

营造和谐 谱写人生最壮丽的强者之歌

——访息县卫生局局长施庆华

本报记者 王明杰 通讯员 薛运华

强化责任,突出重点,以点带面,扎实推进。近年来,息县卫生局把医德医风建设作为卫生系统“一把手工程”来抓,强化一把手责任,明确各单位、各医院院长为第一责任人,与业务工作一起组织落实,一起研究部署,一起监督检查,一起总结考核,形成了集体合力抓行风的工作格局,被河南省卫生厅评为“十一五”全省卫生行风建设先进集体。近日,本报记者采访了息县卫生局局长施庆华。施庆华表示,息县卫生局将以此次获得的殊荣为契机,继续推进卫生行风建设,谱写卫生行风建设新篇章,谱写人生最壮丽的强者之音符。

据施庆华介绍,息县卫生局按照省市卫生行风工作部署,紧密结合卫生系统工作实际,坚持

标本兼治、综合治理、惩防并举、注重预防的方针,加强党风廉政建设和反腐败工作,在工作中组织广大党员认真学习反腐倡廉有关文件精神,要求广大党员自觉把“八荣八耻”转化为规范自己言行的实际行动。广大干部职工积极贯彻《执业医师法》、《药品管理法》,组织广大职工观看《医德医风警示录》。同时,他们对局党委领导班子成员、党风廉政建设和反腐败工作各项任务都认真进行了分工分解,建立领导干部廉政档案,突出“清廉从政、廉洁行医的官德、医德、人品”教育,引导全体干部职工自觉抵制各种不良行为。同时,他们加强医院廉政文化建设,以优良的党风带动政风好转,推动医院行风的根本好转,

全县卫生系统树立“廉洁、自律、公正、诚信为民”的服务理念,促使干部职工形成“崇廉憎腐”的价值观念,为实现“强化医院管理、诚信服务百姓、构建和谐医院”营造了良好的医院廉政文化氛围。

施庆华说,“十一五”河南省卫生行风建设先进集体的荣誉只代表过去,精彩和辉煌的未来属于有奋斗精神的人。施庆华表示,息县卫生系统将不折不扣地贯彻落实胡锦涛同志在中央纪委第七次全体会议上的重要讲话,坚定不移地贯彻落实关于全面加强领导干部作风建设的指示精神,在领导干部中大力倡导8个方面的良好风气;要求全县卫生各级党组织切实把加强领导干部作风建设放在更加突出的位

置。下一步,他们将继续加强卫生行风建设,加强医患沟通,调动医务人员的工作积极性,努力提高医疗服务质量。其具体措施是:一是广泛动员,深入开展教育活动。他们要求全县各级医疗单位从完善自我做起,进一步端正办院宗旨,体现公益性;提高医疗服务质量和管理水平,提高患者满意度;降低医患纠纷、医疗争议发生率。二是组织实施,层层落实责任目标。为保证此次活动开展成效,该局党委成立了一把手为组长的创建活动领导小组,抽调得力的人员组织实施、督导、评价和信息汇总;各单位认真开展自查自纠,组织医务人员开展“构建和谐医患关系人人有责”大讨论,通过查摆,找出医患之间存在的和不和谐问题,认真剖析原

因,制定整改措施,明确责任,狠抓落实。同时,他们邀请人大代表、政协委员等各界人士,广泛听取意见。各单位把自查发现的问题进行分类梳理,对照示范标准,认真分析问题原因,正确处理和完善医院、医生、患者3者的利益关系,结合实际有针对性地制定整改措施,并狠抓落实工作。

施庆华说,积极探索医患沟通的新途径,营造和谐的医患氛围,才能有好的医疗秩序和和谐的就医环境。为此,息县各医疗单位进一步明确了“相互信任、和谐兴院、为民健康、从我做起”的指导思想,明确医院的健康发展,持续发展和构建和谐医患关系是密不可分的;全系统通过横幅标语、宣传栏、电视、网络等多种媒体让患者了解医院对构建和

谐医患关系的信心与决心,自觉接受广大群众的监督;为树立“以患者为中心”的服务理念,局党委组织全县卫生系统院长到华中科技大学学习卫生理论知识,组织医务人员观看华益蔚、牛希华和同志的先进事迹专题片,并结合相关案例进行分析。通过学习,广大医务人员进一步认识了构建和谐医患关系的重要意义。施庆华告诉记者,局党委还把学习本县医务人员的先进事迹、先进典型贯彻到整个活动中去,在全系统形成共识;为增强医患之间的了解和交流,他们有计划、有针对性地多次举办由医院医务人员、职能部门、患者家属代表、行风监督员参与的座谈会、院长、医生、患者面对面进行交流,广泛听取患者及家属的意见,对患者提

