

沉淀时中最高,Fn 是一种高分子糖蛋白,具有多种生物学功能,对细胞生长、黏附、消炎、促进创面愈合都有重要作用,临床应用日趋广泛^[1]。其促进创面愈合的机制为,一方面 Fn 提供上皮细胞黏固的物质结构基础,另一方面其提高单核巨噬细胞系统功能产生抗感染、消炎作用,为上皮细胞修复创造条件。Fn 人工合成尚未成功,但成分输血的全面推行提供了获得途径。血浆 Fn 处于可溶状态,可以结合、黏附于细胞表面及间质,达到创面愈合的治疗效果。

由于血浆冷沉淀制剂来源容易,对腺腺切除术后后的愈合有明显的促进作用,使用方便,值得在基层医院推广使用。

参考文献

[1] 马印图,李莉华.冷沉淀的临床应用现状[J].华北国防医药,2003,15(2):129-130.

(收稿日期:2010-06-19)

296 例急性缺血性脑卒中的误诊分析

赵良兵,王化东(江苏省睢宁县人民医院 221200)

【摘要】 目的 探讨基层医疗机构对急性缺血性脑卒中不正确的诊治情况。**方法** 依据目前我国的脑血管病防治指南,对江苏省睢宁县人民医院 2009 年 1 月至 2010 年 1 月收治的 296 例在乡镇及社区初步治疗的急性脑梗死患者不正确的诊治作回顾性分析和评述。**结果** 绝大多数患者没有得到正确的诊治。**结论** 在基层医疗卫生机构加强中国脑血管病防治指南的宣讲和推广,使急性缺血性脑卒中早期得到合理的诊治非常必要。

【关键词】 急性缺血性脑卒中; 中国脑血管病防治指南; 基层医疗机构; 错误诊治

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.054

中图分类号:R743 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)22-2525-02

中国是脑血管病的高发国家,据统计我国每年新发病例 250 万,每年死于脑卒中 150 万,现有病例 700 万,约 2/3 留有不同程度的残疾。因此正确的诊治和预防极为重要。虽然国家的卫生部门投入大量的人力和财力,制订了一系列的诊疗指南及专家共识,但很多是针对专科医生,所以很多基层医院的医生,特别是乡镇社区医生不了解或知道甚少,而他们是健康教育及防治的重要力量,笔者就 2009 年 1 月至 2010 年 1 月本院收治的急性脑梗死患者 560 例,其中在乡镇社区初步诊治的有 296 例,占 52.86%。根据 2005 年的《中国脑卒中防治指南》^[1]及《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2]的相关内容,就笔者了解到的不规范的治疗作评述,目的是提高基层卫生机构的诊治水平,使急性脑梗死患者得到合理正确的诊治,减少其病死率及致残率。

1 甘露醇的使用不规范

233 例(78.38%)患者使用甘露醇,其中 212 例(91.38%)首先予 20%甘露醇静点,且甘露醇用量过大、用时过长。脑梗死后是否使用甘露醇主要依据临床类型,尤其是病灶大小、脑水肿的程度来决定。对于小梗死、腔隙性梗死不需要使用。应用甘露醇脱水后加重了高渗状态,从而使病情进一步加重导致梗死进展。且大剂量、长时间使用还可引起电解质紊乱、肾功能衰竭、酸中毒等。因此建议在较大面积的脑梗死患者使用。

2 高血压的控制不当

112 例(37.84%)患者予心痛定(硝苯吡啶)含服或利血平肌注等使血压下降过快,易导致患者的病情加重。急性脑梗死后梗死区局部脑血流自动调节功能缺陷,使缺血半暗带血流更依赖平均动脉压。血压升高是机体代偿性反应,故不主张积极降压治疗,以便维持适度的脑灌注压。因此,对以往有高血压史者,控制收缩压的标准为 180 mm Hg,舒张压为 100~105 mm Hg。反之,以往无高血压者,轻度血压升高(收缩压 160~180 mm Hg,舒张压 90~100 mm Hg)是有利的,但是血压极度升高(收缩压大于或等于 200 mm Hg;舒张压大于或等于 110 mm Hg)是进行早期治疗的标准。脑血管病合并高血压

