



3月24日 世界防治结核病日： 社会共同努力 消除结核危害

要预防结核病的传播，首要的任务是控制传染源，即及时发现和彻底治愈传染性肺结核患者。其次是保护易感人群，为所有新生儿接种卡介苗，密切接触者接受结核病相关检查，给结核菌感染者中的高危人群服用药物进行预防性治疗。此外，养成良好的生活卫生习惯以减少传播的可能，如不随地吐痰、注意人口密集场所的通风和环境卫生，锻炼身体以增强体质。

什么是结核病？

结核病是由结核分枝杆菌感染引起的慢性传染病。人体除毛发和牙齿外，其他器官系统都可能受到结核分枝杆菌感染而发病，但主要侵犯肺部，称为肺结核病，肺结核病占各种类型结核病的80%以上，是结核病传染的主要类型。结核菌侵犯什么脏器叫什么脏器的结核，如侵犯脑膜叫脑膜结核，侵犯骨髓叫骨髓结核，侵犯肾叫肾结核等。

结核菌是如何传播的？

结核病的传染源主要是排菌的肺结核患者(尤其是痰涂片阳性、未经治疗者)。如果不进行治疗，每名传染性肺结核患者将平均每年传染10-15人。当传染性肺结核患者通过咳嗽、打喷嚏、大声说话等方式经鼻腔和口腔喷出体外，在空气中形成气雾(或称为飞沫)，较大的飞沫很快落在地面，而较小的飞沫很快蒸发成为含有结核菌的“微滴核”，并长时间悬浮在空气中。如果空气不流通，含菌的微滴核被健康人吸入肺部，就可能引起感染。“咳嗽传染”，是肺结核传播的主要方式。随地吐痰形成的“尘埃传染”，是次要的传播方式。

如何知道肺结核患者是否具有传染性？

最简便的方法就是对结核患者的痰液作涂片染色，进行显微镜检查。如涂片

检查发现抗酸杆菌，叫“涂阳患者”，最具有传染性，或称为“传染源”。痰培养和痰分子生物学检查都是发现结核病原学检查的方法。所以检查患者是否具有传染性，一定要督促患者送三次痰标本，且痰的性状是干酪样或黏液样，结核菌的检出率最高。传染性肺结核患者传染性最强的时间是在发现及治疗之前。所以对肺结核患者应当早期发现和及时治疗。

哪些人容易感染结核菌？感染后哪些人容易发病？

与尚未被发现和治疗的排菌肺结核病人有密切接触的家庭成员(尤其是儿童)、同事、同学及与病人接触的医务人员等最容易感染结核菌。此外，在通风不良的环境中或在集体学习、生活和工作的人群中，一旦有人发生结核病，其他人可以受到结核菌的感染。感染结核菌后，幼儿、处于青春期的学生、老人，有营养不良、尘肺、糖尿病的人，胃切除术后、长期使用免疫抑制剂的人和艾滋病病毒感染者发病率较高。长期精神紧张、过度劳累者也容易发病。

接触过结核患者就一定会得结核病吗？

健康人受到结核菌感染后，不一定发生结核病，是否发生结核病，主要受感染结核菌数量和毒力的大小以及身体抵抗力高低

的影响，结核菌毒力强而身体抵抗力又低则容易发生结核病。人体初次受到结核菌感染后，通常绝大多数人没有任何症状，也不发生结核病。但当少数感染结核菌的人出现抵抗力降低时，可在一生中任何时候发生结核病。

结核病患者与结核菌感染者有何区别？

结核菌感染者中，90%终生不会发病，仅有10%的感染者会发病。当人体出现结核病临床症状、胸部X线照片发现肺部有活动性结核病变，痰细菌学检查发现结核杆菌或其他病理学检查已发现结核菌灶时则被诊断为结核病患者。结核菌感染者是指体内已感染了结核菌，经结核菌素皮肤试验阳性，但未出现结核病症状，经胸部X线照片未发现肺部有活动性结核病变，痰细菌学检查未发现结核杆菌等。

肺结核治好还会传染给别人吗？

肺结核一经治疗传染性急剧下降，通常对药物敏感的传染性肺结核，接受治疗2周后，特别2个月内痰内结核菌迅速减少，细菌的活力也受到抑制或完全消失，对周围人群已多无传染性。肺结核患者按照规定的治疗方案和疗程治疗后，肺内病灶消失或形成硬结、钙化，痰中也查不到结核杆菌，因此已不具有传染性。

结核病密切接触者如何检查处理？

对肺结核密切接触者进行结核感染筛查，对单纯PPD试验强阳性，胸片正常，排除活动性结核病，征求其本人和家属知情同意后予以抗结核预防性服药，并安排专人负责预防服药的督导管理和服药过程中不良反应的处理，对未进行预防性服药的其它密切接触者，进行2年的随访医学观察。对PPD试验强阳性者进行胸部X线检查，发现肺结核患者进行及时治疗和管理。

学校结核病健康教育重点宣传内容

- (1)肺结核是一种慢性呼吸道传染病；
- (2)咳嗽、咳痰2周以上，或痰中带血丝，应当怀疑得了结核病；
- (3)肺结核可疑症状者应及时到属地定点医院进行检查和治疗；
- (4)学生一旦诊断为肺结核，应当主动向学校校医和班主任报告，不要隐瞒病情，不要带病上课；
- (5)肺结核的治疗要坚持正规治疗，绝大多数肺结核患者是可以治愈的；
- (6)咳嗽、打喷嚏捂口鼻，不要面对他人；
- (7)不随地吐痰；
- (8)养成开窗通风习惯；
- (9)保证充足的睡眠，合理膳食，加强体育锻炼，提高抵御疾病的能力。

结核病防治核心信息及知识要点

一、肺结核是长期严重危害健康的慢性传染病

- (一)结核病又叫“痨病”，由结核杆菌引起，主要侵害人体肺部，发生肺结核。
- (二)肺结核在我国法定报告甲乙类传染病中发病和死亡数排在第2位。
- (三)得了肺结核如发现不及时，治疗不彻底，会对健康造成严重危害，甚至可引起呼吸衰竭和死亡，给患者和家庭带来沉重的经济负担。

二、肺结核主要通过呼吸道传播，人人都有可能被感染

- (一)肺结核是呼吸道传染病，很容易发生传播。
- (二)肺结核病人通过咳嗽、咳痰、打喷嚏将结核菌播散到空气中，健康人吸入带有结核菌的飞沫即可能受到感染。
- (三)与肺结核病人共同居住，同室工作、学习的人都是肺结核病人的密切接触者，有可能感染结核菌，应及时去医院检查排除。
- (四)艾滋病病毒感染者、免疫力低下者、糖尿病病人、尘肺病人、老年人等都是容易发病的人群，应每年定期进行结核病检查。

三、咳嗽、咳痰2周以上，应怀疑得了肺结核，要及时就诊

- (一)肺结核的常见症状是咳嗽、咳痰，如果这些症状持续2周以上，应高度怀疑得了肺结核，要及时到医院看病。
- (二)肺结核还会伴有痰中带血、低烧、夜间出汗、午后发热、胸痛、疲乏无力、体重减轻、呼吸困难等症状。
- (三)怀疑得了肺结核，要及时到当地结核病定点医院就诊。县(区、旗)、地、市、省(区、市)等区域均设有结核病定点医院。

