

性范围,尤其是高值部分进行评价,以确定试剂盒的质量状况。作者通过对试剂的上机测定参数进行调整,以普通的高值样本实现了检验试剂盒测定特别高值样本的能力。现报道如下。

1 材料与方

1.1 仪器与试剂 全自动生化分析仪为日立 7180。试剂采用中生北控公司生产的胆固醇液体双试剂盒和 Roche 公司生产的胆固醇液体单试剂盒。二者各自使用自身配套的校准品。

1.2 方法

1.2.1 样本准备 以临床上较易获得的浓度为 8 mmol/L 左右的样本作为浓溶液母液,使用生理盐水稀释出 0.8、0.6、

0.4、0.2 的浓度梯度来,以生理盐水作为 0 mmol/L 样本。

1.2.2 设定分析参数 中生试剂为:分析方法 2 Point End/反应时间 10 min/波长 600~505 nm/读数点 16~34/试剂 1 (R1)120 μL/试剂 2(R3)60 μL/样本 3.6 μL/校准类型 Linear/Point 2/Span Point 2/STD(1)Conc 0.00 样本 1.8 μL/STD(2) Conc * 样本 1.8 μL/单位 mmol/L。Roche 试剂为说明书提供的分析参数。

2 结 果

不同稀释度的样本测定结果见表 1。

表 1 不同稀释度的样本测定结果

样本	Roche 质控 1 T=2.67	Roche 质控 2 T=4.58	0.9%NaCl	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
Roche	2.62	4.62	-0.01	1.615	3.32	4.965	6.60	8.06
中生	5.195	9.07	-0.005	3.245	6.595	9.795	13.12	16.33
中生/Roche	1.98	1.96	-2.01	1.99	1.97	1.99	2.03	-

注:-表示无数据。

3 讨 论

一般来说,样本的检测用量应该与校准品的检测用量一致,这样样本的检测结果即为该检测项目的实际浓度。通过将样本的检测用量调整为校准品的检测用量的 2 倍,即可实现样本测定结果的翻倍效果。对上述数据进行处理,中生试剂的线性相关系数 R 为 1,线性相对偏差小于 ±1%。因此试剂盒的线性范围高值要远大于试剂盒本身标注的 12.93 mmol/L,试剂盒在进行高值样本测定时其结果的准确性是可以得到保证的。这种方法对于速率法等试剂同样适用。但是需要注意的是,如果样本的增加量足以导致反应体系发生较大的变化,那

么测定结果就会出现较大的偏差。因此通过选取合适的样本增加比例,使用较易获得的高值样本就可以方便地考察出该试剂盒测定更高值样本的能力,完成对试剂盒线性范围的初步评价。

参考文献

[1] 韩志钧,黄志锋,卢业成,等. 临床化学常用项目自动分析法[M]. 3 版. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2005:45.

(收稿日期:2011-12-08)

全程护理包干制对妊娠高血压综合征患者的影响

谢爱梅(湖北省汉川市人民医院妇产科 431600)

【关键词】 全程护理; 包干制; 妊娠高血压综合征

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.089 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1679-02

妊娠高血压综合征(简称妊高征)是孕产妇特有的疾病,多发生于妊娠 20 周以后,产后 2 周,主要病理变化是全身小动脉痉挛,临床表现为高血压、蛋白尿、水肿^[1]。本病严重地威胁着母婴的生命和生存质量,是产科的重要并发症。近年来的调查表明,全国孕产妇六大死亡原因中,排列第 2 位的就是妊高征,因此,要降低孕产妇的病死率必须有效控制和降低妊高征的并发症,除积极的治疗外,妊高症患者的护理非常重要。

本科室自 2011 年 1 月开展优质护理服务以来,对妊高症患者实施全程式护理包干制,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科室 2010 年 1~10 月收治妊高征患者 35 例,行一般护理常规,2011 年 1~10 月收治妊高征患者 30 例,实行全程护理包干制,2010 年 35 例为常规组,2011 年 30 例为对照组,两组的病例均符合文献中的诊断标准^[2]。2010 年 35 例患者年龄 18~48 岁,平均 29.1 岁。其中轻度 20 例,中度 9 例,重度 6 例,先兆子痫 4 例,子痫 4 例;顺产 10 例,剖宫产 25 例。弥散性血管内凝血(DIC)死亡 1 例。2011 年 30 例患者年

