

下降,而导致机体发病。但是,在临床实际工作中,大部分患者并没有应用以上药物等,也没有消耗慢性疾病。所以对慢性鼻窦炎的发病机制尚在研究中。

从病理学角度分为两大类型^[3]:非侵袭型真菌性鼻窦炎和侵袭型真菌性鼻窦炎。非侵袭型真菌性鼻-鼻窦炎病理学特征是真菌感染局限在鼻窦腔内,黏膜和骨壁内无真菌侵犯。临床主要表现为涕中带血、鼻塞、流脓涕、头痛、面颊胀痛,常伴有鼻分泌物恶臭味等。多表现为单窦病变,其中上颌窦多见。真菌性鼻窦炎的临床表现与慢性鼻窦炎相似,临床诊断中不容易区分。但是术前对患者进行 CT 有助于真菌性鼻窦炎的诊断,是鼻窦病变的首选影像学检查。CT 检查见单窦或多窦均匀的密度增高影,多数真菌性鼻窦炎患者会出现类金属密度影,是真菌性鼻窦炎的特异性影像学表现。但是最终确诊仍然需要病理组织学检查。治疗以手术为主,手术目的有 3 个^[4]:(1)彻底清除变应性黏蛋白和真菌分屑;(2)在保留窦黏膜完整性基础上,建立长久的通气引流通道;(3)术腔要便于术后观察和处理。随着近年来鼻科领域最具变革代表的鼻内窥镜的广泛应用,较准确而又彻底清除中鼻道窦口鼻道复合体病变、开放筛窦、扩大上颌窦自然开口、额窦口和蝶窦口,使各鼻窦与中鼻道形成一个开放的窦口鼻道通气引流系统,保留了鼻腔鼻窦的一些正常功能,又彻底清除了鼻窦的病变,把根治性或破坏性的手术变为功能性手术。很好地克服了既往经典的上颌窦根治术后鼻道造口容易狭窄、闭锁、引流不畅、通气不加以及鼻腔局部创伤反映大,常导致术后疗效差甚至无效的缺点。本组病例中全部采用全身麻醉(避免局麻中患者的配合不佳而姑息手术),根据术前鼻窦 CT、术中所见病变范围行钩突切除,前、下扩大上颌窦自然口。本组中有 5 例由于病变范围或解剖变异因素影响引流而作了蝶窦开放,彻底清除鼻腔及窦腔内污物,保证窦口的充分引流。另外根据术前鼻窦 CT 及患者术前

症状,决定是否行下鼻甲部分切除、鼻中隔矫正。术后定期复查清理亦是成功的关键,从本组病例中,1 个月内多数有黏膜水肿、囊泡形成,定期门诊鼻窦内窥镜复诊可摘除囊泡,保持各鼻窦口通畅。在术后复查中有 2 例术腔上皮化时间较长,均与患者未按时门诊复查、清理有关系。同时,在本组所观察的病例中,术后局部短期使用血管收缩剂有利于局部黏膜恢复;口服抗真菌药与否目前仍有不同看法,本组病例中,术后没有常规使用抗真菌药物。Quraishi 和 Ramadan^[3]认为由于术后鼻窦引流机能的改善,不需使用抗真菌药物。总之,目前治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎最有效的途径是进行鼻内窥镜手术,并严格保障术后常规处理、定期换药。

参考文献

- [1] 中华医学会耳鼻喉科分会,中华耳鼻咽喉科分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑部编委会.慢性鼻窦炎鼻息肉临床分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33(3):134.
- [2] 封杰,张廷霞,张新房.鼻内窥镜在真菌性鼻窦炎治疗中的应用[J].中国医疗前沿,2009,4(19):62-63.
- [3] 宋柏龙,顾建华,高淑芹.真菌性鼻窦炎的鉴别诊断及手术治疗临床分析[J].内蒙古医学杂志,2008,40(8):931-932.
- [4] 杨成章,汪吉宝,龚树生.非侵袭型鼻腔及鼻窦真菌病 14 例报告[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1995,9(1):25-26.
- [5] Quraishi HA, Ramadan HH. Endoscopic treatment of allergic fungal sinusitis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1997,117(1):29-34.

