日食三枣，郎中不用找。门前一棵枣，红颜直到老。要想皮肤好，粥里加红枣。五谷加小枣，胜似灵芝草。一日吃三枣，终生不显老。宁可三日无肉，不可一日无枣。”一般女性气色不好都可以坚持每天吃红枣，不是有句话说得好，一日三枣，红颜不老。女性常吃红枣可是好处多多呢，因为常食大枣可治疗身体虚弱、神经衰弱、脾胃不和、消化不良、劳伤咳嗽、贫血消瘦，养肝防癌功能尤为突出，所以作为女性最好每天吃几颗枣。在国外的一项临床研究显示：连续吃大枣的病人，健康恢复比单纯吃维生素药剂快3倍以上。因此，大枣

就有了“天然维生素丸”的美誉。它的主要功效及作用就不详细讲了，大家可以花个两分钟百度查查。

下面主要简单地给大家介绍几种红枣的吃法及作用：1、红枣泡水（茶），养肝排毒，补气护嗓；2、红枣熬汤，止咳润嗓；3、红枣煮蛋，补血养颜；4、红枣熬粥，安神助眠；5、红枣泡酒，血管通畅等等。（以上信息来源于三九养生堂）当然红枣也不是万能的，在饮食过程中也要注意，红枣虽好，但吃多了会胀气，因此应注意控制食量。吃红枣的禁忌：月经期间，一些女性会出现眼肿或脚肿的现象，这些人就不适合服食红枣。如果有腹胀的人，也不适合喝红枣水。体质燥热者，也不适合在月经期间喝红枣水，这可能会造成经血过多。

过量食用有损消化功能：红枣可以经常食用，但也不可过量，否则会有损消化功能、造成便秘等症。此外，红枣糖分丰富，尤其是制成零食的红枣，不适合糖尿病患者吃，以免血糖增高，使病情恶化。如果吃得太多红枣，又没有喝足够的水，则容易蛀牙。

吃辣椒有益健康，但吃辣过度隐藏危机

■转自健康网

微辣有益健康，放纵吃辣隐藏健康危机。辣椒不但富含多种维生素，还含有可以抗癌的辣椒素，以及具有增进食欲、增加能量消耗、促进血液循环、暖胃驱寒等多种功效。辣椒虽有这么多功效，但并不建议大家放纵吃辣。

吃辣本质是在感受疼痛，严格意义上讲，辣是一种轻度痛觉，并非是一种味道。每吃一口辣椒，脑部都会以为有痛苦袭来，释放出更多的多巴胺。持续不断释放出的多巴胺，让人产生愉悦感，人的压力也随之得到释放，这正是人们吃辣后产生“快感”的原因所在。

人们在吃辣椒时，味觉感觉细胞接触到辣椒素后会更敏感，从而能更细腻地感觉到食物的美味，所以很多人在没有食欲时，只要吃点辣椒，慢慢就会胃口大开。适量吃辣椒对人体有一定的益处。首先，辣椒富含多种维生素，包含B族维生素和维生素A、维生素C、维生素E、维生素K、胡萝卜素、叶酸等；其次，辣椒含有钙、铁等矿物质以及膳食纤维。

青椒和甜椒中维生素C的含量尤为丰富，有很好的抗氧化作用，而红辣椒中独有的类胡萝卜素在人体内转化为维生素A，有保护视力、滋润皮肤的作用。辣椒中的辣椒素还有助于降低心脏病、某些肿瘤及其他一些随年龄增长而出现的慢性病的风险。

放纵吃辣隐藏健康危机，快节奏的生活改变了人们的味蕾，曾经只在潮湿阴冷的四川、湖南、湖北等地流行的重辣口味如今快覆盖了整个中国版图，但放纵吃辣的背后着实隐藏着健康危机。过度刺激食欲，容易使人超量饮食，甚至是暴饮暴食，从而引发肥胖、三高等问题。一般厨师做菜“逢辣必咸”，为了中和辣味，需要增加用盐量，这也是川菜口味较重的原因。而过辣、过咸的重口味饮食会间接诱发高血压、高血脂、糖尿病等慢性



疾病。同时，大量食用辣椒素含量高的辣椒，会使消化液分泌过多，引起胃肠黏膜充血、水肿、胃肠蠕动剧增，可引发胃炎、肠炎、腹泻、呕吐等，更不利于消化道功能的恢复。在辣椒素的刺激下，痔疮甚至可能恶化为肛门脓肿。

微辣才是利于健康的首选。2015年《英国医学期刊》发表一篇对49万中国人随访7.2年的队列研究，研究发现：每天吃辣的人比从不吃辣的人总死亡率低14%。每天吃辣是有好处的，那每天都能吃很辣吗？

营养专家建议，如麻辣火锅这些重口味的餐饮需要控制频度，一个月吃一到两次是可以接受的范围，如果天天吃肯定牺牲健康。而对于嗜辣如命的人也应该慢慢改变口味，可以先从麻辣降到中辣，再到微辣，坚持微辣水平，就会对身体利大于弊。

眼睛会不会哭瞎？

■五官科 / 方海群

眼睛能哭瞎吗？还是先了解一下“哭”吧。通常认为因痛苦或悲哀流泪发声这就是哭，但其实，人过于激动的时候也会哭，激动落泪；人过于高兴的时候也会哭，喜极而泣；人在触景生情的时候也会哭，情不自禁，潸然泪下。所以，哭并不代表痛苦或悲哀。哭既有真情的流露，这叫真哭，也有假戏真做为了哭而哭，比如演员演哭戏时，其实这是假哭。哭的时候有时会流眼泪，有时没有眼泪，即干哭。哭其实很复杂，那么我们要问哭能瞎眼吗，其实这个本身就是一个伪命题。

有一句诗是“蜡炬成灰泪始干”，很多人会联想为眼睛瞎了，泪自然就干了。很多时候人们都说某人流干了泪，哭瞎了眼。那么泪是什么？泪是眼球外上方的泪腺所分泌的液体，它具有清洁和滋润眼球表面的作用。眼泪中含有溶菌酶，这是人体一种自卫物质，它能保护鼻咽粘膜不被细菌感染，所以说，偶尔哭一下或许还有好处。

如果长时间或者经常哭的人，眼泪会流干吗？泪液中98%的成分都是水，人体70%由水组成，因此只要生命还在代谢，泪液便没有枯竭的可能。即使瞎子也会哭出眼泪，因为看不见东西并不代表着泪腺的排泪功能有问题。不过，泪液中还有少量的无机盐，会刺激眼睛表面角膜组织，哭过之后，眼睛会红肿，如果长期掉眼泪，会引起角膜损伤，但是要使眼睛瞎掉，那只能用滴水穿石来形容了。

现实中，因为哭而瞎眼的事例还是真实存在的，但是，哭或者泪并不是直接的原因，最多只是一种诱因，其中最主要的就是引起青光眼。青光眼是人类三大致盲疾病，而且具有不可逆性，一旦致盲就再无回还之力。

人在哭的时候，眼睛充血，眼压升高，这符合青光眼的发病原因。无论是哪种哭（演员除外），都会出现这种情况。我们常说的哭指的是痛苦悲哀的哭会哭瞎眼睛，其实，由大喜大悲而导致的哭泣都有可能出现这种情况，这都叫情志不稳定。人可以哭死，也可以笑死。只是，人在高兴的时候不一定会选择哭，而在痛苦悲伤之际，哭似乎成为唯一的发泄方式。

青光眼是由于眼内压间断或者持续升高而引起的一种眼病。哭的程度或许可以代表眼内压升高的程度，哭的时间长短也就是眼内压间断或者持续的仪表盘。一夜之间哭瞎眼睛也是可能的，只有原发性急性闭角型青光眼符合这种情况，病来如山倒，可短时间内致盲。而如果长期哭，那么眼内压将长时间处于高压状态，引起高眼压症或者眼睛炎症，也有可能诱发青光眼，虽然可能是慢性的，但不及时治疗，也是要瞎眼的。

人在哭的时候，往往伴有情绪激动等情志不稳定情况，这也会引发青光眼。情志不稳定表现在眼睛上非常明显，比如仇人见面分外眼红、怒目圆睁、眉开眼笑、慈眉善目等，临床上也有人因为情绪波动过大引起血眼的情况。说哭瞎眼睛的人，往往过分强调哭与泪，而对于其背后的情志波动关注不够。事实上，一个人就算再想哭，能连续不断地哭多久，而情志的因素却可以持续很久，比如意志消沉、郁郁寡欢、愁眉不展等。情志因素中，大喜的事情一般平复很快，转为淡淡的喜悦，而大悲的事情则往往持续很久，变为无尽的忧愁。

最后说下青光眼，40岁以上的人群患病几率要比之前成倍高出，尤其是40岁以上的女性，当然这与女性的身体状况有关。想想，你知晓的“哭瞎眼”的事例中，是否也是中老年人居多？是否“哭瞎”的婆婆更多一些？青光眼作为一种疑难眼病，其致病因素众多，因“哭”引起眼压升高只是其中的一种。



提升幸福感

■医务科 / 徐锦鑫（摘抄）

为什么有的人积极乐观，有的人却整天愁容满面？幸福与不幸福，是因为我们拥有的东西不一样，还是因为我们的心理感受不一样？据心理学的研究表明，我们“对幸福的感知能力”在很大程度上决定了我们的幸福程度，那么我们该如何提升自己的“幸福感”呢？不妨从以下几个方面入手。

生活条理化：研究显示，严谨性对幸福感的影响是所有因素中最大的。所谓“严谨性”，就是生活的条理程度，严谨克制，也就是传统文化所讲的审慎自律。具体体现在，日常作息有规律、工作有计划——康德可以说是这方面的典范。他的起居作息相当规律，据说他的散步时间之精确，可以用来校正钟表。他严格控制自己的起居作息，生活得有条不紊。平静了纷繁的思绪，就可以用心思考、用心观察，才可以有更多的心力来体会生活的细节。

克服神经质：“神经质”不是精神病，它只是用来描述一个人情绪稳定程度的术语。神经质的突出表现是情绪不稳定。研究显示，神经质对幸福感的影响也挺大，神经质的个体通常非常敏感，情绪不稳定不仅让人感到不幸，也会带来诸多生理上的变化。比如，会导致人体免疫力下降，从而让人更容易染病。一如黛玉，看到花朵凋零，便联想到自己的身世际遇，悲从中来，泪流不尽，又何谈感受幸福呢？

掌握应对方式：心理学研究发现，人们在面对问题与压力时的第一反应有两种：问题应对和情绪应对。问题应对包括采取行动、制订计划、情感支持、工具支持、合理化解释、接受事实等。情绪应对则包括逃避、自责、情绪发泄、幻象、否认、忍耐等。也许您已经猜到了，研究显示，问题应对者会更幸福。原因很简单，问题应对者在解决问题的同时，减轻了自己和其他当事人的情绪负担；相反，情绪应对者不但没有解决问题，反而还增加了自己和他人的情绪负担。小说《三国演义》中的诸葛亮就是一个典型的问题应对者。他在这方面的故事很多，唱空城计、火烧赤壁都是。当别人都在为曹操的

进攻而惊慌时，他却提出以火烧赤壁来破解曹军的攻势。用具体方案来应对问题的人，比用情绪来应对问题的人更幸福。

合理满足需要：著名心理学家马斯洛提出，每个人都有基本的需要，包括生理需要、安全需要、归属和爱的需要等。生理需要如吃饭、喝水睡觉等；安全需要如满足自己的安全感；归属需要即将自己划入某个群体的需要；爱的需要则包括爱人或被爱。基本需要若得不到满足，我们往往会觉得不幸。了解自己的基本需要，并合理地满足它们，是一门获取幸福的必修功课。现在的相亲节目很多，看得多了，就会发现很多有趣的现象。譬如，有的嘉宾在节目中大谈特谈要如何去保护对方，为了换来对方的爱，什么都可以做；有的嘉宾则完全相反，为了自己的某种心理感受，丝毫不肯让步。其实，他们的问题就在爱与被爱上。爱人与被爱都需要有个合理的度，否则不是吓跑对方，就是吓死自己。

常葆希望：人类对于“希望”的研究大约有50余年的历史，但是研究显示，那些怀有较高希望的人更幸福。希望不仅仅是一种情绪，还是一种特质。作为一种特质，希望有两个成分：一是意愿目标，二是实现目标的路径。常听很多人说，高三的学生非常辛苦，然而一项调查显示，这种观点是错误的，绝大多数高中生报告说自己很幸福，高三学生的幸福感升值超过高一高二的学生。究其原因，高中学生虽然学习任务繁重，压力大，但心中常葆希望。而且对他们来说，目标是那么具体，实现目标的路径是那么明确。对照人生的各个阶段，我们会发现，高中生活确实是非常幸福的。因此，我们要葆有希望，要有具体的目标，也要善于发现实现目标的明确路径。

就像一首歌里唱的那样：“幸福不是毛毛雨，不会自己从天上掉下来。”如果我们能从这五个方面入手提升“幸福感”，你会越来越感受到生活的滋味原来如此甜蜜。



日本开发能穿越障碍物的蛇形机器人

(来源: 环球网)

据共同社6月13日报道,日本东北大学等组成的团队开发出一款蛇形机器人,可通过喷射空气抬高配备摄像头的前端部分,穿越较高障碍物在废墟内部展开搜索。

机器人为直径约5厘米的软管状,全长约8米,重约3公斤。通过使其表面覆盖的尼龙细毛轻微震动即可匍匐前进。前端部分向下喷射空气可抬高至最高30厘米,除了可以越过有高低差异的地方,对更为广阔的范围进

行观察也成为可能。

该团队此前也在进行蛇形机器人的开发,并曾应用在对引发核事故的东京电力福岛第一核电站的内部调查,但无法穿越较高障碍物和视野受限成为课题。

日本东北大学研究生院机器人工程学教授田所谕表示:“希望不仅在灾害,在基础设施和工厂设备的检查等工业领域也能使用。”

成人非传染性疾病死亡70%与青少年期危险因素相关

(来源: 科技日报)

“青少年(10—19岁)时期是人生发展的第二个关键时期。国际研究显示,有70%造成成年人死亡的非传染性疾病与青少年时期的一些危险因素,如肥胖、血糖高、吸烟等不健康生活方式有关。”14日,在由中国人口宣传教育中心主办的青少年健康与发展媒体培训会上,北京大学儿童青少年卫生研究所所长马军说。

马军表示,我国有约1.7亿的青少年,占总人口的13%。当前我国青少年在心理健康、身体发育、营养、体育锻炼、性与生殖健康和伤害等方面,面临着日趋多

样化的健康问题。青少年保健服务在我国卫生体系中是薄弱环节,在管理、服务提供和利用方面等存在诸多挑战。

“对青少年健康进行投资,将终结可预防的青少年死亡;将通过更好的学业成绩、劳动力参与和社会贡献实现至少十倍回报,带来巨大的人口红利。”马军说。

因此,国家卫计委与联合国儿童基金会在我国部分试点省市开展青少年健康与发展项目,对青少年的心理健康与社会交往、营养与运动、伤害与暴力预防、性与生殖健康等领域进行重点干预。

3D打印帮助畸形外伤患者“改头换面”

(来源: 新华社)

日前,中国医学科学院整形外科医院宣布与比利时3D打印公司玛瑞斯(Materialise)共同设立数字化整形医学联合中心,这意味着我国知名的整形外科三级甲等专科医院在3D打印领域与国际先进技术深化合作,为颅颌面部畸形、外伤患者带来更多希望。

记者在中国医学科学院整形外科医院数字化整形中心看到,里面有诸多通过3D打印机制作的患者颅面、下颌、耳鼻的石膏或树脂3D模型,模拟还原了患者的骨骼形态。

根据操作流程,医生将患者数据导入工作平台,对相应的软硬组织进行三维重建,根据手术原则在三维重建的骨骼组织上进行模拟手术,根据骨组织变化模拟面部软组织变化情况生成三维动画演示手术效果,与患者沟通手术模拟设计结果并确定手术方案等。

中国医学科学院整形外科医院数字化整形技术中心主任杨斌介绍,3D技术正在用于先天性颅面畸形治疗、

严重颅面创伤缺损修复、面部轮廓整形及外耳再造治疗等领域。与平面数据或重建的三维数据相比,3D打印的实物模型更加直观,利于医生判断准确病情,制定更详

尽的手术方案,评估术中可能出现的风险。复杂的外科手术往往需要演练,3D打印模型还可用于手术模拟演练,缩短手术时间,提高手术的成功率。

中国医学科学院整形外科医院院长祁佐良说,数字医学将提高整形外科颅颌面治疗精准性,模拟手术、手术导航乃至未来机器人辅助手术等方面的发展,都会给颅颌面整形外科带来革命性的改变。

玛瑞斯全球执行总裁Fried Vancaen先生

说,2010年中国医学科学院整形外科医院开始使用针对颅颌面外科的专业影像数字化三维建模和手术规划软件。希望通过院方医疗技术与公司工程技术的合作,促进3D打印技术在整形外科领域的应用,造福更多患者。



爱与奉献

——儿科护理工作中的感悟

■儿科 / 毛晓兰

自南丁格尔女士开创现代护理专业至今，一百多年过去了，护理学科不断地发展进步。随着医学科学技术的发展、医学模式的改变，护理工作的内涵与工作模式也发生了深刻的变化。护理学科经历了功能制、责任制护理的临床实践，顺利地完成了以疾病为中心的护理模式向以病人为中心的整体护理模式的转变。整体化的护理模式更加完善：关怀与照顾病人、更多地考虑病人的需求、更多地提供优质服务。

我在三年前迈进了护士队伍，成为一名护理工作者。刚刚走进病房，同事们忙碌的身影让我明白了护理工作的繁重与劳累。工作中，我一天比一天体会到护理工作的神圣。我们用自己的愉悦、信心和病人的沮丧、绝望做着交换。平凡的工作中，护士用自己的微笑抚慰着病人伤痛的心灵。在这三年里，我渐渐地懂得了：不能把对生命的怜惜和救助视为纯粹的工作，

这更是一种生命中对爱的本能。无论过去、现在、还是将来，爱与奉献都是我们永恒追求的主题。整体护理的开展，使爱与奉献精神又在平凡的护理岗位上发扬光大。

整体化护理全面展开，护士管理引进了一批批不同于以往的合作制护士，我就是我们医院公开招聘的合作护士。护士长和同事们给予了我极大的帮助，让我由一个刚刚迈出校门步入工作岗位的新手，快速地成长为一名具有专业知识和技术操作能力的合格护士。她们更让我懂得了，要想成为一名新时期合格的护士，光有这些是不行的。作为一名护士，我所拥有丰富的理论知识内涵，更要通过爱与奉献精神淋漓尽致地表达出来，才能获得服务对象的理解、尊重和认可。

儿科护士是患者的直接护理者、患者的代言人、患儿与家长的教育者。儿科护士必须具

备特殊素质：强烈的责任感、爱护儿童、具有丰富的知识和熟练的技术操作能力，同时必须掌握一定的人际沟通技巧。因为工作对象是懂事的孩子，在工作中我们更多是与患儿的家长直接对话，我们需要有一颗善良的心，能够体会到患儿家长的心情。

一次接诊中，由于患儿家长保护不好，把静脉输液针给拔了出来。如果静脉给药不能保障，患儿是很危险的。我立即开始重新寻找静脉。可是患儿的四肢末梢循环很不好，头皮静脉也看不清楚。我知道，这个时候肯定是越着急越扎不上，所以我在心里暗暗地告诉自己：“不要急！不要急！”仔细寻找，终于在患儿的额头上看到了一根很细的小静脉，浅进针、慢送针，“回血了！”患儿家长和我都松了一口气。固定好针头，我暗暗擦去了头上已经快要滴落的汗珠。患儿的呼吸平稳了，静脉持续补液顺利，

看着患儿家长充满感激的眼神，听着他们的感谢和称赞，我在感到欣慰的同时，更产生了一种触动——这就是生命与死神的搏斗。我真切体会到了作为一名护士肩上沉重的责任。这里是我施展爱心、救死扶伤的空间。我明白了南丁格尔女士那段感人的话：“只要我此身存在，我一定为你们的生命而奋斗，并用我的一生实践这一诺言”。这是一位伟大的女性在经历了太多生与死的挣扎和搏斗之后发出的感叹！此时此刻，我终于亲身体会并深深领会到了其中的感情。

在此后的工作中，我更加珍惜每一个锻炼自己的机会，在日常的工作中注意加强自己的业务素质。每一天里，我都让微笑洋溢在我的脸上。看到患儿家长感谢的目光，听到小患者甜甜的喊：“谢谢阿姨……”我知道，这就是我所向往和追求的。

我自豪，我是一名儿科护士

■儿科 / 朱晓红

我是一名儿科护士。一提起儿科，大家首先想到的是儿科孩子多、哭声多，头皮难打，家长埋怨多。是啊，作为一名儿科护士，我们既要像妈妈般对待孩子，又要像朋友般安抚家长，我们有时也有委屈，我们有时也会埋怨，可是我还是要说，“我自豪，我是一名儿科护士”。

