

配血不合的原因,采取适当的实验技术以确认引起交叉配血不合的抗体性质,这样才能保证准确安全配血^[5]。对于主侧交叉配血试验阳性,抗体筛查试验阳性的标本,若不能确定抗体的特异性时,可选择交叉配血试验阴性的血液输注^[4]。这样既可以节省时间,同时也可以给临床提供安全有效的血液制品,从而保障患者输血安全,提高输血服务质量。

参考文献

[1] 闫东河,李廷孝,孙福廷,等.反复输血者血小板抗体对血小板输注效果的影响[J].中国输血杂志,2003,16(1):7-8.

[2] 杨丽艳,李剑平. 2-Me 裂解与解决巨球蛋白血症疑难配血 1 例[J]. 临床血液学杂志,2008,21(2):107-108.
 [3] 李长缨,郭一鸣,焦淑贤,等. 输血引起抗-E、抗-C 所致配血不合 1 例[J]. 中国输血杂志,2003,16(4):286.
 [4] 胡丽华. 检验与临床诊断输血分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:102.
 [5] 杨珊. 基层医院疑难配血原因分析及解决办法[J]. 海南医学,2010,39(2):136.

(收稿日期:2011-05-19)

区域性综合医院对成批烧伤患者早期综合救治分析

钟永富, 刘 华, 周定明, 杨静波(重庆三峡中心医院 404000)

【摘要】 目的 探讨区域性综合医院对成批烧伤患者早期综合治疗的方法。**方法** 对三峡中心医院 5 批 56 例烧伤患者实施早期综合救治,即早期补液复苏、早期气管切开、早期创面处理、早期营养支持、早期心理干预等。**结果** 患者治愈 50 例,死亡 6 例,并发症少。**结论** 区域性综合医院充分利用各种医疗资源的优势,对成批烧伤患者实施早期综合救治方案是可行的,效果是满意的。

【关键词】 成批烧伤; 早期救治; 综合救治

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)20-2543-02

本院作为区域医疗中心,经常要收治成批烧伤患者,现对烧伤患者的早期综合救治报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 5 批烧伤患者共 56 例,其中男 49 例,女 7 例,年龄 16~59 岁,烧伤面积 7%~95%。烧伤原因:液化气爆炸 11 例,瓦斯爆炸 10 例,炸药爆炸 13 例,鞭炮爆炸 22 例,合并呼吸道烧伤 33 例、骨折 6 例、颅脑外伤 2 例,爆震伤 6 例,轻中度烧伤 14 例,重度烧伤 23 例,特重烧伤 19 例。

1.2 早期处理 入院后,立即开放静脉通道,大面积烧伤的患者,采用深静脉穿刺置管的方式快速有效地建立静脉通道,参照第三军医大学的补液公式进行补液,根据每一个患者的具体情况作相应的调整。早期气管切开,保持呼吸道通畅,对中重度吸入性损伤的患者进行气管灌洗,必要时使用呼吸机治疗。对创面行简单、多次清创,切开减张,使用外用抗感染。一般患者以胃肠道营养为主,有利于胃肠功能的早期恢复,对于重症患者以及有复合伤的患者,早期以静脉营养支持为主。利用本院区域性综合医院的优势,由精神科的心理咨询师组成心理干预小组,针对不同的患者逐一制定心理治疗方案。

2 结果

56 例中因呼吸道梗阻死亡 1 例,因爆震伤心肺衰竭死亡 3 例,脓毒血症死亡 2 例,死亡率 10.71%,治愈率 89.29%。

3 讨论

3.1 成批烧伤的特点 成批烧伤是指同一致伤原因同时引起 10 例以上或严重受损超过 5 例者^[1]。成批烧伤有着突发性、紧急性、复杂性、严重性以及领导的关注性、社会影响性大的特点,在救治过程中需要大量的人力、物力、财力,在早期救治过程中往往容易发生混乱,存在这样或那样的缺陷,治疗效果较散发病例差,但随着救治水平的提高,尤其早期及时正确的救治,使成批烧伤的救治效果有了较大的提高。

