

献血者共有744人,其中A型185人,B型254人,O型231人,AB型74人。

由于多方面因素,导致RhD阴性有效血源流失。初步分析有如下几个方面:1)联系中断,通信技术不断更新,献血间隔较长,电话号码更换、单位变更等,导致血站与献血者无法联系。2)自然淘汰:超龄、检验不合格、永久或暂时不能献血者。3)人员流失:军人转业、高校毕业、工作调动和流动人口的离开等。4)拒绝献血:以往献血过程中有不愉快经历、家人不支持、本人对献血知识不了解或听信媒体的负面报道经联系后不情愿献血。

2. 办法与对策

2.1 领导重视,档案专人负责管理

筛检或献血途径确认后的RhD阴性人员,建立一份完备、详尽的健康献血者档案并由专人负责,建立紧急情况下召之即来,来之能献的流动血库。

2.2 开源节流,保持科学、合理的库存

针对相关临床医生开展输血安全培训,择期手术者动员开展自体输血,对可输可不输的坚决不输,有效节约稀有血型资源,使血液库存保持在合理范围,以便突发情况下发挥更加有效的作用。

2.3 建立定期稀有血型联谊会,与他们开展情感交流

2.3.1 定期组织稀有血型者联谊会,加深工作人员与献血者、献血者与献血者的情感沟通,在活动中可以及时更新献血者的联系方式并对他们进行相关献血知识宣教,普及献血知识的同时,还让他们明确我为人人、人人为我、互助才能自救的同时成为自愿无偿献血宣传员。

2.3.2 如遇献血者生日,“6.14”世界献血者日,血站及时寄发贺卡或发送短信,送上祝福,在献血者献血间隔期到期时短信进行提醒,体现血站的人文关怀。

2.3.3 RhD阴性献血者本人或亲属用血时,简化报销手续,优先办理。

2.3.4 血站通知前来献血的应急RhD阴性献血者,血站应安排车辆接送,不便者应报销交通费用。一般来说为了鼓励和答谢他们这种无偿献血的行为,每次献血后发放的纪念品通常为双份。

2.4 通过各种媒体进行日常或应急RhD阴性献血的教育、动员和招募活动

2.4.1 广播与电视宣传

广播和电视对公共事业的作用是不可低估的,是一种极好的宣传方式应采取方法要多样化,广播和电视要经常播放献血的相关知识,尤其要介绍RhD阴性血液的特殊性。

2.4.1.1 邀请血站采供血专业人员做客与听众和观众直播

互动的形式进行宣传,让RhD阴性血液宣传更加生动和直观。

2.4.1.2 可以让RhD阴性新、老献血者以自己的献血经历进行广泛宣传,这样的宣传方式让没有献血经历的人员更容易接受。

2.4.2 网络宣传

二十一世纪是信息化的时代,社会网络产生的作用是巨大的,有时超乎人们的想象。经常可以看到许多地区在RhD阴性血液紧缺的情况下,包括QQ、微信、知名论坛等等进行网络呼吁,收到了良好效果。当今网络已经深入到了每个单位、每个团体、每个家庭各个角落,在紧急情况下在网上进行相关的宣传和呼吁,其作用有事半功倍的效果。

2.4.3 报刊、杂志宣传

血站与国家和地方的报刊等主流平面媒体合用是宣传RhD阴性相关血液知识的有效途径,进行定期专栏宣传献血者的相关献血先进事迹。还可以和一些大众喜爱且影响力大的正规杂志合作,定期进行献血知识的广告投放,通过报刊和杂志来感谢RhD阴性献血者对社会所作的贡献,对于无偿献血招募活动会起到非常重要的作用。

2.5 RhD阴性用血者中发展他们成为固定献血者,根据临床用血记录,在身体康复后,身体情况允许的情况下发展他们成为会员,因为他们曾经得到过别人帮助,所以更容易发展为固定无偿献血者。

2.6 血站为RhD阴性血型者力所能及的关怀与服务

2.6.1 免费为RhD阴性血型献血者、受血者家属进行血型普查,发现有RhD阴性血型,符合条件的动员他们加入协会,壮大献血队伍。

2.6.2 免费为RhD阴性血型的献血者进行乙肝疫苗的接种,让他们感受到血站温暖的同时又保护了稀有血源,稳定了献血队伍。

3. 结语

RhD阴性献血者互助献血是血站保障充足RhD阴性血液供应的有效措施,在我站采取诸多方法情况下,降低RhD阴性献血者的流失率,目前焦作市RhD阴性献血者基本上可以满足临床需要。

【参考文献】

- [1] 王培华. 输血技术学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998, 137-138.
- [2] 陈长荣, 陈颖, 谢蓓蓓等. 甘油化震荡频率对冰冻解冻去甘油红细胞质量的影响 [J]. 中国输血杂志, 2011, 24 (1): 39-40.
- [3] 唐秋萍, 蔡于旭. RhD阴性血型献血者队伍的稳定和发展 [J]. 海南医学, 2012, 23 (6) 113.

