

于前次剖宫产术后切口瘢痕处,该部位肌层薄弱,血流丰富,且纤维组织较多,妊娠后容易发生大出血、子宫破裂等严重并发症,甚至危及生命<sup>[4]</sup>。CSP 临床表现可早至孕 5-6 周,晚至孕 16 周出现。39% 的患者早期表现为少量的无痛性阴道出血,约 16% 的患者伴随轻中度腹痛,9% 的患者主诉只有腹痛,还有 37% 的患者没有任何症状。而没有症状的患者很容易误诊而行刮宫术,可继发大出血,往往需要进行子宫切除;如果能及早诊断并及时终止妊娠,则可有效避免大出血、子宫破裂甚至子宫切除等危险<sup>[5]</sup>。

3.2 CSP 的超声像图特征 (1) 胚囊型:孕囊位于子宫下段瘢痕处,部分囊内可见胚芽或卵黄囊,胚芽较大时可明显凸向膀胱方向;瘢痕处肌层变薄,孕囊旁可见丰富血流信号。(2) 混合回声团块型:子宫下段前壁瘢痕处可见不均质的混合回声包块,其内可见无回声、低回声及中等回声区,在子宫下段常见局部隆起,包块与膀胱之间的子宫肌层明显变薄,甚至回声消失,而包块周边血流信号较丰富。

3.3 经二维阴道彩色多普勒超声和三维超声断层显像技术诊断 CSP 的比较 (1) 经阴道二维超声检查:超声影像技术以方便、诊断迅速、可重复性好、无创等优势在异位妊娠的诊断中发挥着十分重要的作用,其中经阴道二维超声在早期异位妊娠临床诊断中广泛应用,诊断符合率较高<sup>[6]</sup>,但有部分异位妊娠因孕周小、超声图像不典型(既不能肯定为宫内妊娠、也不能排除异位妊娠),难以确切诊断,有些学者称此时间段为“妊娠盲区”,应用超声新技术提高“妊娠盲区”诊断符合率已成为当前研究的热点。(2) 经三维超声断层显像技术超声检查:超声断层显像技术是近年来一种新的三维超声成像和观察模式,可利用容积数据的获取,在短时间内完成检查。①与二维超声相比较,三维超声成像具有良好的空间定位功能,能重建异常包块的形态、大小、部位,多层次成像可在屏幕上同时显示检查部位的一系列平行断面,使操作者易于从一个视野转移到下一个视野,无需其他技术支持,减少操作者对二维图像的依

赖,尤其是超声断层显像技术可获得二维超不能得到的冠状面信息,从而使图像更加直观、空间关系更明确。超声断层显像技术还可对整个病变部进行断层分析,断层图像层间距与断层数均可调节,可清晰显示感兴趣区域的细致结构,减少小病灶漏诊与误诊。②与经阴道二维超声比较,三维超声的优势在于可同时显示 3 个相互垂直平面,通过体积重建获得子宫及附件的立体图像,直观显示子宫及附件空间位置关系,对包块与子宫、输卵管及卵巢位置关系的显示更清晰,且可调节断层层数及层间距,选择适当层间距,对病灶多平面、逐层分析,显示包块边界更清晰,并可提供更详尽的病灶内部结构,因此,利用超声断层显像技术可显示经阴道二维超声不能显示的卵黄囊结构,增加和丰富异位妊娠的诊断依据。

参 考 文 献

[1] 江杏花. 浅谈剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 15 例临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(11): 144.  
 [2] Seow KM, Hang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23(3): 247.  
 [3] 赵俊, 薛林燕. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 32 例的超声诊断与治疗分析[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(5): 246.  
 [4] 宋玲, 龚明, 余本英. 经腹及经阴道超声联合应用对剖宫产术后切口瘢痕妊娠的诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2010, 26(6): 570.  
 [5] 刘翠玲, 王焕侠. 经腹及经阴道彩色多普勒超声对子宫剖宫产术后切口瘢痕妊娠的诊断价值[J]. 中国现代医生, 2011, 49(13): 70.  
 [6] 邹美林. 经腹部 B 超联合阴道 B 超在异位妊娠诊断价值的探讨[J]. 中国医药导刊, 2012, 14(10): 1686.  
 (修回日期: 2016 年 7 月 18 日)

