

穹窿裂伤3例。

2.7.4 凝血功能障碍引起的产后出血2例,占1.59%。

3 讨论

3.1 经产妇、有流产史者产后出血比初产妇高。胎次、流产次越多,均可损伤子宫内膜及继发感染,再次妊娠时前置胎盘、胎盘粘连、胎盘残留的发生率相应上升,发生产后出血机率增加。应认真做好计划生育知识宣传,避免计划外妊娠,减少产后出血的发生。

3.2 剖宫产产后出血发生率明显高于阴道分娩。因此在工作中应严格掌握剖宫产指征,提高阴道助产技术、降低剖宫产率,从而减少产后出血的发生。

3.3 产后出血多发生于产后2h内,助产人员应加强产后2h内的观察,发现有可能出血倾向者及时处理,对防治产后出血具有重要的意义。

3.4 产前高危因素可引起产后出血的发生。病理妊娠是产后出血的高危因素。所以应重视产科病理因素及异常分娩,加强宣教及做好围产期保健,早期发现产后出血的高危因素并预防产后出血。

3.5 子宫收缩乏力导致的产后出血居首位,占73.02%。而宫缩乏力的影响因素是多样化的,胎产次、多胎、巨大儿、产程延长、各种妊娠并发症和合并症及产妇心理因素等会影响子宫收缩。妊娠期高血压疾病由于全身小动脉痉挛、血液浓缩,导致组织缺氧、水肿、微血管病变及血管脆性增加,易发生产后出血。胎盘因素引起的产后出血居第二位,占15.87%。前置胎盘、胎盘粘连、滞留等发生产后出血的机率增加。软产道损伤也是产后出血的另一个原因,占9.52%。主要为子宫颈和阴道裂伤。阴道分娩时宫口未开全,产妇过早用力或宫缩过强,滥用缩宫素,产程进展过快,胎儿娩出过快,胎儿过大,分娩时保护会阴不当,阴道助产手术不当等都可能致软产道损伤而致产后出血。

4 产后出血的预防措施

4.1 做好孕前及孕期的保健工作,孕早期开始产前检查监护,不宜妊娠者及时终止妊娠。

4.2 对具有较高产后出血危险的产妇做好及早处理的准备,这类产

妇包括:①多孕、多产及曾有多次宫腔手术者;②高龄初产妇或低龄产妇;③有子宫肌瘤剔除史;④生殖器发育不全或畸形;⑤妊高征;⑥合并糖尿病、血液病等;⑦宫缩乏力产程延长;⑧行胎头吸引、产钳等助产手术助产;⑨死胎等。

4.3 第一产程密切观察产妇情况,注意水分及营养的补充,避免产妇过度疲劳,必要时可酌情肌注度冷丁,使产妇有休息机会。

4.4 重视第二产程处理,指导产妇适时及正确使用腹压。对有可能发生产后出血者,应安排有较高业务水平的医师在场守候。接产技术操作要规范,正确引导胎头、胎肩及胎头顺利娩出。对已有宫缩乏力者,当胎肩娩出后,即肌注催产素10u,并继以静脉滴注催产素,舌下含服米索前列醇400u^[3],以增强子宫收缩,减少出血。

4.5 正确处理第三产程。待胎盘自然剥离征象出现后,轻压子宫下段及牵引脐带帮助胎盘、胎膜完整娩出,并仔细检查胎盘、胎膜是否完整,软产道有无撕裂或血肿,子宫收缩情况,按摩子宫以促进子宫收缩。

4.6 胎盘娩出后,产妇继续留在产房观察2h,因产后出血约70%发生在产后2h内,故应重点监护,密切观察一般情况、生命体征、阴道流血和宫缩情况。

4.7 失血较多尚未有休克征象者,应及早补充血容量,其效果远较发生休克后再补同等血量为好。

4.8 早期哺乳可刺激子宫收缩,减少阴道流血量。

4.9 掌握剖宫产指征 正确掌握剖宫产指征及手术时机,控制剖宫产率,同时提高手术质量,是预防产后出血的根本措施^[4]。

参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学. 北京:人民卫生出版社,1999.799
- [2] 黄荷凤. 高危妊娠. 北京:人民军医出版社,2003.485
- [3] 华嘉增. 妇女保健[M]. 第2版. 上海:复旦大学出版社,2005.179
- [4] 王小敏,王小燕. 剖宫产产后出血危险因素分析及预防. 现代妇产科进展,2006,15(12):938

