

发生。

3 小 结

我国 ICU 护理工作十分复杂,与普通病房相比较,护理风险性更高,通过分析产生 ICU 院内感染的原因,可以通过完善医院管理、对留置管道感染的预防、采用集束化护理方案、加强基础护理、预防并发症等多种途径来控制 and 预防 ICU 院内感染的发生和发展,实现了危重护理质量的持续改进。

参考文献

- [1] Msek S, Yurtseven N, Gercekoglu H. Ventilator-associated pneumonia in a cardiothoracic surgery center postoperative care unit [J]. Hosp Infect, 2001, 47(4): 321-324.
- [2] 刘淑媛, 陈永强. 危重症护理专业规范化培训教程[M]. 北京:人民军医出版社, 2006:534.
- [3] 陈萍, 陈伟, 刘丁. 医院感染学教程[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:6.
- [4] 刘冰, 李武平. ICU 感染的监测与控制. 中国卫生质量管理, 2004, 8(11): 30-31.
- [5] 蒋冬梅, 唐春炫. ICU 护士必读[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 2003:267.
- [6] 支琴. ICU 医院内感染控制的探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2009, 5(4): 77-78.
- [7] 陈雪峰, 刘克喜, 李小民. ICU 感染患者 381 株病原菌分

析[J]. 中国医学创新, 2009, 6(26): 143-144.

- [8] 任南, 文细毛, 吴安华, 等. 178 所医院医院感染因素调查分析[J]. 中国感染控制杂志, 2003, 2(1): 6-9.
- [9] McGinley KJ, Larson EL, Leyden JJ. Composition and density of microflora in the subungual space of the hand [J]. J Clin Microbiol, 1988, 26(5): 950-953.
- [10] Hedderwick SA, Mcneil SA, Lyons MJ, et al. Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by healthcare workers [J]. Infect Control Hosp Epidemiol, 2002, 21(8): 505-509.
- [11] 刘冰, 李武平. ICU 感染的监测与控制[J]. 中国卫生质量管理, 2004, 11(4): 30-31.
- [12] 徐秀华. 临床医院感染学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998:530.
- [13] 陈永强. 导管相关性血流感染与中心静脉导管集束干预策略[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(10): 889-891.
- [14] Resar R, Pronovost P, Haraden C, et al. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia [J]. J Qual Patient Saf, 2005, 31(5): 243-248.

(收稿日期:2011-03-11)

基层医院妇产科术后下肢深静脉血栓的预防与治疗

丛玉华(青海省西宁市湟源县人民医院妇产科 812100)

【关键词】 下肢; 血栓性静脉炎; 手术后并发症; 妇科外科手术; 产科外科手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2298-02

深静脉血栓形成(DVT)发生于下肢、肝脏,盆腔及阴道旁等部位的静脉,发生于下肢及盆腔静脉的占 90%,尤以左下肢多见。下肢深静脉血栓形成可发生在下肢深静脉的任何部位。由于左髂总静脉回流到下腔静脉的流入角大,同时受髂总动脉和乙状结肠的压迫,左侧发病率是右侧的 2.5 倍^[1]。DVT 是妇产科术后常见并发症之一,据统计,其妇产科术后总发生率为 8%~13%,其中以剖宫产术后最为常见,其次为妇科恶性肿瘤根治性手术。

1 静脉血栓形成的病因

静脉血栓形成是一种多因素性疾病。1946 年,Virchow 首次提出血栓形成的原因包括影响血流因素(如血液淤滞)、影响血液成分的因素(如高凝状态)、影响血管壁的因素(如动脉粥样硬化)等^[2]。至今这个理论仍受到普遍的公认。妇科术后的患者是 DVT 的高危人群。高危因素表现在多方面。女性盆腔解剖特点为手术后静脉血栓的形成创造了条件:盆腔静脉密集,相互吻合成丛,血容量大;静脉管壁薄,无静脉瓣,无筋膜外鞘,缺乏有力的支持组织,血流缓慢;膀胱、生殖器官、直肠静脉丛彼此相通。麻醉时静脉壁平滑肌松弛,使内皮细胞受牵拉而胶原暴露,术中及术后盆腔静脉回流障碍,从而容易发生血栓栓塞^[3]。

