

献血。见表 5。

表 5 “知晓明星献血”与对献血的影响效果[n(%)]			
项目	无效	有效	非常有效
知晓明星献血	185(15. 0)	604(48. 8)	150(12. 1)
不知明星献血	237(19. 2)	32(2. 6)	29(2. 3)

注： $\chi^2=45$ ； $P<0. 01$ 。

3 讨 论

无偿献血宣传工作属于社会营销学范畴,其本质就是采取一种合理、有效的技术手段,影响个人及社会行为,促使并维持其血液的捐献。既可以精细划分针对不同类型的献血者使用不同的宣传方式,如对学生开放血站参观;也可采用大众传媒等方式进行宣传,即新闻媒体层面的宣传(电视、广播节目、报纸、互联网),血液中心宣传推广活动及公益广告的投放(明星献血、发放传单等),红十字会及志愿者宣传,采血机构献血服务部门在工作中实施的宣教与招募,其他社会团体以及社区宣传^[2]。不同献血者通过不种渠道获取献血知识,根据 KAP 理论,掌握献血知识越多,越能参与无偿献血,获取更多知识的宣传途径,宣传效果更好。

明星献血常以电视、广播、公交地铁等形式宣传,献血者观看广告的时间长短、频率、广告吸引力都会影响其接受效果,但由于受广告篇幅和时间限制,这些传媒只能展示少量的内容,主要是倡导无偿献血公益行为,虽然知晓明星献血可促进参与无偿献血,但总体宣传效果有限。通过网络可获取更多的献血知识,初次献血者在献血前知晓身边有献血者后,会更愿意关注网络中的献血信息,但网络充满片面的、虚假的献血信息,难以从中遴选出有效的献血信息,从而对无偿献血持观望态度。

与有献血经历的人(特别是朋友)交流,不仅可获取可信的献血注意事项,也能直观地知晓献血对身体造成的影响。据报道 3%~4%的献血者会发生迷走神经样反应和严重的胳膊青

紫,与 5%的献血者从既往献血者处获取过负面献血内容基本一致,说明献血者向身边的人传达客观的献血体验,更易影响其他人参与献血^[3-4]。献血车工作人员(志愿者)能够直接与献血者进行面对面交流,献血者不仅能获取最全面的献血知识(包括一般献血者容易忽略的清淡饮食,多喝水等),相关优惠政策,也能了解到献血车的环境,工作方式,同时还能直接参观整个献血过程,消除献血者疑虑,对无偿献血产生认同感,咨询工作人员(志愿者)最能促进和参与无偿献血。

综上所述,明星献血、电视广告等宣传方式具有宣传广度大的优点,能够形成良好的献血氛围,形成的“知”,很少转为“行”;工作人员(志愿者)及献血者的宣传所形成的“知”更易转化为“行”,因为这些宣传方式能够传达更多的献血知识,更具宣传深度。所以献血宣传应充分利用具有宣传广度和深度的宣传方式,宣传广度大,让更多的人知晓无偿献血,宣传具有深度,让大众参与到献血队伍中去。

参考文献

[1] 章亮,邹蕾. 基于 KAP 理论的浙江省大学生无偿献血意愿影响因素分析[J]. 中国输血杂志, 2013, 26(12): 1261-1264.

[2] 李慧文,朱为刚. 献血志愿服务组织的建设及管理[J]. 中国输血杂志, 2008, 21(6): 415-416.

[3] 路华新,姚立,项征国,等. 极端气候条件下无偿献血的招募模式思考与践行[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(12): 1036-1037.

[4] Newman BH. Blood donor complications after whole-blood donation[J]. Curr Opin Hematol, 2004, 11(5): 339-345.

(收稿日期:2015-07-25 修回日期:2015-09-25)

• 临床探讨 •

重度子痫前期合并胎盘早剥的临床特征及对母婴影响研究

胡 静¹, 向文娟¹, 马舒宁² (1. 四川省成都市妇女儿童中心医院手术室 610000; 2. 四川省妇幼保健院/四川省妇女儿童医院手术室, 成都 610000)

