

石棉医讯



惜 缘 同 舟 德 术 共 谐

Hospital Of Shimian County

2016
第二期 (总第47期)

- 医疗扶贫助推精准扶贫
- 关爱天使在行动
- 我院举办口腔健康知识讲座



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

科室系列介绍

内三科 (含心血管内科、肾脏内科、神经内科专业)

科室简介

石棉县人民医院内三科成立于2012年，由心血管内科、神经内科、肾脏内科三个亚专业组成，并代管血液透析室。经过多年的发展和打造，科室目前拥有两个病区：内三病区位于第一住院大楼4楼，拥有床位85张，血液透析室位于第一住院大楼5楼，开放床位11张；一个心脏功能室和一个与政府共建的远程心电图中心。科室目前拥有医护人员40名，其中副主任医师2名，主治医师4名，拥有专委会委员1人、市专委会委员2人。



业务简介

心血管疾病、神经内科疾病和肾脏内科疾病的诊断和治疗，并对心肌梗死、心力衰竭、心律失常、尿毒症、脑梗塞、脑出血等危重疾病的诊断和治疗有一定的造诣，同时科室开展了常规心电图、动态心电图、运动平板、远程心电图、远程动态心电图、动态血压等业务。



医疗设备

血液透析机11台、动态血压5台、动态心电图7台、心电图机13台、运动平板1套、无创无创呼吸机1台、心电监护仪9台等高新设备。

专家介绍

徐林 主治医师

内三科主任 在职研究生学历 石棉县人民医院内科中青年业务骨干，四川省中药学会络病委员会委员。2007年毕业于西南医科大学（原泸州医学院），2010年至2011年于四川省人民医院内科进修学习，于2013年至2015年于西南交通大学工商管理学院（医院管理MBA）研究生班学习，2015年8-10月作为雅安市优秀中青年干部递进班成员在四川大学和雅安市委党校学习。主持县级科技计划项目2项，参与研究县级科技计划项目2项，在国家期刊发表论文数篇，多次参加省内和全国性学术会议。



温馨提示 { 我院区域心电远程诊断中心于2016年9月1日全面建成并正式投入使用，能开展远程心电图、运动平板、动态血压、动态心电等业务。咨询电话：0835-8863276 }

内三科 咨询  **0835-8858434**

医院简介

石棉县人民医院（第二名称：雅安市第三人民医院）始建于1951年6月25日，是石棉县唯一一所政府举办的非营利性二级甲等综合医院，国家爱婴医院。占地26亩，业务用房面积约43000平方米。现资产总值2.13亿元，其中各项医疗技术装备总值7000余万元。编制床位550张，实际开放床位658张。现有在岗职工478人，其中卫生专业技术人员436人、中高级职称121名（正高1人，副高33人），另有劳务工98名。

石棉县人民医院是四川大学华西医院远程会诊·远程教学网络医院，四川省医学科学院·四川省人民医院松散型医疗集团医院，成都军区总医院对口帮扶医院，雅安市人民医院对口支援我院，是雅安职业技术学院、甘孜卫校教学实习医院。目前是雅安市、甘孜州18个县职工医保、居民医保和新农合定点医院，凉山州冕宁县、甘洛县新农合定点医院，均实现了网络直报和异地即时结算，外县住院病人占比超过50%。

医院现有一级临床科室15个：急诊科、内一科（呼吸、中毒和感染性疾病）、内二科（消化、肿瘤和内分泌）、内三科（心血管、肾脏内科和神经内科）、儿科（儿内、儿保和新生儿）、外一科（普外、肛肠、肝胆、泌尿和乳腺外科）、外二科（神经外科、烧伤、整形）、外三科（骨科）、妇产科（妇科、产科）、康复医学科（疼痛、中医和康复理疗）、眼科、耳鼻喉科、麻醉科、皮肤科、口腔科。

医技科室8个：药剂科、检验科、输血科、病理科、放射科、超声医学科（常规彩超和心电图、TCD、脑地形图检查、体外波碎石治疗、超声造影）、消毒供应室、健康管理部。

石棉县人民医院正在全方位探索公立医院综合改革，于2014年全面托管棉城社区服务中心，给予医疗、护理、管理等全面的支持，提升其综合服务能力，并整合妇幼保健院医疗资源，正在积极筹建妇女儿童专科医院。石棉县人民医院将竭力加强人才与专科建设，努力创建三级乙等综合医院，为本区域各族群众生命和健康提供优质服务。



石棉医讯

2016年第二期(总第47期)

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

地 址: 石棉县人民路 11 号
邮 编: 625400
电 话: (0835) 8862422
传 真: (0835) 8858757
编辑出版: 《石棉医讯》编辑部
版式设计: 雅安九歌传媒
准印证号: 雅内资(2016)字第 002 号

目 录

CONTENTS

● 医院大事

- 04- 我院举办“标本采集质量控制”培训会
- 04- 我院消毒供应质量追溯与信息管理系统正式上线使用
- 05- 我院举办口腔健康知识讲座
- 06- 医疗扶贫助推精准扶贫
- 06- 我院开展儿童预防接种、疟疾防治宣传活动
- 07- 我院举行 2016 年首次放射阅片会
- 08- 送医下乡, 情暖彝寨
- 08- 关爱天使在行动
- 09- 我院志愿者到擦罗乡福龙村开展庆“六一”活动

● 就医指南

- 10- 盆底 ERCP 术后护理……………内二科 / 陈 敏
- 11- 教你正确认识“天灸疗法”……………中医康复科 / 杨巧梅
- 12- 肺功能锻炼的方法……………内一科 / 杨 静
- 13- 肺结核病人的饮食指导……………内一科 / 杨守勤

● 健康常识

- 14- 吃掉癌症 14 准则……………妇产科 / 汤 雷
- 15- 快停下! 你的牙齿快被刷断了! ……门诊五官科 / 张 锐
- 16- 便秘预防……………中医科 / 康复医学科 / 疼痛科 / 李 芳
- 16- 夏季预防红眼病……………门诊五官科 / 张 锐
- 17- 吃蜂蜜的禁忌……………外三科 / 曹 雪
- 18- 合理控制体重减少肥胖和疾病……………外二科 / 李蒙革
- 20- 夏季养生小窍门 助你健康度夏季……………中医科 / 康复医学科 / 疼痛科 / 宋潇潇(摘)
- 21- 立夏来临 养生保健注重“7 防术”……………内三科 / 施艳梅
- 22- 如何健康地吃荔枝? ……内二科 / 秦际强

● 医学前沿

- 24- 新成果 为 IgA 肾病精准治疗打基础……………
- 24- 61 个项目入围精准医学研究重大专项……………
- 25- 促乳腺癌转移“核心基因”发现……………

● 心情驿站

◎ 情感天地

- 26- 坚持·执着·信仰……………内三科 / 邓林霞
- 27- 总得有首歌, 天籁般唱给自己……………妇产科 / 耿 甜
- 28- 拾梦……………儿科 / 姜利
- 28- 心田上的百合花……………内二科 / 陈 露
- 29- 生命……………内一科 / 刘 敏
- 30- 思想的小鱼……………内二科 / 赵丽梅

◎ 智慧人生

- 31- 别把一个对你好的人弄丢了……………手术室 / 曹富强
- 31- 不完美……………外二科 / 张 润

● 管理论坛

◎ 政策选登

- 32- 人力资源和社会保障部、财政部关于做好 2016 年城镇居民基本医疗保险工作的通知……………
- 34- 公立医院“去编”先迈哪条腿是有说法的……………

◎ 管理杂谈

- 36- 当管理遇上人情……………人力资源部
- 38- 医生就是这样被记者逼疯的! ……内二科 / 张 敏

◎ 管理小故事

- 40- 哥伦布的鸡蛋……………信息科 / 杨 华
- 40- 钉子……………信息科 / 杨 华

◎ 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- 痔疮套扎术治疗痔疮疗效分析……………外一科 / 寇光平
- 44- 血液净化治疗三例多器官功能障碍综合征(MODS)的疗效观察分析……………石棉县医院内三科 / 程 逸

- 46- 无痛胃肠镜麻醉 83 例分析……………麻醉科 / 程 慧
- 48- 腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术的麻醉处理临床分析……………石棉县中医医院 / 陈逸昌
- 50- 椎体成形术临床观察……………石棉县中医医院 / 王建祥 袁崇新

◎ 护理篇

- 51- 中药蒸汽浴治疗肛周疾病的应用……………外一科 / 罗德群
- 53- 应用品管圈提高手术首台准点开台率……………手术室 / 康鸿蜀
- 57- 弹性排班, 提高护、患满意度……………外三科 / 万 星
- 59- 浅谈新生儿黄疸的护理……………儿科 / 刘晓莉
- 60- 老年患者股骨颈骨折皮牵引术的护理……………外三科 / 康 琳

◎ 医技篇

- 62- 微量元素铁与血红蛋白联合检测在缺铁性贫血中的应用……………检验科 / 李洁平
- 64- 超声造影检查在胃疾病中的应用价值……………超声医学科 / 张 婧 刘兴蓉
- 66- 妊娠晚期超声诊断前置胎盘 1 例体会……………石棉县中医医院功能科 / 任俊艳 杨嘉明
- 68- 多发性骨髓瘤患者 ABO 正反定型不一致的分析及处理……………石棉县中医院检验科 / 黄 睿

◎ 药剂篇

- 70- 小儿安全退热药比较: 布洛芬和对乙酰氨基酚……………药剂科 / 刘学森
- 72- 常用风湿科药物应该饭前还是饭后服用? ……中医科 / 赵 霞
- 73- 应当正确服用“泡腾片”……………药剂科 / 刘建平
- 74- 说说那些需要“首剂加倍”的药物……………内二科(摘录)
- 76- 糖尿病患者如何合理安全用药? ……药剂科 / 肖劲松
- 79- 围手术期预防使用抗菌药物又有新变化……………药剂科 / 程 平

我院举办“标本采集质量控制”培训会

为提高医务人员在诊疗、护理过程中的标本采集技术，2016年3月23日15:00，在院感科的组织下，在综合楼多功能厅举办了“标本采集质量控制”培训会，本次培训医、护、技人员共计277余人参加。

培训会由院感科科长主持，主管检验技室董雨剑主讲。会上重点对标本采集意义、采集方法、影响结果的因素进行了讲解，指出了血标本采集顺序，采集空腹的时间、送检时限及注意事项。

培训结束时院感科要求各临床科室有样必采，采样时遵照《医院感染预防与控制操作流程》中血培养标本、痰标本、手术部位感染标本、尿液标本的采集与运送操作流程，正确采集



各类标本，所有标本由医务人员送检，病人及家属不得运送。

通过此次培训，提高了医护人员的质量控制意识，在接下来的工作中，认真做好标本采集告知与准备，严格按照标本采集与运送操作流程，从而提高病原微生物送检率，有效进行耐药菌监测和药敏试验，为提供治疗提供依据。

我院消毒供应质量追溯与信息管理系统正式上线使用

为了确保为病人提供安全的消毒供应物品以保证诊疗效果，为了达到我院消毒供应中心质量可追溯、信息可管理的目的，按照我国《消毒供应中心管理规范》等对消毒供应中心的质量管理要求，我院于2015年10月采购了消毒供应质量追溯与信息管理系统，经过三个月的建设、二个月的试运行，目前系统已稳定运行，于

2016年3月24日通过验收正式上线使用。

消毒供应质量追溯与信息管理系统正式上线使用，一是通过条形码采用简单易行的电子信息管理，将系统与医院消毒供应中心的设备进行连接，对消毒供应中心器械回收、清洗消毒、打包、灭菌、存储、发放和科室使用环节的跟踪和管理取代手工登记工

作，达到可追溯。二是建立预约、预警、召回等流程与机制，及时提醒回收过期或有质量问题的物品和医疗器械，避免患者和医护人员的感染，减少大量物品需要被召回时的工作量及对临床工作的影响程度，使消毒供应中心与临床科室之间配合更顺畅，采用无线终端的方式进行扫描跟踪，操作更方便，有效提高了工作效率。三是将我院消毒供应管理由单纯的经验管理向基于数据事实分析的科学管理转变，实现信息快速流转、数据共享、统计精确，为规范质量管理、成本管理、举证等提供了有效的信息与依据。四是通过对环节质量的追溯与管理的提升，杜绝不符合要求的操作，使每



个病人使用无菌物品的各消毒供应环节记录的信息更加精确、完整，有效管理人员操作的随意性，确保为病人提供安全的无菌物品，更好地保障了诊疗效果的实现，降低了医疗风险。

我院举办口腔健康知识讲座

为普及广大群众的口腔健康知识，提高护齿健康意识，预防和减少口腔疾病的发生，养成良好的口腔卫生习惯，2016年3月26日10:00-12:00，在我院综合楼六楼多功能厅举办了以“口腔保健”为主题的健康知识讲座。

本期讲座由我院口腔科刘洪主治医师讲授，刘医师通过直观形象的课件演示，为在场的50多名听众展示了牙齿的结构组成、婴幼儿及成年人常见的多种口腔疾病的症状和治疗方法，用通俗易懂的语言给听众们讲解了口腔疾病带来的危害和口腔保健的



重要性，并现场示范了正确的刷牙方法和牙线的使用方法。

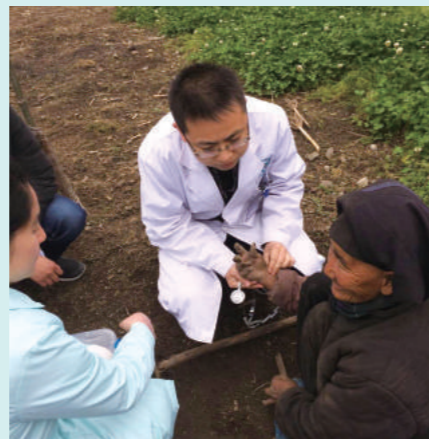
健康讲堂作为一项“惠民”措施，从2015年延续至今，以普及健康常识、提高棉城群众健康素质为目的。每一次的健康讲堂都得到了听众的一致好评和赞许，在接下来的工作中我院将定期组织不同主题的健康知识讲堂，以满足不同人群的健康需求。

医疗扶贫助推精准扶贫

——栗子坪乡西冲村医疗扶贫圆满结束

按照上级部门精准扶贫的文件精神，我院在第一时间向县内各单位发出《石棉县人民医院关于协助开展精准扶贫工作的函》，旨在精准帮扶到“因病致贫、因病返贫”的贫困群众，积极主动地承担社会责任，体现公立医院的公益性。2016年3月28日我院组织3名医护人员配合石棉县环保局在栗子坪乡西冲村顺利开展医疗扶贫活动。

我院医务人员在环保局第一书记张书记的带领下，以“精准扶贫，不落一人”为要求，深入到贫困群众的家中及田间地里，通过实地走访了解他们的生活情况和身体情况，并为其做详细的身体检查、用药指导、饮食指导及健康生活指导。走访期间我院医疗扶贫服务队顾不上身体的疲劳感，放不下对困难群众的牵挂，在一天的时间里共走访了栗子坪乡西冲村“因病致贫、因病返贫”的27名困难群众。



走访的27位贫困群众虽然生活困难还被疾病缠身，但在其脸上仍能看见对生活充满希望的笑容，这深深地感染着我们，并让我们深刻认识到疾病给一个家庭带来的伤害和磨难，让我们明白作为医务人员、作为公立医院，肩上的责任和任务有多么重。我院一直以积极主动的工作态度支持精准扶贫工作及开展医疗扶贫工作，在接下来的工作中我院将一如既往，让百姓真正受益。

我院开展儿童预防接种、 疟疾防治宣传活动

2016年4月25日是第31个“全国儿童预防接种日”，按照石棉县免疫规划工作领导小组办公室关于印发《石棉县2016年4·25全国儿童预

防接种宣传日活动实施方案》的通知要求，在院内、院外开展了宣传活动。

2016年4月25日上午9点，在县免疫规划工作领导小组办公室的领

导下，抽调社区和公卫科人员在街头集中开展了以“信任预防接种，享受健康生活”为主题的宣传活动，现场咨询、义诊、发放宣传资料共500余人次。

4月26日为第9个“全国疟疾日”，在县疾控中心的统筹组织、安排下，我院积极配合开展了专题宣传活动。公卫科组织下发疟疾防治知识培训课件，要求各科室对医务人员、病人、家属等进行培训；印发了疟疾防治知识宣传单，在预检分诊处、感染性疾病科病区内发放，共计发放宣传资料



1000余份。

通过本次活动的开展，有利于宣传疫苗对于预防疾病的重要意义，广泛、深入和持续普及预防接种知识，唤起全社会积极参与和支持，提高预防接种服务质量 and 可及性，营造有利于开展预防接种工作的良好社会环境和舆论氛围。

我院举行2016年首次放射阅片会

为了加强我院放射科与临床科室间的沟通交流，提高临床医务人员的阅片能力，提高疾病诊断和鉴别能力，进一步提升整体业务诊治水平，4月26日，在综合楼六楼中型会议室，举行了2016年首次放射阅片会，放射科与临床科室共40余名医技人员参加了阅片会。阅片会上由放射科副主任郑显平主治医师就颅脑、胸部、腹部、腰椎、膝关节、踝关节、髌关节等部位的CT及磁共振阅片的基础知识进行了详细的讲解。



阅片会围绕患者、围绕临床，从

个案病例读片，以影像、病变征象和临床体征为切入点进行分析讨论，为临床科室与放射科间提供了一个良好的学习和交流平台，使医务人员在交流中进一步丰富知识结构，从而提高影像诊断水平，更好地服务于患者。

送医下乡，情暖彝寨

——中老年健康知识讲座栗子坪乡元根村站

5月6日，我院组织6名医护人员协助县老科协前往栗子坪乡元根村开展了以高血压、糖尿病为主题的健康知识讲座。

在元根村村委会，我院内三科徐林主任、内二科张敏医生分别从高血压、糖尿病的预防、保健、饮食、治疗和控制多方面为当地群众进行了生动、详细的讲解，并对在场已患有高血压、糖尿病的患者进行了药物使用指导。在此期间，我院放射科技师阳波前往栗子坪卫生院为相关技术人员就DR的操作、保养等进行了详细的指导。

讲座结束后，我院会同栗子坪乡卫生院的医务人员一起为群众免费提供了血压、血糖的测量等医疗服务。此次下乡共发放消化道疾病健康教育宣传资料共计100余份，免费测血压40余人次、血糖20余人次，医疗咨询、健康指导10余人次。

此次活动受到了当地群众的一致认可和好评，送医下乡直接深入乡、村、组，更拉近了医院与群众之间的距离，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，我们也将继续努力，为更多群众送去健康！

关爱天使在行动

——我院举办护士节活动

在鲜花怒放的五月，我们迎来了又一个神圣的日子，“5·12”国际护士节。为纪念“5·12”国际护士节，丰富护理人员文化生活，在医院领导的大力支持下，护理部组织开展了以“关爱天使在行动”为主题的系列活动。

活动一：“星级护士站”评选

第二期“星级护士站”评选，以科室相互测评占百分之六十、医院测评占百分之四十的方式，分别于2016年5月9日、10日对全院10个护理单元进行了评选，最终中医科/疼痛科/康复医学科、外二科、内二科当选为我院第二期“星级护士站”。评选活动激励和带动了全院护理人员学习先进、赶超先进热情，全面提升了护理人员素质，激发了全体护士爱



岗敬业、积极进取、勇于奉献的精神。

活动二：“关爱天使”慰问活动

护士节当日晨，在院长的带领下，医院院级领导、护理部主任、科系护士长以及病房护士长一行22人早早等在医院门口，第一时间向在护理岗位上辛勤劳动的白衣天使们送上了由院长亲笔签名的节日祝福卡和小礼物，并为

每个科室派送了节日蛋糕，亲切的问候，浓浓的关爱，巨大的鼓舞，温暖了护士们的心，也大大激励了大家的工作热情。

活动三：抽取幸运天使

为了让天使们缓解工作压力，度过一个轻松、愉快的节日，节日当天分别在10:00、12:00、14:00及16:00开展四轮幸运天使抽奖活动，每轮分别设置一等奖1名，二等奖2名，三等奖3名，共抽取了24名幸运天使，让天使们在节日里惊喜不断，快乐连连！幸运天使们说心中除了喜悦，更多的是温暖和感动。

活动四：“快乐任你行”活动

为了让护士们度过健康、和谐、快乐、温馨而有意义的节日，在医院领导的支持下，以科室为单位，在5月12日至5月20日还组织了形式多样的庆祝活动，如座谈、赏花、踏青等。既能让护士们减轻压力、放飞心情，又拉近了同事之间的距离。

本次活动的成功开展，不仅缓解了工作压力，营造了轻松、和谐的工作氛围，增强了团队凝聚力，更极大地激励了护理工作者的全心全意为人民健康服务，不断改进护理工作，提高专业技术水平，为人民提供优质的护理服务。

我院志愿者到擦罗乡福龙村开展庆“六一”活动

在第67个“六一”儿童节即将到来之际，为了能让贫困留守儿童们愉快地度过自己的节日，我院团委在领导的大力支持下，组织医院青年志愿者于5月28日到擦罗乡福龙村开展主题为“6·1用爱，倾听孩子的笑声”的庆“六一”活动。

经过前期与福龙村负责人的联系，提前了解每一位小朋友的具体情况。当天，志愿者们为福龙村的35名小朋友送去了书包、文具、糖果等礼品，并与小朋友一起互动交流。活动开始后，小朋友们共同唱起了《中国少先队队歌》，紧接着小朋友们纷纷踊跃地献上唱歌、

诵诗、朗读等节目，把活动推向高潮。活动接近尾声之时，志愿者们给每一位小朋友发放了一张放大打印的儿童邮票，小朋友们拿起铅笔在邮票上有的画一幅小画，有的写下自己的梦想或是祝福，再写上自己的名字，最后把邮票交还给志愿者。

通过此次活动的开展，激发了我院广大青年职工提供志愿服务的义务责任感，发扬了关爱贫困留守儿童的精神，共同为他们的健康成长创造和谐环境，同时也丰富了我院青年职工的志愿生活，提升了我院青年志愿者的综合影响力。

盆底 ERCP 术后护理

■ 内二科 / 陈敏

ERCP是在内镜下经十二指肠乳头插管注入造影剂，从而逆行显示胰胆管的造影技术（内镜逆行胰胆管造影），是目前诊断胰胆管疾病的黄金标准。

经过技术的不断更新和发展，诊断性 ERCP 术已发展为治疗性 ERCP。如内镜下乳头括约肌切开取石术（EST）、针对梗阻性黄疸和胰管狭窄而行的胰胆管内外引流术等。

也因此成为现代治疗胰胆管疾病的首选治疗方法。虽然 ERCP 与外科手术相比，方法相对简便、安全、创伤小，住院时间短、恢复快、并发症少，但是术后还是要精心护理才能更快地恢复健康，主要注意以下几点：

1、术后应绝对卧床休息 24 小时，重症患者适当延长卧床时间；

2、术后 2 小时及 24 小时查血淀粉酶，24 小时后查尿淀粉酶，有升高者继续复查至正常；

3、术后常规禁食，禁食期间做好口腔护理，保持口腔清洁、口唇湿润，使患者舒适。术后根据患者的尿淀粉酶及有无腹痛、发热、黄疸等情况进行饮食调整。如无并发症发生，常规禁食 24 小时后若淀粉酶正常，可进低脂流质，逐步过渡为正常饮食。

4、术后常规应用抗生素预防感染，酌情给予抑制胰酶分泌药物及止血药，以满足机体对热量和代谢的需要。

5、患者出院后应注意休息，保持良好的饮食习惯，少量多餐，避免暴饮暴食，告知患者应低脂、低胆固醇、高维生素饮食，多饮水，避免剧烈活动。一般每隔 1 周复查血淀粉酶，每隔 1 月 B 超检查，以观察肝胆系统情况。如有发热、呕吐、腹痛腹胀及皮肤巩膜黄染等情况，应及时到医院就诊。



教你正确认识“天灸疗法”

■ 中医康复科 / 杨巧梅



“天灸疗法”又称“穴位贴敷”，是用中药作用于人体特定的穴位上的敷贴，是一种刺激局部皮肤充血、潮红，甚至起泡治疗疾病的药物敷贴法。“穴位贴敷”是中医防治疾病的特色疗法，在我国已有几千年的历史。“穴位贴敷”既能治疗常见疾病，又能保健养生，长期使用还能益寿延年。下面小编教你认识“天灸疗法”相关的知识：

一、什么是冬病夏治？

冬病夏治是中国传统医学的一个重要特色治疗手段，就是根据“春夏养阳”的理论，利用夏季气温高、机体阳气充沛的有利时机，调整人体的阴阳平衡，使一些冬天容易反复发作的难治的一些疾病在夏天三伏天进行一些中医的内治与外治配合的一种治疗方法。

二、何谓“冬病”？

通常的症状：手脚冰凉、畏寒喜暖、怕风怕冷等，中医叫阳气不足，也就是自身热量（能量）不够，产热不足，寒从内生。这样的人即使在盛夏，睡觉也要盖着被子，穿着袜子。

三、为什么“夏治”？

因为冬病患者本身体质就偏于虚寒，再加上冬天环境也是寒冰一片，便毫无解冻的可能。所以在冬天治寒症，就像是雨天里晾衣服，是很困难的。然而在盛夏之际，外界是暑热骄阳，里面是心火正盛，这时积寒躲在后背的膀胱经和关节处，最易被赶出来。

四、冬病夏治穴位敷贴主要治疗哪些疾病？

1 呼吸系统疾病。

2 消化系统疾病。

3 其他：风湿（类风湿）性关节炎，免疫力低下等疾病。

五、“穴位贴敷”每次多久合适？

贴敷首先要注意敷贴时间，成人一般 2—4 小时，不超过 6 小时。幼童不超过 2 小时。

六、“穴位贴敷”注意事项

- 1、应该禁食刺激性食物及海鲜；
- 2、慎用辛燥之品，以防伤阴；
- 3、忌大量服用寒凉之品：易致中阳受损，脾胃虚弱；
- 4、慎食大量肥甘滋腻之品；
- 5、电扇、空调等在敷贴时不宜使用，以免影响治疗效果；
- 6、3 岁以下幼儿、孕妇不宜用敷贴；及糖尿病患者、血糖控制不佳者。

七、禁忌症

发烧、咽喉发炎、三岁以下幼儿、孕妇、女性经期（量多）、肺结核、严重心肺功能不足、短时间内敷贴即会大量起水泡患、皮肤贴外用药物容易过敏者等。

天灸时间：伏前加强：2016 年 7 月 7 日

初 伏：2016 年 7 月 17 日

中 伏：2016 年 7 月 27 日

伏中加强：2016 年 8 月 6 日

末 伏：2016 年 8 月 16 日

加强伏：2016 年 8 月 26 日

肺功能锻炼的方法

■ 内一科 / 杨 静

好多人患有慢性呼吸道疾病，由此引发的咳嗽、咳痰、气短，经常给生活带来很大的困扰，合适的运动能起到“养肺”效果，但不合适的运动又会加重咳嗽、气喘，甚至会引发生命危险。因此，患有慢性呼吸道疾病的患者应当从事科学合理的运动。

