

范围的统计方法为:分别计算出每个样本的各类白细胞的绝对值,然后再对结果进行统计分析,得出参考范围<sup>[1-4]</sup>。该方法是对单一项目进行直接统计分析的,为了与过去的计算统计法区别,暂称直接统计法。与过去的计算统计法相比,直接统计法有一定的先进性。虽然绝对值是由白细胞乘上百分比计算得出,但是绝对值参考范围由两者参考范围相乘得出的做法却值得探讨。

以淋巴细胞为例:根据临床经验,LY%和 WBC 两者之间有一定的关联,两者的变化常常不同步,甚至变化方向相反。比如,在某些病毒感染过程中,LY%升高,而 WBC 常常没有同步升高,甚至降低;在一般细菌感染过程中,LY%降低,WBC 反而升高。在这两个例子当中,作者发现由于 LY%和 WBC 的变化方向有时会相反,从而使 WBC×LY%(即 LY#)的波动范围缩小。由此推论 LY#参考范围的上限,应该比由 WBC 和 LY%两者参考范围的上限相乘要低一点,而 LY#参考范围的下限应该比由 WBC 和 LY%两者参考范围的下限相乘要高一点。

那么是否可以用计算统计法近似代替直接统计法呢?现在用仪器法检测的数据来证明计算统计法不能代替项目直接统计法。任意选取某一地区的成人静脉血细胞参考范围调查数据进行验证。例如,福州市男性的调查数据中 WBC 参考范围为 3.6~10.2,LY%参考范围为 19.2%~50.2%,LY#参考范围为 1.09~3.59<sup>[1]</sup>。如果用传统的计算统计法,即用 WBC 和 LY%两者参考范围相乘,那么得出的 LY#参考范围则为 0.69~5.12;如果用现在的直接统计法,得出的 LY#参考范围则为 1.09~3.59。两者比较,后者范围明显小于用前者,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。笔者调用文献<sup>[2-4]</sup>进行上述验算(表 4),也是同样的结果。所以计算统计法得出的参考范围和直接统计法相比,差异明显,不能代替直接统计法,白细胞分类计数的绝对值参考范围需要重新调查统计。

《全国临床检验操作规程》(第 3 版)规定,当一个项目要用新方法检测时,如果新方法和旧方法获得的结果是可比较的,旧方法的参考区间也可以用于新的方法。如果根据厂家声明执行新的方法,实验室甚至可以使用厂家发表的参考区间。然而美国 CLIA'88 要求实验室验证厂家的参考区间是否适合实验室患者的群体<sup>[5]</sup>。基于中国的国情和一些基层医院根本没有条件去验证,所以目前绝大多数医院白细胞分类计数的参

考范围都是直接引用《全国临床检验操作规程》(第 3 版)。

根据 ICSH 的规定,WBC 的参考方法是采用电阻抗原理的半自动单通道血细胞计数仪进行检测,白细胞分类计数的参考方法是手工分类法<sup>[5]</sup>。所以调查统计白细胞分类计数参考范围所使用的检测方法,应该首选仪器法和手工分类法联合。如果单独使用仪器法,由于不同仪器对细胞的识别能力有差异,那么白细胞分类计数的结果就很难统一和溯源。

社会在不断进步,科学也在不断推陈出新,很多过去认为比较先进的、科学的事物,现在看来可能带有一定局限性了。作者在此建议有能力的机构或者医院,组织一次大规模的白细胞分类计数参考范围的调查,为临床提供尽可能准确的项目参考范围。

## 参考文献

- [1] 周欢,蔡鹏威,窦敏.福州市健康体检人群静脉血血细胞 22 项参数参考值调查[J].检验医学与临床,2009,6(22):1904-1907.
- [2] 崔永哲,谢明春,高广智.辽阳市宏伟区成人静脉血血细胞 22 项参数参考值调查[J].中国误诊学杂志,2008,8(22):5540-5541.
- [3] 林应标,郭满容,欧阳育琪,等.郴州地区健康成人静脉血血细胞分析参考范围调查[J].实用预防医学,2010,17(2):235-237.
- [4] 王波,李君安,熊元,等.南充地区健康成人静脉血血细胞参考范围调查[J].国际检验医学杂志,2007,28(11):980-982.
- [5] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006.
- [6] 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,1991:6.
- [7] 叶应妩,王毓三.全国临床检验操作规程[M].2 版.南京:东南大学出版社,1997:613.
- [8] 王凤计,王鸿利.血液细胞基础学[M].贵阳:贵州科技出版社,2005:47.

