

极低出生体质量儿窒息复苏后凝血功能检测的意义

马 娟,汪 丽,李宛卫,史 源,李雪莲[△]
(第三军医大学大坪医院儿科,重庆 400042)

摘 要:目的 探讨凝血功能检测在极低出生体质量儿窒息复苏后的意义。方法 选取 90 例极低出生体质量儿,将其中 34 例轻度窒息归为 A 组,22 例重度窒息归为 B 组,34 例无窒息归为 C 组。观察出生 1、24、48 h 凝血功能指标。按窒息复苏后是否行常规监测分为常规监测组和非常规监测组,比较出血性疾病的发生率。结果 出生 1 h 时 3 组患儿凝血功能指标差异无统计学意义($P>0.05$),24 h 及 48 h 时 B 组纤维蛋白原(FIB)水平均最低,D-二聚体(D-D)水平均最高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。常规监测组出血性疾病发生率为 7.14%,低于非常规监测组的 21.43%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 极低出生体质量儿窒息复苏后凝血功能有动态变化,应重点给予重度窒息患儿凝血功能常规监测以预防并发症的发生。

关键词:极低出生体质量儿; 窒息; 凝血功能
中图法分类号:R722.1 **文献标志码:**A

文章编号:1672-9455(2018)02-0250-03

出生体质量在 1 000~1 499 g 的新生儿为极低出生体质量儿,其出生时凝血因子活性差,器官功能尚不成熟,窒息复苏后容易发生弥散性血管内凝血(DIC)、肺出血、颅内出血等并发症^[1]。虽然新生儿急救学和生殖医学的进步显著提高了极低出生体质量儿存活率,但是关于该类患儿的临床综合管理还需加强,以进一步提高患儿存活率以及生存质量,促进患儿各脏器发育。近年来,临床研究多偏向足月新生儿窒息复苏凝血功能研究,然而对极低出生体质量儿窒息复苏凝血功能的相关研究甚少,对该类患儿窒息复苏后凝血功能变化特征及监测其凝血功能的意义了解不够深入,不利于提高该类患儿临床管理。为提高今后该类患儿临床管理质量,改善患儿生存质量,本研究探讨不同窒息程度的极低出生体质量患儿窒息复苏后凝血功能变化,分析常规监测凝血功能的意义,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 9 月至 2016 年 8 月本院儿科新生儿重症监护病房(NICU)收治的 90 例极低出生体质量儿,轻度窒息为 A 组(34 例),重度窒息为 B 组(22 例),无窒息为 C 组(34 例)。A 组:男 18 例,女 16 例;出生体质量($1\ 240.51\pm349.21$)g;胎龄(30.52 ± 0.85)周。B 组:男 10 例,女 12 例;出生体质量($1\ 232.70\pm351.04$)g;胎龄(30.95 ± 0.78)周。C 组:男 17 例,女 17 例;出生体质量($1\ 208.91\pm360.95$)g;胎龄(31.02 ± 0.70)周。3 组患儿性别、出生体质量、胎龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。然后按窒息复苏后是否行常规监测分为常规监测组和非常规监测组,每组 28 例。常规监测组:男 16 例,女 12 例;出生体质量($1\ 282.03\pm327.26$)g;胎龄(30.68 ± 0.64)周。

非常规监测组:男 14 例,女 14 例;出生体质量($1\ 270.81\pm331.99$)g;胎龄(30.91 ± 0.74)周。常规监测组和非常规监测组性别、出生体质量、胎龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:按照《新生儿窒息诊断和分度标准建议》^[2]诊断为新生儿窒息,患儿家属均签署知情同意书。排除标准:严重感染、先天性血液系统病、遗传代谢病;新生儿娩出前受母体因素影响,例如妊娠糖尿病、妊娠高血压、胎盘早剥、母体免疫性疾病、母体血液病^[3]。