这些运动包括慢跑、游泳、骑车、“吸气操”等，然而不同的运动又有不同的要求，可以根据自身的身体状况选择适宜的运动方式。

一、肺活量降低的人可做一些低强度有氧运动，比如：慢跑、游泳、骑车等，并且要循序渐进，不能一开始就进行高强度运动。

以慢跑为例：可先慢步行走，步速以不引发气短为宜。持续1—2周后，加快步速，进而走跑交替，此后逐渐增加慢跑时间，直至全部化为慢跑。慢跑从5分钟开始，逐步延长至每次20—30分钟之上。慢跑以呈现轻度气短为限。每次增大运动量，应有1—2周的适应时间。锻炼时用鼻吸气，口呼气，2步一吸，3—4步一呼，确保吸气节奏和深度，应该避免呼出肺内残气。

二、肺功能差的人可做“吸气操”。

所谓“吸气操”就是一种有利于调节人体各系统的健身操，能有效调节人体的五脏六腑，达到增进健康的目的，尤其适合有呼吸系统疾病的人群的康复。具体操作方法如下：



1、长呼气：身体上下肌肉放松，先练呼气深长，直至把气呼尽，然后自然吸气。呼与吸的时间比为2：1或3：1，每分钟16次左右，以头不昏为度。

2、腹式吸气：一手放胸前，一手放腹部，吸气时尽力挺腹，胸部不动，呼气时腹肌缓慢收缩。

3、动力吸气：两臂自然下垂，身体前倾呼气，两臂逐渐上举吸气。

4、抱胸吸气：两臂在胸前交叉后缩胸部，身体前倾呼气。两臂逐渐上举，扩张胸部、吸气。

5、压腹吸气：双手叉腰，拇指朝后，其余四指压住上腹部，身体前倾呼气；两臂逐渐上举，吸气。

6、抱膝吸气：一腿向腹部弯曲，双手抱住腿，膝压腹时呼气，还原时吸气。

7、下蹲吸气：两足并拢，身体前倾下蹲，双手抱膝呼气，还原时吸气。

8、弯腰吸气：两臂腹前交叉，向前弯腰时呼气，上身还原两臂向两侧分开时吸气。

以上各节每种练10—20次，每节中间穿插自然吸气30秒，做完后原地踏步，前后摆动双手、踢腿，简单活动四肢关节。

肺结核病人的饮食指导

■ 内一科 / 杨守勤

肺结核病人的饮食调养原则：供给充足热量、优质足量蛋白、含钙丰富的食物、足量的维生素、适量补充矿物质和水分，食物多样化、荤素搭配合理，色、香、味俱全，少吃辛辣刺激食物和海鲜类，忌偏食。

一、适合吃的食物

如：鸡、瘦肉、蛋类、豆制品、小米、玉米、大枣、银耳、百合、栗子、白果、白菜、藕、黄瓜、西瓜、苹果、梨等新鲜的蔬果。

二、忌口食物

如：牛奶、无鳞鱼或不新鲜的鱼、茄子、菠菜、菠

萝、茶、豆浆、人参、狗肉、鹅肉、樱桃、砂仁、茴香、生姜、荔枝、龙眼、羊肉等。

如果肺结核病人进行化疗，饮食必须符合高热量、高蛋白、丰富的维生素和微量元素的要求。但由于肺结核患者脾胃虚弱，消化吸收能力低下，故饮食的选择宜清淡而忌过于甘肥油腻。诸如鱼类、蛋类、乳品、瘦肉、老母鸡、蜂蜜、花生、莲子、百合、大枣、栗、梨、柿、芝麻、柑橘、青菜、冬瓜、藕、西红柿、胡萝卜、萝卜、豆类、豆制品等都可选食。



吃掉癌症 14 准则

■ 妇产科 / 汤雷

几乎每个人都感受到癌症的威胁。因为全世界每年因癌症死亡的人数高达 630 万人，而我国每年因癌症死亡的人数已达 130 万人，并且癌症患者每年以 3% 的速度递增，相当于每 200 个家庭中就有 1 个家庭受到癌症的折磨。

如何预防、治疗癌症成为人们日益关心的问题，世界卫生组织更是早在上世纪 80 年代就提出控制癌症的 3 个 1/3 战略。即 1/3 癌症是可以预防的，1/3 癌症是可以早期发现经过治疗而痊愈的，另外 1/3 癌症病人也可以通过现有的医疗措施提高病人的生存质量。但越来越多的意见倾向于：人类战胜癌症的根本出路在于预防。

如何预防呢？不久前，由中国抗癌协会与世界癌症基金会共同举办的《食物、营养与癌症预防》中文首发式和学术研讨会在北京召开。会上，由 8 个国家 16 位著名科学家共同提出了防癌 14 条膳食建议。

1、合理安排饮食。膳食中应有充分的营养，并且食物要多样化，以植物性食物为主，应占据每顿饭的 2 / 3 以上。植物性食物中应有较多的各种各样的蔬菜、水果、豆类和粗加工的谷类等。

2、控制体重。避免体重过轻或过重，在成年后要限制体重增幅不超过 5 千克。因为超重或过度肥胖，患子宫内膜癌、乳腺癌、肾癌、肠癌的危险性很高。

3、坚持体育锻炼。如果工作时

活动少或仅有轻微活动，每天应进行约 1 小时的快走或类似的运动量。每星期至少还要进行 1 小时出外的剧烈运动。

4、多吃蔬菜、水果。坚持每天吃 400 ~ 800 克的各种蔬菜、水果，可使患癌症的危险性降低 20%，尤其是口腔癌、鼻咽癌、食管癌、肺癌、胃癌、结肠癌和直肠癌等等。每天要吃五种或五种以上蔬菜、水果。

5、多吃淀粉类食品。每天吃 600 ~ 800 克的各种谷类、豆类、植物类根茎，加工越少的食物越好。要限制精制糖的摄入量，食物中淀粉有预防结肠癌和直肠癌的作用，而高纤维的饮食有可能预防结肠癌、直肠癌、乳腺癌和胰腺癌的发生。

6、建议不饮酒。即使要饮酒，要限制男性一天不超过两杯，女性不超过一杯（一杯酒相当于 250 毫升啤酒、100 毫升果酒或 25 毫升白酒）。经常饮酒会增加患口腔癌、咽喉癌、食道癌、原发性肝癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌的危险。

7、肉类食品。如果喜欢吃肉，红肉摄入量每天应少于 90 克，最好用鱼和家禽或野味替代红肉。红肉会增加结肠癌、直肠癌、胰腺癌、

肾癌、前列腺癌、乳腺癌的危险性。

8、脂肪。限制高脂食物，特别是动物性脂肪的摄入。选择恰当的植物油并节制用量。

9、少吃盐。限制腌制食物的摄入并控制烹调盐和调料盐的使用。高盐饮食会增加患胃癌的危险，世界卫生组织建议每人每日食盐摄入量应在 6 克以下。

10、食物贮藏。不要食用在常温下存在时间过长、可能受真菌毒素污染的食物。

11、易腐烂食物的保存。用冷藏或其它适宜的乃方法保存。

12、食品添加剂及残留物。食物中的添加剂、污染物和真它残留物有严格的法规管理，它们的存在无害，但乱用或使用不当会影响健康。

13、烹调方法。不吃烧焦的食物，烤鱼、烤肉时应避免肉汁烧焦。直接在火上烧烤的鱼、肉及熏肉只能偶而食用。最好煮、蒸、炒食物。

14、营养补充剂。对于遵循本建议的人来说，一般不必食用营养补充剂。

快停下！你的牙齿快被刷断了！

■ 门诊五官科 / 张锐

很多人觉得刷牙是一件小事，其实不然。正确的刷牙方法能有效地清除牙齿及牙周组织菌斑和软垢，可起到预防龋齿和牙周病的作用，而错误的刷牙方式，会毁掉我们的牙齿！这一点绝无虚言。

你的牙齿有没有上图情形？？有些朋友常牙痛，遇凉便牙酸，总以为是蛀牙闹的，殊不知也很有可能是“楔状缺损”导致。

它是牙齿颈部经过缓慢消耗而形成的缺损，呈“V”状，由于它外形酷似木匠用的楔子，因此称为“楔状缺损”。

造成楔状缺损的原因是：

一、不正确的刷牙方式

长期横向刷牙或用过硬牙刷、刷牙过猛都会导致牙颈部磨损。临床上，牙颈部楔状缺损更多是位于上下颌正中牙齿分别往后数第三、四颗，这些牙处于牙列拐角处，因此刷牙时受到的力也是最大的。

二、牙颈部组织薄弱

牙齿也有薄弱部位，就是牙颈部，这个地方的牙釉质覆盖最少，因此牙龈也容易发生炎症或萎缩导致牙体

暴露，所以耐磨能力最差。

三、挤压作用

在刷牙时，面颊部肌肉对牙刷存在挤压作用，这种挤压使牙刷对牙齿的摩擦力更大，加剧了横刷牙方式对牙颈部突出部分的磨损。

四、酸的作用

牙龈沟液中的酸性物质与楔状缺损有关，这就解释了龈缘方发生缺损的原因。胃炎患者、常反酸者牙齿也易发生楔状缺损。

五、细菌的作用

有人认为产酸菌在牙颈部菌斑中形成大量的酸，导致牙齿脱矿，强度降低的牙体组织在外力作用下易产生楔状缺损。

如何预防楔状缺损？

选择合适的牙刷，并配合正确的刷牙方式是预防楔状缺损一不可的。

牙刷的刷毛不可太硬，采用上下运动的竖刷法，避免使用拉锯式的横刷牙。如果缺损已经形成，则需要尽快修补。

便秘预防

■ 中医科 / 康复医学科 / 疼痛科 / 李芳

粪便主要是由食物消化后构成的，所以通过饮食调节来防治大便秘结是简单易行的方法。

首先要注意饮食的量，只有足够的量，才足以刺激肠蠕动，使粪便正常通行和排出体外。特别是早饭要吃饱。

其次要注意饮食的质，主食不要太精过细，要注意吃些粗粮和杂食，因为粗粮、杂粮消化后残渣多，可以增加对肠管的刺激，利于大便运行。副食要注意多食含纤维素多的蔬菜，因为正常人每千克体重需要90~100mg纤维素来维持正常排便。可多食青菜、韭菜、

芹菜等。因为纤维素不易消化吸收，残渣量多，可增加肠管内的容积，提高肠管内压力，增加肠蠕动，有利于排便。

还有就是要多喝水，特别是重体力劳动者，因出汗多、呼吸量大、水分消耗多，肠管内水分必然被大量吸收，所以要预防大便干燥就得多喝水。早饭前或起床后喝一杯水有轻度通便作用。足量饮水，使肠道得到充足的水分可利于肠内容物的通过。

另外可多食含脂肪多的食品，如核桃仁、花生米、芝麻、菜籽油、花生油等，它们都有良好的通便作用。

夏季预防红眼病

■ 门诊五官科 / 张锐

随着夏天的到来，经常可以看到家长急匆匆带着“红眼”的小孩到眼科就诊，这就是一种常见的眼科疾病——急性结膜炎。

急性结膜炎是一种急性发作的感染性眼病，多数是由于金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、肺炎球菌或流感杆菌感染引起的，表现为眼红、分泌物多，有时痒；儿童多数由于接触不卫生的东西引起，如沙土、游泳池水等，有些伴随发热、感冒其他炎症，有传染性，多通过接触传染，治疗病程一般为3~7天。

急性结膜炎的治疗主要是抗生素眼液如氧氟沙星、妥布霉素眼液滴眼治疗，加上洗眼效果更好，如有其他炎症伴发可以加口服抗生素治疗。同时，要注意患儿用的毛巾、枕巾、被单等最好单独使用和单独清洗，可以加些消毒剂或高温消毒后再使用，以防交叉或重复感染。

“红眼病”不是一种可怕的眼病，只要平时多教育小朋友讲卫生，不用脏手揉眼，不接触易感染的东西和其他患病的小朋友，有不适及时就诊就可以啦。

吃蜂蜜的禁忌

■ 外三科 / 曹雪

一、不要用蜂蜜喂养一周岁以下的婴儿

一些年轻的父母喜欢在宝宝饮用的牛奶中添加蜂蜜。但是，国外的科学家发现，一周岁以下的婴儿食用蜂蜜及花粉类制品，可能因肉毒杆菌污染，引起宝宝食物中毒。这是因为：土壤和灰尘中往往含有被称为“肉毒杆菌”的细菌，蜜蜂在采取花粉酿蜜的过程中，有可能会把被污染的花粉和蜜带回蜂箱。微量的毒素就会使婴儿中毒，严重者先出现持续1至3周的便秘，而后出现弛缓性麻痹、婴儿哭泣声微弱、吮乳无力、呼吸困难。而成人却不会因此中毒。这是因为肉毒素是在肉毒杆菌的繁殖过程中产生的，成人抵抗力强，可抑制肉毒杆菌的繁殖，婴儿由于肠道微生物生态等平衡不够稳定，抗病能力差，致使食入的肉毒杆菌容易在肠道中繁殖，并产生毒素从而引起中毒。

二、不可以用开水冲或高温蒸煮蜂蜜

因为不合理的加热，会使蜂蜜中的营养物质严重破坏，蜂蜜中的酶失活，颜色变深，香味挥发，滋味改变，食之有不愉快的酸味。高温使蜂蜜特有的香味和滋味受到破坏而挥发，抑菌作用下降，营养物质被破坏，因此，蜂蜜最好使用60℃以下的温开水或凉开水稀释后食用，特别是在炎热的夏季，用冷开水冲蜂蜜饮食，能消暑解热，是很好的清凉保健饮料。

三、不宜与豆腐同食

豆腐味甘、咸，性寒，能清热散血。与蜂蜜同食易导致腹泻。同时蜂蜜中的多种酶类，豆腐中的多种矿物质、植物蛋白、有机酸等，二者同食不利于人体的生化反应。



合理控制体重减少肥胖和疾病

肥胖对人体健康危害很大，也是许多慢性疾病发病的原因之一，如继发性高血压、冠心病、糖尿病、高甘油三脂血症、动脉粥样硬化、骨性关节炎、癌症等常见疾病的发生率明显高于体重正常人的水平。

■ 外二科 / 李蒙莘

肥胖对人体健康危害很大，也是许多慢性疾病发病的原因之一，如继发性高血压、冠心病、糖尿病、高甘油三脂血症、动脉粥样硬化、骨性关节炎、癌症等常见疾病的发生率明显高于体重正常人的水平。

1、什么是肥胖？肥胖是指人体内储存过多的脂肪，已超过正常体重范围，从而可能引起自身生理机能异常或身心功能及社交障碍的一种慢性疾病状态。它可分为单纯性和继发性肥胖。单纯性肥胖：无内分泌疾病或其他特殊原因所致的肥胖症，它占肥胖症总人数95%以上，特别是儿童约占99%以上。如果脂肪主要在腹部积蓄过多，称为“中心性”肥胖。

2、如何判断肥胖？医学上体重标准是根据体重对健康和疾病的影响而定。

2.1、标准体重计算方法：
成年男性理想体重（Kg）= 身高（cm）- 105；
成年女性理想体重（Kg）= 身高（cm）- 100 × 0.85。

当身高小于150 cm时：理想体重（Kg）= 身高（cm）- 100

2.2、体重百分比 = 实际体重 / 理想体重 × 100%，用此公式可判断出是否消瘦、偏轻、合适、超重、肥胖。

3、肥胖发生的原因：主要是摄入的能量超过消耗的能量，使多余能量以脂肪形式储存。造成的原因有饮食不当、坏的生活习惯、疾病、药物及遗传等。

3.1、能量摄入过量：常吃能量过高的食物，如油炸或奶油制品含有较多的脂肪，它们所提供的能量是碳水

化合物，比面粉的能量高二倍以上。

3.2、不健康的饮食行为及危害：进食过快、睡前进食、不吃早餐、经常外出就餐、常吃快餐和油炸食品、坐沙发边看电视边吃零食（称沙发土豆）。那么为什么不吃早餐体重不减少反而增加呢？因为空腹时间过长，中餐进食量增多，食物更容易被吸收形成脂肪。同时也是形成胆囊结石的原因之一，因正常人的胆固醇在进食后随胆汁排入胃肠道而发挥消化作用，一般摄入食物后4-5小时胆汁就排空，故三餐间隔时间以4-5小时合适。如果不吃早餐到中午长达十几小时，此时胆囊不蠕动，胆汁滞积于胆囊，胆汁中的胆固醇浓度升高，达到超饱和状态而析出沉淀，变成结晶，逐渐形成结石。此外，上午因空腹时间长，体内缺少足够的能量，易使大脑的能量供应减少而缺氧，甚至血糖过低，身体易疲劳，敏感性下降，智力反应迟钝，记忆力减低，工作起来萎靡不振，相对工作学习效率降低，最终会影响生理机能的异常，而造成身心功能及外观肥胖，社交障碍。

3.3、身体运动少，静态时间过长，如坐电脑前，坐沙发看电视时间长，而骑车、步行、跑步等体育锻炼娱乐活动太少。

4、肥胖与疾病的关系：肥胖会引起有关疾病，对人体健康危害很大，如继发性高血压、冠心病、糖尿病、高甘油三脂血症、高尿酸症、动脉粥样硬化、骨性关节炎、癌症等觉疾病发生率明显高于正常水平。肥胖还会阻碍社会经济的发展。例如在我国经济生活改善后，肥胖病人迅速增加，治疗肥胖而投入的医疗费用也大幅度增加，

给个人和社会带来了直接或间接的经济负担。

5、肥胖的控制方法：

5.1、改变生活方式，调整膳食结构，减少摄入量，建立良好的饮食习惯；

①进餐要定时规律，一日三餐，每餐进主食数量1-2两，多吃蔬菜和水果，补充维生素。

②吃饭时细嚼慢咽。肥胖超重者往往是快食者，因为食物在嘴里咀嚼时间不够，很快就送进胃里，食量会增加，每口食物咀嚼应在15-20次，可使食物和唾液充分混合，而且可使胃有饱胀感，虽减少进食，但有利于营养值和吸收率的提高。

③常吃蒸煮食品，代替油炸和含油量高的食品。每天吃含油食品在25g以内。

④多吃蔬菜、水果及粗粮，选去皮去脂的肉、鱼虾、鸡鸭蛋去蛋黄，豆制品低脂牛奶等。早餐一杯奶，一块面包为宜。黄瓜、西红柿、洋葱、蘑菇、带叶蔬菜选一至两种，可凉拌膳食纤维的蔬菜来填充胃，特别是蘑菇：因含葡甘聚糖，不被人体消化酶所消化，不含热量，又有饱腹感，故能减少主食摄入量和延缓葡萄糖的吸收，从而降低血糖水平，而具有防治糖尿病和减肥的作用。另外餐间如有饥饿可吃瓜果充饥，但不能过量，多吃同样失衡。

⑤少吃零食，如薯片、巧克力、坚果等，多饮白开水可充胃，避免甜食和主食的过多摄入。

⑥外出餐饮、宴请、饮食原则也不能忘。避免酒类、甜食、高脂肪类食品摄入过多。杜绝夜宵，以防能量过多积蓄而转化为脂肪。

5.2、走出误区：

5.2.1、想迅速减肥：一口吃不出一个胖子，同样也不会一夜变成瘦子，采用运动和饮食控制法，以每月减少1-2 kg较为合适，因为过快减肥会损害人体的身心健康，而且极易反弹，使计划失败。

5.2.2、少吃主食能减肥；主食为碳水化合物，是供能的主要来源，过度减少供应会分解肝内糖储存，使水分大量丢失，造成体重暂时性减少，实际上体内脂肪并未减少，或者因脂肪分解而产生酮体，导致酮症。主食太少，造成食物中膳食纤维、B族维生素及微量元素摄入量下降，从而增加某些癌症的危害，所以主食要适当。

5.2.3、不吃脂肪才减肥：许多想减肥的朋友谈“脂”色变，拒绝摄脂。其实油是人体必需营养素之一，它为生命提供能量、构成各种细胞生物膜、维持正常生长发育和生理功能，肥胖原因是脂肪摄入大于消耗，并不是

脂肪本身的效果。只要不过量，没有必要完全拒绝脂肪。

5.3、学会拟定减肥食谱：食物多种多样，最好少油炸、油煎，多吃蔬菜、水果、瓜类，适量主食、肉类或烹调油，每天保持1200千卡左右食谱标准。另外全天用烹调油25g内，食盐6g；每顿可换花样，但要控制好总摄入量。

5.4、确定运动量及运动方式：

①运动方式：采用一些增加能量消耗，容易坚持的有氧运动项目，如快走、慢跑、上下楼梯、跳绳、打球、游泳、骑自行车、体力劳动等。

②运动强度：因人而异，每天坚持快走30分钟以上，约6000步。

③运动时间：能量消耗量（千卡）= 1.05 × 活动量 × 体重（kg）活动量 = 代谢量 × 时间。

6、具体目标计划：因人而异，贵在坚持：

6.1、举例：一个超重25 kg的学生每天的生活计划：每天按时起床，必须早餐：一杯250ml高钙低脂奶或豆浆，1-2块面包或苏打饼干，骑自行车上下学最好。

中餐：在校吃饭，控制主食不超过2两，菜不吃大油、肥肉，多吃蔬菜，加带一个水果，不能吃甜食、零食、甜饮料。中午养成喝一杯绿水（绿茶含茶托粉，长喝有抗氧化、抗癌作用）使下午上课、工作有精神，还能提高学习效率。

晚餐：主食1-2两米饭，蔬菜：凉拌黄瓜、西红柿、胡萝卜、洋葱、白菜等选一到二种，瘦肉30g、鱼均可。晚餐后要活动，跳绳、跑步、打球等运动选一种，每天坚持30分钟。

6.2、保证睡眠很重要：每天睡觉时间7-8小时。

6.3、坚定信念，持之以恒。减肥不可操之过急，最好控制在0.5-1 kg /1周，建议6个月内减少体重的10%左右，完成长期目标（1年），要有坚持不懈的精神，有了坚持，再高的山峰都可以征服；有了坚持，困难就可成为成功的阶梯。只要你按照科学的方法控制体重，你就可以赢得完美的体形，健康的体魄，生命的光彩。在今后的道路上，无论是学习还是工作都将受益。

【参考文献】

「1」“饮食营养与健康”解放军总医院健康医学中心2009 3.9：P73

「2」范德龙：成人标准体重计算方法，中华护理杂志，1992（09）；p409



夏季养生小窍门 助你健康度夏季

■ 中医科 / 康复医学科 / 疼痛科 / 宋潇潇 (摘)

夏季怎么养生呢?夏季时节天气炎热,闷热的天气给我们的健康也带来了极大的威胁,甚至会引发一些疾病的发生,那么夏季怎么养生呢?想要健康地度过夏季,我们一定要掌握一些养生的小窍门,下面为大家介绍夏季养生小窍门!

1、少吃多餐

一顿饭吃的东西越多,为了消化这些食物,身体产生代谢热量也就越多,特别注意少吃高蛋白的食物,它们产生的代谢热量尤其多。

2、喝菊花茶

菊花茶能够降温醒脑。

3、凉水冲手腕

每隔几小时用自来水冲手腕5秒,因为手腕是动脉流过的地方,这样可降低血液温度。

4、温水冲澡

最好是用稍低于体温的温水冲澡或沐浴,特别是在睡前进行。

5、多喝水

医生建议少饮酒多喝水,因为酒精可能导致身体缺水,矿泉水或低糖汽水是最好的选择。

6、避免剧烈运动

剧烈活动将激活身体能量,增加内部温度。

7、使用冰袋

可重复使用的冰袋是很好的降

低皮肤温度的工具,里面预充的液体有降温效果。

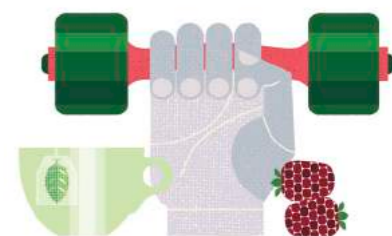
8、选好枕头

使用羽毛或绒毛枕头,枕套最好是棉质的,合成纤维的枕套会积累热量。

9、吃辛辣食物

医生认为,尽管大热天里吃这些东西难以想象,但辛辣食物可以刺激口腔内的热量接收,提高血液循环,导致大量出汗,这些有助于降低体温。

夏季是各种疾病的易发期,所以我们要掌握一些养生的小窍门。以上我们为大家介绍了夏季养生的小窍门,希望给大家的生活带来帮助!



立夏来临 养生保健注重“7防术”

■ 内三科 / 施艳梅

1、立夏养生之防饮食“过火”

立夏过后,气温逐渐攀升,人们就会觉得烦躁上火,食欲也会有所下降。立夏饮食原则是“春夏养阳”,养阳重在养心,养心可多喝牛奶、多吃豆制品、鸡肉、瘦肉等,既能补充营养,又起到强心的作用。

宜采取“增酸减苦、补肾助肝、调养胃气”的原则,饮食应清淡,以易消化、富含维生素的食物为主,大鱼大肉和油腻辛辣的食物要少吃。将绿豆、莲子、荷叶、芦根、扁豆等加入粳米中一并煮粥,搁凉后食用,也可起到健胃、驱暑的功效。

2、立夏养生之防晚睡晚起

中医认为“夏气与心气相通”,立夏养生要注意早睡早起,重视“静养”,避免运动过后大汗淋漓,“汗”出伤阳,在饮食调养方面,宜采取“增酸减苦、补肾助肝、调养胃气”的原则,饮食宜清淡,多吃蔬菜、水果、粗粮。起床前可以做几个小动作,有利于增强体质,中医养生,延年益寿。

3、立夏养生之防精神不足

养生专家提醒说,立夏以后,天气转热,人的心神易受到扰动,出现心神不宁。因此,值此时节,人们要格外重视精神的调养,加强对心脏的保养,应该保持愉快的情绪,安闲自乐,切忌暴喜伤心,保持神清气和、心情愉快的状态。

4、立夏养生之防气虚血热

立夏之后血热会给人带来很多不适,气虚血热会影响人的消化功能。因此,每顿饭不要过饱,给胃留下足够的蠕动空间。还人以轻松自然。今年的夏季注意凉血补气和早睡早起,是人储存阳气力求身体大获丰收的一个季节。

5、立夏养生之“防凉”

对大多数人特别是关节患者来说,夏季应该避免贪凉,不用或适度使用空调和风扇。在工作场合中,应把自己的病情告诉同事,以取得同事的理解,尽量不用空调或适当调高温度。最好常备一件长袖衣,随外界环境随时加减衣服。

6、立夏养生之谨防外感

立夏节气,人们常常衣单被薄,即使体健之人也要谨防外感,一旦患病不可轻易运用发汗之剂,以免汗多伤心,避免气血淤滞,以防心脏病的发作。故立夏之季,情宜开怀,安闲自乐,切忌暴喜伤心。清晨可食葱头少许,晚饭宜饮红酒少量,以畅通气血。

7、立夏养生之防暑补水

夏天天气太过于炎热,因此,我们要做好防暑措施。外出的话,不宜长时间暴露于阳光下。运动完,大汗淋漓不宜喝冰的饮料。上班期间,或者在家,都不宜在空调房呆太久,应时不时地到户外呼吸下新鲜空气。

夏天由于出汗多,很容易口干舌燥。大部分人喜欢喝一些冰的饮料,有的人在餐馆吃饭还喜欢来一杯冰啤。这些冰的东西不宜多喝,尤其是刚运动完。解渴还是白开水最好,或是淡盐水。经常呆在空调房,更应多喝水。



如何健康地吃荔枝?

