

3 讨 论

3.1 腹部外科手术早期咀嚼口香糖可促进肠蠕动,改善胃肠功能。有研究表明,腹部手术受麻醉、疼痛刺激、手术操作和腹腔暴露等因素影响,术后几乎所有患者都会产生不同程度的肠蠕动减弱甚至消失,胃肠功能的恢复需要一定时间^[2]。腹胀严重者使膈肌抬高和运动受限,可引起呼吸困难和影响腹壁切口愈合。同时腹部手术也增加了患者的不适,与需改善患者舒适感理念不符。目前已发现多种手段可以帮助腹部手术后肠道功能恢复,如术后早期活动、肠鸣音恢复前禁食、胃肠动力药物的应用、肛管排气、维持水电解质平衡等^[3]。也有研究显示,咀嚼口香糖有利于结肠癌等肠道手术后患者的肠道功能恢复,且方法简单方便,接受度高^[4]。咀嚼口香糖则是根据假饲原理,利用咀嚼口香糖对口腔的刺激,反射性地引起胃、胰、肝和胆囊活动,促进消化液分泌,从而促进胃肠动力恢复^[5];另一方面,由于患者仅仅是口腔的咀嚼运动,没有食物进入肠管,不会加重胃肠道的负担和引发不良反应^[6]。Tandeter^[7]还猜想,口香糖中的木糖醇等成分可能可以降低手术后肠梗阻的发生。本研究结果发现,在行胆道探查术患者中,实验组患者较对照组患者的肠鸣音和肛门排气排便恢复快,患者舒适感增强。

3.2 在腹部术后患者早期咀嚼口香糖的干预过程中,须重视以下注意事项:(1)腹部手术后早期咀嚼口香糖可促进胃肠道蠕动,减少粘连形成,但不适于发生机械性肠梗阻的患者^[8]。(2)患者有肛门排气并不能说明肠道功能完全恢复,进食时仍应遵循少量多餐、逐渐过渡到正常饮食。(3)加强床旁监护指导,预防误吸。

本研究中咀嚼口香糖的患者医嘱服从度非常好,容易掌握。几乎所有患者都乐于接受,并没有发现因咀嚼口香糖发生的不良反应。相比对照组则因为腹部伤口疼痛等原因,按摩力度不易掌握,医嘱服从性欠佳。胆道探查术后实验组平均 17.6 h 就出现首次肛门排气,36.8 h 出现首次排便,均显著低

于对照组,表明胆道探查术后早期咀嚼口香糖能促进肠蠕动恢复,提早肛门排气、排便时间,增加患者舒适感。

作者认为咀嚼口香糖的实用性较强,可以促进胆道探查术后患者手术后肠蠕动的恢复,提高患者住院期间的舒适度,作为简单、实用、接受度高的一种术后辅助治疗值得推广。

参考文献

- [1] 艾晓辉,黎孝坚,莫军. 内外合治促进腹部外科术后胃肠功能恢复观察[J]. 中国中西医结合杂志,2003,23(6): 25.
- [2] 秦新裕,刘凤林. 术后胃肠动力紊乱的研究进展 [J]. 中华胃肠外科杂志,2005,8(3):193-195.
- [3] 钟楚凤,叶锋,林建江. 咀嚼运动促进直肠癌根治术后胃肠动力的研究[J]. 中华胃肠外科杂志,2009,12(6):632-633.
- [4] Schuster R, Grewal N, Greaney GC, et al. Gum chewing reduces ileus after elective open sigmoid colectomy [J]. Arch Surg,2006,141(2):174-176.
- [5] 姚素. 卫生学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:173-178.
- [6] 刘玉村. 现代重症监护诊断与治疗[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2003:79.
- [7] Tandeter H. Hypothesis: hexitols in chewing gum may play a role in reducing postoperative ileus[J]. Med Hypotheses,2009,72(1):39-40.
- [8] 陈月英,马嫦娥,鲁蓉,等. 早期咀嚼口香糖促进腹部术后患者胃肠功能的恢复[J]. 解放军护理杂志,2010,27(8): 1275.