四、不随地吐痰，咳嗽、打喷嚏时戴口罩，戴口罩可以减少肺结核的传播

- (一)肺结核病人咳嗽、打喷嚏时，应当避让他人，遮掩口鼻。
- (二)肺结核病人不要随地吐痰，要将痰液吐在有消毒液的带盖痰盂里，不方便时可将痰吐在消毒湿巾或密封纸袋里。
- (三)肺结核病人尽量不去人群密集的公共场所，如必须去，应当佩戴口罩。
- (四)居家治疗的肺结核病人，应当尽量与他人分室居住，保持居室通风，佩戴口罩，避免家人被感染。
- (五)肺结核可防可治。加强营养，提高人体抵抗力，有助于预防肺结核。

五、规范全程治疗，绝大多数患者可以治愈，还可避免传染他人

- (一)肺结核治疗全程为6-8个月，耐药肺结核治疗全程为18-24个月。
- (二)按医生要求规范治疗，绝大多数肺结核病人都可以治愈。自己恢复健康，同时保护家人。
- (三)肺结核病人如果不规范治疗，容易产生耐药肺结核。病人一旦耐药，治愈率低，治疗费用高，社会危害大。



关于结核病的诊断和治疗

什么是肺结核的可疑症状者？

肺结核的可疑症状者指咳嗽、咳痰2周或以上，或有咯血、血痰、发热或胸痛等症者。肺结核病的早期，由于病变小而没有明显症状，或肺结核的症状没有很明显的特点，患者和医生容易误认为得了别的病而忽略了肺结核病，导致结核病的就诊延误和诊断延误。

肺结核的可疑症状者应如何处理？

人体一旦出现肺结核的可疑症状，应当想到自己是否患了肺结核病，需要及时到结核病防治机构或定点医院医疗机构就诊检查。检查的主要方法包括痰涂片结核菌检查(包括快速培养和结核菌分子生物学检查)和胸部X线检查。如果诊断为结核病，应及时给予抗结核治疗与管理。

如何诊断传染性肺结核？

痰涂片结核菌检查是发现传染性肺结核患者的主要方法。痰涂片检查简便易行，准确性较高，痰中查出结核菌，就能确诊患了传染性肺结核。痰培养和结核菌分子生物学检查能提高病原学检查的阳性率。一般初次就诊要查三个合格的痰标本，即夜间痰、清晨痰和即时痰。

患了结核病如何治疗？

结核病一旦确诊应立即进行治疗。抗结核药物治疗是控制结核病传播的最有效方法，是控制结核病流行的最主要武器。我国目前采用直接面视下的短程督导化疗。短程督导化疗分为两个阶段：强化期和继续期。强化期为杀菌阶段，即在治疗开始时的2-3个月，联合应用4-5

种抗结核药，以便在短时间内尽快杀灭大量繁殖活跃的敏感菌，减少耐药菌的产生。继续期为巩固治疗阶段，即在强化期之后的4-6个月内，继续消灭残留的结核菌，并减少和避免复发机会。

肺结核患者不坚持规律治疗的严重后果是什么？

- (1)造成大量的慢性传染源和耐药病例。
- (2)使肺结核患者治愈率降低、复发率高。
- (3)结核病治不好的结局比不治疗更坏。
- (4)造成大量的资源浪费。

结核病能治好吗？

化学药物具有杀菌或抑菌作用，从根本上解决了结核病的治疗关键。新发现的(过去从未接受过抗结核化疗)肺结核患者体内的结核菌对药物呈敏感状态，应用化学疗法后药物能充分发挥作用，较快地杀灭病原菌，取得明显治疗效果。新发现(初次治疗)痰菌阳性患者，坚持规律用药并完成规定化疗疗程后，95%以上可以达到治愈。

肺结核患者治疗期间应注意什么？

肺结核患者治疗期间不能轻易自行停药、调换药，如出现头晕、耳鸣、腹胀、胃部不适、恶心、视物模糊、色觉障碍或其它眼部不适等症，应立即到定点医院医疗机构就诊，请医生辨别是否为药物不良反应，并及时做相应处理。治疗期间应遵医嘱按时按量服药、复查。最重要的一点是即使症状减轻，也要坚持服药完成疗程。

还应注意营养和休息，肺结核患者在饮食方面应以高热量、高蛋白为主，以补充由于结核病所造成的组织蛋白过多分解和过多的能量消耗。还应供给大量的蔬菜、水果，再搭配一些粗粮。蔬菜可提供维生素，维生素A、维生素C可增强机体抵抗力，补充机体的消耗；粗粮可提供维生素，可保持肠道健康；还要忌烟酒。

肺结核患者的家人须注意什么？

当家中出现结核患者时，特别是传染性强的排菌患者，首先应弄清楚家庭其他成员是否感染上结核菌或是结核病的传染源。家庭中其他成员应及时到结核病防治机构就诊检查，以便早期发现，早期治疗。对在家中治疗的结核患者，应督促其按时服药，定期复查，排菌的结核患者最好能单独居住，无条件时可分头、分床睡，房间要经常开窗通风，以保持室内空气新鲜；患者的衣物、被褥要经常晾晒，患者的餐具可煮沸消毒；患者不要随地吐痰，要将痰吐在纸上烧掉，也不要近距离对别人咳嗽、高声谈笑以减少传播机会。最后，要注意给患者加强营养，以提高机体对疾病的抵抗力；同时要给患者更多的关心、同情和照顾，不能歧视，帮助患者放下思想包袱，积极配合医生治疗，尽快恢复健康。

学校结核病患者的主动发现包括哪些方面？

新生入学体检开展结核菌素(PPD)试验筛查，对PPD试验强阳性者开展结核病检查，对单纯结核潜伏感染者的预防性治疗；开展学生在校期间晨检和因病缺勤追踪；开展结核病患者的密切接触者筛查和肺结核患者的报告和转诊。

国办印发十三五时期 结核病防治《规划》

国务院办公厅近日印发《“十三五”全国结核病防治规划》(以下简称《规划》)，部署做好“十三五”时期结核病防治工作，进一步减少结核病危害，推进健康中国建设。

《规划》指出，结核病以肺结核为主，是严重危害人民群众身体健康的重大传染病之一。“十二五”期间，各地区、各有关部门认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，依法履行结核病防治职责，落实各项防治措施，进一步健全结核病防治服务体系，取得了明显成效。全国结核病疫情呈逐年下降趋势，共发现并治疗管理活动性肺结核患者427万例，成功治疗率保持在85%以上，肺结核报告发病率、死亡率明显下降，基本实现了“十二五”规划目标。同时，我国结核病防治工作还面临着诸多问题与挑战。目前我国仍是全球30个结核病高负担国家之一，每年新发结核病患者约90万例，位居全球第3位。结核病发病人数仍然较多，中西部地区、农村地区结核病防治形势严峻。但我国现行结核病防治服务体系和防治能力还不能满足新形势下防治工作需要，部分结核病定点医院诊疗条件较差，防治所需设施设备不足，基层防治力量薄弱，流动人口结核病发现和治疗管理难度大，公众对结核病防治知识认知度不高，防范意识普遍不强。“十三五”时期是我国结核病防治的关键时期，需要各地区、各有关部门采取有效可行措施，坚决防控疫情，保障人民群众身体健康。

