

1.3.3 扫描 用高分辨率扫描仪透射扫描薄膜^[4],分别对血清中清蛋白(ALB)及 α_1 、 α_2 、 β 、 γ 球蛋白 5 种成分进行扫描分析。扫描条件为 500 dpi,保存为 RBG 模式 tiff 文件。

1.3.4 应用 Adobe photoshop 软件,将每个图像分 10×100 个区间,并用 Image Tool 图像分析软件分析信息参数分别记录各区间的 C、N、Y、K、 Σ 、R、L、a、b 等图像色谱参数数据,将上述参数导入 Excel 电子表格中,运用 Excel 的引入函数,插入图表,识别低段等功能,可以画出蛋白质组分分布曲线,百分含量。

1.4 方法学评价 采用配对数据 *t* 检验,以陆军总医院 Sebia 全自动蛋白电泳分析仪为参照,分别比较扫描法和常规法与 Sebia 蛋白电泳仪检测结果之间的差异,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

扫描法和常规法与 Sebia 蛋白电泳仪检测结果之间的差异分别见表 1、2。实验结果表明,扫描分析测定法与 Sebia 蛋白电泳仪检测结果不存在差异,以 Sebia 全自动蛋白电泳仪检测结果为参照,扫描分析测定法在方法学上,可以接受,各项 *t* 值均小于常规法,而且在操作上省去了剪切、洗脱、比色等烦琐工夫,避免因此而带来的误差。

表 1 Sebia 蛋白电泳仪检测法与扫描检测法测定结果比较					
蛋白	<i>n</i>	Sebia 蛋白电泳仪 检测($\bar{x}\pm s$,%)	扫描测定法 ($\bar{x}\pm s$,%)	<i>t</i> 1	<i>P</i>
ALb	30	63.75±4.18	62.75±5.18	1.18	>0.05
α_1	30	2.42±1.73	2.18±1.73	0.85	>0.05
α_2	30	6.11±1.82	6.61±1.82	0.91	>0.05
β	30	10.08±2.14	11.08±3.08	1.35	>0.05
γ	30	14.14±4.32	16.14±5.23	1.44	>0.05

表 2 Sebia 蛋白电泳仪检测法与常规检测法测定结果比较					
蛋白	<i>n</i>	Sebia 蛋白电泳仪 分析结果($\bar{x}\pm s$)	常规法 ($\bar{x}\pm s$)	<i>t</i> 2	<i>P</i>
ALb	30	63.75±4.18	61.19±5.10	1.59	>0.05
α_1	30	2.42±1.73	2.25±1.99	0.96	>0.05
α_2	30	6.11±1.82	6.38±1.30	0.99	>0.05
β	30	10.08±2.14	8.10±1.74	1.26	>0.05
γ	30	14.14±4.32	15.08±5.62	1.34	>0.05

3 讨 论

3.1 本实验方法在电泳的前期操作与改良的常规方法一

样^[5],后期的检测法是根据电泳图谱的色深(吸光度值)直接反映了该区带蛋白质的含量,透明胶片的色深与数字化图谱的 RBG 信息参数呈反相关,与油墨量 Σ 和 L(灰度)呈正比(用油墨量 Σ 为参数的分析结果与 Sebia 结果最为符合)。由于蛋白分析是测其相对含量,通过分析其色谱参数可计算出蛋白各组分的相对含量百分比。采用了计算机 Adobe photoshop 应用软件和 Image Tool 图像分析软件(试用版)以及 Excel 电子表格统计软件分析系统,但现在几种软件中的综合使用会带来工作量的增加,分析时间较长,离实际应用还有一段距离,这要求检验人员必须与软件专业人员一起自行研究编写一种应用。软件该软件能直接将图像色谱信息参数记录下来,并用相应的计算分析软件(可以是 Excel,也可以是其他数据分析软件)分析图像色谱参数,从而计算出蛋白质各组分的百分含量,真正做到图像处理、分析、计算一体,其经济效益和社会效益是非常有前景的。

