

不良反应发生率低于对照组;术后及随访期路径组并发症发生率和复发率均低于对照组,且路径组护理满意度较高,表明白内障合并青光眼术后患者采用基于循证理论的临床护理路径的护理效果较好,可改善患者眼部相关指标,安全性较好,且护理满意度较高。

综上所述,基于循证理论的临床护理路径对白内障合并青光眼术后患者的预后效果明显,明显改善患者眼部相关指标,提高预后效果,安全性好,护理满意度高,在白内障合并青光眼临床护理方面具有良好的应用价值和前景,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 陈建丽,韩英军,张满红,等. 超声乳化白内障吸除,人工晶体植入联合小梁切除术治疗白内障合并青光眼的临床疗效分析[J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(24): 4705-4709.

[2] Seibold LK, Gamett KM, Kennedy JB, et al. Outcomes after combined phacoemulsification and trabecular microbypass stent implantation in controlled open-angle glaucoma [J]. J Cataract Refract Surg, 2016, 42(9): 1332-1338.

[3] 付万科. 白内障摘除术联合人工晶体植入和小梁切除术治疗白内障合并青光眼的临床价值对比[J]. 中国卫生标准管理, 2014, 5(20): 135-137.

[4] 葛坚. 眼科学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2004: 494-495.

[5] 王玲. 临床护理路径及其作用[J]. 中国现代医生, 2010, 48(4): 41-42.

[6] Donald M, McBrien K, Jackson W, et al. Development and implementation of an online clinical pathway for adult chronic kidney disease in primary care: a mixed methods study[J]. BMC Med Inform Decis Mak, 2016, 16(1): 109-

112.

[7] 郑元. 实施临床护理路径对提升护理质量管理水平的启示[J]. 中国护理管理, 2013, 13(3): 102-104.

[8] 梁琬屏, 杨柳枝, 苏小妹, 等. 以循证护理为基础的临床护理路径在冠心病介入患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(15): 100-101.

[9] 李地. 循证护理为基础的临床护理路径在髋关节置换术患者围手术期的应用[J]. 当代医学, 2015, 22(21): 94-95.

[10] Helmy H. Phacoemulsification combined with deep sclerectomy augmented with mitomycin and amniotic membrane implantation in chronic primary open angle glaucoma with cataract[J]. Electron Physician, 2016, 8(4): 2218-2226.

[11] 孙向红, 李颜. 干预护理在老年白内障合并青光眼患者围手术期应用的效果分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(23): 2615-2616.

[12] Roberts SJ, Mulvahill M, Soohoo JR, et al. Efficacy of combined cataract extraction and endoscopic cyclophotocoagulation for the reduction of intraocular pressure and medication burden[J]. Int J Ophthalmol, 2016, 9(5): 693-698.

[13] 黄亚慧. 临床护理路径在白内障合并青光眼中的应用[J]. 泰山医学院学报, 2015, 36(11): 1250-1251.

[14] 隋婧譞, 刘艳华, 李永惠. Haode 循证护理路径在白内障合并青光眼术后临床应用[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(z2): 285-286.

[15] 陈惠媛. 青光眼合并白内障超声乳化术围手术期护理干预效果分析[J]. 中国医药科学, 2014, 4(20): 89-91.

(收稿日期: 2017-01-16 修回日期: 2017-03-26)

• 临床探讨 •

临产首胎和二胎孕妇凝血功能比较

林立鹏¹, 刘泽滨¹, 王 斌¹, 陆学东², 秦白树³

(1. 广东省深圳市福田区妇幼保健院检验科 518000; 2. 广东医科大学附属福田医院检验医学部, 广东深圳 518033; 3. 广东医科大学检验学院, 广东东莞 523808)