(收稿日期:2013-03-10 修回日期:2013-05-26)

## 高危患者的高效护理及安全保障

梁光红(重庆市巴南区人民医院 401320)

【关键词】 高危患者; 优质护理; 人性化管理; 护理系统

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2922-03

当前随着患者对于护理服务要求的提高,高危患者护理这方面的问题尤其被社会各阶层的人们所关注。高危患者由于其社会、生理、心理及病情的特殊性,在护理过程中需要严格把握护理流程以及护理质量。当前的护理已不再以辅助治疗为主,已经渐渐产生了本身的独特性质,是多种护理文化融合的产物。本文在以人为中心的同时,对影响患者康复的多种原因进行深入的分析,进而形成完整的护理体系。

### 1 加强高危患者护理意识

1.1 将人性化管理意识融入日常护理工作 随着医护工作的

各项规章制度不断完善,社会对于医疗工作者的要求也越来越严格,在这种重压之下,人性化管理能够为每一个护理人员提供良好的工作环境<sup>[1]</sup>,培养健康的工作态度,让护理人员认真的完成医院交给任务,同时能够充分发挥其个人在护理方面的能力,提高护理质量以及高危患者满意度。由于高危患者存在影响健康的高危因素多、发病突然、心理压力、护理困难、病情严重等特点,在护理过程尤其需要护理工作者的时刻的关怀以及细心的照顾,体现以人为本的思想,从高危患者的角度去考虑问题,进而充分关心、照料患者的生活、理解患者的想

法以及满足患者合理的医治需求。因此将人性化管理引入日常护理中不但能够提高护理工作者的积极性,同时还为高危患者提供更加合理的护理方案,加强了医院护理工作建设。

**1.2 强调护理风险,增强护理意识** 护理风险是指在患者护理的过程中可能发生一切不安全事件。根据调查绝大部分的护理事故并非由于护理人员的疏忽或者操作失误,而是由系统之间协调造成的。根据乳酪理论,不管理论的规范如何完善,在执行时由于个体差异导致的潜在问题必然存在,多种潜在错误的累积注定会造成失误。一味的进行训练和技术上的提高不能避免以上问题,提高护理工作意识才是问题的关键<sup>[2]</sup>。主要有以下几种方式:一是修订医院规章制度,让护理全面性深入人心;二是完善的流程是减小风险的必要措施;三是加强“思想疲劳期”的护理意识,防止突发事件的产生;四是进行护理风险教育,整体提升防范意识。

**1.3 进行高危患者护理意识的培训** 进行护理心理素质和自我保护意识的训练是高危患者护理中重要的一环。高危患者由于病情的特殊性,检查、治疗性操作多,预后较差,患者心理负担重,有时反复无常,希望得到更多的关注,对护士需求多,甚至苛刻。且高危患者的病情变化一般比较突然,在护理过程中时常发展到不可控的地步,最终造成严重后果甚至死亡,患者家属很可能产生愤怒、悲痛等剧烈反应,可能会将这些极端情绪发泄到护理者身上,发生口角,甚至引起肢体冲突进而引发医患纠纷。在护理高危患者时,护士要充分考虑各种因素,转变工作观念,提高自身的心理素质。避免由于高危患者护理的复杂性和患者及家属的干扰而心理恐慌造成的失误。对患者不歧视,从内心深处进行关怀,提高其生存信念。理解患者及家属的感受,如患者和家属对于护士工作的苛责以及部分家属情绪发泄等要有一个心理准备,减少由于双方沟通不良引起矛盾激化<sup>[3]</sup>。

