

程序启动时终止的步骤<sup>[4]</sup>。即医生开具检验申请单, 护士告知患者如何准备留取标本, 发放器具, 病人着手留取标本, 护士核对接收标本, 转运标本至检验科, 检验科接收标本。这期间, 离不开患者的配合, 以及检验人员, 医生护士等的参与。其中任何一个环节差错都会影响到检验结果的准确性。从而导致漏诊或误诊, 延误患者的治疗时间。

常规尿液检验主要是通过检测尿液颜色、透明度、酸碱值、尿比重、显微镜结果等进行检验的一种手段, 在进行尿液常规检验的过程中, 尿液的收集、尿液的保存、尿液的分离处理等均属于保证尿液检测准确性的前提条件。因此, 在实施尿液常规分析的过程中有效的分析前质量控制手段显得尤为重要<sup>[5]</sup>。

本次观察的数据结果显示, 实施分析前质量控制措施的实验组, 尿液常规标本的不合格标本率明显低于未大力实施前质量控制措施的对照组。

综上所述, 分析前质量控制控制在临床尿液常规检验中的应用效果较为显著。

#### 【参考文献】

- [1] 彭海英. 临床尿液常规检验分析前质量控制分析 [J]. 临床军医杂志, 2010, 38 (2): 237-239.
- [2] 丛玉隆. 尿液常规分析标准化的体会与建议 [J]. 江西医学检验, 2001 年 10 月, 第 19 卷, 第 5 期.
- [3] 熊立凡, 刘玉成, 临床检验基础 [M]. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 129-188.
- [4] 丛玉隆. 化验结果准不准, 分析前环节影响大 [J]. 健康报, 2010 年 11 月 23 日第 008 版.
- [5] 熊玲. 分析前质量控制控制在临床尿液常规检验中的效果探讨 [J]. 医药前沿, 2017, 7 (4): 377-378.

## UE 可视喉镜与直接喉镜用于老年患者气管插管的比较

万来文 屠芹美

(上海市奉贤区中医医院麻醉科 上海 201499)

**【摘要】目的:** 对 UE 可视喉镜与直接喉镜在老年患者全麻气管插管的效果进行比较, 以供临床参考。**方法:** 选择择期全麻手术的老年患者 120 例随机分为普通喉镜组 (I 组) 和可视喉镜组 (II 组) 观察两组患者诱导前 (T0), 诱导后 (T1), 插管时 (T2), 插管后 3 分钟时 (T3) 的 Bp、HR; 从开始插管到确认插管成功的时间; 气管插管所致咽部损伤情况: 牙齿脱落、牙龈出血、咽喉疼痛和声音嘶哑。**结果:** T2 时 I 组患者 Bp、HR 较 II 组明显升高有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 且 I 组患者 T2 时 Bp 和 HR 较 T1 明显升高有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); II 组咽喉疼痛和声音嘶哑以及牙龈出血等并发症, 明显比 I 组多, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 可视喉镜用于老年患者气管插管具有心血管反应轻、血流动力学稳定, 术后并发症少等优点。

**【关键词】** UE 可视喉镜; 直接喉镜; 气管插管

**【中图分类号】** R614

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1007-8231 (2017) 36-0149-02

老年患者常伴有牙齿松动残缺不全, 且常常合并高血压、冠心病、动脉粥样硬化等许多内科疾病, 全麻气管插管时, 因置入直接喉镜对咽喉部的刺激可引起血压升高、心率增快等循环系统的剧烈波动, 从而增加了麻醉的风险和气道并发症的发生<sup>[1]</sup>。可视喉镜的临床应用, 可以更好地暴露咽喉部结构, 进而引导导管进入气道<sup>[2]</sup>。可视喉镜操作简单、易于掌握、气道损伤小, 无需用力上提喉镜, 从而能够减轻对血流动力学的影响, 减少术后并发症的发生。本人对 UE 可视喉镜与直接喉镜在老年患者全麻气管插管的效果进行比较, 以供临床参考。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择择期全麻手术的老年患者 120 例, ASA I ~ II, 期中男性 58 例, 女性 62 例, 年龄为 65 ~ 77 岁, 体重 49 ~ 82Kg, 气道评估为 I ~ II 级, 随机分为普通喉镜组 (I 组) 和可视喉镜组 (II 组), 每组 60 例。所有患者均无严重肝肾功能障碍、严重的高血压以及咽喉部肿瘤。

