

全国老年医学、预防保健、 社区医疗学术交流会

汇 编

2005 年 6 月北京



中华医学会
CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

digital
digital

全国老年医学、预防保健、 社区医疗学术交流会 论文汇编

江苏工业学院图书馆
藏书章

中华医学会继续教育部

E-mail:cbcmc@public3.bta.net.cn

2005年6月于北京

目 录

第一部分 老年医学与干部保健

代谢综合征的发病情况分析附 02~04 年 302 体检报告总结·····	李中南等 (1)
老年冠心病合并退行性心瓣膜病的多因素 Logistic 回归分析·····	曹梅芳等 (1)
医疗管理与人性化服务·····	王 桦 (3)
老年高血压病的心率变异改变·····	杨 津等 (4)
现代人的健康隐患—睡眠欠账·····	熊敏辉 (5)
东菱迪夫治疗脑梗塞的护理观察·····	方 琼 (6)
老年不稳定型心绞痛中阿司匹林单用与联用低分子量肝素疗效比较·····	范 鹰等 (7)
老年高血压与心血管疾病的关系·····	张菊霞 (8)
老年人肺结核 112 例临床与 CT 诊断分析·····	刘守亮等 (9)
让情绪定格有益健康·····	吴淑霞 (10)
加强平板运动试验风险预案管理 提升安全效能·····	周志敏 (11)
干部保健科护士的社区职责·····	崔晶晶 (12)
2 型糖尿病心血管并发症分子机制研究进展·····	李 俊 (12)
中药心复康与心宝治疗慢性心律失常的临床对比研究·····	程晓昱等 (13)
老年冠心病的临床症状及观察·····	赵琳燕 (14)
心肌梗死合并室壁瘤的冠状动脉造影分析·····	吴 波 (16)
代谢综合征 200 例干预的结果分析·····	史兆荣 (16)

第二部分 预防保健与社区医疗

对社区卫生服务的思考·····	王秀芳 (19)
加强医院健康教育工作的意义及方法·····	高树芳 (20)
浅谈当前社区卫生建设中的五点不足·····	廖宏伟等 (21)
社区原发性高血压病综合干预措施的效果研究·····	欧阳荣超等 (23)
社区高血压患者坚持药物治疗的影响因素探讨·····	王熙福等 (24)
突出优势 创新机制 探索中医中药融入社区的新路子·····	张 群 (26)
搞好医院健康教育 提高大众健康水平·····	邢华旭等 (28)
淮北市人民医院职工健康检查统计分析·····	陈建梅 (29)
综合性三级甲等医院职工健康状况分析及对策·····	邓惠萍等 (31)
乳癌 40 例部位与病理分析 病因调查策略重新评估·····	熊 涛 (32)
住院病人死亡原因十年分析·····	梅丽雅等 (33)
东莞市厚街镇 2003 年法定报告传染病疫情分析·····	黄兴民等 (34)
女性亚健康的中医药调治·····	叶超鸣 (35)
乙肝疫苗在免疫中的质疑及对策·····	卢淑侠 (36)

安全接种是计划免疫的保证·····	姬宇钊等 (37)
社区居民吸烟干预对策探讨·····	王宝玲等 (38)
新疆医科大学第一附属医院离退休职工健康情况调查·····	习海平等 (38)
辅食添加对婴幼儿贫血的影响·····	黄志娟等 (39)
以“知、信、行”准则开展社区健教的体会·····	刘世元等 (40)
大学生性健康教育课后问卷调查分析·····	谭湘军等 (41)
做好社区卫生服务工作之浅见·····	刘文娟 (41)
配合应用他汀类药物治疗高血压病 536 例社区观察·····	韩 丽 (42)
女性常见生殖道感染治疗中的健康教育·····	周 平等 (43)
石河子健康人群风疹减毒活疫苗免疫效果调查与分析·····	张 红等 (44)
社区高血压防治的健康教育效果评价·····	董彩霞 (45)
在临床工作中开展健康教育的重要性·····	于建敏 (46)
浅谈骨折病人的健康教育·····	宦 峰 (47)
乙肝疫苗纳入计划免疫后操作程序探讨·····	胡 娟 (47)
500 例肺结核病人心理问题分析及对策探讨·····	孟庆德等 (49)
综合医院延伸社区卫生服务的探索与分析·····	劳婉桃 (49)
174 例慢性肾衰病因学调查及药物致肾衰的预防·····	周世平 (50)
住院病人恶性肿瘤调查分析·····	杜文君 (50)

代谢综合征的发病情况分析 附 02~04 年 302 体检报告总结

安徽省中医院 李中南 方朝晖

杨亚男 230000

2004 年, 我院对部分省直机关干部及大学、科研单位的高级知识分子、企业管理者进行了健康体检。我们随机抽取了 302 例体检报告并与 2002 年体检资料进行了对比分析, 目的是从体检结果分析代谢综合征的发病情况。现将结果报告分析如下:

1、资料与方法

(1) 资料: 全部来自于 2004 年 6 月对安徽省直机关在职及离退休干部及正高级职称的知识分子、企业管理者的体检报告及 2002 年体检报告。

(2) 负责查体的医生均系本院具有副主任医师以上高级职称者。全面进行了内、外、妇等科的临床及生化检查、心电图、胸片、B 超检查。

2、诊断标准

参照中华医学会糖尿病分会 (CDS) 建议 MS 诊断标准, 具备以下四项组成成分的三项或全部者。

(1) 超重和 (或) 肥胖: 超重 BMI 大于或等于 24; 肥胖 BMI 大于或等于 28.0 (千克/平方米)。

(2) 高血糖: FPG 大于或等于 6.1mmol/L (110mg/dl) 或 2hPG 大于或等于 7.8mmol/L (140mg/dl) 及已确诊为糖尿病、糖耐量异常并在治疗者。

(3) 高血压: SBP/DBP 大于或等于 140/90mmHg 及 (或) 已确认为高血压并治疗者。

(4) 血脂紊乱: 空腹血 TG 大于或等于 1.7mmol/L 及 (或) 空腹血 HDLC 小

于 0.9mmol/L (男) 或小于 1.0mmol/L (女)。

3、结果

证实近年成人中代谢综合症的发病率明显增高, 新增病例年轻化, 中老年前期组高血压发病率达 18.7%; 60 岁以后高血压的发病率达 44%, 血脂紊乱发病率达 32.5%; 糖尿病发病率达 11.3%; 男女超重或肥胖达 47%; 高血脂患病率与年龄增加无明显关系。合并脂肪肝、冠心病、胆道疾患的病人增多。尤其患脂肪肝的人数增长更快。而无论高级知识分子、公务员、还是企业管理者, 超重肥胖为三种疾病的发病基础, 患病率高达 44%, 高血压病为各种疾病的发病之首。但职业上无可比性。

