

虽然能对加样针进行清洗,但如果遇到高滴度抗体标本,由于加样针洗涤不够,可拖带污染导致其后一孔甚至多孔出现假阳性现象^[3]。

3.2 酶标仪使用的影响 当反应板底部有气泡或污染时,酶标仪对反应孔进行垂直比色,易出现 A 值升高,导致假阳性结果的产生。

4 人体内在因素

4.1 年龄因素 在梅毒感染过程中,IB-Test 法可检测到梅毒螺旋体的特异性蛋白抗原抗体,其中有 92×10^3 、 47×10^3 、 45×10^3 、 17×10^3 、 15×10^3 、 42×10^3 、 37×10^3 等。 47×10^3 、 45×10^3 、 17×10^3 、 15×10^3 蛋白为梅毒螺旋体外膜的脂蛋白,具有较好免疫活性,TP-ELISA 试剂盒主要是选用以上的分子抗原,用基因重组表达和 BOC-氨基固相法得到多肽抗原,为使小分子多肽有较好的吸附性,再用人血清清蛋白与之连接,而且合成后的多肽一般不作提纯,直接作为试剂抗原使用^[2]。理论上 ELISA 法因为采用的位点少似乎应该更特异,但是实际抗原却存在着不纯的问题,而且使用了人血清清蛋白,增加意外假阳性抗原位点的可能。老年人较易使 TP-ELISA 检测产生假阳性的原因可能是由于年龄因素生理功能逐步退化,容易出现免疫功能上的异常,易产生一些针对连接用的清蛋白抗体或一些异常蛋白质而干扰了检测的结果出现假阳性。同时老年人是恶性肿瘤、糖尿病、肝硬化、类风湿关节炎等疾病的高发人群,这些疾病可使患者体内含有某些治疗性抗体、嗜异性抗体、自身抗糖尿病体、类风湿因子、甲胎蛋白等,这些特殊成分在 TP-ELISA 反应过程中具有一定的吸附作用,从而使显色反应出现假阳结果。

4.2 疾病因素 多种恶性肿瘤、糖尿病、麻疹、红斑狼疮、类风

湿关节炎、丙型肝炎、肺结核、妊娠等可使体内含有治疗性抗体、自身抗体、类风湿因子、甲胎蛋白等。这些特殊成分在反应过程中有一定的吸附作用,产生显色而造成假阳性。

5 方法学因素

梅毒血清学反应假阳性可分为技术性假阳性反应和生物学假阳性反应,前者主要是由于标本保存不当(如被细菌污染或溶血)、检测仪器、方法学或实验室操作不规范所造成的^[4],一般经过重复试验即可排除。而生物学假阳性反应主要是由于机体的生理状态发生改变(如年龄变老)和某些疾病造成的,即便通过重复试验也是无法避免。由此可见年龄与疾病因素是造成老年人梅毒抗体易发生假阳性的重要原因。在梅毒抗体检测过程中,了解出现假阳性的影响因素,对于减少工作中差错事故的发生有着极其重要的意义。

参考文献

- [1] 梁慕明. 上海市宝山区 1994-2003 年梅毒流行病学分析[J]. 职业与健康, 2005, 21(1): 68-70.
- [2] 傅均星, 周潇, 曾铁兵. 基因重组抗原 ELISA 法在梅毒螺旋体抗体检测中的评价[J]. 南华大学学报: 医学版, 2004, 32(3): 305-306.
- [3] 蒋国瑾. ELISA 法检测梅毒抗体拖带阳性现象分析[J]. 浙江实用医学杂志, 2004, 9(3): 375, 384.
- [4] 彭明喜. 酶联免疫吸附实验检测梅毒抗体假阳性的原因分析[J]. 现代实用医学杂志, 2006, 18(2): 127-128.

(收稿日期: 2011-07-10)

35 例糖尿病酮酸中毒的护理

王春芳(湖北省恩施来凤县中心医院 445700)

【关键词】 糖尿病酮酸中毒; 护理; 糖尿病

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 01. 081 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0123-02

糖尿病酮症酸中毒(DKA)为最常见的糖尿病急症,临床上多见。1 型糖尿病(T1DM)有自发 DKA 倾向,2 型糖尿病(T2DM)在一些诱因如感染、胰岛素治疗中断或不适当减量、饮食不当、各种应激等诱导下也可诱发 DKA,但有时也可无明显诱因^[1]。虽然近年来糖尿病的治疗进展很快,但目前本症因延误诊断和缺乏合理治疗造成死亡的情况仍较常见。现将本院 2008 年 6 月至 2009 年 12 月收治的 35 例 DKA 患者总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 35 例均是本院住院患者,男 19 例,女 16 例;年龄 11~76 岁,平均 40 岁;其中 T1DM 8 例, T2DM 25 例,妊娠糖尿病 2 例;病程 1~20 年。所有病例均符合世界卫生组织 1999 年糖尿病诊断标准。

1.2 临床表现 突发烦渴、多尿、多饮、体质量下降或原有糖尿病症状加重;消化道症状:纳差、恶心、呕吐、腹胀、腹痛等;呼吸系统:呼吸急促或深而快;神经系统症状:头痛、头昏、意识障碍等。

1.3 实验室检查 尿糖++++~+++++;尿酮体++~++++;血糖 16.2~39.5 mmol/L,平均 26.8 mmol/L;二氧

化碳结合力(CO₂CP)3.86~14.03 mmol/L;血白细胞均大于 10×10^9 /L,最高达 4.5×10^9 /L;部分严重者血淀粉酶明显升高,最高达 1 105 U/L,心肌酶谱升高,肌酸激酶最高达 1 085.2 U/L,乳酸脱氢酶最高达 871.5 U/L。

1.4 抢救经过

1.4.1 迅速建立静脉通道,遵医嘱补液。 输液是治疗 DKA 首要的关键措施。一般建立两组静脉通道,一组用胰岛素,另一组补液。如无心力衰竭,补液应快,24 h 输液量一般为 4 000~6 000 mL,严重失水者可达 1 000~8 000 mL,开始治疗的 1~2 h 内输入 0.9%氯化钠 1 000~2 000 mL,前 4 h 输入计算失水量的 1/3,当血糖降至 13.9 mmol/L,改为 5%葡萄糖液加一定比例的胰岛素静脉滴注,以利于酮体消除。对于静脉补液受限者,可插胃管经胃肠补液,胃肠补液量可达总输入量的 1/2~1/3,但若有腹痛、腹胀、呕吐及应激性溃疡出血者,不宜采取胃肠补液。

1.4.2 静脉用胰岛素治疗。 小剂量胰岛素治疗方案是简单、有效的方法,一般按 0.1 U/(kg·h)计算胰岛素用量,可用生理盐水 50 mL 加胰岛素 25~50 U 用静脉推泵按每小时数毫升注入,并据血糖情况调节胰岛素用量,若开始治疗 2 h 血糖

无肯定下降,胰岛素剂量应加倍。

1.4.3 维持电解质酸碱平衡,预防感染及其他并发症。轻症患者经补液及胰岛素治疗后,酸中毒可逐渐缓解,一般不主张补碱,当血 pH 值降低至 7.0~7.1 时可适当补碱,但补碱的量不宜过大。DKA 患者体内均有不同程度的缺钾,如果经补液及胰岛素治疗后血钾进一步下降,应及时复查及补钾,但应见尿补钾。同时要积极抗感染,预防心力衰竭、肾衰竭、脑水肿等其他并发症。

2 结 果

35 例患者经积极治疗,33 例痊愈,1 例孕妇因多器官功能衰竭抢救无效死亡,1 例 76 岁老年人因合并大面积脑梗死抢救无效死亡。

3 护理体会

3.1 基础护理 良好的护理是抢救 DKA 的重要环节。患者应卧床休息,避免活动。糖尿病患者抵抗力低下,尤其是昏迷患者易发生感染,应及时清洁口腔皮肤,预防褥疮和继发性感染,昏迷患者还应及时翻身拍背、做好会阴擦洗及换尿袋,定时膀胱冲洗,用气垫床、注意烫伤等。

3.2 严密观察病情 DKA 患者病情重,病情变化快。入院后立即进行心电监护、低流量吸氧,观察患者意识状态、心率、血压、呼吸等生命体征;检测微循环状态:如手足温度、脉搏强弱等;观察皮肤弹性变化,有无眼眶凹陷等脱水表现,以判断脱水及酸中毒有无改善^[2]。严格记录 24 h 出入量,以了解血容量是否充足,并为补液及维持电解质平衡提供参考;合理安排用药顺序,输入碱性药是避免和胰岛素同一静脉通道,以免降低胰岛素效价;及时监测各项指标,如电解质、血糖、尿酮体、血气分析等,以利于医生及时调节治疗方案。

3.3 正确使用胰岛素 胰岛素治疗是关键。治疗初血糖下降速度一般为每小时 3.9~6.1 mmol/L,当血糖降至 13.9 mmol/L

1 时,应注意及时减少胰岛素用量,使血糖稳步下降,避免治疗中发生低血糖,减少因血糖骤然波动对器官的损伤。患者能进食时,要注意让患者控制饮食并安排餐前短效胰岛素以控制餐后血糖。此时胰岛素静脉泵仅提供基础胰岛素用量,如果餐前不用短效胰岛素,餐后血糖就会升高,不利于血糖的稳定^[3-4]。

3.4 心理护理 糖尿病是慢性终身性疾病,需要长期服药,给患者的生活带来不便而且增加患者的经济负担。一旦出现并发症对患者的打击很大,加重患者的心理负担,尤其是经济条件差的患者易产生悲观、绝望、恐惧等不良情绪,影响治疗。医务人员应及时给予患者安慰、鼓励,多开导患者,让患者树立战胜疾病的信心。

3.5 出院指导 帮助患者认识并正确对待疾病,控制饮食、体质质量,加强锻炼,用手指血糖仪自我检测血糖,定期来医院复诊,不自行停药、换药、减量等。教会患者及家属注射胰岛素,并根据血糖的情况调节胰岛素的用量。让患者由被动接受治疗转为主动参与治疗,减少并发症的发生,提高生活质量,延长寿命。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2009:788-789.
- [2] 张美华,徐丽.糖尿病酮症酸中毒患儿的护理[J].护理杂志,2008,23(13):32-33.
- [3] 陈翠芹.胰岛素泵治疗 8 例糖尿病酮症酸中毒护理[J].临床和实验医学杂志,2006,5(12):2091.
- [4] 桃,朱小兰.小剂量胰岛素治疗糖尿病酮症酸中毒的护理[J].临床和实验医学杂志,2009,8(8):封 3.

(收稿日期:2011-07-27)

内窥镜下低温等离子治疗顽固性鼻出血的护理体会

刘丽娜(重庆市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科 400014)

【关键词】 顽固性鼻出血; 内窥镜; 低温等离子; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)01-0124-02

内窥镜是一种微创医疗检查器械,具有良好的照明,通过配套的手术器械可以使手术变得更加精细,并可以达到传统手术无法达到的区域。有 0°~120°不等的角度,可直接窥视到鼻腔内各个鼻窦开口,各个沟、鼻窦内部的隐蔽狭窄处及鼻咽部的细微病变^[1]。顽固性鼻出血是指鼻腔反复多次出血,日出血量达到 400 mL 以上,且出血部位隐蔽,多不能明视,经反复鼻腔前后孔填塞不能止血者。本科于 2008 年 1 月至 2009 年 4 月应用鼻内窥镜引导下低温等离子刀治疗顽固性鼻出血 143 例,现将其护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科于 2008 年 1 月至 2009 年 4 月应用鼻内窥镜引导下低温等离子刀治疗顽固性鼻出血 143 例,年龄 22~89 岁,平均 51 岁;其中男 122 例,女 21 例。

1.2 治疗方法 143 例患者均在鼻内窥镜下经低温等离子治疗后,81 例患者未行鼻腔填塞,62 例患者术后选择性采用高膨胀海绵进行鼻腔填塞止血^[2],48 h 后取出,7 例再次出血,经填塞 48 h 后再取出,无再次出血。

1.3 护理措施

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 着重患者的心理护理。顽固性鼻出血的患者长期受到鼻腔堵塞的痛苦,出血带来的恐惧心理,甚至有的产生绝望、轻生的念头。大多数患者家属对疾病本身不很了解,也在一旁表现出慌张的情绪和发出吃惊的语言,更加重患者的心理负担。所以术前要做好患者及家属的思想工作。详细讲解可能导致鼻出血的病因,对有鼻中隔偏曲的患者,告知其手术的必要性;本科医务工作者的精湛技术和先进的医疗设备;介绍本科成功治疗顽固鼻出血的病例,加强患者战胜疾病的信心^[3]。

1.3.1.2 完善术前检查,包括三大常规检查、心电图、胸片、鼻窦 CT 等。手术式多为局麻,术晨可以进食适量温凉饮食。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 鼻出血及生命体征的观察 体温、脉搏、呼吸、血压每 4 小时测量并记录一次,特别注意血压变化。嘱患者口咽部有血性分泌物要吐在痰杯里,及时通知护士便于观察出血情况。患者用来擦拭鼻部的卫生纸也是重点观察内容。如果是