

厦门市医学行为科学学会第十三届学术年会
暨市科协学术年会分会场

论 文 汇 编

厦门市医学行为科学学会

2014年12月

站在新的起点上创新学会工作

厦门市医学行为科学学会会长 熊世勇

值此新的一年即将到来之际,我们携手《厦门医药》向大家献上厦门市医学行为科学学会第十三届学术年会专辑,为各会员单位和广大医疗卫生工作者架起相互沟通、交流经验的学术平台,起到取长补短,相互借鉴,互相促进的作用,同时也为推动我市医学行为科学的发展营造良好的学术氛围。

厦门市医学行为科学学会2014年学术年会专辑的顺利出刊,集中反映了各会员单位和广大会员紧紧围绕医疗卫生系统的中心任务,积极开展行为科学与行为医学的研究应用,突出了推进医疗卫生改革、加强医学人文建设、构建和谐医患关系、普及行为科学与行为医学的工作进展和经验体会,向大家展示了广大会员与医疗卫生工作者的服务理念、工作精神及志趣才情,也同时反映了学会的每一项工作,每一点进步都是大家共同努力的成果和结晶。

厦门市医学行为科学学会创建于上世纪90年代初,1990年4月9日经厦门市委宣传部批准建会,现有团体会员单位27个,拥有中高级职称会员687人,是厦门市医学界唯一跨自然科学与社会科学的学术团体。是厦门市科学技术协会和厦门市社会科学界联合会的团体会员单位,直接由厦门市卫计委主管。第一届会长陈孔平,副会长兼秘书长吴尚义;第二届会长黄清源,副会长兼秘书长韩峭立;第三届会长陈孔平,副会长兼秘书长吕惠栋、陈永光;第四届会长黄清源,副会长兼秘书长曾琪;第五届会长熊世勇,副会长兼秘书长刘世芳。

学会成立以来,着力团结厦门地区医疗卫生系统管理工作与医学科技人员,应用行为科学和行为医学的理论与方法开展临床研究与实践,总结与探索医疗卫生体制改革经验,临床应用成果与方法,积极开展学术交流、课题调研、举办学术论坛、优秀论文评选,先后召开13届学术年会,组织会员撰写学术论文近600篇,出版论文专辑13集,《厦门医药》期刊(专刊)13期。举办学术讲座“鹭江讲坛”近百场,受益群众达上万人次以上,大力普及与推广行为科学与行为医学知识,传递医疗卫生改革经验,对深化医疗卫生体制改革,提高医疗技术水平,促进医疗卫生事业发展起到了积极的推动作用。学术成绩显著:2009年学会被市社科联授予标准化学会;2012年被评为全国社科联先进学会;2005-2006年,2009-2010年,2011-2012年被评为市社科联先进学会;2005-2013年各年度均被授予社科普及宣传周先进集体。

雄关漫道真如铁,而今迈步从头越。学会经过24年的建设和发展,取得了引人注目的成绩,迎来了新的发展机遇。2014年9月20日,学会召开第五届会员代表大会,选举产生了新一届理事会和常务理事会,并确定了学会工作的新目标:以“坚持正确方向,推动学会工作的新发展”、“发挥优势,构建学术繁荣的新平台”、“改善服务,夺取医学人文建设的新成效”等三个方面作为今后五年工作规划重点。把致力于“行为”管理作为今后学术研究方向,并大力支持科研立项;购买政府服务项目,继续拓展“鹭江讲坛”范畴和社科普及工作;争取开展医院管理专业继续教育,展现新一届理事会新年有新举,努力开创学会工作的新局面。

党的十八届三中全会作出了全面深化改革若干重大问题的决定,对推进社会事业发展,进一步改善民生提出了新要求,对医学科学和医疗卫生事业的发展,提出了更高的要求,也创造了更好的条件。在新的形势下,学会要站在新的起点上,一鼓作气,继续开拓进取,希望各会员单位和广大会员携手并进,再创佳绩。衷心感谢市各有关方面、各会员单位与广大医学科技人员,多年来对学会工作的大力支持和鼓励,恭祝大家在新的一年里,心想事成,万事如意!

厦 门 医 药

第 43 卷

第 4 期

2014 年

厦门市医学行为科学学会第十三届学术年会论文目录(2014 年)

· 学会讲坛 ·

中国行为医学科学发展现状与展望 白 波(1)

· 管理行为 ·

厦门市三级医院住院患者对护士关怀行为评价的研究 洪丰颖,王艳红,杨叔禹,等(3)

从 5 年教学绩效考核分配体系的实践 探讨公立医院内部分配制度的改革 饶线明,刘 芳,许舜鹏,等(6)

关于医院官方微博使用情况的几点思考——以厦门市 19 医院微博为例 庄建梅(8)

浅谈血液透析室院感管理现状及对策 陈双如(10)

流程管理在手术室腹腔镜设备管理中的应用 赵 洁,陈质雅(11)

· 医学人文 ·

人文·关爱合作试点病区和普通病区护士人文关怀能力现状的研究 洪丰颖,王艳红,杨叔禹,等(12)

呵护医生的心理 李永忠(15)

从行为医学视角思考医患关系中的人文关怀问题 谢剑灵(16)

充满人文关怀的优质护理服务在心内科的实践与应用 陈丽莉(20)

医患关系中的博弈分析 郑珍珍(21)

提高门诊服务质量 树立“感动服务”理念 康 宁(23)

新形势下医学类高职院校人文素养培育的思考 方秋兰(25)

构建医患和谐关系,建设美丽厦门 王萍萍(27)

浅谈如何建立良好的咨询关系 张美洪,陈志明,许丁木(27)

· 行为医学 ·

健康老龄化 健康身体 靠良好行为管理 影响健康长寿的因素里,遗传仅占 15%,生活方式占了 60% 陈治卿(28)

浅谈行为医学管理在糖尿病防治中的重要性 孙素云(30)

慢性疾病代谢综合征的危害 陈治卿(31)

急性出血性脑卒中患者家属真实体验的质性研究 陈素锦,周亚梅,张 萍,等(32)

术后抬臀运动对肝切除患者胃肠功能恢复的影响 吴旭安(35)

麻醉质量管理再认识 刘永前(36)

浅谈用眼行为习惯对青少年视力的影响 钟雪梅,林丽惠,郑丽梅(39)

早期综合干预对发育临界儿神经心理发育的影响 刘小英,杨梅凤,寇海燕,等(40)

注意缺陷多动障碍不同亚型注意力特征分析 刘文龙,赵 旭,谭剑辉,等(42)

白内障术后回访的实施效果 李维芳(45)

静脉输液应审慎 吴金林,康丽群(47)

· 行为法学 ·

举证倒置对解决护理行为中存在法律问题的影响及对策 赵 洁,陈质雅(49)

医生在临床实践中的法律素质问题思考 林建炜(51)

· 医学心理 ·

难治病伴抑郁症心理疏导 也可呵护生命远航 陈治卿(52)

脊膜膨出患儿主要照顾者的心理分析及护理对策 阮 征(56)

乳腺癌术后患者放疗期间的心理干预护理和情绪管理 林慧娟(57)

重视和疏导“单独”母亲的心理障碍 康丽群(58)

· 教育行为 ·

运用因子分析方法评价综合医院实习教学工作 饶线明,许舜鹏,刘 芳,等(58)

对护生临床技能培训方式方法需求的调查与分析 方青枝,吴丽容(60)

“缔造美丽厦门” 建议厦门每年中高专学校招生科目增设“家政系” 陈治卿(62)

健康教育对高血压患者生活质量的影响 林玲云,陈丽莉,肖 琴(64)

糖尿病患者小组健康教育优化模式的效果观察	满广珍(65)
推动我区中小学急救知识普及教育的探讨	康宁(66)
医专新生 UPI 调查结果分析——以厦门医高专为例	林艳,方秋兰,李琳(68)
· 护理行为 ·	
脑卒中误吸因素及康复护理	杨雅兰(70)
恶性肿瘤患者疼痛评估与护理对策分析	蔡宝华(72)
重型颅脑损伤的早期康复护理	吴晓云(73)
不同口腔护理时间对放射性口腔炎的影响	林智靓,林慧娟(74)
综合护理干预对回肠膀胱术患者胃肠道反应的效果观察	林玉枝,高凌燕(76)
舒适护理在经皮球囊椎体成形手术中的应用	赵洁(77)
舒适护理在膝关节置换术后功能锻炼的应用研究	郑美瑜(78)
舒适护理在尿道下裂一期成形术围手术期中的应用	蒲永洁(80)
痛风患者家庭跟进式护理干预的效果观察	方青枝,卓素联,林俊玲(82)
食管癌放射治疗中护理干预改善生活质量的效果分析	林智靓(83)
剖宫产手术配合过程中的护理风险管理	赵洁,陈质雅(84)
婴幼儿人工耳蜗植入术的围手术期精细化护理	颜少观(86)
· 调查研究 ·	
厦门市近五年血液免疫系统主要罕见病的初步调查	洪朝基(87)
青少年颈椎病患者家庭支持情况的调查研究	徐娟,吴惠凤(90)
城市开展社区心理卫生服务的现状及对策思考——以福建厦门市为例	方秋兰(92)
对我院实施护理垂直管理状况的调查分析	郑春风,满广珍(94)
· 社会透析 ·	
不可不知的吸烟误区 别以为在阳台吸烟,家里人就吸不到“二手烟”	陈治卿(95)
· 临床医学 ·	
冠状动脉介入术后止血方式的临床分析与研究	陈丽莉,肖琴(96)
颈动脉粥样硬化斑块与相关疾病关系的探讨	王细川,许甘爱,林月斌,等(98)
实时荧光定量 PCR 检测胃癌 SOX2 的表达及其临床意义	黄正接,江龙,尤俊,等(99)
第四颈椎横突旁封闭治疗顽固性呃逆 24 例体会	刘永前(102)
手足口病急诊留观患儿转归的相关因素	张丽月,Denise Kudirka,Colleen Curch,等(102)
戳孔局部浸润镇痛在高龄患者完全腹腔镜下胃癌根治术中的临床意义	黄正接,谢永进,尤俊,等(104)
针刺联用度洛西汀治疗类风湿关节炎引起的疼痛 10 例	谢彦颖(107)
· 基因医学 ·	
Peutz-Jeghers 综合征一家系 STK11 基因突变分析	赵小燕,黄一锦,杨炳春,等(108)
· 科普园地 ·	
别再被亚健康忽悠了	陈治卿(109)
胃病也会传染吗	陈治卿(110)
养生先养心,养心一身轻	林国清(110)
这样的孩子静悄悄——话说致死性低钾血症	金宏娟(112)

执行编委:黄亦琦

责任编辑:熊世勇 刘世芳 曾琪

吴尚义 庄媛

厦门医药

XIAMENMEDICAL
JOURNAL

2014年第43卷第4期
2014年12月1日出版

编辑:《厦门医药》编辑部
地址:福建省厦门市会展路2009号
电话:0592-5957218 18359263689
电子信箱:xmyyzz1959@126.com
邮编:361008

主管单位:厦门市卫生和计划生育委员会
主办单位:厦门市医药研究所
印刷:厦门市直属机关印刷厂
电话:5050968 2896387
内部资料 免费赠送
福建省连续性内部资料出版物准印证
闽内资准字 D 第 015 号

· 学会讲坛 ·

中国行为医学科学发展现状与展望

中华医学会行为医学分会 主任委员
 中华行为医学与脑科学杂志 总编辑 白波* 教授
 济宁医学院 院长

非常高兴来到我们厦门,厦门是个美丽的城市,很多人都很喜欢厦门,我在八、九年前也来过厦门,这次来倍感亲切。刚从机场一路走来感觉厦门这个城市变化非常大,天美、水美、厦门的人更美。今天和大家主要讨论两方面的内容,一是我刚刚去荷兰参加了国际行为医学大会,我想把我们国家的行为医学的发展和将来及目前的一些想法跟大家做个讨论。二是最近我们结合医学人文教育,写了一本书叫做《让爱为生命护航》,我觉得在医学界目前来探讨这个问题是大家非常关心也是非常热门的一个问题。

中国行为医学科学发展现状,主要是分成两个大的部分,国际行为医学的兴起是从上个世纪 60 年代,大概经过十年的准备和酝酿以后,1977 年召开了世界上第一次行为医学科学学术会议,成立了美国行为医学学会,奠定了行为医学学科在世界的医学界或者说在自然科学界作为一门独立学科的存在。那么,什么是行为医学呢?它是研究和关于行为科学中与人类健康和疾病有关的知识、技术、理论并把这些理论知识、技术用于疾病诊断、防治和康复的多学科领域。所以在我们国家的很多行为医学的教学教科书上就把行为医学这样定义:行为医学是研究和行为科学中与健康、疾病有关的知识和技术,并把这些理论知识、技术应用于疾病的预防、诊断、治疗和康复的一门新兴科学领域。它是适应“生物—心理—社会医学模式”转变,研究行为活动与疾病发生与预防、治疗的新兴学科,是行为科学与医学的交叉学科。现在大家公认的,就是说随着社会和经济的不断发展,健康越来越受到大家的重视,那么健康和健康有关的哪些因素决定你的健康状况呢?目前国际上大家比较公认的一个数字是你的生活方式,你的行为方式大概能决定你的一半以上的健康状况,这里的数据是 50%,有的教科书、文献上的数据达到 60% 甚至是 65%。不管怎么样,目前认为生活方式、行为习惯在健康的决定因素当中是起到非常非常重要的作用。那么行为医学是从什么时候在我们国家开始兴起呢?刚提到的上世纪 60 年代在美国有人开始提出行为医学这样一个概念,同时逐渐的形成了一个独立的学科,并在 70 年代成立了美国行为医学学会。我们国家实际上是从上个世纪的 80 年代开始逐步的引入、研

究、重视行为科学发展,但是它从一开始是作为一门交叉的学科引入我们国家的,大概是在 80 年代末就开始筹备中国的行为医学会,产生中国行为医学会的启动,当时刚刚启动的时候叫做行为医学与生物反馈学会,是 1990 年在天津召开的,从那时候开始标志着中国行为医学会的诞生。中国行为医学作为一门独立的学科在中国开始逐渐的发展壮大起来,第一任的主任委员是沈家麒教授,目前定居于加拿大。他于 1994 年发表“行为医学学科发展的回顾与展望”一文来归纳总结当时中国行为医学的研究状况并对中国行为医学的发展提出一些想法和要求。第二届中华医学会行为医学分会主任委员是上海交通大学的杨菊贤教授,他当时也总结了一系列的文章来阐述或者发展中国的行为医学,他把中国行为医学的成果和发展归纳成十个方面来推广,这对当时中国行为医学的发展研究起到很重要的促进作用。之后杨志寅教授续任第三届、第四届中华医学会行为医学分会主任委员。应当说他对中国行为医学的发展起到了非常好的促进作用,他把中国行为医学的现状归纳总结成三个大的方面:一个是疾病的病因与诊断层面;第二是关于疾病的治疗和康复层面;第三包含了疾病的预防与健康促进层面。同时经过几年的研究、归纳、总结,我觉得提出了一个非常重要的概念或者说是理念叫做“行为决定健康”,刚提出来的时候很多人还怀疑这个口号是否能站的住脚,但是从目前最近的几次全国性的学术会议上和国际行为医学会议上,我们把这个口号响亮的提出来以后得到了大家的公认、认可。你的行为是决定健康的,你的行为方式、生活习惯对你的健康因素是占 50% 以上的影响,所以我们提出“行为决定健康”。同时我们提出“心理健康是健康的灵魂,行为健康是健康的基石”,这样一个思想,这样一个理念对中国行为医学的迅速发展和壮大起到了积极的推动作用。

到目前为止,经过 30 年的发展以后我们国家的行为医学取得了哪些成果,有哪些进展,今后的若干年以后中国行为医学会会有什么样的发展我们目前的思考集中在哪几个领域呢?下面集中讲这几个问题。

首先是我国行为医学研究现状。

一、疾病的病因与诊断层面:行为医学在病因的诊断方

* 白波简介:中华行为医学分会主任委员、中华行为医学与脑科学杂志总编辑、济宁医学院院长,教授、博士生导师,中华医学会行为医学分会主任委员、中国生理学会理事、中国神经科学学会理事、中国医学装备协会常务理事、中国计划生育协会理事、中国高等教育学会高等教育管理委员会委员理事、山东省生理学会副理事长、山东省医学教育协会副会长。主持和承担国家自然科学基金、全球基金、山东省科技攻关项目、山东省自然科学基金、山东省教育教学改革重点项目等十多项上级科研课题的研究工作。在国内外学术刊物发表论文 160 余篇。主编《生理学》、《正常人体功能》等普通高等教育“十一五”国家规划教材多部。享受国务院政府特殊津贴。获得过国家中医药科技进步奖三等奖;中国人民解放军全军科技进步奖三等奖;山东省科技进步奖二等奖、三等奖;山东省软科学优秀成果奖一等奖、二等奖;山东省优秀教育教学成果奖一等奖;山东省社会科学优秀成果奖三等奖等。先后被评为全国劳动模范、山东省优秀青年知识分子、山东省优秀教师、山东省教学名师、山东省劳动模范,荣获山东省“富民兴鲁”劳动奖章,山东省专业技术拔尖人才。

面的研究主要集中在阐明疾病的行为表现和不同人群的健康危险行为的特征,产生、发展及转变的原因和机制,正常健康行为的特征、形成、发展、巩固以及对上述行为因素进行评估和诊断。

这个成果主要集中在几方面:

1. 行为因素对心身疾病影响的研究。比如说慢病的影响,高血压、心脑血管疾病、糖尿病等心身疾病的发生、发展、预后均可产生影响。目前公认的不良的生活、行为习惯对这些疾病的发生发展是会产生重要的影响。

2. 各种行为类型与疾病的相关研究。目前从心理学的角度,从行为学的角度,不同的行为类型与疾病的研究在国内外开始有很多基础和临床方面的研究。

3. 随着经济社会的发展,快速的生活节奏和竞争压力对于心理素质、心理障碍的发生发展可能会有严重的影响。

4. 不良行为对健康的影响,如成瘾行为、异常性行为、自杀等。目前自杀呈现一个非常明显的上升趋势,这一因素对社会的影响从医学界来说应该引起高度重视,它是一个心理的问题、行为方面的问题,应当重视这一现象的存在。

二、基本的治疗和康复层面:行为医学在疾病的治疗和康复方面主要是利用在病因和诊断层面获得的成果,来用于个体行为的干预、矫正不良健康行为,巩固有利行为,实现行为医学的目的。

1. 行为疗法的应用与研究:目前我们和国际行为医学会以及瑞典的一大学合作研究一个项目,研究中风以后行为干预、行为疗法对中风病人康复的影响。

2. 生物反馈疗法:今年 8 月份的全国行为医学年会在哈尔滨召开,其中有位北京的教授专门讲述了生物反馈治疗,这将来可能是一个非常重要非常活跃的领域。中国行为医学成立之初就叫行为医学与生物反馈学会。

三、疾病的预防和健康促进层面:通过健康的行为习惯或行为干预预防疾病,得病后通过健康的行为干预健康的生活习惯来促进康复,作为行为医学这是一个非常重要的研究领域也是一个重要责任。

中国行为医学会的研究今后怎么发展?今后几年中国行为医学会的研究发展、临床应用主要集中在哪几个领域?

行为医学作为一门新兴的综合性交叉学科,虽然在中国尚处于起步和形成时期,但是中国的行为医学依据积累了 20 多年的发展经验,今后的若干年中国的行为医学科学下一步发展是摆在我们目前中国医学界的一个非常重要的课题。国家的“十二五规划”已过一半,在中国行为医学发展的问题是制定政策、提出规划,对今后“十二五”、“十三五”的发展制定我们自己的方案,为促进我们国家医学界的发展尤其对行为医学的发展将会起到重要意义。

主要集中在以下几个不同领域。

一、重视行为医学基础理论研究和高级神经活动机制的理论研究。

人类不同形式的行为活动都是高级神经活动的结果,开展对高级神经活动机制的研究是行为医学研究的重要领域,应当引起国内行为医学工作者的高度关注。目前国内对于高级神经活动基础理论的研究和国际先进水平相比存在相当大的差距。从学科发展和国内研究现状分析,在未来几年中应当着重加强一下几个方面的基础研究:

1. 中枢神经系统的可塑性研究。未来的行为医学研究

一方面需要进一步加强从分子、细胞、皮层地图以及神经网络等层面研究人脑可塑性的机制,另一方面需要综合考虑和研究影响人脑可塑性的内外部因素以及二者之间的交互作用。神经可塑性即神经系统主动适应和反映外界环境变化,发生的机构功能变化,并维持一定的时间。比如胚胎时期神经网络的形成。

2. 学习与记忆。突触可塑性是学习和记忆的基本神经机制。海马突触的长时程增强现象是神经元储存信息的一种标志,是动物学习记忆的一种基本活动方式,同时也是检验脊椎动物学习记忆突触基础的主要指标,它反映了突触水平上的信息储存过程,也是记忆形成过程中神经元生理活动的客观电生理指标。

3. 成瘾性疾病。目前神经科学学界已经普遍认为成瘾性疾病尤其是毒品成瘾是一种慢性复发性脑疾病,这样就将传统上从道德角度来看待成瘾性问题而转入到医学角度,这一转换具有相当重大的意义,将有助于对成瘾性疾病的脑机制进行研究。

4. 情绪的问题。

二、加强与行为密切相关疾病的病因与发病机制的研究。

1. 行为发生的脑功能和脑成像的研究。人与动物行为发生的物质基础是脑,脑结构和功能正常是人与动物行为正常的基础,脑结构和脑功能异常是导致人与动物行为异常的根本原因。脑功能和脑成像研究是揭示人与动物行为活动和行为调节的重要研究途径。CT、MRI、fMRI、PET 等无创性脑功能成像技术的应用将极大地促进行为医学科学与脑科学的发展。

2. 行为发生的分子生物学研究。分子水平上研究行为发生的物质基础。行为发生机制的研究也将从整体水平、系统水平、组织水平逐渐深入到细胞水平、分子水平和基因水平。

3. 行为发生的流行病学研究。病因研究是流行病学的一项主要任务。比如对慢性病进行行为危险因素的流行病学调查和研究,对明确慢性病病因将会起到重要作用。

三、疾病行为界定与评定标准的研究。

标准的研究。对行为进行科学研究的前提,是对行为进行操作性定义。目前行为科学研究中疾病行为的概念性定义多而操作性定义少,定性研究多而定量研究少。这对开展行为医学科学研究工作是非常不利的。在未来行为医学科学研究中提倡疾病行为的定量研究、行为量表研究。评定量表因具有数量化、规范化、和客观化等优点对进行行为医学科学研究具有重要作用。但当前我国评定量表的编制和修订中存在的一些问题应引起同行的注意,如量表编制理论、样本、信度、效度等。

四、行为治疗与康复技术的研究。

行为医学发展到今天,已经成功地将行为学派的主要理论体系(经典性条件反射理论、操作性条件发射理论、社会学习理论)应用到行为治疗与康复中,形成了一系列行为治疗技术,如系统脱敏疗法、厌恶疗法、生物反馈疗法等,这些治疗方法对疾病行为的矫治和健康行为的培养具有一定作用,目前被广泛应用于临床与研究领域。

五、行为医学成果推广与全面的健康促进。

据统计,人的健康与遗传、社会条件、医疗条件、自然环境有关,但 60% 取决于生活方式。不健康的生活方式和 unhealthy 行为是导致疾病的一个重要因素,因此,养成健康的生

活方式,如合理膳食、适量运动、心理平衡、戒烟限酒等对疾病的预防与控制起到了不可忽视的作用。

行为医学对提高诊疗水平的价值

现代社会的快节奏和激烈竞争,导致心理行为性疾病迅速增加。精神心理疾病已占我国疾病总负担的 20%,排名居首位。据材料显示我国精神疾病的发病率高度 16.47%。WHO 资料显示目前全球有 1.2 亿人患抑郁症,10 亿人有精神、心理障碍。

1. 从疾病死亡谱的演变中看到,心理行为因素已成为第一要素。我国前四位死因分别是:生活行为方式和心理因素、生物因素、环境因素、保健制度。

2. 某些疾病的发生发展与特定的行为类型有关。如冠心病或高血压与 A 型性格有关,癌症与 C 型性格有关。

3. 心理行为治疗方法取得满意效果。心理分析、认知行为、暗示疗法、系统脱敏、生物反馈治疗的疗效显著。音乐疗法、行为塑造、行为矫正、生物反馈治疗的疗效显著。

4. 行为干预可显著降低医疗费用。美国资料显示开展行为治疗可节省医疗开支的 20%,生物反馈被列为必备项目。

国际社会已经形成共识的保健原则:高超的医疗技术只能减少 10% 的过早死亡,而健康生活方式是不用花多少钱就可以减少 70% 的过早死亡。通过生活行为方式的调整,可预防 80% 的冠心病、90% 的 II 型糖尿病、55% 的高血压及 1/3 的肿瘤。

健康基石与保障

基石:心理平衡、合理膳食、适量运动、戒烟限酒。

保障:良好睡眠、早诊早治。

中华医学会行为医学分会自成立之日起,对不良生活方式的改善和健康生活方式的倡导起到积极的推动作用。特别是近年来,中华医学会行为医学分会前任主任委员杨志寅教授提出的“行为决定健康”、“心理健康是健康的灵魂、行为健康是健康的基石”等健康理念,给人类健康提供了一个新的思路。中华医学会行为医学分会未来的工作必将沿着这一理念不断探索,推动中国行为医学事业健康可持续发展。

(根据记录整理)

· 管理行为 ·

厦门市三级医院住院患者对护士关怀行为评价的研究

洪丰颖,王艳红*,杨叔禹,周 文,张瑞良,巫 斌,张锦辉,丁玉兰

(厦门市卫生和计划生育委员会,福建 厦门 361009)

我国在《中国护理事业发展规划纲要(2005 - 2010 年)》及全国护理工作会议上提出:要加强护士队伍建设,将人文关怀融入护理工作中,服务于细微之处,营造关心病人、爱护病人、尊重病人、帮助病人的氛围^[1]。2010 年在全国开展的“优质护理服务示范工程活动”,其重点就是将“以患者为中心”的护理理念和人文关怀融入到护理服务中,在提供基础护理服务和专业技术服务的同时,加强与患者的沟通交流,为患者提供人性化护理服务^[2]。目前国内开展了较多从护士角度评价其人文关怀能力或素质的研究,但是缺乏从患者角度评价护士关怀照顾行为的研究。本研究旨在调查某市多家三级医院住院患者对护士关怀照顾行为的评价,以指导护士在实践中更好为患者服务,提高患者满意度。

1 对象与方法

1.1 对象

于 2014 年 2 月到 3 月间,采用方便抽样方法收集某市共 9 家三级医院住院患者对护士关怀照顾行为的评价,其中 4 家三甲医院,5 家非三甲医院,7 家公立医院,2 家民营医院。要求研究对象住院时间 ≥ 2 天,年龄 18 岁以上,自愿参加调查。意识不清,精神疾病患者,病情危重患者不参加调查。共发放问卷 350 份,收回有效问卷 344 份,回收率达到 98.3%。患者年龄 18 - 90 岁,平均年龄 48.60 ± 18.46,住院患者其他一般资料的构成情况见表 1。

表 1 住院患者一般资料

一般资料	分类	例数	构成比(%)
性别	男	191	55.5
	女	153	45.5
年龄(岁)	18 - 25	42	12.2
	26 - 35	59	17.2
	36 - 45	50	14.5
	46 - 55	58	16.9
	56 - 65	65	18.9
	≥66	70	20.3
教育程度	初中或以下	221	64.2
	高中	83	24.1
	大学或以上	40	11.7
家庭人均月收入(元)	<1000	68	19.8
	1000 - 2999	135	39.2
	3000 - 4999	87	25.3
住院时间(天)	>5000	54	15.7
	2 - 5	187	54.4
	>6	157	45.6

一般资料	分类	例数	构成比(%)
住院次数(次)	1	167	48.5
	2	82	23.8
	≥3	95	27.7
医院级别	三甲医院	179	52.0
	非三甲医院	165	48.0
医院性质	公立医院	266	77.3
	民营医院	78	22.7
科室类别	内科	155	45.1
	外科	97	28.2
	妇产科	52	15.1
	眼科	40	11.6

1.2 方法

采用台湾辅英大学 Lee - Hsie 等^[3]研制的《关怀照护行为评价表》进行调查。该量表共 28 个条目,两个维度,分别为真诚、同情、尊重(15 个条目)和专业照护行为(13 个条目)。量表采用 Likert 4 级计分法,4 = 总是,每次都如此;3 = 经常,大多能如此,但有时没有做到;2 = 偶而,曾经如此,但大多没有做到;1 = 从未,从未做到。得分越高,说明患者对护士关怀照护行为的评价越高。该问卷的 Cronbach's α 系数为 0.97,内容效度为 0.90。

采用 Epidata 3.02 建立数据库,SPSS19.0 进行统计分析。均数、标准差描述住院患者对护士关怀照护行为的评价。单因素方差分析、独立样本 t 检验分析影响住院患者对护士关怀照护行为评价的因素。

2 结果

2.1 住院患者对护士关怀照护行为评价的现状

住院患者对护士关怀照护行为评价的总分均分为 3.50 ± 0.50。真诚、同情、尊重的均分为 3.52 ± 0.49;专业照护行为的均分为 3.46 ± 0.54。其他条目的得分情况见表 2。

表 2 患者对护士关怀照护评价的现状

条目	$\bar{x} \pm s$
真诚、同情、尊重	
用我能懂的话跟我沟通。	3.73 ± 0.51
面带笑容。	3.68 ± 0.57
称呼我的方式让我有被尊重的感觉。	3.67 ± 0.61
动作轻柔。	3.65 ± 0.61
即使工作忙碌或即将下班,对我的照顾仍不草率且态度良好。	3.60 ± 0.60
让我感受到她的真诚,如:不会像例行公事般或机械化地做护理工作。	3.59 ± 0.66

条目	$\bar{x} \pm s$
答应我的事能做到,若无法做到也会向我解释。	3.58 ± 0.64
在检查、治疗和护理时,随时维护我的隐私,如:围上屏风、适当覆盖等。	3.54 ± 0.74
把我当成家人一样的照顾。	3.51 ± 0.70
向我或家人解释我的病情或寻求相关人员的解释。	3.49 ± 0.73
给我时间发问。	3.45 ± 0.79
倾听我或家人说话。	3.39 ± 0.82
提供舒适、安静的环境。如:劝导其他病友及访客放低音量等。	3.39 ± 0.86
联络相关人员帮我解决问题。	3.38 ± 0.77
除了必须的检查与治疗工作之外,也会来探视我。	3.26 ± 0.95
专业照顾行为	
协助我按时服药或治疗	3.68 ± 0.57
在检查、治疗或手术前后,会清楚地向我说明目的及注意事项。	3.60 ± 0.66
当我不舒服或疼痛时,会设法帮我减轻痛苦。	3.59 ± 0.67
给药时会说明药物的作用及注意事项。	3.56 ± 0.75
用行为或语言让我知道,她了解我在检查和治疗时的感受。	3.54 ± 0.65
让我知道负责照顾我的医生及护士是谁。	3.54 ± 0.75
告诉我每天的检查、治疗及护理计划,让我有心理准备。	3.52 ± 0.72
当我打点滴时,会定时检查我的点滴流速及注射部位,并主动更换点滴。	3.48 ± 0.71
教导并示范自我照顾的技巧,如:压住伤口翻身、有效咳嗽或热敷等。	3.46 ± 0.72
在我需要时,会用行动或语言支持我渡过难关。	3.43 ± 0.77
称赞或肯定我的表现。	3.32 ± 0.84
促进我的舒适,如:协助翻身、摆位、为我按摩等。	3.09 ± 1.00
注意我的活动安全,需要时协助我上下床、如厕等。	3.06 ± 1.03

2.2 不同因素对住院患者评价护士关怀照护行为的影响

男性、大学或以上教育程度住院患者对护士真诚、同情、尊重行为的评分低于女性和高中、初中或以下的住院患者。内科住院患者对护士关怀照护行为的评分低于外科住院患者($P < 0.05$) (见图 1 - 图 3)。不同级别医院、不同性质医院及住院患者的其他特征如年龄、家庭收入、住院时间和住院次数对护士关怀照护行为的评分没有影响。

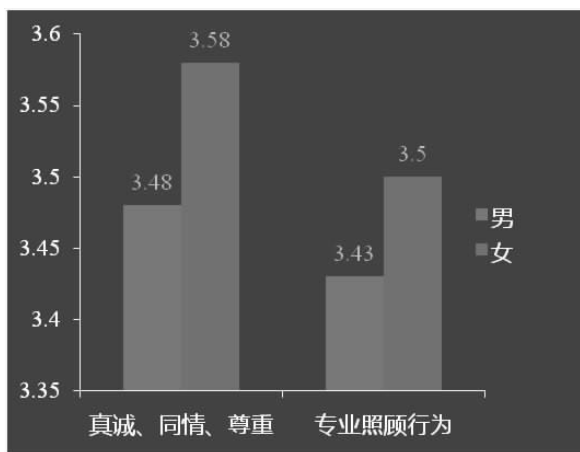


图 1 不同性别患者对护士关怀照顾行为的评价

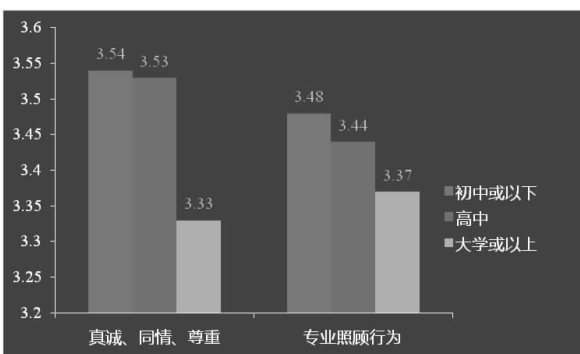


图 2 不同教育程度患者对护士关怀照顾行为的评价

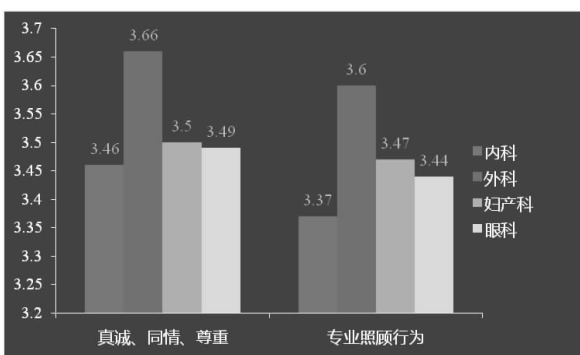


图 3 不同科室患者对护士关怀照顾行为的评价

3 讨论

3.1 住院患者对护士关怀照顾行为评价的现状

本研究发现某市 9 家三级医院的住院患者对护士关怀照顾行为的评价较高。Watson 将人际护理行为分为两个方面,即工具性行为(如发药及注射)和表达性行为(如倾听、给予情感支持)^[4]。本研究中住院患者对护士表达性行为(如用我能懂的话跟我沟通)的评价高于对其工具性行为(如协助我按时服药或治疗)的评价,国内研究有类似的发现^[4]。以上结果可能提示护士与患者就什么样的行为代表关怀,存在较大的分歧。Von essen 等^[5]发现:患者认为知道什么时候呼叫医生是护士最重要的关怀行为,但护士则认为

为耐心倾听病人的诉说是自己最重要的关怀行为。一项近期发表的系统评价认为:护士与患者对关怀行为评价的差异,可能与护士没有精确评估患者的感知有关。护士所提供的关怀可能与病人的意愿、期望和需求不符^[6],国内有类似的研究报道^[7]。这说明护士在日常工作中对患者深层次的体验不够,提示护理管理者要加强对护士的关怀教育,增加其人文关怀的能力,同时进一步强化护士的专业工作能力,因为只有具备较强的护理专业知识和技能,才能为患者提供专业化的人文关怀,这是护理关怀有别于其他关怀的要素之一^[8]。

本研究发现:患者对护士真诚、同情、尊重行为评价最高的三项是:用我能懂的话跟我沟通;面带笑容;称呼我的方式让我有被尊重的感觉,这说明卫生部于 2010 年所倡导开展的优质护理服务已经初见成效,护士的服务态度有了很大的改善和提高。患者对护士真诚、同情、尊重行为评价最低的是:除了必须的检查与治疗工作之外,也会来探视我。这说明护士可能因为平时工作忙碌,没有足够的时间呆在病人身旁,无法满足病人的需求。提示管理者要重视护理人员的配制,改善工作流程,使用护理信息系统,提高护士工作效率,使护士有更多的时间为病人服务,满足其需求。

研究结果显示:患者对护士专业照顾行为评价最高的三项分别是:协助我按时服药或治疗;在检查、治疗或手术前后,会清楚地向我说明目的及注意事项;当我不舒服或疼痛时,会设法帮我减轻痛苦。这说明护士能够很好的执行自己工作职责,做到较为充分的知情同意,患者能得到有关疾病诊断、检查、治疗的相关信息。患者对护士专业照顾行为评价最低的是:注意我的活动安全,需要时协助我上下床、如厕等。提示护士要加强对患者跌倒等有关住院安全的评估,并根据每位患者的跌倒评分、生活自理能力的评分情况,提供精细化的护理服务。

3.2 住院患者对护士关怀照顾行为评价的影响因素

本研究发现不同级别、不同性质医院的住院患者对护士关怀照顾行为的评价没有影响,而且患者的年龄、家庭收入、住院时间和住院次数不影响其对护士关怀照顾行为的评价。但是男性,大学或以上教育程度患者对护士真诚、同情、尊重行为的评价低于女性,高中、初中或以下教育程度的患者。国内有研究发现不同性别对护士护理行为关怀性的评价有影响。作者解释这可能是因为在沟通模式中性别的差异会导致病人在对关怀需求的表达方面产生差异^[1]。另外,研究结果显示:文化程度高的患者对护士真诚、同情、尊重的行为评价较低,这可能因为其本身对护理行为的期望较高有关。内科住院患者对护士关怀照顾行为的评价低于外科住院患者。这可能与内科系统疾病较为复杂,患者对战胜疾病的信心不足有关。这也提示护士在临床实践中要根据病人的特征提供个性化的护理服务。

综上所述,护理管理者应采取有效措施提高护士的人文关怀能力,制定切实可行的关怀教育计划,加强对护士的关怀教育,加深护士对患者深层次的体验,为患者提供个性化、精细化的护理服务,这是人文关怀的最终目标。

参考文献(略)

从 5 年教学绩效考核分配体系的实践 探讨公立医院内部分配制度的改革

饶线明,刘芳,许舜鹏,徐梅红,詹忆君

(厦门市第二医院,福建 厦门 361021)

深化分配制度改革,使一切劳动、知识、技术、管理和资本竞相迸发出应有的活力,是公立医院内部分配制度改革的一个动因。十六大报告中明确指出:“确立劳动、资本、技术和管理等生产要素按贡献参与分配的原则,完善按劳分配为主体、多种分配方式并存的分配制度。”

但长期以来,由于历史和社会的原因,公立医院分配上仍一定程度存在着平均主义和“大锅饭”的思想,现实中“干多干少一个样”,甚至“多干不如少干”,“能干不如不会干”现象还时有发生,未能得到彻底解决。分配制度改革不能成功,则公立医院的内部将缺乏活力,整体经营效率低下,创造力和竞争力弱化。

笔者意图以回顾我院 5 年来进行教学绩效考核分配体系的实践为例,共同探讨公立医院内部分配改革的问题与对策。

1 我院教学绩效考核分配体系 5 年实践回顾

笔者以为,医院的一切资源或利益的分配,均应与各劳动者在当时阶段为医院所实际创造的有形价值与无形价值相匹配,从而进行一种动态的分配。分配改革,在当前人事制度改革尚不完善的情况下,应避免或最大程度减少那种单纯以学历、职称、工龄作为重要参考指标的静态分配^[1]。

在许多人眼里,公立医院带有公益性,公立医院中的教学工作就更是公益中的公益。教学工作量大,任务重,要求多,潜意识觉得是为外单位即高校培养学生,况且还常常要加班加点完成,医院发放的教学补贴极少,甚至没有,因而各家医院往往存在着“教学工作没人干、不爱干、推着干、拖着干”的现象。我院既往也存在着此类严重情况,科室各类教学活动基本没有开展,学生或无人带教,或被随意调配,教学质量低下。而对此情况,医院专门于 2007 年 8 月成立了科教部,承担医院教学管理工作。经过酝酿,形成了一个建立教学绩效考核分配体系的思路。

1.1 教学绩效考核分配体系的建立前提

建立一个合理完备的教学绩效考核分配体系需要做好前期工作。第一步就是学习。科室成立后,首要工作就是全面学习和领会医院教学工作的所有相关文件。包括国家部委、地市局卫生与教育主管部门、各家高等医学院校、各家兄弟医院的教学文件,甚至还进行一些面对面交流探讨。其次,就是调研。科室对院内原有教学情况进行摸底沟通,与学生、老师、科主任等都进行了深入交谈,共同探讨分析。第三步,制定规章。我们在深入学习及深入调研的基础上,经过反复推敲,结合上级要求、医院实际,以及今后教学发展规划,六易其稿,最终制定了相对完备的《厦门市第二医院教学管理规定》,内含二十四项教学管理制度,约一万四

千余字。对各类教学概念与要求予以明确界定,并以文件形式下发各科室。第四步,配套表单。依据《厦门市第二医院教学管理规定》,制定各项教学工作表单,形成教学管理活动记录本,要求做到“我写我所做”。第五步,建立专门教学管理团队。要求各教学单元设立教学干事,全院形成医院领导、科教部、科主任、教学干事组成的教学管理团队,并对团队按照教学管理规定进行培训。

1.2 制定教学绩效考核分配体系并循序推进

1.2.1 第一阶段:2007 年 10 月,我部在《厦门市第二医院教学管理规定》的基础上,开始着手制定了医院教学绩效考核分配体系,并从 2008 年第一季度开始实行至 2010 年第四季度。我们通过调研,筛选出一些关键性的教学活动作为考核指标,如教学查房、教学病例讨论、科内小讲座、出科考核、技能操作示范、病历批改等,而且对各指标的性质、定义、操作程序、频次,责任人,记录方式及载体进一步做出说明。同时,依据不同教学活动的工作强度、难度、技术要素等设立不同的权重分值。在体系制定的各个环节中,还都预留适时改进调整的端口。每一季度,医院对各个教学科室按量积分及质系数进行评价考核,并予以公示。同时,以此为依据,发放各类教学补贴,以及用于年度各种教学评优评先。并酌定适时融为医院绩效奖励金及职称评定依据。

1.2.2 第二阶段:2010 年底,我部在总结了前一阶段教学绩效考核分配体系执行的经验基础上,进一步深化,从对科室考核,推进到对个人考核,并对一些考核指标进行了调整,日常考核指标 35 项,并增加了罚则,第三方评价,管理要素指标,以及增加科室自评内审环节,对不同性质的教学单位还进行分类考核。同时改进工作量表,通过数据透视改进工作效率,自 2011 年 1 月实行至今,运行良好。

1.3 实行教学绩效考核分配体系的效果

1.3.1 成效方面:①自第一阶段开始实施起,各科室在一定程度上开始重视教学工作,能够逐步按照教学要求开展各类教学工作,知道了教学要做什么,要如何做,应该谁来做。②带教老师也增强了责任感,加强了对学生的教学指导和日常管理。学生感觉学习有所收获,有了归属感。一些较具责任感的科室逐渐有了教学竞争意识。在第二阶段,个人主动要求参与理论与实习教学的人员明显增加。③教学质量获得了提高,教师差错事故发生率急剧下降,学生动手实操的机会大为增加。各种教学记录形成日益完整、及时,格式基本统一规范。④我部考核考评坚持公平公正公开,得到了教学人员广泛认可。历年教学补贴按绩发放,高低差距悬殊,各类教学职称评定、教学评优评先绩高者得之,全部做到有据可依,令人信服。⑤历次教学检查评估中,均以原始资

料提呈,获得好评,实习学生参与技能竞赛多次获佳绩。

1.3.2 不足方面:在第一阶段,由于医院仅以科室为单位进行考核,部分科室仍有平均主义思想,简单化地将教学补贴平均发放给非教学人员,或者留存作为科室活动经费,一定程度上影响了教学人员的积极性;第二阶段直接推进考核到个人并予以兑现,该现象得到明显改观。再者,目前,教学回报仍低于教学付出,而且在其他一些重要利益分配时,教学工作尚未作为重要指标,故限制了其更进一步的成效。

2 从教学绩效考核分配体系 5 年实践可知,公立医院内部分配制度改革极具重要性及必要性

2.1 公立医院内部分配制度改革的重要性

教学工作回报率低,即引起了教学工作者的情绪低落,缺乏积极性。故此,公立医院中与工作者密切相关的各种资源与利益分配如果不能做到公平公正的话,必将导致公立医院整体活力不足,效益低下,不利于医疗卫生事业的健康发展。

2.2 公立医院内部分配制度改革的复杂性

教学工作仅是公立医院的其中一部分工作,从我院教学绩效考核分配体系的 5 年实践过程中,我们就发现其中涉及的一些具体问题。如一些指标的制定依据、一些不同专业的专科特点、一些人员的多重身份、一些工作的成本支出、一些共用资源的核定分摊、一些资源利益的合理分配、一些统计数据的来源口径、一些不同观念的相互撞击等。可以想见,整体公立医院的内部分配制度改革将是一项多么艰巨与复杂的任务。

2.3 公立医院内部分配制度改革的必要性

目前,中国社会上要求解决“看病难”、“看病贵”的呼声络绎不绝,而对于目前的医疗改革,同时存在着政府、患者、医务工作者三方均不满意的情形。因此,公立医院的分配制度改革做为医改工作中的一项重要内容也就顺理成章。而公立医院内部总体存在着工作效率低,营运成本高,竞争能力弱的情况,内部分配制度改革有助于上述情况的改进。

3 从教学绩效考核分配体系 5 年实践探讨公立医院内部分配制度改革的实施策略

教学量化绩效考核相对于整体内部分配制度改革似乎如沧海一粟,但也能够管窥见豹。从我院 5 年来教学绩效考核分配体系的建立与推行过程,我们对做好公立医院内部分配制度改革有如下思考。

3.1 坚定实行内部分配制度改革的决心

实行内部分配制度改革是一项具体而又艰巨的任务,将面临各种各样的困难和阻力,医院领导层对此要有清醒的认识和坚定的决心。改革固然充满了风险,但不改革就难于求发展。

3.2 充分理解分配制度改革的精神与内涵

全面学习领会国务院、卫生部及各级政府对于深化公立医院分配制度改革的重要文件,充分借鉴各地各级公立医院既往改革的成功经验和失败教训,从正反两方面实例来深入体会、理解消化和吸收、结合自身内外环境形成自己的改革思路。

3.3 构建有利内部分配制度改革的外部条件

内部分配制度改革的推行,绝不仅仅是公立医院内部自身的改革,其必然涉及到各种外部条件,其需要内外条件的协调支持。医院领导层需要积极获得上级主管部门,以及地方政府相关部门的大力支持,包括指导方针、配套政策,资源投入等多方面,从而让公立医院拥有最大限度的自主经营管理权,以及足够的资源支撑,医院才能很好地启动内部分配制度改革,并促成最终的改革成功。

3.4 医院内部的全面沟通与酝酿

由于内部分配制度改革与所有员工的利益密切相关,能否形成一个合理的改革方案,顺利推行,并起到良好效应的关键在于:①广大员工是否改变了旧观念,形成了新共识?②是否由全体员工参与了方案的讨论和决定?③是否体现了劳动者的各种要素组成?④是否形成了公平公正公开的运行机制?

3.5 足够资源纳入内部分配制度改革

从教学绩效考核分配体系实施过程中可以看到,当少部分或不足够的资源作为分配体系改革时,其形成的激励与鞭策效应是不够的,不足以充分激发单位内部潜力,不足以盘活整个医院效益。这就是为何某些单位虽然名义上实行了绩效改革,但仍然未能奏效的一个原因。因此,应该将大部分最终甚至是全部资源纳入内部分配制度改革体系,实行真正的全成本核算,而不是现在的不完全成本核算^[2],并按阶段实际创造价值实行动态分配。

3.6 形成完备的操作说明方案

所有的内部分配改革指标最终都要都要量化,并化解形成可操作性强的 SOP,不断完善。医院还要制定分层操作方案,加强科室的管理经营能力,帮助科室制定和落实科内分配改革方案,保证上下接轨,保证改革方案落实到基层每一个员工。

3.7 循序渐进并持续改进

改革之初,再详尽的方案也可能有所疏漏,而且方案的优点及缺点并不能及时暴露,各种各样的思想还未能彻底统一。因此内部分配制度改革可行的办法就是以循序渐进的方式进行推进,并在实践中及时总结,不断地持续改进。内部分配制度改革最大的生命力就在于它能否体现“多劳多得”,“优劳优得”,能否提高效益,能否体现公平公正公开。达到上述几点,前进中的阻力也将变成改革中的助力。

3.8 搭建强大的综合信息平台

仅我部实行教学绩效考核分配体系工作,其中生成的各项数据就非常庞杂。故而,可以想见,医院内部分配制度改革所需要的数据量是极为庞大,而且,要保证各项数据的准确性,及时性,以及可追溯,就必须建立强大的综合信息平台,配备内部软件信息人员,为绩效考核流程改造及各类数据采集管理,统计分析提供保证。

参考文献(略)

关于医院官方微博使用情况的几点思考 ——以厦门市 19 医院微博为例

庄建梅

(厦门医学高等专科学校,福建 厦门 361008)

微博(micro-blog),即微型博客。2006年,美国 Twitter 网站首先推出了微博,目前是全球最受欢迎的博客形式。博客作者不需要撰写很复杂的文章,消息的字符限于 140 个以内,只需要一两句话或者一个表情就能表达自己的想法和情感,可支持文字、图片、音频和视频的发布,可以面向网络即时发布消息,具有极强的新媒体传播特性。

2009年8月,中国最大的门户网站新浪率先开放微博,之后腾讯、网易、凤凰、搜狐等综合门户网站也相继推出微博产品。微博在 2010 年迅速崛起。据中国互联网络信息中心(CNNIC)发布的《第 34 次 CNNIC 报告:网民互联网应用状况》显示,截止 2014 年 6 月,中国微博用户已达 2.75 亿,其中手机微博客用户数为 1.89 亿。

医院官方微博是医院联系公众的新纽带,是医院新闻宣传工作的新阵地。国家卫生和计划生育委员会也在 2013 年卫生工作十大要点中就提出要加强卫生系统微博客的运用和管理。厦门市各级医院已重视微博建设,并在取得一定成效。

1 目前厦门市医院官方微博使用的现状

1.1 微博的使用情况

笔者通过新浪微博搜索引擎进行检索,据不完全统计,厦门市共有 19 家医院进行官方认证。本文以这 19 家医院的官方微博为调查对象,分析厦门市医院的微博的建设现状,包括官方认证、博文维护、粉丝数量等情况,具体情况如下。

19 家医院官方微博使用的情况
(数据截至 2014 年 11 月 7 日)

医院名称	开通时间	微博数量	粉丝数量	关注其他微博的数量
厦门大学附属第一医院	2011 年 11 月 02 日	1089	6728	121
厦门大学眼科中心	2010 年 12 月 22 日	2807	14667	368
厦门市中医医院	2013 年 01 月 08 日	172	372	52
厦门大学附属中山医院	2013 年 02 月 19 日	83	252	58
厦门长庚医院	2012 年 02 月 13 日	200	1323	117
厦门市仙岳医院	2010 年 07 月 18 日	2453	1680	245

医院名称	开通时间	微博数量	粉丝数量	关注其他微博的数量
厦门科宏眼科医院	2011 年 05 月 25 日	3437	13122	1990
厦门健民医院	2012 年 04 月 6 日	433	28767	79
厦门新开元医院	2011 年 04 月 19 日	821	11635	65
厦门莲花医院	2012 年 09 月 17 日	1082	5492	383
厦门天济医院	2012 年 05 月 29 日	533	1455	287
厦门莲花医院莲花院区	2012 年 11 月 12 日	264	4471	100
厦门天使妇产医院	2013 年 05 月 17 日	26	263	615
厦门友好妇产医院	2011 年 10 月 18 日	411	1228	74
厦门同安博爱医院	2013 年 03 月 14 日	139	64	26
厦门湖里华兴医院	2010 年 09 月 18 日	4654	706	115
厦门市第三医院	2013 年 10 月 28 日	7	35	29
厦门市马垵医院	2013 年 09 月 14 日	2	1	27
厦门市口腔医院	2014 年 5 月 30 日	8	2	1

1.1.1 微博的建设情况

19 家医院中,粉丝超过 5000 人的有 6 家,占比为 31.6%;发布微博数量超过 1000 条的有 6 家,占比为 31.6%。

1.1.2 微博内容

医院发布微博多以原创为主,转发为辅,内容大体分为医院新闻动态、科普保健知识、出诊信息、就诊指导等。

1.1.3 微博维护情况

根据各医院微博开通的时间,平均每年更新微博数量在 100 条以下的有 5 家,占比为 31.2%;在 100—300 条之间的有 8 家,占比为 42.1%;在 300 条以上的有 6 家,占比为 31.6%。

1.2 微博使用存在的问题

医院官方微博建设工作的重点和难点集中体现在微博的质量、数量和粉丝关注的程度。目前厦门市医院官方微博建设中存在着不少问题,主要集中于。

1.2.1 建设水平参差不齐,差异悬殊。在已创建新浪微博的 19 家医院中,粉丝数最少者只有 1 个,最多有 28767 个;发布微博数量最少为 2 条,最多为 4654 条;关注其他微博数量最少为 1 个,最多为 1990 个。由于各家医院对微博工作的重视程度不同,导致投入建设的资源也大相径庭。

1.2.2 多家医院官方微博更新滞后,且几乎都是单向发布信息,与网友互动少。网友询问集中在问病问诊,非专业人员难以解答,若随意解答很可能造成不良后果,一些专家精力有限,没有很好地利用这个交流平台,缺乏互动性应是导致粉丝少的主要原因。良好的医院微博建设离不开读者大众与医院的互动,缺少了读者参与的微博建设是不完整的。

1.2.3 各大医院都有官方网站,基本能够满足医院宣传需要,且经过较长时间的运行,已形成了一定的阅读群体和较广泛的影响力。相较之下,微博只是有益补充。

2 医院运用微博进行宣传的重要性

医院官方微博作为宣传工作的新平台,已经受到越来越多医院的重视。但是,目前很多医院官方微博的建设没有形成规模效应,更新数量不多,点击量不高,难以形成有效的交流平台。因此,进一步强调医院运用微博进行宣传的重要性,有利于推动医院官方微博的建设工作。

2.1 有利于塑造医院品牌,扩大医院影响力

微博即读即转,受众面广、信息内容丰富、形式多样、扩散速度快的特点,符合当下公众“碎片化”获取信息的习惯。根据微博的这些优势,在微博建设的过程中,医院可以以快捷、简洁的方式,和公众分享健康知识、医疗技术、医院动态、专家信息、医疗卫生政策等,还可以根据粉丝的反馈和互动调整微博内容,提供具有针对性、个性化的信息和服务,有利于建设高效、专业、亲民的医院文化,提升患者和公众的满意度,塑造医院品牌,扩大医院影响力。

2.2 有利于科普健康知识

由于医学信息的不对称性,社会公众对于健康、卫生保健、医疗政策等相关知识的诉求更为迫切,向广大社会公众传达基本知识是其重要任务之一。根据《福建省社会科学普及条例》第十三条,“社会科学研究机构、高等院校应当结合自身学科优势,组织社会科学普及宣传和社会科学普及作品创作,支持和保障从事社会科学教学、研究人员开展社会科学普及活动。从事社会科学教学、研究人员应当发挥自身专长,积极参与社会科学普及活动”,医院能够充分发挥其天然优势,借助官方微博承担起宣传健康知识的职责。

2.3 有利于降低医院的宣传成本

微博以其超空间性和迅捷性,正在被越来越多的公众接受。医院通过微博与公众进行直接的信息共享和互动,而且一旦医院精心策划的话题引起用户的关注,用户通过使用评论、转发和对话等功能,以滚雪球的方式聚集更多的潜在受众,获得多次的传播效果。在传播过程中,医院只需投入必要的人员开支费用,不需要其他成本,可以减少通过媒体宣传的中间环节和传播成本。与传统媒体相比,微博在节省成本方面有着无法替代的优势。

3 医院有效运用微博开展科普工作的注意事项

如何发挥微博的传播优势,运用微博有效地开展医院宣传工作,是医院在新媒体环境中面临的新课题,应注意以下几个事项。

3.1 明确功能定位,只做科普不能问诊

医院的微博功能是品牌管理,展示医院品牌形象及技术优势,展现医护人员的精神风貌;与患者建立情感,听取患者对医生技术、医护人员服务的意见;健康传播,作为医院、患者、社会三者间的沟通桥梁,赢得民众的了解、理解和支持等。

医院官方微博只做科普不能问诊,这是一条铁的纪律。根据卫生部颁布的《互联网医疗保健信息服务管理办法》规定,提供互联网医疗保健信息服务的网站不得从事网上诊断和治疗活动。卫生部新闻发言人邓海华在例行新闻发布会上表示,卫生行政部门、医疗机构和医务人员的微博应以传播知识为主,帮助公众对疾病预防有所了解,但不能直接进行诊疗活动,患者有病应当到医疗机构就医,违反者必须依法依规予以追究处理。“医院微博”的本质是微博,而不是医院。

3.2 号召医院员工积极参与,建立长效管理机制

医院官方微博需建设要有一个专业化的专职宣传团队,而不能交由非专业的管理人员随便打理。一线员工更贴近公众和患者的心理,更容易引起微博受众的认同感,他们是医院微博宣传的重要组成部分,应号召医院员工积极参与。宣传人员应定期与一线员工进行约稿,集思广益,发布当季多发病、常见病的预防和护理、防病保健知识,常见疾病家庭护理等,向公众传播健康理念,进行健康提示。

通过科学的考核标准,提高微博宣传人员的工作积极性,建立微博的长效管理机制。一方面借助科学的考核标准,定时开展优秀博文评比等活动,对典型的事迹和优秀宣传个人予以表彰奖励;另一方面,对消极应付、不及时更新维护、发布有损医院形象的个人予以通报批评,从而切实提高微博宣传人员的工作积极性。

3.3 丰富微博内容,创新宣传,提高关注度

医院官方微博应让大家了解医院推出了哪些新设备、新技术、新项目,介绍可为公众解决哪些问题,提供哪些服务,结合社会热点问题,精心策划与公众的互动话题。微博内容从新闻策划、选题、报道角度等方面进行丰富,可以增强宣传的通俗性、实用性,易于广大医患所接收。在宣传形式上,改进严肃呆板的文风,力求内容丰富、语言通俗,做到图文并茂、有声有色,吸引公众眼球,提高医院微博的关注度。

3.4 及时更新,善于运用微博互动和参与功能进行推广

及时更新,与粉丝互动交流是微博良性运作的重要保障。医院微博要定时查看并积极回复粉丝的评论,获得粉丝的好感和持续关注。衡量一个微博用户的影响力和公信力,主要是看他粉丝的拥有数量。医院开设官方微博,不是为了完成上级主管部门的任务,不是为了做秀,而是为了更好普及健康知识,有效地与患者、公众交流互动。

在医院官方微博的推广方面,一方面增加发布信息的生动性、实用性和科学性,另外还要善于运用微博互动和参与功能。巧用“@”功能,将微博内容传给相关媒体和拥有较多粉丝的公众人物,获得他们的转发后,能够引起更多人的关注;灵活运用“#”功能,参与热门话题的讨论,扩大影响力。

总之,微博为医院的发展、医患关系的改善、健康知识普及等开辟了一条新的途径。但作为一项新技术,它在发展的过程中势必遇到许多需要完善之处。利用它才能利用好它,驾驭它才能更好地发挥其桥梁作用,更好地为医院的

各项工作服务。

参考文献(略)

浅谈血液透析室院感管理现状及对策

陈双如

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

血液透析是血液开放的一个过程,在这个过程中,很容易造成感染,再加上病人的抵抗力较低,因此在血液透析的过程中很容易感染乙肝、丙肝、艾滋病等可怕的疾病^[1],在临床中,我们也发现肝炎通过血源性传染的几率很高,因此临床中,加强对血液透析室院感管理,不断地规范有关的卫生安全政策和规范,对于提高血液透析过程中的安全质量管理有着重要意义。下面选取 13 家血液透析室管理状况进行分析调查,从而针对当前存在的问题提出有效的解决对策。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本次试验选用 13 家血液透析室管理状况进行分析调查,一共 13 家血液透析室,其中三甲级医院 5 家,二级医院 6 家,二级以下的医院 2 家。

1.2 调查研究方法

按照我国制定的关于医疗机构血液透析室有关的标准,主要包括《医疗机构血液透析室基本标准》、《血液净化标准操作规程》^[2]等,通过制定相关的调查题目,最终采用问卷调查的方法来获取信息,并且对所获取的信息进行进一步的统计。

2 结果

通过对调查的 13 家血液透析室管理状况结果探讨,我们发现其中 6 家血液透析室的整体布局不合理,5 家血液透析室的手卫生安全配置不全面,5 家血液透析室的手卫生执行情况存在一定的管理问题,3 家血液透析室的感染相关的隔离措施配套不健全,医护人员对于相关感染知识的认知率只有 69.01%。

3 讨论

针对本次调查研究,统计结果发现在本次试验的调查中,我们发现对于血液透析室管理状况,存在的主要问题就是血液透析室的整体布局不合理、手卫生安全配置不全面、手卫生执行情况存在一定的管理问题、感染相关的隔离措施配套不健全以及医护人员对于相关感染知识的认知率较低,因此加强对这些方面的血液透析室管理改善,能够消除感染隐患,提高血液透析室的管理水平。那么主要就必须从如下几方面进行改善。

血液透析室的建造结构布局预防性卫生监督管理需要预先介入^[3],在本次的统计中,我们发现其中有 6 家血液透析室的整体布局不合理,这就要求医院需要对建筑结构的建造情况进行重新的布局和规划管理,可以在血液透析室

进行改造的过程中,经过专门的卫生组织鉴定,按照相关的规范要求,进一步组合医院环境,实现科学规划和合理布局,提出合理化的建议,避免出现医院盲目建设而造成资源的浪费,最终形成规范的统一建造格局,有利于改善血液透析室的管理状况。

在本次的统计中,我们发现其中有 5 家血液透析室的手卫生安全配置不全面,5 家血液透析室的手卫生执行情况存在一定的管理问题。这就要求手卫生相关的安全配备需要不断地根据医院存在的管理问题,进一步进行系统配置的添加,确保工作的顺利开展。同时针对手卫生执行过程中的存在的管理问题,需要对整个执行过程中,进行标准规范化划分,进一步对其执行过程进行有效的管理,配置专门的管理人员进行系统管理,同时能够及时地发现感染患者,严格地对感染患者和非感染患者进行分组管理,在血液透析室对两组患者需要及时地进行隔离,配置隔离区,这样可以避免出现交叉感染^[4]。

在本次的统计中,我们发现其中有 3 家血液透析室的感染相关的隔离措施配套不健全,医护人员对于相关感染知识的认知率只有 69.01%。那么就需要注意对医护人员的培训和管理,提高医护人员对于血液透析过程中相关的透析机器、机械设备、消毒知识等有一个全面的了解和掌握^[5],同时提高医护人员的安全防范意识,做好整个防感染管理过程中的预防、隔离、消毒等方面的处理,尤其是医护人员在完成一项工作以后,一定要及时地做好手卫生和机器的清洗和消毒,并且医院内部设置专门的管理机构,加强监督和管理。

在血液透析过程中,涉及到的专业知识较多,并且在这个过程中,需要利用的辅助设备、辅助操作技术等比较复杂,操作过程中技术性非常强,因此对于血液透析室内的工作开展在我国仍然处于初级阶段,需要在长期地发展过程中,不断地对血液透析室及其医护人员等进行完善和管理,做好软件和硬件设备的配备,加强对医疗护理人员的专业知识培训和考核,切实提高临床人员的医护水平,加强血液透析室内的执行管理运行,使得血液透析过程中的质量和安全能够持续得到改善。

参考文献(略)

流程管理在手术室腹腔镜设备管理中的应用

赵 洁,陈质雅

(厦门大学附属第一医院手术室,福建 厦门 361003)

腹腔镜手术现在越来越广泛应用于临床,但其设备昂贵且精细,在手术操作过程中,随时都有可能发生故障影响手术^[1]。因此腹腔镜设备(包括摄像监视系统、光源机、气腹机、多功能单双极高频电刀、超声刀等)的规范使用、维护管理也是手术成功的保障,能有效缩短手术时间,延长腹腔镜设备的使用寿命,为患者提供安全优质的腹腔镜手术服务^[2]。这同时也是手术室质量控制的重要内容之一。鉴此,我院手术室是一所三级甲等医院,年腹腔镜手术 10000 余台,2011 年 1 月至今对腹腔镜设备使用的加强流程管理,获得比较满意的效果。现将结果报告如下。

1 内容与方法

1.1 管理内容

1.1.1 流程管理是一种以规范的、构造端到端的卓越业务流程为中心,已持续地提高组织业务绩效为目的的系统化方法^[2]。流程标准的建立是以活动为导向,认知分析腹腔镜使用的工作流程图,制定设备使用的核心流程、辅助流程、质控流程。

1.1.2 核心流程,为日常腹腔镜手术时的设备使用规程。对于新购进的腹腔镜设备,请厂家的工程师示范讲解该设备的基本性能、工作原理、操作方法及使用过程中的注意事项。并将使用规范流程图、注意事项、常见故障的表现及处理措施。将以上内容塑封成卡片,悬挂固定于该台设备上^[3]。同时设立仪器设备使用维护登记本,将该套设备的厂家名称、型号、工程师联系电话及相对固定的责任护士填写于登记本内。在日常使用过程中,使用该套设备的巡回护士要登记该台设备使用的时限、使用的医师及性能情况,并签名,以便责任到人。

1.1.3 辅助流程,是各种护理活动内容。包括对腹腔镜设备使用的统筹安排、建立腹腔镜设备维护、维修流程等。术前一天接到次日的手术通知单,对需使用腹腔镜设备科室的台次具体了解,进行统筹安排^[4]。掌握目前科室腹腔镜设备的数量及性能,有无处于性能不良的状况。如有手术较多而安排不开时,要及时反馈与临床做好沟通协调,合理调整手术台次顺序,保证为患者提供安全优质的腹腔镜手术服务。如出现故障,应由当台巡回护士及时将出现的问题及时记录,并报告专科组长、护士长。联系设备科维护人员及厂家工程师,对设备初步进行故障的判断,及时进行维修。维修正常使用后,要将出现故障的原因及处理措施进行记录并签名。

1.1.4 质控流程,由手术室专科组长、手术室护士长、设备科设备维护人员共同组成流程管理小组,负责对核心流程、辅助流程、质控流程进行制定、修改并不断优化。同时邀请腹腔镜设备的厂家专业维护人员介入,对流程管理过程中的环节质量进行指导。

1.2 管理方法

制定流程管理方法,遵循认识流程——制定、修改流程——建立确定流程——培训、试行流程——运作流程——监督检查——优化流程管理体系——不断学习、创新——再认识、改造流程^[5]。从中我们可以明确在腹腔镜设备日常使用过程中所存在的薄弱环节,针对其进行持续质量改进,确保腹腔镜设备安全、规范的使用。

2 实施

2.1 设备使用规范流程的建立、运行 术前认真检查各设备的性能,接通电源后,再开仪器开关,按厂家指导规范设置相应参数。使用完毕后,先关闭仪器开关,再断电源,以免长时间使用突然断电而损坏仪器^[6]。使用冷光源时,不可将亮度调节过高,关闭时应先将亮度复位为零再关闭电源,以免下次开机时冷光源亮度过大烧坏灯泡。摄像头及光纤应盘绕成圈,注意角度不可过大,以免折损。手术台上由临床医生扶镜时,手术室护士应提醒其注意不要过度拉扯光纤,使其弯曲角度过大而导致光纤断裂。

2.2 设备使用规范流程的培训 科内定期组织腹腔镜设备的生产厂家工程师和手术室腹腔镜专科组长进行业务培训,增强腹腔镜手术配合护士对腹腔镜设备进行科学管理的医师,提高其操作技能,减少由于操作不当引起的故障及仪器设备损坏^[7]。尤其是新护士入科后,在其规范化培训过程中要加强腹腔镜设备相关知识的理论学习及操作实训,经过专科组长考核过关后方可进行独立操作该仪器设备。要谨慎对待可能的故障原因,引入操作规范和标准,使工作人员对腹腔镜设备的故障产生因素进行有效评估,把握手术配合过程中的关键步骤,采取有效应对措施。

2.3 实际应用规范流程的监督、检查、反馈 手术室专科组长每周巡检腹腔镜设备,护士长每月随机抽查考核护士在实际工作的流程配合,将其存在问题记录在质控考核本上,并进行督查改进。每季度给临床医生发放问卷,了解其对腹腔镜使用的满意度,并针对其反馈进行改进流程。

2.4 优化流程管理体系 流程管理理论认为质量不是检验出来的,而是在流程中产生出来的,预防比纠正好;必须坚持持续改进,没有达到零错误率的工作都必须改进,也能改进^[8]。因此要定期针对质控流程过程中发现的腹腔镜设备使用存在问题,以鱼骨图的形式针对问题的真因进行分析,提出相应的应对措施。如因临床医师操作不当过度拉扯光纤,造成光纤接口处光导纤维断裂;部分腹腔镜品牌的摄像头连接主机处为芯片接口,过度的插拔易导致其磨损,接触不良影响影像质量;个别护士对仪器设备性能及操作不熟悉,造成医生满意度下降;设备出现问题后因配件(光纤、摄像头)无备货导致现场无法及时解决问题等。我们针对出

现的种种问题,对工作进行细化。在工作流程中增加洗手护士对临床医生,尤其是扶镜手的培训、督查,指导其在保证主刀医生的视野的同时如何正确的握持光纤。在规范的操作流程中增加温馨提示,针对部分腹腔镜品牌的摄像接头固定于主机,无特殊情况不可随意插拔。向设备科申请配置备用光纤、建议厂家配置替代摄像头、光纤等方式的采用,以保证在腹腔镜设备维修过程中有替代保证临床使用。

3 效果评价

3.1 设备使用、维护得到保障 流程管理让护士严格遵循操作规程进行相关操作,避免工作的随意性、盲目性,降低了设备因人为因素的损坏。同时流程管理明确了各环节中相关人员的职责,使得使用人员、维修人员、管理人员能各司其职,使用、检查、维修责任到人。有效防止各种不规范行为的发生,从而延长其使用寿命,减少损耗,在临床使用中保持良好的性能。

3.2 医生满意度得到提高 流程管理规范了洗手护士、巡回护士的工作内容及工作要点,护士遵照流程执行,使手术配合更加主动、有条理。同时术中设备的性能良好,医护配合默契,缩短手术时间,减少麻醉用药,提高手术效率。医生的满意度提高,由 84% 上升至 96%。

3.3 新护士工作能力得到提升 新护士通过腹腔镜设备的系统学习,迅速掌握其使用方法、性能及注意事项,并在工作

中与临床医生默契配合。流程管理使得手术室腹腔镜操作处处有指引,各环节有章可循,形成了大家都朝着规范、标准的操作去共同维护、爱护腹腔镜高值设备的良好氛围^[9]。

4 讨论

流程管理是一个有严格的工作程序,明确的工作目标的管理模式,它将给患者提供全方位优质的医疗护理服务,以患者尽早康复、医疗费用尽可能少作为最终目标。腹腔镜手术治疗凭借其手术切口小、术中出血量少、手术时间短、患者术后恢复快等优势,越来越广泛应用于临床^[10]。我们针对腹腔镜手术的特殊性,全面考虑腹腔镜设备使用流程,制定相应的核心流程规范护士的操作,及时发现问题采取措施,确保护理工作质量。通过设置辅助流程,协助解决工作中的故障问题,做到事事有人管。再通过质控流程对整个工作流程进行把控,在出现问题后及时的采取措施进行合理评价,修改无效措施或错误措施。并且在实施修订措施后要及时跟踪,确保所修订措施的可行性。通过核心流程、辅助流程、质控流程的有机构建结合,加强设备的正确使用和维护管理,不因设备故障或缺、操作使用不当而影响了手术,有效地提高护理工作效率和医生满意度。

参考文献(略)

· 医学人文 ·

人文·关爱合作试点病区和普通病区护士人文关怀能力现状的研究

洪丰颖,王艳红*,杨叔禹,周文,张瑞良,巫斌

(厦门市卫生和计划生育委员会,福建 厦门 361009)

台湾慈济慈善事业基金会(以下简称慈济)是 1966 年由证严法师在台湾东部花莲县创建。慈济于 1986 年在花莲建成佛教慈济综合医院,至此开启“守护生命、守护健康、守护爱”的慈济医疗志业新里程。在“以人为本,尊重生命”的慈济医疗理念推动下,短短 20 年间,慈济在全台境内共兴建 6 家医院。慈济医院医疗服务的主要特点包括:①从医院、病房的环境布置,到医疗护理的各项操作无不体现“以人为本”的思想。②医院针对不同人群的特殊要求,充分提供个性化服务。③志工服务是慈济医疗的最大特色,他们协助医务人员做各种辅助工作,担任起病人、家属、医疗团队沟通的桥梁。为了满足人民群众日益增长的健康需求,认真贯彻“以病人为中心”的服务理念,构建和谐医患关系,厦门市卫生和计划生育委员会(以下简称卫计委)与台湾慈济慈善基金会合作,于 2013 年 6 月在全市建立十三个人文·关爱合作试点病区(以下简称试点病区),以期通过学习和借鉴慈济人本医疗的特色,进一步深化自身的医学人文建设,为改善医患关系做有意义的探索和尝试。试点病区开展了

三个月医学人文活动,厦门市卫计委就试点病区护士的人文关怀能力与普通病区的护士进行了调查比较,现将结果汇报如下。

1 对象与方法

1.1 对象

于 2013 年 8 月底对厦门市岛内一家综合医院和三家专科医院的护士进行人文关怀能力的调查。采用方便抽样分别选取四家医院的一个人文·关爱合作试点病区和一个普通病区的护士,所有护士均自愿参加本研究。所选病区的实习护生、进修生等不参加调研。共发放问卷 80 份,收回有效问卷 80 份,回收率达到 100%。年龄最大 56 岁,最小 21 岁,平均 29.9 ± 7.0 岁。工作时间最长 30 年,最短 1 年,中位数 6 年。本科学历护士 33 人(41.3%),其余均为大专及中专学历,初级及以下职称者 60 人(75%),中级及以上职称 20 人(25%)。

1.2 人文·关爱合作试点病区的医学人文建设举措

1.2.1 改善病区硬件设施 积极改善试点病区内的硬件设

施,增加便民服务设备,使医院环境更加温馨,医院更具“家”的氛围。

1.2.2 开展医学人文教育实践活动 对医护人员进行人文培训,制定规范用语,邀请专家讲授礼仪、医学伦理、医学法规等人文类的课程。其次通过树立榜样、宣传经典案例等方法,积极营造人文关怀的氛围。管理者可以利用晨会交接班,分享医护人员在为病人实施人文关怀过程中的经验、困惑、心得。

1.2.3 增加主动服务意识 开展“入院有人迎、住院有人查、出院有人送、回家有人访”的四有服务,使病人得到连续的护理服务。积极组织医务人员对所辖社区的居民进行义诊,健康教育,努力提高居民防病、治病健康意识。

1.2.4 推动个性化细节服务 实现医学技术与人文关怀、心理学相结合,提倡细微服务、贴心服务、感动服务、个性化服务,改善病人就医体验。

1.2.5 开展志愿者服务活动 开展以“志愿服务进医院,携手医患献爱心”为主题的医疗志愿服务,医疗志愿者可以为病人提供心理支持,包括对病人及其家属的心理辅导,开展互助活动,开设疾病常识和保健讲座等服务,帮助协调医患关系等。通过引入志愿者服务可以为病人搭建奉献爱心的平台,使患者既能得到安全、有效、便捷的医疗服务,又可使病人获得社会各界的关爱和帮助。

1.2.6 增加医患沟通有效性 了解医护人员的沟通能力,并采取积极措施改善。充分尊重病人的知情同意权和选择权。利用公休座谈会,健康教育的时机,加大与患者的沟通力度。

1.2.7 切实关心一线员工 学习借鉴慈济“以戒为制,用爱管理”的文化内涵,以人为本,尊重同仁,关爱每个医务人员,重视员工的自身发展,挖掘潜能,鼓励创新,为医务人员创造良好的工作软、硬环境,提供发展的机遇和平台。

1.3 方法

采用福建省医科大学黄弋冰等于 2007 年研制的《护理大学生人文关怀能力调查问卷》^[1] 调查护士人文关怀能力。该量表共有 45 个条目,八个维度,分别是:健康教育(7 个条目)、形成人道、利他价值观(6 个条目)、科学解决健康问题(4 个条目)、协助满足基本需求(4 个条目)、提供良好环境(5 个条目)、促进情感交流(5 个条目)、帮助解除困难(5 个条目)、灌输信念和希望(9 个条目)。问卷采用 Likert-5 级评分法:5 = 完全符合;4 = 基本符合;3 = 不能确定;2 = 基本不符合;1 = 完全不符合。该问卷 Cronbach' α 系数 0.904,内容效度 0.960。

采用 Epidata 3.02 建立数据库,SPSS19.0 进行统计分析。均数、标准差描述试点病区护士和普通病区护士人文关怀能力。单因素方差分析、独立样本 t 检验分析影响护士人文关怀能力的因素。

2 结果

2.1 护士人文关怀能力的现状

护士人文关怀能力总均分为 3.95 ± 0.35,其中健康教育、促进情感交流、人道、利他价值观得分最高,协助满足基本需要、帮助解决困难和提供良好环境得分最低(见表 1)。

表 1 护士人文关怀能力的现状

人文关怀各个维度	条目数	($\bar{x} \pm s$)
健康教育	7	4.35 ± 0.41
促进情感交流	5	4.35 ± 0.43
人道、利他价值观	6	4.30 ± 0.41
科学解决问题	4	4.22 ± 0.48
灌输信念和希望	9	4.15 ± 0.45
协助满足基本需要	4	4.05 ± 0.46
帮助解决困难	5	3.38 ± 0.64
提供良好环境	5	2.48 ± 0.68

2.2 人文·关爱合作试点病区与普通病区护士人文关怀能力的比较

试点病区护士的人道、利他价值观得分高于普通病区的护士,差异有统计学意义(P < 0.05)。其余维度的得分与普通病区护士得分的差异没有统计学意义(见表 2)。

表 2 人文关爱合作试点病区和普通病区护士人文关怀能力的比较($\bar{x} \pm s$)

总分及各维度	试点病区 n = 43	普通病区 n = 37	t	P
关怀能力总分	3.98 ± 0.33	3.91 ± 0.38	0.914	0.363
灌输信念和希望	4.18 ± 0.44	4.12 ± 0.47	0.545	0.587
健康教育	4.41 ± 0.37	4.29 ± 0.44	1.353	0.179
人道、利他价值观	4.38 ± 0.37	4.20 ± 0.44	2.000	0.048
科学解决问题	4.26 ± 0.48	4.18 ± 0.48	0.796	0.428
协助满足基本需要	4.10 ± 0.44	3.99 ± 0.48	1.149	0.253
提供良好环境	2.48 ± 0.72	2.47 ± 0.64	0.088	0.931
促进情感交流	4.36 ± 0.42	4.35 ± 0.45	0.125	0.900
帮助解决困难	3.37 ± 0.61	3.39 ± 0.68	-0.188	0.851

2.3 影响护士人文关怀能力的因素

不同年龄、工作年限、职称护士人文关怀能力总分均有差异(P < 0.05)。不同教育程度护士的人文关怀能力总分均分没有差异(P < 0.05)(见图 1 - 图 4)。

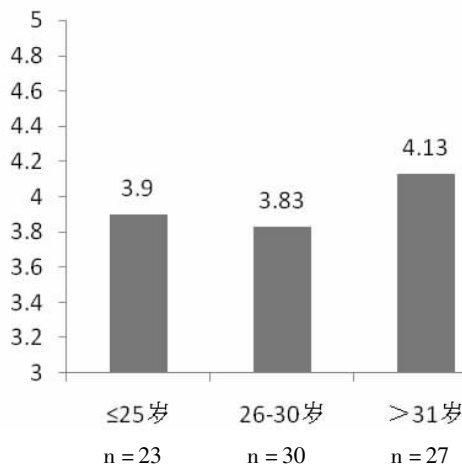


图 1 不同年龄护士人文关怀能力总分均分差异

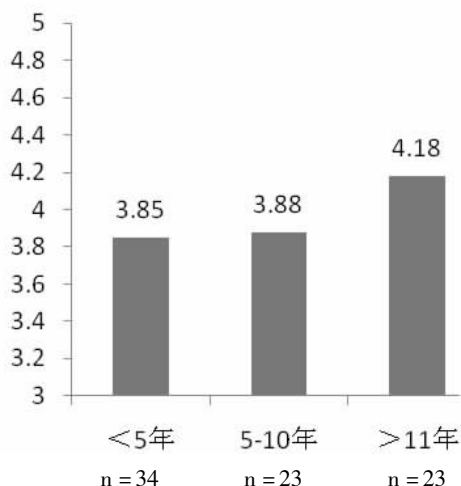


图2 不同工作年限护士人文关怀能力总分均分差异

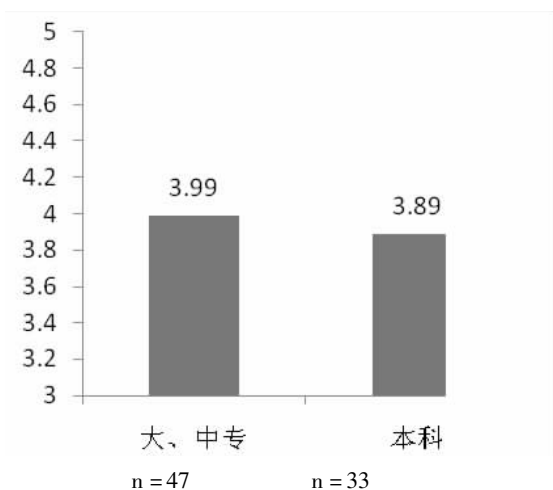


图3 不同教育程度护士人文关怀能力总分均分差异

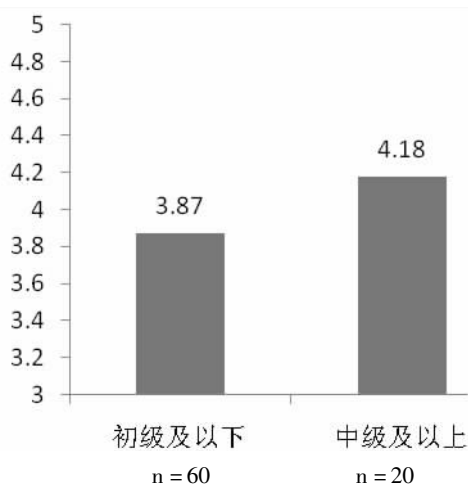


图4 不同职称护士人文关怀能力总分均分

3 讨论

3.1 护士人文关怀能力现状

本研究发现护士人文关怀能力总分均分为 3.95 分(总分 5 分),人文关怀能力尚可。这与国内其他研究结果类似^[2]。人文关怀能力各个维度中,均值最高的前三项为健康教育、促进情感交流、人道、利他价值观。均值最低为协助满足基本需求、帮助解决困难、提供良好环境。提示护士在临床实践中有一定的人文关怀价值观,注意与患者进行沟通,并对其实施健康教育。但是在满足患者基本需求方面还有不足,这可能与护士工作忙碌,人力配置不足有关。提示护理管理者要重视护理人员的配制,改善工作流程,使用护理信息系统,提高护士工作效率,使护士有更多的时间为病人服务,满足其需求。

3.2 人文·关爱合作试点病区和普通病区护士人文关怀能力的比较

医学人文内化是提高医护人员人文关怀能力的根本。内化是指个体所认同的新的思想观念或规范和自己原有的观点信念结合在一起,构成一个完整的态度体系,并且这种态度体系是持久的,升华成为个体人格不可分割的一部分^[3]。医学人文内化的内在驱动因素包括:医学人文认知、医学人文需要、医学人文情感,而经济保证、法制支持与舆论引导则是医学人文内化的外在驱动因素。郭瑜洁提出护士人文关怀品质的内化环节包含模仿榜样、审美、体验、感悟、价值认同和实践等 6 个环节^[3]。本研究发现试点病区护士的人道利他价值观分值高于普通病区护士,且差异具有统计学意义。这提示试点病区通过采取各种各样医学人文建设的综合措施,促进护士形成了人文关怀的价值观。本研究没有发现试点病区与普通病区护士人文关怀能力其他维度的差异,这可能因为试点病区的建设仅仅只有三个月,护士对人文关怀有了一定的认同,但是还没有完全内化,改变自己的行为。

3.3 影响护士人文关怀能力的因素

本次调查结果显示,护士的关怀能力随着年龄和工作经验的增长而增加,随着职称晋升,护士人文关怀能力随之增强。护理人员在长期的护理工作中,通过运用专业知识、沟通技巧与患者建立良好的护患关系,主动关心患者,逐渐学习、积累人文知识,形成了主动关爱他人的意识。护理人员通过采用人文、整体方法进行临床护理活动,在护理活动中体现护患互相尊重和信任,增强自身的专业关怀能力,提高护理服务的质量。护理管理者要采取有效措施提高年轻护士、工作时间较短,职称较低护士的人文关怀能力,制定切实可行的关怀教育计划,加强对护士关怀知识和技能的培训以及管理制度的调整和补充,增强护士的关怀能力,提高患者的满意度。

参考文献(略)

呵护医生的心理

李永忠

(厦门大学附属中山医院,福建 厦门 361004)

我们是医生,我们也需要关爱。

一直以来,医生和医学群体都是出现心理健康问题的高风险人群。他们所面临的工作时间长,工作压力大,工作要求技能高,承担责任重,难以平衡工作和生活,以及对于诊疗失误的担心,都不可避免地影响他们的心理健康。

国内外很多调查均显示,医生和医学生群体心理健康状况堪忧。例如,澳大利亚网站去年 10 月发布的澳大利亚全国医生和医学生心理健康调查结果显示,医生和医学生群体的自杀率以及焦虑、抑郁发生率都高于其他职业人群。如果医生群体的心理健康问题不能得到有效处理,必将影响他们对患者的诊疗,最终影响患者安全。

1 60% 医生心理状况堪忧

国内外调查均显示,医生群体是心理健康状况欠佳的高危人群,包括工作时间长、轮班工作、工作时间不规律、工作压力大、医患关系紧张、工作要求技能高以及科研、晋升本要求等等,都是医生群体出现各种心理问题的危险因素。医生的心理问题如果不能得到及时解决,不仅危害医生自身健康,还会影响其医疗工作的开展,进而影响患者安全。

然而,对于医生的心理健康问题,无论国内还是国外,均未能得到足够的重视。近年来医患关系日益紧张,甚至发生恶性伤医事件,对于医务人员的心理健康影响不容忽视。

为了唤起对医生心理健康的重视,《中国医学论坛报》综合周刊启动了医生心理状况调查。

从 2014 年 7 月 17 日至 9 月 10 日,共 8533 人阅读该调查,914 人参与调研。参与者来自全国 30 个省、自治区或直辖市,涉及几十个临床科室。结果显示,国内医师的心理健康指数平均为 24.17 分,处于第三区间,属于患心理疾病危险性较高的职业群体。其中,只有 10% 的医生处于第一区间(15 分以下),属于低风险人群;30% 的医生处于第二区间(16-21 分),属于内附较低人群;35% 的医生处于第三区间(22-29 分),属于内附较高人群;25% 的医生处于第四区间(30-50 分),属于高风险人群。

调查并未显示中国男医生和女医生在心理疾病方面存在差异。三级医院和二级医院医生心理疾病风险差异不显著,但二者均显著高于一级医院。工作年限对心理疾病风险亦有影响,工作 10 年以上的医生心理疾病风险低于工作 3-10 年和 3 年以下的医生。技术职称方面,随着医生职称的晋升,心理疾病风险逐渐走低。正高和副高职称医生心理疾病风险低于初级和中级职称医生。

2 关注生命健康,维护医师权益

17 名全国人大代表、政协委员、知名法律工作者呼吁:

2.1 医师从自身做起,要求保障休息权、休假权,避免长期处于超负荷工作状态。反对带病坚持工作,在切身利益受

到侵害时,医师要敢于说“不”!