## 2 提高整体护理水平,保障高危患者的生命安全

**2.1 提高护士高危患者护理水平** 高危患者发病突然、情况复杂、并发症较多、护理程序复杂,护理具有高风险。护士专业技术不熟练,护理经验不丰富,不了解病情的发展趋势,在患者产生突发状况时如患者躁动引起的坠床等都可能都会导致患者病情的加重甚至死亡,引发医患纠纷。提高护理水平,需要有扎实的专业理论基础及丰富的临床实践经验,应加强基础护理及专科护理,提高护士观察及综合判断能力,防止并发症的产生。各种临床护理工作及时准确,在护理过程中密切观察患者的神智、生命体征、出入液量等的细微变化,注重护理安全,确保各种管道的通畅,防止管道脱落堵塞、误伤等不良事件发生。对于昏迷患者,应该注意防止呕吐物堵塞而至突发性窒息。由于高危患者需要进行各种辅助治疗和提高自身免疫力,因此应注意要进行营养的补充<sup>[4]</sup>。

**2.2 护理流程全程集中管理** 把高危患者集中管理,选派精力充沛、动作敏捷、经验丰富的护理人员专人护理,加强“专岗专职”制度建设,根据患者病情的不同进行护理人员的分配。无条件的科室应把高危患者安置在离护士办公室或抢救室近

的病房,治疗程序优先。

护理流程需要完整的记录和有效的总结。对于相同病情的高危患者,建立患者资料库,例如高危压疮患者护理过程中要避免摩擦力和剪切力等要点要记录在册,不同情况和程度的病情也需要严格的登记,作好病情动态记录,综合分析高危风险点,诊断出存在和潜在的护理问题;将护理工作中的交接流程进行进一步完善,重点交接班,避免出现交接不清的问题;完

善护理查房、会诊制度及三级质控制度,及时上报护理高危值,杜绝潜在问题的发生<sup>[5]</sup>。

**2.3 完善高危患者看护机制,建立健全的评估系统** 合理的机制是规范护理流程和减少医疗事故的关键,医护人员严格遵守各种规章制度,防止医患纠纷的发生。建立护理层级观念,针对患者病情的严重程度,及时调整巡视频率,严格监控各项生命体征的变化,同时将其记录在案,作为评判的标准;护理分工明确,急救设备、药物专人进行保管和使用,保证设备和药物使用的正确性,提高应急反应速度,成立监督救护小组,将护士分组进行完善而有序的护理工作评估;规范护理文书的填写,严格遵照护理规章填写护理报告,将观察到的各种数据核对,无误后存入护理档案中,对于危重患者分类逐项的详细记录,结合患者病史制订切合实际的护理计划,作为评估标准。建立高危患者评估系统,完善高危患者评估表,将护理工作的评估融入到工作的每一个细节中。建立风险预防意识,加强医患沟通工作,同时建立患者对于护士的亲切感,加强互相之间的信任,从而使护士所学能够全部应用于护理实践,促使护士尽快成长,形成双赢<sup>[6]</sup>。

## 3 促进高危患者反馈机制的建设

**3.1 提升危险期之后的康复护理服务** 在患者脱离危险期之后,护士及相关医师对于其观察和护理仔细程度会有所下降,进而引发医疗缺陷时有发生。脱离危险期并非真正的治愈,在这期间病情极有可能反复。由于高危患者病情复杂,可能之前的问题没有得到及时发现,在放松警惕的这段时期内,突然爆发,使之前的努力前功尽弃。由此需要注意不要忽视危险期之后的护理,要保持警惕,观察依旧要深入,进行病情预测,对可能发生的并发症要有充分的准备,这样才能防止病情的反复。要注意康复期间营养的补充及各种功能的恢复与促进。以整体护理的理念,根据护理对象年龄、病情、心理状态和轻重缓急进行康复计划的实施。

**3.2 完善救助的过程记录,同时定期进行心理疏导** 完整健全的病例记录是发现问题的基础,也是日后病情总结的重要依据。高危患者的护理情况复杂,完整的记录能够帮助发生类似棘手的情况时提供重要的数据参考,提高治愈率。在护理的过程中,护士不仅要面对垂死的患者,还要承受着病患家属的关注,在这种情况下,不单单患者会产生厌烦心理,同时护士的情绪也不会高,严重影响工作的进程。因此针对两方面的人群要进行不同的心理辅导,双方进行心理的调整,携手战胜病魔。