3.2 蛋白电泳的分离效果直接影响到分析结果的准确性和稳定性,因此往后研究工作的重点在提高电泳的分离质量^[6]。总结起来,主要有如下几方面:(1)是电泳支持物的选择上,可以比较琼脂糖凝胶与醋酸纤维膜的分离效果和稳定性。(2)是加样的方法上可以借鉴全自动蛋白电泳仪的加样装置,选择质地均匀、吸水性能好、蛋白质电渗作用小的滤纸,当然还要考虑硬度和厚度等因素,可制成一排多个标本的加样器。(3)是可购买较高配置的电泳仪,使电泳电流、电压稳定,增大可调电压范围。

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三.全国临床检验操作规程[M].南京:东南大学出版社,1997:163.
[2] 廖朗,李福平.电泳分析技术及其临床应用的某些进展[J].现代科学仪器,2001(2):60-62.
[3] 钟兰,何芳,史林杰.血清蛋白电泳分析及实验诊断分型[J].中国热带医学,2007,7(11):2102-2104.
[4] 万唐,章敏,龚金莲,等.血清蛋白电泳对多发性骨髓瘤诊断的临床应用[J].中国卫生检验杂志,2007,17(10):1825-1826.
[5] 王彩云,杨敬芳,田亚平. SEBIA 电泳仪及其配套试剂测定血清蛋白电泳的方法学评价[J].现代检验医学杂志,2003,18(2):6-7.
[6] 崔群.醋酸纤维素薄膜血清蛋白电泳透明技巧[J].实验室研究与探索,2003,22(4):103.

(收稿日期:2012-02-27)

417 例白内障出院患者电话回访的做法与效果

李凤兰,戴信秀(重庆市第七人民医院眼耳鼻喉科 400054)

【关键词】 白内障; 电话回访; 健康教育
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)20-2655-02

健康教育是推行优质护理服务的一个重要组成部分,健康教育形式多元化,其中电话回访就是一种较好的健康教育方

式。电话回访是利用信息化工具,在护士与家庭以及家庭成员之间建立有目的的互动,以促进和维护患者的健康,是一种医

院走向社会且可以节省人力资源的延伸访视形式^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 8~10 月本科收治的白内障患者 417 例,男 179 例,女 238 例,年龄 52~91 岁,平均 71.2 岁;城镇 160 例,农村 257 例。其中年龄相关性白内障 401 例,外伤性白内障 16 例。

1.2 实施方法

1.2.1 建立白内障患者电话回访登记本。将出院白内障患者的姓名、地址、联系电话、术前、术后视力情况等做详细记录,由责任护士负责完成。

1.2.2 电话回访的时间和回访内容。出院后 2 周、1 个月、3 个月进行回访。电话回访首先由 2 位责任组长主动询问病情,了解患者健康状况,根据患者具体情况针对性地向患者进行白内障复明知识、饮食、营养和活动等健康教育。同时对患者咨询的问题给予耐心解答,不能解决的问题负责联系主管医师或预约患者来院复诊;同时征求患者及家属意见和建议,最后将回访情况做详细记录。

2 结 果

通过电话回访延伸服务到患者家中,指导患者解决回家后遇到的新问题。本科责任组长在做回访时,发现 2 例患者出现有视物变形的症状,1 例患者出现畏光、流泪和卡痛,通知患者及时来院检查,确诊为植入晶体移位及缝线反应,主管医师立即做相应的处理。同时,电话回访提高患者的遵医行为,能注意用眼卫生和坚持按时滴眼药,确保术后视力恢复达到期望值,提高了生活质量,使护患关系更为和谐,提高了患者对医院的满意度。

3 讨 论

3.1 电话回访可以提高患者的满意度 随着医疗改革的进一

步深化,医疗服务市场的竞争日益激烈,患者的满意度越来越受到医疗服务机构和管理者的高度重视。通过电话回访增加了护患语言交流的机会,在交流中求得理解,取得信任,密切了护患关系^[2]。同时也提升了护理人员在患者心中的地位与形象,使患者对医院满意度显著提高,从而不断拓展医疗市场,通过出院患者的主动宣传使更多的患者来院就诊。