出的问题精心解答,对能解决的立即解决,因条件所限暂不能解决的,耐心做好解释工作,此举赢得了患者以及社会各界人士的一致好评。

施庆华表示,工作只有在取舍和进退中抉择,只有勇往直前,才会谱写人生最辉煌的篇章。近两年,息县努力构建和谐关系,充分调动了广大医务人员的积极性,进一步弘扬了医务人员的高尚职业道德和无私奉献精神,树立了“以患者为中心”的服务理念,端正了医德医风,提高了医疗质量,构建了和谐医患关系,营造了人民群众满意的就医环境,进一步推动了全县医疗卫生事业又好又快发展。他们将努力创造新生命,创造活力,在历史的长河中绽放绚丽夺目的光彩。

看看哪些病容易被误诊

急性梗阻性化脓性胆管炎

60岁的张女士,因右上腹疼痛、呕吐3天入院。7年前,她曾行胆囊切除术、胆总管切开取石术及T型管引流术。体格检查显示:体温37.4摄氏度,血压105/75毫米汞柱。意识恍惚,巩膜黄染,剑突下压痛,腹肌紧张。白细胞计数达 26.4×10^9 /升,中性粒细胞0.96,血小板 93×10^9 /升。B超提示:胆总管直径两厘米,其内探及蛔虫样反射,长约6.5厘米,宽约0.5厘米。临床诊断胆道蛔虫症。

入院第三天,张女士因左季肋部出现约5x1厘米的出血斑,血小板 27×10^9 /升,尿蛋白(+),以“流行性出血热”转入传染科。1天后,她的腹痛加重,黄疸加深,全腹压痛,腹肌紧张,血压90/60毫米汞柱。复查白细胞 24.4×10^9 /升,中性粒细胞0.92,血小板 25×10^9 /升,尿蛋白(++),诊断为急性梗阻性化脓性胆管炎,转入外科急诊手术。手术中,见胆总管扩张,直径约3厘米,从中取出两条蛔虫,行胆总管T型管引流。术后4个小时,她死于多器官功能衰竭。

误诊分析 一、对临床特点认识不足,胆总管结石、蛔虫是急性梗阻性化脓性胆管炎最常见的梗阻因素,当并发胆管炎,则会出现Charcot三联征(腹痛、寒战高热和黄疸),病情进一步加重,还可发生Reynold五联征(腹痛、寒战高热、黄疸、休克、精神症状)。医生只诊断出胆道蛔虫,对病情的发展未给予足够的重视。二、忽视B超检查的重要性,B超诊断该病的准确率95%以上,可准确测定胆总管的宽度和病变部位。三、对病理特征了解不足,当发生急性梗阻性化脓性胆管炎时,常引起败血症或感染性休克,白细胞计数超过 20×10^9 /升,严重者可能发生弥散性血管内凝血。另外,血小板的降低对该病不但有诊断价值,而且具有判断预后的意义。

(朱长远)

双硫仑样反应诱发急性左心衰

64岁的吴先生因发作性心悸、胸闷、气短1个小时入院。患者于1个小时前饮酒时出现心悸、胸闷、气短、大汗,持续不能缓解。有高血压病史25年,有心脏病史(具体不详)。体格检查显示:体温36摄氏度,呼吸40次/分,血压80/50毫米汞柱。急性面容,端坐呼吸。双肺呼吸音粗,可闻及中等量湿性啰音,未闻及哮鸣音。心率110次/分,律齐,第一心音低钝,胸骨左缘3、4肋间可闻及4/6级粗糙收缩期杂音,向心前区广泛传导。腹部检查未见异常。右下肢胫前皮肤轻度发红。心电图显示:Ⅰ、Ⅱ、aVF、V3-V6导联ST段水平压低1-2毫伏。白细胞计数达 10.8×10^9 /升,中性粒细胞0.786;血钾3.03毫摩尔/升;心肌酶正常。初步考虑为:冠心病,急性冠状动脉综合征;急性左心衰。立即给予吗啡、呋塞米、多巴胺等对症处理,40分钟后症状缓解,复查心电图无动态改变。心脏彩超报告,非对称性肥厚型心肌病。详细追问病史,患者诉近半个月因左下肢丹毒于社区卫生服务中心静脉滴注头孢唑啉。遂考虑患者是双硫仑样反应诱发的急性左心衰,心电图ST段改变与肥厚型心肌病有关。给予纳洛酮治疗,病情平稳。发病16个小时后,出现一过性肌酸激酶、肌酸激酶同工酶高于正常参考值两倍,患者无不适,心电图无动态改变,继续前述治疗,住院1周因病情缓解而出院。