记得我参加工作，当听到自己被分到儿科时，我一下子蒙了，我做梦也没想到会成为一名儿科护士，入院的喜悦荡然无存。初到儿科的日子，让我至今难忘，每夜都无法入睡，心里老是盘算着明天还有好多的针要打，几号床的妈妈还会让我给她孩子打针吗？每当上夜班时，一听到走廊有声音，我就心跳加快，害怕来新病号，整夜老惦记着，害怕有几个患儿要空腹抽血，是多大的孩子，万一抽不出来怎么办。每天就一个念头“一定要离开这里”。就这样胆战心惊地度过了几个月，有一件事改变了我的想法，一天我为一个五岁小朋友输液，他嘴里不停地哭喊着“阿姨，求求你了，别打疼了”。我不由得紧张起来，暗暗对自己说“沉住气，血管还行，手别哆嗦”，可在进针的时候，我的手还是不由自主地颤抖起来，不好，刺穿了，起了个大包，孩子哇哇大哭起来，刚才还客气的孩子妈妈，一下子跳了起来，大声地训斥我“我

孩子从来都是打一针，你会不会打针啊，叫你们护士长过来。”孩子的奶奶更是抱着孙子哭了起来，“不是你的孩子，你不心疼啊！”。我不知所措地站在那里，耳边只听到哭声和责备声，眼泪在眼眶里打转，这时护士长闻声赶过来，耐心地给家长解释并给孩子进行输液。我不知道怎么走出的病房，到了护士站再也止不住眼泪，心里觉得很委屈，从没有被人这样指责过，这时护士长对我说：“别难过，孩子血管细，有偏差也很正常，要知道我们的针不仅仅扎在孩子的血管上，更是扎在父母的心上，那是怎样的痛啊，我们科的哪个护士没有因为打不上针而哭过，儿科护理工作不是那么容易干的，只有经历过，磨炼过，才能成为合格的儿科护士。”从此我再没有离开的想法，脚踏实地地练好基本功，认真地对待每一项护理操作。

交班、接班；白天、黑夜，平凡的工作，平凡的语言，平凡的举动，这就是护士工作的诠释，但恰恰这些平凡的事情，成就了生命的辉煌。平凡的工作中，我一天比一天更能体会到护理工作的神圣。我们用自己的愉悦、信心去换取病人的沮丧与绝望，我们用自己的微笑抚摸着病人伤痛的心灵。

回望儿科，我为它默默祝福

■儿科 / 王永慧

记得毕业后，踏入临床的第一个科室就是儿科，开始对这个科室是陌生的，在别人对自己科室业务已经熟悉的时候，我还在慢慢地学习儿科的知识。时间过得很快，不知不觉三个春秋已悄然过去，现在还清晰地记得刚来儿科的情景，同学都羡慕我来了一个好科室，可是有谁知道其中的艰难呢。

儿科是一个特殊的科室，护理对象年纪小，护理任务重，技术要求高，工作风险大。脑海里一直记得在儿科实习时经历的情景，尤其是老师给很小的孩子打针和抽血，感觉那好神奇，都可以说是绝技了，当时就打了退堂鼓，心想怎么都不去儿科，那样的技术我一辈子都不会的，谁知偏偏来了儿科。

既来之，则安之，希望自己可以给孩子多点关爱和呵护，少点恐惧和失望。在这三年里，脑海里有着太多太多儿科病房的回忆，有说不尽的酸甜苦辣，也有担惊受怕，但更多的是家属的笑容，感激的言语，是孩子康复后的开心，

是忙碌中家长和孩子一声声感谢。

在儿科工作的日子里，有过失落，也想过放弃，压力实在是太大了，尤其是精神上的压力。现在的孩子都是家里的宝贝，是每个家庭的核心，来住院都是四五个家属陪同，他们希望得到百分百的满意。另外儿科各种操作技术难度特别大，家属的要求都很高，有时真的想换个工作，可是回想当初那么辛苦的学习专业课，回想成为护士时所宣誓的誓词，真的不甘心，我觉得我可以做好任何一份工作，更想做好护士这份工作。

比大地宽广的是海洋，比海洋宽广的是天空，比天空还要宽广的是人的心灵，作为一名儿科护士，我们要有博大的胸怀，纵使受了委屈，我都让微笑在我脸上。看到一个个患儿远离了疾病，看到一张张天真烂漫的笑脸，听到他们银铃般的笑声，我知道，这是我所向往和追求的。回望儿科，我为它默默祝福。



工作随笔

■外二科 / 白雪峰

时间过得真快，转眼间在县医院工作已步入了第5个年头，和自己同一批进医院的人已经没剩几个，自己也从别人口中的妹儿，变成了姐。说实在的，还真的觉得有些不习惯，因为依旧觉得自己很年轻。

在医院工作的这几年，真的觉得有点枯燥，每天医院家里，家里医院地来回跑，两点一线，做着同样的事情，好不容易迎来2天的休息日，结果又要将时间贡献给各种各样的会议，当真是崩溃。每次和朋友一起玩时，总是让别人等我，也当真是不好意思。朋友总是开玩笑说“每次你说的马上下班就是半个小时”，不是我不想按时下班，是工作就是这样，交接班交不细致造成问题要负责，交班时遇到危重患者抢救就不得离岗，直到患者生命体征平稳……总之总是有各种各样的理由让人下不了班。作为护

士永远只知道上班时间，不知道下班时间，不知道其他护理人员是否与我感同身受。

不过值得我庆幸的是，我有一群好同事，更确切地说是一群好“战友”，在我工作遇到困难的时候他们与我并肩作战，在我快要泄气的时候为我打气加油，在我因为病人的不解而伤心难过的时候安慰我，其中最让我印象深刻的话就是“人生不能总占便宜，吃亏也是生活的一部分”。报复是有界限的，报复也不能给人带来快感，真正的快感来源于什么呢，来源于，当你有了报复的能力的时候，而你选择了宽容。虽然有的人的天资比我们好，可是他们没能成为一名合格的医护人员，就是因为他们差了一点点东西——信念。是啊，人不能总是占便宜，所以遇到很多问题，也就只有选择接受，然后在心里默默地念上一句“我是护士，我最强”。

美丽医院

■超声医学科 / 张圆梦

当繁华盛开的春天，也许有人赞美花的美丽、枝叶的挺拔，谁又会想到那些为生命默默付出的医护人员？石棉县人民医院，一个普通的医院，却不是一个平凡的医院。医生护士热爱工作，无私奉献，纯朴正直，坚韧不拔，孜孜不倦，用爱心和真情全力护理医院的病人。

带着一份崇敬，我来到了石棉县人民医院。石棉县人民医院的住院中心院子宽大。楼房装修一新，绿树花木，环境优美。住院室干净、整洁、温馨，墙壁上挂着各种制作精美的服务指南，实用又显示了护理的专业性。

病人们在阳光充足的住院门口活动厅谈话聊天，脸上挂着笑意和满足，有的在长廊来回活动。护士长和主治医生定期到住房区查房，他们细心地询问、了解每一位病人的情况，为瘫痪的老人掖好被子，嘘寒问暖，笑容和蔼可亲，其间那种细心入微，周到妥帖的动作，轻声柔语关怀备至的语音，融汇成一股暖暖的清凉的春溪，滋润着我，也滋润着每一位病人的心田。他们的每一句关切的问候，抚平了患者心中的彷徨与不安；每一句耐心的解答，消除了患者心中的疑惑与不解；每一张真诚的笑靥，融化了患者心中的焦急和猜疑。

医院有的病人脾气暴躁，有的温和，有的

急躁，有的对护士和医生有偏见，有的身体残疾，有的精神状况不好，面对多重性格的患者，医生护士仍尽心尽责，用真情感化每一位病人。当有的病人病愈出院的时候，说起石棉县人民医院还滔滔不绝，赞不绝口。

“惜缘同舟，德术共协，精细严，德仁心”，这是石棉县人民医院的宗旨，十年如一日，用饱满的热情践行着这份博大的爱，这份真挚的情。工作人员在极其平凡的工作中，用真善美的情怀，谱写出了时代最美的华章，奏响了社会最强的乐章。生命永远是我们心底最坚强的那根弦，崇敬生命永远是我们中华民族道德规范的主旋律。

回首过去，已有几十个年头，曾经历过风雨，也有过灿烂辉煌，而今的县人民医院，仍然矗立在那一方土地，身影依然伟岸而矫健，那兢兢业业的白衣使者，是南丁格尔精神的化身，是他们铸就了平安幸福的摇篮，让健康一直闪亮。我赞美石棉县人民医院，县人民医院的每一位工作者，他们的面容，他们匆匆脚步声，无不证明他们的光辉形象，他们的形象沐浴在春日的阳光中，灿烂明媚。

这就是我们石棉县人民医院，一个大家努力创建的大家庭。

人力资源社会保障部财政部 关于印发统一和规范职工养老保险个人账户记账 利率办法的通知

人社部发〔2017〕31号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）、财政（务）厅（局），中央国家机关养老保险管理中心：

根据《国务院关于机关事业单位工作人员养老保险制度改革的决定》（国发〔2015〕2号）和《国务院办公厅关于印发机关事业单位职业年金办法的通知》（国办发〔2015〕18号）精神，现将《统一和规范职工养老保险个人账户记账利率办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

人力资源社会保障部 财政部
2017年4月13日

统一和规范职工养老保险个人账户记账利率办法

按照党中央、国务院关于完善个人账户制度的部署，为进一步促进养老保险制度的公平统一，增强参保缴费的激励约束作用，特制定统一和规范职工养老保险个人账户记账利率办法。

一、统一和规范记账利率的基本原则。一是坚持制度公平性，统一确定机关事业单位和企业职工基本养老保险个人账户记账利率。二是增强制度激励作用，引导参保人员积极参保和足额缴费。三是保证合理待遇水平，保证职工基本养老保险个人账户养老金和职业年金合理的替代率水平，保障参保人员退休后的基本生活。四是坚持制度可持续发展，体现精算平衡，科学确定职工基本养老保险和职业年金个人账户记账利率的规则和水平。

二、统一职工基本养老保险个人账户记账利率。统

一机关事业单位和企业职工基本养老保险个人账户记账利率，每年由国家统一公布。记账利率应主要考虑职工工资增长和基金平衡状况等因素研究确定，并通过合理的系数进行调整。记账利率不得低于银行定期存款利率。

三、确定职业年金个人账户记账利率办法。职业年金个人账户记账利率根据实账积累部分的投资收益率确定，建立一个或多个职业年金计划的省（区、市），职业年金的月记账利率为实际投资收益率或根据多个职业年金计划实际投资收益率经加权平均后的收益率。

四、规范职工个人账户记账利率公布时间。职工基本养老保险个人账户记账利率每年6月份由人力资源社会保障部和财政部公布。职业年金个人账户记账利率由人力资源社会保障部和财政部根据各省（区、市）职业年金实账积累部分投资收益情况，每年公布一次。

国务院办公厅关于推进医疗联合体 建设和发展的指导意见

国办发〔2017〕32号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

新一轮医药卫生体制改革实施以来，我国全民医保体系加快建立健全，基层医疗卫生机构服务条件显著改善，以全科医生为重点的基层人才队伍建设不断加强，基层服务长期薄弱的状况逐步改变，基本医疗卫生服务公平性和可及性明显提升。但要看到，强基层是一项长期艰巨的任务，我国优质医疗资源总量不足、结构不合理、分布不均衡，特别是仍面临基层人才缺乏的短板，已成为保障人民健康和深化医改的重要制约。开展医疗联合体（以下简称医联体）建设，是深化医改的重要步骤和制度创新，有利于调整优化医疗资源结构布局，促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉，提升基层服务能力，有利于医疗资源上下贯通，提升医疗服务体系整体效能，更好实施分级诊疗和满足群众健康需求。为指导各地推进医联体建设和发展，经国务院同意，现提出以下意见。

一、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、

六中全会以及全国卫生与健康大会精神，认真落实党中央、国务院决策部署，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，坚持以人民为中心的发展思想，立足我国经济社会和医药卫生事业发展实际，以落实医疗机构功能定位、提升基层服务能力、理顺双向转诊流程为重点，不断完善医联体组织管理模式、运行机制和激励机制，逐步建立完善不同级别、不同类别医疗机构间目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，推动构建分级诊疗制度，实现发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变。

（二）基本原则。

政府主导，统筹规划。落实政府规划、指导、协调、监管、宣传等职能，以城市和县域为重点，根据区域医疗资源结构布局和群众健康需求，按照业务相关、优势互补、双向选择、持续发展等要求，兼顾既往形成的合作关系，统筹安排医疗机构组建医联体。

坚持公益，创新机制。坚持政府办医主体责任不变，切实维护和保障基本医疗卫生事业的公益性。坚持医疗、

医保、医药联动改革，创新机制，逐步破除行政区划、财政投入、医保支付、人事管理等方面的壁垒和障碍，优化资源结构布局，结合医保支付方式等改革的推进，逐步建立完善医疗机构间分工协作机制。

资源下沉，提升能力。利用三级公立医院优质资源集中的优势，通过技术帮扶、人才培养等手段，发挥对基层的技术辐射和带动作用。鼓励医联体内统一管理，发挥集约优势，推进区域医疗资源共享，发挥科技引领与支撑作用，提高医疗服务体系整体能力与绩效。

便民惠民，群众受益。坚持以人民健康为中心，逐步实现医疗质量同质化管理，强化基层医疗卫生机构的居民健康“守门人”能力，推进慢性病预防、治疗、管理相结合，促进医联体建设与预防、保健相衔接，方便群众就近就医，减轻疾病负担，防止因病致贫返贫，促进健康产业发展和经济转型升级，增强群众获得感。

（三）工作目标。2017年，基本搭建医联体制度框架，全面启动多种形式的医联体建设试点，三级公立医院要全部参与并发挥引领作用，综合医改试点省份每个地市以及分级诊疗试点城市至少建成一个有明显成效的医联体。探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种方式，引导医联体内部初步形成较为科学的分工协作机制和较为顺畅的转诊机制。

到2020年，在总结试点经验的基础上，全面推进医联体建设，形成较为完善的医联体政策体系。所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体。不同级别、不同类别医疗机构间建立目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，建立责权一致的引导机制，使医联体成为服务、责任、利益、管理共同体，区域内医疗资源有效共享，基层服务能力进一步提升，有力推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。

二、逐步形成多种形式的医联体组织模式

各地要根据本地区分级诊疗制度建设实际情况，因地制宜、分类指导，充分考虑医疗机构地域分布、功能定位、服务能力、业务关系、合作意愿等因素，充分发挥中央、地方、军队、社会各类医疗资源作用，尊重基层首创精神，探索分区域、分层次组建多种形式的医联体，推动优质医疗资源向基层和边远贫困地区流动。根据社会办医疗机构意愿，可将其纳入医联体。



（一）在城市主要组建医疗集团。在设区的市级以上城市，由三级公立医院或者业务能力较强的医院牵头，联合社区卫生服务机构、护理院、专业康复机构等，形成资源共享、分工协作的管理模式。在医联体内以人才共享、技术支持、检查互认、处方流动、服务衔接等为纽带进行合作。

（二）在县域主要组建医疗共同体。重点探索以县

级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的县乡一体化管理，与乡村一体化管理有效衔接。充分发挥县级医院的城乡纽带作用和县域龙头作用，形成县乡村三级医疗卫生机构分工协作机制，构建三级联动的县域医疗服务体系。

（三）跨区域组建专科联盟。根据不同区域医疗机构优势专科资源，以若干所医疗机构特色专科技术力量

为支撑，充分发挥国家医学中心、国家临床医学研究中心及其协同网络的作用，以专科协作为纽带，组建区域间若干特色专科联盟，形成补位发展模式，重点提升重大疾病救治能力。

（四）在边远贫困地区发展远程医疗协作网。大力发展面向基层、边远和欠发达地区的远程医疗协作网，鼓励公立医院向基层医疗卫生机构提供远程医疗、远程

教学、远程培训等服务，利用信息化手段促进资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

城市与农村之间可以城市三级公立医院为主体单位，在已建立的长期稳定对口支援关系基础上，通过托管区域内县级医院等多种形式组建医联体，三级公立医院可向县级医院派驻管理团队和专家团队，重点帮扶提升县级医院医疗服务能力与水平。国家级和省级公立医院除参加属地医联体外，可跨区域与若干医联体建立合作关系，组建高层次、优势互补的医联体，开展创新型协同研究、技术普及推广和人才培养，辐射带动区域医疗服务能力提升。

三、完善医联体内部分工协作机制

（一）完善组织管理和协作制度。制定医联体章程，规定主体单位与其他成员单位的责任、权利和义务，完善医疗质量管理等制度，提高管理效率。医联体可探索在医院层面成立理事会。

（二）落实医疗机构功能定位。医联体建立责任共担和利益分配机制，调动医联体内各医疗机构积极性，落实功能定位。三级医院逐步减少常见病、多发病、病情稳定的慢性病患者比例。基层医疗卫生机构和专业康复机构、护理院等为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。鼓励村卫生室根据当地群众就医需求，加强公共卫生和健康管理服务，做好疾病预防控制工作。

（三）扎实推进家庭医生签约服务。加强全科医生培养。以高血压、糖尿病等慢性病为重点，在医联体内加快推进家庭医生签约服务，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等重点人群，以需求为导向做实家庭医生签约服务，2017年要把所有贫困人口纳入签约服务范围。通过签约服务，鼓励和引导居民在医联体内到基层首诊，上级医院对签约患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。探索对部分慢性病签约患者提供不超过2个月用药量的长处方服务，有条件的地方可以根据双向转诊患者就医需求，通过延伸处方、集中配送等形式加强基层和上级医院用药衔接，方便患者就近就医取药。

（四）为患者提供连续性诊疗服务。鼓励护理院、专业康复机构等加入医联体。建立医联体内转诊机制，重点畅通向下转诊通道，将急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构

继续治疗和康复，加强医疗卫生与养老服务相结合，为患者提供一体化、便利化的疾病诊疗—康复—长期护理连续性服务。

四、促进医联体内部优质医疗资源上下贯通

鼓励医联体内医疗机构在保持行政隶属关系和财政投入渠道不变的前提下，统筹人员调配、薪酬分配、资源共享等，形成优质医疗资源上下贯通的渠道和机制。

（一）促进人力资源有序流动。统一调配医技等资源，发挥现有资源的最大使用效率。医联体内统筹薪酬分配，充分调动医务人员积极性。鼓励医联体内二级以上医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术和管理人才。在医联体（包括跨区域医联体）内，医务人员在签订帮扶或者托管协议的医疗机构内执业，不需办理执业地点变更和执业机构备案手续。

（二）提升基层医疗服务能力。充分发挥三级公立医院牵头引领作用，针对区域内疾病谱和重点疾病诊疗需求，派出医务人员通过专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、科研和项目协作等多种方式，促进优质医疗资源共享和下沉基层。

（三）统一信息平台。加强规划设计，充分发挥信息系统对医联体的支撑作用，结合建立省、市、县三级人口健康信息平台，统筹推进医联体相关医院管理、医疗服务等信息平台建设，实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享，实现医联体内诊疗信息互联互通。医联体可以共享区域内居民健康信息数据，便捷开展预约诊疗、双向转诊、健康管理、远程医疗等服务，方便患者看病就医，提高医学科研技术水平。发挥远程医疗作用，促进医疗资源贴近城乡基层，探索实行远程医疗收费和支付政策，促进远程医疗服务可持续发展。

（四）实现区域资源共享。医联体内可建立医学影像中心、检查检验中心、消毒供应中心、后勤服务中心等，为医联体内各医疗机构提供一体化服务。在加强医疗质量控制的基础上，医联体内医疗机构间互认检查检验结果。探索建立医联体内统一的药品招标采购、管理平台，形成医联体内处方流动、药品共享与配送机制。

五、保障政策

（一）进一步落实政府办医主体责任。加大中央基建投资支持力度，加快补齐医联体发展短板，提高区域内疑难重病诊疗能力、县级医院综合能力以及远程医疗

协作水平，推动医联体更好在基层发挥作用。地方各级人民政府要落实办医主体责任，落实公立医院投入政策，建立财政补助资金与绩效评价结果挂钩机制。医联体内各医疗机构的产权归属保持不变，继续按照原渠道拨付财政补助经费。鼓励医联体通过技术支援、人才培养等方式，吸引社会办医疗机构加入并发挥作用。

（二）进一步发挥医保经济杠杆作用。发挥医保对医疗服务供需双方的引导作用。合理拉开基层医疗卫生机构、县级医院和城市大医院间报销水平差距，增强在基层看病就医的吸引力，引导参保患者有序就诊。探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种付费方式，并制定相应的考核办法，引导医联体内部形成顺畅的转诊机制，促使优质医疗资源下沉。

（三）完善人员保障和激励机制。按照“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”的要求，完善与医联体相适应的绩效工资政策，健全与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配激励机制。落实医院用人自主权，实行按需设岗、按岗聘用，建立能上能下、能进能出的灵活用人机制。创新人事管理制度，完善与医联体相适应的职称晋升办法，实行科学评价，拓展医务人员职业发展空间。

（四）建立与医联体相适应的绩效考核机制。强化考核和制度约束，建立医联体考核指标体系，重点考核医联体技术辐射带动情况、医疗资源下沉情况等，不单纯考核业务量，要将三级医院医疗资源下沉情况、与基层医疗卫生机构协作情况以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等指标纳入考核体系，引导三级医院履行责任、完善措施，主动帮扶基层，切实发挥引领作用，引导各级各类医疗机构积极参与。将考核评价结果作为人事任免、评优评先等的重要依据，并与医务人员绩效工资、进修、晋升等挂钩。

六、组织实施

（一）加强组织领导。各地各有关部门要进一步提高思想认识，把医联体建设作为深化医改的重要内容和增进人民健康福祉的有力举措，切实加强组织领导，建立部门协调推进机制，完善配套措施，确保工作顺利开展。地方各级人民政府要抓紧制定适合本地区医联体建设的实施意见或方案，明确医联体建设目标及时间进度，按时、