3.2 提高护士理论水平 护士进行电话回访,不仅要有高度的责任心和良好的医德修养,还必须掌握丰富的专科、护理学、心理学、营养学健康教育等知识和良好的沟通能力。在回访过程中,护士增强了学习意识,能够主动学习各方面的知识,不断完善自己,提高了给患者解决实际问题的能力,确保了电话回访的效果。

3.3 为白内障复明工程提供重要的护理服务 对城乡人群白内障手术患者定期进行电话回访,更好地促进白内障复明工程的快速发展。今后,仍然应将白内障的防治工作作为工作的重点,将深入开展防盲治盲工作作为自己的社会责任^[3],以本市成功创建“全国白内障无障碍城市”为契机,进一步增强紧迫感和责任感,全面推进白内障服务工作。

参考文献

[1] 曾惠敏. 电话回访式健康教育在骨科出院患者的应用与体会[J]. 中国医学创新, 2009, 6(27): 118-119.
[2] 贺进英, 王延安, 王云鹏. 对出院患者进行回访的做法与效果[J]. 护理管理杂志, 2006, 5(6): 58.
[3] 赵家良. 深入开展防盲治盲是我国眼科医师的社会责任[J]. 中华眼科杂志, 2005, 41(1): 3-5.

(收稿日期: 2012-02-24)

(上接第 2649 页)

为双耳聋)。男 34 例,女 36 例;年龄 16~70 岁,平均 43 岁;病程 1 d 至 1 年。患者主诉突然发生耳聋,少数患者伴有不同程度的耳鸣及眩晕。电测听显示,每例患者均有不同程度的听力损失。

1.2 治疗方法 高压氧治疗采用密闭式多人加压舱,治疗压力 0.2 mpa,吸氧时间每次 30 min,2 次,中间休息 10 min,每日治疗 1 次,10 次为 1 疗程,本组每人治疗为 1~2 个疗程,平均治疗 15 次。在高压氧治疗同时,予以静脉滴注血管扩张剂、抗凝、降低血黏度、补充 B 族维生素及营养神经等药物。疗程 15 d。

1.3 疗效判定标准 治愈:0.25~4 kHz 各频率听阈恢复正常或达健耳水平,或达此次患病前水平,耳鸣减轻或消失;有效:上述频率平均听力提高 15 dB 以上,症状好转;无效:上述频率平均听力提高不足 15 dB,症状未改善。

2 结 果

高压氧治疗突发性耳聋疗效与病程的关系见表 1。从表 1 可见,病程越短,治愈率或总有效率越高,疗效越好。

表 1 病程与疗效观察[n(%)]

病程(d)	耳数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
1~7	22	13(59.1)	7(31.8)	2(9.1)	90.9
8~14	18	5(27.8)	10(55.6)	3(16.7)	83.3
15~30	16	2(12.5)	9(62.5)	5(31.2)	68.8
31~90	15	1(6.7)	6(40.0)	8(53.3)	46.7
91~365	9	0(0.0)	3(33.3)	6(66.7)	33.3

3 讨 论

突发性耳聋的病因不明,可能由于病毒感染、内耳血管痉挛或血栓形成,使毛细胞、盖膜及基底膜缺血缺氧所致。高压氧治疗可提高毛细血管内血氧弥散半径,增加内耳内、外淋巴液中氧分压,使螺旋器内、外毛细胞和壶腹嵴、囊斑的毛细胞获得充足的氧气,改善微循环,纠正缺氧状态,使其功能恢复,防止耳蜗听觉器官的毛细胞变性和坏死^[1-2]。同时,在抗凝、扩血管及能量合剂等药物的配合下,提高了疗效。本文分析表明,随着病程的延长,其治愈率及总有效率均有明显下降。病程超过 90 d 的病耳,没有一只治愈;发病半年后的病耳,大多数无效。因此,突发性耳聋患者因尽早治疗,治疗越早,疗效越好。不要耽误治疗时机,否则会影响疗效,给自己生活、工作和学习带来不便。

参考文献

[1] 杨益. 高压氧治疗基础与临床[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2005: 213-215.
[2] 吴钟琪, 高春锦, 张绪中. 中国高压氧医学论文集[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 2003: 410-421.

(收稿日期: 2012-03-26)