《规划》指出，要坚持正确的卫生与健康工作方针，以深化医药卫生体制改革为动力，强化结核病患者发现报告、诊断治疗和随访服务等全环节管理，全面推进结核病防治工作，提升全民健康素质。要坚持预防为主、防治结合、依法防治、科学防治，坚持政府组织领导，部门各负其责、全社会协同，坚持突出重点、因地制宜、分类指导，稳步推进结核病防控策略。

《规划》提出，到2020年，结核病防治服务体系进一步健全，实现及早发现并全程规范治疗结核病患者，人民群众享有公平可及、系统连续的结核病防治服务，结核发病和死亡人数进一步减少。《规划》从患者及早发现、规范治疗管理、关怀救助、重点人群防治、服务体系建设和5个方面明确了系列具体量化指标。

《规划》强调，要全面落实好结核病防治工作的各项措施。一是完善结核病防治服务体系，健全服务网络，提高服务能力。二是加强对肺结核可疑症状者的筛查，加大病原学检查和耐药筛查力度，多途径发现患者。三是规范结核病诊疗行为，加强医疗质量控制，减少耐药发生，探索实施传染性肺结核患者住院治疗。四是按照国家基本公共卫生服务项目要求做好肺结核患者健康管理服务，提高患者治疗依从性。五是做好医疗保险和关怀救助工作，对符合条件的贫困结核病患者及时给予相应治疗和救助，切实降低患者自付比例。六是加强结核菌和艾滋病病毒双重感染、学校、流动人口等重点人群结核病防控工作，减少结核病聚集性疫情发生。七是规范抗结核药品临床使用，完善药品采购机制，加强抗结核药品质量抽检，确保抗结核药品保障供应和质量安全。八是进一步加强结核病防治信息化建设，加强信息整合，逐步实现结核病患者全流程信息化管理。

《规划》要求，地方各级人民政府要高度重视结核病防治工作，将其纳入当地经济社会发展规划，定期组织对本地区结核病防治工作的监督检查。各有关部门要按照职责分工，加强统筹协调，加强宣传教育、科研与国际合作，多措并举，扎实有序推动各项工作。

关于结核病控制的 DOTS策略

控制结核病最有效办法就是从源头上控制它，也就是从传染源入手。因此，现代结核病控制策略的指导思想就是发现并治愈传染源。

结核病控制策略经历了半个多世纪的实践演变而成。自从1944年链霉素被应用于结核病的治疗，两年后对氨基水杨酸也相继问世，尤其是1952年异烟肼的出现，使人类对结核病的控制有了根本性的改变，走进了化疗时代。但是，大多数国家和地区在日常结核病控制工作中，并没有达到像研究观察中所取得的优良效果，而是出现了不少治疗失败病例、耐药病例、复发病例和大量慢性传染源。经大范围调查，主要原因是患者不能坚持规律用药和完成预定的疗程。因此，只有解决患者不能坚持规律用药问题，才能充分发挥化学治疗在结核病控制中的作用。在上个世纪六十年代，经过一系列的实验研究，提出了全面监督下的不住院化学疗法，也就是患者的全程治疗均在就近的医疗中心进行，由医务人员直接面视下接受每一次的治疗用药(Directly observed treatment, DOT)，如果患者未按照预定的时间来接受治疗，医护人员要及时采取措施给予补治。

由于抗结核药异烟肼具有高效的早期杀菌作用，利福平和吡嗪酰胺具有特殊的灭菌作用，经一系列的研究，以这三种药物为基本药物的短程化疗方案获得成功，使化学疗法的传统疗程从18-24个月缩短至6个月，但由于短程化疗中含有异烟肼和利福平，如果中断治疗或者不规律用药，容易产生耐药异烟肼和(或)利福平的耐药性，特别是耐药多药的产生，其后果极为严重。因此，采用短程疗法，尤其要强调的是直接面视下的短程化学疗法(Directly Observed Treatment, Short-Course, DOTS)。

由于在许多国家和地区的大量实验证明DOTS的可行性，1995年，世界卫生组织把DOTS策略作为全球结核病控制策略，并提出DOTS五个基本要素：1.政府对国家结核病控制规划的政治、财政和工作能力承诺。2.通过痰涂片显微镜检查发现传染性肺结核病人。3.对痰涂片阳性的肺结核病人实施短程督导化疗。4.建立抗结核药物统一供应体系。5.建立结核病报告、登记、管理和评价系统。采用现代结核病控制策略，可以保证结核病人不住院的情况下得到规律治疗，提高治愈率，有效地阻止耐药结核病的传播，减少复发。而对于家庭和社会，则可以减少传染，从而阻断了结核菌的传播。同时，采用现代结核病控制策略具有提高结核病治愈率，节省治疗经费，恢复劳动生产力；产生巨大投资效益等优势，使得现在这一策略已被各国接受并广泛采用。

关于肝癌,你最想知道的几个问题

医学指导:广东省医师协会肝胆外科分会主任委员、中山大学孙逸仙纪念医院肝胆外科主任 陈亚进 教授

3月18日是“世界爱肝日”。日前,从中山大学孙逸仙纪念医院获悉,中国每年有20万人罹患肝癌,占全世界新发肝癌的一半。同时每年有19万人因肝癌而死亡。为什么肝癌的死亡率这么高呢?老百姓又有哪些常见的误区?来自广东省医师协会肝胆外科分会主任委员、中山大学孙逸仙纪念医院肝胆外科主任陈亚进教授就老百姓最关心的问题进行了回答,帮助大家粉碎谣言,走出误区。

□ 通讯员 朱素颖



问题二:患了肝癌应该去哪个科治疗?

现象:常常有病人诊断出肝癌,来到省城大医院在门诊大厅一看或者上网一查,便发现很多科都看肝癌:内科、外科、介入科、中医科……到底看哪个科才是合适的呢?

陈亚进教授:常常碰到很多肝癌病人之前做过很多治疗,效果不好复发了再找过来。有时第一次的诊疗方案比较正确,有的则不然。这跟第一次治疗时是不是以病人能否整体获益为原则来选择治疗方案有关。其实某个科室或某位专家所擅长的技术并非是最好的选择,选择最优化的治疗方案不仅需要精良的技术,更需要理念和体制来保障各种技术的序贯,综合来达到有效控制肝癌的目的。

应对:陈亚进教授解释,建立多学科综合治疗(MDT)的规范和体制是解决这个难题的最好办法。现在提倡个体化综合治疗,可以根据病人的实际情况,打破科室之间的界限和壁垒,优先治疗方案的选择是由多学科所具有的共识来决定的,疑难病例必须进行多学科大会诊。

我们去年成立的精准肿瘤外科治疗中心,是针对实体肿瘤以手术为主的综合治疗这一特点,通过建立多学科综合治疗的体系,对包括肝癌在内的各种实体肿瘤实现精准全面的诊断,精细微创的手术,序贯联合的个体化综合治疗以及专业的随访评估系统,实现对肝癌治疗全程的精准化。如病人是进行以微创为主的手术治疗(射频消融治疗)介

