

36 例人工流产后闭经分析

刘 琢(四川省兴文县计划生育服务站 644400)

【关键词】 闭经; 人工流产术; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)05-0635-01

人工流产后闭经是指人工流产后月经不复潮者,也是 Asherman 综合征最常见的原因^[1]。许多学者对闭经进行了观察和研究。本文就人工流产后闭经的 36 例进行讨论如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文 36 例患者均为人工流产后月经未按时来潮者。收集于 2009 年 1 月 1 日至 12 月 31 日本站就诊病例。其中在本站施行人工流产术者 5 例,在站外行人工流产术者 31 例,年龄 19~45 岁。人工流产后闭经的时间:术后 45~70 d 因月经未来潮而就诊。其中 30 例于人工流产后 60 d 内来站就诊,仅 6 例于人工流产后 60 d 以后未超过 70 d 来站就诊。临床表现:36 例人工流产后闭经患者中,有明显的周期性下腹痛伴肛门坠胀者 32 例,宫颈举痛 28 例,3 例无任何自觉症状,1 例有恶心、呕吐等反应。

1.2 临床检查 36 例患者均常规作妇科检查及 B 超检查,其中 5 例行尿及血人绒毛膜促性腺激素(HCG)定性、定量检查。

1.3 治疗 经 B 超检查子宫附件及盆腔后,提示宫腔内有明显液性暗区者 28 例,及时行宫颈扩张术后,月经即来潮;6 例 B 超提示宫腔无积液,子宫内膜厚 10 mm 以上者,给予黄体酮 20 mg 肌肉注射,每日 1 次,共 5 d。

2 结 果

停药 1 周后,5 例月经来潮,1 例月经未来潮,再次复查 B 超提示内膜仅 3 mm,给予雌孕激素序贯疗法连续 3 个月后,月经自然来潮。1 例为宫内妊娠,行人工流产后月经复潮。1 例宫腔无内膜反应,转到上级医疗诊治,后确诊为宫腔粘连,在宫腔镜下行分粘术后,置宫内节育器,行人工周期疗法半年,已恢复自然月经,但经量较从前减少。

3 讨 论

3.1 人工流产后闭经的原因 人工流产后闭经多因宫颈

粘连、闭锁及宫腔粘连所致。主要由于手术者未严格掌握手术禁忌证,不按手术常规操作(带压进出宫腔,反复搔刮宫内膜)等有关。尤其目前在无痛人流手术中,术者为防止吸宫不全而过度搔刮宫腔,损伤到宫颈黏膜、宫腔内膜及功能层,甚至损伤基底层所致。其中仅 1 例为宫内妊娠,追问病史,术后不遵医嘱未忌同房而再次受孕。

3.2 诊断 有人工流产史,术后月经未按时来潮,伴有周期性下腹痛及肛门坠胀,首先考虑为宫颈粘连。无明显的下腹痛,B 超检查子宫正常大小,内膜缺损,结合基础体温为双向型,应考虑为宫腔粘连,宫腔镜检查是诊断宫腔粘连的金标准^[2]。

3.3 处理方法 对单纯性宫颈粘连者,行宫颈扩张术即可使经血流出,月经来潮,适当应用抗生素预防感染即可。对于 B 超提示宫腔呈蜂窝状结构者,现多采用宫腔镜检查并分粘,术后宫腔内置宫内节育器,配合雌孕激素序贯疗法,多能取得满意疗效,恢复月经来潮。

人工流产后闭经多因手术操作不当所致,极少数病例为不遵医嘱、未忌同房而再次受孕所致。作为一名妇产科医生,应严格掌握手术禁忌证,熟练掌握手术操作规程,认真交待术后注意事项,尽量避免人工流产后闭经的发生。严密随访,及时发现并处理该并发症,以减少对受术者的身心危害。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2006:339.
- [2] 梅晓霞,黄丽英. 刮宫术后闭经 7 例分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(30):4369.

