



图 4 传输流程图

2 结 果

此技术能够传输所有 DICOM 格式文件,并且能把 DICOM 影像文件及其信息存储在数据库中方便医师调阅。借助本技术可以帮助用户传输大量医学影像文件信息,并且可以帮助医师迅速获取到所需的医学影像以便实施下一步诊治。而且医学影像的传输功能也会直接影响到 PACS 系统的应用质量,全院性 PACS 系统把医院影像数据存储到医学影像服务器,供临床科室的医师调阅使用,有时也需要把 PACS 中的影像数据送回影像设备工作站做影像处理分析,甚至 PACS 中的影像数据还需要与外面进行远程会诊,因此医学影像传输功能将直接影响到 PACS 系统的应用效果和质量。此研究工作作为 PACS 系统进一步全面开发奠定了基础,同时也对医院信息化建设有着重要意义。实验表明本文所设计的医学影像传输系统能够满足医院的需求。

在内蒙古包头市部分三甲医院、专科医院的配合下,该技术已在实验研究和基础理论研究领域取得了一定的阶段性成果,为进一步深入研究提供了许多富有参考价值的结论和

• 卫生管理 •

医院-社区-家庭三级干预模式对提高老年 2 型糖尿病患者治疗依从性影响研究*

王 唯,李 情[△],李 锋

(重庆医科大学公共卫生与管理学院 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.050

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)13-1659-03

糖尿病(diabetes mellitus,DM)是由于胰岛素相对或绝对不足及靶细胞对胰岛素敏感度降低所致的一种内分泌代谢疾病,多由遗传和环境因素共同作用所致^[1]。可引发血糖、脂肪和电解质代谢的紊乱,最终导致高血糖^[2]。国际糖尿病联盟提出了糖尿病防治的 5 项措施:教育、饮食、运动、药物和自我监测^[3],这也体现了血糖控制的多元化。临床上依赖药物血糖达标者仅占小部分,很多患者因对糖尿病认识不足而没有规律的生活

数据。

3 讨 论

DICOM 标准是第一个在医学影像传输领域被广为接受的国际标准,并且已经成为所有医学影像系统所必须符合的关键之一。本文介绍了 DICOM 标准中通讯部分的主要内容,分析了基于 DICOM 标准的医学影像网络传输过程,根据 DICOM 标准实现了医学影像的网络传输功能,并且提出了一种新的医学影像网络传输结构模型,详细阐述了该过程的设计思路。本文通过大量资料和现实调研最终提出了医学影像网络传输技术。该技术在实际使用中取得了良好的效果,能够方便、快捷地实现传输和存取的功能,有助于提高医院工作效率,具有一定的推广意义。

参考文献:

- [1] 田捷,包尚联,周明全. 医学影像处理与分析[M]. 北京:电子工业出版社,2003:270-273.
- [2] 吕晓琪,邓争光,杨立东. 基于 DCMTK 实现 DICOM 医学影像文件与常见格式的转换[J]. 实用放射学杂志,2010,26(2):268-271.
- [3] 吕晓琪,刘溢淳. DICOM 网络通信协议分析以及基于 DCMTK 的储存服务类的实现[J]. 内蒙古科技大学学报,2009,28(3):221-225.
- [4] 甘昕艳. 基于 DICOM 在 PACS 医学影像系统中设计与研究[J]. 微计算机信息,2009,25(34):128-129.
- [5] 陈衍斯,李彬,田联房,等. PACS 中 DICOM 图像传输与存取系统的设计[J]. 生物医学工程研究,2008,27(2):103-106.
- [6] 师为礼,宋野,颜雁. 基于 DICOM3.0 标准的医学图像传输的研究与实现[J]. 长春理工大学学报:自然科学版,2008,31(1):121-123.