摘要:目的 探讨临产首胎和二胎孕妇的凝血功能差别, 以及不同年龄段的临产二胎孕妇凝血功能差别。方法 对 2015 年 5 月至 2016 年 5 月在深圳市福田区妇幼保健院定期产前检查的临产孕妇进行凝血 4 项检测, 包括活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶时间 (TT)、凝血酶原时间 (PT) 及血浆纤维蛋白原 (FIB), 首胎孕妇及二胎孕妇各 200 例, 另同时选取同期在深圳市福田区妇幼保健院体检的 200 例健康非孕妇作为对照组, 也进行凝血 4 项检测, 将 3 组的凝血功能检测结果数据进行对比。将二胎孕妇按照年龄分为以下 3 组: 年龄小于 29 岁组、29~<34 岁组、年龄大于或等于 34 岁组, 将其数据进行对比分析。结果 3 组研究对象的凝血功能检测数据显示, 首胎孕妇组、二胎孕妇组 APTT、PT、TT、FIB 检测均值与对照组比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且 APTT、PT、TT 检测均值均为: 对照组大于首胎孕妇组大于二胎孕妇组, 而 FIB 检测均值则为: 对照组小于首胎孕妇组小于二胎孕妇组; 首胎孕妇组与二胎孕妇组进行比较: 两组仅 APTT 检测均值差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 二胎孕妇组检测均值较小。不同年龄段二胎孕妇检测均值比较: 年龄小于 29 岁组与 29~<34 岁组 APTT 检测均值差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且前者较小; 年龄小于 29 岁组与大于或等于 34 岁组 APTT、PT、FIB 检测均值比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 前者 APTT、PT 检测均值较小, FIB 检测均值较大。结论 首胎孕妇、二胎孕妇体内促凝功能均较健康非孕妇强, 尤其是二胎孕妇体内促凝功能活跃更为明显; 随着年龄的增长, 二胎孕妇体内促凝功能有所减弱。临床上需重视孕妇产前凝血功能检测, 高龄的二胎孕妇或多胎孕妇更应引起重视, 并且应预防弥散性血管内凝血等并发症的发生。

关键词: 首胎孕妇; 二胎孕妇; 高龄孕妇; 活化部分凝血活酶时间; 凝血酶时间; 凝血酶原时间; 血浆纤维蛋白原

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)16-2458-03

妊娠是女性一段特殊的生理时期, 从妊娠的第 3 周开始, 血清中凝血因子 I、II、V、VII、VIII、IX 和 X 逐渐增多, 胎盘产生

的纤溶酶原激活抑制剂也增多。当妊娠伴有其他并发症时, 容易发生弥散性血管内凝血 (DIC), 与 DIC 发展密切相关的产科

疾病是产后出血、胎盘早剥^[1]。随着二胎政策的实施,很多家庭都会选择生二胎,因此,临床上将会迎来更多的孕产妇,尤其是高龄孕产妇比例不断增加^[2]。高龄产妇由于生殖器官不同程度衰退,也增加了分娩的风险^[3]。凝血功能异常则会增加产后出血的可能性,尤其是血浆纤维蛋白原(FIB)水平是诱发 DIC 的直接原因。因此,本研究对二胎孕产妇的凝血功能,尤其是高龄孕产妇的凝血功能是否发生明显变化的问题进行探究,为临床工作顺利、安全开展提供数据支持,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2015 年 5 月至 2016 年 5 月深圳市福田区妇幼保健院待分娩孕妇的凝血检测数据进行分析,选取首胎产妇、二胎产妇各 200 例,年龄 20~44 岁,另选取同期健康非孕产妇 200 例作为对照组,年龄 20~30 岁。

1.2 标本采集 抽取 2 mL 静脉血置于 109 mmol/L 枸橼酸钠抗凝真空管中,立即颠倒数次充分混匀,以 3 000 r/min 离心 10 min,分离出血浆,去除明显溶血、高胆红素、高血脂的标本。

1.3 方法 活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、凝血酶原时间(PT)、FIB 测定采用日本希森美康 Sysmex 株式会社生产的 CA-1500 全自动血凝分析仪及原装配套试剂,严格按照说明书方法进行的操作、检测。质量控制(简称质控)采用原装质控品进行监控。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组凝血功能检测数据对比 见表 1。首胎产妇组、二胎产妇组 APTT、PT、TT、FIB 检测均值与对照组差异均有统计学意义($P < 0.05$);首胎产妇组与二胎产妇组仅 APTT 检测均值差异有统计学意义($P < 0.05$),且二胎产妇组检测均值较小。