误诊分析 患者入院时的症状、心电图表现、诱因均类似于急性冠脉综合征的表现,而且目前急性冠脉综合征的发生率逐年上升,专科医生在忽略患者用药史的情况下极易出现误诊。因此,病史询问尤其是对用药史的了解是诊断双硫仑样反应的关键,即使在紧急情况下详细问诊也必不可少。

(张莉)

赖特综合征

赖特综合征是一组以关节炎、尿道炎及结膜炎为典型表现的疾病,属于反应性关节炎,在基层医院很容易被误诊误治。

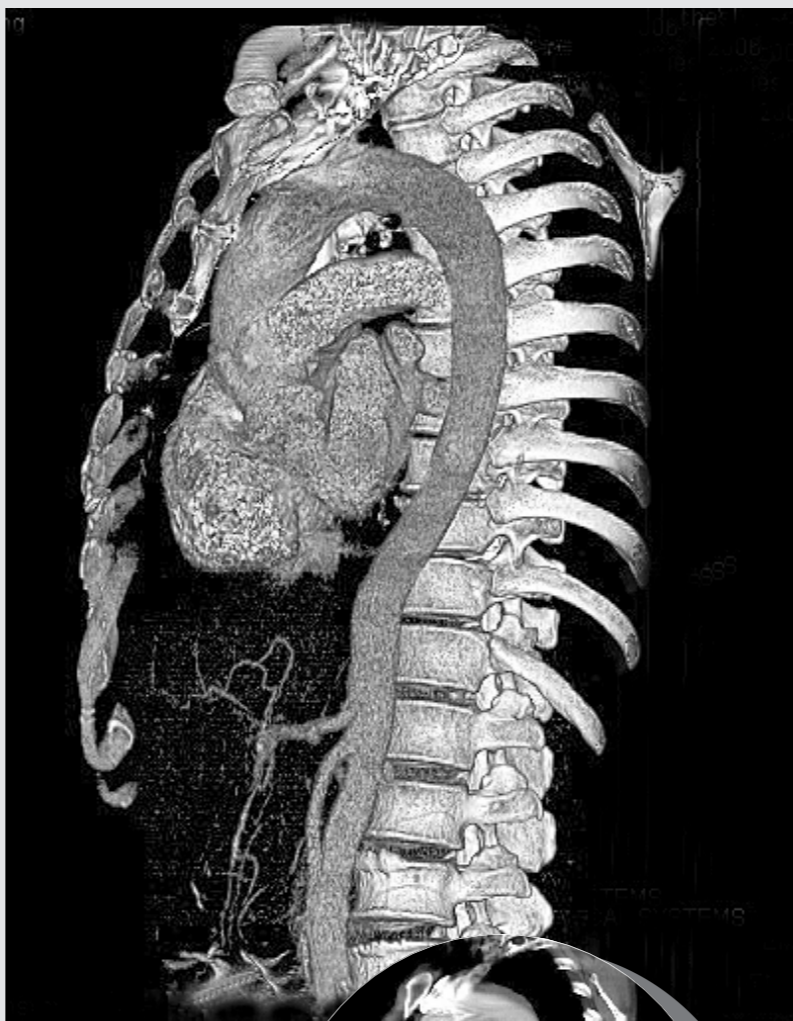
笔者的临床研究显示,在16例患者中,误诊6例,误诊为泌尿系感染两例,类风湿关节炎、强直性脊柱炎、肠病性关节炎及痛风各1例。