■ 内二科 / 秦际强

时下天气越来越热，荔枝的销售也越来越火。荔枝向来有水果之王的美誉，但是，这个王的脾气也让人摸不着头脑。

有人说开车前吃荔枝会被查出酒驾，也有人说吃荔枝会使人得荔枝病，还有说吃荔枝会上火……究竟是怎么回事？怎么吃荔枝才好呢？

吃荔枝后会被查出酒驾？

一些开车的朋友近来都不敢踏踏实实吃荔枝了，因为听说吃荔枝可能会被查出酒驾。

有媒体报道某地民警在对司机进行随机酒驾测试的时候，发现一驾驶员有饮酒驾车嫌疑。驾驶员坚称没喝酒，只是开车前吃了几颗荔枝。于是，民警买来荔枝实验，连吃几颗荔枝后，吹气检测，酒精测试仪还真出现了警报。

这是怎么回事呢？开车还能吃荔枝吗？吃荔枝会导致酒精测试仪出现警报可能与荔枝中的糖有关。荔枝里糖的含量很高，最高可达 17% 左右。为了保鲜，在荔枝运输和贮藏过程中会加入冰块、密封保存等处理措施。在封闭环境下，荔枝容易发生无氧呼吸，也就是平时大

家说的发酵。在这个过程中，植物自身的糖分会不完全分解，而产生酒精和二氧化碳，所以会造成吃完荔枝被查出酒驾的事件发生，而且，吃得越多，酒精测试仪测定的酒精浓度可能也越高。

不过，即使出现了发酵，吃几颗荔枝所产生的酒精也很少，主要影响在口腔，在人体内停留的时间也很短，随着人体呼吸、说话，酒精会被挥发掉，通常几分钟后就测不出来了。

另外，吃完荔枝后马上漱口，可能就吹不出酒精了。所以，如果担心开车被查酒驾，最好开车前半小时吃，吃完后不妨用水漱口。另外，抽血验酒精浓度也能洗清你的冤屈。

荔枝吃了会上火？其实，上火是一个民间说法，目前也没有明确的科学定义。

吃过荔枝后，很多人都会或多或少出现一些不适症状，如：口干舌燥、恶心、四肢无力、头晕目眩、牙龈出血、发烧或者是痤疮发作等，很多人将它们归结为上火。

痤疮：人们爱吃荔枝很大原因是因为它甜，甜就意味着糖分高。如果吃太多荔枝，就会摄入大量糖分，高

糖会增加血糖负荷。高血糖负荷饮食会加剧痤疮。所以，如果大量吃荔枝是可能出现痤疮的。

口干舌燥：高糖会让口腔处于高渗状态，因此会感觉口干舌燥。

四肢无力、头晕目眩：荔枝中含有大量的果糖，果糖也会使人出现上火的不适反应。果糖要在肝脏中转化为葡萄糖才能被我们利用，这个转化的过程也是需要消耗能量的。

如果大量吃荔枝，感觉是已经吃饱了，但我们并没有得到足够的葡萄糖。缺少了葡萄糖，包括大脑在内的很多身体组织就无法正常运转，就会出现不适反应。

其他无关症状：

不过，很多不适反应，如流鼻血、喉咙痛、发热之类的症状，可能与吃荔枝并没有必然联系，很有可能只是大家对这个季节容易发生咽喉等呼吸道疾病的生活经验的一种错误总结。

比如，有人刚好吃了荔枝后有发热、喉咙痛甚至流鼻血的不适症状，于是他就怀疑是荔枝的问题，但同时他熬夜打了几天游戏，迁罪于荔枝比迁罪于自己可是容易得多。

所以，荔枝糖含量高，尤其是果糖，如果大量食用，的确可能引起一些不适症状，建议平时吃荔枝也不要一次吃太多。实际上，少量食用荔枝与很多不适症状并没有直接关系，大家还是不用太担心。

荔枝吃了会得荔枝病？很多人吃完荔枝后会低血糖、头晕，还有人将这种现象称为荔枝病。荔枝含糖量

那么高，为什么会引发低血糖呢？

原因有两个方面：

原因一：果糖高，直接刺激胰岛素分泌。荔枝中有高含量的果糖，果糖会直接刺激胰岛素的分泌，大量摄入果糖后，确实有可能会致血糖降低。但有朋友会感到奇怪，荔枝中还有大量的葡萄糖和蔗糖啊。比如一个叫鸡嘴荔的品种，它的果糖只有 3.32%，蔗糖为 8.34%。这好歹也会让血糖升高了吧？并不，这还得从食物的血糖反应说起。

原因二：高糖分造成的血糖反应。进食后，食物被分解成葡萄糖进入血液，血糖浓度就会迅速升高，但血糖过高人体也受不了，便会派胰岛素来拉低血糖。

蔗糖和葡萄糖升血糖很快，都是典型的血糖指数（GI）高的食物，吃得多时，为了把血糖降低，胰岛素也会相应地使劲往下压，但胰岛素在往下压的时候不能及时收住劲儿，就使血糖降得太低，最终引起低血糖症状。

所以，为了避免产生低血糖反应，建议一次性不要吃太多荔枝。而且，最好在两餐之间吃。吃不要紧，别太多

综合来看，荔枝吃了上火、酒驾或者低血糖反应，都与一个共同原因脱不了关系：那就是一次吃了太多荔枝。实际上，健康饮食的一大理念就是要均衡饮食，“均衡”就是指每种食物都适量吃，不多吃。我国膳食宝塔推荐成人每天吃水果 200~400 克。正所谓过犹不及，营养健康主要还是在于饮食均衡，多吃同样是不健康的习惯。所以，荔枝虽好，也不要贪吃呀。



新成果为 IgA 肾病精准治疗打基础

以中山大学附属第一医院肾内科为主体，联合新加坡基因组研究所、英国诺丁汉大学及英国莱斯特大学的研究团队，在一项包含 3105 例样本的研究中，发现了 α-防御素（α-defensin）基因拷贝数变异与 IgA 肾病密切相关，并指出这种遗传变异未来也许可以作为 IgA 肾病早期预测的生物标志物和治疗靶标。该研究成果于 6 月 29 日在《科学》杂志子刊《转化医学》杂志全文发表。中山大学余学清教授和新加坡基因组研究所刘建军教授为本文共同通讯作者。

（来源：健康报）

IgA 肾病是中国最常见的原发性慢性肾小球肾病以及终末期肾病的主要病因，由于其发病机制尚未明确，目前仍缺乏特效治疗。

近年来，余学清教授及其研究团队在 IgA 肾病的遗传学研究中取得了多项成果，在以往研究的基础上，该团队研究人员收集了 1189 例中国南部 IgA 肾病患者及 1187 例正常对照，对既往发现的易感位点内的基因拷贝数变异进行了深入分析，发现 α-防御素基因的低拷贝数可增加 IgA 肾病的发病及肾功能受损的风险。

随后，该团队研究人员在欧洲人群（531 例患者及 198 例健康对照）

中也验证了这一关联。

更进一步的研究发现，该基因拷贝数变异与血 IgA1 水平及糖基化缺失 IgA1 的比例均呈现出显著的负相关。证实了 α-防御素基因拷贝数变异在 IgA 肾病发病及预后过程中的重要作用，并有可能成为 IgA 肾病的特异性干预靶点。

余学清教授指出，精准医学研究的实施必须具备一定的平台和资源，因此，该团队在前期建设完善了生物标本库、肾病患者数据库以及高水平的动物实验中心，这些都是高水平研究的重要前提条件。因为拥有了庞大的生物样本库，就拥有了进行精准研究的战略资源；收

集了完整、正确、及时和准确的患者信息，就拥有了中国医学在世界竞争中无可比拟的优势。

据介绍，这项研究所发现的拷贝数变异，可能成为 IgA 肾病新的生物标志物及干预靶点，将为人们进一步开展转化医学研究及未来临床应用研究奠定坚实的基础。研究者希望在未来综合应用这些遗传变异信息，构建疾病预测模型。在普通人群中可用于筛查 IgA 肾病的易感人群，在 IgA 肾病患者中不仅可发现预后不良的高危患者，还能够指导临床医生进行特异性的干预和治疗，实现 IgA 肾病的精准化预防和

61 个项目入围精准医学研究重大专项

（来源：健康报）

近日，国家科技管理信息系统公共服务平台陆续公布多个国家重点研发计划重点专项、试点专项拟进入审核环节的项目公示名单，其中包括精准医学研究、干细胞及转化研究等。

国家重点研发计划精准医学研究重点专项包括北京大学张泽民“临床用单细胞组学技术研发”等 61 个项目，中央财政经费支持总计达 6.4 亿元。单项支持力度最大的是华中科技大学邹堂春“华中地区常见慢性非

传染性疾病预防队列研究”，中央财政将给予 5331 万元支持。“生殖健康及重大出生缺陷防控研究”重点专项涉及“建立出生人口队列开展重大出生缺陷风险研究”等 9 个项目。“生物医用材料研发与组织器官修复

替代”重点专项涉及“基于天然细胞外基质的系列智能凝胶原位诱导非骨组织再生的机制及理论研究”等 31 个项目。“生物安全关键技术研发”重点专项包括“重要新发突发病原体发生与播散机制研究”等 23 个项目。“蛋白质机器与生命过程调控”重点专项包括“膜性细胞器及蛋白质机器在脂质代谢中的功能与相互作用”等 33 个项目。

此外，纳米科技重点专项中也有“精确自组装纳米标记分析方法在前列腺癌早期检测与预后中的应用研究”等 8 个项目涉及生物医药研究。材料基因工程关键技术与支撑平台重点专项中，中央财政将投入 2000 万元支持“基于材料基因工程的组织诱导性骨和软骨修复材料研制”项目。国家重点研发计划试点专项 2016 年度第一批 6 个试点专项中涉

及生物医药卫生领域的包括“干细胞及转化研究”“数字诊疗装备研发”。“干细胞及转化研究”试点专项包括“多能干细胞自我更新与维持的调控机制研究”等 15 个项目，“血管微环境对肺干细胞在再生中的调控”等 10 个青年科学家项目。“数字诊疗装备研发”试点专项包括“脑血管精确诊疗的新型成像技术及其临床应用研究”等 69 个项目。

促乳腺癌转移“核心基因”发现

（来源：健康报）

同济大学生命科学与技术学院、上海市东方医院肿瘤转移研究所高华教授研究组，新近发现一个促进乳腺癌向多个器官转移的基因 TM4SF1。相关研究论文近日发表在《细胞》杂志上。专家认为，切断和阻止该基因，可能是治疗肿瘤转移复发的首要靶点。

肿瘤转移复发是绝大部分肿瘤患者死亡的最直接原因。在乳腺癌发生早期，肿瘤细胞会离开原发位，最终在肺、骨和脑等多个远端器官，“播种生长”成致命的转移病灶。尽管肿瘤转移复发具有重要的临床意义，但是相关研究非常薄弱，特别是肿瘤在向多个靶器官转移的过程中，是否存在核心基因尚不清楚。

高华研究组利用乳腺癌转移复发的小鼠模型，设计了一套高通量、全基因组水平、大规模的筛选模型，找到了一些与肿瘤转移直接

相关的分子，其中一个强有力的促转移基因是 TM4SF1。TM4SF1 基因是一个进化特异的四次跨膜蛋白家族成员，在肺癌、结直肠癌、乳腺癌和卵巢癌等多种肿瘤中都有高表达。

科研人员运用免疫组化方法，对 147 例具有完整临床信息乳腺癌患者的组织微阵列进行分析，发现 TM4SF1 基因在乳腺癌患者中呈高表达，患者的生存期明显缩短；反之，生存期明显延长。而通过计算机生物信

息分析 3455 例乳腺癌原发位和转移位肿瘤组织，同样得到了上述结果。高华说，根据 TM4SF1 基因表达的强弱，可以预测乳腺癌患者发生肿瘤转移的时间长短。美国斯隆癌症中心 Filippo G. Giancotti 教授研究组参与了合作研究。



坚持·执着·信仰

■ 内三科 / 邓林霞

从事护理工作3年，提起自己的职业我已不再是刚刚走上工作岗位时的信誓旦旦；也不像当初那样受一点委屈、遭受一些挫折就垂头丧气、得到一点表扬就会沾沾自喜；看着身边和自己一样勤恳工作的姐妹们，我对“护士”这个称谓有了更加深刻的领悟。

做合格护士需要一种坚持

我想许多人和我一样，选择护理专业并非自己的初衷，而是阴错阳差才走进了护校的大门。也就是从踏进学校大门、走进医学殿堂的那一刻起，我就暗下决心，做一名合格的护士！但十几岁的我在第一次走进解剖室时，被刺鼻的福尔马林液熏得隐隐作呕；第一次做实验时被小白鼠吓得阵阵尖叫；第一次练习肌肉注射时，含着眼泪将针头刺向同学。那一刻我真的很难受、很恐惧，觉得每一天的课程都是那么难捱！可年轻的我坚持住了，渐渐地我熟悉了福尔马林的气味；喜欢起不停跑动的小白鼠；肌肉注射、静脉输液，只要需要实际操作的，都会在同学之间互相练习。

凭着优异的成绩我梦想着将会如何优秀，怎样大展宏图。但来到病房，走上工作岗位，护理工作并非我想象的那样，更多让我体会到的是琐碎、繁忙，更让我难以承受的是患者投来的不信任的目光甚至拒绝。那一刻我们真的

很茫然、很痛苦，有人选择了离开！但看看众多的护理前辈无怨无悔地穿梭在病房，听着患者对她们充满真情的感谢，我知道：只要我坚持自己的梦想，我也会被尊重、被信任。

做优秀护士需要一种执着

为了取得患者的信任，我知道仅凭在学校学的那些知识是远远不够的。为了操作时的得心应手，工作之余我坚持护理技术操作的规范训练；为了病房里的患者，我带病坚持在工作岗位。渐渐地，患者向我投来了信任的目光，有患者点名让我去为他打针、输液，当护士长肯定我工作时，那一刻我真的很欣慰、很快乐，我体会到了幸福！

不离不弃源于一种信仰

愿以冰心老人的一段话诠释我们的职业：“爱在左，同情在右，走在生命两旁，随时撒种，随时开花，将这一径长途，点缀得花香弥漫，使穿枝拂叶的行人，踏着荆棘，不觉得痛苦，有泪可落，却不是悲凉。”



总得有首歌，天籁般唱给自己

■ 妇产科 / 耿甜

我们总有一颗爱看热闹的心。喜欢看热闹，其实是人生荒芜的表现。一个人，当自己没有戏演的时候，就会沦为他人的看客。一辈子做别人的观众，自可把尘世的繁华和热闹都看尽了，但人生也就跟着荒凉到了尽头。

生活对这种荒凉的最后的判决，让你变得平庸。平庸，就是无论多风生水起的世界，没有你的一丝波痕。于这个世界，你来过。但，仅仅是来过。况且，平庸不是平淡。平淡是把有价值的人生过到冲和，而平庸是把无价值的生活再到过无意义。

喜欢看热闹本身，就是一种庸俗的热闹。你在看人，人在看你。别人有多好玩，你就有多好笑。热闹处亦见沉静的人，冷眼冷颜，仿佛是活在了另一个世界。他们安静做人，疏淡做事，从来与这个热闹的世界都保持着一段合适的距离：

不远不近，不疏不密，不热闹也不冷漠，不哗众取宠亦不装腔作势。便觉得，是这个世

界活得最警醒的、最不易被热闹湮没的人。当别人的观众，不如做自己的观众。陪别人，不如好好地陪自己。生命里，总得有一首歌，一边前行，一边天籁般地唱给自己听。

有些人的好与坏，跟我们一毛钱的关系都没有。我们在意的，是心底里仰望的那个人。这个人身上有着自己想要的干净、崇高和善良，他是人性的最后一道防线，是良知的最后一根支柱，是你的理想国，以及精神的化身。总之，对方活成了自己想要却一直无法抵达的模样。

因为这个人，这个尘世所有的无良，都忍了。什么世风日下，什么人心不古，都没觉得可怕。最难以承受的是，心底里最好的人也变坏了。真正意义上的天塌了，不是这个世界有多少的混混，而是我们最在意的人成了混混。

这是种什么滋味呢？就是全世界一片冰凉，而你又在这凉里，一脚踩空。说这些只是希望那些美好的人懂。有时候一个人的坚守和永恒，却是那么多人认真活下去的信心和理由。



拾梦

■ 儿科 / 姜利

打开记忆的闸门，过去的梦想如海水般汹涌澎湃，扑面而来，一股咸咸涩涩的味道直钻鼻孔。

我小心翼翼地拾起一朵朵拍打在身上的浪花，用记忆的针线把它们一个个串起来，并给每一朵都写上了字：画家、音乐家、翻译家、教育家、作家……然后，我把它们挂在阳光下，一朵朵浪花便光芒四射，七彩纷呈。

其中，闪得最耀眼的便是写了“画家”的那一朵。我把它摘下，捧在手心里，凝视着。突然眼前一亮，一道金光，迷了我的双眼。朦胧之中，我好像回到了以前……

父亲发现了我的绘画天赋，便买来一堆白纸，让我不断临摹哥哥历史书上的插图。从此，一个大大的画家梦在我小小的脑瓜里蔓延开来……那个时候，心无旁骛，一心只为这个梦。渐渐地我才发现，其实，画家梦只是那颗挂在银河系上的遥不可及的星星，可望而不可及。但我无憾，至少这个梦想曾陪伴我度过了那段苦涩的岁月。

时间之船不停地在岁月之河上漂流着，我沿途撒下了一个又一个的梦想，但最终都荡漾在被船桨划过的痕迹里，只留下一阵阵涟漪。但我无悔！

心田上的百合花

■ 内二科 / 陈露

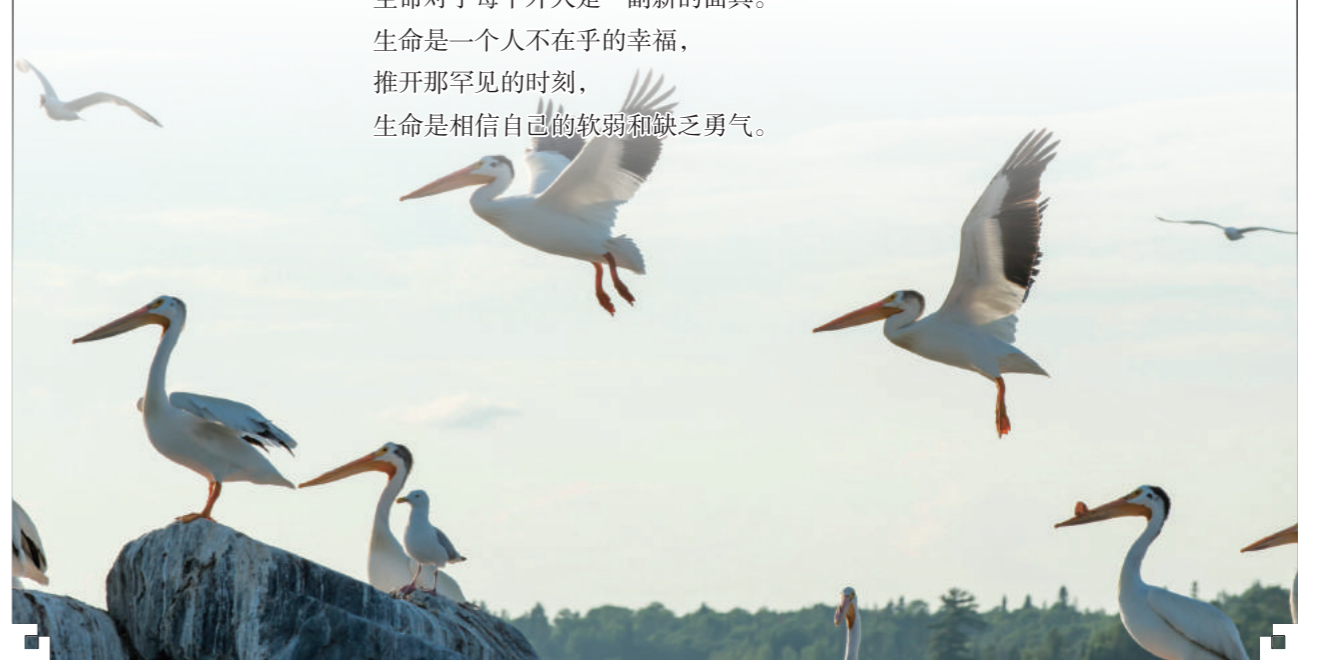
弃讥讽鄙夷声，
百合花一朵一朵盛开着，
娇艳花枝上的晶莹，
只有百合自己知道，
那是极深沉的喜悦所结的泪珠。
于是，找到自己心中的那一朵百合，
脸上挂着微笑，
移师到安全的下一站，
用关心去融化伤痛的灵魂。
心田花开，开出那朵最美丽的花，
上善若水，是为了一次守护庄严生命，
百合花般盛开，是自己以花的存在。



生命

■ 内一科 / 刘敏

我，自己的囚徒，这样说：
生命不是那穿戴轻柔的绿天鹅绒的春天，
或一个人很少得到的爱抚，生命不是一种离去的决心，
或支撑脊背的苍白的双臂。
生命是俘虏我们的狭小的圆圈，
这无形的圆圈我们从未跨越，
生命是经过我们身边的幸福，
是我们无力去迈的数千步。
生命是蔑视自己，
不动地躺在井底；
知道上面阳光闪耀，
金色的鸟飞过空中，
光阴似箭。
生命是挥手暂别，回家，睡觉……
生命对于自己是个外人，
生命对于每个外人是一副新的面具。
生命是一个人不在乎的幸福，
推开那罕见的时刻，
生命是相信自己的软弱和缺乏勇气。



思想的小鱼

■ 内二科 / 赵丽梅

每一汪水塘里，都有海洋的气息。

每一颗石子里，都有沙漠的影子。

所以诗人才说：一枝三叶草，再加上我的想象，便是一片广阔的草原。

我们走过的每一步路，都将成往事，无论它们是欢乐的相逢，还是痛苦的别离，但是请你相信，无论是热切的期待，还是深情的追忆，我们所唱过的每一支歌，都不会转瞬消失，如同罗莎·卢深堡所言：“无论我走到哪里，只要我活着，天空、云彩和生命的美，都将与我同在。”

狭隘而自私的心灵，可以变成自己的地狱，广阔而开朗的心灵，却可以成为他人的天堂，地狱和天堂，只有一层之隔。而一切嫉妒的火焰，总是从燃烧自己开始的

一位年老的作家告诉我说：“你的双脚，踏碎了多少时间？但不要懊悔吧，只要踏得真实，谁的步子，都会有深浅。”

在你终于赢得成功的鲜花的时候，难道你不怀念往昔的路口？在你重新营造成功的华贵的屋宇里，难道你不怀念昔日的木头？



别把一个对你好的人弄丢了

■ 手术室 / 曹丰强

一个人走久了，才知道倦累。人生是一次跋涉，走长了才知道艰难。

生活不需要华丽的外衣，也不需要甜言蜜语，需要的是平平淡淡过完每一天。一辈子，有人陪伴的路，再长也不觉得苦；有人分担的累，在难也不觉得痛。人与人之间，一个选择；心与心之间，一个念头。一个选择从此熟悉或陌生；一个念头，从此咫尺或天涯。不是所有的心都伤得起，不是所有的人都可以错过。有时，一次伤害就是一生；一次错过，便是无法挽回。对待人心，需要真心；对待感情，需要用心。有的人，用尽全力珍惜你，你却不在意；有颗心，一直为你等待，你却视而不见。有多少情，不被重视所以走开；有多少身影，不被

珍惜，变成了背影。感情不去论对与错，只有真不真；缘分不去说长与短，只有惜不惜。把你放在心里的人，或许只是平静地相守；始终视你为唯一的，或许只是默默地等待。不是每一场缘都能永远，不是每一段情都有结局。再热的心，如果不被重视也会凉。再深的情，不被珍惜也会淡。不要把你对你好的人弄丢了，一辈子碰到一个这样的人不容易。错过了一辆车可以等，错过一个人也许就是一辈子。

有一种东西不可利用，那就是善良；有一种东西不可玩弄，那就是信任；有一种东西不可欺骗，那就是感情；有一种东西不可愚弄，那就是真诚。否则你会失去真正对你好的人。

不完美

■ 外二科 / 张润

我不喜欢完美，也不想变得完美。只有有了缺陷，才知道去努力改变。即使最后也不会是完美的。但我喜欢这一路上有些不足其实很好，至少你知道去补上。有了目标，就不会那么迷茫。这样的路上别有一番风景。

快到路尽头了，转过身，看看这走过的路。那扇门，小时候刚学会走路，就是把着它不放手。妈妈拿着糖逗我向她那里前进。为了那糖果，当时不晓得心里挣扎了多久；挂在墙上的奖状不晓得当时是怎么得到的；那架车子，是考上高中的奖励，想当年为了他我付出了多少

努力，硬是埋头苦干了一个月；那是我以前的床，想想我与她长相厮守了多少个日日夜夜。在她怀里我高兴、伤心、哭泣……

路上不知道跨过了多少个槛，走了多少弯路，翻了几座山，路里的春夏秋冬都经历了路也快到尽头的时候——也许看着夕阳却不知道我见的他是不是最完美的美的瞬间。这一路也许没有完美，正因为他的不完美，我才能走很远的路。最终也不完美，但我并不孤单，并不迷茫。我喜欢这 Fell。



人力资源和社会保障部、财政部关于做好 2016 年城镇居民基本医疗保险工作的通知

（人社部发〔2016〕43号）

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源和社会保障厅（局）、财政（务）厅（局）：

2016 年是“十三五”规划开局之年，是全面深化改革的关键之年。根据党中央、国务院有关决策部署，为建立更加公平更可持续的基本医疗保障制度，健全全民医保体系，现就做好 2016 年城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医保，包括人力资源社会保障部门负责的城乡居民基本医疗保险，下同）工作通知如下：

一、增加筹资，提高基金保障能力

（一）合理提高筹资标准。2016 年各级财政对居民

医保的补助标准在 2015 年的基础上提高 40 元，达到每人每年 420 元。其中，中央财政对 120 元基数部分按原有比例补助，对增加的 300 元按照西部地区 80%、中部地区 60% 的比例补助，对东部地区各省份分别按一定比例补助。居民个人缴费在 2015 年人均不低于 120 元的基础上提高 30 元，达到人均不低于 150 元。

（二）探索完善筹资办法。各地要按照基金收支平衡的原则，科学确定当地居民医保实际筹资标准，合理确定财政补助与个人缴费分担比例。要结合整合城乡居民医保制度工作推进，实行城乡统一的筹资政策，并逐步均衡城乡居民筹资负担。结合巩固完善大病保险，合

区要抓紧制订总体规划和实施方案。要按照筹资待遇相关联、权利义务相对等原则，逐步均衡城乡待遇差异，实现新旧制度平稳过渡，并妥善处理特殊问题，做好不同制度政策衔接。

（六）巩固完善城乡居民大病保险。进一步巩固完善大病保险，重点是通过完善居民医保基金预算管理，平衡基本医保与大病保险支出需要，探索实施更加精准的待遇支付政策。各地要针对困难人员采取降低起付线、提高报销比例、取消封顶线等政策措施，加大倾斜力度。加强大病保险与医疗救助等制度的衔接，发挥保障合力，有效防止家庭灾难性医疗支出。同时，规范委托商保机构承办大病保险业务，加强监督管理，督促商保机构加强费用控制，保证基金合理使用。