#### 1.2 麻醉方法

所有患者入室后开通上肢静脉, 常规监测 Bp、HR、SpO<sub>2</sub>、ECG。面罩给氧 3 ~ 5 分钟后依次静脉推注咪达唑仑 0.05mg/Kg, 芬太尼 3ug/Kg, 顺阿曲库铵 0.15mg/Kg, 丙泊酚 0.8 ~ 1mg/Kg 进行麻醉诱导, 3 分钟后开始气管插管, 3 次不成功即为插管失败。同时记录两组患者诱导前 (T0), 诱导后 (T1), 插管时 (T2), 插管后 3 分钟时 (T3) 的 Bp、HR。从开始插管到确认插管成功的时间, 气管插管所致咽部损伤情况: 牙齿脱落、牙龈出血、咽喉疼痛和声音嘶哑。

#### 1.3 统计分析

所有数据采用 SPSS 16.0 软件处理, 计量资料采用均数标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组内和组间比较采用  $t$  检验, 计数资料使用

$\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2. 结果

两组患者 T0、T1 时 Bp、HR 比较差异不明显无统计学意义; T2 时 I 组患者 Bp、HR 较 II 组明显升高有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 且 I 组患者 T2 时 Bp 和 HR 较 T1 明显升高有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。II 组插管均成功, I 组有 1 例患者由于无法看到声门的任何部位, 试插 3 次失败, 改用其他方法成功, 无统计学意义。II 组咽喉疼痛和声音嘶哑以及牙龈出血等并发症, 明显比 I 组多, 有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 1 两组患者各时点 MAP、HR 比较 ( $\bar{x} \pm s, n=60$ )

指标	组别	T0	T1	T2	T3
MAP (mmHg)	I 组	97.1 ± 12.3	89.5 ± 11.3	99.6 ± 9.9	90.1 ± 12.0
	II 组	96.7 ± 11.5	90.3 ± 11.7	91.3 ± 9.5	90.8 ± 13.5
HR (次/min)	I 组	67.1 ± 11.6	62.9 ± 11.2	78.1 ± 11.2	68.3 ± 13.1
	II 组	68.4 ± 10.5	63.2 ± 15.1	71.2 ± 15.1	67.5 ± 11.9

注: #: 与 I 组比较,  $P < 0.05$ ; \*: 与组内比较  $P < 0.05$

表 2 两组患者插管成功率、插管时间及并发症比较

组别	例数	插管时间 (S)	并发症发生率 [例 (%)]			
			咽喉疼痛	咽喉粘膜损伤	口腔粘膜损伤	声音嘶哑
I 组	60	43.9 ± 4.6	24 (40.00)	11 (18.33)	14 (23.33)	7 (11.67)
II 组	60	25.8 ± 3.5	8 (13.33)	3 (5.00)	4 (6.67)	1 (1.67)

注: \*: 与喉镜组比较  $P < 0.05$

### 3. 讨论

老年手术患者往往合并有许多内科系统的疾病, 特别是心

血管方面的如冠心病、动脉粥样硬化、高血压、糖尿病等，全麻气管插管时会引起强烈的心血管应激反应，这种反应在老年患者中表现的更加剧烈<sup>[3]</sup>，可能引起急性心衰、脑溢血、心律失常等一系列严重的并发症。因此如何维持气管插管时循环系统稳定是麻醉医生十分关注的问题，特别是合并有内科疾病的老年患者。直接喉镜插管时为了充分暴露声门往往需要用力上提喉镜，从而对口咽组织产生较大的刺激和损伤，加上插入气管导管时刺激性较大。从而引起交感神经兴奋，导致血压升高和心率增快等强烈的心血管反应，并且随着气管插管操作时间的延长而更加严重<sup>[4]</sup>，这在老年患者中更加明显。

与普通喉镜比，UE 可视喉镜拥有高分辨率摄像头和宽广的视角，在正常气道和困难气道患者中均可获得更加清晰的视野，无需用力上提喉镜就能获得满意的咽喉部结构显露，从而能够减轻对心血管系统的刺激作用，减少术后并发症的发生<sup>[5]</sup>。本研究中 UE 可视喉镜组插管时引起的血流动力学的变化和术后并发症明显低于直接喉镜组。

在插管时间上，可视喉镜具有显露容易、清晰和防雾性且操作简易，从而缩短了插管时间，也减少了心血管方面的应激反应。

综上所述，可视喉镜用于老年患者气管插管具有心血管反应轻、血流动力学稳定，术后并发症少等优点，值得推广，尤其是伴有牙齿松动残缺不全、肥胖、颈短颈粗的老年患者更有优势。

#### 【参考文献】

- [1] 师小伟, 刁枢, 孙海峰, 等. 老年患者帝视可视内镜和直接喉镜经口气管内插管血流动力学比较 [J]. 上海医学, 2013, 35 (02): 206-208.
- [2] 谢琰. 可视喉镜与传统喉镜的临应用比较 [J]. 当代医学 2015, 21 (20): 57-58.
- [3] 马怀宾, 雷威, 杨爱云, 光棒引导下经口气管插管对老年患者血流动力学影响的观察 [J]. 中国现代药物应用, 2011, 4 (19): 2038-2039.
- [4] 余海, 杨小芸, 朱达, 等. 比较 GlideScope 可视喉镜、光杖与直接喉镜行气管插管对正常血压患者的影响 [J]. 四川医学, 2009, 30 (10): 1532-1534.
- [5] 张益国, 姜蕴晖, 魏海滨等. 光棒、UE 可视喉镜、直接喉镜在气管插管的应用效果比较 [J]. 中国临床医生杂志, 2016, 44 (11): 59-61.