入治疗?还是吃靶向药物或吃中药?这些技术如何组合?哪一项需要优先或重复?风险和疗效的如何评判等,精准肿瘤外科治疗中心可以争取到以病人的最大获益来选择治疗方案。

陈亚进教授进一步解释说,现在大型医院都在以建设研究型医院为目标,其标志之一是具有处理复杂疑难问题的能力,巨大肝癌或者是侵犯血管的,或者是肝脏体积不够的,有些独特的技术,可以进行处理。

在精准肿瘤外科治疗中心的支持下,巨大肝癌可以进行精准评估,精确地计算出保留下的肝脏有多少,功能怎么样,是不是可以进行切除,切除的风险有多大,术后复发的几率有多高。

他曾经有一位巨大肝癌病人,伴有肝硬化,肿瘤已经长到了胸腔,对于很多大医院来说,这已经失去了手术机会,因为他剩下可用的肝脏不到20%了,也不可能把他的肝脏全部切掉,肝移植也不适用于晚期肝癌病人。在经过多学科治疗中心的精准评估后,我们把病人坏肝一侧的主要血管结扎掉,把剩余的好肝养大,等到剩余的肝脏大到可以支撑手术时,再沿着肿瘤外膜把整个肿瘤完整切除,保留每一块肝实质。病人的肿瘤指标很快就恢复正常。现在3年过去了,病人还在正常工作和生活。

问题四:肝癌复发了怎么办?

现象:很多病人患了肝癌,做了肝切除手术后一年多,便复发了。这是继续手术呢,还是做介入还是射频消融?

陈亚进教授:早期肝癌的复发率在50%以上,中晚期的更多,复发率在90%-100%。肝癌容易复发是由于它本身的生物学行为所决定的,即使把肝脏换掉,肿瘤仍有机会在新的肝脏上复发,目前这一事实尚未得到有效的控制。但是复发并不意味着晚期或穷途末路,应该正确面对和积极应对肝癌的复发。

问题三:选择微创还是开腹?

现象:常常有病人问,得了肝癌,是做微创好还是开腹好,微创会不会切不干净呀?

陈亚进教授:陈亚进教授说,目前的结果显示,在选择性的病人中,微创腹腔镜肝癌切除和传统的开放手术的疗效没有差别,微创绝对不是少切一点,切除的范围和原则同开腹手术的要求是一样的。事实上,由于腹腔镜的放大功能,还有器械的精巧性,对出血解剖更加精

细。但是对身体的创伤,却比开腹手术小得多。

近几年来,随着高危人群的普查意识提高,一些早期肝癌的病例逐年增多,为开展微创腹腔镜切除提供了更合适的病例,也造福了患者。但这项技术要求较高,目前全国的微创腹腔镜切除的比例是7%左右,我院开展较早,这一比例已达到60%。

问题四:肝癌复发了怎么办?

现象:很多病人患了肝癌,做了肝切除手术后一年多,便复发了。这是继续手术呢,还是做介入还是射频消融?

陈亚进教授:早期肝癌的复发率在50%以上,中晚期的更多,复发率在90%-100%。肝癌容易复发是由于它本身的生物学行为所决定的,即使把肝脏换掉,肿瘤仍有机会在新的肝脏上复发,目前这一事实尚未得到有效的控制。但是复发并不意味着晚期或穷途末路,应该正确面对和积极应对肝癌的复发。

应对:对于复发性肝癌,仍然要像初次肝癌一样,坚持以多学科综合治疗共识来确定治疗方案,实践表明,复发性肝癌只要符合再切除的条件,再次手术切除可以使这类病人的5年生生存率提高十个百分点。甚至还可以做微创手术,不是做做过手术的就不能再做微创了,有的病人做过三次微创,也有的病人做了两次开腹,第三次还可以做微创,这要根据病人的具体情况和医院的技术水平来综合考虑。无法手术的患者,选择联合局部消融,介入治疗,靶向治疗等来达到控制肿瘤的目的。

特别强调的是对于复发性肝癌或中晚期肝癌要避免过度治疗,有时候冒着巨大风险切除肿瘤并非能使患者获益,反复多次不恰当的介入和局部消融治疗甚至全身的化疗可能会造成肝功能和免疫系统的毁损,导致肿瘤进展更快,对于这类病人我们强调“控制肿瘤比切除肿瘤更重要”,在治疗和损伤控制之间要找到平衡点,医生和病人都要接受把肝癌当成“慢性病”来控制的概念,急功近利往往事与愿违!

心理咨询:你有强迫症吗?

医学指导:南方医院精神心理科主任 张斌 主任医师

□ 通讯员 李晓娟

你是否会体验到一些毫无意义、甚至违背自己意愿的想法或冲动反反复复侵入日常生活?而这些想法或冲动来自于自己,而不是外界强加给你的。你虽极力抵抗,但始终无法控制它们。如果出现这种情况,那么你很有可能患有强迫症。南方医院精神心理科主任张斌主任医师表示,强迫症这种强烈冲突使患者感受到巨大的焦虑和痛苦,从而严重影响学习、工作、人际交往甚至生活起居。

强迫症平均延误治疗约7年

强迫症是常见的精神障碍之一,据科研调查表明其也是15-44岁中青年人群中疾病负担最重的20种疾病之一。目前认为病因与心理社会、个性、遗传及神经-内分泌等因素有关,但尚无定论。起病早,约2/3的患者在25岁前发病,病程迁延,普通人群中的终身患病率为2%-3%,且很多人因为对强迫症的不理解,病耻感等原因,平均延误治疗约7年。张斌表示,如果不能得到及时治疗,强迫症的病程趋向慢性化。

强迫症是以强迫思维和强迫行为为主要临床表现的神经精神疾病,主要特点是有意识的强迫和反强迫并存。在强迫症发作期间,强迫思维和强迫行为占用了大量的时间和精力,给病患与家属带来极大的痛苦和负担,严重影响患者的社会功能和生活质量。

张斌介绍,强迫思维是指能让人感受到焦虑等不适感上升的念头、想法、冲动或画面。为了抵抗由此带来的不适情绪,患者不得不采取抵抗行为以缓解患者的焦虑,这种主动采用以对抗强迫思维,缓解焦虑情绪的行为就是强迫行为。例如:

- 1.可以观察到的仪式性行为;比如反复检查、反复清洗、反复计数、反复摆放物品等;
- 2.回避性行为;比如为了不被污染不去公共场所、不接触被认为是脏的东西、不去某个区域等等;
- 3.发生在脑中难以观察到的思维性行为;比如反复祈祷、反复默念、反复在脑中确认等;
- 4.一些中和性的思维活动,比如自我安慰(医生让我这么做的,肯定没有关系等),这种帮助减少焦虑的行为,也属于强迫行为。

治疗需要患者有足够的勇气 and 精力

强迫症状常常不请自来,让人倍感烦恼。张斌指出,为了探索触发症状的内外线索,则需要更多地了解自己的症状。“当感受到症状发作时,立即进行记录,不要等到一天结束或者第二天再来靠回忆去做记录,只需几个描述性的、确切的词语即可。这些记录能够更好的帮助了解自己的症状和痛苦程度。”

张斌表示,医生也可以通过症状日记本,全面收集 and 了解患者的临床表现和引发患者焦虑的内外线索和情境,从而制定最合适的治疗方案,暴露反应预防疗法作为一种认知行为疗法具有明确的疗效。