对10例已经确诊赖特综合征的人,早期给予四环素或红霉素抗感染治疗10-14天,并服用非甾体抗炎药减轻关节症状,9例有结膜炎者予抗生素滴眼,两周后8例病情改善,4周后病情均缓解。6例误诊病例确诊后给予抗感染及对症治疗,4周后5例病情缓解,1例病情较重,反复发作,表现为左膝关节肿胀、畸形,骶髂关节受累,伴发热、心悸,在应用抗生素、非甾体抗炎药的同时,给予泼尼松龙(20毫克/天,口服),甲氨蝶呤10毫克加入生理盐水20毫升(每周1次,静脉注射),6周后病情亦缓解。

误诊分析 完全型赖特综合征诊断较易,不完全型赖特综合征易被误诊。在6例误诊病例中,完全型及不完全型各3例。误诊原因有3个:一是对赖特综合征知之甚少,询问病史不详细,在出现关节症状之前忽视肠道感染、尿道炎或结膜炎病史;二是对不完全型赖特综合征,过于强调三联征;三是了解淋毒性皮肤黏膜炎和结膜炎是赖特综合征的特征病变之一。

(丁武)

看片会



主动脉壁内血肿的影像

主动脉壁内血肿的诊断,单纯通过临床表现和实验室检查是很难与其他疾病相鉴别的,尤其是与主动脉夹层、主动脉瘤相鉴别。运用现在的影像学技术(CT、核磁共振、食道内超声等)就很容易对主动脉壁内血肿作出正确的诊断。

主动脉壁内血肿在影像上主要表现为主动脉壁呈新月或环形增厚,并且没有夹层内膜片和内膜撕裂。以往的研究者认为主动脉壁的厚度 ≥ 7 毫米是主动脉壁内血肿的一个诊断标准。然而在任何一种显像模式中,主动脉壁的厚度通常小于3毫米,当具有预示急性主动脉综合征的临床征候群的患者的主动脉壁的厚度 ≥ 5 毫米时,就足以诊断为主动脉壁内血肿。

CT表现通常是主动脉壁呈新月或环形增厚,而主动脉真腔可发生变形或略变细,如图1所示,也可以正常。增强CT对主动脉壁内血肿的显示通常优于平扫CT。

核磁共振对主动脉壁内血肿的诊断具有优良价值,其典型表现是主动脉壁呈新月或环形增厚。

以诊断为主动脉壁内血肿。

主动脉壁内血肿食道内超声的典型征象仍是主动脉壁呈新月或环形增厚。

然而,主动脉壁内血肿与主动脉夹层假腔内急性血栓形成相鉴别时,观察者要有更加充分主动脉壁内血肿的影像证据来证明不存在假腔内的血栓与真腔之间的直接交通。

(杨帆)

治疗体会

药灸联合治小儿过敏性鼻炎

上蔡县人民医院 杨敏

小儿具有脏腑娇嫩、形气未充的生理特点,特别容易受到以风邪为首的六淫的侵袭。在过敏性鼻炎的发病过程中,风和寒是主要的致病因素。小儿过敏性鼻炎的临床特点是鼻痒、鼻塞、喷嚏、流清涕,且多迁延不愈或反复发作,可伴有眼痒、耳痒、咽喉痒等症,部分小儿还可以伴有鼻出血、分泌性中耳炎、腺样体肥大、扁桃腺炎、咽炎等疾病。

针对小儿过敏性鼻炎多为阳气内郁或阳气内损,致使风和寒侵袭肺及鼻窍的致病特点,在治疗思路上应该以辛温发散为主要治疗方向。

临床常用处方剂量有两种策略:一种是轻用轻取,如药量多为3-8克或10克,是考虑小儿“稚阴稚阳”的生理特点,重用恐有所损伤;另一种是重用分取,药量多为10-15克或20克,主要是采取一并煎煮、分次服用的办法,一般一剂分2-3次服用,其原因是重用药力集中,虽然分服,但是火力醇厚,辛散温阳之力较为突出。前一种方式偏于保守,后一种则偏于激进。

除药物治疗之外,在传统中医疗法中,外治法也是其中具有鲜明特色的治疗选择。艾灸作为药物治疗的有益补充,无论在过敏性鼻炎的治疗还是保健中都具有一定的优势。

采用艾绒、麝香、防风、苍耳子、黄芪、乌梅、甘草、沉香、木香等中药共制的艾条,其燃烧时,不仅热力较普通艾条好,而且能够借助药物自身的作用渗透组织深部,从而达到治疗作用。

