

动不便甚至丧失行走能力。因而对 RA 患者膝关节的预防和恢复性功能锻炼尤为必要。膝关节的恢复初期,在患者能耐受的痛楚前提下,被动屈伸膝关节和做膝关节摇法,两者交替进行,次数由少到多,幅度由小到大循序渐进;同时配合膝关节手法按摩、热敷。在患者病情好转疼痛减轻后可以适当开始主动运动,包括踢腿运动、跳绳、在有攀扶情况下的深蹲动作等,同样应当在患者不感到痛楚的前提下进行。

**1.4 趾间关节与踝关节** 由于足部不需要进行太过细致的动作,因而趾间关节的恢复主要以按摩疏通气血经络及相关被动运动为主。对于踝关节,初期进行背伸、跖屈、环转等被动运动,在恢复至一定阶段后,可以逐渐过渡到空踩缝衣车、踢毽子等简单的踝关节主动运动。

**1.5 其他关节** 其他关节的功能恢复锻炼同样要遵循从被动到主动、由简到繁循序渐进的原则,同时积极配合对患处的按摩以通经活血,活利关节,缓解肌肉痉挛和增强肌肉强度,长期坚持可收到良好的疗效。

## 2 RA 慢性迁延期的护理体会

许多 RA 患者在急性期、亚急性活动期的症状往往控制得很好,但在慢性迁延期却因为缺乏护理,或者护理不当,造成病情反复,甚至越发严重,难以控制。因此,RA 患者的护理工作应当做到与治疗并驾齐驱,同等重视。在 RA 慢性期,首先是要坚持服药稳定病情;其次,RA 的反复发作,主要是与气候情况、饮食、外界接触等因素有关,所以,对 RA 患者的护理一定要重视上述因素;对于一些有关节外症状的患者,同时还应针对不同病情加以必要的护理。此外,心理调护也是不可或缺的。

**2.1 气候因素** RA 在传统医学上被归为“痹证”。《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至合而为痹。”说明影响 RA 发病或复发的气候致病因素为风、寒、湿三气。因而,对于自身免疫力低下的患者来说,寒冷、潮湿的季节或气温骤变的时候,其护理工作须特别在意。在此期间,一定要做好患者的防寒保暖,远离潮湿的环境,避免或尽量减少外界不利条件的影响。如出门戴好手套、护膝,穿棉袜等,都是对易受累关节的有效保护措施。在条件允许的情况下,应多让患者晒太阳,户外适当运动,有助于患者体质的提高。

**2.2 饮食因素** 饮食方面的护理对于 RA 患者格外重要。RA 患者长期患病,免疫力低下,身体慢性消耗,应指导患者多进食富含蛋白质、维生素和矿物质及含钾丰富的食物。且宜清淡易消化,忌辛辣刺激性的食物<sup>[4]</sup>。此外,还有一些特殊类型

如笋类、海鲜类食物,RA 患者应该不吃或少吃,以防关节内尿酸盐的沉积致使关节疼痛加重或复发。

**2.3 物质接触** RA 患者要时刻注意对外界物质的接触。许多患者均有长期接触冰水等寒冷物质或致敏源的情况。因此,在慢性迁延期调护期间,要严禁患者接触此类物质,防止寒湿之气入侵关节或反复过感染导致病情加重。

**2.4 关节外症状护理** 关节外症状也是 RA 患者护理工作中应该密切留意的方面。很多 RA 患者伴随有皮肤、肺部、心脏、肾脏病变,所以在控制 RA 的同时,还应同时控制上述病变部位;因患者长期服用非甾体抗炎药(NSAID)、糖皮质激素等药物,在服药期间还要非常留意药物不良反应带来的患者各身体部位的情况变化,及时应对突发不适,如在服用 NSAID 期间,可以同时服用质子泵抑制剂等保护胃黏膜的药物,以减少药物不良反应的影响。

**2.5 心理调护** RA 病程漫长,需要长时间服药,而且到了中后期,患者往往出现关节畸形、丧失活动能力。许多患者被 RA 击倒往往是因为在长期治疗、恢复过程中心理产生悲观、抑郁、焦虑的情绪,失去了生活的信念,放弃后续的治疗恢复。因而,护理人员要及时发现患者心理改变,疏导不良情绪,开导患者帮助其树立起战胜疾病的坚定信念,说服其相信并配合医务人员的工作,坚持治疗。