表 1 3 组凝血功能检测数据比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
首胎产妇组	200	10.26±0.83	26.73±2.99	17.10±3.10	4.30±0.86
二胎产妇组	200	10.25±0.72	24.56±3.20	15.25±3.21	4.31±0.81
对照组	200	10.77±0.53	29.97±3.25	21.03±2.38	2.75±0.57

2.2 不同年龄段二胎产妇凝血功能检测均值对比 见表 2。年龄小于 29 岁组与 29~<34 岁组 APTT 检测均值差异有统计学意义($P < 0.05$),且前者较小;年龄小于 29 岁组与大于或等于 34 岁组 APTT、PT、FIB 检测均值差异均有统计学意义($P < 0.05$),且前者 APTT、PT 检测均值较小,而 FIB 检测均值则较大。

表 2 不同年龄段二胎产妇凝血功能检测均值对比($\bar{x} \pm s$)

年龄(岁)	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
<29	88	10.21±0.71	25.92±3.71	19.97±2.87	4.27±0.78
29~<34	70	10.27±0.79	26.13±2.51	20.20±3.43	4.26±0.84
≥34	42	10.28±0.60	26.20±3.60	20.00±3.23	4.20±0.81

3 讨论

凝血功能 4 项指标(PT、TT、APTT、FIB)是判断出血性疾病类型的主要诊断指标。PT、APTT 和 TT 缩短与 FIB 升高均表明血液呈高凝状态^[4]。正常机体中凝血与抗凝处于动态

平衡状态,而妇女处于妊娠期后血液将处于高凝状态,机体内抗凝成分、凝血成分、纤维蛋白溶解活性均发生不同程度的变化,且由于胎盘分泌雌激素在临产前水平最高,因此临产孕妇凝血状态变化幅度大^[5-6]。妊娠期高凝状态是生理性的,是机体的一种保护性生理变化,能维持纤维蛋白沉积于动脉及子宫壁和胎盘绒毛间,有助于维持胎盘的完整性,也有利于在分娩过程中和产后迅速止血,有效防止大出血^[7-8]。FIB 是体内相对分子质量最大的一种凝血糖蛋白,能在凝血酶的水解下形成纤维蛋白止血;另外,在血小板的凝集过程中起重要作用,血小板被激活聚集最后与纤维蛋白共同形成血栓^[7]。有文献报道,妊娠妇女尤其是妊娠晚期,临产孕妇的血浆 FIB 水平比非孕产妇明显升高,可增加 50%,达 4~5 g/L。本研究结果显示,首胎产妇和二胎产妇 PT、TT、APTT 检测均值均明显低于对照组,同时 FIB 检测均值则较高,由此提示临产孕妇体内的促凝功能较非妊娠女性要强,临产孕妇机体处于一种高凝状态,这与以往的相关报道数据保持一致^[9]。

本研究结果显示,对照组、首胎产妇组、二胎产妇组 APTT、TT、PT 检测均值呈逐渐变小的趋势,而 FIB 检测均值呈逐渐变大的趋势,由此提示随着孕产妇妊娠胎数的增加,孕产妇体内高凝状态也可能逐渐加剧。孕妇体内的高凝状态,尤其是 FIB 水平上升恰恰是诱发纤溶系统功能增强的重要原因,增加了孕妇分娩过程中、产后发生 DIC 的风险。

有资料显示,随着年龄增长,孕产妇产道和会阴、盆骨会变硬,不易扩张,子宫的收缩力和阴道的伸张力也较差,有的高龄产妇分娩时宫口开得慢,甚至开不了,以至于分娩时间长,容易发生大出血^[10]。由不同年龄段二胎产妇凝血 4 项检测结果可见,随着二胎孕产妇年龄的增长,孕妇 APTT、PT 检测均值逐渐增高,FIB 检测均值则逐渐减小,由此提示孕妇体内可能存在促凝功能减弱,抗凝功能增强的变化。