2 深静脉血栓的临床表现

下肢肿胀、疼痛和浅静脉曲张是下肢 DVT 的三大症状。但轻者仅感局部沉重,站立行走时疼痛加重,而抬高下肢则可缓解。全身症状一般情况下不明显,可出现低热、心动过速和

身体乏力等症状。查体可发现下肢肿胀、压痛、腓肠肌牵拉阳性、浅静脉充盈或怒张。栓塞部位可触及压痛及静脉索状物。如病程继续进展,肢体极度肿胀,对下肢动脉造成压迫以及动脉痉挛,导致下肢动脉血供障碍,出现足背动脉和胫后动脉搏动消失,进而小腿和足背往往出现水泡,皮肤温度明显降低并呈青紫色,如不及时处理,可发生静脉性坏疽。

3 静脉血栓的诊断

有下列情况者可考虑 DVT 的诊断:(1)产科或盆腔手术后,特别是患者又有较长时间卧床不活动者。(2)起病急,患肢肿胀疼痛,活动后加剧,可伴有发热和脉搏加快。(3)查体和发现血栓部位压痛,腓肠肌牵拉阳性以及浅静脉充盈或怒张等体征。(4)彩色多普勒超声影像和放射性纤维蛋白原测定有助于诊断,而静脉造影检查则可确定诊断。

4 综合预防治疗

针对血栓形成的病因,本院妇产科采用综合预防疗法:(1)因右髂总动脉跨越在左髂总静脉之上,影响左髂总静脉血液回流,而且左下肢静脉的回流途径较右侧长而曲折^[1],故引起左侧静脉内血流缓慢。因此,为杜绝术中左下肢静脉穿刺输液,改为上肢输液。(2)停止术后常规使用止血药等不科学方法,减少对凝血因子及纤溶系统的影响。(3)术后当天开始常规应用 250 mL 低分子右旋糖酐,静脉滴注,每天 1 次,连续 3~5 d。既可扩容,又可抑制血小板凝聚与促进纤溶。(4)术前检查血常规、血脂、血糖,血小板、血细胞比容等,以上检查异常,血脂、血糖增高者和肥胖、有口服避孕药史者列为高危患者,术

后口服双嘧达莫、阿司匹林、藻酸双酯钠等。(5)溶栓治疗,适于急性 DVT 3 d 以内。常用纤维蛋白溶解剂链激酶、尿激酶和重组纤溶酶原激活剂。尿激酶过敏反应轻,临床应用较多,一般剂量为每天 10~20 万单位,溶于 5% 葡萄糖或右旋糖酐 250~500 mL 中静脉滴注,疗程 10 d 左右。(6)手术治疗:对于急性 DVT 患者,不常规应用静脉取栓术,对于某些患者,如较严重的髂股静脉血栓因静脉阻塞有肢体坏疽危险时,可考虑使用取栓术。但本院因技术条件等原因不能实施此手术。(7)术中注意保持舒适体位,特别是阴式,手术时避免下肢受压而影响静脉回流,定时按摩小腿,以促进静脉回流。(8)对有高危因素的患者,术前应完善各项检查,及时补充液体,纠正因禁食、灌肠等引起的脱水,手术操作应轻柔,尽量减少组织损伤和对血管的刺激。术后鼓励患者深呼吸,尽早下床活动或床上被动活动,是预防发生下肢静脉血栓的重要措施^[4]。

临床医生对具备血栓形成危险因素者应提高警惕。实施综合预防能明显降低妇产科术后下肢静脉血栓的发病率,促进

患者早日康复。下肢静脉血栓是妇产科手术后严重的并发症之一,可引起肢体不可逆的损害及肺、脑栓塞等。该病处理棘手,因此,有效的预防具有重要意义。

参考文献

[1] 潘晓玉,卞美璐. 妇科肿瘤术后深静脉血栓和肺血栓的防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2009,25(7):491.
 [2] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2005:642.
 [3] 孙丽洲,董自江. 女性盆腔血栓性静脉炎的诊疗特点[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(4):263-266.
 [4] 洪高明,王树东,郭东立,等. 妇科手术后下肢血栓性静脉炎 6 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,1994,10(2):113.