(收稿日期:2011-12-16)

• 临床研究 •

某院 1 001 例外科住院患者乙型肝炎病毒 5 项检测 results 分析

冯志伟,李 佳,张志涛(解放军第五一七医院检验科,山西岢岚 036301)

【摘要】 目的 了解解放军第五一七医院周边地区人群乙型肝炎病毒(HBV)感染及免疫情况。**方法** 采用酶联免疫吸附试验对解放军第五一七医院 1 001 例外科住院患者血清标本中的 5 项 HBV 血清学标志物,乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)、乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎病毒 e 抗体(抗-HBe)及乙型肝炎病毒核心抗体(抗-HBc)进行定性检测并分析测定结果。**结果** 1 001 份血清标本中,HBsAg 阳性总检出率为 5.39%,其中男性(3.97%)低于女性(9.09%),差异有统计学意义($P<0.05$);抗-HBs 阳性检出率为 15.68%,男女间没有显著性差异,但小于 20 岁年龄组阳性率高于其他年龄组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 解放军第五一七医院周边地区人群 HBV 感染率低于全国水平,但仍有约 80%的人群血清中没有乙肝保护性抗体,人群总体主动免疫率较低,应加大乙肝防治的宣传,增强人群的自我保护意识,普及乙肝疫苗预防接种,防止本地区乙肝病毒的流行和蔓延。

【关键词】 乙型肝炎病毒; 血清学标志物; 感染率; 感染模式

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)12-1471-03

乙型肝炎病毒(HBV)是病毒性乙型肝炎的病原体,主要通过胎源性、医源性、血液和性接触等途径进行传播^[1]。本院规定所有外科住院患者在入院后都需进行乙型肝炎 5 项检测,检测结果不仅可以为医护人员提供自我防护的依据,防止院内感染的发生,也可以了解本院周边地区(山西忻州市岢岚、五寨等县)人群 HBV 感染情况,为制定本地区人群乙型肝炎防治

的措施提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 10 月至 2011 年 10 月期间在本院外科住院的地方患者共 1 001 例,其中男 655 例,女 346 例,年龄 2~88 岁,平均 39.6 岁。

1.2 方法 患者住院后空腹抽取静脉血,离心后分离血清,采

用酶联免疫吸附试验(ELISA)测定乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)、乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎病毒 e 抗体(抗-HBe)、乙型肝炎病毒核心抗体(抗-HBc)5 项血清标记物。试剂为上海荣盛生物有限公司生产,均在有效期内使用,并严格按照使用说明书进行操作和判断测定结果。

1.3 统计学方法 应用 SAS8.1 统计软件对所得结果进行统计学处理,组间采用 χ^2 检验进行比较。

2 结 果

在测定的 1 001 份血清标本中,HBsAg 阳性样品检出率为 5.39%(54/1 001),抗-HBs 阳性检出率为 15.68%(157/1 001),HBeAg 阳性检出率为 1.20%(12/1 001),抗-HBe 阳

性检出率为 4.50%(45/1 001),抗-HBc 阳性检出率为 8.69%(87/1 001)。5 项血清标志物检测结果共有 11 种模式,其中 5 项结果全部阴性者(模式 1)占 77.32%(774/1 001),已获得主动免疫者(模式 2)占 13.48%(135/1 001)(表 1)。在测定的 1 001 份血清标本中,男性标本 655 例,女性标本 346 例,男性 HBsAg 阳性检出率为 3.97%,女性为 9.09%,二者间差异有统计学意义($P<0.05$);男性抗-HBs 阳性检出率为 15.27%,女性为 16.47%,二者间差异无统计学意义;男女分别按年龄大小分为小于 20 岁,20~49 岁和大于 49 岁 3 个组,各年龄组间 HBsAg 阳性检出率差异无统计学意义,但小于 20 岁年龄组抗-HBs 阳性检出率高于其他年龄组,差异有统计学意义($P<0.05$)(见表 2)。

表 1 乙肝五项血清标志物检测结果的主要模式

模式	HBsAg	抗-HBs	HBeAg	抗-HBe	抗-HBc	<i>n</i>	构成比(%)
1	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	774	77.32
2	(-)	(+)	(-)	(-)	(-)	135	13.48
3	(-)	(+)	(-)	(+)	(+)	8	0.80
4	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	12	1.20
5	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	2	0.20
6	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	2	0.20
7	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)	14	1.40
8	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	12	1.20
9	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	33	3.30
10	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	6	0.60
11	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	3	0.30
合计	-	-	-	-	-	1 001	100.00

注:(+)表示阳性,(-)表示阴性;-表示无数据。

表 2 不同年龄组人群 HBsAg 及抗-HBs 阳性检测结果[*n*(%)]