2.2 医院管理者要尊重员工的权利,与员工签订劳动合同。在安排工作时,除抢救、手术原因外,医院应严格执行《劳动法》规定的休息时长。在节假日值班或抢救超时等情形下,要给予医生合理的劳动补贴。对于因过渡安排工作导致医师猝死的医院,应问责医院相关负责人。

2.3 卫生行政部门应根据医院的门诊、住院患者量核定编制。编制的核定要严格按照《劳动法》规定的工作时间核算,并逐年动态调整。

2.4 面对目前仅认定在工作时间、工作场所、往返途中猝死才算工亡的过窄认定,考虑猝死的延迟发生,呼吁科学、合理放宽工亡认定标准,建立合理的补偿机制。

2.5 从政策保障入手,合理提高医师待遇,设立针对保护临床高危人群的法律法规,创造一个健康的生活和工作环境。注重医师权益维护,呼吁从国家层面建立法律援助机制,当医师人身安全受到损害时,卫生行政部门及医院给予帮助和关爱。

我们强烈呼吁,从医院到社会尤其是立法层面,建立起关爱医师生命健康机制,建立医生加班、值班后的强制休息机制,通过合理的制度保证医师的生命健康,以便更好地为社会服务。

3 医学可以扶伤但不能救死

医学有不可超越的界限,无论发展得如何好,都有不能攻破的疾病。19 世纪以前,导致人类死亡的主要疾病是细菌和病毒感染,而如今随着人类寿命的整体延长,退化性疾病已经成为威胁生命的第一杀手,即因器官衰老造成的,如癌症、心血管等疾病。

在疾病发生变化的同时,医患关系同样面临着挑战。医生身上的担子更加沉重。事实上,患者的身体需要治疗,心灵更需要安慰。人生病的时候,是最脆弱的时候,所以对医生态度非常敏感,如果没能感受到医生的同情心,他的心情会沮丧到极点,会觉得世界是丑恶的、人生的可悲的,而反之,就会对世界和人生产生信心。因此,医生应该用哲学方式进行思考,给予患者更多的同情与关怀。

古代的医学是哲学,现代的医学是科学,后现代的医学应该是哲学和科学的统一,医学院的医学生应该把哲学课作为必修课,一个好医生应该同时是一个头脑智慧、心灵丰富的哲人。

我们总说医学的使命是救死扶伤,但我认为医学可以扶伤,但不能救死,也就是说能治的病要去治,治不了的病要改善患者的生命质量,给予生命的关怀。这需要根据医学的局限性来确定医学的边界和目的,让患者形成共识。

如今的许多医患纠纷,尤其是因患者死亡造成的医患

纠纷中,很重要的原因是患方不能用冷静的态度来面对死亡。中国人自古以来对死亡都有着回避的态度,一旦有了不可治的疾病,就因为来日不多而产生恐惧和焦虑的情绪,甚至直接拒绝,不承认自己患绝症,将所有希望寄予医学,认为医生是可以包治百病的。

除去医患纠纷这一部分,单从患者对死亡的恐惧心理而面对死亡基本有两种方式,一是信仰和宗教,一个有宗教信仰的人,他相信灵魂是有去处的,处在这种情景下会比较平静,不会恐惧;二是哲学方式,一个看明白了人生道理的人,知道死亡是自然的事,会有更好的心态。而在我国,后一种方式会更简单易行,如果大家都能形成这样一种氛围,不仅减轻了医生的负担,更让患者和家属在最后阶段真正从恐惧中解脱出来。

4 医院是救死扶伤的主战场

医院是救死扶伤的主战场,医生每天为患者忙碌地奔波,有时却因为偶然的“伤医”事件被一次次伤害,使他们受到怀疑误解,使他们背上学生的负担,如果不去制止,则会使整个医疗行业受到质疑。

事实上,许多人对医生都持有怀疑态度,这源于对医疗行业的不理解。医学与其他行业不同,由于关乎生命,我们对医学的要求往往达到了 100%,不能有丝毫的差错。然而事实上医学是一门科学,虽然在发展,但存在许多大众并不了解的事情,医生的力量也是有限的,只能用现有的、有限的知识,竭尽全力地为患者服务。此外,目前我国医疗资源相对集中,患者“被迫”长途跋涉到某一个大医院去看病,形成了所谓的“医坛”,虽然有着看病贵看病难的问题,但从医生的角度来看,二甲以上医院的医生只占有所有医生的 20%~30%,但却要承担多达 70% 的就诊量,压力可想而知。

医学是快速发展的科学,医生需要不断地学习,需要大量的时间和精力。希望媒体和大众可以真正了解医生背后的心酸,真正理解医生,也希望在未来,各医院之间可以加强资源共享,减轻患者和医生的负担。

5 正确理解医生仍是当务之需

在媒体和公众舆论的轮番“关照”下,近 10 余年来医患矛盾突出,医务人员的执业环境越来越恶劣,甚至人身安全都得不到保障,医护人员喋血工作岗位的案例层出不穷。当舆论还在奚落“九成医务人员不愿意自己的孩子学医”是一种“集体撒娇”的时候,医科院校陆续出现第一志愿招不满人的现象,继而出现招生分数线下移。

除此之外,当前医疗行业劳动强度大,晋升难和收入低的现状,也让大批的医科毕业生转身投入到其他行业的怀抱,加剧着医疗行业的“贫血”。在很多医院,医生护士都处于超负荷工作状态。

当医生不再是理想的一种事实。如果医疗执业环境继续恶化,医护人员的合理薪酬得不到解决,医护人员的流失会越来越快。

在很多医院,医护人员每年补充的速度远远赶不上辞职的速度,护士尤为明显。

作为一名救死扶伤的医生,当他们面对身心极端痛苦的患者时,患者对医生的期盼与渴求必然会让医生体会到自己的社会位置和社会责任。

因此,在现代社会的医院中,每一名医生在接诊患者时,无论在门诊还是在病房,患者无助的期盼,祈求的眼神,殷切的述说,无一不是在唤醒医者的道德与良心,无一不是在荡涤医生的灵魂,因此,医生的医魂、书本上的说教,不是外来的硬加的基因,也不仅仅是历史传统的承继。只要是从事医疗服务的医生,他们每天每时都在和患者密切的接触,他们每天都在医疗行为中感受着自已的社会责任,他们的心灵时时处处都受到荡涤、提纯。这种由职业带来的灵魂荡涤和塑造,才是他们能在职业生涯中克服个人私利私欲的根本原因。

医务人员长期在超负荷状态下工作已经成为不争的事实,医师的生命健康权必须得到保障,这不仅是医生们的诉求,也将是患者的福音。

为“关注生命健康,维护医师权益”加油。呵护心理健康努力。

从行为医学视角思考医患关系中的人文关怀问题

谢剑灵

(厦门市中医院医务科,福建 厦门 361009)

分析我院近 4 年医疗投诉案例,主要原因涉及医疗服务、医患沟通、医疗环境、医疗费用、医疗管理以及医疗技术等方面。按照医疗服务投诉原因的分类,其中服务效率、服务态度、环境质量、医患沟通、管理服务可以归类为医学人文服务,占总投诉的 90%;而对医疗技术的投诉仅占 10%。这些让我们清楚地看到,医学人文关怀的缺失成了影响医患关系的凸显问题。运用行为医学方法,弘扬医学人文精神,注重人文关怀实践,对融洽医患关系,对减少或避

免医疗投诉来说越来越重要。

1 从行为医学看医患关系和人文关怀

1.1 行为医学与医患关系相互促进。

行为医学是综合行为科学和生物医学科学知识的交叉性学科,是探讨导致疾病的行为模式和外界刺激的行为反应,及研究治疗行为疾病和矫正、干预不良行为现象^[1]。医学行为是行为医学研究的重要内容,其核心包括医学活动中的各种医疗行为和医疗活动。医学行为圆满完成需要

医患合作,病方不良就医行为及不良遵医行为影响着病方的康复。病方要康复,首先要有较好的医从性,接受医生指导,减少有碍身体恢复的不良行为,这需要病方自觉接受临床医学行为干预,病方与医方合作下完成整个就医和遵医行为。医患关系促进医学行为,医疗行为贯穿于医患关系的始终。医方的发展需要丰富的病人资源,医方为患方提供全方位的诊疗、护理及随访服务。为了吸引病人,医方必须改善医疗行为,增强服务意识,必须建立整套促进医患关系的行为规范,促进医患关系和谐,以适应病方的要求,医方只有靠吸引病人才能生存和发展,和谐的医患关系是开展一切医疗活动的良好基础与有力保障。

1.2 医学行为与人文关怀相互规范。

医学行为是行为医学重要的研究内容,医学行为要求医学科技与医学人文精神相统一^[2]。医疗活动的过程其实就是实践医学技术和医学人文相结合的过程,医学技术是患者疾患痊愈的物质保证,医学技术解除患者躯体上的痛苦,医学人文则是为患者身心康复提供精神支持。随着医疗大环境的变化,患方对医方的要求越来越高,作为医疗技术提供方的医方应主动适应环境的变化,迎接日益激烈的医疗竞争,患者有尊严地就医,医者有尊严地行医,医学行为才能减少偏差。人文关怀规范医学行为,人文关怀要求医务人员诊治上能正确针对病情对症下药,其医疗行为不损害患者利益。医疗行为、医学科技的发展本质和规律决定了它必须与医学人文精神融通。针对疾病谱系的变化,诊疗行为使单纯技术治疗转为技术、心理治疗并重的规范化诊疗护理模式;使单一的医疗服务转变为医疗、预防、保健、康复、健康教育于一体的全方位立体化服务^[3]。随着生活水平的提高,广大群众对医院和医生的期望值也明显提高,因此,医学行为与人文关怀相互规范相互促进。

1.3 就医行为融会医患关系。

行为医学的目的就是促进不良行为的减少,倡导文明、科学、健康的生活方式。病人就医过程中,患者希望得到安全高质的医疗技术服务以外,还希望被尊重和关心,并给自己带来情感慰藉和精神鼓励的人文关怀服务。病人在就医过程中因医护人员营造了良好的医患关系而使自己的恐惧、焦虑、忧郁等负面情绪发生减少,同时对自己的病情心中有数,增强与疾病斗争的信心和勇气,让就医行为顺利完成。

1.4 遵医行为贯通医患关系。

行为医学研究表明,不仅疾病有各种各样的行为表现,更重要的是人的行为对健康状况有着巨大的影响。临床医学行为直接关系着病人的安全与转归,医学行为有双刃效应,正确行为对病人康复有利,不良行为对人的健康有直接或间接的、明显或潜在的危害作用。病人的遵医行为直接关系到病人疾病治疗的有效性和疾病的预后,良好的医患关系不仅能患者很好地配合医疗活动,还能使医生更全面地了解患者的整个病史,做出准确的疾病诊断和选择合理的治疗方案,增加患者治疗的依从性,达到患者健康需求的目的,因此,良好的医患关系,是提高遵医率的关键。

1.5 诊疗行为促进医患关系。

诊疗行为是医学行为的重要组成部分,它包括诊断行为和治疗行为两个方面^[5],其目的是通过对疾病的诊断和治疗,帮助患者康复,延长生命或对其健康状况作出结论。不规范的诊疗可以直接伤害患者或影响疾病的治疗效果,也可间接导致一些不良后果,最终影响疗效,损害患者的身心健康,给患者和社会造成巨大的经济损失^[5]。在诊疗病人的各个环节中避免诊疗行为不规范,减少风险,能有效地提高诊疗行为质量^[6]。因此,良好的诊疗行为促进医患关系和谐。

2 医患关系中人文关怀缺失现状

2.1 只见疾病不见人,缺乏对患者的尊重和关心。忽视患者的心理需求和精神感受,诊疗中常出现“生、冷、硬、推”行为,把医患关系认为是“病人就医、医生施医”的行医关系,医患关系中没有“给人看病”的人文精神,没有尊重病人知情、同意、选择权,患者来医院诊病无法和医务人员进行从容地交谈,无法得到充满爱心的抚慰,引起患者的反感。

2.2 防御性医疗技术滥用。医生忽视病人利益,对医疗干预的性质认识不足,医生为了自我保护,医生在治疗过程力求稳妥,担心承担风险,在工作中出现常实施防御性医疗行为,医生不认真履行自己的专业精神,对患者实施过度检查、过度用药、过度医疗服务,滥用抗生素,增加了患者医疗费用,增加了医疗投诉。

2.3 医患交流欠缺。医患交流中医生不能将医疗术语通俗化,患者“不知医生所云”,没有把诊断问题、治疗措施及治疗方案与患者及家属认真沟通,有些手术谈话内容流于形式,只是一味让患者签字,却没有让患者及家属真正了解手术的风险及可能出现的并发症,一旦手术没有达到患者及家属的预期效果,就会出现医疗投诉。我院 70% 的投诉源于医患沟通不够。

2.4 强调医疗技术至上。忽视了要从人文关怀角度选择适宜的医疗技术为病人服务。医生对“望、触、扣、听”的基本技能越来越生疏,最基本的也是促进与病人情感沟通的病史采集和体格检查却被抛在一边,用冰冷的检查仪器设备所替代,对疾病的诊断越来越依赖于超声、CT、MRI、DI 等昂贵的大型检查设备。有些医生坚持可查可不查的一定要查,医生问诊没几句,身体也没有检查,立刻就让病人做各种检查,增加了病人的不满。

2.5 行医时缺乏职业精神,患者受到误诊误治的伤害。由于医生责任心不强,规章制度和操作常规落实不力、执行不严,特别对影响医疗质量和患者安全的核心工作制度熟视无睹,业务技术水平不高,急诊未能急查急治,查对不严,观察不细,用药不当,交接不清,检查和观察病情不认真、不全面、不及时,对可能出现的医疗安全隐患认识不足,防范不力。

2.6 病人就诊流程不方便。标识、指示不清导致患者就医不便。各咨询台工作人员对患者提出的各类咨询问题解释不够。门诊量已远远超出按原有规划设计的建筑布局及接纳限度,每天病人有高峰低峰时段变化,可医院诊疗流程多

年沿袭,病人高峰时段经常出现人满为患的现象,“三长一短”问题突出,即就医时挂号时间长、候诊时间长、取药时间长,但看病时间短。医技检查室缺少导医,候诊室小、候诊椅少,病人没有活动空间,MRI及B超等检查需要预约,使得病人完成各项检查需要耗费大量时间,病人得等上1~5天时间才能完成检查,病人不能马上确诊或治愈,需要多次往返于医院,浪费了病人许多的非医疗时间。

3 医患关系中人文关怀缺失的原因

3.1 人文关怀服务理念淡漠。

医务人员注重医疗技术的训练,忽视了人文因素对疾病和健康的影响。有些医务人员受市场经济的影响,把经济效益放在第一位,忽视了在医疗服务过程中所蕴涵的医院人文精神,医疗队伍中也确实存在一些职业道德缺失、人文精神失落的不良医生。还有少数医务人员不专心钻研业务技术为了提成滥用检查过度治疗。有些医务人员态度冷漠,对病人脸难看,话难听,推诿,不负责,甚至公开或暗示收受和索要患者的钱物,损害了医务人员的整体形象。

3.2 科学技术至上导致人文关怀的淡薄。

有些医务人员技术至上的观念根深蒂固,忽视患者的情感因素,没有做到“急患者之所急”,只注重对疾病的治疗,既没有深入患者内心深处,也不关心患者的心理状态;对各种医技检验适应症掌握过宽,针对性不强。医生们越来越注重疾病的治疗及检验单的开出,缺乏人与人之间彼此的人性关怀。

3.3 医患沟通不顺畅。

医患沟通流于形式。对医患沟通的重要性重视不够,常出现沟通不及时,沟通缺乏技巧,语言内容表述不够通俗,对病情不良的预后估计不充分,沟通信息与病人实际情况不符,使患方对医护人员的技术水平产生疑虑,使患方对诊疗行为的正确性产生怀疑,造成患方的不理解或难以接受现实。医患沟通缺乏人文关怀。医务人员常常不注意观察和感受病人的心理变化,没有适时调整自己沟通方式,使病人不容易接受。病人对自身患病情况也越来越模糊,必然对疾病产生恐惧,带给患者新的痛苦,忧虑和疑惑。

3.4 管理体制滞后促成人文关怀的淡化。

3.4.1 医院公益性淡化。财政投入的不足,医院管理中存在急功近利行为。目前医院推行的以“数据绩效”为中心思想的二级核算及绩效考核机制,科室和个人业务创收与绩效挂钩,间接鼓励了医护人员多做检查和治疗,造成科室医生片面地追求业务指标,使医院的公益性有所淡化。

3.4.2 医护服务人力不足。科室人员较紧缺,业务量大幅增加,住院人数远远超过了编制内额定床位数,可医护人员无法增加,医护人员的工作量和工作强度大,而医护人员手不够、医护人员比例太低,使医生每小时要看十多个病人,每位住院医师管近20位病人,甚至更多。临床医生疲于应付病历书写,与患者交流并提供情感服务的机会就更少。

3.4.3 二级核算分配体制造成轻人文服务。临床医技科室都是实行二级核算,设备器械等经费支出都列入科室成本,医疗指标和任务的完成主要以业务数据为衡量标准,受经济利益的驱动,很难使科室不把业务收入作为首要位置,这

类办法确实能调动科室积极性,增加了医院收入。这种产生的效益与科室及个人分配挂钩的体制,导致医院科室功利氛围升高,使得人文的理念贯彻受到影响。

3.4.4 缺乏人文关怀监管机制。医院引导医生注重人文关怀的制度和政策导向不够,强调“病人至上”,凡出现病人投诉就扣当事科室当月绩效分,这些措施表面上看来为了病人满意率加强了管理,往往事与愿违,领导的过高要求,增加了员工的心理负担,医疗技术的巨大风险和不确定性,造成了医务人员工作主动性受影响,医务人员采取了一些消极的、自我保护应付的方式诊疗病人,甚至为满足病人的一些不合理要求选择放弃原则,影响了职工的积极性。医院缺乏人文关怀评价指导指标和相关的管理制度,医院人文关怀执行的监督职能不明确,职责不清,职能部门相互推诿。

3.5 规模扩大内涵质量下降造成人文关怀的削弱。

医院规模扩大了,患者就医条件改善了、就医环境优化了、医疗专业齐全了、现代化诊疗设备配全了。诊疗技术设备越来越先进,管理制度越来越健全,责任追究越来越严厉,可由于内涵建设理念更新滞后,医疗投诉数量增长越来越明显。医院快速扩张,增加了不少人员,这些人员的素质参差不齐,有些引进人员尽管文凭高,但业务技术不高,使得服务质量、服务意识、服务水平、人文关怀与漂亮的建筑物外表不相配套,医疗质量管理、医疗技术水平、服务水平、人文关怀等内涵建设没有跟上医院规模扩大的步伐,影响了病人满意率。

4 提升人文关怀水平的对策

4.1 倡导患者至上的人文关怀服务理念。

我们要充分认识医学人文精神在对病人诊治中的影响力及作用,人文关怀是高质量医疗服务和医学模式转换的必然要求,是减少医疗纠纷,提升医院的竞争力有效措施。医院人文学科建设水平的高低,影响着医院的整体形象和社会信誉度;医者人文素质的高低,直接影响到医疗服务质量和患者的满意度。我们要怀着感恩的心态,尊重每一位患者,努力践行医学人文精神。尊重人是医学人文精神的基点,病人到医院求治,就意味着把生命托付给了医院。要认真仔细诊治每一位病人,同时要留意病人的心理感受。注意维护病人的合法权益,保护病人的隐私,增加病人的安全感和对医院的信任感。在临床服务中自觉地去实施人文关怀,让病人所期望的尊敬、温馨、舒适、方便、经济、安全在医疗服务得以实现。

4.2 转变医疗作风矫正冷漠行为。

“冷漠综合征”已经成为当下医疗界的慢性病、流行病,医生的冷漠是对他人生命的一种轻视,对社会道德规范的一种冷淡,是内心信念的缺失。医务人员要改变不良的心态,改变对病人的态度,我们的服务事关病人的生死,责任重大,在诊疗中,做到既看“病”又看“人”,不仅要重视解除患者器质病变,消除痛苦,还要致力于解除患者精神上的痛苦,为患者提供心理、精神支持^[5]。人心都是肉长的,我们用心了、动情了、尽力了,无论结局如何,绝大多数患者及家属都是能够理解的,也是充满感激的。患者可以容忍医学的无

奈,却无法容忍医生的冷漠。因此,我们要转变医疗作风,要拿出刮骨疗毒的勇气,认真治一治医务人员的“冷漠综合征”。从细节做起,从病人最不愉快的环节做起,从病人感觉最不舒服的环节抓起,从病人感觉最不方便环节做起,做到服务环境温馨化、服务流程人性化、医患交流亲情化、收费标准透明化、医疗规范公开化,使病人在就医的全过程中彰显充满“仁爱、关怀”的人文精神。

4.3 重视对医生的人文关怀。

要让患者满意,必须使医院员工满意。应重视对医务人员的关怀,帮助医生改变和调节压力。员工的辛勤劳动应得到合理的回报,全力改善医务人员的待遇,帮助员工在为患者服务过程中提升自身价值,让员工认同医院所倡导的价值观。关心员工的成才,把员工的学习机会、晋升等激励因素融入医务人员的工作之中。让医务人员为患者提供良好的服务,领导和职能部门就必须为一线的医务人员提供良好的人文服务,激发医务人员的主动性、积极性和创造性。

4.4 切实加强医患沟通。

要有强烈的沟通意识,医患沟通是实施人文关怀的医生必须具备能力。医生通过医德、医素、医态,以及通过聆听、交流等来表达自己的关怀,运用对方较易理解和接受的语言方式进行有针对性有效的沟通。把医患沟通纳入医疗质量范围中进行管理,病人的诊断、可能病因、治疗方案、治疗疗程、手术的原因、手术风险、注意事项、患者配合的注意事项等病人关注的内容用书面告知患者及家属,耐心为病人讲解,告知病人不同治疗方案的可能结果,及时征求意见,打消患者的顾虑,及时疏通患者的心结。

4.5 创新人文关怀管理体制。

4.5.1 人文关怀纳入考核体系。现有考核指标大多偏向功利面,忽视了病人对医疗服务质量的满意度。要将患者满意度、医患沟通满意度、医生的人文素养和人文关怀实践的指标纳入医疗质量考核评价体系中,取消或减少现有的二级核算制度的业务数据指标分值,减轻医生完成定额经济指标的压力,为人文关怀的回归从制度层面提供保证。

4.5.2 建立人文关怀奖惩分配机制。目前医院员工不管是否履行其职责、是否给医院带来收益,每月都是同职称可以享受同报酬,激励机制作用不强。将人文关怀执行情况列入医技人员考核内容,包括每月医技申请单的合理性、病人满意率、患者投诉、纠纷赔付等情况全部记入个人考绩档案,与当年晋升、聘任、奖金挂钩,屡犯者一票否决。要建立以工作量、医疗质量、人文服务、医疗成本控制和患者满意度为主的新型分配机制。

4.5.3 制定人文关怀服务标准。进一步明确各岗位人文关怀行为规范和工作职责,按照窗口服务人员、临床医生、护士、医技科室、后勤行政等不同岗位制定细化人文关怀职责,明确人文关怀服务标准,编写《人文关怀服务手册》,确

保人文关怀服务到位。

4.5.4 优化人文关怀服务流程。注重服务流程再造,缩短排队等候时间,创造美观温馨优雅整洁舒适的诊疗环境,增加病人高峰时段服务措施,减少不必要的就医诊疗环节,提高效率 and 速度,临床医生严格按病人预约就医时间前到岗;标识牌简洁醒目,指示精准;各楼层增加收费处,避免过分拥堵;咨询台人员提供助残陪护、轮椅租借、医保咨询、药事咨询、收费咨询等便民服务,做好咨询解释服务。

4.5.5 改造人文关怀硬件设施。医院要增加硬件建设方面的投入,增加医院心理咨询门诊,增加必要的医护人员数量,增加医院心理咨询师岗位,增加医务人员活动场所,帮助引导医护人员正确宣泄压力和负面情绪。改造医疗用房,使医院挂号、候诊、诊疗、取药、进出通道、康复、生活等各方面都能体现人文关怀的理念。

4.5.6 领导人人文关怀表率指引。医院领导各科主管以身作则,上行下效,把以人为本的人文关怀渗透到医院管理中去,满足员工合理的物质文化和精神追求,为他们提供良好的发展空间、充分施展才华的平台,帮助他们设计好自己的职业生涯规划,让他们在事业上获得成就感、满足感,最大程度的实现自我价值,使其自觉践行医院的价值观。

4.5.7 提高职能部门的执行力。职能部门要把把尊重人、信任人、激励人、服务人的观念贯穿于管理的全过程。各职能科室之间步伐要一致,相互合作,提高管理效率,真正做到人文关怀事事有人管,实现无缝连接。

4.5.8 推行对员工情愫管理。创建患者至上的人文关怀服务团队,凝聚员工,单纯依靠教育、警告、督促及处罚来推行医疗管理制度,收效不大。医院要倡导情愫管理,古人讲:士者为知己者死。要爱护和尊重员工,激发员工工作热情。关心职工切身利益,注意职工思想情绪,调动职工积极性,培养和鼓励医务人员“爱院、敬业、奋进、创新”的团队精神。一是要关心人,尊重人,体贴人,了解员工的思想动态,了解员工的需求;二是要以情感人,用实际行动影响员工,增强员工对工作的自主性。与下属建立一种完全平等的关系,这样不仅可以增加相互间的感情,而且可以给下属带来亲切感,加强人与人之间的吸引力和影响力,使员工能够服从指挥,把工作不仅仅当作谋生的方式,而是作为一项人文事业来努力^[6]。

医学模式的转变,不良行为的扩散,使社会医学、行为医学身负重任,行为干预和行为矫正是现代疾病防治的一个重要内容。远用行为医学的基本理论和方法,促进医疗行为的规范。只有向医学注入人文精神,让医学更关心人,对人注入更多的爱,医学才能走出自己的阴影,突出日益包捆自己的围墙^[7]。人文关怀融洽和谐医患关系,促进医院更为广阔的发展。

参考文献(略)

充满人文关怀的优质护理服务在心内科的实践与应用

陈丽莉

(厦门大学附属第一医院, 福建 厦门 361003)

1 前言

随着人们生活水平的不断提高,国民对健康的重视和疾病预防意识的提高,广大病人对护理服务的品质要求也日益增长,给医疗卫生工作提出了更高的要求。为此厦门市第一医院积极响应卫生部下发的 2010 年在全国范围内“开展优质护理服务示范工程”活动方案的通知,结合医院的实际情况,建立试点病房,开始试运行阶段。

为进一步深化优质护理的内涵,满足住院病人多元化的服务需求,缩小与发达国家在管理理念的方法、服务水平、专科护理质量等方面的差距,医院建立了“以病人需求为导向,以病人满意为目标”的优质护理服务病房,2011 年 3 月我科开始优质护理服务病房试点^[1]。实施优质护理服务以来,在临床实践过程中,对客观资料的收集和总结分析,不断地完善护理工作模式,调整护理工作中交流方式,改善护理理念,达到病人满意、社会满意、政府满意的目的。经过 5 个月的优质护理实践,取得了初步成效,现介绍工作中的心得和体会。

2 临床资料

2.1 一般资料

我院是一所三级甲等综合性医院,设有床位 2500 张,现已形成拥有四所分院、两家护理院、九个社区服务中心的医疗集群,是集医疗、教学、科研、预防、康复为一体的闽西南规模最大的综合医院。心内科分普通病房、特需病房、CCU 三个区共有 86 张床位,主要收治冠心病、高血压、老年性退行性心瓣膜病等,其中 85% 以上是一级护理或者二级护理,生活不能完全自理的病人,病人病情危重变化快,护理任务重。

2.2 统计资料

以下是我们统计 3~6 月份 3 个月来病人的一些数据资料,根据以下数据我们不难看出心内科病人主要存在三个特点:①年龄偏大,高龄病人占多数(70 岁以上占 38.64%);②一般需长期安心静养,生活自理能力较弱(平均住院时间为 10 天);③需要长期住院观察,家人陪护探视时间较少(住院期间家属平均陪护时间不足 1 小时)。

表一 病人年龄段统计表

年龄段(岁)	39 以下	40—49	50—59	60—69	70—79	80 以上
人数	51	90	103	161	204	51
总人数比例(%)	7.72	13.64	15.61	24.39	30.91	7.73

表二 病人家属陪护时间统计表

陪护时间(小时/天)	陪护时间(小时/天)				
	0.5 以下	0.5~1	1~2	2~3	3 以上
人数					
总人数比例(%)	67	15	7	6	5

在以老年病人为多数的心内科室,对我们的护理工作提出了更高的要求,护理服务过程中,除了做到生活上真正的关心,还需要给予他们心理上的护理。充满人文关怀的优质护理服务是本科室推行的一大特色,具体实施的 3 个多月以来,护理满意度从一般护理的 77%~87%,提升为优质护理的 95%~96%,得到的认可度高,临床取得良好效果。

3 实施办法

3.1 优质护理的实施

3.1.1 转变护理观念,强化优质护理服务认识。科室每周组织护理人员进行职业道德教育,学习相关文件精神,要求护理人员建立以病人为中心的整体护理思想,切实转变“重专业、轻基础,重技术、轻服务”的观念,强化护理职责,将优质护理内涵贯穿到工作的每个环节,推进护理工作贴近患者、贴近临床、贴近社会。

3.1.2 实行责任制护理,落实基础护理,提高护理质量。当病人入院那一刻,每个患者都有一个责任护士负责他的全部护理服务。包括:入院宣教、治疗、病情观察、健康指导、功能锻炼、心里护理、生活护理等。让病人熟悉环境,真正体会到亲人般得关怀。心内科主要以冠心病、高血压、风湿性心脏病、扩张型心肌病、老年性退行性心瓣膜病为主,病情变化快,护理人员在执行医嘱、落实医疗措施和护理好病人的同时,要善于观察病情、心电图,及时为医生提供病人病情,做好医生的助手。我科护理人员加强专业相关知识的学习,每周集中培训操作,并进行绩效考核,提高自己的业务能力,正确有效地处理突发情况,避免失误,真正做到让病人和家属放心。

3.1.3 规范护士行为,树立良好的职业形象。护理人员是代表着医院的形象的一扇窗,要求护理人员装扮大方得体,与病人交谈时注意力要集中,态度诚恳,并不时的加以点头或手势,以增添语言的力度,语气得当、耐心细致,措辞文明礼貌、问候发自内心的,使病人深切体会到医护人员对他的关心,让病人感受良好的医院形象。

3.1.4 加强与病人及其家属沟通交流,满足他们需求,增加信任感。我们护理人员富有责任心、爱心、细心、耐心,带着爱心去工作,在“以病人为中心”的现代护理模式的指导下,

学会关心病人家属的心理感受。

3.1.5 治疗过程中营造良好的护理服务,生活上提供轻松舒适的环境。生活用品和治疗器具的摆设和使用,从病人舒适方便的角度出发。卫生间门前放有防滑垫,房间宽敞,护理员会及时为每位病人提供开水。尊重患者,抢救病人或做生活护理时,如擦身、导尿等可能暴露会阴等部位的操作时要尊重病人的隐私。注意遮蔽,尽量减少暴露,维护病人的个人空间。

3.1.6 做好临终关怀。当病人病情发生变化时,医护人员以切实行动抢救的同时,要注意言谈举止,稳定家属的情绪。在不影响治疗抢救及工作秩序的情况下,允许家属入室探视,为生离死别提供时间和空间,使家属能够释放沉重的悲情,以达到疏导心理情感的目的。在病人临终时做好尸体料理及善后工作,也是医院人文关怀不可缺少的一个重要组成部分。当护士与亲人一起目睹病人死亡后,以尊重、严肃、同情的心理,劝慰家属正视现实、节哀顺便。同时尊重家属的习俗,尽可能满足其合理的要求^[2]。同时要做好同病房的其他病人的开导工作,让他们有信心与病痛作斗争。

3.2 充满人文关怀的特色服务

三分治疗,七分护理,突出了护理对疾病转归的重要性,守护生命,促进健康是每一个护理人员的职责。我们科室在优质护理服务过程中,针对科室老年患者偏多,需要住院治疗时间较长的特点,我们摸索一些特色服务,凸显人文关怀,具体实施如下。

3.2.1 沟通交流,多和患者交流,在这竞争激烈的社会,大部分子女都忙于事业,在医院陪伴老人的时间有限。我们护士多与病人沟通,了解病人在家庭中的角色以及目前角色转变的心理状况,让病人说出心中的忧虑。如是否担心医药费高给家庭带来经济负担或对病情有消极的态度等。抓住时机对病人说些安慰性、鼓励性、积极暗示性和健康指

令性的话语,提高病人战胜疾病的信心。

3.2.2 同时与家属经常保持联系,坦率地向家属告知病情,讲明患者的潜在危险性,同时又要让家属了解医护人员对患者的态度是积极且有信心,为家属提供心理上的支持,增加其安全感,缓解其焦虑情绪。还可利用探视时间对家属进行相关健康知识宣教,使之对疾病、治疗、护理等知识有一定了解,以有效配合院方对患者的治疗。每天将患者医疗费用清单交给患者家属,如有疑问,耐心解释。尽力满足患者和家属的合理需求,做到患者、家属、医务人员齐心战胜疾病。

3.2.3 丰富病人生活,满足合理需求 病人在住院期间如没有家属陪伴时会感觉很寂寞,会有种失落感。责任护士为病人提供必要的娱乐项目,在生活、娱乐中让病人体会到人文关怀。如为不识字的老年人读报,讲故事。为喜欢听京剧的老年人提供收音机和耳机等等,发宣传册进行疾病健康宣教,如高血压饮食指导、冠心病运动原则等等。每天关心他们饮食、睡眠情况,尽我们最大的努力满足患者的需要,让患者感觉家的温馨。

3.2.4 信息反馈。分阶段要求病人对我们护理工作给予评价和建议,护理人员进行综合分析,提出更好的实施方案。并对出院病人进行电话回访,了解其健康情况。

4 取得成效

近 3 个月来,通过实施以上各种建设优质护理的方法,我科室护理质量管理取得了显著的成效。人文关怀的优质护理的实施,既为病人提供了良好的就医环境,又进一步提升了护士的职业认同感^[4]。尊重别人就是尊重自己,我们用心地为病人提供人文关怀,在与病人交流和服务过程中,促进优质护理的发展,让我们的工作得到更多的认可,让我们护理工作充满职业自豪感。

参考文献(略)

医患关系中的博弈分析

郑珍珍

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

当前,全球范围内医患冲突不断发生,医患关系紧张。在中国,医患关系之恶劣更是达到前所未有的高度,各种医疗暴力事件层出不穷。医患冲突成为当代社会的重大问题。医患关系作为一种人伦关系,在高速发展的现代社会中展现出一种双向互动性、综合性和多层次性。它是建立在道德、法律、经济基础之上的带有博弈特征的信托关系^[1]。而博弈论作为一种研究相互影响的决策者的决策的研究,实质上涉及到关系的冲突与均衡。这就为其可以用于分析和解决医患关系问题奠定了基础。

1 医患博弈的概念

博弈论就是研究决策主体在最大化自己利益时,依据对方的策略进行策略选择的结果,并分析该结果的影响的理论和方法。一个完整的博弈的要素包括参与人、行动、信息、策略、支付、结果和均衡。在医患博弈模型中,患者和医生是参与人;病人采取诉讼等方法救济权利、医院参与诉讼是行动;医疗行为和差错的性质等是信息;实行医疗鉴定、司法鉴定等是策略;患者得到的赔付和医院的赔偿是支付;结果包括:医患双方的支付、策略、均衡等。经对医患关系的研究表明,可以用博弈理论分析医患关系。

2 医患博弈的参与人

一方面是患者以及患者的家属,或者为代表患者利益的人。另一方面是医务人员和医疗机构。需要强调的是卫生行政部门和法院都不是医患博弈的参与者,他们起的作用只是影响双方的决策,虽然有时候在结果上表现为对医患双方有直接的影响,但他们不能替代参与者作出决策,也不是相关的利益方。在博弈中我们必须假定患者和医方是理性的决策者,也就是说决策的目的是使自己收益最大化,才能利用一系列模型进行分析。

3 医患博弈的信息

毫无疑问,信息在医患博弈中的作用有着特殊意义。医疗市场区别于一般商品市场最大的特征在于前者医患信息高度不对称,需求方缺乏足够信息^[2]。这种信息方面的差异会造成决策者行为的差异和博弈结果的不同。在医患博弈中的主要信息有:一是关于得益的信息,即每个博弈方在每种结果下的得益情况。如,医患诉讼博弈中,选择诉讼和不选择诉讼对双方的收益就是信息;就医博弈中,患者去看病或不去看病的结果,医方选择进行治疗或不进行治疗的结果,也是信息。二是关于博弈过程的信息,即某个博弈方采取的措施或行动。医患博弈中,对于有损害的医疗行为,采取何种行动;就医博弈中,医方的知识水平等都是信息。

医患博弈中的信息具有高度不对称性,医疗服务的专业性很强,一般患者缺乏医疗服务知识。同时患者在治疗过程中缺乏医院的管理信息,比如:对医生用药和治疗处置等收费的信息了解很少(结果给乱收费造成可乘之机,损害了患者的利益),有关治疗、诊断质量的统计数据(医院自己掌握,患者知之甚少,不利于患者在选择医院时进行比较),患者对医生的专业特长,技术水平等了解不多(不容易选择到自己满意的医生)。医院掌握的信息多,具有信息优势,导致医疗服务供给的诱导需求以及道德风险,表现为医院给患者提供不合理不必要的医疗服务,医疗服务乱收费,医疗质量下降等等;患者则处于信息劣势,患者对自己得什么病,得了某种疾病后怎么进行治疗,治疗效果任何,所需的费用是多少,他们往往所知甚少,也无法选择医疗服务的内容,一切服从医院的安排。表现为患者在消费过程中具有被动性,即患者往往是主动寻求医院,被动接受服务,从而丧失了讨价还价的能力。

4 信息不对称分析

信息不对称理论是近二十年来微观经济理论最活跃的研究领域^[3]。从 1970 年美国经济学家阿克洛夫(Akerlof)以旧汽车市场交易模型为基础分析“逆向选择”开始,阿罗(Arrow)、斯宾塞(Spence)、格罗斯曼(Grossman)、斯蒂格利茨(Stiglitz)等经济学家在许多领域对这一理论进行了拓展性研究,并提出了“逆向选择”理论、“道德风险”理论、“市场信号”理论以及“委托——代理”理论等基本理论^[3,4]。

信息不对称(Asymmetry Information)指信息在相互对应的经济个体之间呈不均匀、不对称的分布状态,即有些人对关于某些事情的信息比另外一些人掌握得多一些。这种信息不对称会造成的一大后果是逆向选择(Adverse Selec-

tion),指在合同签订之前,进行市场交易的一方已拥有了另一方所不具有的某些信息,而这些信息有可能影响后者的利益,于是占据信息优势的一方就很可能利用这种信息优势做出对自己有利,而对另一方不利的东西,市场效率和经济效率会因此而降低。在医疗服务市场上,医患双方作为一种有“契约”的交易,患者在就医之前并不知道医师的真实医疗水平,而医师本人显然拥有更多的这些信息,这种不对称会使得患者只愿意支付平均水平的医疗服务价格,这样一来水平高于平均的医师会逐步退出交易,只有低水平的医疗服务进入市场^[5]。在极端情况下,所有的患者会离开而导致医疗服务市场的消失。

信息不对称还会导致道德风险的增加,这种道德风险是双重的。占据信息优势的一方就很可能利用这种信息优势做出对自己有利,而损害对方利益的事情。表现为医院的诱导需求,所谓医疗服务的诱导需求就是医院从自己的利益出发,有意识地给患者提供更多的医疗服务,有时这些医疗服务是不必要的或者是不合理的,医院会给患者提供一些不必要的过度的医疗服务,如开大处方,开昂贵药品等等,这就是医疗服务供给的道德风险。另一方面,在医疗保险存在的这种第三方支付制度下,过度消费的心理必然要产生,人们普遍存有多多益善的消费动机。由此,当人们参加了医疗保险之后,其所消费的医疗服务量就会比他们自付时消费的医疗服务量要多,造成了医疗服务和卫生资源的浪费。

在信息不对称的情况下,患者的盲目就医现象现今也非常普遍。一些很寻常的小疾病(在社区或乡镇医院完全可以处理的疾病)也要到大医院、三甲医院去看。大医院门庭若市,小医院门可罗雀,进而造成医疗卫生资源浪费严重。本应该到低等医疗机构就医的患者多支付医疗费用成为高等医院的附加成本,从全国来看,每年几亿的就医人次,每人多支付一笔将在全国严重浪费,从而陷入个体理性导致集体非理性的“囚徒困境”^[6]。

5 解决策略

对于这一系列问题,经济学上建立了多种博弈模型利用数学手段进行分析,寻求最优均衡解。笔者限于专业水平有限,这里结合自身经验和意见作一描述性总结归纳。

5.1 减少人为因素引起信息不对称

医疗服务作为技术性壁垒异常高的行业,其服务的供给方和需求方存在医疗信息的极不对称。这种由行业特征所决定的信息不对称难以通过先天的措施来矫正。但是可以通过完善信息公开机制最大限度的矫正。在信息科技高度发达的今天,医疗机构公布的信息却大多价值有限。一般主要介绍的是本医院或科室的硬件设施、可施行操作技术、人员资历职称,内容简单空泛,对于患者关心的疾病治愈率、复发率、具体的医疗费用及成本这些隐藏信息不予公开,或者非常有限。这样导致的患者盲目就医浪费了大量时间和金钱。所以,及时公布和更新这些重要的信息能对患者有效就医提供参考。贝叶斯均衡论证也指出患者可以通过医生对手术本身的风险承担能力来判断医生的医术,正确估

计医术的价值。医生对手术风险的承担实际上是医术对信息不对称所付出的成本,由此医术可以向患者传达“我是能够胜任的这手术的医生”的信号^[7]。

5.2 改革医疗体制,杜绝医生违规行为

“以药养医”并不是药价虚高的根本原因,真正的根源恐怕在于现有的医疗体制的弊端。要改革现有体制得从一直以来的顽疾公立医院入手。公立医院过多占用国家医疗资源且利用率较低,缺乏足够动力提高服务水平和竞争力。要改革公立医院的公立属性实行“管办分离”,向着现代企业制度方向发展。同时,可以减低社会资本准入门槛,更多引入社会资本进入行业,进行市场竞争,提高竞争力。这才能根本杜绝医生违规行为^[6]。

5.3 加强医患信息沟通,建立互动型医患关系

在条件允许情况下,积极采取患者一参与协商型管理模式。特别是对于一些慢性疾病患者,由于治疗过程中患者不是被动地接受医务人员的安排,也不仅仅是合作,因此还要求患者必须是受过良好教育,一定文化知识,社会经验、思想开放,此类病人对所患疾病的诊断和治疗都有所了解^[8]。当下,随着信息技术的日益发达,患者的医疗知识水平前所未有的提高,就本人在厦门地区的实践也发现这样改变,足以满足互动条件。由于疾病的防治常常牵涉到生活习惯,工作环境,生活方式,人际关系的改变和调整,病人参与决定适宜的防治措施,必然会大大提高诊疗质量和效果。

5.4 强化政府监管职责

以政府规制来解决信息不对称,发挥其强制性优势。

政府职责主要包括:对医院公开信息进行强制;严格医疗市场职业许可制度;制定和完善医疗服务质量标准。这并不与上述的“管办分离”相冲突,主要发挥的是监管机制。另外有学者建议建立合理的医疗机构分级救治体系,吸收以英国为代表的“政府主导型”的做法,建立科学合理的分层梯级救治体系^[9]。

5.5 让医院来经营医疗保险,改善医患关系的博弈机制

沈建通学者提出以“双向委托代理”博弈模型(图1)来改善医患关系的新思路。认为在医患关系博弈中真正需要的是医保制约机制而不是保险机构这个实体,建议把医疗保险机构经营权转给医院,相应增大医方和患方的利益^[10]。的确,在不改变博弈运行机理的前提下,这样作把医疗保险机构的利益投入到医疗事业发展中去,使资源配置更符合医疗事业的建设和整个社会的发展。

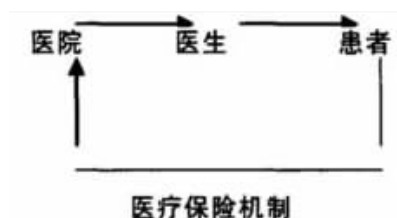


图1 双向委托代理模式图

参考文献(略)

提高门诊服务质量 树立“感动服务”理念

康宁

(厦门市第二医院,福建 厦门 361021)

门诊部是医院对外的窗口,是医院面向社会直接为社会人群进行医疗和预防保健的场所,是连接医院和社会的桥梁。门诊质量的高低直接关系到医院的形象和声誉,它包括门诊服务质量和门诊医疗质量^[1]。后者主要反映在对疾病的诊断治疗质量上,其管理主体是医生(个体),重点是科室,协调在机关。而门诊服务质量则是在门诊服务流程中同时满足患者和法律、法规及医院各项规章制度要求的程度,是主要以患者满意为核心的一种质量观念^[2]。它受到挂号、收费、医技科室、后勤和护理服务质量等多个环节的影响。在医疗改革的浪潮推进下,目前打入我国内市场的洋医院已有数十家,尽管其价格不菲、特色各不相同,但无一不是在打人性化服务的牌。正如新加坡亚历山大医院陆圣烈院长所讲:“病人是医院最重要的人物,在医院里所做的一切都要把病人的健康和方便舒适放在第一位,要像

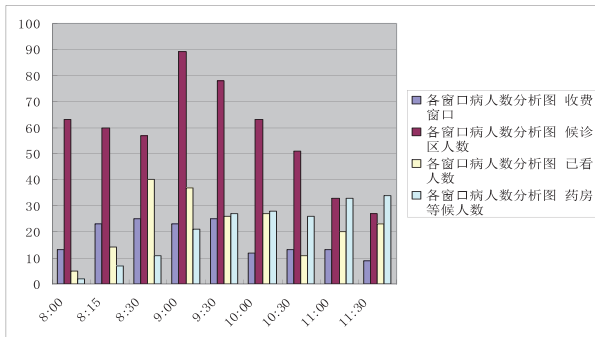
自己的母亲去医院看病,不需要做特殊的安排。”公立医院那种单凭靠人无我有的技术优势吃遍天下的局面已不复存在,所以如何提高门诊服务质量也越来越倍受重视。今年质量管理年目标就是以提高服务质量为主题,我院也逐步确立把患者满意度、忠诚度,医院知名度、美誉度作为医院品牌经营的重心。

厦门市第二医院是一所百年医院,在闽西南医疗保健市场有着较重要的地位,把“立足厦门,服务海西”作为自己的发展目标,于2007年制定了“311”学科发展战略,呼吸疾病诊治、妇产疾病诊治、泌尿肾脏疾病诊治等三大学科群得到了快速发展。

随着医院整体医疗水平的不断提升,能否提供患者优质、高效、放心的服务就成为困扰及阻碍我们发展的瓶颈。以前病人经常抱怨在我院门诊诊疗过程中“三长一短”,即

挂号排队时间长、交费排队时间长、取药排队时间长,看病时间短(见图 1)。患者因病在身体力不支,情绪容易波动,医患之间产生矛盾的几率较高,这方面投诉率一直居高不下,为此我门诊部充分发挥其技术管理和卫生行政管理双重职能^[3],于 2008 年初创建了“感动服务”的服务主题活动。

图 1 不同时段各服务窗口病人人数分析图



1 动员部署、集思广益

在部门内部征集服务口号,最终确立——“健康在二院,关爱零距离”。

2 制定详细的实施细则

2.1 组织门诊部工作人员进行系统、规范理论学习深刻理解“感动服务”内涵,每月写一篇工作笔记并进行讨论,鼓励大家献计献策。

2.2 定期对窗口人员举行礼仪培训,争取做到八个一。即仪表美一点、微笑甜一点、言语暖一点、问候多一点、观察细一点、动作轻一点、亲情多一点、帮助广一点。

2.3 开通便民服务热线,发放精美便民服务卡为患者进行就诊、价格、健康用药等方面指导咨询,并免费提供电话预约。

2.4 成立一支以导分诊人员为主在院实习见习人员为辅的爱心服务队,免费对无人陪伴七十岁以上老人、残疾人、保健对象从进医院大门开始起实行全程陪诊直至离院。

2.5 为医院内部顾客(医院所有员工、家属及在院进修、实习、见习人员)提供预约挂号、代领药品、代取检验报告单等服务。

2.6 加大投入,增添多台自助服务机,实行多点收费、弹性配置各窗口工作人员,在收费、候诊、取药区均配设自助充值、结算、预约、查询等装置,专人引导,在等待区内摆设舒适候诊椅、饮水机、大量健康宣教材料及移动电视,使各个服务环节井然有序。

3 规划项目预期目标

病人没有想到的,我们要想到。病人认为做不到的,我们要做到。病人认为我们做的好的,我们要做的更好。考虑到患者是一群在身心遭受病痛折磨的“弱势群体”,他们有很迫切的情感关怀需求,对周围环境的变化极为敏感,因此门诊部在原有服务内容的基础上,不断持续改进,于 2009

年增添了主动服务——协助所有入院病人办理住院手续这一新内容,将服务的范围进一步延伸:我们的爱心服务队队员在接到病人入院的通知后,3 分钟内赶到相关诊室向病人做自我介绍,并协助其办理住院手续,在送至病区住院的途中主动介绍医院的布局、就诊和检查的流程、病人所住科室的专科特色、专家专业强项及先进设备等,对病人提出的问题及时给予详细解答,至病区后与病区护士进行无缝交接。与此同时,针对我院两院区区域较大,各检查科室相对分散,住院患者入院后因对环境不够熟悉,导致来回奔波,给患者带来了诸多不便。门诊部又与医务部、护理部、质控科共同协商,设计了《温馨提示》。患者可在其中获取以下信息:

- ★ 接诊医生的出诊时间,方便定期复查。
- ★ 自己所住的楼层及食堂地点。
- ★ 辅助检查科室的大概地点。
- ★ 我院预约流程,方便以后就诊。
- ★ 各类项目盖章地点。

并请病人和家属填写反馈回执单,对我们工作进行评价以及提出意见和建议。

4 健全考核标准

每月进行一次满意度调查,并将其结果与个人工作量一起设入平衡计分卡,与 KPI 指标直接影响绩效奖金的分配。

实施“感动服务”主题活动六年多以来,我院的就诊过程尽显人文关怀,充分体现门诊工作的完整性和时效性^[4],而对病人而言服务质量却是实实在在“感觉”出来了,随着感动服务的开展门诊满意度也由原来的 80% 逐渐提高到 94% 以上,投诉、纠纷大幅度降低,很大程度地提高了患者对医院的忠实度及信任度。由于医院的收入来源主要是患者,患者的满意度至关重要,但我们认为医院内部顾客也不容忽略,因为没有满意的医护人员,哪来满意的医疗服务让病人满意。只有员工满意了工作才能安心,病人才能得到优质服务,所以在实施“感动服务”活动中我们尽量解决医院内部顾客的后顾之忧同时也减少了插队和脱岗引起的投诉及纠纷,激发每个员工的工作热情,全面提升管理效率。另一方面在院实习见习人员多为青壮年属于健康人群,而他们参加工作后由于工作的便利看病也不是啥难事,无法真正体会所谓的看病难看病贵,我们把他们纳入爱心服务队让他们跟随一位位普通患者全程就诊,确实确实了解难在哪里,贵贵在何处,懂得在以后的工作中怎样才能从实际出发真正做到“以病人为中心”,给他们上了一堂生动的岗前服务培训课。另外,我们还在平衡计分卡和 KPI 指标中设置服务细则的考核指标,并把评判权每月固定时间随机交给服务对象,结果则直接与考核者的绩效奖金挂钩。“感动服务”的实施充分调动职工的积极性,变被动服务为主动服务,为创造和谐医院、平安医院打下夯实的基础。

参考文献(略)

新形势下医学类高职院校人文素养培育的思考

方秋兰

(厦门医学高等专科学校,福建 厦门 361008)

管理学曾提出一个叫“素质冰山”理论,该理论认为,个体的素质就像漂浮在水面的冰山,浮在水平线以上的只有八分之一,代表就业者所掌握的知识、技能等;冰山隐藏在水面以下的部分占整体的八分之七,是看不见、摸不着的职业素养,它包含职业认知、职业品格、职业态度和职业尊严等。而处于“素质冰山”最底层的人文素养是形成隐性职业素养的根基。没有良好的人文素养基础,职业道德、职业素养的形成便无从谈起。因此,医学类高职院校应树立整体观,全面培育学生的职业素养,在培养显性职业素养的同时,要注重隐性职业素养的培育。然而,由于多种原因,我国高职院校的人文素质教育相对薄弱,医学类高职院校大学生的人文素养情况不尽如人意。在新形势下,医学类高职院校更要加强人文教育,全方位有效培养学生的人文精神和职业素养。

1 医学类高职院校培育学生人文素养的重要性

1.1 培育人文素养是新形势下医学高职院校培养全面发展人才的需要

联合国教科文组织曾提出了“四个学会”的教育理念——“学会生存”、“学会认知”、“学会做事”和“学会共处”,这四者形成了教育目标的整体,成为教育发展的四个支柱,也成为高职院校的教育指南。从这四个“学会”中,可以看出,专业知识和技能是必须的,而人文素养更是现代教育模式中人才培育中所不可或缺的。教育部副部长鲁昕曾就有关现代职业教育体系战略专题作过讲话,他指出,“广大职业院校要高度重视学生的文化底蕴培养,不仅要重视技能,也要重视文化素养。学校教学要根据全面育人的理念,把文化素养培养纳入质量管理中来,同步推进文化素养培养和技术技能培养,切实提升技能型人才培养质量,来保证人才发展后劲。”^[1]因此,医学类高职院校的教育更要培育其具备浓郁的人文素养。

1.2 培育人文素养是医学类高职院校学生自身发展的需要

掌握熟练的职业技能是职业院校学生安身立命之根本,而人文素养的养成是其“立人之本”。一个缺乏良好综合素质的毕业生,不但不会被重用,还会影响学生自身的持续发展。诚然,技能水平是医学类高职院校进入职场的一个基本条件,但仅有医学知识和技能还远远不够,还必须具有良好的人文素养等隐性素质。德国、日本、美国等先进国家制造出来的产品很多成为品牌而享誉全球,原因就在其企业和公司员工,对自身严格要求,爱岗敬业、踏踏实实,并且把本职工作和自身的品行、尊严联系在一起。而这一切都可以归功于他们国家实实在在的人文精神和职业素养

教育。医学生只有立足于对生命的敬畏,才能真正体会到作为医护人文的使命,因此,医学类高职院校实施人文教育,致力于培育学生的人文素养,才有利于学生形成正确的三观,使学生在知识、技能、观念、态度和心理等符合职业规范和职业标准。

1.3 培育人文素养是建立良好医患关系的关键

医学高职院校担负着培养医疗卫生职业人才的重任,较之于其他职业的对象是“死”的物,医学类服务的对象绝大部分是“活生生的人”,这就意味着医疗卫生工作要充分考虑其心理因素和社会因素,在从事医疗卫生服务时要特别凸显医学人文关怀。现代医疗服务的最终落脚点应是提升人的生命和生活品质而非纯粹的治疗疾病,这就决定了医学具有自然性和人文性。以此相适应,传统的医患关系也变成平等合作参与的医患关系。因此,要加强对医学类高职院校学生人文素养的培育,引导学生对人做事要有一股认真、执着的精神,提高医学生的人际交往能力。

2 医学类高职院校学生人文素养培育存在的问题

近年来,许多医学类高职学校都更加重视学生人文素养的培养,不断对人才培养方案做出调整和优化。以笔者所工作的学校为例,该校以“德厚立人、术湛立业”为校训,坚持“德育为魂、素质为纲、能力为重、因材施教、全面发展”的教育原则,在注重职业素质养成的同时开设公共任选人文素质课程,取得了时效性进展。然而,总体上看,医学类高职院校的人文素质教育较之于专业技能仍显得十分薄弱,学生的人文素养现状不容乐观:如学生人文知识匮乏;思想意识较低;辨是非能力较弱;职业道德有待提高;法律意识淡薄;人际交往能力欠缺,无法与人进行有效的沟通与合作等。其原因是由国家、社会、学校、家庭等各种主客观因素综合的结果,而从学校自身角度而言,主要存在以下几个方面的问题:

第一,从历史维度看,高职院校包括医学类职业教育历史较短,文化积淀不够深厚,基本上未形成其特有的办学模式,人文素养系统培养机制也尚未形成。学校人文教育长期以来开展的工作不多,因此在医学人才的培养方案中,重视技能技术的培养,轻视“人格”教育;偏重眼前就业要求,忽视学生的长远发展,人文素养的培育与职业教育严重脱节,人文教育被边缘化。

第二,从学校教育层面上看,在过去以就业为导向的形势下,高职院校大多以提高学生专业能力为出发点,主要关注的往往是学生的技能水平,职业技术教育只要求学生掌握“一技之长”,不要求成为“通才”。注重强调学生对实用

性技术技能的传授,而简单粗暴的把异化“现代职业素养”为职业技术。在实践教学中只考虑理论教学的系统性和学生技能技巧的掌握;有关人文科学课程的设置不合理等,从而忽视了学生个性和人文精神的塑造。

第三,从教师参与学生人文素养培育层面上看,一方面,教师对教育价值的选择还停留在“传递知识”层面,对工作必备的人文素养则只是简单带过甚至只字未提;另一方面,专业教师不把学生人文素养的培养视为己任,而认为人文素养的培养应该靠思政课的老师,因此导致人文素养在课堂上被忽略。由此可见,学校并未形成全员育人的良好局面。

3 新形势下医学类高职院校学生人文素养培养的推进路径

3.1 科学设置人文课程,加强隐性课程建设

人文素养的培育是一项全面性工程。首先,文化品味的提高和人文精神的培养必须依靠人文知识的累积与沉淀。高职学制较短,因此开设人文课程时可抓住其中的基本或核心内容。目前,一些医学类高职院校已开设公共任选人文素质课,但在选课内容还可进一步拓展,如课程设置可围绕教育学生如何做人,帮助学生形成良好的个性,把传统文化、历史、文学、医学伦理等课程作为开视听、启心智的教育内容;其次,应以学生课余时间为契机,开展系列人文教育讲座、道德讲座;再者,完善校园文化建设,发挥学校“环境育人”的作用,利用学校各种场所,发挥环境育人的作用,凸显出隐性课程的作用。

3.2 在专业教育中渗透人文精神

医学类高职院校在强化职业技能教育时要注重学生人文素养的渗透,融人文精神于医学教育中。因为高职院校的年限较短,实训与实习任务较重,多开设人文课程对于高职院校来说不具有可操作性,因此学校有必要将人文素养教育贯穿到各门专业课的教学过程中,注重学科专业中所涵养的丰富的人文知识和人文精神,“医乃仁术”,在教学情境中强调职业道德、在应用性课程中创设职业情境,开展医学人文教育,使学生在在学习职业知识的同时也接受了职业素养教育。

3.3 加强教育引导,融人文素养教育于学生实训、实习之中

与本科高校相比,医学高职院校人文素养培育的优势主要在于学生动手实践优势,其办学方针以就业为导向,应用型和高技能是其学生未来发展的基本方向。在其课程计划中,实验、实习、实训所占比例很重。仍以笔者所工作的医学高职学校为例,在该校办学方案中,医学类和护理类专业实行早接触临床、多安排医院见习;医学技术类和药学类专业安排阶段性企业实践;口腔医学技术专业依托“校中厂”,实行“3天教学+2天生产”的产学一体的工学结合模

式。可见学生的大部分课程时间是在参与动手实践,这是本科生所不及的。而理论只有与实践相结合才能彰显其生命力,才能够被学生认同和内化。因此医学类高职院校可利用学生实践多的机会,融职业道德教育于实验、实训和见习中,在实践中让学生潜移默化地养成脚踏实地、乐于助人、敬畏生命的高尚道德情操与品格,唤起学生对患者的同情心和救死扶伤的责任感。

3.4 提高科任老师、辅导员等教师队伍的人文素养,发挥其言传身教的作用

教师是学生的指路人、引导者,通过执行教育方针、组织教学、传授知识与方法等促进学生身心健康发展,因此教师的质量与学识关系着教育发展与人才培养的质量。开创医学教育新局面,需要有一大批学有专长,道德高尚、本身具有渊博人文知识的老师引领学生。因此,必须加强师资队伍的建设,“从人力、物力、财力上支持人文教育工作”^[2],充分挖掘广大教职工人文素质教育的能力,通过教师的言传身教,使得学生会同情关心爱护病人,尊重病人的人格与权利。

3.5 增加医学类学生的职业语言表达能力与人际沟通能力

希腊医学奠基人希波克拉底曾说过“医生有三件利器——语言、药和手术刀。”语言被排在了首位,语言的关键点在于交流与沟通。现代社会要求医生具有较强的人际沟通能力和职业语言表达能力,要求他们在工作中能较好地与病人及其家属等沟通,而这就依赖于良好的职业语言表达能力和人际沟通能力。然而,在现实生活中,医学教育主要传授学生如何使用“药物”和“手术刀”这两件利器,忽视了学生语言能力的培养,导致培养出来的医学生有一定技术和技能,但在面对病患时,却不懂得与患者有效沟通。近年来医疗纠纷的数量不断上升,医院群体性医闹事件仍时有发生,这严重了扰乱医疗秩序,而导致诸如此类问题的原因和医护人员与患者的沟通上存在不足有一定的关系。因此,学校可通过举办演讲比赛、辩论赛,锻炼学生的语言表达能力,逻辑思维及应急能力,促进其综合素质的提高,为其今后走向工作岗位夯实基础。

总而言之,医学类高职院校在进行专业教育的同时更应加大大学生人文素养的培育力度,把人文素质教育渗透在学生的学习与生活点滴之中,将“求真、求善、求美”的人文追求内核为学生的品格与品性,使职业道德教育有效融入专业教育的各个环节和过程中,培养出具备高尚医德、高素质、高质量的新型医学人才。

参考文献(略)

构建医患和谐关系,建设美丽厦门

王萍萍

(厦门科宏眼科医院,福建 厦门 363100)

构建和谐的医患关系,最主要的能促进医院的持续发展,近年来全国各地经常出现医患纠纷、医闹,医患工作紧张到医务人员常受到暴力的侵犯,主要因素是受到社会不良风气的影响,医患缺乏有效的沟通及相关制度不健全等。现在随着社会各项法律、法规的健全,人们对法律法规意识也加强,求知欲也增强,对医疗服务的需求、要求增强,不是单纯的需要医疗帮助,而是更多的关注自身利益是否得侵犯,合理的要求是否得到满足等。

所以我们作为医护人员应本着“一切以病人为中心”的服务宗旨,积极主动的了解患者的需求,善待每位患者,尊重、理解、尽可能的满足每个患者提出的要求,做到耐心沟

通的服务,真正的把人文关怀体现到患者中间去,促进医患沟通,多听患者的询问,耐心解答,介绍病情及治疗效果和用药及检查的目的,多关心患者在就医过程中的生活或不便,及时掌握病人的病情变化,心理变化,及时发现、及时沟通、及时处理,给予生活上的帮助,对患者提出的投诉及时的进行沟通、及时的处理、及时的改进,医务人员要合理尊重和维护患者的知情权、选择权、要体恤患者的痛苦,打消患者的思想顾虑,努力让医患紧张关系降到最低,医护人员要不断学习新的知识,不断的完善自身素质,不断的提高医疗质量、护理质量、服务质量,不断提高诊疗质量,提高医院知名度,使美丽的厦门变成一个和谐安宁的美丽城市。

浅谈如何建立良好的咨询关系

张美洪,陈志明,许丁木

(厦门科宏眼科医院,福建 厦门 363100)

现代科学技术高速发展,社会生活节奏日益加快,不仅要求人们要有良好的躯体适应能力,还要有良好的心理适应能力。高节奏、高强度、高竞争的深灰生活以及纷繁复杂、变化多端的社会生存环境使人们或多或少的存在着这样或那样的心理问题。社会快速发展的迫切需要,心理咨询将会如雨后春笋般遍布于人们生活的每一个角落,人们的生活将会与心理咨询息息相关。如何不辱社会的重托与厚望、个体心灵相托的重负,良好咨询关系的建立与成功的咨询过程是关键。在此主要论述如何建立良好的咨询关系,良好咨询的建立是是否成功有效的必要条件。心理咨询应该为来访者提供全新的人生经验和体验,帮助来访者认识自我与社会,处理各种关系、挖掘内在潜能。咨询关系应该是一种互相真诚、彼此理解、积极鼓励的人际关系。

1 给来访者良好的第一印象。

在咨询接触中,来访者液不断的用自己的眼睛与心灵观察、了解、分析咨询人员,因此作为咨询人员必须做好咨询前的准备工作。首先咨询人员衣着必须整洁端庄、坐姿端正、表情平和,既不可紧绷着脸,也不可喜笑颜开;与来访者谈话时,须保持正常的社交距离与正常咨询位置,不能直视对方的眼睛,只能扫视对方的眼睛和表情。其次礼貌的接待方式和礼貌的言语有利于拉近咨询关系。当来访者进入咨询室,咨询人员应站立起来迎接来访者。以平静、和蔼口气说请进,并用单手示意指定坐位请坐。为进一步让咨

访关系有个良好的开端。咨询人员可以说:“非常欢迎您前来咨询,谢谢你的信任。”也可以说:“我很愿意为您提供心理学的帮助。”最后,以开放式的方法询问来访者希望得到哪方面的帮助,切记不得逼问。心理咨询人员与来访者之间,良好咨询关系的建立对收集资料和咨询效果有重要影响对确立关系起关键作用。因此咨询人员在接待来访者必须给对方以良好的印象。

2 充分尊重来访者。

尊重来访者是对咨询人员最起码的要求。尊重来访者的现状以及他们的价值观、人格的权益,给予接纳、关注、爱护是建立良好咨询关系的重要条件,是有效助人的基础。罗杰斯的著名观点“无条件的尊重”,并且他认为“无条件尊重”是促使来访者人格产生建设性改变的关键之一。尊重来访者,其意义在于给来访者创造一个安全、温暖的氛围,这样的氛围使来访者最大程度的表达自己;可以让来访者感到自己受到尊重,被接纳获得自我价值感;特别对那些急需获得尊重、接纳、信任的来访者,尊重具有显著的助人效果,是咨询成功的基础。