他介绍,在进行暴露反应预防疗法时,患者需故意、长时间暴露在那些引起强迫性焦虑、痛苦并促使自己采用强迫行为的情境中,并不允许采用常用的强迫行为降低紧张感,直至焦虑情绪自发缓解。经过反复、多次练习,患者会发现即使没有强迫行为,灾难也不会发生,可帮助患者应对压力环境,逐渐学会接受人生的不确定性,帮助其学习应对自己的强迫思维和强迫行为。

“暴露反应预防疗法没有药物副作用,但需要患者投入足够多的时间和精力来练习。”张斌指出,暴露反应预防疗法治疗过程中会存在短暂的不快,甚至在某些阶段患者会感受到更大的焦虑和紧张,但一定要相信只要选用适当强度的暴露项目进行练习,完全可以获得良好的效果。因此,训练效果也取决于患者的投入程度,在使用暴露反应预防疗法治疗强迫症的过程中需要患者有足够的勇气和坚持。同时,张斌也表示,暴露反应预防疗法的暴露训练是循序渐进的过程,因此这种治疗方法必须在医生的指导下进行。



地中海贫血知识点滴

□ 撰稿:广州市妇女儿童医疗中心中心实验室 华亮 副主任技师



地中海贫血(简称地贫)是一类遗传性溶血性疾病,最早由Cooley和Lee于1925年首先描述。该病遍布世界各地,高发于地中海沿岸的意大利、希腊、马耳他、塞浦路斯、中非洲、亚洲、南太平洋地区到东南亚各国的广大地区,我国南方也是该病的高发区,尤以广东、广西、云南、四川、海南为多。

遗传基础,本病是由于珠蛋白基因的缺失或点突变所致。组成珠蛋白的肽链有 α 、 β 、 γ 、 δ 四种,分别有相应的基因编码,这些基因的缺失或点突变可造成其对应肽链的合成障碍,致使一种或几种珠蛋白数量不足或完全缺失,从而使红细胞易被溶解破坏产生贫血。通常将地中海贫血分为 α -、 β -、 $\delta\beta$ 和 δ 等4种类型,其中以 α -和 β -地贫较为常见。

1. α -地贫:人类 α 珠蛋白基因簇位于染色体16p13.3,每条染色体各有2个 α 珠蛋白基因,一对染色体共有4个 α 珠蛋白基因。大多数 α -地贫是由于 α 珠蛋白基因的缺失(我国以 $-\alpha 3.7, -\alpha 4.2, --\alpha SEA$ 为主)所致。根据 α 珠蛋白基因缺失的数目的多少又将其分为4种类型:①静止型;1个 α 珠蛋白基因缺失;②轻型2个 α 珠蛋白基因缺失;③中间型(H病);3个 α 珠蛋白基因缺失;④重型(Hb Bart's 胎儿水肿综合症);四

个 α 珠蛋白基因均缺失。
2. β -地贫:人类 β 珠蛋白基因簇位于染色体11p15.5。 β -地贫主要是由于基因的突变。迄今已发现的突变点达100多种,国内已发现28种。根据 β 珠蛋白基因点突变的情况可将其分为3种类型:①杂合子;②双杂合子;③纯合子。

实验室检查,主要分为血液学检查和基因诊断两种。血液学检查主要包括血常规和血红蛋白电泳,并依据其结果对患者是否为地贫及类型做出判断。基因诊断不但可以对患者的地贫及类型做出精确诊断,还能对地贫的基因型(造成地贫的具体基因缺失及突变情况)做出诊断,使得临床能够清晰地区分地贫与其它类型的血红蛋白病,从而为临床指导优生优育以及区别治疗地贫和其它血红蛋白病(如缺铁性贫血的治疗需补铁而某些类型的地贫治疗则需除铁)提供依据。

目前,广州市妇女儿童医疗中心中心实验室常规开展了地中海贫血的基因诊断项目,该室应用多重PCR技术对南方常见的4种 α -地贫缺失类型和3种点突变型 α -地贫进行基因诊断,应用PCR结合反向点杂交技术对南方常见的17种 β -地贫突变类型做出诊断,可基本满足临床对地贫诊断和治疗的需

中耳炎,并非都是耳朵流脓

医学指导:广东省妇幼保健院耳鼻喉科 麦飞 主任医师 □ 通讯员 林惠芳

丁丁这几天感冒了,吃了药后,感冒症状似乎好了很多,只是还有一点点的鼻塞流涕,晚上睡觉的时候还可以听到鼻塞导致的鼻鼾声。感冒之后,妈妈总感觉丁丁老是睡得很不踏实,常常夜间醒来就在那哭闹,并用手不停地挠耳朵,或者用头去蹭枕头。后来带去医院看,才发现原来丁丁患了急性中耳炎了。妈妈听了很困惑:丁丁外耳道并未看见有脓液流出来啊,怎么就中耳炎了呢?

很多家长觉得,中耳炎是因为耳朵进了脏东西所致,当发生中耳炎后,会有耳痛、外耳道流脓等症状。因此,这种因耳痛、外耳道流脓而就诊的中耳炎,往往比较容易让家长所发现。但还有一种中耳炎--分泌性中耳炎,它因没有外耳道流脓而容易被家长所忽视。但是,

它的危害却非常大,它可使人的听力下降,再严重点甚至还可导致耳聋,所以这种耳朵不流脓的中耳炎,同样需要引起家长们的重视。

分泌性中耳炎,是以中耳积液及听力下降为主要特征的中耳非化脓性疾病,常继发于上呼吸道感染。上呼吸道感染时,由于咽鼓管阻塞,中耳负压形成,鼓室黏膜充血、肿胀、液体漏出,形成鼓室积液,成人和儿童均可发生。但又由于儿童特殊的生理结构,咽鼓管直径仅为成人的1/2,鼓室口与咽口呈水平位置,再加上免疫系统发育尚不完善,因此,他们又要比成人更容易患上中耳炎。

当发生分泌性中耳炎时,早期可以不表现出任何症状,也不会有听力下降,但随着病程的发展,开始出现传导性耳聋,这会听力已经开

始有些下降了,耳内有闷胀感及低音调耳鸣,大一点的孩子可诉说有“耳朵闷闷的、有东西塞着的感觉,耳朵嗡嗡作响”等。对于小宝宝来说,他们虽然还不会准确地表达“耳朵疼痛”,但他们会有一些特别的表现,如:夜间哭闹不止、用手抓耳、用头不停地蹭枕头、不明原因发热、夜间打鼾等。

如果能及时发现并给给予尽早处理的话,大部分患儿的听力最终都是可以恢复正常的,但如果任其发展,中耳继续处于负压状态,中耳腔积液中的水分被吸收而变得黏稠,使内陷的耳膜粘连固定,严重者中耳的听骨也慢慢出现粘连固定,则可进而出现永久性的听力下降。

除了上呼吸道感染外,其他可引起咽鼓管功能障碍的问题,如腺样体肥大,它也可使鼻孔发生阻

塞,压迫咽鼓管,进而导致分泌性中耳炎的发生。因此,对腺样体肥大儿,最好也能请耳鼻喉科的医生进行体格检查、耳镜检查及声导抗测试,以排除“分泌性中耳炎”的可能。

一旦确诊,如果暂未出现听力下降者,可以先观察三个月,因部分病例有自愈倾向,在这期间注意复查鼓膜及声阻抗,如果病变没有加重,或呈逐步减轻,可以不用治疗。但如果已经存在有听力下降的患儿,则需要医生的指导下先进行药物治疗,同时,还要对引起咽鼓管功能障碍的各种病灶给予及时的治疗,以免造成中耳炎复发难愈。如果药物治疗后仍是复发难愈的话,则建议行鼓膜置管术等手术进行干预,以免造成听力永久性的损害。

瘦子、年轻人就不会有高血脂?错!

