

剂等等时,引起尿液呈强碱性(pH≥9.0),超过试带的缓冲能力使干化学法出现假阳性结果;当尿液 pH≤3.0 时,会出现假阴性^[4]。此外,留样不当时易引起假阳性^[5],如标本中混入前列腺液和精液时易引起假阳性。

造成蛋白尿的影响因素有多种,因此在实际工作中,冬季入伍新兵尿常规检查蛋白质阳性者,不能一概定性为不正常,应在减少运动量、适时休息、发热感冒症状好转后再进行尿常规复查和尿蛋白定量检查,以进一步确定尿中蛋白含量。

参考文献

[1] 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,2006:279-293.

[2] 王庸晋. 现代临床医学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:180.
 [3] 杨晓春,郝维敏,刘杰. 尿沉渣分析系统与干化学法检测尿红细胞、白细胞的临床应用评价[J]. 临床和实验医学杂志,2009,8(2):82-83.
 [4] 吴桂玲,王丽. 尿液干化学法分析仪临床应用影响因素及方法学评价[J]. 检验医学与临床,2010,7(19):2171.
 [5] 关胜美,闫美玲. 干化学法测定尿液的影响因素[J]. 实用医技杂志,2003,4(4):320.

(收稿日期:2011-07-29)

微创胸腔内置入中心静脉导管治疗自发性气胸临床分析

刘兰芳,谭继玲,何代忠,张颖,夏庆弟(重庆市璧山县人民医院内一科 402760)

【摘要】 目的 探讨微创胸腔内置入中心静脉导管治疗自发性气胸患者的优势。**方法** 对 2010 年以来本科收治的 28 例自发性气胸患者随机分为两组,观察组用微创胸腔内置入中心静脉导管连接胸腔闭式引流术封瓶持续排气治疗,对照组采用传统胸腔闭式引流术治疗。**结果** 观察组与对照组治疗自发性气胸有效率之间差异无统计学意义,但前者操作简单、创伤小、痛苦少、并发症少、术后不留瘢痕,且住院时间较短,与对照组相比有显著优势。**结论** 微创胸腔内置入中心静脉导管治疗自发性气胸适宜临床推广应用。

【关键词】 中心静脉导管; 胸腔闭式引流; 自发性气胸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.23.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)23-2917-02

自发性气胸指无创伤或人为因素作用,由于肺组织及脏层胸膜突然破裂,空气进入胸膜腔所致,起病突然,是呼吸系统常见急症之一,需及时诊断及处理^[1]。本院自 2010 年以来用中心静脉导管治疗自发性气胸 15 例,现将结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 对象选择 本组自发性气胸患者 28 例,其中男 26 例,女 2 例,年龄 20~75 岁,平均 30 岁,随机分为观察组和对照组。观察组 15 例,采用微创胸腔内置入中心静脉导管治疗,对照组 13 例,采用传统胸腔闭式引流术治疗。

1.2 治疗方法 两组均在抗感染或预防感染等治疗基础疾病基础上,根据胸片选择在患侧胸部第二肋间隙锁骨中线外 1~2 cm 处或局限性气胸相应体表位置置管。观察组选用中国台湾产“必勃朗”中心静脉导管,行微创胸腔内置入连接胸腔闭式引流水封瓶持续排气。患者半卧位、吸氧,常规消毒、铺巾、局部浸润麻醉下,深静脉穿刺针垂直进针至胸膜腔,回抽证实有气体后,将导丝沿穿刺针导入胸腔一定深度,拔出穿刺针,借导丝再将中心静脉导管送入胸腔内约 10~15 cm,拔出导丝,中心静脉导管连通闭式引流水封瓶,有气泡溢出后,用透明敷料固定中心静脉导管于体表,防止滑脱。对照组选用传统胸腔闭式引流硅胶管置入连接水封瓶持续排气,患者半卧位、吸氧,常规消毒、铺巾、局部浸润麻醉下,在两肋中间与肋骨平行作一 1.5~2.0 cm 皮肤切口,止血钳钝性分离皮下组织、肋间肌及胸膜后,置入 20F 硅胶气囊引流管,固定引流管,末端连接胸腔闭式引流水封瓶,有气泡溢出后,用无菌敷料覆盖手术切口。

