

整性。同时,采用新的配血技术、白细胞过滤技术、血细胞单采技术,术前储存式自体输血、稀释性自体输血和回收式自体输血,进一步减少输血不良反应和并发症的发生,提高输血的安全性。

通过对这些资料的回顾性统计,作者感觉到还有一部分输血不良反应的归类不明确,就归类到其他。为了更好地规范输血不良反应回报制度,作者认为,要重视以下几点:(1)明确输血不良反应的定义;(2)制定输血不良反应文件化程序编目和分类;(3)医院报告的输血反应分类要使用统一的标准化报告单;(4)对输血不良反应调查处理采用统一的程序;(5)建立科学有效的反馈机制,这是输血不良反应报告制度关键所在。应加强医院、血站、卫生行政部门间的联系与沟通,保证及时、正确、完整地反馈各方面信息。只报告,不反馈,就不能很好地指导临床输血和减少输血不良反应发生率,报告也就失去了存在的意义^[5]。

参考文献

- [1] 高峰. 临床输血与检验[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:193.
- [2] 杨天楹,杨成民,田兆嵩. 临床输血学[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1993:400-416.
- [3] 胡丽华. 检验与临床诊断:输血分册[M]. 北京:人民军医出版社,2009:331-343.
- [4] 崔徐江,杨柳青,李达. 对输血不良反应认知及预防的调查研究[J]. 中国输血杂志,2006,19(3):239-242.
- [5] 乐虹,严莎. 我国输血不良反应报告现状分析[J]. 医学与社会,2009,22(10):5-7.

(收稿日期:2010-06-07)

临床研究

避孕套水囊压迫法在产后出血中的应用

吴 琴(重庆市第三人民医院妇产科 400014)

【摘要】 目的 探讨水囊压迫治疗阴道分娩产后大出血的临床效果。**方法** 回顾性分析莫港总医院 2006 年 10 月至 2007 年 10 月收治的 24 例阴道分娩产后大出血患者经常规处理方法无效后宫腔放置水囊止血。**结果** 水囊宫腔压迫止血操作时间为 (125 ± 21) s,水囊压迫后 24 h 平均出血量 (51.0 ± 20.2) mL。无 1 例发生宫内感染或盆腔炎,无 1 例切除子宫。**结论** 水囊压迫法能有效止血且安全、价格低廉。

【关键词】 产后出血; 阴道分娩; 宫内水囊; 避孕套

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.051

中图分类号:R714.461

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)21-2388-02

产后出血是威胁产妇生命的首要原因,尤其在缺乏输血条件的情况下更显得致命。迅速止血抢救产妇生命,避免切除子宫将是大家关注的问题。产后出血的首要原因是宫缩乏力。2006 年 10 月至 2007 年 10 月莫港总医院产科共收治产后出血者 32 例,其中 24 例经阴道分娩,8 例为剖宫产。本文回顾性分析了 24 例经阴道分娩产后出血采用避孕套所制水囊控制出血的病例资料,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 24 例产妇产前检查均无凝血功能障碍及重度贫血,年龄 20~33 岁,平均 25 岁;孕周 34~41 周;初产妇 3 例,经产妇 21 例;有 3 次以上分娩史者 20 例。均为阴道分娩,经按摩子宫、应用常规方法处理效果欠佳,出血量大于 500 mL。出血量采用称重法。产科因素包括妊娠期高血压 4 例,产程延长 5 例,产程 3 例,双胎 4 例,胎膜早破 3 例,妊娠胆汁淤积综合征 2 例。所有病例均无软产道损伤和胎盘胎膜残留。

1.2 宫腔放置水囊的指征 胎盘娩出后子宫收缩乏力,经缩宫素、按摩子宫等保守方法仍不能止血,出血量超过 500 mL。

1.3 方法 取无菌避孕套 1 个,碘伏消毒后,将 16 号尿管插入避孕套,用 7 号丝线扎紧避孕套口,暴露宫颈,将制作好的尿管和避孕套送入宫腔内,上接输血管及生理盐水瓶(图 1),向尿管气囊内注入 5~10 mL 盐水,经尿管向水囊内快速输注生理盐水 200~500 mL,阴道填塞纱布避免避孕套脱出。出血减少后将尿管远端接扎封闭,固定于大腿内侧。当产妇感觉不适或子宫收缩增强,气囊达宫颈时停止输注,同时静脉滴入催产

素,且腹部外按摩子宫。24 h 后逐渐排出避孕套内生理盐水,密切注意宫底高度和阴道流血情况。严密观察生命体征、宫底高度及子宫出血情况。观察手术时间、快速止血时间及水囊压迫术后 24 h 出血量。

1.4 统计学方法 数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示。

2 结果

水囊压迫后 24 h 平均出血量 (51.0 ± 20.2) mL,平均出血时间为 (125 ± 21) s。无宫腔感染及术后再出血病例,无 1 例切除子宫。

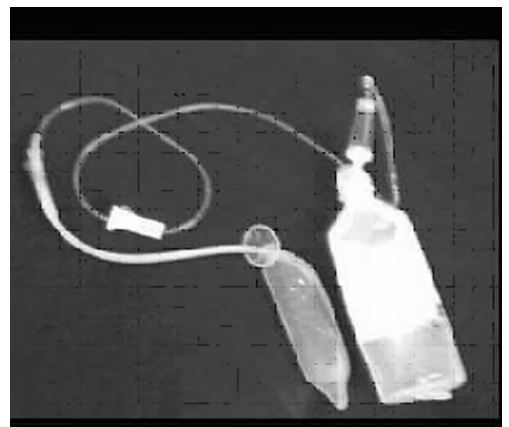


图 1 避孕套所制水囊

3 讨论

巴布亚新几内亚是大洋洲的岛国,是发展中国家,医疗资

源匮乏,血液来源不充足,产后出血是该国产妇死亡的主要原因。胎儿娩出后 24 h 内出血量超过 500 mL 称为产后出血,80%发生在 2 h 内。快速有效控制产后出血能明显提高产妇产褥期恢复,降低产妇死亡率。阴道填塞纱布操作较费时,技术要求高,如填塞不紧可造成隐匿性出血,去除纱布后如再出血则不能再填塞,这样既耽误时间又增加出血量,还容易继发感染,有的最终丧失生育功能,切除子宫^[1]。宫腔水囊内水的流动性可使宫腔各点受压均匀^[2],能够快速有效止血,还可以随宫腔形状而改变,避免宫腔隐性出血现象发生,且水囊填塞后可观察出血量,如出血量较多或放水减压过程中出血均可再次注水加压止血,过程可逆,宫腔感染风险降低。宫腔导尿管球囊注液后囊内压力超过子宫血管压力,压迫胎盘剥离面的子宫血管闭锁^[3-4],可起到压迫物理止血的作用,用于前置胎盘引起的出血止血效果也很明显。水囊压迫较纱布填塞更理想,易于放置和取出,不存在隐性出血,取出不会造成继发出血,且实用性强。宫腔内填塞水囊无需特殊材料和手术技巧,创伤性小,成功率高,见效快。尤其是在边远落后以及医疗资源相对匮乏的地区,可以把水囊填塞治疗严重产后出血作为保守性手

术方法的第一步和转诊前的紧急处理,值得在基层医院推广使用。

参考文献

[1] 王良娟,李立平,张建玲. 两种宫腔填塞术在阴道分娩产后出血中的疗效比较[J]. 上海预防医学杂志,2009,21(10):523-524.
[2] 张果锐. 子宫腔填塞水囊控制产后出血的临床效果观察[J]. 实用医技杂志,2009,16(8):628-629.
[3] Lau MSK, Tee JCS. Use of a large Rusch hydrostatic catheter balloon to control postpartum haemorrhage resulting from a low placental implantation[J]. Singapore Med J,2009,50(9):321-323.
[4] 黄荷. 欣母沛配合宫腔水囊压迫止血法在前置胎盘剖宫产产后出血中的应用[J]. 海南医学,2009,20(8):89-90.

(收稿日期:2010-06-21)

临床研究

动态检测急性脑梗死患者血清 hs-CRP 的临床意义

覃运荣(广西壮族自治区玉林市红十字会医院 537000)

【摘要】 目的 观察血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)在急性脑梗死发病过程中的动态水平变化与其对病情的预示作用。**方法** 采用颗粒增强免疫透射比浊法测定 112 例住院急性脑梗死患者发病 72 h 内、第 4~7 天、第 14 天和第 21 天不同时期的血清 hs-CRP 浓度,并分析其与不同发病时期、梗死面积的关系。**结果** 急性脑梗死后 72 h 内血清 hs-CRP 浓度即开始升高,1 周左右达高峰,至 21 d 时接近对照组水平。急性脑梗死组患者各段病程 hs-CRP 水平均明显高于对照组,梗死面积大者其 hs-CRP 值在各段病程均高于其他组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 血清 hs-CRP 水平与急性脑梗死密切相关,在一定程度上可反映梗死面积大小,hs-CRP 是判断脑梗死病情轻重和预后的敏感性指标。

【关键词】 脑梗死; 梗死面积; 超敏 C-反应蛋白

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.052

中图分类号:R446.62 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2010)21-2389-02

急性脑梗死(ACI)的主要病因是动脉粥样硬化,具有高发病率、高复发率、高致残率的特点,是人类 3 大致死性疾病之一。随着我国人口老龄化的加速,动脉粥样硬化患病率增高,ACI 的发病率呈上升趋势。近年来国内外文献资料显示,超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)是一种急性时相蛋白,是血管炎性反应的一个敏感指标^[1],是不稳定性动脉粥样硬化斑块发生血栓形成的危险信号,其血清浓度升高与动脉粥样硬化严重性密切相关^[2]。为了解 hs-CRP 在 ACI 患者发病不同时间的 hs-CRP 动态水平变化,本文对 112 例 ACI 患者在 72 h 内、第 7 天、第 14 天、第 21 天不同发病时间进行了血清 hs-CRP 的测定,观察和分析其动态变化,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例组为 ACI 患者 112 例,其中男 70 例,女 42 例;年龄 51~86 岁,平均(67.5±9.3)岁;发病时间 6~72 h;均符合 2005 年全国第四届脑血管病学术会议制订的 ACI 诊断标准,并经头颅 CT 或(和)MRI 确诊,均为首次发病。并根据头颅 CT 或 MRI 所示病灶分为大梗死灶组(直径大于 4 cm)29 例,小梗死灶组(直径 1.5~4.0 cm)51 例,腔隙性脑梗

死组(直径小于 1.5 cm)32 例。另设立对照组 110 例,男 76 例,女 34 例;年龄 50~83 岁,平均(65.3±8.5)岁,为随机选择同期健康体检者。所有研究对象均排除全身急慢性炎症性疾病、心肌梗死、周围血管栓塞疾病、肿瘤、全身代谢免疫性疾病、服用炎症反应抑制药物及免疫抑制剂、严重肝肾疾病。病例组和对照组年龄、性别差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 病例组于发病 72 h 内、第 7 天、第 14 天和第 21 天清晨空腹抽血检测。凝固后分离血清,采用颗粒增强免疫透射比浊法(试剂为芬兰 Orion Diagnostica 公司产品),仪器为东芝 TBA-120FR 全自动生化分析仪。按本院标准判定 hs-CRP<8 mg/L 为阴性,hs-CRP≥8 mg/L 为阳性。

1.3 统计学方法 采用 SPSS10.0 统计软件进行统计分析,数据以 $\bar{x}±s$ 表示,组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 对照组 hs-CRP(5.8±1.7)mg/L,ACI 组 72 h 内、第 7 天、第 17 天、第 21 天的 hs-CRP 结果分别是:(17.4±5.4)、(25.4±7.5)、(12.6±3.2)、(6.1±2.4)mg/L。ACI 组患者 72 h、第 7 天和第 14 天的 hs-CRP 水平均明显高于对照组,与对