1.3 方法 出生后 1、24、48 h 抽静脉血 1.8 mL,经全自动凝血分析仪(Sysmex CA-1500)检测 D-二聚体(D-D)、纤维蛋白原(FIB)、凝血酶时间(TT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间(PT),德国 Siemens 公司提供试剂盒,操作方法按试剂盒说明书进行。给予达到 DIC 诊断标准者每次 6 h,50 U/kg,3~7 d 肝素皮下注射;未达标准者行冰冻血浆静脉滴注,10 mL/kg。出血性疾病的诊断:于 48 h 后行头颅 B 超诊断^[4],出血性疾病参考《新生儿窒息多器官损害的临床诊断标准》和《实用新生儿学》。根据凝血功能指标异常变化及时给予对症处理。

1.4 观察指标 观察 A、B、C 3 组患儿出生 1、24、48 h 后 D-D、FIB、TT、APTT、PT 水平。对比常规监测组和非常规监测组患儿出血性疾病发生情况。

1.5 统计学处理 采用统计学软件 SPSS18.0 对研究数据进行分析。计数资料以率或例数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 组患儿凝血功能动态比较 出生后 1 h 时 3

[△] 通信作者,E-mail:1142214873@qq.com.

组患儿凝血功能指标差异无统计学意义($P>0.05$); 24 h 时 B 组 FIB 水平最低,D-D 水平最高,与 A、C 组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);48 h 时 B 组

FIB 水平最低,D-D 水平最高,与 A、C 组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 出生后不同时间 3 组患儿凝血功能指标变化比较($\bar{x}\pm s$)

时间	组别	<i>n</i>	D-D(mg/L)	FIB(g/L)	APTT(s)	TT(s)	PT(s)
1 h	A 组	34	0.80±0.22	1.75±0.47	61.25±19.42	24.56±5.29	14.95±2.65
	B 组	22	0.90±0.23	1.67±0.40	63.59±19.25	25.05±5.94	15.07±2.77
	C 组	34	0.76±0.20	1.94±0.61	59.12±18.92	23.07±5.92	13.15±2.64
24 h	A 组	34	1.78±0.51 [*]	1.73±0.47 [*]	68.75±16.94	25.06±6.45	16.75±4.65
	B 组	22	3.20±0.82	0.79±0.30	72.05±20.11	26.03±7.68	18.78±5.45
	C 组	34	0.95±0.23 [*]	2.00±0.49 [*]	65.98±19.90	24.01±8.20	15.69±7.94
48 h	A 组	34	1.00±0.25 [#]	2.14±0.50 [#]	50.12±9.76	21.00±6.45	14.82±3.56
	B 组	22	2.80±0.80	1.33±0.29	56.21±13.01	22.11±6.64	17.02±4.21
	C 组	34	1.02±0.17 [#]	2.18±0.15 [#]	48.52±6.52	20.17±5.19	15.71±5.01

注:与 B 组 24 h 比较,^{*} $P<0.05$;与 B 组 48 h 比较,[#] $P<0.05$

2.2 常规监测组与非常规监测组出血性疾病发生率比较 常规监测组发生率为 7.14%,非常规监测组为 21.43%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=8.10,P<0.05$)。见表 2。

表 2 常规监测组与非常规监测组发生出血性疾病比较

组别	<i>n</i>	消化道出血(<i>n</i>)	颅内出血(<i>n</i>)	消化道并颅内出血(<i>n</i>)	肺出血(<i>n</i>)	DIC(<i>n</i>)	发生率 [<i>n</i> (%)]
常规监测组	28	1	1	0	0	0	2(7.14)
非常规监测组	28	1	1	1	2	1	6(21.43)

3 讨 论

目前许多研究者发现,与无窒息足月新生儿比较,合并窒息史的极低出生体质量儿出生后 APTT、PT 值明显延长,指出窒息使患儿缺氧,损伤血管内皮细胞,释放大炎症介质,前列腺素水平降低,最终打破抗凝和凝血平衡,有出血倾向,早产合并极低出生体质量患儿更严重^[5-6]。极低出生体质量儿凝血和止血功能差,各器官发育极不成熟,器官自我调节能力差,以上因素导致这类胎儿出生后极容易发生出血性疾病。陈伟忠^[7]研究发现,早产窒息儿 TT、PT、APTT 随患儿胎龄减小、体质量减小而延长,FIB 减少。

