静脉采血避免晕针改良方法的探索

Improvement method of avoiding acupuncture syncope during blood sampling

郑蜀芳,陈丽勤 (第三军医大学西南医院检验科,重庆 400038)

[关键词] 静脉采血;晕针;改良方法
[中图分类号] R472 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0552-02

晕针是静脉采血时最常见出现的症状。国内有许多文章介绍了避免晕针的各种方法。主要有详细解释抽血对人体无害、鼓励患者耐受针刺入皮肤时的疼痛感、避免看到针刺和血流入试管的场面、保持抽血环境空气畅通、用谈话或音乐分散患者的注意力、家属陪伴降低患者的紧张感、平卧位抽血等,但是都不能完全避免晕针的发生。我们根据我院患者量大、采血人手充裕、环境设备较完善的特点,设计了一套避免晕针发生的流程安排,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

以 2013 年 7 月 1 日至 2013 年 9 月 31 日在我院门诊 3 楼和 4 楼采血点进行静脉采血的患者为研究对象,3 楼总采血人数约为 5.7 万人次,4 楼总采血人数约为 4.9 万人次。3 楼入选人数为 392 人次(对照组),其中男 203 人次,女 189 人次,年龄 17 ~ 62 岁,平均(28.5 ± 11.35)岁;4 楼入选人数为 354 人次(试验组),其中男 194 人次,女 160 人次,平均(29.31 ± 12.8)岁。进入对照组或试验组的患者入选标准为:①最近 2 次采血有晕针发作的患者;②既往有晕针发作史,并且本次收缩压低于 90 mmHg或舒张压低于 60 mmHg,或心率低于 55 次/分;③无晕厥发作史,但有脑供血不足症状,如果眼黑、耳鸣并且本次收缩压低于 86 mmHg 或舒张压低于 55 mmHg。

1.2 材料与方法

患者取采血序号单时,由发号护士询问有无晕针史和低血压史以及头晕、眼黑、耳鸣等脑供血不足症状,对疑似符合入选标准的患者用校正后的欧姆龙牌电子血压计测定血压和心率 1 次。在采血后 5 min 各测血压和心率 1 次。3 楼对照组患者按一般门诊采血流程进行,患者坐于采血台前进行采血,采血前后坐于长椅上休息。4 楼观察组采用改良方式进行采血,在采血前后 5 min 均用校正后的欧姆龙牌电子血压计测定血压和心率 1 次。患者安排在通风良好的窗口处,采用头低足高位平卧或侧卧于推车上采血,躯干和下肢的抬高角度为 15°,在采血完毕后 5 min 改为水平卧位,10 min 后方允许患者缓慢起身坐于休息椅上。

1.3 数据分析

2 组患者采血前后收缩压、舒张压及心率,数据采用 SPSS 10.0 统计软件包分析。每组治疗前后数据采用配对 t 检验,两组间数据采用独立样本的 t 检验。

2 结果

3 楼对照组 397 人次中,出现晕针反应的有 56 人次,但均未出现意识丧失等晕厥症状。抽血后 5 min 收缩压、舒张压及心率较抽血前有显著性降低,$P < 0.05$,平卧休息并口服 10% 葡萄糖水 20 mL,晕针症状在 30 min 内完全消失。4 楼试验组 354 人次均未出现晕针现象。抽血后 5 min 收缩压、舒张压及心率较抽血前有轻微增高,但无显著性差异,$P > 0.05$,抽血前试验组和对照组收缩压、舒张压及心率均无显著性差异,$P > 0.05$;抽血后对照组收缩压、舒张压及心率较试验组有显著性降低,$P < 0.05$。未纳入入选标准的患者中,3 楼有 6 例出现心慌、出冷汗等晕针先兆症状;4 楼有 2 例出现心慌、出冷汗等晕针先兆症状,平卧并口服糖水后症状消失。

3 讨论

晕针是静脉采血时最常见的心理和身理反映,各医院采血点对晕针急救都有较完善的措施,极少出现严重的后果,但避免晕针的方法却很少有医院认真研究和严格执行。究其原因,还是因为没有一个在短时间内筛选出可能有晕针发生的患者的方法。晕针的病因有身理性原因,如脑供血不足、低血压、低血糖、心肺功能减退、迷走神经功能亢进等;也有心理方面的原因,如恐怖症(对针尖、疼痛、血液等)、既往晕针史自我强化、对抽血后身体反应的过度担心等[1]。但它们的共同作用原理均表现为脑能量供应不足。晕针是晕厥的表现形式之一,主要是血管迷走神经兴奋性晕厥,其他晕厥类型如:心源性晕厥、脑源性晕厥、排尿性晕厥等[2],在静脉采血这一短暂时刻很难遇到发作,所以我们的晕厥措施主要针对血管迷走神经兴奋性晕厥。试验组根据头低足高平卧于推车上,下肢抬高 15°,通风、补充糖水都能改善脑的能量供应,对防止晕针发生有很好的效果。我们采用特别流程后静脉采血的患者无 1 例出现晕针现象,说明了我们采用采血避免晕针改良方法的可靠性和有效性。

我们所设计的简短病史询问(在 40 s 中内能完成)和血压测定能快捷准确的筛选出晕针高危人群,未能将所有晕针患者筛选出(有 2 例漏针),可能是收缩压标准定得略为偏底,若提

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405040
[收稿日期] 2013-05-19 [修回日期] 2014-05-27

高到92 mmHg 可能更为合适[3]。参照 3 楼 56 人次晕针量来看,我们 4 楼采用特殊流程抽血的人数 354 人仅比 56 例高 6 倍,所以我们设计标准的假阳性率在可接受范围内并未明显增加工作量。该诊断标准不失为一套可靠和可行的方案。

[参考文献]

[1] 郑蜀芳,陈丽琴.1 例采血后晕厥引起尿失禁的急救与护理[J].局解手术学杂志,2011,20(1):59.