的处理原则是:(1)积极平稳控制过高的血压。(2)防止降血压过低、过快。(3)严密监测血压变化,尤其在降血压治疗过程中。(4)降血压宜缓慢进行,因为此类患者的血压自动调节功能差,急速大幅降血压则易导致脑缺血。(5)降血压要个体化治疗,因为每个患者的基础血压不同,对原有降血压药物敏感性不同,以及合并其他不同的疾病等。(6)维持降血压效果的平稳性,一般主张采用长效降血压药物。(7)在降血压过程中应注意靶器官的保护,尤其是脑、心、肾。因为有些患者随着血压的快速下降会出现神经功能恶化,所以应避免舌下含服硝苯吡啶和其他能导致血压迅速下降的降压药。

3 阿司匹林使用不规范

296 例患者有 78(26.35%)例使用阿司匹林,其中阿司匹林剂量大于或等于 150 mg/d 仅 15 例(5.06%)。因基层医院大多不具备溶栓的条件,故对无明确禁忌症的缺血性脑卒中患者应尽早给予 150~300 mg/d。急性期后(2~4 周)可改为 50~150 mg/d 的预防量。

4 不重视短暂性脑缺血发作(TIA)

296 例患者中有 43 例(14.53%)初期为 TIA 样发作,未能给予正确的评估和规范的治疗。主要误区是低估、误判、无急诊意识等。TIA 出现早期卒中的风险,7 d 内为 8%,30 d 内为 10%,90 d 内为 10%~20%(平均为 11%),而急性卒中 90 d 卒中复发的风险为 2%~7%(平均 4%)^[3]。中国脑血管病将 TIA 定义为由颅内血管病变引起的一过性或短暂性、局灶性脑或视网膜功能障碍,不遗留神经功能缺损症状和体征,CT、MRI 检查无责任病灶。临床症状一般持续 10~15 min,多在 1 h 内,不超过 24 h。脑梗死和 TIA 的区别点是 CT、MRI 检查有无责任病灶。有人提出 1 h 的概念,主要是为了强调脑梗死的早期处理。事实上,如果较严重的局灶型症状超过 1 h 而无缓解或继续进展,就具有了再灌注治疗的适应证。而如果症状持续超过 1 h,但此刻已开始减轻,即使的确是脑梗死,也不适合溶栓,其抗栓治疗与 TIA 没有实质的不同。TIA 患者应尽早予阿司匹林抗血小板治疗。推荐剂量为 50~300 mg/d。

5 不能正确判断病情及预后

171 例(57.77%)CT 检查后因不能正确认识其病情及预后而回当地治疗。很多脑梗死患者早期症状不重,且呈渐进性发展。而早期 CT(24~48 h 内)、MRI(6 h 内,非 DWI 序列)可以正常或仅显示腔隙性梗死(且大多为陈旧病灶)而认为患者病情不重,治疗不积极,往往丧失了治疗最佳时机甚至导致严重的后果。

6 使用地塞米松降低颅内压

72 例(24.32%)患者使用地塞米松降低颅内压。皮质类固醇激素可以减轻脑水肿,但易引起感染、升高血糖、诱发应激性溃疡,故多不主张使用。

7 脑梗死急性期使用葡萄糖液

296 例患者,其中有糖尿病病史者 79 例,其余 217 例均使用了葡萄糖液。脑梗塞急性期不用葡萄糖的理由是:(1)葡萄糖能够通过血脑屏障,进入梗塞区,从而增加梗塞区的渗透压,加重脑水肿;(2)脑组织需要葡萄糖有氧代谢释放能量,梗塞区(主要是缺血半暗带)缺血、缺氧,葡萄糖不能进行有氧代谢,而进行无氧酵解,产生乳酸,在局部形成乳酸酸中毒,加重神经系统功能损害,导致病情加重,所以不能用葡萄糖,尤其是 10%、25%、50%等高渗糖。除非血糖在 2.8 mmol/L 以下时使用。