三、强化管理，控制医疗费用过快增长

（七）深化医保支付方式改革。全面推行医保付费总额控制，并在付费总额控制下推进按病种、按人头等多种支付方式相结合的复合式付费方式，建立健全谈判协商机制和风险分担机制，促进供方主动控制医疗服务成本和医疗费用。要完善协议管理，建立定点服务协议考核评估体系与医保基金支付相挂钩的机制，进一步加强对定点机构的激励与约束作用。要结合药品及医疗服务价格改革，探索制定药品与医疗服务项目医保支付标准的途径和办法。

（八）全面加强医疗服务监管。依托定点服务协议的完善，进一步加强定点医药机构管理，逐步实现将监管对象从医药机构向医务人员医疗服务行为延伸。全面推进医疗保险智能监控管理，完善医疗服务信息监控指标设置，依托信息化监控手段，提高费用审核和监管效率。畅通举报投诉渠道，完善部门联动工作机制，加大对违约、违规医疗行为的查处力度。

（九）推进医改实现“三医联动”。各地要积极主动参与深化医药卫生体制改革，发挥全民医保在医改中的基础性作用，全面落实公立医疗机构控费责任，促进降低医疗成本、改善服务质量、提高管理效率。

四、做好宣传，合理引导群众预期

（十）做好政策宣传和风险评估。2016 年居民医保、大病保险政策调整与整合制度等重大改革，涉及群众切身利益，关乎社会稳定。各级人力资源社会保障和财政部门要加强宣传引导，既要准确解读政策，又要合理引导预期，同时做好应对风险预案。各地在居民医保工作中遇到的重大问题要及时向人力资源社会保障部、财政部报告。

理确定大病保险筹资标准，加大资金支持力度。鼓励有条件地区探索建立个人缴费标准与居民收入相挂钩的动态调整机制，逐步提高个人缴费在筹资中的比重。

（三）确保资金拨付到位。各地要按规定及时拨付中央财政补助资金，省级财政要加大对困难地区的倾斜力度，完善地方各级财政分担办法，确保各级财政补助资金在今年 9 月底前全部到位。统筹地区经办机构要加强个人缴费责任的宣传落实，做好居民医保基金征缴和大病保险资金划转工作，并与财政部门建立对账制度，及时上报各级财政补助资金到位情况。

二、保证待遇，实施精准给付政策

（四）引导稳定居民医保待遇预期。要稳定居民医保住院保障水平，将住院费用政策范围内支付比例保持在 75% 左右。同时，结合分级诊疗的施行，完善门诊保障机制，合理确定门诊保障水平。

（五）加快整合城乡居民医保制度。各省及统筹地

公立医院“去编”先迈哪条腿是有说法的

(摘自《健康报》2016年2月1日第5版)

在近日举办的“事业单位人事制度改革最新动态及热点问题高峰论坛”上，有关部委官员表示，今年重点要研究编制创新改革，特别是高校、公立医院不纳入编制管理后对相关改革的影响。一时间，“公立医院取消编制”之说，引起媒体、医务人员以及业内专家的广泛关注和热烈讨论。有人欢喜，有人担忧。

欢喜者认为，公立医院“去编”，可割除长期以来“体制内体制外命运不同”“同工不同酬”等痼疾，激发医务人员的积极性；可让医院有更大的用人自主权，此前被编制“捆住手脚”的公立医院会变得更有活力，管理方式也会更加灵活。担忧者则提醒，编制本身没有原罪，作为一种人力资源配置、管理手段，编制的定岗、定员、定责、定酬等功能不可或缺，“去编改革还得循序渐进”“好事要做好”，而不只是“打破铁饭碗”那么简单。

当前，公立医院综合改革正如火如荼地往前推进，到了真正攻坚克难的时期，而编制改革是其中的一个重点内容，事关800多万医务人员的切身利益，事关公立医院运行新机制的建立。因此，对于公立医院编制人事改革，必须有一个正确的理解和合理的预期，这方面的问题值得厘清。

公立医院编制改革，在国家医改顶层设计中有着明确说法，各地改革应在遵从这一设计框架的前提下推进。

编制改革是医改的规定动作，顺理成章，不能不走，但怎么走需要统筹规划。2015年，国务院先后下发关于公立医院综合改革两个文件，分别是《关于全面推进县级公立医院综合改革的实施意见》和《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》，对完善编制管理、深化编制人事制度改革提出了要求。这两个文件明确：要在地方现有编制总量内，合理核定公立医院编制总量，创新公立医院机构编制管理方式，逐步实行编制备案制，建立动态调整机制；在岗位聘用、收入分配、职称评定、管理使用等方面，对编制内外人员统筹考虑，按照国家规定推进养老保险制度改革。国家卫生计生委2016年1月19日印发的“2016年卫生计生工作要点”也明确：深化编制人事制度改革，会同中央编办开展公立医院编制管理创新研究，逐步实行编制备案制。

这些国家层面的文件，为当前和今后一段时期内的公立医院编制改革指明了路径和方向，其核心是“创新编制管理”“逐步实行编制备案制”。



公立医院编制改革，应实行“分步走”的原则，编制改革和取消编制之间不能画等号。

按照国家医改顶层设计，公立医院编制改革的第一步是要“合理核定编制总量”，这是进行下一步改革的前提和基础，但就全国而言，目前这第一步工作还没有完成；第二步是“实行编制备案制”，这项工作则刚刚起步，远没有在各地全面实施。在核定编制总量、实行编制备案管理等步骤尚未完成之前，谈“取消编制”还为时过早。

编制改革涉及编制、人事、财政、社保等多个部门，每个部门的改革动作大都局限在单一部门内部，缺乏协同机制，公立医院去编制化不能单兵突进，须与事业单位改革、人事制度改革同步。目前，事业单位改革还未深入，医院运行新机制还未建立，养老并轨还在推进过程中，在基础改革不到位的情况下，公立医院“去编制化”改革要慎重。如果第三步最终要“取消编制”，也应该是编制改革过程中各项改革顺利推进后“水到渠成”的结果。

通过编制管理创新，实施编制备案制，摒弃传统“集权、单一”思维模式，换之以灵活、高效的管理模式，

为实现从身份管理到岗位管理打开了一条通道。在目前，这是符合公立医院编制改革导向的积极探索。

在当今医疗大环境下，我们的确需要一种灵活的用人环境和用人体制，加之现在各级医疗机构对机构编制管理权的进一步下放由被动适应变成了主动期盼，希望主管部门适当“松绑”对医院编制的管控，也希望对医疗机构的用人制度进行多种形式的创新，解决因编制管理僵化，以及编制与养老、社保等相衔接引发的现实和长远问题。从目前一些地方出台的政策来看，“创新”“备案”已经踏上破冰之旅。如江苏省探索推行“审批管理和备案管理相结合”，山东省在公立医院实行人员控制总量备案管理，安徽省则推出“现有审批编制予以保留，推进编制备案管理”的政策。所有这些编制管理创新，都指向“备案制人员在岗位聘用、收入分配、职称评定、工资福利、养老保险、进修培训、考核奖励等方面与原事业编制人员同等对待”“在人员控制总量下，公立医院自主用人”。

需要提醒的是，编制管理创新工作不可能一蹴而就，需要在推进过程中及时总结经验，加快完善各种制度设计的衔接和配套，调整好各项改革的步伐，而不是“为了改革而改革”，更不能不顾实际地“一刀切”。



当管理遇上人情

■ 人力资源部

中国人崇尚中庸之道，素来讲究人情，讲究与人方便自己方便。所以在中国的企业中往往会出现“看在我们……关系上您就高抬贵手”“看在咱们……的情分上这次就算了”的事情。如果一个企业在公司的规章制度上讲“人情”，睁一只眼闭一只眼任由特殊人群搞特权，那迟早会酿成大祸。

企业管理中人情和执行力是成反比例的，也就是说人情讲得越多，执行力就越差；执行力越强的企业人情就一定讲得少。当执行遇上人情的时候，受伤的如果是执行，再好的战略也发挥不出作用。

我曾有幸与几个著名企业家一起讨论过中国企业中

的“人情”问题，他们指出：“其实，中国的很多企业都具有很好的战略，但是缺乏执行，很多好的战略因为遇到‘人情’而不能得以实施”“企业的执行力靠的就是纪律”“中国企业要进行企业战略管理必须要具有良好的纪律”……可见，企业必须通过科学、完善、规范的管理制度来完善整体规划策略，员工必须按照制度的要求来规范自己的行为，杜绝“人情”现象，才能提高企业的执行力。从这里可以看出，执行力就是纪律，没有纪律就没有执行力、没有战斗力，没有纪律，再好的战略也无法实施。

联想、华为、万科如何看待“人情”？张瑞敏刚刚

接手海尔的时候，海尔只是一个快要倒闭的小电器厂，员工工作没有积极性，企业亏损严重，可是张瑞敏用了20年的时间，让一个濒临倒闭的小厂子一跃成为世界名牌企业，并一度跻身于世界500强之列。他是怎么做到的？是什么改变了海尔人？那就是纪律。张瑞敏接受海尔后颁布了著名的“十三条”，其中甚至包括不许在车间大小便，由此我们可以想象出曾经海尔人的整体素质水平如何。张瑞敏强调员工的纪律性是非常重要的，尤其是在一个由许多大公司集合起来的集团化企业中，更需要严格的纪律来制定计划、实施行动。现在的海尔人纪律性非常的强，很少有人会上班迟到，更不会有人凭关系在公司胡作非为。

海尔是这样，联想是这样，华为、万科也是这样，这仅仅是巧合吗？不，因为他们的老总都是军人出身。如果你足够细心的话，你会发现在美国商界同样存在这样一个奇怪的现象：美国最伟大的“商学院”不是哈佛，不是斯坦福，而是西点军校。一批取得了骄人业绩的商业精英并没有受过正规的商业教育，他们却无一例外地出自西点军校。更令人震惊的是，在全球500强企业中，有1000多名董事长、2000多名副董事长、5000多名总经理都毕业于西点军校。比如：美国在线创始人詹姆斯·金姆塞、美国汽车保险公司总经理麦克·德莫特、东方航空公司总裁法兰克·波曼等，他们都是从西点军校毕业的。前任西点军校校长戴夫·帕尔默曾经说过：“随便给我一个人，只要不是精神分裂症，我就可以把他培养成为世界上最伟大的领导者。”

严格的制度和执行力是企业成功的保障。为什么军人可以在商界创造如此多的奇迹？商业的神话取决于什么？那就是严格的制度、铁的纪律和不折不扣的执行力。在部队中，服从指挥、严格执行是军人的天职，任何一个人都不能违背上级的命令，即使需要献出宝贵的生命也在所不惜。在部队中谁犯了错误都要受到军法处置，人情只好靠边站，只有执行才是硬道理。

企业要想成功，就要向军队学习，在规章制度制定出来以后，最重要的还是严格执行。俗话说“没有规矩不成方圆”，规矩就是我们心中的一把尺子，触犯了规矩就要受到应有的惩罚。企业中的制度不是摆设，如果因为一个人徇私枉法，那就会有无数眼睛盯着，管理者宽恕一个人的错误，就会让更多人犯同样的错误，员

工就更加难以管理，执行力也会随之下降。

作为企业的管理者不仅要坚持正确的原则，维护公司的纪律，更要以身作则，严格执行。不论你为公司创造了多大的价值，不管你曾为企业贡献过什么，都不能游离于企业的规章制度之外。

企业如何逃离“人情”的怪圈？在一个企业中，总有那么一些难以管教的“刺头”员工，他们不仅狂妄自大，不把别人放在眼里，还藐视领导的权威，不断挑战公司的底线。这些人的不良行为不仅会导致团队工作效率下降，还会引起他人的效仿，对整个团队的工作环境带来不良影响。怎样对待这些人？

首先，不能因为“人情”而对此视而不见听而不闻，任由其发展。然后，针对不同情况制定出相应的管理办法，对那些有背景的员工，要与其保持若即若离的距离，寻找他们身上的闪光点加以褒奖，遇到他们犯了错，也决不可姑息纵容。对那些恃宠而骄的员工要肯定他们为公司带来的利益，并给予他们应得的利益，但也要给他们讲明企业的规章制度。在制度面前人人平等，任何人都不能凌驾于企业的规章制度之上。

企业的执行力与制度是相互促进的关系，如果企业没有形成科学化、制度化、系统化的管理，还存在着“人情”现象，会直接导致企业的执行力差，企业也会陷入被淘汰的厄运。

在企业中，当执行遇上人情的时候千万不能“手下留情”，而应该以铁的纪律、严格的制度要求每一个执行者，这样才能使企业逃离“人情”的怪圈。



医生就是这样被记者逼疯的!

■ 内二科 / 张敏

(一)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生津津乐道：有可能的。感冒往往是很多危重病的早期表现，多是由于病毒感染所致。而所感染的病毒有嗜心肌的，也有嗜神经的。确实有可能因为病毒感染导致病毒性心肌炎继而发生死亡的。

新闻第二天见报《造谣者何止度娘？庸医蓄意散布恐慌称：感冒只有死路一条》

(二)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生谨小慎微：要看具体病情，有没有诱发肺炎、病毒性心肌炎等并发症，跟个人自身体质、抗病能力这些也有关系，当然如何辅助检查到位，病情诊断明确，治疗措施及时的话，感冒导致死亡的几率很小。

新闻第二天登报《小小感冒成“绝”症：过度医疗贯穿检查、诊断、治疗全过程，不交钱就交命！》

(三)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生深谋远虑：对不起！作为医生，我不能在病历资料不完全的情况下发表个人意见！

新闻第二天登报《无故剥夺患者知情权，医生守口如瓶为哪般？》

(四)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生诚惶诚恐：按照医院规定，媒体采访要事先联系医院宣传科。

新闻第二天登报《面对舆论监督，医生百般推诿，医疗圈究竟暗藏何种乾坤？》

(五)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生闭口不言：……

新闻第二天登报《透视医疗乱象：普通感冒诊断，医生竟然一问三不知！》

(六)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生气急怒喷：你们不懂不要乱写，你要是再这么乱写，我就去法院告你！

新闻第二天登报《唯恐圈内潜规则被曝，医生恼羞成怒威胁媒体！》

(七)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生直接跪了：我求求你别再写了！只要你别再写了，我什么都答应你！

新闻第二天登报《公然贿赂媒体，医生究竟想隐瞒什么？》

(八)

记者：医生，你说感冒会死人吗？

医生彻底被逼疯了。

新闻第二天登报《人在做，天在看！医疗圈内黑幕重重，医生不堪良心谴责精神失常》

哥伦布的鸡蛋

■ 信息科 / 杨华

哥伦布发现美洲后，许多人认为哥伦布只不过是凑巧看到，其他任何人只要有他的运气，都可以做到。于是，在一个盛大的宴会上，一位贵族向他发难道：“哥伦布先生，我们谁都知道，美洲就在那儿，你不过是凑巧先上去了呗！如果是我们去也会发现的。”

面对责难，哥伦布不慌不乱，他灵机一动，拿起了桌上一个鸡蛋，对大家说：“诸位先生女士们，你们谁能够把鸡蛋立在桌子上？请问你们谁能做到呢？”

大家跃跃欲试，却一个个败下阵来。哥伦布微微一

笑，拿起鸡蛋，在桌上轻轻一磕，就把鸡蛋立在那儿。哥伦布随后说：“是的，就这么简单。发现美洲确实不难，就像立起这个鸡蛋一样容易。但是，诸位，在我没有立起它之前，你们谁又做到了呢？”

创新从本质上是一种对新思想、新角度、新变化采取的欢迎态度，它也表现为看问题的新角度。很多时候，人们会说，这也算是创新吗？原来我也知道啊！创新就这么简单，关键在于你敢不敢想，肯不肯做。

钉子

■ 信息科 / 杨华

有一个坏脾气的男孩，他父亲给了他一袋钉子，并且告诉他，每当他发脾气的时候就钉一个钉子在后院的围栏上。第一天，这个男孩钉下了 37 根钉子。慢慢地，每天钉下的钉子数量减少了，他发现控制自己的脾气要比钉下那些钉子容易。于是，有一天，这个男孩再也不会失去耐性，乱发脾气。他告诉父亲这件事情。父亲又说，现在开始每当他能控制自己脾气的时候，就拔出一根钉子。一天天过去了，最后男孩告诉他的父亲，他终于把所有钉子给拔出来了。

父亲握着他的手，来到后院说：“你做得很好，我

的好孩子，但是看看那些围栏上的洞。这些围栏将永远不能恢复到从前的样子。你生气的时候说的话就像这些钉子一样留下疤痕。如果你拿刀子捅别人一刀，不管你说了多少次对不起，那个伤口将永远存在。话语的伤痛就像真实的伤痛一样令人无法承受。”

人与人之间常常因为一些无法释怀的僵持，而造成永远的伤害。如果我们都能从自己做起，开始宽容地看待他人，相信你一定能收到许多意想不到的结果。为别人开启一扇窗，也就是让自己看到更完整的天空。

助人为乐

杨顺德 遂宁市蓬溪县村民。14 年间，他扛着一根扁担，举着“我献血，我快乐”、“走神州万里，倡导无偿献血”的标语，走遍全国 600 多个市县、2000 多个大小村庄，行程近 4 万公里，献血 5 万多毫升，被誉为“中国徒步行走宣传无偿献血第一人”。

诚实守信

陈维平 达州市万源市公安局看守所民警。当一名死缓罪犯留下一个 4 个月大的婴儿，他信守承诺，收养这个婴儿，倾洒心血 14 年，给孩子以阳光和温暖。

孝老爱亲

杨成会 宜宾市兴文县人。15 年不离不弃，辛苦照顾身患绝症的残疾儿子，并将其培养成市美术家协会会员，帮助儿子实现了绘画的梦想，创造了医学生命的奇迹，彰显母爱的无私博大。荣获全国妇联“最美家庭”提名、四川省“最美家庭”等称号。

见义勇为

李颖 遂宁市船山区人，原江苏省昆山科技有限公司员工。第四届四川省“见义勇为模范”。他为了制止抢劫，被歹徒用水果刀刺中胸部，献出了年仅 30 岁的宝贵生命。他没有留下什么豪言壮语，却用生命谱写了一曲青春壮歌。

敬业奉献

于敏 中国科学院院士，中国工程物理研究院高级科学顾问。我国杰出的核物理学家，核武器研究和国防高技术发展的杰出领军人物之一。他隐姓埋名 30 载，默默奉献在国防尖端科技事业一线，在核物理、中子物理、爆轰物理和辐射流体力学等方面取得重要研究成果，为中国核武器技术的突破与发展，为建设强大国防、奠定我国大国地位作出了不可磨灭的重大贡献。

痔疮套扎术治疗痔疮疗效分析

■ 外一科 / 寇光平

【摘要】目的 分析用痔疮套扎术治疗痔疮的疗效。
方法 对2015年1月至10月我院收治的100例痔疮患者的临床资料进行回顾性分析,将其随机分为研究组和对照组。对对照组患者进行常规外剥内扎术手术治疗,对研究组患者使用痔疮套扎术进行治疗,然后分析其临床效果及发生并发症的情况。**结果** 研究组治疗的总有效率明显高于对照组,与对照组患者相比,研究组住院时间较对照组短,术后出血率低,术后肛门狭窄几率较低,出院后生活质量的优良率较高,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。**结论** 应用痔疮套扎术治疗痔疮可取得确切的效果,缩短患者的住院时间,降低其并发症的发生率,此法值得在临床上推广应用。

【关键词】 痔疮 套扎 临床疗效

痔疮作为一种肛肠疾病临床多见,过去素有“十人九痔”的说法。据报道,我国肛肠疾病患者所占比例已经达到59.1%,其中痔约占87.25%[1]。在临床上,治疗痔疮的手术方案较多,主要分为传统手术及微创手术疗法。为了对比分析用传统手术疗法与痔疮套扎术微创治疗痔疮的效果,我院将100例痔疮患者随机分为研究组和对照组,对对照组患者进行传统手术治疗,为研究组

患者使用痔疮套扎术进行治疗,然后分析其临床疗效及发生并发症的情况,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究中的100例患者均为2015年1月至10月我科收治的痔疮患者。这些患者的年龄为15~80岁,其中男性患者60例,女性患者40例。这些患者均经临床检查被确诊患有痔疮。将这些患者随机分为对照组和研究组,其中研究组患者有50例,对照组患者有50例。两组患者的一般资料相比较差异不显著,无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法

对对照组患者进行常规传统外剥内扎术治疗,术后应用痔疮洗液进行坐浴,为其局部使用痔疮净、保持清淡的饮食等。对研究组患者采用痔疮套扎术进行治疗,其手术方案是:使患者取截石位,在术前对其局部皮肤进行彻底的消毒,插入窥肛器,对直肠与肛管进行消毒,观察齿状线及内痔的位置,将负压吸引接头与外源负压抽吸系统相接,经窥肛器置入枪管并对准痔上黏膜,在负压抽吸下将痔组织吸入枪管内,当负压值达到0.08mPa时用食指拨动绕线轮,释放一枚弹性胶圈,随后用拇指

释放负压控制阀以消除负压,完成一次套扎。根据患者痔核的多少确定对其进行套扎治疗的次数,一般可进行2—3次的套扎治疗。同时切除外痔。术后使用同样方法治疗。

1.3 疗效判定标准

痊愈:经治疗后,患者的临床症状完全消失,进行临床检查的结果正常。**有效:**经治疗后,患者的临床症状得到改善,但仍有轻微的不适症状。**无效:**经治疗后,患者的临床症状无明显改善,甚至肛门狭窄。总有效率=痊愈率+有效率。在两组患者出院后对其进行随访,将其生活质量分为“优、良、可、差”四个级别[2]。记录两组患者平均的住院时间、患处愈合的时间及发生并发症的情况。

2 结果

2.1 对两组患者疗效的分析

研究组患者治疗的总有效率高于对照组患者,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。详情见表1:

表1 对两组患者疗效的分析

| 组别 | 总例数 | 痊愈 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|----------------|-----|----|----|----|---------|
| 对照组 | 50 | 25 | 10 | 15 | 70 |
| 研究组 | 50 | 30 | 15 | 5 | 90 |
| X ² | | | | | 10.39 |
| P | | | | | < 0.05 |

2.2 对两组患者出院后生活质量的分析

与对照组患者相比,研究组患者出院后生活质量的优良率较高,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。详情见表2:

表2 对两组患者出院后生活质量的分析

| 组别 | 例数 | 优 | 良 | 可 | 差 | 优良率(%) |
|-----|----|----|----|----|---|--------|
| 研究组 | 50 | 30 | 15 | 3 | 2 | 90 |
| 对照组 | 50 | 20 | 12 | 10 | 8 | 64 |

研究组与对照组比较, P<0.05

2.3 对两组患者的治疗时间及发生并发症情况的分析

研究组患者平均的住院时间、从接受治疗至痊愈的时间短于对照组患者,其并发症的发生率低于对照组患

者,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。详情见表3:
 表3 对两组患者的治疗时间及发生并发症情况的分析

| 组别 | 例数 | 平均住院时 | 从接受治疗 | 并发症(%) |
|-------------------|----|------------|-----------|--------|
| | | 间(d) | 至痊愈的 | |
| 研究组 | 50 | 8±0.6 | 3±0.4 | 0(0.0) |
| 对照组 | 50 | 12.96±1.74 | 3.75±1.03 | 6(8.0) |
| X ² /t | -- | 9.25 | 8.12 | 6.61 |
| P | -- | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

3 讨论

近年来,痔疮套扎术等微创手术疗法在治疗痔疮方面得到了广泛的应用,显现出理想的临床疗效。与应用传统手术疗法相比,为痔疮患者应用自动痔疮套扎术进行治疗可显著缩小其手术切口,缩短其手术时间及术后的住院时间,减轻其术后出血、疼痛及水肿等症状,提高其治疗的安全性,减少其医疗费用。

本研究的结果显示,研究组患者治疗的总有效率高于对照组患者,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。与对照组患者相比,研究组患者出院后生活质量的优良率较高,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。研究组患者平均的住院时间、从接受治疗至痊愈的时间短于对照组患者,其并发症的发生率低于对照组患者,差异显著,有统计学意义(P<0.05)。可见,应用痔疮套扎术治疗痔疮可取得确切的效果,缩短患者的住院时间,降低其并发症的发生率,此法值得在临床上推广应用。

【参考文献】

[1] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠专业委员会, 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006,9(5): 4461-4463.
 [2] 翟敏, 孙建华. 套扎法治疗痔疮的国内外进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008,19(1):28-29.