面部软组织损伤的整形美容修复

刘骏¹ 封郭生² (通讯作者)

(1 武汉五洲美莱整形美容医院 430000)

(2 荆门市中医医院 <荆门市石化医院> 烧伤整形科 448000)

【摘要】 人的面部是一个人最重要的器官部位,它不仅具有各种器官,帮助人体发挥各种功能。同时面部也是人类形象的代表。人与人之间的交流接触都是主要通过面部功能发挥作用,当面部受到损伤后,特别是重伤时,会给人面部留下严重的疤痕,不仅影响患者外在的美观,较严重的是给患者的心理造成严重的伤害。为了恢复美好的面容,绝大多数面部软组织损伤患者会采取合适的面部修复技术或整形美容修复技术。本文将就面部软组织损伤的整形美容修复相关问题及发展形势进行一些阐述。

【关键词】 软组织损伤; 面部; 整形; 修复

【中图分类号】 R62

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-1752 (2015) 33-0369-02

随着社会文明程度的发展,人们对于人体美观的要求不断上升,尤其是年轻人,对美丽外表的追求尤为关注。一旦发生面部软组织损伤,早期的修复处理将对以后的恢复起着非常重

要的影响。因此,对于人的面部软组织损伤的早期处理非常重要。在临床上,传统的外科修复技术侧重于患者的伤口愈合以及功能的恢复,所以很多爱美人士行外科修复后,对自己的外观很

不满意。

1. 面部软组织损伤临床处理现状概述

面部软组织损伤临床十分常见,因多伴有全身合并伤,早期常难以引起医师的高度重视,以致处理欠妥,给后期的修复增加了难度。临床上,颜面软组织外伤十分常见,但目前,大部分面部外伤仍然按照一般的外科原则进行修复,偏重于伤口的愈合和功能的恢复。在整形美容外科治疗的患者中,经常会遇到已经在外院急诊外科行早期处理后对外观不满意者,多数为瘢痕形成和继发畸形等。因为外科手术引起的面部结构改变,出现畸形等情况也时常出现。出现这些问题的原因有普通原因也可能是技术上的问题。普通原因可能是由于医生对面部整形修复没有足够的重视,没有按标准对伤口进行处理。外科医生的自身素质可能还未达到专业素养的要求而导致处置不当。还可能由于患者伤处较多,医生在救治时未能把面部损伤处理安排在及时的时间而延误了病情。技术问题可能有:在颜面外伤清创修剪和缝合中,往往使用普通外科的手术器械和缝合线。缝合技术粗糙接间断缝合全层皮肤和皮下组织,针距、边距较宽,纯关闭伤口,不进行充分减张处理。在对伤口进行处理时,不能将伤口处的污物全部清理干净,对伤口的边缘没有进行很好的修整。在进行修复时,没有从审美学的角度考虑对伤口的处理,使伤口愈合后留下不美观的痕迹。对于有较大缺失的伤口,许多医生没有进行填补修复,使患者康复后留下凹陷缺失,导致瑕疵。

2. 目前对面部软组织损伤的处理存在主要问题

临床对面部损伤的早期修复仍未引起重视,常认为仅是简单的清创缝合,多由实习或青年医师处理,以致遗留较多的后遗症问题;清创不彻底,清创草率和简单是其主要原因之一,颜面部损伤大部分是因跌撞、车祸等所致,创面中砂砾尘土较多,在冲洗伤口时应尽可能地将异物清除干净,避免形成后期色渍;对于伤口污染较严重,应该多次反复消毒冲洗,将污秽物质彻底清除干净,然后进行修复,尽量使伤口尽快愈合。

3. 社会对面部软组织损伤整形美容修复的需求

社会的文化素养和经济水平日渐提高。人们对外表的美观

追求愈来愈火热。很多面部没有受伤的人依然会选择整形修复来使面容达到自己满意的程度。因此面部受到损伤的患者对容貌损伤的恐惧已经远远超出了伤痛本身的痛苦。因此,以往临床的一般外科修复方法和手段往往达不到理想的效果。所以进行面部软组织损伤的美容修复是社会发展的必然需求。