4、结论

健康科学的生活方式应从青年抓起, 中年预防, 有病早治。超重、肥胖、高血压、高血糖、高血脂很少单独出现, 常 2~3 种病合并出现, 这部分高危人群将是增加冠心病患病率的重要因数, 给我们提出了一个当前必须关注的课题, 干预 MS 的各个环节, 采取有利措施防治, 是今后医疗工作的重点。

老年冠心病合并退行性心瓣膜病的多因素 Logistic 回归分析

上海市长宁区中心医院内科干部病房

曹梅芳 牛 昕 姚 媛 王 华 200336

老年退行性心瓣膜病 (SDHVD) 常与老年冠心病伴随, 由于其隐匿性, 常被忽视和漏诊。本文总结了 2001~2003 年间来我院就诊的 200 例老年冠心病者退行性心瓣膜病的发生情况, 用非条件 Logistic 回归模型分析影响老年冠心病患者退行性心瓣膜病的多重危险因素, 试图

揭示退行性心瓣膜病的致病因子,为该疾病的个体化预防和干预提供依据。//

材料与方 法

1、研究对象

冠心病患者共 200 例,来源于我院 2001 年 7 月至 2003 年 8 月专科门诊及住院病人,年龄 60~87 岁,其中男性 87 例,女性 113 例。所有患者均为汉族,年龄为 (74 ± 10.7) 岁。冠心病的诊断标准:由冠状动脉造影确诊,或心电图明确有陈旧性心肌梗死,或典型心绞痛,发作时相关导联 ST 段下降 $>0.1\text{mv}$;排除风湿性心脏病、肺源性心脏病、先天性心脏病、梅毒性心脏病、心肌疾病、心脏手术后等因素造成的急、慢性心衰及严重肝肾功能损害患者。

2、超声心动图检测

所有病例和对照均行超声心动图检测。将有二尖瓣回声增强,瓣环钙化,主动脉瓣叶增厚、钙化,左室乳头肌反射增强、钙化之一者定义为退行性心瓣膜病。

3、临床指标的测定

所有病例和对照均记录年龄 (Age)、性别 (Gender)、血压 (SBP\DBP)、体重指数 ($\text{BMI}=\text{体重}/\text{身高}^2$),空腹 8 小时后血清糖 (BS)、总胆固醇 (TC)、甘油三酯浓度 (TG);放免法测定甲状旁腺素 (PTH)、降钙素 (CT);定量超声法测定跟骨超声衰减 (BUA) 以反映骨密度。

4、统计设计

采用 SPSS10.0 统计软件。冠心病组与冠心病合并退行性瓣膜病组之间临床资料的比较采用单因素方差分析,两组性别的比较采用卡方检验;采用 Logistic 回归方法分析老年冠心病患者年龄、性别、血压、血脂、骨密度、激素水平等因素与退行性心瓣膜病的关系,检验水准 α 取 0.05。

结 果

1、200 例老年冠心病患者中合并退行性心瓣膜病者共 83 例。按是否合并退行性心瓣膜病分组,经方差齐性检验,两组年龄、身高、体重等资料方差均齐同。经单因素方差分析,CHD+SDVHD 组的年龄、PTH、SBP 高于 CHD 组,BUA 低于 CHD 组,性别方面,经卡方检验,女性比例较 CHD 组为高。其差别均具有统计学意义。

2、以年龄 (x_1)、性别 (x_2)、SBP 水平 (x_3)、BUA 水平 (x_4)、PTH 水平 (x_5) 作为自变量,以是否发生退行性心瓣膜病为应变量,其中用 x^2 为计数资料,余为计量资料,Enter 法建立 Logistic 回归模型,进行多因素分析,得到的 Logistic 回归方程如下:暴露在上述多个可能的致病因素下的老年冠心病患者退行性心瓣膜病发生概率 $P(1) = 1/[-13.309 + 1.247x_1 + 1.201x_2 + 0.973x_3 + 0.958x_4 - 1.517x_5]$,表明年龄、性别 (女性)、SBP 水平、BUA 水平均参与增加老年冠心病患者合并退行性心瓣膜病的发生概率,其与发病的相对危险度 (OR) 分别为 2.069, 1.971, 1.328, 1.728, 可被看作老年冠心病患者合并退行性心瓣膜病的危险因素, (而 PTH 水平的 OR 为 0.532, 可看作为保护因素)。

3、83 例患者中,以主动脉瓣钙化发生率最高,占 66.2% (55/83),多为单纯主动脉瓣钙化,其中无冠瓣钙化占 62%,右冠瓣钙化 13%,主动脉瓣环钙化 25%,部分合并二尖瓣环钙化占 25.3% (21/3),单纯二尖瓣环钙化少见占 6% (5/83)。主动脉瓣钙化 55 例中,发生主动脉返流者 46 例,占 55.4%,主动脉狭窄者 9 例,占 16.3%,合并二尖瓣钙化的 21 例,发生双瓣膜返流 18 例,占 32%;单纯二尖瓣环钙化的 5 例中均为返流。

讨 论

现有的研究显示,血流动力学本身及其动态变化、钙磷代谢水平、体内相关激素水平以及年龄、性别等因素均参与老年退行性心瓣膜病的发生,提示此种病理变化的产生受多种因素的影响。Logistic 回归模型是分析疾病与致病因子间联系的重要统计方法,能对混杂因素进行较好控制,更全面而精确地反映各因素对心脏重构的影响程度。结果表明,年龄、性别、收缩压及甲状旁腺水平均参与增加冠心病合并心瓣膜病的发生概率,而、骨密度则是该疾病的保护因素。

既往的研究表明,老年退行性心瓣膜病易引起血流动力学改变,加重了并存的心血管疾病,甚至威胁患者生命,具有重要的临床意义。目前对该病尚无有效方法阻止其进展,本文的结论提示,积极控制危险因素、治疗易患因素、改善心肌代谢、有力把握可控因素,可望防止或延缓老年退行性瓣膜病的发生与发展。