(收稿日期:2012-11-02)

• 临床研究 •

3 850 例输血患者临床输血不良反应调查分析

黄玉佳,蔡 许,丘 清,陈奎华(广东省深圳市宝安区福永人民医院输血科 518103)

【摘要】 目的 通过临床输血不良反应调查,阐述不同成分用血出现输血不良反应情况,对各类成分用血输血反应发生率进行比较分析,提高临床医护人员对各成分用血输血反应的认识和处理能力。**方法** 对深圳市宝安区福永人民医院 2007 年 1 月至 2012 年 11 月各种血液成分输血后所发生的输血反应进行回顾分析。**结果** 在 3 850 例输血患者中,共发生输血反应 65 例,总输血反应率为 1.69%,悬浮红细胞 1.25%,冰冻血浆 3.75%,血小板 2.50%,滤白细胞悬浮红细胞 0.90%,滤白细胞冰冻血浆 1.80%,冷沉淀 2.50%。血小板与冷沉淀血液制品输血反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$),其他不同血液制品输血反应发生率差异有统计学意义($P<0.05$)。输血次数为 1、2、3 和大于或等于 4 次输血反应构成比分别为 1.45%、1.61%、2.00%和 3.80%,由输血次数引起的输血反应发生率差异有统计学意义($P<0.05$)。有输血史占输血反应的 53.85%,妊娠史占输血反应的 30.77%。输血反应表现类型以非溶血性发热反应最多见,占 64.80%,其次是过敏反应,占 32.60%。**结论** 过滤白细胞血液制品输注能有效降低输血反应发生率,对多次输血的患者,应用过滤白细胞血液制品,以减少输血反应。输血次数越多,输血反应发生率越高。

【关键词】 临床输血; 不良反应; 成分输血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1271-03

输血是临床治疗中一种不可替代的重要手段。输血反应是指在输血过程中或输血后,受血者发生了用原来的疾病不能解释的新的症状或体征^[1-2],包括:溶血性输血反应、非溶血性

发热输血反应和过敏反应等。为进一步了解临床输血不良反应的发生情况,作者对本院 2007 年 1 月至 2012 年 11 月共 3 850 例输血患者输注各种血液制品的输注情况进行调查,以

探讨临床输血不良反应发生率、特点及原因等,并提出合理的预防措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 1 月至 2012 年 11 月本院接受血液制品输注治疗的患者。对其中发生输血反应的 65 例患者进行调查,其中男 23 例,女 42 例,年龄 2 d 至 78 岁。

1.2 方法

1.2.1 血液制品构成悬浮红细胞悬液、血小板、冰冻血浆、滤白细胞红细胞悬液、滤白细胞冰冻血浆、冷沉淀。

1.2.2 输血反应观察 输血后有临床输血反应的患者由临床医生填写《输血反应回报单》,其中包括:发热、溶血、过敏等。在 24 h 内反馈给输血科,输血科派出副高以上技术人员前往临床科室进行会诊,对患者和医生护士进行调查,详细询问及记录反应的症状并给出会诊处理意见。按国家卫生部 2000 年颁布的《临床输血技术规范》附件要求,对发生于输血过程中或输血结束后 24 h 内的输血反应予以诊断并列入统计资料。

1.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析,计数资料率的比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 各种血液制品输注与输血反应发生率的关系 见表 1。各种血液制品输注中输血反应发生率以冰冻血浆为最高,占 3.75%,其次分别是冷沉淀、血小板占 2.50%,滤白细胞冰冻血浆占 1.80%,滤白细胞悬浮红细胞占 0.90%。各血液成分输血反应发生率比较,血小板与冷沉淀输血反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$),其他各血液成分输血反应发生率之间差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 输血成分与输血不良反应的关系

血液制品	输血例数	输血反应数	输血反应发生率(%)
悬浮红细胞	480	6	1.25
冰冻血浆	400	15	3.75
血小板	40	1	2.50
滤白细胞悬浮红细胞	1 440	13	0.90
滤白细胞冰冻血浆	1 050	19	1.80
冷沉淀	440	11	2.50
合计	3 850	65	1.69

2.2 输血次数与输血反应发生率的关系 见表 2。患者输注血液的次数越多,输血反应发生率越高。各输血次数组输血反应发生率差异有统计学意义($P<0.05$),输血次数越多输血反应发生率明显增加。

表 2 输血次数与输血反应发生率的关系

输血次数	输血例数	输血反应例数	输血反应率(%)
1	2 070	30	1.45
2	1 120	18	1.61
3	450	9	2.00
≥4	210	8	3.80
合计	3 850	65	1.69

2.3 输血反应的主要原因 在 65 例发生输血反应者患者中,

35 例有输血史,30 例无输血史,其中 20 例为女性(有妊娠史)。有输血史占输血反应的 53.85%,妊娠史占输血反应的 30.77%,提示免疫仍然是发生输血反应的主要原因。

2.4 输血反应表现类型 表现类型以非溶血性发热反应最多见,占 64.80%,其次是过敏反应,占 32.60%。

3 讨论

临床输血有不可替代的治疗作用,但可能传播传染病,甚至输错血造成溶血性输血反应,还存在其他输血反应风险。国内文献[3]报道输血反应率为 1%~10%。输血反应的类型以非溶血性发热反应和过敏反应为主,分别占 64.80%和 32.60%。发生非溶血性发热反应的原因很多,主要是同种异体白细胞免疫产生白细胞抗体,再次接受输血时,发生抗原抗体反应,激活补体,进一步引起白细胞溶解而释放热源,导致发热反应。另外,血液在贮存期间白细胞活化后及释放的细胞因子,包括白细胞介素和肿瘤坏死因子等,均可导致非溶血性发热反应[4]。输注血小板还会因同种异体血小板免疫产生抗体导致非溶血性发热反应和血小板输注无效等。过敏反应主要与供血浆中的过敏原和受者肥大细胞及嗜碱性粒细胞上的 IgA 抗体有关[5]。本研究结果表明,输血反应发生率为 1.69%,与相关文献报道符合。作者认为主要是由于本院在临床输血工作中严格掌握输血的各种适应证,根据病患的具体需求选择最佳的输血治疗方案,且做到“不输,尽可能少输,要输就输成分血”。同时输血科在接到输血申请后,应结合患者的临床资料,认真做好配血前的抗体筛选,用两种以上介质的方法进行交叉配血,避免了一些弱反应和单一方法漏检的不相合反应。本院患者自 2010 年开始所输血液成分均经过滤除白细胞处理,严格无菌操作,有效降低了输血反应的发生率,所致的输血反应也以非溶血发热反应为多。这与既往较多的临床研究发现去白细胞输血可预防或减少非溶血性发热反应的发生相一致[6]。本次调查发现输血反应者多有妊娠史和输血史。由于妊娠后母体受胎儿血液的免疫刺激,易产生抗人类白细胞抗原抗体,当再次接受含有相应抗原的外来血液时,则会发生抗原抗体反应,引发输血反应[7]。本研究还表明,输注冰冻血浆引起输血反应率最高,而输注滤白细胞的冰冻血浆输血反应率较低,进一步证明了过滤除去白细胞成分用血能有效降低非溶血性发热输血反应的发生率。

据国内文献报道,对某些特殊物质(如鸡蛋、牛奶、尘埃、花粉等)过敏的患者,在输注血浆时易引起过敏反应。另外,多次输血也可使患者产生同种异型抗 IgA,当再次输入相应的 IgA 抗原时,易发生抗原抗体反应,导致过敏反应。本研究结果表明,输注血液制品次数越多,输血反应发生率越高。

总之,为避免由输血所引发的不良反应,在条件允许的情况下应大力开展自体输血,对多次输血的患者,应输注去除白细胞悬浮红细胞,以减少输血反应的发生。

参考文献

[1] 卿文衡,唐显华,吴华. 58 例输血不良反应分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(21):2386-2388.
[2] 李春艳,赵国英,王悦. 输血不良反应的几种类型及其机制[J]. 医疗装备,2006,19(4):48-49.
[3] 高峰. 临床输血与检验[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:193.
[4] 谭斌,秦莉,代波,等. 非溶血性发热性输血反应与 HLA 抗体的相关研究[J]. 中国实验诊断学,2006,10(9):1030-

1031.

[5] 胡丽华. 临床输血检验[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2004:301-303.

[6] King KE, Shirey RS, Thoman SK, et al. Universal leukoreduction decreases the incidence of febrile nonhemolytic transfusion reactions to RBCs[J]. Transfusion (Paris), 2004, 44(1):25-29.

[7] 王燕菊, 蒋学兵, 成海, 等. 235 例输血反应的临床分析[J]. 中国临床医生, 2011, 39(6):50-51.

(收稿日期:2012-10-26 修回日期:2013-01-08)

• 临床研究 •

丙泊酚联合地佐辛及阿托品在人工流产术中的应用

曹 卫(重庆市第五人民医院麻醉科 400062)

【摘要】 目的 探讨丙泊酚联合地佐辛及阿托品在人工流产术中的应用价值。**方法** 收集 2012 年 6~9 月重庆市第五人民医院自愿要求无痛人流流产的患者 200 例(观察组)及 2011 年 1~3 月自愿要求施行无痛人流流产的患者 190 例(对照组)。观察组应用 1~2 mg/kg 丙泊酚联合 2.5 mg 地佐辛及 0.25 mg 阿托品进行麻醉,对照组应用 1~2 mg/kg 丙泊酚联合 0.05 mg 芬太尼及 0.25 mg 阿托品进行麻醉,对两组的麻醉效果及相关指标进行比较。**结果** 观察组有效率为 97.00%,与对照组(88.42%)比较有明显提高,且观察组起效时间为(2.92±1.15)min,较对照组明显缩短,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组用药后血压、心率(HR)、呼吸频率(RR)、血氧饱和度(SPO₂)均有下降,对照组术后平均血压、HR、RR 与术前比较差异有统计学意义($P<0.05$),观察组与术前比较差异无统计学意义($P>0.05$)。苏醒后对照组发生恶心 13 例,呕吐 8 例,头晕 20 例;观察组发生恶心 5 例,呕吐 3 例,头晕 5 例,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 丙泊酚联合小剂量地佐辛及阿托品与联合小剂量芬太尼及阿托品比较,麻醉效果更好,且不良反应更少,值得临床推广应用。

【关键词】 人工流产术; 丙泊酚; 地佐辛; 阿托品; 镇痛

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1273-02

丙泊酚是一种短效静脉全身麻醉药,以其诱导快速、术后苏醒迅速和不良反应少等特点广泛应用于临床。但由于丙泊酚镇静作用强而镇痛作用不足,单纯使用止痛效果较差。地佐辛是阿片受体激动拮抗剂,镇痛效应强。本院 2012 年 6~9 月对自愿要求无痛人流流产的患者 200 例,应用 1~2 mg/kg 丙泊酚联合 2.5 mg 地佐辛及 0.25 mg 阿托品进行麻醉,取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 6~9 月在本院自愿要求无痛人流流产的患者 200 例为观察组,年龄 18~37 岁,平均(22.3±9.5)岁,体质量 42~65 kg。本院 2011 年 1 月至 2012 年 3 月在本院自愿要求施行无痛人流流产的患者 190 例为对照组,年龄 18~38 岁,平均(23.1±9.6)岁,体质量 40~65 kg。所有患者麻醉分级Ⅰ~Ⅱ级,妊娠 5~11 周,无高血压、心脏病、癫痫病史、无药物过敏史,近期无上呼吸道感染性疾病,血压及心电图检查正常。两组患者年龄、体质量、孕周差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者术前均进行常规检查,术前均禁食 6 h,禁饮 4 h,均在 08:00~12:00 实施人工流产术。患者入手术室后即全程监护血压、心率(HR)、呼吸频率(RR)、血氧饱和度(SPO₂)、心电图(ECG),鼻导管给氧(2~3 L/min),两组患者术前均建立外周静脉 22G 通道一路。观察组入室后静脉注射 0.25 mg 阿托品,在消毒会阴的同时,静脉注射 2.5 mg 地佐辛。对照组入室后静脉注射 0.25 mg 阿托品,在消毒会阴的同时,静脉注射 0.05 mg 芬太尼。铺巾后两组均静推缓慢注射丙泊酚 1~2 mg/kg,术中根据人工流产操作情况、时间、患者有无手指颤动,确定是否有无必要追加用量(20 毫克/次),并记录患者注药至睫毛反射消失的时间。术毕前观察宫缩及出血

情况,必要时给予子宫颈内注射或静脉滴注宫缩素 10 U,以增强宫缩、减少出血。术毕清醒后平卧,观察 30 min,无不适即可离院。

1.3 判断标准

1.3.1 麻醉效果 将麻醉效果分为 3 级。优:患者完全无痛,能安静合作;良:患者仅有轻微腹痛,稍微烦躁但能合作;差:患者疼痛明显,躁动,合作困难。优和良合并计为有效。

1.3.2 术中出血量 术中出血纱布用电子秤称质量、术中出血用量杯测量后统一计算。

1.4 统计学方法 采用 SPSS10.0 软件进行统计学处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 麻醉效果 见表 1。观察组有效率为 97.00%,与对照组(88.42%)比较有明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组麻醉效果比较

组别	<i>n</i>	优	良	差	有效率(%)
对照组	190	46	122	22	88.42
观察组	200	62	132	6	97.00*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 术中监测指标 两组用药后血压、HR、RR、SPO₂ 均有下降,但对对照组术后平均血压、HR、RR 与术后比较差异有统计学意义($P<0.05$),观察组术前与术后比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

2.3 麻醉时间及出血量 见表 3。由表 3 可见,观察组起效时间较对照组缩短,差异有统计学意义($P<0.05$)。