DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.01.043

往注意了需氧菌感染，而忽略了厌氧菌感染；(3)腹水虽为细菌的适宜培养基，但厌氧菌不易穿透肠壁，则难以在血流中存活及在腹水中繁殖。为检验此说，Sheckman[3]测定10例肝硬化非感染性腹水的氧分压，发现为5.7kPa，近似静脉血。提示腹水与体循环之间存在气体的交换，而不利于厌氧菌生长。

关键词 肝硬变；腹膜炎；细菌，厌氧

参 考 文 献

1. 郑德联 徐肇玥 戴自英。肝硬化腹水患者自发性厌氧菌腹膜炎2例报告。中华传染病杂志 1983；4:208
2. Targan SR, Chow AW, Guze LB. Role of anaerobic bacteria in spontaneous peritonitis of cirrhosis. Am J Med 1977；62:397
3. Sheckman P. Anaerobes in spontaneous peritonitis. Lancet 1977；Ⅰ:1223

(收稿：1991-04-18；修回：1991-11-27)

重症肌无力行血浆置换疗法一例的护理体会

石含英 (第三军医大学西南医院 神经内科) 630038

我科于1990年3月采用血浆置换疗法治疗一例重症肌无力危象患者，获得了满意疗效，现就护理及操作体会报告如下：

1 病例介绍

陈××，女，38岁。因眼睑下垂，四肢无力10月，伴吞咽、呼吸困难1月，加重5d入院。诊断：重症肌无力危象。予吡啶斯的明60mg 1次/8h，美斯的明5mg 1次/8h，无效，且症状进行性加重：意识模糊，点头呼吸，肌力Ⅰ～Ⅱ级。由于患者极度消瘦（体重30kg），若加大胆碱酯酶抑制剂用量有中毒危险，遂行血浆置换疗法。

2 治疗经过

治疗前测患者体重、血型、血球压积等。未测血浆中AchR Ab的浓度。为防止术中发生过敏反应和枸橼酸钠中毒，术前30min静滴地塞米松10mg，口服4片葡萄糖酸钙。血浆置换时，取平卧位，选择两条较粗的静脉进行穿刺，1条用于抽血进入分离器及回输，另1条用于输入晶体液、白蛋白等替代液。按V_{30}型血细胞分离器的操作规程进行间断流动血浆置换。用4%枸橼酸钠抗凝。本例共进行4次治疗，间隔时间2～5d，每次持续2～3h，每次去除血浆800～900ml，换浆总量：3370ml，接近患者血浆量的3倍。经治疗，患者病情迅速好转，于治疗后24d痊愈出院。

3 护理体会

3.1 做好治疗前的准备工作

应详细询问过敏史，尤其是有无对血浆、异体蛋白过敏史。并备好呼吸机、气管切开包、氧气、吸痰器等抢救器材及药品。在换血浆过程中，同时做好安慰工作，解除病人思想顾虑和紧张情绪，使之愉快接受治疗。本例患者第1次血浆置换时，由于呼吸肌无力，痰液阻塞呼吸道而窒息，血压迅速下降到10.7/6.67kPa，立即进行气管插管、吸痰和呼吸器辅助呼吸，很快解除了呼吸道阻塞，保证了治疗进行。

3.2 重视生命体征的观察

在治疗中严密观察病人的反应，并5～10min测量1次呼吸、脉搏、血压。发现问题，及时处理。治疗后重点观察血压变化，严防低血压发生。

3.3 防治并发症

血浆置换可引起多种并发症[1]，(1)：术中可发生：①枸橼酸钠中毒：表现为畏寒、口周及肢体感觉异常、恶心等。②血浆或异体蛋白过敏。③

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

心血管反应：表现为心悸、出冷汗、血压下降等。抽血速度过快、置换液量补充不足是引起低血压的主要原因。因此，配合医生严格掌握抽放血速度十分重要，我们体会以每分钟20～45ml为宜。每次循环结束要及时计算出入量是否平衡，及时补充置换液。（2）：术后并发症主要有：①出血倾向。原因是血小板在置换过程中有损失及抗凝剂输入过多。因此术后应观察皮肤、粘膜有无出血点，以便及时处理。②感染。血浆置换后病人免疫球蛋白减少，以及免疫抑制剂的使用，使之易发生感染。本例患者出现臀部及大腿外侧的散在红色斑疹，系霉菌感染，给予甲酮康唑粉治疗后症状消退。由于加强了术前、术中的护理，保证了4次治疗完成，使病人迅速康复。

3.4 重视治疗后的病情观察

3.4.1 严防胆碱能危象发生。置换后，如减少胆碱能药物用量不当，则可导致危象发生。

3.4.2 防止发生“反跳”现象。血浆置换是通过降低血中AchR Ab含量发挥治疗重症肌无力作用的。但置换后，因AchR Ab排空，可反馈使其合成加速，血中浓度达到或超过治疗前，即出现“反跳”现象，使病情复发或恶化[3]。我们在该例行血浆置换的全过程中使用了激素和环磷酰，阻止了“反跳”的发生，从而取得了满意的疗效。

（本文得到输血科林武存副教授和神经内科副教授邵淑琴的指导，特此致谢！）

关键词 重症肌无力/护理；血浆交换

参 考 文 献

1. 杨金斤 吴志英 秦晓慧。血浆置换疗法的护理概念。国外医学：护理学分册 1986；7(3)：110
2. 许贤豪 谭铭勋。重症肌无力治疗进展。中华神经精神科杂志 1987；20(5)：311

（收稿：1991-05-14；修回：1991-11-07）

肾衰患者血清结合珠蛋白测定的临床意义

凌汉新 （第三军医大学新桥医院 肾内科）630037
武大林 （第三军医大学新桥医院 血液实验室）630037

我们测定了43例急慢性肾衰患者的血清结合珠蛋白（简称HP）含量，结果如下：

1 材 料 与 方 法

1.1 检测对象

（随机抽样）

1.1.1 121例正常人群。

1.1.2 急慢性肾衰患者43例。

1.2 检测项目

1.2.1 HP测定：采用醋酸纤维薄膜电泳脱色显色定量测定法[1]，按双盲法进行。

1.2.2 其他：全部病例同时检查尿常规，Ccr、肾脏B超、肾图及肝功能。

1.2.3 数据处理：按计量单位进行t检验。

2 结 果

2.1 HP与常规指标比较

结果显示HP含量与血生化指标无平行关系。

2.2 ARF与CRF HR含量比较（表1）

HR含量（g/L）增高示APF＜CRF，两组相差显著（$t=2.025$，$P<0.05$），HP含量异常组与正常对照组比较相差非常显著（$t=2.84$，$P<0.01$）。

表1 ARF与CRF HP含量比较

	ARF（g/h）		CRF（g/L）		正常对照组（g/L）	
	例数	$\bar{x}$（范围）	例数	$\bar{x}$（范围）	例数	$\bar{x}$（范围）
HP正常	5	0.97(0.54～1.35)	11	0.84(0.61～1.35)	121	0.93(0.47～1.38)
HP增高	8	1.93(1.45～2.60)	15	2.70(1.43～4.78)		
HP减低			4	0.31(0.21～0.44)		

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