性别	年龄(岁)	<i>n</i>	HBsAg 阳性	抗-HBs 阳性
男	<20	92	2(2.17)	27(29.35)
	20~49	379	16(4.22)	44(11.61) ^a
	>49	184	8(4.34)	29(15.76)
合计		655	26(3.97)	100(15.27)
女	<20	54	3(5.56)	14(25.93)
	20~49	180	17(9.44) ^b	25(13.89)
	>49	112	8(7.14)	18(16.07)
合计		346	28(9.09) ^b	57(16.47)
男女合计	<20	146	5(3.42)	41(28.08)
	20~49	559	33(5.90)	69(12.34) ^a
	>49	296	16(5.41)	47(15.88)

注:与上一年龄组比较;^a $P<0.05$;与男性同年龄组比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

病毒性乙型肝炎是由 HBV 感染引起的肝脏炎性损害,是我国当前广泛流行的一种传染病。据 2006 年全国乙型肝炎流行病学调查结果表明,我国 1~59 岁一般人群 HBsAg 携带率

为 7.18%,据此推算,我国现有的慢性 HBV 感染者约 9 300 万人^[2]。人体在感染 HBV 后,由于机体内免疫反应和感染程度的不同,可呈现复杂多样的血清学反应。目前许多基层医院在没有条件开展 HBV-DNA 检测的情况下,主要依靠 ELISA 对 HBV 的血清学标志物进行检测,测定的标志物主要包括 HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe 和抗-HBc 5 项,俗称乙肝 5 项。

本院位于山西省忻州市岢岚县境内,患者主要来自周边的岢岚、五寨、兴县及岚县等地,因此对本院外科住院患者进行血清乙肝标记物检测结果进行分析,可以了解这些地区人群的乙型肝炎病毒感染情况。通过对 1 001 例血清 5 项 HBV 标志物检测,共检出 11 种模式,其中模式 1 和模式 2 健康人群常见的两种模式,模式 2 为保护性抗体抗-HBs 单项阳性,表示接种过乙肝疫苗,或是过去感染 HBV 后已痊愈,机体产生一定免疫力;在模式 3、4、5 中,由于保护性抗体(抗-HBs)也呈阳性,因此属于既往感染,即 HBV 病毒已清除,并获得一定的免疫力;模式 6 可能是急性 HBV 感染恢复期早期,即 HBsAg 已消失,而抗保护性抗体(抗-HBs)尚未出观的“窗口”期,或是仍然存在的 HBV 低水平的感染^[3];模式 7 即抗-HBc 单项阳性的情况比较复杂^[4],抗-HBc 是 HBV 感染后血清中最早出现的 HBV 标志性抗体,持续时间长,甚至终生存在,但不是保护性抗体,几乎所有个体在接触 HBV 后都能产生抗-HBc,故它是乙型病毒性肝炎流行病学调查的良好指标。抗-HBc 有 IgG、IgM、IgA 3 类,IgM 类和 IgA 类抗-HBc 在乙肝急性期或慢性

肝炎活动期出现。在 HBV 感染的窗口期,抗-HBc 常常是惟一可检测出的 HBV 血清标志物。HBsAg 阳性共检出 4 种模式(模式 8~11),总检出率为 5.39%,略低于 2006 年全国乙型肝炎流行病学调查的 7.18%的水平;在这 4 种感染模式中,“大三阳”(模式 8)和“小三阳”(模式 9)为主要的感染方式,分别占总例数的 1.20%和 3.30%,前者病毒复制活跃,传染性较强,后者病毒复制变慢减少,传染性变低^[5];模式 10 所示的感染方式又被称为“隐性大三阳”,约占总例数的 0.60%,也可认为急性 HBV 感染或慢性迁移性肝炎,传染性较弱^[6];此外模式 11 为单纯 HBsAg 阳性占 0.30%,可能属于急性 HBV 感染早期,或者慢性 HBsAg 携带者,传染性弱,也可能是 HBsDNA 整合到肝细胞 DNA 中,只要肝细胞繁殖,整合的 HBV-DNA 也复制,也可只产生病毒抗原,但无传染性^[7]。

检测结果还显示,本地区人群中女性 HBsAg 携带率为 9.09%,高于男性(3.97%),差异具有统计学意义;而各年龄组间 HBsAg 携带率差异无统计学意义。本地区人群中抗-HBs 的阳性检出率为 15.68%,男女间差异无统计学意义,但小于 20 岁年龄组阳性率高于其他年龄组,差异具有统计学意义。抗-HBs 是 HBV 的保护性抗体,对 HBV 感染有保护作用,人体在接种乙肝疫苗后血清中会检测到抗-HBs,因此抗-HBs 阳性率也反映了乙肝疫苗接种的普及率。我国从 1985 年开始实施乙型肝炎预防措施,即在所有新生儿和婴儿中进行疫苗接种,但由于本地区经济落后,疫苗接种覆盖率相对较低,小于 20 岁年龄组的抗-HBs 的阳性检出率也仅为 28.08%,而由于