3 采取对方容易接受的方式,产生良好咨询效果。

在心理咨询是,咨询人员应该热情、诚恳、平等、负责的交谈方式,同时还要针对不同对象、不同年龄、不同性格、不同的心理问题采取相应的谈话方式。咨询人员询问的语气语调,不能轻浮,亦不能咄咄逼人或指责。当涉及一些敏感

的隐私性问题时,尤其要注意谈话方式与技巧。封闭式询问、开放式询问以及鼓励、内容反应、情感反应、概述等都是心理咨询中的参与技巧。咨询人员在采取任何方式之前先倾听所有来访者的叙述,这既是为伸入了解情况,也是表示对来访者关注和兴趣,也是建立良好咨询关系的必要条件。

而咨询人员右针对性地适时适度的运用参与技巧,能促进来访者更多的剖析自我,能更好更有效的建立良好的咨询关系。良好的咨询效果是一种良好的社会影响、社会效应,从而使咨询工作能更好的开展,也是建立良好咨询关系的循环因素。

· 行为医学 ·

健康老龄化 健康身体 靠良好行为管理 影响健康长寿的因素里,遗传仅占 15%,生活方式占了 60%

陈治卿

(厦门大学附属中山医院,福建 厦门 361004)

1 管理健康预防疾病发生

俗话说:“千金难买健康身,健康的钥匙掌握在自己手中”,“健康最重要,是重中之重,要加倍珍惜。”随着经济发展、生活方式改变和老龄化加速,心脑血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病及恶性肿瘤等慢性非传染性疾病的发病率和患病率迅速上升,出现“井喷”式变化,慢性病致残率、致死率高(占死亡总人数的 80% 以上),给个人、家庭和社会带来沉重的负担,已经成为危害广大人民群众身体健康的重要公共卫生问题。

大家都知道,人的一生,会经历从健康到疾病的发展过程。这个过程可能很长,因个体因素(如遗传、社会和自然环境、医疗条件、生活方式等)的不同需要几年、十几年甚至几十年,这期间变化的过程也不易察觉。这就需要人们通过健康管理达到自我管理健康、预防疾病发生的目的。世界卫生组织研究报告显示,人类三分之一的疾病通过预防保健可以避免,三分之一的疾病通过早期发现可以得到有效控制,三分之一的疾病通过信息的有效沟通能够提高治疗效果。影响人的健康长寿主要有 5 大因素:遗传占 15%,自然环境占 10%,社会状况占 7%,医疗条件占 8%,生活方式占 60%。

2 良好行为生活方式与健康息息相关

人们的良好行为生活方式与其健康有着极为密切的关系,良好行为生活方式包括饮食习惯、作息习惯、运动习惯、嗜好等所有的生活习惯。研究表明健康的良好行为生活方式可以降低风险,远离疾病,使人获得健康,可以使高血压发病率减少 55%,脑卒中减少 75%,糖尿病减少 50%,恶性肿瘤减少 35%,人均寿命延长 10 年,且大幅度提高生活质量。而生活方式的选择、生活习惯的改变完全是由自己决定的。这就要求人们通过学习掌握一套自我培养良好行为管理健康的方法,其中生活方式的管理是新兴的个人健康管理中最重要的一个策略。

实践证明,许多疾病是可以预防的,至少可以推迟发病年龄。想健康,要靠自己!自己是最好的医生。没有人比自

己更了解自己的健康状况,健康不是一切,但没有健康就没有一切。“保持健康就像逆水行舟,不进则退。”健康需要自我管理保护,简单的 20 字即可概括“戒烟限酒、合理营养、适当锻炼、心理平衡、定期体检”。想要获得健康吗?必须要持之以恒的坚持下去,才能达到健康行为管理的预期效果。

3 八大措施实施良好行为健康管理

健康的良好行为生活方式是需要培养的,培养的主动性掌握在自己手中。实施自我管理,达到最大限度促进自我健康的目的,可以从以下八个方面入手:

3.1 保持室内空气新鲜,合理安排生活起居 室内开窗通风,以保持空气的新鲜。要有适当日照与阳光,室温一般保持在 18-20℃,老年人应在 22-24℃ 为佳。湿度在 50%-70% 为宜。生活要有规律,劳逸结合。根据季节增减衣服,避免受凉。保持充足的睡眠,睡眠可以调节人体免疫功能。节假日娱乐要适度,注意休息。

3.2 注意精神活动正常化。良好的心态可以使机体免疫机能处于最佳状态,几乎可以抵抗所有不利的内外因素。紧张的情绪可使体内交感神经和肾上腺髓质活动加强,血液中儿茶酚胺激素增高,引起心脏功能失常,血管内膜也会积存胆固醇,导致血压升高,可促发心血管疾病。突然的心理应激可造成心动过速、血压升高、血管收缩、心律失常直至室颤、猝死。即使是慢性心理压力、工作负担过重、人际关系不和等也可造成机体血液黏滞度增加、血糖及纤维蛋白原增加而加重心血管系统的负荷。因此,在日常生活、学习、工作中,要经常保持情绪稳定、心情舒畅,要宽宏大度,妥善解决各种不愉快之事,乐观处世。当心情烦躁,易怒之时,不妨长叹一声,因此时机体内膈肌上升,肺部的残余气体减少,使肺部吸入新鲜空气量增加,从而使体内氧气供应得到改善,使人感到轻松、舒展,不良的情绪立即得以缓解。当自己内心深处有不满、不快、痛苦和烦恼时,不要闷在心里,要向知心朋友倾诉,有利于稳定情绪、减轻心理压力和负担。

生活在这个五彩缤纷的世界中,我们总是免不了经手

这样那样的挫折和烦恼。一个人要想总是开心快乐,不太可能,也不现实。因此,我们要努力让自己保持良好的精神状态。

保持良好的精神状态,需要长期的努力。在良好的精神状态与情绪下,你能工作愉快,思路开阔,思维敏捷,效率高,反之,则动作迟缓,心烦意乱,容易出错。一个人的情绪受他的生活方式与文化素质影响。积极健康的情绪是良好的心理素质的变现,也就是说,善于调节自己的情绪,始终保持积极乐观的心境,是理智和道德品质的体现。现代医学研究表明,许多疾病的发生和发展都与精神状态与情绪有关。

3.3 学会调节自己的情绪很重要。保持良好的精神状态,保持一份乐观的情绪,有利于身心健康,对延缓衰老也十分有效。对老年人而言,要保持良好的情绪应做到以下几点:

首先,要保持一份平常心,要学会知足常乐,要养成对一切事物不抱过高期望,以免失望后产生巨大的失落感。

其次,要多培养自己的兴趣爱好,学会从日常生活中找乐子,积极参与生活,享受生活中的点滴乐趣,不要让自己太孤独。

再者,凡事要树立乐观的人生态度,不可太悲观。太悲观不利于良好心态的养成,同时,要学会幽默地面对生活,多微笑。

最后多一点宽容,少一点抱怨。与人产生矛盾有时很难避免,这时,不必总是将不愉快的事情放在心上,要懂得宽容,学会释放心中的不快。

如果能够很好地做到以上几点,相信你的老年生活会更加愉快。

3.4 做个“高情商”的人

3.4.1 喜欢交新朋友。情商高的人懂得维护和扩大人际关系网,比如对陌生人不会一开始就严加防范;二是感到好奇,并有兴趣从别人身上学到新知识。

3.4.2 有自知之明。情商高的人能准确识别出自己的优劣势,这种意识能培养出强烈的自信心。

3.4.3 能驾驭情感波动。许多人难以找出悲伤或愤怒的原因,不过高情商的人能驾驭情感波动,并避免坏情绪的影响。

3.4.4 能和大多数人相处。无论年龄长幼、地位高低,能与大多数人充实而愉快地相处。

3.4.5 乐于帮助别人。能够主动关心别人,并向有困难的人伸出援助之手,而不是完全沉浸在自己的小世界里。老年人多做义工志愿者。

3.4.6 知道什么时候该拒绝。情商高的人懂得何时以及如何拒绝别人,并有强大的心理承受能力来有礼有节地拒绝。

3.4.7 善于读懂别人的面部表情。面部表情是一种通用的情感语言,能领悟别人感受的人情商高。

3.4.8 失败后能重新崛起。情商高的人无论遇到何等逆境都会坚持下去,迅速调整情绪,恢复活力,具有很强的心理韧性。

由于情商的高低并非与生俱来,而是后天所形成的一种影响力,所以,经过训练可以让自己的情商得到提高。

首先,增宽自己的知识。道理很简单,在我们生活中,总

要接触各色各样的人,这些人来自不同的领域,学识有高低。如果我们想要和他们每个人都相处得来,就必须保证自己在每个领域都多多少少懂得一点。因为一个人只是储备越多,和他人能够找到的共同语言就越多,这无论是对于我们的生活乐趣,还是对于我们的人际交往都是很有帮助的。

其次,工作生活保持激情。我们今天将情商的作用主要反映在事业和人身上。一个高情商的人,不论对生活还是工作,时刻能保持积极向上的心态,遇到困难又能够通过正确的途径来控制情绪,不让那些不良的情绪影响到生活或工作。

最后,与人相处时保持热情。热情,实际上是一种感染力,能都在人与人之间传递。当我们热情待人时,对方会被我们的热情所感染,进而也调动起自己性格中积极的一面,我们自然而然容易赢得别人的信赖。尤其是当彼此有隔阂时,更需要用热情来消除。这样健康心理的人不容易衰老,也不容易“老年痴呆”。

3.5 制定个性化的运动处方

运动的目的是为了增强体质,还可使血管系统舒缩趋向正常化,各系统的功能得到改善。对于肥胖者来说,可减轻体重,促进新陈代谢,降低血液黏度和脂质的含量,缓解动脉硬化。适量的体育锻炼还可以使身体的血液循环和微循环得到改善。

步行是最简单而安全的运动。步行可以使心脏收缩加强,心跳加快,血流加速,冠状动脉的血流量增多,这对心脏也是一种锻炼。当然,有人适合散步、慢跑、打太极拳,有人适合游泳、打球,可根据个人的兴趣、爱好、年龄、体质以及场地、环境等实际情况来选择适合自己的运动项目,运动没有好坏之分,只有方式的不同。适合他人的,不一定适合自己。那些盲目攀比、模仿、超出自身的实际条件勉强为之的做法是不可取的。否则运动不仅达不到强健体魄、远离疾病、延年益寿的目的,恰恰相反,意外的事故会给身体带来伤害。

因此运动可根据自己的实际情况、身体状况制定运动方案,因人而异,循序渐进,持之以恒。坚持每天户外树下公园活动,阳光维生素可预防老年人骨质疏松也防脑老化。常在花间走,活到九十九。

3.6 饮食方面以食物多样,谷类为主

均衡饮食,做到八搭配:粗细搭配、主副食搭配、干稀搭配、颜色搭配、营养素搭配、酸碱搭配、生熟搭配、皮肉搭配。经常吃适量的鱼、禽、蛋、瘦肉。动物性蛋白的氨基酸组成全面,赖氨酸含量高;而鱼类的饱和脂肪酸有降血脂、防血栓形成的作用。多吃奶制品和新鲜的蔬菜、水果,有资料显示,每天吃 500-800 克的蔬菜和水果,不仅可以防癌,还能减少心血管疾病、高血压、动脉硬化、便秘等的发生。

限制食盐的摄入量,每日食盐量在 6 克以下为宜。尽量远离垃圾食品,如油炸食品、腌制食品、加工的肉类食品、肥肉和动物内脏类食物、方便面等,还要忌用刺激性强的食物,如酒、浓茶、咖啡等。地中海饮食有助老年人健康。地中海地区的居民多喜欢食用水果、蔬菜、坚果和谷类等,食用油则以橄榄油和菜油为主。此前研究发现这种饮食习惯对心血管健康大有裨益。橄榄油、坚果中富含的不饱和脂肪酸与蔬菜中的氮氧化合物会发生反应,产生硝基脂肪酸。这种物质会抑制动物体内一种与心血管疾病有密切关系的酶发挥作用,可降

血压、降血脂。

讲究饮食卫生,防止病从口入。保证健康的饮食习惯,不暴饮暴食,不挑食,不偏食,多喝水,保持大便通畅。

3.7 戒烟、限酒

吸烟可增加肺癌、口腔癌、支气管炎、冠心病、高血压、血癌等的发病率;引起多种呼吸道疾病,还会损伤血管内皮细胞,引发多种心脑血管疾病的发生与发展。

长期大量饮酒可诱发食管癌、肝癌、口腔癌、乳腺癌、胃癌、肠癌等,因此饮酒必须节制。

3.8 定期健康体检

定期健康体检可以让了解自己了解各脏器的功能状况,与原来体检的结果进行对比,对自己的健康状况做个全面的评估,通过体检还可以了解一些健康知识、检查的正常指标,老年人体检要做老年人常见病的套餐检查,不能与年轻人一样项目,要有老年人必须体检的项目。从而有针对性的通过健康的生活方式,而减少疾病的发生与发展。定期健康体检还可以及时发现身体潜在的疾病,做到“三早”:早期发现、早期诊断、早期治疗,从而达到预防疾病和养生保健的目的。总之,定期健康体检是保护健康、促进健康长寿的一项十分重要的预防性措施。

4 我国 2013 年新修订的健康老人 5 条标准及其特色

4.1 健康老人的 5 条标准

①重要脏器的增龄性改变未导致功能异常;无重大疾病;相关高危因素控制在与其年龄相适应的达标范围内;具有一定的抗病能力。

②认知功能基本正常;能适应环境;处事乐观积极;自我满意或自我评价好。

③能恰当处理家庭和社会人际关系;积极参与家庭和社会活动。

④日常生活活动正常,生活自理或基本自理。

⑤营养状况良好,体重适中,保持良好生活方式。通俗些讲就是:病情稳定、智力正常、心态健康、生活自理、生活方式良好。

4.2 本标准特色

①充分考虑到老年人的特点(例如,年龄跨度大,脏器的增龄性改变显而易见),强调增龄性改变未影响脏器功能,相关危险因素的控制目标与年龄段相符。

②老年人的认知变化在老年人的健康中非常重要,本标准强调了认知功能在老年人健康评价中的重要性。

③融入国际上较新的老年人健康概念,重视老年人的自我评价。

④鼓励老年人积极参与社会活动,积极融入家庭和社会,让他们意识到其整个生命过程中体力、精神状态即社会参与的潜力。即使高龄,但仍能发挥对家庭、同行、社会及国家的贡献,增加幸福感和归属感。

⑤秉承“积极老化”的理念,倡导健康生活方式,积极预防疾病。

良好行为管理是当今老龄化社会促进身体健康的保证。

浅谈行为医学管理在糖尿病防治中的重要性

孙素云*

(厦门医学高等专科学校,厦门 福建 361008)

不良的行为习惯使慢性病的发病率日趋增加,如饮食失节、缺乏体力活动、生活方式改变(如吸烟、酗酒)、工作生活压力增大等,正在成为威胁人类健康的隐型杀手^[1]。许多糖尿病患者常因缺乏有效的行为干预措施而出现各种急慢性并发症,如何从行为因素更好地预防糖尿病的发生与进展具有现实意义。

1 行为医学的认识

行为医学是行为科学与医学相结合而发展起来的一门新兴边缘性学科,主要研究行为因素在疾病的发生、发展、治疗和康复中的作用机制,通过改变不健康的生活方式和消除不良的心理行为等危险因素来控制疾病的发生与发展,并把这些知识和技术应用于疾病的诊断、治疗、康复和预防^[2]。

行为因素中的“行”,是医学模式对个体发出的防治号召令,是医学模式自身存在的防治发动机。只要有健康行动就会有健康效果,行动越早,收益越快,行动越久,收益越大。有目的地限制不良行为和坏习惯,对生活方式性疾

病有预防性意义^[3]。

2 行为医学管理是防治糖尿病的重要途径

2.1 饮食控制

我国糖尿病患者普遍存在医学知识的匮乏、对糖尿病饮食的重视不足,导致健康饮食行为并不令人满意。许多影响健康饮食的主要因素与治疗过程长,性格差异和家庭支持系统差有关。健康饮食是糖尿病控制的基础,目前国际上推荐的糖尿病健康饮食为低脂高碳水化合物的饮食,同时还要注意蔬菜水果谷物豆类蛋白等的摄取以及高纤维素的摄入。美国糖尿病教育者协会(AADE)在饮食方面建议患者基本能做到:能估算碳水化合物的量,在同一类食物中能够按热量进行食物替换,和专业医护人员或健康教育者共同制订用餐计划,合理分配三餐的热量和营养成分,在假日、生日或外出时,能遵守糖尿病的饮食原则,外出就餐时能仔细阅读食物成分表,进行热量换算,按时用餐尽量避免推迟用餐时间。

2.2 运动锻炼

合理的运动能改善血糖和血脂水平,并能减轻肥胖和胰岛素抵抗。2 型糖尿病患者运动锻炼执行情况不够理想,可能与阻碍锻炼的因素较多有关,如时间紧张、惰性大、身体不适、气候条件差等,均会导致患者放弃锻炼^[4]。AADE 指出糖尿病患者运动时应注意安全,包括注意根据检测结果调整饮食及运动量,注意足部保护,运动时携带药物卡片,防止意外。

2.3 血糖监测

多数患者认为没有必要定期监测和记录血糖,只有在身体不适时监测血糖。自己不知道如何预防和处理高低血糖,这说明患者维护健康的动机不够强烈,缺乏预防和处理异常血糖的知识和技能。2 型糖尿病患者自我管理行为得分的不均衡性,提示医务人员需强调自我监测血糖的重要性,并针对知识和技能的缺乏进行应对技能干预^[5]。改善血糖控制的糖尿病治疗是一项每天 24 小时进行的运动,大多数糖尿病患者必须在每天自己活动的基础上进行这种治疗^[6]。

2.4 心理调适

2 型糖尿病患者容易伴发抑郁,需引起重视。研究显示^[7]糖尿病患者中符合 ICD-10 诊断抑郁障碍的患病率为 26.81%,显著高于普通人群;同时,性别是 2 型糖尿病伴发抑郁障碍的独立危险因素。

社会心理学方面的指标如保持健康的意识、提高生活质量等均有积极的变化^[8]。心理因素的客观指标为情绪和应激现象,与性格、心态和认知水平有关。行为因素包括生活行为和防治依从性行为,心理的波动会直接影响健康。因此,患者在适当的自我心理调适之余,也可以加强与医务人员的交流,以获得医务人员的指导,在医务人员的理解与帮助下,找出影响行为改变效果的干扰因素,获得行为改变的个体化建议。

采取积极应对方式的患者会主动和医护人员沟通,正确对待自己的病情,主动了解疾病和自我管理知识,更愿意

参与病友之间的经验交流讨论,并在日常生活中能利用已有的知识、技能来管理自己的健康行为等,更好地配合治疗和自我管理,有利病情康复。

2.5 其他

患者要进行行为干预来预防糖尿病的发生与发展,有效途径就是健康教育。正确的健康教育导向,会使患者清楚地认识到产生强烈的维护健康的动机的重要性,充分意识到治疗的必要性及糖尿病危害,重视自我管理行为的各个方面,才能更全面地进行自我管理。

行为干预的重要前提之一应是创造健康的生活环境。因此,以电视等现代媒体为载体开展健康促进和慢性疾病公众干预,已经过了多年的发展历程,逐渐被视为慢性疾病一级预防的重要手段,取得了初步成效,成为患者获得健康教育的有效途径之一^[9]。由此可见,糖尿病患者可以依赖人类生存所密切接触的生活元素使行为干预渗透入日常生活中。

3 展望

糖尿病的患病群体巨大,探索有效的干预方式始终是一项艰巨的任务。行为医学利用多学科交叉的优势,促进医学模式由生物—心理—社会医学模式向生物—心理—环境医学模式转变,在糖尿病综合干预中,饮食、运动、血糖监测、心理调适等干预措施的成败都离不开有效的行为干预。患者要保持良好的遵医行为,首先对该病要有正确的认识,并掌握一定的相关知识,理解如长期用药和饮食控制等的必要性;其次,还需要有良好的心态才能战胜疾病,而良好的心态需要医护人员的开导和家人、朋友的鼓励与支持;最后还需要有合理的用药方案、饮食控制方案和运动方案等^[10]。通过积极的自我管理可改善糖尿病患者的血糖水平,减少并发症的发生,有效防治糖尿病发生、发展的关键所在。

参考文献(略)

慢性疾病代谢综合征的危害

陈治卿

(厦门大学附属中山医院,福建 厦门 361004)

代谢综合征是高血压、高血糖、血脂异常、高尿酸和肥胖等这些心脑血管疾病危险因素集中在一个人身上的现象。由于代谢综合征中的中心性肥胖、高血糖、高血症和高血压都是心脑血管病的危险因素,它们的联合作用更强,所以有人将代谢综合征称为“死亡四重奏”,目前它是导致冠心病、中风高发、威胁人类健康与生命安全的头号杀手。中国城市 20 岁以上的人群中,代谢综合征的患病率为 14% - 16%,代谢综合征随着您年龄的增高而增加,在 50 至 70 岁人群中达到发病高峰,其中女性多于男性。

病友如果具备以下 4 项中的 3 项就可以诊断为代谢综合征。①腰围:腹型肥胖是代谢综合征必须具备的一项指

标,可通过腰围来判断,对于中国人群,认为男性腰围大于或等于 90 厘米、女性腰围大于或等于 80 厘米已达到中心性肥胖。②血压:血压大于或等于 140/90 毫米汞柱,或已诊断为高血压病。③血糖:空腹血糖大于或等于 6.1mmol/L,或餐后两小时血糖大于或等于 7.8mmol/L,或已确诊为 2 型糖尿病患者。④血脂:甘油三酯大于 1.8mmol/L 或高密度脂蛋白胆固醇小于 1.04mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇大于 2.6mmol/L,胆固醇大于 5.17mmol/L,尿酸大于 142 - 339umol/L。从上述的诊断标准,我们知道肥胖是代谢综合征的一个显著标识,并可认为它是代谢综合征的源头。

一旦确诊为代谢综合征必须积极进行治疗以预防心脑血管

管疾病和糖尿病,对于已有心脑血管疾病者而言,则是为了预防心脑血管事件再发。治疗上首先进行生活方式干预改变不良生活行为,必须积极运动减轻体重,改变高脂、高热量、高嘌呤的饮食习惯,戒烟戒酒等,同时,对各种代谢异常进行针对性治疗,使血糖、血压、血脂、尿酸、体重全面达标。

1 代谢综合征会促进颈动脉斑块生长

颈动脉斑块的形成是一个日积月累的过程,其过程十分复杂。那么,哪些因素会促进颈动脉斑块生长呢?目前发现有以下几种危险因素。

1.1 血脂异常 脂代谢异常与颈动脉粥样硬化斑块形成密切相关。平常所化验的血生化中都包括总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白等指标。如果发现总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白升高,而高密度脂蛋白降低时,要尽快就医诊治。因为这些因素均可促进颈动脉斑块生长,使脑卒中的发病危险增加。

1.2 高血压 目前研究发现,高血压可促进颈动脉粥样斑块的发生和发展,是脑血管病发病的重要危险因素之一,有效地控制血压可减少脑血管病的发生。

1.3 糖尿病 糖尿病混着中,动脉粥样硬化的发生率要高于相应的非糖尿病患者,女性更为显著。其对于心脑血管病的相对危险仅次于高血压。因此,要引起重视。如果在日常生活中,发现多饮、多尿、多食和消瘦时,要注意监测空腹或餐后血糖,同时尽快就医。

1.4 年龄 随着年龄的增长,颈动脉斑块逐渐形成,脑血管病发生的风险也进行性升高。虽然年龄无法控制,但中老年人要有意识去医院常规完善颈动脉超声等检查,明确颈动脉斑块是否存在。

1.5 其他 如吸烟饮酒、高尿酸、肥胖等均会促进颈动脉斑块的形成,导致脑血管病的发生。有些人同时存在四高、五高者要注意预防,早防早治。

2 颈动脉斑块会脱落

颈动脉斑块会脱落,随着动脉血流,流到那里即堵在那里。它易发生破裂,产生血栓并快速进展为动脉粥样硬化的斑块,多由一个较大的脂质核心和较薄的纤维帽构成。斑块的脂质核心成分包括富含稠样粥样脂质物质的泡沫细

胞、退化的血液、坏死组织碎片及胆固醇结晶等。

研究显示,当斑块的脂核比例大于 40% 时,斑块易于破裂。纤维帽是覆盖于脂核上的纤维性组织,主要由胶原细胞和胶原基质组成。斑块内微血管出血是斑块破裂的诱因,而纤维帽薄的斑块其微血管易出血,研究发现,纤维帽厚度小于 0.7 毫米时斑块易于破裂。因此,纤维帽的厚度及所占比例是决定斑块稳定性的重要因素之一。此外,斑块内有无出血、斑块表面是否规则、有无溃疡及溃疡的深度及斑块的增长速度等,均是决定斑块稳定性的重要因素。

对颈动脉颅外段不稳定斑块形成的研究发现,年龄、性别、吸烟饮酒史、高血压病史、糖尿病史、高脂血症病史、肥胖史、情绪激动紧张压力大及家族心血管卒中史均是其形成的危险因素。在高血压和糖尿病的作用下,其血管内皮在血流冲击下,容易发生损伤,导致脂质和胶原沉积,激活血小板,从而形成动脉内血栓或发生溃疡、斑块脱落等,产生急性心肌梗塞,急性脑卒中,甚至猝死。

3 科学饮食已是刻不容缓

当代,我们已生活稳定,衣食无忧,但缺乏食物营养知识,市场上琳琅满目的美食诱惑,普遍存在肉类油脂等动物性食物消费过多等不合理膳食行为,尤其是在流动人群中及新型城镇化地区,人们饮食结构发生很大改变,谷类食物消费明显下降,动物性食物消费快速上升。口味重是有普遍性的膳食习惯。肉、油、盐食用过量导致肥胖、高血糖、高血压,高血脂致脑血管病、心脏病等慢性病“已使个人、家庭、社会不堪重负”。慢性病所造成疾病负担占全国总疾病负担的 70%,如不采取强有力措施,未来 20 年,中国 40 岁以上人群中主要慢性病患者人数将增长一到两倍,慢性病导致的负担将增长 80%。

由此可见,不仅要吃得饱、吃得好,更要吃的科学。在此,提供科学饮食十条合理建议。①食物多样,谷类为主,粗细搭配。②多吃蔬菜水果和薯类。③每天吃奶类、大豆或其制品。④常吃适量的鱼、禽、蛋和瘦肉。⑤减少烹调油用量,吃清淡少盐膳食。⑥食不过量,天天运动,保持健康体重。⑦三餐分配合理,零食要适当。⑧每天足量饮水,合理选择饮料。⑨如饮酒应限量,最好不要饮酒。⑩吃新鲜卫生的食物。

急性出血性脑卒中患者家属真实体验的质性研究

陈素锦,周亚梅,张萍,蒋利平

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

急性出血性脑卒中发病突然,病情凶险,是危及生命的急症,对家属而言是突然发生的严重事件。家属对治疗护理措施的不了解,对疾病预后不确定以及面对失去亲人生命的威胁,家属迫切希望能时刻守护患者,急性出血性脑卒中患者一般多需进入监护室,不许家属陪护。家属表现否认、猜疑、恐惧等心理。本文对 13 例患者家属进行深刻访谈,探索急性出血性脑卒中患者家属的体验和需求,以帮助

家属减轻焦虑,减少护患纠纷,为医护人员促进其身心健康提供依据,为患者提供良好的社会支持系统。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究采用目的抽样法,选择某三级甲等综合性医院临床诊断急性出血性脑卒中患者的家属。研究样本量决定以资料重复出现,没有新主题呈现为标准。共访问 13 名家属,年

龄 30~65 岁。为控制偏倚,研究对象的纳入标准为:①近 1 年内和患者生活在一起;②精神、情绪自控能力和记忆力正常;③能用语言表达感受并同意参加本研究。见表 1

表 1 急性出血性脑卒中家属的一般资料

编 码	访谈对象					
	文化程度	职业	经济状况	年龄 (y)	性别	与患者关系
1	高中	经商	一般	42	男	父子
2	文盲	工人	较困难	30	女	夫妻
3	文盲	个体户	困难	40	男	兄弟
4	初中	个体户	一般	41	男	父子
5	中专	会计	一般	49	女	母子
6	高中	职员	一般	42	女	父女
7	初中	工人	困难	30	女	夫妻
8	小学	个体户	困难	40	男	父子
9	初中	个体户	一般	48	男	父子
10	中专	会计	一般	49	女	夫妻
11	高中	退休	好	65	女	夫妻
12	大学	公务员	较好	48	女	夫妻
13	大专	教师	较好	52	女	父女

1.2 研究方法

本研究为质性研究中的现象学研究。

1.3 资料收集

进行半结构式面对面深入访谈,由研究者本人负责,进行访谈前向每位家属解释本次研究的目的、方法,以受访者方便为原则,约定时间后在 ICU 单独接待室进行访谈,征得同意后签署知情同意书,对全程访谈进行录音,边听边观察受访者表情和情感变化,并做好笔录。访谈时间为 30 分钟左右,访谈在自然环境中进行要求安静、不受干扰,氛围轻松。将访谈内容列为访谈提纲,作访谈指引。访谈内容为开放性话题,主要内容:患者以前是否有高血压、高血脂或糖尿病病史;家族是否脑动静畸形史;患者发病前有什么征兆;得知患者发病后有什么感受;希望等到什么帮助;未来的期望和打算。在访谈中视具体情况采用不同的提问方式,鼓励受访者表达自己的感受和想法,对其中的重要信息向研究对象再次确认研究者是否正确,采取客观态度,避免主观意识影响。

1.4 资料分析

访谈结束后,当天将录音转化为文字,反复阅读,对比现场的笔录,整理好资料。资料分析采用 Colaizzi^[1]关于现象学资料的 7 步分析法,详细阅读访谈记录,找出有意义的陈述所隐含的意义,建立主题。

2 结果

2.1 主题 1. 复杂的心理变化

2.1.1 否认和痛苦

面对患者可能致残的现实,9 位家属表示不能接受,希

望是误诊。个案 3:真有这么可怕吗脑这一出血就瘫,医生不会诊断错吧?要不要 CT 再复查一下。个案 2:整个人窝在那里就不动了,脚也麻木了,动不起来!感觉天快塌下来了!特别难受呀!个案 11:大脑一片空白。怎么都想不到,好好的一个人,说倒就倒。我不知道该怎么办?平时我们都不想拖累孩子,两个老人自己住,他倒好,这么一倒,什么都不知道,我可怎么办呀?

2.1.2 后悔和担心

家属缺乏脑卒中的防治知识,对脑卒中的诱因和易患因素缺乏了解。发生急性脑卒中后,家属非常后悔。当医护人员在询问有无高血压、糖尿病等病史时,家属情绪十分激动。个案 1:他确诊为高血压病已有 5 年多,平时要有头痛、头晕才想到要服药。今晚又诉头痛得厉害,来不及拿药给他吃,他已倒在地上了。平时要督促他坚持服药,也就没这事了。不知道他这次能不能醒来,会不会瘫掉!个案 5:眼眶内满含泪水,这孩子出门时还好好的,同学今天聚会,大家在一起唱歌、跳舞、喝酒,可能情绪一激动,他就成这样了。平时也很少生病,哪里会想到有先天性脑动静脉畸形,这可怎么办呀?早知道,我就不可能让他出去,这可是拿命开玩笑呀!

2.1.3 猜疑和恐惧

急性出血性脑卒中患者多为病情凶猛、预后不良,患者家属都会因患者生命处于危急状态,常有不同程度的伤心、焦虑、紧张不安和恐惧,对外界事物的承受能力降低。患者一般多需进入监护室,不许家属陪护。担心患者在 ICU 不能得到良好的照顾,家属迫切希望能时刻守护患者。个案 10:昨天入院到现在滴水未进,不就是脑出血嘛。今天我一大早就起来熬米汤,心想自己做会比外面买的好,护士怎么说有应激性溃疡要禁食。平时他胃肠也没什么毛病,护士如果忙不过来,我可以自己进去帮忙喂呢。个案 4:医生说一侧肢体肌力差,要多活动。可每天就允许 30 分钟的探视时间,这哪里够呢?护士哪顾得上帮忙活动肢体,这会延误的治疗时机,这可怎么办呀?个案 12 面色非常紧张、恐惧:晚上跟平常一样,吃完饭坐在沙发上看电视,突然身子慢慢向一边倾斜,口吐白沫,叫他都没反应,过一会儿从口腔吐出不少东西,吐完以后神志慢慢转清,问他什么难受,一个劲地说头晕、头痛。没想到到医院检查是蛛网膜下腔出血,这是第二次发病了。医生说了再次发病危险性增加,这难道就没有办法吗?这可怎么办呀?个案 2:这一倒是不是就会残废了,一家都靠他,他可是上有老下有小啊!

2.1.4 平静和接受

面对患者突然发病的现实,3 名家属能正确面对,并积极配合治疗。个案 1:在医院就要好好配合医生和护士,尽最大的努力进行抢救。只要有一线生的希望,都不能放弃,最好是生活能够自理。我也这样安慰自己的家人,不要太悲观。个案 6:刚开始不能接受,觉得上天真不公平,多好的一个人竟遭此厄运。但当得知监护室里面有同样的病人,我们家属间互相安慰和劝导,慢慢也就接受。个案 7:一切顺其自然,毕竟我们都尽最大的努力去做,医护人员也尽最大的努力在抢救,要不好,也没办法了。个案 13:原来就有高血压,平时血压在药物控制下还比较稳定,8 年前也因为出血行头部钻孔引流术,现在年龄大了,希望护士细心一些,我们家属极力配合。

2.2 主题 2. 家属面临的困难和挑战

2.2.1 缺乏照顾的知识和技能

急性出血性脑卒中发生后,很多患者将遗留有不同程度的残疾,严重影响其日常生活活动,导致自理能力下降,给家庭带来了沉重的负担。同时,家属由于缺乏照顾的知识和技能,而忧心忡忡。个案 7:医生建议治疗阶段结束后,回家还要继续康复训练,一侧的肢体已经不行了,在医院里药物治疗都好不了,回家怎么练,怎么才能恢复自理? 个案 1:回家还要依赖胃管的话,不知道要吃什么,喂什么,怎么喂,多长时间喂一次? 万一脱出怎么办,怎么判断有脱出呢? 个案 5:在医院有医生和护士照顾,非常放心。回家的话,我们懂什么,耽误了治疗,可就惨了。个案 2:今天看他眼泪一直流,我心都碎了,不知道说什么好。

2.2.2 经济负担重和生活节奏打乱

急性出血性脑卒中患者病情重,且 ICU 是医疗仪器和高技术的集中的区域,患者在得到良好治疗的同时,也同时承受着巨大经济压力,家庭生活节奏被打乱。个案 3:平时就靠一个小食杂店维持一家生计,现在为了筹钱,只好把店面转让,这一生病,花钱比撕纸还快。个案 7:现在家里和医院两头跑,孩子交给婆婆带,班也没法上了,只好向单位请假,压力大,经济也影响大。个案 12:女儿现在是高三年级,马上面临高考,学习已经够紧张,每天回家都要问他爸爸的病情,学习也不能安心。

2.2.3 缺乏勇气和信心

急性出血性脑卒中发病急,病情变化快,经常伴有意识障碍、肢体瘫痪、语言障碍等,有些家属对治疗效果缺乏信心,对疾病的预后缺乏勇气,担心最终人财两空。个案 2:前一年出血住过医院,忌酒半年后有再喝白酒,平时脾气暴躁,经常有熬夜。自己不会照顾自己,生活习惯不好,怎么劝也不听,我们家里人都没辙,这条命能再折腾几次呢? 个案 11:入院到现在还昏迷,探视的时候任我怎么叫都没反应,医生准备给他行手术治疗,这到底有没有意义? 作为家属我们是希望他能恢复健康,最好不留下后遗症,这可能吗? 医生和护士都说会尽最大努力抢救,我们还是有点矛盾。

3 讨论

3.1 重视急性出血性脑卒中患者家属的心理反应,提供各方面的帮助和支持

出血性脑卒中患者发病早期,家属面对突然发生的家庭变故,出现了一系列复杂的心理反应,护理人员应仔细评估其心理状况,鼓励其表达内心真实的感受,指导其正确对待疾病。接受患者患病的事实后,家属会反复思考病因,并对自己过去的行为产生自责,护士可客观地帮忙分析发病原因,同时告知家属重症监护室现有先进的医疗条件和医护人员娴熟的医疗技术,已使抢救成功率大大提高,鼓励患者家属树立信心。特别告知脑卒中后,损伤的中枢神经系统存在着代偿和功能重组的自然恢复能力,但功能重建和代偿不会自动发展,而是有赖于学习和康复训练,而后期的康复训练,需要家属的密切合作。有研究证明,患者和照顾者对疾病的诊断和和治疗了解的越多,产生的心理压力越少,而且他们还能更好的利用医疗资源来应对疾病。^[2-3] 护士可以利用探视时间或根据需要适当放宽探视时间,结

合患者的病情及家属的接受能力及文化程度制定因人而异的康复计划,教会家属掌握肢体、ADL、语言、认知训练技能,让家属了解和掌握必要的后期的康复训练技能。

3.2 加强主动服务意识,适时做好沟通

重症监护室能满足患者的安全需要,它拥有先进监护仪器,能及时发现患者潜在的危险因素,能使急性出血性脑卒中患者在第一时间得到专科治疗,缩短抢救时间,提高抢救成功率,降低死亡率,大部分家属会相对地对重症监护室存有很高的期望,希望亲人能得到很好的治疗和护理,期望亲人能在最短的时间获得恢复。^[4] 同时家属只有在每天短暂的探视时间,才可以看到患者,很多家属难以理解和接受,甚至认为医护人员不通情达理,加之承担较高的医疗费用,由此产生猜疑等态度。在为患者服务过程中,医护人员要规范服务行为,做到文明礼貌,态度亲切耐心,积极与家属沟通交流。脑卒中急性期要尽量避免不良刺激,嘱家属特别是家庭经济条件较差者,不要在患者面前谈论费用的问题,要谈患者感兴趣的话题,给家属讲授心理学知识,同时可以加强医患沟通,减少误解,用通俗易懂的语言解答家属的疑问,帮助他们分析目前存在的问题和将要遇到的困难,并实实在在地为家属解决一些难题,提高家属对护理工作的理解和信任。并在于家属的交谈中注意家属情绪变化,多采取宽慰、鼓励的言语,这样可以减轻其不必要的过度自责,增强自己对患者病情的信心。

3.3 普及急性出血性脑卒中知识,降低发病率和致残率

脑卒中已成为全球主要的健康问题,随着人口老龄化,脑卒中有增长的趋势。对脑卒中知识的了解和相关护理、康复技能的掌握,可以在很大程度上减轻患者家属的恐惧和不安。^[5] 建议政府或社区健康服务机构加强对急性出血性脑卒中知识的宣传力度,普及有关知识。医务工作者定期对高血压、高血糖、高血脂的易患人群和家族有脑动静脉畸形史者进行筛查,做到早发现,早治疗。针对脑卒中易复发的特点,以健康手册、短信、上门随访、定期联系等形式,为家属提供脑卒中疾病相关知识,如脑卒中复发常见先兆,脑卒中复发时家庭处理措施,常见并发症的预防及处理,居家用药物的作用及主要副作用,患者的饮食指导和康复知识,根据患者的具体情况,鼓励家属参与制定相应的护理措施。

4 小结

本次研究结果显示,家属面对急性出血性脑卒中患者的感受包含着复杂的心理变化和面临的困难和挑战,家属在患者早日康复和生活能够自理希望的支撑下,迫切需要得到医务人员的专业帮助支持和心理支持。建议在今后的护理工作中,护理人员在关注急性出血性脑卒中患者的同时也要及时了解其家属的心理状态,将各种护理信息及时传达给家属,对家属同步进行针对性的健康教育,使家属获得有关疾病知识和信息,及时采取有效的护理干预方法减轻家属的身心压力,帮助家属调整自己的精神状态;同时让家属明白他们的情感支持在患者疾病康复中的重要性,提高其应对危机的能力,以积极的心态配合治疗和护理。

参考文献(略)

术后抬臀运动对肝切除患者胃肠功能恢复的影响

吴旭安

(厦门大学附属第一医院, 福建 厦门 361003)

肝脏手术一般采用间歇肝门阻断法切除病变组织^[1], 由于肝门血流的阻断会造成胃肠道血流循环受阻, 导致血流淤滞, 加上麻醉药物及术后镇痛泵的使用, 患者术后常出现胃肠胀气、肠蠕动缓慢等^[2]胃肠功能障碍等现象, 甚至导致肠粘连、肠梗阻。因此, 如何促进肝切除术后患者胃肠功能早期恢复, 就成为大家关注的问题。我科将 2012 年 9 月 - 2013 年 11 月期间实施术后抬臀运动护理的患者 (70 例), 与 2011 年 11 月 - 2012 年 8 月期间未行术后抬臀运动护理的患者 (70 例) 进行对比分析, 探讨术后抬臀运动对促进胃肠功能早期恢复的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

将 2011 年 11 月 - 2012 年 8 月期间, 实施肝切除术后未行抬臀运动的 70 例患者作为对照组, 其中男性 58 例, 女性 12 例, 平均年龄 53 ± 2.5 岁; 手术方式: 大范围肝切除 (≥ 3 肝段) 41 例, 小范围肝切除 (< 3 肝段) 29 例; 病理类型包括肝细胞癌 ($n=52$)、胆管细胞癌 ($n=8$)、肝内胆管结石 ($n=6$)、肝血管瘤 ($n=3$)、肝腺瘤 ($n=2$)、局灶性结节性增生 ($n=1$)。2012 年 9 月起, 我科施行肝切除术后抬臀运动护理, 选择至 2013 年 11 月期间与对照组性别、年龄、手术方式、病理类型相近的 70 例患者作为观察组。观察组中男性 55 例, 女性 15 例, 平均年龄 55 ± 1.7 岁; 手术方式: 大范围肝切除 (≥ 3 肝段) 36 例, 小范围肝切除 (< 3 肝段) 34 例; 病理类型包括肝细胞癌 ($n=48$)、胆管细胞癌 ($n=10$)、肝内胆管结石 ($n=5$)、肝血管瘤 ($n=4$)、肝腺瘤 ($n=1$)、局灶性结节性增生 ($n=2$)。两组患者间年龄 ($t = -1.917, P = 0.084$)、性别手术方式、病理类型统计学上无显著性差异 (表 1)。

表 1 两组患者性别、手术方式和病理类型的比较

	观察组 (n=70)	对照组 (n=70)	χ^2	P 值
性别(男/女)	58/12	55/15	0.413	0.520
手术方式			0.722	0.396
大范围肝切除 (≥ 3 肝段)	41	36		
小范围肝切除 (< 3 肝段)	29	34		
病理类型				
肝细胞癌	52	48	0.560	0.453
胆管细胞癌	8	10	0.255	0.641
肝内胆管结石	6	5	0.099	0.753
肝血管瘤	3	4	0.150	0.698
肝腺瘤	2	1	0.341	0.559
局灶性结节性增生	1	2	0.341	0.559

1.1 观察组 患者术后施行抬臀运动护理, 即去枕平卧 6 小时、生命征平稳, 在病情允许情况下, 由专科护士指导患者进行床上抬臀运动。具体方法: 患者仰卧, 双腿屈曲, 双上肢握住两侧床栏, 以肩部及脚掌为支撑, 依靠盆腔肌及臀部肌肉的力量, 将臀部抬起离床 15cm, 持续 5 - 10 秒。按照抬臀 - 持续 - 还原的节律进行锻炼, 重复 20 - 30 次。每 2 - 3 小时实施抬臀运动 1 次, 直到肛门排气^[3]。运动前要评估患者有无腹腔内出血, 运动时要观察引流液的颜色、数量、性质^[4]。抬臀运动的幅度、次数、频率, 患者可根据自身情况, 量力而行。

1.2 对照组 患者术后按常规专科护理, 即去枕平卧 6 小时、生命征平稳后, 改半卧位^[5], 每 2 - 3 小时协助翻身一次。

观察比较两组患者术后肛门排气时间、肠鸣音恢复正常的时间、首次排便时间、胃肠胀气发生率, 术后并发症、术后住院天数。比较两种方法对肝切除术后胃肠功能恢复的影响及效果。

1.3 统计方法 应用 SPSS 18.0 进行数据处理和分析, 计量资料采用均值 \pm 标准差表示, 计数资料采用 χ^2 分析, P 值 < 0.05 差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者术后肛门排气时间、首次排便时间、首次进食时间分别为 2.2 ± 1.1 、 2.8 ± 1.6 、 1.6 ± 2.1 , 均早于对照组的 3.2 ± 1.8 、 3.9 ± 1.4 、 2.6 ± 1.8 ; 观察组患者住院天数为 9.6 ± 7.6 , 对照组为 13.5 ± 8.8 , 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 见下表 2。观察组患者术后胃肠胀气发生率为 10%, 低于对照组的 23% ($\chi^2 = 4.214, P = 0.040$), 两组术后并发症分别为 23 例和 31 例, 比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.129, P = 0.165$)。

表 2 两组患者护理结果比较

	观察组 (n=70)	对照组 (n=70)	t	P 值
术后肛门排气时间(天)	2.2 ± 1.1	3.2 ± 1.8	-3.814	0.003
首次排便时间(天)	2.8 ± 1.6	3.9 ± 1.4	-5.142	0.000
首次进食时间(天)	1.6 ± 2.1	2.6 ± 1.8	-4.253	0.000
术后住院时间(天)	9.6 ± 7.6	13.5 ± 8.8	-6.459	0.000

3 讨论

抬臀运动能促进肝切除术后患者胃肠功能的早期恢复, 可改善肠麻痹, 增强支配内脏神经功能^[6], 从而促进胃肠蠕动, 有效防止肠粘连; 还能调动盆腔肌肉、臀部、腹部有

规律地收缩与放松,促进机体器官代谢的增强,增加了腹腔血液循环,能明显降低胃肠胀气发生率,缩短肛门排气、排便时间和肠鸣音恢复正常时间;同时,肩部、腹部、四肢并用可促进全身血液循环的改善^[7]。

抬臀运动法简单、方便、易操作,安全可靠,患者依从性强。患者仰卧屈膝,利用脚掌和肩部支撑,靠臀部和盆腔肌的力量抬起臀部,腹肌放松,不会增加腹内压和切口张力。同时对引流管的保护固定措施比传统翻身方法要求低,不会增加出血、切口裂开、引流管脱落的风险,这些从并发症

无明显差异可以看出;而且抬臀运动法对切口刺激性更小,减轻了疼痛^[8],提高了患者锻炼的舒适度和积极性。

综上所述:床上抬臀运动对肝切除术后患者胃肠功能的早期恢复有显著效果,可有效加快患者的术后康复过程,提高患者的生活质量,减轻患者的经济负担。

参考文献(略)

麻醉质量管理再认识

刘永前

(厦门市第二医院,福建 厦门 361021)

1 医疗质量管理理念的演变

上世纪 60 年代,由 Donabedian 和 Codman 将 Deming 关于工业质量管理的理论应用于医疗卫生事业的质量管理。关于医疗质量管理最初提出的是质量控制(QC)以及发展为质量保证(QA),两者的工作重点均着重在结构和结果;而的理念是医疗质量的持续改进(CQI),注重全过程管理和患者满意度。

质量定义为满足消费者要求的能力。对医疗机构来说,医疗服务质量应该是最大限度地满足患者的要求。对接受医疗服务的消费者来说,他们要求得到的医疗服务质量就是以最少的并发症、最少的花费、最现代的方式、产生最好的医疗结果。随着社会的发展和公众对医疗需求的提高,医疗质量的评估要与医疗服务质量,尤其是病人的满意度密切结合。医疗质量应体现在效果、费用、服务(人性化)等方面。

2 麻醉质量管理现状

高风险是麻醉专业的特征之一,强化全面全程麻醉质量管理是防范麻醉不安全事件发生的根本途径。

1989 年浙江省最早成立麻醉质量控制中心。此后,国内多数省市也相继建立了麻醉质控中心。具体职责包括:(1)麻醉结构的群体调查,了解各医院麻醉科的人员编制、科室建制、麻醉设备和麻醉工作统计等,从中分析把握现状,针对薄弱环节,提出改善质量管理的计划;(2)开办专门学习班,提高麻醉医师的专业能力和综合素质;(3)通过适当的行政指令,完善麻醉学科建制;(4)制定麻醉工作制度和诊疗常规,规范麻醉质量管理;(5)制定麻醉科基本装备要求,促进麻醉科设施和装备的建设;(6)积极创造条件,建立麻醉质控中心与各医院的信息网络。根据目前工作开展情况来看,属于起步和完善阶段。

3 麻醉质量管理的三个层次

医疗质量的形成既是一个过程,又有一定规律。由三个层次构成,称之为“三级质量结构”,即结构质量、环节质量和终末质量。遵照医疗质量形成的过程及规律,按层次实施对构成医疗质量的各环节进行有效地控制和改进是医疗质量管理的主要方法。医疗质量的三级结构是密切联系的,互相制约,互相影响。结构质量贯穿于质量管理的始末,终末质量是结构质量和环节质量综合结果,而终末质量又对结构和环节质量起反馈作用。强化麻醉环节质量管理是提高麻醉安全性的前提,也是降低麻醉医疗纠纷的最重要途径。

3.1 结构管理(基础质量管理)

结构是提供医疗服务的各种设置(基础性条件),通常指人员、设备及其组织形式。麻醉学科的结构则包括麻醉医师的数量、构成和素质、开展的业务范围和工作量、麻醉仪器及监测设备、手术室和麻醉恢复室的规模设置、规章制度以及相应的法律法规等。麻醉结构管理就是要求符合各项麻醉基本标准的管理,也是实施麻醉质量管理的基础。

在麻醉结构管理过程中,必须清楚地认识到麻醉专业人员的结构水平与麻醉质量密切相关,人的因素在质量管理过程中发挥至关重要的作用。应该通过继续教育、知识更新等多种形式提高麻醉专业人员的知识和技能水平。另外,应该根据实际情况制定麻醉科的基本设施和装备标准。足够的麻醉监测和正确使用麻醉监测设备不仅能够提高麻醉质量而且能够减低麻醉风险,因此,麻醉应有必要的监测设备和基本的监测标准。现在的基本共识是:对每一例麻醉,必须监测心电图、无创动脉血压、脉搏和脉搏氧饱和度;当进行气管插管全麻要求监测呼气末二氧化碳。在特殊情况下,根据病情需要与可能,还应该实行与此相适应的特殊监测,如有创动脉血压,中心静脉压,肺动脉楔压等。总之,结构管理就是为过程管理提供基本保证条件。

3.2 过程管理(环节质量管理)

过程管理是遵循指南或者诊疗常规实施麻醉工作的实际过程。过程就是为了实现既定目标的工作程序,即医疗的活动顺序和相互协调。过程管理是整个质量管理中最为重要的环节。好的过程管理是获得好结果的必要保证。围术期不同层面的过程管理分为术前、术中和术后三大部分。(1)术前管理包括:术前访视及病情评估、病人知情同意、麻醉实施方案、特殊准备和伴随疾病的处理等。(2)术中管理包括:麻醉监测、麻醉记录和麻醉实施。(3)术后管理包括:麻醉后恢复、术后随访、并发症处理和重大事件讨论及报告等。实施上述管理尤其应重视各项诊疗常规和规范的严格执行,充分的麻醉前告知,完善的麻醉中记录。麻醉风险意识应贯穿于整个麻醉过程中。

3.2.1 遵循规范 麻醉质量管理的目的之一就是加强麻醉质量管理而降低麻醉风险。降低麻醉风险的措施包括:预防病人受到手术以外的伤害,遵循麻醉诊疗常规,完善麻醉记录,协调与病人及其家属的关系,加强与外科医师的合作沟通。即便如此,麻醉并发症仍然时有发生,而且还因此面对医疗纠纷甚至法律诉讼。因此,麻醉医师应该清楚地认识到,麻醉工作有风险,麻醉医师必须对病人承担责任,得到病人的知情同意和正确的医疗记录均是麻醉医师应尽的责任。在医疗纠纷中,如果有麻醉医师对病人做了不应该的事,或者没有对病人做应该做的事,这些均是麻醉医师违背了应尽的责任。麻醉医师应该努力证明自己的行为是做了应该做的事,而且没有医疗过失。判断麻醉医师是否有医疗责任的通常依据是:(1)责任对象必须是麻醉医师;(2)麻醉医师在医疗过程中存在过失行为;(3)过失造成患者人身伤害;(4)过失行为和后果之间存在因果关系。判断医疗过失的标准是医疗卫生法律、行政法规、部门规章和诊疗护理常规。因此,麻醉医师要在医疗纠纷中处于不败之地的最重要的方法是严格执行上述的法律、法规和常规。

3.2.2 知情同意 知情同意就是在医疗活动中医疗机构及其医务人员将病人的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知病人亲属并且得到病人亲属认可同意和签名的过程。知情同意也包括病人需要在充分知情的情况下,对自己疾病的诊断、治疗做出选择,参与医生的医疗决策。麻醉知情同意书应该特别强调:(1)努力使病人亲属理解所有麻醉都有可能发生并发症和严重损伤,在极少情况下可能发生原因明确的或不明确的意外死亡;(2)记录已经与病人亲属充分讨论了麻醉的危险,以及改变麻醉方式的可能性;(3)让病人亲属接受麻醉计划,并且签署同意文件。知情同意是病人的应有权利和麻醉医师的法定义务,特别有助于医生与病人的沟通,减少医疗风险,也是对医师职业的正当保护。因此,必须严格执行麻醉前的麻醉同意书制度。

3.2.3 麻醉记录 医疗记录不仅是病人诊治过程的记载,具有重要的法律证据作用。医疗记录不当将导致难以预料的后果。麻醉医师的主要医疗记录是麻醉记录单。必要时,有些麻醉工作可以记录在病史的病程录中。规范麻醉记录

单至少应包括:ASA 分级、每 5 分钟的生命体征监测记录、使用的其他监测、使用的液体、药物的剂量和使用时间。如果麻醉过程中发生事件,应该以叙述形式记录发生了什么,发生的时间,处理的过程,处理的转归,以及在场的相关人员。各种记录应该内容相符、记录及时,不能涂改。麻醉医师须特别重视麻醉记录单的正确记录。

3.2.4 降低麻醉风险 围术期的麻醉风险与下列因素密切相关。(1)麻醉设备的维护、保养、校验和正确的使用;(2)麻醉方法的正确选择和药物的正确使用(应重视标签、剂量、途径等环节);(3)合理安排,避免疲劳工作;(4)全面细致的术前访视和评估工作;(5)岗位责任制的落实和持续全方位的监测和管理;(6)与外科医师的默契配合。

3.2.5 全程的人性化管理和合理的费用控制 生物、心理、社会医学服务模式的转变和患者全方位的服务需求,要求我们在麻醉的全程均给予患者人性化的关怀,要通过麻醉资源合理配置尽可能降低麻醉费用,不但有助于提高患者满意度,也可降低医疗纠纷发生。

3.3 结果管理(终末质量管理)

实施结构管理和过程管理是获得令人满意结果的基础。结果是病人在接受医疗服务后的健康状况的变化。

目前,麻醉结果测量将包括:(1)经济结果,单病种成本、人均成本等的成本和效益分析;(2)行为结果,病人的满意度测定;(3)临床结果,各种治疗和监测的合适性和有效性;(4)健康结果,病人生命质量的改善;(5)与麻醉相关的紧急事件和特殊事件的发生率;(6)紧急事件、特殊事件和重大事件记录报告。结果管理是对上述结果的指标进行测量、分析、评估和比较,并且经过结果反馈,进一步改进过程管理中存在的问题。建立数据库是提高结果管理效率的有效途径。

4 持续质量改进的特点和实施

质量管理的重大发展是从开始时的质量保证扩展到目前推行的持续质量改进。麻醉质量管理同样需要在不断提高和不断完善的过程中发展。

4.1 持续质量改进的特点

现行的持续质量改进的目的不是批评指责某一个人,而是要发现导致不良结果的原因。持续质量改进的目标是整个系统和程序,是要发现产生不良事件的系统中的错误,这个系统包括所有与医疗卫生服务有关的成分,如:医疗卫生专业人员、病人及其家属、物质管理和行政管理等。持续质量改进计划通过对不良结果的研究,找出系统原因,并且实施完善结构和改善程序的计划。例如持续质量改进在研究死亡率时,还要研究医疗活动程序与病人死亡率的关系,病人的疾病及其身体状况与死亡率的关系,是否正确评估病人能否耐受麻醉手术,以及抢救复苏时的人员安排等。总之是要在产生不良结果时总结出在结构管理和过程管理中存在的问题及找出原因,以及改进措施。

持续质量改进工作程序的另一个特点是通过持续评估医疗服务的各个重要方面,发现提高医疗质量的方法。这是

一个从下到上的过程,从真正接触提高医疗服务质量活动的人员开始;而不是从上到下,从管理层开始。就麻醉科推行持续质量改进工作来说,首先是麻醉医师确认应该做什么?能够做到什么以及能够做到什么程度?以此为标准,进行持续检查评估,不断提高质量。针对具体的麻醉过程中发现的情况,如硬膜外阻滞发生后发生的神经损伤,首先应测定并记录研究对象的目前状态,也包括结果的测定。接下来分析导致这个结果的医疗过程,从中发现问题原因,提出质量改进方法。经过一段时间实践后,重新测定研究对象的状态并且鉴别结果是否真正得到改善。然后决定是保持还是继续执行改进方法。最终达到提高医疗服务质量的目的。

4.2 持续质量改进计划的制定和实施

持续质量改进是遵循“计划-实施-检查-整改”的循环管理模式(PDCA)。实施有效的持续质量改进计划的步骤为:(1)设立质量管理目标和对象(麻醉医师或麻醉科以及麻醉工作程序);(2)选择指标,通过群体调查确认严重事件和并发症,通过序贯调查了解影响结果的工作程序差异;(3)找出发生问题的原因;(4)采取相应措施;(5)监测实施措施后的结果。因此,持续质量改进是一个永无止境的质量循环管理过程。

实施持续质量改进的关键在于要使麻醉医师了解麻醉质量管理的必要性和重要性。持续质量管理的重点是整个系统和程序,而非针对个人。遵循标准和指南不仅是为了保证医疗服务质量,而且是规范医师自身行为和保护医师正当行为的重要措施。只有当麻醉医师积极参与麻醉质量管理活动,而不是害怕或者抵制质量管理的时候,才能真正落实持续质量改进计划。持续质量改进必须成为麻醉医师每天日常工作的组成部分。

在部门实际质量改进工作中,麻醉科应该根据上级主管部门、麻醉质控中心和医院规定的各项麻醉标准、指南、诊疗常规及其相关的统计指标;根据不同阶段,确定重点管理目标;制定持续质量改进计划,实施计划,定期收集结果资料和分析汇报,不断地提高麻醉服务质量。科室质量改进计划的制定观察和分析评估应该在科室内充分讨论,寻找过程中的不足之处,提出进一步提高质量的措施方法。同时,对麻醉医师也应该进行质量改进的训练,使麻醉医师懂得怎样参与质量改进活动,同时要求他们为质量改进提出建议。随着质量改进计划的实施,医疗行为将会更加规范,医疗服务质量将会不断提高。持续质量改进正在向全面质量管理(TQM)扩展。医院将承担全面医疗质量管理的

重任。全面质量管理将研究有关病人治疗期间的所有问题。随着社会和国情的发展,质量管理在提高医疗服务质量和病人满意度的基础上,将进一步加强成本效益分析等经济指标的管理,来增强医疗服务的竞争力。

5 麻醉质量管理的关键问题

5.1 建立质量管理组织是关键。在上级麻醉质控组织和院级医疗质量管理委员指导下,麻醉科应建立由科室主任牵头的质控小组,并应有明确分工这是实行有效质量管理的必要条件。科室质控小组的主要职责是完善并督促规章制度的落实,执行各项质管标准、诊疗指南,定期进行医疗质量各项指标的分析,研究提出改进措施,写出质量分析报告,提出奖惩意见。

5.2 执行各项管理标准和指南是基础,麻醉标准是实施麻醉时,对于麻醉医师、麻醉设备以及麻醉场所等提出的基本要求(必须执行)。麻醉指南是对各项具体麻醉工作的指导和建议(应当执行)。早在1987年,JCAHO就提出美国医院的麻醉标准,其主要内容包括病人评估、病人处理和质量管理三大部分,并附有标准代码和标准说明。JCAHO的麻醉标准每年出版而且内容不断更新。JCAHO根据标准对医院麻醉质量进行评审。美国麻醉医师协会(ASA)在1969年发表第一本实用指南,并且在1986年出版了第一套严格的麻醉应用标准。这些标准包括:围术期最低限度的监测,手术室外麻醉场所的基本要求,仪器检验和麻醉后监护等。ASA还出版了特殊领域的应用指南,如:围术期急性疼痛治疗,成分输血疗法,癌性疼痛治疗,困难气道处理,围术期经食道心脏超声,肺动脉插管,非麻醉医师实施镇静和镇痛的要求等。这些标准和指南特别强调围术期的生理监测并且已经对临床麻醉产生明显影响。

5.3 严格落实和完善各项制度是保证。在国家各项医疗管理法律法规和规章制度的基础上,科室应根据自身特点建立和完善与科室管理相适应的规章制度,制定制度时必须考虑其科学性和可行性,经过全科室充分讨论达成共识后才会有好的执行效果。制度一旦制定就应该严格执行,科主任是督促者,更应该是模范的执行者,对制度落实情况的考核应与考核对象的晋升、晋级和绩效挂钩。

5.4 充分利用现代信息技术,积极推广麻醉质量管理软件系统是提高管理效率的倍增器。麻醉质量信息处理中所带来的高效便捷以及麻醉质量的提高,将会大大降低管理成本。尤其是经信息化处理获得的麻醉质量信息,将有助于全面提升麻醉质量管理水平。

浅谈用眼行为习惯对青少年视力的影响

钟雪梅,林丽惠,郑丽梅

(厦门科宏眼科医院,福建 厦门 363100)

当前,随着青少年视力不良呈逐渐上升趋势,说明预防和控制青少年视力不良的发展还需加强。许多研究证实不良的用眼习惯,如:躺在床上看书、读书姿势不正确、长时间疲劳用眼等均可导致青少年视力不良。

1 对象与方法

1.1 对象:采用随机抽取的方式对 2014 年 6 月份到 8 月份期间来我院就诊的青少年(年龄范围 8—18 周岁)进行问卷调查,共 250 名。

1.2 方法:查双眼裸眼视力,对数视力表设计距离为 5M,光线符合要求。诊断标准双眼视力 ≥ 5.0 为正常,双眼或是单眼视力 < 5.0 为视力不良。

对这 250 名青少年进行问卷调查,本次问卷调查的内容为我院自编的,内容包括自身的视力情况、有无家族遗传史及自身的用眼卫生习惯。对内容不完善者进行跟踪,将内容完善。问卷回收率 100%。

1.3 统计分析:使用 SPSS 10.0 软件对资料进行统计分析,率的比较使用 χ^2 检验。

2 结果

调查显示,用眼行为习惯对青少年视力有意义的是:

(1)阅读姿势不良,包括阅读姿势不端正,是否躺着或在晃动车内看书;(2)用眼负荷大,在家连续作业时间,用眼后是否休息,有无户外活动 1h/d 以上;(3)玩电子产品的时间:玩游戏、看电视、玩电脑对视力的影响有显著性的意义;(4)做眼保健操的次数、睡眠的时间。同时显示是否偏食挑食与青少年的视力无显著意义。(见表一)

表一 用眼卫生行为习惯与视力不良的关系

变量	属性	受检人数(例)	视力不良(例)	χ^2	P 值
亲属近视情况	父亲或母亲	44	20	3.829	< 0.05
	父亲和母亲	92	37		
	其他亲属	147	51		
	无	217	70		
在家连续作业时间	小于 1h	129	40	5.780	< 0.05
	1~	234	84		
	2~	96	32		
	大于 3h	41	21		
有无户外活动 1h/d	有	394	136	0.633	< 0.05
	无	106	41		
用眼后是否休息	有	255	76	7.626	< 0.01
	无	245	102		
读写姿势是否正确	正确	344	118	1.719	< 0.05
	不正确	156	63		

变量	属性	受检人数(例)	视力不良(例)	χ^2	P 值
是否躺着或在晃动车内看书	从不	172	52	3.729	< 0.05
	偶尔	277	103		
	经常	51	22		
是否偏食挑食	从不	140	47	0.415	> 0.05
	偶尔	246	89		
	经常	8030			
玩游戏机	总是	34	12	3.730	< 0.01
	很少	225	103		
	经常	245	134		
看电视	很少	216	75	26.066	< 0.01
	经常	284	164		
操作电脑	很少	170	54	56.186	< 0.01
	经常	330	221		
睡眠时间/h	小于 8	192	71	0.433	< 0.05
	大于等于 8	308	105		
	1 次	204	94		
做眼保健操的次数	2 次	224	67	18.591	< 0.01
	3 次	72	16		

3 讨论

儿童是进行早期健康教育的黄金时期,通过用眼卫生知识的教育,不仅使他们学到了知识,而且还促进不良用眼卫生行为的改进。在加强用眼健康教育方面需要家长和教师共同努力,提高青少年自觉保护视力,注意用眼卫生的意识帮助他们从小形成良好的用眼卫生习惯,从而达到控制青少年视力不良的发展。目前视力不良的预防和控制工作应从多方面入手:(1)养成良好的用眼卫生习惯。习惯一旦养成,则很难改变,所以,最好从小培养孩子良好的用眼卫生习惯,并在日常学习过程中注意保持。由于儿童大多是时间都在学校,所以老师、家长和儿童都应具有这方面的知识。学生是主体,老师和家长则起监督、指导作用,老师和家长一旦发现其阅读习惯不良,要随时提醒,使之从小逐渐养成良好的用眼卫生习惯。(2)减轻用眼负荷。过去的教育体制,由于片面追求升学率,造成学生课业较重,课外活动少,阅读和书写时间长,这不仅造成学生体质下降,而且是我国视力不良高发的主要原因。只有真正实施素质教育,才能切实减轻学生课业负担,促进学生全面发展。(3)随着科技的

发展,电子产品越来越多,各种手机、电脑、ipad 等应控制使用的时间,长时间的使用则不但会对青少年的视力发展造成重大的影响,还会影响学业。(4)改善学习环境,其包括教学设备、课桌椅的设计、教室照明条件等。(5)全面均

衡的饮食,不偏食挑食。

行为决定习惯,习惯决定健康,希望大家共同注意用眼卫生行为习惯,拥有一双明亮的眼睛。

早期综合干预对发育临界儿神经心理发育的影响

刘小英,杨梅凤,寇海燕,刘文龙

(厦门市妇幼保健院儿童发育行为科,厦门 福建 361003)

发育临界儿是由于影响发育的高危因素导致的以中枢神经系统发育障碍为主要表现的一组高危儿^[1]。在影响中枢神经系统发育的高危因素的影响下,一部分高危儿存在神经精神发育偏离的异常表现,如运动、语言和认知功能落后、感知觉障碍、肌张力和姿势异常等,明显与正常婴幼儿的发育不同,但尚不符合神经精神发育迟滞或脑性瘫痪诊断标准。按照三态分布规律,这些小儿处于健康高危儿和发育障碍/脑损伤患儿之间的状态,为了诊断和医学干预的需要,我们将其统称为“发育临界儿(developmental borderline children,DBC)”,以别于健康高危儿和其他高危儿^[1]。由于婴儿脑的结构和功能发育不完善,未成熟脑的代偿性和可塑性强,其早期临床表现模糊或不典型,使早期发现和早期诊断困难,反之,如果能早期诊断,早期对发育临界儿进行综合性干预措施,脑功能有望得到最大程度的恢复,从而避免中枢性发育障碍或脑损伤后遗症和残疾的发生^[1]。本研究对发育临界儿进行了早期综合干预,并取得了良好的治疗效果,现将结果报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2009 年 06 月~2012 年 06 月在厦门市妇幼保健院儿童保健科体检筛查出的总发育商(development quotient, DQ)为 70~85 分的 0~6 岁发育临界儿 100 例为研究对象。发育临界儿系中枢性运动功能落后,或有肌张力和反射异常、姿势异常等,发育临界儿符合文献标准的诊断标准^[2],并经头部 CT、眼底 TSH 和脑电图等实验室检查排除先天性遗传疾病和畸形、染色体病变、代谢性疾病、反复抽搐病史以及已明确诊断的脑性瘫患者。将研究对象按照随机数字表法随机分为干预组和对照组。干预组 50 例,其中男 29 例,女 21 例,月龄 3~24 个月,平均(11.38±6.41)月;对照组 50 例,其中男 28 例,女 22 例,月龄 3~24 个月,平均(9.82±5.85)月。两组发育临界儿性别、年龄、异常行为分布、干预前发育商(DQ)值等比较差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 分组指导方法

对照组 在接受传统以体检为主的保健的基础上,给予常规的早期教育指导。对儿童家长进行科学的养育知识

教育,免费发送自编《0-3 岁婴幼儿发育与潜能开发简明表》,参考《0-3 岁最佳的人生开端》^[3]。指导婴儿做按摩、体操和主动运动训练。定期体检,但未接受系统的早期综合干预。具体观察时间为 6 个月。

干预组 除了同对照组的接受传统以体检为主的保健、给予常规的早期教育指导的基础上,还进行了早期综合干预。具体的早期综合干预内容为:①通过个别指导方式或小型家长会,给家长讲解早期干预重要性、婴幼儿运动和智力发育规律、喂养护理和常见病防治等知识。②从患儿的实际情况和评估结果出发,根据儿童神经发育规律,在智能发育的 5 个方面(粗大运动、精细动作、语言、认知能力或适应性行为、个人-社会交往)确定需要进行教育和训练的内容,拟定相应的早期综合干预方案。③采取个别化教育和训练,辅以集体活动,每次 30 分钟,每周二次。由笔者所在医院的专业训练人员进行全面早期干预(包括认知、语言、交往能力和情感等)^[4],在此基础上重点进行运动训练,如全身按摩和被动体操,并按照婴儿运动发育规律做俯卧抬头、拉坐、翻身、爬、站和走的主动运动训练。④制定家庭训练计划,每次个别教育训练后,指导家长正确的训练方法,并进行家庭巩固练习,于下次训练之前反馈家庭训练情况,及时针对患儿的实际情况进行调整。⑤出现姿势异常、运动落后者做相应的重点康复训练,主要采取神经发育促进疗法如 Vojta 法、上田法等,进行头部控制、协调翻身、坐位保持、爬行及纠正异常肌张力训练,以改善发育偏离和异常,促进正常发育进程。具体的早期综合干预时间为 6 个月,由本院的儿童行为发育科的医生进行专业的早期综合干预。

1.2.2 效果评价

由经过系统培训的医生作为调查员,对两组发育临界儿于干预前和干预 6 个月后,分别采用首都儿科研究所与中国科学院心理研究所合作编制的《0~6 岁小儿神经心理发育检查表》进行测评,使用北京骏锋旭成科技有限公司提供的 0~6 岁小儿五项神经心理发育调查软件处理测试数据。系统量表分五大能区:粗大运动、精细运动、适应能力、语言和社交行为,项目调查总数 211 项,分为 28 个年龄组,用发育商(DQ)评价。两组随访测评率达 100%。按照我国传统 4 级疗效评定标准^[5],结合患儿本身运动发育顺序的提高程度和异常姿势与肌张力的改善及智力的提高进行自身评定。基本治愈:

发育顺序达到正常或基本正常,异常姿势消失,肌张力改善,肢体运动功能对称,活动自如,智力正常,反应能力强,语言清晰。显效:发育顺序趋向正常,异常姿势未完全消失,肌张力改善不完全,肢体屈伸运动中有一过性停顿,反应能力尚好,智力有所提高。有效:发育顺序有一定提高,肌张力有改善,肢体运动功能及姿势较治疗前有进步,仍在控制中,智力稍有进步。无效:治疗前后无明显变化。

1.3 统计学处理 数据录入计算机后应用 SPSS13.0 软件包进行两独立样本的 t 检验和 χ^2 检验等处理。

2 结果

2.1 两组发育临界儿干预前神经心理发育差异

干预组干预前的发育商(DQ)、粗大运动、精细运动、适应能力、语言和社交行为方面与对照组干预前的比较,其差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组发育临界儿干预前的神经心理发育评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	DQ	粗大运动	精细动作	适应能力	语言	社交行为
干预组	79.06 ± 4.63	84.84 ± 11.90	75.92 ± 9.44	82.06 ± 9.82	78.50 ± 8.56	78.60 ± 13.80
对照组	80.38 ± 4.55	79.46 ± 16.92	75.72 ± 10.89	81.14 ± 11.80	83.08 ± 15.29	83.62 ± 11.70
t	1.438	1.839	0.098	0.424	1.848	1.962
P	0.154	0.069	0.922	0.673	0.068	0.053

2.2 两组发育临界儿干预 6 个月后神经心理发育差异
干预组干预后的发育商(DQ)、粗大运动、精细运动、适

应能力、语言和社交行为方面较对照组有明显提高,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组发育临界儿干预 6 个月后的神经心理发育评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	DQ	粗大运动	精细动作	适应能力	语言	社交行为
干预组	94.46 ± 10.43	99.74 ± 14.74	91.98 ± 14.89	100.74 ± 14.46	92.36 ± 16.37	89.66 ± 14.67
对照组	84.82 ± 8.29	88.18 ± 14.16	80.98 ± 11.23	88.44 ± 11.54	82.84 ± 13.99	83.04 ± 14.47
t	5.116	3.999	4.170	4.702	3.126	2.272
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.025

2.3 两组发育临界儿临床疗效评估

干预组总有效率达 92%,明显高于对照组的总有效率 60%,差异有统计学意义($\chi^2 = 14.035, P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组发育临界儿临床疗效评估[n(%)]

组别	n	基本治愈	显效	有效	无效
干预组	50	25(50)	13(26)	8(16)	4(8)
对照组	50	6(12)	15(30)	9(18)	20(40)

3 讨论

近年来,随着围产医学及新生儿重症治疗技术的提高,新生儿死亡率逐年下降,但围产期脑损伤发病并非同步下降。早产、低体重儿、多胎儿及重度窒息儿虽经抢救成活,却留下脑损伤致神经功能障碍,导致脑性瘫痪、智力低下、癫痫和感知觉异常、行为异常以及智能障碍^[6-7]。婴幼儿处于神经系统迅速发育阶段,各种异常和正常姿势反射可交互出现,为早期和超早期发现与干预带来一定困难^[8]。

发育临界儿发育中的中枢神经系统具有可塑性,使脑损伤后能得到一定程度的功能恢复。人脑中神经细胞增殖期是从妊娠 3 个月至生后 1 岁,过了此时期,神经细胞不再复制或再生,而维持神经细胞的营养、传导等支持细胞的增殖是从妊娠后期延续至生后 2 岁。如果脑受损伤,通过早期丰富的环境刺激和功能训练,大脑可重组其功能^[9-11]。有研究表明,0-3 岁时期是神经发育最快、可塑性最强的时期,是对患儿进行早期干预的黄金时期,在这期间对患儿进行早期综合性干预,可以显著改善患儿的发育状况^[12-13]。临床上因患儿早期症状不突出未及时给予训练的现象较普遍,且存在认识误区,如针对头软、双下肢无力误诊为“缺钙”予盲目补钙;或认为系发育的个体差异致家长观望等待,延误了患儿神经行为发育敏感期的有效干预;或过早盲目诊断为“脑性瘫痪”致患儿家庭蒙上阴影。为了避免中枢性发育障碍或脑损伤后遗症和残疾的发生,在早期进行有效的干预性治疗尤为重要。

本文通过 6 个月干预后两组评估结果的比较表明,干预组干预后的发育商(DQ)、粗大运动、精细运动、适应能力、语言和社交行为方面较对照组有明显提高,干预后干预组大

部分患儿的运动和智能发育达到或接近正常水平,干预组总有效率达 92%,明显高于对照组的总有效率 60%,说明早期综合干预能有效促进发育临界儿运动和智能的发育。对发育临界儿早期给予综合干预是非常重要的。因此,在医疗保健机构进行强化式的早期干预是重要的,可以针对患儿比较突出的问题进行矫正。但是在医院中的教育和训练毕竟是短时间的强化训练,大量的、长期的训练还要依靠家长在家庭中进行。把医院和家庭相结合,充分发挥家长在早期干预中的主动作用,是获得早期干预效果的重要途径。另外通过对对照组干预前后比较,我们发现部分患儿仅通过家庭干预也可恢复正常水平,婴幼儿早期发育异常随着神经生长发育日渐成熟,部分症状较轻者尚有自我修复的可能。应在短时间内动态监测其发育进程和变化,重视家庭指导和训练,避免过治。发育临界儿是一群最易被忽略的群体,因其可能预示患儿远期运动智能损害,而目前对发育临界儿的定义尚无更严格诊断标准。发育障碍总要通过行为表现出来,因此,对发育临界儿实施以预防干预为主的前摄性保健,既可避免延迟治疗,影响预后,又可做到对高危儿的管理有的放矢,避免大范围干预,及时干预可起事半功倍之效^[14-16]。