龄 19~42 岁,平均年龄 25 岁。其中轻度 15 例,中度 8 例,重度 7 例,先兆子痫 2 例,子痫 1 例,顺产 8 例,剖宫产 22 例。

1.2 方法

1.2.1 分组 常规组实施一般护理常规,定时监测生命体征、胎心音、左侧卧位、降压治疗、一般饮食指导。对照组实施全程护理包干制,要求责任护士对患者从入院护理,病情观察、用药、检查指导和健康教育、家庭及经济等全面分管。

1.2.2 护理方法

1.2.2.1 心理护理 患者入院后责任护士到病房问候患者,了解患者的年龄、文化程度、胎次、心理状况、孕期保健、家庭及经济等情况,根据了解的情况,给予患者心理安慰,同时做好其丈夫和家庭其他成员的工作,要他们多体贴、关心孕妇,不要有性别歧视,同时讲解病症相关知识,让孕妇消除紧张、恐惧心理,保持精神愉快,积极配合医生治疗^[2]。

1.2.2.2 室内环境 尽量放置单人房间,保持室内空气流通,避免一切外来刺激,包括声、光、烟熏等刺激,指导患者左侧卧位休息,维持子宫胎盘正常供血,减轻胎儿宫内缺氧,同时也要

预防肾功能衰竭及脑水肿发生,防止抽搐。

1.2.2.3 症状观察和护理基础 经常巡视病房(手轻、脚轻、说话轻、动作轻),根据医嘱监测体温、脉搏、呼吸、血压、胎心音变化,同时注意观察孕妇有无腹痛、阴道流血、流水,尤其是观察患者呼吸、血压、尿量的变化,倾听患者主诉,有无头痛,头昏、眼花、呕吐、心慌、胸闷等先兆子痫症状,如出现上述症状立即报告医生,同时做好急救药品和器械准备,如有抽搐保持安静,尽量避免刺激,加床栏以防坠床,如出现昏迷,应禁食,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,同时做好皮肤护理,防止褥疮发生。

1.2.2.4 用药期间护理 包干护士应掌握降压药、解痉药、利尿药等药物的性能,用法,剂量及不良反应,并给孕妇讲解,做到产前、产后用药准时、准量,看服到口。

1.2.2.5 饮食指导 缺钙是发生妊高征的一个重要原因,因此产前产后都要给孕产妇饮食指导,三高一低(高蛋白、高钙、高钾、低钠饮食),钠摄入量控制在 5~8 g/d,蛋白质控制在 100 g/d 内,多食鱼、肉、牛奶、新鲜蔬菜、苹果、补充铁钙,少食腌制品。

1.2.2.6 产时护理 阴道分娩患者,由于分娩过程中紧张、恐惧及宫缩腹压增加等均可引起血压升高,可能出现抽搐、昏迷,因此要密切观察产程进展情况,遵医嘱给予降压等治疗措施,剖宫产对重度妊高征是快速有效的治疗手段,能及时解除病因,手术过程应严密观察产妇产血压,血氧饱和度、神志等。

1.2.2.7 产后护理 分娩后多数产妇产病情缓解,逐渐恢复正常,但少数产妇产 24~72 h 仍有发生子痫可能,因此产后血压仍未下降者,婴儿出生后暂离开母亲,禁止家属探视,各种治疗和护理集中进行,减少一切不必要刺激,严密观察血压、尿量、神志、阴道出血等变化,防止子痫和 DIC 发生,并且认真倾听产妇产的主诉,如头昏、眼花等不适。

