

好, 工作人员和公众的环境安全, 但是个别车体两侧最大辐射水平为 29.28 μ Gy/h 应引起足够的重视; 由表 2 可见 13 台移动式车载 X 射线机机房面积平均为 4.73m², 13 台移动式车载 X 射线机机房内均无通风设备。

表 2 13 台移动式车载 X 射线机机房面积和通风情况

序号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
面积(m ²)	4	5	4	5	6	5	3	3	5	5	4	6	5
通风设备	无	无	无	无	无	无	无	无	无	无	无	无	无

3 讨论

防护水平评价指标的探讨 目前国家法规和标准中尚无按辐射剂量率评价某些场所防护水平的评价指标, 因此对评价检测结果带来困难。笔者认为可参照国家规定的放射工作人员和公众的剂量限值^[5]评价。标准规定, 放射工作人员年剂量不超过 20mSv(在规定的 5a 内平均), 公众年剂量不超过 1mSv。辐射防护剂量水平的检测评价可采用剂量约束值(一般取剂量限值的十分之一), 即工作人员不超过 2mSv 公众不超 0.2mSv。由于车载 X 射线机使用负荷具有季节性不均衡特点, 根据实际年工作负荷, 按平均检查 1 000 病人/月, 15s/病人(以上数据由使用单位提供), 12 月/a 计算, 全年检查时间(ψ)=每月扫描病人人数 \times 每个病人扫描时间 \times 12 月, 即: 1 000 \times 15 \times 12=50h。利

用因子(U)取 1; 居留因子(T)工作人员取 1; 车外公众取 1/4。则工作人员工作位剂量率=工作人员年剂量/(全年扫描时间(ψ) \times U \times T)=2 000/(50 \times 1 \times 1)=40 μ Sv/h; 公众环境剂量率=公众年剂量/(全年扫描时间(ψ) \times U \times T)=200/(50 \times 1 \times 1/4)=16 μ Sv/h。即 40 μ Sv/h 和 16 μ Sv/h 可分别做为评价工作人员和公众环境辐射水平的参考。但在实际应用中, 应按照辐射防护最优化原则, 根据实际情况, 灵活掌握。若以此标准评价此 13 台移动式车载 X 射线机的检测结果^[6,7], 则有 3 台需加强两侧的防护。

参考文献:

[1] GBZ 138-2002 医用 X 射线诊断卫生防护监测规范[S].
[2] GBZ 130-2002 医用 X 射线诊断卫生防护标准[S].
[3] GB18871-2002 电离辐射防护与辐射源安全基本标准[S].
[4] 刘玉贵, 李文银. 流动高千伏 X 射线摄片车工作场所及周围环境辐射水平调查. 海峡预防医学杂志, 2002 8(2): 56.
[5] 张丹枫, 赵兰才. 辐射防护技术与管理. 广西民族出版社.
[6] 程俊良, 贾成铁, 王筑燕. 黄山市医用诊断 X 射线机防护监测结果分析. 预防医学文献信息, 1998 4(3): 263.
[7] 胡江明, 唐礼勤. 42 台医用诊断 X 射线防护监测结果分析. 中华放射医学与防护杂志, 1996 (3): 186.

(收稿日期: 2006-03-02)

【工作报告】

试论医患关系的模式

王思红, 郭会越, 宋艳丽, 于美丽

中图分类号: R811 文献标识码: D

在医学心理学和医学社会学中, “医患关系”指的是在医疗过程中, 医生和患者相互之间的特定关系。现在国内外广为引用的医患模式是萨斯(Szas)和荷兰德(Hollander)所提出的, 这种理论被广泛应用于临床医学心理学之中。

1 医患关系的基本模式

按萨斯(Szas)和荷兰德(Hollander)所提出的医患模式分类理论, 在实行医疗措施的决定和执行中, 医生和病人的相互关系, 各自所处的地位是主动的、还是被动的、以及主动性大小如何, 按医生的主动性由大到小、病人的主动性有小到大, 依次分为三种基本模式。