APTT 则是反映血浆内源凝血因子 FⅢ、FⅨ、FⅪ、FⅫ 共同途径中 FⅡ、FⅠ、FⅤ、FⅩ 的水平;PT 反映血浆外源凝血系统中 Fg、FⅩ、FⅤ 等凝血因子水平^[8]。本研究的研究对象均为极低出生体质量儿,A、B、C 3 组患儿出生 1 h 后 5 项凝血指标水平差异均无统计学意义($P>0.05$)。而随着时间延长,发现出生后 1、24、48 h 3 组患儿 5 项凝血指标是一个动态变化过程,凝血指标的异常在第 48 小时有所缓和;但无论

是在 24 h 时还是在 48 h 时,B 组 FIB 水平均最低,而 D-D 水平均最高,且差异均有统计学意义($P<0.05$)。FIB 主要用于监测溶栓治疗、血栓性疾病诊断、出血性疾病诊断;D-D 是判断纤溶、凝血的重要指标,多项研究发现 D-D 在凝血功能紊乱,尤其是 DIC 早期诊断中具有较高特异度和敏感度^[9]。本研究中 B 组与 A、C 组的差异提示重度窒息组发生出血性疾病的风险更大。李成哲^[10]研究发现,在早产低出生体质量窒息患儿复苏后分别采取常规凝血功能监测和非常规监测取得不同的预防效果,前者 72 h 出血性疾病发生率为 11.01%,低于后者的 30.14%,差异有统计学意义($P<0.05$),与本研究结果相似,提示进行规范、严格的凝血功能监测有利于及时发现极低出生体质量窒息患儿复苏期间异常情况,及时干预,从而减少并发症的发生。

综上所述,极低出生体质量儿窒息患儿复苏后凝血功能存在动态变化,以重度窒息患儿最明显,给予规范、严格的监测能及时干预,有效预防并发症的发生。

参考文献

[1] 富琴琴,邓庆先,林梅芳,等. 窒息复苏后极低出生体质量儿凝血功能的监测及临床意义[J]. 浙江医学,2016,38(20):1662-1665.

[2] 江霞辉,陈健,邓松青,等. 新生儿窒息复苏后早期凝血功能变化与临床意义[J]. 中国基层医药,2014,21(11):1633-1635.

[3] 邹海珊,梁桂兰,梁洁莹,等. 新生儿窒息患儿早期凝血功能检测的临床意义[J]. 实验与检验医学,2016,34(3):369-371.

[4] 汪洪,巴玲丽,姚淑文,等. 窒息新生儿凝血功能变化[J]. 微循环学杂志,2014,14(1):25-26.

[5] 黄丽清,周喜友,袁康凯,等. 低出生体质量新生儿常用凝

血功能参数变化的研究[J]. 中国当代医药, 2014, 21(14): 46-47.

[6] 李霞. 早产儿凝血功能指标变化及凝血时间监测的临床意义分析[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(16): 3620-3621.

[7] 陈伟忠. 足月新生儿窒息后凝血功能状态的临床观察[J]. 中国实用医药, 2015, 33(12): 112-113.

[8] 王国川, 周晓璐, 张亚莉, 等. 新生儿凝血功能检查及临床

意义初探[J]. 基层医学论坛, 2014, 21(34): 4700-4701.

[9] 李杰. 凝血检验危急值在重症新生儿病房的应用价值[J]. 当代医学, 2014, 24(1): 53-54.

[10] 李成哲. 凝血检验危急值用于重症新生儿病情预测的价值分析[J]. 中国医药科学, 2015, 17(1): 167-169.