接种乙型肝炎疫苗后有抗体应答者的保护效果一般只可以持续十几年,因此 20 岁以上人群的抗-HBs 阳性率进一步降低。总的来说,本地区不是乙肝高发区,但预防工作不够理想,建议卫生和教育部门加大宣传卫生保健知识的力度,增强人群对乙肝的自我防护意识,完善未免疫人群的乙肝疫苗接种,建立有效的免疫屏障,以防止 HBV 的侵害和蔓延。

参考文献

- [1] 范竹萍,岳德凯.乙型肝炎的流行病学[J].胃肠病学,2002,7(5):289-292.
- [2] 李兰娟,贾继东.慢性乙型肝炎防治指南[J].中华肝脏病杂志,2011,19(1):13-24.
- [3] 赵兵,何明幸,付文金,等.5 万例乙肝两对半 ELISA 检测结果分析[J].实用医技杂志,2006,13(23):4144-4145.
- [4] 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,2006:620-621.
- [5] 高振玲.成年人乙肝病毒感染后进行乙肝五项指标检验结果分析[J].泰山医学院学报,1999,20(2):153.
- [6] 张艳良.500 例血清 5 项 HBV 标志物检测的回顾分析[J].标记免疫分析与临床,2002,9(3):180-181.
- [7] 成军,杨守纯.现代肝炎病毒分子生物学[M].北京:人民军医出版社,1997:278-280.

(收稿日期:2011-12-20)

• 临床研究 •

反馈式健康教育方法在临床护理带教中的应用

陈燕敏,孙文琦,高 雯,甘佳惠,侯黎莉(上海中医药大学附属普陀医院 200062)

【摘要】 目的 探讨反馈式健康教育带教方法在临床实践教学中与护士实习生健康教育能力的关系。**方法** 实习护士 106 人,设立反馈式教学组与传统教学组各 53 名,分别采取相应的教学模式,通过阶段性健康教育能力的评介和实习结束时问卷调查,分别对教学效果评价的指标进行评估比较。**结果** 反馈式教学组的健康教育评价成绩优于传统式教学组,健康教育的实施效果优于传统式教学组。**结论** 反馈式健康教育方式能够提高护士实习生的健康教育能力和水平。

【关键词】 反馈; 健康教育; 护理带教

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)12-1473-03

护理是一门综合性的应用科学,临床实习是护理教学中重要阶段,是理论联系实际、掌握护理技能、养成良好的职业道德的重要环节。但是在临床的护理中,实习学生(下称护生)健康教育能力普遍较差,因此,重视护生健康教育能力的培养是现代医院发展的需要,也是新世纪护理人才必须具备的基本素质^[1]。面对这一问题本科室采用反馈式健康教育带教方法。于 2009~2010 年对 106 名护生进行实习教学,比较传统教学方法与反馈式教学方法,效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 1 月至 2010 年 12 月在外科病房实习的大专护生 106 例,年龄 19~21 岁,平均 20 岁,性别均为女性。随机分为反馈式教学组与传统教学组,每组 53 名,两组护生在年龄、学历、护理基础水平等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。教学内容为除了常规护理操作外,主要是了解护生在实习阶段对患者进行健康教育能力和效果。健康教育

效果的问卷调查中,两组带教方法的护生所护理的患者中,病情、年龄、文化程度差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 传统式教学组 由带教教师确定教学方法,采取“一对一”的带教方式,即 1 位带教教师带教 1 名护生,学生跟带教教师轮班,负责该科室各护理岗位的教学指导和健康教育指导。

1.2.2 反馈式教学组 由科室总带教根据教学计划,选择常见病的临床病例制定健康教育目标,指导护生在临床工作中根据不同患者选择合适的教育方法,有针对性地进行健康教育。待护生宣教完毕,带教教师和护生共同来到患者床边,由带教教师以提问的方式将患者的健康教育问题提出,由患者回答,如患者一时回答不出,护生也可在旁补充,通过这种反馈的方法,既了解了护生对健康知识的掌握情况,又检查了教育计划落实情况。最后带教教师把结果进行归纳、总结,不足之处给