保质完成工作任务，2017年6月底前各省（区、市）都要明确推进医联体建设的工作方案，10月底前所有三级公立医院都要启动医联体建设工作。

（二）明确部门职责。各有关部门要加强统筹协调和联动互动，及时出台配套文件，发挥政策的叠加效应，保证改革措施有效落实，以医联体建设为抓手促进公立医院改革、医保支付方式改革、分级诊疗制度建设等体制机制创新。卫生计生行政部门和中医药管理部门要加强对医联体建设的监管，明确医联体组织管理和分工协作制度，牵头制定相关技术文件。发展改革（价格）部门要完善医药价格政策。科技部门要会同卫生计生行政部门支持国家临床医学研究中心建设，促进医联体发展。财政部门要按规定落实财政补助政策。人力资源社会保障部门要加强医保医疗服务监管，推进医保支付方式改革，完善绩效工资分配机制。国家开发银行要发挥开发性金融“投贷债租证”综合金融服务优势，支持医联体及相关基础性建设。

（三）加强督查评估。国家卫生计生委要会同各有关部门通过调研、专项督查、定期评估等方式，及时掌握工作进展，指导各地有序推进医联体建设，保障医疗质量安全。要给各地改革探索留出空间，及时总结推广有益经验，发挥典型带动作用，调动地方积极性。各省级卫生计生行政部门要会同有关部门建立医联体效果评估机制和绩效考核方法，综合评估质量、安全、效率、经济与社会效益等因素，以强基层为重点，严格落实责任制和问责制，增强大医院帮扶基层和控制不合理医疗费用的动力。要坚持问题导向，防止和破解大医院垄断资源、“跑马圈地”、“虹吸”基层资源、挤压社会办医空间等问题。

（四）强化宣传培训。地方各级人民政府要开展医疗机构管理人员和医务人员的政策培训，进一步统一思想、形成共识。要充分发挥公共媒体作用，加强对分级诊疗和医联体建设的宣传，提高社会认可度和支持度，引导群众改变就医观念和习惯，逐步形成有序就医格局。

国务院办公厅

2017年4月23日

在岁月中修养自己

■人力资源部 / 罗晓俊

做一个自律的人，不妄没于势力，不诱惑于事态，心有长城，能挡狂澜万丈。

曾看过《严歌苓：写作是自律并坚持的日常生活》一文，里面提到我国华裔女作家严歌苓的自律生活。她每天写作六小时，每隔一天就要游泳 1000 米。每隔一两年，严歌苓的名字就会出现在畅销书架或者改编的影视作品上。她出书就像交作业一样“规律”，她总会被问：“你怎么能写那么多书？”严歌苓的答案跟她每天的生活一样简单：“我当过兵，对自己是有纪律要求的，当你懂得自律，那些困难都不算什么。”

做一个自律的人，就是能率真地面对自我，素心为人，侠义交友；就是能做到才华应韞、德居人前，利在人后；就是能面对形形色色的诱惑，做到心不动、眼不迷、嘴不馋、手不伸。

你有多自律，就有多自由。

做一个守静的人，宠辱不惊，闲看庭前花开花落，去留无意，漫随天外云卷云舒。静，是一颗平常心，是一种气度，是一种境界。守静，就是守志向、守本心、守清贫、守气节、守志向。守静，就是要做一个身置闲处，心中安静的人。周国平的散文集中有这么一句话：人生最好的境界是丰富的安静。安静，是因为摆脱了外界虚名浮利的诱惑。丰富，是因为拥有了内在精神世界的宝藏。一颗冷静的心，可跳出世俗的羡慕；一颗安静的心，可消磨贪

念与执迷；一颗沉静的心，可拥有闲散的志趣；一颗守静的心，亦如苏东坡的：莫听穿林打叶声，何妨吟啸且徐行。竹杖芒鞋轻胜马，谁怕？一蓑烟雨任平生。料峭春风吹酒醒，微冷，山头斜照却相迎。回首向来萧瑟处，归去，也无风雨也无晴。

做一个挑战自己的人，知人者智，自知者明，胜人者有力，自胜者强。一个人，能了解别人，慧眼识人，是聪明人，但能够认识自己、了解自己人，才是真正有智慧的人；能够战胜别人的，是有力量的勇士，但能够战胜自己的人，才是真正的强者。

生活，是一本教科书，很多时候，我们身边的环境，并不如我们所愿，在困境中，更需要学会欣赏自己，相信自己，肯定自己，鼓励自己，这样，你就会发现，你的生命将焕发新的生机。生活原本如此美好，天空原本如此晴朗，需要改变的，不是身边的环境，只是我们的心态。

做一个自省的人，吾日三省吾身。自省，就是通过自我意识来省察自己言行的过程。“静坐观心，真妄毕现”。夜深人静时，独坐观心，自我反省，这时候，就可以得到大机趣，得到大惭愧。反省，是一面镜子，是一剂良药，是把自己引向做一个有尊严、有人格的人的阶梯。

桃源至今不可得，自种桃花在堂前。一切，从自己做起，从现在做起，门前，自有桃花绚丽开放；生命，因此充满生机和乐趣。

0.5 元的故事

有一个小孩，大家都说他傻，因为如果有人同时给他 0.5 元和 1 元的硬币，他总是选择 0.5 元的。有个人不相信，就拿出两个硬币，一个 1 元，一个 0.5 元，叫那个小孩任选其中一个，结果那个小孩真的挑了 0.5 元的硬币。那个人觉得非常奇怪，便问那个孩子：“难道你不会分辨硬币的币值吗？”孩子小声说：“如果我选择了 1 元钱，下次你就不会跟我玩这种游戏了！”

哲理：这就是那个小孩聪明之处。而更多的人在社会上，却常有一种不拿白不拿，不吃白不吃的贪婪！殊不知你的贪不仅损害了他人的利益，还会使他人对你的贪反感。

吃饭、睡觉、打豆豆

2016 年 12 月 31 日晚，在罗振宇“2016 跨年演讲”上，作为串场嘉宾，万科董事局主席王石与大家分享了他践行“终身的学习者”的感悟和体会。

作为名人，特别是在 2016 年，“争议”和“绯闻”不断的王石一上台，便引来热烈掌声。王石知道无法回避关于他的“争议”和“绯闻”，与其避而不谈，不如主动出击，于是，开口第一句话便问道：“你们想听什么？”在观众长时间掌声中，王石抿嘴一笑，你们想听的那些，15 分钟肯定不够，既而，四两拨千斤，引用了庄子的一句话，巧妙地化解了难题。他说：“庄子说过‘吾生也有涯，而知也无涯。’也就是说，我们的生命是有限的，而知识是无限的。表达的意思是：在有限的生命中，尽可能多地学习和掌握一些知识。”

如何成为“终身的学习者”，王石从“吃饭、睡觉、打豆豆（锻炼）”三件看似不相关的事情谈起。

一、吃饭。没有人不会吃饭，但怎么个吃法，却大有学问。王石在出国学习期间，强迫自己不吃中餐，只吃西餐。就这么个小小的改变，坚持了三个月，让王石脑洞大开，不仅认识了众多朋友，口语能力迅速提升，而且让他很快融入了当地文化，就连在当地生活多年的教授都自叹不如王石懂得多。王石表示，就是因为该教

授不吃西餐，下班就回家吃中餐，缺少了与朋友聚会聊天的机会。在美国，吃西餐很快，但吃完西餐总要在一起聊上二三个小时，你要提前离场，都不好意思。吃饭事小，聊天事大，不仅拉近了彼此距离、而且学问大长。

二、睡觉。睡好觉，对保持精力很重要。王石表示，别让他闭上眼，只要一闭眼，那就是睡着了，无论是在车上，还是在飞机上，即使再颠簸的路途，也是闭眼就着。在他看来，闭上眼，1 分钟内必须睡着，如果 3 分钟内没睡着，那就是失眠。王石一次失眠都没有过。他说，能保证睡好觉的背后是“心态”，有了好心态，天大的事，也不算个事。

三、打豆豆（锻炼）。王石早年爱好爬山运动，曾两次爬上珠峰，现在酷爱皮划艇运动。他说，爬山时，主要靠个人能力和努力，多少有一些英雄主义色彩和英雄主义情结。而皮划艇则是个集体运动，要靠大家齐心协力才能取得胜利，划的过程中，还要有人组织，互相间配合运动。为了皮划艇，王石两只手都磨出了厚厚的老茧。

哲理：往往越简单的事，越难做。“吃饭，睡觉，打豆豆（锻炼）”看似简单，坚持下来不是件容易的事，背后都有其深刻的道理。

助人为乐

刘鹏 阿坝州公安消防支队司令部警训科科长。他在探亲途中客车突遇险情，生死瞬间他果断扑向驾驶室，牢牢攥住方向盘，避免了客车坠毁的重大伤亡事故，挽救了 32 名乘客的生命。

诚实守信

金少林 眉山市仁寿县居民。第四届四川省“诚实守信模范”。他身残志坚艰苦创业，自费 28 万元为乡亲们修桥，因此背上巨额债务。虽然病魔缠身，但他 20 年来坚持打工挣钱，也要还清每一笔借款。

孝老爱亲

赵凤林 南充市西充县太平镇敬老院院长。她投身敬老事业 30 余年，用自己孱弱的身躯支撑起了敬老院“百口之家”。她先后照顾了 151 位老人，亲手为 74 位老人收敛送终。

见义勇为

胡昌学 广安市华蓥市村民。他为抢救一名老人，被倒塌的房屋压伤，不得不摘除脾脏；他为抢救 2 名落水少年，从 7 米高的河岸纵身跳下，导致双腿粉碎性骨折，至今仍无法正常行走。

敬业奉献

蒋乙嘉 遂宁市蓬溪县常乐镇拱市村党支部书记。经商致富之后，他却不愿再当老板，甘愿带领村民，一心建设家乡，让村里实现了“兴业、家富、村美、人和”的景象。

腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术 86 例临床研究

■ 石棉县人民医院 / 李富林

【摘要】 研究腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术的临床治疗效果。**方法：** 选择 2013 年 1 月至 2014 年 12 月我院收治的 86 例小儿腹股沟斜疝患儿作为研究对象，根据双盲法把 86 例患儿分成对照组与研究组，每组各 43 例。对照组应用传统腹股沟斜疝疝囊高位结扎术，研究组应用腹腔镜下直视穿刺行疝囊高位结扎术，对比两组患儿手术效果与术后并发症情况。**结果：** 研究组手术时间、术中出血量、住院时间等都少于对照组，两组对比差异显著 ($P < 0.05$)；研究组术后并发症少于对照组，两组对比差异显著 ($P < 0.05$)。**结论：** 小儿腹股沟斜疝应用腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术临床治疗效果理想，能减少对患者造成的损伤，缩短患者的手术时间和住院时间，更好地处理对侧的隐匿性疝，减少并发症发生，值得推广应用。

【关键词】 腹腔镜；疝囊超高位结扎术；并发症

小儿腹股沟斜疝在普通外科较为常见，男孩发病率是女孩 10 倍，尤其早产儿发病几率较大，极易发生在两侧。随着腹腔镜在我国临床应用的普及，以腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术在临床上得到了进一步应用 [1]。本次研究中，选择 2013 年 1 月至 2014 年 12 月我院收治的 86 例小儿腹股沟斜疝患儿作为研究对象，其中研究组应用腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术取得了理想的效果，研究组和对照组传统腹股沟斜疝疝囊高位结扎术进行对比，为临床应用提供更多的参考，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 1 月至 2014 年 12 月我院收治的 86 例小儿腹股沟斜疝患儿作为研究对象，根据双盲法把 86 例患儿分成对照组与研究组，每组各 43 例。对照组男性 38 例，女性 5 例；患儿年龄 0.6-6 岁，平均年龄 (2.2 ± 0.5) 岁；有 10 例为双侧疝，有 33 例为单侧疝，10 例双侧疝中有 5 例为术中发现隐匿疝；研究组男性 37 例，女性 6 例；患儿年龄 0.6-6 岁，平均年龄 (2.2 ± 0.5) 岁；43 例均为单侧腹股沟斜疝。两组患儿性别、年龄等一般资料进行对比，无明显组间差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组取静脉复合麻醉，选择 2-3cm 切口，切开皮肤和皮下组织、腹外斜肌腱膜，再将提睾肌进行分离，将疝囊打开，游离精索与输精管，将疝囊到疝囊颈部高位结扎进行分离，止血后将精索睾丸复位，再将切口和皮肤缝合 [2]。

研究组选择气管插管全身麻醉，取平卧术侧抬高位，在患儿脐部选择 0.5cm 切口，为患儿建立 CO_2 气腹，行腹腔镜下直视穿刺，掌握疝内环口的位置，观察患侧对面是否有隐性疝。通过腹腔镜直视在患者患侧进行穿刺，在内环口体表投影选择切口，在患儿腹股沟内环 12 点沿腹膜外环口穿入送线雪橇针，将精索避开，在内环口下方中点穿出腹膜，再把线头送回腹腔，将雪橇针拔出。在雪橇针位置穿刺，对侧应用同样的穿刺方法，以抓钳把线头放到雪橇针带线内，再把线夹出患儿的腹壁外，

将阴囊内积气和积液挤出，将缝线收紧，在皮下打结结束手术 [3]。

1.3 观察指标

观察并记录两组患者临床治疗情况及并发症等。

1.4 统计学方法

SS17.0 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 比较两组患儿手术情况

研究组手术时间 (7.1 ± 3.2) min，术中出血量 (0.83 ± 0.69) ml，隐藏疝 5 例，住院时间 (5.8 ± 1.2) d；对照组手术时间 (19.2 ± 5.5) min，术中出血量 (3.3 ± 0.8) ml，隐藏疝 0 例，住院时间 (3.0 ± 0.9) d；研究组手术时间、术中出血量、住院时间等都少于对照组，两组对比差异显著 ($P < 0.05$)；

2.2 比较两组患者术后情况

术后随访 6 个月，研究组术后出现 7 例并发症，其中 5 例为阴囊水肿，2 例为伤口轻度感染，阴囊水肿住院观察一周后消失，伤口感染经抗感染治疗后痊愈；对照组出现 1 例并发症为阴囊水肿，经住院观察后消失。研究组术后并发症少于对照组，两组对比差异显著 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1: 比较两组患者术后并发症情况 (n/%)

组别	例数 (n)	并发症 (n)	并发症发生率 (%)
研究组	43	1	2.32
对照组	43	7	16.28
卡方值	4.9615		
P 值	0.02		

3 讨论

小儿腹股沟斜疝属于先天性疾病，多发病于男性，右侧发病比左侧多出 2-3 倍，双侧发病患儿较为少见。腹腔镜是一种微创手术方法，随着医生技术操作的纯熟，很多传统开放式手术都改为腹腔镜手术，减少了患者的手术创伤，降低了术后并发症发生率。与传统手术对比，腹腔镜手术切口小，对患者造成的痛苦小，利于患者恢复等优势，患者更容易接受，这种手术方式也是外科手术的发展趋势。腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术在临床应用时间并不长，手术效果却与传统手术一致。腹腔镜下对患儿腹股沟的精索和血管等解剖结构可以更

清楚地辨认，不需要将腹股沟区和血管、神经等解剖和分离，减少了对精索和血管等造成的损伤，缩短了手术时间和术中出血量 [4]。

腹腔镜手术不会将另一侧隐匿疝遗漏，通过手术能对双侧内环口都完成探查，减少了对另一侧的损伤，在腹壁行 0.5cm 切口就可以完成手术，患儿只会留下很小的疤痕。有些患儿是单侧疝就诊，在另一侧却发现了隐匿性疝。有 20% 患儿单侧发病术中查出双侧腹股沟疝，行传统手术并不能及时发现对侧隐匿疝，术后 1-3 个月另一侧会发生腹股沟疝需要再次进行手术治疗，影响患儿的正常发育 [5]。

腹腔镜下行疝囊超高位结扎对患儿产生的创伤较小，术后没有明显的疼痛，而且术后 4h 就可能恢复正常饮食。本次研究结果显示，研究组术后出现 7 例并发症，对照组出现 1 例并发症为阴囊水肿，研究组术后并发症少于对照组，两组对比差异显著 ($P < 0.05$)，与报道一致 [6]。可见，腹腔镜下直视穿刺行疝囊超高位结扎术治疗小儿斜疝安全有效，患儿术后恢复更快，并发症更少，值得推广应用。

【参考文献】

- [1] 朱熠林、陈杰、王明刚等. 腹腔镜疝囊高位结扎术治疗儿童腹股沟疝的经验 [J]. 首都医科大学学报, 2011, 32 (5): 674-677.
- [2] 陈伟、丁祥飞、陈佑江等. 单孔腹腔镜下应用大圆针行疝囊高位结扎术治疗小儿腹股沟斜疝的临床体会 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2013, 18 (10): 748-750.
- [3] 周正强、高丽莉、李功俊等. 经脐单孔腹腔镜手术治疗儿童腹股沟斜疝的临床研究 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2011, 16 (5): 389-390.
- [4] 孟繁杰、王海刚、李燕书等. 单孔腹腔镜疝囊高位结扎术在儿童腹股沟斜疝中的应用 [J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2013, 7 (1): 38-40.
- [5] 瞿明. 微型横切口疝囊高位结扎术治疗小儿斜疝 [J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2012, 6 (3): 859-861.
- [6] 康灵斌. 小儿疝囊传统高位结扎术与腹腔镜高位结扎术的疗效比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24 (16): 3615-3616.

跟骨骨折内固定蛋壳技术应用 10 例报告

■石棉县人民医院 / 高 驰

我院 2013 ~ 2015 年对 10 例跟骨骨折患者，采用切开复位钢板内固定蛋壳技术治疗，取得了较满意的疗效，现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 10 例跟骨骨折患者，男 5 例，女 5 例。年龄 16 ~ 64 岁，平均 40 岁。高处坠伤 7 例，车祸伤 3 例。术前均行 X 线侧、轴位片及 CT 扫描，按 Sanders 分型，II 型 4 例，III 型 5 例，IV 型 1 例。伤后 7 ~ 14d 手术。

1.2 治疗方法

采用持续硬膜外或腰麻麻醉，上止血带，俯卧位或侧卧位。手术入路选择跟骨外侧弧形切口，自跟骨结节上方，绕过外踝尖端之下至跗骨窦，注意保护腓肠皮神经。切开皮肤与皮下组织直达跟骨外侧壁骨膜，将腓肠皮神经与腓骨短肌腱留在皮瓣内，如显露困难时可将肌腱从腱鞘内游离，显露整个跟骨外侧壁、距下关节及跟关节。将外侧壁骨折块掀开，用骨膜剥离器将后关节面撬起，同时用手自两侧挤压跟骨，恢复跟骨的宽度、高度和长度，对于复位后有骨缺损者不需要植骨，用克氏针将已复位的骨折块临时固定以维持复位，选择合适的跟骨钢板，螺钉固定，如同鸡蛋壳破碎后，只需要恢复蛋壳原来形状，不需要内部缺损植骨，降低患者经济负担。关闭切口时，切口两端可酌情置入 1 ~ 2 条橡皮片引流，切口加压包扎，缝合皮下时要做到严密的缝合和避免缝扎腓肠皮神经。术后患肢抬高以肿胀消退，常规使用抗生素 3d 左右，术后 24-48h 拔除引流片。对于切口渗血较多的患者应勤换药，保持切口干燥，术后 5d 进行踝关节的功能锻炼，2 周后开始间断拆线，术后 6-8 周练习负重行走。

2 结果

术后 X 线片显示，骨折解剖复位 9 例，跟骨长、宽、

高恢复正常。关节面相差 2mm 以上者 1 例。无切口感染及钢板螺钉松动等并发症。平均随访 15 个月，骨折均愈合。

3 讨论

跟骨骨折多为暴力所致，骨折的严重粉碎、压缩和明显移位引起后足短缩、增宽和高度丢失，松质骨压缩、缺损明显，恢复跟骨外形后，常规需要植骨填充缺损，费用高，增加患者经济负担，蛋壳技术的应用只恢复跟骨的长度、高度和宽度及距下关节的重建，缺损部分由术后血肿机化、骨痂生长填充，明显降低手术费用。

手术时良好的暴露、准确的复位和内固定是提高疗效的关键。本组 10 例手术的暴露均采用跟骨外侧弧形切口，充分暴露距下关节的后关节面，跟骨整个外侧壁及跟关节面。根据术前评估，进行器械复位，避免反复复位造成骨折块游离。恢复跟骨的纵向轴及跟骨的宽度，纠正跟骨内外翻角是恢复跟骨后关节突完整性和跟骨高度的前提，因为它的改变导致跟骨关节突的复位失去了标准和极不稳定，利用复位钳或打入克氏针将跟骨结节向后下方向牵引和内外侧挤压跟骨是十分必要的。骨折复位后，钢板的两端及最高点 3 枚螺钉分别固定于跟骨前部或骰骨、内侧的载距突及后侧的跟骨结节，以维持复位后跟骨形态，支撑塌陷的关节面，跟骨体部大范围的骨质缺损，不需要植骨，由术后血肿机化、骨痂生长填充，10 例患者术后未见明显跟骨塌陷，证明植骨与不植骨对愈合无明显差异。

术后处理时由于跟骨周围软组织覆盖少，跟骨骨折手术切口一旦裂开，单纯换药或植皮一般不能成功，常需游离组织移植，术后引流及有抗生素保护对预防感染的发生意义重大。本组 10 例患者无皮肤坏死、切口裂开、感染者。