高危患者的护理一直是护理工作中重要的一环,其护理情况多变、工作繁杂、心理压力等问题一直困扰着众多医护人员。本文从多个角度阐述了高危患者的护理细节,将人性化管理和护理准则相结合,提高护理工作的管理和实施水平,希望为高危患者护理工作提供一些意见。

## 参考文献

- [1] 张艳玲,刘兰云,乌仁其木格.人性化服务在整体护理中的应用[J].包头医学,2008,32(1):34-36.
- [2] 肖纯希,陈素狄.病区危重症抢救病室的护理管理[J].理论与实践,2007,4(4):64-65.
- [3] 沈卉.普外科老年高危患者手术护理效果观察[J].《吉林医学》,2012,33(26):5798-5798.
- [4] 杨传香.对老年脑血管意外压疮高危患者实施护理干预的效果评价[J].中国医药指南,2012,10(18):328-329.
- [5] 王娟.高危患者行腹腔镜胆囊切除术的护理[J].现代医

药卫生, 2011, 27(12): 1903-1904.

[6] 陈淑芹, 臧萍, 刘宏. 对压疮高危患者行分级分期护理管理的做法及体会[J]. 山东医药, 2009, 49(43): 101.

(收稿日期: 2013-05-17 修回日期: 2013-07-12)

### 3 例肥厚性硬脑膜炎的临床、病理和影像学研究

张海燕, 朱峰, 董险峰, 张振明, 张丽艳, 高志刚(河北省唐山市滦县人民医院 MR 室 063700)

【关键词】 肥厚性硬脑膜炎; 临床; 病理; 影像学

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.084 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2924-02

所谓的肥厚性硬脑膜炎(HCP)是患者的颅内脑以及脊髓的硬膜出现慢性、进行性的炎症肥厚病理改变,而在临床上会出现头痛、颅神经麻痹或者是癫痫发作等,多种多样的中枢神经症状,是一种比较少见的疾病<sup>[1-2]</sup>。在 1969 年发现 HCP 患者之后,近年来我国有关的报道不断地增加。本文收集 3 例 HCP 患者进行研究,对其在临床、病理还有影像学进行分析,现总结如下。

#### 1 临床资料

**1.1 病例 1** 男性, 47 岁, 前 1 个月忽然没有任何诱因的出现了发作性头痛, 还有视力下降的情况, 期间还有几次呕吐发生, 经过检查之后确认为 HCP。入院查体: 患者左侧视力为 0.1, 而右侧视力为 0.8, 其他的没有发现任何异常状况。患者入院之后在实验室进行检查: 血常规白细胞  $17.4 \times 10^9/L$ , 淋巴细胞 8.6% 和中性粒细胞 90.1%; 胸片无异常的状况; 脑 MRI 显示, 患者的右额、颞、顶还有枕部硬膜之下存在积液。对患者进行钻孔引流的手术, 手术过程当中见到硬膜之下存在有乳酪样物, 开骨窗之后将部分硬膜剪除下来并送去检查, 在手术的过程当中以最快的速度进行病理诊断。在综合了患者的临床症状、体征还有辅助检查之后, 确认患者所患的是慢性 HCP, 以口服强的松片进行治疗, 每天 40 mg, 治疗之后患者的头痛症状逐渐减轻, 直到 5 个月之后完全消失。服用强的松片 6 个月之后逐步减少服用量, 每天服用 20 mg 强的松片, 到了 13 个月之后, 患者左侧视力为 0.5, 而右侧视力为 1.0。

**1.2 病例 2** 男性, 49 岁, 在就诊前 5 个月就出现了后枕部头痛以及声嘶的情况, 而在 4 个月前出现饮水呛咳以及难以吞食硬物、纳差的情况, 到医院就诊的 20 d 之前出现了复视还有听力下降等, 而且情况随着时间推移不断加重。入院检查: 患者双侧的视力经过检查之后确定正常, 能够见到右侧的动眼神经、滑车神经、外展神经, 右侧的舌咽神经, 迷走神经颅神经麻痹, 右指鼻的试验为(+), 右跟膝胫的试验也是(+), 其他没有发现什么异常状况。实验室检查: 患者的血常规正常; 血免疫全套及血风湿全套为(-); 脊液涂片正常; 脑 MRI 显示, 右侧的小脑幕出现明显的强化, 右侧的乙状窦有略增宽的现象; 脑干诱发电位显示, 患者的双侧脑干诱发电位中枢段及周围段都出现了受损状况, 左边听力 45 分贝, 右边听力为 65 分贝。对该患者的右枕部硬膜进行活检, 在组织病理的检查中能够见到硬膜出现致密纤维化, 有淋巴细胞和少数的中性粒细胞浸润。给患者口服强的松, 每天 40 mg, 经过半年的治疗之后患者的部分症状得到了缓解, 头痛减轻, 没有出现复视情况, 听力比起之前有所改善, 而且饮水呛咳还有难以吞食硬物的情况也有所缓解; 之后减少强的松剂量, 每天 20 mg, 1 年半之后患者进行复诊, 所有的症状及阳性体征都基本消失。