(收稿日期:2010-09-20)

临床实验室分析前的质量控制

彭夕芝,徐 杰,李惠军,梁新宇,刘学梅,段正军,田鹏飞(甘肃省兰州市第二人民医院肝病研究所 730046)

【关键词】 实验室技术和方法; 质量控制; 标本; 采血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)05-0635-03

实践证明,为保证临床检验质量必须做到全过程质量控制,即对实验检查的全过程进行全面的控制和质量控制。这里包括分析前、分析中和分析后三个阶段的质量控制,其中分析前质量控制尤其重要。因为分析前还存在一些检验人员无法控制的因素^[1],如患者标本采集前的准备,标本的采集和运送等。分析前质量控制主要包括患者准备、标本收集、标本储存、标本运送、标本处理等。

1 患者准备

由于不同的检测项目对标本采集前患者的状态都有不同的要求,因此临床医生在下医嘱前应告知患者或患者家属需要注意哪些事项,如:血脂测定须患者素食 3 d 且禁食 12~14 h 后采血;吃香蕉、菠萝、番茄能使尿液 5-羟吲哚乙酸升高;含咖啡因饮料可使血浆游离脂肪酸增加,并使肾上腺和脑组织释放儿茶酚胺。避免饮酒,避免服用影响检验结果药物,如维生素

C、KCl、降脂、降糖类药物等。作粪便隐血试验前 3 d, 患者禁食动物血、肉、肝脏及富含叶绿素食物, 铁剂, 中药, 以免假阳性反应。医务人员有义务与患者及其家属作好有效的沟通, 对患者讲明检验结果的正确与否关系到对疾病的诊断、治疗及疗效观察, 引起患者的高度重视, 做到正确留取标本。

2 标本采集

用不符合质量要求的标本进行检验, 不如不进行这项检验。医务人员收集标本应注意: (1) 避免干扰物污染, 尤其是定量分析标本。(2) 采血部位和方法要正确。目前采用坐位和卧位较多, 门诊采血以坐位为主, 住院患者以卧位为主。切记不可站位采血, 因其既不安全又影响结果, 它可使血中总蛋白(TP)、清蛋白(Alb)、血脂、碱性磷酸酶(ALP)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、血清铁(Fe)等均有明显改变。血液标本的采集部位应在同一静脉区, 通常为手臂静脉。血样标本最好采用真空采血系统, 这是保证质量的重要措施之一。使用止血带不超过 1 min, 否则可使局部血氧含量降低, 乳酸增加, pH 值下降。若压迫 3 min 后可使直接胆红素(DBIL)、总胆固醇(Cho)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、ALP 等增加 5% 以上, 正确的操作应先扎紧压脉带后观察血管走向, 即时将压脉带扎紧, 立即采血, 采血动作迅速, 一针见血, 尤其对检测凝血象的标本尤为重要, 力争 1 min 内完成。(3) 标本标记要准确无误。在标本的标签处用记号笔写上标本所对应的检验申请单上患者的姓名、床号, 并贴上小号。(4) 无人工的溶血和混浊。收集标本不可用力震荡或用玻璃棒及木棍搅拌, 以免发生溶血^[2], 如果患者是在餐后, 则不应采血, 否则会出现脂血而混浊。(5) 合理使用抗凝剂及防腐剂。目前常用的抗凝剂有肝素、EDTA 盐和枸橼酸盐, 实验室应正确使用相应的抗凝剂, 且标本采集时应注意血液与抗凝剂的比例。如使用枸橼酸钠, 浓度为 0.109 mmol/L 或 3.8%, 主要用于凝血试验[抗凝剂与血液 1:9 混合, 过高或过低均可影响凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)的结果], 红细胞沉降率试验(抗凝剂与血液 1:4 混匀)。(6) 标本采集后要尽快送至实验室^[3]。