通过临床早期干预的发育临界儿,真正演变成脑型瘫痪的概率并不大,然其伴随障碍如语言迟缓、认知障碍、智力落后随年龄的增长有突出趋势^[17],由于此次观察期仅为

6 个月,对远期效果尚有待进一步的观察研究,通过早期干预,是否真正做到体智健康,有待儿科临床更进一步全方位予以关注和研究。

目前,临床上因患儿早期症状不突出未及时给予干预的现象较普遍,延误了患儿神经行为发育敏感期的有效干预。因此建立一套完善的脑发育临界儿筛查与康复治疗管理流程,早期发现、早期干预,能促进脑发育临界儿的健康成长^[18]。本文中,通过对来儿童保健门诊体检的 0-3 岁婴幼儿,在接受传统的以体检为主的保健模式基础上接受神经心理行为评估,早期筛查出发育临界儿,进行早期干预,取得了较好的效果。目前国内也有关于在儿童保健中引入神经心理行为评估与干预方面的研究^[19-20],各种研究数据表明,在儿童保健中引入神经心理行为评估与干预的效果十分明显,可以使儿童的发育情况更加理想,可以在健康保健的过程中对每位儿童的神经心理发育状态有更加全面的了解,使出现神经心理发育问题的比率进一步降低。对于未来的展望,我们希望各地妇幼保健管理机构能引起足够重视,在健全的儿童保健三级网络中,实施有效的儿童神经心理发育监测及保健管理模式,早发现、早诊断、早干预发育偏离或落后儿童,减轻伤残,预防脑瘫,为家庭和社会减轻负担。

参考文献(略)

注意缺陷多动障碍不同亚型注意力特征分析

刘文龙¹,赵旭¹,谭剑辉¹,王娟²

(1. 厦门市妇幼保健院儿童发育行为科,福建 厦门 361003;

2. 厦门大学公共卫生学院,福建 厦门 361102)

注意缺陷多动障碍(ADHD)是指发病于 12 岁前儿童明显的注意集中困难、注意持续时间短暂及活动过多或冲动的一组综合征,这些症状至少存在于 2 个场合以上,不能用精神障碍和情绪障碍来解释,儿童患病率为 5.0% 左右,成人约为 2.5%^[1]。分为注意缺陷为主型(ADHD-PI)、多动/冲动为主型(ADHD-HT)和混合型(ADHD-CT) 3 种亚型^[2]。该疾病是儿童最常见的神经行为障碍,也是学龄儿童患病率最高的慢性精神健康问题之一。目前,对 ADHD 儿童注意力特征的研究没有一个相对统一且有效的测试工具。由 Rosvold 等首创的持续性操作测试(continuous performance test, CPT)的应用已有近 50 年的历史,近 20 年来有 10 多个版本的 CPT 用于注意稳定性障碍的评定^[3]。整合视听持续性操作测验(IVA-CPT)属于其中一种,是较常用的测试注意力的方法,具有很好的操作性和标准^[4-5]。国外研究表明它是将 ADHD 与正常儿童区别开来的最为可信的心理测试方法^[6-7],国内也有文献报道 IVA-CPT 对临床诊断 ADHD 有极高价值^[8],所以本研究采用了 IVA-CPT 作为研

究工具来探讨 ADHD 儿童的注意力特征。使用 IVA-CPT 作为工具来研究 ADHD 儿童和正常儿童注意力特征差异的报道较多,但研究 ADHD 儿童 3 种亚型的注意力特征差异尚未见报道。本研究旨在通过对比 3 种亚型 ADHD 儿童的注意力特征,为临床诊断和干预治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集 2010 年 3 月份至 2013 年 6 月份在我院儿童发育行为科诊断的 ADHD 儿童 345 例,符合美国精神学会《精神障碍诊断和统计手册》第 4 版(DSM-IV)的诊断标准,躯体及神经系统检查未见明显异常(不包括神经系统软体征)。排除精神发育迟滞、孤独症谱系障碍疾病和其他的严重精神神经疾病。同时选取 122 名正常儿童作为对照组。

1.2 研究方法

采用南京伟思公司引进的美国 Braintrain 公司生产的 IVA-CPT 测试仪,以 DSM-IV 为参照标准,IVA-CPT 敏感度为 71.6%,特异度为 56.5%^[9]。测试分为预热、练习、

主测试和恢复 4 个阶段,整个操作过程约 20min,数据自动记录,最终得出 6 个综合商数(综合控制力商数、综合注意力商数、听觉控制力商数、视觉控制力商数、听觉注意力商数、视觉注意力商数)和 28 个与认知变量相关的商数指标。

1.3 统计学分析

采用 Excel2003 建立数据库,使用 SPSS15.0 进行数据分析,数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,多组间比较采用方差分析,两组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

本研究 ADHD 儿童 345 例中男孩 298 例,年龄为 $(8.3 \pm$

1.7) 岁;女孩 47 例,年龄为 (8.2 ± 1.6) 岁,男女比约为 6:1。ADHD - HT 24 例(7.0%), ADHD - PI 173 例(50.1%), ADHD - CT 148 例(42.9%)。对照组 122 例中男孩 98 例,年龄为 (8.1 ± 1.5) 岁;女童为 24 例,年龄为 (8.4 ± 1.0) 岁。经统计分析,ADHD 组儿童和正常组儿童在年龄和性别上差异无统计学意义,具有可比性。

2.2 ADHD 儿童与正常儿童注意力特征比较

ADHD 儿童综合注意力商数和综合控制力商数均明显低于正常对照组,差异有统计学意义。说明 ADHD 儿童注意力控制能力、选择注意力能力均落后于正常儿童。见表 1。

表 1 ADHD 儿童与正常儿童注意力特征比较 ($\bar{x} \pm s$)

	例数	ADHD - HT		ADHD - PI		ADHD - CT	
		综合控制力商数	综合注意力商数	综合控制力商数	综合注意力商数	综合控制力商数	综合注意力商数
对照组	122	107 ± 16	98 ± 18	101 ± 22	97 ± 20	94 ± 22	97 ± 20
ADHD 组	345	87 ± 18	75 ± 21	79 ± 23	71 ± 22	77 ± 26	73 ± 22
t 值		5.266	5.808	8.173	10.520	5.937	7.864
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 ADHD - HT 儿童注意力特征比较

ADHD - HT 儿童注意力特征比较显示,视觉控制力商数得分高于听觉控制力商数,差异有统计学意义,说明 ADHD - HT 儿童听觉控制力受损重于视觉;在注意力商数和速度商数上,听觉得分高于视觉得分,差异有统计学意

义,说明 ADHD - HT 儿童视觉注意力受损重于听觉,大脑反应能力上听觉优于视觉;在谨慎商数上,视觉得分高于听觉,差异有统计学意义,说明在识别干扰并做出正确反应的能力上,视觉优于听觉。见表 2。

表 2 ADHD - HT 儿童注意力特征比较 ($\bar{x} \pm s$)

	例数	综合商数		控制力尺度			注意力尺度		
		控制力商数	注意力商数	谨慎商数	一致性商数	毅力商数	警醒商数	注意力商数	速度商数
听觉	24	80 ± 22	78 ± 25	83 ± 24	81 ± 18	97 ± 21	67 ± 33	88 ± 17	102 ± 14
视觉	24	84 ± 25	68 ± 28	93 ± 22	82 ± 24	94 ± 24	70 ± 34	81 ± 24	82 ± 22
t 值		2.097	3.981	6.316	1.016	1.121	0.882	4.471	13.476
P 值		0.037	0.000	0.000	0.311	0.264	0.379	0.000	0.000

2.4 ADHD - PI 儿童注意力特征比较

ADHD - PI 儿童注意力特征比较后显示,在注意力商数和速度商数上,听觉得分高于视觉得分,差异有统计学意义,说明 ADHD - PI 儿童视觉注意力受损重于听觉,大脑反

应能力上听觉优于视觉;在谨慎商数上,视觉得分高于听觉,差异有统计学意义,说明在识别干扰并做出正确反应的能力上,视觉优于听觉。见表 3。

表 3 ADHD - PI 儿童注意力特征比较 ($\bar{x} \pm s$)

	例数	综合商数		控制力尺度			注意力尺度		
		控制力商数	注意力商数	谨慎商数	一致性商数	毅力商数	警醒商数	注意力商数	速度商数
听觉	173	90 ± 17	80 ± 21	93 ± 16	88 ± 18	100 ± 19	80 ± 26	96 ± 17	105 ± 14
视觉	173	88 ± 23	66 ± 32	103 ± 18	83 ± 23	91 ± 29	68 ± 36	78 ± 22	83 ± 20
t 值		0.439	3.188	3.657	1.237	1.281	1.427	3.684	5.633
P 值		0.664	0.005	0.001	0.229	0.213	0.167	0.001	0.000

2.5 ADHD-CT 儿童注意力特征比较

ADHD-CT 儿童注意力特征比较后显示,在注意力商数和速度商数上,听觉得分高于视觉得分,差异有统计学意义,说明 ADHD-CT 儿童视觉注意力受损重于听觉,大脑反

应能力上听觉优于视觉;在谨慎商数上,视觉得分高于听觉;差异有统计学意义,说明在识别干扰并做出正确反应的能力上,视觉优于听觉。见表 4。

表 4 ADHD-CT 儿童注意力特征比较 ($\bar{x} \pm s$)

	例数	综合商数		控制力尺度			注意力尺度		
		控制力商数	注意力商数	谨慎商数	一致性商数	毅力商数	警醒商数	注意力商数	速度商数
听觉	148	80 ± 24	79 ± 24	82 ± 26	82 ± 20	97 ± 22	71 ± 31	86 ± 23	105 ± 16
视觉	148	83 ± 52	70 ± 29	90 ± 24	79 ± 26	92 ± 28	72 ± 35	79 ± 24	85 ± 21
t 值		0.497	4.336	4.960	1.351	1.865	0.481	3.902	13.191
P 值		0.620	0.000	0.000	0.179	0.064	0.631	0.000	0.000

2.6 ADHD 儿童注意力特征比较

不同亚型 ADHD 儿童之间听觉注意力相关商数差别无统计学意义;视觉注意力相关商数差别也无统计学意义,说

明 ADHD 儿童 3 种亚型间视觉注意力和听觉注意力受损程度无差别。见表 5,表 6。

表 5 不同亚型 ADHD 儿童听觉注意力特征比较 ($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	综合商数		控制力尺度			注意力尺度		
		控制力商数	注意力商数	谨慎商数	一致性商数	毅力商数	警醒商数	注意力商数	速度商数
ADHD-HT	24	80 ± 22	78 ± 25	83 ± 24	81 ± 18	97 ± 21	67 ± 33	88 ± 17	102 ± 14
ADHD-PI	173	90 ± 17	80 ± 21	93 ± 16	88 ± 18	100 ± 19	801 ± 261	96 ± 17	105 ± 14
ADHD-CT	148	80 ± 24	79 ± 24	82 ± 26	82 ± 20	97 ± 22	71 ± 31	86 ± 21	105 ± 16
F 值		2.031	2.733	2.231	1.713	0.163	2.008	2.736	0.983
P 值		0.102	0.066	0.109	0.182	0.849	0.136	0.066	0.375

表 6 不同亚型 ADHD 儿童视觉注意力特征比较 ($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	综合商数		控制力尺度			注意力尺度		
		控制力商数	注意力商数	谨慎商数	一致性商数	毅力商数	警醒商数	注意力商数	速度商数
ADHD-HT	24	84 ± 25	68 ± 28	93 ± 22	82 ± 24	94 ± 24	70 ± 34	81 ± 24	82 ± 22
ADHD-PI	173	88 ± 23	66 ± 32	103 ± 18	83 ± 23	91 ± 29	68 ± 36	78 ± 22	83 ± 20
ADHD-CT	148	83 ± 52	70 ± 29	90 ± 24	79 ± 26	92 ± 28	72 ± 35	79 ± 24	85 ± 21
F 值		0.210	0.229	1.121	0.885	0.330	0.285	0.404	0.694
P 值		0.810	0.796	0.264	0.413	0.719	0.752	0.668	0.500

3 讨论

IVA-CPT 测试可将 ADHD 儿童核心症状进行量化,具有很好的操作性和标准化,在美国已经建立了常规模式^[10]。目前对于 ADHD 患儿的 CPT 结果有不同看法,有研究认为 ADHD 患儿的 CPT 成绩与正常对照无显著差异,只有 ADHD-CT 型的成绩与对照组显著不同^[11]。本研究发现,3 种亚型 ADHD 儿童 CPT 的综合注意力商数和综合控制力商数得分均明显低于正常儿童。说明 ADHD 儿童的持续性注意及冲动控制能力差,这与国内外大部分的研究报道一致^[6-8],

也进一步证实了 IVA-CPT 对诊断 ADHD 的价值。

通过比较 3 种不同亚型 ADHD 儿童听觉及视觉的 IVA-CPT 商数发现,3 种亚型 ADHD 儿童的听觉注意力受损轻于视觉注意力,这与以往报道的 ADHD 儿童听觉注意力受损重于视觉注意力不一致^[12,13]。下面就此结果进行探讨性讨论。

Buschman 和 Milie 在实验中发现,额叶区域神经细胞更多地参与了操纵自上而下的视觉注意,而顶叶区域的神经细胞更多地参与了操纵自下而上的视觉注意^[14];而利用相

关源成像和相位同步聚类方法证明了视觉注意的感知觉处理过程中激活的两侧枕部和额顶叶区域之间存在相关性,即存在功能连通性^[15]。说明参与视觉注意的大脑区域多集中在额叶、顶叶及枕部。

听觉信息处理包括听觉觉察、听觉注意、听觉辨认和听觉综合。听觉注意包括声音定位、选择性注意和持续性注意^[16]。研究表明保持听觉警觉即听觉持续性注意,与感觉信息关系密切的脑区如海马等结构有关^[17]。脑功能成像的实验结果表明,在识别刺激声音音调的任务条件下,初级听觉皮层、颞上层以及右额下回将呈现出更强的活动性,而在识别刺激声音位置的任务条件下,双侧的后颞区以及内侧顶叶则呈现出更强的活动性^[18]。可见,参与听觉注意的大脑区域多集中在顶叶、颞叶及少部分额叶。

研究表明,ADHD 患儿执行功能与大脑前额叶功能密切相关^[19]。Schecklman 等^[20]研究也发现 ADHD 儿童在执行工作记忆任务时前额叶含氧血红蛋白激活量低于正常儿童。而 Ehlis 等^[21]研究发现,ADHD 患者执行工作记忆任务时前额叶激活水平显著降低。说明 ADHD 患者大脑功能损伤可能出现在额叶。

因此,ADHD 儿童出现功能障碍可能源于额叶的损伤,而额叶则多部分参与了视觉注意的形成,少部分参与了听

觉注意的形成,可能是 ADHD 患儿视觉注意力受损重于听觉注意力的原因。具体机制还有待进一步的研究。

谨慎商数用于评价受试者控制停止、识别干扰并做出正确反应的能力,统计依赖于工作在目标测试模块时对目标测试的正确响应时间。本研究显示,3 种亚型的 ADHD 儿童在谨慎商数上,视觉得分高于听觉,说明此方面听觉损伤重于视觉。这提示在对 ADHD 儿童进行控制停止、识别干扰并作出正确反应训练时,要更加注重对听觉方面的干预。

本研究还显示,不同亚型的 ADHD 儿童之间,视觉、听觉注意力功能受损程度无明显不同。国内外部分文献报道 ADHD-CT 型冲动性高于 PI 型^[22],反应抑制能力低于 PI 型^[22-25]。但也有报道显示,不同亚型间空间工作记忆方面差异无统计学意义^[26]。分析造成差异的原因是使用范式及研究工具的不统一,尚需扩大样本量及进一步研究来验证结果。

综上所述,ADHD 儿童注意功能低于正常儿童,且视觉注意功能受损重于听觉;不同亚型 ADHD 儿童在视觉和听觉注意力特征上的功能受损程度无差别。

参考文献(略)

白内障术后回访的实施效果

李维芳

(厦门科宏眼科医院,福建 厦门 363100)

权威人士认为白内障是全球至盲率最高的眼病。手术治疗是白内障患者复明的有效方法。白内障手术,围手术期精确的诊查、高效的护理是手术成功的前提。术后患者的自我护理、用药、复查等等配合,是提高手术成功率、减少并发症的有效保证。因此对于患者院后跟踪回访和健康教育极为重要。我院自 2008 年以来开展了对白内障术后患者有计划的电话回访,实施跟踪和宣教,大幅度降低感染率。术后视力得到相对稳定和提高。服务模式有效推进,提升了病人满意率,取得良好的社会效益和经济效益。现将体会分诉如下。

1 回访制度和工作流程

制定完善的回访制度和有效的工作流程。做到回访时间、内容、记录、评估、反馈程序规范化。

1.1 重集资料

有计划的提取白内障患者术后出院病历,按出院日期、姓名、性别、年龄、病种、地址、电话按序排列,整合分析、制定回访计划。

1.2 回访程序

根据患者出院日期按序,出院第 5 天进行电话回访,而后半个月、1 个月、3 个月、半年、1 年再次跟踪咨询。特殊需

要出院当天或第二天开始电话随访跟进,必要时加次随访。

1.3 回访时间

根据患者一般生活规律,拟定回访时间:每周一至周五上午 9:00~11:00 下午 3:00~5:00 为有效回访时间。在这段时间病人接听电话率最高,能有较充裕的交谈时间回访成功率可达 90% 以上。

2 强化回访管理

2.1 择优选用

择优选定具有眼科知识水平,有责任心、口语流利具有沟通能力的专业人材为专线回访员。创新人材培养和定期考核,全方位提高人文素质,让人材在回访中充分发挥作用。

2.2 专人回访

盲出院日期排序。专人专线主动热情的回访,全面掌握患者的信息,熟知病情,建立良好的医患关系赢得患者信任,能获得存在的各种真实问题。有利健康指导和跟踪。让回访工作更系统化,提升回访内涵。

2.3 按姓名、性别、年龄、地址、电话设置回访记录本,认真仔细记录与患者交谈情况,做到确实、完整、无误。例表 1

表 1 白内障术后出院回访记录

日期	姓名	性别	年龄	地址	电话	病种	出院天数	治愈	好转	不理想	模糊	异物感	流泪	红	畏光	闪光	重影	复查		术后存在问题	反馈意见
																		已来	未来		
6/3	黄某	男	75	XX XX	XXX XXX	双白	5天	√										√		视力有提高,但视远不清、模糊。	视物还模糊。什么时候可以配镜?
6/3	王某	女	79	XX XX	XXX XXX	双白	5天	√										√		视物清晰,但强光下会流泪。	能戴墨镜吗? 医生技术、态度好,十分感谢。

3 回访内容

按拟定计划进行电话回访,并将收集的信息详细记录。同时针对存在的问题进行健康指导,做好过细工作。

3.1 了解视力提高程度,白内障患者需定时复查视力和验光,是术后视力评估的有效参考依据。嘱患者查视力前暂不涂用眼药膏,以免检查不准确。

3.2 询问术眼康复情况,有否眼红、流泪、异物感、视力模糊等症状,因睫毛再生过程,常引起刺激症状,应遵医嘱用药保护结膜和眼沿,预防感染。若出现特殊症状须马上到医院诊疗及时处理严防并发症产生。

3.3 患者能否按时服药和点用眼药,特别是激素类眼药应遵医嘱点用。药后注意眼压和效果,若出现不良反应,应立即停用并到医院诊查,不得乱用药。

3.4 点用眼药程序,两药相隔时间、顺序和操作规程是否正确。温馨提示患者滴药前,药水需摇匀、药后闭眼 10~15 秒左右,两药点用相隔时间 5~10 分钟,用后药物宜放置阴凉处。嘱患者规范操作规程,再次提醒点药前后实施手的清洁,预防和控制感染。加强自我护理能力养成良好的卫生习惯。

3.5 咨询患者用眼卫生情况。白内障患者术后 1~3 个月因调节力差,视物有一定的困难,应适当用眼防眼疲劳,过度疲劳易引起眼睛干涩、红、酸痛等不良症状导致视力下降。因此用眼时间不宜过长,要多闭目休息放松术眼紧张度。增强自我调护能力。

3.6 了解饮食调理情况,白内障术后饮食非常重要。在回访时应再三提醒患者禁烟酒、辛辣、刺激性强的食物,多食易消化,且蛋白质、维生素高的食品及新鲜水果和蔬菜。营养调配合理,能增强眼肌力加强调节功能,利于术眼康复。

3.7 生活起居和自我调护,了解患者的生活习惯和爱好。

嘱患者正常生活起居,保证睡眠时间。在眼睛恢复良好的情况下,适当户外散步活动,做好自我保护和调节。

4 心理护理

在回访中心理护理很重要。患者若在术后初期尚不能达到理想的视力,或有眼红、流泪、异物感等症状,认为自己的手术不成功而焦虑思想负担很大。因此应给予亲切的知识指导和宣教,让患者了解在正常情况下白内障术后一个月内因调节力较差,视远看近不适应,视力会出现 1~2 行波动属正常现象,1 个月之后视力趋于稳定是视力调节磨合的过程。让患者晓知于理,放松思想,保持良好心情,战胜一切困难,遂进眼睛康复。

5 满意度调查

回访中满意度调查很重要。咨询时应热情主动了解患者及家属在诊疗期间的意见。对患者和家属提出的问题和建议耐心倾听、分析、及时调查处理。整改、反馈让患者和家属满意,把纠纷隐患消灭在温馨的回访之中。

6 复查提示

6.1 白内障术后复查极其重要。复查中了解患者视力、眼部康复、用药、各方面的情况,全方位掌握患者信息,让医生进一步了解患者眼部情况和手术疗效。对眼部存在的问题及时察觉马上治疗而大幅度降低感染率,消除医疗隐患。

6.2 温馨提示患者复查时间和注意事项。告知患者复查的必要性,术后自觉情况良好的患者也需按预定时间做功能康复检查不可麻痹大意,要把眼部的安全隐患消灭在发生之前。

7 回访记录档案

为每个患者建立个人的电话回访记录档案。整合回访记录、总汇、分析、录入患者的个人回访档案,电脑存档,以便下次回访跟踪参考。例表 2

表 2 白内障患者术后电话回访记录档案

姓名	性别	年龄	住址	电话	出院时间	视力		回访		复查		健康教育						
						术前	术后	日期	内容	日期	视力	复查情况	查后处理	用眼卫生	服药运用	饮食起居	生活起居	体育锻炼
黄某	男	66	XX XX	XX XX	2014.3.5	右 0.08 左 0.2	右 0.4 左 0.8	2014.3.6	询问病情 用眼卫生 生活起居 自我调护 复查提示	2014.3.11	右 0.5 左 0.8	视物较清 眼压正常 眼角微红 尚有流泪	药用: 1)碘必殊 4 次/天、 2)易贝 3 次/天	书报 电视 时间	注意 操作 规范	饮食 营养 调配	作息 时间 调整	适当 室内 散步

姓名	性别	年龄	住址	电话	出院时间	视力		回访		复查		健康教育						
						术前	术后	日期	内容	日期	视力	复查情况	查后处理	用眼卫生	眼药运用	饮食	生活起居	体育锻炼
								2014.3.13	询问病情 生活起居 自我调护 复查提示	2014.3.25	右 0.6 左 0.8	视力提高 眼压正常 眼角无红 尚有流泪	药用: 1)碘必殊 3 次/ 天、 2)易贝 3 次/天	防脏水进眼	点药次数	合理营养	注意睡眠	适当室外散步
								2014.4.6	询问病情 生活起居 复查提示	2014.4.11	右 0.6 左 0.8	视力稳定 眼压正常 无再流泪	药用: 1)停用碘必殊 2)易贝 3 次/天	加强自我护理	适当药膳	自我调护	打太极拳	

8 综上所述

白内障手术患者院后跟踪电话回访,深入了解术眼的康复情况、治疗用药、复查诊疗、生活起居、饮食调护、满意度。全面收集患者信息,对存在的各种问题采用不同的沟通技巧。热情帮助、妥善有效处理和护理健康知识指导。大幅度降低感染率和并发症,视力得到相对稳定和提高。同时收集患者在院期间的意见和建议、整改、反馈,提高病人满意率。设制回访记录本,认真仔细记录。为每个患者

建立术后电话回访档案、总汇、分析存档,以便下次回访跟踪做参考。通过医院现代护理程序向外延续,服务模式有效推进,满意度有效提高,取得良好的社会效益和经济效益,体现了医院现代人文建设的提升。

参考文献(略)

静脉输液应审慎

吴金林¹ 康丽群²

(1. 厦门天济医院,福建 厦门 361003;2. 厦门第一医院思明分院,福建 厦门 361003)

“辽宁鞍山 4 岁女童,输液抽搐,2 小时后死亡”;“柳州市第四人民医院 1 个月内发生两起病人输液身亡事件”;今年 8 月 18 日,龙岩市两岁男童阿涛中暑后持续发烧,被家长送到一家医院,医师给小孩输液(用“头孢替安”抗生素)治疗,19 日凌晨 1 点,医院宣布阿涛死亡。我市也多次发生过静脉输液过程中病人死亡的事例。对于许多小孩来说,感冒、发烧是家常便饭,在医院儿科,也常常能看到输液的幼儿,然而,小孩或成人死在输液过程中却经常出现在报端。

世界卫生组织指出“很多输液是不必要的”。过度输液,除了造成医疗资源上的巨大浪费之外,导致的更严重的问题是让一些病菌产生耐药性。一面是每年数十万例的药品不良反应由输液引起,一面是人均一年至少 6 个吊瓶的现实;一面是国外输液不亚于一个小手术,非常慎重,一面是国内各医疗单位输液处人满为患的景象……输液“成瘾”已经成为一个人所共知的国内医疗怪相。充分认识静脉输液的弊端,遏制和防止滥用静脉输液,正确而审慎地用静脉输液的方法治病救人是摆在全体医务人员和管理者面前的当务之急。

1 静脉输液是什么?

静脉输液也称打点滴、挂吊瓶、挂水,是通过静脉向体内输入大剂量(一次输入 100ml 以上)注射液,使用时通过输液器调整滴数,持续而稳定地使液体进入静脉,以补充体液、电解质、提供营养物质。它是利用液体静压的物理原理将无菌溶液、药液或血液直接输入静脉的方法,是临床抢救和治疗病人的重要措施之一。应用静脉输液应严格掌握使用指征,只有在患者出现吞咽困难、严重吸收障碍(如呕吐、严重腹泻等)以及出现病情危重、发展迅速、药物在组织中宜尽快达到高浓度的情况下才能紧急应用。

2 静脉输液的弊端。

严格说来,静脉输液是一个“小手术”,甚至比小手术更复杂,它牵涉到消毒(无菌液体、皮肤消毒等)、技术操作(血管穿刺技术、固定、根据病情调整滴速、配伍禁忌等)、输液护理(输前、输中、输后护理)等,任何一个环节做不好或者稍有疏忽就可能出问题。

2.1 污染问题:包括微粒污染(有报道称加入青霉素药的 500ml 葡萄糖液中有 20 万个 2~16 微米的微粒,微粒可堵

塞微血管而形成肉芽肿)、注射器污染和环境空气的污染,致感染性疾病的发生。输液污染几乎是不可避免的。

2.2 过敏及热原反应:常见。严重时如处理不当、不及时会危及生命。

2.3 配伍禁忌:多种药液混合应用,可产生化学反应,已知和未知的配伍禁忌众多,极难一一识别,一旦发生,必然对身体造成损害。

2.4 局部反应:疼痛、肿胀、药液外漏、渗血、皮下血肿等,可能发生静脉炎、局部组织坏死等,加上穿刺不成功都可增加病人痛苦,加剧医患矛盾,影响治疗效果。

2.5 可能发生致命的严重并发症:除过敏外,还可能因滴速过快而产生的急性肺水肿、左心衰竭、脑水肿等及空气栓塞、细菌耐药等,严重时均可致人员死亡。

由于是“小手术”,又需较长时间的滴注,行动受限,而使病人紧张、恐惧,小孩更是啼哭不断,他们大都需要专人陪护,这就极大地增加了护士及家属的工作量。真是劳民伤财呀!

3 静脉输液的现状。

世界卫生组织提倡的用药途径是:“能口服的就不注射,能肌肉注射的就不静脉注射”,并认为“70%以上的输液为不必要的输液。”世界各国都严格控制静脉输液:在挪威,只有快死的病人才打点滴;在澳大利亚鲜有静脉输液的,许多成年人从未输过液;美国没有“退烧针”,处理发热的关键是诊断,而不是输液退烧,病人不到重病或紧急抢救都不给患者打针或静脉输液。而在中国,静脉输液成了一种“医疗文化”,到了“滥用”、“成瘾”的地步,有的用“输液森林”来形容,滥用静脉输液情况触目惊心。

3.1 我国生产的输液液体数量每年平均以 20% 的速度增长:1998 年年产 24 亿瓶,2001 年 31 亿瓶,2006 年 63 亿瓶,2007 年 71 亿瓶。国家发改委副主任朱之鑫披露:2009 年全国医疗输液 104 亿瓶,相当于全国 13 亿人口每人输了 8 瓶。

3.2 全国各医疗单位从城市大医院到农村卫生室都开展了静脉输液业务;多数单位还成了卫生主管部门必备的设置项目和考核内容;有的医疗机构还“服务到家”、“送货上门”——在病人家里进行静脉输液,存在极大的医疗风险和安全隐患。

3.3 有统计数据显示:80% 以上的病人或亲属乐于接受静脉输液,但 95% 以上的人不知道滥用输液及不安全注射的危害。福建莆田的老百姓称静脉输液是“挂特效”,只要挂上“特效”,病就很快好了,因此纷纷要求医生挂“特效”,有时因此而与医生大吵大闹。但多数医生在“病人满意、医院得利”的“双赢”情况下,乐于满足病人的输液要求,哪怕给“生理盐水加维生素 C”静滴也在所不惜。据调查,多数医院的住院病人 90% 以上都接受过静脉输液治疗,有的认为“不输液,住院干什么?”据成都中医药大学附属医院药剂科郑行林等调查走访 72 例住院患者,均先后接受了输液治疗,输液率高达 100%,患者平均输注药品多达 7 种(不包括作为溶媒的大容量注射剂),平均输液时间 7 天,其中 65 例患者住院期间使用了抗生素^[1]。各医院输液大厅人满为患,上百张的输液椅座无虚席,一人一个吊瓶,形成了颇为

壮观的“输液森林”,几位护士忙得团团转,以跑步及快走的方式穿梭于“林间”。

3.4 据中国安全注射联盟统计:我国每年因不安全注射导致死亡的人数在 39 万人以上,其中至少有 10 万人在静脉输液过程中死亡。《2011 年国家药品不良反应监测报告》显示:2011 年全国共收到药品不良反应(事件)报告数量 852799 份,给药途径以静脉注射为主,占 55.8%,严重药品不良反应的静脉注射占 73.4%。静脉输液的危害可见一斑!

4 滥用静脉输液的原因分析。

“冰冻三尺,非一日之寒”,静脉输液滥用到如此地步,其原因有群众认识上的误区,更有体制上的深层原因。

4.1 有关部门监管不力,对滥用静脉输液视而不见,听而任之。

有关部门更多考虑的是医院的利益,伴随着抗菌素的滥用,静脉输液有巨大的利益空间,相比肌肉注射或口服药物,静脉输液可增加几倍甚至几十倍的“经济收益”,除了药费增加外,还要收取器具费、床位费、加药费等,他们以“政府对医院的补偿不足”为由,千方百计增加医院收入,导致“过度医疗”、“过度检查”、“以药养医”、“滥用抗菌素”、“看病贵”等现象禁而不止。有的医院至今还在暗地计算科室和医生的创收能力,并以此分配其奖金的多寡。静脉输液的滥用仅仅是不合理医疗卫生体制的一个表现而已。

4.2 群众对静脉输液的认知有误区。

凭心而论,静脉输液对某些疾病确实比口服药物见效快,因为它是直接通过静脉给药的,这就使群众误认为“静脉输液就是好”、“是特效”,这种认识也与医生有意无意的“给你挂吊针吧,这样好得快”的宣传不无关系。甚至还有医生违规地使用激素如“地塞米松”等药。这正迎合了家长对“小皇帝”、“小公主”的心愿:“一针下去,立马见效”,钱再贵也没有关系。在医院要求静脉输液的患者及家属比比皆是,形成一股潮流。

随着生活水平的提高,人们逐渐追求养生和保健,于是在某些地方某些人群中出现了“保健输液”,以求增加营养、改善血液环境、达到延年益寿的目的,好端端的输什么“白蛋白”、“氨基酸”、“葡萄糖”、“复方丹参”等。还有的认为“贵的,肯定是好的”,“吃药片,才花几块钱,肯定不行”,这种市俗的认识和择医标准,误导了很大一部分群众。

4.3 医生无奈地选择静脉输液。

作为医生,用药途径的选择是清楚的,静脉输液的弊端也是清楚的,疾病的发生发展及预后更是清楚的。但许多医生在许多情况下选择了不该用的静脉输液,这是无奈之举。一是“从众心理”作怪:“别的医生打了一针就见效,我给人家服药片,几天才见好转,久而久之,病人会怎么看我?没有办法,只好随波逐流”。二是为了自保,避免医患冲突,违心地迎合患者静脉输液的要求,避免了许多解释和不必要的纷争。三是增加了经济效益,对科室、对同事有个交代,面子上也过得去,何乐而不为。

4.4 医疗卫生体制机制上的缺失和不足。

滥用静脉输液和“看病贵”、“看病难”等医疗卫生上的其他问题一样,之所以长期得不到解决,追根溯源还是体制

机制上的问题,如“以人为本”的缺失和不足、监管机制的缺陷和不力、规章制度的漏洞和不严密、奖惩制度的不合理和不严格、医疗原则的疏漏和不坚持、群众卫生知识的宣传不力和不普及等等,都直接或间接地导致诸如滥用静脉输液等问题的发生和发展。

5 如何应对静脉输液的滥用现象。

有人说“中国是输液大国”、中国人“输液成瘾”,形象地称输液大厅为“输液森林”。滥用静脉输液已经造成每年数以十万计的人员死亡,浪费了国家包括人力和物力在内的大量资源,应对和遏制滥用静脉输液是当务之急。

5.1 继续深化医疗卫生改革,加强体制机制创新,重申并完善有关规章制度,加大监管力度和宣传深度。有关部门要有所作为,要像安徽省卫计委那样,闻风而动,出台相应政策,遏制滥用静脉输液的现象,切实保障人民群众的生命安全和健康。

5.2 加大宣传力度,使群众切实了解静脉输液的适应症和严重危害性,尤其要对医务人员进行宣传和教育,不能见利忘义,违心做事。

5.3 制定相关政策。从制度上给予保证,使之有章可循。笔者建议:

- ①在城镇的社区卫生服务中心及独立的门诊部(含)、

农村卫生院(不含)以下医疗机构一律取消静脉输液,并集中一段时间进行突击整治,遏制住泛滥成灾的静脉输液。

②各地要象安徽省卫计委那样出台有关政策(见附件)。

③建立静脉输液配置中心,统一管理和执行静脉输液工作。

④建立静脉输液护理专业队伍,经过考核考试,发给专职资格证,无证者不得从事静脉输液工作。

⑤成立静脉输液监管机构,开展经常性的监督管理工作,保证输液安全。

⑥临床科室、药房、护理、供应室等部门要联合行动,协调配合,并互相制约,坚决制止不合理的静脉输液行为,切实做到“能口服的不打针,能肌肉注射的不静脉输液”,共同为群众的健康而努力。

相信在卫生行政部门的主管下,全体医务人员高度重视,一定能克服困难,改变现状,最大限度地减少静脉输液及其对人体造成的损害,恢复医疗的本来面目,保障人民群众的生命安全和健康。

参考文献(略)

· 行为法学 ·

举证倒置对解决护理行为中存在法律问题的影响及对策

赵 洁,陈质雅

(厦门大学附属第一医院手术室,福建 厦门 361003)

面对医疗法律环境及规则的变化,护理行为的法律风险问题愈加突现出来。护理工作是医生医嘱的具体执行者,是实施临床护理、观察病情的基本力量,且护理工作很多是直观的、面对面的操作。因此,护理工作一旦存在缺陷就容易暴露在病人和陪护面前,从而引起医疗事故和医疗纠纷。举证倒置作为解决医疗事故和医疗纠纷所遵循的重要原则,护理人员要正确认识其司法解释及其对自身行为的实质性影响,以规范自身行为,避免法律问题的发生,降低风险,维护护患双方利益。

1 举证倒置的司法解释

1.1 举证倒置是指一方当事人提出主张不用自己举证,而由对方举证。就是说,首先推定被告一方有过错,由被告方证明自己没有过错,如果不能证明就推定被告有过错,我国民法通则中对一些特殊性的侵权案件规定了举证责任倒置^[1]。

1.2 对于医疗侵权,提出主张的当事人因对医疗行为缺乏了解,难以提供证据证明自己的主张,此时有医疗机构提供证据予以证明则更为恰当。最高人民法院释[2001]33号《关于民事诉讼证据的若干规定》,第四项第八条规定“因医

疗行为引起的侵权诉讼,由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在医疗过错承担举证责任”。

1.3 实行举证倒置时,原告(患者)只要证明其受害事实的存在和侵害主体即可。而医疗行为有无过错,由被告(医疗机构)予以证明,其所承担的责任有两种。一是过错推定责任,患者证明其确实受到医疗行为侵害,事实为据,医疗机构必须证明自己医疗行为的正当性、合法性和医疗人员无主观过错,即可不承担法律后果。二是因果关系推定责任,患者证明其确实受到医疗行为侵害,事实为据,除非医疗机构能够证明自己医疗行为与损害结果之间无必然的因果联系,则不承担法律后果。

2 护理行为存在的法律问题

护理行为指护士在护理实践中所采取的行为,用以解决存在和潜在的护理问题,包括护理技术操作、病情观察、健康教育及护理文书书写等。其与举证倒置相关方面所存在的法律问题如下。

2.1 患者就医过程中,护理人员不经意的一句话,或护理人员的一些约定俗成的做法,往往被患者及其家属当作无法

忍受的侵权行为。而有些护理人员的法律意识淡薄,不注意用法律、规定约束自己的言行,往往难免陷入纠纷漩涡。

2.2 护理学是一门应用学科,实践性强,护理人员必须要有扎实的理论基础和操作技术。若因专业知识不全面、工作经验不足、操作技术水平有限而给病人造成技术风险,则直接引起医疗纠纷。而护理技术操作未按正确操作规程实施、简化规程,或工作中当不够认真细致,未严格遵守规章制度。当造成差错事故时,往往因无法证明自身行为的正当性导致举证失败。

2.3 护理记录单为病历资料的重要组成部分,具有法律效力,在举证倒置中占重要地位。若法制观念淡漠,工作马虎,如对病人的生命体征不认真监测甚至造假、涂改,使护理记录缺乏真实性,将面临举证不能的困境。

2.4 在护理过错或事故发生后,护理人员缺乏相关的法律意识,在证据保存以及相关医疗文件记录等环节还有有所欠缺。

3 举证倒置对护理行为存在法律问题的影响

3.1 良好影响 护理人员以此为着眼点,找出薄弱环节,提高服务意识,加强护理行为的规范性,则有利于杜绝事故的发生、保护护患双方的利益。

3.1.1 护理人员意识到作为承当举证的一方,举证其行为的正当性、合法性和无主观过错性对于事故的判定有着决定作用。

3.1.2 举证责任的明确使护理人员在实施护理实践过程中更加注重遵照各相关规章制度和诊疗护理规范,加强自身专业知识及技术的完善,以做到行之有理有据。

3.1.3 强调护理文书所具备的法律效应,加强护理记录的准确性和真实性,明确了责任归属及过错与否。

3.1.4 护理人员作为护理行为的全程参与者,有着举证优势,能够运用自身护理知识及相关证据找出问题所在,证明自身无过错。

3.2 不良影响

3.2.1 意识到自身行为的危险性,承受极大的心理压力,只求劳而无过。在实际问题操作中严格按章办事,忽略个体的特殊要求,造成不必要的矛盾与纠纷。

3.2.2 作为重要证据的临床护理记录具有原始、真实,符合法律规定的证据概念,也是保护护理人员的武器。护理人员基于护理记录的重要性,往往花费大量的精力与时间用于书写,以保证护理书写的准确无误,这就减少为病人实行的护理时间,使其享受不到合理足够的诊治护理。

4 相应对策

4.1 重视资料的科学性,以证明护理行为的正确性、必要性、安全性及合法性。现行的医学书籍、国家制定或认可的卫生法律原则和卫生法律规范、地方性的卫生法规和地方性卫生规章、国际卫生公约、卫生技术性规范均能作为科学性的资料,成为护理行为的施行标准,作为合法的证据,判断护理行为有无过错、是否违反。护理人员应注重学习并掌握与护理相关的有关知识及操作技术,做到护理行为有章可循、行之有效^[2]。

4.2 注重护理文件书写,作为举证依据

4.2.1 患者从入院到出院,从入院评估到出院记录,各阶段

的客观表现,医疗活动及其个体的反应结果,已构成在医院特定环境中进行特定活动过程及结果的实据。遵照 2002 年国家卫生部颁布的《医疗事故处理条例》患者有权复印或复制的各种护理资料,括体温单、医嘱单、护理记录单。因此记录应正确使用医疗术语,重点突出,真实完整。

4.2.2 为重要证据的临床护理记录中,出现主观成分较多、记录的内容多处重复,而患者的心理活动、对治疗护理的合作程度、存在的主要问题、延缓治疗不利护理的患方因素,在护理记录中体现不出来,这是举证的障碍^[3]。书写护理记录时应避免与医生的病程记录内容有不必要的重叠,有阶段性地反映患者对治疗护理的认识和合作参与程度。既要反映护士的工作,又要体现患者对治疗护理所持的态度及影响等。

4.2.3 特殊病例或疑难杂症、病情危急或预后不理想的情况下更应谨慎书写。所采取的护理措施应该在医疗记录中有所表述,以互相印证。

4.3 要尊重病人的知情权、隐私权和选择权,切实履行告知之义务。特殊情况下,如癌症病人,为了不造成对病人的伤害,可与家属沟通,落实保护措施和书面同意。严格履行各种重要的检查、决定、手术等签字手续,维护双方的切身利益。在进行健康教育中,要注重语言的严谨性、艺术性和科学性,还要选择适当的时机和方式,以避免直接影响患者的治疗和情绪。病人对医院相关规章制度有异议时,讲究说话的艺术和态度,避免不必要的护患纠纷。

4.4 采取多种形式、切实有效的应对预案,化解风险。出现法律问题后,要及时封存相关病人材料,如血制品、药物,并在护理记录单上予以体现。即刻回忆有关事件的相关环节,做好书面记录,以便事后处理。主动依法按程序报告有关领导、部门。控制自己的言行和情绪,处理好与患者的关系,不要激化矛盾。

4.5 在有关护理中所使用的一切药品、器械及用物,一定要对其产品说明、质量证明、有效使用日期及其他相关安全性信息进行保存,方便举证。

5 讨论

5.1 由于医学的特殊性、风险性和个体差异性,在具体实施护理行为过程中依然存在的难以预见性和多变性,这时就可能出现难以举证或无法举证。

5.2 实验性的护理诊疗措施的实施要获得患者及家属书面同意。由于患者及家属的拒绝,护理行为不能得以实施,可能影响诊疗效果的,也需要患者及家属的书面同意。

5.3 护理行为实施过程中出现不是护理行为引起的法律问题,而是侵犯患者生命、健康权以外的民事事件,如患者指责侵犯其隐私权等普通民事侵权问题时,不应按照举证倒置对待,仍然使用于民法的规定,“谁主张谁举证”。

5.4 医疗机构负有举证责任,并不排除患者负一定的举证责任,患者为维护自身权益,可以提出自己的证据材料,证明护理行为的错误或不合理的方面。

参考文献(略)

医生在临床实践中的法律素质问题思考

林建炜

(厦门市中医院医务部,福建 厦门 361009)

2013 年,中国医院协会和中国医院协会医疗法制专业委员会共同完成的一份调研报告显示:目前中国每所医院平均每年发生的暴力伤医事件高达 27 次。导致暴力伤医事件的直接原因是诊疗结果与患者期待落差大、医患沟通不到位、诊疗费用高、医务人员服务态度差等。笔者工作于市属三甲医院,工作主要职责系协调处理医疗纠纷。4 年的工作共处理医疗投诉 282 起,医疗纠纷 92 起,综合分析因医术、技术操作水平等引发的纠纷比例不足 2 成,很多纠纷的发生究其原因系医生法律素养的淡薄引起的。现如今的医患关系愈发紧张,医患双方矛盾逐年升级恶化,医术好、医德好的医生因法律素质不高也经常发生医疗纠纷大额赔偿。提高法律素质,依法行医是当今医务人员的紧迫任务。

1 正视医患双方之间的医疗服务合同关系

1.1 医疗服务合同,是指双方当事人约定的由一方当事人提供医疗服务,另一方接受医疗服务并支付医疗费用的合同。

1.2 医患双方之间的医疗服务合同关系要求医务人员以“服务者”的身份严格规范自己的诊疗行为。现如今,绝大多数医务人员仍由国家供养,他们供职于国有医院、国有社区中心、国有康复中心、国有卫生院等单位。这些单位属于事业单位,编制、体制跟公务员系统极其相似。上下层级分明;医护人员领取国家薪金由国家供养;基本上没有失业的风险。再加之医疗属于垄断行业,医疗资源供不应求等现状使得绝大多数医务人员仍不能正视医患之间的医疗服务合同关系。他们思想上无法接受以服务者的角度为病人提供诊疗。替国家为病人提供诊疗服务,履行公职这个角度更能被他们接受。

笔者工作于二线城市的三甲综合性医院多年,日常工作需要接触大量的医护人员,总结起来,作为垄断行业的大型医院的绝大部分医务人员存在思想上的优越感。这种优越感使得医务人员无法正视医患之间存在的医疗服务合同关系,也就无法正确履行医疗服务合同关系要求的各项义务。

2 医务人员应当履行充分告知的义务

2.1 《侵权责任法》第五十五条 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意;不宜向患者说明的,应当向患者的近亲属说明,并取得其书面同意。医务人员未尽到前款义务,造成患者损害的,医疗机构应当承担赔偿责任。

2.2 从法理上如何判断医务人员在医疗行为时医患沟通是否到位? 确定医务人员履行充分说明义务标准的根本点:从患者的角度出发,对患者行使知情同意权所必须掌握的信息是否足以使其作出正当合理的判断为标准。

2.2.1 因为医学领域内的问题具有高度专业性和技术性,医疗人员相对于患者占有专业优势。所以充分告知的义务

要求医务人员在履行说明义务时应该以患者能够理解的术语和方式进行解释。而不能以其自认的标准,自行决定告知和说明的内容、方式和程度。否则患者就不能实现正当合理的同意。

2.2.2 临床中告知的内容中风险的侧重于风险的说明,其他项目解释过于简单或直接不解释。这些项目包括手术、治疗的目的、理论的成功率、在本院施行的成功率、可以选择的替代方案、为了风险发生采取了哪些预防措施等。

2.2.3 医务人员履行说明义务时的自由裁量权。所谓医务人员履行说明义务的自由裁量权,主要是在医疗过程中医务人员履行说明义务时,在向患者告知的内容、对象、时机和方式上享有一定的选择权。比如一些可能对意志薄弱患者产生有害后果的信息;患者已知的信息;明显轻微不会对患者知情同意权产生伤害的信息等。

2.2.4 当患者拒绝或者放弃治疗、传染病病人接受强制治疗时、严重精神障碍者接受强制治疗时、吸毒人员接受强制治疗时,患者享有的知情同意权收到限制。

综上所述,对患者行使知情同意权所必须掌握的信息是否足以使其作出正当合理这一标准是确保患者知情同意权充分实现的关键,也是判别医疗纠纷中知情同意权的告知是否充分的判断标准。既要求医疗人员应当根据患者病情及诊疗的需要充分履行说明义务,又避免了医务人员承担过多的患者对告知的期望义务。这一标准从总体上有利于保护患者的合法权益,能够保证患者知情同意权正当合理。

3 医务人员在诊治过程中应当坚持谨慎注意义务

3.1 《侵权责任法》第五十七条 医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务,造成患者损害的,医疗机构应当承担赔偿责任。本条中未尽到与当时的医疗水平可以理解为“未尽到和当时的医疗机构相同层次的医疗水平。”

法理上,注意义务是:“一种为了避免造成损害而加以合理注意的法定责任”。医疗行为适用谨慎注意义务而非一般注意义务。谨慎注意义务是医务人员的最基本义务也是医生在诊治过程中应当坚持的重要原则。该义务要求医务人员在为患者提供医疗服务的过程中,积极履行其应尽的职责。对患者尽到最善意的谨慎和关心,从而保护患者的生命健康权利不受医疗合理危险意外的侵害。

3.2 医疗行为涉及的注意义务具体包括:

3.2.1 医疗行为危害后果的预见义务

如果医务人员在行为时预见到他的行为会损害患者的利益,那么就要对患者承担注意义务。伴随责任的自愿承担,即医务人员处于职业自愿而对患者承诺承担专业职责、责任或者义务的情况。诸如危及生命的损伤及其发展的预见。救治原则的预见顺序(危及生命、功能重建、减少并发

症、形体修复等)、鉴别诊断中预见,最佳治疗方案预见,术后并发症及制定治疗观察方案的预见等等。手术时无法完成预见准确性、手术后无法完成预见完好性、出院时发生异常未能纠正本该预见的愈合危害、出现医嘱未建立方案丧失未及时治疗及转院治疗的机会,进一步扩大可预见的危害,放任患者病情发展扩大,型体上表现为“未尽到危险后果预见义务”。

3.2.2 医疗行为危害后果的避免义务

危害结果回避义务是指医疗机构及其医务人员在预见义务的基础上,在医疗过程中必须基于对其医疗行为产生的危险方式和程度作出充分的认识和估计,并尽其所能谨慎对待、消除预见危险,从而避免医疗损害的发生或扩大。例如破腹产手术,产妇有大出血的风险,医生应当对产妇进行详尽的告知解释,手术前预见破腹产手术可能有产生大出血等并发症,手术过程中应当尽可能谨慎注意,当并发症发生时须尽可能抢救并避免损害结果的扩大。

3.3 医疗注意义务的分类

3.3.1 判断性的注意义务

诊断中的注意义务:错诊、漏诊、延误诊断。

治疗中的注意义务:最适应症状、最佳方案、最适时机。

3.3.2 操作性注意义务(包括损害减轻义务)

侵袭性检查、手术治疗、输血输血治疗。

3.3.3 伦理性注意义务

说明义务、转诊义务、保密义务、不得拒诊义务。

3.4 履行结果避免义务的基础做法

3.4.1 舍弃危险治疗行为。

3.4.2 提高注意并采取安全措施,预见危害结果。

4 客观、真实、准确、及时、完整、规范书写病历是病历书写规范的要求

4.1 《侵权责任法》第五十八条患者有损害,因下列情形之一的,推定医疗机构有过错:①违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定;判定原则:医疗行为是否违反法律行政法规、规章及其它有关诊疗规范的规定。依据的标准:临床诊疗规范、诊疗指南、技术操作规范、专家共识。②隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料;③伪造、篡改或者销毁病历资料。

4.2 根据卫医政发[2010]11号《病历书写基本规范》、卫医

政发[2010]24号《电子病历书写基本规范(试行)》、卫办医管发[2011]148号《三级综合医院评审标准实施细则(2011年版)》等法规要求医务人员客观、真实、准确、及时、完整、规范书写病历。

4.3 大部分医疗纠纷中关于病历容易产生纠纷的情况。

4.3.1 家属要求复印封存病历,医务人员未按病历书写规范完成相关病历,临时突击书写病历;或不懂病历书写各部分时限性,盲目追求病历完整性。发生这些情况会延误家属及时封存病历,自然有可能进一步升级医患矛盾,如果家属固定相关证据,医院将承担相应的不利后果。

4.3.2 发生医疗纠纷后,家属虽未提出封存病历等要求,但通过修改电子病历或纸质病历掩盖事实。根据电子病历书写基本规范(试行),电子病历与纸质病历须相对应,医方无论如何修改病历,在诉讼过程中如果患方提请计算机电子病历司法鉴定,鉴定医方是否在非法时间内修改电子病历。假如出现医方在事后修改电子病历或电子病历与纸质病历无法对应等情况,则法院通常会认定医院存在伪造、篡改病历资料的情况,医院将承担医疗侵权的全责。

4.3.3 医院不注意保存病历以外的检查资料,例如产妇的胎心监护图像、急救病人的心电监护图像等,当病人提出医院提供此类材料时,医院常回答机器储存限制,未能保存下来。根据证据规则,医院未能提供只掌握在医院手中的证据,将承担相应不利的法律后果。

4.4 总结大量医疗纠纷,病历书写容易在以下几项发生问题,请医务人员遵照以下标准及时完成病历。

门(急)诊病历:患者就诊时及时完成;抢救记录:抢救结束后6小时内;首次病记录:8小时内;入院、出院(死亡)、手术、转科、交接班记录:24小时内;上级医师首次查房记录:48小时内;死亡病例讨论记录:一周内;阶段小结:每个月;化验单、医学影像检查资料等:结果出来后24小时内归入病历;病案首页:24小时内。

本文只在医生法律素质中的告知义务、注意义务、病历保管书写等重要方面进行探讨,从法理上分析,医生还必须保护病人的隐私权、承担不得随意解除合同义务等。医院应当加强内部医生的法律素养的提升培训工作,配合医院内行建设,才能真正建立医患和谐的诊疗环境,最大限度减少医疗纠纷发生。

· 医学心理 ·

难治病伴抑郁症心理疏导 也可呵护生命远航

陈治卿

(厦门大学附属中山医院,福建 厦门 361004)

卒中、帕金森病、癌症这都属难治病,又是高发病。一个人患病,全家“瘫痪”,自己痛苦,全家也不安宁。病人病久也常伴抑郁症,更影响治疗效果。医生若能适时心理疏导,

使病人树立自信心,有良好行为,即使患难治病,也能自强、自尊、自信,使生命期延长。

1 卒中后情感障碍,卒中后抑郁的警示及诊疗

目前,脑血管病已成为我国城市和农村人口首位致残、致死原因,且发病呈逐年递增趋势。流行病学研究表明,中国每年有 150 - 200 万新发卒中病例,目前我国现存脑血管病患者 700 余万人,位居世界第一。卒中后的心理障碍往往被人们忽视,卒中后抑郁就是卒中后最常见的心理健康问题。

1.1 卒中后抑郁是重要临床问题

卒中后抑郁是指在有明显临床症状的卒中发作后出现的以“情绪低落、活动机能减退、思维迟滞”为主要特征的一类情感障碍性疾病,属于继发性抑郁。抑郁严重影响卒中患者的肢体功能康复,损害其认知功能,并加重相关并发症,影响卒中治疗效果。文献报告,约 6.6% - 11.3% 的抑郁患者有自杀倾向,致使卒中患者死亡率升高。据统计我国有超过 1/3 的卒中患者会发生卒中后抑郁,并且随着人们生活节奏的加快、工作压力的增加、老龄化社会的到来,抑郁的发病率在未来相当长的时间里将持续保持高位。

1.2 卒中后抑郁的诊与治

卒中后抑郁焦虑障碍属情感障碍或心境障碍,其三大核心临床表现为:①焦虑易激惹 终日担心自己或家人将遭遇不幸,以致捶胸顿足、坐卧不安、惶惶不可终日;②躯体症状化 头痛、头晕、全身酸痛、乏力、胸闷、气短、恶心、呕吐等,经反复检查均无器质性疾病征象;③认知功能障碍 常伴思维能力明显下降,注意力、记忆力减退,严重时甚至出现抑郁性假性痴呆。卒中后抑郁患者由于身体和认知功能障碍,在面对精神检查时容易被漏诊或误诊。更为严重的事,目前对抑郁诊断的标准比较混乱,被使用的量表可达十余种,缺乏统一规范的诊断标准也将导致临床判断的天壤之别。有研究者统计,卒中后抑郁的发病率介于 6% - 79% 之间,不同的研究结果相差十余倍。尽管抑郁严重危害人类健康,但其治疗手段却严重滞后,效果不尽理想。目前对抑郁的治疗主要集中在抗抑郁药物、心理疗法、康复治疗及中药治疗。每种治疗方法各有利弊,卒中 3 周后出现的明显精神运动型抑郁障碍,早期药物治疗非常必要,足量足程,但应尽可能较少不合理用药。早期给予心理疏导和心理治疗,应尽可能减少心理应激期抗抑郁药物的使用。

虽然抗抑郁药能改善卒中后抑郁症状,特别是 5 - 羟色胺再摄取抑制剂已被用于治疗抑郁。随着卒中后抑郁症状的改善,卒中患者的肢体功能、认知功能和生活质量也会随之好转。但目前还缺乏充分证据证明,抗抑郁药物可以作为卒中后抑郁治疗的一线药物,其主要原因应归结于抗抑郁药物的作用机制不明了,目前仍存在较大争议。其他疗法尽管在某种程度上发挥作用,但仍存在针对性及疗效差等问题。抑郁的“两高三低”:高发病、高危害、低关注、低诊断、低治疗,其主要原因为抑郁的发病机制还不明确,目前尚停留在假说层面(生物学假说及社会心理假说)。因此,深入探讨抑郁症的病理生理机制,开发实验室生物学诊断标志物,锁定抗抑郁药物作用靶点等至关重要,势在必行。尽管卒中伴抑郁病的机制未完全了解,但心里疏导是非常必要的,不可忽视。

2 帕金森病抑郁,不容忽视

关注帕金森病抑郁意义重大 作为典型运动障碍性疾病

病,帕金森病以典型四大运动症状(震颤、肌强直、动作迟缓及姿势平衡障碍)为主要表现。除此之外,大多数患者在病程中会出现非运动症状,尤其是抑郁。帕金森病伴发抑郁的发生率为 40% - 50%,对我国帕金森病患者非运动症状的调查发现,抑郁症状普遍存在。帕金森病患者较普通人群出现抑郁的风险更高,且抑郁是影响帕金森病患者生活质量的重要因素,可见关注帕金森病抑郁的意义重大。

既往调查显示,近 50% 的医生在日常门诊工作中未能及时识别帕金森病患者抑郁、焦虑、疲劳和睡眠障碍等非运动症状,而这些非运动症状与帕金森病的相关性也易被患者忽视,从而导致就诊延迟、耽误治疗,进而使患者生活质量下降、致残及寿命缩短。因此,帕金森病的治疗应全面综合,不仅要改善患者的运动症状,还需关注抑郁等非运动症状的早期诊治。

2.1 帕金森病抑郁的发病机制及诊断

帕金森病非运动症状的出现可能与以下原因有关,即随着疾病进展,非多巴胺能脑区受累,而纹状体腹侧区多巴胺的不足可能也会引起冷漠、抑郁等情绪改变。目前,帕金森病抑郁的发病机制尚无公认结论,大部分学者认为与内源性生物学改变有关。目前研究发现多巴胺、5 - 羟色胺以及去甲肾上腺素等神经递质的异常在帕金森病抑郁中均发挥重要作用。帕金森病患者死亡后脑解剖亦发现多巴胺、去甲肾上腺素及 5 - HT 均明显下降。对抑郁发作的定义是指持续的心境低落、兴趣缺乏或快感缺失至少 2 周,同时满足 5 条其他的症状,包括体重及食欲变化、失眠或睡眠过多、精神运动性迟滞或激越、疲乏或精力不济、无用感、自责或自罪、注意力不集中、犹豫不决、反复出现消极的想法或意念,但排除躯体疾病所致的抑郁。帕金森病抑郁与原发性抑郁症稍有不同,原发性抑郁症患者的主观体验自责、罪恶感、自杀以及昼重夜轻等症状较为明显,而帕金森病患者伴发的抑郁情绪则多表现为注意力集中困难、疲乏更加严重。

2.2 近六成帕金森患者延误诊断治疗

帕金森病常常被看作是老人病,但 20 多岁就患上此病的也并非个例。小于 60 岁患者,最不愿承认中招。目前我国 65 岁以上男性帕金森患病率为 1.7%,女性为 1.6%,而在这其中早期帕金森延误治疗高达 60%。这么高的延误诊治率,出现经常性的手抖、强直、无力,而这些症状中风后的病人也可能会有,因此很容易延误治疗。

此外,“不承认”也是帕金森患者被延误治疗的主要原因。有的患者,特别是 60 岁以下的,往往不肯面对现实。当出现手抖时,只肯接受是精神紧张引起,等到出现肢体僵硬等更多症状去医院检查时,往往又主观选择不相信得了帕金森,最后到了身体出现行动迟缓时才不得不选择面对。曾有患者因为没有被准确判断病情进展阶段,为了快速缓解症状,刚开始的用药就非常大,因为加药过快到最后几乎到了无药可吃的状况。因为病情判断不准确,用药不合理,相当于把患者需要几十年走完的病程在两三年就走完了,这样大大影响了患者的生活质量。

有些患者因患有其他疾病需要用药,又怕与帕金森药物相冲突就擅自停药,帕金森病的治疗是一个长期过程,需要长时间的规范合理用药,如果因为其他疾病需要用药,为

了保证帕金森病人治疗的延续,一定要及时咨询医生。

2.3 帕金森患者不一定都“手抖”

一提到帕金森,很多人马上就会联想到“手抖”。然而,并非所有的“手抖”都是帕金森,也不是所有帕金森患者都一定会“手抖”。

帕金森起病隐匿、缓慢,多发生于 60 岁以上,最初症状往往不被患者所注意,直至病发严重。帕金森所有症状中,静止性震颤可以说是最为常见的一种表现。震颤通常从某一侧上肢远端开始,以拇指、食指及中指为主,静止位时出现或明显,随意运动时减轻或停止,紧张时加剧,入睡后消失。典型表现是拇指与屈曲食指间呈“搓丸样”动作,即表现为手指像在搓丸子或数钞票一样的运动。然后逐渐扩展到同侧下肢和对侧肢体,晚期可波及下额、唇、舌和头部。在发病早期,患者并不太在意震颤,往往是手指或肢体处于某一特殊体位的时候出现,变换一下姿势时消失。以后发展为仅于肢体静止时出现,例如在看电视时或者和别人谈话时,肢体突然出现不自主的颤抖,变换位置或运动时颤抖减轻或停止。

除此之外,帕金森患者还有肌肉强直(初期感到某一肢运动不灵活,有僵硬感,并逐渐加重甚至做一些日常生活的动作都有困难),运动迟缓(随意动作减少,动作缓慢、笨拙等),姿势步态障碍(平衡功能减退。姿势反射消失引起的姿势步态不稳、易摔跤等)以及合并如便秘、出汗异常、性功能减退和溢脂性皮炎等症。

并非所有的帕金森患者都一定有“手抖”,还有一种类型的帕金森是以少动为主要表现。这种类型者,运动症状和认知功能恶化进展比震颤型帕金森快,是一种相对恶性的帕金森。导致这种不同的最主要原因是在脑内苍白球和纹状体受损的广泛程度不同。因此,在帕金森诊断标准中,运动迟缓是必不可少的,而震颤不一定是必须具备的。

2.4 帕金森病抑郁的治疗

目前认为选择性 5-HT 再摄取抑制剂(SSRI)类药物对帕金森病伴抑郁具有一定效果。最近一项研究提示文拉法辛及帕罗西汀均可有效改善帕金森病患者的抑郁症,还要配合心理疏导,增强病人治病的信心,并注意户外运动。

3 癌症患者抑郁症状需引高度关注

73% 抑郁癌症患者未进行心理干预。关注癌症患者抑郁症发生情况及多学科协作医疗对患者的益处。研究显示,3/4 重度抑郁的癌症患者未得到相应心理干预。与普通患者相比,癌症患者发生中重度抑郁更为常见。而与普通治疗相比,多学科协作的综合治疗方案显然对重度抑郁癌症患者更有效,即使其癌症预后较差。

由牛津大学 Jane Walker 牵头的研究分析了 21151 例病人,纳入 500 例患者有重度抑郁但预后相对较好的癌症患者和纳入 142 例肺癌患者(其预期预后较差),均随机接受癌症患者抑郁干预和普通治疗,抑郁干预涉及护士、精神科、肿瘤及全科医生的协作,应用抗抑郁药和心理治疗。结果发现,与普通治疗组对照,抑郁干预组癌症患者的抑郁严重程度明显降低,抑郁症状、焦虑、疼痛和疲劳感更少。癌症预后较好患者接受抑郁干预后,身体功能、健康状况、生活质量和对抑郁干预质量的感受方面均优于普通治疗者。如果

未及时发现和治疗癌症患者的抑郁症状,将可缩短其生存期、损害生活质量,并增加自杀风险。研究引人注目的事将筛查与综合协作的抑郁管理方案同时使用。抑郁干预为抑郁癌症患者带来的巨大获益提示,医生应在癌症治疗同时给予患者更多的心理关怀和干预。

3.1 知情+共情 缓解肿瘤患者心理痛苦

癌症患者自杀风险为普通人的 2-4 倍,应对其进行定期心理筛查。

据统计,66% - 70% 的癌症患者存在焦虑、疲惫感、不确定等心理障碍。而国内临床医生多不关心患者心理,只更关注其躯体问题。要全方位关注患者躯体和心理症状,可延长患者生存。而将姑息治疗(包括心理治疗)整合到抗肿瘤治疗中,组成多学科团队,让护士、营养师及社会工作者共同参与,将是未来肿瘤临床努力的方向。

3.2 癌痛与心理 25% 初诊患者经历疼痛

现在认为,疼痛不仅是一种感觉(痛觉),而且是一种由感觉、心理和社会因素影响的复杂知觉体验。研究发现,25% 初次诊断为癌症的患者正在经历疼痛;正在接受癌症治疗的患者中,疼痛发生率高于 75%;癌症生存者中,疼痛的发生率为 33%。

3.3 癌痛患者心理问题常被忽略

慢性疼痛患者常有无望感、社会隔离、不被人需要等经历,其会与癌痛相互作用、相互加重。中国传统观点“忍痛是一种美德”导致患者“忍了疼痛,毁了生活”。而医生往往易忽略较隐晦症状,如注意力涣散、犹豫不决、快感缺乏和躯体不适。临床上,70% 的轻中度抑郁不被识别,90% 重度抑郁不被识别。临床疼痛症状被忽视,可使治疗更加复杂、令人失望和无效。

3.4 癌痛需要个体化评估

可以说,疼痛未控制,即患者的病情未得到控制。镇痛是医生第一步要做的。但癌症患者机体状况很可能限制医生药物选择的空间。因此,人文关怀就应与癌痛管理并存。

医生需要对疼痛全面评估,包括确定疼痛严重程度、强度、定位、分布及患者对疼痛的态度,并知道疼痛应对机制、情绪困扰与疼痛相关功能损害和限制。医生面对癌症患者时,最主要是接受和理解患者确实存在疼痛体验,表达自己帮助解除疼痛的愿望,并取得患者信赖。其次,了解影响患者疼痛的心理社会因素,关心患者过去的疼痛经验、当时疼痛的情境、对疼痛的注意力及情绪因素等。接下来,给予系统、彻底地身体检查,对新出现的躯体疾病保持警觉。最后,在充分了解患者病史和检查基础上,为患者明示躯体检查结果和心理致病的道理。

3.5 肿瘤患者自杀心理识别与防治 癌症患者自杀死亡率明显高出常人

癌症患者的自杀风险为普通人的 2-4 倍。而在患者自杀行为获救后,其医疗支出比接受良好的心理肿瘤服务者高很多。此外,患者自杀身亡将引发家属长期得悲伤。保守估计,一个人自杀死亡,至少会导致 6-10 位关系密切者情感深受冲击,而这份记忆至少伴随他们 25 年。医生应了解癌症患者自杀的危险因子,包括初次诊断后患者情绪、对身体功能产生严重影响的癌症、性别差异(女性易情绪低落、男性易自

杀)个体经济不足及医护人员未发现的情绪障碍。癌症末期患者还会出现失志现象,包括绝望、无望感、无助感、生命意义与目的之失落。因此,对肿瘤患者进行定期困扰筛检很有必要。癌症患者自杀防治的保护因子包括社会支持、适应与解决问题的技巧、认知具有弹性及接受专业治疗。医生良好的病情告知技巧,可减轻患者痛苦。从 20 世纪 70 年代许多国家相继开展了临终关怀活动,并形成安宁运动。其原始动机正是希望癌症患者透过安宁照顾与缓和医疗,享有生命的“善终”。若许多癌症患者以自杀结束自己的生命,实在难以称得上“善终”。

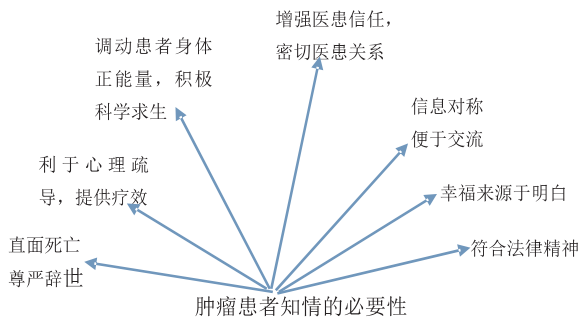
3.6 医生应帮助唤醒患者的灵性

台湾地区患者的死亡品质位列亚洲第一,但癌症患者自杀率惊人。究其原因,大陆与台湾地区均以家族为中心的生活模式易导致亲属间过度保护,病情不会直接告知患者。而患者感受到病情后,因家庭保守,情绪难以抒发,在得不到适当帮助时,就会用自杀等行为释放情绪。那是否能从精神信仰解决患者的问题呢?每个人心中都会有信念,如母亲为孩子牺牲,而这或可用内心的“灵性”解释。灵性是对未完成事情的紧迫感。东方人若重视对灵性的照顾和辅导,从而产生面对死亡、生病等苦难的心灵力量,或可找到帮助患者的途径。

3.7 知情是患者的权利

2002 年《中国医学伦理学》提出适宜医疗概念,采用符合医疗活动三要素(优质、便捷、可承受)治疗,应最大限度地保护患者人身和精神利益。而适宜治疗的基础是癌症患者本身具有知情同意权。“伦理上,都知道应该告知,但现实中应注意的是如何告知”。疾病的“主人”是指患者,患者才是诊疗的真正决策者,而医生是信息提供、环境供给、技术支持、沟通交流等的协助者。

调查发现,90.8%认为“应该让早期癌症患者知道病情真相”,60.5%认为“应该让晚期癌症患者知道病情真相”,绝大多数患者和家属表示“应由医务工作者履行告知义务”。同济医学院调查也显示,58.0%的癌症患者对医护人员隐瞒病情十分不满,45.1%的癌症患者因家属了解真实病情、自己不知道而气愤。



4 门诊常用的抑郁症量表,10 分钟内即可完成。

填表注意事项:请仔细阅读每一条,然后根据您最近一周的实际情况,回答下列问题。

姓名:	年龄:	没有或很少时间	小部分时间	相当多时间	绝大部分或全部时间
性别:	日期:				
我觉得闷闷不乐,情绪低落		1	2	3	4
我觉得一天之中早晨最好		4	3	2	1
我一阵阵哭出来或觉得想哭		1	2	3	4
我晚上睡眠不好		1	2	3	4
我吃的和平常一样多		4	3	2	1
我与异性亲密接触时和以往一样感觉愉快		4	3	2	1
我发觉我的体重在下降		1	2	3	4
我有便秘的苦恼		1	2	3	4
我心跳比平常快		1	2	3	4
我无缘无故地感到疲乏		1	2	3	4
我的头脑跟平常一样清楚		4	3	2	1
我觉得经常做的事情并没有困难		4	3	2	1
我觉得不安而安静不下来		1	2	3	4
我对将来抱有希望		4	3	2	1
我比平常容易生气激动		1	2	3	4
我觉得作出决定是容易的		4	3	2	1
我觉得自己是个有用的人,有人需要我		4	3	2	1
我的生活过得很有意思		4	3	2	1
我认为如果我死了别人会生活得好些		1	2	3	4
平常感兴趣的事我现在照样感兴趣		4	3	2	1
总分					

注:结果分析:将 20 道问题划勾方格内的数字相加为总分,通常抑郁的总分大于 40

我国脑卒中,帕金森病患病率高,癌症是我国第一死亡率。目前应用的治疗手段都只能改善患者症状,并不能阻止病情发展,更无法治愈。因此,医生应帮组患者和家属正确对待疾病,鼓励、增强及维持患者的自尊心和自信心,适时进行心理疏导及必要的抗抑郁治疗,对消除悲观情绪,提高患者生活质量有重要意义。

近几十年来,行为医学的发展及在临床上应用的推广,包含心理治疗,效果很好,很多病人重新回到社会,参加社区活动锻炼,尽管躯体活动不方便,但心情好,坐在公园板凳上也有说有笑,活得开心。癌症病人活 10 多年的还不少。难治病伴抑郁症,心理疏导,好心情,调动患者身体正能量,行为决定健康,呵护生命远航。

脊膜膨出患儿主要照顾者的心理分析及护理对策

阮 征

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

通常而言,脊膜膨出是由新生儿中枢神经系统发育畸形导致的一种先天性疾病^[2]。目前医学上认为其发病原理是患儿在胚胎时期,脊椎板在发育过程中出现缺陷,脊膜通过此缺陷向椎管外膨出而致使新生儿出现脊膜膨出。我国发病率较全球的要高,是新生儿致残致死的主要原因^[3]。此类疾病绝大多数需手术治疗,术前避免不了患儿主要照顾者的紧张、忧虑、不安的心理状况。因此在术前做好患儿及其家长心理护理是必不可少的。针对于脊膜膨出患儿主要照顾者的心理状况,我院整理出了一套个体有效的护理对策,取得了较好的成效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 自 2012 年 6 月—2013 年 11 月,于我院就诊的脊膜膨出患儿的主要照顾者共 45 例为观察组和同期住院的非脊膜膨出患儿的主要照顾者 45 例。两组患儿均有一名主要照顾者且无身体疾病能自立的完成焦虑和抑郁自测表。两组在性别,年龄以及自立的完成测试等方面比较。差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 研究方法 在患儿住院 1 周,对两组主要照顾者发放一份焦虑和抑郁自测表,要求在 10 分钟内完成,当场收卷。将两组的测评结果进行比较。

1.3 疗效评价 将两组的测评结果与标准的国内模板进行评分分析^[4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件分析,采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

2.1 两个组别焦虑、抑郁状况对比 观察组焦虑、抑郁程度严重的占比 55.56% (25/45),不正常率为 91.11 (41/45),均显著高于对照组的 33.33% (15/45),66.67% (30/45)。差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见下表 1:

表 1 两个组别焦虑、抑郁状况对比

组名	例数	严重 [例(%)]	中度 [例(%)]	轻微 [例(%)]	正常 [例(%)]	不正常 [例(%)]
观察组	45	25(55.56)	16(35.56)	4(8.89)	0(0.00)	41(91.11)
对照组	45	15(33.33)	15(33.33)	12(26.67)	3(6.67)	30(66.67)
χ^2 值	-	4.500	0.049	4.864	3.103	8.073
P 值	-	0.034	0.824	0.027	0.078	0.004

2.2 两个组别焦虑和抑郁自评分数对比 观察组焦虑评分数为(75.4 ± 9.7)分,抑郁自评分数为(74.4 ± 9.5)分,均显著高于对照组的(67.5 ± 10.8)分,(63.5 ± 9.8)分。差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见下表 2:

表 2 两个组别焦虑和抑郁自评分数对比

组名	例数	焦虑评分	抑郁评
观察组	45	75.4 ± 9.7	74.4 ± 9.5
对照组	45	67.5 ± 10.8	63.5 ± 9.8
t 值	-	3.651	5.357
P 值	-	0.000	0.000

3 讨论

对于脊膜膨出患儿,在临床上表现为背部拱起,囊肿内堆积脑脊液,横断性瘫痪,大小便失禁,少许伴有肢功能障碍^[5-6]。这些不仅给患儿带来了极大的身心问题而且主要照顾者带来了极大的不便,致使照顾者易产生焦虑、担忧、情绪低落、恐惧等多种不良的心理^[7]。同时,脊膜膨出的治疗费用较高,治疗的时间较长加大患者家属经济压力,影响了正常的生活质量。

本文通过对脊膜膨出的 45 例患儿的主要照顾者心理状况进行了调查,得出脊膜膨出患儿主要照顾者的焦虑和抑郁程度明显高于非脊膜膨出患儿主要照顾者。对于此,我院制定了具体可行的方案。①在术前指导照顾者对患儿进行俯卧位练习^[8](每天两次,一次 20—30 分钟)并做好身体的清洁工作,术后密切关注患者的生命体征,做好伤口的处理工作和康复训练,最大限度的提高患者的生存率亦使照顾者行有可依。②术前:加强对患儿的护理,保持室内空气流畅,预防病毒感染。协助照顾者对患儿的营养调配,预防患儿出现便秘情况,以减轻照顾者的负担。③由于患儿的年龄较小,对环境很难适应且对医生护士有恐惧心理,这是需要医护人员多与患儿接触,常微笑增添亲近感。而照顾者则常会出现紧张、忧虑、不安的心理状况,对主要照顾者应对有针对性的健康教育,耐心地解答照顾者的思想顾虑使其树立正确观念。④应以最佳的途径满足患儿和主要照顾者的需求,给予主要照顾者规劝、安慰、鼓励及启发,以增强主要照顾者的信心和勇气。⑤对照顾者做好出院指导,制定一分复健方案,要求做到坚持肢体锻炼但避免剧烈的身体运动,每日安排好适宜的饮食。方便照顾者对患儿的照顾。一个月后进行复诊,异常随诊。

综上所述,做出针对性、个性化的护理对策不仅缓解了脊膜膨出患儿主要照顾者的焦虑不安、恐惧的心理,减轻了照顾者的负担而且提高了患儿及照顾者的提高其心理承受能力及生活质量。对于此类护理对策应采取因病施医,与时俱进。