血液净化治疗三例多器官功能障碍综合征 (MODS) 的疗效观察分析

■ 石棉县医院内三科 / 程 遯

【摘要】目的 探讨血液净化方法治疗各种原因致多器官功能障碍综合征 (MODS) 的疗效。**方法** 对今年以来我院收治三例多器官功能障碍综合征患者在一般内科保守治疗的基础上, 同时给予血液净化 (血液透析、血液透析滤过、血液灌流) 治疗, 观察患者一般情况、肾功能指标、心肌酶、电解质、血色素、凝血功能等变化, 总结血液净化治疗的效果。**结果** 血液净化治疗三例患者均成活。一般情况下血透后 7-14 天病情明显好转, 精神状态、食欲、心肺功能明显改善, 肝功能、心肌酶一般在 14-30 天左右基本恢复正常。两例肾功在 5-6 周恢复, 不需维持血液透析治疗。一例在 8 周以后肾功完全恢复 (门诊复查); 血色素改变, 早期输血一例, 血液透析在两周左右 HGB 基本稳定, 以后 HGB 开始缓慢升高; 血液透析 7-14 天, 电解质、凝血功能稳定。**结论** 多器官功能障碍综合征是临床危重症, 非血液净化治疗一般死亡率 50%-70%, 通过一般保守治疗加血液净化治疗能明显降低死亡率, 提高生存率, 说明血液净化治疗是临床救治 MODS 较有限的手段。

【关键词】 血液净化、血液透析、血液透滤过、血液灌流, 多器官功能障碍综合征 (MODS)。

一 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1-11 月入我院发生 MODS 患者, 男 1 例, 农民, 并发肾功能严重损害、心肌损害、重度贫血 (HGB 最低 39g/L)、全身多处瘀斑出色点、生命体征不平稳。病因考虑食物中毒可能性大; 女两例, 一名 61

岁肝肾功能损害、中度贫血 (HGB 87g/L), 生命体征稳定, 病因考虑蜂毒中毒; 另一例女 46 岁肝肾功能损害、心肌严重损害、休克、贫血 (HGB 62 g/L), 病因考虑感染中毒性休克、肠道感染。

1.2 MODS 的治疗方法。

1.2.1 一般治疗及器官支持。输液、补充热卡、激素、纠正酸中毒、早期严重贫血给予输血治疗 (1 例), 有感染控制感染; 器官支持: 保肝护肾、营养心脏, 无一例使用呼吸机。

1.2.2 血液净化治疗

3 例均进行血液净化治疗。3 例患者均进行股静脉置管, 开始早期血液灌流加血液透析 (或血液透析滤过) 治疗。血液灌流一般使用 3-5 次, 灌流器使用一次性 HA330 灌流器。血液透析或透析滤过使用 PES14HF、PES14LF 灌流器。灌流时间一般 2 小时, 血液透析或血液透析滤过时间每次 4 小时以上, 早期病情危重期间每日透析, 病情稳定每周透析 2-3 次。血液净化抗凝药物使用低分子肝素或普通肝素钠。

二 结果

3 例多器官功能障碍患者均经一般内科治疗加血液净化治疗, 均全部成活, 特别其中 2 例极其危重, 伴有休克、重度贫血、心功能衰竭、皮肤瘀斑出血点的患者能成功获救, 血液净化治疗功不可灭。1 例肾功完全恢复正常, 2 例肾功恢复到不用透析 (出院时肌酐偏高)。肝功、心肌酶均正常、血色素稳定、凝血功能稳定、电解质正常、内环境稳定、患者精神食欲改善、尿多、生命体征平稳。

MODS 患者主要生化指标

| 例 | 指标 | BUN | Cr | 总胆红素 | 丙氨酸转氨酶 | 天门冬氨酸转氨酶 | 乳酸脱氢酶 | 肌酸激酶 | 肌钙蛋白 T |
|-------|---------|----------|----------|----------|--------|----------|-------|-------|--------|
| | | (mmol/l) | (umol/l) | (umol/l) | (u/l) | (u/l) | (u/l) | (u/l) | (ng/l) |
| 男 1 例 | 透前 | 51.79 | 1380 | 114 | 421 | 1572 | 2457 | 582 | 113.4 |
| | 透后 45 天 | 6.93 | 87 | 9.3 | 57 | 52 | 165 | 40 | 5.15 |
| 女 1 例 | 透前 | 35.64 | 672.9 | 9.6 | 164 | 195 | 625 | 5679 | 295.6 |
| | 透后 35 天 | 9.17 | 191.3 | 5.1 | 2 | 14 | 271 | 94 | 71.83 |
| 女 2 例 | 透析前 | 28.74 | 527.1 | 66 | 1629 | 4386 | 6709 | 1473 | 142.3 |
| | 透后 37 天 | 12.32 | 325.5 | 5.3 | 10 | 18 | 317 | 36 | 244.2 |

三 讨论

MODS 是指患者机体在严重感染、休克、创伤、大面积烧伤、大手术、心肺复苏、中毒等打击后, 同时或序贯出现 2 个或 2 个以上的系统或器官功能障碍, 不能维持内环境稳定的临床综合征。在 MODS 的发病机制中, 多种炎症介质引发的瀑布效应是 MODS 主要的临床特征, 主要与 TNF- α 、IL-1、IL-6、IL-8 等有关, 而体外循环血液净化方法用于 MODS 治疗, 除了清除过多的水分和代谢废物外, 清除炎症介质和细胞因子等中、大分子物质, 还可以稳定机体内环境, 调节免疫平衡, 已成为 MODS 治疗中不可缺少的手段之一。近年来, 人们认识到 SIRS 是导致 MODS 的基本原因, SIRS 是基础, MODS 是 SIRS 发展过程中最严重的后果。因此, 针对 SIRS 和败血症炎症性反应过程进行了大量临床实验研究, 阻断 SIRS 有可能为 MODS 的治疗带来突破性进展, 这就使人们寻找能清除或拮抗有关炎症细胞和炎症介质的有效物质, 降低它们在体液中的水平或阻断其作用点, 然而其治疗方法效果并不理想。在 20 世纪 90 年代, 细胞因子疗法及抗炎介质的免疫治疗进展极为缓慢, 均未取得突破性进展。故人们将注意力转向用体外治疗的方法, 即清除炎症介质, 细胞因子和循环中的内毒素。血液净化治疗已越来越广泛地应用于 MODS 患者, 成为 MODS 的重要治疗措施之一。血液净化除了能够有效控制患者的液体平衡、氮质血症和电解质酸碱平衡之外, 还可稳定机体内环境, 降低细胞因子的峰值浓度, 重建免疫平衡。目前已经明确, 炎症介质是导致 SIRS 的危

险因素, 早期治疗 MODS 的关键是清除大中分子炎症介质。多种形式的血液净化联合治疗已成为 MODS 治疗的主流。我科在联合治疗方面, 主要采取血液灌流联合血液透析 (或血液透析滤过) 清除炎症介质和细胞因子等中、大分子物质, 维持水、电解质及酸碱平衡, 维持内环境稳定, 改善免疫功能状态, 使 MODS 患者度过危险的难关而获得生存, 提高抢救成功率, 因此, 多种血液净化方式联合应用成为 MODS 治疗的有效方法, 可以使患者在治疗后平均动脉压明显上升、炎症介质和细胞因子明显降低, 肝、肾功能好转, 心肌损害降低, 溶血性贫血得到控制, 患者机体各脏器官功能恢复, 度过危险期。总之多器官功能障碍综合征是临床危重症, 非血液净化治疗一般死亡率 50%-70%, 通过一般保守治疗加血液净化治疗能明显降低死亡率, 提高生存率, 说明血液净化治疗是临床救治 MODS 较有限的手段。血液净化支持治疗有助于抢救危重症患者, 提高生存率, 有利于病情改善, 并且安全有效, 值得在临床推广使用。

【参考文献】

- (1) 张畔. 持续性血液净化技术治疗和预防多器官功能衰竭的进展 (J). 中国危重症急救医学, 2001, 13(11): 697-698.
- (2) 周刊, 方如美, 罗仕云等. 血液灌流联合连续性静脉-静脉血液滤过治疗多器官功能障碍综合征临床观察 (J). 西部医学, 2011, 23(2): 304-3058.

无痛胃肠镜麻醉 83 例分析

■ 麻醉科 / 程慧

【摘要】目的 探讨如何安全实施无痛胃肠镜麻醉。
方法: 回顾我院自从开展无痛胃肠镜麻醉以来完成的 83 例临床资料, 麻醉方法为静脉全麻, 药物为芬太尼、丙泊酚及阿托品组合, 记录出现的并发症呛咳、气道梗阻、呼吸抑制、血压下降、误吸, 分析的原因及预防处理的方法。**结果** 静脉全麻后 83 例患者均完成胃肠镜检查, 只有个别出现不良反应, 不良反应率低。**结论** 无痛胃肠镜技术的开展, 提高了病人的满意度, 增加了诊疗的成功率, 扩大了内镜的诊疗范围, 值得推广。虽然不良反应率低, 但针对不同病人的特殊性, 仍有出现呼吸抑制、血压下降等并发症风险, 术前需详细询问病史, 签署同意书, 充分准备后再实施麻醉。

【关键词】 无痛胃肠镜、静脉全麻、并发症、分析

随着医学技术的发展、生活水平的提高, 常规胃肠镜检查已经远远不能满足临床需要。常规检查病人恐惧焦虑, 痛苦的生理反应恶心、呕吐、体动等又常常影响内镜医生的检查, 个别病人无法耐受而不得不中断操作, 此外甚至有少数病人因此而诱发各种心脑血管意外。为了更好地为病人服务, 为消化内镜医生创造更好的诊疗条件, 我院麻醉科与消化内镜医生合作, 顺利在我院开展无痛胃肠镜技术。现回顾分析已经完成的 83 例无痛胃肠镜麻醉病例, 报道如下。

资料与方法

83 例胃肠镜检查患者中, 男性 39 例, 女性 44 例, 年龄 14~71 岁, 平均 45.08 ± 13.20 岁, 体重 45~97kg, 平均 60.50 ± 11.23 kg; ASA 1~3 级; 胃镜 66 例, 肠镜

16 例, 胃肠镜同时检查者 1 例。

方法: 检查前禁食 8 小时, 禁饮 4 小时。肠道准备。既往曾患有心、肺、肝、肾及血液或全身疾病等(包括既往药物过敏、近期手术或治疗等情况), 60 岁以上(包含 60 岁)患者常规做心电图检查。有严重肝、肾功能障碍, 重度高血压、心肌梗死急性期和恢复期、急性上呼吸道感染及精神异常者、无人陪护者不做此项操作, 有胃潴留、幽门梗阻和上消化道大出血者亦不适合做无痛麻醉。

物品准备: 常规备吸氧用物、简易呼吸器、气管插管、吸引器、心电监护仪及各类急救药品。

麻醉方法: 操作前开放静脉通道, 面罩吸氧 3~5L/min, 常规监测血压, SpO₂、心电图。先静脉注射芬太尼 30~50 μg, 再缓慢推注异丙酚 0.5~2.0mg/kg, 待患者入睡, 唤之无反应, 睫毛反射消失, 即可进行检查。根据检查时间长短与患者的反应情况酌情追加异丙酚 10~30mg。

术后注意事项: 检查结束后嘱病人 24h 内不得驾驶机动车辆, 不得饮酒, 禁辛辣食品。

结果

静脉全麻后 83 例患者均完成胃肠镜检查, 只有个别出现不良反应, 不良反应率低。83 例中发生呛咳 5 例, 加深麻醉好转后完成检查; 气道梗阻 2 例, 患者均肥胖, 有打鼾病史, 给予托下颌、加大氧流量、吸引分泌物后缓解; 呼吸抑制 1 例, 立即控制药物剂量与速度, 持续给氧, 继续内镜检查刺激呼吸很快恢复; 血压下降 5 例, 患者多为老年, 肠镜检查患者, 给予减慢退药速度、补充液体后缓解; 无一例严重心律失常发生; 误吸

0 例。术毕患者均在 2~5min 苏醒, 然后回苏醒室复苏, 当 Aldrete 评分 ≥ 9 分在家属陪同下离开, 病人家属以及内镜医生满意度高。

讨论

胃肠镜检查是目前临床重要的诊疗手段之一, 通过胃肠镜检查, 内镜医生不仅可以直接观察病变, 还可以进行活检、治疗、止血等操作。对于麻醉而言, 胃肠镜检查有其特有的特点 [1]: 实施过程中, 内镜本身会对咽喉部、胃肠腔有刺激作用, 胃镜检查占用口腔呼吸道的一部分, 由感觉神经丰富的咽喉部入镜, 麻醉过浅时极易发生呛咳等并发症, 给麻醉呼吸道管理带来了困难; 而肠镜检查相对刺激小一些, 只有在过肠曲转折部时不适感强一些, 但肠镜检查患者术前服用导泻剂多数存在容量不足, 麻醉管理需注重循环平稳。同时无痛胃肠镜所面对病人复杂, 年龄不一, 辅助检查通常不完善; 而且检查结束后短时间便离院。这些都对麻醉有严格的要求。

术前准备方面, 检查前严格禁食 8 小时, 禁饮 4 小时, 肠道准备。既往曾患有心、肺、肝、肾及血液或全身疾病等(包括既往药物过敏、近期手术或治疗等情况), 60 岁以上(包含 60 岁)患者常规做心电图检查。有严重肝、肾功能障碍, 重度高血压、心肌梗死急性期和恢复期、急性上呼吸道感染及精神异常者、无人陪护者不做此项操作, 有胃潴留、幽门梗阻和上消化道大出血者亦不适合做无痛麻醉。

物品准备方面, 常规备吸氧用物、简易呼吸器、气管插管、吸引器、心电监护仪及各类急救药品。

从合理用药方面, 异丙酚复合芬太尼组合是目前较多使用的组合方法。异丙酚是一种镇静催眠静脉麻醉药, 其时效短, 苏醒迅速。因镇痛作用较弱, 配合用阿片类镇痛药, 即可减少两药的用量, 又能达到更理想的麻醉效果, 但无论镇静药、镇痛药, 对循环和呼吸都有一定的抑制作用, 且二者之间有一定的协同作用。因此, 要严格控制药物剂量和掌握注药速度, 避免镇静麻醉过深。主要用药的个体差异性, 异丙酚所需量个体差异性很大, 其中青壮年、嗜酒、精神高度紧张、服用阿片类药物者所需剂量可能偏大, 而小儿、老年人等, 所需剂量可能偏小。故注射药物时应密切观察患者及心电监护 SpO₂ 等各项指标。

并发症的处理方面 [2], (1) 呛咳, 一般加深麻醉好转后完成检查; (2) 气道梗阻, 多见于肥胖, 有打鼾病史患者, 一般托下颌保持呼吸道通畅、加大氧流量、



吸引分泌物可缓解; (3) 呼吸抑制, 通常是暂时的, 多见于注药速度过快, 麻醉偏深所致, 一般控制药物剂量与速度, 持续给氧处理, 必要时简易呼吸器辅助呼吸可缓解, 最后可采取气管插管; (4) 血压下降, 与年龄、病情、血容量状态、药物种类(尤其是丙泊酚)、剂量、速度等有关, 处理方式一般为减慢推药速度、补充液体, 必要时使用血管活性药物; (5) 心律失常, 内镜操作以及麻醉均可能引起心律失常, 窦性心动过速一般无需处理, 如心率 < 50 bpm, 可酌情给予阿托品处理, 必要时给予肾上腺素处理; (6) 误吸, 与麻醉后咽喉部保护性反射减弱甚至消失有关, 胃内未排空引起。术前严格禁食 8h, 禁饮 4h; 检查时合理的体位必不可少, 头偏一侧; 内镜医师的及时吸引, 检查时上消化道尽量不注水, 必须注水时以尽量少的水满足检查, 检查完毕后将水吸出; 术毕患者初醒时, 头偏向一侧。

【参考文献】

[1] 李永刚、于庆增、杨志军等. 无痛胃肠镜技术 800 例患者麻醉分析 [J]. 临床研究, 2007, 4(2): 94-95.

[2] 中华医学会麻醉学分会. 中国消化内镜诊疗镇静/麻醉的专家共识. 2015-2-12.

腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术的麻醉处理临床分析

■ 石棉县中医医院 / 陈递昌

腹腔镜完全腹膜外疝修补(totallyextraperitoneal,TEP)

(1) 手术具有创伤小、疼痛轻、康复快、不进入腹腔、并发症少等优点,已被医学界广泛接受。我院从2015年6月开始进行腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术(TEP),至今已经完成7例手术,在7例患者中最大岁数为79岁,最小的24岁。现就其麻醉的处理总结如下:

一般资料:1.患者无手术及麻醉禁忌症,本组7例患者中均为男性,24—79岁,体重平均59kg。腹股沟疝单侧为5例,双侧为2例,均为首次手术。全部行腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术(TEP),无中转手术。

2.麻醉方法:均采用气管插管静脉吸入复合麻醉,术前均留置导尿,麻醉药物为:镇静使用咪达唑仑和丙泊酚,镇痛使用舒芬太尼,肌肉松弛药为维库溴胺,吸入麻醉药为异氟烷。麻醉诱导开始后依次静脉注射咪达唑仑0.1—0.15mg/kg,舒芬太尼为0.1—5.0ug/kg,若手术中疼痛有减弱现象时,每次追加剂量为5.0ug,丙泊酚为:2.0mg/kg,术中维持使用微泵输注4—8mg/kg/h,

维库溴胺插管量0.08—0.12mg/kg,肌肉松弛维持量为0.03mg/kg/次静脉注射。异氟烷吸入浓度为:1%—3%之间,据血压波动情况调整。麻醉前检查麻醉机,心电图监护仪、微泵等设备必须处于使用状态。

结果:7例手术均顺利完成腹腔镜下腹膜外腹股沟疝修补术(TEP),手术时间最长的248分钟,最短的为78分钟,单侧手术时间平均为122分钟。全身麻醉后患者离开手术室(包括麻醉复苏时间)回病房时麻醉时间最长为7:00小时,最短为2:32小时,7例手术患者手术过程中麻醉平稳,生命体征的变化不大,肌肉松弛良好。完全能够满足手术医师的手术肌肉松弛要求,麻醉效果满意。

讨论:1.TEP是目前成人腹股沟疝修补术中较理想的术式,在麻醉中气管插管静脉吸入复合全身麻醉较为合适,在麻醉中注意生命体征的变化与患者体格检查相结合能及时发现问题并及时做出处理,减少麻醉并发症和复苏时间,让患者尽快送入病房,减少医疗开支。2.手



术时间和麻醉时间密不可分,这些与手术医师在腹腔镜下解剖标志的辨认,手术医师的腹腔镜器械使用的熟练程度,和手术是否同时进行双侧疝修补等因素有关。手术时间长则麻醉时间更长,在7例手术患者中有的患者出现生命体征的剧烈波动,主要是心率增快、血压升高,其原因为CO₂潴留(2),当时麻醉医师未及时诊断出并未做相应处理,致手术结束后患者苏醒延迟,麻醉复苏时间也相应延长。3.手术并发症:皮下气肿。主要是穿刺套管置入后未严密缝合有漏气,当时也有腹部压力过大可能(14mmHg),以后腹腔镜腹部压力设置在12mmH未出现皮下气肿。

通过对7例手术患者麻醉总结分析,我们认为在麻醉中通过严密观察患者生命体征,特别是血压和心率的变化,尤其在无呼气末CO₂分压监测情况下对血压和心

率的监测尤为重要,当血压和心率增快时,在加深镇痛和镇静情况下血压和心率无变化甚至仍上升,则考虑有CO₂潴留,此时需要调整麻醉机呼吸参数:调高呼吸频率次数或调整潮气量,但潮气量不能偏大,以免引起肺损伤,让患者处于过度通气状态排出多余的CO₂,并对患者进行体格检查是否有皮下气肿发生,若有并作相应处理。通过上述处理和观察,患者均能满足手术医师的手术要求,手术完成后患者也能尽快苏醒回病房。

【参考文献】

- 1.赵峰 何圣敏 腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术的临床体会,腹腔镜外科杂志:2015:2:91—93。
- 2.孙铁柱 小儿腹腔镜疝囊高位结扎的临床疗效分析腹腔镜外科杂志:2015 5月 380—382。

椎体成形术临床观察

■ 石棉县中医医院 / 王建祥 袁崇新

【摘要】目的 经皮穿刺椎体成形术 (PKP) 在临床的观察。**方法** 3 例因骨质疏松导致压缩性骨折接受 PKP 手术的患者，**结果** 疼痛缓解明显，椎体高度得到恢复 85% 以上。**结论** 经皮椎体成形术是骨质疏松的椎体压缩骨折患者微创治疗效果较好的方法。

【关键词】 压缩性骨折 骨质疏松 椎体成形

椎体成形术有两种：1、经皮椎体成形术 (PVP)，2、经皮椎体后凸成形术 (PKP)。前者主要是机械扩张，后者主要采取球囊扩张。两者均能达到很好的治疗效果，但前者安全系数较后者安全系数高。

1 材料与方

1.1 在临床上遇到 3 例椎体压缩性骨折患者，其中腰 1 椎体 2 例，胸 12 椎体 1 例，患者以腰疼为主来院就诊不一定有外伤史，来院后摄片提示有椎体压缩性骨折以楔形样变为主，测骨密度后提示有骨质疏松。术前进行 MRI 检查明确为新鲜骨折。

1.2 手术方法

手术采用局麻，术中行心电监护。患者俯卧位，于 C 型臂透视确定病椎位置，做好标记，常规消毒铺巾。局部用 1% 利多卡因充分局麻，直至骨膜。将进针点皮肤做一 0.5cm 切口。在 C 型臂透视下将穿刺针尖置于病椎椎弓根的外上象限 (左侧为十点钟位置，右侧为两点钟位置)。穿刺针与身体矢状面成 10° ~ 15° 角，将穿刺针缓慢钻入椎弓根，并调整透视机至侧位，观察侧位像下穿刺针的位置，确定其在椎弓根内。继续将穿刺针

钻入椎体前中 1/3 交界处。正位透视显示针尖位于接近中线或越过中线，此为最佳位置。更换套筒，以手锥扩孔，建立工作通道。置入球囊导管再次摄片提示见球囊两点已过套筒，就将准备好的造影剂推入球囊内，根据造影球囊压力表为准 (术前将造影剂皮试无异后方可使用)，边推边摄片以见椎体高度恢复满意为度。助手在旁准备调制骨水泥至拉丝状并放在骨水泥推杆中备用，一般每根以 1.5ml 为度，主刀在充分扩张压缩骨折后将助手准备好的骨水泥推杆置入导向套筒内分，3—4 次推入，每推一次均要摄片，推注量根据摄片见扩张孔填注情况而定。待调制剩余骨水泥变硬后旋转套筒拔出。(避免出现拖尾)

2 结果

所有患者均顺利完成手术，手术完成后患者立即疼痛缓解，并可自行下床活动。术后摄片见椎体高度恢复 85% 以上。术后 1 月、2 月、3 月、6 月门诊随访伤椎均未见高度丢失现象。手术患者满意程度高。

3 讨论

术前诊断骨质疏松是椎体压缩骨折的最主要原因，常见于六十岁以上的老年人 [12]。若术前诊断骨质疏松症伴压缩性骨折，对于传统开刀来说创伤小，技术易掌握，手术风险小。缺点是患者量小，未纳入报账范围，不易推广。

总之，经皮椎体成形治疗骨质疏松性压缩椎体骨折创伤小，手术风险小，技术要求不高，易掌握，可推广应用，尤其对于身体条件较差的椎体压缩骨折患者。



中药蒸汽浴治疗肛周疾病的应用

■ 外一科 / 罗德群

【摘要】目的 观察应用中药蒸汽浴治疗肛周疾病的疗效；**方法** 将 88 例患肛周疾病的患者分为两组，治疗组用一台坐式中药蒸洗机将痔疮洗液消毒形成喷雾后作用于病灶区；对照组为传统的坐浴：将痔疮洗液倒入一自备小盆中坐浴。**结果** 患者治疗过程中的舒适度、伤口疼痛减轻度、红肿消退度、伤口浸血浸脓量、伤口愈合、住院天数 (治疗组平均 7.5 天，对照组为 8.9 天)、患者满意度、科室收入均优于对照组。**结论** 中药蒸汽浴治疗不仅对肛周疾病治疗效果好，而且是一种符合人体力学舒适度高的一种治疗，值得推广。

【关键词】 中药蒸汽浴治疗 传统坐浴 肛周疾病应用

多数人有久站、久蹲、久坐、进辛辣食物、用力排便的习惯，患痔及肛周疾病的人越来越多，素有“十男

九痔”“十女十痔”之称；我科有 1/3 的患者为痔及肛周疾病患者。传统治疗痔的方法主要是用痔疮宁栓、坐浴、口服药等，操作很不方便，效果不理想。今年我科应用了中药蒸汽浴治疗肛周疾病，治疗效果好。现将报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

88 例均来自我科 2015 年 6 月至 2015 年 11 月收治的住院患者，将本组患者建立 2 个对照组，一组应用该机进行熏洗治疗，另一组为对照组，术后病人均在术后 2-3 天内进行治疗，本期内进行了熏洗治疗的病人为 44 人 (其中男 26 人，女 18 人，年龄 20-77 岁，混合痔 28 例，肛周脓肿 12 例，肛裂 1 例，肛瘘 4 例，术前术后均实施了熏洗治疗的有 24 例，仅术后的有 18 例，未行手术的有 3 例)，行传统坐浴的为 44 人 (其中男 24 人，

女 20 人, 年龄 19-77 岁, 混合痔 30 例, 肛周脓肿 11 例, 仅一例未行手术)。

1.2 方法

治疗组使用坐式熏洗机, 开机设定程序后能将药液(痔疮洗液 100ML+ 水 400ML) 在 5 分钟内加热、消毒、形成蒸汽喷雾直接作用于病灶区, 协助患者坐好后, 约 25 分钟治疗结束后, 自动冲洗烘干患处, 整个过程均由熏洗机自动设定程序执行完成, 也可以根据患者个体差异对温度、雾量进行手动调节; 对照组将药液(痔疮洗液 100ML+ 水 400ML) 倒入一自备小盆中, 水温 38—42℃, 嘱患者坐浸药液中, 坐浴 20-30 分钟。

1.3 观察

1.3.1 舒适度: 治疗组使用坐式熏洗机, 患者坐在上面就像坐在椅子上, 符合人体力学, 且雾量大小、温度恒定, 舒适感强; 对照组因药液少, 盆不宜过大, 水温渐渐降低, 加之伤口疼痛, 蹲下坐浴很不方便。

1.3.2 疼痛: 肛周疾病因其特殊解剖结构, 术后疼痛均较明显, 治疗组在术后有 23 人注射了止痛剂量(奈福泮、强痛定、度冷丁), 对照组有 12 人注射, 但通过之后的熏洗治疗后, 治疗组疼痛缓解明显, 对照组因不舒适的坐浴方式, 疼痛缓解慢。

1.3.3 伤口红肿: 因手术创伤, 伤口周围会出现肿胀不适, 手术当日和术后第 1 日最为明显, 治疗组经熏洗后 2-3 天水肿消退, 对照组 3-4 天才能渐退。

1.3.4 局部浸液: 肛周脓肿术后因脓腔较大, 会有部分浸液浸出, 治疗组因为是无菌熏蒸, 能去腐生肌 3-4 天后无浸液, 坐浴 4-5 天后仍有浸液。

1.3.5 伤口愈合: 治疗组平均住院 7.1 天后疼痛和肛门不适感消失, 解便顺利, 便后无血, 对照组, 有部分

人疼痛和肛门不适有所改善, 仍需出院带药。

1.4 满意度调查

在院病人 治疗组 90% 对照组 80%

出院病人 治疗组 92% 对照组 84%

1.5 经济收入

治疗组 该治疗每次收费 30 元, 每次治疗时间仅需 25 分钟就完成, 自实施该治疗以来, 我科该项收入已达 28950.00 元。

对照组自行坐浴不收费

2 结果

患者治疗过程中的舒适度、伤口疼痛减轻度、红肿消退度、伤口浸血浸脓量、伤口愈合、住院天数(治疗组平均 7.5 天, 对照组为 8.9 天)、患者满意度、科室收入均优于对照组。

3 讨论

中药蒸汽浴治疗肛周疾病在我院是首次应用, 在周边医院中也是处于领先地位, 既方便又卫生且很安全, 患者也会感到很舒适。能使用于痔及肛周疾病的不同阶段, 能起到消炎、消肿、止痛、去腐生肌加速伤口愈合的功效; 该操作流程简单, 各层级人员均能掌握操作方法。开展后我院经济效益和社会效益都得到了提高, 值得推广。

【参考文献】

[1] 曹振红. 中药熏洗坐浴治疗痔疮术后 60 例的疗效观察. 中国民族民间医药, 2013 (8)

[2] 李国义. 中药熏蒸坐浴在痔疮中的疗效观察. 中国医药指南, 2013 (8)



应用品管圈提高手术首台准点开台率

■ 手术室 / 康鸿蜀

【摘要】目的 运用品管圈的方法, 探讨在手术资源不变的情况下, 提高首台开台率。**方法** 成立品管圈小组, 回顾和分析我院首台手术实施流程和控制, 确定以提高首台开台率为主题, 运用品管圈进行现况把握、目标设定、对策拟定、实施进行由下而上的质量持续改进。结果 经过品管圈活动, 达到设定目标, 首台开台率明显提高, 并提高工作人员工作效率与品管圈知识, 增加手术间使用率。**结论** 通过开展品管圈活动提高首台开台率, 解决了首台手术开始滞后的情况, 也提高了医护人员工作效率, 降低各科成本, 节约能源, 同时还提高了圈员的团队精神和质量管理能力。

【关键词】 首台 品管圈 开台率

品管圈(Quality Control Circle, QCC) 全称品质管理圈, 是指在工作岗位上为了解决问题, 自发结合成地进行品质管理活动所组成的小组, 应用品管工具进行分析、解决工作场所的关键性问题, 以达到业绩改善之目标。小团体全员参加, 对自己的工作现场进行持续改善活动, 称为品管圈活动。结合我科室现状于 2015 年 5 月针对首台手术未准时开始的原因, 开展品管圈小组活动, 以“提高手术首台准点开台率”为主题进行质量改进。