3 标本运送

(1) 标本由临床运送至实验室要尽可能快, 必要时可分离出血清(浆)后运送; (2) 标本运送要注意防止标本外溢、蒸发和污染; (3) 有特殊要求的标本要按特殊要求运送; 如血气分析标本应严格密封, 与外界空气隔绝; (4) 关于自动化运送系统(真空采血管、运送车、人工运送等物流系统), 应注意保证对实验结果无影响(保证红细胞膜完整性)。红细胞膜完整性被破坏会严重影响实验结果, 主要项目有乳酸脱氢酶(LDH)、钾(K)、血红蛋白(Hb)、酸性磷酸酶(ACP)。有值得注意的影响的项目主要有 Fe、ALT、甲状腺素(T_4); 有轻微影响或不太受影响的项目主要有 TP、ALB、ALP、AST、总胆红素(TBIL)、WBC、APTT、凝血酶时间(TT)、肌酐(Cr)、尿素(Urea)、尿酸(UA)、磷(P)、镁(Mg)、钙(Ca)。

4 标本送出、签收及拒收

临床医务人员采集标本并将标本从临床运送到实验室及实验室人员接受临床标本, 均应按标准化要求进行, 并且一定要做到认真核对。包括标本来源、标本属性、检查项目、标本采集和运送是否符合要求等, 标本送出人员和标本接受人员都要做认真的记录并签字。下列情况时可考虑标本拒收, 同时应及时与临床沟通, 并作好标本拒收记录。(1) 标本属性不清(标记错误或无标记, 标本标记与申请单标记不符等)。(2) 采血量不足(或血量与抗凝剂等比例错误)。(3) 标本收集管使用错误。

如: PT、APTT、空腹血糖(FBG)、TT、D-二聚体应使用枸橼酸钠抗凝管, CK、电解质、血气、氨基糖苷等应使用肝素锂抗凝管, 否则是错误的; K^+ 、 Na^+ 、 Ca^{2+} 可用非抗凝血, 使用草酸钾、草酸钠抗凝是错误的; 血氨和含氮物质测定用草酸氨抗凝是错误的; 血细胞分析仪测定必须用 EDTA- Na_3 、EDTA- K_2 抗凝。(4) 人为因素所致的标本溶血。(5) 标本运输不当(该冷藏而未冷藏的标本)。

5 实验室标本处理

实验室接受标本后应及时、正确地予以处理, 否则会影响检测结果的准确性。如: 血糖标本不及时处理会因糖酵解作用引起测定结果降低(室温下每小时降低 7%, 即使在真空采血管中在较低温下也每小时降低 1.9%); ALP 测定血标本应尽快分离血清并立即测定, 否则测定结果会很快降低(室温放置 1~2 h 测定结果降低 50%); 电解质测定血标本应及时分离血清和血浆(尤其血钾测定时), 否则血钾测定结果可能增高; 血氨和血气分析不仅标本要按规范化要求采集, 而且标本送检后一定要及时检测。

实验室接受标本后的处理应注意以下事项: (1) 时间。实验室接受标本后应尽快予以分类和离心。①促凝标本采血后 5~15 min 尽早处理; ②抗凝标本可采血后立即离心; ③非抗凝(无促凝)标本采血 30~60 min 后离心; ④抗凝全血标本(测锂、锌、原卟啉、原卟啉素)可以不离心。(2) 温度。一般标本为室温(最好是 22~25 °C)放置; 冷藏标本(对温度依赖性分析物)应保持 2~8 °C, 温度一直控制到标本离心后(必要时使用低温离心机)。(3) 采血管放置。应管口(盖管塞)向上, 保持垂直立位放置。(4) 采血管必须封口。管塞移去后会改变 pH 值, 影响结果, 如可使 pH、 Ca^{2+} 增高, 使 ACP 减低; 封口可以减少污染、蒸发、喷溅和溢出等。因分析不能立即进行或分析后需要重新检测, 标本需要保存。