**1.3 病例 3** 男性, 51 岁, 已经有 1 年持续了进行性头痛、听力和视力都有损害、嗅觉丧失以及吞咽困难等情况。在发生以上症状的半年之后曾经服用过强的松片进行短暂的治疗, 治疗之后部分症状有所缓解。入院检查: 患者左侧的视力为 0.8, 而右侧仅仅有光感; 进行眼底检查的时候能够见到患者的双侧视神经已经萎缩; 右侧的动眼神经、滑车神经、外展神经, 双侧的听神经、左侧的舌咽神经、迷走神经颅神经麻痹, 共济运动为(-)。实验室检查: 患者的血常规正常; 血风湿全套还有血抗核抗体均为(-); 头部的 MRI 显示如下, 患者的硬膜有所增厚, 大脑镰、小脑幕的边缘都很明显, 通过头部 MRI 增强能够见到 T1WI 上面的硬膜增厚相当均匀, 在脑实质当中并没有见到病灶。对该患者进行了顶枕部颅骨切除的手术, 在手术的过程中见到附近的硬膜都有增厚的现象, 色泽显示为灰色并有明显的纤维化。以患者的右顶部硬膜送去活检, 在组织病理检查中能够见到组织有致密纤维化的现象, 而且还有浆细胞和淋巴细胞等在浸润, 没有发现肉芽肿以及血管炎现象的形成<sup>[3]</sup>。在确定患者是 HCP 后, 以强的松片进行治疗, 每天 40 mg, 口服之后的半年逐渐减少强的松片的剂量, 1 d 服用 20 mg 强的松片。在治疗的 11 个月之后患者进行复诊, 头痛还有颅神经麻痹的现象已经完全消失, 只有右眼视力丧失的现象没有出现改善。

#### 2 讨论

对于 HCP 的分类, 根据它们的病因可以有两种情况, 一种就是继发性的 HCP, 而另一种就是原发性的 HCP。有很多的学者都认为, 原发性 HCP 和免疫疾病之间, 是存在有共同的自身免疫发病机制的。

HCP 本身有着特异的临床表现。继发者除了本来的疾病表现之外, 其他的表现大多数都和原发者是一致的。HCP 病例大多数的临床表现都是头痛、颅神经麻痹还有共济失调, 其中头痛的比例占据的最多<sup>[4]</sup>。在一小部分 HCP 患者当中, 头痛是他们唯一的病症。在本文的 3 例病例当中, 患者都表现出了头痛还有颅神经麻痹, 其中病例 2 患者出现了小脑型的共济失调, 跟文献<sup>[4]</sup>基本保持一致。

随着现在科技的不断发展, CT 还有 MRI 技术不断地被应用到医学的各个领域当中, HCP 也越来越容易被人们发现。相比起 CT, MRI 在对 HCP 的诊断无疑更加有优越性, 在 MRI 的 T1WI 上面, 增厚的硬膜以等信号或者低信号作为表现, 而在 T2WI 上面, 则是以中央低信号而边缘高信号为主要表现<sup>[5]</sup>。在少数的病例当中, MRI 还能够发现患者出现了硬膜的结节样增厚, 这种情况跟多发性脑膜瘤很相似<sup>[6]</sup>。通过病例检查, 能够发现硬膜致密纤维化, 还有慢性炎性细胞的浸润, 这些慢性炎性细胞包括了淋巴细胞还有浆细胞等, 大概有 1/10