【摘要】 目的 探讨重度子痫前期合并胎盘早剥患者的临床特征及对母婴的影响。方法 选取该院 2012 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 40 例重度子痫前期合并胎盘早剥患者作为观察组,并以同期接收的 45 例单纯重度子痫前期患者作为对照组。对 2 组患者临床资料进行回顾性研究。结果 观察组患者的胎儿窘迫、宫腔积血、血性羊水、尿蛋白、动脉压异常的发生率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0. 05$)。观察组患者的剖宫产率、不良结局发生率、早产率均显著高于对照组,且分娩孕周更短,2 组比较差异有统计学意义($P<0. 05$)。结论 临床诊治不及时将对母婴结局造成严重的不良影响,明确临床特征并加强干预措施,及早发现及早治疗,及时采取结束妊娠,为母婴安全提供保证。

【关键词】 重度子痫; 胎盘早剥; 临床特征; 母婴影响
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 04. 039 文献标志码: A 文章编号:1672-9455(2016)04-0527-03

重度子痫前期是产科妊娠期高血压疾病中较为常见类型,其严重并发症则表现为胎盘早剥,患者妊娠时间满 20 周以上,即使检查胎盘一切正常,但在产妇产前仍有可能发生部分正常位置的胎盘自行剥离子宫壁^[1]。重度子痫前期合并胎盘早剥若不及时有效救治,将严重损害母婴健康^[2-5]。现对重度子

痫前期合并胎盘早剥患者进行研究,观察其临床特征及对母婴的影响,为临床诊断及治疗方案提供参考依据。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2012 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 40 例重度子痫前期合并胎盘早剥患者作为观察组,年龄 23~

39 岁,平均年龄(26.2±4.5)岁,经产妇 16 例,初产妇 24 例。同期接收的 45 例单纯重度子痫前期患者作为对照组,年龄 22~38 岁,平均年龄(26.8±4.9)岁,经产妇 18 例,初产妇 27 例。2 组患者的年龄、孕期、体质量、认知能力等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 以《妇产科学》作为参照标准,将 2 组患者的临床资料进行回顾性分析。治疗前对患者进行心电图、凝血功能、动态血压、超声、血常规、肝肾功能等检测^[6]。在治疗过程中,给予患者充足的休息和均衡营养,密切监测产妇生命特征和胎儿情况。针对患者开展降压、吸氧、镇定、缓解痉挛措施,尽力

控制患者血压平稳,若并发现状出现,立即采取妊娠终止措施,确保母婴平安。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验和 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者母婴结局比较 观察组患者急性心力衰竭、产后出血、胎盘卒中、子宫切除、凝血功能障碍、死胎、新生儿窒息等症发生率均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者母婴结局比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	急性心力衰竭	产后出血	胎盘卒中	子宫切除	凝血功能障碍	死胎	新生儿窒息
对照组	45	2(4.4)	8(17.8)	1(2.2)	1(2.2)	4(8.9)	1(2.2)	11(24.4)
观察组	40	13(32.5)	31(77.5)	14(35.0)	4(10.0)	11(27.5)	7(17.5)	28(70.0)
χ^2		5.19	5.81	5.23	5.49	5.21	5.77	5.56
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组患者临床特征比较 观察组患者的胎儿窘迫、宫腔积血、血性羊水、尿蛋白、平均动脉压等发生率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者临床特征比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	宫腔积血	血性羊水	胎儿窘迫	尿蛋白	平均动脉压
对照组	45	1(2.2)	1(2.2)	6(13.3)	21(46.7)	8(17.8)
观察组	40	34(85.0)	33(82.5)	38(95.0)	33(82.5)	37(92.5)
χ^2		5.47	5.31	6.11	5.12	5.89
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者分娩孕周、方式及早产率比较 观察组患者早产率显著高于对照组,且分娩方式及分娩孕周均显著低于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者分娩孕周、方式及早产率比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	早产率	分娩孕周		分娩方式	
			>37 周	≤36 周	剖宫产	阴道分娩
对照组	45	20(44.4)	19(42.2)	26(57.8)	21(46.7)	24(53.3)
观察组	40	34(85.0)	5(12.5)	35(87.5)	27(67.5)	3(7.5)
χ^2		5.59	5.11	4.77	4.91	5.67
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

临床中对胎盘早剥现象的发生还未形成准确系统的定论,但通常认为与孕子宫静脉压变化、血管病变、宫腔压力变化等因素密切相关^[7]。全身血管发生硬化或剧烈痉挛现象,血管壁出现坏死,这是重度子痫前期的重要临床表现,随之造成子宫毛细血管破裂,胎盘缺血,致使胎盘与子宫壁剥离,时间越长,若不能及时控制胎盘剥离将加剧病情发展,造成母婴不良结局的发生率就越高,生命安全威胁越大^[8]。