1.2.2.8 子痫护理基础 应快速投入抢救,置床栏防坠床,取

出活动假牙,头偏向一侧,置压舌板、开口剂入口齿间,防止舌咬伤,所有治疗和护理集中进行,动作轻柔,留量尿管等。

2 结 果

常规组行常规治疗和护理,对照组行常规治疗和包干制护理,两组患者的前发症、剖宫产率、母婴安全,对照组明显优于常规组(表 1)。

表 1 常规护理和包干制护理对比分析[n(%)]

组别	n	并发症	剖宫产	死亡
常规组	35	5(14.28)*	25(71.43)*	1(2.86)*
对照组	30	1(3.33)	22(73.33)	0(0.00)

注:与对照组比较,* P<0.05。

3 讨 论

常规组和对照组的护理均可预防妊高征并发症,减少围产期孕产妇病死率,但是对照组优于常规组,由此可见,妊高征除积极治疗外,还有大量复杂而细致的护理工作,实施包干制责任护理才能完成这些繁杂而细致的护理工作,因此,包干制护理在预防妊高征并发症,降低围产期孕产妇的病死率,降低剖宫产率起了积极重要的作用[2]。

参考文献

[1] 何仲. 妇产科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:71-72.
 [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:99-100.

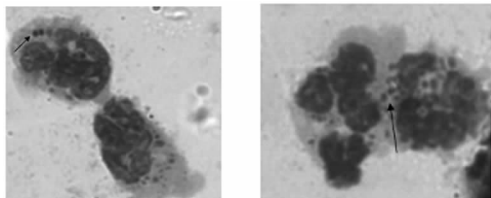
(收稿日期:2011-12-25)

(上接第 1666 页)

菌采血:用乙醇棉球消毒小白鼠尾后,剪断尾尖,将鼠尾断处对准凹玻片凹孔内肝素部位,轻轻搅动混匀(血量约 2 滴);用 1 mL 注射器加 1 滴白色葡萄球菌菌液,充分混匀;将凹玻片置入湿盒内,放 37℃ 温室作用 30 min,期间每隔 10 min 摇匀 1 次;取血-白色葡萄球菌混合液置于洁净的载玻片上,推成薄片,待干;瑞氏染色;镜检观察结果。

2 结 果

如染色结果正确,可见中性粒细胞核及被吞噬的细菌染成紫色,中性粒细胞胞浆为淡红色;可见中性粒细胞胞浆内吞噬有很多白色葡萄球菌(图 1)。



注:→所指为被中性粒细胞吞噬的白色葡萄球菌。

图 1 小吞噬试验结果

3 讨 论

白细胞有多种,这里是指嗜中性粒细胞(又称多形核白细胞)主要功能是摄取和消化异物,特别是通过吞噬作用能杀死和消化病原菌,因此又称为小吞噬细胞[1-2]。小吞噬试验即白

细胞吞噬功能测定试验,是微生物与免疫学实验教学中的一个重要实验。它主要用于观察中性粒细胞吞噬外来微生物和其他颗粒的能力,从而反映机体的自然免疫防御功能。

小吞噬试验的最常用方法是体内法和体外法两种。有文献报道[3],体外法的制片效果明显优于体内法。另外,由于体内法最终需要处死实验动物(小鼠),成本比较高,所以本教研室多采用体外法测定。本实验开设初期采用的实验材料是人血(耳垂或指尖)[1-2]。由于进行操作的同学对医学微生物学与免疫学实验还比较生疏,操作场地(病原生物学与免疫学实验室)经常进行病原生物的实验操作,属于危险系数比较高的场所,为了保证学生的安全,本教研室改进了实验方法,并取得了较好效果。

参考文献

[1] 马立人,张淑杰,裴银辉,等. 病原生物学与免疫学实验教程[M]. 山东:中国科学文化出版社,2004:55.
 [2] 张淑杰. 医学微生物学实验技术[M]. 北京:军事医学科学出版社,2008:86-87.
 [3] 徐珠锦,张薇. 小吞噬试验的两种常用方法对照[J]. 检验医学与临床,2010,7(11):1117-1118.

(收稿日期:2012-03-22)