3.2 预案的制定与实施 区域性综合医院是该区域的医疗中心,是救治成批烧伤的主要医疗机构,平时制定好救治预案非

常重要,接警后立即通知医院相关领导启动救治预案。抢救工作一般由院长或分管副院长担任领导小组组长,负责指挥院内的抢救工作并协调院外的各种关系,因成批烧伤事故发生后牵涉的部门较多,甚至可能影响社会的和谐和稳定。成立多个救治小组,每组由一名年资较高的医生负责。科主任指挥各治疗小组的工作,并与院内药房、血库、检验科、功能科等各科室协调关系。护士长负责护理工作,准备病房、烧伤所需的物质设备,与后勤、设备科协调关系。

3.3 病情的初步判断和分类 由科主任或高年资的医生对每一个患者逐一查看,对病情做出判断,并对患者进行轻中、重、特重分类,作出治疗先后顺序的安排,按先重后轻的原则进行治疗。对复合伤的救治要具体分析病情,诊断明确后立即处理,但处理上以短时间、操作快、减少损伤和抢救生命为主^[2]。

3.4 治疗方法

3.4.1 早期补液纠正和防止休克 休克是早期死亡原因之一,正确的补液可快速纠正休克和防止休克的发生。成批烧伤患者中不同程度地存在延迟补液的情况,要在短时间内进行快速补液,纠正血容量不足。有脑外伤、脑水肿的患者,在补液同时需要使用 20% 的甘露醇进行脱水,必要时使用糖皮质激素,合并爆震伤的烧伤患者早期死亡率高,主要是心肌受损严重、肺水肿明显,心肺功能明显下降,与烧伤补液治疗相矛盾,所以在大量补液的同时,一定要注意心肺功能,需使用西地兰等强心药物和脱水剂,否则,易发生心肺功能衰竭死亡。

3.4.2 早期气管切开 吸入性损伤、呼吸道梗阻是烧伤早期死亡的原因之一。因喉头水肿严重,气管插管困难,故宜行气管切开。气管切开是保持呼吸道畅通最有效的手段。对吸入性损伤的患者,气管切开要突出一个“早”字,气管切开的指征,不宜控制过严,存在呼吸道梗阻、呼吸衰竭、合并有心肺爆震伤的均可行气管切开,有利于呼吸道的管理,有利于气管的灌洗。作者认为合并面颈烧伤的轻度呼吸道损伤,尽管无明显呼吸道梗阻,也应作为成批烧伤患者气管切开的指征。本组病例中就

有一例合并面颈烧伤、烧伤面积只有 7% 的患者,入院时并无声嘶、咽疼、呼吸道梗阻等症状,在伤后 20 h(入院后 18 h)于夜间睡觉时因喉头水肿突发窒息死亡的惨痛教训。

3.4.3 早期创面处理 早期创面处理是减轻创面感染促进创面愈合的重要手段。对于成批烧伤的早期创面处理,以快速简单清创为主,因患者较多,简单清创所需时间短、人力少,不影响其他治疗,对补液抗休克治疗以及复合伤的处理无影响。简单清创后如不满意,以后可再次清创,在清创过程中对创面的大小、深度再次作出较准确的评估,以便后期的手术安排。成批烧伤宜采用暴露疗法,可节省大量的人力和物力。

3.4.4 早期营养治疗 早期营养治疗对提高患者机体的抵抗力、促进创面的愈合有重要的意义。我们早期请营养科的营养师会诊,针对每一个患者制定出个性化的营养方案。对于无腹胀、无恶心、无呕吐、无并发症的患者伤后立即可进少量流质饮食,如无反应,可逐渐加量,以要素饮食为主。

3.4.5 早期进行心理干预 临床医生对大的突发事件的心理干预往往不够重视,随着认识的提高,现逐渐加强。国内外的多方研究证明,重大灾害后精神障碍的发生率为 10%~20%,

而且多在灾难发生后 3~6 个月内发生^[3]。因此,对于成批烧伤的患者进行早期的心理干预有重要的临床意义和社会意义。本组病例中部分患者因突发的爆炸事故有恐惧感,有的患者得知有亲人、朋友、同事在同一事故中死亡,心理压力大,有的患者因面部烧伤,担心容貌被毁,有的截肢(指)致残,感到悲观,患者情绪不稳定,这急需进行早期的心理干预。对本组患者进行早期心理干预,取得了较好的效果。对治愈患者进行 1~2 年的随访,无一例出现精神障碍。

参考文献:

[1] 方之扬. 烧伤治疗手册[M]. 3 版. 上海:上海科学技术出版社,1987:9.
[2] 靖靖寰,罗家旭,张艳,等. 成功早期救治批量烧伤的“五早”方案[J]. 中国当代医药,2009,16(3):78-79.
[3] 宋立新,张田勤. 突破 SARS 重围:危机的对应与处理[M]. 北京:科学技术文献出版社,2004:36-37.