心身医学在临床消化内科中的实践一例

■石棉县人民医院 / 冯晓霞

心身疾病是指社会心理因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和躯体功能性障碍。而心身医学是研究心理因素在躯体疾病发生、发展中的学科，属于医学的分支，它提供生物-心理-医学-社会医学模式，重点研究心理因素与躯体疾病的病理关系。据世界卫生组织 (WHO) “综合医疗机构中的心理障碍”全球合作研究报道，患有心理障碍的患者中有 99.1% 是以躯体不适为主到综合医院就诊的。综合医院中门诊的患者大部分以多种症状前来就诊，在多个系统症状中，消化系统症状的出现比率较大。

王某，女，58 岁，某单位退休职工。主诉：下腹部疼痛，反酸，消化不良，消瘦半年。曾在当地多家医院反复就诊两年。多次行消化道造影和胃镜检查。在消化内科也检查过多次，结论基本一致：慢性胃炎、胃溃疡。临床以胃炎、胃溃疡和功能消化不良治疗多年，疗效均不佳。

后转诊到医院心理门诊就医，起初患者对转诊到心理科满存疑惑，明明是胃痛，为什么不看消化科，而到心理科。

经过心理医生仔细地询问病史，发现除了胃痛，反酸，食欲减退，消化不良，消瘦外，患者还有明显的睡眠障碍，易紧张，焦虑，烦躁不安，爱发脾气，情绪低落，生活兴趣爱好与以前相比明显减少。在对过去病史的详

细询问时，患者提到三年前老伴的去世对自己打击很大，随后患者睡眠质量明显降低，经常失眠，主要以入睡困难为主，情绪也很低沉，高兴不起来，整日闷闷不乐。以前喜欢与人交往，尤其与小区的老同事老邻居经常串门聊天，现在却很少来往。整天呆在家中，平时喜欢的电视节目也不爱看了，家务活也是勉强应付。

经过对患者进行精神心理检查，结合以上临床表现，考虑患者为抑郁症，让患者停药以前所服用的所有的胃药，服用抗抑郁药物草酸艾司西酞普兰进行正规治疗 6 个月，并通过心理咨询和心理治疗，生理和心理症状逐步缓解，基本恢复正常的生活。

评价：抑郁症及焦虑症能够引起某些消化系统的疾病，常见的病症表现为：食欲减退、厌食、恶心、呕吐、腹胀、腹部不适或隐痛、大便不规律、腹泻等，这些症状会反复发作，同时这些症状和器质性消化系统疾病临床表现相似。焦虑抑郁病人因为神经系统会经常处于紧张状态，导致自主神经功能亢进，这样就有可能导致胃酸分泌过多、胃肠蠕动减弱，胃排空延迟，胃肠蠕动不协调性引起一系列复杂的症候群：饱胀、暖气、反酸、烧心、腹痛等。如果这些症状不能得到准确和合理的诊断以及治疗，那么久而久之，心神的互相影响，就会形成恶性循环，这样不但能够增加患者的经济负担，还会增加患者的心理负担。长期下去，如果不及时控制，在

一定情况下可能成为器质性消化系统疾病的病因。

研究表明，持续的负性情绪状态可导致人的生理活动不同程度地发生相应的改变，会造成人的健康状况发生变化，严重者还可使人患生理疾病。人在日常生活中，难免遭遇挫折和打击，如经济困难、事业失败、亲人患病或离世、离婚等，在应激情况下，情绪反应比较强烈，这些不良情绪会影响到身体的各个系统，长期下去就会患各个系统的疾病，心身疾病的发生就不可避免。尤其是消化系统，对情绪反应更加敏感，经常的悲伤、痛苦、郁闷、心烦、悲观失望等，致使消化系统的功能已然悄悄发生了变化，如胃肠蠕动减慢，胃液分泌水平异常，就会出现食欲减退、腹胀、恶心呕吐、胃痛等，继续发展就可能发生疾病，如慢性胃炎、消化性溃疡、肠道刺激综合征、溃疡性结肠炎，甚至消化道恶性肿瘤等。另一方面，人在患病后，由于疾病的痛苦，造成对一个人的工作、生活和学习许多影响，给自身及家人带来沉重的心理负担，也影响了患者对疾病的自信心，更加增加了负性情绪的困扰，如此恶性循环，致使生理、心理功能不断恶化，就会加重疾病的不良转归。

该案例患者存在着明显的生活应激事件，老伴去世后心情一直不好，悲伤的情绪一直困扰着她，生活一直处于消极状态，由于一直没有引起足够的重视，也没有寻求专业医生的帮助，没有意识到不良情绪会严重影响到人的生理和心理健康，致使情况不断恶化，导致抑郁症的发生，且未得到有效的帮助和调节，不可避免地患上胃炎、消化性溃疡。由于消化系统疾病背后的实质是精神卫生问题，故仅仅治疗躯体疾病，而不考虑精神心理疾病，认识不到心身的相互影响，从而造成长期疗效不佳。

在临床实践中发现，抑郁症患者因消化道症状而反复在消化科就诊、反复做多种检查的情况是相当多见的，这一例患者仅胃镜就做了多次，之所以重复检查，可能与患者的主观感受差别较大及消化科对症治疗效果欠佳有关，同时与临床医生固有的思维模式和缺乏心身一体化的理念有关。因此，患者长期为某些躯体不适的痛苦所困扰，经常辗转于不同医院，客观检查所见与症状不符，对症治疗效果不佳，常常提示患者可能存在一定的心理障碍。该例患者被建议看心理医生时自己还意识不到自己的心理健康状况出现了问题，但经过与心理门诊

医生的交流与沟通，发现了诸多焦虑抑郁的症状表现，经过抗抑郁药物草酸艾司西酞普兰的系统治疗和心理咨询与治疗，长期困扰患者且一直疗效很差的消化道症状，随着抑郁和焦虑症状的改善而获得改善。

由于心身疾病的发病既有遗传因素导致的中枢神经递质水平和神经体液机制调节的异常，又有社会心理因素及认知方面的影响，因此，在临床实践中必须注意综合性的治疗手段。

（一）心理治疗

首先，应强调心理认知治疗。由于患者大多以躯体症状就诊于临床科室，因此必须提出充分依据排除器质性疾病的诊断。进而用心身医学的观点对其症状进行详尽的分析，包括性格和社会心理因素与躯体症状产生的相互关系和相互影响，这对于患者消除疑虑，建立良好的医患关系是至关重要的，部分心身疾病患者经过良好的心理认知治疗后，躯体症状都会获得不同程度的缓解。

其次，应该从临床专业角度给予患者必要的保证和承诺，解除其对自身症状的担忧和焦虑。当然指导患者如何提高心理素质、增强心理防卫能力也是十分重要的，如对不愉快的情绪采取遗忘、转移、投射等方法进行疏泄。

此外，学会放松治疗也会起到很好的效果。无论是紧张、焦虑、抑郁、恐惧、悲伤的情绪都会加重心身疾病的症状，因此可以指导患者采取各种措施来放松情绪，如健身运动、音乐欣赏、各种感兴趣的娱乐活动、瑜伽和太极拳等。患者处于焦虑和抑郁状态下，往往不愿活动，缺乏主动性，因此可作为医嘱进行督促和指导。

（二）药物治疗

产生心身疾病的不良情绪其物质基础往往与其脑内某些神经递质水平异常有关，尤其是 5-羟色胺水平的降低，因此，在精神科和心理科医生的指导下，药物治疗是取得持续稳定疗效的重要手段。

消化系统疾病在人群中属于常见病、多发病，在临床上患此类疾病的病人较多。但是，医生在临床实践中还常常见到这种现象，许多患者虽然有明显的消化道症状，但经过各种检查、化验后，却无明显的阳性发现，这类病人的症状往往是由消化系统的功能障碍引起的，若仔细地询问病史，了解病人的周围环境及工作生活状况，往往会发现，这些病人症状的出现、消失，常常与明显的社会心理因素的影响有关。此外，一些消化系统

的器质性疾病也和心理社会因素有一定联系，不同程度地会出现心理反应，产生自主神经功能紊乱和情绪失调等。

为了进一步加强对消化系统心身疾病深入系统的了解，首先要理解心身疾病的知识。一种情况是，确实存在明显器质性病变，理化检查有特定指标，致病因素有生物和理化因素参与，但在其发生、发展的整个过程中，心理社会因素一直都起着重要作用的一类疾病，如消化性溃疡、溃疡性结肠炎、慢性胰腺炎、反流性食管炎、慢性胃炎、慢性胆囊炎及肝炎后综合征等。另外一种情况是，虽有明显的消化系统症状，但经各种理化检查很少有阳性发现，其症状的出现与消失，常常与某些心理、社会因素有着密切关系的功能性消化系统疾病，如功能性消化不良、神经性呕吐、神经性厌食、神经性贪食、肠易激综合征、神经性暖气、异食症、习惯性便秘、气体贮留症、周期性呕吐和反胃或反酸症等。

大部分临床医生依然固守生物医学模式的思维，缺乏对生物——心理——社会医学模式的理解和认识，对心身疾病的认识不够深刻。因此，还习惯于从躯体症状中寻找病理因素，于是会对患者进行各种检查，并给予传统的药物治疗，这样就很难取得令人满意的治疗效果，无奈之下，患者常常被贴上功能性疾病或神经官能症的标签，备受生理和心理的双重折磨。

因此，作为临床医生，应该打破传统的思维模式，强化心身一体化的理念，及时发现患者的问题，及时给予心理卫生转介治疗，不但能够解除患者的痛苦，真正达到使患者在生理、心理和社会功能三个维度上保持良好健康状态的目的，也会避免造成大量的医疗资源浪费。在临床实践中，医务人员若能形成心身一体化治疗与康复的新的医学思维，不仅有助于提升临床各科室医疗服务质量和水平，同时也为医学科研提供了拓展思路，加强科室之间的积极协作，达到多赢目的。



小儿体液平衡特点和液体疗法

■石棉县人民医院 / 陈桂琴

腹泻是婴幼儿时期的常见病、多发病，是导致婴幼儿死亡的主要原因之一。本病夏秋季节发病数量高，年龄多在1岁半以下，目前婴幼儿腹泻从病因上可分为感染性和非感染性腹泻两大类，前者可由细菌、病毒、霉菌、寄生虫感染引起，后者主要是由饮食因素和气候因素导致。在感染因素引起的腹泻中，以细菌的病毒感染最为多见。下面谈谈腹泻导致的小儿体液平衡特点和液体疗法。

1. 体液的总量和分布：年龄愈小，体液总量相对愈多，这主要是间质液比例较高，而血浆和细胞内液量的比例与成人相近。体液的组成：小儿体液电解质组成与成人相似。唯新生儿在出生后2~3d内，血钾、氯、磷和乳酸根偏高血钠、钙、碳酸氢根偏低的出入量：正常婴儿每日需水量约为150 ml/kg，以后每3岁减去25ml/kg，9岁时为75ml/kg。正常小儿每日失水量与需水量相等，为120~150ml/kg。

2. 液体疗法常用溶液：非电解质液：常用5%和10%葡萄糖溶液。前者为等渗液，后者为高渗溶液，但葡萄糖进入体内后被氧化成CO₂和水同时产生能量供机体利用。因此葡萄糖溶液在体内可视为无张力溶液，主要用于补充水分和供给能量。电解质溶液：主要用于补充所丢失的体液，纠正体液的低渗状态，纠正酸、碱中毒及补充需要的电解质。生理盐水（0.9%氯化钠溶液）

复方氯化钠溶液（林格液）上二者均为等张液。

2.1 生理盐水含Na⁺和Cl⁻各154mmol/L，Na⁺含量与血浆Na⁺含量相近；但Cl⁻含量比血浆Cl⁻（103 mmol/L）高约50%，故大量输注可致高氯血症，尤其在严重脱水、酸中毒或肾功能不佳时，有加重酸中毒的危险。复方氯化钠溶液除含氯化钠外尚含少量钾、钙。此溶液缺点同生理盐水。

2.2 碱性溶液：用以纠正酸中毒。①碳酸氢钠：可直接增加缓冲碱，故可迅速纠正酸中毒，但在呼吸衰竭和CO₂潴留者慎用。1.4%溶液为等张液，5%为高张液。在紧急抢救酸中毒时，亦可不稀释而直接静脉推注，但多次使用有使细胞外液形成高渗之危险。

2.3 混合溶液：把各种等张溶液按不同比例配制而成混合液，这样可以避免或减少各自缺点适用于不同情况的补液需要。等张溶液以任何比例混合后仍保持等张。一般以溶液中电解质所具有的渗透压作为溶液的张力。

3. 推荐ORS配方：氯化钠3.5g、碳酸氢钠2.5g、氯化钾1.5g、葡萄糖20g口服补液，其张力为2/3张。口服补液适用于腹泻脱水的预防和轻、中度脱水的纠正。呕吐频繁、腹胀、重度脱水有休克者或口服补液无效者应改用静脉补液；新生儿肾功能不全或有严重并发症者不宜口服补液。口服补液过程除无扩容阶段外，与静脉补液基本相同，可分为下列两个步骤：①补充累积失



量：轻度脱水按 50ml/kg·d，中度脱水按 80 ~ 100ml/kg·d，少量多次口服，每 5 ~ 10min 服 10 ~ 20ml，也可用胃管滴入，8 ~ 12h 补完。期间照常哺母乳，呕吐较重者可暂禁食 4 ~ 6h，但不禁水，可另喂温开水，呕吐停止即渐恢复正常饮食。②维持补液阶段：指脱水纠正后补继续损失量和生理需要量的阶段，因 ORS 液电解质为 2/3 张，渗透压偏高，需将 ORS 液再加等量水稀释 1 倍，按 50 ~ 100ml/kg·d，少量多次口服。口服液量及速度根据情况可适当增减无脱水的腹泻患儿为预防脱水的口服补液可在家治疗，用米汤 500ml 加食盐 1.75g，煮沸数分钟按 20 ~ 40ml/kg，在 4h 内少量多次服完。如用 ORS 液也应再加等量温开水稀释一倍再服。

4. 静脉补液：用于中、重度脱水或轻度脱水伴有严重呕吐、电解质紊乱患儿，及口服补液失败者。临床上一般将需要补充的液体量分为累积损失量、继续损失量和生理需要量，但三者不能截然分开，应正确分析患儿当时脱水、电解质紊乱和酸中毒的程度、性质，合理制定补液方案；并注意做到“三定三先两补”（三定：定补液总量、定补液种类、定补液速度；三先：先盐后糖、先高张后低张、先快后慢；两补：见尿补钾易惊补钙）。

4.1 第一天静脉补液：(1) 补液总量（定量）：补液总量包括累积损失量、继续损失量和生理需要量三部分。三者之和约为：轻度脱水 90 ~ 120ml/kg·d，中度脱水 120 ~ 150ml/kg·d，重度脱水 150 ~ 180ml/kg·d，可视病情增减。(2) 补液种类（定性）由脱水性质而定：①一般等渗性脱水用 1/2 张含钠液（如 3：2：1 液）；②低渗性脱水用 2/3 张含钠液（如 3：4：2 液）；③高渗性脱水用 1/3 张含钠液（如 6：2：1 液）。若脱水性质判

断困难时先按等渗性脱水处理。

4.2 扩容阶段。适用于重度低渗或等渗性脱水，有明显循环障碍者先用 2：1 等张含钠液 20ml/kg，于 30 ~ 60min 内静脉推注，以尽快扩充血容量、纠正休克、改善循环和肾功能的速度，在 8 ~ 12h 内输完。

4.3 纠正酸中毒：临床上以代谢性酸中毒最常见；主要临床表现：根据血液二氧化碳结合力（CO₂-CP）或血浆 HCO₃⁻ 的测定结果，主要靠病史和血气分析作出诊断。典型酸中毒表现为精神萎靡或烦躁不安、呼吸深快、口唇樱桃红、腹痛、呕吐、昏睡、昏迷。酸中毒时细胞通过 H⁺-K⁺ 交换使细胞外液 K⁺ 增高，可引起心律失常和心力衰竭；酸中毒时血浆游离钙增高，在酸中毒纠正后下降，可使原有低钙血症的患儿发生手足搐搦。新生儿和小婴儿的呼吸代偿功能较差，酸中毒时其呼吸改变可不典型，往往仅有精神萎靡、拒食和面色苍白等，积极治疗原发病。轻度酸中毒经病因治疗后通过机体代偿可自行恢复，不需碱剂治疗，轻、中度酸中毒无需另外补碱。重度酸中毒可根据血气分析或 CO₂-CP 另算碱性溶液补给量。

(1) 1ml 5% 碳酸氢钠 = 1.4% 碳酸氢钠 3.57ml；即 5% 碳酸氢钠 1 份加 2.57 份 5% ~ 10% 葡萄糖液即为 1.4% 的碳酸氢钠；计算出的用量可先给 1/3 ~ 1/2 量，余量视病情需要补充。

(2) 在无条件测定血气或测定结果尚未出来以前，可暂按提高血浆 CO₂-CP 5mmol/L 计算；1.4% 碳酸氢钠或 1.87% 乳酸钠 3ml/kg 约可提高 CO₂-CP 1mmol/L，故可先给与，必要时 2 ~ 3h 后可重复，简便易行。

(3) 由于机体的调节作用，大多数患儿无需给足总需

要量即可恢复，故在静滴 4h 后（不宜过早，以保证输给的 HCO₃⁻ 在细胞内、外液中达到平衡）应再复查血气，决定是否继续用药。重度酸中毒伴重度脱水时，可先用 1.4% 碳酸氢钠 20ml/kg 静滴（总量不超过 300ml），起到既纠酸又扩容的作用。

4.4 低钾血症和补钾：血清钾 < 3.5mmol/L 为低钾血症。临床表现：神经肌肉兴奋性降低。表现为肌无力（弛缓性瘫痪、呼吸肌无力）、腱反射消失、肠麻痹等；心血管表现：缺钾时心肌收缩无力、心脏扩大；表现为心音低钝、心动过速、心衰、心跳骤停。心电图示 ST 段下降、Q-T 间期延长、出现 U 波、室上性或室性心动过速、室颤，亦可发生心动过缓和房室传导阻滞、阿-斯综合征；治疗：在治疗原发病的同时，注意钾的补充；钾的补充坚持下列原则：时间不易过早。治疗前 6h 曾经排尿或补液后有尿才可补钾；剂量不宜过大。一般给氯化钾 200 ~ 300mg/kg/d，口服即可，重者给氯化钾 300 ~ 400mg/kg/d，可加入液体中静滴或部分口服，浓度不宜过高。静脉滴注时氯化钾的浓度不可超过 0.3%，切忌不可稀释静注；速度不宜过快。全日补钾总量静滴时间不得短于 6 ~ 8h，缺钾不重者尽量口服，久泻、营养不良或重度脱水缺钾较多者至少需 4 ~ 6d 逐渐补足。一旦脱水纠正，

吐泻好转，饮食恢复，缺钾症状消失即可停止补钾。

4.5 钙、镁的补充：一般不必补充，但在补液过程中出现抽搐考虑低钙者，可用 10% 葡萄糖酸钙 5 ~ 10ml 稀释后静脉缓注，必要时可重复使用。个别患儿补钙无效，考虑有低镁血症者，可测血清镁，并可每次用 25% 硫酸镁 0.1 ~ 0.2ml/kg，缓解后停用。

4.6 低钠血症和补钠：血清钠 < 130mmol/L 为低钠血症。血清钠 < 120mmol/L 时需另外补钠，一般先提高血清钠 6 ~ 10mmol/L；3% 氯化钠液 1.3ml/kg 可提高血清钠 1mmol/L；补钠要慢，早产儿、新生儿慎用。

5. 第二天及以后的补液：经第一天补液后，脱水和电解质紊乱已基本纠正，故输液主要是补充生理的需要量和异常的继续损失量（防止发生新的累积损失），继续补钾，供给热量。如吐泻好转，可停止静脉输液，口授饮食；若腹泻仍频或口服液量不足者，仍需静脉补液。补液量需根据吐泻和进食情况估算。可按 100ml/kg·d 计算，补液成分可用 3：2：1 液，于 12 ~ 24 小时内以平均速度输入。每一个病例病情不同，进水量多少不等，尤其是大便量难以准确估算和预测，这是影响输液量的一个重要的变化因素。所以在液疗过程中要密切观察治疗后的反应，随时调整用药。



管理查房在特殊科系护理管理中的应用

■手术室 / 万晓蓉

【摘要】目的 探讨特殊科系护理管理查房在护理管理中的应用效果。**方法** 根据特殊科室日常护理管理中存在的问题确定查房主题、科室、参加人员等在科系开展护理管理查房。**结果** 有效帮助各科室护士长解决护理管理中的难点问题,保障了各科室护理管理有序、有效的改进。**结论** 科系护理管理查房对提高整体护理管理质量有一定的促进作用,明显提高了护士长的管理能力,值得进一步推广应用。

【关键词】管理查房;科系护理管理;应用

护理查房是护理管理中评价护理程序实施效果最主要的方法,也是理论指导实践,不断提高护理专业及管理水平,促进护理质量提高的必要手段之一。[1] 在本院实行三级护理管理模式下,成立了特殊科室科系,本科系在2016年1月至12月实行科系护理管理查房,针对科系护理管理中存在的问题确定主题以查房形式进行现场查找问题、挖掘日常管理难点进行共同探讨、提出改进措施、对相关制度职责、规范、流程等进行培训,取得一定效果,现将具体方法介绍如下:

1 开展护理管理查房的目的

1.1 顺利开展护理工作 通过开展护理管理查房,帮助科室护士长在护理管理岗位上能顺利地开展工作,少走弯路,既敢于管理又善于管理,在病区护理管理中真正发挥主导

与关键作用。

1.2 及时发现问题解决问题 采用护理程序这一科学的工作方法,开展护理科系管理查房可以帮助护士长掌握发现问题、分析问题、解决问题的科学思维方式与工作程序,及时发现工作中存在的问题,切实采取有效措施给予解决,在实践中不断提高护士长的管理水平,保障病区护理工作的有序、有效开展。

1.3 提高护士长管理水平 在相互沟通达成共识的情况下给予正确的指导与帮助,在提高护士长有效管理水平的前提下,确保科系各科护理质量达标、优质。

2 资料与方法

2.1 资料 特殊科室由手术室、急诊科(急诊、病房)、门诊(含客户中心)、供应室共同组成,设置特殊科系总护士长一名,每个科室护士长一名,各科室共有护理人员49名,其中副主任护师2名,主管护师8名,护师28名,护士11名,分层级护理人员N4级2名,N3级7名,N2级9名,N1级20名,N0级11名,外加客户中心护工28名。各科室专科性强、业务个性多、共性少,管理难度大。2016年1-12月每月组织管理查房一次,分别对“特殊科系重点环节、薄弱环节管理情况”、“特殊科室护理工作计划与实施情况”、“特殊科室医院感染管理(无菌物品管理)”、“特殊科室护理文书书写管理”、“特殊科室安全用药与管理”“特

殊科室护理绩效考核与管理”、“特殊科室护理文书书写管理改进情况”“特殊科室无菌物品管理(3月份查见问题整改情况)”、“特殊科室教学管理”、“特殊科室护士长管理”“特殊科室安全用药”、“特殊科室不良事件管理”12个主题进行了管理查房。经追踪检查,特殊科室对相关问题在持续改进中均有很好的改进。科室护士长反馈管理查房作用很大。

2.2 方法

2.2.1 确定主题、现场查房、会议讨论、培训。结合科护士长日常巡查、科系及护理部质控检查中科室存在的问题选择确定查房主题、地点(相关科室、资料);计划安排查房时间、结合主题确定参加人员(各科室护士长及护理分管人员、质控人员)进行护理管理查房,要求所有查房人员准时参加,有特殊情况提前告知并安排本科室其他能力相当人员参加。查房前由科护士长将查房主题、参加人员、地点、时间、需要资料及思考问题提前告知相关人员。并且要求相关人员对科室在该主题管理中的难点进行梳理,以便在管理查房时提出、共同探讨。由科系护士长将涉及该主题的相关制度、规范及要求以及相关文献进行整理并在查房时进行培训和规范。

2.2.2 查房前准备

2.2.2.1 查房主题问题的选择 为解决分管片区的护理管理问题,检查并指导各科室护士长进行相对规范管理,每月组织一次护理管理查房,通过科护士长主持,各病区护士长及相关人员参加,有重点地检查本科护理单元管理工作:
①查护理质量,尤其是重点病人的护理质量。②查服务态度、规章制度的执行情况。③查岗位职责落实情况。④查护理记录。⑤查护理操作。⑥查病房管理。⑦查护理安全隐患。

2.2.2.2 查房时间 结合科系护理工作中存在的问题拟定下月管理查房主题,纳入科护士长月计划安排,具体时间根据科系各科室实际情况安排在下午。每次查房的时间以1-1.5小时为宜,对于较复杂的情况最长不超过2h,焦点问题进行集中查房,防止时间过长影响查房效果。对需要花费较长时间的查房提前沟通,取得大家配合。

2.2.3 组织查房

2.2.3.1 参加人员 参加科系查房的人员有各科护士长、分管护士和护理的质控人员。

2.2.3.2 现场质量检查反馈 现场对被查房科室的护理质量、

管理情况进行检查,重点反馈检查中存在的问题。

2.2.3.3 科室汇报 护士长汇报科室日常管理中存在的问题,对质控检查中存在的问题提出整改意见;提出需协调解决的问题。[2]

2.2.3.4 问题讨论及整改措施 针对本次查房提出问题后现场共同探讨、提出改进方法与措施。[3]

2.2.3.5 查房总结 科护士长对本次行政查房工作进行总结,对护理质控检查及科室管理进行评价,对质量安全管理提出建议及意见,强化护士长的质量安全管理意识,提出下一步质量安全管理重点及努力方向,并针对需协调解决的问题进行答复,能够立即解决的提出解决意见,不能立即解决的会后协调相关部门或向上级领导汇报解决。

2.2.3.6 培训 科护士长针对查房主题所涉及的相关制度、规范、流程、要求等进行重点强调和培训,对管理进行相对规范统一。

2.2.3.7 持续改进 持续改进问题的整改落实情况由各质控组进行跟踪整改,查房后要求科室护士长组织科室改进并加强巡视、监管;并在护士例会上及时反馈信息,讲评改进措施落实的情况。若措施有效则及时予以肯定,若效果不佳或又发现新的问题则重新予以指导。对于科系查房的结果由科护士长进行巡查了解整改情况,利用每月的科系例会进行通报,使全体护士长得以借鉴、启发、相互取长补短。

3 结果

自科系开展护理管理查房以来,提高了各科室护士长的管理能力,减少了各种护理不良事件的发生。通过护理查房解决的护理难点问题10余件。通过积极主动沟通,在相关职能部门的大力支持及各科室的配合下,增进了护护、医护、护技和后勤之间的合作,使各部门沟通更加顺畅,提高了护理管理水平。

4 讨论

4.1 护士长的管理水平直接影响到护理质量

护理查房是提高护理质量及护理人员业务水平的重要措施,是促进护理程序在临床中有效运用的最主要方法。

[3] 基层科室护士长管理水平的高低、管理方法的恰当与否直接影响到片区的护理质量。科系查房是以解决各护理单元管理中存在的问题,强化质量安全管理,为临床解决实际问题,提高管理效率为目的。通过科系护理查房,发现护理管理中的问题及薄弱环节并加以解决。

4.2 科系查房是各科室沟通交流的平台,提高了护理管理

及护理工作效率

科系查房发挥了科护士长管理的优势，各科护士长通过查房将护理管理中难以解决的问题在查房会上提出，科护士长在会上进行解决，提高了解决问题的效率。通过护理查房，科护士长直接帮助各科室协调，增进了医护、护技和后勤之间的配合，使各部门沟通更加顺畅，提高了护理工作效率。[4]

4.3 提高护理管理的效能

在查房中针对性地对护士长管理中的难点问题进行分析，采取各科室管理方法不同进行讨论、探索，使科系护士长的管理起到帮助护士长协作管理的作用。还能使护理管理队伍中新的管理思路、方法能被及时发现采纳运用，从而提高各级护理管理人员敢于创新、勇于管理的主动性和积极性，达到上下互相学习启发、互相理解支持的效果，真正提高科系护理管理队伍的整体内涵素质，进一步发挥集体的团队合作精神，形成科系护理管理的特色。[5] 进行查房的科室，管理面貌均发生了新的转变，如手术室通过查房改变了长期以来集中管理的模式，查房后，护士长在分散负责、责任到人的管理模式下，将各项工作分工管理，使科室的护理工作有条不紊地进行；通过对无菌物品的存放进行查房、现场培训，不但无菌物品过期率降低，科室

人员对无菌物品的管理也逐步规范；通过对不良事件管理查房，使科室护士长改进了对科室不良事件发生后组织讨论的方式方法，有效地对不良事件进行了分析、总结。表明开展科系护理查房模式更加贴近科学护理管理，贴近临床，更能体现以患者为中心、全心全意为患者服务的理念。

【参考文献】

- [1] 张学萍、魏素芳. 多科室联合护理查房优化急性 ST 段抬高心肌梗死患者的急救流程 [J]. 中华护理杂志, 2013, 12 (48): 1102.
- [2] 黄亚芬、石小荣. 追溯法护理查房提高护士综合能力及查房质量的效果研究 [J]. 广西医学, 2016, 3 (38): 447-448.
- [3] 程雷、程文丽、谢平等. 医护联合护理查房对提高护理满意度的作用 [J]. 现代临床护理, 2011, 10(2):45-47.
- [4] 黄春香. 行政护理查房的做法和体会 [J]. 现代临床护理, 2009, 8 (2): 59-60.
- [5] 何联珠. 开展护理行政查房提高护士长管理水平 [J]. 现代护理, 2005, 11 (9): 721.



信息反馈对电子护理文书质量的影响

■外三科 / 唐元君

【摘要】目的 探索信息反馈对护理文书质量的影响，尽量减少或杜绝护理记录缺陷的发生，并防止差错发展或持续存在。**方法** 将电子护理文书平时检查和终末抽查中发现的各类问题，通过医院和科室搭建的信息平台，以随时反馈和定期反馈的形式，对查出的常见问题进行分析，并提出相应的对策。**结果** 通过加强护理文书书写培训与点评，强化护士法律意识，采取严格、合理、有效的管理办法，护理文书书写质量得到提高。**结论** 通过及时的信息反馈，对存在的常见问题，予以分享并采取相应的措施、多环节进行质量监控，保证了护理记录的及时性、真实性、科学性、客观性，有效地提高了电子护理文书的书写质量。

【关键词】 信息反馈；电子护理文书；影响

随着信息技术和网络技术在医疗领域的推广应用，医院管理信息化的快速发展，电子护理文书广泛应用的优越性逐步显现，而护理文书质控则是电子护理文书质量乃至护理质量得以提高的重要措施 [1]。我院信息系统从 2008 年开始进入临床应用，一步一步直到今天，极大地提高了医院的工作效率和医疗质量。护理电子文书是护理人员在工作中根据医嘱和患者病情的发展变化，对病人住院时期护理全过程的客观记录，是电子病历的重要组成部分，也是医疗护理活动重要的法律依据和凭证 [2]。

但在临床护理工作中，由于各种原因，护理电子文书在记录过程中存在诸多问题和缺陷，通过快捷的信息反馈能直接影响到护理电子文书的书写质量。

1 方法

1.1 实行全院性三级管理制度 由护理部牵头，组建了各科室、科系、全院性的电子护理文书质控网，搭建起完整的三级质控平台。各科室每月有本科护理文书书写质控发现的问题总结，每两月进行科系质控检查，每季度进行全院性的质控检查，实行到科室内适时检查在架病历和出科病历终末质量抽查，书面汇总，上报给护理部。护理部每月将质控结果全院通报并反馈给各科室，要求对普遍存在的问题，总结分析，根据情况提出及时或持续改进措施。

1.2 科室内仍实行三级管理制度 由责任护士、责任组长、科内质控人员或护士长监管各环节质量 [3]。责任护士按照医院护理文书书写要求及时完成各项记录，责任组长每天下午对本组病人的护理文书书写情况进行全面的质控，护士长每天对科室内重点病人（病危、病重、当天手术、当天新入院、输血、特殊检查、特殊治疗等）的护理文书书写内容、质量、格式等进行监管，在班人员进行针对性指导并及时整改。另外护士长还运用多种形式进行有效的沟通，如：科内仍保留质量缺陷差错登记本，方便当事人修改完善，每天晨会适时点评出现的缺

陷和不足,每月护士例会通报科内外、以及院内外出现的一些普遍出现的问题或者特殊病例,还建立了科室业务沟通专用微信群,方便随时分享本科或医院内部出现的典型缺陷,起到警示和指导作用,现已成为科内最方便、最快捷、最有效的沟通渠道,既保证了科室电子护理文书书写的环节质量又大大提高了效率。

1.3 医院护理部高度重视护理电子文书的质量 建立了移动护理工作站,确保了护士执行医嘱时的护理活动能及时、准确地记录,减少了之前繁琐的签字等工作量,对于护士的所有活动都能及时、准确地反映到医院的信息系统,为了进一步提高和完善我院电子护理文书的质量标准,每半年要进行书写培训和点评及必要的修改,逐步建立健全各种表格,如果有更新内容和表格随时进行培训,对重点人员和重点文书要求分别进行培训,达到人人知晓规范化标准和要求,做到上传下达,沟通顺畅。

1.4 严把出科病历电子护理文书质量关 护理部不断完善和规范各种电子表格与护理文件的书写,病人出院后科室内由专人最后全面质控护理文书的质量、格式、内容,并按医院要求打印装订,及时提供患者住院期间所有的信息资料,三天内送病案室保存。最大限度防范医疗纠纷,提供了医疗保险及其他法律依据。

2 讨论

2.1 培养护士的责任心和法律意识 电子护理文书的应用,确保每条信息来源的及时性、准确性、安全性及有据可查,增强了大家的责任感和法律意识。我科有较多的外伤病人,存在一些纠纷事件,在工作中有部分电子表格,方便又省时,但不细心或责任心不强,经常会项目填写不全或备选勾错,以及医护记录不一致,通过随机与定期的质控与点评,明显提高了书写质量。最大限度防范医疗纠纷,提供了医疗保险及其他法律依据。

2.2 加强护士专业知识内涵的培训 由于病人的病情是不断发展变化的,但使用电子护理文件的书写,存在复制、粘贴现象,护理记录缺乏连续地记录病人的病情变化,导致了记录千篇一律,缺乏连续性、及时性,专业知识不牢固,专科特点不突出,针对科室年轻人多的特点,组织各种形式的专科知识培训,每天晨间提问,每月一次业务学习讲座及专科理论知识考试,完善的奖惩制度也能反馈性地直接影响改进速度与书写质量。

2.3 培养护士的慎独精神 加强“慎独”教育,树立对工

作的高度责任心。随着医院电子病历系统的不断升级和完善,各种电子表格和移动护理工作站的使用也越来越方便,要求也更严格、更标准、规范化,在不为人知的情况下,护士都是慎独自守,不抱侥幸心理。加强监督检查,白、夜班不定期的查房,让护士在严格的监管中养成自觉遵守护理操作规程的习惯,按规范标准行事。发现不足和缺陷及时反馈给科室护士长,以便分析与改进,明显提高了医嘱执行正确率和护理文书书写质量。

3 结论

3.1 在电子护理文书书写质控过程中,科内质控及医院在架病历质控中,特别是医院增加或更新电子表格时,不足和缺陷会有所增加,通过质控信息及时反馈,有针对性地督促整改,避免了缺陷的继续发展和持续存在,归档病历终末质控抽查时,同样的问题明显减少,是持续改进护理文书书写质量的有效方法,极大地提高了护理工作效率和护理质量,使护理文书的书写更加规范化、制度化、标准化[4]。

3.2 随着大数据时代的到来,医疗信息管理已全面步入信息时代,护理文书也不例外,越来越凸显其优越性[1],方便、快捷、准确、完整,便于查询与利用,是护士运用专业知识为患者解决问题过程与结果的具体体现与凭证,客观反映了护理工作内涵和护士语言书写水平,护理文件的法律地位越来越重要。因此在临床护理工作中,强化护士法律意识,加强专科知识、语言组织能力学习,质控信息及时反馈、点评、培训,是提高电子护理文书书写质量的根本保证。

【参考文献】

- [1] 廖锦钗. 电子护理文书质量控制现状及展望. 东南国防医药, 2016, 01:65-66.
- [2] 黄秀婷. 电子病历护理文书常见的问题分析与对策. 医学信息, 2012, 02:3057.
- [3] 梁燕园. 护理信息系统的优缺点. 护理专业资料, 2012, 04: 8.
- [4] 张娟. 医学信息系统中护理文书的开发与应用. 内蒙古中医药, 2015, 34(12):82.

一例植入式输液港的护理体会

■内二科 / 龙梅

【摘要】以往人们常用“一针见血,扎针不疼”形容护士输液技术高超,然而对于长期输液的患者及化疗患者来说,这样高超的技术也难以施展,输液困难重重致患者痛苦,也成为了护士们“难以完成的任务”!植入式输液港在国外临床应用已经有30年的历史,近年来国内逐渐开展植入式输液港技术,可用于各种高浓度电解质、化疗药物、完全胃肠外营养、输血、血样采集等,可以减少反复静脉穿刺的痛苦和难度,防止刺激性药物对外周静脉的损伤,有效降低感染率,是目前国际上首选的体内静脉输液装置,较现在常用的PICC及其他中心静脉导管而言,体积小、无伤口,日常生活、洗澡不受限制,不需换药,明显提高了患者的生活质量。在非治疗期间只需4周冲管1次,既减少患者往返医院次数及节省支出,又减轻了护士的工作量,是保障患者静脉治疗通道的“生命线”,是值得推广使用的一项新技术,使用年限长达5年及以上。

【关键词】植入式; 输液港; 护理体会

植入式输液港简称Port,又称植入式中心静脉导管系统,是一种完全植入体内长期留置的闭合静脉输液系统血管通路装置。由医生在手术室操作,可经皮穿刺或切开皮肤,经颈内静脉、锁骨下静脉置入,导管尖端位于中心静脉;注射座一般埋于胸前皮下组织,由供穿刺的

注射座及静脉导管两部分组成,注射座的穿刺次数达到2000次。

1 临床资料

患者熊素芸,女,61岁,因确诊右乳浸润性导管癌术后1+月,于2016年10月18日办理入院,拟行化疗治疗,遵医嘱完善检查后作辅助治疗,责任护士报告护士长(操作者)。患者自诉左侧胸前埋植化疗用输液通路,要求使用胸前输液装置输液,操作者到床旁查体:右乳缺如,见瘢痕,左侧胸前皮肤完好,触诊到一圆形注射座,注射座周围皮肤无疼痛、肿胀、血肿、感染、脓肿等,为植入式输液港,随即告知患者及家属科室及医院无输液港专用穿刺针并报告主管医生,患者家属随即联系四川省人民医院并于10月20日带回专用穿刺针后拟行化疗治疗;操作准备后用碘伏以注射座为中心,顺时针、逆时针、顺时针交替螺旋形消毒皮肤3遍,消毒范围10-12cm,戴无菌手套左手触诊确认注射座边缘找到注射座后定位穿刺隔,固定注射座将输液港拱起,将无损伤针自三指的中心垂直穿刺,直达储液槽底部;用20ml空针抽2ml生理盐水连接无损伤针抽回血,回抽有阻力,10分钟后仍无回血(患者及家属诉在置管医院置管后就很难抽出回血),指导患者多次更换体位,操作者用20ml空针抽取肝素盐水反复回抽,15分钟后仍无回血。穿刺针蝶翼下垫开口无菌纱布,透明敷料固定穿刺针及空针,1小



时用上述方法回抽仍未抽到回血。

2 处理方法

通知主管医生，医嘱试推生理盐水，1ml 生理盐水推入顺利，无阻力，回抽仍无回血，患者未诉胸前疼痛等不适，触诊左胸前无液体渗漏所致的肿起，主管医生要求推注生理盐水无异常后上药，操作者未抽到回血，用药存在安全隐患，向主管医生提出完善检查后再作化疗治疗。妥善固定穿刺针及连接输液管道（生理盐水），随即操作者及主管医生陪同患者行血管彩超：左侧颈内静脉前壁探及一大约 7.2mm 回声失落区，此处可见导管进入图像；在行 X 片检查过程中，患者输液袋放置过低，可见回血已达输液管处，操作者见回血后将输液袋提起，打开液体开关，输液管及穿刺针内回血顺利回入，仍行 X 片检查，显示：右侧乳腺区域见金属影，左侧颈

部、上腔静脉走行见导管影；将患者送回病房，再次回抽，无回血，但液体滴入通畅，再次告知主管医生后医嘱行化疗治疗，同时密切观察患者情况，于 2016 年 10 月 22 日化疗疗程顺利结束，拔出穿刺针，无菌纱布按压 5 分钟。现患者按化疗周期来院化疗，化疗期间无并发症发生。

3 讨论

3.1 植入式输液港不能使用一般输液钢针或注射器针头的原因：（1）针尖斜面会破坏注射座及穿刺隔膜（2）损伤隔膜造成漏液缩短输液港的使用寿命甚至破坏输液港（3）针易折断（4）不能有效固定。

3.2 植入式输液港未抽到回血不能擅自上化疗药的原因：（1）无损伤针未穿刺于输液港注射座（2）无损伤针穿刺注射座时未垂直穿刺（3）无损伤针未穿刺达注射座底部（储液槽），位置不正确（4）无损伤针穿刺于注射座

外位于胸壁肌肉组织内（5）导管堵塞（6）导管尖端移位（7）导管尖端紧贴血管壁。

4 护理体会

4.1 操作者要充分熟悉静脉输液装置的结构、操作规程和相关专科知识，不能盲目地进行操作。

4.2 输液港是一种新型的输液装置，患者相关信息来源少，价格较昂贵，护士对于输液装置的不熟悉易致患者及家属产生焦虑心理，要与患者及家属做好沟通，消除患者疑虑。

4.3 向患者及家属、主管医生讲解输液港为什么要使用专用无损伤针，以得到患者及家属的充分信任和积极配合：穿刺输液港必须使用专用的无损伤针，是输液港配套的专用注射针，其含有一个反折点，针尖为特殊设计的斜面，针尖的斜面不会切削注射座的穿刺隔膜，易于固定，末端可接肝素帽，使用 7 天更换一次。