(收稿日期: 2017-07-23 修回日期: 2017-10-16)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 02. 036

精细化护理对护理人员工作情况、患者满意度及生活质量的影响

陶小红¹, 徐晓芳², 潘亚娟¹, 严圆圆¹

(1. 南通大学附属海安医院, 江苏南通 226600; 2. 南通大学附属第二医院, 江苏南通 226001)

摘要:目的 探讨精细化护理对护理人员工作情况、患者满意度及生活质量的影响。方法 选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月南通大学附属海安医院收治的 118 例手术患者, 将其按照随机数字表法分成对照组(59 例)与观察组(59 例), 对照组患者行常规护理, 观察组行精细化护理, 比较两组护理工作情况、患者满意度及生活质量评分。结果 观察组护理人员工作情况中器械管理、卫生消毒、护理记录评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者对服务态度、健康宣教、操作执行、沟通交流评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者生活质量总评分较对照组高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 精细化护理有助于改善护理人员工作情况, 且提升患者满意度与生活质量。

关键词:手术室; 精细化护理; 质量评分; 满意度

中图分类号: R473.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)02-0252-02

手术室是医院专门设立的一个科室, 是为患者实施手术、抢救重症危急者的场所, 属于重点科室之一^[1]。该科室医务人员具有任务繁重、工作节奏快、精神高度紧张等特点, 手术室人员需操作精细, 予以患者科学、有效护理, 从而提高患者临床疗效与生命安全^[2]。随着医疗技术与医疗设备的不断进步, 手术室工作日趋现代化, 手术室护理模式不断发展, 精细化护理流程逐渐应用于临床。本研究主要探讨手术室实施精细化护理对护理工作情况、患者满意度及生活质量的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月南通大学附属海安医院收治的 118 例手术治疗患者, 按照随机数字表法分成对照组(59 例)与观察组(59 例)。对照组男 39 例, 女 20 例; 年龄 28~59 岁, 平均(35.41±4.26)岁; 骨科手术 14 例, 普外科手术 18 例, 脑外科手术 12 例, 泌尿外科手术 9 例, 其他科室手术 6 例。观察组男 38 例, 女 21 例; 年龄 29~60 岁, 平均(35.58±4.31)岁; 骨科手术 15 例, 普外科手术 17 例, 脑外科手术 11 例, 泌尿外科手术 10 例, 其他科室手术 6 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准: 临床资料完整、可进行有效的语言沟通、自愿参与本研究的手术患者。排除标准: 凝血功能障碍者, 精神疾病者, 不配合者。

1.3 方法

1.3.1 常规护理 对照组给予常规护理, 主要包括在术前叮嘱患者卧床充分休息, 并指导其完成各项术前检查, 合理饮食, 术中配合术者完成手术, 术后常规监测各项生命体征等。

1.3.2 精细化护理 观察组给予精细化护理。具体内容如下: (1) 加强护理人员学习与培训, 增强对手术室精细化护理的了解与认知, 促进其护理水平提高; (2) 强化术前访视, 依据患者病情与文化程度等对其进行个性化健康教育, 提高患者对疾病相关知识、手术治疗大致过程以及相关注意事项的了解, 并为其介绍手术室环境, 缓解患者紧张、恐惧等消极情绪; (3) 做好术前准备工作, 确认手术室情况、手术药物与器械准备情况, 在送至手术室过程中全程陪护患者; (4) 对手术室内进行消毒处理, 并对相关手术器械行常规消毒, 术前 1 h 予以再次消毒, 避免感染事件的发生; (5) 依据规范化、标准化、科学化管理原则实行手术室内物品管理, 分类存放, 及时处理过期、变质、污染药品、物品; (6) 送至手术室前对患者信息、手术类型、麻醉等内容予以核实; (7) 进入手术室后, 主动、积极与患者交流, 针对性疏导患者不良情绪, 鼓励、安慰患者, 提高其治疗信心, 适当予以肢体接触对患者进行安抚, 提升其配合度, 做好患者保暖工作, 并对患者隐私做保护, 使其感受到被尊重; (8) 术中协助主治医师顺利完成手术, 并对患者生命体征进行严密监测, 一旦出现异常则报告医生; (9) 术后做好患者伤口清洁, 转送至病房, 并仔细清洁、消毒器械, 处理污染敷