医疗管理与人性化服务

武汉大学中南医院综合医疗科

王 桦 430074

一、走进中南医院

武汉大学中南医院座落在美丽的东湖之滨,依山傍水,景色宜人。

2004 年感动中国十佳杰出人物——桂希恩教授正是来自我院。他是我们身边的学习榜样。

二、综合二病区简介

综合二病区共有 15 位医护人员,其中 5 位医生(博士 1 名、硕士 3 名),10 位护士。

服务对象:按省卫生厅规定,主要服务对象为副厅以上干部 t 高知,占 85%~90%。另有 10%~15%为机动病人。

主治疾病:以呼吸系统疾病为主,包括心脑血管疾病、内分泌、消化系统、肿瘤等老年疾病的综合性诊治。

多年来我们在临床中贯穿“以人为本,人文关怀”的服务理念与医疗管理模式,受到了病友、医院和社会的广泛好评,获得 2004 年品牌科室奖。

病区文化:在病区沿着两边宽敞的长廊,我们建设起了文化墙。文化墙是以《美丽的中南医院》为文化背景,充分展示了中南医院在现代化城市建设发展中与大自然相融合,与时俱进的魅力风采。文化墙上《当年的女八路》,如今已是我们病区常来常往的病友,她们经历了战争与和平,饱经风霜。晚年,为了健康而来到我病区医治痊愈时,在病房里灿烂的微笑使我们感到无比地欣慰。病区文化建设为病友们营造了一个温馨、雅致而富有人性化的病房。

三、人性化服务

1、服务理念与医德规范

我们将世界医学大会《日内瓦宣言》做为我们的服务理念和医德规范:将《宣言》悬挂在护士站,时刻警示着我们每一位医护人员,一切以病人为中心,诚信服务,行为规范。该《宣言》无形中也是病友监督我们的一面镜子。

2、六声服务

新病人入院—欢迎声;
与病人见面—问候声;
病人提建议—道谢声;
病人不满意—道歉声;
离开病人时—嘱咐声;
病人出院时—欢送声。

“六声服务”是前任护士长李腊梅在长期临床护理工作中的总结。我们将它作为一种人性化服务模式,应用于临床,进一步促进了护理质量提高,增强了医院优质服务的信誉度,使病友们有如宾至如归,

象在家里一样温暖。

四、医疗管理

1、责任制

(1) 主任护士长负责制。

(2) 分工管理责任制: 病区各项工作进行合理分工, 具体落实责任人。如: 病历质量管理员、教学管理员、科研管理员、院感管理员、药品监督管理员、经管员、宣传员、财产保管员等等, 每一项工作具体落实到每一个负责人。要求在行使中既有分工, 又有合作。培养大家的责任感、集体荣誉感和团队精神, 体现自身劳动价值, 创造了良好的社会效益。

(3) 晨会管理: 晨会不仅是交接病人的病情、传达院周会精神, 同时, 对每一天的工作进行认真检查、点评与纠正不足, 进一步完善各项管理措施, 不断提高医疗技术水平, 促进临床、教学与科研工作的深入发展。

2、临床医学循证

(1) 查房制: 我们认真履行三级医师查房制度。尤其是干部病房, 患者更多的是要求落实主任查房制。

(2) 会诊制: 干部病房多为老年病, 亦为老年医学。是一个多学科交叉的综合性学科。因此, 应当及时会诊, 依托全院较高的整体医疗技术水平医治患者, 共同承担风险与责任。

(3) 学习制度: ①业务学习: 病区定期开展业务学习, 为博士生、研究生及实习生举办各种学术讲座, 将他们从书本上学到的理论知识充分应用于临床实践中, 使他们深切体会到医疗实践的重要性。同时, 还将各学科的最新进展知识及时传授给他们, 从而在以后的医疗、科研、教学工作中养成良好的务真、求实、创新精神; ②病友学习: 为病友们定期举办健康教育, 帮助他们增长卫生保健知识, 配合医护治

疗, 促进疾病早日康复; ③医疗管理学习。

五、托付

不知有多少个老年病友们在中南医院和我们医护结下了生死情缘。我们与这些老革命、老领导、长辈病友们朝夕相处, 帮助他们战胜病魔, 挽救生命。在综合二病区这个晚年驿站, 他们将生命托付于“白衣天使”而延年益寿。

六、不忘历史, 保持共产党员的先进性

在改革开放的 21 世纪, 人们的观念和信仰发生了很大的改变。但是无论社会怎样变革, 人都不能忘本。因为“没有共产党, 就没有新中国”, 也就没有我们的今天。我病区在党支部的领导下, 在这些老革命病友们、老前辈们的关心下, 通过历史教育, 有计划的培养、发展新党员, 在医疗实践中保持党员的先进性, 增强科室骨干力量。

七、展望

综合二病区全体医护人员热爱自己的科室, 情系中南医院。展望未来, 随着祖国日新月异的发展, 中南医院的明天会更加美好, 我们将与时俱进, 用知识和奉献回报于社会。

老年高血压病的心率变异改变

福建省立医院二内科 杨 津 朱鹏立
吕心阳 350001

目的: 探讨老年性高血压病的心率变异改变特点。

方法: 测定 47 例老年高血压病人及 69 例正常老年对照组的短程心率变异。包括时域分析: SDNN、HRVI、r-MSSD、PNN₅₀; 频域分析: VLF、LF、HF、LF/HF、TP。

结果：老年高血压病组中 SDNN、HRVI、r-MSSD、PNN₅₀ 数值明显低于正常对照组，经统计学处理，有非常显著的差异 ($P < 0.01$)；在频域分析中，老年高血压组 LF、HF、TP 数值也明显低于正常对照组，统计学处理，有非常显著的差异 ($P < 0.01$)；VLF 数值低于正常对照组，统计学处理，有显著性差异 ($0.05 > P > 0.01$)；而 LF/HF 数值，两组间无显著差异 ($P > 0.05$)。