(收稿日期:2013-10-18 修回日期:2014-01-22)

* 基金项目:重庆市社会科学规划基金资助项目(2010QNZH31)。

作者简介:王唯(1986-),在读硕士,主要从事社会医学与卫生事业管理的研究。

[△] 通讯作者, Tel:13628333440;E-mail:345931006@qq.com。

受住院治疗,出院后于社区进行随诊的 120 例老年 2 型糖尿病患者,分为试验组和对照组,每组 60 例。全程共有 30 例医务工作者具体参与了对 120 例老年 2 型糖尿病患者的悉心指导和跟踪随访等,对患者的有效随访率达到 100%。所有患者中,男 62 例,女 58 例,年龄 61~82 岁,平均(69.78±8.61)岁。独居者 15 例,与配偶居住者 73 例,与子女居住者 32 例。小学及以下学历 52 例,中学学历 37 例,大专及以上学历 31 例。病程 9 个月至 22 年,平均(6.97±2.41)年。2 型糖尿病的诊断,依据 WHO1999 年制订的糖尿病诊断标准。所有患者在住院期间经口服药、胰岛素等强化治疗后血糖均控制达标,另外患者住所均可于 20 min 内从社区步行到达。两组患者在性别、年龄、血糖、住所等方面的差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 排除标准 患者存在应激状态;心功能 II 级以下;无自我行动能力;无糖尿病足、严重眼底病变等严重并发症;曾使用过糖皮质激素,有急性慢性胰腺炎者;肾功能不全者;居住处离社区较远者;脑血管病变严重[5]。

1.3 方法 对 2010 年 6 月至 2012 年 3 月间出院后于医院社区门诊随诊的 120 例老年 2 型糖尿病患者进行跟踪随访,试验组从医院、社区、家庭 3 方面对患者及患者家属进行健康宣教、互动和护理,对照组则按照常规方式进行治疗。记录三级干预方法及患者治疗依从情况、血糖控制情况、再住院次数等。最终将所有资料汇总,并对记录结果进行整理和统计分析,以评价三级干预模式对患者治疗依从性的具体影响程度。具体步骤,对照组予以常规治疗与护理,在住院期间对其进行简单的糖尿病宣教,出院时嘱咐其按照指导进行糖尿病控制。实验组:(1)疾病知识普及:由于大部分 2 型糖尿病患者平均文化程度较低,年龄较大,多有健忘、固执等问题,在进行知识普及时主要以护理工作宣教知识为主,为患者及家属详细讲解糖尿病知识。(2)饮食干预:控制饮食是控制糖尿病病情的必要手段,在制订饮食干预措施前先与患者进行了必要的全面沟通,询问了患者之前的饮食喜好,并对患者进行了基础的营养搭配教育,使患者及家属了解饮食的不当之处;营养师根据患者的体质指数和血糖情况为再住院患者制订个性化的饮食搭配表。(3)运动干预:嘱咐患者控制体质量,浮动不能超过标准体质量的 20%;具体运动方式以步行为主,鼓励其逐渐增加运动强度,如进行慢跑、快走、太极拳等。(4)用药干预:在宣讲疾病知识外还增加了部分药物使用方法培训,使患者了解不同药物的正确使用方法和剂量,指导患者进行正确的注射程序。(5)自我监测干预:建议患者及家属购买家庭自测血糖仪和血压计,进行正确的使用方法培训,并定期电话提醒患者及家属注意在固定的时间和条件下进行测量,排除病情波动带来的影响,并做好自测记录,借此分析血糖、血压变化与时间、饮食、用药的关系,使干预对健康起到更有利的影响。在 2 年随访期内每 2 周由专人进行电话跟踪随访、做好详细记录,并告知患者及患者家属可以随时来电咨询;提醒患者按时进行胰岛素注射治疗、合理饮食、适当运动、定期进行血糖自我监测、依照访视日期回社区复诊,督促患者于每月最后 1 周的周五上午回社区进行糖尿病相关知识培训讲座,平均每次 20 min。

1.5 评价指标 治疗依从性分为依从和不依从,具体内容包括合理饮食、适当运动、规律用药、自测血糖和血压、复查频率等,另外在随访期间定期检测患者的空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(PBG)和糖化血红蛋白(HbA1c)等指标。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 15.0 软件对数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t

检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者依从性比较 试验组在进行三级干预、治疗后依从性各方面均较对照组明显提升,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

项目	依从性	对照组	试验组	χ^2	P
合理饮食	依从	24(40)	57(95)	56.23	<0.01
	不依从	36(60)	3(5)		
适当运动	依从	21(35)	52(86.7)	49.38	<0.01
	不依从	39(65)	8(13.3)		
规律用药	依从	32(53.3)	58(96.7)	47.16	<0.01
	不依从	28(46.7)	2(3.3)		
自测血糖	依从	22(36.7)	53(88.3)	47.15	<0.01
	不依从	38(63.3)	7(11.7)		
自测血压	依从	27(45)	54(90)	39.07	<0.01
	不依从	33(55)	6(10)		
复查频率	依从	30(50)	59(98.3)	42.25	<0.01
	不依从	30(50)	1(1.7)		

2.2 两组患者平均血糖控制情况 试验组在随访期间多次检查的血糖水平指数平均值明显低于对照组,2 年内再住院次数也明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

项目	对照组	试验组	t/χ^2	P
FBG($\bar{x}\pm s$, mmol/L)	9.09±1.33	7.09±1.33	7.28	<0.05
PBG($\bar{x}\pm s$, mmol/L)	11.84±3.61	7.95±2.68	8.31	<0.05
HbA1c($\bar{x}\pm s$, %)	10.58±2.38	6.42±1.47	9.15	<0.05
2 年内再住院次数(n)	37	6	11.23	<0.05

3 讨 论

糖尿病是一种终身性疾病,它与冠心病、癌症并称为人类生命的三大杀手;如果血糖长期控制不良,可引起眼部、肾脏、心脑血管、神经系统疾病及感染等多种严重并发症,致残率及病死率极高。而随着中国人口老龄化程度越来越严重,老年糖尿病患者这个特殊人群的数量也越来越庞大,因此,更需要特殊的关爱。而治疗依从性是指患者行为与治疗和健康指导保持一致的程度;患者患病后血糖控制的好坏、生存时间的长短、生活质量的高低都直接取决于治疗依从性的好与差[6-7]。虽然患者在住院期间普遍接受过简单的糖尿病宣教及护理,但至今仍大量患者认为对血糖的控制只是依靠药物,并不重视护理干预和生活方式的调整。绝大多数糖尿病患者治疗依从性差、自我管理能力强,血糖长期处于不达标状态,这对其生活与健康都产生了较大的不良影响,也对中国紧缺的卫生资源造成了极度的浪费[8]。

医院-社区-家庭三级干预模式在国外已经受到广泛重视,并被逐渐运用于慢性病的管理和防治。三级干预模式中医院干预主要指的是对患者的前期血糖水平控制及对再住院患者的治疗,家庭干预主要涉及自测、饮食等细节问题,但患者能否

真正提升治疗依从性,还需要复诊时社区对患者的持续指导和基本知识普及等,因此,社区干预是三级干预中的重点,也是联系医院和家庭的重要桥梁。三级干预模式主要是通过强化社区职能,加强医院、社区、家庭三者间的联系,以此发挥整体最大功效。本研究结果显示:与对照组相比,“医院-社区-家庭”三级干预模式能够明显提高糖尿病患者治疗依从性,使得患者在饮食管理、运动管理、用药管理、血糖监测、接受健康教育等方面的认知程度得到提高,并促使其行为发生改变,实现血糖的有效控制和减少再住院次数^[9]。并且,三级干预模式在提高患者治疗依从性和自我控制能力的同时,还强化了社区和家庭在慢性病防控中的作用,加强了医院、社区、家庭三者之间的合作和联系,整合了各方资源,使得医院、社区、家庭管理实现无缝对接,相得益彰,进一步优化了卫生资源的配置与管理,减少了卫生资源的浪费^[9]。此外,它还能够真正把医疗服务的工作重点从“治”提升到“防”的层次,进一步充实完善中国公共卫生服务体系,提高卫生服务公平性^[10]。

总之,糖尿病严重威胁中国庞大老年群体健康和生命,探索有效的管理和防控措施非常必要。本研究充分显示了医院-社区-家庭三级干预模式对提高老年糖尿病患者治疗依从性及防治效果的巨大作用,并且该模式还进一步优化了卫生资源配置、提高了卫生服务公平性,因此,很有必要进行推广。然而,本研究中,医院-社区-家庭三级干预模式尚存在某些操作性和规范性的欠缺;如能进一步对该模式进行补充完善,必将开启中国糖尿病乃至慢性病防治的新篇章。

参考文献:

- [1] 刘玉萍,刘晓丽,周付华,等. 医院-社区-家庭护理干预模式
· 卫生管理 ·

式对老年糖尿病患者低血糖昏迷的影响[J]. 重庆医学, 2010,39(14):1901-1903.

- [2] 张晓倩. 医患沟通技能对糖尿病患者治疗依从性的影响[J]. 中国医学伦理学,2008,10(5):49-50,55.
- [3] 侯桂梅,张晓. 老年糖尿病低血糖症的发病特点与预防[J]. 中国全科医学,2005,8(8):666-667.
- [4] 王伟文. 影响糖尿病患者药物治疗依从性相关因素临床分析[J]. 上海医药,2009,30(3):133-134.
- [5] 孔桂花,林少玲,荣丽红. 护理干预对社区糖尿病患者自我管理能力的效果评价[J]. 护理管理杂志,2009,9(3):38-40.
- [6] Fu D,Fu H,Mcgowan P,et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai,China:randomized controlled trial[J]. Bull World Health Organ,2003,81(3):174-182.
- [7] 刘军祥,叶运莉,李爱玲. 糖尿病患者药物依从性影响因素调查[J]. 现代预防医学,2007,34(14):2670-2671.
- [8] 陆璐,王烈. 应对方式和自我效能对糖尿病患者治疗依从性的影响[J]. 中国初级卫生保健,2008,22(3):75-77.
- [9] 刘晓明,房彦红,张淑彩,等. 社区护理干预对糖尿病患者遵医行为的影响[J]. 中华护理杂志,2001,36(4):31-33.
- [10] 李锋,伍林生. 重庆市两种村级卫生组织管理体制模型的应用研究[J]. 重庆医学,2013,42(9):1039-1041.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2014-01-15)

构建等级医院评审工作组织体系的实践与体会

曾 燕,范 可

(重庆医科大学附属第二医院院长办公室 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.051

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)13-1661-02

中国首次等级医院评审距今已有 20 余年,共评审一、二、三级医院 17 708 所,占到当时中国医院总数的 26.4%。其间经历了实施、总结、暂停、再研究等几个阶段^[1-2]。为了全面推进医药卫生体制改革,积极稳妥地推进公立医院改革,逐步建立中国医院评价体系。并通过科学、客观、准确的评审医院,使医院各项管理规范化、标准化、制度化,从而不断提高医疗质量,保证医疗安全,改善医疗服务,满足人民群众多层次的医疗服务需求^[3-4],2011 年 4 月卫生部陆续印发了《三级综合医院评审标准(2011 年版)》(以下简称“标准”)及实施细则和《医院评审暂行办法》,正式拉开了中国第二周期医院评审工作的序幕。与第一周期相比,2011 版标准及实施细则不再鼓励超规模扩张,新增社会评价的内容,加大了日常评价比重,更加强调“质量、安全、服务、管理、绩效”等核心内容和基础质量管理^[5];积极引导医院的发展方式从规模扩张型向质量效益型转变,管理模式从行政化粗放管理向科学化信息化精细管理转变,投资方向从医院基础设施等硬件建设向学科建设人才培养、提高待

遇等软件内涵建设变化;在评审标准、评审流程、评审工具等方面均有大幅度的提升。新的评审标准的出台,在科学、客观、准确评价医院管理水平,指导加强内涵建设,持续改进医疗质量,保障医疗安全,提升医院运行效率等方面发挥了积极的推动作用^[6]。

针对本次等级医院评审(以下简称“评审”)重点突出,考核要素清晰,检查方法多样,紧贴医院实际工作,强调职能部门的监管、工作的持续改进及多部门协作等特点。为了使准备工作顺利、有序的开展,通过反复学习实施细则和研究讨论,结合本院具体情况,在工作开展前期,制订了本院评审工作方案,构建了评审组织体系,并在准备过程中不断对评审组织体系进行调整、补充,为顺利通过评审打下了坚实的组织基础。

1 评审组织体系特征要求

由于评审结果直接关系到整个医院的生存和发展。同时,工作量大,需要对实施细则进行反复学习、研究,并根据评审要求开展工作,持续整改。4 年一周期的复评检查也要求工作需