参考文献(略)

乳腺癌术后患者放疗期间的心理干预护理和情绪管理

林慧娟

(厦门大学附属第一医院放疗科, 福建 厦门 361003)

乳腺癌属于女性最为常见的恶性肿瘤之一, 目前发病率呈现年轻化的趋势, 特别是对于实施乳腺癌手术治疗后的患者由于对身体缺陷造成个人体形、形象等方面带来影响, 使得患者心理上产生一系列的变化^[1]。特别是对于乳腺癌患者在手术后常需要进行辅助放射治疗, 提高临床治疗效果, 但是患者常常在手术和肿瘤的双重打击下表现出悲观、绝望、抑郁等不良情绪, 严重的影响了临床治疗方案实施^[2]。我院采用心理护理干预措施应用在乳腺癌手术实施放疗的患者中收到了满意的效果, 现汇报如下。

1 资料和方法

1.1 基础资料

选取 2013 年 1 月 - 2013 年 10 月在我院治疗的乳腺癌患者 80 例作为研究对象, 采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组, 每组各 40 例。其中观察组年龄 31 - 79 岁, 平均年龄 (48.26 ± 4.15) 岁; 对照组年龄 (21 - 74) 32 - 78 岁, 平均年龄 (47.97 ± 4.22) 岁。两组患者在年龄、疾病情况等基础资料采取组间比较, 差异不具有统计学意义 (P > 0.05)。

1.2 护理方法

对照组: 给予患者常规护理模式实施临床护理, 包括健康教育、基础护理等措施。

观察组: 在对照组护理基础上给予患者心理护理干预, 具体包括以下三个方面: 首先对患者进行行为干预和音乐治疗, 在进行放疗前对患者进行音乐、放松训练等方法让患者调节不良负性情绪, 改善其生活质量, 疏导负性情绪释放, 同时指导患者建立正确的人生观和价值观。其次, 在放疗治疗前采用聊天或者集体心理辅导方式向患者介绍放疗的重要意义和毒副作用发生及如何预防, 指导患者如何进食饮食调护和预防皮肤等反应发生, 让患者树立信心, 配合临床治疗^[3]。第三, 对患者进行情绪管理, 护士积极引导患者进行情感的宣泄, 指导患者如何进行情绪的宣泄, 肯定自我, 同时让患者诉说出内心的苦楚, 帮助患者转移注意力, 同时要注重倾听, 对患者存在的疑虑给予解答。

1.3 观察指标

对患者实施护理干预前后采用焦虑自评量表评分和抑郁自评量表评分来评价患者焦虑和抑郁心理状况, 2 个量表均设有 20 个项目, 评定患者主关抑郁和焦虑感受, 采用 1 - 4 级评分方法, 标准分超过 50 分设定为阳性分界点, 分值越高提示患者焦虑和抑郁情绪越严重。

1.4 统计学处理

采取 SPSS 19.0 软件分析, 计量数据采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用百分比表示, 数据对比采取 χ^2 校验, P > 0.05, 差异无统计学意义, P < 0.05, 差异具有统计学意义, P < 0.01, 差异具有显著性统计学意义。

2 结果

两组患者经过护理后焦虑自评量表评分及抑郁自评量表评分均有所改善, 与护理前比较经统计学分析, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。观察组改善效果与对照组护理后比较, t = 6.2489 / 4.6391, P < 0.01, 差异有统计学意义 (见表 1)。

表 1 观察组和对照组焦虑自评量表评分及抑郁自评量表评分改善比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	焦虑自评量表评分		抑郁自评量表评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	54.02 ± 5.82	43.35 ± 4.01▲★	59.88 ± 8.52	47.53 ± 5.62▲★
对照组	40	53.97 ± 5.79	48.79 ± 4.83▲	59.65 ± 8.47	53.26 ± 6.91▲

注: ▲: P < 0.05; ★: P = 0.0000 < 0.01

3 讨论

乳腺癌是严重影响女性身心健康且危及患者生命安全的恶性肿瘤之一, 目前位居女性各种癌症发病率的第二位, 仅次于宫颈癌, 我国女性乳腺癌发病率高达 10% 左右。由于乳房是女性重要的第二性征, 因此在临床上实施乳腺癌切除手术的患者由于身体的形象感、性认同感出现降低, 使得女性在容易对形体缺陷产生痛苦, 主要源自患者心理应激反应。特别是患者术后常需要进行放射治疗, 对治疗方案的不知了解以及疾病知识的缺乏使得患者情绪产生波动, 研究发现恶性情绪会造成患者机体免疫能力的降低, 使得患者免疫系统识别清除恶性细胞的功能减弱, 因此容易造成肿瘤复发和转移^[4]。

我科在常规护理模式基础上对患者开展心理干预和情绪管理, 通过多种形式如聊天、集体治疗、健康教育等方法增强患者的适应能力, 重点激发患者内心的潜能, 鼓励患者战胜疾病的信心, 让患者热爱生活、珍惜生命, 勇敢的面对肿瘤的现实, 同时我们通过介绍成功治疗病例增强患者战胜疾病信心, 提高患者幸福的指数^[5]。护士要时刻了解患者心理活动, 变化, 找出其产生焦虑和抑郁的原因, 同时要鼓励患者家属多和病人进行沟通, 对患者进行细心地照顾, 同时在精神上鼓舞患者, 让患者积极地接受临床各种治疗和护理措施的实施。本研究显示, 观察组患者护理后焦虑自评量表评分和抑郁自评量表评分改善幅度均优于对照组, 经统计学分析比较, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。

综上所述, 应用心理护理和情绪管理在乳腺癌手术后开展放疗患者中可以减轻患者焦虑和抑郁负性情绪, 提高患者生活质量, 值得在临床上大力推广使用。

参考文献 (略)

重视和疏导“单独”母亲的心理障碍

康丽群

(厦门市第一医院思明分院, 福建 厦门 361003)

“单独”母亲是指独生子女的父母一方是独生子女的, 其母亲就是“单独”母亲。自今年“单独”二胎放开后, 原来心境平静的“单独”母亲及其家庭掀起了涟漪, 产生了许多心理障碍, 如不加以引导和疏通, 将会影响“单独”母亲的工作、生活、身体健康和家庭和谐。

“单独”母亲心理障碍的主要表现:

(1) 生与不生的矛盾: 有的的母亲渴望再生一个, 但怕耽误时间失去工作、怕成本太高负担过重、怕精力有限照顾不上、怕降低自己的生活空间和质量、怕老大“争宠”而反对等等; 不想生的母亲则担心“失独”或发生意外、又迫于家庭压力, 不胜其烦等。矛盾的心理导致申请二胎证的只占符合“单独”二胎申领条件的 20%, 其中 80% 领证者对于生育还在观望中。生与不生, 对“单独”母亲来说, 有时确是难以抉择, 造成思想负担太重, 以致形成了心理障碍。

(2) 怀不怀孕的纠结: 领了证了, 能否怀上孕也是让人揪心的事。有的认为自己年纪大了, 时间不能再拖了, 盼着早点怀孕, 表现出着急、烦躁; 有的则担心怀上的是不是自己希望的性别; 有的则过多地考虑在孕期中或分娩时可能出现的问题; 至于那些迫切想生二胎而怀不上孕的母亲更是焦躁不安, 甚至考虑做试管婴儿辅助生殖。她们顾虑重重, 考虑再三, 严重地影响了身体健康。

(3) 家庭之间的争执: 表现在生与不生、二孩随父姓或随母姓、由谁家带养等等问题, 娘家和婆家常有不同意见, 有的因此闹得不可开交。有报道称有因二孩姓氏引起两家不和而致小孩父母离婚的, 有因老大的不理解而想离家出

走的, 使原本平静的家庭出现了不和和分裂。

这些矛盾和烦恼引起的“二胎焦虑症”, 形成了心理障碍, 甚至会导致抑郁症的发生和发展, 造成严重的后果。对于这些母亲, 应及时予以疏导, 化解矛盾, 解开心中的疙瘩, 使其愉快地面对现实, 使“单独”母亲从放开“单独”二胎的好政策中得到最大的好处:

(1) 听取家人的意见和建议, 取得家人的理解和帮助。生也好, 不生也好; 父姓也好, 母姓也好, 都是自己的骨肉, 一家人好商量, “家和万事兴”, 好政策要带来好的结果。

(2) 尊重客观现实, 顺应自然, 不要勉强。生男也好, 生女也好; 现在生也好, 过一年生也好, 顺其自然, 保持平常心, “男女都一样”, 高高兴兴, 迎接新的生活。

(3) 尊重科学, 要经常接受专业医生的检查和指导。正常也好, 异常也好, 有并发症也好, 无并发症也好, 都要定期进行产前检查, 认真听取医生的指导意见, 科学对待, 使其顺利度过孕产期。

(4) 社会参与, 共同关心、关注“单独”母亲的想法和行为。个人也好, 家庭也好, 单位也好, 政府有关部门也好, 都要主动了解“单独”母亲的想法, 帮助其打消顾虑, 化解矛盾, 解决实际问题, 使其心情舒畅, 正确对待面临的或潜在的各种问题。

“单独”二胎的生育高峰即将来临, 我们应该未雨绸缪, 做好“单独”母亲的思想工作, 克服心理障碍, 使其顺利生育第二胎, 这是我们医务人员和计生工作者义不容辞的责任。

· 教育行为 ·

运用因子分析方法评价综合医院实习教学工作

饶线明, 许舜鹏, 刘芳, 徐梅红, 詹忆君

(厦门医学高等专科学校附属厦门市第二人民医院, 福建 厦门 361021)

临床实习教学是各临床教学基地的重要教学工作之一, 临床教学管理水平的高低, 将直接影响临床教学质量, 许多医院均采用“医院(科教部)——教研室——科室”的三级管理模式, 各类教学活动由医院下达至教研室, 再由教研室落实到科室^[1]。一直以来, 由于实习教学的方式与要求多种多样, 而基层医院教学管理架构松散, 教研室间、科室间的教学意识、能力、管理各不相同, 完成教学情况参差不

齐, 目前国内对医学生临床教学存在诸多方面不足^[2]。如何对各科室实习教学工作进行合理评价, 找出缺陷原因, 进行针对性改进, 值得我们探讨。

1 资料来源与方法

1.1 资料来源

本文数据均来源于某三级乙等综合医院 2009 - 2010 学年临床实习教学工作统计报表。选取该院实习轮转周数为

两周的所有住院科室共 13 个作为研究对象。每一科室均有 7 项量化的教学积分指标,分别是: x1(基本教学记录)、x2(临床操作示范)、x3(临床小讲课)、x4(教学查房)、x5(教学病例讨论)、x6(实习生病历批改)、x7(小出科考试)(见表 1),这些数据反映了各住院科室实习教学工作开展情况。

表 1 各住院科室开展各项实习教学工作得分情况(分)

科室编号	x1	X2	X3	X4	X5	X6	X7
r1	110	255	321	40	40	336	612
r2	100	360	370	40	40	336	320
r3	105	344	480	40	40	362	212
r4	85	190	400	18	20	220	212
r5	90	80	260	40	40	262	224
r6	21	40	24	0	0	58	0
r7	78	63	240	20	20	251	314
r8	90	270	300	140	120	287	20
r9	32	115	230	20	60	0	0
r10	72	0	326	100	48	30	0
r11	100	104	169	60	60	102	77
r12	67	55	400	120	132	257	239
r13	60	212	270	100	100	185	312

1.2 分析方法

采用因子分析的理论和方法对医院 13 个科室实习教学工作进行分析和评价。

因子分析由 Thurstone 于 1931 年首次提出,随着近年来计算机技术高速发展,因子分析方法成功地应用于各个领域。其基本原理以相关性为基础,从协方差矩阵或相关矩阵入手,把大部分变异归结为少数几个公共因子所为,并寻找和确定这些基本特征的模型。

本文采用 SPSS 19.0 软件包对原始数据进行因子分析。

2 结果

2.1 因子分析

2.1.1 KMO 检验和 Bartlett 球形检验 本例 KMO 值 0.667,可以接受。Bartlett 球形检验 $\chi^2 = 42.473, P < 0.01$,可认为各变量之间存在着显著的相关性。

2.1.2 因子提取 以主成分法作为因子提取方法,前 2 个因子特征根分别为 3.396 和 1.940,均大于 1,此 2 个特征根方差累计贡献率为 76.217%。二者满足主成分提取因子关于特征值 >1 的标准,能较好反映各指标所包含的大部分信息,足以描述入选科室教学工作开展情况。

2.1.3 因子分析后的共同度 因子提取后,x1 至 x7 的公因子方差分别为 0.718、0.622、0.656、0.938、0.913、0.867、0.622,均超过 60%,其中绝大多数都接近或超过 70%,这说明 2 个公因子已经能够较好地反映各指标所包含的大部分信息。

2.1.4 因子载荷矩阵 采用主成分法计算因子载荷矩阵,并对初始因子载荷矩阵进行方差最大正交旋转,旋转后的因子载荷见表 2,根据旋转后因子载荷表可以清楚显示两个因子在 7 项指标上的载荷即影响程度。

2.1.5 因子载荷表载荷归类 从表 2 得出,公因子 1 在实习生病历批改、基本教学记录、临床操作示范、小出科考试、临床小讲课 5 个初始变量上载荷较大,定义为科室因子 F1,公因子 2 在教学查房、教学病例讨论 2 个初始变量上载荷很大,定义为教研室因子 F2。从旋转空间中的成分图也可直观显示,提取的公因子具有实际意义。

表 2 旋转后的因子载荷表

教学积分指标	公因子 1	公因子 2
实习生病历批改	0.929	0.064
基本教学记录	0.843	0.083
临床操作示范	0.788	0.037
小出科考试	0.761	-0.207
临床小讲课	0.734	0.342
教学查房	0.044	0.968
教学病例讨论	0.040	0.955

提取方法:主成份;旋转法:具有 Kaiser 标准化的正交旋转法,旋转在 3 次迭代后收敛。

2.2 建立表达式

2.2.1 根据表 3,将公因子表达为各指标的线性形式(其中,F 代表公因子,xi' 代表标准化数据)如下:

科室因子(F1) = 0.254 × 基本教学记录 + 0.240 × 临床操作示范 + 0.208 × 临床小讲课 - 0.035 × 教学查房 - 0.036 × 教学病例讨论 + 0.282 × 实习生病历批改 + 0.244 × 小出科考试;

教研室因子(F2) = -0.001 × 基本教学记录 - 0.021 × 临床操作示范 + 0.135 × 临床小讲课 + 0.485 × 教学查房 + 0.479 × 教学病例讨论 - 0.015 × 实习生病历批改 - 0.143 × 小出科考试;

表 3 成份得分系数表

教学积分指标	F1	F2
基本教学记录	0.254	-0.001
临床操作示范	0.240	-0.021
临床小讲课	0.208	0.135
教学查房	-0.035	0.485
教学病例讨论	-0.036	0.479
实习生病历批改	0.282	-0.015
小出科考试	0.244	-0.143

提取方法:主成份.旋转法:具有 Kaiser 标准化的正交旋转法。

2.2.2 根据各主成分方差贡献率的权重,建立综合得分(zF)表达式为: $zF = 47.365\% \times F1 + 28.851\% \times F2$,由此计算出各科室公因子(F)、综合得分(zF)及对应名排如表4。

表4 各科室主因子得分、综合得分及其排名

科室 编号	F1		F2		zF	
	得分	排名	得分	排名	得分	排名
r1	1.44100	1	-0.70429	10	0.48	3
r2	1.24620	3	-0.43172	9	0.47	5
r3	1.37031	2	-0.21757	6	0.59	2
r4	0.43906	4	-0.75101	11	-0.01	7
r5	0.09039	6	-0.42358	8	-0.08	8
r6	-1.76569	13	-1.41203	13	-1.24	13
r7	0.04122	7	-0.97732	12	-0.26	10
r8	0.16843	5	1.82297	1	0.61	1
r9	-1.34679	12	-0.23046	7	-0.70	12
r10	-1.01720	11	0.63361	4	-0.30	11
r11	-0.53565	10	0.06670	5	-0.23	9
r12	-0.06416	8	1.73130	2	0.47	4
r13	-0.06714	9	0.89342	3	0.23	6

3 讨论

3.1 从表4中可知,科室因子得分最高的是科室1、科室3、科室2,得分较低是科室6、科室9、科室10,内科系统、妇科系统要优于外科系统;教研室因子得分高的为科室8、科室12、科室13,得分偏低为科室6、科室7、科室4;综合得分最高的是科室8、科室3、科室1,排名最后为科室6、科室9、科室10。

3.2 如前所述,科室因子主要反映了临床实践教学中的实习生病历批改、基本教学记录、临床操作示范、小出科考试、

临床小讲课5个方面,其共性是都由各带教科室按照教学要求独立完成的,与各科室自身教学意识、教学责任强弱密不可分,得分前三位的科室均为内科系统科室,其教学管理者正是平时工作较为细致耐心,并自教学医院调入者,具有较强教学责任意识及能力者;教研室因子主要反映了临床实习教学中教学查房、教学病例讨论2个方面,当时医院规定这两块工作具体由各教研室组织下辖科室实施。从得分上看,前两名为为教研室主任所在科室,第三名属妇产教研室下辖的两个科室中的一个,可见一方面,教研室主任所在科室,以及小的教研室比较容易组织,实施频次较高,相反,较大的教研室组织难度较大,各科室实施的也较少。

3.3 从因子分析的结果可以看到,当时该院具体的临床实习教学活动的组织和实施可以分成两个层面,即科室层面和教研室层面。其中大多数项目是由科室落实,医院对科室因子得分高的科室宜予激励,而对落后的科室当加强教育和督导,尤其是科室6,其无论是在科室因子或教研室因子得分均为最后,这与该科负责人严重的重临床,轻教学思想有关,而事实证明,临床教学单位的教学态度是影响毕业实习过程中的重要外部因素,对此类科室,应予以注意并进行整改^[3]。

3.4 从因子分析结果印证了基层临床教学基地中的一个现象,即由教研室去组织所辖科室教学查房、教学病例讨论存在着组织难、落实差的问题。另一方面,科室则因无此任务要求而不组织教学查房及教学病例讨论,最终都使实习生失去学习机会。因此,应当改变教学查房及教学病例讨论由教研室组织的做法,改为科室组织落实,可以增加学生学习机会。

3.5 本文研究可知,通过因子分析,可以将多个具有一定相关性的临床实习教学工作指标经过多元分析降维处理,最后用一个综合值来反映,使得对不同科室的整体教学评价更加客观、科学、合理。

参考文献(略)

对护生临床技能培训方式方法需求的调查与分析

方青枝,吴丽容

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

每一个护生在成为一名合格临床护士前,都需要经过临床实习,在实习期间的技能培训是一个护生将多年在校所学的理论知识与临床的操作实践相结合的过程,也是开始建立临床思维并应用于实践的过程。不同的培训方式不同程度地影响了护生对临床技能学习的积极性,良好的培训方式对护生保持不泯的积极性有着极其重要的影响。为此,笔者于2013年3月对正在我院实习的129名护生进行

了问卷调查,目的是了解护生在实习期间对临床技能培训方式方法的需求,以便今后制定适合护生需求的培训方式,使培训达到最佳的效果,提高护生临床技能实习质量。现将调查结果报告如下。

1 调查对象和方法

1.1 调查对象 2012年6月至2013年3月,在我院实习的护生129人,其中男12人、女117人;年龄18岁以上;本科

59 人,大专 56 人,中专 14 人。

1.2 调查方法

1.2.1 调查内容与方法 参考相关资料^[2-5],进行资料收集,自行设计调查问卷,内容包括护生的一般资料,对老师临床技能培训方式的满意程度,对带教方式,示教方法,培训细节等多项需求等共 17 个条目,均为单项选择。在护生实习结束前期以不记名方式进行问卷调查,由调查者向护生讲解问卷内容,在护生理解后当场发放问卷,填写完当场回收,然后整理。发放问卷 129 份,回收 129 份,有效回收率 100%。

1.2.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件包建立数据库,采用构成比对所收集数据进行分析处理。

2 结果

2.1 对老师临床技能培训方式的满意程度见表一

表一 129 名护生对老师临床技能培训方式的满意程度

内容	例数(%)
对带教老师进行临床技能培训的方式感到	
满意	47(36.4%)
一般	76(58.9%)
不满意	6(4.7%)
培训方式是否会影响对临床技能学习的积极性	
影响	99(76.7%)
不影响	16(12.4%)
不确定	14(10.9%)

2.2 对临床技能培训带教方式的需求见表二

表二 129 名护生对临床技能培训带教方式的需求

项目	例数(例)	百分比(%)
一对一带教	115	89.2
一对多统一带教	11	8.5
跟班次带教	3	2.3

2.3 对临床技能培训示教方法的需求见表三表四

表三 129 名护生对老师采取的示教方法的需求

项目	例数(例)	百分比(%)
直接亲身示教	29	22.5
先在示教室视频示范再进行亲身示教	95	73.6
无所谓	5	3.9

表四 129 名护生对老师示范教学地点的需求

项目	例数(例)	百分比(%)
示教室	28	21.7
病房	99	76.8
其他	2	1.5

2.4 对临床技能培训细节的需求见表五

表五 129 名护生对临床技能培训细节的需求

内容	例数(%)
希望带教老师示范教学前讲解评分标准操作原则等	
是	100(77.5%)
否	13(10.1%)
无所谓	16(12.4%)
希望带教老师示范教学时	
边操作边讲解步骤及注意事项	92(71.3%)
完整示范一遍后再讲解注意事项	32(24.8%)
无所谓	5(3.9%)
希望学习临床技能操作时	
先在病区示教室进行技能训练,熟练后再进入病房操作	91(70.5%)
直接进入病房操作	34(26.4%)
无所谓	4(3.1%)
希望在病房进行临床技能操作时	
由带教跟随操作,离开病房后再指导	94(72.8%)
由带教跟随操作,现场指导	33(25.6%)
无所谓	2(1.6%)
希望老师在临床技能带教中	
侧重理论,严格按照操作规程	27(20.9%)
侧重实际,结合临床实际情况	98(76.0%)
无所谓	4(3.1%)
希望实习过程中	
临床上遇到哪项就进行哪项训练	32(24.8%)
合理安排,定期进行各项操作教学训练	94(72.9%)
无所谓	3(2.3%)

3 讨论

3.1 带教方式的不断完善 调查结果显示 75% 以上的护生认为不同的培训方式会影响护生学习临床技能的积极性。选择护生易于接受的带教方式能够很大程度激发其学习临床技能的兴趣,提高学习的自觉性和主动性。有

89.1% 的护生希望一对一进行带教, 带教老师与学生始终处于一对一状态, 有利于护生和老师互相沟通和理解, 老师能够因材施教, 给予学生更多的指导^[1]。

3.2 采用恰当的临床技能培训示教方法 70% 以上的护生希望先在病区示教室进行视频示范再由带教老师进行示教, 然后在病房进行临床技能培训, 以尽快适应病房环境, 将理论与临床实际相结合, 完善临床思维, 更好的适应临床。

3.3 完善临床技能培训细节

3.3.1 调查结果表明 70% 以上护生希望带教老师进行临床技能示教前先讲解评分标准和操作原则, 示教时边讲解步骤和注意事项。培训前讲解评分标准及操作原则能够强化护生思维。示教时分解步骤进行教学, 有利于护生记忆, 及时掌握操作细节的要点。在复习讲解理论的同时也应注重实际, 70% 以上的护生希望带教老师在临床技能教学中侧重实际, 结合临床实际情况, 列举临床实例, 讲解临床上的操作注意事项, 有利于护生在临床操作时能够及时适应病房环境, 提高护生实际操作水平。

3.3.2 70% 以上的护生希望学习临床技能操作时先在病区示教室进行技能训练, 熟练后再进入病房操作。掌握熟练的临床技能对病人进行各项护理是对病人最基本的尊重, 也是对自己工作的负责。其次, 熟练各种护理操作后, 再进入病房操作时, 可以减轻护生的心里压力, 同时还能取得病人和家属的认可和信任, 一定程度上增强了护生的信心。

3.3.3 结果同时显示有 70% 以上的护生希望在病房进行临床操作时由带教老师跟随操作, 但当时不指导, 离开病房

再作指导。护生在病房进行操作时普遍存在胆怯心理, 加之在病人及家属面前进行技能操作, 会有一些的心理压力, 有带教老师跟随操作, 可以增强护生的信心, 减轻了心理压力。但由于护士的工作性质关系到病人的健康利益, 因此护生也应量力而行, 对于自己处理不好的问题要及时与带教老师沟通^[5]。

3.4 合理有序安排临床技能培训 调查结果表明 70% 以上护生希望实习过程中合理安排, 定期进行各项临床技能操作教学训练。带教老师应该有计划地安排技能培训, 定期对各种操作进行复习。临床技能的学习就是一个不断训练和强化的过程, 定期进行技能训练, 才能不断提高护生操作技能, 从而提高护理服务质量。

4 结论

本研究通过对护生临床实习期间临床技能培训方式的具体需求情况的调查, 了解到护生对目前带教老师临床技能培训方式的满意程度不高, 对带教方式, 示教的方法, 培训的细节还存在很大的需求。同时希望临床技能培训时可以采取一对一带教方式, 并在病房教学, 操作时带教老师能跟随, 条件允许的情况下离开病房后再指导。不同的培训方式会影响护生学习临床技能的积极性, 临床护理教学管理人员应根据护生对临床实践教学的需求不同, 不断完善培训方式, 以提高护生临床技能实际操作能力, 进而提高护生实习满意度和临床带教质量^[6]。

参考文献(略)

“缔造美丽厦门” 建议厦门每年中高专学校招生科目增设“家政系”

陈治卿

(厦门大学附属中山医院, 福建 厦门 361004)

“十三五”时期是厦门市全面深化改革和推进“美丽厦门”建设的关键时期, 厦门市老年人口已达 26.1 万人, 占全市总人口的 13.88%, 早已步入人口结构老龄化城市的行列, 并以每年 3% 的速度递增, 除老龄化、高龄化外, 失能老人比例也日益增多, 他们每天吃喝拉撒都需人帮忙。这关系到老年人的切身利益, 社会稳定, 关系到缔造美丽厦门, 以人为本, 构建和谐社会的重要内容之一。但现在几乎没有正规机构来培训陪护人员, 医院的大量护工都是从外省农村来的, 月薪 5000 到 6000 左右, 个人卫生全用医院水电, 消费医院资源。家庭保姆月薪 3500 元, 有的年底加薪一个月, 全年吃住在主人家, 相当于每月五六千元, 都不亚于大学生的工资, 陪护因没有专门训练, 服务质量, 社会偏见, 流动性大, 这是厦门现代服务业发展的重点难点问题之一。

多少人家有失能中老年人, 有老有幼, 需要护工及保姆这类家政人员。但不稳定, 工资又高找到合适的陪护人员很困难。

1 我市 1.13 万名老人“失能”需要爱

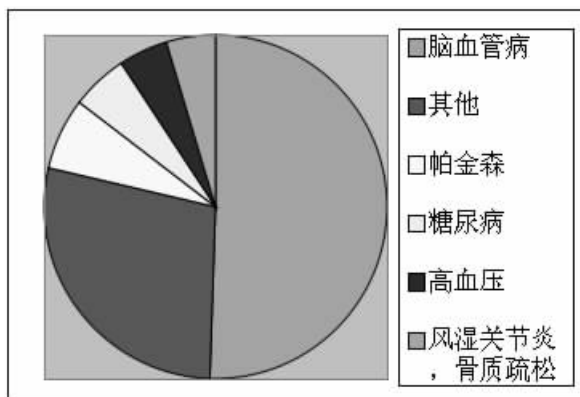
每 100 名 60 岁以上的老人中, 至少有 4 人生活自理有困难

失能老年人, 一个特殊的群体。在厦门市户籍 60 周岁以上的 26.1 万老年人中, 约有 1.13 万老人属于失能老人范围。也就是说, 每 100 名 60 岁以上的老人中, 至少有 4 名老人处于失能的状态。他们, 包括他们的家人, 迫切需要社会的关注和支持。

失能老人是指老年人基本的日常生活自理能力, 包括吃饭、穿衣、上下床、上厕所、室内走动和洗澡。这些能力若

受损,通常提示老年人需要得到他人照护。

50.17% 因为疾病 调查显示,老年人失能的原因前 3 位依次为:脑血管病(50.17%),帕金森(6.76%),糖尿病(5.34%)。脑血管意外,如脑卒中等易引起老年人瘫痪或偏瘫,从而导致失能。其它研究也发现有脑血管病的老年人日常生活自理能力也较差,是引起老年人失能的危险因素。53.28% 的老年人失能后发生过伤害事件。其中,跌倒的发生率最高,为 45.04%,远高于其它意外伤害事件。老年人由于骨质疏松,跌倒又极易引起骨折。不少新闻报道中也反映,除了失能老年人护理难度大之外,由于失能老年人更容易发生意外伤害事件,这也是许多养老机构接收失能老年人时担忧的一个重要原因。



引起老年人失能的主要疾病

老年人中,63.40% 患有慢性病;失能老年人中,88.03% 患有慢性病。所有调查老年人患病率最高的前 3 种疾病依次为:高血压(30.10%)、关节炎或风湿(24.76%)、关节炎或风湿(34.10%)、脑血管病(24.59%)。须要陪护人员要有医护一般知识。

2 韩国:跟父母同住有优惠

在韩国,不仅学校十分重视宣扬孝道文化,社区里也会定期举办讲座,教授人们传统伦理道德。随着韩国社会老龄化的加剧,如何更好地赡养老人成为一个重要的社会问题。为了鼓励子女积极赡养老人,韩国政府采取了一系列鼓励措施。赡养老人的人可得到购房和住房优惠。赡养 65 岁以上父母达 1 年以上者,可优先获得国民租赁住宅,其租金仅为市场价的 50-70%;赡养 3 年以上者,可优先以低价获得由各级公共机构建设的 85 平方米以下的公共住宅;本人或其配偶与直系亲属老人共同生活 2 年以上者,在购置、改造和新建住房时,可获得政府优惠贷款。这些规定一方面缓解了赡养老人的子女在购房时面临的压力,另一方面也肯定和鼓励了赡养老人的良好风气。另外,韩国还制定了相关的税收优惠政策,鼓励子女与父母共同生活。赡养老人 5 年以上的三代同堂家庭,子女在继承遗产时,政府将减免 90% 的税收额;每赡养以为老人即可扣除 3000 万韩元

(1 韩元约合人民币 0.005 元)的遗产税;需要赡养 60 岁以上的男性和 55 岁以上的女性直系亲属的纳税人,政府每年将减免其 48 万韩元的个人所得税。

3 护工群体是提升医院服务质量的关键角色

现代医院都在建立以患者满意度为中心的管理体系,医生服务好了,护理服务需要跟上;随着医院规模的不断扩大,医院护工成为一个重要群体,医院到处都有他们的身影。但是,目前大多数护工年龄大、素质低、非编制、培训少、情绪多。多是从四川、江西、贵州等外地农村来。医院管理者往往认为护工群体不是医院工作人员,患者却认为这些人也是医院的一部分,因此很容易出现纠纷。医院努力通过医务人员来提升服务质量,增加患者满意度,但因为护工的服务问题,服务质量很可能受到影响。厦门市在每年大中专招收“家政系”即可赢利双收,大大的解决医院护工问题,也解决厦门市及各地青年人就业问题。

建议厦门市每年中高考招生科目增设“家政系”,中专、大专都可办学,毕业出来从事家政工作,持证上岗,有工龄、劳保、医保、职称、退休等,享受国家正式工作人员待遇,让从事家政工作的人自尊自爱自强,并得到社会的尊重,其基本工资由雇主负责,社保、医保、退休金等由政府负责。菲律宾等国家都有大学办家政系,这些人还可劳务输出为外国人服务,为本国增加外汇。他们都在香港、东南亚等各国做保姆护工。厦门市可在全国率先在大中专设家政系,内设很多专业课程,如基础医疗、康复、护理、按摩、针灸、心理、营养、烹调等等。一个人的吃喝拉撒健康教育等全包。有两年制、三年制。学生有填相关志愿即可招人,可解决升学、就业和医院大量护工及千百家人雇保姆困难问题,为解决厦门民生办了实事。

4 60 岁以上人口每年增千万

我国已进入人口老龄化快速发展阶段。从 1999 年到 2013 年,全国老年人口由 1.31 亿增加到 2.02 亿,平均每年增加 500 万,老年人口比重由 10% 上升到 14.9%。平均每年上升 0.35 个百分点,这属于起始阶段。据预测,今后这 20 年,我国 60 岁以上人口平均每年增加 1000 万,而 60 岁以下人口平均每年减少 500 万,老龄化速度将明显加快。

我市已步入人口老龄化加速发展阶段。截止今年 8 月,全市 60 周岁及以上户籍人口 28.53 万人,占总数的 14.22%,80 周岁以上 4.25 万,占户籍老年人口的 14.90%。

人口老龄化和养老服务供需矛盾已成为我国重要社会问题,老年人长期照护(Long-term Care, LTC)人员严重短缺是突出问题,急需解决。建议厦门大中专学校可开设“家政系”,在全国率先招办,培养合格家政人员。除老年人日常生活照料外,还能及时处理一些老人意外或紧急事件。我国对长期养老照护的认识普遍不到位,这类人员严重欠缺,家政系培养这类人才,破解厦门人口老化,健康照护困境,解决厦门老人长期照护(LTC)的重点难点问题。

健康教育对高血压患者生活质量的影响

林玲云,陈丽莉,肖 琴

(厦门市第一医院心血管内科,福建 厦门 361003)

我国人群 50 年来高血压患病率呈明显上升趋势。按 2010 年我国人口的数量与结构推算,目前我国约有 2 亿高血压患者。每 10 个成年人中有 2 人患有高血压^[1]。高血压是常见的慢性病,也是心血管主要的危险因素之一。其并发症致死率高,给家庭和社会造成沉重负担。因此提高患者治疗依从性,有效控制血压,提高患者生活质量的具有重大作用。

1 对象与方法

1.1 对象 选取心血管内科 2012 年 6 月至 2013 年 6 月高血压患者 120 例,男 65 例,女 55 例,年龄 45-75 岁;文化程度:大学 25 例,高中 30 例,初中 45 例,小学 20 例。随机抽取各 60 例分为实验组和对照组。两组在性别、年龄、性格、病程、婚姻及居住环境等方面均无显著性差异,有可比性。

1.2 方法 给予两组高血压患者药物治疗和常规知识宣教,而实验组患者责任护士根据病人具体情况制定相应的健康教育计划,并对出院患者进行电话随访。实行健康教育半年后护士采用生活质量指数评定表对两组患者进行生活质量评价。

1.2.1 健康教育形式 发宣传册、多媒体示范、一对一的讲解、黑板报、每周责任护士集中一次知识讲解等。

1.2.2 健康教育内容

高血压基础知识宣教 高血压的危险因素:遗传因素和环境因素,包括饮食不当、精神应激。人长期处在紧张、高压、焦虑或噪音等环境会引发高血压。其他因素:肥胖、吸烟、酗酒等。高血压的定义和分类:世界卫生组织诊断高血压标准,收缩压大于或等于 140mmHg,和(或)舒张压大于或等于 90mmHg。

非药物治疗 世界卫生组织在总结当前预防医学的最新成果时提出:健康四大基石(合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心里平衡),可使高血压发病率减少 55%^[2]。①合理膳食:低盐、低脂、低胆固醇饮食,限盐,每天食盐摄入量小于 6g。保证充足的钾、钙摄入,多食绿色蔬菜、水果、豆类食物。油菜、芹菜、蘑菇、木耳、虾皮、紫菜等含钙量多。减少脂肪的摄入,补充适量蛋白质,如豆类、奶类、鱼类等。增加粗纤维食物摄入,预防便秘。因用力排便可使收缩压上升,甚至造成血管破裂。②戒烟限酒:吸烟不仅会诱发肺部疾病,同时也会诱发心血管疾病。据研究表明吸烟者的冠心病、高血压病、脑血管病及周围血管病的发病率明显高于不吸烟者,吸烟诱发心血管疾病的发病机理则主要是吸烟使血管内皮功能紊乱,血栓生成增加,炎症反应加强及氧化修饰。③控制体重:控制总热量的摄入,体重指数调节到 20-24 正常范围(体重指数 = 体重 kg/身高 m²)。④合理安排运动量:指导

患者根据年龄和血压水平选择适宜的运动方式,以有氧运动为主。如散步、慢跑、气功、太极等,运动强度指标为最大心率达到 170 减去年龄,运动频率一般为每周 3-5 次,每次持续时间为 30-60 分钟,以不出现不适反应为度。⑤睡眠:保持清静的休息环境,良好的睡眠可使人精神极度放松,心情愉悦,血压自然不会升高。⑥责任护士指导并示范家庭血压监测方法和注意事项:正确测量血压为预防、治疗高血压提供有效依据,做到四定原则(定时间、定部位、定体位、定血压计),患者在安静、温度适宜的环境中休息 5-10 分钟后测量。测量前半小时避免进食、抽烟、饮酒、运动、洗澡、情绪激动、紧张等。⑦心里疏导:心理或精神压力可引起心理应激,时间长久可引发高血压。因帮助患者找出、紧张、忧郁或焦虑的原因,积极引导患者排解方法,看书绘画、听轻音乐、扩大倾诉的交际圈、增加家庭和社会支持度等,保持乐观积极的心态。⑧定期复诊:建议患者每 1-3 个月复查一次。

药物治疗 常用的五类降压药:利尿剂、受体拮抗剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂及血管紧张素 2 受体拮抗剂。选择长效、作用持久、降压平衡,提高患者依从性。单一药物治疗效果差时,可采用 2 种或 2 种以上药物联合治疗,协同疗效,减低副作用。告知患者降压药的名称、剂量、用法及不良反应。遵医嘱按时用药,不能自行减量或停药,如突然停药可导致血压突然升高。告知患者长期服药治疗的重要性,血压调节到理想水平后应继续服用维持量,在医生指导下逐渐减量,保持血压相对稳定。

1.3 指标观察 采用生活质量评定表对两组患者进行评价。观察指标包括:角色功能、生活方式、情绪功能、用药知识及总体生活质量 5 个方面。每个项目 100 分,分数越高表示健康状态越好,生活质量越高。

2 结果

见表 1

表 1 两组生活质量比较

组别	例数	角色功能	生活方式	情绪功能	用药知识	总体生活质量
实验组	60	79.5	79.10	79.58	79.73	79.20
对照组	60	73.25	74.23	74.43	74.63	74.18
t 值		5.954	4.907	5.515	5.906	5.700
p 值		0.003	0.032	0.010	0.007	0.002

3 讨论

现世界卫生组织将生活质量定义为:个体根据其所处的文

化背景、价值系统对自身生活的主观感受,它受个体的目标、期望值、标准和个体的关注点等因素的影响^[2]。随着人们生活节奏的加快、工作压力的增加,高血压现已成为最常见的慢性病之一,严重影响人们的生活质量。从表 1 可见,实验组较对照组在各方面显著提高,因此广泛普及健康教育增加人们对高血压疾病知识的认识,提高患者掌握高血

压知识的程度和治疗的依从性,有效控制血压在正常范围,降低各种慢性病的并发症的发病率和死亡率,改善和提高患者的生活质量。

参考文献(略)

糖尿病患者小组健康教育优化模式的效果观察

满广珍

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

糖尿病健康教育是预防和治疗糖尿病的核心,临床对单纯住院糖尿病患者小组健康教育尚无明确的易操作性、规范性,统一专用的指南^[1]。为此,本科在原有的集体健康教育模式的基础上,查阅相关资料,对单纯住院的糖尿病患者的小组健康教育模式进行探索,取得良好效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2011 年 2 月~2012 年 11 月入住本科糖尿病患者,共 563 人,平均年龄(49±3)岁;男 215 例,女 348 例。入院时由责任护士统一采用糖尿病一般知识及自我监测等技能表进行考察测验并记录。住院期间有 512 人接受并完成规范化的糖尿病小组健康教育。

1.2 方法

1.2.1 修订小组健康教育计划:确定小组教育人员、授课方式、上课频率、课程内容、上课时间、上课地点。选拔表达能力强、性格开朗、专业知识好、有丰富临床经验的护士参加专门的糖尿病健康教育护士培训,承担糖尿病患者的常规化小组健康教育的授课任务。每节课前由责任护士推荐 1 名表达能力强、愿意配合的典型病例做示教,全部课程分 6 次完成。健康教育护士利用多媒体及教育模具进行授课。授课方法采用讲解、举例、提问、回答、演示等方式。每节课一个内容,6 节课为 1 轮回,结束后再次重复。依次为一般知识(糖尿病危害性)、糖尿病患者饮食、运动、并发症、自我监测、胰岛素注射。每节课 40min,每周一、三、五下午在病房专用的教室上课。

1.2.2 设立健康教育小组管理成员:健康教育护士、护士长、责任护士、主管医生。

1.2.3 制定健康教育小组成员职责、任务和要求:健康教育护士主要负责授课及检查教育效果,并将情况反馈给责任护士和医生。收集参加学习患者的资料并进行记录。记录内容:学习时间、地点、人物,学习前后的知识及技能水平考核成绩,依从性及血糖控制情况,第几次入院,入院及出院时间。护士长协助健康教育护士开展工作,并对其工作的质量进行监控。责任护士督促患者参加学习、负责提问检

查及补缺补漏,观察其行为改变并做记录。对专科护理记录突出健康教育,要求体现有无参加学习,参加哪个内容的学习。主管医生讲解病情,配合督促其参加学习,评价学习的效果反馈给健康教育护士及护士长。

1.2.4 具体管理办法:对新入院患者进行一般情况、代谢指标登记,糖尿病基础知识测验。将糖尿病知识水平评估结果记录于护理单内。分发糖尿病知识小组教育课程表。告知学习专科知识是治疗糖尿病的必须部分,需按课程表参加学习。对已有一定知识的患者告知可根据课程表选择自己感兴趣课程进行学习。对因文化程度低或病情重等不能上课患者,要求其家属要代替来上课。对积极参加学习的患者,当场给予表扬和奖励(小礼品)。学习后再次测验合格后方可出院。事先获取功能检查科室配合,常规化小组健康教育学习时间尽量不安排在本科糖尿病患者检查时间。对因检查治疗时间与学习时间冲突给予协调;对未参加学习的,由负责登记学习的护士通知责任护士,了解原因,给予帮助解决;对不愿意来上课患者,告知其家属及主管医生,进行督促和监督其参加学习。健康教育护士需将学习的情况和测验结果反馈给责任护士和主管医生以取得他们的支持和配合。

1.3 评价指标 采用百分制测验糖尿病一般知识,每题 10 分,共 10 题。60 分以上者均为合格,各种依从性能全部执行为合格,部分执行均为不合格。能正确并准确执行操作者为合格,余为不合格。技能考核表评定标准为掌握好、基本掌握、未掌握,能达到基本掌握及以上者为合格。对入院的糖尿病患者进行考核并记录成绩。住院期间由责任护士负责其健康行为执行率观察判断,等级分为完全执行、部分执行、不能执行,部分执行及以上者为合格,包括用药执行、控制饮食、餐后运动、控制血糖等。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析。采用 t 检验及 χ^2 检验进行组间比较,以 $P < 0.01$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 在 563 名住院糖尿病患者中,因理解能力、听力、沟通

能力及病情严重不能参加全部课程学习的 51 人,共有 512 名(84.91%)患者系统接受并完成糖尿小组健康教育。

2.2 患者健康教育前后各指标合格率比较(见表 1)。

表 1 患者健康教育前后各指标合格率比较(n=512,%)

项目	教育前	教育后	χ^2 值	P
知识水平测验	29.6	92.0	31.254	p < 0.01
服药依从性	51.0	99.6	35.641	p < 0.01
饮食依从性	31.0	87.4	29.651	p < 0.01
运动依从性	24.0	92.2	30.247	p < 0.01
技能水平	28.0	97.0	31.616	p < 0.01

3 讨论

3.1 以小组教育为主,个体教育为辅的健康教育方式更适合目前的国情。有关调查显示^[2],糖尿病患者的知识水平普遍较低。医院是健康教育的最好场所^[3],具有技术优势和权威性,住院患者有足够时间参与健康计划。目前,社会对糖尿病知识的普及十分不足。还需要医院承担普及糖尿病知识重任。有研究表明^[4],如果采用系统的教育课程,小组教育可以达到和个体教育同样的效果。实践证明小组教育的成本低、受教育人数多,易于实施,小组教育是普及、强化、提高糖尿病知识的最佳方式^[5]。

3.2 健康教育护士的选择影响教育的效果。目前因疾病住院治疗观念偏差,导致护士大多时间用于忙于输液治疗;加之护士人员不足,接受糖尿病专科教育培训少,极大地影响健康教育实施。糖尿病健康教育护士的设立,对健康教育的影响不言而喻。由于没有明确的职责、直接的效益,导致许多基层的医院没有设立健康教育专职护士^[6],使健康教育开展处于较低的水平。结合目前基层医院的实际情况,选拔一名

护士专门接受健康教育技能培训后,相对固定从事小组健康教育,除上课时间外,仍可协助责任护士进行一般护理,即解决了教学人员的来源,又让其充分了解患者的病情,能应用身边的实例,增加授课的说服力,节省人力又提供高水平教育,确保教育计划的真正实施,达到了健康教育的目的。

3.3 科学安排授课时间、内容、方法,实现了健康教育系统化、规范化。杨衬等^[7]研究指出教育效果与教育模式、方法、时间等诸多因素有明显关系。上课时间过长,注意力、集中度、精力下降,教育效果受到影响。每节课时间控制在 60min。本科糖尿病患者平均住院时间为 16.2d,完整接受 1 轮回糖尿病基础知识要 6 节课。每天上课病人会感到疲劳和负担。因此,应按不同内容课程设置为每周一、三、五下午上课,一轮回后再重复,确保患者在住院期间至少能接受 1 轮回完整糖尿病知识教育。重复规律地安排上课时间,能给患者提供再次选择上课机会,受到患者的拥护和积极参与。

3.4 强化督促参加学习手段,加强管理,确保健康教育制度化与落实。参加学习是改变观念和知识技能水平的根本措施,如何帮助患者参加学习,是健康教育第一步。临床发现护士进行健康教育观念有了提高,但住院糖尿病患者对参加糖尿病知识学习重视度普遍不高,大多数是由于血糖太高有/或并发症而入院治疗,认为到医院就是检查治疗,治疗就是打针和服药,对自己应该承担的责任没有充分的认识。本研究显示,接受教育只占 86%,主动参加健康教育学习的非常少。需要医务人员反复教育,告知糖尿病对其身体健康的影响严重性,提高其重视度及健康的信念,督促其认真参加学习和掌握糖尿病知识,才能够达到知、信、行,提高其生活质量。充分了解病人未参加学习的原因,多方共同配合并积极给予协助解决,才能够普及糖尿病知识的受教育人群范围,真正落在住院期间接受规范的糖尿病健康教育。

参考文献(略)

推动我区中小学急救知识普及教育的探讨

康 宁

(厦门市第二医院,福建 厦门 361021)

伤害是目前世界各国面临的一个严峻的公共卫生问题和社会问题。我国每年因意外伤害死亡的人数约 70 万,也是 1~34 岁人群的首要死亡原因。近年来多次血与泪教训,让国家、政府、各有关部门高度重视孩子安全问题,并积极在各院校、中小学、幼儿园开展应急逃生的培训和演练,防范于未然,也取得一定成效。每当寒暑假或长假来临,主管部门、学校均更加警惕学生安全问题,做安全知识宣传、给每位孩子的家长一封安全须知信件,要求孩子们及家长填写安全须知回执等,可谓考虑周全。但由于阅历、经历较浅,对

突发事件的防范能力差,孩子往往是一个容易受到伤害的弱势群体,国内外校园安全事故报道显示,突发性伤害甚至死亡事件仍时有发生(溺水、车祸、摔伤,电击伤、意外怀孕等等)。这说明当灾难和伤害确实无法避免或已经发生时,孩子们该如何应对、如何自救或者施救于他人的意识和能力却是非常薄弱。是坐以待毙、无措地等待救援错过抢救时机还是积极自救、互救,将拯救生命的黄金三十秒充分利用,把损伤减低到最小,再得到全面救治,毫无疑问是后者!所以,我们认为如何教会孩子们应对已经发生的伤害实施自

救、救护他人再由他们将急救知识传递给家人、朋友,逐渐全面普及是非常有必要的,也是一件需要长期坚持下去的工作。

1 国内外公众急救知识普及的现状

1.1 国外现状

在许多发达国家,急救知识普及率高达 10%。美国在 20 世纪 70 年代就产生了急救医学和专业急救培训,并向民众推广。现在基本达到每 4 人中便有 1 人具备基础急救知识,甚至在某些地区几乎一个家庭就有 1 人可以完成自救互救。澳大利亚悉尼则每 20 人中有 1 人接受过急救知识的培训,每百人就有 1 至 2 名急救员。新加坡每 8 人中有 1 人接受过急救知识的培训。中国卫生部的数字显示,我国心脏骤停急救成功率不到 1%,全世界的平均水平为 2%,西方发达国家存活率为 60%。完善的急救系统使他们的意外死亡率大大降低。再看看与我们毗邻的日本,由于日本的特殊地理位置,自然灾害发生比较频繁。在青少年的教育上,日本人非常重视培养他们的防灾自救意识。从幼儿园起,孩子就开始接受严格的安全教育与应急培训,一直到中学都有相关课程。课程内容丰富实用,大部分都属于必修,其中包括烟雾逃生演习、模拟伤口包扎、甚至“人工心肺复苏”等高难度的培训项目。学校还鼓励父母与孩子共同参与此类课程,这样,他们回到家里可以继续对孩子进行急救教育。日本的各级政府还经常对青少年家长进行不定期的急救知识普及讲座,为他们提供了充分的学习机会以及和专家交流的窗口。而日本的幼儿园教师在入职前都需要学习儿童急救课程并通过考核。日本幼教老师的任职资格分为三级,申请更高任职资格时,幼教老师是否掌握了更高级别的儿童急救技术也是重点考察内容之一。如此严苛的全民培训所收成效,在 2011 年本州岛大地震引发的海啸中,日本人民井然有序面对灾难的场景里体现的淋漓尽致,让全世界人民惊叹!

1.2 国内现状

与外国国情有所不同,我国国民对急救知识重要性普遍认识不够,急救意识有待提高;急救知识普及率相对较低仅为 2%,广州、天津等地尚不足 1%。有研究指出:对“120”急救电话的知晓率北京为 58%,上海为 50.85%,而河南安阳市只有 19.75%。全国近年平均非正常死亡人数超过 320 万,每年 1.6 万中小學生、3000 大学生非正常死亡。为提高公众急救知识普及,2001 年,红十字总会、教育部、公安部等十五个部委办联合颁发《中国红十字会关于广泛深入开展救护工作的意见》。提出建立急救培训基地、扩大培训范围,提高普及率的目标。2006 年 9 月淄博市红十字会与市教育局联合对全市中小學生实施初级卫生救护培训,有计划分期分批使他们都能掌握突发事件的应急救护和救助能力。2010 年 12 月珠海市启动农村中小學生急救知识普及试点项目。2011 年 7 月,在上海由强生家庭健康关爱计划支持、市教育发展基金会等部门共同组织的“护苗计划”,该计划将美国儿科学会的儿童急症救助培训项目引入中国做出了推广急救知识的一个优秀的范本。近年来类似培训在全国各地普遍开展,中小學生的急救意识大幅度提高。

2 我区中小學校急救知识教育现状

目前我辖区内共有小学 42 所,在校小學生 34486 名;完全中学 6 所、初级中学 3 所、九年一贯制学校 1 所,在校初中生 11606 名、高中生 7058 名。而担负数万名孩子在校医疗安全的仅为二十余名的校医,其中小学专职校医 13 人、有专职保健人员校数 12 个;中学专职校医 9 人,有专职保健人员校数 6 个。53150:21,这是个比例非常悬殊的数据。2011 年 12 月至 2012 年 5 月,笔者在我区抽取城区小学 1 所,城乡结合部小学 1 所共 456 名小學生进行调查,其中认为急救知识非常重要的占 92.03%;参加过急救培训相关活动的 5.82%;非常需要系统急救知识培训的占 56.09%;知道对脊椎外伤如何正确摆放体位的占 6.49%,知道什么是心肺复苏术的占 2.07%,知道遇到伤害如何寻求救援的占 44.31%,知道需向救援人员报告那些信息的占 9.67%。调查显示我区小學生的急救知识知晓率普遍低于上海、广州等大城市,急救能力非常欠缺,且城乡结合部学校的学生对急救知识的认知程度更是远远低于城区学校。一旦意外事故发生,除了被动等待救援,几乎束手无策。而综合分析去年我区义务教育在校生死亡的主要原因中发现,交通原因占 50%,溺水原因占 30%,自杀原因占 10%,刑事案件占 10%。这就说明可主动自救或寻求在旁人员救援的可达 80%,倘若这些过早凋零的生命能或多或少掌握一些急救常识,那也许悲剧就能避免发生。因此,让学生接受急救知识、急救方法的教育和培训,是我区学校安全教育工作的一项重要任务,也是稳固教育强区提高学生应急技能培训的重要内容。

3 几点建议和意见

中小學生是一个非常集中的群体,他们接受知识的能力也比较强,所以对这些学生的急救自救教育不仅使他们自身收益,而且还可以通过他们扩散到他们的父母,使急救知识走进千家万户最终使整个社会受益。但目前国内中小學校关于急救知识的培训仅定位于讲座、活动等非连续性教育,很少设置系统的急救知识课程,照成孩子对知识掌握欠重视欠巩固,效果也就一定打折扣。而中小學校急救知识培训要坚持“三四五”原则,即:

三——三贴近:贴近实际、贴近生活、贴近学生。

四——四特点:活动开展要保证经常性、长期性、针对性、实效性。

五——五有:有组织、有队伍、有计划、有总结、有记录。

因此我们建议区教育局与卫生局联合,将急救知识教育列入我区中小學校课程,让孩子在做中学,在学中做,由接受过专门培训的老师或医生授课,并且将考试成绩录入毕业考核。

3.1 把急救自救知识列入教科书。

急救知识普及作为我区素质教育的重要内容。可有关部门组织专家把这方面系统全面的知识,循序渐进由浅到深,按年龄段列入课程中。包括水灾、火灾、地震、海啸、滑坡、泥石流等自然灾害中逃生或自救方法,交通事故、煤气泄漏、溺水、农药中毒、外伤出血、内外科急症的急救知识,以及食物中毒、体育运动损伤、网络交友安全、毒品危害、性侵犯、艾滋病、近视防护等方面的自我保护措施等。这些知识进入

课程可以有两种途径,一是编写专门的教册,集中讲授;二是渗透于其他课程(心理健康、班队课),但建议教材编写要有专门的体现。

3.2 举办自救急救知识讲座。

要针对青少年和儿童年龄、生理及心理特点,邀请专家、学者和卫生、交通、消防等部门的工作人员,结合实际案例,讲授急救自救应用知识,作为教学的辅助内容。

3.3 经常性开展实际演练活动。

掌握和运用自救和急救技能,仅靠照本宣科、口头说教是不够的,还要体现在实际训练之中。为此,在课外活动中,要经常开展一些模拟自救互救活动,让学生进行具体操作。可以通过设立急救自救体验教育基地等方法,让学生亲身

体验常用急救的各项操作技能,使他们在活动中锻炼实际处置能力。

3.4 重视落实工作。

为了落实这些自救互救教育,避免各学校因片面强调升学率而走过场,教育主管部门要采取必要的动力和压力措施。动力方面,可以每年举办中小学生的知识竞赛,大张旗鼓地对先进学生和组织单位予以表彰;压力方面,要进行常规的检查,对于没有落实有关教育内容的学校,进行通报批评。

我们认为也许这样的知识有些孩子一辈子都用不上,但只要他们当中有一个孩子真正听懂了学会了,在灾难来临时用了一次,挽回了一条可能会失去的生命那我们所做的一切就是意义重大的。

医专新生 UPI 调查结果分析 ——以厦门医高专为例

林 艳,方秋兰,李 琳

(厦门医学高等专科学校,福建 厦门 361008)

随着我国高等教育规模的不断扩大,大学生的心理健康教育已经成为高校学生工作的关键环节之一。为了更好地掌握学生的心理健康状况,为高校管理、教育工作提供有效的依据,厦门医学高等专科学校于新生入学后的第二至三周,针对 2014 级医专新生进行心理健康状况普查工作。

1 对象与方法

1.1 调查对象 参与 UPI 心理普查的为我校 2014 级普通医学大专新生,共 1558 名,回收有效问卷 1538 份,占总数的 98.72%,调查结果具有代表性。其中男生 336 人,占 21.85%,女生 1202 人,占 78.15%,年龄 16~24 岁,平均(18.87±0.91)岁。

我校学生入学类型分两种,一种是通过普通高考招收的三年制专科生,以下简称统招生;另一种是由高职院校的自主招生,以下简称高职单招。本次调查统招生 1111 人,占 72.24%,高职单招 427 人,占 27.76%。

1.2 工具 本次调查采用工具是大学生人格问卷(University Personality Inventory,简称 UPI)。其主要功能是为了早发现、早治疗有心理问题的学生而编制的心理健康调查表。UPI 问卷本身由 60 个项目构成,其中有 4 个项目为测谎尺度(lie scale),题号为 5、20、35、50。测谎题不计分,其他 56 个项目反映学生的苦恼,焦虑,矛盾等症状,每题记 1 分。所以,总分最高为 56 分,最低为 0 分。

UPI 测量结果根据总分分值不同将学生分为三类。第 I 类筛选标准:(1)UPI 总分在 25 分(包括 25 分)以上者;(2)第 25 题做肯定选择者;(3)辅助题中同时至少有两题做肯定选择者。第 II 类筛选标准:(1)UPI 总分在 20 分至 25 分(包括 20 分,不包括 25 分);(2)第 8、16、26 中有一题做肯定选择者;(3)辅助题中只有一题做肯定选择者。第 III 类筛选标准:不属于第 I 类和第 II 类者。

1.3 方法 调查前对辅导员进行心海软件学校心理管理系统统一培训。辅导员以班级为单位对学生进行 UPI 调查,调查时间约为 15min,并采用统一指导语。

1.4 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件,进行频数统计,组间数据比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 UPI 筛选结果

表 1 表明,在 1538 名学生中,UPI I、UPI II、UPI III 的筛选率分别为 19.96%、30.36%、49.67%,厦门医高专新生心理健康的总体检出率(含 UPI I 和 UPI II)为 50.33%。依照结果说明医学新生心理健康状况较好,但仍有部分学生存在心理问题,需要相关人员持续关注。

表 1 新生 UPI 筛选检测结果

分类	N/人	百分比/%	累计百分比/%
UPI I	307	19.96	19.96
UPI II	467	30.36	50.33
UPI III	764	49.67	100.00
总分	1538	100.00	100.00

2.2 UPI 总分情况

UPI 总分的分布情况表明了整个 2014 级医学新生群体的心理健康状况(见表 2、3)。

表 2 表明,医学新生性别差异对 UPI 得分的影响极其显著,男女生总分之间 $T = 3.83, P = 0.000 < 0.001$,依照总分说明女生的心理健康状况极其显著差于男生。医学新生入

学类型差异对 UPI 得分的影响非常显著,不同入学类型 $T=2.81, P=0.005 < 0.01$, 依照总分说明高职单招生的心理健康状况非常显著差于统招生。

表 3 表明,学生生源差异在 UPI 得分上未达到显著差别的水平($F=0.51, P=0.676 > 0.05$),即不同学生生源心理健康状况基本在同一水平上。

表 2 性别差异、入学类型差异 UPI 总分比较

变量	性别		入学类型	
	女	男	高职单招	统招生
N	1202	336	427	1111
M±SD	12.88±9.34	10.73±8.24	13.47±9.86	12.01±8.84
T 值	3.83		2.81	
P 值	0.000		0.005	

表 3 学生生源差异 UPI 总分比较

变量	城镇往届	城镇应届	农村往届	农村应届
N	52	450	84	952
M±SD	12.08±8.78	12.86±9.53	12.20±9.71	12.24±8.95
F 值	0.51			
P 值	0.676			

2.3 UPI 前 10 位症状项目及选择率

表 4 说明我校新生主要的症状。

表 4 新生 UPI 前 10 名症状项目

UPI 编号	项目内容	频次	选择率/%
52	对任何事情不反复确认就不放心	736	47.85
14	思想不集中	722	46.94
53	对脏很在乎	716	46.55
22	爱操心	691	44.93
9	过于担心将来的事情	687	44.67
38	缺乏自信心	682	44.34
58	在乎别人视线	663	43.11
57	总注意周围的人	644	41.87
29	缺乏决断力	625	40.64
28	缺乏耐力	612	39.79

2.3.1 强迫症状

认为自己“对任何事情不反复确认就不放心”的有 736 人,占 47.85%，“对脏很在乎”的有 716 人,占 46.55%，此 2 项在新生 UPI 前 10 位症状项目中位居第 1 位和第 3 位。此外，“摆脱不了毫无意义的想法”的有 421 人,占 27.37%，“过于拘泥”的有 304,占 19.77%。这些说明大学生群体在自律、责任和紧迫感方面承受着更大的压力和由此带来的更多问题。

2.3.2 缺乏自信心

认为自己“过于担心将来的事情”的有 687 人,占 44.67%，“缺乏自信心”的有 682 人,占 44.34%，“缺乏决断能力”的有 625 人,占 40.64%，此 3 项在新生 UPI 前 10 位症状项目中位居第 5 位、第 6 位和第 9 位。这说明,进入大学后新生会发现现实与自己想象中的大学有所差距,致使新生面临新的挑战感到迷茫。

2.3.3 人际关系适应问题

在本次新生调查中,认为自己“在乎别人视线”的有 663 人,占 43.11%，“总注意周围的人”的有 644 人,占 41.87%，此 2 项在新生 UPI 前 10 位症状项目中位居第 7 位和第 8 位。此外，“情绪易被破坏”的有 484 人,占 31.47%，“别人在自己背后说坏话”的有 168 人,占 10.92%。这些说明,刚刚跨入大学门槛的新生,由过去交往和活动范围较狭窄的生活环境转变为置身大学的小社会,会产生很多的不适应感。同时,由于其交际的范围相较于以前变得更为广泛,大学新生极易产生人际关系方面的困惑。

2.3.4 情绪不稳定

在本次新生调查中,认为自己“思想不集中”的有 722 人,占 46.94%，排在前十名症状项目的第二位,此外,“缺乏热情和积极性”的有 530 人,占 34.46%，“情绪起伏过大”的有 383 人,占 24.90%。这些说明,新生中自控情绪情感的能力较差,当面对各种压力和刺激很容易产生心理不平衡,情绪化倾向高,容易因此影响学习和生活。

3 讨论

通过本次调查说明,大多数医专新生的心理状况较好,却仍然存在少数心理问题的学生。测试结果显示,UPI I 和 UPI II 检出率为 50.33%。医学新生刚从高中过度到大学,新的学校、新的学习方式和新的生活都对心理带来冲击,因此容易产生焦虑感、疲倦感、无用感和行为上的不良症状。

根据本次调查揭示了性别和学生生源是影响医专新生 UPI 总分的重要因素。在本次调查中,女生的心理问题极其显著差于男生。笔者认为,一方面与性别特点相关,女大学生处理感情细腻,爱思虑,缺乏安全感,含蓄而敏感,戒备心理和自我保护方面心理较强;另一方面与客观现实相关,受到传统观念的束缚,大众传媒的负面效应以及传统教养方式的偏见,要求现代知识女性挑起事业与家庭两边重担,所以女性需要不断克服自身的障碍与弱点。同时,根据调查结果也发现,高职单招生的心理问题也非常显著差于统招生。高职单招生有强烈的成功欲望,但却自我定位偏高,自我认知不足,情绪不稳定,当遇到挫折时心理承受能力不强的弱点就表现出来。而他们在生活和学业的竞争中也容易产生消极情绪,导致学习动机不强,甚至不愿与人交往,这些都严重的影响了他们的身心健康。

此外,本次调查结果表明,医专新生的心理困扰主要集中在:强迫症状、人际关系适应问题、缺乏自信心和情绪不稳定,这一结果与陈喆、胡莹等人研究的大学新生心理健康调查结果基本一致。

参考文献(略)

· 护理行为 ·

脑卒中误吸因素及康复护理

杨雅兰

(厦门大学附属第一医院, 福建 厦门 361003)

误吸是脑卒中急性期的常见问题,严重卒中(NIHSS > 10 分)和脑卒中史是卒中后误吸的独立危险因素^[1]。误吸是指进食或非进食时,在吞咽过程中,有数量不等的液体或固体,进入到声门以下^[2],于呼吸时进入气道,多由于由于吞咽动作无力、吞咽不完全、吞咽反射动作失调或气管闭锁不全所致。根据患者发生误吸时是否存在咳嗽、呛咳症状分为症状性误吸和无症状性误吸^[3]。正常情况下,喉保护性反射和声门关闭功能正常,吞咽反射正常,可以将口腔、鼻腔内大量分泌物咽下,不致使食物和异物进入气管,但脑卒中患者由于疾病的影响,使吞咽反射、咳嗽反射消失,使口腔食物、鼻腔分泌物不能咽,引起误吸。误吸是脑卒中患者的严重异常表现,可导致吸入性肺炎、气道阻塞、气管痉挛,使患者病情加重^[4],延长住院时间,甚至是引起死亡的主要原因。及时、正确的分析误吸发生因素,采取有效的护理干预措施,对脑卒中的康复具有十分重要的积极作用。

1 脑卒中误吸因素

1.1 吞咽功能障碍

吞咽障碍是脑卒中常见并发症之一,急性期有 29% ~ 64% 的患者出现不同程度的吞咽障碍^[5,6]。脑卒中吞咽障碍常发生在口腔期和咽喉期,主要由球麻痹或假性球麻痹引起,球麻痹在延髓神经核和周围神经受损时发生率最高,引起延髓神经支配的咽、喉、腭、舌肌肉瘫痪,咽腭反射消失^[7],使吞咽反射、咳嗽反射消失,进食时食物与口腔、鼻腔内大量分泌物不能咽下,引起误吸,是导致误吸的主要原因。

1.2 意识水平下降

脑卒中急性期患者常出现昏迷、嗜睡等意识障碍,反应迟钝、感觉低下、咳嗽反射减弱或消失,主动吞咽意识下降及声门关闭不全。在一定的时间内不能及时将口腔内食物及分泌物咽下,滞留于口腔,极易发生呛咳致食物误入呼吸道;进而发生误吸。

1.3 机械通气影响

脑卒中急性期救治生命过程中往往需要气管插管或气管切开进行机械通气,经口行气管插管时对环状括约肌有不同程度的损伤,使其不能正常收缩与扩张,加上意识水平下降的患者胃肠功能降低,胃内容物潴留量大,容易引起胃食管反流,进而发生误吸;气管切开患者气管内套管压迫上部食管括约肌群,使防止胃内容物逆流入食管的功能下降^[8]。另外,插管或气管切开影响喉功能,是误吸发生的危险因素。而机械通气增加腹压、气囊充气不足或漏气也是导致胃内容物反流而致误吸的原因^[9]。

1.4 鼻饲管的影响

误吸是鼻饲的主要并发症,鼻饲管增加食物反流的可能性,导致吸入性肺炎的发生率增高^[10]。鼻胃管置入长度

越短越易反流,置管时胃管前端的侧孔,若未全部进入胃内,注食时鼻饲液反流于咽喉部易发生误吸。当鼻饲管位置不当、管过粗、鼻饲体位不当、胃内潴留量多,均增加误吸的发生^[11]。鼻饲患者平卧位进食时,胃内容物存在于胃底、胃体、贲门,甚至食管内,患者咽喉、食管、胃处于同一水平,加之脑卒中后食管下括约肌屏障作用减弱,鼻饲后极易发生食物反流,特别是鼻饲后半小时内翻身、吸痰更易发生。胃管的固定不牢及意外脱出,也增加了反流机会。拔胃管时,未用止血钳夹住其尾端或未将尾端反折,致使管内残留液流入气管引起误吸。

1.5 高龄因素影响

脑卒中患者大多数是老年人。高龄患者,主要由于生理性因素,喉腔黏膜萎缩变薄,喉感觉减退,咽收缩肌运动减弱^[12],咽反射敏感性降低,咳嗽反射减弱,如果进食过快过急而不能及时咽下,极易误吸。另外,老年患者由于食管解剖结构的改变,食管下括约肌松弛,防止胃食管反流的生理屏障作用减弱,易发生食物反流,胃潴留、咳嗽、特别是进食后翻身更甚之^[13],增加了误吸的风险。

1.6 呼吸功能不全

吞咽是随意运动,咽下时需要呼吸暂时停止,脑卒中患者大多为中老年人,部分患者原有慢性阻塞性肺疾病或合并心肺功能不全,进食时呼吸节律不整,喘息、咳嗽、多痰,进食到口、咽部的食物或返流的胃内容物不能及时咽下或吐出而误吸,增加进食误吸的机会。

2 误吸筛查与评估

发现脑卒中病人存在误吸危险征兆后,应进行误吸的评估,首先采用床边评估法进行初步的筛查,区分出存在误吸风险的患者,再用仪器检查做进一步的确诊。

2.1 危险征兆

脑卒中病人出现发音障碍、构音障碍、主动性咳嗽异常、吞咽后声音改变,如流涎、口腔漏气、颊囊形成、频繁的清嗓、进食时或进食后即刻气短;食物或液体的质地或黏稠度、温度、味道,使病人出现代偿体位或规避动作;病人吞咽困难或反复吞咽;近期有肺部感染等,这些均是误吸危险的特征^[14]。

2.2 床旁评估

2.2.1 饮水试验 适用于神志清楚、检查合作的患者。观察饮水过程中和饮水后的咳嗽、呛咳症状,并将饮水后湿性发音作为吞咽障碍的征象。为降低漏诊率,采用饮水试验与血氧饱和度测定相结合的床边评估法,测定饮水试验前后血氧饱和度的变化,以饮水后血氧饱和度下降 20% 以上为阳性标准^[15]。血氧饱和度测量具有无创、无放射性、可重复的优点,但由于受到多种因素的影响,在老年人、吸烟病史以及慢性肺部疾患时应综合考虑结果。

2.2.2 标准吞咽功能评估 (standardized swallowing assessment, SSA) SSA 是一种简便的床边吞咽功能检查方法^[16], 首先检查患者是否意识清楚及对言语刺激的反应, 能否控制体位、维持头部位置, 自主咳嗽能力, 有无流涎, 舌的活动范围有无呼吸困难, 有无构音障碍、湿性发音。如上述指标均无异常, 进一步行饮水试验。患者直立坐位下依次吞咽 5ml 水 3 次, 60ml 水 1 次, 在患者每次吞咽水的过程中及吞咽后观察有无以下情况: 水溢出口外, 缺乏吞咽动作、咳嗽、呛咳、气促、呼吸困难、饮水后发音异常, 如湿性发音等。如患者在上述检查过程中出现任意一项异常, 即终止检查, 确认 SSA 阳性, 提示可能存在误吸; 如上述检查项目均无异常, 则认为 SSA 阴性, 不存在误吸。

2.3 辅助检查

2.3.1 电视透视吞咽检查 (videofluoroscopic swallowing study, VFSS) VFSS 是目前国际上公认的确食物误吸的“金标准”^[17]。VFSS 是通过进食定量混有钡剂的不同黏稠度食物或液体的同时进行侧位和前后位 X 线透视, 显示吞咽的动态过程。通过 VFSS 可以观察到口、咽、喉及食管的活动, 钡剂滞留的部位及程度, 吞咽反应是否延迟, 喉提升及会厌关闭是否减弱以及误吸是否发生, 误吸的严重程度, 从而了解患者口咽期吞咽功能和解剖结构有无异常, 判断误吸的原因, 并指导进一步的治疗, 同时 VFSS 还对隐性误吸的诊断有较高的价值。

2.3.2 纤维内镜吞咽检查 (fiberoptic endoscopic examination of swallowing, FEES) 采用纤维鼻咽喉内窥镜按照标准方案^[18], 观察患者的吞咽活动, 可评定咽期吞咽障碍、误咽危险性。检查中, 内窥镜进入受试者口咽部和下咽部, 观察舌根、会厌谷、梨状窝、咽壁和喉以及这些结构在呼吸、屏气、咳嗽、发音和吞咽时的运动; 观察咽部分泌物有无滞留进入喉前庭或误吸, 以及患者对分泌物的清除能力; 嘱患者吞咽不同黏度和量的食物, 观察有无滞留、食物进入喉前庭和误吸等征象。可用于不宜做放射性检查的患者。

3 误吸的护理措施

3.1 防止误吸护理

3.1.1 食物选择 食物性质为高蛋白、高维生素、高热量、易消化的饮食, 食物性状为密度均一, 有适当黏性, 不易松散, 易成团的糊状或胶冻状, 通过咽及食道时容易变形不在黏膜上停留的食物。

3.1.2 进食体位 取舒适无疲劳的坐位, 颈部轻度屈曲。卧床患者应取躯干 30°~45°仰卧位, 头部前屈, 偏瘫侧肩部以枕垫起, 此体位进食不易从口中漏出, 有利于食块向舌根运送, 还可以减少鼻腔逆流及误咽。

3.1.3 进食环境 患者进食时应在安静的环境下进行, 进食时不要与人谈话, 让病人集中注意力, 缓慢吞咽, 以免精力分散误吸; 要保证充分的进食时间, 让病人充分咀嚼, 咽下后再喂, 饭后坐立 30 min 后再平卧。进餐前避免做任何治疗, 以避免病人产生紧张情绪, 同时要特别注意刚清醒的患者, 因其味觉、运动都较迟钝, 难以引起吞咽反射, 更容易误吸。因此, 刚清醒的患者应给适当的刺激, 使其在良好的觉醒状态下进食。

3.1.4 入口食量 宜采用一口量, 即最适于吞咽的每次摄食

入口量, 正常人约为 20 ml。给患者进食如一口量过多, 易从口中漏出或引起咽部残留导致误咽, 过少则会刺激强度不够, 难以诱发吞咽反射。一般以少量试之 (3~4 ml), 然后酌情增加。进食速度不宜过快, 每进食一口要让病人细嚼慢咽反复吞咽数次。饮水时要用小勺, 避免使用吸管或大口饮水。

3.1.5 吞咽方法 ①空吞咽与交互吞咽: 每次进食吞咽后, 应反复作几次空吞咽, 使食块全部咽下, 然后再进食。亦可每次进食吞咽后饮极少量的水, 这样就有利于刺激诱发吞咽反射, 又能达到除去咽部残留食物的目的, 称为交互吞咽。②侧方吞咽: 咽部两侧的“梨状隐窝”是最容易残留食物的地方, 让患者分别左、右转, 作侧方吞咽, 可除去隐窝部的残留食物。③点头样吞咽: 当颈部后伸, 会咽谷变得狭小, 残留食物可被挤出, 继之, 颈部尽量前屈, 形成点头, 同时作空吞咽动作, 便可去除残留食物, 减少误吸。④为了协助咽下肌群的活动, 每次进食时将食物放在舌面上用匙压一下, 刺激知觉, 促进舌的活动, 吞咽时要闭嘴才易引起咽下反射。一些口唇不能闭紧, 颊肌收缩无力的患者, 护理人员应将调拌后的食物直接放入舌根附近, 等待咽下反射。

3.2 高危误吸护理

3.2.1 意识水平下降患者的护理 对神志不清咳嗽无力的患者, 保持患者呼吸道通畅, 每 2 h 给予翻身、拍背 1 次, 利用叩击、震动使痰液游离支气管, 或采用传统的体位引流排痰, 减少呼吸死腔。经常更换体位, 避免痰液淤积于肺底及后背部而不易咳出, 随时观察, 倾听喉头有无痰鸣音, 发现痰鸣音及时拍背、吸痰, 痰液黏稠不易吸出, 可行雾化吸入, 必要时行纤维支气管镜插入吸痰。一旦发生误吸, 护士不得离开患者, 在抢救的同时, 尽快通知医生和其他护士, 以便在短时间内备齐抢救用物、药物, 立即将患者置于侧卧位, 托起下颌以防舌后坠, 立即清除口腔内食物及胃内容物等。有条件者立即行气管插管, 并在纤维支气管镜直吸法或气道冲吸法下清除误吸物, 畅通气道^[19]。

3.2.2 原有呼吸功能不全的护理 脑卒中伴有呼吸功能不全患者往往痰多, 应鼓励病人积极咳痰, 并有意识地进行咳嗽活动, 刺激气道保持防御功, 切忌滥用止咳药物, 造成痰液滞留。咳嗽无力、自行排痰困难时, 家属、陪护人员应协助叩背或护理人员应用体位震颤排痰机促使其排痰, 床边应备负压吸痰器、一次性吸痰管以备急需, 护士应告知相关人员注意观察患者的呼吸、面色等变化, 加强室内空气湿化, 防止室内空气干燥, 导致气道干燥痰痂形成; 室内通风时避免对流, 防止受凉感冒, 加重呼吸道症状; 进食前先咳嗽排痰, 咀嚼食物、饮水、服药时不讲话, 其他人员不催促, 以防呛咳导致误吸。