## 树脂和活性炭灌流器辅助治疗急性药物中毒的临床效果研究

卢俏娟 罗银秋

摘 要 目的:比较树脂和活性炭灌流器辅助治疗急性药物中毒的临床效果。方法:将广东省佛山市第一人民医院急诊科 2014 年 1 月-2015 年 12 月收治的需行床边血流灌流的急性药物中毒患者 60 例随机分成树脂组 (n=30) 和活性炭组 (n=30), 在常规治疗的基础上, 树脂组采用 MG350 大孔树脂成分灌流器, 活性炭组采用 Adsorba300C 活性炭成分灌流器, 两组均作床边血流灌流 2.5 小时, 共 3 次。比较两组治愈率、清醒时间、并发症的发生率和住院时间。结果:两组患者均治愈, 治愈率为 100%; 树脂组的清醒时间和并发症发生情况虽均较活性炭组缩短, 但均无明显差异, P>均 0.05。结论:在常规治疗的基础上, 联合树脂或活性炭成分的灌流器治疗急

基金项目:佛山市卫计委立项课题 (2015246)  
 作者单位:广东省佛山市第一人民医院 急诊科 (528000)

性药物中毒的救治成功率高,且使用树脂成分灌注器的效果较活性炭成分的灌流器更好。

关键词 药物中毒;树脂;活性炭;灌注;护理

DOI: 10.3969/j.issn.1671-301X.2016.04.038

药物中毒是急救医学主要核心理论和核心技术之一,在急诊医学学术与临床所处地位具有独特性、不可替代性<sup>[1]</sup>。对于药物中毒,传统治疗加上血流灌注的治疗效果比较显著<sup>[2]</sup>。临床上常用树脂和活性炭灌注,但对其应用于药物中毒疗效比较的报道较少。本文通过分析广东省佛山市第一人民医院急诊科 2014 年 1 月-2015 年 12 月收治的需行床边血流灌注的急性药物中毒患者 60 例的临床资料,比较两种灌注器的疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组需行床边血流灌注的急性药物中毒患者 60 例中男 18 例,女 42 例;年龄 21-72 岁,平均 39.6±9.8 岁。中毒药物种类:老鼠药 30 例,安眠药 24 例,乌头碱 6 例。60 例均为急性起病,从中毒至急诊的时间在 1-8 小时内,平均(5.3±1.6)小时。将此 60 例随机分成树脂组( $n=30$ )和活性炭组( $n=30$ )。树脂组中男性 8 例,女性 22 例,年龄 21-74 岁,平均(38.3±10.6)岁;活性炭中男性 10 例,女性 20 例,年龄 23-72 岁,平均(40.6±9.4)岁。两组患者性别、年龄、毒物种类及病情均无明显差异( $P>0.05$ ),资料具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均采用常规治疗,包括彻底洗胃、导泻、输液、运用解毒剂等对症支持治疗,并迅速实施血流灌注。两组患者采用 JF800A 血流灌注机单泵行床边血流灌注 2.5 小时,树脂组采用 MG350 大孔树脂成分灌注器,活性炭组采用 Adsorba300C 活性炭成分灌注器,连续灌注 3 次。