4.4 严格遵守无菌技术及操作流程操作，操作时胆大心细，注意操作技巧，动作轻柔，正确使用无损伤针穿刺注射座。穿刺方法：患者取平卧位，输液港底座充分暴露。以输液港底座为中心消毒，消毒范围 10-12cm，戴无菌手套左手触诊确认注射座边缘找到注射座后定位穿刺隔，固定注射座将输液港拱起，尽量避开前次穿刺点，将无损伤针自三指的中心垂直穿刺，直达储液槽底部；回抽血液以确认针头位于输液港储液槽内，禁止倾斜或摇摆针头，用生理盐水脉冲方式冲洗输液港后，夹住延长管连接输液器或肝素帽，使用敷料固定针头，确保针头垂直状态；治疗结束后用 20ml 的空针冲管、正压封管或冲管后正压封管时拔出无损伤针。

4.5 操作者应确认无损伤针正确穿刺于注射座储液槽内，提高风险预见性，因无损伤针未正确穿刺于注射座储液槽内而穿刺于注射座旁皮下组织时，可致抽回血无法抽出，盲目给药会导致化疗药物直接输注于患者左胸前皮下组织，导致患者胸前皮肤、组织被化疗药物腐蚀、溃烂甚至腐蚀内脏，损伤程度及恢复过程无法估量，患者身心极其痛苦；而操作者因无安全意识可致职业生涯就此结束并需承担医疗事故责任。

4.6 操作者应确认导管尖端位于中心静脉，操作时多作思考，因输液港完全埋植于体内，肉眼及触诊无法正确判断输液装置情况，无法抽出回血但冲洗及注射无阻力时，首先排除埋于体内的注射座及静脉导管有无异常，及时

通知主管医生，完善 X 片检查；确认注射座及静脉导管无异常。

4.7 操作者用生理盐水冲洗导管时应反复询问患者左前胸壁处皮肤局部有无疼痛、胀痛、冰凉的感觉，认真倾听患者主诉并对局部进行触诊、观察，局部有无液体渗漏后的表现：肿胀、疼痛，并在血管彩超下检查局部皮肤情况及导管情况，以便早期发现问题、早期处理。

4.8 责任护士应加强输液过程的观察、巡视，妥善固定穿刺针及输液管道，防止穿刺针从注射座中脱出，正确进行导管维护，用 10ml 及以上空针脉冲式冲管，肝素盐水正压封管，拔出穿刺针后注意检查穿刺针的完整性；作好带管健康宣教：避免重力撞墙输液港部位，避免用置管侧手臂做引体向上、拖举哑铃、打球、游泳等活动度较大的体育锻炼；治疗间歇期每 4 周进行导管维护；注意观察输液港部位皮肤有无发红、肿胀、灼热感、疼痛等炎症反应；非耐高压输液港禁止高压注入造影剂，以防止导管破裂。

4.9 输液港完全植入患者体内，难以及时发现带管并发症，责任护士严格按照护理操作规程进行操作，加强患者带管常见问题及并发症的观察、处理，如输液不畅或回抽困难、导管移位、血栓、感染、导管堵塞等，确保植入式输液港的安全使用。

总之，在医学知识与技术不断更新与进步的同时，护士要充分学习新的知识和操作技术，不断提高自己的专业知识和操作水平，且将理论知识正确运用于实际工作中。在实际操作中，操作者须提高责任心及风险预见能力，对可能出现的问题要做到早预防、早发现、早处理，严格执行操作规程，减轻病人的痛苦；认真做好细节不仅可以提高操作的技术水平，而且可以增强病人对护士的信任度，使护理工作得以做得更好，同时避免了医患纠纷、事故的发生，也从中学到了宝贵经验。

【参考文献】

- [1] 罗艳丽主编. 静脉输液治疗手册第二版. 北京. 科学出版社, 2015 年 6 月.
- [2] 王容、林彩萍、林碧丹. 老年患者 20 例植入静脉输液港的护理体会. 福建医药杂志, 2011, 4.

一例全胃切除术后病人的护理

■外一科 / 徐晓琼

1 病例介绍

患者，女，59岁，因上腹痛、胃酸纳差1年，头昏8月，加重1月，于2016年8月5日入院，精神可，消瘦，面色口唇略苍白，查体中上腹压痛明显，行CT检查示：1、胃体、胃窦区域占位性病变（胃ca）可能大，行胃镜检查显示：胃Ca? 2、十二指肠球部息肉；于8月11日9:10完善术前准备后进手术室在全麻下剖腹探查术+胃癌根治术，于15:45患者手术结束带胃管、尿管及2根血浆管回病房，全麻已清醒，呼吸道通畅，术中查见：胃窦、胃体弥漫性肿块，行全胃切除术，术后给予：1、一级护理，禁饮禁食；2、遵医嘱用药；3、接各引流管于床旁并妥善安置，行导管风险评估为6分；4、遵医嘱安置心电监护及持续氧气吸入；5、行ADL评分为10分，行跌倒筛查评分为3分，行压疮评分为9分；6、持续给予奥曲肽泵入。于8月15日患者肛门排气；8月22日遵医嘱拔除胃管；在8月23日及25日分别拔除一根血浆管，经过精心护理，患者术后未发生任何并发症，于8月28日办理出院。

2 术前护理

2.1 心理护理 因患者来到医院，对新环境感到陌生，入院后向病人介绍主管医生及主管护士，消除患者的陌生感，且病人的一般情况差，在接受大型手术时常顾虑重重，

必须向病人和家属讲解手术的目的和意义，消除患者的顾虑，调动病人积极性，取得病人配合，完成术前各种检查和治疗。

2.2 术前营养支持 患者术前营养状况差，营养不良，为提高手术的成功及患者对手术耐受力，术前即进行营养支持，患者术前查血红蛋白92g/L，术前输入去白细胞悬浮红细胞2u，静脉补充维生素、电解质，进食鸡汤、鱼汤以改善术前病人的营养状况，增加对手术的耐受力。

2.3 术前肠道准备 术前3天，每晚用300—500ml温等渗盐水洗胃，以减轻胃壁水肿和炎症，有利于手术后吻合口愈合，于术前后和术晨各清洁灌肠一次。

2.4 术前其他准备 术前呼吸道准备，术前指导患者进行深呼吸、有效咳嗽排痰，训练患者进行胸式呼吸，训练咳嗽时按压伤口、有效咳嗽排痰；术前行交叉配血以备术中用；术晨遵医嘱行术前输液及安置胃管、尿管；术前2小时行手术区域备皮。

3 术后护理

3.1 一般护理

术后回病房置患者于半卧位，接各引流管于床旁并妥善安置，行吸氧及电监护，手术后每30分钟监测生命体征一次，病情稳定后改为每1—2小时一次。腹部上腹带有利于病人呼吸，还可以减轻伤口的缝合张力，减轻

疼痛和不适。鼓励患者深呼吸，协助患者咳嗽排痰，在病情许可下嘱患者早期下床活动。

3.2 引流管护理

3.2.1 持续胃肠减压护理 保持胃肠减压通畅及有效的负压吸引，观察引流液的颜色及24小时的引流量，一般24小时内超过300ml，且颜色逐渐变浅变清，若术后短期内从胃管不断引出新鲜血液，应警惕术后出血。持续有效的胃肠减压可防止吻合口瘘及腹胀，并注意有无出血。

3.2.2 血浆管、尿管护理 妥善安置血浆管、尿管并行管道风险评估，向患者及家属讲解留置各引流管的目的及注意事项防止管道扯脱。观察各引流管颜色及量并准确记录。

3.3 并发症的护理

3.3.1 吻合口的观察及护理 吻合口瘘是胃癌术后严重的并发症之一，多发生在术后3—7天。在术后3—7天应严密观察患者有无体温升高、腹痛、烦躁、冷汗、血压下降或意识不清、胃管引流量有无突然减少，而腹腔引流管量突然增加，或伤口敷料被胆汁性液浸湿情况。

3.3.2 预防肺部感染：患者身体虚弱，手术时间长、术后切口疼痛咳嗽费力，不愿咳嗽，要术后患者全麻清醒生命体征平稳后置患者于半卧位，保持呼吸道通畅，术后行机械辅助排痰BID，行雾化吸入BID，行口腔护理BID，在咳嗽时嘱家属两手四指分开腹部两侧，在病人咳嗽

时用力稍压腹，反复进行，有利于患者有效咳嗽排痰。

3.4 营养支持

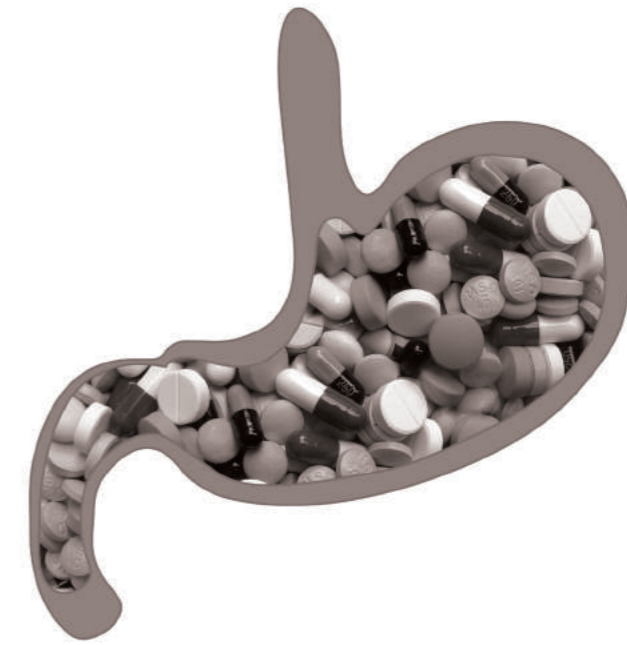
术后未行肠内营养时给予静脉营养支持，静脉输入脂肪乳、氨基酸及人血白蛋白，术后第5日小肠功能恢复即进行肠内营养，第一天量为50ml，若无不适，第二天增至200—300ml，温度为40度为宜，量由少为多，浓度从稀到浓，采用缓慢注入，注入后注意观察患者有无腹痛、腹胀、腹泻等不适，无不适可增加菜汤、米汤等，病人拔除胃管后可经口进食。可进食蛋汤、藕粉。告知病人应注意少量多餐。每周测量体重，并以此作为临床营养护理的常用指标。

4 总结

胃癌在我国是最常见的恶性肿瘤之一，其发病率为消化道恶性肿瘤之首，全胃切除术是胃癌根治术最常用，在围手术期的护理及术后营养支持是极其重要的环节，可降低术后并发症发生率，缩短住院时间，大大降低治疗费用。

【参考文献】

年维铭、李宁. 肠内营养. 中国实用外科杂志, 2001, 21(22): 506.



一例颈部结核伤口处理观察

■伤口门诊 / 张静梅

【摘要】目的 探讨颈部结核性伤口的治疗方法。**方法** 分析颈部淋巴结结核脓肿行切开减压术后伤口换药疗效。**结果** 全身抗结核治疗，伤口使用利福喷丁换药，伤口愈合良好、时间短。**结论** 结核性伤口治愈的关键是全身抗结核治疗，局部换药给予抗结核药物及彻底清除病灶。现将我院一例颈部结核脓肿切开减压术后伤口换药方法介绍如下：

1 病例资料

患者，男性，51岁，于2016年9月26日因“咳嗽、咯痰、气紧、右侧面部肿痛10+天”入院，抽血提示：白细胞 $11.13 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 $89.3 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞百分比6.1%，丙氨酸氨基转移酶52U/L，天门冬氨酸氨基转移酶48U/L，总蛋白48.3g/L，血清降钙素原测定2.14ng/ml。血沉：46mm/h。H涂片革兰染色提示：查见G-球菌。颈部彩超提示：左侧颈部皮下软组织内异常回声：性质炎性？左侧颈部皮下软组织水肿；左侧腮腺稍增厚伴其内异常回声：炎性可能；左侧颌下腺稍增厚伴回声异常。CT提示：双肺纹理改变，双肺多叶散在感染性病变（考虑结核），部分肺实变伴小空洞形成可能性大；颈部、胸壁软组织、纵膈内积气、感染改变；双侧肺门淋巴结钙化；双侧胸膜轻度增厚、粘连；左侧第6肋前段、

第7肋骨腋段骨折，折端未见明显分离、错位，可见骨痂生长；颈部软组织增厚。患者感颈部肿胀伴疼痛难忍，活动障碍，咯大量丝状痰液。给予静脉抗炎、化痰、抗结核药物，口服利福喷丁胶囊。入院第2日，出现高热，颈部淋巴结明显红肿，触之张力明显，入院第3日，在局部麻醉下行切开减压术，引流大量黄色腐臭味脓液，入院第4日换药时查见患者左侧颈部上方有一约1cm规则切口，下方有一约 $2.5 \times 1.7\text{cm}$ 不规则伤口，3~10点钟方向有一约2~6.5cm潜行，附着大量坏死组织及黄色渗出，呈腐臭味。

2 治疗与观察

2.1 全身治疗

给予患者静脉输注抗感染、抗结核药物，口服抗结核药物，安置胃管，给予高蛋白、高热量流质饮食。

2.2 换药与观察

患者入院第4日，左侧颈部上方有一约1cm规则切口，下方有一约 $2.5 \times 1.7\text{cm}$ 不规则伤口，3~10点钟方向有一约2~6.5cm潜行，附着大量坏死组织及黄色渗出，呈腐臭味，保护颈部血管，以刮匙轻柔去除坏死组织，适当挤压颈部，排出多余脓液，生理盐水冲洗潜行区，给予利福喷丁纱条引流，每日换药1~2次。入院第9日，颈部肿胀明显消退，左侧颈部上方伤口大小为2.5cm，7点

钟方向有一约4.5cm窦道，下方伤口大小为 $12 \times 8.5\text{cm}$ ，3~10点钟方向有一约2~8cm潜行，大量黄色坏死组织及腐臭味渗液，继续给予清洗创面后利福喷丁纱条引流换药，每日换药1次。入院第30日，左侧颈部上方伤口大小为2cm，7点钟方向有一约2cm窦道，下方伤口大小为 $8 \times 6.5\text{cm}$ ，8~10点钟方向有一约1.5~4cm潜行，无坏死组织，中量渗液，无异味、红肿，换药方法同前，隔日换药1次。入院第37日，左侧颈部上方伤口大小为1cm，下方伤口大小为 $5 \times 3.5\text{cm}$ ，少量淡黄色渗液，无异味、红肿，爬皮明显，给予生理盐水清洗创面，利福喷丁纱布湿敷。入院第41天，伤口痊愈。

3 讨论

3.1 换药注意事项，首先是清创，去除污染，切除坏死、无生机组织。创面上的腐肉和坏死组织是创面感染的起源，延长炎症反应时间，阻碍伤口渗出和脓液的排出；不健康肉芽组织、陈旧肉芽组织影响伤口再上皮化，故

应积极清除。清创的同时，必须考虑创面位置的特殊性，不能盲目清创。大量渗出时，均以刮匙清除脓液及坏死组织，生理盐水冲洗潜行区后行抗结核药纱条引流，少量渗出时，潜行逐渐变浅，创面组织逐渐生长，这时换药应注意保护创面正常生长的肉芽组织，以利伤口愈合。采用生理盐水棉球清洗创面，刮除异常生长的肉芽组织，尽量避免重刮创面，放置纱条宜松，以能达到充分引流效果即可。纱条放置过多过紧，会影响创面血运，从而延迟伤口愈合。换药频率应根据伤口的渗液多少给予调整，渗液减少时，应减少换药频率，若换药过于频繁，会损伤正常生长的组织，也会影响伤口愈合。结核性伤口在全身抗结核治疗的同时，局部给予抗结核药物湿敷，可以达到缩短愈合周期的疗效。

3.2 在处理结核伤口时，必须全身给予抗结核治疗与局部抗结核药物的使用相结合，全身营养的支持，才能达到理想的疗效。



金标法与化学发光法 对乙型肝炎病毒表面抗原检测结果的比较

■石棉县中医医院 / 黄睿 黄静

【摘要】目的 对两种方法测定乙型肝炎表面抗原测定结果的敏感性、特异性进行评价。**方法** 收集 2017 年 1 月至 3 月来院健康体检的 1087 份标本分别用胶体金法(金标法)和化学发光法测定。**结果** 以化学发光法为标准,金标法检测血浆中乙型肝炎表面抗原的符合率达 97.32%,特异性为 99.89%,灵敏度为 98.25%。**结论** 金标法敏感性、特异性比较高,可用于临床标本检测,但与化学发光法相比各具有优势和劣势,在临床运用中可根据实际情况选择适合的检测方法,金标法目前是急诊初筛的主要方法,必要时可联合应用减少误诊与漏诊的发生。

【关键词】 金标法 化学发光法 特异性 灵敏度

乙型肝炎表面抗原是乙型肝炎病毒外壳蛋白中的主要成分,是血清中首先出现的 HBV 感染的主要标志。在急性肝炎时很快消失,若 6 个月以后仍不消失者,可成为慢性肝炎或携带者,并可持续几年或几十年。乙型肝炎表面抗原的测定对乙型肝炎的诊断具有重要的意义。近年来,金标法与化学发光检测技术已用于临床诊断。本次笔者通过实验室检测比较,金标法与化学发光法相比,具有简便、快速、准确、不需要仪器设备等优点,适用于临床急诊初筛的主要方法,以供同仁参考。

1、资料和方法

1.1 检测对象 我们收集统计了 2017 年 1 月至 3 月来院健

康体检者共计 1087 例,其中男性 369 例,女性 618 例。

1.2 方法 真空采集空腹静脉抗凝血 3-4ml,离心分离血浆;采用艾博生物医药有限公司提供的乙型肝炎两对半检测试剂盒(乳胶法)和北京科美生物技术有限公司提供的乙型肝炎表面抗原测定试剂盒(化学发光法),操作方法与结果判断严格按仪器、试剂说明书进行,试剂均在有效期内使用。

2 结果 在检测的 1087 例中,其中男性 369 例,女性 618 例。化学发光法检测出男性阳性 58 例,女性阳性 54 例,共计 112 例,阳性率为 10.30%,金标法检出男性阳性 59 例,女性阳性 52 例,以化学发光法为标准,金标法假阴性 2 例,假阳性 1 例,与化学发光法相比符合率为 97.32%,特异性为 99.89%,灵敏度为 98.25%。结果见下表。

两种不同方法对乙型肝炎表面抗原检测结果表

项目	金标法检测例数		化学发光免疫法	
	阳性数	阳性率 %	阳性数	阳性率 %
性别 检测例数				
男 369	59	15.98	58	15.71
女 618	52	8.41	54	8.74
合计 1087	111	10.21	112	10.30

3 讨论 乙型肝炎是由乙型肝炎病毒引起的一种世界性疾病,是一种严重危害人类的传染性疾病[1],它主要是经



血液传染的疾病,我国是病毒性肝炎感染较高的国家之一,人群乙型肝炎病毒感染率高达 10%-15% 左右 [2]。本次检测结果与此相符合。乙肝主要危害在于感染后变为慢性携带者,进一步发展为慢性肝炎、肝硬化甚至肝癌 [3]。乙型肝炎病毒感染会导致血浆中出现特异性的乙型肝炎表面抗原及其它系列特异性血清标志物,因此,血浆中检测出乙型肝炎表面抗原是乙型肝炎早期诊断指标之一,由于方法学的在感染初期,血清中表面抗原的浓度比较低,不同的方法其检测的灵敏度。特异性均有一定的差异,会造成一定的误诊与漏诊,如何检测乙型肝炎病毒就成为至关重要的问题,实验室对于方法学的选择很重要。本文对 1087 份健康体检血浆标本同时采用金标法与化学发光法检测乙肝表面抗原进行方法学比较,以化学发光法为标准,对金标法的灵敏度、特异性进行评价,结果 1087 份血浆中金标法有 2 例假阴性,1 例假阳性,灵敏度为 98.25%,特异度为 99.89%,且金标法操作简单,检测速度快(检测结果在 15 至 30 分钟内判读),无需任何仪器,成本低廉,结果直观,可进行单份标本检测等优点,目前广泛用于临床急诊标本的筛查,但对浓度低的标本可能出现假阴性。酶联免疫化学发光技术是目前我国应用最普遍的检测方法,敏感性高,特异性强,适合较大批量的血清检测方法

[4],步骤多,检测时间长,繁琐,适合批量检测。

【参考文献】

[1] 陈利明、王伟红. 186 例原发性肝癌患者乙肝两对半及抗-HCV 检测结果分析 [J], 海南医学 2013, 24 (1); 51-53
 [2] 彭文伟. 传染病学 [M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001:18-19
 [3] 韩成海、李树桐. 临床肝病学 [M]. 济南: 山东科学 2007:223-272.
 [4] 马跃飞、高丽钦、林晓丽. ELISA 法测定乙型肝炎表面抗原假阳性

关于两例软组织肿瘤的思考

■石棉县人民医院 / 刘丽萍

软组织肿瘤是人体常见的一大类肿瘤，其种类繁多，预后主要看肿瘤性质。而确定肿瘤性质除常规 HE 能明确诊断的以外往往需进行免疫组化检查，部分可能需更进一步的基因检测。基层医院病理科除常规 HE 病理检查外往往未开展免疫组化、基因检测等更进一步的检查。在日常工作中往往只能根据软组织肿瘤的细胞异型性，病理性核分裂，临床病史等做出判读，在此过程中可能存在一定误差。

病例资料

女，47 岁，以进行性痛经伴腰背部疼痛 1 年入院，腹壁 B 超“宫腔内异常回声：肌瘤？其它？请结合临床。宫颈肥大伴多发囊占”。患者一般情况尚可，其余未述其他不适，行子宫全切除术。切除标本病理巨检：全子宫未带双附件标本 15x9.5x9cm，宫颈糜烂、肥大，宫颈外周径 11cm，颈管长 4.5cm，剖面宫腔光滑，内膜厚 0.1cm，宫腔粘膜下见一 7x4.5x2.8cm 灰白结节，部分粘液样变、质软、鱼肉样，多切面检查子宫肌壁间见多个直径 0.2~1.5cm 肌瘤结节。光镜下检查粘膜下结节梭形、短梭形细胞束状、漩涡状排列，部分区域细胞增生活跃，水肿、粘液样变，可见螺旋动脉增生，未见确切病理性核分裂。病理诊断：子宫粘膜下结节平滑肌细胞增生伴部分水肿，符合富于细胞性平滑肌瘤改变。建议会诊及免疫组化检

除平滑肌瘤。外出病理会诊结果：子宫粘膜下梭形细胞肿瘤，其中有较丰富的螺旋动脉，需作免疫组化检查，排除子宫内膜间质肿瘤后，再考虑平滑肌来源的肿瘤。免疫组化：Des 肿瘤细胞 (+)，SMA (+)、Caldsmon (+)、Vim (+)、Actin (+)，CD-10 (-)、inhibin (-)、CD34 (-)、Ki-67 约 1% 细胞 (+)，结合 HE 形态及免疫表型，符合平滑肌瘤。

女，44 岁，以后枕部包块 40+ 年，进行性长大 4+ 年入院。后枕部 40+ 年前发现鸡蛋大包块，无压痛，活动度好，未予重视及治疗，此后包块逐渐长大约鸡蛋大，仍无疼痛，仍未重视及治疗。4+ 年前，包块进行性长大，并自述全身扪及多个皮下包块。入院 B 超检查后枕部探及一杂乱回声，内以稍强回声、低回声、散在无回声包块 26x20x11.5cm，有包膜，边界清楚。外科以“后枕部包块：神经纤维瘤？”行手术切除送病检。病理巨检：带皮肤、毛发灰白结节一个 14x14x10cm，皮肤 17x17cm，皮肤表面无异常，切面皮下见囊实相间，灰黄、灰白、灰褐、灰红包块，囊内为豆渣样物。光镜下梭形、短梭形细胞束状、漩涡状排列，伴多灶性区域粘液样变、坏死，部分区域细胞丰富，病理性核分裂不易查见。病理诊断：梭形细胞肿瘤，考虑低度恶性软骨粘液样纤维肉瘤，不排除神经纤维瘤可能，建议会诊及免疫组化检



查确诊。外出病理会诊：软组织恶性梭形细胞肿瘤伴多灶性坏死，需作免疫组化进一步检查。免疫组化：S-100 肿瘤细胞 (++)、PgP9.5 (++)、CD56 (+)、Vim (+)、bcl 灶性 (+)、CD99 灶性 (+)、Actin (-)、CD68 (-)、Myogenin (-)、 α -SMA (-)、Des (-)、CD34 (-)、EMA (-)、TLE-1 灶性 (+)、Caldsmon (-)、Ki-67 约 20% 肿瘤细胞 (+)，结合 HE 形态及免疫表型，符合恶性外周神经鞘瘤。

讨论：

病例一 子宫粘膜下平滑肌瘤结节在我科常规 HE 下因细胞异型性不明显，无确切病理性核分裂，若单从光镜下轻易做出平滑肌瘤诊断未免草率，若结合病理巨检及光镜下见螺旋动脉增生且部分区域水肿、粘液变而被认作是浸润从而做出子宫内膜间质肉瘤诊断也未免武断。子宫平滑肌瘤为良性肿瘤，位于粘膜下者随着肿瘤长大往往出现临床症状，部分症状持续、严重可能被临床误认为恶性肿瘤，需手术切除病理明确后即可，无需后续治疗；而位于肌壁间及浆膜下者症状可能不明显，且随着患者进入绝经期，肿块可缩小，无需治疗。子宫间质肉瘤属于恶性肿瘤，其手术方式、范围、手术后治疗及预后截然不同。因此，区分两者是必须的，而常规 HE 下有疑问的，不能确切诊断的必须借助免疫组化基

至基因检测明确。

病例二 鉴于患者临床病史长达 40 多年，且病变边界清楚，镜下细胞异型性不显著，且病理性核分裂不易查见，临床诊断神经纤维瘤，给病理诊断医生第一印象是一个良性肿瘤或低恶性肿瘤，如果不进行进一步的免疫组化检查而轻易发出报告，给患者及病理医生留下严重后果。恶性神经鞘瘤有的生长速度可能相对缓慢，给人一个良性或惰性肿瘤印象，但从其临床发展过程来看却属于高度恶性肿瘤，局部复发和远处转移常见。其约半数为首发，另一半为来自 I 型 Recklinghausen 病的神经纤维瘤所累及的神经，还有少数是源于节细胞神经瘤的神经鞘细胞样的成分。由于在光镜下难以识别，因此常将其误诊为其他软组织肉瘤。对由梭形细胞构成的软组织恶性肿瘤来说，有两种情况应首先考虑恶性外周神经鞘瘤：①肿瘤发生在患 I 型 Recklinghausen 病的患者时，②当肿瘤显然发生于主要的神经部位或与神经纤维瘤有关时。当无上述情况时，HE 光镜诊断通常只是个猜测，因而需要综合多种检查综合分析。

综上所述，病理医师在遇见软组织肿瘤无确切把握时，即使仅有一点点疑惑，基于对患者负责及免除后患，进行进一步的会诊及借助免疫组化、基因检测获得明确诊断也是必要的。

孤立性肺结节 CT 动态增强扫描的实用技术方法与诊断研究

■放射科 / 汪学松

【摘要】目的：探讨 CT 动态增强扫描应用在孤立性肺结节中的技术方法与诊断价值。**方法：**选择我院 2014 年 5 月–2016 年 5 月接诊的 60 例经穿刺活检或术后病理证实为孤立性肺结节的患者作为研究对象，纳入研究对象均有完整临床资料，自愿接受本研究，均接受 CT 动态增强扫描，回顾性分析他们的临床资料。**总结：**CT 动态增强扫描灵敏度与特异性，以及不同 CT 增强扫描时点不同类型病变 CT 值、不同类型病变 CT 动态增强特征参数值，并对比分析。**结果：**CT 动态增强扫描灵敏度为 96.67%、特异性为 88.46%；不同时点良性结节与炎性结节、恶性结节动态增强 CT 值比较差异明显 ($P<0.05$)；恶性结节、炎性结节在 PH 于 S_{PH}/P_{PH} 上均明显高于良性结节 ($P<0.05$)，但恶性结节与炎性结节比较无明显差异 ($P>0.05$)。**结论：**CT 动态增强扫描应用在孤立性肺结节中有不错的灵敏度与特异性，且在鉴别良性病变与恶性病变上有不错的价值，值得借鉴。

【关键词】孤立性肺结节；CT 动态增强扫描；良性；恶性；炎性

孤立性肺结节属于单发病变，发生在肺实质，且直径不超过 3cm，作为外科常见疾病，不常合并肺不张、淋巴结肿大、卫星灶、肺炎等，但有良性与恶性病变之分，加上影像表现复杂、不稳定，使得临床诊断与鉴别难度较大 [1]。传统 CT 平扫诊断孤立性肺结节灵敏度与

特异性均较低 [2]，但近几年相关研究表明多层螺旋 CT 及其动态增强扫描可提高临床诊断价值。为了进一步探讨 CT 动态增强扫描应用在孤立性肺结节中的技术方法与诊断价值，我院实施了研究，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究共计纳入对象 60 例，均为我院接诊的孤立性肺结节患者，纳入时间 2014 年 5 月–2016 年 5 月。纳入研究对象均经穿刺活检或术后病理确诊，有完整临床资料，自愿接受本研究，有不同程度咳痰、咳嗽、胸痛等表现，少数患者有肺结核病史或长期吸烟史，无严重心脑血管等脏器病变、对造影剂不过敏。60 例患者中男性 34 例、女性 26 例；年龄 20–74 岁，均值 50.5 ± 5.2 岁；左肺 29 例、右肺 31 例；结节直径 2.31 ± 0.23 cm，均不超过 3cm。

1.2 方法

所有对象均接受多层螺旋 CT 动态增强扫描，采用的仪器为西门子 4 层螺旋 CT 诊断仪，扫描前做好相关准备，与患者及其家属做好交流、沟通，让他们更多地了解与掌握 CT 动态增强扫描的重要性与操作方法及注意事项等 [3]，及时缓解紧张与恐惧，促使他们以良好心态接受检查；检查前做好呼吸屏气练习，减少因呼吸因素影响诱发的伪影。扫描时，患者取仰卧位，维持双臂上举，先常规平扫，从肺尖到肋膈角，准确定位

与诊断孤立性肺结节，平扫参数包括电流 270mAs、电压 130kV、层厚与层间距均为 6mm、肺窗 WW1600 和 WL600、纵隔窗 WW450 和 WL45、矩阵 512×512 。之后将扫描范围缩小到孤立性肺结节上下 2cm 左右，从肘中静脉将非离子造影剂碘海醇 90ml 注入，速率控制为 4ml/s，注射完毕观察 5s，然后对不同层面孤立性结节动态增强扫描，层面尽量选择含有病灶实质最多的，且要避免空洞、钙化、伪影及血管等，测量好同层、同视野、同位置的病灶情况；若常规层厚与层间距有非一致性层面，则改为 3mm 层厚、1mm 层间距，以实质病灶最多层面为 CT 值测量层面。本研究扫描影像交由影像科经验丰富与高年资医师 2 名进行盲法阅片，对不同病理类型影像学进行观察，若两人阅片结果有差异，则引入第三人确定诊断结果。

1.3 观察指标

总结 CT 动态增强扫描灵敏度与特异性，以及不同 CT 增强扫描时点 (0s、30s、90s、180s、300s、480s) 不同类型病变 CT 值、不同类型病变 CT 动态增强特征参数值，并对比分析。

1.4 统计学处理

本次研究的相关数据采取统计学分析 SPSS18.0 软件处理，计数资料用百分比 (%) 表示，予以卡方 (χ^2) 检验，而计量资料则用均数 ($\bar{x} \pm s$) 表示，予以 t 检验，以 $P<0.05$ 作为统计学有意义的标准。

2 结果

2.1 CT 动态增强扫描灵敏度与特异性

穿刺活检或术后病理证实恶性病变 35 例、良性病变 25 例 (炎性结节 12 例、良性结节 13 例)，CT 动态增强扫描检出恶性病变 34 例、良性病变 26 例，CT 动态增强扫描灵敏度为 96.67%、特异性为 88.46%，详见表 1。

表 1 CT 动态增强扫描恶性病变与良性病变情况

CT 动态增强扫描	穿刺活检或术后病理	
	恶性病变	良性病变
恶性病变	32	2
良性病变	3	23

2.2 不同时点不同结节 CT 动态增强扫描 CT 值比较

不同时点良性结节与炎性结节、恶性结节动态增强

CT 值比较差异明显 ($P<0.05$)，详见表 2。

表 2 不同时点不同结节 CT 动态增强扫描 CT 值对比 ($\bar{x} \pm s$)

增强时间 (s)	恶性结节 (35)	炎性结节 (12)	良性结节 (13)
0	$33.24 \pm 7.32^*$	$32.25 \pm 8.65^*$	28.09 ± 10.45
30	$65.67 \pm 10.46^*$	$70.63 \pm 14.66^*$	35.67 ± 16.75
90	$70.39 \pm 11.90^*$	$73.43 \pm 12.78^*$	34.52 ± 13.23
180	$68.51 \pm 10.07^*$	$71.55 \pm 13.87^*$	39.06 ± 17.33
300	$65.88 \pm 8.65^*$	$61.81 \pm 10.54^*$	35.87 ± 12.45
480	$62.49 \pm 6.57^*$	$59.46 \pm 8.43^*$	34.76 ± 14.31

注：与良性结节比较，* $P<0.05$

2.3 不同结节 CT 动态增强扫描特征参数比较

恶性结节、炎性结节在 PH 于 S_{PH}/P_{PH} 上均明显高于良性结节 ($P<0.05$)，但恶性结节与炎性结节比较无明显差异 ($P>0.05$)，详见表 3。

表 3 不同结节 CT 动态增强扫描特征参数对比 ($\bar{x} \pm s$)

结节类型	PH (HU)	S_{PH}/P_{PH} (%)
良性结节 (13)	8.54 ± 2.39	3.67 ± 1.12
炎性结节 (12)	$39.51 \pm 12.09^*$	$21.98 \pm 2.34^*$
恶性结节 (35)	$37.71 \pm 8.69^*$	$20.39 \pm 2.32^*$

3 讨论

孤立性肺结节指的是肺内直径不超过 3cm 的类圆形病灶，且无卫星灶、肺不张等情况 [4]。本病定性诊断一直是胸部影像研究热点，早期常规 CT 扫描尽管可从结节形态学特征评价其良性或恶性，但实际操作中，因“同影异病，异影同病”现象 [5–7]，使得临床误诊率普遍较高。20 世纪 90 年代开始，随着螺旋 CT 诊断不断发展，国内外开展了 CT 动态增强扫描，显示在临床诊断中可取得不错效果。

我院针对接诊的 60 例经穿刺活检或术后病理确诊为孤立性肺结节的患者作为研究对象，均接受 CT 动态增强扫描，结果显示 CT 动态增强扫描灵敏度为 96.67%、特异性为 88.46%；不同时点良性结节与炎性结节、恶性结节动态增强 CT 值比较差异明显 ($P<0.05$)；恶性结节、炎性结节在 PH 于 S_{PH}/P_{PH} 上均明显高于良性



结节 ($P<0.05$), 但恶性结节与炎性结节比较无明显差异 ($P>0.05$)。从研究结果分析可知, CT 动态增强扫描在炎性结节、恶性结节、良性结节上不同扫描时点的 CT 值有一定差异性, 而且特征参数也各不相同, 尤其是良性结节与其余两种类型间差异明显, 可根据这种差异性进行鉴别诊断。分析原因可能在于恶性结节血液供应来源主要是支气管动脉, 含有很多分化不成熟且分布杂乱的血管, 兼具不完整基底膜, 使得血管通透性较大, 可促进对比剂更好地进入细胞间隙, 为此随着增强扫描时间延长表现为 CT 值先快速升高后缓慢下降 [8-9]; 炎性结节血液供应来源主要是肺动脉, 对比剂进入与排除速度较快, 峰值达到时间比恶性结节更早, 为此表现出 CT 值随增强扫描时间升高更快, 下降也更快, 加上炎性结节与恶性结节可能存在重叠, 为此诊断难度稍大 [10-11]; 良性结节 CT 值随着增强扫描时间变化不明显 [12], 最容易诊断。

综上所述, CT 动态增强扫描应用在孤立性肺结节中有不错的灵敏度与特异性, 且在鉴别良性病变与恶性病变上有不错的价值, 值得借鉴。

【参考文献】

- [1] 何超、林万里、任巧文等. 孤立性肺结节应用 CT 动态增强扫描鉴别良恶性的特异性与灵敏度 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2014, 15(3): 67-69, 99.
- [2] 杨鹏、魏方军、罗晓东等. 螺旋 CT 动态增强扫描对孤立性肺结节的诊断价值 [J]. 实用癌症杂志, 2012, 27(3): 274-

276.

- [3] 高鹏宇、徐兵智. 多层螺旋 CT 动态增强扫描在孤立性肺结节中的应用价值 [J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(9): 1651-1652.
- [4] 高纪称、王君琛、梁占东等. 不同病理类型肺癌患者孤立性肺结节 64 排螺旋 CT 动态增强扫描特点分析 [J]. 山东医药, 2016, 56(16): 23-26, 111.
- [5] 王文生. 多层螺旋 CT 动态增强扫描在孤立性肺结节中的应用价值 [J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(8): 1483-1484.
- [6] 徐艳红. 螺旋 CT 动态增强扫描在孤立性肺结节鉴别诊断中的应用 [J]. 中国基层医药, 2014, 11(22): 3467-3468.
- [7] 崔创撑、田景坤. 对孤立性肺结节患者进行螺旋 CT 动态增强扫描检查的意义 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(7): 36-37.
- [8] 覃明安、李伟雄、卢炳丰等. 螺旋 CT 动态增强扫描在孤立性肺结节鉴别诊断中的应用研究 [J]. 数理医药学杂志, 2015, 17(4): 484-485.
- [9] 高芙蓉、张福刚、卞巍等. 螺旋 CT 动态增强扫描对孤立性肺结节的诊断价值 [J]. 现代实用医学, 2016, 28(4): 474-475.
- [10] 张善力、许建雄. CT 动态增强扫描的层面优化在孤立性肺结节鉴别诊断中的应用价值 [J]. 中国现代医生, 2013, 51(25): 54-56.
- [11] 杨正军、张连贵. 螺旋 CT 动态增强扫描对孤立性肺结节的诊断价值 [J]. 中外健康文摘, 2012, 16(40): 151-152.
- [12] 卢洪波、陈敬洪、温书泉等. 多层螺旋 CT 动态增强扫描对孤立性肺结节的诊断价值 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(13): 19-20.

常见胎儿中枢神经系统发育畸形的超声表现

■超声医学科 / 张伟

【摘要】目的 探讨胎儿中枢神经系统发育畸形的超声表现。**方法** 运用二维及彩色多普勒超声对孕妇进行常规产科检查, 对疑有中枢神经系统发育畸形者进行仔细观察并作出判断, 引产或产后跟踪随访, 将超声检查结果与引产后结果进行对照。**结果** 在 35 例筛查出的中枢神经系统发育畸形的胎儿中, 无脑儿 6 例, 脊柱裂 4 例, 脑积水 10 例, 脑膨出 5 例, 脉络丛囊肿 6 例, 蛛网膜囊肿 2 例, Dandy-Walker 综合征 2 例。**结论** 超声作为一种简便易行、安全无创的检查方法, 可以根据其超声表现有效诊断胎儿中枢神经系统发育畸形, 对临床的及时处理、治疗及优生优育有重要的价值。

【关键词】 胎儿; 畸形; 神经系统; 超声

胎儿先天畸形可累及胎儿各个系统, 其中神经系统畸形的发病率最高, 约为 0.5%, 是我国死胎、死产、婴儿死亡的重要原因之一。超声可以实时直观地观察胎儿颅内及脊柱结构的发育情况, 及早准确发现各种中枢神经系统畸形, 对临床的及时处理、治疗及优生优育有重要的价值。本文就我院 2012 年 10 月至 2016 年 11 月超声诊断的 26 例胎儿中枢神经系统畸形进行回顾性分析, 探讨其超声表现。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 35 例, 经产妇 20 例, 初产妇 15 例, 孕妇年龄 20-38 岁, 平均年龄 31 岁, 检查孕周为 13-28 周。

1.2 方法 采用飞利浦 HD15、飞利浦 HD11 型彩超, 探头频率 3.5MHZ, 选用中晚孕产科超声检查条件, 对孕妇进行常规产科超声检查, 对胎儿双顶径、头围、腹围、心率、股骨长度、胎盘、羊水、脐动脉血流频谱进行常规测量及评估。探头多个切面顺序观察抬头、颈部、脊柱、胸腔、腹腔、肢体及胎儿附属物羊水、胎盘、脐动脉。发现中枢神经系统异常表现后进行仔细观察并作出判断, 引产或产后跟踪随访, 并将超声检查结果与引产或产后随访结果进行对照。

2 结果

上述 35 例胎儿均存在不同类型的中枢神经系统发育畸形, 其中无脑儿 6 例, 脊柱裂 4 例, 脑积水 10 例, 脑膨出 5 例, 脉络丛囊肿 6 例, 蛛网膜囊肿 2 例, Dandy-Walker 综合征 2 例。其中单发畸形 14 例, 多发畸形 21 例。将上述超声检查结果与引产后或产后随访结果进行对照, 符合率达 98%, 漏诊率 2%。

3 讨论

3.1 胎儿中枢神经系统发育畸形的形成原因

胎儿中枢神经系统的发育是从受精后的第 3 周开始, 在胚盘的外层上出现一沟 (神经沟), 从后逐渐加



深，背侧缘逐渐形成一管状结构，即神经管。其表面的外胚层融合成连续的细胞层覆盖在神经管上。神经沟的前部发育成脑，后部发育成脊髓。正常的中枢神经系统在妊娠第 10 周时就可观察到大部分结构，妊娠 16 周后，神经系统已发育完全。随着妊娠的增长，大体解剖结构已经不会发生很大变化。神经系统畸形是由于神经管闭合不全所引起的一类先天性畸形。一般认为在胚胎发育早期第 4 周内，受到遗传或环境影响，神经管闭合失常引起。如果前神经管不闭合，神经组织暴露于外，可产生无脑畸形。后神经管闭合不全可形成脊柱裂。若脉络丛产生脑脊液过多，脑脊液从脑室系统、脑池排除障碍或蛛网膜绒毛吸收障碍时，则导致脑积水。如胚胎期中缝闭合不全，造成颅骨中缝及脊柱中缝某段缺损，缺损处往往出现脑膜膨出或脊膜膨出。如部分或全部脑组织连同脑膜一并由颅骨缺损处膨出，就形成了脑膜脑膨出。Dandy-Walker 综合征是一种特殊类型的脑畸形，常伴发于 50 多种遗传综合征，15%~45% 合并染色体异常。其特点是小脑蚓部缺失、第四脑室和颅后窝池扩张。脉络丛囊肿发生率为 0.18%~3.6%，多见于妊娠中期，形成原因可能为脑脊液回流不畅而使脑脊液积聚，局部脑室扩大，最终形成囊肿样结构。