3.2.3 运用鼻饲管防止误吸护理 首先确保鼻饲管位置正确, 插管时要防止误入呼吸道, 常用抽吸胃液法、观察鼻饲管末端是否有水下气泡法以及听诊法, 以确定鼻饲管在胃内。将插入胃内长度延长 7~10 cm, 牢固固定于鼻翼一侧, 预防胃逆蠕动使胃管脱出。每次鼻饲前 30 min 将床头抬高 40°~50°, 可借助重力的作用, 加速胃的排空, 减少胃潴留、呕吐、呛咳所致的误吸的发生^[20]。同时头偏向健侧, 可明显减少胃反流的食物和液体误吸入气管内, 每次鼻饲前抽取胃内容物, 观察有无残食及咖啡色胃液, 如有上述现象, 推迟鼻饲时间, 并向医生汇报, 加用促进胃肠蠕动的药物。鼻饲前

后应向胃管内推入 30~50 ml 温开水,按小于 25 ml/min 速度均匀不间断地推入鼻饲液 200~250 ml。鼻饲后让患者保持 35°~40° 体位,平卧 30 min 左右。

总之,脑卒中所致意识障碍、真性球麻痹和假性球麻痹导致咳嗽反射和吞咽反射减弱或消失、吞咽功能障碍易出现呛咳或误吸,因此,在日常护理工作中,应高度警惕,加强

健康教育,使患者或陪护人员掌握正确防误吸相关知识,及时发现患者的每一个细微变化,采取有效的预防措施,避免误吸的发生。

参考文献(略)

恶性肿瘤患者疼痛评估与护理对策分析

蔡宝华

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

恶性肿瘤也被称为癌症,患者体内的癌细胞处于生长失控状态,同时会发生转移与侵入现象,可累及全身^[1]。由于恶性肿瘤会严重破坏患者的生理机能,同时还会引起疼痛,所以在临床上不仅需要重视对症治疗,同时要做好相应的护理工作,以缓解疼痛症状及改善患者的生存质量。本文分析了恶性肿瘤患者疼痛评估的方法与护理对策,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在 2013 年 1 月至 2013 年 5 月收治的 56 例作为分析对象,男 35 例,女 21 例,年龄在 33 岁至 86 岁之间,平均(57.2±2.9)岁。所有患者均被确诊为恶性肿瘤,且均存在疼痛症状,其中食管癌 3 例,肺癌 8 例,胃癌 10 例,乳腺癌 6 例,肝癌 12 例,鼻咽癌 5 例,宫颈癌 7 例,骨癌 5 例。癌症中期 32 例,晚期 24 例。

1.2 方法

1.2.1 疼痛评估方法

为了有效评估恶性肿瘤患者的疼痛情况,本研究采用的疼痛评估方法为视觉模拟法。评估标准如下:无痛——0 分;轻度疼痛,包括钝性疼痛、重物压迫感及其他不适症状——1 分~3 分;中度疼痛,包括压痛、触痛、刺痛、存在烧灼感或痉挛痛、跳痛等——4 分~7 分;重度疼痛,即无法忍受或无法控制的疼痛——8 分~10 分。以阿拉伯数字形式记录疼痛的评估结果,同时将评估结果作为确定评估次数及间隔时间的依据;疼痛症状开始出现时每隔 3h 评估 1 次,病情稳定后每隔 8h~10h 评估 1 次;如表现为爆发性疼痛,则每隔 0.5h 评估 1 次。如对症护理后评分为 0 分,则表示完全缓解,如为 1 分~3 分,则表示部分缓解,如在 3 分以上,则疼痛未缓解。

1.2.2 护理方法

在对患者进行护理时采用了以下对策:(1)躯体舒适护理。为了改善疼痛症状与预防并发症的产生,则应注意强化躯体舒适护理,如泌尿系统护理、皮肤护理、口腔护理等,并注意鼓励患者进行适当锻炼。在舒适护理中还应帮助患者更换体位,采用正确姿势,保持病房整洁,湿度、温度适宜,通风设备及采光设备良好,从而在提高身心舒适度的基础

上有效缓解疼痛症状。(2)心理护理。首先,应主动与患者进行沟通,主动改善护患关系,在交流过程中采用通俗语言讲解疼痛原因、发作类型、缓解方法等^[2]。其次,应耐心聆听患者的倾诉,对患者的遭遇表示同情、理解,同时鼓励患者将内心的焦虑感通过倾诉的方法发泄出来,从而避免因孤寂感与紧张恐惧感的长期存在而导致疼痛加剧。第三,应根据患者倾诉的内容进行适当的安慰,给予患者希望,以便可以使患者耐受疼痛的程度得以提高。第四,可指导患者采用放松疗法缓解疼痛感,如催眠、对肌肉进行按摩、听舒缓的轻音乐及调节呼吸等,并对患者的毅力与意志进行训练,以教会患者如何通过放松身心来减轻疼痛感。此外,应指导患者家属、朋友等提供适当的安慰及鼓励,以便充分发挥社会网络支持的作用,从而增强患者战胜疼痛的勇气与信心。(3)用药护理。可根据疼痛评估时所得到的结果给予不同的镇痛药物,对于轻度疼痛患者,可给予非阿片类镇痛药,如阿司匹林等;对于中度疼痛患者,则给予弱阿片类镇痛药,如出现严重疼痛或剧烈疼痛症状,则给予强阿片类镇痛药。在给药时应遵循优先口服、按阶梯及定时定量的原则,并注意及时处理出现的副反应^[3]。如用药时出现便秘症状,则告知患者注意多补充纤维素含量丰富的食品、多喝水,或给予适量麻仁丸、番泻叶等,如症状严重,则可以进行灌肠。如出现呕吐、恶心症状,则可加用适量止吐药,当呕吐或恶心症状得到缓解后,及时停用止吐药。

2 结果

护理前 56 例的疼痛评分为(6.3±1.2)分,经过 3d 的护理干预后,评分降至(1.6±0.5)分;43 例的疼痛症状得到完全缓解,8 例部分缓解,其余 5 例未缓解。

3 讨论

当恶性肿瘤患者体内的癌细胞入侵神经系统时会引起强烈的疼痛症状,疼痛症状的出现会严重干扰临床治疗,所以在临床上要做好疼痛评估工作,以便可以及时了解与掌握疼痛症状的变化情况,从而为临床治疗与护理提供有效依据^[4]。本研究对 56 例患者进行了疼痛评估,并采用了相应的对策进行疼痛护理,在护理前疼痛评分为(6.3±1.2)分,经过对症护理后疼痛评分为(1.6±0.5)分,治疗后的评分较低。因此可以认为相应的护理对策能够有效减轻恶性

肿瘤患者的疼痛症状。因恶性肿瘤患者的疼痛症状容易反复发作,因此在治疗时多为被迫体位,在被迫体位与长期卧床状态下,患者的躯体活动受限,且会引起多种并发症,如肌肉萎缩、真菌感染及褥疮等,所以应强化躯体护理^[5]。此外,用药护理与心理护理也能够起到缓解疼痛的作用。综

上所述,为恶性肿瘤患者提供护理干预有助于缓解病情,可推广使用。

参考文献(略)

重型颅脑损伤的早期康复护理

吴晓云

(厦门市第二医院重症医学科,福建 厦门 361021)

近几年,随着生活水平的提高,交通运输业的发展,车祸的发生率逐年上升,颅脑外伤的病人有不断上升的趋势;特别是重型颅脑损伤(SCCI)的发生率逐渐上升,据报道重型颅脑损伤病死率达30% - 50%^[1],急救水平的相应提高挽救了大量病人的生命,但随之而来的便是植物状态的病人越来越多^[2],这给社会、家庭带来了沉重的负担。中枢神经损伤后是可能恢复的,因为人的中枢神经系统(CNS)具有可塑性,即脑有适应能力,可在结构和功能上修改自身,以适应损伤后的客观现实^[3]。多数研究显示,康复治疗有明显疗效^[4],有人发现,CNS损伤1 - 2小时就有早期即刻重塑机制的启动^[5],因此,从理论上讲,如果能抓住此时的治疗时机,强化这些即刻重塑机制,对治疗非常有意义。现将近几年有关SCCI术后早期康复的时间及方式方法评定的进展综述如下。

1 早期康复的时间界限

目前还没有一个严格的时间标准,一般以重型颅脑损伤患者生命体征平稳24 - 72h后开始进行早期、个体化、程序化的综合性康复治疗与护理。

2 早期康复的方法

患者均接受常规治疗,如手术、药物治疗等基础上进行包括早期运动、营养、促醒认知语言、心理等几大领域的个体化、程序化综合性康复护理。

2.1 运动 包括早期定时变换体位、保持关节于功能位、被动运动与按摩等,以减轻肌肉痉挛,增进关节活动范围^[6]。早期卧床应抬高床头15° - 30°有利于颅内静脉回流、减轻脑水肿、改善脑循环代谢,对病人进行2h一次翻身拍背。仰卧时,上肢采取肩后上抬、前挺,上臂外旋、稍外展,肘和腕伸直,掌心向上,手指伸直并分开,整个上肢可放在枕头上;下肢采取骨盆和髋前挺,大腿稍内旋,患腿下放置枕头,以防下肢外旋;膝关节稍垫起微屈,足尖向上。健侧卧位时,胸前置一枕头,使患肢前伸,肘伸直,腕、指关节伸展放在枕头上,不垂腕,大拇指与其余四指垫开;患腿屈曲向内放在身前另一支撑枕上,髋膝自然屈曲,健腿自然放置。患侧卧位时,患肢前伸,肘伸直,前臂旋后,将患肩拉出,手指张开,掌心朝上,健腿屈曲向前置于体前支撑枕上;患腿在后,膝微屈,距小腿关节保持90°。被动活动:肢体每天必须进行1 - 2次,每次30min全方面的运动,包括肩关节前屈、外展和外旋运

动,肘关节屈、伸运动,前臂旋前、旋后运动,腕关节的腕背伸、桡侧偏及尺侧偏运动,手握拳及展开运动,掌指关节分、合运动,拇指对掌和回旋运动;患侧髋关节屈伸、内旋、外旋及环转运动,膝关节屈、伸运动,踝关节背屈、跖屈运动等被动活动同时配合各种推拿手法。病人神志转清楚,有自主活动后,应鼓励指导健侧肢体的主动活动训练;深呼吸及腰腹肌的训;健、患侧翻身练习。

2.2 营养 重型颅脑损伤患者禁食数天后一般会将饮食由流质、半流质逐渐过渡到普食。长期昏迷,吞咽反射弱的可选择鼻饲饮食,其间膳食及营养素的合理调配,保证足够热卡对患者的体质恢复具有重要意义。因此,可按具体情况,计算热量,适当选用,一般常用的有能全力、瑞高、瑞代、瑞素要素饮食和混合奶及辅予一些家庭制备的鱼汤、肉骨头汤、新鲜果汁、蔬菜汁、米汤、牛奶等。吞咽反射弱可给予吞咽反射刺激训练,当吞咽反射恢复后,即可开始练习喂食,开始少量饮水,确定吞咽功能正常后,可试喂少量食物,如稀饭和低脂面条等。食物和品种应逐渐增加,使胃肠功能逐渐适应,以防止发生消化不良或严重腹泻的不良后果^[7]。同时,应预防便秘的发生,颅脑损伤的病人会因大便干结、肠蠕动减慢、排便反射抑制或卧床等原因导致便秘,便秘会引起腹胀、腹痛,继而影响病人情绪和食欲,同时颅内高压病人还可能因用力排便诱发脑疝。所以在调节饮食结构的同时可适当给予开塞露或甘油灌肠剂通便。

2.3 促醒认知语言 对于重型颅脑损伤昏迷不醒的病人,美国一般只给予相应的营养支持而不进行所谓的促醒疗法^[8]。日本则相对积极得多,开展的促醒方法也种类繁多,报道较多的有颈髓硬膜外电刺激、声光电综合刺激、深部脑刺激等^[9]。我国对重型颅脑损伤昏迷的促醒治疗尚处于探索阶段,国内一般给予促醒药物,结合吸氧或高压氧,据报道早期进行高压氧治疗对SCCI患者的预后具有很好的应用价值^[10],也有报道早期进行点穴推拿、面部穴位按揉、针灸、旋磁治疗,其治疗所用的康复方法具有醒脑开窍,通经活络,活血化淤,刺激神经反应,改善脑组织的微循环,纠正外伤所致的脑组织低氧状态,增加脑组织的供氧量等作用,进一步影响脑网状结构和大脑皮质的兴奋水平,起到促醒作用^[11],同时结合声音刺激,包括给患者讲往日共同的经历,曾感动的故事,播放其平时熟悉的、旋律舒缓的音乐,及家属亲情的

呼唤等。对于神志清醒的病人,给予包括定向力训练、协调力训练、注意力训练、记忆训练、思维训练;每次训练 30 min,每日 1 次;语言训练:主要进行构音器官运动功能训练和发音训练,每次 15 min,每日 2 次。

2.4 心理 对于清醒的病人需加强心理护理,要让他们树立战胜伤病的信心,消除“脑外伤后综合征”的顾虑^[12]。对 SCCI 患者常伴有的头痛、头晕、耳鸣、记忆力减退、失眠等症状,应向病人做适当解释,让病人知道有些症状是属于功能性的,是可以恢复的。鼓励病人面对现实,树立争取完全康复的信心。也可应用生物反馈疗法即通过现代生理科学仪器,训练病人学习利用反馈信息调整自身的心理、生理活动,使疾病得到治疗和康复。

3 康复的评定方法

重型颅脑损伤的早期康复护理评定方法有:肌力测定,上下肢功能评定,Barthe 指数评定,及 ADL 能力评定。

4 存在的问题及展望

长期以来我国对于重型颅脑损伤的治疗一向惯于积极的治疗态度,提倡规范化合理治疗和护理,尽量减少持续植物状态的发生,从而减少家庭和社会的负担。据研究早期的康复护理可降低重型颅脑损伤残疾率,提高患者生活质量^[13]。对于 SCCI 的预后及评估,影响因素很多,包括基础病因、年龄、昏迷后出现睁眼的时间等都为不可变因素,而只有综合康复护理介入的时间为可控因素。因此,尽早开始各项的康复护理对改善患者的预后具有很大的帮助,对于现今护理人员缺编的情况下,同时早期对 SCCI 患者家属实施健康教育行为干预是必不可少的,它对促进患者意识的恢复,使患者积极配合治疗和护理,减少各种并发症的发生,增强其战胜疾病的信心,对促使其早日回归社会及家庭有重要意义。

参考文献(略)

不同口腔护理时间对放射性口腔炎的影响

林智靓,林慧娟

(厦门大学附属第一医院放疗科,福建 厦门 361003)

放射治疗是鼻咽癌(Nasopharyngeal Cancer NPC)公认和有效的治疗手段,在治疗过程中会造成口腔黏膜反应即所谓的放射性口腔炎^[1]。放射性口腔炎的发生给病人带来一定的痛苦从而影响治疗的顺利进行及治疗的效果。放射治疗中采用口腔护理能够减轻口腔黏膜反应,在临床中已广泛应用,并且效果肯定^[2],但口腔护理时间的选择是否影响放射性口腔炎的产生及预后,最终影响鼻咽癌的治疗效果,目前尚无定论。本研究自 2008 年 9 月至 2009 年 12 月共鼻咽癌 84 例,采用了不同的口腔护理时间,取得了不同的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 9 月至 2009 年 12 月经病理确诊为鼻咽癌且均为首次接受放射治疗,Karnofsky 计分 ≥ 80 分的病例 84 例,按区组随机法分为常规组与研究组各 42 例,其中男 53 例,女 31 例,年龄在 19—76 岁。2 组病例资料分别按年龄,性别及 Karnofsky 计分进行统计学处理,无统计学差异。

1.2 护理方法

两组在放射治疗前均进行常规口腔处理及常规的健康教育。常规组按传统的方法在三维适形调强放射治疗第二周后或口腔黏膜反应发生时才予以被动性口腔护理干预及相应治疗;研究组是在放射治疗的第 1 天就进行主动性口腔护理干预,即根据口腔 PH 值选择相应的漱口液进行口腔护理。在放射治疗共 7 周的疗程内,两组均每日口服 B 族维生素及维生素 E,以减轻放射治疗对正常组织的损伤。在整个放射治疗过程中如出现其他护理情况时,同样按照常规

组护理的方法处理。

1.3 口腔粘膜反应的评价标准

按肿瘤放射治疗学组(RTOG)制订的急性放射损伤分级标准分级^[1]。0 级(无变化);1 级(充血/可有轻度疼痛,无需止痛药);2 级(片状粘膜反应,或有反应性血清血液分泌物,或有中度疼痛,需止痛药);3 级(融合的纤维性粘膜反应/可伴重度疼痛,需麻醉药);4 级(溃疡,出血,坏死)。根据评价标准在放射治疗第 2、第 4、第 6、第 7 周末进行口腔黏膜反应的观察。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计软件包,对数据分别进行统计学分析处理,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

放射治疗第 2、第 4、第 7 周末口腔黏膜反应见表 1。

表 1 放射治疗第 2、第 4、第 7 周末口腔黏膜反应

分级	第 2 周末		第 4 周末		第 7 周末	
	常规组 (n=42)	研究组 (n=42)	常规组 (n=42)	研究组 (n=42)	常规组 (n=42)	研究组 (n=42)
0 级	0	7	0	0	0	0
1 级	29	27	18	26	2	17
2 级	12	8	21	14	16	19
3 级	1	0	2	2	19	6

分级	第 2 周末		第 4 周末		第 7 周末	
	常规组 (n=42)	研究组 (n=42)	常规组 (n=42)	研究组 (n=42)	常规组 (n=42)	研究组 (n=42)
4 级	0	0	1	0	5	0
u	2.267		1.708		4.837	
P	P<0.05		P<0.05		P<0.05	

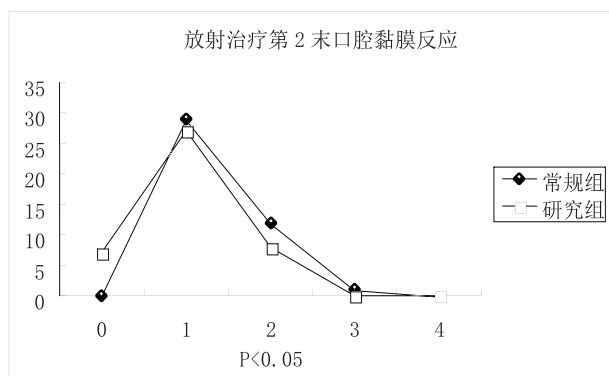


图 1 放射治疗第 2 周末口腔黏膜反应有所不同

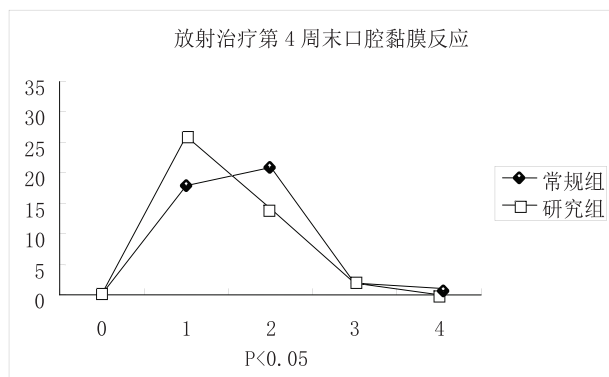


图 2 随着放射治疗的时间推移,两组口腔黏膜反应曲线与第 2 周末比均有所后移,但有差异

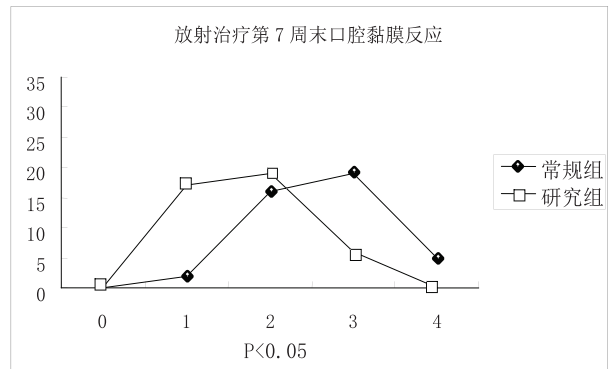


图 3 第 7 周末两组口腔黏膜反应曲线后移的差异程度较第 2、4 周明显增加

从表 1 中可以看出,放射治疗第 2、第 4、第 7 周末时,分

别对 2 组反应数据按等级资料秩和检验进行统计学分析处理,放射治疗第 2、第 4、第 7 周末时 2 组数据比较均有显著性差异($P < 0.05$),说明放射治疗开始即进行口腔护理可减轻放射性口腔炎发生的程度,研究组护理效果优于常规组。从折线图 1~3 上也可以明显看出常规组随着放射治疗时间的推移,口腔黏膜反应严重程度明显增加,而研究组的反应增加相对较小,两组区别逐步加大。

3 讨论

3.1 口腔黏膜损伤的机制

口腔炎是发生于口腔和咽部的黏膜组织的急性炎症和溃疡。黏膜组织对射线的耐受性差,加之放射治疗时口腔洁净度不够,可造成黏膜损伤^[3]。鼻咽癌放射治疗时腮腺不可避免的受到照射,影响了唾液分泌,从而导致口干,口腔自洁能力下降,引起放射性口腔炎。

3.2 口腔黏膜损伤与早期口腔护理的关系

口腔黏膜反应是鼻咽癌放射治疗最常见的副反应之一,一般在放射治疗后 1-2 周出现,轻重不一,常伴有味觉改变、口干和唾液变得粘稠。多数患者放疗两周后味觉改变加重伴有疼痛^[1]。此时,临床医生将会根据实际情况予以对症处理,常规口腔护理也于此时进行。但在口腔症状出现前,无症状的损伤已经发生。

口腔黏膜损伤与早期口腔护理的时间关系可能有以下几方面:自放射治疗第一周开始口腔黏膜细胞增殖受到抑制、细胞数减少,但此时尚无临床症状^[4],此时若进行口腔护理能改善口腔内环境,可在初期无症状的口腔黏膜反应出现时修复局部损伤,延缓口腔黏膜炎的发生。另外,唾液分泌减少可加重黏膜损伤,放射治疗所导致的唾液腺早期损伤主要是由于细胞酶系统的破坏,时间可能早于 72 小时^[5,6],所以放射治疗时每日均补充多种维生素,可改善受损的酶系统的活性,减轻损伤,提高护理效果。从预防口腔感染的角度看,放射治疗后根据口腔 PH 值选择相应的漱口液进行口腔护理,能部分替代唾液腺的分泌功能,使口腔湿润,发挥口腔自洁作用,从而减少感染的发生及损伤。临床上越早进行口腔护理,效果越好。

另外,口腔反应发生时常伴有疼痛,此时再进行口腔护理则多数病人因疼痛而无法配合,依从性差,效果大大降低。放疗开始第一天即进行口腔护理能提高病人的依从性,同时又不增加病人经济支出,易于配合,且可以保证口腔的湿润度以减轻放射治疗带来的不适。在放射治疗一开始就进行积极的预防性口腔护理可以纠正因唾液分泌减少、变稠所致口腔自洁能力降低,抑制口腔致病菌群的生长,从而达到减轻放射性口腔炎的目的^[7]。从上表中也可以看出,放射治疗第 2 周、第 4 周末时,2 组均以 1、2 级反应为主;第 7 周末时,常规组以 2、3 级口腔反应为主,且出现 4 级口腔反应;而研究组仍以 1、2 级口腔反应为主,无 4 级口腔反应,说明早期进行口腔护理能有效减轻口腔黏膜反应。

放射治疗过程中进行口腔护理能够改善放射性口腔炎发生及预后,使放射治疗顺利完成。但选择不同的口腔护理时间可能带来不同的改善效果,研究的结果显示放疗开始即进行口腔护理,能够明显延缓放射性口腔炎的发生及发展,减轻放射性口腔炎的程度。

4 小结

早期无症状的护理在不增加患者负担及支出的同时,提高了护理依从性,延缓并减轻了放射性口腔炎的发生,使患者能持续按计划完成放射治疗。研究重点强调了早期口腔护理的必要性及重要性,但口腔护理是个持续的干预过程,在鼻咽癌的放射治疗中是重要且不可中断的。不要忽视无症状时的护理,本研究说明放疗开始即进行口腔护理可减轻放射性口腔炎

的程度,减轻疼痛,保证治疗的顺利进行。但在具体的护理过程中如何选择更有效的口腔护理时间及干预措施,以期获得更佳的保护效果,尚无统一的模式,这有待更进一步的探讨。

参考文献(略)

综合护理干预对回肠膀胱术患者胃肠道反应的效果观察

林玉枝,高凌燕

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

回肠膀胱术是治疗浸润性膀胱癌的有效手段,由于该手术手术复杂、创伤较大,在术后康复过程中不良反应情况复杂并发症较多,而胃肠道反应是回肠膀胱术患者最常见并发症之一。肠道伤口疼痛,胃肠道应激反应,甚至合并肠梗阻,吻合口瘘等,患者大大降低患者的舒适度,严重者甚至需要再次手术,影响患者的手术疗效及康复时间。但目前暂无特殊疗法,只能重在预防。而护理工作对病人的家属影响非常大,也是手术成功的重要因素之一^[1]。我科2012年6月—2014年6月对收治的68例浸润性膀胱癌行回肠膀胱术治疗患者进行随机分组观察,其中对34例患者实施综合护理干预,有效降低和减少胃肠道反应及并发症的发生率,取得良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2012年6月~2014年6月对收治的68例经确诊浸润性膀胱癌并行回肠膀胱术治疗患者,随机分为干预组和对照组。其中男性60例,女性8例,2组在年龄、性别、病情、手术方案等无统计学意义($p > 0.05$),具有可比性(详见表1)。

表1 2组回肠膀胱术治疗患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄 (岁)	临床分期			
		男	女		T1	T2	T3	T4
干预组	34	30	4	55 + -14.5	4	14	12	4
对照组	34	31	3	55.2 + -14.3	3	17	11	3
χ^2 值		$\chi^2 = 0.49$		$t = 0.16$	$\chi^2 = 0.84$			
P值		> 0.05		> 0.05	> 0.05			

1.2 护理方法 对照组实施常规护理和指导,包括回肠膀胱术治疗的知识、如何配合手术治疗、对症处理各种不良反应及并发症的预防等。干预组在常规护理基础上,同时进行全程的综合护理干预。

综合护理干预包括手术前护理干预和手术后护理干

预。

1.2.1 手术前护理干预 ①做好相关健康指导,介绍住院环境,向患者和家属耐心讲解该手术的相关知识和治疗效果,充分了解可能发生的不良反应、处理方法及注意事项,特别强调预防作用。②进行胃肠镜检查,认真评估胃肠道健康,对有胃肠道疾病提前处理,保证手术顺利进行。③心理干预,要求医护人员掌握癌症知识,了解治疗方法及趋势,掌握患者心理、掌握心理护理程序,灵活运用心理护理方法。再根据患者不同时期,不同性格特征,不同心理,因人因时因地而异,有针对性地辩证施护^[2]。④术前充分的胃肠道准备,术前三天流质,口服甲硝唑0.2g tid,术前一日下午4pm分次口服50%硫酸镁80ml + 5%GNS500ml,术前一晚再行温生理盐水清洁灌肠直至排泄物呈水性颜色清亮。

1.2.2 手术后护理干预 ①加强胃肠减压管的护理,妥善固定,定时用30ml生理盐水冲管tid,保持胃管引流通畅外,还要注意协助患者定时更换体位,血压平稳取半坐卧位,利于抬高横膈肌减轻腹胀。鼓励其多翻身,以促进肠蠕动恢复。拔除胃管前日行夹管试验,每次注入胃管100ml生理盐水tid,夹管半小时开放引流。②促进口腔舒适,口腔护理tid,术后12h干预组予无糖口香糖咀嚼,每次15-20min,每日3-4次。③加强术后营养,胃肠功能恢复以前,保持水电解质平衡,维持血浆白蛋白、血红蛋白也至关重要,要防止营养不良所致的吻合口瘘等并发症^[3]。胃肠功能恢复后按照肠道手术原则指导患者饮食。腹胀缓解后严格饮食指导,顺序为禁食—全流质—半流质软食。严格少量多餐,避免过饱及进食产气食物,观察消化情况,再行下一步饮食指导。④腹带加压约束伤口,根据患者腹围的大小选择合适的腹带,包扎于腹部切口敷料外。包扎时应将腹带平整放在患者背下,左右两边同时均匀地把腹带向前中线拉拢重置,然后固定。使用弹力腹带直至患者伤口愈合良好,拆线为止。

1.3 评价标准

于术后第1周、2周,对各组术后发生的胃肠不良反应:恶心、呕吐、腹胀、炎性肠梗阻,其诊断依赖于症状(腹痛、腹胀和呕吐)、体征(肠鸣音减弱、消失)、全腹CT并排除机械

性肠梗阻,肠鸣音恢复时间、肛门首次排气时间、口腔舒适度、伤口疼痛指数(采用数字分级法 NRS)。并且记录患者住院时间。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计学软件进行统计分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用方差分析。

2 结果

2 组患者在术后恶心、呕吐、腹胀、炎性肠梗阻、肠鸣音恢复时间、肛门首次排气时间、自行排便时间、口腔舒适度、切口疼痛指数及平均住院时间的情况比较(详见表 2)。

表 2 回肠膀胱术后患者术后恢复情况比较

术后指标	试验组	对照组 (60 例)	统计值	P 值
肠蠕动恢复时间[(x±s)h]	41±2.8	67.6±4.1	F=3.97	<0.05
首次排气时间[(x±s)h]	67.7±8.7	82.5±7.6	F=3.75	<0.05
自行排便时间[(x±s)h]	116.8±7.8	122.2±8.3	F=3.51	<0.05
恶心[(例)%]	7(20.6)	7(20.6)	$\chi^2=0.07$	>0.05
呕吐[(例)%]	6(17.6)	7(20.6)	$\chi^2=0.27$	>0.05
腹胀[(例)%]	6(17.6)	11(32.3)	$\chi^2=6.27$	<0.05
自觉口感舒适[(例)%]	29(85.3)	16(47)	$\chi^2=6.27$	<0.05
术后炎性肠梗阻[(例)%]	0	2	$\chi^2=2.8$	<0.05
术后疼痛发生的疼痛指数[(x±s)分]	3±5	4±6	$\chi^2=4.8$	<0.05
术后平均住院时间[(x±s)d]	14.2±2.8	16.8±3.2	F=3.2	<0.05

3 讨论

全膀胱切除加回肠代膀胱术时间长,操作复杂,创伤大,机体的相异性等因素,术后并发症多,而胃肠道反应是最常见的并发症之一,护理工作中重视对患者术前术后的护理指导,加强观察与护理,可减少胃肠道并发症的发生,提高手术成功率。通过试验组实施综合护理干预,试验组在腹胀、肠鸣音恢复时间、肛门首次排气时间、自行排便时间、口腔舒适度、切口疼痛指数及平均住院时间等方面均优于对照组(P<0.05),说明综合护理干预能有效减轻回肠膀胱术患者胃肠道反应程度和降低胃肠道并发症发生,有效促进患者舒适。而咀嚼无糖口香糖,目的可促进患者口腔舒适度,同时咀嚼运动可促进肠蠕动,其具体机制目前仍未阐明,推测因为咀嚼运动及咀嚼物对口腔的刺激引起一系列神经体液反射调节,从而促进胃肠动力恢复”[4]

随着现代医学模式的改变,以健康为中心的护理理念逐渐被人们认识和接受。综合护理干预是全方位、多阶段、多角度的护理[5-6],近年来得到广大医护工作者的关注,这些护理方案一定程度上缓解了患者的心理压力,帮助患者对自身疾病有更多地了解,对回肠膀胱术后所致的不良反应有了更充分的准备,提高了患者的心理应激能力及治疗的依从性[7-8],从而减轻术后胃肠道反应及并发症,促进患者舒适,确保手术治疗有效顺利恢复。

总之,对回肠膀胱术患者实施综合护理干预,能有效减轻回肠膀胱术患者胃肠道反应程度和降低胃肠道并发症发生,有效促进患者舒适,促进患者恢复缩短住院时间使泌尿外科护理上了一个新台阶。

参考文献(略)

舒适护理在经皮球囊椎体成形手术中的应用

赵 洁

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

经皮球囊椎体成形手术是近年在经皮椎体成形手术基础上发展出来的更加完善的脊柱外科微创手术,能更好的回复压缩骨折椎体的高度,加强椎体前中柱的脊柱稳定性,防止椎体进一步塌陷,解除椎体固执疏松所致的顽固性疼痛及功能改善率高的优点[1]。舒适护理是一种整体的、创造性的、有效的护理模式,是使人在生理上、心理上达到最愉快的状态,并能缩短或降低不愉快的程度[2]。2009 年起,我们针对手术对患者造成的心理、生理功能紊乱而采取的各种舒适护理措施,使患者在手术中的情绪缓解及安全度过手术过程,取得了良好效果。现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2009 年 2 月至 2010 年 8 月我院实施舒适护理经皮球囊椎体成形手术患者 160 例,其中男 87 例,女 73 例;年龄 40—86 岁,平均年龄(53±2)岁;单椎体骨折患者 56 例,双椎体骨折患者 67 例,三椎体骨折患者 37 例。所有患者均有不同程度的病椎部位疼痛、压痛,部分脊柱活动受限。

1.2 手术方法 患者取俯卧位,术中局部麻醉并监测血压、心电图、血氧饱和度,开放静脉通路输液。C 臂机透视定位并做好标记,常规消毒铺巾,使用 1% 利多卡因从皮肤穿刺点向椎弓根防线做穿刺通道软组织全层浸润麻醉。在 C 臂机监视下将穿刺针沿椎弓根穿入椎体内直达椎体前中 1/3 交界处,退出针芯,骨钻钻出球囊通道后置入球囊扩张系统,

逐渐扩张球囊至椎体高度恢复满意。常温调配骨水泥,将其推入椎体内,带弥散满意后停止推注。推注过程中密切观察有无渗漏现象及患者的生命征。待骨水泥稍固化后拔出穿刺针,局部压迫 3—5 分钟,包扎伤口,手术结束。

2 舒适护理

2.1 心理分析

2.1.1 紧张焦虑心理 由于患者对手术室的陌生,害怕手术、害怕疼痛,对此感到焦虑不安,其表现出交感神经兴奋,血浆肾上腺素和去甲肾上腺素浓度迅速增高,临床表现为血压升高、心率增快、血糖增高、消化器官运动减弱、免疫力及痛阈降低等,此外还表现为行为异常(如与医务人员合作性变差、躁动不安等)^[3]。

2.1.2 原因分析 患者的焦虑原因很多,通过术前访视沟通包括有以下几个因素:对手术不了解;担心手术时的疼痛;担心手术后的效果及术后并发症;担心手术后生活自理及给亲人带来的不便;担心手术费用问题等。尤其有个别患者对手术安全性,尤其是局部麻醉缺乏了解;对手术医生的年龄、职称、技术及经验反复琢磨。

2.2 术前舒适护理

手术室护士应充分做好术前疏导工作,术前一天到病房探视患者,阅读病历,了解患者的基本情况及各项化验数值及检查报告。向患者及家属说明手术的目的及术中的注意要点,介绍同种疾病患者的成功经验及效果,尽量多用些鼓励性、安慰性的语言。并针对患者的心理活动及对手术的顾虑,根据患者的性格、职业、文化程度等,恰当的进行解释说明。强调说明患者进入手术室后需要其配合的注意事项,包括手术的大致时间、手术体位和期间可能出现的不适等情况。通过这些交谈沟通,使患者对手术治疗及手术医师充满信心,产生安全感及信任感,对手术有个正确的认识,积极配合手术治疗

2.3 术中舒适护理

2.3.1 舒适的环境 手术室内的室温维持在 22℃—24℃、湿度维持在 50% 左右,避免不必要的喧闹声。医务人员交谈要注意不要谈论与手术无关的话题,更不能窃窃私语,以免患者误解,引起不必要的纠纷。提前准备好手术所需的各类器械、物品,各项操作规范认真,减少因忙乱给患者带来心理不适。

2.3.2 舒适的体位 患者由于长期的疼痛及骨折创伤所致躯体移动困难,且大多为老年人反应迟钝、皮肤状况不良,因此在搬动患者、摆置体位时要做到安全、正确、舒适。在搬

动患者时,要提前做好沟通,注意语言的通俗易懂及条理性。护理人员与医生分别站在床的两侧,动作轻柔,步调一致翻动患者至俯卧位,翻动时要保持身体在同一轴线上。注意用凝胶垫保护面部,双上肢自然屈曲放置于头部两侧,以免尺神经及头面部压伤。躯体安置在专用体位垫上,保持胸腹部悬空,防受压引起通气不畅、下腔静脉回流受阻出现血压下降。双膝下垫好凝胶垫,防止压伤。尤其要注意皮肤的保护及男患者的外生殖器的保护。

2.3.3 术中的沟通 在手术过程中要密切观察患者,适时询问有无不适,进行语言安慰,分散其注意力,缓解其紧张焦虑的情绪。可以通过适时抚触及轻轻的握住患者的手,使其感到来自我们的支持及关怀。

2.3.4 注意保护患者的私密 患者在术中因身体的暴露感到羞怯及不理解,应给予解释,并注意做到最小范围的暴露,以减少患者的不适感。

2.4 术后舒适护理

手术结束后,要擦净患者皮肤上的血迹并包扎好伤口,及时穿上干净的衣服。做好患者的皮肤评估,注意观察有无皮肤压红或其他情况。搬运患者时注意动作轻柔、平稳,将患者过床移至平车上,盖好被子注意保暖。及时与患者沟通,用亲切的话语告诉患者手术顺利完成,将患者送往病房做好详细交接,并向家属交代注意事项。术后三天回访患者,询问恢复情况及目前的感受,让其感受到手术室医务人员对其的关心,使其心理上感到愉悦及舒适。同时对所实施的舒适护理进行效果评价。

3 实施效果

通过应用舒适护理,使本组患者在心理生理方面均有改善,使患者获得了舒适感及安全感,减少了心理因素引起的不适。实施后,通过回访患者普遍感到满意,满意度 98.9%。

4 结语

通过手术室护士对经皮球囊椎体成形手术患者的舒适护理,使患者感到手术室护士对其的关怀及帮助,提高了其在手术过程中的舒适度,在实施手术过程中充满信心,积极配合手术,为手术的顺利进行创造了良好的条件。舒适护理贯穿于整个手术过程中,有利于提高患者的满意度,体现了手术室的整体护理服务质量。

参考文献(略)

舒适护理在膝关节置换术后功能锻炼的应用研究

郑美瑜

(厦门大学附属第一医院骨科,福建 厦门 361003)

膝关节置换术是治疗关节炎、关节损伤等疾病的常用手段,实施手术后可有效纠正膝关节畸形、缓解膝关节疼痛,同时还能够为膝关节功能的改善提供有利条件。在实

施膝关节置换术后进行功能锻炼是巩固手术治疗效果的有效途径,只有强化功能锻炼,才能确保膝关节功能尽快恢复正常^[1]。为了保证术后功能锻炼的有效性,则在临床中应

进行适当的护理干预。本文分析了膝关节置换术后功能锻炼中应用舒适护理的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在 2013 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 88 例作为研究对象,男 47 例,女 41 例,年龄在 37 岁至 79 岁之间,平均(64.2±3.7)岁。所有病例均为膝关节置换术患者,手术原因为类风湿性关节炎 21 例,创伤性关节炎 16 例,骨性关节炎 27 例;双侧置换 35 例,单侧置换 53 例。在 88 例患者中,合并高血压 24 例,合并糖尿病 19 例。将所有患者分为两组,即观察组与对照组,每组 44 例,两组的合并疾病、疾病类型、手术方式、年龄及性别等一般资料均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

采用膝关节置换术对两组患者进行治疗,术后进行常规功能锻炼。在功能锻炼阶段为对照组患者提供常规护理,同时为观察组 44 例提供舒适护理,舒适护理的具体方法如下。

1.2.1 早期锻炼舒适护理 早期锻炼对于膝关节功能的恢复有着非常重要的作用,在早期锻炼中应做好以下工作。(1)术后患者开始恢复意识时,可以帮助患者活动踝关节、足趾;术后第 1d 可根据病情进行幅度较小的关节锻炼活动,如收缩腓肠肌、股四头肌等下肢肌肉。应告知患者主动收缩下肢肌肉可以有效预防深静脉血栓及肌肉萎缩等并发症,以便让患者更好地配合护理。术后第 2d 如可将引流管拔除,则指导患者锻炼膝关节,如无法做到主动锻炼,则护理人员从旁协助被动锻炼。采用落地行走的方法锻炼关节着力功能时,可先让患者拄拐杖下床行走,并亲身示范如何正确使用拐杖。如患者感觉不适,则搀扶行走。为防止出现意外,在早期下床锻炼时,必须安排家属或医护人员进行陪护,并将活动范围限定在病床附近;如患者在早期下床活动时感觉关节胀痛,则立即终止锻炼^[2]。此外,要告知患者使用双腋将拐杖撑住,以便可以将下肢重量转移到拐杖上。(2)在锻炼关节功能的过程中,护理人员必须采取科学的方法进行示范、协助及指导,并在患者锻炼时采用点头、手势等对其表现予以肯定、认可,以便可以让患者得到关心与支持,从而坚持进行锻炼。(3)在护理中应注意合理安排被动功能锻炼与主动功能锻炼,让患者同时锻炼患肢、健肢功能,以使功能锻炼所带来的单调感、疲劳感得到缓解,并也由此提高膝关节功能锻炼的舒适性。

1.2.2 CPM 锻炼舒适护理 应用被动功能锻炼仪器(CPM)帮助患者锻炼膝关节功能可以加快康复进程,在采用 CPM 时应做好以下舒适护理工作,以提高患者的耐受性与护理从性。(1)术后监测患者生命体征与病情变化,当一般情况逐渐趋于稳定后,才能采用 CPM 进行训练。开始训练时,将锻炼时间控制在 1h 左右,2 次/d,屈伸度为 $0^{\circ}\sim 40^{\circ}$,屈伸时间为 2min 左右,采用以上方法锻炼 3d,3d 后每过 1 天将屈伸度提高 20° ,尽量确保锻炼 2 周后关节的屈伸度可以达到 120° 。(2)在利用 CPM 锻炼关节功能时,应指导患者在仪器上正确放置患肢,并帮助患者固定好患肢;如环境温度较低,则要注意对患肢进行保暖,以提高患肢的舒适度。在训练的过程中

主动与患者进行交谈,并在交谈中关心患者的状况,对于患者的疑虑要耐心解答;同时要对学生面色变化情况进行密切观察,询问患者是否出现不适感。(3)护理人员要告知患者进行 CPM 锻炼时,不能一味求快,要注意坚持循序渐进的原则,刚开始锻炼时可适当缩短训练时间与屈伸角度。当膝关节逐渐适应锻炼幅度且没有出现强烈疼痛感时,便可以将锻炼时间延长,并逐渐加大屈伸角度,以改善 CPM 锻炼的舒适性与减轻恐惧感、关节疼痛感。

1.2.3 疼痛与环境舒适护理 疼痛与环境氛围是影响患者舒适度的重要因素,环境舒适度较差及疼痛感的出现会导致功能锻炼难以持续进行,所以在功能锻炼中必须重视疼痛与环境舒适护理。(1)疼痛护理。在功能锻炼前的 0.5h 对患肢进行超前镇痛,例如采用药物塞来昔布、曲马朵、哌替啶等缓解疼痛^[3]。如患者的疼痛感较轻,则可利用注意力转移法缓解疼痛,如听音乐、进行有节律的呼吸、深呼吸或想象美好意境等,从而使进行功能锻炼时出现的不适感得以减轻。也可以采用热敷法缓解患者出现的疼痛感。可将温热的药物沙袋敷于患肢,从而扩张疼痛部位的毛细血管与皮肤表层,使疼痛部位的新陈代谢状态及血液循环状态得到改善,并由此加快组织营养吸收速度及炎症、水肿吸收速度。如此一来,疼痛症状就可以得到有效缓解。从另一方面来看,热敷还能使肌肉张力与神经张力得以降低,因此可以改善镇痛效果。(2)环境舒适护理。在功能锻炼期间,尽量保持病房环境的舒适性,使病房处于安全、安静状态。病房中的相对湿度应为 50% 左右,温度则需要保持在 $22^{\circ}\text{C}\sim 25^{\circ}\text{C}$ 之间;当患者进行功能锻炼时,尽量减少其他病房人员不必要的走动,当出现噪声时要查清噪声源,并进行相应的协调,以便让患者在安静的病房中锻炼膝关节功能。要注意帮助患者清洁皮肤、头发等,定期更换衣物,使床单保持干燥、清洁,从而让患者的舒适度得以提高。此外,可根据患者的喜好将电视节目调好,同时在患者可以自由活动的范围放置遥控器,让患者能够随时切换频道,从而使患者在进行功能锻炼时可以享受到电视节目带来的愉悦。

1.2.4 体位护理与心理护理 在术后功能锻炼阶段进行有效的体位护理与心理护理能够有效提高患者的舒适度。(1)体位舒适护理。术后可将患肢适当抬高,同时在腘窝下放置高度适合的小枕头,使膝关节处于伸直状态,以缓解患肢肿胀症状。密切观察引流管,当引流管出现扭曲变形或打折现象时应立即进行处理,使引流管保持畅通。调整体位后,询问患者是否存在不适感,如存在不适感,则根据患者的需要重新放置膝关节,以缓解不适感。如患肢足尖及膝关节无法向上抬起,髌关节出现内旋内收现象,则可将沙袋置于患肢两侧,以调整足尖、膝关节角度,从而提高舒适度^[4]。(2)心理舒适护理。部分患者认为术后制动有利于膝关节功能的恢复,并对功能锻炼存在一定的恐惧感,担心功能锻炼可导致手术切口被撕裂。对此,在功能锻炼中应注重强化心理护理,通过心理疏导缓解患者出现的不良情绪,使患者更有效地配合功能锻炼。在心理护理中可将膝关节置换术的相关知识告知患者或患者家属,重点讲解置换术具有的优势,同时着重强调术后功能锻炼对于疾病康复的重要作

用,使患者可以正确认识功能锻炼,从而避免带着过重的心理负担进行功能锻炼。

1.3 观察指标

为了有效观察舒适护理在功能锻炼中的应用效果,本研究采用的观察指标为,护理后两组患者的膝关节功能恢复情况及护理满意度。

1.4 判定标准

(1)膝关节功能恢复情况分为优、良、可、差,如关节的疼痛感完全消失,可步行的距离 > 500m,关节屈伸度可达到 120°,关节运动功能正常,则为优。如关节疼痛感得到有效缓解,偶有不适感或疼痛感,步行距离 > 500m,且关节屈伸度可达到 110°,则为良。如关节偶有疼痛感,屈伸度可达到 100°,步行距离 < 500m,则为可。如关节频繁出现疼痛感、步行距离 < 300m,且屈伸度 < 100°,则为差。(2)护理满意度分为非常满意、基本满意、不满意,满意率 = (非常满意 + 基本满意) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用统计软件 SPSS20.0 进行统计分析,组间差异检验法为 X^2 检验,如 $P < 0.05$,则说明两组数据存在显著性差异。

2 结果

在膝关节功能恢复情况方面,观察组的优良率为 95.45%,对照组为 77.27%,两组差异明显 ($P < 0.05$);观察组的护理满意率为 97.73%,对照组为 93.18%,观察组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。两组的膝关节功能恢复情况见表 1,满意度情况见表 2。

表 1 对照组与观察组膝关节功能恢复情况 [n(%)]

组别	n	优	良	可	差
对照组	44	30(68.18)	4(9.09)	7(15.91)	3(6.82)
观察组	44	37(84.09)	5(11.36)	1(2.27)	1(2.27)

表 2 对照组与观察组的护理满意度比较 [n(%)]

组别	n	非常满意	基本满意	不满意
对照组	44	26(59.09)	15(34.09)	3(6.82)
观察组	44	35(79.55)	8(18.18)	1(2.27)

3 讨论

在膝关节置换术后进行的功能锻炼是决定膝关节功能恢复效果的重要因素,如功能锻炼方法不正确或时间掌握不当,将可能引起新生的胶原组织出现沉淀现象,胶原组织发生沉淀后可导致关节粘连。因此护理人员要在功能锻炼中给予正确的指导,并强化舒适护理,以便提高患者对于术后功能锻炼的依从性,从而改善膝关节功能恢复状况^[5]。本研究为 88 例膝关节置换术后需要进行功能锻炼的患者提供了不同的护理服务,其中对照组为常规护理,而观察组为舒适护理,结果证实观察组患者膝关节功能恢复情况明显优于对照组 ($P < 0.05$),且观察组患者对于临床护理的满意率也高于对照组。因此,可以认为舒适护理不但能够使关节功能得到改善,还可以提高护理满意率,与目前的研究结论大致相符。目前也有报道指出,舒适护理能够增强患者对于膝关节功能锻炼的信心,让患者可以获得心理上的安全感与满足感,同时还能进一步丰富整体护理、人文护理等先进护理服务理念的内涵,这就为膝关节置换术后关节功能的恢复提供了良好的条件,也可以加快康复进程^[6]。此外,在为患者提供舒适护理服务时还能够为护理人员发挥自身潜力、自我价值的实现提供源源不断的动力,因此可以有效提高临床护理服务质量。综上所述,在膝关节置换术后的功能锻炼中应用舒适护理能够获得满意的效果,可推广使用。

参考文献(略)

舒适护理在尿道下裂一期成形术围手术期中的应用

蒲永洁

(厦门大学附属第一医院泌尿外科,福建 厦门 361003)

先天性尿道下裂是小儿常见的泌尿生殖系畸形,国内报道在出生的男婴中发生率为 3% ~ 5%,约占小儿泌尿系统疾病的 1/3,其病理解剖特点是尿道外口异位,阴茎下曲,包皮系带缺如^[1]。临床上按尿道开口的位置分为阴茎头型、阴茎型、阴茎阴囊型及会阴型。此种畸形不止造成排尿和生殖功能障碍,而且影响患儿的心理发育,给患儿及家庭带来巨大压力。手术是唯一的治疗方法,其目的在于使阴茎伸直,尿道口移位至正常位置,修复尿道。但由于手术难度大,精细度高,再做尿道由皮瓣缝合而成,属 II 类切口,手

术后并发症发生率较高,其中尿瘘、尿道狭窄及感染占 15% ~ 30%^[2]。2011 年 1 月 ~ 2011 年 12 月,我科对 58 例先天性尿道下裂患儿实施舒适护理,术后并发症减少,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 58 例尿道下裂患儿,年龄 2 岁 ~ 14 岁,其中阴茎头型 22 例,阴茎型 28 例,阴茎阴囊型 8 例,均行一期阴茎下曲矫正 + 尿道成形术。术前术后采用舒适护理,作为实验

组。将 2010 年 1 月~2010 年 12 月采用功能制护理的患儿 34 例作为对照组。两组年龄、体重、营养状况、饮食习惯、手术方式等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 观察指标

对 2 组术后尿瘘、尿道狭窄、感染出血等术后并发症的发生率进行比较,进行统计学处理。

1.3 结果

实验组尿瘘 2 例,尿道狭窄 1 例,无出血发生,并发症发生率 5.2%;对照组尿瘘 3 例,尿道狭窄 3 例,出血 2 例,并发症发生率 24%,明显高于实验组($P < 0.05$),差异有统计学意义。

表 1 两组患儿术后并发症发生率的比较 (n=92)

组别	例数	并发症			并发症发生率(%)
		尿瘘	尿道狭窄	出血	
实验组	58	2	1	0	5.2
对照组	34	3	3	2	24

注: $\chi^2 = 5.228 P < 0.05$

2 舒适护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理

儿童的身心相对成人来说较脆弱,自我照护能力较低^[3]。再加上本组病例患儿排尿方式有别于常人,往往遭到别人的嘲笑,特别是随着年龄的增长,患者思想负担加重,害怕遭到别人歧视,容易出现自卑心理。所以护理人员应根据不同年龄患儿的特点主动与之交流,采用舒适护理模式分别进行护理。对年龄较大的患儿要注意尊重其人格,保护其隐私,主动与之交流,鼓励其讲出心里话,并讲解相关疾病知识及与手术有关的注意事项,告知手术成功的实例,增强治疗疾病的信心,以取得患儿的信任与合作。对于年龄较小的患儿,通过抚摸头部,握手、拥抱、逗引等肢体语言,消除患儿对陌生环境的恐惧心理,增加对护理人员的信任感。另外床位加床栏,让患儿有安全感。生活上及时给予协助,尽量满足他们的兴趣爱好、习惯和心理需求,提供安全舒适的环境^[4]。

2.1.2 术前准备

注意会阴部清洁,防止或减少术后伤口感染。术前 3 天,嘱患儿洗澡时彻底洗净阴茎、阴囊及会阴部皮肤,特别是皱襞处,包皮过长者应翻开包皮洗净污垢。给患儿穿干净柔软宽松的棉布裤,保持室温适宜,避免出汗。术前 2 天指导患儿改吃半流质饮食,术前一晚灌肠,清除肠道粪便,之后禁食,防止麻醉后肛门括约肌松弛,术中排便污染术野,也可以减少术后肠胀气,使胃肠功能早期恢复。

2.2 术后护理

2.2.1 减轻疼痛

疼痛易诱发血管痉挛,影响皮瓣供血,是引起尿瘘的一

个主要因素。另外使得患儿烦躁不安,剧烈哭闹,这也是导致伤口出血、尿管脱落、尿瘘等的主要原因。术后采用舒适护理对减少并发症有重要作用。首先给患儿提供一个安静舒适的环境,室内光线、通风良好,床单位保持整洁。在不影响手术创面的前提下,安置患儿于舒适体位,将不适感降到最低。其次术后阴茎固定与腹壁成 90°,尿道支架管引流管用胶布固定在大腿内侧,防止牵拉引起疼痛。并在手术部位放一支被架空被子,防止摩擦伤口及周围而引起疼痛。平时多对患儿进行心理疏导,用通俗易懂的语言向其讲解注意事项,告知置管的重要性,树立治疗疾病的信心。根据患儿的兴趣爱好,通过玩具逗引、讲故事、听音乐、看电视等来转移患儿注意力,以减轻不适。必要时给予止痛剂,因为患儿哭闹,会引起体内压力过高,易导致手术切口裂开出血或引流管脱落,导致手术失败。大于 10 岁的患儿应给予乙烯雌酚以防止阴茎勃起引起疼痛及出血。

2.2.2 促进切口愈合

术后密切观察切口处有无红肿、渗血、渗液,阴茎头有无水肿,敷料有无脱落,有无渗出及包扎过紧或过松等不利于切口愈合的情况。若切口潮湿水肿,每日用红外线灯照射 2~3 次,每次 15~20 分钟,有利于局部血液循环,促进炎症水肿吸收,促进切口愈合。每次排便后肛周用温水清洗,并更换敷料。保持阴茎处于背屈状态,避免尿道支架管压迫尿道,导致缺血坏死。另外要注意保暖,防止因低温、寒冷刺激引起寒战而导致皮瓣缺血。

2.2.3 减轻术后皮肤瘙痒

术后患儿易出现肛周皮肤瘙痒,致其用手抓挠会阴部,摩擦床单、哭闹、躁动不安等,易引起伤口出血,尿管脱落。对此我们首先保持患儿双手清洁,劝说患儿不要抓挠伤口,必要时给予适当的约束。其次当患儿主诉肛周瘙痒及排便感时,先予温水清洗肛周皮肤,再用湿热毛巾热敷,之后外涂婴儿润肤油,对皮肤有一定的滋润保护作用,可缓解皮肤干燥,减轻瘙痒,使患儿感觉舒适。

2.2.4 保证营养,保持大便通畅

患儿术后 1 天可进流质饮食,术后 3 天进半流质,术后 7 天可进软食,饮食要易消化,易吸收,并保证充足的营养需求。控制饮食的目的在于避免过早排大便,污染伤口。因为手术切口离肛门较近,粪便中的细菌可进入到切口的深层组织引起感染^[5]。同时鼓励患儿多喝水,适当给予水果、蔬菜及粗纤维食物,以保持大便通畅。如患儿排便费力,会出现躁动不安、哭闹或用手抓挠肛门。并且过度用力排便,会增加切口局部张力,引起切口疼痛甚至裂开,造成手术失败。必要时可给予开塞露肛门注入,协助患儿排便。

2.2.5 提高患儿的睡眠舒适度

由于手术打击、疼痛影响等,患儿术后易发生睡眠紊乱,心里会产生恐惧感,对父母的依赖感。因此我们要告知患儿父母术后多陪伴孩子的重要性。要为患儿提供一个安静舒适的休息环境,夜间开壁灯,避免直射光线影响睡眠。白天开窗通风,让自然光照射病房,保证室内空气清新,使患儿形成正常的生理睡眠习惯。同时保持床单位清洁、整齐,若有污染及时更换。

2.2.6 预防感染

感染是引起术后并发症的重要原因,在对患儿实施舒适护理时,我们特别注意以下几点:①保持引流管通畅,防止牵拉、扭曲、脱落。鼓励患儿多喝水,以降低尿酸盐及尿液沉渣的浓度,避免堵塞管道。若出现堵塞,及时用生理盐水低压冲洗。②保持切口处敷料清洁、干燥,防止粪便污染手术切口,每日尿道口消毒 2 次。并注意观察龟头的血运情况。③注意监测体温,根据医嘱预防性静脉滴注抗生素。④进行各项护理操作时,加强无菌观念,动作轻柔娴熟,尽量减少疼痛刺激。

2.2.7 恢复正常排尿

术后 10 天~14 天拔除尿道支架管,拔管后,患儿一时不能适应自行排尿,可能出现排尿不畅或疼痛。因此在拔管前先指导患儿深呼吸,放松腹肌,不必紧张,学会自我调节,有利于之后自主控制排尿。同时尽可能使患儿定时采取自然姿势排尿,结合实施诱导排尿技巧,嘱患儿情绪放松,听流水声,膀胱区行环形按摩,热敷下腹部等刺激排尿。告知患儿多喝水,勤排尿,不能憋尿,也不能过度用力,避免腹压增高引起尿道张力增加,使尚未完全愈合的新尿道裂开引起尿道瘘。仔细观察排尿情况,小的尿瘘排尿时可捏住瘘孔,有利于瘘口自然愈合。

3 讨论

尿道下裂是小儿常见的先天性生殖器畸形,手术是唯一的治疗方法,术后最常见的并发症为尿瘘、尿道狭窄、切口感染。其手术难度大,操作精细,熟练的手术技巧是手术成功的保证。而术前术后精心细致的护理则是手术成功必不可少的组成部分。患儿由于年幼,环境适应能力差,不能准确表达自身感受,难以较好进行配合,因此在患病期间,满足其舒适的需求就显得尤为重要。护理学认为:舒适是没有病痛折磨,心情愉悦,精神放松的良好体验。1998 年,台湾萧丰富先生提出了舒适护理模式,又称“萧氏双 C 护理模式”。强调护理人员除目前的护理活动外,应加强舒适护理研究,并将研究成果应用于病人^[6]。我们实施的舒适护理即是一种整体的、个性化的、创造性的、有效的护理模式^[7],其目的是使患儿在生理、心理、社会上达到最愉快的状态或降低不愉快的程度,从而能更好地配合治疗,减少并发症的发生,促进患儿早日康复。临床实践证明我们通过术前及术后采取以上舒适护理措施,患儿术后尿瘘、尿道狭窄、感染出血等并发症发生率明显降低,效果显著,提高了护理服务水平,也提高了患儿及家长对医疗护理质量的满意度。

参考文献(略)

痛风患者家庭跟进式护理干预的效果观察

方青枝,卓素联,林俊玲

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

痛风是慢性嘌呤代谢障碍和(或)尿酸排泄障碍所致的血尿酸增高的一组异质性疾病^[1]。高尿酸血症、反复发作的痛风性关节炎、痛风石和间质性肾炎是其主要临床特点。近年来,随着人们生活水平的提高,饮食结构的改变,我国的痛风患病率正在逐年上升趋势,痛风约占关节炎患者的 4.58%^[2]。虽然药物能缓解病人的临床症状,但药物并不能重塑病人的工作、家庭和社会生活。这些方面的恢复需要主动的康复措施,并在不同的阶段,选择不同的方法。因此,努力改善患者治疗后生活质量,提高社会功能极为重要。本研究对 2011 年 2 月~2011 年 7 月对来本院治疗的痛风患者出院后的基础知识、心理、饮食、运动、用药等方面实施家庭跟进式护理干预,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 2010 年 2 月~2012 年 12 月来本科住院治疗的痛风患者 110 例,其中男 66 例,女 44 例,年龄 41~72 岁,病程 8 个月~18 年。所有患者均符合国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]的“痛风”诊断标准。应用随机数字表方法将患者分成干预组和对照组,各 55 例,两组患者的性别、年龄、病程、治疗等方面的差别无统

计学意义($p > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者出院前按常规进行出院健康教育,出院后不进行护理干预。干预组在其基础上实施家庭跟进式护理干预:建立患者的随访档案,在出院前 2 天用自制的家庭跟进式护理技能需求评估表对患者出院后家庭跟进式护理的需求进行全面评估,根据评估的结果,制定系统化的家庭跟进式护理计划,由责任护士对患者实施系统的干预,对痛风的基本知识、病因、诱发因素、运动、用药注意事项等进行讲解和示范,直至患者完全掌握为止。为保证患者在出院后能更好地执行培训内容,帮助患者制订切实可行的运动锻炼计划,定期、持续的有氧运动可增加能量消耗,减轻和控制体重;告知患者居家时应避免关节劳累过度,若有局部温热和肿胀,尽可能避免其活动,关节受累时,可给予冰敷,消除关节的肿胀和疼痛;指导患者学会自我调节情绪,给予其精神上的安慰和鼓励;讲解饮食与疾病的关系,帮助患者制定日常饮食计划,出院后严格执行饮食计划;将日常用药注意事项记录下来,告知患者按时、合理用药的重要性;将以上内容制成彩色指导卡片并发给患者,便于居家期间参照护理,出院后定期随访、检查。与患者及家属进行面对面地

沟通,了解其困惑及原因,指导他们学会自我调节,并给予精神上的安慰和鼓励。

家庭跟进式护理由责任护士每周进行 1 次电话随访,解答患者疑问,持续 8 周,之后每月让患者来院随访 1 次,持续 4 个月。随时短信提醒居家生活的注意事项,及时反馈存在的问题,与患者及家属保持联系,做好沟通、指导,必要时随时上门指导解决。每个患者均于出院 6 个月后空腹抽取静脉血测定尿酸水平。

1.3 评价指标 比较家庭跟进式护理干预前后尿酸水平和痛风复发率情况。通过空腹静脉血检方法检测患者的尿酸水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理和统计学分析,统计方法包括 t 检验和 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

干预后,干预组患者的尿酸水平和痛风复发率明显低于对照组,见表 1、表 2。

表 1 两组患者干预前后尿酸水平比较 ($\mu\text{mol/L}$)

组别	例数	干预前	干预后
干预组	55	470.37 ± 18.19	338.00 ± 8.21
对照组	55	470.31 ± 17.69	425.70 ± 21.80
t		0.381	5.705
p		>0.05	<0.05

表 2 两组患者干预后痛风复发率比较 例(%)

组别	例数	复发	未复发
干预组	55	2(3.64)	53(96.36)
对照组	55	11(20.00)	44(80.00)
χ^2		6.942	
p		<0.05	

3 讨论

近年来社会对痛风患者的康复问题愈来愈重视,痛风是一种终身代谢性疾病,目前尚无根治方法,且复发率高,并发症多^[5]。日常生活中若不加以注意,就极易复发。但是,痛风可以被有效地控制,这就需要患者主动地进行自我监督和管理,使尿酸控制在正常范围。因此,有效控制患者的尿酸水平,降低痛风的复发率成为我们护理人员的主要目标。

家庭跟进式护理模式是以提高居家护理质量为目的,对居家患者的护理要求进行早期系统化持续性预期干预的过程,整体化、家庭化、个体化和持续性是其特点^[6]。建立随访档案,便于护理人员对患者本人及时进行监督和了解病情,并进行改进;通过对痛风患者进行心理、饮食、运动、用药等多方面的家庭跟进式护理干预,使患者提高了对痛风的认识,改善抑郁焦虑等不良心理状态,主动地参与饮食调配、制定运动处方、自觉监测病情、规范用药,让患者了解药物的注意事项和科学的服用方法等,降低因为服药错误导致的各种意外情况,达到能够按时、正确服药的目的,是预防疾病复发的关键。同时家属能给予患者鼓励和信心,使尿酸得到了良好的控制,并降低了痛风的复发率,提示家庭跟进式护理干预应成为痛风治疗的重要组成部分。另外,家庭跟进式护理顺应了医疗市场的需求,符合时代的发展,无论是对于公共医疗卫生系统还是患者而言都极有益处,在减轻医疗救治压力的同时又可减少治疗的费用,对患者恢复其社会功能也起着关键的作用。

本研究表 1、2 证明,通过对患者出院后实施家庭跟进式护理,不但改善了患者的尿酸水平,同时对预防疾病的复发,提高患者的社会功能均达到了良好的效果。

参考文献(略)

食管癌放射治疗中护理干预改善生活质量的效果分析

林智靛

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

由于食管癌患者就诊时多为中晚期,手术治疗效果不佳,通过放射治疗杀死癌细胞,使病情缓解和控制,成为主要的治疗方法。同时,放射治疗的并发症较多,容易引发放射性皮炎和放射性食管炎等,导致进食困难,营养摄入不足,致使病情恶化,产生生理和心理压力,降低生活质量。本文选取我科收治的食管癌放疗患者 90 例进行研究,对实施护理干预对患者生活质量的影响进行分析总结,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我科 2010 年 1 月至 2012 年 1 月之间收治的食管癌放疗患者 90 例,其中男 40 例,女 50 例,年龄 38 - 72 岁,平均年龄 56 岁;按照随机分组原则划分为干预组和对照组各 45 例,两组患者在性别、年龄、病情方面的对比差异无统计学意义 $p > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法 对照组仅给予放射治疗常规护理,包括入院宣教、放疗前后护理、饮食指导等,干预组患者在给予常规护理的基础上,给予综合护理干预,包括心理、饮食、运动、用药、并

发症护理、健康教育等。

1.3 综合性护理干预

1.3.1 入院宣教 患者入院后,护士主动向患者详细介绍自己、主管医师、病房环境、机房位置、医院规章制度等,消除患者陌生感;对患者的病情、治疗时间、照射部位等进行了了解,做好放疗前准备;及时解答患者及家属的疑问,如疗效问题、费用问题等;协助其做好放疗前准备。

1.3.2 皮肤护理 指导患者穿柔软、宽大的衣服以减少对皮肤的摩擦刺激;照射野皮肤应轻轻擦洗,严禁使用肥皂;对出现瘙痒的患者可通过拍打局部皮肤或涂抹地瓜粉或爽身粉,严禁抓挠,严禁酒精和冷热刺激;若出现Ⅱ°、Ⅲ°放射性皮炎则应用湿润烧伤膏或比亚芬涂于患处,局部暴露。保持照射野标志线清晰,若不清及时请医生补画、切不可私自涂改,否则将造成不必要的损伤。

1.3.3 疼痛护理 放疗 2-3 周后患者会出现不同程度的吞咽困难伴吞咽疼痛,此时可给予普鲁卡因口服液,餐前含服,必要时可加用少量的糖皮质激素。此种治疗方法可以有效缓解食管粘膜充血水肿,消除疼痛,增加患者进食舒适度。

1.3.4 饮食护理 指导患者少食多餐,避免生硬、油炸、辛辣、酸、咸和烟酒,进食后饮用温水进行冲洗食管,防止食物残留,注意口腔卫生,预防口腔感染。

1.3.5 心理护理 由于患者对放疗的不了解和对自身病情的担心,及随着放疗反应的出现等等,往往都会加重患者心理负担,需要加强护理。护理人员根据患者具体情况,有针对性的做好阶段性健康指导^[1],对患者不良心理的来源进行分析;主动关心患者,向患者讲解相关的知识,包括放疗的原理、效果、不良反应、注意事项等;指导患者家属给予患者积极的鼓励和情感支持,满足患者归属感和爱的需要;介绍成功案例与患者进行交流,从患者角度解答患者疑问,增强患者治愈的自信心,积极接受治疗^[2]。

1.3.6 并发症护理 ①放射性食管炎:是常见的并发症,轻度一般不需要处理,中度疼痛应用止痛局麻药,必要时暂停放疗,同时加强全身营养。②放射性肺炎:典型表现是刺激性干咳,若出现应予以对症处理。③白细胞减少:放疗期间每

周检查一次血象。若白细胞低于 $4.0 \times 10^9/L$,血小板低于 $80 \times 10^9/L$,则考虑暂停放疗,调整治疗方案,同时予加强营养及升白处理。

1.4 生活质量评价 采用癌症患者生活质量测定量表(EORTCQLQ C30)对两组患者治疗后的生活质量进行评价,得分越高,表明生活质量越好。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计,计量资料比较采用 t 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。P < 0.05 差异具有统计学意义。见表一。

2 结果

两组各项指标对比差异均有显著性意义, P < 0.05, 干预组生活质量好于观察组。

表一 两组患者治疗后生活质量评分比较

组别	例数	社会功能	认知功能	情绪功能	躯体功能
干预组	45	62.1 ± 3.2	61.1 ± 3.2	68.5 ± 2.3	48.6 ± 5.6
观察组	45	51.5 ± 3.1	50.2 ± 2.3	55.6 ± 2.5	40.2 ± 4.6

3 讨论

放射治疗是食管癌治疗的重要方法,在杀伤肿瘤细胞的同时,对正常组织也有一定程度的损伤,这种损伤或轻或重、或多或少的伴随着肿瘤放疗的过程中或治疗结束以后^[3]。对患者的身心造成严重影响,降低患者的社会支持度和生活质量,对食管癌的治疗产生直接或间接的影响。在常规护理的基础上实施护理干预,能够及时发现患者存在的问题,及时给予指导及帮助。本文对观察组患者采取综合性的护理干预,较仅采用常规护理的对照组取得更满意的治疗效果,因此表明了护理干预对于食管癌放疗患者改善生活质量的重要性,值得推广。

参考文献(略)

剖宫产手术配合过程中的护理风险管理

赵 洁,陈质雅

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

医疗护理风险无处不在已成为医疗界的共识^[1]。手术室是外科进行手术治疗和担任抢救危重患者的重要场所,对与急诊手术而言,所面临的患者更是病情复杂多变、生命危重、年龄不一。尤其是剖宫产手术面对的是妊娠分娩的妇女,动辄关系到两条人命与两个家庭三代人的生活,俗话说“人生人,吓死人”。生产虽是生理现象,但剖宫产手术配

合过程中不确定因素较多,可能直接或间接影响到产妇及胎儿的生命安全。因此手术室护理人员应及时对剖宫产手术过程中现有和潜在的风险因素进行识别、评价和处理,以减少风险事件的发生和风险事件对患者、护理人员、医院的危害及经济损失。及时识别护理风险,并有效防范,避免各种风险转化为危机,是护理风险管理追求的目标^[2]。有效

推行护理风险管理,对护理人员提高风险预测意识,增强风险鉴别能力,减少服务过程中各类危险因素,最大限度地降低护理风险事件的发生发挥了重要作用。本文从剖宫产手术配合过程中护理风险产生的原因出发,结合作者自身护理风险管理的实践经验,提出了相关的建议。

1 手术配合过程中护理相关风险因素

1.1 护士方面的因素

1.1.1 护理人员工作主动性不强,经验不足。急诊剖宫产患者进入手术室后,未能在第一时间内正确评估产妇的病情,术中易发生病情变化,如有妊娠合并症、并发症等状况。护理人员估计不足,因器械、药物、设备准备不充分或为处于良好的备用状态,影响到产妇及胎儿的救护工作。

1.1.2 护士责任心不强,未严格执行急救相关物品设备的班班交接,尤其是急救器械、设备如产钳、氧气、新生儿吸器、新生儿辐射台及抢救车等,容易发生未处于备用状态、性能不良等问题,影响胎儿娩出困难或新生儿复苏抢救工作。

1.1.3 剖宫产多为急诊手术,值班护士在手术配合过程中,既要顾及患者的抢救工作,又要考虑多台急诊手术连续进行,造成精神疲惫,注意力不集中,执行规章制度不正确,易遗留器械敷料在患者体内^[3]。

1.1.4 护士的应变能力不足,反应较慢,对急诊手术配合工作的顺利进行造成一定的阻碍。部分护士经验不足,在判断处理风险因素的措施不到位。如产妇出现仰卧位综合征、羊水栓塞、胎儿窘迫等突发状况,不能及时全面的进行病情观察并采取相应措施,影响抢救工作的顺利进行。

1.2 药物性的因素 护理人员未严格执行三查七对,尤其在缩宫素、欣母沛等预防宫缩药物的使用或抢救时药物的使用方面未认真核对药物的名称、剂量及用法。

1.3 医院感染因素

1.3.1 手术室的空气、器械病原微生物的存在及工作人员无菌技术的不到位易引起术后感染。手术引起机体免疫力下降,宫腔组织创伤、渗血、渗液的存在都是术后感染的重要原因。

1.3.2 由于手术室的工作特性,医务人员接触血液、体液及锐器的机会多,其职业暴露的风险性更大。在手术配合过程中羊水、血液的飞溅、操作不当致使锐器刺伤、防护用具的配备使用不到位等因素都会增加职业暴露的风险^[4]。

1.4 产妇自身因素 健康的产妇还是存在有合并症或并发症的产妇;其胎儿的情况如何,有无宫内窘迫或其他状况等。这些都造成风险因素的增加。

1.5 组织管理方面 工作中忽视规章制度的落实与完善,护理人员不重视所遵循的规章制度,在工作中违背工作规范。值班人员安排或梯队结构不合理,科室未及时根据情况调整工作安排,导致延误急诊抢救工作。科室未加强相关业务培训工作,忽视对低年资护士的风险意识教育工作。

2 对策

2.1 风险评估及应对措施 谨慎对待可能的失误原因,引入服务规范和标准,使工作人员对手术中的危险因素进行有效评估,把握手术配合过程中的关键步骤,采取有效应对措施。

2.1.1 仰卧位综合征 孕妇仰卧位时,增大的子宫压迫下腔静脉,使回心血量减少,导致孕妇血压下降。特别是当剖宫产硬膜外麻醉时,下肢血管扩张,更易发生仰卧位低血压综合征^[5]。因此在麻醉前建立静脉通路,麻醉以后可快速输入液体,使部分液体留存于血管内,起到预防和纠正仰卧位综合征的作用。发现产妇有心慌、胸闷等自觉症状,并伴有明显血压下降,应立即将子宫推向左侧或把床左倾 15—30°,产妇自觉症状迅速减轻或消失,血压上升。在处理仰卧位综合征上,体位的改变及时、迅速、有效。总之,为了预防仰卧位低血压综合征的发生,要采取适当的体位,保证输液通道畅通,适当的应用缩血管药物,对于贫血、产前出血的产妇应建立两条静脉通路,及时补充血容量,调整体内水电解质的平衡,以达到最佳防治效果。

2.1.2 胎儿娩出困难 剖宫产是解决难产或因医疗指征需及时终止妊娠的常用手术,从子宫切开到胎儿娩出的时间不宜超过 150 秒。手术室护士在手术配合中需要精力高度集中,保持机动灵活,忙而不乱的工作状态,对随时出现的意外情况,沉着稳定、从容处理,保证胎儿及时娩出。当切开子宫破膜后,外界的空气及术者娩出胎儿的操作,可引起胎儿呼吸幅度增大,其操作时间越长,吸入的羊水也就越多,严重可导致新生儿窒息。宫内操作时间延长,腹主动脉及下腔静脉受压,子宫血流灌注减少对胎儿血循环产生不良的影响。因此要减少因胎儿娩出困难造成的新生儿损害,需缩短胎头娩出操作时间。当胎儿高浮或胎头嵌入太深,尤其胎儿偏大时,徒手取胎头往往十分困难。如果用力过猛,常引起子宫切口撕裂、产后出血等。此时就需要借助辅助器械——产钳,辅助胎头娩出,既增加了娩出力矩,又减少了子宫切口的娩出力,对胎儿损伤小,降低新生儿产伤的发生^[6]。手术室配置单叶及双叶产钳,常规消毒灭菌好处于备用状态。值班护士班班交接,进行清点,如有特殊情况进行反馈。尤其是节假日期间,要强调产钳使用情况的交接。

2.1.3 出血 剖宫产可因子宫切口裂伤、血管破裂、子宫收缩不良、胎盘种植部位血窦不能有效关闭而致子宫出血,且可因短期大量出血使产妇进入休克状态。手术室护士因熟悉剖宫产各种出血情况的手术配合,备好宫缩剂及 B-lynch 缝合术所需的缝线。根据医生的需求备好纱布条填塞宫腔止血或进行子宫动脉或髂内动脉结扎止血手术配合^[7]。

2.1.4 物品清点 着重做好手术器械、敷料、手术缝针及其他物品(针筒、小纱)的清点核查。一般来说,在正常状态下进行的手术不容易发生这种情况,而在大出血时为压迫止血使用的纱布数量和频率增加,有可能原来准备的纱布不够而需要巡回护士增添纱布,因为紧张,可能导致忙乱、无序,在多个环节上发生纱布清点错误。

2.1.5 切口感染 剖宫产手术存在多个切口感染的原因,如胎膜早破或宫口已开的产妇,因生殖道正常菌群改变造成细菌向宫腔内蔓延,容易出现上行性的机会感染。手术室的空气、器械病原微生物的存在及工作人员无菌技术的不到位易引起术后感染。手术引起机体免疫力下降,宫腔组织创伤、渗血、渗液的存在都是术后感染的重要原因。所以要彻底清洁器械、有效保障器械的消毒灭菌的合格性。无论手术室的条件怎样标准、洗手液的效果如何的好,都不可替代