1.3 护理 (1)接诊:急诊护士接诊中毒患者后立刻予生命体征的监测,对心跳呼吸骤停的患者要立刻予心肺复苏,包括胸外心脏按压、实施气管插管接呼吸机辅助通气

等;脱掉患者污染的衣物,防止再次污染;登记患者的资料、生命体征;彻底清除毒物,立刻予清水洗胃,直到洗出澄清透明液体为止。(2)迅速建立两条静脉通道,必要时实施深静脉穿刺,以保证快速、有效输液。(3)心理护理:患者无论是误服或自杀,内心都焦虑不安,并对医院的陌生环境感到恐惧。护士护理患者时要细心、耐心、关心体贴病人,多鼓励患者并要求留家属或亲友作陪人,防止患者再次发生自杀。(4)观察和记录病情:严密观察患者生命体征变化,包括神志、呼吸、血压、脉搏、血氧饱和度、心电等变化,及时清理患者的呼吸道的分泌物,防止窒息。(5)血流灌注护理:保持各种管道的通畅,灌流过程中将患者头侧一边,以防止窒息。患者如果烦躁不安,适量应用镇静剂,以保证血液灌流的顺利进行。准确记录血流灌注过程中使用的肝素剂量。密切观察患者皮肤有无出血点、牙龈有无出血,各个穿刺点有无渗血、出血。定时抽取血液检测患者的血小板和出、凝血时间。(6)出院护理:护理人员应该予患者多点心理支持,解除患者的心理负担,交代家属出院后多关心患者,多沟通交流,防止再次发生意外。

1.4 观察指标 治愈率、清醒时间、并发症发生情况、住院时间。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组患者均治愈,治愈率为 100%;树脂组的清醒时间和并发症发生情况虽均较活性炭组缩短,但均无明显差异, $P > 0.05$ 。详见表 1。

表 1 两组患者清醒时间、住院时间、并发症和治愈情况比较

组别	例数(例)	清醒时间(h)	住院时间(d)	并发症[例(%)]	治愈[例(%)]
树脂组	30	26.3±4.7	9.8±2.8	5(16.7)	30(100.0)
活性炭组	30	28.6±4.9	11.2±3.2	6(20.0)	30(100.0)

## 3 讨论

急性中毒是常见的内科急症,由于引起中毒的类型和机理各不相同,其临床表现、救治方法和预后也有所不同。据文献报道,2013 年全国中毒病例中,农药中毒占 44%,化工类中毒占 30%,药物中毒占 16%<sup>[3]</sup>。但随着我国的农药研发向低毒性或无毒性发展,农村城镇化的不断深化,因农药使用不当而造成的中毒事故越来越少。随之而来的是由于人们生活压力的增大,心理疾病患者的增多,因误

服和自服各类药物而产生的主动性中毒的患者越来越多。急性中毒是指外界化学物质进入人体 24 小时与人体组织发生生物化学反应,引起人体暂时或持久性损伤过程<sup>[4]</sup>。急性中毒具有起病急,病情变化快,临床中毒症状严重等特点,是急诊常见的重症之一。血流灌注技术是借助体外循环将患者的血液通过血流灌注器的吸附作用,清除外源性和内源性毒物<sup>[5]</sup>。目前国内对药物的解毒,除了特殊解毒药外,血流灌注是目前广泛应用于临床的一种有效解毒方法<sup>[6]</sup>。目前国内在临床上最广泛应用的是活性炭和树脂

成分的灌流器,他们不仅对脂溶性及与蛋白结合率高的毒物有较好的清除作用,而且对血液中的游离毒素也同样有较强的吸附作用。活性炭是一种多孔性、高比表面积的广谱医用吸附剂,由植物等经高温炭化、活化过程制成。活性炭孔径较小,孔隙率高,孔径分布较宽,能吸附多种化学物质,特别是药物、毒物、具有很高的清除率。树脂主要是依靠树脂表面的极性、非极性基团来清除毒素,分为极性和非极性吸附树脂,极性树脂易吸附极性水溶性物质,非极性树脂多吸附脂溶性物质<sup>[7]</sup>。本研究结果显示,使用树脂成分的灌流器和活性炭成分的灌流器的治愈率均为 100%;但树脂组的清醒时间、住院天数和并发症发生情况虽均较活性炭组少,虽均无明显差异,但在一定程度上提示树脂成分的灌流器比活性炭成分的灌流器对药物的附能力更强,效果更优。

