

(12):156-157.

[6] 盖福亮,吴江亭,闫爱英.对无偿献血者献血知识认知情况的调查[J].中国医药导报,2010,7(2):136.

[7] 刘桂兰.无偿献血者献血反应的发生及预防[J].中外医学研究,2010,8(6):135.

[8] 崔书华,许玉华.系统化整体护理理论与实践[M].北京:科学技术文献出版社,1996:6-40.

[9] 闫莉.对中学生进行献血前教育的意义及方法的探讨

[J]. 中外妇儿健康:学术版,2011,19(2):105-106.

[10] 涂可平.健康教育对无偿献血者的影响效果[J].医学信息,24(5):2580-2582.

[11] 周银素,陆典瑞,卢岑,等.影响无偿献血模式的多因素研究[J].现代预防医学,2007,34(20):3862-3864.

(收稿日期:2013-07-27 修回日期:2013-10-11)

1 例剖宫产术并发迟发性羊水栓塞的急救护理

杨清蓉,周 容[△](重庆市第五人民医院手术室 400062)

【关键词】 剖宫产术; 迟发性羊水栓塞; 急救; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0572-02

羊水栓塞(AFE)是指在分娩过程中,羊水突然进入母体血液循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、弥散性血管内凝血(DIC)、肾衰竭或猝死的严重分娩并发症^[1],常发生于足月妊娠时,羊水栓塞产妇的病死亡率高达 80%以上^[2]。少数患者在阴道分娩或剖宫产后 1 h 内,不经心肺功能衰竭及肺水肿阶段直接进入凝血功能障碍所致的大量阴道出血或伤口渗血阶段,为迟发型羊水栓塞(DAFE)^[3]。DAFE 因缺乏急性 AFE 典型的临床表现,容易误诊而延误治疗时机导致不良结局。2013 年 3 月,本院成功抢救了 1 例剖宫产后即发生 DAFE 的患者,现将急救护理配合报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者女,30 岁,妊娠 41⁺₂周 G₃P₁ 枕左横位,行阴道试产,缩宫素诱发宫缩。宫口开大 8 cm,规律宫缩,羊水Ⅱ度,胎心 65~85 次/分,先露“0”位,枕左横位,考虑急性胎儿宫内窘迫,急诊入手术室,在持续硬膜外麻醉下行剖宫产术,取出一活男婴。术中子宫切口无裂伤,子宫收缩欠佳,共用缩宫素 50 U 促进子宫收缩。于缝合皮肤时发现皮下渗血,按压子宫,流出约 600 mL 不凝血,予以卡前列素氨丁三醇 250 μg 宫体注射,持续按摩子宫,之后阴道仍有间断少量不凝血。血压 90/56 mm Hg,心率 109 次/分,血氧饱和度 100%,呼吸 20 次/分,面色及眼睑苍白,意识清楚,尿量约 100 mL,暗红色。血压进行性下降,积极进行抢救。急查血常规及凝血象,血常规提示:血红蛋白 75.2 g/L,红细胞比容 21.62%,血小板 103×10⁹/L,凝血象检测不出,考虑为 DIC。复查血常规提示:血红蛋白 66.2 g/L,血细胞比容 19.02%,血小板 40.2×10⁹/L。凝血象提示:凝血酶原时间(PT)23.9 s,活化部分凝血酶时间(APTT)49.1 s,纤维蛋白原(Fib)0.79 g/L,凝血酶时间(TT)24.3 s。

1.2 结果 产妇产中及术后出血约 5 000 mL,抢救过程中输注红细胞悬液 13 U、冷沉淀 20 U、血浆 1 400 mL、凝血因子Ⅷ 500 U 等。转入 ICU 继续监测生命体征及出血情况变化。术后第 15 天治愈出院:切口Ⅱ/甲级愈合,子宫收缩好,宫底脐下 6 横指,阴道恶露量少。

2 急救与护理

2.1 成立抢救小组 立即成立由麻醉医生、手术医生、护士组成抢救小组,由高年资人员担任负责人,主持抢救工作。由护

士长或主管护师组织人力,协调工作中的各个环节和各个部门,使抢救工作做到分工合作、有条不紊。同时立即电话告知业务副院长及医务科,电话联系血库至中心血站,准备冷沉淀及凝血因子Ⅷ。开通抢救绿色通道,保证抢救物品、药品及实验室检查的高效运行,有效避免院内诊治时间的延误。

2.2 维持心肺功能防止休克

2.2.1 保持呼吸道通畅 患者仰卧,头偏向一侧,以防止呕吐等误吸造成窒息,保持负压吸引通畅。面罩正压吸氧 100%,6 L/min。协助医生准备气管插管及气管切开物品,以备病情变化建立人工气道。

2.2.2 维持血液循环量,纠正休克 (1)迅速开放 3 条静脉通路,选择 18G 留置针,固定稳妥,防止脱落。保证抢救用药及时输注,快速补液。(2)调节手术室温度 25~30 ℃,增加盖被保暖。(3)抬高头胸部 10°~20°,下肢 20°~30°,保证患者重要器官的血液灌注。(4)羊水含致敏原可引起过敏性休克,使血循环量更显不足,减少组织灌注,遵医嘱静脉滴注地塞米松抗过敏。(5)备好抢救药物:升压药,如多巴胺、多巴酚丁胺等,肾上腺素,氨茶碱,氯化可的松,葡萄糖酸钙等。(6)准备除颤仪、抢救车,随时做好发生心搏骤停的急救应变准备。

2.2.3 防治 DIC 控制及防止进一步出血,纠正 DIC 改善微循环灌注是防治 DIC 的先决条件。(1)按医嘱尽快输入红细胞悬液、血浆、冷沉淀、氨甲苯酸,静脉缓推凝血因子Ⅷ。有报道冷沉淀不仅可以补充多种凝血因子,还能补充纤维蛋白原及纤连素,可以清除母体血液中的羊水成分^[4]。做好大量输注血液制品的护理。(2)按压减少伤口出血,静脉穿刺时止血带不宜扎得过紧,拔针后穿刺部位压迫至少 5 min。(3)做好全子宫切除的物品准备,以备保守治疗无效时,及时行全子宫切除术,挽救产妇生命。

2.3 及时采集血标本,准确记录实验室检查结果 血小板、PT、Fib 等实验室检查是判断 DIC 的敏感指标,也是监测治疗效果的动态指标。同一时间采血量应足够,避免反复穿刺。电话通知检验结果时,按危急值书面记录,内容包括报告人、记录人姓名、记录时间、报告内容,并复诵 1 遍,确定无误后及时告知医生。

2.4 严密观察病情 在抢救的同时,安排专人严密观察患者意识程度、血压、脉搏、呼吸、瞳孔、体温等的改变,并准确记录;

[△] 通讯作者,E-mail:zhouyong-yun@163.com。

准确计算出血量,并观察血液是否凝固,观察皮肤切口、穿刺点渗血、黏膜出血情况。如有病情变化,及时报告医生。保持尿管通畅,观察尿量及尿色的变化,以了解患者肾功能损伤和休克的程度。

2.5 心理护理 在患者神志清醒时,做好心理护理尤为重要。焦虑、恐惧、躁动都会加重病情。医护人员抢救时要沉着、冷静、有条不紊,鼓励、安慰患者,增强患者信心。鼓励患者说出不适与感受,针对性地实施心理护理。同时与患者家属做好沟通,及时告知病情的动态变化,避免医疗纠纷。

3 讨 论

3.1 早期发现与诊断是抢救成功的关键 剖宫产术是羊水栓塞的高危因素,在整个手术过程中,手术医生、护士、麻醉医生都应提高警惕,密切观察产妇的病情变化。由于 DAFE 缺乏急性 AFE 典型的临床表现,而不易早期察觉^[5]。阴道流血不凝固或形成的血块小而松散,产后不易控制的大量阴道流血,伤口渗血,休克血压,少尿或无尿,都应考虑为羊水栓塞^[6]。观察尿液颜色,如出现血尿,排除尿道损伤的同时,要考虑出现凝血功能障碍^[7]。本例患者在缝合皮肤时发现切口渗血,立即查找原因,早期诊断,为治疗抢救争取了时间。

3.2 组织有序的抢救工作至关重要 护士长或高年资护士组织抢救与协调,明确分工。急救时,准确、迅速地执行口头医嘱。将静脉用药,采血标本送检,联系取血、输血及血液制品,电话联系检验结果,记录汇报,生命体征的观察与记录等工作环节进行分工与调整,落实到人头。急救护理的药品和器材必

须齐备,保持预知性,确保症状出现时,能及时识别、立即抢救。
3.3 加强相关知识的学习与培训 加强对羊水栓塞知识的培训,总结抢救经验。只有对羊水栓塞的发生原因、发展过程及症状等充分掌握,才能做到有效预防、保持警惕,才能提高对羊水栓塞的早期识别能力,做到早诊断、早治疗,尽可能提高患者存活率。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:208.
[2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:326.
[3] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2006:461-462.
[4] 陈敦金,张春芳,陈艳红. 羊水栓塞的防治[J]. 实用妇产科杂志,2010,26(1):7-9.
[5] 刘志勤,张洁. 缓慢型羊水栓塞三例临床分析及相关文献复习[J]. 海南医学,2011,22(23):114-116.
[6] 陈立,马保山. 抢救 2 例羊水栓塞产后大出血的体会[J]. 中国医学创新,2009,25(1):185.
[7] 杨新民,潘明香,吴京兰. 迟发性羊水栓塞的临床特征和治疗[J]. 实用医学杂志,2012,28(24):4197-4198.

(收稿日期:2013-07-15 修回日期:2013-10-04)

低血磷性骨软化症 1 例并文献复习

刘 伟,兰由玉(泸州医学院附属医院风湿免疫科,四川 泸州 646000)

【关键词】 低血磷性骨软化症; 低血磷; 骨关节疼痛
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 04. 068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0573-02

风湿免疫系统疾病常以骨关节疼痛为首发症状,但并不是所有的骨关节疼痛疾病都是风湿免疫病。肿瘤相关性疾病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、肾脏疾病等都可能累及骨关节,这为临床风湿免疫疾病的诊治带来了一定的困难。骨软化症在临床上并不罕见,多数在幼年起病或继发于其他疾病,成人的散发病例非常罕见。以下为本院收治的 1 例成人散发低血磷性骨软化症,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病历资料 患者,蒲某,男,38 岁,宜宾兴文县人,农民。于 2011 年 10 月 10 日至 11 月 10 日在本科住院诊治。入院 2⁺年前出现腰骶部胀痛,活动后可稍减轻,不伴发热,外周关节肿痛、畸形。1 年前自觉症状加重,出现双侧胸部、髋、膝关节等处疼痛,腰部活动受限进行性加重,左下肢乏力。曾反复于本院脊柱外科门诊以腰椎间盘突出、腰肌劳损治疗无缓解,后又于某医院就诊,考虑强直性脊柱炎,给予双氯芬酸钠、益赛普等治疗后仍无明显缓解,1 个月前卧床不起。家族中无类似病史者。

1.2 体格检查 患者体温、脉搏、呼吸、血压正常,抬入病房,一般情况良好,神情合作,痛苦病容,强迫卧位,皮肤无淤斑、淤点,浅表淋巴结未扪及,胸廓无畸形,双侧胸部压痛,心肺腹查体阴性,脊柱轻微后凸畸形,活动后疼痛减轻不明显,多处压痛叩痛,腰骶部及髋髂关节处压痛叩痛,schober 试验不能完成,

双侧“4”字试验征(+),四肢关节无红肿、压痛及畸形,神经系统查体未发现阳性体征。

1.3 辅助检查 血常规、大小便常规正常。反复检查检查肾功能、血细胞沉降率(ESR)、类风湿因子(RF)、C 反应蛋白(CRP)、抗 CCP 抗体、HLA-B27、自身抗体谱、免疫球蛋白、补体等均阴性。碱性磷酸酶(ALP)252. 1~324. 0 U/L(参考值 40~150 U/L),血钙 2. 15 mmol/L(参考值 2. 03~2. 54 mmol/L),血磷 0. 43~0. 60 mmol/L(参考值 0. 90~1. 34 mmol/L)。甲状旁腺素:10. 7 pg/mL(参考值 6. 00~80. 00 pg/mL),尿磷 12. 35~16. 37 mmol/d,肿瘤标志物正常。全身骨扫描示:全身多处骨代谢异常升高,考虑恶性肿瘤。脊柱 MRI:T_{1~7}椎体内异常信号影,腰背部软组织肿胀,L₅~S₁ 椎间盘变性,L_{3~4}、L_{4~5}椎间盘中央后凸压迫硬膜,骶髂关节异常信号影,胸腹联合增强 CT 及前列腺 B 超未发现肿块影。骨髓细胞学检查正常。PET/CT:右侧上颌窦黏膜囊肿;双侧胸膜增厚;全身骨骼多处骨密度异常,肋骨多发骨折,双侧髋髂关节骨密度增高,糖代谢未见异常。骨密度检查(双能 X 线吸收法):腰骶椎 T 值为-4. 8~-5. 7,股骨上端 T 值为-4. 0~-4. 5。

2 结 果

入院后仍考虑为脊椎关节病,给予非甾体消炎药对症治疗同时积极寻找依据,但患者对非甾体消炎药无效,症状加重,最