

3.1.5 医源性交叉感染 医源性交叉感染主要由医务人员的手及器械引起。医务人员手的污染是十分严重的问题,尤其在患儿多、工作人员少、工作量大时问题更为突出。

3.1.6 环境因素 病房内患者较多,空气不通畅,交叉感染都是造成呼吸道感染发生的因素之一,增加了感染的机会^[8-9]。

3.2 临床对策

3.2.1 防止自身感染 由于新生儿的免疫系统尚有限,无法抵抗感染因素,需要通过母乳喂养、提高患儿的抗体含量和自身免疫力。

3.2.2 减少外界感染 保持病房空气清新,常开窗通气,尽量合理布局,新生儿使用的衣服被套均要严格清洁消毒,奶瓶奶嘴要消毒。医护人员接触患儿前后采取标准预防措施,减少探访人数和次数。

3.2.3 合理使用抗菌药物 抗菌药物使用尽量保持体内正常的生态平衡,避免引起菌群失调及真菌感染。对早产儿常联合应用免疫预防药物来提高自身免疫力。

3.2.4 预防医源性感染 加强医务工作人员的培训,认真做好消毒隔离工作。医疗器械要定期消毒,加强病房管理是控制院内感染的必要措施,工作人员手卫生制度落实情况等。发现问题,采取有效措施,可有效降低新生儿医院内感染^[10-11]。

本次调查结果显示,65 例新生儿院感病例中,其中呼吸道感染、消化道感染、皮肤软组织感染居前 3 位,其他为脐部感染、眼部感染、泌尿道感染及颅内感染。医院感染与胎龄($\chi^2=458.38, P<0.05$)、出生体质量($\chi^2=451.25, P<0.05$)、侵袭性操作($\chi^2=320.15, P<0.05$)及住院时间($\chi^2=420.16, P<0.05$)呈明显相关性。胎龄小于 37 周、体质量小于 2.5 kg、出生后接受侵入性操作以及住院时间超过 8 d,造成获得医院感染的概率将明显增加。

综上所述,胎儿周龄、出生体质量、侵袭性操作及住院时间可作为新生儿院内感染的相关因素。在明确相关危险因素的前提下,为降低新生儿医院感染,积极采取临床对策,可有效降低新生儿的医院感染率。

参考文献

[1] Navoa JA, Berba R, Galapia YA, et al. Device-associated

infections rates in adult, pediatric, and neonatal intensive care units of hospitals in the Philippines; International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) findings[J]. Am J Infect Control, 2011, 39(7): 548-554.

[2] 范晓丽. 新生儿科院内感染的认识以及防治[J]. 中国实用医药, 2011, 6(1): 270-271.

[3] Romanelli R, Anchieta LM, Mourao MV, et al. Risk factors and lethality of laboratory-confirmed bloodstream infection caused by non-skin contaminant pathogens in neonates[J]. J Pediatr (Rioj), 2013, 89(2): 189-196.

[4] 马丽霞, 王莹. 新生儿院内感染及感染性肺炎的研究进展[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(15): 1839-1841.

[5] 苗亮, 闫素珍. 新生儿院内感染危险因素及对策[J]. 实用医药杂志, 2012, 29(5): 447-448.

[6] 郭少丽. 新生儿院内感染致感染性休克 10 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2012, 2(2): 317-318.

[7] Mansour M, Bendary S. Hospital-acquired pneumonia in critically ill children: Incidence, risk factors, outcome and diagnosis with insight on the novel diagnostic technique of multiplex polymerase chain reaction[J]. Egyptian J Med Human Genetics, 2012, 13(1): 99-105.

[8] 汪青, 刘素球. 环境因素对母婴同室中新生儿院内感染的影响[J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 25(14): 1079-1080.

[9] 温绍霞, 周军. 新生儿科院内感染病原菌分布与耐药性调查[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(15): 1864-1866.

[10] 叶爱彬, 罗淑媚, 范杏娇. 新生儿院内感染的护理干预[J]. 中国医药指南, 2011, 9(12): 153-154.

[11] 李爱芬, 刘素梅. 新生儿重症监护病房院内感染预防与护理管理[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(7): 655-657.

(收稿日期: 2013-06-06 修回日期: 2013-08-05)

• 临床研究 •

康复新液防治放疗患者口腔黏膜急性放射损伤的疗效观察

周学海(江苏省兴化市人民医院口腔科 225700)

【摘要】 目的 探讨行放射治疗的头颈部肿瘤患者采用康复新液防治口腔黏膜急性放射损伤反应的临床疗效。**方法** 选取 2009 年 9 月至 2011 年 6 月兴化市人民医院收治的恶性肿瘤患者 50 例, 分成观察组和对照组, 观察组 31 例以康复新液进行含漱, 对照组 19 例以庆大霉素+5%碳酸氢钠溶液漱口, 比较两组患者口腔黏膜发生急性放射损伤的相关情况。**结果** 观察组口腔黏膜急性放射损伤程度较对照组轻, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 临床医生在肿瘤患者行放射治疗时, 以康复新液作为口腔清洁药物, 可有效降低口腔黏膜所受的放射损伤, 减少严重损伤发生率。

【关键词】 放射治疗; 口腔黏膜; 急性放射损伤; 康复新液; 疗效
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)23-3172-03

头颈部为人体肿瘤疾病的常发部位, 约占全身肿瘤的 20%^[1]; 目前, 手术切除、放射治疗、化学药物治疗以及免疫治疗为头颈部肿瘤主要治疗方案, 其中放射治疗方案具有显著优

势。但是在放射治疗中常引起一定并发症, 其中口腔黏膜急性放射损伤最为常见, 严重影响患者的治疗和正常生活。临床医护人员为放射治疗患者实施口腔护理, 可降低口腔损伤的发生

率,效果显著^[2]。本院以防治口腔黏膜的急性放射性损伤为目的,选取康复新液治疗的 31 例患者作为研究对象,并与其他药物治疗的 19 例患者进行对比分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 9 月至 2011 年 6 月本院收治的恶性肿瘤患者 50 例,男 33 例,女 17 例;年龄 16~76 岁,平均(56.7±5.1)岁;预计生存期为 6 个月及以上;Karnofsky 评分均为 70 分及以上。其中鼻咽癌 38 例,口腔癌、口咽癌各 3 例,恶性淋巴瘤 6 例。所有患者均接受头颈部常规放射治疗,放疗剂量为 47~68 GY,每天 1 次,每周 5 次。分为观察组 31 例,对照组 19 例,两组患者年龄、性别、肿瘤类型、评分、治疗方法等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 放射治疗中医护人员根据放射常见的口腔黏膜损伤并发症,为患者进行防治干预。观察组:康复新液含漱,每次 5~10 mL,每天 3 次,于每日三餐后开始使用,每次含漱时间不少于 1 min。用吮吸及鼓颊的动作交替漱口约 1~2 min 后将液体咽下,用药之后 1~2 h 内,暂时禁饮、禁水,防止药液被带走。对照组:庆大霉素与 5%碳酸氢钠溶液混合,按照一定的比例配置成为漱口液,为患者施治,每天 6 次,每次 2~3 min,在漱口之后 20 min 以内,禁食。两组均接受常规口腔护理,常规护理内容:放疗前对患者口腔及牙齿进行仔细检查,由于头颈部放疗后 5 年内不能行拔牙术,因此对有问题

的牙齿要进行治疗或者拔除;鼓励患者多饮水,每日饮水量在 2 500 mL 以上,从放疗开始到放疗结束后 7 d 内,医生为患者检查口腔与咽喉部位,2 次/周,对检查结果进行记录。

1.3 分级标准 依据 RTOG 制定的急性放射损伤症状判定规范,将口腔黏膜损伤分为 5 级。0 级:口腔黏膜无相关损伤反应,与健康黏膜相同;1 级:黏膜有轻度充血症状,稍有痛感,不需要止痛药物治疗;2 级:发生斑点状黏膜炎,疼痛为中度,需要止痛药物治疗,分泌物中存在炎性物质;3 级:有片状黏膜炎,炎性反应区域占照射区域的 50%,疼痛感为重度,极为明显,需要接受麻醉药物治疗;4 级:炎性区域占放射区域比例大于 50%,反应严重,有出血、溃疡及坏死病变,需停止治疗,或者改变营养供给路径。3 级和 4 级为放射损伤严重,严重损伤总发生率=(3 级+4 级)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS12.0 软件进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组口腔黏膜急性放射损伤程度较对照组轻,差异有统计学意义($P<0.05$),其中观察组损伤多为 1 级,对照组损伤多为 2 级,观察组无 4 级损伤者,对照组有 1 例。观察组严重损伤 1 例,发生率为 3.23%,对照组严重损伤 5 例,发生率为 26.32%,结果见表 1。

表 1 两组患者损伤情况比较[n(%)]

组别	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
观察组(n=31)	2(6.45)	24(77.42)	4(12.90)	1(3.23)	0(0.00)
对照组(n=19)	0(0.00)	5(26.32)	9(47.37)	4(21.05)	1(5.26)

3 讨论

目前,头颈部肿瘤最为有效的治疗方案为放射治疗,可使肿瘤发展得到控制,缓解患者病情,延长生存期限,但是,采用放射治疗会造成口腔黏膜急性放射反应等并发症,主要表现为口腔及咽喉黏膜发生充血、水肿、白膜、溃疡、糜烂、疼痛等,严