参 考 文 献

[1] 宋维.急性中毒诊治现状回顾与展望[J].中国急救医

学,2013,2(2):33.  
 [3] 陈雁君,知义,李宁,等.不同吸附剂对血甲基对硫磷灌流清除率的实验研究[J].济宁医学院学报,2014,6(3):37.  
 [2] 姚冬奇,田英平.2013 急诊医学回顾与展望:急性中毒[J].中国急救医学,2014,34(1):15.  
 [4] 王维科.关于 HA 型树脂灌流治疗有机磷中毒的临床体会[J].世界最新医学信息文摘,2014,14:36.  
 [5] 姜云横,姚云龙,李华兵.床旁血液灌流联合透析治疗危重型急性药物及毒物中毒 30 例体会[J].临床研究,2015,5:16.  
 [6] 阮春花,廖浩.床旁血液灌流治疗急性中毒 53 例临床观察及护理[J].齐鲁护理杂志 2014(19):76.  
 [7] 刘贻声,张林,洪良通,等.血液灌流器吸附材料研究进展[J].中国医疗器械信息设计与制造,2014,8:15.

(修回日期:2016 年 6 月 28 日)

## Airtraq 可视喉镜在急诊危重症患者插管中的运用

赵晓成<sup>1</sup> 郑琦涵<sup>1</sup> 龚燕<sup>1</sup> 岳茂兴<sup>2</sup>

**摘 要** 目的:评价 Airtraq 可视喉镜在急诊危重症患者插管中的作用。方法:对 46 例需要气管插管的急危重症病例,随机分成 A、B 两组,A 组使用 Airtraq 可视喉镜,B 组使用普通直接喉镜,观察插管时间,插管成功率。结果:两组插管时间无统计学差异,Airtraq 可视喉镜一次性插管成功率高于普通直接喉镜,但无统计学意义。结论:Airtraq 可视频喉镜可用于颈椎损伤等危重病患者的气管插管,对口咽喉部损伤小,但在插管时间和插管成功率方面无明显优势,更适合于医学带教。

**关键词** 喉镜;危重症患者;插管

DOI:10.3969/j.issn.1671-301X.2016.04.039

急诊抢救危重症患者时气管插管是保证患者呼吸道通畅、维持机体氧供的重要手段<sup>[1]</sup>。气管插管技术已成为心肺复苏及伴有呼吸功能障碍的急危重症患者抢救过程中的重要措施,是抢救危重病最有效最快捷的手段之一,对抢救患者生命、降低病死率起到至关重要的作用。气管插管是否及时直接关系到抢救的成功与否、患者能否安全转运及患者的预后情况。目前气管插管主要以普通直接喉镜插管和可视喉镜插管两种方式,我院急诊科自 2010 年至 2015 年,使用 Airtraq 可视喉镜,运用于急危重症患者抢救,并与普通直接喉镜相比较,观察气管插管准备时间、操作时间、插管次数和插管失败等情况,现报道如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选择急诊需气管插管患者 46 例,疾病包括:心跳呼吸骤停、呼吸衰竭、多发伤、脑血管意外、颅脑外伤等。将 46 例患者随机分为 Airtraq 可视喉镜组(A 组)和普通直接喉镜组(B 组),A 组 21 例,B 组 25 例。Airtraq 可视喉镜组经医院伦理委员会讨论同意通过。两组在插管前均告知家属,并签署知情同意书。排除有上呼吸道解剖异常、张口度 < 3 cm 的患者。两组患者一般情况(年龄、性别、身高、体重、甲颏间距、张口度,见表 1),均无统计学差异( $P > 0.05$ )。

1.2 方法 Airtraq 可视频喉镜使用方法:选择合适型号的喉镜,成人一般使用普通型,可置入内径为 7.0-8.5 mm 的气管导管。打开电源开关,润滑气管导管并将其置入插管通道中,将 Airtraq 可视喉镜沿正中放入患者口腔,镜片按正常的生理弯曲沿舌背缓慢下滑入咽部,于目镜依次可见舌根、悬雍垂、会厌和声门。将镜片前端置于会厌谷或会厌下,轻轻上提即可清晰显露声门。喉镜前端对正声门,

作者单位:1.江苏大学附属武进医院(213002)

2.解放军第 306 医院特种医学中心(100101)