

的吸收放散试验、放散液分别与 SS 细胞和 ss 细胞反应排除类抗体。不规则抗体同时合并自身抗体时,自身抗体的存在往往会掩盖同种抗体,血清学检测中应严格掌握操作流程,降低同种抗体的漏检率,以保证临床输血安全。

参考文献

- [1] 许德义,孙春霞,高家良,等. MN 血型四种方法检测比较分析[J]. 中国优生与遗传杂志,2015,23(8):37-39.
- [2] 杜娟,张勇萍,杨世明,等. 265 例血型不规则抗体特异性及其临床分布情况的分析[J]. 国际检验医学杂志,2016,37(07):956-958.
- [3] 刘达庄. 免疫血液学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:51-52

- [4] 兰炯采,中桥,陈静娴. 输血免疫学试验技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:57-63.
- [5] 王晓茜,马春娅,于洋. 抗-M 致血型正反定型不符及交叉配血不合 1 例报告[J]. 北京医学,2020,42(6):552-553.
- [6] 杨茹,李刚,何欣,等. Rh、MNS 等血型系统不规则抗体导致新生儿溶血病的实验室检测分析[J]. 临床血液学杂志(输血与检验),2019,32(1):109-112.
- [7] 李丹,张勇萍,杨世明,等. 35 例 MNS 血型抗体特异性及对 ABO 血型鉴定与交叉配血的影响[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2016,32(12):1687-1689.
- [8] 周吉安,魏晴,涂同涛. 多次免疫产生抗-S 及自身抗体 1 例[J]. 中国输血杂志,2008,21(12):360-361.

(收稿日期:2020-03-27 修回日期:2020-08-16)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.22.052

1 例全脊柱强直性脊柱炎颈椎骨折患者的治疗与护理^{*}

赵丽斌,尹敏红,马兵,南伟,马英萍[△]
兰州大学第二医院脊柱外科,甘肃兰州 730000

关键词:强直性脊柱炎; 脊髓损伤; 治疗; 护理
中图法分类号:R473.6 **文献标志码:**C

文章编号:1672-9455(2020)22-3381-03

强直性脊柱炎(AS)是一种炎性骨科疾病,该疾病以骶髂关节和肌腱附着点受累为特征,引起炎性腰痛,最终导致患者机体结构和功能的改变^[1]。由于该疾病是由骶髂关节沿脊柱向上蔓延(自骶髂关节→腰骶椎→胸椎→颈椎),呈上行性,当炎症波及到颈椎时,即为全脊柱 AS。由于病变会导致椎体的韧带、椎间盘及椎旁组织骨化,逐渐引起脊柱骨性融合,最终脊柱关节失去功能,不能活动形成僵硬、固定的畸形状态,并且由于脊柱关节运动节段强直,长期会导致骨质疏松等病理变化,因外力致颈椎骨折后脱位,并发神经损伤的概率较高,尤见下颈椎,而且极易继发颈脊髓损伤^[2]。其特有的驼背、脊柱畸形等外部表现使术后卧位受限,护理难度大。根据患者脊柱强直的情况,从专业角度明确脊柱强直对患者的影响程度,更有利于为患者进行准确的护理。中国作为人口大国,其 AS 的患病率已经达到了 0.23%~0.24%^[3],通过临床成功案例对 AS 的治疗与护理进行归纳、总结十分必要。

1 临床资料

患者,男,55 岁,既往全脊柱 AS 病史 20 余年,入院前一周在自家干农活时被重物砸伤头颈部、肩部。受伤当时即感到颈项部疼痛异常而不能活动,右上肢麻木伴活动受限,外院给予头颈胸支具固定。转入本院时患者颈椎强直,颈胸段胸椎后凸畸形,胸背部正中后凸处皮肤 3 cm×5 cm 褥疮形成,黄色脓性渗出。

本科室以“颈椎滑脱”收入,CT 提示颈 6 椎体向前滑脱,颈 6 椎体椎弓及小关节骨折,颈 7 椎体骨折,双肺渗出性改变,肺气肿,四肢肌力 4 级。患者颈椎的日本骨科协会(JOA)评分为 10 分,Barthel 指数(BI)评分为 20 分。

请泌尿、呼吸、风湿科会诊,存在手术指征,经全科讨论行“前-后-前联合入路颈椎滑脱骨折切开复位植骨融合内固定术”。术后给予心电监护、持续吸氧 48 h,防止泌尿系感染、深静脉血栓形成、肺部感染,加强皮肤护理。于术后 30 h 拔除两路伤口引流管,56 h 拔除留置尿管。无泌尿系感染,无下肢深静脉血栓形成,后背部破溃处皮肤生长完好,无新的压疮发生。术后 3 日下地行走,复查 CT 片,显示内固定稳妥,未见松动和滑脱征象。术后第 8 日出院,出院时颈椎 JOA 评分为 16 分,改善率达到 85%,评级为优,BI 评分为 55 分。

