DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.12.033

果中真正阴性所占的比率,二者说明该诊断试剂的价值。表3结果显示间接法试剂的特异性与双抗原夹心法试剂的特异性比较,差异无显著性意义($P>0.05$),可能与样本量较少有关。间接法与双抗原夹心法比较相差显著($P<0.05$)。表1结果显示假阳性问题较为普遍,但双抗原夹心法假阳性率小于间接法,本实验所检测的34份阳性标本中,间接法有2种试剂漏检,试剂C漏检严重,漏检率达5.56%,试剂B漏检1例,漏检率为2.87%,双抗原夹心法未出现漏检现象。综合评价我们认为双抗原夹心法试剂各项质量指标均明显优于间接法试剂,因此,大力推广和采用双抗原夹心法作为临床初筛试剂势在必行。

一个整体规划,包括质量保证、质量控制和质量的评估是诊断结果正确性的保证。正确使用内部对照血清和外部对照质控血清,是做好质量控制工作的重要内容。由于不同厂家生产的ELISA试剂盒所使用的HIV抗原的构成以及使用比例不同,因此对同一标本的反应有差异,所以建议长期或稳定地使用一至二种质量好的试剂盒,如更改新批号的试剂盒,必须重新制作室内质控图,建议对新旧两批试剂盒进行平行性试验,包括外部对照质控血清和前一批试剂盒中的内部对照质控血清,它有利于质量控制和分析。

根据我国HIV/AIDS的感染情况,且感染人数还在不断增多,因而在今后一段时间内抗-HIV诊断试剂的需求量将会增大。本实验结果同时还提示,对试剂的选择使用是非常重要的,除按规定选用国家PP检试剂外,还应根据实验室所针对的检测人群和该地区HIV流行状况和不同监测目的认真选择试剂,对于献血员的筛选应选择敏感性高的试剂,避免漏检。虽然我国现属HIV低流行区,但如有HIV漏检则可能会导致HIV的扩散,以至于出现医源性感染、职业性感染的可能,因此建议采用现今敏感性和特异性均较好的双抗原夹心法试剂作临床诊断用。

参考文献:

[1] D'Amelio R, Tuerlings E, Perito O, *et al*. A global review of legislation on HIV/AIDS: the issue of HIV testing[J]. J Acquir Immune Defic Syndr, 2001, 28(2): 173-179.
[2] Mylonakis E, Paliou M, Lally M, *et al*. Laboratory testing for infection with the human immunodeficiency virus: established and novel approaches [J]. Am J Med, 2000, 109(7): 595-597.
[3] 郑锡文. 我国艾滋病流行形势以及控制成就[J]. 中华流行病学杂志, 1999, 20(2): 131.
[4] 李敬云. 艾滋病病原学诊断[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 1999. 134-135
[5] 李敬云. HIV诊断试剂的发展[J]. 中国性病艾滋病防治, 2001, 7(1): 54-56.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)11-1100-02

慢性重型肝炎上消化道出血的预见性护理

Preventable nursing care for patients with upper gastrointestinal hemorrhage of chronic severe hepatitis

李嘉佳,余小蓉 (第三军医大学附属西南医院全军感染病研究所,重庆 400038)

1 资料与方法

预见性护理组85例慢重肝均为我科1999年2月至2002年10月的住院患者,男73例,女12例,年龄12~68岁,病程1~25年。入院时血清总胆红素(TB)179~687 μmol/L,凝血酶原时间(PT)22~65 s,凝血酶原时间活动度(PTa)9.1%~38.3%。出血前明确有食道、胃底静脉曲张者37例,胃溃疡者7例。对照组为抽取1991年3月至1998年6月收治的101例同类病例,男87例,女14例,年龄12~75岁,病程2~22年。入院时TB 175~589 μmol/L,PT 21.5~55 s,PTa 10.6%~38.2%;出血前明确有食道、胃底静脉曲张者30例,胃溃疡者8例。两组诊断均符合2000年全国病毒性肝炎防治方案。两组病例的性别、年龄、TB、PT、静脉曲张及胃溃疡等差异无显著性意义($P>0.05$)。

对照组为常规保肝、对症治疗。预见性护理组在此基础上实行3月的预见性护理,首先对慢重肝患者制定出护理计划,然后根据护理中发现的问题及时调整治疗及护理方案。

统计学方法:采用χ^2检验。

2 结果

预见性护理组及对照组病死率分别为22.5%(19/85),28.7%(29/101),两组间比较,差异无显著性意义($\chi^2=0.975$, $P>0.05$)。上消化道出血的发生率为33.2%(28/85)、39.5%(40/101),两组间比较,差异无显著性意义($\chi^2=0.115$, $P>0.05$)。

作者简介:李嘉佳(1975-),女,重庆市人,护师。电话:(023)68754000-73065
收稿日期:2003-01-10;修回日期:2003-04-20

(下转1103页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

集前和采集过程中口服钙剂, 一般每输入 200 ml ACD 时口服钙剂 1 ~ 2 g, 并严密观察患儿有无口周发麻、恶心、腹痛、心率改变等症状, 如有轻度的口周发麻可加服钙剂 1 ~2 g。本研究 5 名患儿 15 次采集中, 除 1 次患儿因采集前和采集中呕吐、腹泻给予 10 %葡萄糖酸钙 1 g 静脉推注外, 其余的均未出现不良反应, 只需口服钙剂就可补足。

3.4　儿童总处理血量的设定

总处理血量与采集的 PBSC 的多少成正相关[4], 与年龄的大小也有密切关系[5]。成人的 PBSC 采集一般处理血量为 10 000 ~ 15 000 ml, 儿童为全身总血容量的 2 ~3 倍, 本组总处理血量为患儿全身总血容量的 2 ~4 倍, 每次总处理血量为 2 700 ~ 5 850 ml。本组 5 例共采集 15 次, 均采集到了足够的 MNC 和 $CD34^+$ 细胞, 达到了外周血干/祖细胞移植的阈值要求[6], 保证了 PBSCT 的成功。

参考文献:

[1] 宫立众, 张茂宏, 徐从高. 外周血干细胞收集物中有核细胞成分分析[J]. 第三军医大学学报, 2001, 23(11): 1321—1323.