## 急性心肌梗死患者并发新发房颤的临床治疗分析

范志伟 冯雅建

(东南大学附属中大医院江北院区 <南京市大厂医院> 急诊内科 江苏南京 210044)

**【摘要】目的:** 探讨急性心肌梗死并发新发房颤的临床治疗方法。**方法:** 将收治的 70 例急性心肌梗死并发新发房颤患者随机分为观察组及对照组, 对照组采取西地兰治疗, 观察组采取胺碘酮治疗, 比较两组的临床治疗效果。**结果:** 两组患者用药量、房颤复发率等考察指标均存在较大的差异; 观察组治疗后左室射血分数、左室舒张期内径等显著优于对照组; 观察组的不良反应发生率低于对照组。**结论:** 胺碘酮治疗急性心肌梗死并发新发房颤可以明显的缩短房颤时间、显著改善患者的心功能状态, 提高患者的生活质量, 值得推广使用。

**【关键词】** 急性心肌梗死; 胺碘酮; 房颤

**【中图分类号】** R542.22

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1007-8231 (2017) 36-0150-02

急性心肌梗死是心脑血管疾病的一种常见类型, 主要是因为冠状动脉堵塞, 血流减少甚至中断, 从而使得心肌持续性的缺血坏死。临床治疗心肌梗死的方法为再灌注治疗。心房纤颤是心肌梗死的常见并发症, 其临床预后比较差, 因此需要引起临床治疗的重视<sup>[1]</sup>。为了进一步的研究急性心肌梗死并发新发房颤的临床治疗方法, 为更多的患者带来福利, 我们进行了以下的研究。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 资料来源

2015 年 3 月至 2017 年 3 月期间收治的 70 例被确诊为急性心肌梗死的患者, 所有的患者均符合心肌梗死的相关诊断, 并排除甲状腺功能亢进、扩张性心脏病等患者, 经检查所有的患者均为并发新发房颤。按照数字随机的原则分为观察组及对照组, 每组具有患者 35 例。观察组男性患者 19 例, 女性患者 16 例, 年龄 (65.5±1.0) 岁, 对照组男性患者 23 例, 女性患者 22 例, 年龄 (66.7±1.4) 岁, 经比较分析两组患者的一般资料差异不显著, 因此可以在组间开展数据之间的比较, 本次的临床治疗方案患者具有知情权, 与我方签订知情协议; 此外本次的研究方案得到我院院办的认可。

#### 1.2 治疗方法

观察组的 35 例患者使用胺碘酮进行治疗: 25~100mg 的胺碘酮缓慢静脉推注, 然后以 0.5~1mg/min 的速度进行静脉滴注, 指导患者转为窦性心律<sup>[2]</sup>; 对照组的患者采取西地兰治疗: 0.4mg 西地兰溶于 10mL 浓度为 5% 的葡萄糖溶液中, 并且在 5min 之内静脉推注完毕。

### 1.3 观察项目

记录两组患者的房颤转复时间、用药剂量以及房颤复发率; 记录两组患者治疗前后左室射血分数 (LVEF%)、左室舒张期内径 (LVDd)、室性期前收缩 [M (QR)] 以及房性期前收缩 [(QR)]; 记录两组患者恶心、呕吐等不良反应发生情况。

### 1.4 统计分析

相关数据资料的分析均在统计软件 SPSS 22.0 中完成, 计量资料之间的比较采取 *t* 检验, 计数资料之间的比较采用卡方检验, 经过检验后  $P < 0.05$  表示差异显著。

### 2. 结果

#### 2.1 两组患者用药剂量以及房颤转复时间比较

经过不同的临床治疗后, 两组患者用药量、房颤复发率等考察指标均存在较大的差异, 具体的结果见表 1。

表 1 两组患者用药剂量以及房颤转复时间比较

组别	例数	房颤转复时间 (h)	用药剂量 (mg)	房颤复发率 (%)
观察组	60	7.0±7.2	422.0±85.6	3 (8.5)
对照组	60	16.7±6.8	996.0±123.4	11 (31.4)
$\chi^2/t$ 值		1.23	15.01	6.09
<i>P</i> 值		0.024	0.000	0.013

#### 2.2 心功能指标及心电图监测对比

将两组患者的心功能情况以及心电图情况进行对比, 治疗