严格的无菌技术操作、轻柔细致的手术操作。根据不同层次的组织结构,选择合适的手术缝线。缝合子宫的缝线不可再用于缝合其他层次的组织。

2.1.6 误吸 急诊剖宫产的产妇多以饱食为见,麻醉状况下呕吐物反流易至产妇发生窒息。常规将产妇头偏向一侧,随时做好清除呕吐物的准备,预防吸入呼吸道^[8]。

2.1.7 有效吸引 剖宫产手术过程中尤其强调吸引器的使用,在手术过程中要保证吸引器通畅。有效的吸力能及时吸除羊水,并在胎儿娩出后及时洗净其口鼻分泌物。手术开始前连接好吸引器管路,处于备用状态。手术开始后连接台上吸引器管,再次确认有效的吸力。因新生儿因其粘膜极薄、脏器嫩小,使用的吸引负压应控制较小的范围,使用成人吸引系统的高负压系统可能会伤害新生儿及造成医疗事故,所以应配备专门针对新生儿安全使用的低负压吸引系统。

2.1.8 职业防护 在手术配合过程中注意操作规程,提高防范意识。术中注意锐利器械的放置、取拿,手持锐器行动时,要避免将锐器对着自己或他人,避免安全隐患;术后将使用的缝针、刀片等放入耐刺、防漏的锐器盒内;医疗垃圾按相关规定分类放置^[9]。定期进行安全教育,坚持标准预防+额外预防的原则,并且掌握发生职业暴露后的处理措施。

2.2 风险防范

2.2.1 适度更新流程和程序以指导实践,加强风险意识教育及关键环节应急措施的培训。通过不同形式的学习方式及与产科医生交流沟通,获取有关剖宫产手术配合的新进展。尤其在对于部分产后大出血手术配合、新生儿复苏过程的配合方面,及时跟进配合的要点。

2.2.2 形成常规化检查机制,每个负责急诊手术的班次需要对规定的常规设备用物及急救设备用物施行班班交接,检查核实设备物品是否处于备用状态。若发现有运行不良或故障的设备应立即停止使用,上报科室,并且寻找备用的设备,不影响急诊手术的开展。

2.2.3 在工作中,遇到任何损失和医疗事故都应尽快上报,尽可能将不良事件的影响控制在较小的范围内。对日常工作中发现存在不安全因素要及时上报科室,科室有针对性的采取防范措施以预防风险事故的发生。

2.2.4 回顾分析事故的安全隐患和伤害。在出现风险事件后,应及时对事件的风险因素、客观原因、主观因素进行分析,对今后如何有效防范此类风险或在出现风险后如何采取有效干预措施提出具体实施方案。落实有无预防措施、有无提供足够的信息、有无器械和敷料数目不符、有无不正确的无菌操作等。

2.3 评价

2.3.1 由于风险性质的可变性,人们对风险认识的阶段性以及风险管理技术处于不断完善之中,因此,需要对风险的识别、估测、评价及管理方法进行定期检查、修正,以保证风险管理方法适应变化了的新情况。所以,我们把风险管理视为一个周而复始的管理过程。对于手术室护士而言,要注重每一个剖宫产手术中的高危因素,既包括产妇有包括胎儿,对存在的高危风险度进行判断识别,如妊高症、胎儿窘迫、术中大出血等情况,给予相应的应对措施,以尽力保证母婴安全,并且做到时刻评估、即刻执行。

2.3.2 科室的管理者要定期的分析、比较已实施的风险管理方法的结果与预期目标的契合程度,以保证措施的有效性、科学性、适应性。尤其要在出现风险事件后及时的对措施进行合理评价,修改无效措施或错误措施。并且在实施修订措施后要跟踪,确保所修订措施的可行性。

风险无处不在,存在于工作的每一个环节。因此我们要谨慎对待可能的失误原因,将自身及患者暴露于危险中的可能性降到最低。可爱的生命需要我们的关爱,我们要谨守职责,保障母婴安全。

参考文献(略)

婴幼儿人工耳蜗植入术的围手术期精细化护理

颜少观

(厦门大学附属第一医院耳鼻喉头颈外科颜少观,福建 厦门 361003)

精细化护理是指病人在诊疗过程中,每个诊疗环节护理标准细化,人性化管理,入微的服务理念,使病人在生理上和心理上达到良好的状态。我科对耳蜗植入术患儿围手术期采用精细化护理,制定严格的护理常规,使之程序化、规范化;选择性格温柔,亲和力强,富有爱心的护士着重培训,专职护理。

语前聋是指胎儿出生后即存在的感音神经性耳聋,多为双耳极重度聋^[1]。1-3岁为婴幼儿语言发育的关键时期,对患儿听力早期干预非常重要^[2]。人工电子耳蜗植入,使极重度感音神经性聋患儿回到有声世界,学会语言交流

是科技的一大进步。2013年9月至2014年7月,我院耳鼻喉科收治低龄先天性感音神经性耳聋患儿20例,采取精细化护理方法取得了较好的效果,现报道如下。

1 临床资料

本组20例中,男性患儿13例,女性患儿7例,年龄24个月-5岁4个月,平均4岁2个月。均为双耳极重度感音神经性聋,其中2例为大前庭导水管症,其余18例内外耳发育正常,均有残余听力,符合手术适应证。手术采用全麻面神经隐窝入路施行,过程顺利。术后伤口均I期愈合,无并发症发生,术后5-7天拆线出院。

2 精细化护理

2.1 术前心理指导

先天性聋儿由于无声音感知体验,他们主要通过触觉、视觉来认识新事物,心理沟通存在困难。护理人员应怀以爱心,给予更多关爱,充分利用视觉、触觉等各种感官信息与患儿互动。接触患儿时应蹲下或附下身体、减少距离感和陌生感,面带微笑,亲切与其交流,多鼓励患儿,建立信任,使其开心快乐的接受诊疗。

2.2 术前检查精心安排

患儿术前检查包括内听道 MRI、颞骨 CT 及听力检测等,均需要提前预约。我们根据实际情况,精心安排,细化流程,具体做法为:检查前一晚指导家属帮助患儿较早入睡,早晨 6:00 左右叫醒患儿,进行洗漱及进食,到 8:30 左右患儿有明显睡意时,引领家长去听力室进行检查,多数患儿能配合完成检查项目。对于入睡困难,不能完成检查的儿童,预约下午 2:00-3:00 检查,叮嘱家长中午不要患儿睡觉,对于睡眠习惯不好,易惊醒的患儿,遵医嘱备好 10% 水合氯醛,检查前 30 分钟口服或肛门注入(剂量为 0.5ml/kg),待患儿熟睡后再进行检查。

2.3 术前护理精细化

术前要注意细节安排。对患儿家长要进行宣教,因为手术均为全身麻醉,术前要求禁食禁饮 8-10h,禁食禁饮是为了避免术中出现误吸,告诉患者家属误吸的严重后果,使家长能配合。术前一天下午由指定的理发师帮患儿剃头,征得患儿家长意见,剃光头比较便利。如果家长不同意剃光头,则要求耳后、耳上发迹上四横指宽度(约 10cm)。协助家长给患儿洗澡、更换病员服装,修剪指甲。术前晚上入睡(晚 10 点前)可喂食牛奶等食物 1 次。对于婴幼儿患者,一般根据年龄较小、体质较差的患儿优先选择第一台手术。所有接台手术患儿,应给予静脉输液,避免因长时间不进食导致患儿精神不佳。因患儿对手术室的陌生环境不适应,安排患儿较亲近的家长 and 护理人员陪伴护送至手术间,降低了其恐惧心理。还要与主刀医师沟通,选择好接病人的时机,避免患儿进手术室等待时间过长。

另外,术前护理人员知识培训也很重要。要求掌握人工耳蜗相关知识,术前充分了解患儿的病情,要求责任护士

参加术前病例讨论,熟悉术中、术后可能发生的并发症,做到心中有数。

2.4 术后精细化护理

手术后患儿送达病房,责任护士即刻来到病房,仔细检查输液情况,皮肤情况,观察患儿神智、面部表情、包扎伤口敷料等情况。术后常规监测脉搏、呼吸及血氧饱和度 6h。同时要交代家属注意事项,防止坠床,防止患儿挠抓切口,防止患儿将静脉留置针挣脱等等。对于哭闹严重的患儿在病情允许的情况下可采取自由体位。患儿苏醒后 6h 方可进食,口唇明显干燥者可指导家长用棉签蘸温开水湿润嘴唇。责任护士应反复对家属进行宣教交流,学会配合护理,保证术后安全。

2.5 术后并发症的观察

耳蜗植入术后常见并发症有头皮血肿、切口感染、皮瓣坏死等情况;少见并发症有耳鸣、眩晕、面神经麻痹及脑膜炎等。术后密切观察病情,注意生命体征变化。叮嘱家属观察包扎纱布是否渗血、渗液,鼻腔是否有清亮液体流出等情况发生。术后避免患儿头部剧烈扭动及碰撞,防止电极移位,导致手术失败。有的患儿鼻腔或口腔少量血性分泌物,是因为中耳腔血液通过咽鼓管引流至鼻咽部所致,不必恐慌,是正常现象。如果有异常情况及时向医生汇报,及时处理。

3 出院康复及耳蜗保养宣教

术后 1 个月左右时间需开机调试,一般需定期调试一段时间,直到最佳适应为止。语前聋患儿没有听觉体验,听力年龄从开机开始时算起,叮嘱家长要象教刚出生的婴儿一样学习语言,注意不要让患儿根据口型学说话^[3]。听力语言康复是一个漫长的过程,应培训家长掌握系列的言语训练方法,进行术后语训与亲力亲为相结合,达到最好的效果。

人工耳蜗的保养非常重要,嘱家长防止患儿头部外伤,注意保持外机的清洁,避免潮湿、静电等,出门注意备雨伞,防止雨淋及日晒,遇到问题及时与植入单位或耳蜗公司联系处理。

参考文献(略)

· 调查研究 ·

厦门市近五年血液免疫系统主要罕见病的初步调查

洪朝基

(厦门市医药研究所,福建 厦门 361008)

1 罕见病的概述和研究现状

罕见病是指发病率很低、很少见的疾病,前一阶段由“冰桶挑战”所关注的疾病肌萎缩侧索硬化症(ALS、又称

渐冻人)就是神经系统罕见病的其中一种。世界卫生组织将罕见病定义为患病人数占总人口 0.65%至 1%之间的疾病或病变。目前全球范围内已经确认的罕见病的病种有 6

千多种,占到人类总疾病的 10% 左右。在种类繁多的罕见病当中,约有 80% 的罕见病是由遗传缺陷所致,其中一半的罕见病患者在出生时或者儿童期即可发病,大多病情较重。

美国 2002 年通过的《罕见病法案》将罕见病定义为在美国患病人数低于 20 万人,或患病率低于 1/1500 的疾病或病变。欧盟对罕见病的定义是危及生命或慢性渐进性疾病等患病率低于 1/2000,需要特殊手段干预的疾病。日本对于罕见病的法律定义为在日本患病人数低于 5 万人,或患病率低于 1/2500 的疾病。韩国将患病人口低于 2 万人的疾病定义为罕见病。我国台湾地区 2000 年通过《罕见疾病防治及药物法》将罕见病定义为盛行率在万分之一以下、遗传性及诊治困难性的疾病。

国内专家就罕见病的定义开展过多次讨论,并未达成共识。有专家建议:将罕见病定义为患病率低于五十万分之一的疾病,在新生儿中发病率低于万分之一的遗传病定义为罕见遗传病。按此定义估计目前中国罕见病患者已经达到 1680 万,罕见病患者有 75% 治疗不规范,44% 存在误诊。由于罕见病涉及到了血液、免疫、神经、呼吸以及内分泌代谢等多个学科,有的罕见病的患者要辗转 5 到 10 位医生,而且因为每个医生对于罕见病的认知有限,从症状初现到最后诊断短则 5 年,最长的 30 年还未能够确诊,误诊和漏诊也经常发生。即便确诊,目前已知的罕见病中,仅有不到 5% 的病种有治疗方案,而且只有不到 3% 的罕见病存在有效的治疗方法,绝大多数是没有特别有效的治疗方法。除了治疗方法很少之外,我国罕见病治疗也存在着治疗药品少,这是因为罕见病患者人数相对大病来说比较少,所以药品从国外进口的时候就缺乏动力,药品非常昂贵,支付渠道比较困难,再加上社会认知度也会比较低以及研发成本和生产成本高,开发风险大,罕见病在治疗上普遍存在着用药难和用药贵,有些疾病每个月的治疗费用高达几万元甚至几十万元。

近十年来,我国的某些机构已经开始着手某些罕见病的流行病学分析。例如,2002 年中国建立国家克雅氏病(Creutzfeldt-Jakob disease, CJD) 监督系统,2008 年,中国疾病预防控制中心等几家研究机构以该系统为基础对 2006 ~ 2007 年间中国的 CJD 患者做了流行病学及临床症状分析。随着我国经济社会的发展,特别是中央政府对民生的高度重视,罕见病问题越来越受到从政府到民众的关注。全国人大代表、政协委员孙兆奇、李定国等多次在全国两会上提议案,学者王静波、孙兆奇等分别在世界著名的综合性医学杂志《柳叶刀》发表述评,呼吁社会关注罕见病,制定我国《罕见疾病防治法》,促进罕见病患者获得可持续的医疗保障。2010 年 5 月,上海市政协召开“建立罕见遗传病基本医疗保障机制”专题讨论会;2010 年 10 月,我国首家省级罕见病协会组织“山东省罕见病防治协会”成立,山东省政府还同时建设成立“山东省罕见疾病重点实验室”,标志着我国罕见病研究进入一个崭新的时期。

但是,总体上,我国对罕见病的研究目前还主要集中在寻找已知突变基因的新的突变位点上,甚至,对大多数罕见疾病来讲,仅限于病例的个案报道或零星的研究报道。许

多医学专家认为我国具有丰富的罕见疾病样本资源,但未得到充分利用,缺乏国家整体层面的计划支持和有影响力的研究成果产出。罕见疾病的防治与优生保健的研究涉及预防医学、妇幼保健、遗传医学、心理学、营养学、社会工作、法律学、社会保障、医疗保险政策制定等诸多学科领域,需要各级各类机构参与相关的研究。

2 厦门市近五年血液免疫系统主要罕见病的初步调查分析

2013 年 2 月 28 日国际罕见病日,由 13 个省的 17 家医学单位(包括福建省医科院、厦门市医药研究所和漳州市医科所)发起组成的我国首家罕见疾病全国性组织——中国罕见疾病防治联盟在山东济南成立。我国第一个关于罕见病防治的国家科研项目“中国罕见疾病防治研究与示范”同时启动。按照中国罕见疾病防治联盟安排,厦门市医药研究所与山东省医科院合作的课题《福建省闽南地区罕见疾病流行病学调查》子项目获“十二五”国家科技支撑计划“中国罕见疾病研究与示范”项目资助。目的是为了客观、准确、全面的了解我市及周边地市罕见疾病的患病情况,分析其中存在的问题,从而为政府制定罕见疾病相关政策提供依据。

我们首先根据“中国罕见疾病研究与示范”项目的要求在厦门市卫生信息中心数据库中查询,对厦门市 5 所三级综合性及专科医院(厦门大学附属第一医院、厦门大学附属中山医院、厦门市第二医院、解放军第 174 医院、厦门市妇幼保健院等)在 2008 年下半年 ~ 2013 年上半年期间入出院的 87 万多住院病人中采集罕见疾病病例的住院号、性别、出生年月、籍贯(或出生地)、入院日期、出院日期、主要诊断(ICD10 编码及疾病名称)、其他诊断(ICD10 编码及疾病名称)及各医院的年住院人次等指标进行调查分类、统计分析。本文仅就本次调查发现的国际疾病分类 ICD10 编码英文字母 D 字分类中 D5、D6、D7、D8 疾病分类下的血液免疫系统主要罕见病的初步调查和分析报告如下:

厦门市 5 所三级综合性及专科医院 2008 年下半年 ~ 2013 年上半年期间入出院的 87.6695 万住院病人中按项目的要求在厦门市卫生信息中心数据库中共机选出 ICD10 编码英文 D 字母分类中 D5、D6、D7、D8 疾病分类下血液免疫系统患者 5305 人,再经人工筛选出血液免疫系统罕见病住院病人 1676 人,占近五年这 5 家医院入出院病人总数的 0.19% (1676/876695)。这其中男性有 1016 人(60.62%),女性有 660 人(39.38%);0 ~ 10 岁组有 320 人,11 ~ 20 岁组有 214 人,21 ~ 30 岁组有 221 人,31 ~ 40 岁组有 236 人,41 ~ 50 岁组有 254 人,51 ~ 60 岁组有 228 人,大于 61 岁组有 189 人,未登记年龄者有 14 人。分析统计出的血液免疫系统主要罕见疾病分类共有 17 种(类):葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症 33 例,谷胱甘肽还原酶缺乏症 10 例,各种类型的地中海贫血 241 例,遗传性球形红细胞增多症 16 例,阵发性睡眠性血红蛋白尿 88 例,再生障碍性贫血(除外营养不良性、肿瘤化疗后等类型再生障碍性贫血)753 例,免疫性血细胞减少症 22 例,遗传性蛋白 C 缺乏症 1 例,卡-梅综合征 1 例,先天性中性粒细胞减少症 1 例;A 型血友病 193 例,B 型血友病 20 例,C 型血友病 2 例;朗格汉斯细胞的组织细胞增多症

41 例;免疫球蛋白增多症 1 例,自体免疫病 2 例,免疫缺陷病 5 例。

根据以上统计数据结果分析,虽然罕见病的发病率较低,本组患者占近五年入出院病人总数的 0.19%,但患者的绝对总数还不少;调查发现的罕见疾病的病种也不少,仅本组中血液免疫系统的病种就有 17 种(类)。据报道自去年 7 月启动的对北京市三级医院近 5 年罕见病病历调研显示,北京地区 5 年来共发现罕见病 40 多万例,涉及 4000 多种罕见病。

本组患者的男女性别比例为 1.54:1,男多于女;各年龄组人数分布以小于 60 岁的患者明显为多,符合罕见病发病较早,约有 80% 是由遗传缺陷所致特点。

其中地中海贫血就是一种目前世界上发病率最高的单基因遗传溶血性血液病,我国是地中海贫血的高发国,在我国长江以南各省份均有报道,广东、广西、贵州等地是我国该病发病人群较集中的地区,福建、四川、湖北、湖南等地也较为常见。在广东,每 9 个人就有 1 人携带地中海贫血基因。自从强制婚检取消后,由于婚检率偏低,广东等沿海省份儿童地中海贫血患病率呈上升趋势,广州市儿童医院提供的数字表明,该医院从 2002 年至今地中海贫血患儿发病率和确诊率正以每年 8% 到 10% 的速度缓慢上升。而在广西,地中海贫血基因携带者高达 900 多万。按遗传规律,如果夫妻两个均是地中海贫血基因携带者,则有 25% 几率生出重型地中海贫血患儿,这样每年可能会有大量地中海贫血患儿出生。广西出生缺陷率是 216 人/万,为全国之首,其中近一半为地中海贫血患儿,是广西发生率最高、危害最大的遗传病。本组患者中发现各种类型的地中海贫血共有 241 例(包括 α 地中海贫血、 β 地中海贫血等),占了 14.38% (241/1676)。这些数字说明,地中海贫血的预防和治疗刻不容缓,加强婚检、产前诊断,减少地中海贫血儿出生率,关注对地中海贫血患者的防治,是我们迫在眉睫的任务。

再生障碍性贫血也是血液系统较常见的疾病之一,曾有两个流行病学调查,分别在欧洲和亚洲采用同样的方法调查,结果显示亚洲的发病率约是欧美国家的 2~3 倍,可能与处于不同的暴露环境,包括病毒、药物、化学、遗传背景有关。特别是近年来随着工业的日益发达、环境污染的加重,再障的发病有逐渐增多的趋势,因此国内外血液学工作者对再障的发病率、地区分布、性别和年龄差别及其可能的发病诱发因素都进行了广泛的研究。我国曾于 1986~1988 年组织全国 21 个省(直辖市),共 44 个调查点进行全国再障发病情况调查,发病率为 0.76/10 万,近 20 多年,我国再未有全国范围的发病率调查。再生障碍性贫血各年龄组均可发病,但以青壮年多见;男性发病率略高于女性。本组统计数据结果发现各种类型再生障碍性贫血患者明显最多,但由于不同医院的疾病名称不规范、不统一,ICD-10 编码也可能存在差异,使用疾病中文名称查询,结果参差不齐,由此极大地影响调查统计数据的分析。

3 加强罕见病防治能力的建议

3.1 鉴于本组调查病例数据来自厦门市卫生信息中心数据库中各个医院上传的病历首页填写的资料,建议市卫生行政部门规范住院病案首页填报工作,明确要求按照《国际疾病分类(ICD-10)临床版》规范住院病案首页信息填报,对全市二、三级医院的编码人员和病案管理人员进行系统培训。

3.2 重视和加强罕见病的研究:(1)卫生主管单位可以制定相应的鼓励和促进罕见病研究的政策,将罕见病防治知识纳入医务人员继续教育内容,培养专科医生,让更多的医生了解罕见病,提高罕见病防治水平。(2)科技财政可加大投入,如设立罕见病合作与研究的专项基金,支持出版一些罕见病教材、继续教育资料和临床应用参考书籍。(3)筹建地方性学术协会,举办各类学术活动,搭建交流平台,对各地罕见病的主要病种和流行病学特点作一调查,摸清主要罕见病的发病情况及规律。(4)推进地方罕见病公益组织机构建立和活动开展,宣传和普及罕见病知识。

3.3 充分利用我市对台交流的区位优势,召开海峡两岸罕见病学术交流会议,就罕见病的预防、治疗、药品研发与社会保障政策等问题,加强两岸在罕见病的筛查和防治上的交流合作。台湾地区在罕见病防治与社会保障领域的经验丰富,针对罕见病患者及其家属,建立了罕见病患者资料库,有效整合各项资源,提供病患药物介绍、遗传与营养、心理辅导等咨询,并以专款专用方式,透过购置图书资料、提供罕见疾病相关博硕士论文奖励、委托罕见病相关学术研究、举办研讨会、出版罕见疾病专书等方式,结合学术资源与政策推动,进而提升两岸罕见病相关领域的研究水平。

3.4 开发建立罕见病电子资源基础平台,启动标准化数据资源共享,实现患者求医问诊、专家交流服务于一体,推动罕见病立法与社会医疗保障,切实解决患者的就医负担。

3.5 加强包括医疗机构和患者组织之间的合作,搜集到足够的医学数据进行有统计学意义的测试和研究,共同攻克疾病。同时,医院尽可能推出罕见病专业门诊或特色门诊,开展罕见病的科学普及和健康教育。

3.6 以病人为中心,建立人文关怀和心理疏导机制,不仅要把人文关怀和心理疏导贯穿、渗透、体现于政府对罕见病患者的思想教育、志愿服务、专业咨询、心理医疗等各个方面,而且要及时帮助他们解决思想情绪和心理健康方面的问题,最大限度地消除引发他们心理失衡、失调的外部诱因,为促进罕见病患者的心理和谐提供社会环境支持,引导其采用和谐的方法、和谐的思维方式处理遇到的困难和问题,培养自尊自信、理性平和、健康向上的社会心态。

总之,罕见病患者虽然是少数,但他们也享有平等的生存和健康的权利,社会各界关注他们,帮助他们改善身心健康,促进他们获得可持续的医疗保障,让他们深切感受到社会的关爱和人文关怀,推动和谐社会建设。

参考文献(略)

青少年颈椎病患者家庭支持情况的调查研究

徐娟¹ 吴惠凤²

(1. 福建省厦门大学附属第一医院康复医学科, 福建 厦门 361003,
2. 福建省厦门大学附属第一医院同民分院外科, 福建 厦门 361101)

颈椎病(Cervical spondylosis)是指因颈椎间盘退变及其继发性改变刺激或压迫邻近组织如神经根、脊髓、椎动脉、食管、交感神经等引起的临床症候群^[1], 常见于老年人。但近年来, 有相关统计显示, 除颈部外伤史、咽喉炎外, 枕头高度不适、高度近视、熬夜、生活压力大、环境潮湿、缺少体育锻炼、看书时间过长、坐位姿势不正、睡眠状态不正确、键盘位置不适、眼睛和课本距离过近以及家长缺乏颈椎病相关知识等原因^[2-3], 使颈椎病的发病年龄有逐渐年轻化趋势。颈椎病所致的反复肩颈酸痛、头晕头痛、记忆力下降、视力下降、乏力已经严重影响了青少年的日常生活学习、身体发育和生活质量, 同时可能使其产生负性情绪和不良心理反应。且由于青少年缺乏良好的自律性、家属缺乏应对该疾病应有的知识储备而不能很好的督促患儿远离病因, 导致疾病反复发作和渐进性发展, 更是加重了该疾病对家庭、社会的不良影响。当患者家属缺乏相关护理知识, 不能采取有效的应对措施, 会使患者得不到更好的照顾。Reider 也认为, 当家庭获得有效支持时, 能促进其应对能力^[4]。因而, 本论文以患者家属为研究对象, 通过调查问卷, 了解青少年颈椎病患者家属对该疾病的认知程度及为患者提供的家庭支持情况, 为临床护理工作实施健康教育提供参考, 以期促进青少年颈椎病的康复。

1 对象与方法

1.1 对象 研究对象为自 2012 年 6 月至 2013 年 4 月符合纳入标准的厦门各医院门诊就诊及住院的青少年颈椎病患者家属。纳入标准: (1) 符合 1994 年全国颈椎病会议制定的颈椎病诊断标准^[5]; 并具备青少年颈椎病的临床特点的患者家属; (2) 年龄 10-24 岁的青少年患者的共同生活的家属, 家属性别年龄不限^[6]; (3) 患者及其家属愿意接受本研究项目。排除标准: (1) 伴有身体重大疾病者; (2) 有精神病疾患者; (3) 由于各种原因, 不能持续配合研究者; (4) 不符合纳入标准者。

1.2 方法 本研究采用调查问卷方法, 问卷题目针对患者家属在疾病治疗过程中为患者提供家庭支持情况, 同时参考肖水源^[7]编制的社会支持量表结构结合青少年颈椎病特点设计, 量表已经 5 位以上专家评定。量表分为客观支持(6 条)、主观支持(3 条)、支持利用度(2 条)、疾病相关知识了解程度(4 条)共 15 道题。第 1-6 题、第 8 题、第 10-15 题为单选题, 设置 ABCD 选项, 其中 A 选项记为 3 分、B 选项记为 2 分、C 选项记为 1 分、D 选项记为 0 分。第 7 题、第 9 题为多选题, 设置 ABCDEFG 选项, 其中 A 选项记为 2 分, BCDEF 选项记为 1 分, G 选项记为 0 分。问卷满分为 55 分, 分数越高说明家庭支持情况越好。由调查者本人亲自发放问卷, 对于文化程度较高者说明方法后, 让其自行填写, 对

于文化程度较低者, 由调查员逐项念给被调查者听, 由被调查者自行评定后由调查者协助填写, 问卷当场回收。共发放问卷 60 份, 回收率 100%, 有效率 100%。

1.3 统计方法 所有数据采用 SPSS18.0 进行统计分析。

1.4 伦理注意事项 (1) 本研究遵循自愿原则, 参与本研究的患者及其家属如有异议或不适可随时终止参与本研究。(2) 对接受问卷调查者信息进行保密, 采取匿名调查。

2 结果

由调查数据可知在接受调查的 60 名患儿家属中, 患儿家庭支持情况总体评分为(24.0±4.05)分(满分为 55 分), 可知青少年颈椎病患者所得到的家庭支持情况较差。其中, 客观支持得分为(8.30±1.92)分(满分为 18 分), 主观支持得分为(3.35±0.98)分(满分为 9 分), 知识了解程度部分得分为(9.85±2.32)分(满分为 22 分), 支持利用度的得分为(2.45±0.94)分(满分为 6 分)。

由表一可知, 青少年颈椎病患者家属主观上能够认识到家庭为患者提供的支持较不足。

表 1 主观支持 (n=60)

项目	得分 ($\bar{x} \pm s$)	总是 (%)	经常 (%)	偶尔 (%)	从不 (%)
1. 您在孩子的日常生活中能否做到帮助孩子改正不良习惯, 以降低青少年颈椎病的发病?	1.10±0.44	0	15	80	5
2. 您知道如何预防青少年颈椎病吗?	1.25±0.55	0	30	65	5
3. 您有留意孩子平时读书上网时坐姿习惯端正或睡姿是否正确吗?	1.00±0.45	0	10	80	10

由表二可知, 青少年颈椎病患者家属为患者提供的客观家庭支持较不足。

表 2 客观支持 (n=60)

项目	得分 ($\bar{x} \pm s$)	总是 (%)	经常 (%)	偶尔 (%)	从不 (%)
1. 当您发现孩子坐姿睡姿不正确是及时提醒并纠正吗?	1.00±0.32	0	5	90	5

项目	得分 ($\bar{x} \pm s$)	总是 (%)	经常 (%)	偶尔 (%)	从不 (%)
2. 您会在孩子伏案学习或上网30分钟时提醒孩子休息活动片刻吗?	0.95 ± 0.39	0	5	85	10
3. 如果有关于青少年颈椎病的知识讲座或学习机会,您是否会愿意参加?	1.25 ± 0.55	0	30	75	5
4. 您家里孩子使用的桌椅是否适合孩子的身高并根据孩子的身高变化更换?	1.75 ± 0.78	是, 并根据更换	是, 但并不注意更换	不清楚	不是
5. 您知道青少年更适合双肩包,且书包应避免过重、肩带应保持合适高度,同时要求孩子做到吗?	1.55 ± 0.51	知道, 并有严格要求	知道, 但严格要求	知道, 但不要严格要求	不知道
6. 您知道孩子使用枕头的适宜高度为 8 - 15cm (孩子一拳高), 并为孩子准备合适的枕头吗?	1.85 ± 0.74	20	45	35	0

由表三可知,青少年颈椎病患者对所接受的家庭支持利用不够充分。

表 3 支持利用度 (n = 60)

项目	得分 ($\bar{x} \pm s$)	总是能 (%)	经常能 (%)	偶尔能 (%)	从不能 (%)
1. 当您纠正孩子的坐姿睡姿后,您的孩子会改正并保持吗?	1.15 ± 0.48	0	55	45	0
2. 提醒孩子休息片刻再继续伏案,您的孩子会听从并形成习惯吗?	1.30 ± 0.65	0	40	50	10

由表四可知,青少年颈椎病患者家属对该疾病的认识不足。

表 4 知识了解程度 (n = 60)

项目	得分 ($\bar{x} \pm s$)	满分
1. 您知道什么是青少年颈椎病吗?	1.30 ± 0.65	3'
2. 您知道“牵引、手法按摩、针灸、药物、颈椎操”等治疗颈椎病的方法吗?	3.75 ± 1.51	3'
3. 您知道哪些是青少年颈椎病的表现吗?	1.05 ± 0.22	8'
4. 您知道以下哪些是青少年颈椎病常见的发病原因吗?	3.45 ± 0.23	8'

3 讨论

3.1 家庭支持情况分析

如数据结果所示,客观支持得分为(8.30 ± 1.92)分(满分为18分),主观支持得分为(3.35 ± 0.98)分(满分为9分)说明,患者家属客观上对患儿的家庭支持情况并不乐观,同时患者家属也能认同家庭为患者提供的家庭支持不足。表一显示,约有90 - 95%的患者家属在主观支持部分选择“经常”或“偶尔”,只有极少数选择“从不”这一选项,说明家属能够认识到应该为患者提供家庭支持。但,表二显示,在实际为患者提供家庭支持部分,绝大部分家属选择“偶尔”,部分选择“经常”而选择“总是”选项的人数极少,即患者家属在认识到应该为患者提供家庭支持的同时,当支持措施落实到实际的生活中则显得力度不足。同时数据也显示,患者家属在患儿的学习生活中未能很好的提供有利于避免颈椎病复发的环境,如被问及能否为患者准备适合的书包、桌椅、枕头时,仅有20%的家属能做到合理准备并督促患者使用。由此可知患者家属在能够认识到应该为患者提供相应的家庭支持的基础上,对家庭支持的重视程度不足,导致患者实际接受的家庭支持较差。而知识了解程度部分得分仅为(9.85 ± 2.32)分(满分为22分),说明患者家属对青少年颈椎病的认识不足,其中对于青少年颈椎病的临床表现、可能的发病原因得分较低,可能是使患者在生活中没有采取避免颈椎受损的措施,以及出现症状后没有及时就医,导致疾病进一步发展的原因。同时数据中支持利用度的得分为(2.45 ± 0.94)分(满分为6分),也说明青少年颈椎病患者在面临家庭支持情况较差的同时,自身对所接受的家庭支持利用不够充分。

3.2 家庭支持的有效性

从1960年许多社会学家就人们为何会采取行动来维护和增进健康进行不断地研究,其中由Becker、Rosenstock提出的健康信念模式是众多研究成果之一,其概念为:当个体觉得自己易罹患该种疾病,而且罹患该疾病所带来的结果会很严重,而他考量采取行动的收益超过行动时可能遭受的障碍,再加上一些线索来促使他采取行动的话,他很可能就会采取该行动^[8]。结合本疾病可知,患者进行青少年颈椎病预防保健的重要促进因素为能够认识到该疾病的危害及采取正确预防措施的有效有利因素。但鉴于该疾病的患病人群为青少年,其对该疾病的危害和有效预防措施的认

知不足,且本疾病属于慢性劳损性疾病,疾病情况时好时坏的特点,易使患者产生侥幸倦怠心理。因此,由健康模式引导的青少年颈椎病患者维护和促进健康的行为较难实现。

同时相关研究也指出,好的家庭支持会促进患者有正向促进健康的行为。在国内,黄淑娟曾对相关文献做了回顾与整理,她提到如果家人能监督病患,并以同理心协助和鼓励患者遵从医嘱,则会有较好的效果,这点对于长期性的治疗尤为重要,因为这种计划需要患者连续性的执行,而越能从家人得到鼓励或提醒的病患,越能有合适的饮食和服药行为。如果家中成员愿意为病患做出生活上的改变时,成功的可能性更大。若治疗疾患能将家人包含在内,是最亲近的人了解甚至参与治疗的过程,对于促进病患的遵医嘱行为是有帮助的^[9]。同时研究表明,青少年颈椎病发病的主要原因为体位不良,而其中坐姿、睡姿不正确、桌椅不适、枕头过高过低或不枕有重要关系,这要求患者家属在生活学习中为患者准备合

理适用的生活学习设备。且该患病人群具有一定特殊性,为青少年自身自律性较差,尤其是少年儿童,其对家庭支持的利用程度更多取决于家属提供的支持力度,因而需要家属提供有力的督促。因此,在护理人员进行护理治疗的同时,不能忽略家属在疾病治疗中的重要作用。

4 结论

综上所述,青少年颈椎病患者所得到的家庭支持情况较差与患者家属对家庭支持的重视程度不足、家属缺乏对青少年颈椎病的正确认识及患者对所接受的家庭支持利用不充分有着一定相关性。研究结果提示,在护理的过程中应重视患者家属在疾病治疗过程中的督促作用,加强对患者及其家属的健康宣教。

参考文献(略)

城市开展社区心理卫生服务的现状及对策思考 ——以福建厦门市为例

方秋兰

(厦门医学高等专科学校,福建 厦门 361008)

随着社会的进步和发展,社会竞争的日趋激烈,使人们心理上承受的压力越来越大,已严重影响到人们的身心健康。在今后很长的时间里,心理社会因素必将是影响人们健康的一个重要的、不容忽视的问题,人们对心理卫生服务的需求也会越来越大。然而,社区卫生服务在预防、医疗、健康教育及计划生育技术服务等方面发挥了重要作用,却很少涉及到心理卫生服务项目。本文旨在通过以厦门为例,通过定性访谈的方式对目前社区心理卫生服务概况的梳理,探讨在开展社区心理卫生服务的必要性及服务模式,并为解决目前开展心理卫生服务方面存在的问题提出可行性建议。

1 厦门市社区心理卫生服务的现状

1.1 厦门心理卫生服务的主要模式

厦门市目前的心理卫生服务的范围不够广泛、方式比较单一,基本上限于单一的心理咨询项目,而且主要为针对产生较为严重心理疾病的医院心理咨询方式,面向广大市民的心理健康讲座、心理健康宣传为数不多,针对“心理亚健康”人群的心理卫生服务更是不多见,这些服务模式远远不能满足社会的需要。

1.2 厦门市心理卫生服务的主要机构

据了解,厦门目前的心理咨询机构,除了大专院校外,主要是仙岳医院承担心理疾病就治工作,还有一些相关的单位,如市妇联、市心理学会、市科协等发挥着心理卫生服务的部门功能。此外,随着市场经济的发展,一些类似咨询公司的私人心理咨询模式(如厦门心灵空间心理咨询中心、

厦门爱恩心理咨询中心、厦门心语堂)也悄然兴起,但其发展良莠不齐,且咨询费高昂,只能满足一些高消费人群的需求。

1.3 厦门市妇联心理咨询中心开展社区心理教育和服务的状况

妇联心理咨询中心创办于2001年3月,是市妇联领导,妇女儿童活动中心下设的公益性专业心理咨询机构,由于条件所限,目前中心环境尚比较简陋。但随着政府为民办实事重点工程——妇女儿童活动中心二期的竣工,中心的办公和咨询环境有所改善。

其咨询范围主要包括:亲子关系、子女教育、人际关系、婚姻情感家庭、儿童心理、情绪管理、人格重塑、生涯规划、失眠治疗、情绪宣泄等。中心现有工作人员3名(包括一名部长和两名工作人员);专家队伍12人(其中有厦门市著名心理专家杨素晖老师、知非老师、李元榕老师及全国著名笔迹心理学专家金一贵老师等);义工队伍70余人(90%以上为国家二、三级心理咨询师)。中心内设接待室、办公室、档案室、热线室、咨询室、宣泄室及家庭教育指导中心。年接免费心理热线800余条,个案心理咨询150余人次。

该中心自2008年3月28日首次为厦门市特殊教育学校授牌起,至今共建有23个心理辅导站点,包括19个社区心理辅导站和厦门特殊教育学校、翔安同心儿童院和厦门航空公司、湖里希望社区服务中心等4个社会心理辅导站。心理辅导站成立近5年来,经过中心工作人员的努力和各社区心理辅导站的配合,取得了一定的成绩且公益效果较为

明显。

2 开展社区心理卫生服务的必要性

社区心理健康教育与服务是以社区为单位,对社区内的居民提供以保障和促进人群心理健康为主要内容的心理健康教育与服务,借以提高居民的整体素质,也包括心理素质和适应能力,从而减少心理和行为问题的发生。建立以社区心理健康教育与服务组织为平台的心理健康教育与服务体系,对满足社区居民的心理健康教育与服务的需求,提高人民的群体健康水平显得极为重要和必要。根据厦门市妇联的统计资料显示,目前到妇儿中心进行心理咨询的首要问题是婚姻情感(约占 25%)、其次是子女教育(占 18%)、人际关系(占 15%)、职场压力(占 10%)、身体疾病(占 10%)、其它占 22%。解决好这些问题,对于构建市民健康的生活方式,提升市民幸福感都具有十分重要的现实意义。

3 社区心理卫生服务工作存在的问题

3.1 从政府层面看,目前政府未把社区心理卫生服务放到整个社会公共卫生事业应有的重要地位,而更多地致力于社区的公民的生理保健工作,忽视或轻视社区心理健康教育与服务。近年来,厦门市部分社区虽然开展了一些心理健康教育与服务工作,各类培训机构也开办诸多心理咨询培训班,普及心理健康知识等,但由于政府在财政、人员、技术和场所等方面的支持力度不够导致心理卫生服务缺乏实效性和系统性,而且从规模、层次、效果上远远不能满足需要。

3.2 从社会层面上看,绝大多数城市心理卫生服务未形成统一的运作模式。绝大多数城市尚没有确定的部门对社区居民心理健康教育和统一负责和管理,以厦门市为例,目前厦门有涉及到心理卫生服务的机构有高校、医院、市科协、市妇联、市心理学会等,但这些单位并没有形成合力,而是各自为政,导致出现一些资源不能共享、心理咨询项目重复等现象。另一方面,一些社区虽然也建立了社区心理咨询室,但大多有名无实,只是挂块牌子,应付上级检查。基本没做到机构落实、经费落实、任务落实和考核目标落实。

3.3 从队伍建设层面上看,城市心理卫生服务队伍力量薄弱,专业化水平偏低。一是就目前来讲,大部分社区心理健康教育与服务主要依赖社区工作人员传统思想说教方式和群众自发的心理调节团体,但这两种形式都不是专业的系统支持,使有关的心理疾病得不到及时和有效的解决,有的甚至走向极端。二是社区卫生工作目前多由医学专业的人员从事,他们对医治人们生理上疾病具有较系统和专业的知识,但对调理和医治心理方面的疾病缺乏系统和专业知识。三是社区其它工作人员,其工作的重点是管理和协调一般事物性的工作,对心理健康方面的知识欠缺,难以应对社区居民出现的心理问题。

3.4 从思想观念层面上看,人们思想观念上存在着认识上的误区:一是有各种心理问题的人不重视“心理问题”,不懂得“心理问题”也应该及时解决的道理,或者没有简便轻松的就诊途径,这些人如果不在专业人员的指导下进行适当的心理调节,则很容易发展成为严重的心理及身心疾病;二是不少人不知道有心理问题该上哪儿寻求帮助;三是社区

居民对心理疾病与障碍的认识度、重视度、接受度还不够高,对生理上出现疾病时的重视程度和寻求治疗的主动性远远超过心理疾病,甚至对心理疾病产生偏颇的认识,对心理疾病与障碍采取隐瞒或回避态度。

4 开展城市心理卫生服务工作的对策

4.1 加强组织领导,加大政府的投入

政府部门应将关注市民心理健康尽快纳入社区日常工作议事日程,出台并制定普及心理健康知识、传播心理健康观念、提高社区居民的心理健康水平和精神生活质量的社区心理健康教育计划,并将关注居民心理健康的绩效作为社区工作评价的重要指标。

同时应做到在资金投入、业务用房、人力支持等方面的到位,从而保障心理卫生服务的正常运转,促进心理卫生事业健康和可持续发展的基础。

4.2 开发各种资源,构建组织体系

对相关部门的资源进行开发与整合,构建服务工作组织体系是当务之急。目前,大多数城市开展心理卫生服务工作的相关单位主要有市妇联、市科协、市心理学会等,而在厦门,开展得较好的当数市妇联下设的妇女儿童活动中心。因此,建议由当前开展的较好的相关部门牵头,主要负责服务工作的规划和实施,整个工作体系的评估与总结推广,保证工作开展的人财物等基础资源,将卫生、民政、文明、妇联及教育等部门进行整合与开发,进一步加强协同联动机制,强化心理卫生服务的规划与管理。同时由精神病专科医院、综合医院或高校专业人员负责专业指导,建立健全社区心理卫生服务中心,形成规范化的组织体系。

根据社区卫生服务的现状,面向社区群众开设心理咨询室是非常重要的服务形式,根据社区人群数量的多少,心理咨询室配备相应数量的心理咨询师(按照国际标准,公众人口每千人至少配备 1 名心理咨询师),配备必要的心理测量和心理治疗工具,设立心理咨询信箱和热线电话,以保障心理咨询与治疗服务的顺利开展。心理卫生服务的内容主要包括两个方面,一个是面向广大社区群众的发展咨询,对有心理问题的来访者做心理咨询;另一方面是面向少数人的健康咨询,是对存在心理障碍患者实施的心理治疗。当然,对于严重的心理障碍或心理疾病患者,应及时转诊到精神专科医院进行系统的治疗。

4.3 强化业务培训,提高专业队伍技能

我国社区心理卫生服务工作目前还处于初始阶段,服务模式的构建还很不成熟,服务人员的素质也是参差不齐。很多从事社区卫生服务工作的人员,没有心理学的专业知识背景,缺乏基本的心理卫生服务的知识和技能。很多开设心理咨询门诊的心理咨询师,没有相应的医师资格证书,难以胜任更高层次的心理卫生工作。面对当前的社会心理需求,加强从业人员的业务培训成为一项急切的任务。

首先从培训的形式上,要组织高校和医院的专业人员对社区心理卫生服务人员进行系统培训。采用集中授课和个别督导相结合的培训方式,提供更多医院见习和示范教学的机会,鼓励开展专业工作坊和到更高学府进修深造,试行心理咨询师和心理治疗师双证上岗,确保心理卫生服务

人员技能水平的切实提高。

其次在培训内容上,侧重加强实操技能的培养和培训,主要是指心理咨询的专业技能、心理疾患的干预和治疗以及康复训练的理论和技能等。

与此同时,加强卫生部门监管力度,制定适合于社区心理卫生服务的条例,用以规范职业道德和从业行为,真正使社区卫生服务达到人文性、专业性、规范性的有效结合。

4.4 大力加强对心理卫生服务的宣传

社区人群对于心理卫生的理解和接受程度是开展心理卫生服务的关键,很多人不理解心理卫生的概念,甚至存在歧视的态度,所以心理卫生工作的开展需要以宣传、普及心理健康知识,传播心理健康观念,满足社区居民的心理健康需求为服务宗旨,有针对性的内容、乐于接受的方式和较为

系统的组织来进行,做到内容贴近社区居民的日常生活,涉及公众关心的热点问题。诸如青春期心理问题、婚姻家庭、人际关系等等;形式上力求多样化、多维度渗透,诸如组织开展以社区青少年为主要对象的心理成长训练;针对特殊人群的心理健康教育 and 心理康复计划,设立社区心理健康咨询者,开通热线电话,邀请心理专家解答社区居民在实际生活和工作中碰到的心理难题,帮助社区居民走出心理困境;心理健康普查、把科学普及与基本理念融入到活动中去,使大家在喜闻乐见的实践操作中领悟心理卫生的重要性,强化全新健康意识。

参考文献(略)

对我院实施护理垂直管理状况的调查分析

郑春风,满广珍

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

护理垂直管理,是以护理部——科护士长——护士长为主线的垂直管理模式,护理部垂直管理护理队伍的人、事,即从护士的录用、培训、使用、考核、薪酬、晋级、升迁、调、离、免到护理质量控制,以及护理业务指导、护理服务、护理专业发展均由护理部垂直管理^[1]。我院于2011年6月开始尝试实行护理部垂直管理,探寻护理管理模式的变革,建立责、权、利统一的护理管理体系,为配合“优质护理服务示范工程”活动的开展,为今后“优质护理服务示范工程”的实施提供交流、培训的平台,提高护理质量,更好的为患者服务,我们特制定了调查表,以了解情况,现介绍如下。

1 对象与方法

1.1 对象 厦门大学附属第一医院的护理工作人员 112 名,其中男 7 名(6.2%),女 95 名(84.8%);年龄 < 1 年的 10 名(8.9%),1-5 年的 23 名(20.5%),6-10 年的 36 名(32.1%),11-20 年的 33 名(29.4%),> 20 年的 10 名(8.9%);中专 11 名(9.8%),大专 56 名(50%),本科 35 名(31.2%),研究生 1 名(0.09%);初职 76 名(67.8%),中职 31 名(27.6%),高职 5 名(4.4%);护理部主任 1 名(0.09%),护士长 7 名(6.25%),护士 95 名(84.8%)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 在查阅大量相关文献的基础上,并多次咨询 6 位护理专家的意见后,自行设计护理人员对实施护理垂直管理的态度的调查问卷,问卷由两部分组成:一般资料和护理垂直管理认知调查表。一般资料由学历、职称、职务、从事工作年限 4 项内容组成。护理垂直管理认知调查表共计 31 个条目,主要内容包括 5 个部分:(1)对实施护理垂直管理是否了解及认可(9 个条目)。(2)薪酬(7 个条目)。(3)是否参加过相关知识的培训(4 个条目)。(4)人力资源

(7 个条目)。(5)护理质量控制(4 个条目)。问题为是非题,采用二分法分级(即“是”,“否”回答项目),问卷编制后对 20 名调查对象进行预调查,收回有效问卷 20 份,有效回收率为 100%,另外我们请统计学专家对问卷的项目编制提出修改意见,根据修改意见及预调查中出现的对问卷进行修改或删除。问卷的 Cronbach's α 系数为 0.83。

1.2.2 资料收集与分析 自 2012 年 7 月—2012 年 10 月,由本组成员随机抽取调查对象并解释本研究的目的、意义及统一问卷填写方式等,以取得支持和合作,问卷采用不记名的方式,被调查者在 15min 内独立完成,当场填写并收回,发放问卷 112 份,回收 106 份,有效问卷 106 份,回收率为 95.6%,有效率为 94.6%。

1.3 统计方法 将所得调查数据用 Excel 2000 软件进行分析处理。

2 结果

护理人员对实施护理垂直管理的态度(见表 1)

表 1 本组护理人员对实施护理垂直管理的态度(n=106)

项目	赞成(%)
实施护理垂直管理利于提高临床一线护士待遇	81(76.4)
实施护理垂直管理可调动护士的积极性,提高了工作效率	86(81.1)
实施护理垂直管理,提高护士的工作满意度	70(66)
在护理垂直管理模式下,做到了护理人力资源有效利用	82(77.3)
在护理垂直管理模式下,完善护理教育体系,注重护理人才培养	84(79.2)

项目	赞成(%)
实施护理垂直管理达到提高护理质量,减少医疗事故的发生	91(85.8)
护理垂直管理是一种科学的护理管理新模式	79(74.5)
在临床推广护理垂直管理很有必要	82(77.3)

3 讨论

3.1 76.4% 的护理人员认为护理垂直管理可以提高临床一线护士待遇,护士的绩效考核及奖金分配是关系到护士的切身利益的大事,我院护理部建立了与护理垂直管理相匹配的绩效分配新方案,按工作量、工作质量、劳动强度、技术含量、岗位风险、岗位职责、满意度等合理分配奖金,提高临床一线护士待遇,原则是奖金分配院内向临床一线倾斜、科内向夜班一线倾斜的政策,在重症监护科室的护士每月的奖金会高于普通护士,改变了过去岗位技术含量、责任、风险和劳动强度与护士奖金收入不成正比的状况^[2],以充分调动护士的积极性,从而提高护理工作的质量和效率。

3.2 77.3% 的护理人员认为护理垂直管理可以做到了护理人力资源有效利用,医院将招聘工作交人力资源处、护理部和纪委监察处共同负责完成,并给予护理部充分的自主权,成立了护理人力资源库,人力资源库护士平时在各自科室上班,遇到突发事件和季节性患者剧增时,由护理部根据实际情况进行调配,在临床工作中,实施按职称上岗,分层次使用,根据工作量的情况科学合理的弹性排班,保证各项护理工作的顺利进行,满足患者的各项需要。

3.3 79.2% 的护理人员认为护理垂直管理可以完善护理教育体系,实施垂直管理以后,护理部增加了 2 名护理教学干事,专门负责护理教学工作,针对不同级别的护理人员岗前培训、规范化的培训、继续教育等方面进行全面的策划和实

施,定期组织进行各级各类学习班、讲座、培训、理论考试和操作考核,组织全院护理岗位竞赛等。

3.4 85.8% 的护理人员认为护理垂直管理可以提高护理质量,减少医疗事故发生,我院经过三甲医院评审、医院管理年等各种检查,护理质量控制制度比较完善、规范,实施垂直管理以后增设片区总护士长,明确各级职责、定期进行各项检查、监督,对存在的问题,及时分析、解决、整改,促进护理质量持续改进,使很多过去较薄弱的工作,如基础护理和护士在职培训等工作质量有了明显提高,保障护理安全。

3.5 仅 66% 的护理人员认为护理垂直管理可以提高护士的工作满意度,分析如下①我院通过实施垂直管理,虽然薪酬有所提高,但是医院的晋升制度存在不合理的地方,如受到职称比例及聘任指数的限制,导致护士不能按职称上岗。②提拔用人机制存在弊端,选拔中片面强调年龄、资历、文化程度等,民主测评存在“民意失真”“流于形式”等问题,结果存在“人岗不相宜”,这些都影响了护士的满意度。

3.6 护理人员对护理垂直管理认识参差不齐,有待提高,大多数的护理人员了解护理垂直管理,并认为护理垂直管理的实施是必要的、有利的,有 77.3% 的护理人员持赞成的态度,表明仍有护理人员对实施护理垂直管理存在不赞同态度,可能与我院实施垂直管理的时间较短、护理人员对护理垂直管理认识不足、学习护理垂直管理知识的信息来源较少、工作量大等因素有关。

3.7 作为一种新的管理模式,护理垂直管理对提高护理质量和护理管理成效的作用毋庸置疑^[3],护理垂直管理在我国仍然处于不断完善阶段,许多问题需要进一步研究并采用发展的手段加以解决。

参考文献(略)

· 社会透析 ·

不可不知的吸烟误区 别以为在阳台吸烟,家里人就吸不到“二手烟”

陈治卿

(厦门大学附属中山医院,福建 厦门 361004)

1 误区一:在阳台吸烟,家里人就吸不到二手烟了

所谓二手烟是指不吸烟者吸了吸烟者吸烟时所造成的环境香烟烟雾。研究表明,二手烟的有害物质往往更多,对儿童的影响比成人更大,可引发儿童哮喘、婴儿猝死综合征,甚至通过孕妇和胎盘影响胎儿。很多人认为只要房间面积够大,通风良好,或者只要在阳台上吸,就没有二手烟的危害了。然而事实上要想让一支香烟燃烧形成的烟草烟雾中的超微毒性颗粒稀释到容许溶度(也就是没有危害的

溶度),就让居室的空气每小时更换 5-6 次,这是家用空调或空气净化器无法办到的,也就是一旦香烟烟雾在室内形成就难以清除。另外,除了空气中弥漫的二手烟,还有香烟烟雾发散滞留在墙壁、家具、衣服甚至头发、皮肤的有害微粒和气体,即便当时没人吸烟,但儿童在家中玩乐过程中还是可能受到二手烟之害。

2 误区二:戒烟会诱发疾病。

有人本来抽烟好好的,一戒烟反而生病住院了,这是很

多人戒烟的阻力之一。事实上这种情况属于“干戒”导致的戒断综合征,是由于体内尼古丁水平突然下降所致,类似突然戒断毒品后出现的心慌、胸闷、焦虑甚至全身骨头缝里蚂蚁爬等不适症状,戒烟者会感觉失眠、精神状态差,看起来就像生病一样。如果在药物辅助下戒烟带来的不适症状会降低到最低程度,戒烟者的依从性会更好。

3 误区三:有人吸了一辈子烟,也没得癌症,可见吸烟并非宣传中那么可怕,不需要戒除。

这种是大错特错。香烟中含有尼古丁、焦油、亚硝胺、一氧化碳等多种有害物质。其中尼古丁是烟草本身的主要成分,能兴奋神经系统并导致成瘾性,它是“抽烟能提神,不抽憋不住”的主要原因。焦油、亚硝胺、一氧化碳等则是在香烟燃烧过程中产生的致癌物质,它能损伤人体某些特点的组织细胞,诱发癌变。因此吸烟容易成瘾,且可引起多种严重影响人类健康、缩短人均寿命的疾病。比如吸烟与多种恶性肿瘤的发生相关。特别是肺癌,80% - 90%的男性肺癌与吸烟有关,女性主动或被动吸烟者肺癌的死亡率也要比不吸烟者高 10 - 13 倍,而且吸烟量愈大,开始吸烟年龄愈早。吸烟年限愈长,发病危险性愈高。此外,吸烟者喉癌、口腔癌、食管癌、胃癌、大肠癌、膀胱癌及多种妇科癌症的发生率也更高。

4 误区四:香烟主要影响呼吸道,只有不咳嗽,没有什么可怕的。

其实,燃烧的烟草所产生的有毒物质还会对全身脉管系统,造成损伤,特别是心血管系统。吸烟常导致血管内皮细胞损伤,香烟中的尼古丁可促使血小板聚集在血管内皮损伤处易于血栓形成,而其中的一氧化碳与血红蛋白形成碳氧血红蛋白,这就好比煤气中毒,使得组织缺氧,诱发冠状动脉痉挛。以上两者协同促进动脉粥样硬化的形成,进一步促进冠心病的发生和发展,因此吸烟者冠心病的发生

率较不吸烟者高 8 倍。甚至发生冠心病后仍继续吸烟者发生心脏猝死的危险性也明显增高。另外基于吸烟对全身血管的影响,吸烟导致高血压的发病率更高,且影响降压药的疗效;如果吸烟和高血压同时存在,中风的危险性会升高 20 倍;此外吸烟者也更易患上闭塞性血栓性动脉炎,常表现为下肢疼痛和行走不便,影响生活质量。

5 误区五:吸烟能预防感冒

研究表明,浓度为 5% 的尼古丁持续作用 120 分钟,对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等的杀菌率可达 90%,但如果浓度低于 3%,则基本没有杀菌作用。因此吸烟能预防感冒完全是误解。事实上,一支普通香烟的尼古丁含量仅为 0.13%,远远达不到杀菌所需要的浓度,但就是香烟中的这一点尼古丁以及其他毒性物质使支气管粘膜纤毛受损,影响呼吸道清洁功能,同时粘膜腺体分泌粘液增多,易阻塞细支气管;另外烟尘中的有害气体还会激活下呼吸道单核巨噬细胞系统,释放多种毒性氧自由基及验证因子,破坏肺组织。因此吸烟是慢性支气管炎、阻塞性肺气肿发生的主要诱因,慢性阻塞性肺疾病的罹患率与吸烟量和吸烟年限成正比,即使是年轻的无症状者,吸烟者的肺功能检查也常显示通气功能、弥漫功能减退。所以为了实际不存在的杀菌作用,不顾肺部损伤的严重后果的烟民们可真是“捡了芝麻丢了西瓜”。

每年的 5 月 31 日是世界无烟日。“吸烟有害健康”这句话大家耳熟能详。事实上,市面出售的正规烟草制品外包装上都印着这句警告,各种戒烟广告在公共场所醒目位置。整个社会倡导戒烟由来已久,各种形式的戒烟宣传深入到了群众日常生活的方方面面,然而据统计,烟民的数量仍逐步上升,并趋向年轻化。相应,被动吸烟的人群也越来越大。这是为什么? 归根结底主要是民众对吸烟的危害仍然了解不够,而且存在不少误区。本文特地把误区解释,让广大读者了解。

· 临床医学 ·

冠状动脉介入术后止血方式的临床分析与研究

陈丽莉,肖 琴

(厦门大学附属第一医院心血管内科,福建 厦门 361003)

随着社会老年化和生活水平的提高,年龄和饮食习惯的变化,冠心病发病率也逐渐增多,随着冠状动脉介入技术的发展,经桡动脉行冠状动脉介入术已经成为广大冠心病患者治疗乐于接受的治疗技术,它可以解除冠状动脉梗阻,使病人活动时无胸痛,同时也可以预防心肌梗塞,它具有创伤小、并发症少、简便、方便、无体位限制、住院时间短等优点,但是其术后止血将是一个很关键的环节。本文将探讨经桡动脉行冠状动脉介入术后常用的两种止血方法(绷带加压止血和止血带止血)止血的特点。通过对比两种方法的优缺点和在临床实践中数据的对比,探寻其中比较适用的止血方法。

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2012 年 4 月 - 6 月在厦门大学附属第一医院心血管内科经桡动脉行冠状介入术患者作为研究对象。男 90 例,女 30 例,年龄在 55 - 70。患者在冠状介入术后根据止血方法随机分组为:A 组:60 例,其中男 45 例,女 15 例,年龄在 55 - 70。B 组 60 例,其中男 45 例,女 15 例,年龄在 55 - 70。两组在年龄、性别、危险因素(吸烟、高血压、糖尿病等)均无统计学差别。

1.2 止血方法 A 组患者术后用圆纱布卷覆盖穿刺点,用弹力绷带加压包扎。包扎后观察桡动脉搏动情况及局部有无渗血,并嘱患者将手放在胸前适当抬高,活动手指,判断松紧,根

据个人情况间断放松绷带,6h 全部放松。24h 拆除包扎物。若患者手指颜色发紫,并诉手部发麻、胀痛,提示压迫过紧,影响静脉血液循环,要及时适度放松绷带缓解症状;若局部渗血,提示压迫不到位或过松,需要重新加压包扎。

B 组患者术后用无菌纱布覆盖穿刺点,将消毒好的止血带放于穿刺点上方,调节好止血带松紧度,直至穿刺处不出血。观察末梢血液循环,以后每 2h 将止血带松一格,6h 后完全放松。根据止血情况,24h 左右撤除止血带。

两组患者在术后要保持桡动脉穿刺处干燥,避免腕关节做剧烈伸曲活动,手臂放置高于心脏处,腕关节制动 4—6h,术后 24 h 观察桡动脉穿刺处皮温、颜色、感觉、活动是否正常。避免术后三天在术测测血压和输液等加压操作。

1.3 观察指标 比较两组止血的时间、手臂肿胀程度、出血情况及经济成本。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 系统分析软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

两组止血时间对比,见表 1。

两组手臂肿胀程度对比,见表 2。

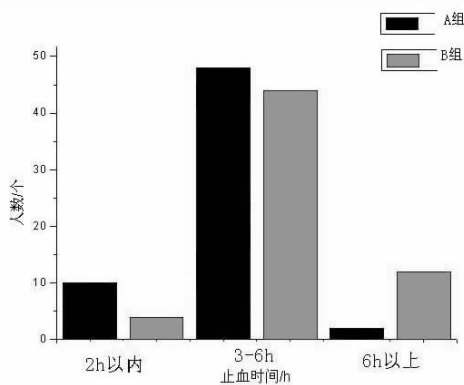
两组出血情况对比,见表 3。

表一 止血时间

人数 \ 止血时间	2h	3—6h	≥6h
A 组	10	48	2
B 组	4	44	12

注: $\chi^2 = 9.888, P = 0.007$

$P < 0.05$, 在止血时间方面,两者有显著差异。

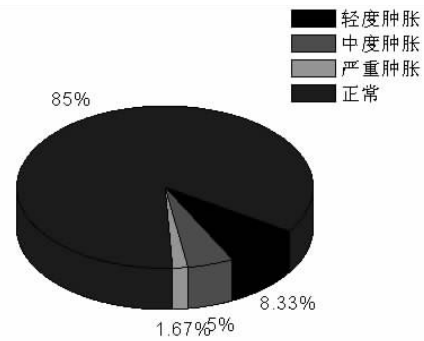


表二 手臂肿胀程度

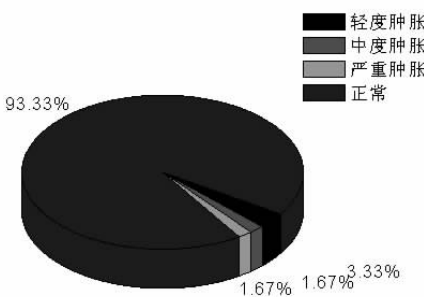
人数 \ 肿胀程度	轻度肿胀	中度肿胀	重度肿胀	正常
A 组	5	3	1	51
B 组	2	1	1	56

注: $\chi^2 = 2.519, P = 0.472 > 0.05$

手臂肿胀程度,两者无显著差异。



A 组



B 组

表三 渗血情况

人数 \ 渗血情况	有	无
A 组	3	57
B 组	2	58

注: $\chi^2 = 0.209, P = 0.648 > 0.05$

出血情况,两者无显著差异。

3 讨论

冠状动脉介入术,又简称为 PCI,它只需在皮肤作一小切口,用心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管径,从而改善心肌的血流灌注的方法。穿刺途径有桡动脉和股动脉,随着穿刺技术及器械设备的改进,桡动脉越来越受欢迎,它具有创伤小、止血方便、并发症少、患者术后即可下地活动无需绝对卧床,减少患者长时间卧床引起腰背部酸痛及下肢血栓等并发症,其次便于医护人员和患者观察。

绷带包扎止血由于覆盖穿刺点的面积比较大,难于控制局部压力的大小,也不便于术后观察桡动脉搏动情况,如果包扎过紧,压迫时间过长,患者感觉手臂肿胀、瘀斑、麻痛机率比较高,包扎过松穿刺处容易出血。而止血带虽然价格较贵,止血时间稍长,但加压面积小、集中,可直接观察出血点情况,根据个人情况可随时方便调节松紧度,减轻患者的疼痛和肿胀,患者并发症少。

颈动脉粥样硬化斑块与相关疾病关系的探讨

王细川,许甘爱,林月斌,黄颖

(厦门市医药研究所,福建 厦门 361008)

颈动脉粥样硬化斑块与多种危险因素相关,颈动脉粥样硬化斑块可造成管腔狭窄或不稳定斑块脱落导致栓塞、脑梗死。轻者可无症状或短暂性脑缺血发作(TIA),重者可偏瘫、失语、视觉障碍等造成严重不良的后果。因此,探讨颈动脉粥样硬化斑块与相关疾病的关系,对颈动脉粥样硬化斑块形成的预防及进行有效干预具有重要的临床意义。

1 资料与方法

1.1 资料 选择 2010 - 2011 年在我所门诊体检及就诊患者 97 例,男 47 例,女 50 例,年龄 51 - 89 岁。经 B 超测出颈动脉粥样硬化斑块 47 例为观察组,年龄 64.8 ± 10.11 岁,未测出颈动脉粥样硬化斑块 50 例为对照组,年龄 62.1 ± 7.54 岁。观察组与对照组平均年龄比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 通过询问病史,常规体格检查、彩超、心电图、肝

肾功能、血脂、血糖等多项辅助检查,观察其收缩压(SBP),舒张压(DBP),脉压(PP),腰围(WC),体重指数(BMI),胆固醇(TC),甘油三酯(TG),空腹血糖(FBG),尿酸及心电图改变等情况。采用彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 7 ~ 10MHz。分别检测颈总动脉、颈总动脉分叉处和颈内动脉起始段 1.0cm 后壁的内中膜厚度(IMT)测量 3 次平均值 $IMT \geq 1.2$ mm 为斑块形成^[1]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18 软件进行分析,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 认为差异有显著性。

2 结果

观察组患者的 TC, TG, 尿酸, FBG, SBP, PP, WC 等指标均值与对照组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)详见表 1, 表 2。

表 1 观察组与对照组临床改变的比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	平均年龄	TC	TG	尿酸	LHL - C	FBG
观察组	47	64.8 ± 10.11	5.97 ± 0.85	1.72 ± 0.6	364 ± 81.12	3.64 ± 0.87	5.74 ± 1.33
对照组	50	62.1 ± 7.54	5.37 ± 0.95	1.27 ± 0.55	339.12 ± 84.02	3.37 ± 1.09	5.07 ± 0.75
t		1.49	3.27	3.85	10.26	1.34	6.14
P		>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01

表 2 观察组与对照组临床改变的比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	SBP	DBP	PP	WC	BMI
观察组	47	144.89 ± 20.67	82.94 ± 13.28	62.36 ± 20.01	87.23 ± 9.30	24.12 ± 3.46
对照组	50	123.84 ± 17.51	79.94 ± 9.34	43.9 ± 13.36	83.1 ± 7.70	23.09 ± 2.60
t		7.14	1.29	5.37	2.39	1.66
P		<0.01	>0.05	<0.01	<0.05	>0.05

3 讨论

本文试验结果表明:观察组患者的 TC, TG, 尿酸, FBG, SBP, PP, WC 等指标均值与对照组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。提示高血压, 高脂血症, 高尿酸, 糖尿病等多种危险因素易引起颈动脉粥样硬化及斑块形成。据报道, 颈动脉粥样硬化是脑血管病的最常见原因, 颈动脉粥样斑块发生风险随血压水平的增高而增加^[2]。

随着高血压, 高脂血症等多种因素引起动脉管壁压力显著增大, 由于血流冲击动脉壁引起动脉内膜层和内皮层损伤造成血脂易在动脉壁沉积, 并刺激平滑肌细胞增生, 脂纹形成、纤维斑块以及粥样硬化斑块, 血管内皮细胞损伤后血小板活化是动脉硬化的一个重要始动因素, 并促进了脑血管疾病的发生和发展, 它的发生主要在颈动脉、椎动脉的狭窄处或动脉粥样硬化处, 部分血栓脱落形成栓子, 由此导

致颈动脉部分或完全堵塞,使远端血流缓慢,灌注压下降形成低灌注性梗死^[3]。

本文观察组与对照组比较:SBP 有明显的增高,PP 增大反映大动脉的内皮有功能障碍,弹性减退,顺应性差,而 PP 增大本身又可增加动脉壁搏动负荷,是导致动脉损害和粥样硬化形成的重要促发因素。高血压和血脂异常诱发动脉粥样硬化,容易造成富含脂质斑块的快速破裂,导致脂质激活血小板,从而形成血栓^[4]。脑血栓形成则是动脉硬化

的重要临床表现。

由颈部动脉粥样硬化引起脑血管疾病越来越引起重视,及早发现颈动脉粥样斑块并采取合适的治疗和预防手段进行积极干预,对减轻脑血管事件的发生率有重要的临床意义。

参考文献(略)

实时荧光定量 PCR 检测胃癌 SOX2 的表达及其临床意义*

黄正接,江 龙,尤 俊,曾岳岳,吴炳霖,陈百胜,冯庆钊,罗 琪*

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

胃癌是最常见的消化道恶性肿瘤之一,严重威胁着人类的健康和生命^[1]。探索胃癌的发生、浸润和转移机制,对胃癌的早期诊断、及时治疗与预后估计等方面具有重要意义。有研究发现性别决定相关基因簇 2 (sex determining region Y - box 2, SOX2) 在胃癌中的表达水平与肿瘤的浸润深度及淋巴结转移密切相关^[2]。本研究采用实时荧光定量 PCR 检测胃癌患者手术切除标本和正常胃黏膜组织 SOX2 mRNA 的表达情况,分析 SOX2 基因表达与胃癌的发生、发展、转移及临床病理参数间的关系,探讨 SOX2 基因在胃癌演变过程中的作用,为胃癌的临床诊断、治疗和预后判断提供可能的价值。

1 材料与方 法

1.1 材 料

1.1.1 标本收集 标本取自厦门大学附属第一医院肿瘤外科 2010 年 1 月~2012 年 6 月行手术治疗的患者,全部标本均经病理证实。52 例胃癌患者,术前均未接受化疗及放疗,男 36 例,女 16 例,年龄(44~79)岁,平均(66.44±10.30)岁。肿瘤分期根据 2010 年美国癌症联合委员会(AJCC)新修订的胃癌 TNM 分期为标准。手术切除的胃癌标本离体 30min 内,于无菌状态下先取距肿瘤边缘 5 cm 外的正常胃黏膜组织,然后在肿瘤组织中切取无坏死的癌组织,将其放入无 RNA 和 DNA 酶的 1.5mL EP 管中,立即投入液氮中,随后将其转入 -80℃ 冰箱保存。

1.1.2 主要试剂与仪器 组织总 RNA 提取试剂盒(Ambion 公司);逆转录试剂盒(Revert First Strand cDNA Synthesis Kit for RT - qPCR)、荧光定量 RT - PCR 试剂盒[SYBR Green/ROX qPCR Master Mix (2X)]均购自 Fermentas 公司;荧光定量 PCR 仪(ABI 7500)。

1.2 方 法

1.2.1 引物序列与合成 利用 Primer Premier 5.0 软件设计特异性引物,引物由 Invitrogen(广州)贸易有限公司合成。SOX2 基因上游引物为 5' - CGAGATAAACATGGCAATCAAT - 3',下游引物为 5' - ATTCAGCAAGAAGCCTCTCCTT - 3',产物为 85 bp;内参照 GAPDH 基因上游引物为 5' - GTGGAC - CTGACCTGCGTCT - 3',下游引物为 5' - GGAGGAGTGGGT - GTCGCTGT - 3',产物为 151 bp,退火温度均为 56℃。

1.2.2 RNA 抽提 按照组织 RNA 提取试剂盒说明书提取组织总 RNA,用紫外分光光度计测量 260 nm 和 280 nm 下的吸光度并进行定量,计算 D(260)/D(280),所有标本的比值要求在 1.8~2.0 之间。低于此值者表明其含有蛋白质杂质,用氯仿重新提纯。总 RNA 样品于 -70℃ 冰箱保存备用。

1.2.3 逆转录反应 按照逆转录试剂盒说明书操作。反应分两步:① 预变性部分,反应体系:总 RNA 3μg、Oligo(dt)18 引物 2μL、加 DEPC - 水至总体积 24μL,65℃ 5min。② 逆转录反应,反应体系:在预变性产物中加 5× 反应缓冲液 8μL、RiboLock™ RNA 水解酶抑制剂(20μg/μL)2μL、10mmol/L 脱氧核糖核苷酸混合液 4μL、RevertAid™ - MuLU 逆转录酶(200μg/μL)2μL,使总体积为 40μL,42℃ 60min,然后 70℃ 5min 使逆转录酶失活,再保存于 -20℃ 备用。

1.2.4 实时荧光定量 PCR 的检测 使用美国 ABI 7500 定量 PCR 仪,采用 SYBER Green 嵌合荧光法,扩增目的基因和内参基因。按照荧光定量 RT - PCR 试剂盒说明书的反应体系:SYBR 核酸染料混合液(2×)12.5μL,上游引物(10μM/L)0.3μL,反义引物(10μmol/L)0.3μL,cDNA 1μL,双蒸水 10.9μL;以 GAPDH 为内参。反应条件为:预变性 50℃ 2min,95℃ 10min,然后 95℃ 15s,56℃ 45s,共 40 个循

* 福建省科技计划重点项目(2010D026),福建省医学创新课题(2012 - CXB - 29),厦门市科技计划项目(3502Z20134011)

环,每个样品均设有 3 个复孔。

1.3 统计学方法

以 SYBR Green 实时定量 PCR 为基础,实验数据应用 $2^{-\Delta\Delta Ct}$ 进行处理,其前提是目的基因和内参基因扩增效率相似^[3],Ct 值是指每个反应管内的荧光信号到达设定的阈值时所经历的循环数,阈值与样本的表达水平呈负相关,Ct 值增加表示样本的表达水平下降。计算各样本平均 Ct 值、 ΔCt 值和 $\Delta\Delta Ct$ ($\Delta Ct = Ct_{SOX2} - Ct_{GAPDH}$, $\Delta\Delta Ct =$ 实验组的 ΔCt 均值 - 对照组的 ΔCt 均值),计算 $2^{-\Delta\Delta Ct}$,其数值用于表示实验组相对于对照组的相对倍数。应用 SPSS 11.5 软件包进行统计分析,计量数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验、单因素方差分析,以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 实时荧光定量 RT-PCR 检测

随机选取 cDNA 样品模板进行 10 倍梯度稀释,qPCR 检测 SOX2 与 GAPDH 的实时扩增曲线。通过 cDNA 浓度梯度的 log 值对 ΔCt 值作图比较两基因扩增效率(图 1A),所得直线斜率为 0.039(斜率绝对值 < 0.1),说明目的基因 SOX2 和内参基因 GAPDH 扩增效率相似,实验结果可以应用 $2^{-\Delta\Delta Ct}$ 法进行相对定量分析。各样本的扩增曲线均已到达平台期,样品扩增的溶解曲线均未检测到引物二聚体,无非特异性荧光信号干扰(图 1B~D)。

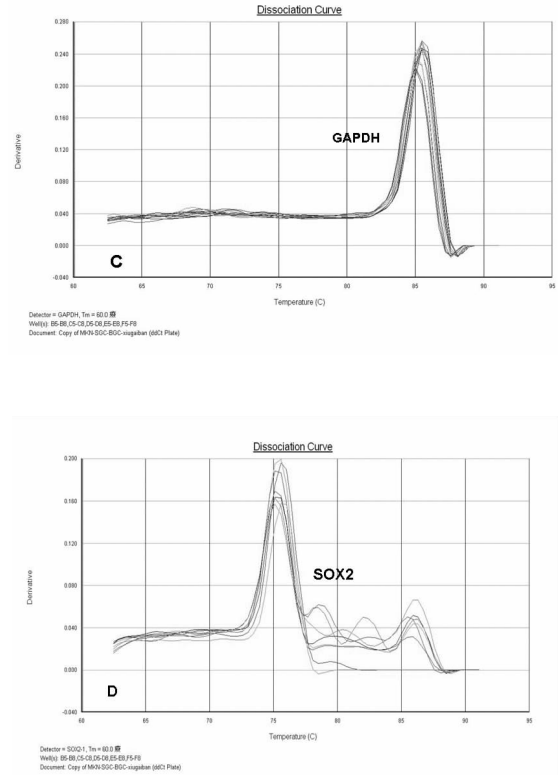
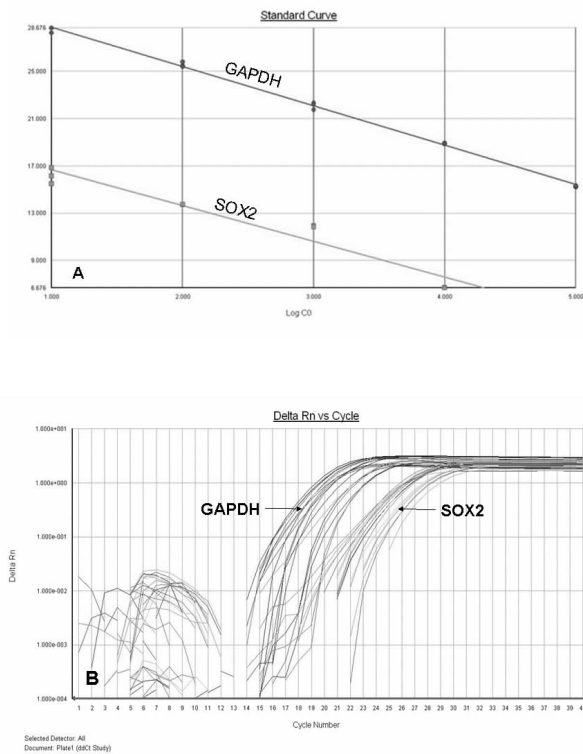