综上所述,二胎产妇体内的高凝状态较非妊娠女性、首胎产妇更加明显,高凝状态又是诱发体内纤溶系统活跃的重要原因;不同年龄段的二胎产妇凝血功能检测结果提示,随着年龄的增长,二胎产妇体内很可能存在凝血功能变差,抗凝功能增强的变化,这与钱亚奇^[11]的报道一致,由此提示高龄二胎产妇发生 DIC 等并发症的风险增加。因此,在临床工作中仍需重视孕妇临产前的凝血功能检测,尤其是高龄二胎甚至多胎产妇的凝血功能监测。

参考文献

- [1] 田宇,马梦影,徐妍妍,等.孕产妇产前凝血四项、D-二聚体和血小板的检测分析[J].国际检验医学杂志,2014,35(16):2156-2158.
- [2] 吴丽东.孕期保健对高龄产妇并发症及妊娠结局的影响[J].中国计划生育杂志,2016,24(1):55-56.
- [3] 孙树珍.对新时期开展“生殖健康检查”工作的再思考[J].中国计划生育学杂志,2014,22(8):562-563.
- [4] 米桂兰,柳洲,袁秀莲,等.高龄孕产妇血液系统变化及妊娠结局研究[J].现代中西医结合杂志,2015,24(14):1515-1517.
- [5] 孙艳,金映川,王阳,等.临产孕妇凝血四项的检测分析及临床意义[J].中国实验诊断学,2011,15(12):2134-2135.
- [6] Minatoguchi M,Itakura A,Miki A.Coagulation factors in whole blood collected from pregnant women and stored at 4 °C[J].Nagoya J Med Sci,2016,78(1):1-7.
- [7] 蔡琴.临产孕妇凝血四项及血常规检测的临床价值分析

[J]. 实验与检验医学, 2014, 32(4): 463-464.

[8] 范红平, 和迎春. 足月孕妇凝血四项结果分析[J]. 实验与检验医学, 2014, 32(5): 593-594.

[9] Selim TE, Ghoneim HR, Khashaba MT, et al. Plasma soluble fibrin monomer complex is a useful predictor of disseminated intravascular coagulation in neonatal sepsis [J]. Haematologica, 2005, 90(3): 419-421.

[10] 江波. 高龄生二胎如何度过难关[J]. 家庭医学, 2016, 30(1): 28-29.

[11] 钱亚奇. 不同年龄孕周孕妇的血凝水平观察[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(12): 2753-2754.

(收稿日期: 2017-01-21 修回日期: 2017-03-23)

• 临床探讨 •

选择性支气管动脉栓塞与垂体后叶素联合酚妥拉明治疗支气管扩张大咯血的临床疗效

李艳萍

(云南省红河州第三人民医院呼吸内科, 云南个旧 661000)

摘要:目的 分析比较选择性支气管动脉栓塞与垂体后叶素联合酚妥拉明治疗支气管扩张引发的大咯血的临床疗效, 优化治疗方案。方法 回顾性分析该院 2013 年 1 月至 2014 年 10 月收治的 110 例支气管扩张大咯血患者的临床资料, 以 52 例行支气管动脉栓塞止血者为栓塞组, 58 例行垂体后叶素联合酚妥拉明止血者为药物组, 对比两组治疗后咯血停止时间、治疗后咯血量、治疗期间不良反应及临床疗效, 以及出院后咯血复发情况。结果 栓塞组治疗后即刻止血、24 h 内止血、48 h 内止血例数分别为 37 例、12 例、2 例, 1 例栓塞后 38 h 内再次咯血, 予再次栓塞后成功止血。栓塞组止血时间[(22.4±4.5)h]、治疗后咯血量[(88.4±19.5)mL]、住院时间[(8.2±2.4)d]均明显少于药物组[(78.2±10.7)h、(226.1±42.3)mL、(10.6±2.8)d], 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 两组治疗 2 d 后临床疗效构成差异有统计学意义($Z = 3.146, P = 0.002$), 栓塞组显效率(82.7%)与总体有效率(98.1%)均高于药物组(55.2%、89.7%), 差异有统计学意义($\chi^2 = 9.572, P = 0.002$)。药物组止血无效 6 例患者中 5 例一次性栓塞止血成功。栓塞组未出现异位栓塞、脊髓损伤等严重并发症, 不良反应主要为发热(28.8%)、咽喉痛(26.9%)、胸背部疼痛(15.4%); 药物组不良反应主要是血压升高(15.5%)、心悸(17.2%)、恶心(13.8%)。栓塞组随访 3 个月内复发 5 例, 3 例予再次栓塞止血, 2 例实施肺叶切除; 药物组复发 11 例, 6 例药物治疗止血, 3 例行支气管动脉栓塞止血, 2 例行肺叶切除。**结论** 对支气管扩张引发的大咯血患者实施选择性支气管动脉栓塞术止血效果明显优于药物止血, 可作为首选止血手段, 亦可作为药物止血无效的补救手段; 支气管动脉末端栓塞应合理选择栓塞材料, 减少咯血复发。