1.3 疗效标准 治愈标准为症状、体征消失,气胸吸收,肺复张;无效标准为气胸无明显变化或病情加重^[2]。

1.4 统计学处理 采用 *t* 检验, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 28 例患者均有不同程度的突发性胸痛、胸闷、呼吸困难。查体:气管向健侧移位,患侧多有肋间隙饱满,叩诊呈鼓音,语颤减弱,呼吸音减弱或消失。28 例患者均行胸片或胸部 CT 检查提示气胸,肺压缩 40%~90%。

2.2 疗效比较 观察组治愈 13 例,时间 1~7 d,平均 5.5 d,无效 2 例;对照组治愈 11 例,时间 2~9 d,平均 6 d,无效 2 例。两组经统计学 *t* 检验,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。

2.3 平均住院时间 观察组 6 d,对照组 8 d。

2.4 并发症比较 观察组置管第 1 天轻微疼痛,但无需镇痛治疗,不影响休息、睡眠及正常活动,并发轻微皮下气肿者 1 例,未行特殊处理。观察组 15 例均无出血、胸腔内感染及创口感染,无管道脱落及堵塞发生,无复张性肺水肿发生,愈合后直接拔管,无漏气之忧,无瘢痕遗留,拔管后即可出院。对照组置管后疼痛明显,影响休息及睡眠,需口服镇痛药物,带管活动不方便,并发皮下气肿者 4 例,需皮下穿刺排气 2 例;切口少量出血 2 例,13 例均无胸腔内感染及创口感染,无管道脱落及堵塞发生,无复张性肺水肿发生,拔管后需用凡士林纱布填塞切口,避免漏气,拔管后需观察 24~48 h 再出院,愈合后胸壁遗留瘢痕。

3 讨论

自发性气胸治疗过程中要做到创伤小、痛苦少、完全排除残余气体而又不致患侧肺再受损伤,促使患侧肺早日完全复张,是治疗的主要目的^[3]。传统的胸腔闭式引流术操作复杂,需在肋骨上缘行一切口,创伤大,易刺激及损伤胸膜组织,引起胸膜反应,易引起皮下气肿,患者痛苦大^[4],拔管后需用凡士林纱布填塞切口,避免漏气,使住院时间延长,愈后有瘢痕遗留,影响美观,患者有恐惧心理,依从性相对较差。

微创胸腔内置入中心静脉导管治疗自发性气胸与传统闭

式引流术对比,有效率及平均治愈时间相近,差异无统计学意义,但其他方面优势显著:(1)操作简单,只需一人操作即可完成置管;(2)创伤小、痛苦小、并发症少,不需要行胸壁切口,减少肋间切开插粗硅胶管的痛苦,无疤痕遗留,不影响外观,可以随意走动,患者容易接受,可适用于任何年龄的气胸患者,还可减少皮下气肿的发生率^[5];(3)中心静脉导管柔韧性好,对胸壁及复张的肺无损伤及刺激,不易引起疼痛及胸膜反应,创口感染率低,安全系数高^[6];(4)拔管后无需凡士林纱布填塞切口,无需观察是否漏气,缩短了患者住院时间,从而减少了住院费用;(5)实用性强,适用于闭合性气胸及胸膜破口较小的开放性气胸,适宜临床推广应用。但因中心静脉导管直径小,对于胸膜裂口较大的有大量气体排出及张力性气胸仍应及时行传统胸腔闭式引流术。

参考文献

[1] 荆爱玲,李树信,郭卫杰,等.现代内科学新进展[M].上海:

第二军医大学出版社,2010;248.

- [2] 韦力,吴根社,潘毓标,等.中心静脉导管在治疗自发性气胸中的应用(附 52 例报告)[J].淮海医药,2008,26(1):35-36.
- [3] 缪勇林.中心静脉导管在治疗自发性气胸中的应用[J].临床研究,2009,16(23):33,35.
- [4] 范昭豪.中心静脉导管闭式引流术与传统闭式引流术疗效观察[J].中国医学创新,2009,6(18):24-26.
- [5] 高健,孙圣华.中心静脉导管加持续低负压吸引治疗自发性气胸的临床疗效分析[J].临床和实验医学杂志,2009,8(4):23-25.
- [6] 张芳.经皮穿刺留置中心静脉导管治疗自发性气胸 31 例报告[J].山东医药,2007,47(21):35.

