

均 43 岁,年龄最小 34 岁,最大 52 岁。保洁公司管理服务理论专业性不高。

2 制定规章制度

以原有的规章制度为基础,按照 2003 年 6 月 4 日国务院颁布实施《医疗废物管理条例》及国家卫生部《医疗卫生机构医疗废物管理办法》根据医院综合管理目标方案和控制院内感染的相关规定,重新修订医疗废物交接制度,医疗废物的运输流程,保洁员的管理办法等。使医疗废物做到“有法可依,有法必依”和“有规可循,违规必究”。

3 建立培训和考核制度

清洁公司招聘的保洁员由医院院感科进行培训,借鉴好的经验^[2],考核合格后方可上岗。上岗后由专管员按计划对其进行边工作边培训,并定期系统地对全员进行培训考核。培训内容通俗易懂,深入浅出,对原有人员本院每季一次集中培训,形式有讲解、看图片、录像等;工作流程、注意事项、医疗废物的管理条例;通过培训后对他们进行书面和口头提问,或口头复述与实际操作相结合的考核办法。如考核不合格者再次培训,直至掌握。对保洁员、医疗废物收集专职人员进行职业安全防护培训,使其熟练掌握和熟记医疗废物收集、运送、贮存、处置过程中的各项规定和要求。

4 医疗废物交接管理

医疗废物收集人员按流程线路到各科室指定地点与保洁员进行医疗废物的交接,交接内容包括医疗废物的来源、种类、重量、交接时间,交接经手人包装是否合格等项目进行登记、签字。登记资料要保存 3 年以上。医疗废物集中处置机构交接登记包括种类、重量、交接时间、经手人、最终去向等。并规定凡出治疗室的医疗废物一律不准再逆向回治疗室。

5 医疗废物的分类

各科医护人员将产生的医疗废物将分类投入感染性废物、损伤性废物、病理性废物、药毒性废物、化学性废物容器内(容器为黄色,锐器盒和垃圾袋)。袋装装至 3/4 处。由保洁员用胶带封口,各科分类密闭收集包装好,由专职收集人员送到暂存库,做到日产日清,装医疗废物专用桶每日清洁消毒。

6 医疗废物的收集、运送、处置

各科运送到医疗废物污物暂存库的污物由专职人员管理,每天由本市统一使用专用医疗废物收集运送车,车体上标识有“医疗废物”来收集,运往医疗废物处理厂。装车完毕对暂存库进行清洁消毒。

7 加强保洁员轮换管理

由于保洁员工资低,工作繁琐,年龄普遍偏大,造成了在岗位工作的不确定性。为了减少这一现象,与保洁公司协调,要求定岗、定员,尽量保持工作的延续性,不要随便更换人员,特殊情况更换的保洁员必须培训后方可上岗。

8 质量检查及反馈

各科护士长每月全面检查与每月随时督促相结合,专管员每天深入各科室抽查 1~2 项内容,院感科每一季度进行一次全面的检查,与保洁员工资挂钩。通过抓环节,堵漏洞,加大检查力度,使本院医疗废物管理工作逐步走向规范化、法律化轨道。本院通过以上对医疗废物从产生、分类、包装运送、处置、环环紧扣、层层把关、不留漏洞、不留死角,保证了医疗废物不流失、不泄露、不扩散、减少环境污染,降低医务人员的职业风险,减轻了护士非理性工作量。杜绝医疗废物对社会造成危害。

9 加强督查考核的落实

本院医疗废物管理由医院总务科负责,医院感染科负责技术培训,业务指导和监督考核,保洁公司保洁人员认真负责医院各科医疗废物的分类收集,转运交接,登记签名及消毒、隔离等具体工作,各科医疗废物管理纳入每月医疗质量考核,奖罚分明。严格按规章制度执行。医院感染科采取日常检查及随时抽查和月底检查等多种方式对全院医疗废物实施监督和考核,每月将考核情况及出现的问题及时反馈到有关部门,对出现的问题及时处理并通报,并在下月考核中进行重点督查,并将医疗废物管理考核与科室经济效益直接挂勾,从而保证医疗废物管理制度的落实,对保洁公司医疗废物处置也采取同样的办法考核,并在签字合同协议时作为重要内容加以确认。

10 效 果

严格的规范化管理提高了全院职工的认识,规范了广大医务人员对医疗废物的安全处置行为,特别是加大了对保洁公司保洁人员的培训,管理督查力度,使医疗废物管理形成了良性循环,有效地避免了医院感染和环境污染事故的发生。本医疗管理已走入正轨,实现了规范化、制度化管理。医疗废物管理得好坏与领导是否重视、支持是分不开的,只有加强培训、形成共识、齐抓共管、责任落实,才能将医疗废物管理落实到位^[3]。当然,在医疗废物管理上还有待进一步提高及完善,使之更具科学性和实效性。

参考文献

[1] 赵由才,张全,蒲敏. 医疗废物管理与污染控制技术[M]. 北京:化学工业出版社,2005:236.
[2] 张丽亚. 保洁员工作在医院感染管理中存在的问题和对策[J]. 社区医学杂志,2008,6(24):1-2.
[3] 周慧,徐宁. 医疗废物管理的初探[J]. 解放军护理杂志,2008,25(2):65-66.