讨论：众多研究表明，原发性高血压的心率变异 (HRV) 分析结果可出现明显异常，表现为 LF 成份明显增大，而 HF 成份明显减少，造成 LF/HF 比值增大，表明高血压病人交感神经活性增高，迷走神经活性降低。Guzzetti 等对 56 名原发性高血压患者进行 HRV 的频域分析 (HRPS)，也得出 LF 成份增加、HF 成份减少、LF/HF 比值增大的结果。吴雅伦等则认为老年的高血压病与对照组的比较其 HRPS 无明显差别，而中年高血压病的低频 (LF) 数值明显高于对照组，这表明交感神经活性增加在中年高血压的发病机制中更为重要。陈灏珠也报道原发性高血压病人 HRPS 低频明显增高，高频明显降低，而老年高血压病人这一变化不甚明显。本组资料显示，老年高血压病组的 HF、TP 均明显低于对照组，而 VLF、LF 的数值也低于对照组，造成 LF/HF 的比值变化不大。这样的结果显示，老年高血压病人的频域分析与中年人不同，老年高血压病人存在有迷走神经活性降低，但对交感神经活性增高的影响不明显。

高血压病的时域分析报道较少。蒋赞利等认为时域分析 SDNN 主要反映交感神经活性，而 r-MSSD 和 PNN₅₀ 反映付交感神经活性，SDNN 则反映植物神经的整体功能。据报道高血压患者 HRVI 明显

低于正常人。本文资料中，老年高血压组的 SDNN、HRVI、r-MSSD、PNN₅₀ 均低于正常对照组，反应了老年高血压病人除有迷走神经活性受损外，还伴有植物神经整体功能低下。

现代人的健康隐患——睡眠欠账

湖南省人民医院心理咨询室

熊敏辉 410000

最近美国康复学会主席渥华德佛伦茨博士在《科学杂志》上发表文章说：如果不吃饭，人可以活 20 天~30 天；不喝水，可以活 7 天左右。要是不睡觉，则只能活 5 天。看来，“民以食为天”要改为“民以睡为天”才更为贴切。有关文献显示：如果一个人一天睡眠不足，就可以导致第二天的免疫力下降，其中 76% 的人会呈大幅度下降。而经常失眠者的衰老速度是正常人的 3 倍以上。

病例 1

中年人失眠导致“室早”

涂是一家研究所成员，年轻时家庭幸福。跟自己生活在一起的父亲已 80 高龄，最近竟然全身黄染，呕吐频繁，紧急送往医院，看到父亲的病危通知单，他通知了大妹，谁知妹妹听到这个消息便叫来了小弟小妹和弟媳。到病房后，他们不是先看父亲，而是要开“紧急会议”，讨论父亲拆迁房屋补偿的几万元钱和原来的存款怎么分配。涂听了十分气愤：“你们这些不孝之子，原来从未看到你们来看爸爸，今天却一个个虎视眈眈地要来分财产，没门！”几个弟妹十分扫兴，走得一去不复返。涂一个人频繁往返于家和医院之间。在医生的精心治疗下，父亲的病已转危为安，但涂的脑子中总是闪现弟妹们吵架的影子，继

而自已经常觉得胸闷心悸,整晚不能入睡,遵医生嘱咐,自己有感觉即来进行心电图检查,发现自己有“室性早搏”而住进心内科。10多天的治疗还不见好转,涂提出要申请看“心理医生”。在心理咨询室,他一口气讲完上面这一段,心理得到了宣泄,感到舒畅了一些。遵照医生的嘱咐,涂进行自我调适。经过心理医生的疏导及药物治疗,涂的心电图再次恢复正常,又投入到原来的生活氛围,愉快的工作。

病例 2

一时糊涂,失眠半年

健今年 37 岁,小公司老总。元月份出差,酒店有染后自觉小便烧灼感,到医院检查,发现“支原体阳性”。从那以后一直失眠,偷偷在各家医院治疗,害怕妻子怀疑,长期在外,无事可做,更是彻夜不眠。通过治疗,支原体抗体已经转阴,但心里仍然害怕复发。几个医院都报告转阴,健还不敢回家,怕传染给妻子,只好看心理咨询。医生告诉他,症状没有了,化验转阴了,证明病治好了。但健仍要坚持“巩固治疗”,通过心理疏导、自我调适,配合药物治疗,一个月后,健基本克服了紧张情绪。

在这科学昌明,生活好转的社会,生命是越来越珍贵了。“睡眠充足养吾生”,要善待每一次睡眠,静静躺在床上,不焦急,不忧虑,才会像孙思邈讲的:能息心自冥目。

东菱迪夫治疗脑梗塞的护理观察

武钢总医院干部保健中心

方琼 430080

东菱迪夫治疗急性脑梗塞(AICD)起效快、缩短疗程,明显降低致残率,是早

期治疗急性脑梗塞较理想的溶栓、降纤药。我科应用东菱迪夫在 38 例急性脑梗塞治疗中,做好护理观察,以护理技术配合,取得了良好的临床效果。

治疗组:东菱迪夫首剂 10BU 加入生理盐水 250ml 中静脉滴注,第 3、第 5 天各 5BU,随后 10 天给予静脉滴注复方丹参、口服阿司匹林 75mg/日;对照组按常规给予静脉滴注 20%甘露醇 1 次/日,共 5 天,后 10 天用复方丹参、口服阿司匹林 75mg/日。治疗组 1 例(2.6%)对照组 2 例(5%)其病后逐渐进展出现深昏迷、脑疝死亡,存活者 15 天后进行疗效评价。治疗组 38 例,显效 26 例(68.4%),有效 7 例(18.5%),无效 4 例(10.9%),总有效 35 例(86.5%);对照组显效 9 例(22.5%),有效 14 例(35%),无效 15 例(37.5%),总有效 23 例(57.5%)。

护理观察

1、出血倾向的观察

进行溶栓治疗前采集各项标本送检:血小板、血常规、凝血酶原时间、血纤维蛋白原、出凝血时间等。在溶栓期间,要密切观察患者的生命体征变化。有无皮肤、粘膜、鼻腔、消化道、呼吸道、泌尿道及颅内出血情况,一旦发现出血倾向,立即通知医师,并停止溶栓治疗,采取措施控制出血。

2、生命体征的监测

密切观察患者的意识、瞳孔以及肢体活动变化情况,如患者在溶栓 24h 内出现头痛、呕吐或出现进行性意识障碍,双侧瞳孔不等大,对光反应迟钝或消失,原有症状加重或出现新的肢体瘫痪,则提示有脑出血或继发脑梗塞的可能,应立即报告医生采取相应的救治措施。在溶栓过程中心电监护十分重要。护士必须熟悉 AICD 患者常见异常心电图图形,及时发现心率、