RA 病因极其复杂,到目前为止其治疗仍是世界性难题。各种有效的治疗手段虽然相继被发现或总结,但中后期的恢复和护理仍是治疗 RA 方案中极为重要不可或缺的环节。因此,在积极发现治疗 RA 有效手段的同时,医务人员必须重视和做好 RA 患者的恢复护理工作,尽量减少患者身心的痛苦和折磨,让其拥有战胜疾病的信心与希望。

## 参考文献

- [1] 唐福林. 类风湿关节炎的诊治和预后[J]. 临床内科杂志, 2004, 21(3): 148-151.
- [2] 姚凤祥. 现代风湿病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1995: 597.
- [3] 姚景鹏. 内科护理学[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 289.
- [4] 李玲, 胡玉芬, 杜静. 类风湿关节炎患者的护理体会[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(2): 339.

(收稿日期: 2012-02-20)

# 产后出血防治方法探讨

邱淑英, 陶 鸿(重庆市忠县第二人民医院妇产科 404302)

**【关键词】** 产后出血; 防治; 子宫次全切除; 阴道流血

**DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 090 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1823-02**

产后出血轻者增加产妇痛苦,重者危及产妇生命。现就产后出血的防治方法作以下报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本院 1991 年 1 月至 2010 年 12 月共分娩 8

423 例,其中 178 例发生产后出血。年龄 16~44 岁。平均住院 6.5 d。

**1.2 方法** 专人翻阅 178 例患者的病历资料,按引起产后出血的因素进行归类分析总结。引起产后出血的因素分为:子宫

收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤、凝血功能障碍。

**1.3 判断标准** 出血量的估计采用称重法,失血量(mL)=[胎儿出生后接血敷料湿重(g)-接血前敷料干重(g)]/1.05<sup>[1]</sup>。

## 2 结 果

**2.1 不同分娩方式中产后出血发生因素不同。**178 例发生产后出血。子宫收缩乏力 88 例,其中阴道分娩发生 11 例,剖宫产分娩发生 77 例。胎盘因素 39 例,其中阴道分娩发生 36 例,剖宫产发生 3 例。软产道裂伤 40 例,其中阴道分娩发生 26 例,剖宫产发生 14 例。凝血功能障碍 11 例,其中阴道分娩发生 3 例,剖宫产发生 8 例。

**2.2 治疗及处理** 原则是针对出血原因迅速止血,补充血容量纠正失血性休克及防止感染。子宫收缩乏力 88 例中 77 例为剖宫产术后,其中 1 例因胎盘植入无法剥离、2 例子宫收缩乏力经子宫背带式缝扎、宫腔填塞、缩宫素及止血药物等治疗无效而行子宫次全切除术;阴道分娩中发生 11 例,均有产程延长或胎儿偏大,经加强宫缩和止血药治疗好转。胎盘因素 39 例中 18 例黏连、13 例植入行人工胎盘剥离术后;2 例副胎盘残留;6 例胎膜残留;其中 1 例因胎盘植入处理不当发生子宫外翻行子宫次全切除术。软产道裂伤 40 例给予逐层缝合;对凝血功能障碍者则针对病因进行处理,输入新鲜血、血小板等。

178 例产后出血产妇中 4 例行子宫次全切除术,经积极治疗痊愈出院,随访暂无后遗症。剖宫产产后出血发生率明显高于阴道分娩,而阴道分娩中胎盘因素及软产道裂伤成为产后出血的主要原因,这也揭示阴道分娩处理技术需加强。

## 3 讨 论

产后出血指胎儿娩出后 24 h 内出血量超过 500 mL,为分娩期严重并发症,居我国孕产妇死亡原因的首位,其发生率占分娩总数的 2%~3%<sup>[2]</sup>。产后出血的预后随出血量、速度及产妇体质而异。若短时间内大量失血可致失血性休克危及产妇生命,如长时间休克可致脑垂体缺血坏死,继发严重的腺垂体功能减退——希恩综合征<sup>[3]</sup>。要正确处理产后出血首先是做出正确的产后出血病因诊断及处理,要降低产后出血发生率预防工作是关键。