将面部软组织损伤按照整形美容修复原则进行修复是社会对美的追求的必然结果,在处理患者创口时,采用高科技手段以及微创技术进行整形美容修复后,患者对修复结果的满意度大大增加。患者在修复时,皮缘缝合无张力,对于患者浅层皮肤使用的是可吸收缝线,从患者的外观上考虑,调整伤口的走向和部位,并对患者的创口进行无瘢痕处理。患者在进行整形美容修复时,应遵从专家选择合适的外科方法进行修复,通过医学科技手段最大程度上减少患者面部器官移位和畸形的情况,在临床上具有极为重要意义,值得推广。

结语:面部软组织损伤修复是对每个患者都影响深远的一件事情,患者在求医过程中应该注意选择医院,避免因医疗水平达不到要求给面部造成无法挽回的伤害。在选择整形修复方法时,也应多多采纳专业医师的建议,选择适合患者自身的治疗手段,不能凭借自己的个人偏好盲目就医接受治疗。

【参考文献】

- [1] 赵作勤,王旭霞,张君等.面部软组织外伤美学修复220例临床分析[J].临床口腔医学杂志.2006(08).
- [2] 王志强,丁德生,刘洋,位容芬.面部软组织损伤的整形美容修复[J].中国美容整形外科杂志.2008(04).
- [3] 俞珊,袁冰峰,王俊华.面部外伤急诊整形修复临床初探[J].中国美容医学.2010(03).
- [4] 肖建华,刘海潮,常红等.颜面部软组织外伤的急诊美容修复[J].中国美容医学.2010(07).
- [5] 谢利平.面部急性皮肤软组织损伤的整形外科处理[J].医学信息(上旬刊).2011(04).

原发性胃恶性淋巴瘤内镜诊断体会

周和荣

(襄阳市第一人民医院消化内科B区 441000)

【中图分类号】R730.4

【文献标识码】A

【文章编号】2095-1752(2015)33-0370-02

原发性胃恶性淋巴瘤(PGML)约占胃恶性淋巴瘤5%,胃恶性淋巴瘤发生在淋巴组织最多部位是胃肠道。据Danson等人标准,原发性胃肠道恶性淋巴瘤必需符合下列条件:(1)全身浅表淋巴结不大,即或有肿大但病理不能证实为恶性淋巴瘤;(2)、白细胞总数及分类正常;(3)、胸片表明无肿大胸骨后淋巴结;(4)、手术时证实病变局限于胃肠道及引流区域的淋巴结;(5)、正常的肝、脾。其胃镜下表现与胃癌、胃溃疡及其相似。胃镜下活组织检查常出现假阴性,临床漏诊、误诊率较高。现就我院2010年至2014年胃镜、病理检查、超声内镜检查确诊为原发性胃恶性淋巴瘤的7名患者,进行回顾性分析。

1. 一般情况

本组7例患者,男5例,女2例,最终均经胃镜及病理检查证实为PGML,符合原发性胃肠道恶性淋巴瘤的诊断标准。临床主要表现:上腹部疼痛4例,黑便2例,呕血1例,其中有1例患者有恶病质表现。

2. 胃镜下表现

本组患者在胃镜检查时病变发生在胃窦部2例,胃角1例,胃体3例,胃体、窦均累及者1例、侵及胃窦、幽门球部者1例。溃疡型5例,溃疡在2.0×2.0cm左右1例,呈类圆形,覆黄苔,周边粘膜水肿。2例不规则溃疡,大小超过2.0×2.0cm,基底不平,呈颗粒样及结节样增生,附白苔,边缘不齐,2例为多发性溃疡,呈类圆形或不规则形,基底附白苔,部分周边呈堤样隆起,肿块型2例,呈不规则结节状或肿块样,肿物与周边分界不清,触之易出血,表面有糜烂,部分覆黄苔1例。

3. 讨论

PGML是原发于胃粘膜下层淋巴滤泡的恶性肿瘤,绝大部分为B淋巴细胞来源,T淋巴细胞型PGML较罕见,后者属高度恶性,本组资料病理检查及免疫组化的结果提示7例中仅1例为T淋巴细胞瘤,其余6例均为B淋巴细胞性,CD20(+),LCA(+),与相关报道符合,所有年龄组均可发病,男女比例1.13:1,男