心律的变化,及时报告医生。对于合并心脏病患者,用药时间可根据心电监护情况适当调整输液滴速为 40~60 滴/min。

3、加强基础护理,预防并发症

4、心理护理

应积极稳定病人情绪,同情他们的疾病,关心他们的生活,从而取得信任;多与病人接触交谈,鼓励家人多探视,帮助病人从消极情绪中解脱出来;耐心向病人解释所患疾病的性质,预后、治疗方法及目的,鼓励病人振奋精神,持之以恒投身健康锻炼。

老年不稳定型心绞痛中阿司匹林单用与联用低分子量肝素疗效比较

哈尔滨医科大学附属第二医院老年病科

范鹰 滕宗艳 姜礼红 田秀霞

杨楠 150086

本研究旨在观察单用阿司匹林和联合使用阿司匹林和低分子量肝素对 UAP 的临床疗效及在老年人群联合使用有无显著副作用。

1、资料与方法

(1) 临床资料:选自 2001 年 3 月至 2003 年 12 月我科收治的 UAP 患者 102 例,年龄 60~89 岁,平均 (73.5 ± 6.7) 岁,其中男 77 例,女 25 例。符合 Braundwald 提出的不稳定型心绞痛分类标准,所有患者在开始治疗前的 48 小时内均有不稳定型心绞痛发作史,包括初发劳力型心绞痛 12 例,恶化劳力型心绞痛 32 例,静息性心绞痛 24 例,变异性心绞痛 9 例,梗死后心绞痛 25 例,除外出血性疾病、血小板减少 $(< 100 \times 10^9/L)$ 及严重肝肾功能损害等抗凝治疗禁忌证,随机分为两组,每组 51 例,治疗组:男

37 例,女 14 例;对照组:男 40 例,女 11 例。两组年龄、性别、伴发疾病、心绞痛类型及心绞痛危险度分级,均无显著性差异 ($P > 0.05$)。应用阿司匹林和/或低分子量肝素前血压控制在 160/100mmHg 以下。

(2) 用药方法 对照组:肠溶阿司匹林 100~300mg,每日 1 次,消心痛 10mg,每日 3 次,口服,酌情加用血管紧张素转化酶抑制剂、 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂,心绞痛发作时含化硝酸甘油片;治疗组:除对照组所用药物外,另使用低分子量肝素(商品名为立迈青:合肥兆峰科大药业有限公司出品)5000IU 腹壁皮下注射,每日 2 次,连续 7 天,随诊 4 周。

(3) 疗效判定:劳累性心绞痛分级改善 > 2 级,缺血性 ST 段下移减少 0.10mV 以上,或心绞痛分级改善 1 级,ST 段恢复正常为显效。心绞痛改善 1 级,缺血性 ST 段下移减少 0.05~0.10mV 为好转。自发型心绞痛在原生活习惯下心绞痛完全控制,ECG 改变同上为显效;心绞痛次数减少,ECG 改善为好转。

2、结果

(1) 不良反应及失访率:治疗组 5 例注射部位出现皮下淤斑。治疗组与对照组各有 3 例出现上腹部不适、反酸,经调整剂量、加用胃粘膜保护药物好转。102 例受试者均能耐受,无脱失。

(2) 疗效观察。1 周后总有效率:治疗组为 84.31%,对照组为 62.75% ($P < 0.05$);观察 4 周治疗组 9 例再发心绞痛 (17.64%),对照组发生 18 例 (35.29%);治疗组心性死亡 2 例 (3.92%),对照组 4 例 (7.84%);治疗组未发现明显不良反应。

(3) 凝血指标:治疗前后血小板计数、部分凝血酶原时间、纤维蛋白原、凝血酶

原时间无差异, 组间对比无差异。

3、讨论

本研究发现在使用阿司匹林的基础上, 加用低分子量肝素治疗对控制心绞痛发作有良好疗效, 总有效率达 84.31%, 明显高于对照组 ($P < 0.05$), 但略低于李凌等的结果, 可能与选择试验对象的年龄差异、老年患者冠状动脉病变更严重有关; 可显著减少 UAP 患者心肌缺血的发生率、缺血总时间及硝酸甘油的用量 ($P < 0.05$); 心血管事件发生率较对照组明显降低 ($P = 0.003$), 无严重出血, 用药前后血小板计数及 APTT 等指标均无明显变化, 6 例出现上腹部不适、反酸, 考虑与服用阿司匹林有关, 经调整剂量、加用胃粘膜保护药物好转。治疗组 51 例受试者均能耐受联合用药, 无脱失, 且疗效确切, 尤其减少近期急性冠脉事件的发生更为有效, 副作用少, 安全方便, 不需实验室监测。因此, 老年 UAP 患者在不禁忌的情况下应首选低分子肝素与阿司匹林联合治疗。但因我们观察时间较短、例数有限, 故长期疗效及安全性还有待进一步观察。

老年高血压与心血管疾病的关系

新疆乌鲁木齐煤矿总医院内 2 科

张菊霞 830091

1、大动脉僵硬与心血管疾病

(1) 大动脉僵硬与高血压: 成年人 30~80 岁随着年龄的增加, 平均收缩压呈线性持续升高; 而平均舒张压 50 岁以后开始下降。外周阻力增加启动了原发性高血压, 随着年龄的增长, 动脉中层弹力纤维, 胶原含量及钙质沉着增多, 血管硬度增加, 弹性下降, 血管顺应性降低, 进一步促进了收缩压升高和脉压增加。虽然

在衰老的过程中都存在着大动脉僵硬, 但不是所有的老年人都存在有高血压, 目前认为这与危险因素 (如缺乏运动的生活方式、盐摄入过多等) 的暴露程度, 尤其是遗传因素有关。如果出现了血压慢性升高, 升高的血压反过来又可使动脉血管壁增厚, 顺应性降低, 僵硬程度增加, 形成恶性循环。

(2) 大动脉僵硬与动脉粥样硬化: 内膜增厚是动脉粥样硬化的强力危险因素, 是发生心血管意外的独立的预测因子。其他危险因素, 如高血压、吸烟、血脂紊乱、糖尿病、饮食及未明确的因素, 与血管老化相互作用, 引起血管内皮损伤, 从而促成了动脉粥样斑块的形成, 因此增加血栓形成、动脉瘤、心肌梗死和卒中的危险。