作者单位:546100 广西来宾市妇幼保健院

一例原发性血小板减少性紫癜患儿的护理

陶立华

【中图分类号】R473.72

【文献标识码】B

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0028-02

原发性血小板减少性紫癜是一种免疫性疾病,又称自身免疫性血小板减少性紫癜,是小儿最常见的出血性疾病,临床上以皮肤、粘膜自发性出血,血小板减少,出血时间延长,血块收缩不良,束臂实验阳性为特征^[1]。我科于2010年9月17日收治了一例原发性血小板减少性紫癜患儿,经全科医护人员的精心治疗和护理,康复出院。现将治疗及护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 病例介绍:患儿,女,5岁,因于1周前无明显诱因自双下肢至全身出皮疹,无鼻出血及牙龈出血,无头痛及呕吐,无视物模糊,尿呈淡黄色,无酱油尿及洗肉水样尿,无腹痛及腹泻,大便黄软成形,无柏油样便,无发热、咳嗽及流涕。家长未重视,至2天前。上述症状无明显加重及减轻,到当地医院查血常规:WBC: $8.10 \times 10^9/L$,L:43.4%,N:2.7%,G:53.2%,HGB:112g/L,PLT: $4 \times 10^9/L$,尿常规:隐血(+),急来我院以“血小板减少性紫癜”收住。

1.2 临床表现:患儿步入病房,精神欠佳,神志清楚,发育正常,营养

中等,全身皮肤散在分布直径0.1~0.2mm大小的瘀点及瘀斑,双下肢显著,可见直径1~2cm淤青,左眼结膜见一直径0.2mm出血点,浅表淋巴结未触及肿大。

2 治疗

2.1 复查血、尿、粪常规,出凝血时间,凝血酶原时间,骨髓涂片及血小板抗体等。

2.2 大剂量丙种球蛋白及强的松冲击治疗。5%葡萄糖50ml+静脉用丙种球蛋白2.5g,微泵输注,连用5天。强的松35mg口服,每日1次,3周后开始减量至停药,不超过4周。

2.3 静滴头孢哌酮/舒巴坦抗感染,口服维生素P,静滴三磷酸腺苷、辅酶A、维生素C等营养及支持疗法。

2.4 绝对卧床休息,预防创伤出血。同时,忌用抑制血小板功能的药物如阿司匹林等。

3 护理

3.1 一般护理:将患儿安排在非感染性、安静、空气流通的病室,每

日紫外线空气消毒1次,严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程,防止交叉感染。室温保持在18℃~22℃,湿度50%~60%,为患儿创造良好的修养环境,急性期卧床休息,预防创伤出血。

3.2 饮食护理:给予高热量、高蛋白、高维生素,少渣饮食,避免进食粗硬食物及油炸或有刺激性的食物。这样即能增强机体的抗病能力及机体的修复能力,又可以减少对胃肠道的刺激,避免损伤口腔粘膜,诱发消化道出血。

3.3 出血的预防及护理:保持床铺平整,衣物柔软,避免皮肤摩擦、划伤、受挤压。保持皮肤清洁,定期洗澡,使用刺激性小的肥皂,避免用力揉搓。有出血倾向者尽量减少肌肉注射或深静脉穿刺抽血,必要时应延长压迫时间,以免形成深部血肿,行静脉穿刺输液时,应快速、准确、尽量缩短止血带的应用时间,拔针后局部应适当延长按压时间,并观察有无渗血、血肿发生。保持室内相对湿度在50%~60%。用灭菌石蜡油点鼻每天2~3次,以防鼻粘膜干燥,避免抠鼻及用力擤鼻。鼻腔少量出血时,可局部冷敷,或用1:1000盐酸肾上腺素棉球填塞压迫止血。保持口腔卫生,指导患儿用软毛牙刷刷牙,忌食粗、硬、辛辣食物,以免损伤、刺激口腔粘膜。进餐前后和睡前、晨起用洗必泰,生理盐水等漱口液漱口。牙龈渗血时可用冷水含漱或用肾上腺素棉球,吸收性明胶海绵片局部冷敷,及时清除口腔内陈旧血块,以免口内异味影响患儿的食欲及引发感染。监测血压的变化,做好配血、输血准备,保证液体、止血药物和血制品的输入,如突然出现头痛、头晕、恶心、呕吐提示颅内出血的可能,应立即通知医生做好抢救的准备。

3.4 药物的治疗及护理

3.4.1 输注静脉用丙种球蛋白的护理 丙种球蛋白为同种异体蛋白,有可能发生免疫反应,加重心脏负担,所以要现用现配,应单独输注,不能与其他药液配伍,开封后只能一次使用,输注过程中严格无菌操作,注射速度不宜过快,并注意面色有无改变,同时给予心电监护,监测生命体征的变化;输注过程中加强巡视,警惕发热、皮疹、喉头水肿,过敏性休克等情况发生,并备齐急救物品和急救药品以备急用。