取大椎、风门、定喘,以温和灸和回旋灸结合为主,脊椎双侧穴位同时熏灸,每天1次,每次灸15-20分钟。

内服外敷治疗糖尿病足

长葛市中医院 常文治

糖尿病足又称糖尿病肢端坏疽,主要为下肢中小血管及微循环障碍、周围神经病变、并发感染所致。糖尿病足是糖尿病患者截肢、致残的主要原因之一。从2008年10月至2010年10月,笔者采用中西医结合疗法治疗糖尿病足50例,疗效良好。

100例糖尿病足患者,被随机分为两组。对照组给予糖尿病基本治疗,包括饮食控制、胰岛素或口服降糖药,严格控制血糖,适当进行健康运动,并积极治疗其他基础疾病,严格控制血脂、血压,适当应用一定的抗感染药。治疗组在对照组治疗的基础上加用中药治疗,其内服方为川芎、白芍药、生地、黄芩、玄参各30克,当归、姜黄、红花、桂枝、地龙、水蛭、连翘各20克,三七粉6克,黄芪40克,麻黄10克。每天1剂,清水煎,留药液800毫升,分早晚两次服用400毫升。剩下的400毫升药液加600毫升热水,浸泡双足,水温控制在39-41摄氏度。每天浸泡两次,每天20-30分钟。坏疽及感染发展期禁外用。

经治疗后,对照组50例中,显效10例,有效20例,无效20例,总有效率为60.0%;治疗组50例中,显效25例,有效20例,无效5例,总有效率为90.0%。

在内服方中,当归、川芎、白芍药、生地、黄芪、黄芩、姜黄、益母草、玄参、红花、三七活血祛瘀,玄参、养阴清热,连翘清热解毒,桂枝温通经络,地龙、水蛭通经活络,麻黄散阴疽。

“杂交手术室”:心脏病手术的新舞台

本报记者 张晓华 通讯员 冯国旗

后,河南的第二间心脏病“杂交手术室”。

由七八个小时到两小时“杂交”带来的“提速”

76岁的杨女士得了急性动脉粥样硬化,双下肢动脉支架内长满了血栓,7天辗转了多家医院,溶栓也没有效果。患者来到郑州大学第五附属医院血管外科时,双腿已经发凉、青紫,几乎没有知觉了。王兵接诊后,意识到患者的病情危重,双下肢的肢体不保,甚至可能因缺血坏死、毒素吸收而有生命危险,建议立即进行手术。在杨女士进手术室两个小时,在门外焦急等待的杨女士家人突然看见手术室的门打

开了,医生说“手术很成功”。按照以往的情况,要重建条件这样差的血管的血流,没有七八个小时患者是出不了手术室的。

“太神速了,医生到底把血管做了什么没有啊?”手术时间快得让患者的家属不禁有了疑问。

医护人员向患者的家属解释了手术过程:先做动脉切开取栓,然后再C形臂下行球囊扩张术,把患者动脉打通,血流恢复通畅,患者左下肢发麻、发凉、疼痛症状已经得以缓解,肢体保住了。

由“盲探”到内外协作血管重建的一次“革命”

杨女士手术后第二天,参与

此次手术的主刀医师王兵向记者揭开了“杂交手术室”的奥秘——最近该院引进了目前国际上最新的OEC9900移动式多功能血管造影机,且耗资数百万元建成了一间专业血管外科“杂交手术室”,将外科、放射科等科室所需的硬件设施“揉”在一起。这样就可以在一个手术室内手术的同时,结合微创的介入治疗方法,完成在普通手术室内难以完成的复杂、疑难手术。手术中,医护人员可以随时了解血管的通畅情况,以及手术完成后血管有无狭窄、渗漏,也避免了患者多次麻醉和转运可能带来的风险。

“杨女士这种情况,以前需要采用介入和外科进行手术,整

个手术要花七八个小时,也只能保证手术当时的血管通畅度,远端血栓是否能完全取净尚是未知数。而且在手术过程中,患者的出血量在800毫升以上,危险系数较高。”王兵说。另外,以往做血管重建手术时,为防止血栓形成,要为患者全身抗凝治疗,更加重了出血。“而这次的手术是由专业血管外科医生先对杨女士寻找合适的解剖位置,利用介入方法疏通取出血栓,即使介入技术无法完全通畅血管或取栓过程中血管意外破裂,也有数字减影血管造影全程监控,随时可以更改手术方案,即移植人工血管。”王兵说,这样就大大减少了手术的危险。