2 治疗

2.1 手术 患者麻醉成功后取仰卧位,牵引状态下颈部适当伸展,安装头架,连接神经监护仪。取右颈前横行切口 6 cm,术中见颈 6 椎体向前滑脱,颈 7 椎体骨折,相应平面椎管狭窄,脊髓受压。去除颈 6-7 椎间盘和前纵韧带,彻底减压松解,对颈 7 椎体进行次全切。牵引状态下复位,C 臂透视见复位欠佳,止血,缝合。患者取俯卧位,安装头架,适度牵引复位,术中

^{*} 基金项目:兰州大学第二医院——萃英科技创新计划项目(CY2018-HL13)。

[△] 通信作者,E-mail:253856962@qq.com。

见颈 5 棘突骨折,颈 5-6 棘间韧带断裂,颈 6 椎体脱位基本恢复,椎体序列尚可。于颈 4-7 椎体两侧分别拧入侧块螺钉各一枚,于胸 1 椎体两侧分别拧入椎弓根钉各一枚,于颈 4-胸 1 椎体两侧分别植入预折弯矫形棒各一根,X 线透视下见螺钉位置良好,钛棒长度适宜,颈 6 椎体脱位已基本恢复,颈椎序列恢复尚可,放置一根引流管后缝合。再次取仰卧位,沿原手术切口逐层切开,显露手术区域颈 6-胸 1,将所咬碎骨块填于钛笼内并夯实,在颈 6-胸 1 椎间植入钛笼,配置内固定装置,拧紧各螺钉,经 C 臂透视证实钉板系统及钛笼系统位置理想。放置一根引流管后逐层关闭伤口。术程 10 h,全程神经监护仪监护,术中出血约 400 mL,输入红细胞 2 U,新鲜冰冻血浆 500 mL,麻醉清醒后患者肌力双上肢 3 级,双下肢 0 级。

2.2 药物治疗 术后遵医嘱给予甲强龙、甘露醇快速静脉滴注,术后 8 h 患者四肢肌力恢复至 5 级。

3 护 理

3.1 颈托的佩戴 由于头颈部体位和肢体的舒适是护理的关键,颈部制动也是患者感觉不舒适的原因之一^[4],因此,佩戴时患者先取侧卧位,操作者一人牵拉患者的头部,保护颈椎,防止扭转,一人将颈托后叶置于颈项后面,再取平卧位,将前叶置于颈部,使前后叶边缘重叠,再固定系带,以能插入一指为宜。取下颈托时与佩戴相反的顺序。

3.2 前-后-前联合入路颈椎术后体位护理 若颈椎术后体位不当,往往会加重脊髓或者神经根的损伤,有可能会造成患者瘫痪或者猝死。术后由于驼背的影响使患者不能平卧,故采用侧卧位法,将床头抬高 20°~30°,给予颈部佩戴颈托,并在颈后部垫软垫,保持颈部中立位,以防颈后部悬空,佩戴颈托,头部枕软枕,使脊柱保持一条直线。

3.3 轴线翻身 对于脊柱损伤的患者,轴线翻身尤为重要,在搬运及搬动患者时应严格保持头、颈和躯干的方向一致,呈轴线翻身^[5]。操作时应佩戴好颈托,嘱患者不要自主翻身后,一只手置于患者的肩部,另一只手置于患者的臀部,将患者翻转于一侧,保持脊柱原有的 C 型曲线。

3.4 皮肤的护理 由于 AS 患者后背后凸畸形,该类患者压疮的发生率要高于其他患者^[6],加之患者消瘦,凸起部位极易产生压疮,该手术患者压疮危险因素评估量表的评分为 21 分,加之患者入院时胸背部后正中凸起处皮肤呈 3 cm×5 cm 褥疮形成,黄色脓性渗出,加重了患者的痛苦,延长住院时间。所以在护理过程中应保持床单干净、整洁、无皱褶,勤翻身,给予受压部位皮肤保护;保持皮肤干净、干燥,并严格进行床头交接班;对已经产生的压疮要每天消毒、换药,避免再加重。

3.5 深静脉血栓(DVT)的预防 DVT 形成是外科手术后早期的并发症之一。严重影响患者的术后康复,增加患者的经济负担和心理压力,严重者可危及患者的生命^[7]。骨科术后 DVT 的发生率为 10%~

