DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.03.023

伍时应当引入心理测试项目,对有明显心理障碍趋向的人员进行筛除。

参考文献:

[1] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册(增订本)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999. 31-35.
[2] 龚耀先. 修订艾森克个性问卷手册[M]. 长沙: 湖南医学院出版社, 1983. 2-31.
[3] 金 华. 中国正常人SCL-90评定结果的初步分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1986, 12(5): 260-263.
[4] 王焕林, 孙 剑, 余海鹰, 等. 我国军人症状自评量表常模的建立及其结果分析[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(1): 38-40.
[5] Tekbas O F, Ceylan S, Hamzaoglu O, *et al*. An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey [J]. Psychiatry Res, 2003, 119(1-2): 155-162.
[6] Vasterling J J, Brailey K, Tomlin H, *et al*. Olfactory functioning in Gulf War-era veterans: relationships to war-zone duty, self-reported hazards exposures, and psychological[J]. J Int Neuropsychol Soc, 2003, 9(3): 407-418.
[7] Stephens M B. Behavioral risks associated with tattooing[J]. Fam Med, 2003, 35(1): 52-54.
[8] David A S, Farrin L, Hull L, *et al*. Cognitive functioning and disturbances of mood in UK veterans of the Persian Gulf War: a comparative study[J]. Psychol Med, 2002, 32(8): 1357-1370.
[9] Ismail K, Kent K, Brugha T, *et al*. The mental health of UK Gulf war veterans: phase 2 of a two phase cohort study[J]. BMJ, 2002, 325(7364): 576.
[10] 何英强, 杨贵平, 李权超, 等. 新兵心理健康及其相关因素的研究[J]. 解放军预防医学杂志, 2001, 19(5): 339-342.

(编辑 薛国文)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2004)03-0248-01

烧伤留观病房诊疗流程探索

Exploration of diagnosis flowchart for burn patients in observation ward

黄贤慧, 肖 康菊, 刘海霞 (第三军医大学西南医院全军烧伤研究所, 创伤烧伤复合伤国家重点实验室, 重庆 400038)

以往烧伤病人因经费问题,大多在急诊科进行留观治疗,急诊科有各种须紧急处理的危重病人致烧伤病人得不到最佳处理,休克期难以平稳度过,以后的治疗增加了难度。鉴于此,我科于1999年起将急诊留观的烧伤病人转至病房留观,取得了满意的社会效益及经济效益。

1 资料与方法

1.1 留观对象

需住院治疗而住院经费一时难以筹齐者;门诊小手术需观察者;病情需要进行静脉用药或病情观察者。

1.2 人员及床位设置

留观床位设在二楼环形病房外,与烧伤门诊紧邻,并与住院病人(轻病人)截然分开,共设留观病房3间,留观床位9张。护理人员的安排,该病区较其它轻病区多1~2名护士,忙时可随时抽调其他病区的护士帮忙。

1.3 留观工作程序

1.3.1 接诊病人 由烧伤门诊医生接诊后转至烧伤病区,再由病房急诊医生接诊(我所病房每天值一线班医生有2名),或直接由病房急诊医生接诊,必要时住院总接诊书写留观病历,在医嘱本上下达留观医嘱。

1.3.2 诊疗程序 在留观室直接办理留观手续后,护理人员为其书写床头牌及诊断牌,测体重,脉搏、呼吸、血压、询问病情进行留观介绍。按医嘱实施治疗护理计划。按级别护理要求巡视病人,依病情变化及时调整治疗方案,详细记录病情变化过程。书写交班报告,按时完成各种治疗。医生则第2天早晨交与当日值急诊班医生,科主任查看病情及治疗方案,给予指导。

2 留观病房的管理

留观病房设施要求:每个病房安置3张床、3个床头柜,并设置有中心吸氧、中心吸痰、输液滑轨、监护仪装置,减轻了护士的工作量。

费用的收取:建立登记账本,内设详细的收费目录,如皮试、肌内注射、输液等,各种药物按每次用后实价费用登记,每8小时登记1次费用。

健康教育的实施:为注重病人身心整体护理促进疾病与身心统一性,我科在病人留观后护士主动向留观病人及家属进行健康教育。其内容包括烧伤的急救、烧伤病程宣教(特别是休克期)及烧伤饮食宣教等。

(下转253页)

作者简介: 黄贤慧(1964-),女,四川省成都市人,主管护师,主要从事烧伤临床护理方面的研究。电话: (023)68754679
收稿日期: 2003-03-26; 修回日期: 2003-06-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

细胞凋亡不仅参与正常创伤愈合的组织重建而且与增生性瘢痕的形成、消退密切相关, 调控细胞凋亡可能是增生性瘢痕防治的一条新途径。Ladin 等[6] 在病理性瘢痕组织及其培养成纤维细胞中, p53、bcl-2 和原癌基因 c-myc 蛋白的表达增强, 并伴有细胞凋亡率的降低; 杨银辉等[7] 报道, 在 8 例生性瘢痕组织中, B cell lymphoma/leukemia-2(bcl-2)表达的阳性率为 100%, bcl-2 associated protein(bax)、原癌基因 c-myc 在增生性瘢痕组织及其培养成纤维细胞中亦有表达。这些研究结果为从分子水平调控细胞凋亡, 并以此来治疗增生性瘢痕提供了线索; Desmoulier 等[8] 报道, c-myc 通过增强野生型中 p53(wtp53)的表达来诱导成纤维细胞凋亡, c-myc 在大鼠动脉血管平滑肌细胞中表达能诱导连续的细胞增殖或凋亡。Evan 等[9] 研究表明, c-myc 蛋白诱导无血清培养成纤维细胞的凋亡; 抑癌蛋白 p53 是细胞 DNA 损伤的感受器和细胞内凋亡信号的传递者。动物实验表明, wtP53 过度表达将导致撒离血清鼠成纤维细胞的大量凋亡, p53 通过转录依赖性和非依赖性二种机制来诱导细胞凋亡, 机制的采用取决于细胞类型和凋亡刺激种类。这些结果表明原癌与抑癌基因参与了增生性瘢痕的形成与发展。