(收稿日期:2011-04-06)

肿瘤标志物在非小细胞肺癌诊断中的价值

张雪松¹, 翟海军² (1. 江苏省如东县中医院检验科 226400; 2. 江苏省如东县人民医院检验科 226400)

【关键词】 癌,非小细胞肺; 癌胚抗原; 神经元; 磷酸丙酮酸水合酶; 肿瘤标记,生物学
 DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2299-02

肺癌的治疗效果关键是早发现、早诊断、早治疗,肺癌标志物的应用,提高了肺癌早期诊断水平,也对临床分期、预后判断和疗效观察等起到很大的帮助。肺癌血清学标志物癌胚抗原(CEA)、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、细胞角蛋白 19 片段(CYFRA21-1)检测对非小细胞肺癌的诊断、疗效观察和监测复发有一定的临床应用价值^[1],但单项检测的灵敏度均不高。本研究对 76 例非小细胞肺癌患者 3 种肿瘤标志物进行了联合测定,探讨其联合应用的临床价值。

1 资料与方法

1.1 研究对象 非小细胞肺癌组 76 例,男 40 例,女 36 例,年龄(57±16)岁,均经南通市肿瘤医院或南通附属医院病理检查确诊。肺良性疾病组 21 例,男 13 例,女 8 例,年龄(54±18)岁,均经临床和病理证实。分别于术前 1 周和术后 4 周采集血标本。

1.2 仪器与试剂 采用化学发光技术检测 CEA、NSE、CY-

FRA21-1。瑞士 Roche 公司 ELECSYS2010 全自动化学发光分析仪,试剂盒由瑞士 Roche 公司提供,按说明书操作。临界值为 CEA>5 μg/L, NSE>15.2 μg/L, CYFRA21-1>3.3 μg/L。

1.3 统计学处理 测定结果用 SPSS13.0 统计分析软件处理,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示。组间比较用 *t* 检验,手术前后比较用配对 *t* 检验, *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者手术前后 CEA、NSE、CYFRA21-1 水平见表 1。结果显示,手术前 CEA、NSE、CYFRA21-1 的平均水平非小细胞肺癌组明显高于肺良性疾病组,两组间差异有统计学意义 (*P*<0.05)。手术后血清三项指标平均水平非小细胞肺癌组略高于肺良性疾病组,两组差异无统计学意义 (*P*>0.05)。非小细胞肺癌组手术后三项指标平均水平均较手术前低,两组间差异有统计学意义 (*P*<0.05)。肺良性疾病组手术前后三项指标水平变化不明显,差异无统计学意义 (*P*>0.05)。

表 1 非小细胞肺癌组和肺良性疾病组手术前后 3 项血清学标志物水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CEA(μg/L)		NSE(μg/L)		CYFRA21-1(μg/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
非小细胞肺癌组	76	6.7±3.1	3.4±1.2	18.7±5.7	3.2±0.9	5.5±2.4	2.4±1.1
肺良性疾病组	21	2.8±1.1	3.2±0.9	10.9±2.8	10.5±2.1	2.1±1.1	2.2±1.0
<i>t</i>		8.120	-0.036	5.954	1.232	6.440	0.687
<i>P</i>		0.001	0.983	0.004	0.221	0.002	0.494

3 讨论

CEA 是 1965 年 Gold 和 Freedman 从结肠癌和胚胎胃黏膜上皮分离出来的与细胞膜相关的糖蛋白,主要由消化道、支气管黏膜、胎儿及胚胎分泌,存在于细胞质和细胞膜上,是目前应用最广泛的肿瘤标志物^[2]。CEA 最早用于诊断肺癌,特别是非小细胞肺癌。NSE 目前公认为可以作为小细胞肺癌高特异性、高灵敏性的肿瘤标志物,有报道与小细胞肺癌的转移程

度相关,但与转移的部位无关,与对治疗的反应性之间也有良好的相关性^[3]。CYFRA21-1 是一种新型肺癌标志物,主要由细胞角蛋白 19 的两个单克隆抗体组成,存在于单层和复层上皮肿瘤细胞的胞质内,肿瘤细胞死亡时溶解的片段释放到血清中,使 CYFRA21-1 含量升高,在肺癌患者中以鳞癌阳性率最高^[4]。

CEA、NSE、CYFRA21-1 是目前在不同类型肺癌中具有高