63%^[8],患者接受全身麻醉会使伤口周围静脉处于扩张状态,减缓血流速度,下肢肌肉会产生麻痹并且完全失去收缩功能。DVT 的发生与手术持续时间有关,手术持续时间越久,DVT 发生概率越大。由于该患者手术过程中是全身麻醉,且手术时间持续 10 h,属于 DVT 的高发人群。在治疗过程中,遵医嘱给予低分子肝素钙每日 1 次,每次 0.4 mL 皮下注射,下肢空气波压力治疗仪按摩(每次最少 20 min)每日 1 次以加快静脉回流,向家属及患者讲解 DVT 的相关知识,加强四肢的功能锻炼,避免下肢输液。

3.6 管道的护理 对于颈椎前路的引流管,如果前路引流不通畅,易引起局部血肿压迫气管导致窒息甚至死亡,因此,对于该患者术后必须严密观察切口渗血、肿胀,密切观察引流液的量、颜色及性质的变化,持续保持引流的通畅是非常必要的^[9],而且还需防止引流管脱落,使用本院已获得国家专利的自制导管固定装置,临床效果较好。对于留置尿管,需每天给予更换引流袋。每天给予膀胱冲洗一次,尿道口消毒一次,会阴擦洗两次。嘱患者多饮水,每日 2 000~2 500 mL,锻炼膀胱功能,并详细记录出入量。

3.7 心理护理 由于患者有 AS 20 余年,在心理上比一般人脆弱。姬海燕等^[10]中提出 AS 患者的心理特点为抑郁、焦虑、恐惧,加之颈椎骨折造成的二次损伤,所以对患者的疑问进行耐心讲解、给予肯定的答复很有必要。讲解疾病的相关知识及成功的案例,可缓解其焦虑情绪,增加患者的安全感。

3.8 呼吸道护理 AS 患者胸廓与健康人不同,由于术后伤口疼痛和体位不舒适使患者不敢用力咳嗽,这样很容易并发坠积性肺炎或肺不张^[11],且患者有肺气肿病史,每天给予雾化吸入 3 次,湿化气道促进痰液排出,进行拍背,促进排痰,加强有效咳嗽和深呼吸等肺功能的锻炼。

3.9 术后早期活动 早期指导患者床上适当活动肢体,加强活动障碍肢体功能锻炼与各关节功能锻炼,每天 2~3 次,每次 20~30 min。锻炼要循序渐进,活动度以不引起第 2 天关节症状加重为限。随着病情的好转,逐渐加强运动。根据患者受累关节的部位不同,选择适合患者的训练方法进行功能锻炼,持之以恒。注意循序渐进,以患者耐受为宜,若活动后晨僵减轻,疼痛未加重,则可逐渐增加运动量;若活动后疼痛不适持续 2 h 以上,则提示活动量过大,应适当减少活动强度,必要时在一段时间内增加休息^[12]。

4 小 结

AS 合并颈椎骨折、脱位患者比较普遍,颈椎损伤患者有其特殊性,在治疗、护理的过程中并发症较多,故在术前、术后的治疗护理中要合理地搬运患者,摆放合适的姿势,体位尤为重要。本次采用科学的治疗方案,为患者康复打下了可靠基础,精准的护理有效促进了该 AS 颈椎骨折患者术后的康复。一系列的工作实践充分说明,在此类患者的护理中,制订科学的治疗方案与进行精准的护理至关重要,值得归纳、

总结。

参考文献

[1] SIEPER J, BRAUN J, DOUGADOS M, et al. Axial spondyloarthritis[J]. Nat Rev Dis Primers, 2015, 1: 15013.

[2] 钱邦平, 曲哲, 邱勇, 等. 强直性脊柱炎患者颈椎新鲜骨折的临床特征及术式选择[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2015, 25(9): 787-792.

[3] XU X, SHEN B, ZHANG A, et al. Anxiety and depression correlate with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with ankylosing spondylitis[J]. Patient Prefer Adherence, 2016, 10(9): 879-885.

[4] 古文珍, 林丽婷, 刘燕婷. 1 例强直性脊柱炎患者行颞下颌关节手术的体位护理[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(3): 375-377.

[5] 刘岩路, 黄异飞, 胡伟, 等. 强直性脊柱炎颈椎骨折脱位治疗的临床体会(附 3 例报告)[J]. 新疆医学, 2015, 45(10): 1522-1523.

[6] 陈丽, 陈文婷, 陈文彬. 精细化护理在强直性脊柱炎手术

• 案例分析 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2020.22.053

患者术中压疮预防中的应用研究[J]. 中国临床护理, 2019, 11(4): 336-337.

[7] 刘玉芬, 袁启东. 围手术期下肢深静脉血栓形成的预防和护理[J]. 中外医疗, 2010, 29(14): 160-161.