1.1 主动与被动型医患模式 医生在给予患者疾病的治疗中, 医生是完全占有主动性的, 而病人是完全被动的。医生的权威不会受到质疑, 病人不会提出任何异议。这种模式常见于确有严重的伤残或先天性残疾, 并有生理功能障碍的病人, 这类患者往往迫切希望、期待医生为他们治疗或手术, 恢复起码的生理功能, 对外形美有一定的要求, 但稍低。在治疗措施的决定中, 完全听从医生的意见, 易形成遵医行为, 接受医生指导, 能耐受手术痛苦, 对治疗或手术效果, 哪怕是微小的改进, 都感到非常满意。这种医患关系在外科等其他专业中是最常见的类型。

1.2 引导与合作型医患模式 医生与患者在决定治疗措施中均有主动性, 但医生仍具有权威性, 医生的意见会受到病人的尊重, 但病人可以提出疑问, 可以寻求解释。这种模式常见于一些要求整形、美容的患者, 他们因外伤或先天性因素而致残, 虽然无明显的生理功能障碍, 但确有外貌丑陋、形体不美, 严重

损害了患者的心理健康。这类患者最显著的特点是迫切希望矫正外露部位的残疾。由于他们对容貌和形体有强烈的自卑感。对外形美的要求比第一类医患模式要高些, 但还是比较合情合理的。在这种情况下, 医生应注意调整患者对治疗或手术的期望值, 与病人沟通审美标准, 进行有效的心理治疗, 能起到事半功倍的作用。如先天性上睑下垂患者, 在求医治疗的过程中, 术前, 医生往往会把几种治疗方案及效果告诉患者, 并提出最佳手术方案, 病人往往会提出各种各样的问题, 但最终还是按照医生的意见接受治疗。

1.3 共同参与型医患模式 医生和患者之间, 关系是平等的, 双方都是主动的, 对医疗措施的决定与实施, 双方的权利是平等的。这种模式常见于一些要求美容的患者, 虽然病人的外貌、形体尚属于正常的标准范围, 但患者自觉形貌不美, 影响了心理健康, 这种“病人”实际上没有病理变化。大量资料表明, 由于外貌丑陋, 可导致心理障碍, 甚至造成心理变态。因此, 这类“病人”往往主动找医生, 提出自己对美的追求和渴望, 在这种情况下, 医生根据患者自身的先天条件, 可按照医患共商的原则, 沟通审美标准, 提出治疗措施, 在允许变化的幅度范围内, 取得医患都满意的效果。如重睑术的患者。在手术方法的选择及重睑外形方面, 都是本着医生和患者共同认可的前提下, 取得两者都满意的效果。

2 医患模式的特殊性

著名的心理学家弗雷德森(Freidson)曾对萨斯(Szas)及荷兰德(Hollander)医患关系的基本模式作过补充, 他认为从医患关系双方考虑, 还应有病人指导医生的合作模式, 甚至是病人主动、医生被动的模式。一般认为, 在实际工作中, 确实有些病人以权势或财力来迫使医生听从于他, 可这种情况总不能算是

一种正常的医患模式,故一般不予考虑成立。但是在临床医疗工作中,这种医患关系在某些情况下,属正常存在的一种,这并不是因为病人的权势和财力,而是由医务人员所服务对象的特殊性所决定的。例如,由于职业的需要,象一些演员、外事人员、教师等,为了舞台形象的塑造,为了事业上的进取,不惜忍受皮肉之苦,寻求医生为他们进行整容,他们主动求医,提出要求、条件,在整容医生的努力下,经面部除皱、眼袋去除及脂肪抽吸等,使容貌焕然一新。这种医患关系的存在,可以说是病人指导医生合作模式的体现。随着人们文化素质的提高,生活水平的不断改善,特别是人的审美标准的提高,这会对医疗美容事业提出越来越高的要求,这类“病人”也会越来越多。医疗美容的目的不同于传统的治疗,它是美化自身,满足较高层次