虽然胎盘早剥情况具有促子宫张力明显增大或呈现强直性收缩等特征,但其不具备独特性^[9]。所以临床诊断重度子痫前期合并胎盘早剥患者时,需要采取持续观察孕妇生命体征变

化的措施,指导孕妇定期做好孕期检查,身体异常时尽早安排住院,方便密切监测生命体征。当孕妇发生腹痛或阴道流血现象,应第一时间考虑胎盘早剥,立即采用超声技术确认子宫及胎盘情况,综合监测数据指标评估病情^[10]。对确诊重度子痫前期合并胎盘早剥患者,及时开展静脉通道建立工作,迅速输液、补血,协助血液循环系统顺利运转^[11]。确诊为病情危重患者,立即通知患者家属签署知情同意书,即刻开展终止妊娠手术,防止时间越长发生其他并发现状,挽救产妇生命。

本研究结果表明,重度子痫前期合并胎盘早剥患者宫腔积血发生率 85.0%,血性羊水 82.5%,胎儿窘迫 95.0%,尿蛋白大于 5.0 g/24 h 为 82.5%,平均动脉压大于 130 mm Hg 为 92.5%,均显著高于单纯重度子痫前期患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者母婴不良结局发生率也显著高于对照组,其中急性心力衰竭 32.5%,产后出血 77.5%,胎盘卒中 35.0%,子宫切除 10.0%,凝血功能障碍 27.5%,死胎 17.5%,新生儿窒息 70.0%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。重度子痫前期合并胎盘早剥患者更易发生早产,早产率 85.0%,且产程困难,以剖宫产为主要分娩方式。

综上所述,重度子痫前期合并胎盘早剥症状会对产妇及胎儿健康造成严重的不良影响。产妇需重视自身身体素质,定期产检并积极配合医护人员开展生命体征监测工作,若出现不良反应时,及时就医,临床根据体征变化准确评估病情,及早发现临床征兆并采取有效措施,对有重度子痫前期合并胎盘早剥迹象的患者重点监护,病情危急情况下,立即采取结束妊娠措施,以确保母婴平安。

参考文献

[1] 陈丽霞,彭玉,袁娟书. 重度子痫前期并发胎盘早剥的临床观察[J]. 中国妇幼保健,2014,29(17):2699-2701.
[2] 张碧英. 拉贝洛尔对早发型重度子痫前期患者凝血及纤溶指标的影响[J]. 海南医学院学报,2015,21(6):769-771.
[3] 陈先侠,陈晓宇,唐志霞,等. 早发型重度子痫前期期待治疗的时机及围产儿结局的分析[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2015,9(8):164-166.

- [4] 刘颖. 早发型重度子痫前期患者临床特点及围产儿围生结局分析[J]. 国际医药卫生导报, 2015, 21(8): 1075-1077.
- [5] 朱丽红, 任燕, 于丽婷. 维吾尔族与汉族孕妇重度先兆子痫临床特点和围生期结局[J]. 中国医药, 2015, 10(4): 559-561.
- [6] 张丽志, 温克, 李虹, 等. 重度子痫前期并发胎盘早剥 46 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(15): 2263-2266.
- [7] 卢国荣. 重度子痫前期患者生化指标与胎盘早剥的关系研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(18): 2740-2742.
- [8] 施蕾, 许艳, 龚护民. 138 例早发型重度子痫前期母婴结局临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(23): 3738-3740.
- [9] Nahid S, Batool T, Masoom M. Massive intraoperative hemorrhage after placental abruption[J]. Zahedan J Res Med Sci, 2012, 14(6): 39-41.
- [10] 刘伟武. 早发型重度子痫前期不同孕龄与母婴结局的关系研究[J]. 重庆医学, 2014, 43(8): 932-934.
- [11] 孙喜红. 重度子痫前期并发胎盘早剥的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(5): 669-670.