(收稿日期:2011-05-27)

血清淀粉酶两种测定方法医学决定水平值测定

张正飞(江苏省射阳县中医院检验科 224300)

【摘要】 目的 探讨用碘-淀粉比色法测定的血清淀粉酶 500 苏氏单位与用 EPSG7 法和 CNPG3 法测定的对应值。**方法** 取碘-淀粉比色法测定的高值血清稀释至 500 苏氏单位,分别用碘-淀粉比色法、亚乙基-NP-麦芽糖庚苷法(EPSG7)法和 CNP-麦芽三糖法(CNPG3)法测定,取均值,进行相关和回归分析,通过回归方程计算对应值。**结果** 以碘-淀粉酶比色法为比较方法,EPSG7 法和 CNPG3 法相关系数(*r*)与回归方程分别为 $r=0.978, Y=1.47X-169$; $r=0.952, Y=1.24X-92$ 。**结论** 通过计算,EPSG7 法和 CNPG3 法、对应碘-淀粉比色法测定的血清淀粉酶 500 苏氏单位的值分别为 565、528 U/L。

【关键词】 淀粉酶; 碘-淀粉比色法; 医学决定水平

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)20-2544-02

血清淀粉酶测定是急腹症诊断与鉴别诊断常用的检验项目,随着技术不断的发展,淀粉酶测定出现了一系列的检测方法,并出现了相应了参考值。现多以碘-淀粉比色法测定结果超过 500 U(Somogyi)为诊断急性胰腺炎的重要依据^[1-2]。本文以碘-淀粉酶比色法医学决定水平值为参考,将亚乙基-NP-麦芽糖庚苷法(EPSG7 法)和 CNP-麦芽三糖法(CNPG3)测定结果与之比对,间接测定出这两种方法相应的医学决定水平值,现报道如下。

1 材料与与方法

1.1 仪器 Beckman CX4 生化分析仪,已正常进行保养和定期校准。

1.2 试剂 EPSG7 法和 CNPG3 法淀粉酶试剂,分别为中生北控生物科技股份有限公司和上海科华生物股份公司生产的试剂盒及配套使用参数;碘-淀粉比色法淀粉酶试剂按卫生部推荐的方法自配^[3]。

1.3 方法 所用试剂与仪器等组成的测定系统进行室内质控与室间质控,质控结果在允许范围。取碘-淀粉比色法测定高值血清 30 份,根据淀粉酶测定结果,将淀粉酶浓度稀释至 500 苏氏单位,然后分别用碘-淀粉酶比色法、EPSG7 法和 CNPG3 法测定 10 次,取其均值。EPSG7 法和 CNPG3 法测定结果分别与碘-淀粉酶比色法进行比较,进行相关和回归分析,通过回归方程计算碘-淀粉酶比色法为 500 苏氏单位时对应的 EPSG7

法和 CNPG3 法测定值。

2 结果

碘-淀粉酶比色法、EPSG7 法和 CNPG3 法测定结果均值见表 1。EPSG7 法与碘-淀粉比色法比较,相关和回归分析结果为: $r=0.978, Y=1.47X-169$ 。CNPG3 法与碘-淀粉比色法比较,相关和回归分析结果为: $r=0.952, Y=1.24X-92$ 。

表 1 碘-淀粉酶比色法、EPSG7 法和 CNPG3 法测定血清淀粉酶结果均值

标本号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
碘-淀粉法	531	517	512	486	498	524	502	475	486	525
EPSG7 法	610	592	586	541	565	596	571	514	540	596
CNPG3 法	568	552	541	514	525	559	528	481	506	557

续表 1 碘-淀粉酶比色法、EPSG7 法和 CNPG3 法测定血清淀粉酶结果均值

标本号	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
碘-淀粉法	456	495	510	521	515	481	470	485	490	501
EPSG7 法	503	561	578	591	592	539	530	541	549	570
CNPG3 法	471	531	539	556	558	503	497	501	510	529