[2] 田兆嵩. 临床输血学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 56—85.

[3] 汪传喜, 田兆嵩, 胡巧梅 等. 一种安全的小儿外周血干细胞采集方法[J]. 中国输血杂志, 2001, 14(6): 367—369.

[4] Smolouwicz A G, Villman K, Tidefeit U. Large-volume apheresis for the harvest of peripheral blood progenitor cells for autologous transplantation [J]. Transfusion, 1997, 37(2): 188—192.

[5] Dreger P, Haferlach T, Eckstein V, *et al*. G-csf-mobilized peripheral blood progenitor cells for allogeneic transplantation: safety, kinetics of mobilization and composition of the graft[J]. Br J Haematol, 1994, 87(3): 609—613.

[6] 达万明. 自体造血干细胞移植[M]. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 1995. 218—233.

（编辑　陈聪连）

（上接 1100 页）

3　讨论

预见性护理方法是经过多方长期理论结合实践逐步形成[1], 是根据患者发病先兆或潜在诱发因素采取预防性措施的护理, 又称为预前护理或超前护理。对慢重肝上消化道出血进行预见性护理措施, 旨在最大限度的缩短出血时间、减少复发频率、避免发生致死性的大出血或诱发肝昏迷, 降低病死率。尽管我们采取预见性护理组病人的病死率和上消化道出血发生率与对照组相比差异无显著性, 但实际比例确有下降, 可能与观察的样本量较小有关, 我们将进一步增加观察例数。

3.1　积极护患沟通

慢重肝上消化道出血患者病程长, 缺乏有效的治愈手段, 易有反复的出血发生, 他们大多悲观、消极、恐惧, 对康复缺乏信心, 特别是突然出现大量呕血、便血更会极大的刺激患者。所以护士在日常工作中, 必须积极与患者沟通, 促进护患、医患之间融洽关系和良好依从性的建立, 这对于采用有创性、侵入性检查和治疗特别重要。近年来, 对患者的多途径心理护理日益受到重视。我们用安慰性、解释性语言适时地告诉患者和家属出血的情况以及各种检查治疗的重要性, 使患者摆脱不良心绪, 以积极的态度和良好的情绪积极配合检查、治疗、护理, 有助于及早发现病情变化及促进康复。

3.2　适时观察测试

慢重肝患者发生慢性消化道出血时早期因出血量小且缓慢, 不易被自己发现, 所以需要适时观察、分析和判断, 有助于因病施护。PT 明显延长, 特别是 PT 大于 30 s 者, 需严密观察生命体症的变化、24 h 的出入量、有无黑便以及皮肤的温度、色泽、湿度等。我们在护理过程中发现上消化道出血有多种表现形式: 多数患者有频繁呃逆、感心悸、咽喉发痒、胃部不适、恶心欲吐、腹部不适、腹胀、肠鸣音亢进等出血先兆; 有的患者未必呕血, 而只是持续缓慢渗血, 但红细胞和血红蛋白缓慢降低, 有黑便甚至暗红色血便; 有部分患者表现为呕吐咖啡样胃内容物、黑便, 或仅是隐血试验阳性, 数日后发生致命性的大出血; 还有个别者以失血性休克为首发表现。对于这些表现, 均需要增强预见性护理。此外, 针对门静脉高压者出血发生率夜间最高的规律, 夜班应预见性地加强巡视, 提前准备好氧气吸入、吸痰器、静脉切开包、三腔二囊管等急救器材以及抢救药物。

3.3　寻找诱发因素

避免上消化道出血的发生重在预防, 找寻并及时地消除各种可能的诱发因素, 才能最大程度的减少出血。各种不良刺激是引起出血的诱因之一, 出血活动期必须保障病房的安静, 减少探视人员的打扰, 指出不良情绪对疾病康复的影响, 指导患者进行自我心理调节, 使患者得以充分休息。另外, 应嘱患者避免刺激性和含渣食物、药品对胃肠道的再度损伤。避免快速体位改变(如猛然下蹲突然起立)及用力大便, 防止腹压骤然改变致血管破裂而引起出血。

3.4　对症治疗护理

密切观察生命体征的变化, 一旦发生大出血, 首先控制情绪, 嘱禁食, 让患者侧卧位或半坐卧位。快速建立静脉通路, 在短时间内迅速扩容, 双条静脉通道要畅通, 及时配血、备血, 检测电解质、血红蛋白的变化情况, 准备三腔二囊管备用。出血期严密观察, 准确记录出入量。出血停止或血压稳定后, 根据病人的出入量, 血压升降情况调整输液速度。病人大出血后血压不稳, 轻微活动如翻身、咳嗽、更换床单等都能使出血加重或反复出血, 故须绝对卧床, 尽可能少搬动病人。

病人好转出院时, 指导自我监测的重要性, 保持情绪稳定, 生活规律, 不宜过度劳累, 避免过硬食物, 注意观察面色, 大便颜色及有无上腹痛、胃部不适等, 若有异常及时就医。

关键词: 重型肝炎; 上消化道出血; 预见性护理
中图法分类号: R473.5　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 朱加敏, 贾秀兰, 刘占海, 等. 肝性脑病的临床护理进展[J]. 护理进修杂志, 2001, 16(4): 251—252.

（编辑　薛国文）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net