(收稿日期: 2015-06-25 修回日期: 2015-09-25)

• 临床探讨 •

血清 D-二聚体联合降钙素原对急诊感染的临床价值

侯枫林¹, 汪为刚², 孙 燕³, 张秀明⁴ (广东省中山市南朗医院: 1. 检验科; 2. 皮肤科; 3. 急诊科 528451; 4. 广东省中山市人民医院检验医学中心 528403)

【摘要】 目的 探究血清 D-二聚体(D-D)联合降钙素原(PCT)对急诊感染患者病情的评估价值。**方法** 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月该院收治的 200 例急诊内科感染患者, 其中 21 例为感染性休克患者, 作为感染性休克组, 179 例为非感染性休克患者, 作为非感染性休克组, 5 例患者病死, 作为病死组。选取同期该院进行体检的 100 例健康者, 作为健康对照组。患者就诊 24 h 内进行急性生理和慢性健康状况评分 II (APACHE II), 比较休克各组与健康对照组、病死组与休克各组之间的 PCT、D-D、APACHE II 评分的相关性。**结果** 感染性休克组与非感染性休克组患者的 PCT、D-D、APACHE II 评分均高于健康对照组, 且感染性休克组患者的各指标也高于非感染性休克组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。病死组患者的 PCT、D-D、APACHE II 评分均高于休克各组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。200 例患者的 PCT、D-D 与 APACHE II 评分均为正线性相关性 ($P < 0.05$), 且 D-D 与 PCT 均升高时, APACHE II 评分也升高。**结论** 急诊感染患者的 PCT、D-D 与 APACHE II 评分均呈正相关, 高水平的 D-D 和 PCT 患者的感染程度较严重, 血清 D-D 联合 PCT 能指导临床对患者感染的严重程度作出较准确的评估。

【关键词】 降钙素原; D-二聚体; 急性生理和慢性健康状况评分 II; 感染

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.04.040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)04-0529-02

感染是急诊科常见的疾病之一, 临床上对感染患者的早期诊断和疾病病情的判断是对进行有针对性治疗的必要条件^[1]。目前多通过检测 C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6、白细胞介素-8、白细胞介素-10 等生物学指标的水平判断疾病的严重程度, 各指标与患者的感染程度均有密切关联^[2]。但其对患者的病情进行预测时均有不同程度的缺陷。血清 D-二聚体(D-D)和降钙素原(PCT)对急诊感染患者病情的评估价值并无过多的研究^[3]。现探讨 D-D 和 PCT 检测指标的临床价值。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月该院收治的 200 例急诊内科感染患者为研究对象, 其中男 121 例, 女 79 例; 年龄 18~79 岁, 平均年龄 (52.94 $\pm$ 23.92) 岁; 肺部感染 93 例, 腹腔感染 27 例, 软组织感染 19 例, 泌尿系统感染 61 例。其中 21 例为感染性休克患者, 作为感染性休克组, 179 例为非感染性休克患者, 作为非感染性休克组, 5 例患者病死, 作为病死组。选择同期该院体检健康者, 作为健康对照组, 男 54 例, 女 46 例。年龄 18~80 岁, 平均年龄 (54.13 $\pm$ 21.61) 岁。各组研究对象的性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准: (1) 存在确切感染证据的患者。 (2) CRP >15 mg/L 且白细胞计数大于 $12 \times 10^9/L$ 。 (3)

体温大于 38 $^{\circ}C$ 者。 (4) 年龄大于或等于 18 岁。 (5) 自愿参加本项研究并已签署知情书。排除标准: (1) 接受抗凝治疗者。 (2) 合并血液系统疾病。 (3) 合并血栓性疾病。 (4) 处于免疫抑制状态。 (5) 合并恶性肿瘤。

1.3 方法 收集所有研究对象的相关基础资料, 分析其年龄、性别、既往病史、生命体征、血生化、血常规、电解质、血凝分析、血气分析等相关检测指标。收集全部研究对象清晨静脉血 5 mL 并 24 h 内对其进行急性生理和慢性健康状况评分 II (APACHE II), 采用免疫比浊法检测 D-D 水平, 使用免疫印迹法检测 PCT 水平。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析, 计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 多组间比较采用单因素方差分析和独立样本 t 检验, 应用 Pearson 进行相关性研究, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组研究对象各指标检测结果比较 感染性休克组患者与非感染性休克组的 PCT、D-D 水平、APACHE II 评分均高于健康对照组, 且感染性休克组患者的 PCT、D-D 水平、APACHE II 评分也高于非感染性休克组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 各组患者各指标检测结果比较 病死组患者的 PCT、D-D 水平、APACHE II 评分均高于休克组, 差异有统计学意义