图 1 实时荧光定量 PCR 检测胃癌组织中 SOX2 的表达 A:目的基因 SOX2 与内参基因 GAPDH 扩增效率比较;B:目的基因 SOX2 与内参基因 GAPDH 的扩增曲线;C:内参基因 GAPDH 的溶解曲线;D:目的基因 SOX2 的溶解曲线。

2.2 SOX2 表达量的实时荧光定量 PCR 检测

52 例胃癌组织与正常胃黏膜 SOX2 表达量的检测结果如图 2。正常胃黏膜 SOX2 mRNA 的相对表达量 ($\Delta Ct = 9.72 \pm 0.56$) 显著高于癌组织 ($\Delta Ct = 10.88 \pm 0.63$),是癌组织的 2.24 倍,差异有统计学意义 ($t = 3.22, P = 0.0026$)。

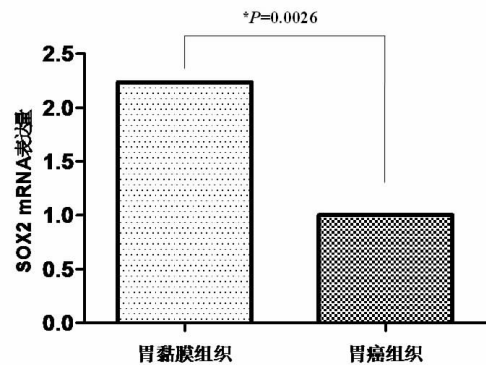


图 2 胃癌组织和正常胃黏膜中 SOX2 mRNA 的相对表达量

2.3 癌组织中 SOX2 mRNA 的表达与临床病理参数的比较

不同性别、年龄胃癌患者标本 SOX2 mRNA 的表达无明显差异 ($P > 0.05$)；患者的病理分期、细胞分化程度、肿瘤浸润程度不同，SOX2 mRNA 的表达有显著差异 ($P < 0.05$)；淋巴结转移阴性组 SOX2 mRNA 的表达高于阳性组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 胃癌组织中 SOX2 mRNA 的表达与临床病理参数的相关性

临床病理特征	例数	SOX2 mRNA (ΔCt)	$2^{-\Delta\Delta Ct}$	t	p
性别					
男	36	10.30 ± 0.69			
女	16	12.74 ± 1.37	1.08	1.68	0.095
年龄(岁)					
<60	31	10.86 ± 0.78			
≥60	21	10.92 ± 1.12	1.02	0.05	0.965
TNM 分期					
I 期 + II 期	17	8.15 ± 0.98			
III 期 + IV 期	35	11.71 ± 0.70	2.78	2.59	0.014▲
细胞分化程度					
高分化	12	7.37 ± 0.92			
中分化	16	8.47 ± 1.49	3.36	3.09	0.004◆
低分化	24	11.74 ± 0.60	2.95	2.87	0.011*
肿瘤浸润深度					
T ₁ + T ₂	14	8.21 ± 1.09			
T ₃ + T ₄	38	11.83 ± 0.69	2.57	2.16	0.037◇
淋巴结转移					
阴性	37	8.49 ± 1.55			
阳性	15	10.77 ± 0.68	2.69	2.54	0.017△

▲TNM (I + II)期与 (III + IV)期比较, $t = 2.59, P = 0.014$; ◆高分化与低分化的胃癌组织比较, $t = 3.09, P = 0.004$; * 中分化与低分化的胃癌组织比较, $t = 2.87, P = 0.011$; ◇肿瘤浸润深度 (T₁ + T₂)与 (T₃ + T₄)比较, $t = 2.16, P = 0.037$; △与淋巴结转移组比较, $t = 2.54, P = 0.017$ 。

3 讨论

SOX2 是 SOX 基因家族 B 亚型, 含有一个高度保守的高迁移率族蛋白框 (high mobility group box, HMGbox) DNA 结合域^[4], 其参与早期胚胎发育和细胞分子调控。SOX2 是决定胃黏膜上皮分化的重要转录因子, 控制胃黏膜上皮细胞的分化, 其异常表达在胃炎、肠化生、胃癌的变化过程中起着至关重要作用^[5]。Otsubo 等^[6]将外源性 SOX2 基因导入胃永生细胞, 能抑制细胞增殖, 导致细胞周期停滞和促使细胞凋亡, 而 SOX2 基因的表达缺失可导致胃上皮细胞失去正常分化的调节, 使细胞无限扩增向胃癌演变。与传统

PCR、原位杂交以及免疫组织化学方法等定性或半定量的方法比较, 实时荧光定量 PCR 不仅操作简便、快速高效, 而且具有很好的敏感性和特异性^[7]。本研究采用实时荧光定量 PCR 检测胃癌 SOX2 mRNA 的表达, 在 PCR 反应过程中巧妙地靶基因扩增、杂交及光谱检测技术结合在一起, 可以对 SOX2 mRNA 的表达水平进行准确定量检测。

有研究表明肿瘤细胞表面表达一些胚胎时期细胞的表面抗原如: SOX2、OCT4、Nonag 等^[8]。SOX2 调控胃分化标志物粘蛋白 5AC (Mucin - 5 subtype AC, MUC5AC) 和胃蛋白酶原 A (pepsinogen A, PGA) 的表达, 控制胃黏膜上皮细胞的定向分化。SOX2 异常表达会导致胃黏膜上皮细胞的分化失去稳态或者产生紊乱^[9]。胃癌的发生、发展受多基因调控, 是一个多步骤、多阶段过程。本实验通过荧光定量 PCR 检测了 52 例胃癌患者癌组织、正常胃黏膜组织中 SOX2 的相对表达量, 结果显示正常胃黏膜组织 SOX2 mRNA 表达量显著高于癌组织, 是癌组织的 2.24 倍, 差异有统计学意义 ($P = 0.0026$), 提示 SOX2 基因表达与胃癌的发病可能存在相关性, 其因果关系尚不清楚。进一步研究发现, 不同性别、年龄胃癌患者标本 SOX2 mRNA 的表达无明显差异 ($P > 0.05$)；患者的病理分期、细胞分化程度、肿瘤浸润程度不同, SOX2 mRNA 的表达有显著差异 ($P < 0.05$)。SOX2 表达水平与胃癌的分化程度有关, SOX2 表达水平下降导致胃黏膜细胞定向分化能力缺失, 促使胃黏膜细胞异常分化, 成为胃癌恶性演变过程的促进因素之一^[10], 本研究中高分化和中分化的胃癌组织中 SOX2 mRNA 表达量分别是低分化的胃癌组织的 3.36 倍和 2.95 倍 ($P < 0.05$), 肿瘤浸润深度 (T₁ + T₂)的胃癌组织中 SOX2 mRNA 表达量是 (T₃ + T₄)的 2.57 倍 ($P < 0.05$), 淋巴结无转移组 SOX2 mRNA 表达量是转移组的 2.69 倍, 提示胃癌组织分化程度低、浸润深度深、合并淋巴结转移的胃癌组织中 SOX2 mRNA 表达量降低, 表明 SOX2 在胃癌的演变过程中具有抑癌基因的功能。反映在 TNM 病理分期上, 与 TNM (I + II)期的胃癌组织比较, (III + IV)期胃癌组织的 SOX2 mRNA 表达量明显降低 ($P = 0.014$), 提示 TNM 病理分期越晚, SOX2 基因表达量越少, 提示 SOX2 基因表达与胃癌的发展及侵袭有一定关联。

本研究建立检测胃癌及正常胃组织中 SOX2 基因表达差异的实时荧光定量 PCR 方法, 实验结果表明 SOX2 基因在胃癌组织中的表达低于正常组织, 且和病理分期、癌细胞分化程度、浸润程度、淋巴结转移存在一定相关性, 提示 SOX2 基因的低表达水平促进胃癌的发生、发展和侵袭, 虽然目前对其分子机制还不清楚, 但有望成为胃癌诊断及愈后判断的一个指标。当然, 本研究有一定的局限性, 可能需要更多的样本和组织类型进行研究, 需要进一步行 SOX2 基因表达水平与胃癌患者生存期的相关性研究。

参考文献 (略)

第四颈椎横突旁封闭治疗顽固性呃逆 24 例体会

刘永前

(厦门市第二医院,福建 厦门 361021)

顽固性呃逆病因复杂,治疗困难,患者痛苦大。作者于 2006 年 4 月至 2011 年 2 月以第四颈椎横突旁封闭治疗该病 24 例,全部治愈,现报告如下。

1 临床资料

本组 24 例,男 18 例,女 6 例,年龄 38~75 岁,其中上腹部手术后 11 例,脑血栓长期卧床 8 例,上呼吸道感染后 3 例,无明显病因 2 例。病程 2 天~11 天。全组病人均经中西药物及针灸等治疗效果不佳。

2 治疗方法

全部患者均选右侧或左侧交替行第四颈椎横突旁封闭。具体方法:常规禁食水 2 小时,病人仰卧,头偏向注射对侧显露胸锁乳突肌,在其后缘甲状软骨上缘水平触及第四颈椎横突,垂直进针达横突旁,病人往往有酸胀感,退针少许回抽无血后,一次缓慢注入配置药品即可,全部患者注射完成后由注射者观察 30 分钟无异常后转入常规护理。每 4 次注射为一疗程,每次间隔 3 天。药物配方:1%利多卡因 10ml,内含维生素 B1250~1000 μ g,地塞米松 5mg,此期间,原发病治疗继续进行。

3 结果

全组病人一个疗程内呃逆均完全中止,起效时间一般在注射后 10~24 小时内,效果以首次注射最为显著,所有病人呃逆次数和幅度不同程度下降,其中 11 例病人首次注射后 24 小时内中止,5 例病人两次注射后中止,7 例病人 3 次注射后中止,另 1 例病人第四次注射后中止。本组病人 2 例

注射后出现一过性声音嘶哑,其中,1 例感轻微呼吸困难,吸氧后 30 分钟内缓解,全组未发生严重不良反应和并发症。

4 讨论

呃逆为膈肌不自主的挛缩运动,其病因尚不明确。有人认为,呼吸、膈中枢及视丘交感中枢的联合作用构成呃逆中枢,其传入支是迷走、膈神经和第 6~12 胸段交感链,传出支是膈神经。当呃逆反射弧的传入或传出支受到不良刺激时,膈肌即反射性地发生阵发性挛缩,引起呃逆。顽固性呃逆往往因呃逆反应未得到及时有效控制而产生的恶性循环效应。

本法药物配方中,低浓度的利多卡因具有阻滞神经传导作用,而且对神经产生温弱的良性刺激。维生素 B12 可营养神经,增强其代谢和调节功能,同时也具有一定的抗炎和麻醉作用。上述药物注射到第四颈椎横突旁后,通过扩散作用于膈神经的组成支第 3~5 颈神经,扰乱呃逆反射弧的形成,增强其自身调节功能,减弱膈肌运动,阻断其恶性循环,从而达到治疗目的。

第四颈椎横突旁封闭术,因其注射位置高、解剖标志明确,操作简单,较膈神经直接阻滞安全性更高,副作用小。另外,本组病人采取了低浓度单次单侧注射的方法,可最大限度避免双侧阻滞带来的呼吸抑制等并发症。

参考文献(略)

手足口病急诊留观患儿转归的相关因素

张丽月,Denise Kudirka, Colleen Curch,肖玉娟,吴闯,孙玉贝,林刚曦

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

手足口病是肠道病毒引起的急性传染病,多发生于 5 岁以下的婴幼儿,尤以 3 岁以下年龄组发病率最高,大多数患儿表现为发热及手、足、口腔、臀部等部位出现排阵、斑疹等;少数患儿可合并严重的脑膜炎、脑水肿等神经系统病变,病死率高,因此,目前多数研究集中于危重手足口患儿的处理。急诊室是接诊患者的第一线,准确诊治和精心护理是提供好治愈率的关键。因本病传染性强,传播速度快、范围广,应及时让患儿家长获得正确的疾病防治知识,消除疑虑、配合治疗,从而降低传播机会,有效控制病情。本研究对我院急诊留观室的手足口病患儿进行临床特点及转归分析,以探讨儿科急诊留观室的手足口病患儿病情加重的可能危险因

素,为促进患儿康复提供依据。先报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2014 年 8 月至 2013 年 3 月,我院门急诊确诊的手足口病患儿 4042 例。纳入标准:诊断均符合手足口病防治指南要求:均可见口腔溃疡、手掌心出疹,伴或不伴有发热。其中首日可急诊留观的手足口病患儿 471 例,同期收住院的手足口病患儿 40 例。收住院标准:留观患儿明显烦躁,经处理不能缓解,伴体温持续高热不退,经常规退热处理及激素治疗不能缓解;明显倦怠伴有明显的神经受累体征或脑炎的表现;丙种球蛋白治疗未见明显好转;生命体征不稳定的患儿。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 利巴韦林静脉或口服抗病毒治疗,疗程 5-7d;高热者首选物理降温;血糖高伴有肢体抖动、嗜睡、呕吐等神经系统症状者遵医嘱予短期使用小伎俩甘露醇降颅压、小剂量激素(甲强龙、地塞米松)治疗。少数有专为重症倾向的患儿在家属同意下用丙种球蛋白治疗。合并感染者给予克林霉素或头孢类抗生素(头孢曲松钠或头孢哌酮舒巴坦钠)抗感染、口腔溃疡利用利巴韦林气雾剂喷溃疡处。与住院患儿治疗的区别在于轻症的手足口病患儿尽可能少用丙种球蛋白静脉滴注治疗。出现危重症患儿转入儿童 ICU,根据出现的并发症如肺炎、肺出血等作相应的抢救措施。另外,住院的手足口病患儿将会进行更详细的实验室检查。

1.2.2 研究方法 预先设置手足口病患儿的病情观察表,包括:①基本资料:年龄、性别;②临床症状:体温、皮疹、是否伴有皮肤瘙痒、咳嗽、呕吐、腹痛、腹泻、头痛、头晕、肢体抖动、抽搐;③实验室检查:血常规、C 反应蛋白、肾功电解质、胸部 X 光偏;④患儿转归:出院、转住院、转入儿童 ICU、死亡。由留观病区的护士观察记录。

1.2.3 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件包,计数资料用百分比进行描述,组间比较采用 X² 检验;留观患儿转归的危险因素分析采用 Logistic 回归分析。

2 结果

2.1 留观与住院患儿一般资料集转归

收住儿科急诊留观室的手足口病患儿 471 例,同期收住院手足口病患儿 40 例,其中急诊室直接收入儿童 ICU5 例,住院转儿童 ICU2 例,死亡 1 例,其余全部治愈,未发现并发症和后遗症。

2.2 留观与住院的单因素分析

使用 SPSS13.0 统计软件对急诊留观与住院的手足口病患儿可能影响病情的性别、年龄、体温、咳嗽、肢体抖动、腹泻、抽搐、头痛、白细胞计数、血红蛋白、血糖、C 反应蛋白等常用的临床观察及实验室检查指标进行 X² 检验。其中年龄、体温、咳嗽、肢体抖动、抽搐、白细胞计数、血红蛋白、血糖等 8 项因素可能与手足口患儿病情加重与需要住院有关。

2.2.1 留观与住院患儿一般资料比较(见表 1)。

2.2.2 留观与住院患儿临床症状比较(见表 2)。

2.2.3 留观与住院患儿实验室检查结果比较(见表 3)。

表 1 留观与住院手足口病患儿一般资料比较[n(%)]

项目	留观患儿 (n=471)	住院患儿 (n=40)	X ²	P 值
性别				
男	313(66.45)	21(52.50)	3.296	0.055
女	158(33.55)	19(47.50)		
年龄(岁)				
≤1	74(15.71)	1(2.50)	6.784	0.034
>1, ≤3	257(54.56)	29(72.50)		
>3, ≤14	140(29.72)	10(25.00)		

表 2 留观与住院手足口病患儿临床症状比较[n(%)]

项目	留观患儿 (n=471)	住院患儿 (n=40)	X ²	P 值
体温℃				
≥36, <37	305(64.76)	8(20.00)	40.237	0
≥37, <38	50(10.62)	10(25.00)		
≥38, <39	60(12.74)	17(42.50)		
≥39, <40	56(11.89)	5(12.50)		
咳嗽	16(3.40)	8(20.00)	22.706	0
肢体抖动	12(2.55)	14(35.00)	80.404	0
腹泻	8(1.70)	0(0.00)	0.69	0.407
抽搐	3(0.64)	4(10.00)	23.923	0
头痛	2(0.42)	1(2.5)	2.721	0.099

表 3 留观与住院手足口病患儿实验室检查结果比较[n(%)]

项目	留观患儿 (n=471)	住院患儿 (n=40)	X ²	P 值
白细胞计数(×10 ⁹ /L)				
≤10	224(47.56)	9(22.50)	14.237	0.003
>10, ≤15	154(32.70)	21(52.50)		
>15, ≤20	65(13.80)	4(10.00)		
>20	28(5.94)	6(15.00)		
血红蛋白(g/L)				
≥110	436(92.57)	33(82.50)	4.955	0.036
<110	35(7.43)	7(17.50)		
血糖(mmol/L)				
>7.0	9(1.91)	8(20.00)	37.511	0
≤7.0	462(98.09)	32(80.00)	0.69	0.407
C 反应蛋白(mg/dl)				
>30	69(14.65)	8(20.00)	2.762	0.251
>10, ≤30	104(22.08)	12(30.00)		
≤10	298(63.27)	20(50.00)		

2.3 留观手足口病患儿转归的危险因素分析

以留观手足口病患儿是否住院为因变量,一单一苏分析结果中的危险因素为自变量们进行 Logistic 回归分析,结果显示,年龄小、体温上升、肢体抖动、白细胞计数增加、血糖升高是独立的危险因素,见表 4。

表 4 留观手足口病患儿需要住院的危险因素 Logistic

项目	B 值	Wald χ^2 值	OR	P 值	95% CI
年龄	0.004	4.848	1.006	0.043	0.978 - 1.134
体温	0.538	18.345	0.047	0	0.007 - 0.195
肢体抖动	0.673	25.764	1.869	0	1.439 - 2.682
白细胞计数	0.182	16.462	1.263	0.012	1.033 - 1.879
血糖	0.396	19.367	1.582	0.007	1.216 - 1.743

3 讨论

手足口病是儿科一年四季均可发生的常见病,每年都有个别重症的手足口病患儿死亡,对该病的研究始终是儿科医务工作者的热点之一。但很多研究都集中在重症手足口病患儿的临床和实验室研究中。而实际工作中,大多数病情不稳定的手足口病患儿来医院就诊后会在急诊留观室中观察,再起甄别可能进展为危重手足口病的患儿更为重要。

3.1 应重点关注 3 岁以下及发热手足口病患儿

本研究结果显示,年龄小于 3 岁患儿病情更易进展为需要住院的重症患儿($P < 0.05$)。年龄小的手足口病患儿病情加重的风险增加,年龄较小的患儿,免疫功能更低,且往往是首次接触手足口病病毒,体内缺乏相应的抗体,因此,出现病情加重的机会更大。在儿科急诊留观室内,需要加强巡视低龄患儿,并向家长说明情况,提醒家属密切配合观察。本研究还显示,住院的手足口病患儿体温大约 38 度者多于留观室的手足口病患儿($P < 0.05$)。与相关研究结果一致。发热对于判断手足口病的病情危险十分重要,护士巡查留观室时,对发热的患儿建议每小时监测一次体温,及时进行对症处理。

3.2 密切观察手足口病患儿的临床伴随症状

本研究显示,肢体抖动作为患儿转为重症住院的独立危险因素($P < 0.01$)。肢体抖动是交感神经过度兴奋的表现,是手足口病患儿病情加重的早期症状之一。出现抽搐提示病情循序加重,对个别有热性惊厥既往史的患儿通过

询问病史加以鉴别。在护理手足口病的患儿过程中,应注意观察面色、意识、瞳孔的变化;肢体抖动明显者应立即通知医生,对于发生抽搐者,遵医嘱给以镇静剂,同时备好氧气、吸引器和各种抢救用品,注意防止舌咬伤。如果患儿有呕吐时应取侧卧位,及时清除口内分泌物,头偏向一侧,防止误吸引起窒息。

3.3 及时了解手足口病患儿的实验室检查报告

表 4 结果显示,白细胞增高、血糖大于 7.0mmol/L 均提示作为独立危险因素始患儿有转为重症需要住院的危险($P < 0.001$)。重症手足口病可感染脑干而损害脑干腹侧、内侧和尾部,一直血管舒缩中枢,而导致交感神经兴奋增加,病情加重。特别需要指出血糖大于 7.0mmol/L 知识研究具体条件下的分析结果,这一结果还需要多中心的大样本实验进一步证实。另外,虽然血红蛋白下降的患儿分析中没有意义,但在单因素分析中提示危险因素增加,可能与贫血的患儿氧合功能下降、机体代谢下降、器官的功能不能充分发挥有关,随着贫血程度的加重,免疫功能受损也加大。临床工作中应重视查阅检查回报的化验单,对有危险加重倾向的患儿密切观察病情变化,及时报告医生,及时处理。

4 小结

通过本研究分析可以看出,年龄小、体温上升、肢体抖动、白细胞计数增加、血糖升高的手足口病患儿病情加重需要住院的可能性明显增加,需要在临床护理巡查的过程中尤其注意,并告知家属患儿存在的风险,有条件及早转入住院部进一步治疗,无条件暂时不能住院者要在急诊留观室内重点监护。咳嗽、抽搐、血红蛋白降低虽然未纳入回归方程,但在单因素分析中有意义,因此,在急诊留观室的手足口病患儿伴有上述情况时,也需要特别仔细观察病情变化。

参考文献(略)

戳孔局部浸润镇痛在高龄患者完全腹腔镜下胃癌根治术中的临床意义*

黄正接,谢永进,尤俊,许林,陈跃达,陈百胜,魏斌,罗琪*

(厦门大学附属第一医院,福建 厦门 361003)

胃癌是我国常见的恶性肿瘤之一,随着我国人口年龄结构逐步老龄化和医学的发展,高龄胃癌的手术患者日益增多^[1]。完全腹腔镜下胃癌根治术具有创伤小、疼痛轻、术后恢复快的特点,由于腹腔镜手术后疼痛不剧烈,术后镇痛常常被忽略。但研究显示,腹腔镜手术后大多数患者仍会出现轻、中度疼痛而要求应用镇痛药,特别是术后第一晚^[2]。老年人因各脏器功能衰退,抗病能力和代偿功能均有不同程度的降低,术后疼痛更易引起呼吸、循环、内分泌

等生理功能紊乱,影响患者术后恢复。因此,有必要对完全腹腔镜下胃癌根治术的高龄患者进行术后镇痛。罗哌卡因为新型长效酰胺类局麻药对中枢系统和心血管系统的不良反应较小,在术后镇痛的研究中已被证实其安全性和有效性^[3]。本研究在完全腹腔镜下胃癌根治术结束时,拟用罗哌卡因局部浸润高龄患者的 Trocar 戳孔,观察术后镇痛效果和术后恢复情况,探讨完全腹腔镜下胃癌根治术高龄患者的术后镇痛方法。

* 基金项目:福建省科技计划重点项目(2010D026),福建省医学创新课题(2012 - CXB - 29),厦门市科技计划项目(3502Z20134011)

1 对象与方法

1.1 对象

2012 年 1 月至 2013 年 9 月接受完全腹腔镜下胃癌根治术治疗的高龄患者 (≥65 岁) 进行前瞻性研究, 研究经厦门大学附属第一医院伦理委员会批准, 所有患者均签署知情同意书。纳入标准: (1) 术前胃镜检查与病理确诊为原发性胃癌, 术前临床分期在 II B 期及以下; (2) 符合完全腹腔镜下胃癌根治术的适应症要求; (3) 按照美国麻醉师协会 (ASA) 分级标准患者为 I ~ II 级, 年龄 ≥65 岁, 无慢性疼痛、凝血功能障碍、酰胺类局麻药过敏, 无严重的心脏、呼吸系统疾病。排除标准: (1) 有完全腹腔镜下胃癌根治术的禁忌证; (2) 有酰胺类局麻药使用禁忌证; (3) 按照美国麻醉师协会 (ASA) 分级标准患者 > II 级或年龄 < 65 岁者; (4) 有慢性疼痛、凝血功能障碍、严重的心脏、呼吸系统疾病病史; (5) 试验过程中合并用药, 影响观察指标或资料不全等影响疗效判断者。最终纳入共 61 例患者, 年龄 65 ~ 82 岁, 平均 (71 ± 5) 岁, 术前常规行上腹部 CT 检查, 术前根据日本胃癌处理规约第 14 版的 TNM 分期标准进行临床分期: IA 期 6 例, IB 期 9 例, II A 期 19 例, II B 期 27 例。

1.2 方法

1.2.1 分组: 随机抽取双盲试验分组卡随机分为罗哌卡因戳孔组 (0.5% 的罗哌卡因 40 ml 行戳孔局部浸润, n = 22), 氯化钠戳孔组 (0.9% 的氯化钠注射液 40 ml 行戳孔局部浸润, n = 20), 空白对照组 (不行戳孔局部浸润, n = 19)。所有患者疼痛数字等级评分 (numeric rating scale, NRS) > 4 分, 根据患者要求给予盐酸吗啡注射液 10 mg 肌注补救镇痛。3 组患者的 TNM 分期和一般资料年龄、性别、身高、体重差异均无统计学意义 (均 P > 0.05)。

1.2.2 术后镇痛方法: 均为气管插管全身麻醉, 常规麻醉诱导、麻醉维持, 手术采用五孔法, 患者取双腿分开平卧位, 建立气腹, 压力维持在 13 ~ 15 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 脐下做弧形小切口穿刺 10 mm Trocar 作为观察孔 (a 孔), 腹腔镜镜身由此进入; 置入 30° 腹腔镜, 在腹腔镜监视下于右锁骨中线平脐偏上建 12 mm 戳孔为术者主操作孔 (b 孔), 右侧腋前线肋缘下穿刺 5 mm Trocar 为辅操作孔 (c 孔), 于上述部位左侧对称点穿刺 5 mm、5 mm Trocar 为助手操作孔 (d、e 孔)。根据肿瘤分期按照日本第 14 版《胃癌处理规约》进行胃周围淋巴结的清扫^[4]。按照手术操作顺序为区域淋巴结清扫、肿瘤组织切除和消化道重建。根据肿瘤位置行全腹腔镜 Billroth - I 式吻合术 (Delta 吻合术)、Billroth - II 式吻合术、食管空肠 Roux - en - Y 式吻合术, 吻合结束后予以扩大脐下观察孔至 3 cm, 取出标本, 右侧术者主操作孔留置腹腔引流管 1 条。停止气腹后, 罗哌卡因戳孔组 5 个戳孔共局部注射 0.5% 的罗哌卡因 40 ml, 分别在 5 mm 戳孔各皮下注射 6 ml, 12 mm 戳孔注射 10 ml, 取出标本的脐下扩大戳孔 12 ml (图 1); 氯化钠戳孔组于各戳孔处注射等量 0.9% 氯化钠注射液; 空白对照组不行戳孔局部浸润。3 组均未使用静脉或硬

膜外自控术后镇痛方法, 术后 NRS 评分 > 4 分者, 根据患者要求给予肌肉注射盐酸吗啡注射液补救镇痛。



图 1 戳孔局部浸润药物

注: a: 脐下缘取出标本切口皮下注射 0.5% 的罗哌卡因 12 ml; b: 术者主操作孔皮下注射 0.5% 的罗哌卡因 10 ml; c、d、e 操作孔各皮下注射 0.5% 的罗哌卡因 6 ml

1.2.3 观察指标: 术后均行心电图监护行生命体征监测, 吸氧, 密切观察并记录术后生命体征的变化。(1) 术后疼痛程度: 疼痛评分采用双盲 NRS^[5], 术后 6、12、24、48 h 测定并记录。疼痛评定标准: 无痛: 0 分; 轻度疼痛: 1 ~ 3 分, 可以忍受; 中度疼痛: 4 ~ 6 分, 明显疼痛, 影响睡眠; 重度疼痛: 7 ~ 10 分, 剧烈疼痛, 难以忍受严重影响睡眠。(2) 补救镇痛: 患者不能忍受疼痛时给予肌肉注射盐酸吗啡注射液 10 mg/次, 并记录术后盐酸吗啡注射液使用的时间和例数。(3) 不良反应: 监测术后患者的血压、心率、呼吸、频率、脉搏及血氧饱和度, 记录术后 48 h 内恶心、呕吐、头晕、嗜睡、皮肤瘙痒、呼吸抑制等情况。(4) 术后临床指标: 记录比较各组患者术后首次下床活动时间、肠功能恢复时间、并发症及平均住院日、医疗费用。

1.3 统计学方法

用 SPSS 16.0 统计软件对数据进行统计分析, 符合正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用单因素方差分析比较组间差异, 计数资料用例 (%) 表示, 采用 χ^2 检验进行分析, 显著性水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 术后 NRS 评分和盐酸吗啡注射液使用情况: 罗哌卡因戳孔组术后 6、12、24、48 h 的 NRS 评分均低于氯化钠戳孔组和空白对照组, 术后初次使用盐酸吗啡注射液时间较迟, 盐酸吗啡注射液使用例数较低 (均 P < 0.05); 氯化钠戳孔组和空白对照组患者术后 NRS 评分差异无统计学意义 (均 P > 0.05) (表 1)。

表 1 术后 NRS 评分和盐酸吗啡注射液使用情况比较

组别	例数 (n)	NRS 评分 ($\bar{x} \pm s$)				术后盐酸吗啡注射液使用情况 (例)			
		6h	12 h	24 h	48 h	6h	12 h	24 h	48 h
罗哌卡因戳孔组	22	2.65 ± 0.25*	2.42 ± 0.34*	2.27 ± 0.83*	2.05 ± 0.90*	0*	1*	1*	0*
氯化钠戳孔组	20	5.47 ± 0.12	5.82 ± 0.63	3.95 ± 0.51	3.75 ± 0.72	4	5	3	1
空白对照组	19	5.63 ± 0.27	5.67 ± 0.49	3.84 ± 0.60	3.74 ± 0.56	5	4	1	2

注: * 与氯化钠戳孔组和空白对照组比较: P < 0.05

2.2 不良反应:术后 3 组患者血压、心率、呼吸、频率、脉搏及血氧饱和度均在正常范围,无嗜睡、皮肤瘙痒和呼吸抑制。罗哌卡因戳孔组 22 例患者术后发生恶心 5 例、呕吐 3 例、头晕 3 例,氯化钠戳孔组 20 例患者术后发生恶心 4 例、呕吐 3 例、头晕 2 例,空白对照组 19 例患者术后发生恶心 4 例、呕吐 2 例、头晕 2 例,术后不良反应发生率各组差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

2.3 术后临床指标比较:术后各组患者术后首次下床活动时间、肠功能恢复时间及平均住院日见表 2,术后肠功能恢复以闻及肠鸣音次数正常,并有肛门排气为标准。罗哌卡因戳孔组术后首次下床活动时间更早、肠功能恢复时间更快、术后平均住院日更短、医疗费用更低(均 $P < 0.05$)(表 2)。

表 2 临床评价指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次下床活动时间(h)	肠功能恢复时间(h)	术后住院日(d)	医疗费用(万元)
罗哌卡因戳孔组	22	53 ± 9*	80 ± 6*	10.2 ± 1.3*	5.7 ± 0.5*
氯化钠戳孔组	20	91 ± 11	105 ± 9	12.6 ± 1.3	6.3 ± 0.6
空白对照组	19	93 ± 11	109 ± 10	12.9 ± 1.6	6.5 ± 0.6

注: * 与氯化钠戳孔组和空白对照组比较: $P < 0.05$

2.4 术后并发症:3 组患者围手术期恢复顺利,无死亡、消化道出血等严重并发症,随访 3 个月,病人无死亡和肿瘤复发。(1)术后手术相关并发症为切口感染,表现为切口红肿热痛,罗哌卡因戳孔组无切口感染并发症,氯化液戳孔组术后第 5~6 天出现切口感染 2 例,空白对照组术后第 5 天出现切口感染 1 例,经拆除缝线、加强换药,12 d 后愈合。(2)非手术并发症为肺部感染(表现为咳嗽、咳痰、发热)和泌尿系感染(表现为尿频、尿急、尿痛),罗哌卡因戳孔组术后第 5 天发生肺部感染 1 例、术后第 6 天发生泌尿系感染 1 例,氯化钠戳孔组术后第 4~6 天发生肺部感染 2 例、术后第 5 天发生泌尿系感染 1 例,空白对照组术后第 3~4 天发生肺部感染 2 例、术后第 4 天发生泌尿系感染 1 例,均经抗感染后治愈。罗哌卡因戳孔组术后并发症发生率(9.10%, 2/22)少于氯化钠戳孔组(25.00%, 5/20)和空白对照组(21.05%, 4/19),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

疼痛是术后患者最直接的感受,患者往往因为术后疼痛而不愿或不敢活动,导致术后并发症增加。完全腹腔镜下胃癌根治术多采用五孔法操作,较传统的开腹手术能明显降低疼痛的程度^[6],具有创伤小、出血少、术后恢复快、美容等优点^[7-8]。但患者术后仍有中等程度的疼痛(NRS 评分 4~7 分),因此,完全腹腔镜下胃癌根治术后仍然需要术后镇痛。

高龄胃癌患者在疼痛应激时,术后易于发生低氧血症、高二氧化碳血症和酸中毒,疼痛刺激机体的儿茶酚胺分泌增加,导致血压、心率升高等循环紊乱,甚至会诱发心脑血管意外^[9]。因此,基于符合全腹腔镜手术的高龄患者生理特点,又简便易行、安全有效的镇痛方法,成为临床医生的关注热点^[10]。轻、中度疼痛应首选非甾体类镇痛药,但目前尚无一种长效非甾体类镇痛药单次静脉用药后能覆盖患者术后第 1 天的疼痛时程,阿片类药物患者自控静脉镇痛是常用的术后镇痛方法,但阿片类药物大量应用可引起恶心呕吐、嗜睡、呼吸抑制等不良反应^[10]。硬膜外自控镇痛虽然效

果确切,但老年患者常伴有脊椎变形、韧带钙化、骨质融合,常使椎管内穿刺困难甚至无法完成^[11]。而且与传统开腹手术比较,完全腹腔镜下胃癌根治术疼痛强度和持续时间均明显降低,无携带自控镇痛泵的必要性。腹腔镜下胃癌根治术后早期疼痛主要是戳孔的疼痛,原因可能为戳孔切口局部释放炎症介质^[12],很多研究表明外科手术切口的局部麻醉药浸润可以改善手术后疼痛^[13-14]。罗哌卡因是一种长效酰胺类局麻药物,对中枢系统和心血管系统的不良反应较小,在术后镇痛的研究中已被证实其安全性和有效性^[3],适合高龄患者使用。因此,本研究采用罗哌卡因局部浸润戳孔的方法,对全腹腔镜手术后的老年胃癌患者进行镇痛。

罗哌卡因因局部浸润可能阻止腹腔镜下胃癌根治术中戳孔处致炎因子对末梢神经的刺激,加速局部血流,及时运走致痛物质的作用^[15],从而缓解疼痛。低浓度罗哌卡因镇痛时仅伴有局限的非进行性运动神经阻滞,具有时效长、毒性小等优点。本研究中罗哌卡因戳孔组术后 6、12、24、48 h 的 NRS 评分低于氯化钠戳孔组和空白对照组,术后盐酸吗啡注射液初次使用时间和使用例数均低小于氯化钠戳孔组和空白对照组,表明罗哌卡因局部浸润戳孔对于完全腹腔镜手术的高龄胃癌患者具有良好的镇痛效果。同时,术后各组患者血压、心率、呼吸、频率、脉搏及血氧饱和度均在正常范围,恶心呕吐等不良反应发生率各组差异无统计学意义,表明罗哌卡因局部浸润戳孔具有良好镇痛效果的同时,也具有安全性,是一种可接受、经济有效的术后镇痛方法。

罗哌卡因因局部浸润戳孔术后镇痛的另一关键问题是剂量问题,罗哌卡因在神经阻滞和硬膜外麻的常用浓度为 0.5%~1.0%,若以 0.5% 的罗哌卡因 40 ml(200 mg)计算其血浆质量浓度为 0.95 mg/L,属于安全范围。Pappas-Gogos 等^[16]分别使用 0.25% 和 0.75% 的罗哌卡因各 40 ml 进行切口局部浸润,发现大剂量(0.75%)罗哌卡因的镇痛效果与小剂量(0.25%)相仿,虽然未发生毒性反应,但是血浆中罗哌卡因的浓度较高。本研究使用 0.5% 罗哌卡因 40ml 局部浸润戳孔,术后 48 h 内起到较好的镇痛效果,未发现局麻药的中毒症状。

本研究中氯化钠戳孔组和空白对照组术后 12 h 内所有患者都明显疼痛,影响睡眠,部分患者虽经补救用药处理后有好转,但已经对患者的身体与精神造成创伤,罗哌卡因戳孔组由于术后镇痛效果好,术后 48 h 内患者仅有轻度疼痛,只有 2 例患者补救镇痛,罗哌卡因局部浸润戳孔术后镇痛减轻了患者围术期的心理创伤。由于罗哌卡因戳孔组的术后镇痛疗效确切,使患者能够正常深呼吸和咳嗽,降低手术后肺不张和肺部感染的发生率,早期的自行活动使患者的尿管得以早期拔除,减少泌尿系感染的风险,同时在手术戳孔行局部浸润的局麻药有一定的抗菌作用,降低了术后切口感染率^[17]。本研究罗哌卡因戳孔组术后并发症发生率低于氯化钠戳孔组和空白对照组,术后并发症的减少缩短了术后平均住院日。

罗哌卡因戳孔组术后平均住院日短;罗哌卡因局部浸润戳孔消除了患者术后疼痛,敢于在术后较早时间下床自行活动,有利于肠道功能恢复,肛门排气时间快于氯化钠戳孔组和空白对照组;罗哌卡因戳孔组患者肠道功能恢复快、经口饮食早,术后应用肠外营养的量减少;罗哌卡因局部浸润的医疗费用低廉,术后几乎无需使用其他镇痛药,减少术后阿片类药物需求量^[13-14]。上述因素使罗哌卡因戳孔组的住院医疗费用较氯化钠戳孔组和空白对照组明显降低。

本研究表明,罗哌卡因戳孔局部浸润有效地缓解了高龄患者术后戳孔疼痛,为完全腹腔镜下胃癌根治术的高龄

患者提供了简便易行的镇痛方法,取得有效的术后镇痛效果,并促进了患者术后恢复、缩短了住院时间、减少了医疗费用,具有一定的临床应用前景,可以推广应用在全腹腔镜手术的高龄患者,但是其可行性、安全性及经济实用性需要

通过多中心、大样本的前瞻性随机对照研究来进一步证实。

参考文献(略)

针刺联用度洛西汀治疗类风湿关节炎引起的疼痛 10 例

谢彦颖

(厦门市仙岳医院中西医结合科,福建 厦门 361012)

类风湿关节炎(RA)是一种以慢性破坏性关节病变为特征的全身性自身免疫性疾病,病变主要累及四肢关节。根据其临床表现特征,多归属于中医的“痹症”、“历节”。它具有病程缠绵难愈、疼痛剧烈、致残率高的特点,过去,发病 10 年后能够继续工作的患者不到 50%。医学上称 RA 为“死不了的癌症”。临床上多用非甾体抗炎药、抗风湿药、糖皮质激素等药物治疗。笔者发现,在 RA 的治疗中,有一部分患者,特别是久病者和中老年人,疗效不是很理想。长期病痛的折磨、躯体畸变的威胁、生活能力的减退甚至消失,让 RA 患者的身体和心理经历着巨大的考验,导致了这类患者在精神上存在很大的抑郁情绪。国内外研究发现^[1,2],37%~73%的 RA 患者有不同程度的抑郁。故笔者在临床上,对于常规治疗效果不佳,伴有抑郁症状的患者采用针刺配合度洛西汀中西医结合的治疗方法,取得了较为满意的效果,现介绍如下。

1 临床资料

一般情况:观察对象为来自我院门诊的患者,共 10 例。其中男性 3 例,女性 7 例,年龄最大 55 岁,最小 24 岁,平均年龄 44 岁。RA 病史最长 17 年,最短 2 年。患者主诉为膝关节肿痛不适伴四肢关节畸形,长期门诊治疗,症状时好时坏,经久不愈,患者为此深感痛苦,并伴有情绪低落、乏力、食欲减退、眠差等一系列抑郁症状。

2 病例选择标准

2.1 西医诊断标准

符合 1987 年美国风湿病协会关于的 RA 诊断标准,具备以下 7 项中 4 项:①每日晨僵持续 1h 以上,时间超过 6 周;②3 个或以上关节同时肿胀至少 6 周,包括双侧近端指间关节、掌指关节、腕关节、肘关节、膝关节、踝关节、趾关节;③掌指、近端指间关节或腕关节中至少 1 个关节肿胀超过 6 周;④对称性关节肿痛至少 6 周;⑤有皮下类风湿结节;⑥手和腕的后前位 X 线片显示有骨侵蚀或有明显的骨质疏松;⑦血清类风湿因子阳性。

2.2 中医辨证分型标准

符合中国中医药出版社 05 年版《中医内科学》风寒湿痹的辨证分型标准:①行痹:肢体关节、肌肉疼痛酸楚,屈伸不利,可涉及肢体多个关节,疼痛呈游走性,初起可见有恶风、发热等表证。舌苔薄白,脉浮或浮缓。②痛痹:肢体关节疼痛,痛势较剧,部位固定,遇寒则痛甚,得热则痛缓,关节屈伸不利,局部皮肤或有寒冷感。舌质淡,舌苔薄白,脉弦紧。③着痹:肢体关节、肌肉酸楚、重着、疼痛,肿胀散漫,关节活动不利,肌肤麻木不仁。舌质淡,舌苔白腻,脉濡缓。

2.3 纳入标准

①符合西医诊断标准;②符合中医辨证分型标准;③ Hamilton 抑郁评定量表(HAMD,17 项)评分 ≥ 7 分;④年龄 18

~60 岁之间;⑤征得患者本人同意,能按要求定期治疗者。

2.4 排除标准

①不符合以上标准;②妊娠期或哺乳期妇女;③合并有心衰、呼衰、脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病。

3 治疗方法

在病人原有的用药基础上,给予盐酸度洛西汀肠溶胶囊(欣百达,美国礼来公司生产,规格:60mg \times 7 粒),剂量为 60mg/日,同时根据中医辨证分型配合针刺。主穴:梁丘、曲泉、阳关。①行痹:配合血海、三阴交;②痛痹:配合阳陵泉、犊鼻;③着痹:配合阴陵泉、足三里。根据穴位位置及深浅,选择直刺或斜刺,深度 2~3cm,采用虚实补泻的手法,进针得气后留针 30min。每天 1 次,6 天为一个疗程,每个疗程结束后休息 1 天,共 4 个疗程。

4 疗效判定

采用视觉模拟疼痛量表(VAS)评估。VAS 疼痛评分标准:①0~1 分:无疼痛症状;②2~4 分:轻度疼痛,不影响正常活动;③5~7 分:中度疼痛,疼痛发作时影响正常活动;④8~10 分:重度疼痛,疼痛发作时必须卧床休息。按疼痛积分减少率判断疗效:痊愈:疼痛积分减少率 $\geq 85\%$;显效:65% \leq 疼痛积分减少率 $< 85\%$;有效:40% \leq 疼痛积分减少率 $< 65\%$;无效:疼痛积分减少率 $< 40\%$ 。

5 结果

疗程结束后,未见病例脱落,所有患者均能配合完成治疗,未见明显不良反应。其中,痊愈 1 例,显效 6 例,好转 4 例,无效 0 例,显愈率(痊愈+显效)达 70%。

6 病案举例

黄某,女,43 岁,以“膝关节畸形伴肿痛 5 年余,阴雨天加重”为主诉于 2013 年 10 月就诊我院门诊。患者诉自己年轻时在冷冻厂上班,中午休息时经常席地而睡,久而久之,四肢小关节开始出现酸胀疼痛,尤以膝关节为甚,下肢屈伸不利,关节肿大变形。当时在外院门诊查 RF 175 IU/ml、CCP 95IU/ml、CRP 76mg/L,经过一段时间治疗后症状有所缓解,但疼痛缠绵不愈,气候变化症状加剧,疼痛特别明显,影响正常工作。就诊时患者愁容满面,郁郁寡欢,少语,心烦,纳少,寐欠安,二便尚调,舌淡,苔白腻,脉滑。当时查 HAMD 量表得分 17 分。疼痛得分 9 分。西医诊断:类风湿关节炎,中医辨证:风寒湿痹——着痹。根据上述治疗方案治疗。治疗 2 个疗程后,患者诉疼痛明显减轻,行走轻松了许多,心情也有所改善。坚持治疗 4 个疗程,疼痛几乎完全缓解,双腿屈伸自由,阴雨天也无明显不适。VAS 疼痛得分 1 分。减分率为 88.9%。随访 3 个月,诉每个月天气潮湿时偶尔会痛一两次,但并无大碍,可正常上班。

7 讨论

RA 主要临床表现就是肿痛,属于慢性疼痛性疾病。近几年来许多研究发现,慢性疼痛与抑郁症两者存在紧密相连的关系。首先,慢性疼痛能导致抑郁。Brown^[3]等对 243 例诊断为类风湿关节炎的患者调查后认为慢性疼痛和抑郁症是相关的,并且慢性疼痛是抑郁的一个原因。慢性疼痛患者的抑郁为长期遭受疼痛折磨,对生活造成限制以及对有效治疗的绝望。其次,抑郁能导致疼痛的加剧。一旦疼痛出现后,合并存在的抑郁会明显地影响其随后的发展、转归等。研究表明^[4],慢性疼痛与抑郁存在相似的病理机制,即两者都存在脑脊液中的 5-HT、NE 过低。神经递质假说认为,在脑干的 5-HT、NE 向上投射到大脑皮层和边缘系统,调节情感和躯体功能;向下投射到脊索,抑制痛觉输入。当 5-HT、NE 功能低下时,上不能投射到大脑皮层和边缘系统,引起不典型抑郁;向下不能投射到脊索,引起慢性疼痛。因此,在 RA 的治疗中,对于病程长,常规治疗效果不满意伴情绪改变的患者,可加用抗抑郁剂。度洛西汀作为新一代的抗抑郁剂,对 5-HT 和 NE 再摄取具有很强的抑制作用,能使大脑和脊髓中的 5-HT 和 NE 浓度升高,在达到治疗抑郁作用的同时,由于 5-HT、NE 水平在脑组织内的升高,提高了疼痛阈值,减轻了患者的疼痛敏感性。而祖国医学认为此病为感受风、寒、湿邪痹阻关节而成,正如《内经》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”。故治疗上理当温经散寒,驱风除湿。笔者以膝痛方作

为针灸处方,该方出自《备急千金要方》,以梁丘、曲泉、阳关作为主穴。方中梁丘为足阳明胃经之“郄穴”,郄穴是本经气血汇集之处,具有治疗急证的作用。《神经经》曰:“梁丘治膝痛屈伸不得”,针刺此穴可调节足阳明胃经之气血,治疗下肢不遂、膝肿痛等病症。曲泉为足厥阴肝经之“合穴”,具有调节足厥阴肝经经气的作用。梁丘属足阳明胃经,行下肢前侧;阳关属足少阳胆经,行下肢外侧;曲泉属足厥阴肝经,行下肢内侧,三穴同用,能调节三经经气,解除三经之寒邪,以缓解膝部疼痛。配合血海取其“治风先治血,血行风自灭”之意,与三阴交相配能起到更好的活血行血的效果。阳陵泉为八脉交会穴之“筋会”。RA 的关节屈伸不利疼痛,属于筋病,故取之。阴陵泉为除湿要穴。足三里为强壮穴,能起到健脾化湿的作用。犊鼻为局部取穴,取其近治止痛之效。

在抗风湿药物常规治疗的基础上,笔者对 10 例类风湿关节炎久治不愈引起疼痛伴抑郁的患者采用针刺联用度洛西汀肠溶胶囊进行治疗。结果证实,针刺联用度洛西汀能很大程度上缓解患者的疼痛症状。但因观察周期较短,样本量偏少,针刺联用度洛西汀治疗类风湿性关节炎引起疼痛的远期疗效如何,有待于进一步研究。

参考文献(略)

· 基因医学 ·

Peutz - Jeghers 综合征一家系 STK11 基因突变分析*

赵小燕[△],黄一锦[△],杨炳春,赵岩,曾抗

(南方医科大学南方医院皮肤科,福建 厦门 510515)

Peutz - Jeghers 综合征 (Peutz - Jeghers Syndrome, PJS, OMIM 175200) 是一种罕见的常染色体显性遗传性疾病,以多发性胃肠道错构瘤样息肉和皮肤黏膜的黑色素沉着为特征,又称为色素沉着 - 息肉综合征。人群发病率大概为 1/120 000 ~ 1/8300^[1]。1997 年, Hemminki 等利用比较基因组杂交和基因连锁分析技术将 PJS 的致病基因定位于染色体 19p13^[2]; 1998 年 Jenne 等和 Hemminki 等几乎同时证实 STK11 基因为 PJS 致病基因^[3-4]。本研究中我们采用 PCR 和 DNA 直接测序法对一个较大的福建籍汉族 PJS 家系进行了 STK11 基因突变检测,确定该家系 STK11 基因的第 8 外显子上存在错义突变 F354L (c. 1062C > G), 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 患者家系来自于中国福建省,共 3 代 21 成员,其中患者 4 例。先证者 (II 9),女,32 岁,父母非近亲结婚,足月顺产。患者于 4 岁时下唇出现数枚黑色小斑点,境界清楚,不痒不痛,后随年龄增长皮疹逐渐增多增大,渐累及上唇、口腔颊黏膜、口周、鼻周、眼周、双手、双足。2 年前因阵发性腹痛、便血,行肠镜及胃镜检查示结肠、胃体多发息肉,组织病理诊断为错构瘤样息肉,经内镜下切除息肉后,腹痛、便血缓解。查体:智力及发育正常,各系统检查无异常。

口唇、口腔颊黏膜、口周、鼻周、眼周、双手、双足见对称分布的约针尖至黄豆大的棕褐色或黑色斑疹。家系内其他患者均有相似的病史及临床表现。另外选择与家系无关的 100 名正常人作为对照。本研究遵守赫尔辛基宣言并由厦门大学附属第一医院伦理委员会批准。

1.2 外周血基因组 DNA 提取 在征得知情同意后,对家系中 4 例患者和 17 例正常家系成员及 100 名正常人进行血样采集,每例抽取外周血 3mL, EDTA - K2 抗凝,采用北京 Tiangen 公司 TIANamp Blood 基因组 DNA 提取试剂盒提取全血基因组 DNA。

1.3 聚合酶链式反应 通过因特网 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) 查取 STK11 基因 mRNA 序列,经 BLAST 比对得到该基因的基因组序列 (<http://www.genome.ucsc.edu/>),应用 Primer3.0 设计特异性引物对 STK11 基因 9 个编码外显子进行 PCR 扩增,包括外显子及内含子交界 50bp 的序列。其中用于扩增第 8 外显子的引物序列为:正向,5' tcctgagtgtg-gcaggta3';反向,5' gaagctgtccttgtgcaga3'。所有的引物均由 Invitrogen 公司(上海英骏生物技术有限公司)合成。反应体系为 50μL,成分为 10 × 缓冲液 (Mg Plus) 5μL,引物 (25 pmol/μL) 各 1μL, Taq 酶 (购自 TaKaRa 公司) 0.4μL, dNTPs

* 基金项目:厦门市科技计划项目基金 (3502z20089005)

(各 2.5mmol/μL) 4μL, 基因组 DNA (25ng/μL) 16μL; 在 My-Cycler PCR 仪进行 PCR 反应, 采用 Touchdown 程序, 反应条件如下: 变性 94℃ 5min, 94℃ 30s, 退火 62℃ 30s, 延伸 72℃ 45s; 前 20 个循环每个循环退火温度下降 0.5℃, 20 个循环后降至 52℃, 在以 52℃ 为退火温度进行 30 个循环, 最后 72℃ 延伸 5min。PCR 产物经 2% 琼脂糖凝胶电泳检测。

1.4 DNA 直接测序 所有的 PCR 产物经北京 Tiangen 公司 TIANquick Midi Purification kit 纯化后送上海英骏生物技术有限公司在 ABI3730 全自动测序仪 (Applied Biosystems, USA) 进行测序, 对测序结果使用 Chromas 软件进行分析。

2 结果

2.1 PCR 扩增及产物鉴定 以家系中患者、健康者及与该家系无关正常人基因组 DNA 为模板, 用于扩增 STK11 基因外显子的引物进行扩增, 均获得目的 DNA 片段。

2.2 DNA 测序 对 STK11 基因所有编码外显子的 PCR 扩增产物进行双向测序显示: 4 例患者 STK11cDNA 的第 1062 位碱基处存在 C 到 G 的转变, 导致苯丙氨酸向脯氨酸的转变 (F354L), 而家族内其他 17 名正常成员及 100 名正常对照者均未检测到这种突变, 排除了碱基改变为单核苷酸多态性。

3 讨论

Peutz - Jeghers 综合征是一种常染色体显性遗传性疾病, 以口周皮肤、唇颊粘膜和指趾端的黑色斑点及发生于消化道粘膜的多发息肉为主要特点^[5]。典型的色素沉着斑分布于口唇、牙龈、颊粘膜、口周、鼻周、眼周、指趾、阴唇、龟头等处; 息肉从数枚到百枚不等, 可发生于消化道的任何部位, 病理学通常为错构瘤样变, 可转变为腺瘤或腺癌, 是患胃肠道和胃肠道外多种恶性肿瘤的高危因素^[6]。

STK11 基因是一种肿瘤抑制基因, 位于染色体 19p13.3, 基因长 23kb, 编码区长约 1302bp, 含有 10 个外显子, 其中前 9 个为编码外显子, 第 10 个外显子不编码。人类几乎所有组织均有 STK11 基因 mRNA 表达, 编码丝氨酸 - 苏氨酸蛋白激酶, 与非洲蟾蜍细胞浆内丝氨酸 - 苏氨酸激酶 (XEEK1) 具有高度同源性, 是迄今为止发现的唯一具有抑癌作用的蛋白激酶, 在染色体重组、细胞周期、细胞极性、能量代谢的应答调控等方面发挥重要作用^[7-8]。STK11 蛋白

包含 433 个氨基酸, 主要包含三个结构域^[9]: N - 端非催化结构域, 催化激酶结构域, C - 端非催化调控结构域, 第 1 - 346 个氨基酸是维持其激酶功能所必需的。迄今报道的 STK11 基因有 200 余个胚系突变^[10], 突变类型包含小片段插入或缺失、错义突变、无义突变、剪切位点突变, 同时还存在大片段缺失或拷贝数增加, 突变热点区域主要发生在第 40 - 320 位密码子之间的催化激酶结构域^[11]。研究还发现 PJS 患者中检测到 STK11 基因突变的阳性率为 70% - 94%^[12], 尚存在其他相关致病基因如 FHIT 基因^[13]、19q13.4 区带基因^[14]等, 认为该病具有遗传异质性。

本研究中国家系 4 例患者均符合 PJS 的诊断, 均检测到 STK11 基因编码区第 1062 位碱基出现 C 到 G 的错义突变, 导致 STK11 蛋白第 354 位氨基酸由苯丙氨酸变为亮氨酸, 此处位于其 C - 端非催化调控结构域。亦有国内外学者发现该突变^[15-17], 提示此点突变可能是 STK11 基因胚系突变热点。Salloch 等^[12]研究了 146 例 PJS 患者, 发现突变位于催化激酶结构域中的缺失、剪切位点突变及错义突变的患者很少伴发恶性肿瘤, 但发生在 C - 端非催化调控结构域的错义突变患者常伴发恶性肿瘤。Forcet 等^[16]与 DAN 等^[17]研究发现, C - 端非催化调控结构域的突变不会影响其激酶活性, 主要与 AMPK 信号传导通路的激活和细胞极性形成有关, 一方面可降低 STK11 介导的 AMP 活化蛋白激酶的活性, 破坏下游信号传导通路, 使得 STK11 对 mTOR 信号负性调节作用减弱, 引起细胞异常增殖、分化; 另一方面, 对于具有极性的肠上皮细胞而言, STK11 蛋白 C 末端变异时, 细胞极性的丢失是息肉、肿瘤发生甚至恶变的促发因素之一^[7]。上述研究提示本家系中的所有患者均需长期密切随访, 以防发生恶性肿瘤的可能。

总之, 本研究在一个 PJS 家系中检测出一错义突变 F354L (c.1062C > G), 进一步证实了 STK11 基因突变为 PJS 家系发病的分子机制, 同时为该家系进行产前诊断及遗传咨询奠定了基础。

参考文献 (略)

· 科普园地 ·

别再被亚健康忽悠了

陈治卿

(厦门大学附属中山医院, 福建 厦门 361004)

在我国, 有一个很火的词叫“亚健康”。不管中医西医, 正规的医学界都没有亚健康这个说法。

1 “在医学界, 正规的学术文献和正规的宣传上是不会提亚健康的”。

根据世界卫生组织对健康的定义——“健康不仅为疾病或羸弱之消除, 而系体格、精神与社会之完全健康状态”, 健康如同数学上的“极限”, 人类个体只可无限趋近, 却无法达到绝对健康值。所以, 在医学实践中, 只要身心各项指标正常的人, 就被认为是健康人。如果被检查出病态, 则被认

为进入了疾病状态。

“亚健康根本无法诊断, 难道轻的病就不是病了?”

2 亚健康是中国人的“发明”

亚健康的概念更多是贩卖保健品的商家刻意营造宣传出来的。亚健康的厉害之处在于, 它描述的所有症状几乎每个人都有, 把有这些症状的人从正常人群中划分了出来, 告诉你这是亚健康, 如果不理不睬的话可能会导致吓人的后果, 在这种“威逼”后, 告诉你重视得早就能治好, 这是利诱。反正保健品也不是药, 那些症状又如此模糊, 即使吃下后没

疗效,顾客也难拿商家如何。

3 亚健康就是病

“第三状态”已被美国疾控中心正式任命为 CFS(慢性疲劳综合征),有国际统一标准,是一种真正的病症,在人群众发病率为 0.1% 左右。“亚健康”没有任何标准,据说有 70% 的人具备此特征。

在所谓“亚健康”概念中,包含精神紧张、身体不适、负担过重、浑身乏力、容易疲劳、失眠多梦、健忘、头晕等。在中医看来,有些是人体的自我保护机制,比如,人老了,眼睛就

会远视,这是因为老人反应变慢,东西离得远,就能远离一些未知的危险。

大部分亚健康“患者”属于“已病”状态。如果一直感到疲劳不舒服,其实说明生活方式不正确,或者是已经处于疾病的状态了,比如肝病就会造成疲劳。此外,还有很多人患有焦虑、抑郁而不自知,都将其归为亚健康,这是错误的。

因此,身体若出现了不适,应该就进行治疗或改变生活方式,而不是继续拿着亚健康的概念自己忽悠自己。

胃病也会传染吗

陈治卿

(厦门大学附属中山医院,福建 厦门 361004)

“胃病”是人们通常习惯的说法,它包括急性胃炎、慢性胃炎和胃、十二指肠溃疡等疾病。“胃病”是会传染,但并不是指所有的“胃病”都会传染。会传染的“胃病”不是属于经常讲的“传染性疾病”的范畴,所谓“胃病也会传染”是指感染了幽门螺杆菌的“胃病”,它是会传染的。调查数据显示,目前我国超过总人口的 50% 感染了幽门螺杆菌。此菌可导致人们患上胃炎、消化性溃疡、消化不良等多种胃肠道疾病。人类是目前肯定的幽门螺杆菌传染源,幽门螺杆菌能在人胃内生长和繁殖,并可排出体外,人粪便、唾液、牙垢、呕吐物中均可检测或培养出幽门螺杆菌。

幽门螺杆菌主要的传播途径是共餐、共用茶具、口对口喂食和接吻等。因此,幽门螺杆菌预防的关键是把好“病从口入”这一关。改变不良居住环境,改变不良的饮食习惯。做到饭前便后洗手,生吃蔬菜瓜果要洗净,不喝不洁生水,集体用餐时采取分餐制和公筷,大人不要口对口地喂小孩,要保持口腔清洁卫生。

北京大学肿瘤医院游伟程教授团队对山东临朐 3365 例幽门螺杆菌感染者进行的长达 15 年的随机、双盲、安慰剂、对照、干预研究显示,与安慰剂组相比,幽门螺杆菌根除组胃癌的发生率和死亡率降低。幽门螺杆菌是慢性胃炎、消化性溃疡的主要病因,并与胃癌及胃粘膜相关性淋巴瘤组织淋巴瘤密切相关。目前认为,胃癌的发生是多因素作用的结果,遗传、环境及幽门螺杆菌感染起着重要作用,幽门螺杆菌感染是最肯定的胃癌发生的危险因素。前瞻性流病学

研究显示,幽门螺杆菌感染者胃癌发生的危险性较非感染者增加 6 倍。幽门螺杆菌在胃内的长期慢性感染,导致胃黏膜长期、慢性炎症,从正常胃黏膜经由非萎缩性胃炎、萎缩性胃炎、肠上皮化生、异型增生到胃癌。有强烈证据表明,根除幽门螺杆菌可降低胃癌发生的风险。

1 检查小心“假阴性”

临床上,符合幽门螺杆菌根除适应症的患者需进行幽门螺杆菌相关检测,确定幽门螺杆菌感染。按是否需要通过胃镜检查钳取胃黏膜活组织试验,快速尿素酶试验、病理组织切片染色等;非侵入性检测包括 13C 或 14C 尿素呼气试验、幽门螺杆菌血清抗体的检测,为避免幽门螺杆菌感染检测的假阴性,应在停用 PPI 2(质子泵抑制剂)2 周及停用抗菌药、铋剂 4 周方可进行检测。

2 根治治疗要个体化

幽门螺杆菌是导致胃癌发生的“元凶”之一,彻底根除“他”就可以减少胃癌的发生,使部分萎缩性胃炎逆转,并减少胃癌手术后的复发。

目前,幽门螺杆菌根除方案包括标准三联疗法和铋剂四联疗法,疗程 10-14 d,初次治疗和补救治疗应间隔 2-3 个月。根据抗菌药不同搭配可组合成不同根除方案。其中阿莫西林、四环素、呋喃唑酮为敏感抗菌药,甲硝唑、克拉霉素、左氧氟沙星为耐药抗菌药。同时,强调根除治疗的个体化。在根除治疗前仔细询问患者既往抗菌药应用史,了解药物过敏史和潜在不良反应史,从而获得较好的依从性。

养生先养心,养心一身轻

林国清

(厦门医学高等专科学校,福建 厦门 361008)

心藏神,心静神自安,神清气自爽。

养生先养心,一年四季都应注重养心。

何谓养心? 心喜静。静中养心法,素来为历代养生学家所推崇。《黄帝内经》曰:恬虚无。老子说:致虚极,守静笃。

讲的都是同一个养生真“道”,心静神清、乐观豁达,气息就会和顺,身体自然健康长寿。

著名养生专家、卫生部首席健康顾问洪绍光教授就健康长寿与生活方式的关系做了一个调查。他调查了 100 名

100岁以上的长寿老人,结果发现这些长寿老人在饮食、运动上均无特别或统一的规律,唯一的共性是这些百岁老人的心态都很好,心胸宽广、随遇而安。因此,他得出一个结论:长寿与心态的好坏密切相关。至于吃什么?做什么运动?并不是长寿的首要秘诀。

心源清、气海静。为何要强调养生先养心?还是先从心的概念、健康含义特征,以及现实中为什么身心疾病如此之繁多诸方面来认识“养心”的重要性。

中医认为心有三义,一指心脏,二指心情,三指心神。然而,心神的三分之二是和情绪神志有关。情绪在中医里包括七情,即:喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。这七种情志活动,就是心在人体精神活动过程中的外在表现。

悠悠万事,无常人生,健康唯大。那么,人在什么状态才是健康的?中医认为健康八个字,“身强为健、心怡为康”,怡即心旷神怡、怡然自得。也就是说,只要让心保持一种恬淡宁静、凝神自娱的境界,就能健康无忧、延年益寿。

据不完全统计,心身疾病要占到内科门诊的百分之七十左右,如高血压、心律失常在悲痛、激动、情绪不稳定之时,血压是会升高的甚至诱发脑血管的意外,同时心跳会加快;呼吸系统像咳嗽、哮喘;消化系统,如应激性溃疡、肠易激惹综合症;过敏的体质等都跟情绪有关,所以我们说“病由心生”,人的心理状态会影响人的生理健康。人在情绪低落、受到七情困扰的时候,人体的免疫力就会降低,自然会生病。因此,健康之要,情绪为要;情绪之道,养心为上。

关于情绪与心身疾病与健康关系,我们要究根问底。那么,中医和西医有怎样不同的观点呢?

中医认为,七情的生理基础是“肝在志为怒,心在志为喜,脾在志为思,肺在志为悲和忧,肾在志为恐和惊”。这七种情志对于人来讲是正常的情绪波动。正常情绪波动是有益于身心健康的,但是如果情绪太过或者是持续作用在人体的时间过长,如长期抑郁,长期受惊吓、受恐吓,就会伤及人的五脏六腑,从而导致疾病。

七情致病有两个特点:一是直接伤及内脏,具体为“怒伤肝”,所以发脾气,会出现肝阳上亢,会面红目赤,血压升高;“喜伤心”,过喜会心神涣散,注意力不集中;“思伤脾”,长期思虑的人他脾一定不好,那么会导致脾虚生湿;“悲或忧伤肺”,悲忧过度长期会伤肺,悲痛欲绝,人在悲痛的时候会一把鼻涕一把眼泪,这就是一种肺气宣发的表现;“惊恐伤肾”,我们讲人在惊恐的时候,会吓得屁滚尿流。所有的情绪,倘若喜怒忧思悲恐惊太过,都会伤及心神,“伤心总是难免的”,无论那种情志太过,都伤心伤神,甚至损人害己。

二是七情太过会影响脏腑的气机,影响到人的气机升降出入。具体为:“怒则气上,喜则气缓,悲则气消,惊则气乱,思则气结,恐则气下”。什么叫怒则气上?怒,就是指人在暴怒大怒的时候,由于某种目的或者愿望不能达到,那么他的精神逐渐绷紧绷紧受不了,就会发脾气。人在怒的时候表现为:暴跳如雷或拍桌大骂,拳打脚踢,轻会伤及到肝,导致不想吃饭;严重的会出现脑溢血,导致死亡。喜,喜固然是好事,但过喜是不好的,乐极生悲呀。“悲则气消”,悲的产生,是与失去了追求所盼望的事情与得不到有关,悲哀的程度和失去事物的价值有关。如:幼年丧父、中年伤偶、年轻人失恋、老年丧子;或者是丢了心爱的珍贵的物品,遭到打劫劫受灾,人都会感到非常的难过,那么伤心到极点,人便会产生沮丧,甚至绝望,长时间处于一种悲观失望状态的人容易患上肿瘤。“恐则气下”,恐是指恐惧不安,心

中害怕,精神过分紧张。如临深渊如履薄冰,好象干了什么坏事,警察在抓捕他,心里面很恐慌,这叫恐。中医认为恐惧过度消耗肾气,得精气不能上升,降失调会出现现象遗尿遗精等现象。“惊则气乱”,惊是指的人或动物突然遭遇到意外,或非常的事变,心里骤然紧张,如:耳闻巨响、目睹怪物、夜做恶梦吓醒,那么受惊后会表现为面目失色、神飞魂散、目瞪口呆、冷汗渗出、肢体的运动失灵、手中持物失落、重则惊叫,像惊弓之鸟。“思则气结”,有一首诗诠释得好:“衣带渐宽终不悔,为伊消得人憔悴”,说的是,女子思念丈夫。思念过度之后人越来越消瘦,消瘦的原因是什么就是思虑过度。思则气结是指当人在集中思考问题或者长期处于一种思虑状态的时候,脾气会郁结导致人的食欲会大减。久而久之,就会耗伤心神、影响脾气。

积极乐观的情绪,一定会有利于疾病的康复,而情绪消沉悲观失望,一定会加重病情。因此,在日常生活中,倘若遇到“百思不得其解”的事情,最好就不要去“解”它,因为越“解”越不顺,最终还可能导致“气结”。人的一生当中,不可能一帆风顺,因而尽量放自己放宽心,以免忧心伤身伤神。正所谓智者无忧,计较是疼;淡泊能明志、宁静可致远。

著名的心理学家,胡夫兰德在《人生延寿》这本书中说“一切对人不利的影晌中,最能使人短命夭亡的,就要算是不好的情绪,和恶劣的心境,如忧虑、沮丧、惧怕、贪求、怯懦、妒忌和憎恨……”…因为这些情绪会严重地影响健康,令我们在悲欢离合里痛苦挣扎而无所适,甚至反害了卿卿性命。著名的生理学家巴甫洛夫说:“一切顽固沉重的忧悒和焦虑,足以给各种疾病大开方便之门。”

那么情志是如何致病的呢?我们从现代医学机理上来探讨。恶劣的情绪它首先会引起人的中枢精神系统的紊乱,导致各种激素分泌的紊乱,比如说甲状腺激素分泌过多,人们会出现心跳加快,肾上腺素分泌不足,人会出现大小便失禁,还有一些其他的激素的分泌的过多过少引起人的机体的变化,功能的紊乱代替了改变,从而出现各大系统的病理改变产生疾病。

癌症,已经成为世界三大死神之一,全世界每年新发癌症二千多万,中国新发癌症的病例150多万,中国已经成了癌症大国,当然引起癌症的原因各不一样,但是大量的科学实验和临床观察得出是不良的心理情绪是一种强烈的促癌剂。

既然知道了养心更重要,那么我们如何来养心呢?

首先,养心要先养德,著名医药学家孙思邈在大医精诚中写道“凡大医者必当安神定志,无欲无求,先发慈悲恻隐之心,誓愿普救含灵之苦,若有疾厄来求救者,无论长幼年齿,贫贱富贵,普同一等……”只有这样,才能够成为视苍生大医,否则,便视为含灵巨贼。大医精诚,讲得不仅仅是医德,还导出了一个养生的道理是:人在做事业的过程中,不要有过多功名利禄杂念,要把病人的生命、病痛摆在第一位,无论病人是开拖拉机来看病,还是开奔驰来看病,医生都要一视同仁,只有在这种无欲无求的状态下,人体的真气才会勃发起来,我初学这篇文章时只是为孙思邈这种医德感到钦佩,我现在渐渐感悟到这不仅是医德更是一种养生之道,孙思邈活了101岁。他还有句话叫做“仁者寿,恶者夭”。德为何物?德者仁也,仁者爱人也,“德行不广。纵服玉液仅丹不能延寿”。

第二,要做到为而不争,用心不操心,时刻注意保持心理平衡。《道德经》曰“天之道,利而不害,人之道,为而弗争,上善若水,水利万物而不争”。那什么叫为而弗争呢?为就

是不妄为,不妄为就是不要违背人心,不要违背自然规律去做事情要有为,谋大事,而不是谋名利。不争什么? 不争事情结果后的名和利。如果你这样做事情这个名和利自然而然会来找你,当你明白这个道理的时候,你就会用心去做好事,而不要去操一些琐碎的事情,操心源于放不下,放不下源于私心。功名富贵放不下,悲欢离合放不下,是非善恶也放不下,有太多的拖累、终日不得安宁。一旦把私心一放下,事情就能做好了

第三是喜善之心可以升阳气,我们知道人在快乐的时候,免疫功能是会提高的。喜乐有四个方面,一是知足常乐,怎么才知足呢? 历史学家告诉我们:中国的历史在 100 百年中,平均 70 年是战争,解放后到现在中国大陆没有发生大规模的战争,你想我们多幸福,我们这几十年活下来没有战争。虽然知足并不等于满足,但不满足跟知足一点都不矛盾,我们既要知足又不能够满足,这样才会快乐。淡然是福、上进也是福。二就是助人为乐。三是自得其乐,俗话说:没有生活的工作太单调,没有工作的生活象宗教,我们在业余的生活中,一定要培养自己的情操,培养自己的爱好,调心养性。四叫与众同乐可以升阳气,随和谦虚,与人为善,友谊的回报会使你更快乐,有助于阳气的升发。

善升阳气如何理解? 人处于一种慈悲恻隐之心的时候,

我们讲他可以感动上天,也可以提升免疫功能。善有四善,一就是行善,雷锋在做好事的过程中,根本没有想到是为了出名,而是发自内心。二是视善,视善就是当人看到的人、事、物、环境很整洁,很优美,这时人的阳气会升发起来,有利于身心健康。那么语善是什么意思? 语善就是说好话,会说好话是一种艺术,是一种智慧,还是一种胸怀胸怀宽广的人,说出来的话是大气的,给人感觉是舒服的。小事情可以幽默的说,大事情清楚的说。四是闻善,就是人要多听听优雅的音乐和言语可以升发阳气。这些都是善升阳气的妙方。

第四,静心养神,“静则藏神,躁则消亡”。如何养神呢? 养神不仅仅是乐观,不仅是清静,还要去除一些私心杂念。养神有五难:一是名利不灭;二是喜怒不除;三是声色不去;四是滋味不绝;五为神虑转发。这些讲的都是欲望,当人无欲无求的时候,无欲则刚,叫做心地无私天地宽。分享一首四季歌,“春有香花秋有果,夏有凉风冬有雪,若无闲事挂心头,便是人生好季节”。

养生先养心,养心一身轻。养心重在养德,德高者寿,养生就是养生活。在平时保持一种静心养性、松静自然的状态。以“难得糊涂”为精神信仰,不妄思、多养神,将精神内守。把养心之道当做快乐之道、健康之道,让工作与生活形神合一、充满朝气,你的生命将更加精彩,更具品质。

这样的孩子静悄悄——话说致死性低钾血症

金宏娟

(厦门市儿童医院,福建 厦门 361006)

众所周知,钾离子为人体最重要的阳离子之一,对于细胞的容量调节、酸碱平衡、生长发育、以及其他许多代谢如蛋白质合成、葡萄糖、氨基酸的代谢、三磷酸腺苷生成都有密切关系,尤其对于维持神经肌肉兴奋性和心脏自律性、兴奋性和传导性都具有重要作用。正常人血清钾浓度为 3.5~5.5mmol/L 之间,血清钾浓度低于 3.5mmol/L 称为低钾血症。而低钾血症也是临床工作中最常遇见的电解质紊乱,健康人群能承受一定程度的低钾,但当血钾降至 2mmol/L 以下时,心脏可能在收缩期停止跳动而死亡。

低钾血症是如此的需要关注,但因其多为继发,且临床表现却往往被原发病掩盖,初诊时易被忽视或误诊,所以在工作中更需要我们练就火眼金睛,果断出手,将危险化于无形。

很想讲述执业中的典型病例,共同分享——为了医者的神圣。

眼睛缓缓睁开又慢慢闭上,苍白的小脸不同寻常……

一眼望之:孩子病情很重。在办公室门口脱白大褂的动作随即转换成穿。

置抢救台,氧疗、留取标本、输液,孩子太过“安静”——不同于 7 月龄的孩子,松软的四肢,刺激后稍有动作,随即归于安静,心率 96 次/分,低于同年龄段孩子心率,心音不如平常孩子有劲,呼吸平稳,腹部稍隆,肠蠕动较慢……

“低钾血症!”孩子因为一个月前腹泻后改吃米糊,3 天前发热又在院外肌注大汗后体温暂退,且不排除使用糖皮质激素,此次从昨天始又日泻 3 次……,我多方找寻证据支持我的推理。

“生理盐水 100ml 加 10% 的氯化钾 3ml,以 70ml 每小时

的速度静滴。”护士有条不紊的执行着医嘱。伴随着液体流入身体,孩子的身体也流动起来,心跳有劲了快起来了,能发出嘶哑的哭声,手脚动作多了有劲了……

“血钾太低为 1.5mmol/L,先报告给你,我要再复查一下。”一小时十分钟后,检验科打来电话。

太棒了,诊断正确,处理及时,孩子得救了。要知道血钾低至如此程度随时可能呼吸肌麻痹、心跳停止而死亡。或者当成常见的感染性休克扩容处理,伴高血糖者误诊为糖尿病加用胰岛素处理,而进一步降低血钾,导致治疗中停止心跳。

短短一小时,无声无息中,又一次将危险驱离开了孩子,职业成就感如炊烟般渺渺升起。

联想到在此地(医院地处城乡结合部)执业以来,陆续接诊好几例类似病例,总结如下:

①孩子太过“安静”——不同于其年龄段孩子的“安静”,眼睛缓缓睁开又慢慢闭上,有如眼球间或缓慢移动,苍白的小脸不同寻常,甚或发青发干,呼吸浅慢,心音低钝缓慢,手脚松软近似无动作;

②多出现于小婴儿;

③双亲多系外地务工人员,多兄弟姐妹;

④发病多超过 3 天,以发热或腹泻就诊过,退热时伴大汗史,可能存在近期食欲不振史;

⑤当天或前一天于诊所或小医院输液史(诊所输液中多加糖皮质激素,而不加电解质)。

⑥严重低钾血症的处理:心电监护下静脉注氯化钾浓度不高于 0.3%,速度不于超过 14mmol/h,具体视病情而定。