原癌基因 *C-mer* 是 1994 年发现的一种新基因, 属于胺酸激酶 AXI 超家族, 在 T 与 B 淋巴细胞中有一定的阳性表达, 而淋巴瘤或淋巴肿大时表达明显增强, 与增生性病变关系密切。在体外培养的 T、B 细胞株少有表达, 但肿瘤的 T、B 细胞株均有大量的阳性产物。本实验显示, 增生挛缩的瘢痕组织细胞中原癌基因 *C-mer* 的表达信号强、分布广, 与瘢痕的形成与发展过程基本相同, 并且在体外培养的瘢痕成纤维细胞爬片中阳性率百分比也很高, 而非增生性瘢痕它的表达很快降到低水平, 正常皮肤中则难以看到, 结合原癌基因 *C-mer* 的功能特点, 该基因的高表达在瘢痕增生与收缩中可能起到重要作用。

参考文献:

[1] Waki E Y. Effects of phamacologic agents on human keloids implanted in athymic mice[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1999, 117(3): 1177—1189.

[2] Eisen M B, Brown P O. DNA array for analysis of gene expression[J]. Methods Enzymol, 1999, 302(1): 179—192.

[3] Mchugh A A, Fowlkes B J, Maevsky E I, *et al*. Biomechanical alterations in normal skin and hypertrophic scar after thermal injury[J]. J Burn Care Rehabil, 1997, 18(3): 104—108.

[4] Kischer C W, Pindur J, Shetlar M R, *et al*. Impants of hypertrophic scars and keloids into the nude (athymic) mouse: viability and morphology[J]. J Trauma, 1989, 29(5): 672—677.

[5] Castagnoli C, Stella M, Berthod C, *et al*. TNF production and hypertrophic scaring[J]. Cell Immunol, 1993, 147(1): 51—59.

[6] Ladin D A, Hou Z, Patel D, *et al*. p53 and apoptosis alterations in keloids and keloid fibroblasts[J]. Wound Repair Regen, 1998, 6(1): 28—37.

[7] 杨银辉, 付小兵, 李金岳, 等. Bcl-2 在增生性瘢痕和溃疡中的表达特征与意义[J]. 中华实验外科杂志, 1999, 16(4): 302—304.

[8] Desmeuliere A, Redard M, Darby L, *et al*. Apoptosis mediates the decrease in cellularity during the transition between granulation tissue and scar [J]. Am J Pathol, 1995, 146(1): 56—62.

[9] Evan G I, Wyllie A H, Gibert C S, *et al*. Induction of apoptosis in fibroblasts by c-mycprotein[J]. Cell, 1992, 69(1): 119—130.

(编辑　张　宁)

(上接 248 页)

加强烧伤留观病房的感染预防: 文献[1] 显示, 由于留观病房陪护、家属人员流动过大, 病室的空气含菌量明显高于监护室和治疗室, 为预防烧伤感染, 采取 3 以下针对性的控制措施。①通风早晚各 1 次, 每次 30 min。②夜间紫外线消毒 1 次, 每次 30~60 min。③控制陪伴数。每床留观病人的陪伴控制在 2 人以内。④含氯制剂拖地早晚各 1 次。⑤终末处理: 病人出院后病房行空气熏蒸消毒。

后勤保障: 留观病人因病情重、变化快, 取药、血浆、做各项化验检查较多, 为保障此项措施能尽快得到落实, 我们采用由护理保障中心统一拿取, 获得了满意的效果。

合理排班: 烧伤病人早期病情变化快, 工作量大, 在正常排班的情况下, 需临时增加 5:00~8:00, 19:00~23:00 的加强班, 既缓解值班护士的工作压力, 又便于各种治疗护理措施的落实。

特殊病人的处理: 需急诊手术的病人, 不由急诊医生经管, 而是按照病人救治轮转表上安排进行, 这样既解决了手术需要人员多, 又保证了病人病情观察及治疗方案的连续性。

制定烧伤早期救治流程: 收治大面积烧伤病人, 我科护士均按以下流程: 卫生整顿→测体重→抽血(合血、血常规、血生化检查)输液→吸氧、心电监护→皮试(青霉素、破伤风)→测体温→导尿→测血压、脉搏、呼吸、取体温表。用物准备除心电监护外均放在同一治疗车上推入病房。

开展留观病房 3 年, 共收治留观烧伤病人 452 例, 大面积烧伤 45 例, 急诊手术 10 例, 留观 1~3 d 收住院 389 例, 占 86%。年收容量增长率为 219%, 取得了较好的社会效益和经济效益, 值得推广。

关键词: 烧伤留观; 管理
中图法分类号: R473.6　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 黄先勇. 急诊环境与留观患者医院感染发生率的关系[J]. 中华感染学杂志, 2002, 12(2): 129—130.

(编辑　薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net