1 品管圈运行程序与方法

1.1 品管圈的成立。按照自愿参加的原则, 设圈长 1

名, 圈员 6 名; 由手术室护士长担任辅导员。全体圈员利用头脑风暴法拟定圈名、圈徽。圈名“救生圈”的寓意: 一个无缝连接的循环, 代表手术室的工作严谨细致, 有条不紊; 圈徽的寓意: 我们将带着最诚挚的爱心与无微不至的关心, 携手为患者带去健康与希望。圈形形态的寓意: 外圈代表整个手术团队, 内圈代表手术室护士, 绿色代表希望和生命, 双手托起树枝, 代表双手托起生命与希望。

1.2 制定详细的计划进度表, 设定负责人: 圈长: 周笑宇组织召开会议, 领导圈员积极参加活动, 营造品管圈内部和谐的人际氛围, 决定品管圈活动的进行方向及展开方式。记录员: 记录每次开会记录; 统计员: 收集整理数据电脑制作: 对 QCC 工具进行电脑制作及处理。协助: 协助品管圈运作等。

1.3 主题选定。发起头脑风暴, 列出所有需解决的问题, 并将其相似性分类成亲和图, 再采用评价法对亲和图所总结出的问题就其上级政策、重要性、迫切性、圈能力 4 个方面分别打分, 7 人平均分为该方面实得分, 4 项实得分之和为该问题总(详见表一)。选题理由: 缩短了患者等待手术的时间, 降低了患者并发症的发生率, 减少了患者在等待手术过程中出现的焦虑情绪, 提高患者满意度; 对同仁提高手术医生的满意度, 节约手术医生时间。对医院提高医疗效率; 降低了成本。

表一:

| 主题评价题目 | 上级政策 | 可行性 | 迫切性 | 圈能力 | 总分 | 顺序 | 选定 |
|---------------|------|-----|-----|-----|----|----|----|
| 降低术后器械丢失率 | 3 | 1 | 3 | 3 | 10 | 5 | |
| 提高医疗废物垃圾分类处理率 | 3 | 1 | 3 | 5 | 12 | 4 | |
| 降低巡回护士外出率 | 5 | 3 | 3 | 5 | 16 | 2 | |
| 提高术前访视率 | 5 | 3 | 3 | 3 | 14 | 3 | |
| 提高手术首台准点开台率 | 5 | 5 | 5 | 3 | 18 | 1 | ✓ |
| 提高入室前核对正确率 | 5 | 3 | 3 | 3 | 14 | 3 | |
| 提高医疗器械使用率 | 3 | 5 | 1 | 1 | 10 | 5 | |

1.4 现状把握

2015年6月26日开会过程中,收集了1-5月份入室到手术开始时间。每天首台从手术室护士到病房时间→病人出病房时间→进手术室时间→麻醉开始前→通知医生时间→手术开始时间的统计。分析过程中,对数据整理出现分歧,辅导员提出建议:1、在记录时不仅记录不正常的交接时间还得记录正常交接时间。2、记录患者的姓名、时间及具体信息。3、需要制定标准值,设定一个标准时间段。4、延长现状调查时间,找出主要原因。会议决定:制定新的现状调查表。延长现状调查时间四周。

分析:根据查检数据(表二)表明,手术医生、麻醉医生、手术室护士、病房护士依柏拉图八二定律,将此四大情况列为本次主题改善重点。

表二:

| 项目 | 5周总次数 | 平均每周末生次数 | 百分比(%) | 累计百分比(%) |
|-------|-------|----------|--------|----------|
| 手术医生 | 34 | 6.8 | 40 | 40 |
| 病房护士 | 20 | 4 | 23.5 | 63.53 |
| 麻醉原因 | 13 | 2.6 | 15 | 78.82 |
| 手术室护士 | 10 | 2 | 11.7 | 90.59 |
| 护工 | 4 | 0.8 | 4.7 | 95.29 |

| | | | | |
|------|----|-----|-----|-------|
| 患者原因 | 2 | 0.4 | 2.4 | 97.65 |
| 其他 | 2 | 0.4 | 2.4 | 100 |
| 合计 | 85 | 17 | | |

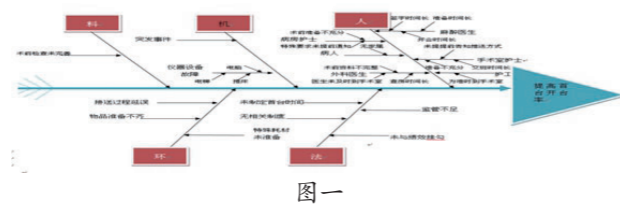
1.5 目标设定。通过品管圈方法的目标值设定公式,进行目标设定。

改善重点: 90.59% 圈能力: 42% 标准值: 100% 现况值: 74.19%

圈能力: 7份圈能力平均数除以5=42%
现况值: 5个月病人入室到手术开始时间平均为56分钟,共计手术台次430台,56分钟以内开台为111台。由此算出现况值: 74.19%

(提高或增加)目标值公式
目标值
= 现况值 + 改善值
= 现况值 + [(标准值 - 现况值) × 改善重点 × 圈能力]
目标值
= 74.19% + [(100% - 74.19%) × 90.59% × 42%]
= 74.19% + 9.82%
= 84.01%

1.6 解析。明确目标后,圈员对重点项目进行改善、分析。为了达到设定的目标,根据现状把握中找到的重点,一一对应分析,分别展开解析。上一环节现状把握中的重点主要为外科医生、手术室护士、术前检查未完善、护工,所以本次主要分析造成这几种状况的原因。(见图一)



图一

1.6.1 人

- 1.6.1.1 麻醉医生
- 1.6.1.2 病房护士
- 1.6.1.3 手术医生
- 1.6.1.4 手术室护士
- 1.6.1.5 护工

1.6.2 机

- 1.6.2.1 突发事件

1.6.2.2 仪器设备

1.6.3 料

- 1.6.3.1 术前检查未完善

1.6.4 环

- 1.6.4.1 接送过程延误
- 1.6.4.2 物品准备不齐
- 1.6.5 法

- 1.6.5.1 未制定首台时间
- 1.6.5.2 无相关制度
- 1.6.5.3 监管不足
- 1.6.5.4 未与绩效挂钩

1.7 对策拟定。针对要因,全体圈员通过头脑风暴寻求改善对策,并对每一对策根据可行性、经济性、圈能力等指标进行评分优5分、可3分、差1分,全员共7人,总分105分,按80/20原则共拟定8项对策:接病人护士不参加晨会 08:40 准时接病人、科主任告知科室排班、制定护工到手术室时间 08:35、术前一天通知首台、医生未及时到或准备不充分次日压台、夜班准备首台术中用物、护士核对,派两名护士接病人、提前告知推护方式进行改善实施。

1.8 对策实施与检讨

接病人护士 08:40 准时接病人,护工 08:35 到手术室;手术室护士提前一天通知首台手术;夜班准备首台术中用物,派两名护士接病人。改善效果良好。

1.9 效果确认

改善后:2个月病人入室到手术开始平均时间以56分钟计算,共计手术232台,56分钟以内开台为208台。由此计算出改善值为89.6%。

目标达标率
= (改善后 - 改善前) / (目标值 - 改善前) * 100%
= (89.6 - 74.19) / (84.01 - 74.19) * 100%
= 156%
进步率
= (改进后 - 改进前) / 改进前 * 100%
= (89.6 - 74.19) / 74.19 * 100%
= 20.8%

1.10 标准化

1.10.1 手术科室于术前一 15:00 (特殊手术需在 13:00) 之前,将手术申请递交手术室;手术室于 15:00 后,从电脑上统一提取各科室手术预约资料,根据手术情况进行手术安排、物品准备和访视病人。未及时预约的,原则上不安排。



1.10.2 手术科室应认真做好术前相关检查、审签后递交手术通知,以确保手术安全。

1.10.3 各手术科室手术间相对固定,手术多时安排接台手术。

1.10.4 手术室晨会前由夜班护士进行手术间首台用物准备,推送用物与守班交接,如有特殊情况晨会交接。

1.10.5 特殊感染、特殊病情、特殊要求或需特殊器械的手术,应在手术通知单备注栏上注明。

1.10.6 手术室手术前一天由办公班与科室沟通首台手术,将手术顺序具体安排在系统信息上,并写在“一览表”上供手术人员浏览;将手术安排情况通过微信平台、纸张、电话等形式告知相关手术科室。并将每台手术患者的科室、姓名、性别、住院号、手术名称、接入批次等写在《手术病人交接登记本》上,供接送患者时核对使用,防止接错。临时变更手术时间的,必须事先与科室联系。

1.10.7 推护工人于术晨 08:35 带推送工具到手术室门口等候推送病人。

1.10.8 手术室 08:40 到病房接病人,由办公班根据每日手术台次安排 2-3 人接手术病员,与病房护士认真查对,仔细交接,规范填写《患者交接记录单》。

1.10.9 手术人员应在打电话 15 分钟内到达手术室,保证手术准点开台。

2 检讨与改进

2.1 主题选定：优点：切合临床，即提高首台开台率节约医院成本，也提高了满意度；缺点或今后努力方向：题目太大，牵扯的科室太多，改进难度大，今后各外系科室均按制度执行。

2.2 活动计划拟定优点：及时、详细，提高了工作效率；缺点或今后努力方向：把制定任务计划能力运用到实践中。

2.3 现状把握：优点：有效地收集数据，主动登记，认真检查；缺点或今后努力方向：用时过长，在今后把握住现状要点。

2.4 目标设定：优点：切合科室发展要求，设定目标合理；缺点或今后努力方向：使目标设定更科学化。

2.5 解析：优点：运用鱼骨图全面的分析问题，有效地利用管理工具；缺点或今后努力方向：解析时偏重人为因素，今后继续加强头脑风暴的运用。

2.6 对策拟定：优点：可实施的对策多；缺点或今后努力方向部分对策实施困难。

2.7 对策设施与检讨：优点：对策执行度好；缺点或今后努力方向：需要多部门配合的实施差，对其他未实施进一步实施。

2.8 效果确认：优点：用客观的数据反映成果，对

品管圈的成果有直观的感受；缺点或今后努力方向：今后在现有的基础上继续努力。

2.9 标准化：优点：可操作性强，将标准运用到实际；缺点或今后努力方向：今后逐步完善工作流程。

2.10 圈会运作情形：优点：提高沟通、协调能力；缺点或今后努力方向：今后应更加充分调动圈员的积极性。

2.11 残留问题：优点：术前一日的麻醉同意书未签，麻醉开会时间长；缺点或今后努力方向：对提高首台开台率的影响很大，今后可作为改善重点，进行持续改进。

3 结论

开展品管圈活动不仅优化了手术科室工作流程，提高了首台手术开始的准时率，也提高了医护人员工作效率，降低各科成本，节约能源，同时还提高了圈员的团队精神和质量管理能力。

【参考文献】

[1] 何贤君、黄月霞、沈杰. 应用六西格玛方法提高首台择期手术开始的准时率

[2] 宋亚军、何亦红、范荣林. 应用 TPS 方法缩短首台择期手术患者在手术室的等待时间 [J]. 浙江医学教育, 2012, 11 (2): 35-37



弹性排班，提高护、患满意度

■ 外三科 / 万 星

【摘要】目的 探讨科学合理的病区护士排班方式；方法 运用弹性排班方式对现有的护士人力资源进行统筹安排，合理利用，对病人实施全身心的护理；**结果** 该排班方式充分利用了有限的护理人力资源，提高了护理服务质量和患者满意度，也提高了护士的满意度；**结论** 弹性排班方式有利于优质护理服务的实施，对病人有益，对医院有益，从而达到优质护理服务的目标。

【关键词】 护士 弹性排班 优质护理

1 我科护理人员及住院患者情况

1.1 我科护士基本情况：总数 14 人，按职称划分，副主任护师 1 人，主管护师 2 人，护师 6 人，护士 5 人，按层级划分，N4 级 1 人，N3 级 1 人，N2 级 4 人，N1 级 8 人，无 N0 级，按年龄划分，50 岁以上 1 人，40~50 岁 1 人，30~40 岁 3 人，20~30 岁 9 人。职称、年龄相对合理，层级方面无 N0 级，后备人员不足，故欠合理。

1.2 我科病床及平均住院患者情况：编制床位 62 张，床护比为 1:0.23；开放床位 70 张，另有两张抢救床，床护比为 1:0.19；实际住院患者平均为 40 人/日，患护比为 1:0.35。

1.3 不管何种算法，床护比都远不达标，面对以上现状，如何寻找办法，达到最大限度地利用现有的人力资源，保证推行优质护理，达到责任制整体护理，并保证护理质量，这是一个值得探讨的问题，所以我科从去年分科开始便一直在寻求最佳的弹性排班方式，经过多

次的整改，现如今，即使护士满意，又保证了每日在班人力资源。

2 弹性排班方法

2.1 护士长提前 4 天左右统筹排下一周的班，排班每日设有办公班 1 名，负责医嘱校对、费用核对记账、病人回访等具体事务；设总务班 1 名，负责无菌物品管理、晨间配液、质控病历书写及办理出科病历；设责任护士 4~5 名，包括 2 名责任组长及 2~3 名责任护士，负责对分管患者实施责任制整体护理，护士长每日晨根据病人数量及病情具体情况调整责任护士分管患者数量；根据科室护士休假情况设行政班 1 名，负责协助护士长进行管理；每日设预案班 2 名，其中预白班从 8:00~17:00，安排予长白班休息人员，由蓝色字体表示，预夜班从 17:00~次日 8:00，安排予夜班人员上下夜班的前一日，由绿色字体表示；设二线班 1 名，此班次安排予护士长或助理，备注于班次之后。

2.2 排班本上附着科室人力资源调配方案：一、适用范围：①重大意外事故，如地震、交通事故等群体性突发事件；②科室床位使用率超过 130%；③夜班 2 小时内收治病人 5 人以上；④危重病人转上级医院；⑤管床护士管理危重病人超过 3 人；⑥夜班发生同时两个病人抢救。二、应急处置原则：①一旦上述紧急情况发生，在岗护士应尽早通知护士长；②护士长接到报告，迅速采取措施，合理调配人员；③护士长按“服从指挥、统一领导、各司其职、密切配合、快速反应、高效处置”的指导思想进行工作；④护士接到通知后 30 分钟内赶



到所需岗位；⑤预案班服从科室安排，不得以任何理由推诿、拒绝；⑥科室护士必须 24 小时保持电话畅通，预案班及二线班离开县城要向护士长请假，护士长确定人员代替后方可离开。

2.3 要求护理人员熟记紧急情况人员调配方案，并能在实际工作所需时及时采用。当发生紧急情况需要人力资源时，立即启动预案，进行科室人员调配，从而保证科室住院高峰、危重患者抢救、突发公共事件等紧急时段的护理人力需求。排班本另设有专页予护士留言关于有事换休事宜。

3 实施后的效果

3.1 缓解了护理人员的不足

通过弹性排班，使护理人力资源得到了充分补充，满足了病区护士不足时工作的开展。

3.2 改善了护理工作高峰时的工作强度，缓解了护士工作压力，提高了工作质量，从而提高了患者满意度。

3.3 有效杜绝了差错的发生。弹性排班后，在护理工作量大时间段，增加了护理人员，缓解了忙乱的局面，同时也杜绝了因交班频繁导致的安全隐患。

3.4 提高了护士满意度。此弹性排班方法经科室多次讨论修改方案确定后执行，且在未增加护理人员的基

础上保质保量完成了护理工作，保证了护士绩效，也保证了休息，因而护士满意度提高。

4 讨论

人力资源的利用是科学管理的重要因素，护士缺编、工作强度大，而病人存在着一定的不确定因素，在科室排班人员不足的情况下，尽量节省人力资源，是解决眼前困难的途径，实行弹性排班，合理调配人力资源，改善了护理人员相对不足的现状，更好地为病人提供优质的服务。病人最需要的护理内容为护士的工作内容，病人最需要的护理时间为护士的工作时间。

【参考文献】

[1] 金娟. 全员护士弹性排班, 合理调配人力资源. 北京: 中华现代护理学杂志, 2013,12: 109-110

[2] 吴渭红. 对护理人力资源的几点思考. 解放军医院管理杂志, 1996,1:13

浅谈新生儿黄疸的护理

■ 儿科 / 刘晓莉

最近我有个朋友因为宝宝黄疸而感到很困扰，通过和她的交谈，让我觉得有必要向初为父母的朋友们普及下新生儿黄疸的基本知识和护理，便于宝宝的父母尽早发现异常，尽早进行治疗干预，同时也让他们减轻对新生儿黄疸这种疾病的恐惧感。

首先，我们来说下新生儿黄疸的基本知识。

新生儿黄疸分为生理性和病理性两种。

1、生理性新生儿黄疸症状表现为：

新生儿在出生后第 2 ~ 3 天出现皮肤、白眼球和口腔黏膜发黄，有轻有重。一般在脸部和前胸较明显，但手心和脚心不黄。第 4 ~ 6 天最明显，足月儿在出生后 10 ~ 14 天消退，早产儿可持续到第 4 周。在此期间，小儿一般情况良好，无其他不适表现。

新生儿出现生理性黄疸是一种正常现象，但家长也要注意密切观察。一般来说，生理性黄疸比较轻，血中胆红素浓度较低，不会影响小儿智力。

2、病理性黄疸症状表现为：

黄疸出现得较早，可能发生在生后 24 小时以内，或持久不退，或消退后又出现黄疸，或黄疸进行性加重。

病理性新生儿黄疸还会引起其他疾病的表现，比如核黄疸。发生时，小儿黄疸明显加重，开始表现为嗜睡，吸奶无力或呛奶，肌张力减退。如治疗不及时随后可出现呻吟、尖叫、抽搐、呼吸衰竭等严重症状。部分患儿死于呼吸衰竭，存活的患儿常有智力障碍、脑性瘫痪等后遗症。

其次，我们说下其治疗及护理：

1、生理性黄疸我们一般不做处理。

2、病理性黄疸胆红素未达到进行蓝光治疗时，我



们可以采取以下措施：

(1) 晒太阳，每天早上十点左右，阳光不是很厉害的时候给孩子晒太阳，要尽量多地晒到孩子的皮肤，但是不要晒到眼睛。

(2) 遵医嘱口服茵栀黄和双歧杆菌，服药期间每日都要到医院来监测经皮胆红素值，同时家长要在家观察宝宝的大便情况，如果出现是墨绿色或者更深的颜色，那么说明胆红素经过大便在排出。

(3) 如果以上处理后黄疸值还有增无减，那么要及时到医院就诊。

3、病理性黄疸胆红素达到进行蓝光治疗时，家长最好是听取医生的意见进行蓝光治疗，避免发生胆红素脑病。

通过以上的介绍，希望能给初为父母的你有所帮助。

老年患者股骨颈骨折皮牵引术的护理

■ 外三科 / 康琳

随着社会老龄化,老年人骨质疏松、跌倒意外致伤髋部而致股骨颈骨折,使患者失去自理能力,加重了家庭的经济负担,也给老年患者带来了心理负担。骨折、脱臼,保守治疗最好的办法就是皮牵引,皮牵引就是使用胶布或皮套等包裹患侧肢体进行牵引,维持骨折的复位与固定,牵拉关节和骨骼,使骨折复位,达到缓解疼痛,矫正畸形。但皮牵引的护理很麻烦,不慎就会因并发症而给病人带来莫大的痛苦,因此做好皮牵引及患者的心理护理很重要。

一、皮牵引方法

用2张棉垫包裹患肢大腿及小腿,包裹时棉垫的起点从腿的上部开始,先将边缘反折向上,以防牵引套边缘棱角对皮肤的压迫,再粘皮牵引套时,牵引套的松紧度以患者舒适但不下滑为宜,以足背动脉波动为准,粘贴牵引套时应从远心端向近心端粘,以防过紧造成患肢血液回流受阻,导致肿胀不适,粘贴后露出牵引套的棉垫反折,也利于观察患肢皮肤。

二、护理

1、心理护理

由于意外伤害,使患者在短时间内失去了自理能力,一时不能接受,甚至生活不能自理,股骨颈骨折后,卧床时间长,并发症多,由于担心骨折愈合不好,产

生恐惧心理,以及身体的疼痛,因此患者情绪不稳定,医务人员要热心对待患者,倾听患者的担忧,了解患者的思想负担,根据患者病程不同、疾病恢复情况不同,给予科学的、激励性的宣教指导,让患者树立康复信心,积极配合治疗。

2、疼痛的护理

患者由于骨折疼痛不能忍受时,可以遵医嘱给予止痛药,对于可以耐受的,可以转移患者的注意力,如按摩、看电视、聊天等,为患者翻身时,应行轴式翻身,减轻疼痛。如有感觉或运动异常,应仔细检查、观察、询问、评估后,报告医生给予处理。

3、牵引护理

(1)保持牵引力与反牵引力平衡,床尾应抬高15-30°。

(2)维持有效持续牵引,患肢外展,牵引绳要与患肢在同一条直线上,防止患肢抵住床尾,或牵引绳的接头卡住滑轮,不能随意放松或增减牵引的重量,牵引物应保持悬空,如坠落或是靠在地上,应及时调整,牵引绳上避免压被服、重物,可以用毛巾包裹进行保暖。

(3)为患者翻身时,应轴式翻身,应一人牵拉患肢,发出口令,叫“1、2、3翻”。

(4)皮牵引患者应纳入床头交接班,观察皮肤是



否完好,每日打开牵引套2-4次,按摩擦洗受压部位。

(5)患肢外展30度,指导穿丁字鞋,防止足外翻、足下垂。

4、并发症预防护理

(1)压疮:由于长期卧床、疼痛、牵引,使患者处于强迫体位,局部皮肤持续受压,患者不愿翻身,护理不当可引起压疮,各班坚持每2h翻身拍背1次,保持床铺清洁、干燥、平整,每日温水擦浴2次,保持皮肤清洁、干燥。

(2)泌尿系统结石:长期卧床,应鼓励患者多喝水,督促每天饮水2000ml以上,保证每天尿量在1000ml以上,防止泌尿系统结石的形成。

(3)肺部感染:老年人因机体抵抗力差,长期卧床,容易发生坠积性肺炎,应鼓励患者深呼吸、有效咳嗽、咳痰,给予超声雾化吸入,每日2次;q2h翻身拍背,使痰液易于咳出。如年老体弱的患者,使用排痰机辅助

排痰BID/日,注意保暖,避免感冒。

5、功能锻炼及康复指导:患者患肢功能锻炼应以主动锻炼为主,以病人能耐受为宜,根据病情制定合理的功能锻炼计划,运动量逐渐增加,循序渐进。

(1)行皮牵引后即指导患者行股四头肌等长舒缩锻炼:患肢做股四头肌静力性收缩,每次保持5秒,20次/组,2-3组/日;踝关节的背屈活动,主动最大限度屈伸关节及抗阻训练,每个动作保持5秒,重复20次/组,每日3-2组,防止肌肉萎缩、关节僵硬、静脉血栓的形成;抗阻力训练,可进行抗阻力外展等长肌肉训练,每个动作保持5秒,重复20次/组,2-3组/日。

(2)避免侧卧,防骨折移位或加重骨折,一般2个月后可逐渐坐起。

(3)在3个月后可逐渐拄拐下地,患肢防内收、内旋、坐矮凳子。

微量元素铁与血红蛋白联合检测在缺铁性贫血中的应用

■ 检验科 / 李洁平

铁元素属于人体内含量最为丰富的一种微量性元素，其主要的成分组成为血红蛋白，实际参与人体红细胞的生成过程。缺铁性贫血指铁元素代谢出现障碍的贫血性疾病，严重危害人体的生命安全。因此，如何在早期诊断中发现病症并及时进行治疗是缓解缺血性贫血疾病危害的重要措施。笔者分析微量元素铁和血红蛋白联合检测在临床缺铁性贫血中的应用，详细报道如下所示：

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 2013 年 3 月至 2014 年 3 月间收治的 400 例可疑的缺血性贫血患者为主要研究对象，所有患者经过检查发现 MCV 降低，且 RDW-CV 明显增高。其中，男性患者有 240 例，女性患者有 160 例，年龄区间为 20-70 岁，平均年龄为 30.3 ± 9.7 岁。对患者进行铁元素检测，分析微量元素铁与血红蛋白联合性检测在缺血性贫血中的实际应用效果。

1.2 检查方法

本院在进行铁元素检测过程中使用专业 BH5100 型五通道原子吸收性光谱仪器，其中试剂为原装性配套稀释液以及全血质控品等。患者 Hb 的检测使用日本产 XE-2100 型全自动血细胞分析仪器，其中，试剂是日本企业生产的原装性配套试剂。

首先，对所有患者进行血常规检查，运用日本产

XE-2100 型全自动血细胞分析仪器，并选择 MCV 明显降低且 RDW-CV 数值明显增高的患者作为采集对象，采集 $40 \mu\text{l}$ 全血，并放置于离心管中，该离心管中有 1.2ml 专用型稀释液体，盖紧离心管外盖并实现充分均匀。之后，使用 BH5100 型专用五元素分析仪器对患者的铁元素含量进行专业检测。

1.3 观察指标

对所有患者的检测结果进行观察和分析。

患者的贫血指标使用 Hb 进行表示，其中，极重度贫血 $<30\text{g/L}$ ，重度贫血为 $30-60\text{g/L}$ ，中度贫血为 $60-90\text{g/L}$ ，轻度贫血为 $90-120\text{g/L}$ 。

1.4 数据处理

检测过程中产生的所有数据使用 SPSS16.0 软件进行统计学分析，计数资料以率 (%) 表示。

2. 结果

400 例血常规的检测结果显示，患者中平均红细胞体积小于正常值，且患者的红细胞分布的宽度变异系数值呈现明显增高的趋势。以下表 1 为 400 例患者铁元素的检测结果，其中有 320 例 (80%) 铁元素 $<7.5\text{mmol/L}$ ，60 例 (15%) 患者铁元素为 $7.5-11.8\text{mmol/L}$ ，20 例 (5%) 患者铁元素为 $>11.8\text{mmol/L}$ 。因此，在 400 例患者中，有大部分患者 (80%) 出现铁元素降低的情况，属于典型的缺铁性贫血症状。



表 1 400 例患者铁元素检查结果

| 项目 | $<7.5\text{mmol/L}$ | $7.5-11.8\text{mmol/L}$ | $>11.8\text{mmol/L}$ |
|--------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| 例数 (n) | 320 | 60 | 20 |
| 比例 (%) | 80% | 15% | 5% |

3. 讨论

缺铁性贫血指人体铁代谢出现障碍，导致贫血情况出现。根据患者的临床表现情况以及病理特点，缺铁性贫血可以分为三个主要阶段，分别为缺铁期、缺铁性红细胞生成期以及缺铁性贫血期。患者如果出现血红蛋白合成性障碍，那么缺铁性贫血等可以主要表现为小细胞性低色素性贫血症状，缺铁性贫血患者的红细胞形态大小相对不一。据相关调查发现，超过一半以上的缺铁性贫血患者 RDW 值均明显增高。因此，一般认为，如果患者自身血常规检查结果为小细胞低色素性贫血，且 RDW 值显示正常，那么这类患者患有缺铁性贫血可能性较低。

在全世界范围内的疾病种类中，缺铁性贫血最为常见。患者实际出现贫血的前一个阶段为缺铁，且在婴儿和育龄妇女中较为常见。在一些发展中国家，超过一半

以上数量的儿童和育龄妇女出现缺铁现象，而在发达国家中，儿童和育龄妇女出现缺铁的人数相对较少。有关调查显示，正常人体每天需要从食物中摄入 $1-1.5\text{mg}$ 铁元素，才可能维持人体内铁代谢呈现平衡状态。孕妇或处在哺乳期的妇女体内铁元素需要量是 $2-4\text{mg}$ 。日常生活中大多数食物都含有丰富的铁元素，其主要以动物的肝、肉以及木耳等为主，含有大量铁元素。一般情况下，如果人体出现铁元素摄入量不足或需求增加等情况，可能导致铁缺失。

人体出现铁缺失的原因有很多，其中慢性失血和铁元素摄入量不足占据主要地位。如果食物当中的铁元素含量出现不足或人体吸收不良的情况，那么人体不能摄取足够的铁元素，可能造成缺铁情况出现。因此，如何合理搭配食物是关系到人体铁元素摄取量的重要因素。除此之外，慢性失血也是导致缺铁性贫血的重要因素之一，一般出现在消化道慢性失血患者以及经期量过多的妇女中间。

本研究结果表明：在 400 例检测患者中，有 320 例 (80%) 患者铁元素明显降低，表示其属于缺血性贫血患者，结合患者血红蛋白检测结果有助于判断缺血性贫血患者病情严重程度。因此微量元素铁和血红蛋白联合检测在缺血性贫血的诊断和治疗过程有积极的推广意义。

超声造影检查在胃疾病中的应用价值

■ 超声医学科 / 张婧 刘兴蓉

【摘要】目的 总结超声造影检查在胃疾病中的应用价值。**方法** 选取2015年6月1日-2015年12月15日在我院住院和门诊胃超声检查的患者38例,均口服有回声型超声造影剂充盈胃腔后,行食管下段、贲门、胃、十二指肠超声检查。**结果** 超声检查慢性浅表性胃炎16例,胃癌2例,胃溃疡5例,慢性糜烂型胃炎1例;与胃镜检查符合率81.57%(31/38)。**结论** 超声造影检查对胃部病变有很好的诊断价值。

许多年来,由于气体等因素干扰,胃肠超声检查的临床应用一直受到很大限制。学者们采用了多种方法试图消除或减少胃肠道气体造成的伪像。水是最简单、易行、常用的口服胃肠超声造影剂。但是,水在胃内排空快,有后方回声增强等伪像,因此作为超声造影剂存在缺点和局限性。近年来随着速溶超声造影剂的开发和广泛应用,使得超声造影技术在胃部疾病的诊断中越来越扮演了举足轻重的作用。总结我科2015年下半年的38例患者超声检查资料,结论如下:

1. 资料与方法

1.1 样本选择 选取我科2015年下半年度行胃部超声造影检查及胃镜检查的患者38例。其中男性17例,女性21例(包括一名12岁女性儿童),除此名12岁女童外,其他病例年龄在25岁之间。

1.2 仪器及方法

仪器 飞利浦HD11彩超诊断仪,选取探头频率3.5-5MHZ。

方法 受检者前一日晚餐进流食,其后禁食,查前4小时内禁水。注意将胃肠超声检查安排在X线钡剂造影之前,以避免钡剂对超声检查的影响。已行钡剂造影者,则应待钡剂完全排出后再行超声造影检查。采用体表直接检查,检查前5分钟饮用500毫升超声速溶造影剂,采取平卧位、右侧卧位,平坐位3种体位分别进行观察。依次扫查a:食道下段及贲门切面;b:胃底切面;c:胃体切面;d:胃窦切面;e:胃冠状斜切面。扫查时按胃的各部顺序连续扫查,方法不固定,结合呼吸和体位改变,以免产生遗漏。将胃贲门、胃小弯、胃角、胃幽门管和十二指肠球部作为重点观察内容。

2. 结果



超声检查慢性浅表性胃炎16例,胃癌2例,胃溃疡5例,慢性糜烂型胃炎1例。

口服胃肠造影剂以后,胃正常结构显像:整体轮廓显示较清楚,胃壁结构呈3强2低的5层回声,自内向外依次呈现为强-低-强-低-强回声,依次对应黏膜层、黏膜肌层、黏膜下层、肌层和浆膜层。实时动态可观察到胃蠕动波形呈对称性、节律性,始于胃体向幽门方向运动。胃周围组织均能清晰显示。出现的胃部疾病他们的声像图表现如下:

2.1 胃癌声像图特征:早期胃癌表现胃壁局部增厚大于1.0mm,黏膜下层中断,肿物呈低回声,表面呈毛刺状。进展期胃癌表现为病灶区域胃壁呈非均匀性、不规则增厚;病变呈假肾样或靶环样的低回声团块,可见不同程度的胃腔狭窄,胃蠕动迟缓或者消失。

2.2 胃炎声像图特征:表现为胃壁不增厚,胃壁各层次显示清晰,黏膜变薄、黏膜浅层回声减弱、黏膜下层强回声带增粗毛糙,肌层及浆膜层正常。

2.3 胃溃疡声像图特征:黏膜层及以下层次的凹陷型缺损、中断、缺损基底或附近的胃壁增厚、呈低回声

改变,典型者呈火山口征。

超声造影效果图像质量观察:显像满意者能清晰显示胃底、大、小弯、胃窦;胃界面和液性暗区清晰、无气体干扰;胃壁层次清晰。显像不满意者仅能看见胃窦和胃体的轮廓、胃壁层次无法辨认,胃腔内有大量气体。

3. 讨论

应用胃肠速溶造影剂,造影剂在胃内形成均匀的点状中等回声,有效地排除气体和腔内的粘液干扰,使胃腔产生最佳的超声界面,提高病灶分辨率和检出率,可清晰显示胃壁结构,胃壁增厚的程度和范围;能显示溃疡、肿瘤的部位、大小、深度,显示溃疡、肿瘤周围组织的情况。有效表达肿瘤的生长方式、周围临界、胃周淋巴结有无肿大及浸润。

胃肠超声造影检查简单无创,可重复性好,准确性相对较高,人们易于接受,和X线钡餐检查、胃镜检查共同成为检查胃部疾病的客观方法之一,是传统胃肠检查的良好补充,还可以及时提供无症状病人信息,适用于健康体检、大规模普查。补充胃镜检查不能观察病变浸润范围、胃肠黏膜下病变及周围情况的不足,可为疾病提供丰富的信息,将与胃镜、X线钡餐造影共同承担胃肠疾病的主要诊断任务。



妊娠晚期 超声诊断前置胎盘 1 例体会

■ 石棉县中医医院功能科 / 任俊艳 杨嘉明

孕妇, 38 岁。G4P2, 妊娠 8 月余, 因阴道出血, 来我院做急诊检查。孕妇无明显诱因突发无痛性阴道出血, 一般情况良好, 体形肥胖, 采用彩超诊断仪为 GE LOGIQ P5, 探头频率 3.5MHz (凸阵探头) 检查。检查过程中, 因孕妇皮下脂肪较厚、膀胱不充盈及妊娠晚期胎头位置较低, 使后方胎盘无法显示, 在腹部用手向上轻推胎头, 仍不能清楚显示胎盘下缘与子宫颈内口的位置关系, 考虑阴道超声检查, 可能会造成出血加重或引

起感染, 故选择经会阴检查, 并获得满意声像图。超声描述: 双顶径 8.4cm, 左枕前位, 胎心规律 156 次/分, 股骨长径 6.5cm, 羊水指数 12.1 cm, 胎盘位于子宫后壁, 下缘达子宫颈内口。超声诊断: 1. 晚孕 头位 宫内单活胎; 2. 边缘性前置胎盘。

讨论

妊娠时胎盘正常附着于子宫体部的后壁、前壁或侧壁。孕 28 周后胎盘附着于子宫下段, 其下缘甚至达到

或覆盖宫颈内口, 其位置低于胎先露部, 称为前置胎盘。前置胎盘可致晚期妊娠大量出血而危及母子生命, 是妊娠期的严重并发症之一。分娩时前置胎盘的发生率国内报道为 0.24%~1.57%, 国外报道为 0.3%~0.9%[1]。明确诊断并准确分型是临床处理的关键。目前, 超声检查是诊断前置胎盘的首选方法, 具有准确率高、费用低、无创、可重复性、安全方便等优点 [2]。

前置胎盘的分类

1、低置胎盘, 胎盘下缘距宫颈内口 $< 2\text{cm}$, 但是未覆盖宫颈内口任何部位。2、边缘型前置胎盘, 胎盘下缘附着于子宫下段, 甚至达宫颈内口, 但未完全超越宫颈内口。3、部分型前置胎盘, 宫颈内口的一部分被胎盘组织覆盖。4、中央型前置胎盘, 胎盘完全覆盖宫颈内口 [3]。

超声诊断注意事项及技巧

1、在膀胱过度充盈的情况下, 子宫下段受膀胱压迫, 前后壁贴近, 造成宫颈内口上移假象, 出现前置胎盘的假阳性。应在排尿后适度充盈膀胱的状态下再检查可减少这种假阳性的发生。2、侧壁胎盘易产生前置胎盘的假阳性, 如子宫旁矢状切面, 易将侧壁胎盘误诊为中央性前置胎盘, 此时采取经过宫颈内口的正中矢状切面可避免此假阳性诊断。3、子宫下段局限性收缩使该处肌壁明显增厚和向羊膜腔突出, 易产生宫颈内口上移假象, 或将收缩肌壁误认为胎盘实质回声, 从而产生前置胎盘的假阳性诊断。应注意观察该回声是否与胎盘下缘实质回声相延续, 并将其与胎盘实质回声进行仔细比较, 或间隔半小时待子宫收缩消失后再次确认。4、胎盘附着于子宫后壁, 因胎先露部遮住胎盘回声, 经腹部超声不能充分显示, 易发生漏诊。此时应将孕妇臀部垫高, 在腹部用手向上轻推胎先露, 使后壁胎盘在羊水的衬托下显示清楚, 或采取经会阴或经阴道超声扫查以免漏诊 [4]。

总之前置胎盘的正确诊断要求了解宫颈内口与胎盘的关系, 有必要在膀胱适度充盈的状态下进行, 或采取经会阴及经阴道仔细扫查, 来确诊前置胎盘。

【参考文献】

- [1] 丰有吉、沈铿主编. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 84.
- [2] 于利利、张璇、王泽华等. 经腹超声对晚期妊娠前置胎盘的诊断和鉴别诊断 [J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(30): 4333-4334.
- [3] 李胜利主编. 胎儿畸形产前超声诊断学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012.10: 534.
- [4] 李胜利, 主编. 胎儿畸形产前超声诊断学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012.10: 536

多发性骨髓瘤患者 ABO 正反定型不一致的分析及处理

■ 石棉县中医院检验科 / 黄睿

【摘要】目的 为了正确鉴定多发性骨髓瘤患者 ABO 血型，以保障安全有效用血。**方法** ABO 正定型用玻片法和微柱凝胶血型卡式法，反定型用微柱凝胶血型卡式法与试管法。**结果** 一例 ABO 正定型为 AB 型，反定型为 B 型。由于该患者血型正反定型不吻合，笔者将患者红细胞用生理盐水进行多次洗涤后再定血型，正反定型为 B 型，并且与 B 型红悬进行交叉配血相容。**结论** 多发性骨髓瘤患者外周血变异是影响血型正确鉴定的因素，在交叉配血前必须用多种血型鉴定试验，进行综合分析，取得正确的结果，保证输血安全无误，保障患者生命。

【关键词】 肿瘤 ABO 正反定型

引言 多发性骨髓瘤 (MM) 又称浆细胞骨髓瘤，是一种浆细胞恶性克隆增生性疾病，具有分泌大量单克隆免疫球蛋白，影响红细胞表面电荷，从而使红细胞产生假性凝集，影响 ABO 血型的正确鉴定，以致给交叉配血带来困难，正确分析及处理，以保输血安全。

1、临床资料

患者 xxx, 女, 59 岁, 无明显诱因出现头晕、全身无力。诊断为贫血, 后转华西医院进行骨髓穿刺等诊断为多发性骨髓瘤, 服药因反应大, 自行停用, 此后症状反复发作, 伴鼻等。2015 年 8 月 8 日来我院检 RBC1.76*10¹²/

L, HB46.2g/L, HCT15.42%, TP128.30g/L, ALB23.5g/L, A/G0.22, 主管医师申请临床输血。

2、实验室检查

2.1 材料与方

2.1.1 血液标本来源当天静脉抽取患者血液 2ml 于 EDTA 抗凝真空采血管中, 立即混匀, 由采血护士送血库。

2.1.2 仪器 FYQ 型免疫微柱孵育器与 TD-3A 型血清学离心机, 长春研科仪器厂。

2.1.3 试剂 抗 A 抗 B 血型定型试剂 (单克隆抗体), 由北京金豪制药股份有限公司生产; ABO 反定型人红细胞, 上海生物科技有限责任公司生产; 抗人球蛋白检测卡, 长春博迅生物责任有限公司生产; Antid 试剂: BMB1101C, 不规则抗体检测试剂 (人红细胞), 由长春博德生物责任有限公司提供, 所用试剂均在有效期内使用。

3、方法

ABO 血型正定型用玻片和微柱凝胶血型卡式法, 反定型用试管法和微柱凝胶血型卡式法。

4、操作

按试剂盒提供的标准操作规程进行操作

5、结果

该患者血型正反定型 2 次, 鉴定结果 ABO 正定型

为 AB 型, 反定型为 B 型。血型正反定型不吻合, 所以将患者红细胞用生理盐水进行多次洗涤后再定血型, 结果正反定型为 B 型, 并且与 B 型红悬进行交叉配血相容。

6、讨论

恶性肿瘤患者在病程的不同阶段, 特别是终末期, 常出现贫血, 临床往往要为患者输血, 该患者由于全身无力、鼻出血, 贫血面容, 入院检测结果 RBC1.76*10¹²/L, HB46.2g/L, HCT15.42%, 主管医师申请临床输血, 并抽取新鲜血液送实验室。工作人员按照操作流程首先进行 ABO 血型正反定型, 观察发现正定型为 AB 型, 反定型为 B 型, 再次鉴定, 结果相同。笔者分析认为本次实验不存在试剂和操作问题, 且该患者为多发性骨髓瘤, 是一种克隆浆细胞恶性疾病, 其特征主要克隆浆细胞恶性增生分泌大量克隆免疫球蛋白, 血清蛋白浓度和比例异常 (TP128.30g/L, ALB23.5g/L, G104.80g/L, A/G0.22)。由于球蛋白含量增高, 减弱了 RBC 间的相互排斥 [1], 导致红细胞发生非特异性聚集, 出现假凝集现象, 干扰血型鉴定。仔细观察这种凝集在做正定型时还没有加入抗 -A、抗 -B 血清时 A、B 端就是凝集的, 滴加抗血清后, 两端仍然凝集, 易误判为 AB 型, 但在做反定型时你会发现正反定型不符合, 所以将患者红细胞用生理盐水进行多次洗涤后再定血型, 结果正反定型

为 B 型, 并且与 B 型红悬进行交叉配血相容, 输注 2 单位红细胞悬液后, 无任何不良反应。因此笔者认为: 血库必须按照临床输血技术规范第 15 条, 复查受血者和供血者 ABO 血型 (正、反定型), 并常规检查患者 Rh (D) 血型 (急诊抢救患者紧急输血时 Rh (D) 检查可除外), 正确无误时可进行交叉配血。严格进行正反血型鉴定, 及时发现问题, 综合分析, 做出正确的血型判断, 正确的血型鉴定是交叉配血的前提条件, 以保障交叉配血准确无误, 挽救患者生命。

据报道多发性骨髓瘤病发生率约为 1/10 万, 约占恶性肿瘤的 1% [2], 但在工作中难免不会不遇, 安全用血的前提是正确无误的血型鉴定, 对于这些患者的血型鉴定一定要多加小心, 仔细观察, 严加防范, 加强《医疗机构临床用血管理》及输血技术的学习。

【参考文献】

[1] 熊立凡、刘成玉. 红细胞形态检查. 临床检验基础. 人民卫生出版社. 2007.08 [4]: 30

[2] 梁慧芬、罗放. 多发性骨髓瘤治疗进展 [j]. 现代诊断与治疗; 2007 年 05 期。



小儿安全退热药比较： 布洛芬和对乙酰氨基酚

■ 药剂科 / 刘学森

小儿用药安全是临床用药中最值得关注的问题，发热是儿童感染的常见症状，儿童退热药的安全有效使用一直是儿科专家关注的热点。2016版更新的《中国0-5岁儿童病因不明急性发热诊断和处理若干问题循证指南》，再次对儿童退热药物做了详细的叙述。布洛芬和对乙酰氨基酚是儿童退热循证证据最多的药物，现将两种的区别总结如下。

一、布洛芬和对乙酰氨基酚属于同一种类型的退热药吗？

布洛芬（Ibuprofen）和萘普生一样属于芳基丙酸类解热镇痛药，有明显的抗炎、解热、镇痛作用，强度与阿司匹林相当，对血小板功能有一定的抑制作用，可延长出血时间，但在常规治疗剂量使用时，不良反应发生率较低，耐受性与对乙酰氨基酚相似。

对乙酰氨基酚（Acetaminophen、Paracetamol）又称醋氨酚、扑热息痛，Panadol、Tylenol、Fortolin等都是这类药物，为苯胺类解热镇痛药，其解热、镇痛作用强度与阿司匹林类似，但抗炎作用极弱（可能与药物对机体不同酶的敏感性差异有关），对凝血机制无影响。对乙酰氨基酚毒副作用小，较易耐受，是一种比较安全的

退热药，很多复方制剂的感冒药里都有它的存在。

二、布洛芬和对乙酰氨基酚的退热效果有什么不同吗？

布洛芬和对乙酰氨基酚都属于非甾体类解热镇痛药，通过抑制前列腺素的合成从而发挥解热、镇痛的作用，从而起到使发热者退热、缓解疼痛带来的不适感等作用，但对体温正常者是无影响的，不会使其体温降低。两者的退热效果是相似的，但也存在一定的差异性。相对而言，单次剂量的布洛芬退热作用相对较强，降温维持时间相对较长，但对乙酰氨基酚体温下降的速度在口服后半小时比布洛芬更明显。

三、布洛芬和对乙酰氨基酚作为儿童退热药安全吗？

没有一种退热药是绝对安全的，而且都有过敏的可能。但总的来说，布洛芬和对乙酰氨基酚的副作用较轻微，在儿童中应用是较为安全的。儿童对布洛芬和对乙酰氨基酚耐受性都是差不多的，其不良反应的发生也与年龄无关，如果没有禁忌证，布洛芬和对乙酰氨基酚都可作为患儿退热药的首选。

布洛芬和对乙酰氨基酚在临床上应用非常广泛，儿

科医生和家长都应该重视其不良反应，不要随意使用，如确实需使用时，应根据患儿的年龄、体重来综合计算（其中体重是优先考虑的）具体的给药量，应避免用药过量和用药过频。

四、布洛芬和对乙酰氨基酚的副作用有什么不同吗？

1. 布洛芬的副作用

主要为消化道的不良反应（发生率为5%~15%），与食物同服，可减轻其胃肠道刺激。

这些不良反应包括消化不良、胃灼热感、上腹部疼痛、恶心、呕吐、饱腹感等，一般都较轻微。另外，出现胃溃疡和消化道出血者不足1%，出现头痛、嗜睡、眩晕、耳鸣等神经系统不良反应者约1%~3%。其他少见的不良反应有下肢水肿、肾功能不全、皮疹、支气管哮喘、肝功能异常、白细胞减少等。

2. 对乙酰氨基酚的不良反应

主要是反复多次的应用，超剂量所致，同时由于混合了病毒感染的因素，易引起肝炎。

如使用对乙酰氨基酚的常规治疗剂量仅偶见恶心、呕吐、出汗、腹痛等不良反应，少数可发生过敏性皮炎/皮疹、粒细胞缺乏、血小板减少等。但若治疗剂量的反复多次使用，尤其是高剂量长期用药，可引起肝转氨酶增高，但未见肝功能衰竭和死亡的报道；超剂量使用

可导致肝功能明显异常，有造成肝功能衰竭甚至死亡的报道。

五、使用布洛芬和对乙酰氨基酚时有什么需要特别注意的？

布洛芬与阿司匹林有交叉过敏，故对阿司匹林过敏的患儿禁用。有消化性溃疡史、胃肠道出血、心功能不全、肾功能不全、高血压、凝血机制或血小板功能障碍（如血友病）的患儿需谨慎用。脱水或水分补充不够等低血容量的患儿使用布洛芬退热可增加肾功能损害的风险。另外，罹患水痘的患儿使用布洛芬则可增加A组链球菌感染的风险。

对阿司匹林过敏者对对乙酰氨基酚通常不发生过敏，但<5%的阿司匹林过敏的患儿服用对乙酰氨基酚后可能会发生轻度支气管痉挛性反应。服用剂量不应超过推荐剂量，否则可能引起头痛、呕吐、倦怠低血压及皮疹等。严重肝肾不全者禁用。肝病或病毒性肝炎、轻至中度肾功能不全者、严重心肺疾病患儿应慎用。如果患儿出现黄疸症状需立即进行肝功能测试。

如果伴有持续的呕吐、腹泻或液体摄入不足，出现明显的脱水者需及时处理，积极纠正水及电解质平衡。如患儿出现囟门下陷、口唇干燥、眼眶下陷、少泪、虚弱等时意味着已经脱水了。若发现患儿具有脱水症状时应注意补液，对于正处于哺乳期的患儿来说，最合适的液体就是母乳。



常用风湿科药物 应该饭前还是饭后服用？

■ 中医科 / 赵霞

众所周知，服药有“空腹”、“饱腹”之分。许多药品说明书上都标明“饭前服用”或“饭后服用”。怎样才算“饭前”，怎样才算“饭后”呢？

“饭前服用”是指此药需要空腹，餐前1小时或餐后2小时服用以利于吸收。如果你在吃饭前刚吃进一大堆零食，那此时的“饭前”就不是“空腹”，也不能算真正的“饭前”。而“饭后服用”是指饱腹餐后30分钟后服药，利用食物减少药物对胃肠的刺激或促进胃肠对药物的吸收。同样，如果你在饭前刚吃进不少零食，也不必教条，非要等到饭后才服药，因为此时你已经是“饱腹”了。空腹服药有助于药物在胃肠道的崩解（溶解）和吸收，也就更好地发挥了药效。另外，也排除了食物中某些物质对药物的影响。要根据药物说明书服用，不是所有药物都是空腹吃药的。

一、激素

例如：甲泼尼龙（美卓乐）、醋酸泼尼松、醋酸泼尼松龙。用法：最好早餐后一次性服用。激素类药物不可随意加减药物，请谨遵医嘱！

二、免疫抑制剂

1. 环孢素（环孢素A、赛斯平、新赛斯平、田可、新山地明）。用法：餐后服用
2. 硫唑嘌呤。用法：餐后服用。
3. 吗替麦考酚酯（赛可平、骁悉）。用法：空腹服用。
4. 甲氨蝶呤。用法：每周固定一天餐后服用，第三日需补充叶酸。
5. 环磷酰胺。用法：餐后服药。
6. 沙利度胺。用法：每晚睡前服用。
7. 雷公藤多苷。用法：餐后服用。
8. 他克莫司。用法：餐前1小时或餐后2-3小时服用。

三、慢性抗风湿药

柳氮磺吡啶、来氟米特（妥抒、爱若华）、硫酸羟氯喹（纷乐、赛能）、白芍总苷（帕夫林）。用法：餐后服用。

四、非甾体抗炎药

双氯芬酸钠、美洛昔康、洛索洛芬、塞来昔布、阿司匹林、吲哚美辛、对乙酰氨基酚（泰诺林）。用法：餐后服用。

五、排尿酸药

苯溴马隆。用法：餐后服用，用后避免刺激饮食。

六、抑制尿酸生成

1. 别嘌醇。用法：餐后服药。
2. 秋水仙碱。用法：餐后服用。

七、其他辅助药物

- A、软骨保护剂：葡立、维固力。用法：饭后服用。
- B、补钙：碳酸钙。用法：饭后服用。
- C、促钙吸收：骨化三醇（罗盖全、盖三淳）。用法：饭后服用。
- D、止痛：草乌甲素。用法：饭后服用，两次服药间隔至少6小时。
- E、生津、增加唾液：溴己新。用法：饭后服用。
- F、治疗肺纤维化：乙酰半胱氨酸（易维适）。用法：饭后服用。
- G、降低肺动脉高压：西地那非（万艾可）。用法：饭后服用
- H、预防、治疗骨质疏松：阿仑膦酸钠（福善美，固邦）。用法：每周需固定一天服用。晨起空腹服药，需用300ml水送服，服药后保持上身直立半个小时。
- I、胃肠道动力药：吗丁啉。用法：餐前30分钟服用。
- J、降糖药：用法：大部分餐前30分钟服用或餐时服用，少部分餐后服用。

应当正确服用“泡腾片”

■ 药剂科 / 刘建平

泡腾片不同于普通的片剂，它在压制的过程中，加入了崩解剂和搅拌剂，这类药片在化解时需要大量的水，同时会产生大量二氧化碳，口感像汽水，增加了患者用药的依从性。另一方面加入崩解剂以后，可以使片剂加速崩解，也可以提高药物的生物利用度。崩解时产生大量的泡沫，增加了药物和病变部位的接触，可以更好地发挥疗效。由于泡腾片剂崩解快、起效迅速、口味较好，特别适合儿童使用，但是必须掌握正确的服用方法，避免发生悲剧。

18月龄患儿吞泡腾片后殒命！

一个18个月左右的小患儿由于感冒发热医生给开了“某泡腾片”。使用时，患儿的母亲把1粒药片直接塞进了患儿的嘴里，又给其喂了点水。过了10多秒钟，患儿的手脚突然抖动起来，紧接着开始剧烈地咳嗽，嘴唇也慢慢变成了青色。摇晃患儿的身体没有反应。闻讯而来的医生用力地拍打患儿的背部，试图催吐，但很多方法都试过，患儿的症状不但没有缓解，心跳和呼吸也变得十分微弱，遂送患儿进抢救室进行手术。切开气管后，医生取出已经化为一滩水的泡腾片残迹。当天下午，患儿因脑部缺氧时间过长，抢救无效死亡。

专家分析

原因一：口中融化，产生大量二氧化碳

泡腾片的特别之处在于含有泡腾崩解剂——通常以有机酸和碳酸钠、碳酸氢钠最常见。当投入温水中时，

泡腾崩解剂发生酸碱反应，产生大量二氧化碳，使得药片在水中迅速地崩解。这是我们所看到的泡腾片在水中迅速翻腾溶解，水面剧烈“沸腾”的原因。若错误地将泡腾片口服，口腔及气道中会产生大量二氧化碳，最终可能导致缺氧窒息。

原因二：诱发急性喉头水肿

泡腾片在口腔中崩解，在大量的药物溶解及酸碱性辅料等物质的强刺激下，气道可强烈地收缩和痉挛，诱发急性喉头水肿。加上18个月大的幼童本身气道较小，身体各项功能较脆弱，可导致急性呼吸困难。这可能是其脑缺氧死亡的主要原因。