(收稿日期:2011-06-14)

机采血小板发生献血反应的原因分析及其预防

陆静玲(江苏省泰州市中心血站靖江分站 214500)

【摘要】 目的 通过对机采血小板过程中的出现献血反应的原因进行分析,并加以预防与控制,加强献血者的信心,使更多的无偿献血者加入到机采血小板的队伍中来,缓解临床对机采血小板输注的需求。**方法** 对 2004~2006 年 3 185 名机采血小板的献血者中 356 名发生献血反应的情况详细记录并进行分析,找出发生献血反应的原因。**结果** 356 名发生献血反应者,抗凝剂反应 243 名,占 68.2%;心理因素 65 名,占 18.3%;自身身体因素 48 名,占 13.5%。**结论** 加强宣传,缓解献血者心理压力,选择体质量重、血小板计数高、多次献血者可减少机采血小板献血者献血反应的发生。

【关键词】 献血者; 血小板; 献血反应

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.23.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)23-2918-02

血小板是形态不规则的小体,由骨髓巨核细胞的细胞分隔而成。在正常情况下,每立方毫米血液中有 10~30 万个单位。血小板在血液内仅存活 8~12 d,衰老的血小板大多在网状内皮系统中被破坏。血小板的主要功能参与凝血过程,当组织受伤出血时,血小板常成群聚集,促进血液凝固而起止血作用,当血小板减少到每立方毫米 5 万个以下时,可引起皮肤或黏膜出血。机采血小板所需时间较长,循环血量大,故出现献血反应的现象时有发生,为满足临床对机采血小板输注的需求,同时也为了保证献血者的健康,作者总结了本站对机采血小板发生献血反应的情况并分析原因,从而得出献血反应的预防与控制的措施。

1 资料与方法

1.1 调查对象 2004 年 1 月至 2006 年 7 月在本站机采血小板的 3 185 名献血者,均符合卫生部颁布的《献血者健康检查标准》,且采前血小板大于或等于 $150 \times 10^9/L$,血细胞比容大于或等于 38%,献血间隔时间大于 1 个月,清淡饮食后采血。

1.2 主要仪器设备 MCS⁺ 血细胞分离机,AMICUS 血细胞分离机。

1.3 抗凝剂 ACD-A 血液抗凝剂由上海市血液中心生产。

1.4 方法 献血者随机选择机器采集。按照标准操作规程进行机采血小板,对发生献血反应的献血者情况进行原因分析。

2 结果

3 185 名机采血小板的献血者发生献血反应 356 名,出现献血反应率为 11.2%。其中可分为 3 种原因,心理因素 65

名,占献血反应的 18.3%;自身身体因素 48 名,占献血反应的 13.5%;抗凝剂反应 243 名,占献血反应的 68.2%。

3 讨论

3.1 献血反应情况原因分析 机采血小板发生献血反应者中,首要的是初次机采血小板者发生献血反应者的较多,主要是献血者对机采血小板知识及过程了解较少,面对机器有种恐惧感,而造成精神过度紧张,出现头晕、面色苍白等神经血管性晕厥的表现。

再者以抗凝剂反应为主,造成此反应的原因主要是枸橼酸钠中毒。机采血小板过程中,全血:抗凝剂比例一般为 11:1,ACD-A 抗凝剂需约 350~450 mL(含枸橼酸钠 7~10 g),有的甚至大于 500 mL。在较短时间内输入如此多的抗凝剂,再加上离体血液(在机采管道内),可能使血液温度降低(低温可使机体对枸橼酸钠代谢降低),机体来不及代偿,血浆内枸橼酸钠高出危险水平,可使血清结合钙上升,而游离钙下降,出现枸橼酸钠中毒症状^[1]。此外,循环血量大,采集时间长,献血者容易出现疲劳、急躁的情绪而诱发献血反应。采集前血小板计数越低,采集相同量的血小板所需循环血量越高,因此采集前选择血小板计数高的献血者,可减少献血反应的发生。

献血者体质量重者较轻者献血反应率低。人体内血液总量与体质量呈正比,体质量较轻者,体内循环血量较低,每个循环体外循环血量所占体内循环血量的比例较高,故较容易发生献血反应。

3.2 预防措施