(3) 大动脉僵硬与高胆固醇血症、糖尿病、心衰和肾衰: 高胆固醇血症伴随动脉顺应性的降低, 血胆固醇水平越高, 血管僵硬程度越严重。1 型和 2 型糖尿病都存在着动脉僵硬、动脉顺应性也广泛降低, 包括大的弹力动脉和中等程度的肌性动脉。同时大动脉僵硬可以造成主动脉阻抗和左心室壁张力增加, 左心室肥厚, 左心室做功需氧量增加, 最终造成射血分值降低。终末肾衰时患者动脉僵硬程度增加。

(4) 大动脉僵硬与心性猝死: 由于大动脉僵硬, 血管壁随血管内压的变形减弱, 动脉壁压力感受器的神经传入冲动减少, 如心脏迷走神经反应减弱, 室颤的阈值降低, 心性猝死危险增加。

2、脉压增大与心血管疾病

(1) 脉压与冠心病: 多因素分析提示脉压差增大是老年人冠心病的重要危险因素。美国 Framingham 研究发现脉压已成为心脑血管事件的主要危险因素。在 EWPHE、Syst-Eur、Syst-China 三个临床实验中, 当收缩压恒定 160mmHg,

舒张压小于 75mmHg 比舒张压大于 95mmHg 者的心血管事件发生率增加 12%。

(2) 脉压与心衰: 校正其他影响因素后, 左室射血分数 < 35% 者, 脉压每增加 10mmHg, 继发致命性心血管意外的危险度增加 5%。长期左心室后负荷增加, 左室肥厚, 心脏收缩和舒张功能障碍, 应激状态下易发生心力衰竭。

(3) 脉压与左室肥厚: 有研究发现, 脉压大于 67mmHg 者与 54~67mmHg 相比, 左室肥厚明显增加, 并认为当脉压大于 67mmHg 时, 为老年人继发心血管意外的强力预测指标。

(4) 脉压与其他损害: 研究发现脉压增大与视网膜血栓危险增加有关, 后者又与卒中死亡危险增加明显相关。

3、动脉僵硬与脉压差增大的治疗

(1) 非药物治疗: 经常的耗氧锻炼可以减缓、部分逆转随年龄而增加的大动脉僵硬, 而高阻力的力量型训练却无此类作用。另外减少钠的摄入, 以及摄入 N-3 脂肪酸都可降低大动脉僵硬度和改善其顺应性, 有助于减少脉压差。

(2) 药物治疗: COMPLIOR 是一项培哚普立治疗高血压的研究, 显示培哚普立能够改善高血压患者大动脉弹性, 这种作用独立于降压之外。资料显示血管紧张素受体拮抗剂具有同等效应。钙离子拮抗剂具有改善动脉僵硬度, 减轻左室肥厚的作用。利尿剂安体舒通等, 可防止主动脉胶原积累, 降低主动脉僵硬度。他丁类降脂药可降低血胆固醇, 改善动脉顺应性及收缩压。硝酸酯类药物能够增加主动脉顺应性, 降低收缩压而不明显降低舒张压, 有助于减少脉压并增加冠脉血流。

结语: 综上所述, 由于大动脉僵硬所致的老年单纯收缩期高血压, 脉压差增加,

发病率高, 有较高的发生心血管事件的危险性。治疗时不仅要关注血压的下降, 同时要考虑心、脑、肾和血管等靶器官的保护。要注意减小脉压, 保护大动脉的弹性, 积极治疗大动脉僵硬。

老年人肺结核 112 例临床与 CT 诊断分析

甘肃省酒泉市人民医院中医老年

保健科 刘守亮

CT 室 毛维轩 735000

老年人肺结核在临床上有相对增加的趋势, 其主要特点是病程迁延, 症状不典型, 容易误诊, 影响治疗及预后。2002 年 6 月至 2004 年 6 月我院共收治疗老年人肺结核为 112 例, 现对其临床及 CT 表现特点分析报道如下, 以提高对该病的认识。

1 资料与方法

(1) 一般资料 本组 112 例, 男 69 例, 女 43 例, 年龄 60—78 岁。全部病例均有 3 次以上胸片检查, 一次以上胸部 CT 检查。6 例行纤维支气管镜检查, 112 例中误诊 41 例, 误诊时间最短 15 天, 最长 4 年。

(2) 临床表现 慢性咳嗽 94 例, 刺激性干咳 10 例, 咳痰 78 例, 不规则发热 34 例, 胸痛 44 例, 咯血 36 例, 呼吸困难 28 例, 乏力、盗汗、消瘦等结核中毒症状 8 例。肺部体征: 患侧呼吸音减弱 50 例, 闻及干湿性罗音 78 例, 管状呼吸音 5 例, 肺部无阳性体征的 5 例。

(3) 辅助检查 实验室检查: 白细胞升高 46 例, 血沉增快 80 例, 贫血 40 例, 痰中抗酸杆菌阳性 32 例, 结核菌素试验强阳性 21 例, 弱阳性 15 例, 一般阳性 15 例, 阴性 9 例, 纤支镜刷检 43 例,

抗酸杆菌阳性 24 例。

(4) 病变部位及 CT 表现: 本组 112 例, 位于上叶 48 例, 下叶 64 例, 右肺 66 例, 左肺 46 例, 双肺 32 例。其中尖段 35 例, 后段 40 例, 背段 26 例, 前内基底段 14 例, 外基底段 23 例, 后基底段 15 例。主要表现: 小点状或小结节状密度增高影 55 例, 小片状密度增高影 60 例, 不规则密度增高影 12 例, 伴有空洞 10 例。

2、结果

(1) 诊断结果 本组 112 例, 临床诊断为肺结核 101 例, 误诊 11 例, CT 诊断为肺结核 95 例, 误诊 17 例。误诊病种主要有肺癌 4 例, 肺炎 10 例, 支气管扩张 2 例, 肺脓肿 1 例, 支气管炎 6 例。

(2) 治疗结果 本组 112 例, 诊断成立后均给予异烟肼+利福平+己胺丁醇+吡嗪酰胺, 强化抗结核治疗方案, 全部病例 1 月内好转, 按短程化疗 6 月后临床治愈。

