

不同的时程特点.

INPC 中,虽然非病毒载体的瞬时转染效率不如病毒载体高,但经过抗性筛选可极大提高外源基因的表达,如 INPC/EGFP 细胞株 EGFP 的阳性率可高达 95%. 这是因为 INPC 是大 T 抗原转化细胞,质粒可在细胞中复制,所以易于筛选出高表达外源基因的

稳定细胞克隆. 本研究中,EGFP-C1 质粒转染 INPC 后,EGFP 表达迅速而持久,可反映细胞形态的全貌,能在活细胞中直接观察,具有操作简便、可视性强并且不需要外源底物等优点<sup>[5-6]</sup>. EGFP-C1 质粒导入 INPC 后,不影响其前体细胞特性,且分化后的细胞不仅胞体而且细小的突起仍可发出较强的绿色荧光. 因此,EGFP 可作为 INPC 良好的示踪手段.

综上所述,本研究证实 Lipofectamine 2000 可高效转染 INPC. EGFP 是 INPC 理想的示踪方法之一. 这为神经前体细胞在基因治疗中的运用及其移植后的示踪技术奠定了基础.

【参考文献】

[1] 高峰,田玉科,杨辉,等. 猿肾病毒 40 大 T 抗原基因永生 化大鼠神经前体细胞株的构建[J]. 中华麻醉学杂志, 2005, 25(8):597-600.

[2] 高峰,田玉科,杨辉,等. 增强型绿色荧光蛋白基因在永生 化大鼠神经前体细胞株的表达[J]. 第四军医大学学报, 2006, 26(3):215-217.

[3] De Smedt SC, Demeester J, Hennink WE. Cationic polymer based gene delivery systems[J]. Pharm Res, 2000, 17(2):113-126.

[4] Ewert K, Ahmad A, Evans HM, et al. Cationic lipid-DNA complexes for non-viral gene therapy: Relating supramolecular structures to cellular pathways[J]. Expert Opin Biol Ther, 2005, 5(1): 33-53.

[5] Heim R, Cubitt AB, Heim RA, et al. Improved green fluorescence [J]. Nature, 1995, 373(6516):663-664.

[6] 李美山,张成,陈松林,等. 绿色荧光蛋白和成肌调节因子在 骨髓基质干细胞中的共表达[J]. 第四军医大学学报, 2006, 26(9):813-817.

编辑 杨湘华

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)07-0592-01

特别护理记录 3500 份缺陷分析与对策

姚茹,申彬

(解放军第 451 医院空勤科,陕西 西安 710054)

【关键词】特别护理,记录,缺陷,分析  
【中图分类号】R25 【文献标识码】B

1 一般资料 随机抽查我院 2000/2005 年特护记录 3500 份,其中内科和外科各 1600 份,儿科及妇产科各 150 份. 对上述 3500 份特护记录中的缺陷发生率,分析其原因,并提出对策. 结果显示特护记录中的缺陷内容总结为 10 类(表 1).

表 1 特护记录 3500 份缺陷分类

缺陷内容	出现份数	发生率 (%)	排序
1 一般项目漏填或不规范	325	10.83	9
2 日期、时间记录不全	218	7.26	10
3 体温、脉搏、记录不全	413	13.76	8
4 主诉、症状、体征描述欠准确	819	27.30	3
5 医学术语运用不得当	1102	36.73	1
6 病情变化记录不全或不规范	1091	36.36	2
7 特殊护理、药物治疗、给药方法记录不全	789	26.30	5
8 治疗效果及反用记录不全或欠妥	815	27.10	4
9 错、别、漏字、涂抹、刮擦	712	23.73	6
10 出入量总结欠准确	561	18.70	7

2 讨论 护理记录是护士在护理活动的过程中,对住院患者的病情、护理措施及效果的客观记录. 护理记录分为一般护理记录和特别护理记录<sup>[1-2]</sup>. 特别护理记录是重要的护理文件之一,是临床护士对危重、抢救、大手术后需要严密观察病情患者的症状、主诉、出入量、病情动态变化、饮食、用药、治疗反应及生命体征等真实的记录. 它为医生的诊断、治疗提供重要的依据,对保证医疗、护理质量,提高抢救成功率,总结、积累科研资料,提高专业水平和医院发展有着重要意义. 因此,很有必要掌握特别护理记录的要求,达到及时、准确、真实、完善,内容简明扼要,医学术语应用确切,体现出医院的护理文件水平. 特别护理缺陷原因有:①认识不明确,重视程度不够;②敷衍了事,不认真对待,不愿在文字上下功夫;③观察病情不仔细,不能正确、详尽地描述病情;④缺乏文字组织能力,不能很好的进行归纳,不能如实的反映病情的特点;⑤症状描述杂乱,三言两语即感到“无话可写”;⑥专业理论水平差,对病情变化不能做出正确判断,胸中无数;⑦缺乏独立思考能力,机械执行医嘱,不能正确理解治疗的意图;⑧对患者的治疗反应缺乏详细的观察;⑨对患者的文化水平、生活习惯、社会职业、心理活动了解甚少,认为了解上述情况是医生的事,与自己无关,没有认识到这些内容对患者的诊治至关重要,也是做好护理工作不可缺少的内容之一;⑩工作粗糙,轻视护理文书书写,缺乏高标准,严要求.

【参考文献】

[1] 卫生部. 国家中医药管理局病历书写基本规范(试行) [S]. 卫医发[2002]190号 2002-2-7.

[2] 王颖,陕海丽,王兰.《医疗事故处理条例》的实施有利于强化护理文书的规范性[J]. 实用护理杂志 2003, 19(2):62.

编辑 许昌泰