短期保存: 全血细胞计数(不包括分类)所用 EDTA 抗凝血可在室温下保存 24 h。分类计数、涂片应在标本收集后 5 h 内完成。如果用血细胞分析仪对血细胞分类, 根据所用的不同分析系统, 标本保存都不应超过 8 h。用于 APTT 与 PT 的枸橼酸抗凝血浆, 可在室温下保存 8 h。应在 3 h 内测定凝血因子活力, 而且血浆必须始终在 4~8 °C 保存。用于检测酶或底物的血清或肝素抗凝血浆可在 4~8 °C 保存一周, 但酶对 LDH 和 ACP 例外, 因 LDH 活力对冷不稳定, ACP 只在酸性条件稳定, 底物三酰甘油(TG)例外, 因为内源性脂肪酶可分解 TG 为甘油。用于免疫球蛋白和特异性抗体测定的标本, 4~8 °C 可保存一周。如果不超过 25 °C, 标本普通的邮寄是可以的。用于激素和肿瘤标记物测定的标本在室温下, 类固醇激素是比较稳定的, 可保存 3 d; 通常也适用于肿瘤标志物。如果多肽激素不能在当天分析, 应该深冷冻, 尤其是不稳定的促肾上腺皮质激素(ACTH)、肾素、血管紧张素、胰岛素、生长激素和降钙素。

长期保存: 长期保存要求保存温度低于 -20 °C, 溶解必须缓慢, 在 4~8 °C 过夜或在水浴中不断搅动。通常在溶解中形成浓度梯度, 所以分析前必须充分混匀, 必须注意试管底部的沉积物, 它们可能由球蛋白、异型蛋白或冷沉淀纤维蛋白原引起, 如果必要, 这些沉淀通过加热重新溶解。

综上所述, 临床实验室分析前质量控制是临床实验室质量保证中最重要、最关键的环节之一, 是保证检验信息正确、有效的先决条件, 而检验信息的有效性是检验工作的目的, 也是检验质量重要内涵之一。检验信息的不正确、不可靠不仅会造成人力、物力的浪费, 还可能对临床诊治产生误导, 延误对患者的

及时诊治^[4]。因此,做好分析前质量控制是保证检验质量的前提,在日常工作中临床实验室与各临床科室、职能部门间要多沟通、多解决实际问题,从而提高整个医疗质量。

参考文献

- [1] 张录喜,赵永杰. 浅谈分析前质量控制[J]. 实用医技杂志,2007,14(22):3054.
- [2] 朴英花. 临床检验标本采集质量控制[J]. 实用医技杂志,

2007,14(2):2905-2906.

- [3] 朴美花. 浅谈临床检验标本的质量控制与管理对策[J]. 吉林医学,2008,29(1):75.
- [4] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006.

(收稿日期:2010-09-13)

护理纠纷的原因分析与管理对策

喻其敏,蒋永红[△],蒋 红(重庆市合川区人民医院护理部 401520)

【关键词】 护士患者关系; 护理工作; 纠纷

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)05-0637-02

在医疗护理过程中,护理纠纷的发生,造成护患关系紧张,影响医院正常的工作秩序和声誉。因此确保患者安全是医院管理乃至护理管理的重要内容,也是改进医疗护理质量的基础^[1]。自 2008 年 1~12 月对本院 19 例护理纠纷进行分析,针对各种原因采取管理对策,确保护理安全,有效提高护理质量。

1 临床资料

据本院 2008 年护理纠纷统计,全院共发生护理纠纷 19 例,其中护士语言生硬,语言交流能力差 5 例;护士责任心不强、服务主动性差有 4 例;护士静脉穿刺技术差 2 例;护士违反操作规范执行 4 例;护士法律意识淡薄引发纠纷 2 例;其他 2 例。

2 护患纠纷的原因分析

2.1 护理人员服务态度方面 缺乏以患者为中心的服务意识和服务理念,交流沟通能力差。少数护理人员说话语气生硬,对待患者提出疑问时态度冷淡、强硬、不耐烦,交流受阻时缺乏必要的耐心,与患者发生争执或冲突则导致沟通不良,出现纠纷。