3、讨论

(1) 老年人肺结核特点: 老年人因身体虚弱, 免疫功能低下, 结核中毒症状不明显, 痰涂片检查阳性率低, 同时多数患者常伴有其它慢性呼吸道疾病, 如慢支炎、肺气肿、肺心病等, 临床诊断往往误诊为肺癌、支气管肺炎、支气管扩张, 掩盖了肺结核的诊断, 导致长期误诊。另一方面, 不明原因的咯血, 伴咳嗽、乏力、发热, 经长期反复多种抗菌药物治疗, 症状得不到纠正, 这时才进行反复痰涂片检查, 虽然明确了诊断, 但后期治疗效果确不十分理想, 这就应引起临床足够重视。

(2) 老年人肺结核 CT 表现: 过去人们认为肺结核主要发生于两肺上叶, 而对下叶的病变常以肺炎作为初始诊断, 本组资料表明, 老年人肺结核发生于下叶的占

57%, 往往表现为片状或条片状阴影, 与肺门间有索条影相连。另一方面老年人肺结核空洞形成的机会较多, 本组占 9%, 这是因为老年人肺结核随着呼吸功能的改变, 免疫功能低下, 不能释放足够的淋巴因子, 导致结核菌局部繁殖释放大量的菌体蛋白, 经支气管排出后形成空洞, 此类病人痰涂片阳性率高, 是主要传染源, 应早期进行严格的隔离治疗。

(3) 老年人肺结核诊断是综合诊断, 痰涂片阴性并不排除肺结核的可能, 这主要与标本的采集时机、采集的量有关, 应综合考虑白细胞是否升高、血沉是否增快、纤支镜涮片有无改变、胸片及 CT 有无阳性发现等。

总之, 对老年人, 当出现慢性咳嗽、咯痰、咯血等症状时, 尤其是抗菌药物治疗无效时, 应及时考虑到肺结核的可能。检查中除胸片、CT 扫描、痰涂片外, 应及早进行纤支镜检查, 以利于早诊断、早治疗。

让情绪定格有益健康

海南三亚亚龙湾金棕榈度假酒店医务室

吴淑霞 572000

据报载研究情绪的专家发现: 任由情绪宣泄做伤害性的处理, 并不能够真正解决问题。反而会在我们脑部的神经里面建立一些不当的情绪模式。这就是说当我们习惯这样的情绪处理方法, 以后我们就更容易发脾气、也更容易冲动。

人生在世, 总会遇到许许多多不尽人意让你生气、着急、不愉快的事。而因情绪激动导致疾病或死亡的例子屡见不鲜。在我熟悉的人当中, 有因孩子同人打架生气脑出血死亡的, 也有在麻将桌上过于激动突发脑出血抢救无效死亡的。笔者自己

60岁过后,也时常在情绪波动时突感头轰地一下剧烈胀痛,担心会发生意外。可见情绪与健康的关系至关重要。

有位同事曾对我说过:他有段时间特爱打孩子,一生气巴掌就上来了,过后又很后悔、很心疼。后来他就下决心忍,忍了一两次就不再打孩子了。这实际上就是“不当情绪模式”形成的例证。而他后来忍了,也就是让自己情绪定格了,问题同样也能解决的。正所谓退一步海阔天空。

为了我们的身心健康,在你怒火中烧时,不妨试试让情绪定格的技巧,也就是说想办法停位在某一个画面上。冷静下来会看得更清楚,找出更好地解决问题的方案,以免惨剧发生。

加强平板运动试验风险预案管理 提升安全效能

武钢总医院干部保健中心

周志敏 430080

✕ 平板运动试验检测是一项复杂的操作过程,也是临床上无创性诊断冠心病最有价值的方法之一,但同其它检查手段一样,也存在意外风险。针对可能引发医疗纠纷、可能出现意外风险我们进行分析,采取风险预案管理手段,努力减少人为因素造成的错误,从2001~2004年使用QUINTON 4500型平板运动试验检测仪,先后为986例老年病人进行检测。为临床诊断与治疗冠心病提供了科学可靠依据,使医疗高风险因素降至最低限度。

资料和方法:患者986例,男性612例,女性374例,年龄最大77岁,采用美国QUINTON 4500型活动平板和监护记录仪,运用标准Bruce方案,1~7级,每级运动3分钟。

结果:阳性177例,可疑阳性238

例,阴性544例,不能评价27例,无1例死亡和发生急性心肌梗塞。

讨论:平板运动试验虽有着较好地安全记录,但检测中也存在不安全因素和医疗风险,可发生一系列并发症,有报导大约每检查2500例可能有1例发生急性心肌梗塞或死亡,省级医院就出现过病人猝死事件,故应对此严格进行风险预案管理,加强安全操纵和预计事件的处置。负责检查的医师应技术熟练和备好抢救设备,对受检查的患者病情和用药情况应很好地了解,运动试验前须仔细询问病史及进行体格检查,运动时密切监测患者心电图、动脉压及症状,可减低运动试验时严重并发症发生。

还需注意:在为任何急性或近期变化而运动试验前,应先检查标准的12导联心电图,以发现有无运动试验的禁忌症;试验中出现运动负荷进行性增加而心率或血压反而减慢或下降、室性心动过速或进行性传导阻滞、出现眩晕视力模糊、面色苍白或发绀、典型心绞痛或心电图ST段缺血性下移 $\geq 2\text{mv}$ 。必须终止试验!一般病人运动至亚极量水平,其目标心率为极量运动的90%即应停止试验,即使病人要求多跑一会也应该停止,我们不能因为只考虑其阳性率高低而忽视病人安全,规范操作十分重要本组病例中12例运动中出现头昏、黑蒙、大汗、面色苍白、血压下降;5例在运动停止后恢复期出现头晕、呕吐、面色苍白、1例发生室性心动过速;22例出现典型心绞痛;上述情况均在休息、吸氧或舌下含服硝酸甘油5~10mg后逐渐缓解,正是由于风险预案管理和诸多措施发挥了作用,避免了相关的并发症,保障了病人的安全。

判断平板运动试验阳性标准时,应特别注意不能将心电图运动试验阳性与冠心

病的诊断混为一谈，在流行病学调查中或一贯无胸痛症状而仅仅心电图试验阳性，其意义仅同于冠心病的一个易患因子，不能作为诊断冠心病的依据，心电图运动试验假阳性者为数不少；另一方面运动心电图阴性者不能排除冠心病，应该结合临床其他资料进行综合判断。