重影响患者的进食和治疗^[3-4]。就口腔黏膜的急性放射损伤来讲,它多发生于放疗开始之后的 3 个月以内,由于患者口腔在放疗中受到 X 射线、 γ 射线、电子辐射等照射,超出口腔组织的耐受能力,因而会使患者口腔黏膜、皮肤、咽管、食道等受到损伤,严重者会出现继发细菌、真菌等感染症状,给患者的身体健康造成严重威胁,因而医生往往不得不停止放疗^[5]。随着放疗技术的不断完善,肿瘤放射治疗日益普遍,医生对于放疗所致的口腔黏膜损伤认识也逐步增加,开始将急性放射损伤作为放射治疗过程中主要症状进行有效干预,研制出多种防治药物,康复新液便是其中之一。

临床药理研究显示,康复新液作为现代临床常用药物,由大蠊干燥虫体作为标本而提取,药液中包含表皮生长因子、多元醇、氨基酸、黏氨酸、黏糖氨酸等多种物质,具备抗菌、消炎、消肿的功效,可以有效促进患者细胞增殖、新生肉芽组织生长、坏死组织脱落、损伤组织修复,还能够有效提升患者机体免疫能力^[6]。本院医生将康复新液用于 31 例患者的口腔损伤防治工作,将患者发生的口腔损伤问题多数控制在 1 级,避免了 4 级损伤的发生,且严重损伤发生率仅为 3.23%,证实了临床报道优势。据报道,康复新液在使用过程中无不良反应,可保证患者用药安全。本次研究显示,以康复新液治疗的 31 例患者全部未发生不良反应,与文献^[7]报道结果一致。此外,就放射治疗中对于康复新液的使用来讲,仅需含漱即可,简便易行,不会耽误患者过多时间,可以提升患者治疗依从性,增加防治效果。

本次采用康复新液为患者进行治疗,在治疗中还总结出几点经验:若要有有效保证或提高康复新液预期疗效,防治工作还应当有患者的积极参与,使患者通过对饮食干预、心理疏导、下颌关节锻炼等活动,为口腔进行保护^[8]。具体来讲,在食物方面,患者应尽量使用容易消化、高维生素、高蛋白等食物,如粥、奶、汤等,避免食用辛辣、生冷、油腻、酸硬等刺激行食物,并且保证每天饮用足量的水;在心理方面,要学会自娱自乐,保持平和、稳定、积极、乐观的心态,避免过度焦虑紧张,加剧痛感,或促发损伤反应机制;在锻炼方面,由于某些患鼻咽癌的患者,在放疗中可能出现张口受限问题,在放疗后,患者应当主动按照护理人员指导实施张口运动。

综上所述,在对头颈部恶性肿瘤患者进行放射治疗时,临床医生采用康复新液为其防治口腔黏膜放射损伤症状,既能有效降低损伤发生率,又能将损伤控制在较轻的级别,疗效较显著。同时,康复新液还具有毒副作用小、使用简单等优势,值得临床推广使用。

参考文献

[1] 郭红亮,魏子白. 中药内服和含漱防治放射性口腔黏膜炎的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2013,1(2):175-176.

[2] 刘吉峰,巴罗,王俊超,等. 我国有关防治放射性口腔黏膜炎研究的文献评价[J]. 中华放射医学与防护杂志,2012,32(6):631-633.

[3] 王明贤,秦佰焰. 中药内服和含漱防治放射性口腔黏膜炎[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(21):291-293.

[4] 胡艳,刘珍,苏小岩,等. 五倍子水煎剂对鼻咽癌调强放疗所致口腔黏膜反应的疗效观察[J]. 肿瘤防治研究,2012,39(7):860-862.

[5] 楼晓昉. 多瑞吉治疗鼻咽癌放射治疗致口腔黏膜炎疼痛

的疗效观察及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(2): 56-57.

[6] 宫新江, 严守升, 孙春艳, 等. 重组人角质细胞生长因子对放射性和放疗性口腔黏膜炎的防治作用[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2011, 25(6): 551-557.

[7] 汪跃平, 李春阳, 杨光伟, 等. 仙方活命饮加减方与西帕依固龈液治疗放射性口腔黏膜炎临床疗效比较分析[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(8): 1740-1743.

[8] 张璐, 陈方芸, 滕峰, 等. 局部应用重组人粒细胞集落刺激因子对鼻咽癌放疗中急性口腔黏膜反应的临床疗效观察[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2009, 16(21): 1673-1675.

(收稿日期: 2013-06-21 修回日期: 2013-08-02)

• 临床研究 •

不同比例抗凝剂对凝血 4 项检测结果的影响

白 垚, 廖君群, 赖晓霏 (重庆医科大学附属第一医院检验科 400016)

【摘要】 目的 探讨不同比例抗凝剂对凝血 4 项参数检测结果的影响。**方法** 根据抗凝剂(109 mmol/L 枸橼酸钠)与血液不同比例分为 A(1: 7. 3)、B(1: 6. 7)、C(1: 6)、D(1: 5. 3)4 组, 检测各组的凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(Fib)含量。**结果** 与正常参考组(抗凝剂与血液比例为 1: 9)比较, A、B 组结果差异无统计学意义($P>0. 05$); C、D 组结果差异有统计学意义($P<0. 05$)。**结论** 凝血检测标本中抗凝剂与血液的比例在一定范围内造成检验结果的差异可接受, 这部分标本可让步接受。

【关键词】 抗凝剂; 凝血; 影响
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 23. 043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)23-3174-02

近年来, 随着血栓性疾病与出血性疾病研究的迅速发展, 血栓与止血试验的诊断技术也在不断发展, 并且普及面越来越广。在临床上的重要性与日俱增, 但是凝血试验的检测结果易受多种因素的影响和干扰, 如标本采集、运输, 标本保存时间, 抗凝剂种类、比例, 离心时间等^[1-5], 其中抗凝剂与血液的比例就是一个重要的因素。为探讨在红细胞比容正常情况下不同比例抗凝剂对凝血 4 项参数的影响, 本文做了如下研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1. 1 一般资料 本院成年健康体检者 240 例, 男、女各 120 例, 年龄 22~51 岁。

1. 2 仪器与试剂 Sysmex 公司生产的 CA-1500 血凝仪和配套试剂。

1. 3 方法

1. 3. 1 分组 按抗凝剂与血液的比例不同分为 A、B、C、D 4 个实验组, A 组抗凝剂与血液比例为 1: 7. 3; B 组比例为 1: 6. 7; C 组比例为 1: 6; D 组比例为 1: 5. 3。每组同时设一正常参考组, 抗凝剂与血液比例为 1: 9。

1. 3. 2 仪器在控的前提下分别检测各组标本的凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(Fib)含量。

1. 4 统计学方法 采用 SPSS11. 0 软件进行处理, 采用配对 t 检验进行统计学分析, 以 $P<0. 05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

通过实验发现, 随着采血量的减少, PT、APTT、TT 逐渐延长, 而 Fib 逐渐降低, 与正常参考组比较, A、B 组的 PT、APTT、TT、Fib 差异无统计学意义($P>0. 05$), C、D 组差异有统计学意义($P<0. 05$), 见表 1~4。

表 1 A 组与正常参考组对凝血 4 项结果的影响($n=30$)

组别	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	Fib(g/L)
正常参考组	11. 10	24. 28	16. 34	2. 55
A 组	11. 20	24. 35	16. 42	2. 40

表 2 B 组与正常参考组对凝血 4 项结果的影响($n=30$)

组别	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	Fib(g/L)
正常参考组	12. 14	25. 33	17. 54	2. 63
B 组	12. 30	26. 16	18. 20	2. 32

表 3 C 组与正常参照组对凝血 4 项结果的影响($n=30$)

组别	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	Fib(g/L)
正常参考组	11. 90	25. 13	16. 48	2. 58
C 组	12. 77	29. 68	18. 49	2. 26

表 4 D 组与正常参照组对血 4 项结果的影响($n=30$)

组别	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	Fib(g/L)
正常参考组	12. 12	24. 90	18. 28	2. 23
D 组	14. 31	35. 35	20. 38	1. 88

3 讨 论

枸橼酸钠抗凝剂的作用是和血液中钙离子结合, 形成可溶性螯合物, 有效阻止血液凝固^[6]; 它不与凝血因子发生作用, 并能保护 V 因子、Ⅷ因子。抗凝剂与血液比例为 1: 9 时, 刚好使血液中钙离子维持在一定浓度, 能保证检测结果的准确。从本实验可以看出, 当抗凝剂与血液比例为 1: 9、1: 7. 3、1: 6. 7 时, 并不影响凝血 4 项检测结果, C、D 组由于采血量减少, 抗凝剂与血液比例相对增大, 抗凝剂相对过多, 因此过量的枸橼酸钠消耗了机体的钙离子。钙离子作为凝血因子的一种, 参与凝血过程中内、外源性凝血活酶激活物、凝血活酶的组成等多个重要环节, 血液中加入某些抗凝剂使钙沉淀或去离子化, 血液即不凝固, 从而导致 PT、APTT、TT 延长, Fib 含量降低。

在临床工作中经常发现凝血检查标本采血量不足的情况, 可能是由于采血不顺、采血容器负压不足或者采血者培训不到位所致。为此应针对不同原因采取不同的对策, 对于可让步接