关键词: 支气管动脉栓塞; 垂体后叶素; 酚妥拉明; 支气管扩张; 大咯血

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.050 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)16-2460-03

支气管扩张引发的咯血属呼吸内科急重症, 反复大咯血会出现窒息或失血性休克, 该病的病理基础是在扩张的支气管管壁肌肉和弹性纤维组织破坏基础上, 支气管动脉与肺动脉吻合处形成假血管瘤, 在各种因素刺激下血管瘤破裂而出现的出血。目前, 内科系统对支气管咯血的治疗仍以垂体后叶素等止血药物和血管收缩剂为主, 但部分患者可能伴有对上述药物的禁忌证而影响临床使用^[1]。支气管动脉栓塞术(BAE)是在选择性支气管动脉造影的基础上发展起来的一项介入止血措施^[2]。作者对近年来本院收治的支气管扩张大咯血患者行 BAE 与内科药物止血的临床效果进行了回顾性分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 1 月至 2014 年 10 月收治

的支气管扩张大咯血患者的临床资料。入组标准: 患者年龄小于 60 岁, 胸部 CT 或支气管造影检查诊断为支气管扩张性咯血, 一次性咯血量大于或等于 100 mL, 以咯血为主要症状就诊, 病历资料及出院后 3 个月随访资料完整。排除标准: 高血压、严重心脑血管疾病患者, 肺部肿瘤引发的咯血患者, 对造影剂过敏者, 动静脉瘘者及支气管动脉与脊髓动脉共干者。诊断标准依据中华医学会呼吸病学分会 2006 年制定的支气管扩张诊断标准, 一次性咯血量大于 100 mL 定义为大咯血^[3]。共纳入分析对象 110 例, 以 52 例行 BAE 者为栓塞组, 58 例行内科药物止血者为药物组, 两组患者基础信息情况见表 1, 两组患者主要基础信息比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方案

表 1 两组患者基础信息比较[n(%)]

组别	n	性别		年龄(岁)		一次性最大咯血量(mL)			支气管扩张病程(年)			糖尿病	肺部感染	肺气肿	肺结核
		男	女	40~<50	≥50	100~<150	150~<200	≥200	3~<5	5~<10	≥10				
栓塞组	52	29(55.8)	23(44.2)	21(40.4)	31(59.6)	14(26.9)	27(51.9)	11(21.2)	8(15.4)	19(36.5)	25(48.1)	11(21.2)	16(30.8)	8(15.4)	7(13.5)
药物组	58	35(60.3)	23(39.7)	21(36.2)	37(63.8)	18(31.1)	31(53.4)	9(15.5)	10(17.2)	24(41.4)	24(41.4)	10(17.2)	14(24.1)	10(17.2)	5(8.6)
χ^2		0.236		0.203		0.651			0.498			0.272	0.608	0.069	0.661
P		0.627		0.653		0.722			0.779			0.602	0.436	0.793	0.416