

水中在 5min 内服完,1h 后静脉抽血测血糖;葡萄糖耐量试验(OGTT):禁食 12~16h 后,首先抽取静脉血测空腹血糖,然后口服溶于 300mL 水中 75g 葡萄糖,5min 内服完,分别取静脉血测服糖后 1h、2h、3h 三个时点血糖。

1.3 诊断标准

1.3.1 GCT 诊断标准 GCT 血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 为 50g 糖筛查阳性,应于 1 周内做 OGTT;GCT 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,空腹血糖正常,也应于 1 周内做 OGTT;GCT 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,空腹血糖 $\geq 5.5\text{mmol/L}$,则诊断为 GDM,不需再做 OGTT。

1.3.2 OGTT 诊断标准 空腹血糖 5.6mmol/L ,1h 血糖 10.3mmol/L ,2h 血糖 8.6mmol/L ,3h 血糖 6.7mmol/L 。如其中任何两项达到或超过正常值,可诊断 GDM;如仅一项高于正常值,诊断 GIGT。

1.4 血糖测定的仪器及试剂 血糖在 Dimension Pand 生化仪上检测,试剂为 DADE BEHRING 公司提供的葡萄糖试剂盒,采用己糖激酶 - 葡萄糖 -6- 磷酸脱氢酶方法。

2 结果

50g 糖筛查 2 041 例孕妇,筛查阳性者 307 例(15.0%)均做 OGTT,诊断 GDM 21 例(1.0%),GIGT 200 例(9.8%)。糖代谢正常者 1 820 例(89.2%)。

3 讨论

妊娠期糖尿病是产科常见并发症,易发生胎儿宫内窘迫、新生儿窒息,甚至新生儿死亡,合并羊水过多及巨大儿的发生率也明显高于正常妊娠。妊娠期糖耐量减低虽是妊娠期

较轻微的糖代谢紊乱,但大量资料显示妊娠期糖耐量减低孕妇与妊娠期糖尿病孕妇的围产儿不良妊娠结果相似,甚至巨大儿发生率高于妊娠期糖尿病孕妇。另外,无论是妊娠期糖尿病还是糖耐量减低的孕妇远期患病率明显上升,据推断糖耐量减低的孕妇以后发生 2 型糖尿病的机会较正常人群高 1%~5%,且易发生肥胖症、高脂血症、血管硬化症、高血压等^[1,2]。

多数糖尿病孕妇无明显自觉症状,空腹血糖也正常,因此妊娠期仅依靠空腹血糖检查,容易导致 GDM 漏诊。另外,妊娠期孕妇肾糖阈明显下降,尿糖不能准确反映机体的血糖水平。所以妊娠期孕妇不能借助尿糖检查来筛查和诊断 GDM^[3]。而 50g 糖筛查试验安全简便,孕妇比较容易接受且费用不高,可做到对所有孕妇进行筛查而成为产前的常规检查项目,再配合口服 75g 葡萄糖耐量试验可确诊 GDM 和 GIGT。总之,重视糖筛查,可提高诊断率,达到临床及早管理的目的,从而给母亲、胎儿建立一个良好环境,尽量使母亲和下一代不处在糖尿病相关的高危因素环境中,提高他们近期和远期的健康素质。

参考文献

[1]江明礼,邱晓燕,吴梅珍.饮食疗法对糖耐量减低孕妇的新生儿体重影响[J].上海医学,2000,23(2): 99
[2]李平,杨慧霞,董悦.妊娠期糖耐量减低的处理与新生儿结局的关系[J].中华妇产科杂志,1999,34(7): 462
[3]杨慧霞,董悦.加强对妊娠合并糖尿病的临床研究[J].中华妇产科杂志,2003,38(3): 129

(收稿日期: 2008-02-02)

车祸致创伤性休克急救护理

廖南波 户洁 胡莉红

(江西省九江市第一人民医院 九江 332000)

关键词: 创伤性休克; 护理; 急救

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0070-01

随着我国现代公路的迅速发展,交通事故与日俱增,车祸致创伤性休克较为常见,约占 20%^[1]。其患者伤情复杂,多为复合伤,病情变化快,各器官生理功能严重紊乱,抢救不及时将危及生命。我院急救中心 2006 共接诊 148 例因车祸致创伤性休克的患者。现将急救护理总结如下:

1 临床资料

本组病例共 148 例,其中男 98 例,女 50 例,年龄最小 9 岁,最大 70 岁,多发伤是造成休克的主要原因。

2 急救护理

2.1 早期扩容治疗 早期快速扩容是治疗创伤性休克的关键措施之一,严重创伤常由于低血容量休克得不到及时纠正而死亡^[2]。因此在患者静脉通道建立后,应立即在 30~40min 内快速输入平衡盐液 1 000~2 000mL。因平衡盐液的电解度浓度、酸碱度、渗透压和缓解均与细胞外液相近^[3],而高渗钠可迅速扩大血容量增强心肌收缩力。本组病例均根据血压情况调整输液速度,按照先快后慢的原则,用平衡盐液 1 000~2 000mL 扩容,并在 1h 内输完,同时给予 706 代血浆溶液 500mL 静滴,从而改善循环功能,有效控制休克。本组病例均

在抢救 30~50min 内血压回升至正常。

2.2 术前准备 注意观察血压、脉搏、呼吸变化情况。做好术前常规化验,定血型,动态监测红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积。

2.3 改善缺氧状态 保持呼吸道通畅。休克的主要病理生理是组织器官缺血缺氧而引起的,及时给氧疗法可改善组织器官缺氧状态,纠正各器官由于缺氧引起的损害。

2.4 心理护理 车祸致伤患者均遭受突然的意外伤害,缺乏思想准备,常常表现为惊惶失措、恐惧万分,因此在抢救过程中要安慰患者。同时创伤患者以中青年男性居多,大多处于事业和家庭非常关键之时,因此他们在心理上承受着巨大的创伤,迫切要求得到最佳的治疗和护理。在对这类患者护理过程中,不但要重视“急的疾病”还要重视“急的心情”,护士应以从容镇静态度、迅速而有序的程序和熟悉精湛的抢救技术给患者以最大的安全感,同时给患者耐心细致地指导、解释,以取得患者的信任。

参考文献

[1]王延国.现代创伤学研究的某些发展[J].中华创伤杂志,1995,11(5): 262-265 (下转第 73 页)

1.2 成像方法 MRI 扫描采用 GE 1.5T Signa Horizon MR 扫描仪,标准头部线圈。序列包括矢状位 T₁WI,横断位 T₁WI、T₂WI 和 FLAIR;静脉团注造影剂钆喷替酸葡甲胺(Gd-DTPA) 15 mL 增强扫描,增强包括横轴及矢状面。横断面采用平行胼胝体嘴部及压部下缘连线为基线,层厚 8mm,间隔 2mm,矩阵 196× 256,覆盖全脑。其中 2 例行弥散加权成像(DWI),DWI 扫描参数为:单次激发 SE EPI 序列(平面回波成像),TR/TE=10000/102, X、Y、Z 轴方向上施加弥散梯度,b 值为 0 和 1000 s/mm²,成像时间 44s。

1.3 观察指标 观察肿瘤的信号特征(与灰质相比分:低、稍低、等、稍高及高信号)、部位、形态、大小、边界、瘤周水肿及强化特征。对瘤周的水肿程度作粗略的评价,即分为轻度、中度和重度水肿:瘤周水肿带的最宽处≤2cm 时为轻度水肿;大于 2cm,但小于一侧大脑半球宽径一半为中度水肿;瘤周水肿带最宽处大于一侧大脑半球宽径一半时为重度水肿。

2 结果

本组 12 例患者单发 10 例,2 例为多发,共发现 16 个病灶。圆形或类圆形为主,不规则形 3 个(18.8%)。发生在额叶深部白质的有 5 个,额叶表浅皮层下者 3 个,颞叶白质 1 个,基底节 2 个,胼胝体压部 1 个,小脑半球 4 个。肿瘤边界清楚 13 个,边界模糊 3 个。其在 T₁WI 上呈均匀或欠均匀的等或稍低信号,在 T₂WI 上大部分病灶为等或稍高信号,少数病灶为高信号。FLAIR 上肿瘤信号为等或稍高信号,2 例为高信号。2 例患者进行了横断面的 DWI 扫描,其中 1 例胼胝体的病灶呈显著高信号,1 例右侧基底节区病灶为等到稍高信号。所有病灶均有不同程度水肿,轻度水肿有 3 个(18.8%),中度水肿 9 个(56.2%),重度水肿 4 个(25.0%)。静脉增强后所有病例均显著强化,14 个病灶明显均匀团块状强化,2 个病灶环形强化,病灶内有不强化的坏死或囊变区。

3 讨论

PCNSL 是一类罕见的中枢神经系统肿瘤,约占淋巴瘤的 1%~2%、脑肿瘤的 1%~3%^[1]。近年来由于艾滋病导致的 PCNSL 的增加,因此又将 PCNSL 分为免疫功能正常和免疫功能低下型(主要为 HIV 患者)。PCNSL 平均发病年龄在 AIDS 患者中为 34 岁,非 AIDS 患者为 59 岁;男女之比为 1.5~3:1。本组 12 例患者均属于免疫功能正常者,其平均发病年龄为 58.1 岁,且男性多于女性,与文献报道一致。