的心理需求,获得社会的承认和赞许,而传统的治疗性手术,只是满足较低层次的心理需求,解除病痛的折磨,获得求生的安全感。因此,鉴于服务对象及治疗目的的特殊性,从理论上讲,存在这种医患模式的特殊性亦是合情合理的,当然,这并不是意味着医生任意听从患者的要求,而是在治疗技术条件和患者自身条件允许的情况下,还应注意患者的精神、心理状况是否异常,患者的审美心理是否正常,以保证治疗的成功。

总之,我们对医患模式的探讨,是为了从医学心理学的角度出发,更好地把握医患关系,特别是在当今整个生物医学模式转向生物、心理、社会医学模式的时代,注意医患模式的研究,是对医疗事业发展的巨大推动。

(收稿日期: 2007-01-15)

【工作报告】

利用医院 H IS系统创建简易 PACS系统的方法

铨 克,苏秀红

中图分类号: R814.49 文献标识码:

在信息技术不断应用于医院管理的今天,影像信息的管理已成为医院不能完全信息化的障碍,解决这一问题的最好方法是医院上 PACS系统,但作为基层医院,往往存在资金不足,无法实现这一愿望。我院就是这种情况。我们根据现有状况,充分利用现有的计算机、和网络设备,搞了一个简易的 PACS现将该方法介绍如下。希望能对我们情况类似的医院有所启发。

1 设备

- (1)本院有局域网(HIS)一个,放射科CR一台、CT室有CT机一台、图像工作站一台,将他们组成一个小的局域网。
- (2)在互联网上下载一个图像阅读软件我们用的是 XIPH O D V 0 9将他们安装到各科室。
- (3)用放射科的计费工作站作为图像工作站和医院 HIS 的桥接点,使他们互联。

2 方法

- (1)将计费工作站作的主机安装两个网卡,一个 IP网段的设定为图像工作站的 IP段网,另一个设定为 HIS 的 IP网段。经过以上的工作,图像工作站就通过计费工作站与 HIS 联通,可以进行数据交换了。
- (2)在计费工作站的主机上建立两个文件夹将其属性设为共享,一个命名为临时图像文件夹,一个命名为图像库文件夹。有当班技师负责将图像工作站数据传送到计费工作站的临时图像文件夹,在下班时将临时图像文件夹的数据转移到图像库文件夹以备近期查看。
- (3)在各科的工作站上利用 XIPH O D V 0 9观看临时图像文件夹或图像库文件夹的图像。具体方法是打开 XIPH O D V 0 9——选择列队(见图 1)——选择装载——选择 XIPH O D 小箭头下拉列表——选择网上邻居(见图 2)——选择放射科——打开——选择临时图像文件夹或图像库文件夹打开(见图 3),这样就生成了一个病人列表,从列表中选择自己想看的病人的图像。
- (4)通过以上,临床医生就能在自己的科室里和在放射科、CT室一样观看图像库文件夹里的 CR CT片了,并能根据自己兴趣观看需要的兴趣区,以利于对疾病的诊断,并可做一些图像后处理,如:增强、硬化、着色等等。

3 讨论

作者单位:济南市第二人民医院,山东 济南 250001



图 1



图 2



图 3

该方法经济实用操作简单,不需要医院另外增加新的贵重设备就可,实现 PACS的作用,为医院节省了一大笔资金。其临床医生观看图像的效果,同正规的 PECS系统大致相同。不具备完整的 PACS系统的功能,不能提供长时间的在线图像。图像传输速度相对较慢。总之该方法对那些现在还不具备经济实力购买 PACS系统的医院,又想实现 PACS系统功能的来说,是一个不错的方法。

(收稿日期: 2006-12-12)