由于加强了风险预案管理，对每个过程、环节安全操纵，提升了安全效能，未发生危及生命的并发症，其效果得到了有关权威人士的认可。

干部保健科护士的社区职责

北京积水潭医院干部保健科

崔晶晶 100035

由于科学在不断地发展，我们国家的改革开放，人民生活水平在不断地提高，大众的医疗保健意识也随之增强，所以干部保健科护士的工作从医院渗透到社区，承担部分社区护士的职责是很有必要的，也是大势所趋的。社区中护士的角色是什么？她们应尽什么样的职责？结合社区护士的角色来看干部保健科护士的职责：

1、社区护士首要的角色是照顾者。

2、在教育者的角色中，护士经常组织健康宣教小课堂，不仅要把知识与技术交给病人或家庭，还要深入到整个社区。

3、在咨询方面，护士首先要了解询问者要解决的问题，再做进一步的分析，最终寻找到解决问题的方法。

4、协调：是指把各种服务综合组织起来以取得最有效的结果。

5、合作：是指双方或多方共同决定某项活动或工作并予以执行。

6、在社区中，护士是观察者，也是研究者。相信通过大家的努力，不仅干部保健科的护士应从院内走向院外，走向社区，

面向社会，就是普遍科室的护理工作也应迈出这一步。到那时，我们全民的健康水平定会有大幅度地提高，全民身体素质会大大地提高，我们的国家也会更强大，民强国富。

2 型糖尿病心血管并发症 分子机制研究进展

北京大学航天临床医学院内科

李俊 100039

近年来研究表明，心血管并发症是 2 型糖尿病的主要致死和致残原因，多种因素在糖尿病心血管病变发生中起重要作用，本文就其分子机制的研究进展方面作一综述。

1、遗传学因素

(1) 基因多态性：Carter 等研究认为， β 纤维蛋白原基因第 455 位密码子 G/A 多态性与 2 型糖尿病冠状动脉性疾病有关。Rigoli 等指出，载脂蛋白 A1-C[II-A] 簇限制性片段长度的多态性可调节血浆脂蛋白的类型，在 2 型糖尿病冠心病的发生发展中起重要作用。Reinsch[406PS]研究阐明，G-蛋白 $\beta 3$ 亚基的 C825T 基因多态性可能在 2 型糖尿病合并心梗的遗传易感性中起作用。国内研究 (411ps) 发现，磷脂酰肌醇 3 激酶 (PI-3K) 基因表达水平在 2 型糖尿病是降低的，而且与冠心病有关。

(2) 基因突变：Brulhart 等认为甲基四氢叶酸还原酶 677 位密码子错义突变 (Ala 变为 Val) 是导致 2 型糖尿病血管病变的危险因子。线粒体 tRNA(leu) (UUR) 基因突变，被认为是糖尿病和糖尿病性血管病变的共同发病机制。

2、内皮细胞功能障碍

内皮细胞功能障碍主要表现为血管舒

张功能受损,拮抗血栓形成和抑制平滑肌细胞增殖的作用减低,从而导致动脉粥样硬化的形成。糖尿病患者普遍存在脂质代谢紊乱,Kawakami 采用流体式血细胞计数分析糖尿病患者残粒脂蛋白(RLP)处理后的 U937 单核细胞中整合素的表达,结果 CD49d 表达水平明显升高,U937 单核细胞中丝状肌动蛋白含量及其溶胞产物膜组分中 RhoA 蛋白也明显增多,这说明糖尿病患者残粒脂蛋白可诱导单核细胞与血管内皮细胞的黏附作用。

3、免疫复合物的形成

脂蛋白糖基化后发生结构改变,产生免疫原性,严重糖基化时,血管壁上的 LDL 作为潜在的抗原可形成原位免疫复合物。Salonen 等发现氧化的 LDL 自身抗体滴度与颈动脉粥样硬化形成速率呈正相关,在冠心病患者中同时发现了脂蛋白自身抗体和包含脂蛋白的免疫复合物;Terto 等用 2.5%聚乙二醇 PEG6000 清除免疫复合物后,被清除过的血浆对相同的细胞不能产生脂质沉积,这说明包含 LDL 的免疫复合物能加速动脉粥样硬化。

4、脂质代谢异常

研究发现,大鼠发生糖尿病心肌病变后,其血浆中胆固醇的氧化衍生物 oxysterol 水平升高,提示 oxysterol 有助于糖尿病心肌病变的发生;高糖状态下,HDL、LDL 脂蛋白发生糖基化,对成纤维细胞的亲和力下降,使 HDL 清除胆固醇的能力下降,并可引起血小板聚集增加,诱导巨噬细胞转变为泡沫细胞,加速动脉粥样硬化。

5、蛋白激酶 C (PKC) 的激活

高糖状态下,二酯酰甘油(DAG)合成增加,通过激活 PKC 继而激活细胞内一些转录因子(C-fos, C-jun),启动和增强细胞外基质信使核糖核酸的转录水平,

使细胞外基质的合成增加;PKC 能刺激血管内皮细胞 Von Willebrand 因子的生成,增加血浆或组织中纤溶酶原活化物抑制剂(PAI-1)的含量和活性,从而促进糖尿病性血管病变的高凝、低纤溶、高血黏度的形成,有利于血栓形成及持续存在。

6、血管平滑肌细胞(VSMC)功能异常

VSMC 是动脉粥样硬化(AS)粥样斑块中最主要的成分,处于合成状态,具有分裂和增殖的能力,并可以迁移至内膜下进行增生,VSMC 的迁移和增殖是 AS 发展的重要事件。

7、血小板功能受损

糖尿病时存在钙平衡紊乱,使血小板的形态改变、异常分泌及血栓素形成;糖尿病也增加介导 Von WF 因子结合的糖蛋白(GP) -Ib 及介导与血小板纤维蛋白相互作用的 GPIIb/IIIa 的表达,结果是血栓形成增加。

对 2 型糖尿病心血管并发症分子机制的探讨旨在为糖尿病血管病变的防治开辟新的领域,我们期待更深入、更全面的研究。

中药心复康与心宝治疗缓慢性心律失常的临床对比研究

安徽中医学院第一附属医院 程晓昱

胡业彬 王怀美 姚淮芳 汪健

张叶祥 230031

中国中医研究院基础研究所

张皖东 100700

缓慢性心律失常是临床上常见且治疗又较棘手的病症,我们从 1998 年 9 月~2004 年 9 月采用自拟心复康汤剂治疗 40 例,并与 35 例中药对照组心宝进行对照研究,取得了满意疗效,现总结如下: