

0.05),此外西格列汀与二甲双胍联合治疗后血清 TG、TC、CRP、HDL-C、D-D 浓度均低于治疗前($P<0.05$),且低于单独使用这两种药物的组,与周鹏等^[10]研究结果相同。

西格列汀与二甲双胍均有在降低血糖作用的同时改善 IR 状态与保护胰岛 β 细胞的功效,鉴于 DPP-4 抑制剂独特的降糖机制,可以与所有类型的口服降糖药物联合使用,而目前针对 DPP-4 联合使用的药物仅仅针对于二甲双胍,其他药物研究较少^[10]。IGT 患者进行联合药物干预可很好地改善糖耐量异常状态,降低 IR 状态,预防或延缓 IGT 进展为 T2DM、降低血脂与血清炎症因子,预防 IGT 人群的糖尿病相关并发症。本试验进一步证实了西格列汀与二甲双胍均能很好地降低血清 CRP、D-D 浓度与血脂浓度,且两者联合应用效果更好,而血清 CRP、D-D 浓度与血脂浓度之间是否存在一定的相关性还需要进一步研究。

参考文献

[1] Goldberg RB, Temprosa M, Haffner S, et al. Effect of progression from impaired glucose tolerance to diabetes on cardiovascular risk factors and its amelioration by lifestyle and metformin intervention the Diabetes prevention Program Research group[J]. Diabetes Care, 2009, 32(4): 726-732.

[2] 康冬梅,叶山东,谈敏,等.糖耐量受损人群血浆 C-反应蛋白和纤维蛋白原变化及其意义[J].安徽医科大学学报, 2005, 40(5): 461-463.

[3] Zou CH, Shao JH. Role of adipocytokines in obesity-associated insulin resistance[J]. Nutr Biochem, 2008, 19(6):

277-286.

[4] 陈益民,刘海燕,王慧,等.西格列汀预防糖耐量减低人群发展为 2 型糖尿病的临床观察[J].实用医学杂志, 2013, 29(21): 3578-3580.

[5] 周健,喻明,贾伟平,等.应用动态血糖监测系统评估 2 型糖尿病患者日内及日间血糖波动幅度[J].中华内分泌代谢杂志, 2006, 22(10): 286-288.

[6] Amini M, Horri N, Zare M, et al. People with impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose are similarly susceptible to cardiovascular disease: a study in first-degree relative of type 2 diabetic patients[J]. Ann Nutr Metab, 2010, 56(4): 267-272.

[7] Lu Q, Tong N, Liu N, et al. Community-based population data indicates the significant alterations of insulin resistance, chronic inflammation and urine ACR in IFGcombined IGT group among prediabetic population[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2009, 84(3): 319-324.

[8] 韩慧萍,杨一,样文.老年心肌梗死的早期预警指标[J].中国老年学杂志, 2014, 34(6): 3514-3515.

[9] 俞力,史光英.盐酸二甲双胍缓释片(泰白)对 2 型糖尿病血脂水平的影响[J].实用糖尿病杂志, 2006, 2(1): 54-55.

[10] 周鹏,金笑霞,王雪花,等.西格列汀及西格列汀与二甲双胍联合治疗 2 型糖尿病的临床分析[J].临床内科杂志, 2012, 29(10): 676-678.

(收稿日期:2015-03-26 修回日期:2015-08-18)

• 临床探讨 •

某院 2007~2014 年临床用血情况分析*

黄美容, 颜利江, 张绍基, 陈月宽, 谭成孝(遵义医学院附属医院输血科, 贵州遵义 563003)

【摘要】 目的 了解医院临床用血现状,以提高临床成分输血的合理性和科学性。**方法** 对遵义医学院附属医院 2007~2014 年临床用血资料进行统计分析。**结果** 用血总量逐年增加,全血用量逐年减少,临床成分输血比例达到 97.15%以上。红细胞和血浆输注成为成分血输注的主体,血小板次之,冷沉淀最少,手术平均用血量总体逐渐减少。**结论** 成分输血在该院得到了很好的开展,但血浆的输注还需进一步控制。

【关键词】 临床用血; 成分输血; 血浆

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 21. 041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)21-3236-03

输血治疗是临床上抢救生命的一种重要治疗方式,目前尚无其他的替代治疗方法。而血液只能通过无偿献血的方式获得,目前还没有人造血液应用于临床。因此,需要临床医务人员科学、合理地利用珍贵的血液资源,避免不必要的血液输注。为了解本院临床用血情况,作者对本院 2007~2014 年临床用血资料进行回顾性统计分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 输血科 2007~2014 年每月成分用血统计表,病案室医院工作量统计表。

1.2 方法 所有血液均由遵义市中心血站提供。全血按 200 mL 为 1 U;红细胞制品(悬浮红细胞、冰冻解冻去甘油红细胞、

洗涤红细胞)、浓缩血小板以 200 mL 全血分离制备相应成分为 1 U;血浆按 100 mL 为 1 U;冷沉淀以 200 mL 新鲜冰冻血浆制备为 1 U;机采血小板每人份为 1 个治疗量计 1 U。成分血输用率=成分血总量(U)/总量(U)×100%,各血液成分应用百分比=各血液成分量(U)/成分血总量(U)×100%。

2 结果

2.1 全血和各成分血用量情况分析 结果显示:医院用血总量呈逐年增加的趋势,其中各成分血用量总体呈上升趋势,而全血用量则逐年减少,成分血输用率达 97.15%以上,见表 1。同时对临床使用各成分血应用百分率统计显示,红细胞和血浆成为成分输注的主体,血小板次之,冷沉淀最少,见表 2。

* 基金项目:贵州省科技厅资助项目(2012GZ80958)。

表 1 2007~2014 年临床使用全血和各成分血量情况

年度	全血 (U)	悬浮红细胞 (U)	洗涤红 (U)	冰冻解冻去甘 油红细胞(U)	血浆 (U)	浓缩血小板 (U)	单采血小板 (U)	冷沉淀 (U)	总量 (U)	成分血输 用率(%)
2007 年	760.5	8 328.0	227.0	0	13 278	3 640	234	261	26 728.5	97.15
2008 年	311.0	11 005.0	269.0	0	15 703	5 576	242	679	33 785.0	99.08
2009 年	172.5	13 601.0	376.0	0	20 458	8 258	434	1 561	44 860.5	99.62
2010 年	85.5	16 924.5	461.0	0	24 044	8 252	465	1 803	52 035.0	99.84
2011 年	328.0	21 724.0	646.0	0	32 381	11 100	4 260	2 642	73 081.0	99.55
2012 年	10.0	22 591.0	786.0	5	30 114	13 676	3 100	2 658	72 940.0	99.99
2013 年	0.0	25 232.5	893.0	26	25 785	13 310	8 710	3 480	77 436.5	100.00
2014 年	0.0	31 349.0	811.5	77	33 168	12 150	1 903	3 254	82 712.5	100.00

表 2 2007~2014 年临床使用各成分血应用比例

年度	红细胞 制品(%)	血浆 (%)	血小板 制品(%)	冷沉淀 (%)	血浆： 红细胞
2007 年	32.94	51.13	14.92	1.01	1：0.64
2008 年	33.68	46.91	17.38	2.03	1：0.72
2009 年	31.28	45.78	19.45	3.50	1：0.68
2010 年	33.47	46.28	16.78	3.47	1：0.72
2011 年	30.75	44.51	21.11	3.63	1：0.69
2012 年	32.06	41.30	23.00	3.64	1：0.78
2013 年	33.77	33.30	28.44	4.49	1：1.01
2014 年	38.98	40.10	17.00	3.93	1：0.97

2.2 出院患者及手术平均用量统计 随着医院出院人数及手术人数不断增加,用血总量增加,出院患者平均用血量在 2011 年以前逐渐增加,在 2011 年以后逐渐减少;手术平均用血量总体逐渐减少,见表 3。

表 3 2007~2014 年出院患者平均用血量及手术平均用血量

年度	用血总量 (U)	出院 人数(n)	手术 总数(n)	出院患者平均 用血量(U)	手术平均 用血量(U)
2007 年	26 728.5	33 048	15 387	0.81	1.74
2008 年	33 785.0	38 711	18 948	0.87	1.78
2009 年	44 860.5	47 011	27 710	0.95	1.62
2010 年	52 035.0	51 770	35 394	1.01	1.47
2011 年	73 081.0	62 773	44 238	1.16	1.65
2012 年	72 940.0	71 048	49 145	1.03	1.48
2013 年	77 436.5	85 904	55 874	0.90	1.39
2014 年	82 712.5	102 656	62 481	0.81	1.32

3 讨 论

成分输血具有疗效好、不良反应少、节约血液资源及便于保存和运输等优点,成分输血临床应用比例是衡量一个国家、地区以及医院输血管理水平的指标,也是等级医院评审考核指标之一[1]。统计分析显示,近 8 年来本院临床用血中临床成分输血比例达到 97.15%以上,远远高于 2005 年卫生部《医院管理评价指南》中“三级综合医院开展成分输血比例大于 85%”

的标准。成分用血分析显示,红细胞、血浆为成分输血的主体。血浆的使用量和使用率较高,与国内其他报道一致[2-5],血浆与红细胞的使用比例最高仅为 1：1.01,与国外报道血浆与红细胞的使用比例为 1：(3.6~8.5)[6]还有一定差距,提示存在不合理使用血浆的现象。输血科工作人员要严格按输血适应证控制用血,同时还需要大力宣传血浆输注仅用于补充凝血因子,不能用来补充血容量、补充蛋白。不合理输注血浆不仅浪费宝贵的血液资源,也增加了患者被传播疾病、发生过敏反应、循环超负荷等输血不良反应的潜在风险[7]。血小板使用率为 14.92%~28.44%,高于国内报道的 10.18%~18.73%[8],冷沉淀使用率为 1.01%~4.49%,低于国内报道的 7.28%~21.41%[8]。在控制红细胞和血浆的使用方面,临床医生应尽量根据患者出血情况,先进行有效的止血,方法包括补充一定比例的冷沉淀和血小板[9]。

随着出院人数及手术人数不断增加,每年用血总量也在增加,出院患者平均用血量在 0.81~1.16 U,高于国内报道的 0.40~0.88 U[10-11],可能与本院血液内科、消化内科收治的需要输血的患者较多有关。手术平均用血量在 1.32~1.78 U,低于国内报道的 1.42~2.81 U[10-11],手术平均用血量呈逐年下降的趋势,这与本院较好地开展了自体血回输、储存式自身输血等自身输血技术有关[12]。对于择期手术的患者,还需要更进一步宣传自身输血,一方面缓解当前血液紧张的局面,另一方面患者可以避免输入异体血导致传播疾病、发生输血不良反应的风险,还可以减少经济负担。因此,输血科工作人员在实际工作中应按照《临床输血技术规范》和《医疗机构临床用血管理办法》等法律法规严格审核医生申请单,坚决杜绝安慰血、不合理输注等现象。

参考文献

[1] 黄秀琴,黄学忠,郑伟华,等.某院近 3 年临床用血情况分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(10):1218-1219.
[2] 符晓玲,冯学冠,郑三,等.海南医学院附属医院 2000~2009 年临床成分输血统计分析[J]. 现代预防医学,2011,38(18):3802-3803.
[3] 龙承勇,伍永根,孟庆涛,等.贵州某侗族自治县医院临床输血现状分析及对策[J]. 重庆医学,2014,43(8):1015-1017.
[4] 张正芳.2003~2010 年都江堰市成分输血现状分析[J]. 中国输血杂志,2011,24(8):698-699.
[5] 岑永芳.临床血浆输注的不合理现象及对策[J]. 医理学

论与实践, 2014, 27(17): 2374-2375.

- [6] Wallis JP, Dzik S. Is fresh frozen plasma overtransfused in the United States[J]. Transfusion, 2004, 44(11): 1674-1675.
- [7] 李新建. 2009~2012 年安阳市医疗机构输血不良反应状况[J]. 临床输血与检验, 2014, 16(2): 149-151.
- [8] 饶月丽, 张伟强. 解放军第 117 医院 2007~2011 年临床用血情况分析[J]. 临床血液学杂志, 2013, 26(10): 701-702.
- [9] 王君, 张伟强, 郭丽娜, 等. 临床科学合理用血成效性调查分析[J]. 临床血液学杂志, 2014, 27(12): 1055-1056.

- [10] 李玉闽, 邱月燕, 邱小兰, 等. 2004~2010 年某院临床用血情况分析[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(12): 1456-1458.
- [11] 徐丹, 张健华, 胡锋兰, 等. 南山人民医院 2007~2011 年临床输血回顾分析[J]. 临床血液学杂志, 2013, 26(10): 696-697.
- [12] 余廷志, 朱昭琼, 郑淑文, 等. 2006~2009 年遵义医学院附属医院围术期临床用血趋势调查(附 1 000 例总结分析)[J]. 遵义医学院学报, 2013, 36(2): 163-165.

(收稿日期: 2015-02-27 修回日期: 2015-07-20)

• 临床探讨 •

循证护理对建立人工气道患者肺部感染的影响^{*}

杜培花, 赵文凤[△], 孙春红, 闫柏刚, 胡祥梅, 蔡 勤, 陈友慧(重庆市第三人民医院急诊科 400014)

【摘要】 目的 探讨循证护理对建立人工气道患者肺部感染的影响。**方法** 将 2013 年 6 月至 2014 年 6 月应用循证护理的人工气道患者 32 例作为观察组, 选取 2012 年 4 月至 2013 年 5 月采用传统护理方法的人工气道患者 39 例作为对照组, 比较两组患者护理效果差异。**结果** 观察组在肺部感染发生率、人工气道留置时间、人工气道留置相关费用以及患者护理质量满意度指标上明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 循证护理能有效地降低人工气道患者肺部感染的发生, 减少人工气道的留置时间和相关的费用, 促进了患者病情的康复和转归。

【关键词】 循证护理; 人工气道; 肺部感染

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.21.042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)21-3238-02

循证护理是指护理人员以科学研究为证据, 结合临床知识和经验, 同时参考患者的意愿, 在护理实践中做出科学护理决策的过程, 是一种遵循科学证据的护理实践方法^[1-2]。人工气道是急诊医疗中常用的急救技术, 通过人为建立的气体通道进行有效的通气, 但是其操作的侵入性以及对正常呼吸道功能的损坏, 增加了呼吸道及肺部并发症的发生率。临床数据表明, 肺部感染是人工气道患者最常见的并发症, 发生率为 20.5%~30.4%, 严重阻碍了患者的救治与恢复, 增加了患者的病死率^[3]。因此, 如何有效地预防和控制肺部感染的发生显得尤为重要。本文旨在通过探讨本科室运用循证护理对建立人工气道患者肺部感染发生的影响, 为防止和减少人工气道患者肺部感染的护理实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院自 2013 年 6 月至 2014 年 6 月行急诊建立人工气道共 32 例采取循证护理预防肺部感染患者作为观察组, 其中气管切开 9 例, 经口气管插管 21 例, 经鼻气管插管 2 例; 男 20 例, 女 12 例; 年龄 29~81 岁, 平均(61.2±9.6)岁; 基础疾病包括脑血管意外 10 例、急性中毒 2 例、呼吸衰竭 3 例、颅脑外伤 4 例、心血管疾病 9 例、其他疾病 4 例。选取循证护理前 2012 年 4 月至 2013 年 5 月本科室急诊建立人工气道 39 例传统护理患者作为对照, 其中气管切开 11 例, 经口气管插管 26 例, 经鼻气管插管 2 例; 男 24 例, 女 15 例, 年龄 27~83 岁, 平均(60.9±8.8)岁; 基础疾病亦包括脑血管意外 12 例、急性中毒 2 例、呼吸衰竭 4 例、颅脑外伤 5 例、心血管疾病

11 例、其他疾病 5 例。两组患者性别、年龄、病种、病情及建立人工气道方式等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性, 排除标准: 经气管插管后死亡病例; 因肺部感染行人工气道或就诊已有肺部感染病例; 就诊时已有肺部感染因素但无感染症状病例; 人工气道留置时间小于 1 h 患者; 人工气道未能拆卸患者; 儿童患者。

1.2 方法 对照组: 患者在建立人工气道后采用传统的常规护理, 包括心电监护对心肺、血氧饱和度的监测, 观察患者病情变化及记录患者生命体征, 监测血气分析和血氧情况的变化, 及时调节吸氧浓度, 据经验行口腔清洁、吸痰以及人工气道外口的消毒清洁。观察组: 在常规护理对患者生命体征及心肺情况监测的基础上, 采用循证护理的方法, 对建立人工气道患者的预防肺部感染的各个环节(病室的管理、无菌操作、器械及呼吸机的管理、肺部基础护理、护理体位选择、口咽部护理、气道湿化、吸痰护理、气囊管理、人工气道周围皮肤护理和支持治疗及护理等)进行有科学证据和量化执行的循证护理。

1.3 观察指标 以观察患者肺部感染发生率、人工气道留置时间、人工气道留置相关费用以及患者及家属护理满意度为主要观察指标。肺部感染的诊断标准以 2001 年《医院感染诊断标准(试行)》为依据, 患者满意度测评采用本科室自行设计的《患者满意度调查表》, 对患者在整个护理环节的满意情况进行调查, 并据分数将患者对护理质量的满意度分为非常满意、满意、一般、不满意 4 个等级。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析, 计量

^{*} 基金项目: 重庆市卫生局医学科研计划项目(2013-2-091)。

[△] 通讯作者, E-mail: 2545424475@qq.com。