3.4.2 注意观察药物的疗效及副作用,尤应注意丙种球蛋白的过敏反应,一旦发生及时处理。

3.4.3 准确无误的执行医嘱,保证抗生素及其他药物有效进入体内,注意药物的毒副作用,发现异常及时与医生取得联系并及时给予处理。

3.4.4 长期应用糖皮质激素副作用明显,应告知患儿及家长按医嘱逐渐减量,不可擅自减量或停药,以免病情反复。

3.5 密切观察病情,及时发现出血的危急情况

3.5.1 观察皮肤紫癜、瘀斑状况有无发展与好转,监测血小板数量变化,本例患儿血小板数量极低,易发生自发性出血,应严密观察出血情况的发生。

3.5.2 监测生命体征,观察神志、面色,精神状态,记录出血量。若出现烦躁不安、头痛、视物模糊、喷射性呕吐等,应立即报告医师。

3.5.3 观察大小便颜色及性状,并保持大便通畅,以免因为便秘致腹压增加而出血。

3.5.4 注意防治呼吸道疾患,避免因剧烈咳嗽而诱发和加重出血。

3.5.5 避免患儿烦躁、哭闹、挣扎及情绪紧张等因素。

3.5.6 有消化道大出血时,应禁食;出血停止后,先给冷流质,以后逐渐过渡到半流质及软食,并指导家长给予少量多餐;对少量出血、无呕吐、临床表现无明显活动性出血者(大便颜色正常),可选用温凉、清淡、无刺激性的流质、半流质饮食。

3.5.7 有出血症状时,应卧床休息;;出血严重时,绝对卧床休息,保持环境安静,让患儿得到充分休息。

3.5.8 观察血小板计数,当血小板过低时,遵医嘱输新鲜血小板。本例患儿治疗1周,血小板计数显著升高, $PLT > 100 \times 10^9/L$ 。

3.6 心理护理 对患儿及家长做好心理护理,因患儿出现全身症状后,家长情绪非常焦虑、紧张,担心患儿病情继续发展,应向家长耐心解释疾病的发生、发展及转归过程,鼓励其振作精神,树立战胜疾病的信息,保持病室安静、光线柔和、空气新鲜,环境清洁整齐,解除患儿及家长焦虑紧张情绪,使其以良好的心态配合治疗。

3.7 出院指导

3.7.1 合理安排生活,居住环境空气流通,温湿度适宜,注意休息和营养,避免皮肤摩擦、划伤、受挤压,不做剧烈的有对抗性运动,常剪指甲,选用软毛牙刷等。

3.7.2 指导进行自我保护,如忌服阿司匹林类或含阿司匹林的药物;应用糖皮质激素时应按医嘱逐渐减量,不可擅自减量或停药。服药期间不与感染患儿接触,去公共场所时戴口罩,衣着适度,尽量避免感冒,以防加重病情或复发。

3.7.3 教会家长识别出血征象和学会压迫止血的方法,一旦发现出血,立即到医院复查或治疗。

3.7.4 指导定期复查血常规,尿、粪常规、出凝血时间、凝血酶原时间、血小板抗体等。

4 讨论

原发性血小板减少性紫癜目前认为是一种自身免疫性疾病,患儿因自身免疫过程缺陷或外来抗原的作用,机体产生血小板抗体。这种血小板相关抗体主要为PAIgG,属抗血小板膜糖蛋白抗体。PAIgG与血小板结合,或抗原-抗体复合物附着于血小板表面,导致单核-巨噬细胞系统对血小板的吞噬、破坏增加,血小板寿命缩短,从而引起血小板减少,此外,PAIgG,能特异性地与巨噬细胞结合,抑制血小板生成。血小板数量减少是导致出血的主要原因。原发性血小板减少性紫癜应用激素-丙种球蛋白治疗的机制是:①糖皮质激素能抑制单核-吞噬系统的吞噬功能,延长与抗体结合血小板寿命,抑制抗体生长,抑制抗原抗体反应,减少血小板破坏,增加血小板有效生成,降低毛细血管脆性。②丙种球蛋白使血小板计数升高可能是通过封闭单核-吞噬细胞的Fc受体,抑制抗体产生,抑制抗体与血小板结合;其次,在血小板上形成保护膜抑制血浆中的IgG或免疫复合物与血小板结合,从而使血小板避免被吞噬细胞所破坏;再次,抑制自身免疫反应,使抗血小板抗体减少^[2]。丙种球蛋白联合糖皮质激素治疗原发性血小板减少性紫癜可迅速控制出血,显著提高血小板计数,减少输血的次数,提高患儿的生命质量。由于免疫球蛋白可导致荨麻疹、血清病、过敏性休克等不良反应,糖皮质激素可引起库欣氏综合征,停药后可恢复正常。因此在对患儿的治疗和护理中,首现对家长进行心理护理,向其讲解可能发生的情况,使其对此有较清楚的了解,能有较好的心理状态配合治疗和护理。在治疗和护理的同时,护士要注意剂量准确,严格控制输液速度,密切观察其疗效,及时处理不良反应。同时,掌握本病的临床特点,有针对性的加以护理,促进患儿早日康复。

参考文献

- [1] 崔焱. 儿科护理学. 北京:人民卫生出版社,2003. 240
- [2] 杨锡强. 儿科学. 北京:人民卫生出版社,2006. 417

作者单位:730046 甘肃省兰州市第二人民医院小儿科