医学指导:广州医科大学附属第三医院神经内科主任医师 梁燕玲 □ 通讯员 白恬

冠心病患者胆固醇水平比正常人低

每每体检好多朋友就要中招,但也有不少朋友看到体检报告上的数值侥幸过关而庆幸。不过广医三院神经内科梁燕玲主任特别提醒,体检报告中的数值对正常健康的人适用,但对某些人群却不适用了。

梁燕玲主任介绍,血脂是血浆中的中性脂肪(胆固醇、甘油三酯)和类脂(如磷脂等)的总称。与疾病密切相关的脂主要是胆固醇和甘油三酯,其他还有游离脂肪酸和磷脂等。在医院的化验单上血脂化验栏目后都附有正常值,许多人拿自己的化验结果比正常值,觉得不高就万事大吉,觉得高血脂肯定与自己无关,事实上这并不正确。化验单上所提供的所谓“正常值”(参考值范围)只适用

于健康人群,准确地说是一般人群的参照值。对已患有冠心病、脑中风或糖尿病的患者是不适用的,对于这些未来十年初发或复发冠心病(心肌梗死、心绞痛等)的危险越大的人群,其胆固醇水平应该更低。

因此,人们不能根据这个“正常值”判定自己的血脂正常与否,而应该根据实际的病情判断血脂情况,请教专科医师。

瘦子不能忽视高血脂检查

梁燕玲主任介绍,认为瘦子和年轻人不会患高血脂的想法是完全错误的。从血脂检查的重点对象来说,有高血压、糖尿病、肥胖、吸烟者;有冠心病或动脉硬化性疾病家族史者,尤其是直系亲属

(包括父母、兄弟姐妹、子女、祖父母、外祖父母等)中有早发冠心病(男性55岁前,女性65岁前发病)或其他血管硬化性疾病者;有皮肤黄色瘤者;有家族性高脂血症者等都是高危人群,而这些因素与胖瘦和年龄关系不大。

因此,梁燕玲主任建议,20岁以上的成年人至少每5年检查1次血脂。40岁以上男性和绝经期后女性应每年均进行血脂检查。对于缺血性心脑血管疾病(心绞痛、心肌梗死、脑中风、短暂性脑缺血发作等)及高危人群,则应每3-6个月测定1次。

除了体检,这些讯号要留意

高血脂有没有其他的身讯号告诉我们可能有高血脂了呢?梁燕玲主任提醒,部分患者在皮肤上可出现黄色瘤,但

除眼睑处的黄色瘤易被发现外,其它部位(肌腱、肘、膝、臀或踝部等)的黄色瘤均较隐蔽,不易被察觉。血脂异常有时候表现出一些不特异性的症状比如头晕、头痛、手脚麻木等等,但更多的情况是因为体检或住院治疗其他疾病才发现的。

预防高血脂 8大生活注意事项

- (1)避免长时间坐在电脑及电视前;经常走动,做家务。
- (2)能步行就不坐车。
- (3)使用小杯子,经常到饮水机前倒水喝。
- (4)适量身体活动,每天 ≥ 30 分钟中等强度有氧运动,每周5-7天。每次间隔的时间最好不要超过1天。
- (5)降低饱和脂肪和反式脂肪酸,严格控制饱和脂肪和肉类食品,保证新鲜蔬菜、水果摄入,少量多餐,避免过饱。
- (6)中度限制钠盐;每天摄入量不超过

6g(一矿泉水瓶盖为9g,一啤酒瓶盖为4g),提倡食用高钾低钠盐(肾功能不全者慎用)。

- (7)适量饮酒因人而异,并取得医师的同意。不饮酒者,不建议适量饮酒。
- (8)戒烟和浓茶。



高血脂是现代常见的“富贵病”,对于高血脂的危害,大多数人也稍有了解。高血脂不易被人们觉察但却能够引起心肌梗死、脑中风等严重疾病,故有“沉默杀手”之称。发现这个杀手的有效武器就是体检!不过,专家提醒,看体检报告判断是否高血脂对某些人群不适用。

此外,年轻人、瘦子也不能忽视高血脂的检查,皮肤的黄色瘤、头晕、头痛、手脚麻木等是高血脂发出的身体讯号;预防高血脂可从饮食和健康着手。

健康教育——架起医患沟通的桥梁

——从市红十字会医院的健康教育工作想到的

笔者因为膝关节韧带损伤在广州市红十字会医院骨科住院治疗,十几天的时间,我从一个病人的角度深深地体会到了医院健康教育的重要性,它是架起医患沟通一座最好的桥梁,是拉近医生和病人之间关系重要的纽带。

亲身体会

大家常说医院是健康教育的“主战场”。分析其原因,一方面因为医护人员所掌握的医学知识是最权威的,另一方面因为当一个人有病到医院求医时,对关系自身疾病的各种健康知识求知欲最强烈,因此开展健康教育效果最明显。在住院的十几天时间里,我深深体会到这一点。



医生耐心为病人讲解手术是怎么做

医护人员是健康教育的主要践行者。首先是医生,医生的一言一语、一举一动,甚至一颦一笑,都会被病人认为是评估自己病情的重要依据,病人总想医生能说得详细再详细,问得细致更细致。而此时,医生所说的每一句话病人都会用心聆听并铭记于心,落到行动上。这就是最有效的健康教育!这次手术,我的主治医生骨科李爱国主任,他以自己扎实的医学理论知识和丰富的临床经验为病人进行了非常有效的健康教育。手术前,李主任拿着一个模型,非常详细地为我讲解哪里出问题了,手术怎么做,有什么风险。手术后,他一步步教我如何进行康复训练,讲解非常详细,既做示范又看我做得对不对。而且十分细心,有一次看我裤太拖地

怕我踩到摔倒了,马上蹲下身帮我卷起裤脚,让我感动不已。还有另外一位陪护医生奉振成医生,他每次在帮我换药的时候,总能细心跟我说这个伤口看上去愈合得怎样?属不属于正常情况?需要注意什么东西。他们对病人的态度总是和蔼可亲,耐心细心,我心存的所有疑惑,顾虑都能在他们的讲解中得到答案。试问有这样的好医生,有如此到位的健康教育,还会有紧张的医患关系吗?我想一定不会!

除了医生,护士也是医院健康教育的重要实施者。住院十几天,骨科的护士们也从护理的角度也为我们开展了有效的健康教育。比如教我们术后怎样更顺利排大、小便,术后饮食要注意什么,康复训练要注意什么等等。她们每位护士都态度温柔,每次在走廊练习走路的时候,不论碰到哪位护士,都会微笑着叮嘱一个人练,小心点啊!虽然只是简单的话语,但给病人带来了春天般的温暖。在这样的氛围下,医患关系自然而然变得十分融洽。

红十字会医院的健康教育,除了医生护士把它贯穿到平时的工作中,也体现在环境布置上,让病人随时都能获取健康教育资料。病区设有健康教育宣传栏、资料架,只要你想了解,都可随时获取相关资料。在护士站,摆放有一个健康教育资料架,骨科常见的一些病的健康教育资料应有尽有,每天我出来练习走路的时候,我都会拿来翻阅,都能有所收获。最具特色的还有他们每个病房的视频系统,定时会播放健康教育视频。视频不是枯燥的宣传片,而是由本院的专家录制的短片,有现场观众的互动,比起单纯灌输性的宣传,效果更好,更有吸引力。

所思所想

作为一名健康教育工作者,我经常在思考,健康教育究竟是什么?怎样把教科书上那短短的两行字的定义变成实际工作呢?从这十几天的亲身体验和思考,我觉得健康教育是一种工作理念和工作态度。特别针对

医院健康教育工作来说,健康教育作为医院的一项重要职能,是一种治疗手段,也是人们预防疾病,保持和促进身心健康的必要方法;健康教育是整体临床治疗和护理的组成部分,是临床医生护士的重要职责。

首先在医院领导层面,树立健康教育的工作理念。健康教育不是脱离临床护理工作的工作任务,而是临床护理工作的一部分,是有效的补充。把健康教育贯穿到临床护理工作中去,只有领导层面树立这样的工作理念,并出台一些相关的激励机制,才能在全院营造一起开展健康教育的工作氛围。

其次在医护人员层面,加强相关培训。提高大家自觉开展健康教育工作的意识,让大家知道开展健康教育不是额外的工作任务,而是更好完成临床护理工作的催化剂,是做好医患沟通的润滑剂。从思想上重视健康教育,从医院要我做转变成我自己要去做,自然能把健康教育做好。同时要提升医护人员开展健康教育的技能。医护人员都有扎实的专业知识,开展健康教育最权威。只要在工作中用普通老百姓能听得懂的语言表达,针对病人的需求开展有的放矢的指导,就是最有效的健康教育。

再者,在环境建设上营造健康教育氛围,让病人随时可以获取健康教育资料,学到健康知识。建立一个医院健康教育资源库。医院有权威的专家,这就是最宝贵的资源。通过组织一批年轻的医护人员,或者与健康教育专业机构合作,结合本院各专科特色,分病种编写一套健康科普资料,放置在各个科室、病房,供病人随时可获取。利用每个病房的电视,定期播放健康宣传视频,也是一个有效的健康传播的形式。

由于医学模式的转变,促使医疗服务模式由过去单一的医疗型向促进健康、提高生命质量的医疗-预防-保健型转化。医院健康教育是健康教育工作的一个重要内容,作为健康教育专业机构,应该进一步加强对医院健康教育工作的统筹协调,通过开展健康促进医院创建等试点工作,逐步规范和提高医院健康教育工作,提高医护人员开展健康教育工作的自觉性和主动性,提升他们开展健康传播的技能,从而更好发挥医院作为健康教育“主战场”的作用。

(广州市健康教育所 黄若楠)

万里驰骋心系边疆 家国情怀守护健康

——记广州市第八批援疆医疗队组队赴疆

对口援疆是国家战略,事关新疆民族团结,社会稳定和长治久安。经济援疆、干部人才援疆、卫生援疆、教育援疆、科技援疆及文化援疆是其重要组成部分。

2月18日,广州援疆医疗队根据广东省援疆工作前方指挥部和广州援疆工作队的统一部署,克服重重困难,带着广州市委市政府和市卫计委的殷切嘱托,带着满腔热血和浓情厚谊远赴新疆!经过11多个小时奔波当天晚上抵达了喀什,我们将在疏附县卫生局及疏附县人民医院开展一年半至三年的新一轮援疆工作。出发前,广州市卫计委唐小平主任及欧阳资文副主任对广州市援疆医疗队寄予殷切期望,并嘱托全体队员继续发扬广州援疆医疗队的优良传统,发扬不怕苦能吃苦的优秀作风,努力开创援疆工作新局面。

广州第八批援疆工作队是经过广州市委组织部精挑细选、层层选拔出来的,全队共有31人,其中医疗卫生人才有10名,分别来自黄埔区卫计局欧宇端、市疾病预防控制中心袁俊、广州医科大学附属第一医院鲁明军、卢成瑜和林心倩、广州医科大学附属第二医院分院(原附属第四医院)李田亨、广州医科大学附属第五医院何永忠、市正骨医院何锦勇、番禺区中心医院樊友凌及白云区京溪社区卫生服务中心谈军,医疗队平均年龄41.5岁,其中博士1名,硕士6名,主任医师1



名,副主任医师6名,主治医师2名。“只有强的国,才有富的家”,医疗队员们舍小家为大家,袁俊主任医师将两个多月大、嗷嗷待哺的女儿留给妻子照料;何永忠副主任医师的孩子今年正处在小升初的关键时刻;谈军副主任医师作为唯一的女队员,巾帼不让须眉,敢于担当;李田亨副主任医师报名时母亲正在住院,赴疆时其夫人怀孕两个多月,正是需要家人照顾的时候……

援疆队抵达喀什后,为尽快进入角色,更快地为喀什人民服务,喀什地委组织部和援疆前方指挥部组织了为期一周的封闭式培训,队员们认真学习了喀什经济社会发展情况、反恐维稳形势任务、民风民俗及党的民族宗教政策,聆听了上一批援疆干部的

经验介绍,对喀什地区、疏附县有了较好的体会和认识。全体医疗队员深感援疆使命光荣,责任重大,工作艰巨,我们将发扬“磨炼自我、奉献青春、大爱无疆”的援疆精神,迎难而上,克服困难,发挥主观能动性,承前启后,求真务实,坚持把改善民生、促进团结、维护稳定作为卫生援疆工作出发点和落脚点,不断强化政治意识、大局意识、核心意识、看齐意识,不断提升援疆工作中服务基层、服务群众的能力和水平,切实解决制约疏附县卫生事业发展的实际问题,给疏附县人民群众带去了实实在在的健康实惠,为疏附县人民健康保驾护航。

(广州援疆医疗队 欧宇端、袁俊、李田亨)

新一批穗疏医疗帮扶,初露头角

——第八批广州援疆医疗队进驻疏附县医院一周纪实

自2月28日第八批广州援疆医疗队正式进驻疏附县人民医院工作一周以来,队员们怀着饱满的热情,迅速投入到疏附县医院的一线岗位中。本次广州市派出的9名卫生专业技术人才以“管理+专业技术”、“临床+医技”的“组团式援疆”方式将开展为期一年半的技术援疆工作,也是该院历年来接受援疆干部人数最多的一批。



援建专家卢成瑜医生正在为患儿诊治

舍之中队员们都热情高涨的交流经验,讨论帮扶有关技术问题。据统计,截至3月8日,医疗队共诊治病人288人次,指导手术23台,院内会诊18例次,成功处理临床疑难杂症32例,开展医疗新技术12项,医务授课25次。3月7日,在自治区党校驻点疏附县蔬菜村举办医疗队进驻以来第1次大型义诊活动,开设了心血管内科、呼吸内科、儿科、泌尿外科、骨科等9

为了提高帮扶效果,援疆医疗队实行周会制度,利用周末晚上时间大家集中一起畅所欲言,谈经验、谈体会、谈感想、谈生活,回顾小结一周来的工作情况,存在问题、解决思路。会上,医疗队负责人充分肯定了队员们一周以来的工作,要求医疗队重点做好“传帮带”工作,规范科室管理,加强重点学科建设,因地制宜开



援疆专家李田亨医生指导科室同阅片

展一些新项目,力争3月底制定援疆计划。会后,医疗队认真梳理了医院在发展中存在的问题和建议,及时反馈给医院主要领导,得到了医院充分肯定和支持。

(广州援疆医疗队 袁俊)



援疆专家何永忠、何锦勇、樊友凌医生在做术前准备

个专业,共为300多名民族群众提供医疗服务。虽然,有些新技术在内地不算高端技术,但对于以往医疗技术薄弱的疏附县,这可以实实在在给当地老百姓带来福音,在家门口就可以享受到地市级医院的服务。



援疆专家何锦勇医生自制杉树皮小夹板固定治疗前臂骨折

这组医学生发的朋友圈照片,让人感动又心疼

近日,一位医学生发在朋友圈的3张随手拍照片,感动了许多患者和医疗同行,大家纷纷转发点赞。一张照片上,该学生的老师,南方医科大学珠江医院神经外科副主任医师郭燕舞正在聚精会神为患者手术;另两张是郭燕舞手上打着点滴,正在门诊为患者看病。

“我的导师,神经外科副主任医师,自己急性阑尾炎术后不到48小时,忍着伤痛还为患者做了手术;今天是术后第三天,他还要再出一天门诊。时刻以患者为先的医者风范!”拍下照片的学生小池在朋友圈中写道。小池是郭燕舞医师的硕士生。

“自己术后不到2天,他又去给病人做了2台手术”

小池告诉大家,上周六郭老师突发急性阑尾炎,当天下午做了急诊阑尾切除手术,他以为老师会至少好好休息一周,没想到这个周一,老师照样出现在手术台上。

“郭老师的一只手背因为输液,本来插着镇痛泵的,术前洗手时,为了不影手术,郭老师把镇痛泵拔了。我当时很担心郭老师的伤口顶不住,不过老师说手术是上周早就排好了的,不能再让病人等。”小池表示,郭老师坚持亲自主刀,带病为两名患者做了手术,从早上9点一直忙到下午2点。

下手术后,郭燕舞去看回到病房的第一个手术的小患儿,孩子家长才知道他是带病做的手术,非常感动!

周二门诊日,郭燕舞术后还在输液,又坚持出门诊。病人看着诊桌边立着的输液架,吃惊之余十

分感动,纷纷劝他多休息,注意休息。

深有触动的小池于是用手机拍下了两天的情景,发在了朋友圈,没想到赢得了众多人的点赞,许多同事、同学、病人在转发。

“很多病人都是年前就约好的,耽误不得”

郭燕舞带病坚持工作的照片在朋友圈转开后,朋友圈里基本持两种态度,患者、朋友们纷纷为他这种精神点赞,而同事同行们,则更多的是心疼。

“同事都不知道我手术了,看了朋友圈后路上碰到埋怨我,说我不能这样不注意身体!”郭燕舞表示,其实,自己也没想到会突然阑尾炎。手术是上周早就排好了的,两个病人中,一个是癫痫频繁发作需要做迷走神经刺激手术的孩子,一个是从外地赶来的脑积水病人。这两种病越拖,对患者的大脑损害越大,所以都需要尽快手术。另外,门诊有许多是老病人,病情只有我比较熟悉,有些是年前就约好,从湖南、江西等外省赶过来的,耽误不得,不能让他们白等。”

照片传开后,郭燕舞很有点忐忑:“其实这真的没什么,我们许多同事一忙起来都是这样的。我们经常提倡患者术后尽早下床活动,我也是术后第二天就活动了,阑尾炎也不是什么大手术,加上病人等得急,所以还是坚持把病人的手术做了。”

“其实,对于自己手术后再去为病人做手术,是有充分考虑的,因为两台手术难度都不是特别大,相对比较有把握。”郭燕舞表示,“手术中自己的伤口确实有点痛,但还好,我自己是医生,会注意的!”

(南方医科大学珠江医院宣传处 胡琼珍)



术后主刀



援疆队员县卫计局副局长欧宇端和县人民医院副院长袁俊到县疾控中心主任调研全民健康体检工作

简单对接后,队员们迅速融入人到相应的科室工作中,深入了解科室人员结构、运作情况、服务水平和医疗技术上所面临的问题,充分发挥各自的专长,因地制宜地制定规范医疗服务和医疗水平提升计划。教学查房、案例讨论、示教培训等等,队员们都尽可能多方位的将自己的学识用于临床、教学之中。每天饭后之余,宿

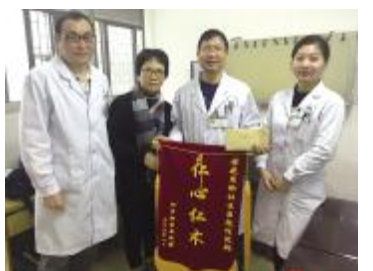


援建专家卢成瑜医生开展哮喘治疗培训

以人为本除苦疾 仁心仁术献爱心

“黄花岗社区卫生服务中心的医护人员工作认真负责,对病人的态度亲切和蔼,像照顾家人一样照顾他们的亲人。”近日,居民邓女士给黄花岗社区卫生服务中心住院部和家庭病床科送来了一面“仁心仁术”锦旗和一封表扬信时,满怀深情地向医务人员表达了自己的感激之情。

据邓女士介绍,2014年底她的丈夫邓某因病联系黄花岗社区卫生服务中心家庭病床科李振强医生上门诊疗治疗。几年间,李振强医生时刻关注邓某的病情变化,不辞劳苦及时上门诊疗治疗,对邓某给予了无微不至的关怀,温暖了病人和家属的心。2016年11月邓某病情恶化,在李振强医生协助下,邓某来到了中心住院部住院。住院期间,



住院医师唐钦庆、曾青等医生针对其病情提出最有利的治疗方案,制定了详尽的治疗方案,认真负责地与病人家属沟通并持续跟进

治疗。他们为人坦诚,为减轻病人的疾苦,急病人之急,忧家属之忧。护士们工作细致,对病人的句句细语,润人心田……2017年1月,邓女士的老伴病情加重,医护人员给予了积极全力的抢救,直至老伴停止了呼吸……

邓女士说:“当时,曾医生默默地脱下手套,为老伴做最后一次心电图检测,然后静静地注视着他,轻轻地把他双手放好!这,充分体现了一名医护人员对生命的尊重!”邓女士表示,亲人的离去,她深感悲痛。但住院部全体医护人员的精心治疗与关爱,让她的老伴平静地度过了人生最后的时光,她对院医护人员爱岗敬业的精神表示敬意!

(越秀区黄花岗社区卫生服务中心)

咏木棉

邹向东

南国二月春来早, 满院芳华百花娆, 红棉吐蕊竞相绽, 犹胜火凤舞姿娇。