3.2 声像图表现

(1) 无脑儿：声像图表现为胎儿未见正常颅盖骨结构，无大脑组织，仅见颅底或颅底部分脑组织，胎儿颈项短，冠状切面见眼眶位于最高处且无前额，呈“青蛙”面容，常伴有羊水增多的表现。

(2) 脊柱裂：声像图表现为脊柱椎骨缺损，横断面上可见椎弓骨化中心向两侧分开，呈“U”形，缺损处可见囊性或囊实混合性包块，包块为囊性者，膨出物为脊膜组织，包块为囊实混合性者，膨出物脊髓脊膜组织。往往伴有“柠檬头”和“香蕉小脑征”。

(3) 脑积水：脑积水声像图表现为胎儿脑室系统

扩张。可为一侧侧脑室扩大，或两侧侧脑室扩大，也可表现为第三脑室、第四脑室均扩大。中脑导水管导致的脑积水，第四脑室不扩张。其中，侧脑室积水的诊断标准为—侧侧脑室 >1.5cm，或计算脑室率，即脑中线至侧脑室侧壁距离与脑中线到颅骨内缘距离的比值，当侧脑室比率大于 0.5 时可诊断脑积水。如胎儿双顶径较同孕周明显增大，且脑组织明显变薄，为重度脑积水的表现。

(4) 脑膨出及脑膜膨出：声像图表现为局限性颅骨缺失伴缺失处囊性或囊实混合性包块，当膨出物为脑膜时，超声表现为囊性无回声团，当膨出物既有脑膜还有脑组织时，往往为不均质的低回声。如有大量脑组织膨出，可导致小头畸形。位于额部的脑或脑膜膨出，常有眼距过宽，面部畸形、胼胝体发育不良等。

(5) 脉络丛囊肿：声像图多表现为胎儿单侧或双侧脉络内囊性占位，常为双侧性，亦可单侧出现。妊娠中期，约 1%~2% 的胎儿可检出脉络丛囊肿，但 90% 以上胎儿脉络丛囊肿在妊娠 26 周以后消失，仅少数呈进行性增大。

(6) 蛛网膜囊肿：声像图表现为胎儿颅腔内囊性占位，壁薄，与侧脑室不相通。CDFI：囊性占位内未见明显血流信号。位于颅后窝池者注意与 Dandy-Walker 畸形鉴别，位于第三脑室后方者，应与其他中线囊性占位鉴别，主要与第三脑室扩张及 Gallen 静脉瘤鉴别。

(7) Dandy-Walker 综合征（包括三种类型）：典型的 Dandy-Walker 畸形以小脑蚓部完全性缺失，此型较少；变异型 Dandy-Walker 畸形声像图表现为小脑下蚓部发育不全为特征，可伴有或不伴有颅后窝池增大；单纯颅后窝池增大，小脑蚓部完整，第四脑室正常。

综上所述，超声是一种简便易行、安全无创、易于复查，且对胎儿中枢神经系统的检查和畸形的发现较为有价值的方法，通过二维及彩色多普勒超声检查，可对胎儿中枢神经系统的各类畸形进行诊断与鉴别诊断，从而为临床的及时决策、处理提供较为准确的依据。

【参考文献】

李胜利. 胎儿畸形产前超声诊断学. 北京. 人民军医出版社. 2007: 130-163.

严英瘤. 产前超声诊断学. 北京. 人民卫生出版社. 2005: 179-188.

止痛药使用小知识

■药剂科 / 程平

人们在日常生活中会遇到多种疼痛。据报道：头痛（69%）、牙痛（66%）、肌肉关节痛（58%）、颈肩腰背痛（35%）是我国居民最常见的疼痛，其次为运动损伤导致的疼痛（33%）和月经痛（29%）。疼痛已经成为影响人民群众生活和工作的重要疾病之一，而人们往往认为这些疼痛不是什么大病，常不经医师诊治，自己到药店购买止痛药服用。然而，如果使用止痛药不合理，常会延误病情，还可能引起其他疾病，影响正常的工作和生活，甚至会影响心理健康。为了能使药师帮助患者正确选用止痛药，笔者现将止痛药的分类、适应症、使用注意事项等介绍如下：

■非甾体解热止痛抗炎药

本类药物有解热止痛作用，其中许多药有抗炎、抗风湿作用，尽管如此，其在化学结构上与激素不同，故称为非甾体抗炎药。本类药物常用的有阿司匹林、双氯芬酸、对乙酰氨基酚（扑热息痛）、吲哚美辛（消炎痛）、布洛芬（芬必得）、芬布芬、吡罗昔康（炎痛喜康）等。本类药物对头痛、牙痛、神经痛、关节痛、肌肉痛及月经痛等中等程度的钝痛治疗效果较好，对感冒发烧引起的全身酸痛效果最好（因其还具有解热作用），对轻度癌性疼痛也有较好的镇痛作用，但其对外伤性剧痛及内脏平滑肌绞痛无效。

本类药物无成瘾性、无镇痛安眠作用，产生镇痛作用是通过抑制前列腺素合成的结果。本类药物最常见的不良反应是胃肠道反应，包括恶心、呕吐、上腹部不适或疼痛等，长期或大剂量服用可引起胃肠道溃疡、出血或穿孔。因此，本类药物禁用于活动性溃疡病或其他原因引起的消化道出血。

■中枢止痛药

本类药物主要有曲马朵，为非阿片类中枢性镇痛药，因此无成瘾性。可用于中重度急慢性疼痛，如术后痛、创伤痛、癌性痛、心脏病突发性痛、关节痛、神经痛，以及分娩止痛。常见的不良反应有眩晕、恶心、口干等，近来有成瘾报道，为安全起见，应避免长期应用。

■阿片类止痛药

本类药物主要作用于中枢神经系统，镇痛作用强大，极易成瘾，因此仅用于手术疼痛和癌症晚期疼痛。该类物质属于麻醉药品，应严格管理，只能在医院凭医生处方使用。常用的药物有哌替啶（度冷丁）、吗啡、芬太尼等。

■解痉止痛药

解痉止痛药用于解除平滑肌痉挛引起的疼痛——内脏绞痛，如胃肠痉挛引起的疼痛、肾绞痛、胆绞痛等。常用的药物有阿托品、山莨菪碱（654-2）、颠茄片、



普鲁本辛等。其中山莨菪碱对各种神经痛有较好的效果，如三叉神经痛、坐骨神经痛等。本类药物有抑制腺体分泌、改善微血管循环、轻度扩瞳等作用，故常见的不良反应有口干、面红、视近物模糊等，青光眼患者忌用。

■胃溃疡疼痛止痛药

胃溃疡患者的胃部（左上腹部）疼痛是由于胃酸分泌过多对溃疡面腐蚀所致。口服抗酸止痛药后，可在胃内中和过量的胃酸而发挥止痛作用。常用的药物有碳酸氢钠、三硅酸镁、氢氧化铝凝胶等。其中三硅酸镁、氢氧化铝凝胶除能中和胃酸外，还能在溃疡面上形成一层保护薄膜，减少胃酸和胃蛋白酶对溃疡面的腐蚀和消化作用。胃黏膜保护药常用的有枸橼酸铋钾、胶体果胶铋、胶体酒石酸铋等。这二类药物应在饭前服用，才能发挥最佳效果。

胃溃疡患者服用抗酸药和胃黏膜保护药只是临时缓解疼痛，要想治愈胃溃疡还需对症治疗，应用胃酸分泌抑制剂，如西米替丁、雷尼替丁、奥美拉唑等。此外，还可服用抗幽门螺杆菌药，如阿莫西林、甲基红霉素、甲硝唑或替硝唑等。

对于腹部疼痛的患者，药店药师应提醒其不要乱用止痛药，因为腹部脏器较多，病变部位不好确定。如果一发生腹痛便使用止痛药，很可能会掩盖疾病特有的症状，给医生诊断带来困难，容易贻误病情。例如，阑尾炎引起的腹痛，一般人很难正确诊断，如果乱用止痛药进行止痛，结果可能造成阑尾炎化脓、穿孔，错过手术的最佳时机，增加患者的痛苦和经济负担。另外，已婚育龄妇女出现腹部疼痛还有宫外孕的可能，如果错误地使用止痛药来治疗，一旦出现大出血，后果不堪设想。

口服药物的不同用法，你掌握了吗？

■信息科 / 杨华

面对不同“造型”的口服药物，其用法有什么不同吗？胶囊剂、含片、缓释片、分散片分别该怎么服用？面对这些问题，我想很多宝宝都一脸蒙逼，口服药物不就是一口吞吗？还能有什么不同？殊不知，即使是口服药物，因为其制造工艺不同、剂型不同而导致其用法也有所不同，掌握其正确用法，才能发挥药物的最大疗效。

一、口含片与舌下片

口含片又称含片，比如西瓜霜润喉片、草珊瑚含片、西地碘含片（华素片）等，多用于口腔及咽喉疾患，有局部消炎、杀菌、收敛、止痛等作用。口含片使用时应含在口腔或颊部，让其溶解，不要咀嚼。在药物溶解后的一段时间内，不要吃东西或饮用任何液体。

舌下片则是由舌下黏膜直接吸收而发挥全身作用的片剂，如硝酸甘油舌下片。这类药物在口腔黏膜被吸收进入血液，与口服药物相比，吸收更快更彻底。服用舌下片的正确方法是将药片放在舌头下面，闭上嘴，尽可能在舌下长时间保留一些唾液以帮助药片溶解。服用硝酸甘油片后至少5分钟内不要饮水。药物溶解过程中不要吸烟、进食或嚼口香糖。

二、肠溶剂和胶囊剂

肠溶剂指用肠溶性材料进行包衣制成的剂型。顾名思义，肠溶材料就是只有在肠道才溶解的材料，而不会在胃部溶解。肠溶剂到达肠道后，表面包衣的肠溶材料溶解，药物才释放出来，从而实现肠道内定位释放的目的。

肠溶剂可以避免药物对胃的刺激，对于在胃中不稳定的药物，包裹在药物表面的肠溶衣可以起到保护药物的作用。常见的肠溶剂有阿司匹林肠溶片等。

胶囊剂是指将药物填充于空心硬质胶囊中或密封于弹性软质胶囊中制成的固体制剂。胶囊剂因药物装在胶囊壳中与外界隔离，避开了水分、空气、光线的影响，故能掩盖药物的不良嗅味及提高药物稳定性。由于胶囊剂中的药物是以粉末或颗粒状态存在，不像片剂受压力等因素的影响，所以在胃肠道中能迅速溶解和吸收，生物利用度较高。

肠溶剂和胶囊剂的共同特点是外层有包衣，服用时应注意不能将其破坏，通常应整粒吞服。一旦肠溶剂和胶囊剂的包衣被破坏，将失去包衣的遮味和保护作用。药物可能被胃液破坏，药物的不良味道可能引起恶心、呕吐，增加药物不良反应等。

三、缓释制剂与控释制剂

缓释制剂指用药后能在较长时间内缓慢非恒速地释放药物，以达到在体内延长药物作用、减少服药次数的目的；控释制剂与缓释制剂不同的是，缓释制剂是非恒速释放药物，而控释制剂能恒速或接近恒速释放药物。缓控释制剂与相应普通制剂相比，每24小时用药次数应从3~4次至少减少至1~2次。

缓控释制剂能在较长时间内维持一定的血药浓度，从而减少了给药次数，可以克服血药浓度的峰谷现象，

使血药浓度保持在比较平稳持久的有效范围内，有利于减少药物的不良反应。常见的缓释制剂有盐酸曲马多缓释片、非洛地平缓释片、茶碱缓释片、布洛芬缓释胶囊等。常见的控释制剂有硝苯地平控释片、氯化钾控释片等。

缓控释制剂的使用注意事项：

(1) 严格遵医嘱服药，用药剂量及次数不宜过多或过少。(2) 不宜掰开或嚼碎服用，应整片吞服。掰开或嚼碎后失去了缓控释功能，使药物在短时间内大量释出，血药浓度大为增高，可能引起毒性反应，故应予避免。有个别缓控释制剂采用特殊缓释技术使其可分成半片服用，其目的是方便患者及时调整用药剂量，如曲马多缓释片。

四、分散片与泡腾片

分散片系指在水中能迅速崩解并均匀分散的片剂，多用于难溶性药物，常见的分散片有阿奇霉素分散片、盐酸氟西汀分散片等。

分散片的特点：(1) 吸收快。普通片剂或胶囊剂存在崩解速度慢的缺点，对药物的吸收有一定的影响。分散片在 19 ~ 21℃ 水中一般 3min 内完全崩解，大大提高了药物的吸收度。

(2) 服用方便。普通片剂、胶囊剂的体积较大，或一次常需用多片(粒)，服用不方便，特别对于老人、小孩和有吞咽功能障碍的患者有一定困难。分散片放入水中可分散成均匀的混悬液，服用方便。(3) 高效。分散片由于崩解形成均匀的混悬液，所以吸收较快、充分，

可提高某些药物的疗效。

泡腾片是指含有泡腾剂的片剂，多用于可溶性药物，如阿司匹林泡腾片、维生素 C 泡腾片、甲硝唑泡腾片等。它与普通片剂的不同之处，在于它还含有泡腾剂，当泡腾片放入饮水中之后，在泡腾剂的作用下，即刻产生大量气泡(二氧化碳)，使片剂迅速崩解和融化，有时崩解产生的气泡还会使药片在水中上下翻滚，加速其崩解和融化。片剂崩解时产生的二氧化碳部分溶解于水中，使喝入口时有喝汽水般的感受。

泡腾片的特点：泡腾片剂崩解快速、服用方便、起效迅速；由于溶解成水溶液，特别适用于儿童、老年人以及吞服药片或胶囊有困难的患者；经过调味后的泡腾片，口味更佳，良药不再苦口，使患者特别是婴幼儿更乐于接受等。但需要注意的是泡腾片服用时应先将其溶于水后再口服，而不可将其直接含服或吞服。

五、咀嚼片

咀嚼片是指在口腔中咀嚼使其溶化后吞服的片剂。如维 D 钙咀嚼片、铝碳酸镁咀嚼片、维生素 C 咀嚼片等。药片经嚼碎后表面积增大，促进药物在体内的溶解和吸收，服用方便，尤其适合老人、小孩、吞咽困难及胃肠功能差的患者，服用时口中咀嚼后或溶解后咽下。

由以上可知药物剂型种类繁多，如果使用不当，不仅可能导致疗效下降，而且还可能引起不良反应。患者在服药前应仔细阅读说明书或咨询药师，正确使用药物，将治疗疾病的武器发挥出最适宜的功效。



合并心脏病的 COPD 患者如何安全使用 β 受体阻断剂

■ 药剂科 / 刘学森

β 受体阻断剂可以挽救心血管疾病患者的生命，可降低心力衰竭和心肌梗死(MI)患者的死亡率。 β 受体阻滞剂也是几种房性心律失常的一线治疗药物，对于治疗心绞痛以及高血压、甲状腺毒症、门静脉高压、偏头痛、青光眼和焦虑症等方面都很重要。

然而，对有慢阻肺的心血管病患者使用 β 受体阻滞剂仍有重要的理论和临床关注。本文作者通过阅读大量最新的相关文献，总结其中主要的观点，重点是解决合并慢阻肺和心脏病患者使用 β 受体阻滞剂的困境，需要记住的是，这种困境延伸至外周血管疾病(其中 β 阻断可能恶化肢体缺血)和哮喘患者(β 受体阻断可能危及生命)。

一、慢阻肺患者使用 β 受体阻断剂的理论与临床研究担忧

慢阻肺患者使用 β 受体阻断剂有几个理论问题。首先， β 受体阻断剂可能会降低患者的基础(稳定)FEV1，而在严重疾病中，肺功能的下降甚至可能对症状有重大影响。其次， β 受体阻断剂会降低对 β 2 激动剂治疗的应答。因此，在慢阻肺急性加重期间， β 受体阻

断使用者可能对重要的挽救生命的 β 2 激动剂救援治疗应答缺乏或减弱。即使 β 受体阻断剂在患者稳定时耐受性良好，也会发生这种情况。第三，担心长期共同使用 β 受体阻断剂可阻断或减少长效 β 2 受体激动剂治疗的长期疗效。

几项研究表明 β 受体阻断剂可以减少 FEV1。 β 受体阻断剂与普通人群和慢阻肺患者的肺功能(FEV1)降低相关， β 受体阻断剂的 β 1 选择性与 β 2 选择性似乎发挥了作用。

二、慢阻肺患者使用 β 受体阻断剂的理论与临床研究获益

β 受体阻断剂在慢阻肺患者中可能有保护作用有几个理论原因。首先，通过降低背景肾上腺素能和炎症状态(可能包括全身炎症和器官特异性炎症)， β 受体阻断剂可降低慢阻肺和心脏病加重的背景风险。其次，慢阻肺急性加重期，循环儿茶酚胺仍然较高。这增加了心肌缺血、心动过速、心力衰竭和高血压恶化(卒中风险)的风险。 β 阻断剂可以抵消所有这些内源性加重相关的心血管风险。第三，在慢阻肺急性加重期间，患者接受



β 受体激动剂（通常是雾化沙丁胺醇）治疗，其本身引起显著的心动过速。有几项观察性研究表明， β 受体阻断剂有效治疗慢阻肺患者的心脏病，在改善总生存率方面，其获益超过风险。有观察性研究证实，在慢阻肺急性加重期使用 β 受体阻断剂也是安全的。

然而，在建议对所有合并慢阻肺和心脏病患者处方 β 受体阻断剂之前，一定要记住以上都是观察性研究，目前还没有长期随机研究评估 β 受体阻断剂在合并心绞痛或心梗的慢阻肺患者中对心血管疾病预防作用的获益。

三、目前的建议和未来展望

GOLD 建议，对于合并心脏衰竭或缺血性心脏病的慢阻肺的患者，可使用 β 受体阻断剂进行治疗。但需明确的是，虽然有这种建议，但观察患者的呼吸困难恶化和肺功能下降是至关重要的，并且如果需要，检查患者并停止 β 受体阻断剂治疗。因此，目前的建议是，对于合并心脏衰竭或缺血性心脏病的慢阻肺的患者，使用目前可用的大多数“心脏选择性” β 受体阻断剂（例如比

索洛尔），从低剂量开始，只要有可能，使用“尝试并观察”的方法。

苏格兰指南对“没有明显可逆性气道阻塞慢阻肺”，且“没有适当的替代方案”的患者提出了类似的建议，并建议密切监测不良反应。同样，对于合并慢阻肺和心脏病的患者，限制全身暴露于 β 受体激动剂（例如，使用 2.5 mg 雾化沙丁胺醇而不是 5mg，并且在急性期恶化后尽快停止雾化器的使用）会降低心血管风险。然而，这些建议不是建立在良好的前瞻性随机试验的基础之上，并且不能由此推测哮喘患者，哮喘患者仍禁止使用 β 受体阻断剂。

展望未来，为了了解我们目前使用的 β 受体阻断剂是否安全或有益，我们需要大量进行随机安慰剂对照试验，以真正探讨对心血管死亡率和发病率（以及慢阻肺发病率潜在改善）的获益确实超过了慢性支气管炎的潜在发病率和死亡率 / 中长效和短效 β 受体激动剂治疗慢阻肺获益的降低。



石棉县妇女儿童医院 各楼（层）布局及科室设置情况

门诊住院楼

-1F	1F	2F	3F	4F	5F	6F
库房	门诊	妇产科一病区	妇产科二病区	儿科一病区	儿科二病区	手术室/产房/NICU
妇保院档案室 药库 设备（维修）库房 气动物流机房 顾客服务中心库房	一区 儿科门诊诊断室 心电图/肺功能室 雾化室 检验科 放射科（DR室） 西药房 挂号/医保报销 警务（消防控制）室 二区 妇产科门诊诊断室 胎监室/吸氧室 治疗室 心电图室 超声医学科（彩超室2间） 顾客服务中心	病房（1—33床） 护士站（治疗室2间） 医生办公室 检查室 洗婴室	病房（34—67床） 护士站（治疗室2间） 医生办公室 科主任/护士长办公室 更衣室 值班室 库房	病房（1—35床） 护士站（治疗室2间） 医生办公室 儿童活动室 库房 示教室 科主任/护士长办公室 更衣室 值班室 库房	病房（36—88床） 护士站（含治疗室2间） 医生办公室 静脉穿刺室 输液室	一区 手术室（手术间3） 产房（3） 待产室 导乐室 二区 NICU

保健楼

-1F	1F	2F	3F	其他
食堂	儿童保健区	妇女保健区	办公区	总平
职工食堂 对外服务食堂 自助食堂	儿保门诊 水疗抚触室 听力筛查室 视力筛查/康复室 儿童体格检查室 接种登记室 接种筛查室 接种室 冷链库房 异常反应处置室 接种观察室	妇女保健门诊 孕产妇保健门诊 助产士门诊 形体恢复室 盆底康复室 男女婚检室 婚姻登记室 调解室 档案室	石棉县妇幼保健计生服务中心（妇幼保健院）办公区 多功能会议室 中心机房 值班室（5间）	垃圾房 医疗废物暂存间 制氧机房 污水处理站 文化连廊 停车收费岗亭



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