[2] 张春阳,房 丽.某大学军训中 61 例晕厥原因分析及诊治体会[J].保健医学研究与实践,2008,5(1):37 - 39.

[3] 刘晓惠,胡大一,肖 洁,等.血管迷走性晕厥患者 24 小时动态血压变化的分析[J].临床心血管病杂志,1997,(5):290 - 293.

(编辑:左艳芳)

尖锐湿疣联合治疗的临床效果观察

Clinical effect of therapeutic alliance for treatment of condyloma acuminatum

余 帆,郭文俊,杨慎柯,丁 雷,吴 荻 (解放军 520 医院外科,四川 绵阳 621000)

[关键词] 尖锐湿疣;联合治疗;电灼

[中图分类号] R752.53 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0553-01

尖锐湿疣(Condyloma Acuminatum,CA)是临床常见的性传播疾病,治疗方法多,疗效也较为满意。易复发是该病的特点,针对其易复发性,本院采用电灼祛除疣体,5-氟尿嘧啶局部浸润,干扰素肌肉注射,治疗 CA 120 例,临床观察疣体祛除彻底,复发率低。联合治疗 1 个疗程治愈率 91.67%,为治疗 CA 简单有效实用的方法,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2009 年 3 月至 2013 年 1 月,本科收治 CA 患者 120 例,均为男性。年龄 18 ~ 57 岁,平均 37.5 岁,病程 1 ~ 7 个月。其中有 5 例为其它方法治疗后复发者。疣体分布于龟头、尿道外口、冠状沟及阴囊、阴茎、肛周皮肤。诊断标准:①有不洁性交史或冶游史;②临床表现为典型的外生疣体;③5% 的醋酸白试验阳性。

1.2 治疗方法

对可见疣体基底部浸润注射 2% 利多卡因和 5-氟尿嘧啶(5-FU)混悬液(比例 1∶1),电刀(ERBE ICC350 德国)电切功率 70 W,电凝功率 60 W,选用针式电极烧灼以祛除疣体,深度达基底部即可。多发密集或一次祛除有困难者,可分次烧灼祛除。干扰素(重组人 α2b 干扰素 IFN-α2b),300 万 U,肌注,每天 1 次,连续 10 d 为 1 个疗程。

2 结果

治疗后 10 d、30 d、60 d、90 d 复诊。疗效判定[1]:治愈,疣体消失且 90 d 复查无新生疣体;复发:30 d 内复查有新生疣体。120 例患者经 1 疗程治愈 110 例,复诊发现新生疣体共计 10 例,再行 1 ~ 2 个疗程治疗,均治愈。

3 讨论

CA 主要由人乳头瘤病毒 HPV-6 及 HPV-11 感染所致的表皮瘤样增生。累及部位常见为生殖器及肛门周围皮肤,也可见于尿道中[2]。病患常有不洁性交史。根据病史,临床表现和实验室检查,易于确诊。CA 理想的治疗方式应是祛除疣体并抑制复发[3]。疣体的祛除方法较多,如电灼、激光、冷冻、药物外涂等,都能达到较好的效果。本组采用的电灼法,祛除疣体直接彻底,创面清洁。多发或密集疣体,一次祛除有困难者,可分次进行。电灼后,创面可出现不同程度水肿,须保持创面清洁,防止感染。

CA 治疗的难点在于防止复发。尽管其治疗方式多样,但任何一种方法都有复发的可能[4]。病毒的残留或继续复制是其复发的可能原因。因此,激活机体的免疫系统,抑制病毒的复制是防止 CA 复发的科学有效的手段。本组使用的 5-FU 与 IFN 属于免疫调节剂,其本身没有抗病毒功能,但可通过免疫旁路刺激某些细胞因子如 INF-α、INF-β、IL-8 等的产生,从而激活某些低活性的免疫细胞来清除病毒和抑制病毒的复制[3]。本组采用 5-FU 疣体基底部浸润注射和 IFN 肌肉注射,临床观察效果良好。本组观察的复发病例,可能与同患 CA 的配偶未进行治疗,或治疗观察期内仍有不洁性行为有关。但此类患者经多次治疗仍可治愈。

[参考文献]

[1] 吴志华. 现代性病学[M]. 广州:广东人民出版社,1996:158 - 166.

[2] 徐焱江,江兴华,万新红,等. 钬激光联合 5-氟尿嘧啶尿道内灌注治疗男性尿道内尖锐湿疣[J]. 中华男科学杂志,2006,20(11):42 - 45.

[3] 李彦希,王苏平. 尖锐湿疣的治疗进展[J]. 中国皮肤性病学杂志,2010,12(24):1157 - 1158.

[4] Da Ros LT, Schmitt CS . Global epidemiology of sexually transmitted diseases [J]. Asian J Androl,2008, 10(1):110 - 114.

(编辑:周小林)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405041

[收稿日期] 2013-05-09 [修回日期] 2014-05-28