2.2 护理人员责任心方面 不能严格执行护理核心制度和护理技术操作规程。粗心大意,不严格执行三查七对,违反操作规程或巡视病房不及时,对病情变化观察不仔细,导致不能及时了解及满足患者的需求或错误执行医嘱,而引发纠纷。

2.3 护理人员技能因素 个别护士缺乏实际操作经验,如采血、输液不能一针见血,引起患者及家属不满。

2.4 护理人员法律意识方面 在临床护理实践过程中,常常只注意患者的病情及转归问题,而忽视潜在的法律问题,如:在护理工作中,为患者导尿、灌肠时不遮盖患者的隐私部位,让患者的人格、尊严受到侵犯;在处理及执行医嘱时随意篡改医嘱或盲目地执行错误的医嘱^[2];注射、输液不严格按无菌原则进行操作;肺水肿、心力衰竭患者输液过快导致不良后果,违反药物的配伍禁忌,特殊药物外渗造成组织坏死或肌腱断裂等,从而引发护理纠纷。

2.5 护士人力资源方面 临床护理人员少,工作量大,工作量严重饱和,致使护士整天忙于对患者进行基本的治疗、执行医嘱、给患者发药、打针、输液以及为患者进行简单的基础护理,而无法开展心理支持、沟通及康复指导等工作,无法满足患者更深层次的需求。

3 管理对策

3.1 加强护患沟通,提高护患沟通技巧 树立以人为本,以患

者为中心的护理理念。讲究沟通技巧,如语言的艺术性、技巧性。多做换位思考,真切体会患者所需,处处体现关爱。重视患者提出的每一个问题,对其提出的合理要求尽可能满足,变被动服务为主动服务,用通俗易懂的语言将专业知识交待清楚,做到心平气和,安慰、体贴、理解患者,使患者加深对疾病的了解和护理工作的理解。2009 年,本院进一步推行“护士首接负责制”,即:第一个起立迎接患者入院的护士主动向患者问好,礼貌地称呼,作自我介绍,引导患者测体质量,将患者引到病床,告诉患者医院基础设施及病房设备的使用、陪护探视制度、贵重物品保管等,然后通知责任护士及管床医生到场;提供温馨服务等,为患者创造温馨、文明、和谐的卫生服务环境。

3.2 加强护理人员工作责任心的培养,严格执行各项护理操作规程。

3.2.1 重视护理人员工作责任心的培养,加强职业道德建设。

3.2.2 护理操作规程是广大护理人员经过实践不断充实、修改、完善而形成的,每一项都有可行性、必要性和科学性^[3]。在护理操作中,要严格执行各种护理常规、流程、规章制度,尤其是核心制度,掌握严密的科学的工作方法,把好每一道关口,保证护理安全实施。定期对护理核心制度进行培训、考核,并督察,特别是对新上岗护士,进行了严格的岗前培训,实行专人带教,培养他们的服务意识、操作技能、慎独精神和爱岗敬业的精神。

3.3 重视护理安全管理

3.3.1 完善护理缺陷管理制度、护理投诉管理制度、护理差错事故登记报告制度,对发生护理缺陷 24 h 以内逐级上报,对患者投诉的当事人进行严格的惩处。

3.3.2 每月组织全院护理专家及质量管理委员会成员召开护理纠纷分析会议,对本季度发生的护理纠纷及潜在的安全问题进行定性、分析、讨论并整改。

3.3.3 各科室每月召开护理安全讨论会,对现存的或潜在的隐患提出来大家讨论,制订切实可行的措施,避免差错的发生,把隐患消灭在萌芽状态,避免对患者造成身心伤害。

3.3.4 鼓励科室每月上报护理缺点、差错,进行分析讨论,希望大家引以为戒,不要一个问题在其他科室重复出现。

3.3.5 加强重点时间段的管理:如单人值班、周末、法定节假日等科室采取合理的人员搭配,护士长全院查房、护理部节前、