循证医学指南 A 级推荐急性脑梗死首选治疗措施为 3h 静脉应用组织型纤溶酶原激活剂(tPA)治疗^[2]。因多种原因目前急性脑梗死接受溶栓治疗的患者远不足 1%,另外我国“九五”攻关课题的随机双盲研究结果已经证实,脑梗死患者发病 6 h 内尿激酶静脉溶栓治疗是安全可靠的。因这一结果没有得到足够的重视,且医患双方因过于担心其继发出血而难以实行。所以在基层医疗卫生机构加强中国脑血管病防治指南的宣讲和推广,使急性缺血性脑卒中早期得到合理的诊治非常必要。

参考文献

[1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007.
[2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
[3] Johnston SC. Short-tem prognosis after emergency department diagnosis of TIA[J]. JAMA, 2000, 284(5): 2901-2906.

(收稿日期:2010-06-16)

全自动微板法血型鉴定的影响因素分析

李进才,毛学锋(广西壮族自治区玉林市中心血站 537000)

【摘要】 目的 了解全自动微板法血型鉴定的影响因素。方法 使用 Tecan 公司生产的 Freedom evo clinical 全自动加样设备和深圳爱康公司生产的 Poseidon 数字血型分析仪做正反血型检测。**结果** 到 2009 年 12 月为止共检测标本 183 599 例,检测结果与报道的正反相符率达 99%,准确率达 100%相符。**结论** 由于血型抗原抗体的多样性、复杂性,抗原抗体效价减弱,亚性型的存在,给正确判定血型带来了很大困难,全自动微板血型法采用自动加样扫描判定,结果自动传输,所以更容易受到各种影响因素的干扰。

【关键词】 微板法; 血型鉴定; 影响因素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.055

中图分类号:R446.1 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)22-2526-02

随着输血技术的发展,全自动微板法血型检测系统由于其快速、高效、经济的特点,已经在各血站广泛应用。玉林市中心血站于 2005 年 11 月起开始使用 Tecan 公司生产的 Freedom evo clinical 全自动加样设备和深圳爱康公司生产的 Poseidon 数字血型分析仪做正反血型检测,到 2009 年 12 月为止共检测标本 183 599 例,检测结果与报道的正反相符率达 99%,准确率达 100%相符^[1],现报道如下。

1 标 本

要求新鲜、无溶血完全抗凝的标本。标本放置过久,可能引起效价降低,不能准确反映结果;溶血标本无法做正定,加样后影响血型仪对结果的判定;不抗凝的标本,由于纤维蛋白凝块的存在,将导致全自动加样仪器无法加样,或者纤维蛋白黏附在加样针上,污染后面的加样结果。标本是试验的第一关,必须保证标本的质量,才能保证后面试验的顺利进行。

2 试 剂

2.1 正定血清 本站目前使用的为长春博德生物技术有限公司生产的单克隆抗 A 抗 B 血清,由于其效价高,本站按 30%比率用生理盐水稀释,反应效果好。如果不稀释,由于抗血清的

高效价,导致反应是细胞凝集成块过大,而影响血型分析仪的判断;如果稀释时,生理盐水过多,则效价太低,导致反应不完全,无法准确判断结果。

2.2 反定红细胞 由于红细胞是活体,试剂红细胞的新鲜程度对血型检测的准确性有着至关重要的影响^[1]。本站目前使用的是上海生物医药有限公司生产的 ABO 反定型红细胞试剂盒,效果比较理想。但有检测者通过做对比试验认为:红细胞越新鲜,血型检测相符越高,自配红细胞使用 3 d 为宜^[1]。从经济角度及实用方面考虑,作者认为自配试剂细胞完全能满足血型检测的要求,并能随时做随时配,保证了红细胞的新鲜,更有利于血细胞分析仪对结果的判定。但在自配试剂细胞应选择抗原性强的 A、B 红细胞,浓度 3%左右为宜,否则容易给酶标仪判读造成困难^[2]。任何试验的试剂都应该在保质期内使用,否则实验结果准确性得不到保证。

3 微 板

微板是正反血型试验的直接反应场所,很容易影响检验结果。本站目前使用的是奥林巴斯的 U 型梯形板,由于其价格昂贵,故多次重复使用。但在使用、清洁洗涤过程当中难免有