中枢神经系统不含淋巴组织,但却是 PCNSL 的原发部位。对其起源有两种假说:(1)在中枢神经系统的感染过程中,反应性淋巴细胞进入脑组织,其中某一克隆在一系列转化机制中恶变;(2)外周淋巴细胞被激活并转化成肿瘤细胞,随血流转移并集结于中枢神经系统。因为肿瘤多起自血管周围间隙内的单核吞噬细胞系统,而脑内靠近表面或靠近中线的部位的血管周围间隙较明显,故肿瘤多位于上述部位,如额顶叶、基底节及脑室周围等。本组资料大部分位于深部白质以及基底节区,也可以位于表浅的皮层下白质。病灶可单发或多发,以单发多见,本组 12 例淋巴瘤患者单发占 83.3%,

多发性者占 16.7%。一般认为中枢神经系统原发性淋巴瘤多位于幕上大脑半球深部的脑白质内,本组 12 例患者中有 4 例位于小脑半球,占 33.3%,与国内外文献报道一致^[1,2]。

原发性脑内淋巴瘤的 MRI 信号表现有一定的特征性。肿瘤 T₁WI 大多数呈等或稍低信号,T₂WI 多接近灰质信号或稍高信号,即所谓“脑膜瘤样信号”改变,与周围水肿的高信号形成鲜明的对比。有关中枢神经系统淋巴瘤的 MRI 信号特征形成的基础目前尚未定论,一般认为这主要与瘤体富于细胞成分多、细胞间质水分少和核浆比例高以及瘤内丰富的网状纤维分布有关^[3,4]。原发性脑内恶性淋巴瘤病灶周围水肿轻,占位效应小,本组 16 个病灶重度水肿仅占 25.0%,轻度水肿和中度水肿占到 75.0%。而胶质瘤一般占位征相显著,且往往伴有明显的水肿,而转移瘤以“小结节、大水肿”为特点。原发性脑内恶性淋巴瘤的强化方式是其另一个重要的特征,原发性中枢神经系统淋巴瘤增强明显,并且均匀增强。本组 16 个病灶,增强后 14 个病灶明显均匀强化,只有 2 个病灶出现环形强化。

尽管原发性脑内淋巴瘤的影像学表现具有一定的特征性,但其临床和影像学表现与颅内其他病变有许多类似和重叠之处^[5,6],在实际工作中常常发生误诊。在本组病例中 4 例术前误诊为胶质瘤,3 例误诊为转移瘤。发生于脑深部的淋巴瘤应与间变型星形细胞瘤鉴别,淋巴瘤 T₂WI 上边缘特别清楚,占位效应与水肿程度相对较轻和增强后强化明显,而且囊变坏死明显少于胶质瘤。多发性恶性淋巴瘤与脑转移瘤较难鉴别,有文献报道淋巴瘤增强后的缺口的环形强化有利于恶性淋巴瘤的诊断,但是这些征象往往比较少见。T₂信号对鉴别可能更有帮助,大部分淋巴瘤 T₂WI 上为等信号,而转移瘤多呈 T₁WI 低信号、T₂WI 高信号的表现,占位效应和水肿程度亦比淋巴瘤明显。

总之,当男性中老年患者发现颅内,特别是幕上深部白质近中线部位的单发或多发实性占位性病变,T₁WI 呈略低信号,T₂WI 为等或略高信号,病变的占位效应及水肿程度相对于胶质母细胞瘤和脑转移瘤轻,增强扫描呈明显均匀强化,且无明显出血和坏死时,应考虑 PCNSL 的诊断。

参考文献

[1]Olson JE, Janney CA, Rao RD, et al.The continuing increase in the incidence of primary central nervous system non-Hodgkin lymphoma: a surveillance, epidemiology, and end results analysis[J]. Cancer,2002, 95(7): 1 504-1 510
[2]黄慧强,林旭滨.原发性中枢神经系统淋巴瘤诊治进展[J].中国神经肿瘤杂志,2006,4(3): 180-186
[3]李又成,李宗芳,李建策,等.原发性脑淋巴瘤的病理与 MR 表现的相关研究[J].中国临床医学影像杂志, 2005,16(1): 5-7
[4]耿承军,陈君坤,卢光明,等.原发性中枢神经系统淋巴瘤的 CT、MRI 表现与病理对照研究 [J]. 中华放射学杂志,2003,37(4): 246-250
[5]陆虹,马林,蔡幼铨,等.原发性中枢神经系统淋巴瘤的 MRI 表现 [J].中国医学计算机成像杂志,2006,12(2): 73-76
[6]黄霞,王金林,陶晓峰,等.原发性脑淋巴瘤与脑转移瘤的 MRI 鉴别诊断[J].上海医学影像,2006, 15(2): 124-126
(收稿日期: 2008-01-04)
[7]梁继词.创伤性失血性休克的复苏进展[J].中国急救医学,1999,19 (7): 444-446
(收稿日期: 2008-02-28)

(上接第 70 页)
[2]翟成旺,王世欢.严重肺部损伤 187 例急诊[J].中国急救医学,2000, 20(5): 337