(收稿日期:2010-12-15)

超声诊断胎盘早剥的临床价值

李 蕾(重庆市大渡口区第一人民医院特检科 400080)

【关键词】 胎盘早剥; 超声诊断; 临床诊断
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 08. 082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)08-1023-02

胎盘早剥是严重威胁孕产妇及胎儿生命的妊娠晚期并发症,起病急、发展快,若贻误诊断,处理不及时,会发生严重并发症,如弥散性血管内凝血(DIC)、肾衰竭、产后大出血等,直接

危及母儿生命。本文对 5 年来本院收治的 25 例胎盘早剥患者的声像图进行分析,旨在探讨胎盘早剥的声像图特征,分析漏诊误诊原因,以提高诊断准确率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 25 例患者, 年龄 22~36 岁, 平均 28.4 岁。初产妇 12 例, 经产妇 13 例, 孕周 30~41 周, 单胎 14 例, 双胎 11 例, 阴道流血伴腹部持续性或间歇性疼痛者 16 例, 血性羊水 6 例, 合并妊高症 10 例, 胎膜早破 5 例, 胎儿窘迫 6 例, 死胎 4 例, 死产 1 例, 发生 DIC 3 例。

1.2 方法 使用彩色多普勒血流显像仪, 探头频率 3.5 MHz。按产科超声检查常规进行胎儿检测, 确定胎盘位置, 仔细多切面扫查, 观察胎盘形态、厚度、内部回声、胎盘与宫壁间有无异常回声、胎盘边缘有无液性暗区或血凝块。

2 结果

经 25 例胎盘早剥临床诊断中重型 7 例, 其中 3 例并发 DIC, 轻型 18 例。超声产前诊断 20 例, 准确率 80%, 漏诊 4 例, 占 16%, 误诊 1 例, 占 4%。声像图表现可分为^[1-2]: (1) 胎盘基底部与子宫壁见不规则或条索状无回声区者 3 例, 术中见胎盘母体面有血凝块压迹。(2) 胎盘局部增厚, 胎盘与宫壁间见回声增强区, 分布不均匀, 边界不清者 3 例, 术中见胎盘母体面有血块, 此 3 例剥离面面积小于 2/3。(3) 胎盘明显增厚, 体积增大, 正常胎盘回声很少或几乎不见, 胎儿被挤一边, 仅见胎盘内遍布杂乱回声, 边界不清者 5 例, 其中 3 例彩色多普勒血流显像(CDFI)未见血流信号; 1 例因出血多同时在宫颈内口处见巨大混合性团块回声, 但与胎盘分界清; 1 例因床边急诊未观察血流情况。术中见胎盘剥离面积均大于 2/3 或全部。其中 3 例发生 DIC。(4) 胎盘下缘显示异常回声者 9 例, 其中在胎盘下缘胎膜与宫壁间见无回声区 1 例, 胎盘下缘回声不均并见不均匀中等回声及混合回声、边界不清者 8 例, 术中均见胎盘边缘剥离伴血块形成。

胎盘早剥 25 例中, 其中 17 例发生于前壁, 占 68%, 6 例发生于后壁, 占 24%, 2 例发生于侧壁, 占 8%。被超声产前诊断的胎盘早剥位于前壁 14 例, 检出率占 82%; 被超声产前诊断的胎盘早剥位于后壁 5 例, 占 83%; 位于侧壁 1 例, 占 50%。