**3.1 产后出血病因诊断,**依据产后阴道流血发生的时间、量和胎儿胎盘娩出的关系做出初步诊断。如胎儿娩出后阴道流血首先考虑软产道裂伤。如胎儿娩出 10 min 后胎盘未娩出伴阴道流血增多应考虑胎盘剥离不全、嵌顿、黏连或植入;胎盘娩出后常规检查胎盘胎膜是否完整,尤其注意检查胎盘胎儿面有否断裂血管,如有应想到副胎盘残留可能。如胎盘娩出后宫底升高,子宫轮廓不清,应考虑子宫收缩乏力。如持续阴道流血、血液不凝、止血困难时,应结合病史及凝血功能检测作出凝血功能障碍诊断。

**3.2 针对产后出血病因做出正确处理** 处理子宫收缩乏力时

首先排空膀胱、按摩子宫、应用宫缩剂,宫腔纱条填塞等处理,如无效可行结扎或栓塞子宫动脉或髂内动脉。如疑胎盘因素引则立即检查宫腔,如胎盘剥离则取出,如黏连则徒手剥离后取出,如剥离困难切忌强行剥离,以行子宫切除为宜。如为胎膜胎盘残留则行清宫术清除。软产道裂伤处理时按解剖层次对位缝合,缝合第一针时要超过裂口顶端 0.5 cm,不留死腔,彻底止血。宫颈裂伤小于 1 cm 无活动出血者不缝合,如裂伤大于 1 cm 或有活动出血时采用间断缝合,缝合时防损伤膀胱和输尿管。修补阴道和会阴裂伤时避免穿透直肠黏膜。软产道血肿应切开血肿消除积血,彻底止血缝合,必要时放橡皮条引流。正确估计失血量,在针对出血原因止血同时积极抗休克治疗,防治 DIC 发生及处理。疑凝血功能障碍者应排除其他因素引起的出血,按缺啥补啥的原则处理。

**3.3 加强预防工作** 首先加强产前预防,做好孕前期保健工作,消除对妊娠、分娩的恐惧。对合并凝血功能障碍不宜继续妊娠者及时终止妊娠。对有产后出血危险的孕妇应加强产前检查并督促提前到有条件的医院住院分娩,同时加强性卫生及计划生育宣传工作,减少人工流产次数及宫颈疾患。其次是加强产时预防,第一产程重点防治产妇疲劳及产程延长,合理使用宫缩剂和镇静剂。第二产程重点保护好会阴,正确指导产妇用腹压,胎儿娩出遵循 1-1-1 原则,防娩出过快;正确掌握会阴切开术的适应证和时机,接产操作轻柔规范。对宫缩乏力者,在胎儿前肩娩出后(双胎待第二胎儿前肩娩出)缩宫素 10 U 注射,对有产后出血倾向者再予缩宫素静脉点滴维持。第三产程中胎儿娩出后等待 15 min,不宜过早牵拉脐带和按摩子宫;胎盘娩出后仔细检查胎盘、胎膜和软产道。再次是加强产后预防,胎盘娩出后在产房继续观察 2 h,观察一般情况,生命体征、宫缩及阴道流血量,会阴伤口、肛门有无坠胀等。查宫高时应按摩宫底排除宫内积血促进宫缩。准确收集测量产后出血量,若产程中出血量达 200 mL,产后 2 h 内出血量达 100 mL,应积极寻找原因并及时处理。鼓励产妇及时排空膀胱,必要时导尿。协助产妇早期哺乳以反射性引起子宫收缩减少产后出血发生。

## 参 考 文 献

- [1] 戴宏第. 29 例术中失血量计算体会[J]. 中国实用护理杂志, 2009(3): 63-64.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 205-208.
- [3] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 698-700.

(收稿日期: 2012-02-25)

## 不同类型资料的相互转化

如检测 4 名成年人的红细胞平均体积(MCV), 检测结果分别为 73、90、95、112 fl, 即为计量资料; 如按参考范围(80~100 fl)对受试对象进行分类, 可分为降低组(1 例)、正常组(2 例)、升高组(1 例), 即为等级资料; 如具体分类为正常组 2 例, 异常组 2 例, 即为二分类资料, 即计数资料。