

开设介入放射病房是学科发展和疾病诊治的需要

汪永平 耿文华

我国介入放射学经过十多年的发展,已基本形成一个较为完整的诊断治疗体系。为使这一先进技术能更好的发挥优势,为更多患者服务,我院介入放射科医师经过“临床—医技—临床”的发展经历,证明介入放射科医师应该而且必须直接管病床。以下报告我院发展介入放射技术的历程,以提供借鉴并求有关专家赐教。

我院是一所 400 张床的县级医院,放射科医技人员 6 人,另加一名聘请的专家做顾问,放射诊断工作量是很大的。过去本院中高档医疗设备少,加之边疆地区经济不发达,每年有许多病人因经济困难不能到上级医院诊治而耽误病情,鉴于此,我院通过送出去学习,聘请专家进来的方法于 1992 年 2 月通过改配日立 DR-125AB 型 500mA 胃肠 X 线机与经修复西门子 240mAX 线机联于一体开展介入放射技术。基层医院放射科人员少和介入放射工作量不大,不可能成立介入专科病房,初期作介入诊治的病人住院管理采用所谓“共管病房”模式(见《介入放射学杂志》1996,5:108)。但由于领导支持,科室间合作良好,开展工作起步顺利,取得一定成绩,并逐步配制了快速换片机、高压注射器、800mAX 线机、CT 机等,并正在筹备购买数字减影设备。

正是由于新设备的添置,人员紧缺并进行重新调整于 1993 年 8 月起放射科医师只作介入放射技术诊治,病人回临床各科观察治疗。这样住院病人分散,放射科工作量大,而介入放射医师与病人接触减少,术前对病人解释说明不够,病人及家属对介入技术缺乏了解及信任而转变为害怕,而不乐意接受介入操作,再加之医

院各科室经济管理中出现一些问题,致使接受介入放射技术诊治的病人逐渐减少,到 1995 年度出现严重困境,最长一次 3 个月无 1 例病人接受这一先进技术的诊治。

在领导关心支持下经多方努力又在过去合作的消化内科设立了不固定介入病床,放射科医师可在门诊直接收住病人并完成从入院到出院的全部具体工作,并在放射科主任领导、临床科主任指导下完成病人观察治疗。病历质量及三级查房制由临床科主任负责、指导、检查。这是一种把介入放射诊治的病人插入到临床科中,在保证病人诊治安全的同时由临床科给放射科培养临床型介入放射医师的一种有效方式。这种方式从 1996 年 5 月开始运作,经过 3 个月时间接受介入放射技术诊治的人次为 1995 年全年总数的 3 倍多,还开展了急诊介入放射工作。

通过直接管病床使工作开展顺利,又通过直接管病床使工作在困难中有了转机。实践证明直接管病床有利于介入放射工作的开展,有利于丰富介入放射医师的临床经验,增强责任心,每日两次查房使医患关系融洽,取得病人信任,可及时解决对诊治有影响的社会、心理问题,增强自信心,有利于病人得到安全有效的治疗、观察和康复,同时还可根据病人经济条件选择合适的治疗方案,这更符合现代医学模式的需要。

当然直接管床会增加工作量,但它可丰富临床经验、增加知识提高业务素质,只有在掌握全面的专业知识和技能、丰富的临床经验,方可更好的为病人服务,造福更多病人。