[8] 邱贵兴, 戴尅戎, 杨庆铭, 等. 中华骨科杂志编委会预防骨科大手术后深静脉血栓形成的专家建议-深静脉血栓形成预防座谈会纪要[J]. 中华骨科杂志, 2005, 25(10): 636-640.

[9] 杨莉莉, 崔旭, 王春霞. 强直性脊柱炎颈椎骨折脱位围手术期护理[J]. 新疆医学, 2018, 48(2): 220-222.

[10] 姬海燕, 梁会. 心理干预对强直性脊柱炎患者的生活质量提高的研究进展[J]. 天津护理, 2016, 24(1): 86-87.

[11] 李欣, 李娜, 门倩. 功能锻炼在强直性脊柱炎患者康复中的应用[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(10): 152-153.

[12] 刘红. 护理骨科干预对骨科术后下肢深静脉血栓的预防作用分析[J]. 中国实用医药, 2019, 2(14): 167-168.

(收稿日期: 2020-02-10 修回日期: 2020-06-02)

1 例奴卡菌感染病例报道并文献分析*

翟宇瑶¹, 张迪², 白荷荷³, 段万里^{4△}

1. 西安市人民医院/西安市第四医院药剂科, 陕西西安 710004; 2. 西安交通大学第一附属医院药学部, 陕西西安 710061; 3. 西安市中心医院药剂科, 陕西西安 710003; 4. 西安交通大学第三附属医院/陕西省人民医院泌尿外科, 陕西西安 710068

关键词: 奴卡菌; 感染; 病例报道; 文献分析
中图分类号: R379.1 **文献标志码:** C

文章编号: 1672-9455(2020)22-3383-03

奴卡菌是一类需氧型放线菌, 革兰染色阳性, 抗酸染色阳性, 广泛存在于土壤中。人体奴卡菌感染的病原体主要为星形奴卡菌, 其他致病菌包括巴西奴卡菌、豚鼠奴卡菌等。在我国奴卡菌病仍是一种罕见的感染, 其最常见的危险因素是肿瘤、实质脏器移植、免疫抑制剂应用及慢性阻塞性肺疾病。笔者就查房中发现的 1 例慢性肾脏病并发奴卡菌感染病例进行报道, 并检索归纳相关文献, 旨在探讨奴卡菌感染的临床特点、诊断、治疗和预后, 为临床工作提供借鉴。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者, 男, 43 岁, 因“水肿 11 月余, 皮下结节疼痛 6 d”入院。患者有肾病综合征膜性肾病(Ⅱ期)病史, 长期服用强的松、他克莫司、环磷酰胺, 入院前治疗方案为甲泼尼龙 16 mg, 1 次/天, 加他克莫司 2 mg, 2 次/天, 口服。就诊的 6 d 前无明显诱因出现腹部、大腿根部、小腿数个质硬、固定的皮下结节, 伴疼痛, 夜间明显, 偶有心慌不适, 门诊以“肾病综合征膜性肾病(Ⅱ期)皮下结节原因待查?”入科。查

体: 体温 38.4℃, 脉搏 97 次/分, 血压 115/71 mmHg。双眼睑无水肿, 腹部对称、平坦, 无皮疹及腹壁静脉曲张, 腹软, 无压痛、反跳痛及肌紧张, 右上腹、左上腹部各触及一约 2 cm 左右皮下结节, 质硬、边界清, 无活动, 压痛阳性, 肝肾区无压痛和叩击痛, 双侧大腿根部、左侧小腿各触及一约 1.5~2.0 cm 左右皮下结节, 质硬、边界清, 无活动, 压痛阳性, 双下肢轻度水肿。血常规: 中性粒细胞百分比 88.4%、白细胞计数 $13.73 \times 10^9/L$ 。给予拉氧头孢抗感染治疗。入院后第 3 天腹部部位皮下结节切开后流出大量黄色脓性液体, 送组织培养, 细菌检查报告奴卡菌。考虑皮肤奴卡菌病, 予以复方磺胺甲噁唑口服抑制细菌, 疗程 1 年, 服用期间注意严密监测肾功能, 磺胺嘧啶锌外涂至脓肿部位。入院后 16 d 患者发热缓解, 脓肿疼痛减轻, 出院。1 个月后电话随访好转。

1.2 资料来源与方法 以“奴卡菌”“nocardiosis”为主题词检索 Medline、Cochrane 图书馆、中国知网、维普数据、万方等数据库, 查阅奴卡菌感染病例, 剔除重

* 基金项目: 西安市中医药局科研项目(SZL201909); 西安市第四人民医院院内孵化课题(FZ-39)。

△ 通信作者, E-mail: duanwanli0407@sina.com。