原因三：意外窒息，幼儿死亡的可能主要原因

从上述分析可知，事故的根本原因在于：泡腾片不能直接口服，尤其是婴幼儿。但不可忽略，泡腾片直接堵塞气道，也可能是意外事故的原因。这种情况与异物卡喉是一样的。临床上经常遇见一些因花生米、杏仁核、水果冻、玩具零件、硬币等卡喉的患儿。这类窒息是儿童意外身亡的一大诱因。咽喉部位是“气道”和“食道”的交汇处，气道（喉腔、气管、支气管）只供气体通过，若有异物进入，当异物误入气道，很容易在局部发胀而堵住气管，轻则呛咳，重则窒息，导致急性呼吸困难，大脑缺氧，危及生命。家长要把好关，别给小孩吃口香糖、果冻、大颗粒的坚果等，别让孩子在打闹中进食，喂药的时候不要颠簸、晃动哄孩子。

说说那些需要“首剂加倍”的药物

■ 内二科 (摘录)

上周感冒了，家人特别担心，执意让吃药。在多次拒绝未果后，决定吃包感冒冲剂。此时，一个声音幽幽地飘来：

“第一次吃这个药，剂量要加倍……”
 “你怎么知道要加倍？”
 “好得快啊！”
 “你是不是用所有的药物之前都加倍了？”
 “对啊，我之前都这样用。”
 “可并不是所有的药物都能加倍的啊！！！”

这样的情景您可能也遇到过，究竟哪些药物需要首剂加倍？为什么要首剂加倍？今天我们来总结分析一下。

首先我们来明确几个概念。

1、稳态血药浓度

药物在连续恒速给药（如静脉输注）或分次恒量给药的过程中，血药浓度会逐渐增高，经3~5个半衰期可达稳定而有效的血药浓度，此时药物吸收速度与消除速度达到平衡，血药浓度相对稳定在一定水平，这时的血药浓度称为稳态血药浓度（ C_{ss} ）。

2、药物治疗窗

药物治疗窗是指最低有效浓度（MEC）及最低中毒浓度（MTC）之间的合理浓度范围。稳态血药浓度的波动范围要在药物治疗窗范围内，才能确保用药安全。

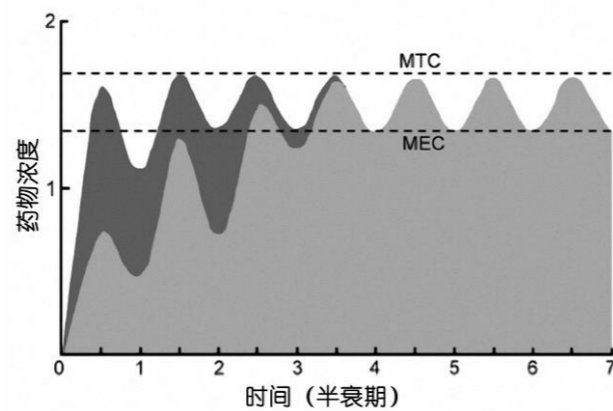
3、负荷剂量与首剂加倍

初始给予负荷剂量为临床用药过程中常用的一种给

药方案，目的是迅速使血药浓度达到稳态浓度，使药物迅速发挥作用。许多药物所需要的负荷剂量为维持剂量的两倍，即我们常说的“首剂加倍”。第一次服药时，用药量加倍，可在一个半衰期内迅速达到 C_{ss} ，可缩短药物达到有效浓度的时间，立即发挥治疗作用。

简单来讲首剂加倍的目的是立即使血药浓度达到稳态浓度而快速起效，如图1所示：

图1 首次剂量加倍与维持剂量给药的时量曲线



4、所有的药物都需要首剂加倍吗？

答案当然是否定的。首剂加倍是基于每种药物的药理学过程，经过大量科学研究证明、探索，结合药效学及药物安全性等诸多因素制定出的负荷剂量给药方案。首剂加倍不是想加就能加的。

5、哪些药物需要首剂加倍？

对那些需要在短时间内达到有效浓度的药物可以采取首剂加倍的给药方式。同时要求药物的治疗窗范围大，不会因为迅速升高的血药浓度引起中毒。一般来说，需要“首剂加倍”的多是抗菌药（但也不是所有的抗菌药都需要“首剂加倍”）。常见的有：

- 磺胺类的抗菌药，如复方新诺明；
- 四环素类，如米诺环素、多西环素；
- 替考拉宁；
- 广谱抗真菌药物，如伏立康唑、氟康唑等；
- 替加环素。

抗菌药物首剂加倍，使药物在血液中的浓度迅速达到有效值，能够更快地起到杀菌抑菌的作用。如果首剂不加倍，抗菌药物不能迅速达到有效浓度，一方面给细菌、真菌等的繁殖留下时间延误疾病治疗，另一方面还容易引起细菌耐药。

以复方新诺明为例，根据药代动力学原理计算，其半衰期为11小时，每天服用2次，首次剂量加倍，11小时后血药浓度就趋于稳定。如果首剂不加倍，则需36小时才能够达到稳态血药浓度。抗感染治疗本身就是一场争分夺秒的战争，首剂加倍争取到的这20多个小时



会使抗感染治疗容易很多。

除了抗菌药物外，口服抗疟药氯喹治疗疟疾时，为迅速控制症状，必须加快血液中药物浓度的上升速度，以便及时抑制红细胞内的疟原虫，需要首剂加倍。地衣芽孢杆菌（整肠生）、双歧杆菌三联活菌（培菲康）用于重症患者时、蒙脱石散剂治疗急性腹泻等等也是需要首剂加倍的。

表1 首剂加倍的常用药物的一般给药方案

| 药物名称 | 首次剂量 | 维持剂量 | 注意事项 |
|--------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 米诺环素 | 200mg | 100mg/次， 1-2次/日 | 日剂量不宜超过400mg |
| 替加环素 | 100mg | 50mg, q12h | |
| 替考拉宁 | 400mg | 200mg, qd | 严重感染400mg, q12h, 连用三次；之后400mg, qd 维持 |
| 万古霉素 | 25~30mg/kg | 15-20mg/kg /次, q8~12h | 重症感染患者适用，一般感染无需负荷剂量 |
| 伏立康唑 (静脉) | 第一个24h, 6mg/kg/次, q12h | 4mg/kg/次, q12h | |
| 伏立康唑 (口服) | 第一个24h, 400mg/次, q12h | 200mg/次, q12h | 体重<40kg, 剂量均减半 |
| 氟康唑 | 400mg | 200mg, qd | 感染部位不同, 剂量略不同 |
| 卡泊芬净 | 70mg | 50mg, qd | |
| 地衣芽孢 杆菌 | 4粒 | 2粒, tid | |
| 双歧杆菌 三联活菌 | 重症时加倍 | 2~4粒, bid | |

6、首剂加倍的药物有哪些问题需要注意？

老年人、儿童及肝肾功能不全的患者，因其自身代谢特点，在使用首剂加倍的药物时需特别注意。

总之，使用药物前需仔细阅读药品说明书，详细了解用法用量，了解相关注意事项，贸然增加用药方案可能会影响临床疗效或带来安全隐患。

糖尿病患者如何合理安全用药?

■ 药剂科 / 肖劲松

糖尿病是现代疾病中的第二杀手，其对人体的危害仅次于癌症，是一种由遗传基因决定的全身慢性代谢性疾病。诊断为糖尿病后不要病急乱投医，尤其是不能盲目服药，因为糖尿病的治疗个体化很强，患者血糖、血脂、肝功等情况不同，日常饮食和生活习惯不同，空腹血糖和餐后血糖不同，治疗的方案也都是不同的，所以叫“同病异治”。糖尿病的治疗，除少数患者为胰岛素依赖型而必须注射胰岛素外，大多数只需在控制饮食的基础上，口服一些降糖药而使病情得到控制。在目前来说，糖尿病是要终生治疗，为保持良好疗效并安全用药，必须合理使用降糖药，须注意以下几点：

一、胰岛素替代治疗

I型糖尿病患者必须用胰岛素长期替代治疗，由于胰岛素在胃中被破坏，故只能注射，应注意掌握正确的注射时间、注射方法和剂量、注射部位。

1、注射部位

应选择皮肤松弛处如上臂、大腿或腹壁的皮下脂肪层，较常见注射部位皮肤萎缩，应经常更换注射部位以防局部组织硬化，影响吸收。身体部位不同，药物吸收速度也不同。由快到慢的次序是：腹壁、前臂外侧、大腿前外侧。注射后 15 ~ 30min 内避免发生低血糖。在使用混合型胰岛素前，应将药物上下颠倒摇晃，使药液充分混匀，然后马上注射。

2、胰岛素的注射时间和方法

1)、速效胰岛素 严格地讲应为短效胰岛素类似物，如优泌乐、诺和锐等。研究表明，速效胰岛素在给药 5 ~ 10min 内即可发挥降糖作用，可持续 3 ~ 5h，故应在餐前 5min 左右注射。这样可使胰岛素吸收高峰与餐后血糖高峰达到同步，从而获得最佳疗效，并减少低血糖的危险。

2)、短效胰岛素 即普通胰岛素，如诺和灵 R、常规优泌林等。研究表明，短效胰岛素一般在用药 0.5h 后达到血药高峰浓度，作用持续 3 ~ 6h，故应在餐前半小时给药。这样可使餐后高血糖的危险度减至最小，低血糖反应发生率减至最低。

3)、中效胰岛素 如诺和灵 N、中效优泌林等。研究表明，中效胰岛素在注射后 2 ~ 4h 起效，作用持续 10h 以上。临床一般采用白天三餐前注射短效胰岛素（或者口服降糖药），配合睡前注射中效胰岛素的治疗方案。之所以选择睡前注射，是因为这样既可有效地控制夜间直至次日的空腹血糖，又可减少夜间低血糖的风险，临床效果较好。对于全天基础胰岛素缺乏的病人，也可在早餐前和睡前分别注射中效胰岛素，然后在白天三餐前注射短效胰岛素（或者口服降糖药）。

4)、长效胰岛素 严格地讲应为长效胰岛素类似物（即甘精胰岛素），如来得时、长秀霖等。长效胰岛素注射后血药浓度平稳，作用时间可维持 24h，每日仅需注射 1 次，便可提供全天基础胰岛素的分泌，而可以固定在一天当中的任何时间注射，十分方便、灵活。通常



还需在三餐前配合使用短效胰岛素（或口服降糖药物）。

3、胰岛素的保管

未开封胰岛素或者胰岛素笔芯应盒装，并应储存于 2 ~ 8 ℃ 冰箱内，可保持活性不变 2 ~ 3 年。如果需要长途携带，可将胰岛素装在专用的盒子里，到达目的地后再放入冷藏箱中。在运输过程中不能剧烈震动，因为胰岛素分子结构中的二硫键会出现断裂，从而破坏其生物活性，导致药效丧失。乘飞机旅行时，胰岛素应随身携带，千万不可随行李托运，因为托运舱与外界相通，温度可降至零度以下，这样会使胰岛素变性。

使用中的胰岛素可以室温保存。温度不超过 30 ℃，可保存 28d，所以开封使用后的胰岛素不必再放入冰箱冷藏，而且反复的剧冷剧热更易造成胰岛素失效。尤其是不能将装上笔芯的胰岛素笔放入冷藏箱，反复放入取出，如果针头未取下，胰岛素药液在热胀冷缩过程中会吸入空气形成气泡，造成注射量不准。因此，每次使用胰岛素笔注射完成后，只需将针头取下，室温保存即可。

二、口服降血糖药

1、注意合理选择药物

口服药物品种较多，主要用于 2 型糖尿病。应根据不同的患者情况及不同的药物特点来选药。如 2 型糖尿病的肥胖患者首选双胍类，伴高血脂者可选用达美康，肾功能不好者可选用糖适平（仅 5% 从肾脏排泄），餐后高血糖用 α -糖苷酶抑制剂。

2、注意用药时间

如达美康、美吡哒、糖适平等，服药时间应选择餐前 30min 服用；双胍类药物：如二甲双胍、降糖灵等对胃肠道有刺激作用，应指导患者餐后服用； α -葡萄糖苷酶抑制剂：常用制剂有拜糖平，应在进第一口食物时咀嚼服用，避免与抗酸药、肠道吸附剂及消化酶同时服用，以免降低其降糖作用。向患者交代药物的作用机制与副作用，定期监测血糖水平，以便调整用药剂量。

3、注意药物相互作用

糖尿病患者并发其他疾病时，联合用药可能有益，但也可能有害。联合用药是治疗糖尿病的最佳选择。联合用药可使每种药的选用剂量减少，当然副作用也减小。

每种药间有互补性，能更好地适应的患者多变的病情。常用的联合疗法，如磺脲类+双胍类或葡糖苷酶抑制剂、双胍+葡糖苷酶抑制剂或胰岛素增敏剂、胰岛素治疗+双胍类或葡糖苷酶抑制剂等。联合用药的一般原则是：2种降糖作用机制不同的药物联合选用，不提倡3类降糖药物联合选用。糖尿病患者有窦性心动过速及高血压时，若将格列本脲（优降糖）与普萘洛尔（心得安）联用，格列本脲的作用强而快，普萘洛尔又能促使胰岛素分泌增加，同时会掩盖低血糖引起的心率增加等征象，故不宜同服。患糖尿病兼支气管炎的患者，若将甲苯磺丁脲（甲糖宁、D860）与磺胺药复方新诺明合用，会使血中降糖药浓度增加，可出现低血糖，故二药应间隔使用。糖尿病患者患血栓性静脉炎时，若将甲苯磺丁脲与双香豆素同服，甲苯磺丁脲可置换后者，使其浓度增大，引起出血；而双香豆素又能抑制甲苯磺丁脲的代谢与排泄，使其半衰期由原来的5h延长到18h，易发生低血糖。格列本脲、氯磺丙脲与双香豆素联用也有类似情况，故不宜合用。糖尿病患者患风湿热时，若将阿司匹林与甲苯磺丁脲、格列本脲、氯磺丙脲等联用，阿司匹林既能置换口服降糖药，使血药浓度增大，又能减慢降糖药的代谢与排泄，再则阿司匹林本身也有降糖作用，以致发生低血糖昏迷，故宜改用茶普生治疗风湿病。庆大霉素、卡那霉素等与苯乙双胍片（降糖灵）合用，可产生大量乳酸，酿成酸中毒，甚至有生命危险，故需改用其他抗菌药物治疗。此外，糖尿病患者应特别注意避免某些制剂中含糖成分，可根据需要选用同类产品中的丸剂、片剂等无糖制剂。

需要强调指出的是，糖尿病患者在用药期间，饮酒极为有害。酗酒会抑制肝内药酶的活性，使胰岛素与口服降糖药引起严重的低血糖，甚至死亡；少量多次饮酒却能促使药酶分泌，使降糖药加速代谢，降低疗效。同时酒精的中间代谢产物如乙醛的氧化受到降糖药的影响，能使血液中乙醛浓度增高，产生毒性反应，如搏动性头痛、恶心呕吐、出汗口渴、心动过速、呼吸急促、血压下降等，甚至休克，因此必须禁酒。

4、外出时随身携带病历卡和食品以备急用

糖尿病患者外出时应随身携带一张卡片，注明所患疾病、住址和联系电话，以便发生低血糖昏迷时的紧急救治及迅速联系家属。此外，糖尿病患者在饮食不足或未进食的状态下剧烈运动，均可发生低血糖症，血糖水平过低。首先受影响的是大脑，为保护大脑，机体利用储备的糖原产生葡萄糖，该过程涉及肾上腺素的释放，

常引起饥饿、焦虑、神经质和颤抖，大脑缺乏葡萄糖引起头痛。因此糖尿病患者应经常随身携带糖果，以备不时之需。

三、降糖药漏服补救

按时、定量用药对糖尿病的治疗是十分必要的。希望每个患者尽量不要漏服药物，一旦漏服，要采取正确的补救措施，把由此带来的损失降至最低。

1、漏服口服降糖药及时补救

如果您偶尔忘记服药，为安全起见，可以选择及时补救。例如本应餐前口服的磺脲类药物，饭吃完了才想起来药还没吃，此时可以抓紧补服。也可临时改服快速起效的降糖药——一诺合龙，以挽回因漏服药物对疾病的影响。但如果已到了快吃下顿饭的时间才想起来，补服或者和下顿饭前的药物一起服用，有可能由于药物作用太强而引起低血糖症。正确的做法是在服药前先查血糖，如果血糖较高，可以临时增加原来的用药剂量，并把服药后进餐的时间适当后延。若餐后血糖仍然比较高，对于年轻患者可以适当增加运动量。 α -糖苷酶抑制剂要求在进餐时与第一口饭嚼碎同服，餐后再吃效果较差。如果饭后才想起没服该药，不一定非得再补服。当然，最好尽量减少忘记服药的情况发生。

2、漏打胰岛素的补救

胰岛素要求在餐前注射，如病人吃完饭了才想起胰岛素还没有打，要具体情况具体对待。对于使用超短效胰岛素（如诺和锐）治疗的病人，可以在餐后即刻注射，对疗效影响不大。对于早、晚餐前注射预混胰岛素如诺和灵30R的患者，如果早餐前忘记打胰岛素了，也可在餐后立即补注，期间要注意监测血糖，必要时中间加餐。如果想起来时已快到中午，应检查午餐前血糖，当超过10mmol/L时，可以在午餐前临时注射一次短效胰岛素，切不可把早晚两次预混胰岛素合并成一次在晚餐前注射。

3、容易忘事的老年患者

老年糖尿病患者由于记忆力减退，容易漏服。轻度到中度血糖升高的患者可以根据病人情况选择长效的口服降糖药，如每天只需要口服一次格列吡嗪、达美康缓释片或者是格列美脲。

总之，糖尿病是一种慢性病，患者很容易根据广告的宣传自行用药。要糖尿病患者按医嘱用药，切莫有病乱投医。医生和药师不仅要对每个患者的疾病状态有正确的了解，而且要对使用药物的疗效和毒副作用了如指掌，仔细地指导病人正确、合理、安全、经济地用药，进行必要的健康教育，才能够使糖尿病患者不相信游医药贩，增加用药的依从性。

围手术期预防使用抗菌药物又有新变化

■ 药剂科 / 程平

2015版《抗菌药物临床应用指导原则》与2004版《抗菌药物临床应用指导原则》和卫办医政发[2009]38号文在围手术期预防应用抗菌药物品种的选用有以下明显变化。

一、个别手术取消了头孢曲松的推荐

2014年中华医学杂志发表中国产超广谱 β -内酰胺酶肠杆菌科细菌感染应对策略专家共识，主张限制三代头孢菌素在围手术期的使用。研究表明对污染手术头孢曲松优于其他头孢菌素，对其他手术则无显著差异。因此应该限定包括头孢曲松在内的三代头孢菌素只用于污染手术的预防用药。2015新版《抗菌药物临床应用指导原则》对以下手术取消了头孢曲松的推荐。

| 手术名称 | | 抗菌药物选择 | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|---|
| 38号文 | 2015版指导原则 | 38号文 | 2015版指导原则 |
| 颅脑手术 | 脑外科手术（清洁-无植入物） 脑外科手术（经鼻窦、鼻腔、口腔部手术） | 第一、二代头孢菌素；头孢曲松 | 第一、二代头孢菌素，MRSA感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素 第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或克林霉素+庆大霉素 |
| 胸外科手术（食管、肺） | | 第一、二代头孢菌素；头孢曲松 | 第一、二代头孢菌素 |
| 应用人工植入物的骨科手术（骨折内固定术、脊柱融合术、关节置换术） | 关节置换成形术、截骨、管内固定术、腔隙植骨术、脊柱术（应用或不用植入物、内固定物） | 第一、二代头孢菌素；头孢曲松 | 第一、二代头孢菌素，MRSA感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素 |
| 妇科手术 | 经阴道或经腹腔镜子宫切除术 腹腔镜子宫肌瘤剔除术（使用举宫器） | 第一、二代头孢菌素或头孢唑吩；涉 及阴道时加用甲硝唑 | 第一、二代头孢菌素（经阴道手术加用甲硝唑），或头霉素类 第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或头霉素类 |

二、个别手术增加了头霉素的推荐

由于耐药菌的增加，在涉及到消化系统和妇科Ⅱ或Ⅲ类切口的手术时，2015版《抗菌药物临床应用指导原则》增加了头霉素作为手术预防感染用药的推荐。

| 手术名称 | | 抗菌药物选择 | |
|---------|--|---|--|
| 38号文 | 2015版指导原则 | 38号文 | 2015版指导原则 |
| 肝胆系统手术 | 肝、胆系统及胰腺手术 | 第二代头孢菌素，有反复感染史可选用头孢曲松或头孢哌酮或头孢哌酮/舒巴坦 | 第一、二代头孢菌素或头孢曲松±甲硝唑，或头霉素类 |
| 胃十二指肠手术 | 胃、十二指肠、小肠手术 | 第一、二代头孢菌素 | 第一、二代头孢菌素，或头霉素类 |
| 结、直肠手术 | 结肠、直肠、阑尾手术 | 第二代头孢菌素或头孢曲松或头孢唑吩；可加用甲硝唑 第二代头孢菌素或头孢唑吩；可加用甲硝唑 | 第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或头霉素类，或头孢曲松±甲硝唑 |
| 妇科手术 | 经阴道或经腹腔镜子宫切除术 腹腔镜子宫肌瘤剔除术（使用举宫器） | 第一、二代头孢菌素或头孢唑吩；涉 及阴道时加用甲硝唑 | 第一、二代头孢菌素（经阴道手术加用甲硝唑），或头霉素类 第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或头霉素类 |

三、取消了剖宫产结扎脐带后给药的推荐

传统观点认为，剖宫产围手术期预防性抗菌药物的应用时机应为断脐后，我国多数医院也实行断脐后预防性应用抗菌药，38号文同样推荐剖宫产在结扎脐带后给予第一代头孢菌素。而2015版《抗菌药物临床应用指

导原则》关于剖宫产预防用药推荐第一、二代头孢菌素 ± 甲硝唑，未见标明为结扎脐带后给药。

近年来，随着国外对剖宫产预防性抗菌药物应用时机进行的深入研究，2011年美国妇产科医师协会（ACOG）发表的《临产和分娩时预防性抗生素使用》给出A级建议：所有剖宫产患者推荐使用预防性抗生素，除非患者已接受足量的抗生素治疗（如绒毛膜羊膜炎），预防性应用应当在剖宫产开始前60分钟内使用。

| 手术名称 | | 抗菌药物选择 | |
|------|-----------|------------------|---------------|
| 38号文 | 2015版指导原则 | 38号文 | 2015版指导原则 |
| 剖宫产 | 羊膜早破或剖宫产术 | 第一代头孢菌素（结扎脐带后给药） | 第一、二代头孢菌素±甲硝唑 |

四、对β-内酰胺类抗菌药物过敏的推荐有所改变

对β-内酰胺类抗菌药物过敏的患者，38号文推荐克林霉素预防葡萄球菌、链球菌感染，氨曲南预防革兰阴性杆菌感染，必要时可联合使用。而2015版《抗菌药物临床应用指导原则》推荐胃十二指肠手术、肝胆系统手术、结肠和直肠手术、阑尾手术、II或III类切口的妇产科手术，可用克林霉素+氨基糖苷类，或氨基糖苷类+甲硝唑。

这与2011年美国妇产科医师协会（ACOG）给出以下B级建议一致：那些有明显青霉素或头孢菌素过敏病史的妇女（过敏反应，血管神经性水肿，呼吸窘迫，或荨麻疹）患者，单剂量的克林霉素与氨基糖苷类联合是剖宫产预防用药替代的合理选择。鉴于庆大霉素具有较强的抗革兰阴性杆菌活性，为青霉素过敏患者使用氨基糖苷类药物的首选。

此外，ABX指南亦推荐青霉素过敏者外科手术预防用药可选用克林霉素+庆大霉素。但笔者对此有疑虑：克林霉素和氨基糖苷类均有神经肌肉阻滞作用，与手术中的麻醉剂合用更易引起神经肌肉阻滞，导致呼吸抑制。青霉素过敏需要联合用药者，选用氨基糖苷类+甲硝唑是否更安全？临床遇到此种情况，建议手术医师加强与麻醉医师沟通，权衡利弊后谨慎选药。

| 过敏 | 38号文 | 2015版指导原则 |
|------------|--|---|
| β-内酰胺类抗菌药物 | 可选用克林霉素预防葡萄球菌、链球菌感染，可选用氨曲南预防革兰阴性杆菌感染。必要时可联合使用。 | 胃十二指肠手术、肝胆系统手术、结肠和直肠手术、阑尾手术、II或III类切口的妇产科手术，可用克林霉素+氨基糖苷类，或氨基糖苷类+甲硝唑 |



眼科、耳鼻喉科

科室系列介绍

科室简介

眼科、耳鼻喉科是石棉县人民医院特色专科，现有副主任医师1名，主治医师1名，住院医师4名，专业验光配镜师1名，护士3名。下设耳鼻喉门诊、眼科门诊。

业务简介

眼科：白内障超声乳化+人工晶体植入术、翼状胬肉切除联合角膜缘干细胞移植术、全视网膜光凝术、眼底荧光血管造影术、YAG激光后囊膜切开术、青光眼小梁切除术、眼睑内翻倒睫矫正术、泪囊鼻腔吻合术、角、结膜裂伤缝合术、倒睫电凝术、霰粒肿切除术、结膜肿物切除术、角膜异物剔除术等。

耳鼻喉科：鼻窦炎手术、鼻中隔矫正、鼻甲肥大、鼻息肉摘除、声带小结及息肉摘除、鼻出血等疾病治疗。



医疗设备

眼科：进口手术显微镜、进口超声乳化仪、数码裂隙灯、非接触眼压计、直接检眼镜、眼底照相机、全自动电脑验光仪、角膜曲率计、角膜内皮细胞计、眼科A/B超、全自动视野计、OCT、眼底激光、后囊膜激光。

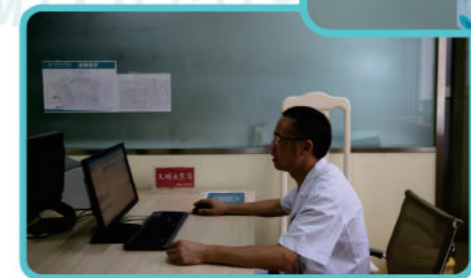
耳鼻喉科：电耳镜、鼻内镜、纯音测听仪、纤维鼻咽喉镜、电子气管支气管镜、微波治疗仪等。

特约专家

我院眼科、耳鼻喉科长期聘请省医院眼科专家在我院指导白内障超声乳化手术。

专家介绍

邹树军 副主任医师，眼科、耳鼻喉科主任兼门诊办主任，是医院的业务技术骨干。1984年毕业于雅安卫校医疗专业，曾先后在雅安市人民医院五官科及泸州医学院附属医院眼科进修学习，并多次参加省内外短训学习；擅长眼底病诊断治疗、白内障、泪道及外眼手术。



五官科咨询  **0835-8860372**



远程诊疗中心

远程诊疗中心已实现与四川省人民医院、华西医院远程诊疗中心的对接,并集**远程会诊、教学、视频会议**功能于一体。此外,通过远程诊疗系统可实现院内多功能厅、学术厅、科室及院外乡镇卫生院多点的在线诊疗。远程诊疗中心的建成,让我院的分级诊疗工作轻松实现,让棉城人民在家门口就能享受到高水平的医疗服务。