3 讨论

3.1 胎盘早剥的病理及预后 胎盘早剥是妊娠 20 周或分娩时, 正常位置的胎盘, 在胎儿娩出前部分或全部从子宫壁剥离。病理上的主要变化是, 底蜕膜层出血, 形成血肿, 胎盘自宫壁剥离。根据出血的位置胎盘早剥分为显性剥离(外出血)、隐性剥离(内出血)及混合性出血。显性剥离多为胎盘边缘静脉撕裂所致, 为“低压性”出血, 血液冲开胎盘边缘, 沿胎膜与子宫壁之间子宫颈口外流出, 故称显性剥离。隐性剥离常伴有高血压、血管疾病等, 是因为胎盘下螺旋动脉断裂所致, 为高压性出血, 出血量多, 症状重, 胎盘边缘仍附着于子宫壁上, 或胎儿头部已经固定于骨盆入口, 都能使胎盘后血液不能外流, 积聚于胎盘与子宫壁之间, 故称隐性剥离。当内出血过多时, 血液仍可冲开胎盘边缘, 向宫颈口外流, 形成混合性出血^[3]。严重的胎盘早剥可引发子宫胎盘卒中、凝血功能障碍或 DIC 等, 围生儿死亡率高达 36.5%~55%, 同时剖宫产及子宫切除概率也增加。本组 25 例患者剖宫产 23 例, 顺产 2 例。术中发现子宫卒中 5 例。其中 4 例行次全子宫切除术。孕产妇死亡 1 例, 占 4%, 围生儿死亡 4 例, 占 25%, 新生儿窒息 6 例, 占 24%, 产后出血 8 例, 占 32%, 出血性休克 4 例, 占 16%, DIC 3 例, 占 12%。可见其对母婴威胁极大, 所以开展超声对胎盘早剥的声像图研究, 不断提高检出率, 早期诊断, 为临床采取及时合理的治疗方案有十分重要的意义。

3.2 胎盘早剥的临床特征差异很大 临床多为不典型病例, 很难与先兆流产、临产鉴别。本组漏诊 4 例, 产前并未疑有胎盘早剥的为 3 例, 因其症状不典型仅有腰酸、胎心异常同时伴有少量阴道出血等, 临产医生常规检查胎盘时才发现有血块压迹, 一般范围均较小, 其中最大范围(5×4)cm, 剥离面积均小于 1/6, 属于轻型早剥。

3.3 漏诊原因分析 可能因早剥血肿小, 很难检出, 另一原因就是因未怀疑到早剥, 思想上不够重视, 未对胎盘进行仔细认真多切面观察, 从而导致漏诊, 还有一个影响因素就是检查时间, 本组 1 例在产前 46 h 行超声检查, 当时未发现异常, 如果在产前 16~24 h 进行复查, 也许可以减少漏诊。后壁胎盘因胎儿躯体的遮盖及远场声衰减等影响, 胎盘显示不甚满意, 易漏诊, 所以对疑有胎盘早剥的患者, 检查时因变动孕妇体位、调节聚焦、提高增益、多方位多切面扫查, 仔细寻找病灶至关重要。

3.4 误诊原因分析 胎盘边缘剥离血肿误诊其为前置胎盘出血所致, 由于发生在胎盘下缘, 血肿较大, 堵在宫颈内口, 血肿前后径较大, 上下径较小, 胎盘下缘与宫颈间由血块相连, 边界模糊, 不能正确分析胎盘下缘与宫颈内口之间的关系而导致误诊。本病例实属低置胎盘但其出血原因还是由于胎盘边缘早剥引起。

3.5 鉴别诊断 对于有些腹痛阴道流血病例, 超声排除前置胎盘后, 若有胎盘增厚, 虽未见胎盘与宫壁间异常回声及胎盘实质回声改变, 仍应高度重视, 不能轻易排除胎盘早剥之可能, 应叮嘱患者随访复查。本组 1 例因胎盘增厚叮嘱患者复查时才发现其胎盘回声已有变化, 从而避免了漏诊。另外对有大量阴道出血的显性早剥患者可能找不到血肿及胎盘增厚的迹象, 也不能轻易排除早剥, 应加倍注意寻找其胎盘的异常表现。

胎盘静脉窦是胎盘后厚度均匀的管状暗区, 应用实时超声偶可见其内有血液流动; 应用超声多普勒法可测得血流差频。

胎盘附着处子宫肌层: 妊娠早期在子宫肌层内可见一圆形的肌瘤回声; 随着妊娠进展, 肌瘤可变得透声, 甚至消失。其特点是回声多呈圆形, 向内、外突出, 同时推挤子宫壁及胎盘。

胎盘囊肿: 胎盘实质回声区内可见单个或多个液性暗区, 边缘清楚, 暗区的大小一般变化不大。

胎盘附着处的子宫收缩: 胎盘下子宫肌肉收缩时, 声像图上可出现一向胎盘突出的半圆形低回声区。如有怀疑, 可延长观察时间, 一旦收缩后, 图形可恢复正常^[4]。

总之, 胎盘早剥诊断准确率的提高, 与检查医生对胎盘早剥声像图的认识、对胎盘早剥的预见性、警惕性及检查仔细与否密切相关, 唯有不断的总结经验, 提高诊断符合率, 配合临床采取积极治疗措施, 才能降低孕产妇及围生儿的风险。

参考文献

- [1] 张志诚. 临床产科学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1994: 540.
- [2] 严英榴. 产前超声诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 106.
- [3] 王纯正, 徐智章. 超声诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 446.
- [4] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2002: 1425.