

a report of two cases and literature review[J]. Clin Neuropathol, 2010, 29(4): 233-238.

[3] Szots M, Szomor A, Kover F, et al. Intravascular lymphomatosis of the nervous system[J]. J Neurol, 2008, 255(10): 1590-1592.

[4] 张立英, 皋岚湘, 李琳, 等. 肝血管内大 B 细胞性淋巴瘤 2 例临床病理观察[J]. 诊断病理学杂志, 2012, 19(4): 255-258.

[5] 徐曼, 杨清平, 黄文炼, 等. 原发于前列腺的血管内大 B 细胞淋巴瘤 1 例报道及文献复习[J]. 重庆医科大学学报, 2011, 36(11): 1402-1404.

[6] 朱雄增, 李小秋. 解读 2008 年恶性淋巴瘤 WHO 分类-B 细胞淋巴瘤[J]. 临床与实验病理学杂志, 2010, 26(2): 125-130.

[7] Ayumi F, Yosuke O, Takahisa T, et al. Primary bilateral adrenal intravascular large B-cell lymphoma associated with adrenal failure[J]. Int Med, 2003, 42(7): 609-614.

[8] 许霞, 庞宗国, 刘卫平, 等. 血管内大 B 细胞淋巴瘤尸体解剖临床病理分析[J]. 中华病理学杂志, 2008, 37(6): 377-383.

[9] Kong YY, Dai B, Sheng WQ, et al. Intravascular large B-cell lymphoma with cutaneous manifestations; a clinicopathologic, immunophenotypic and molecular study of three cases[J]. J Cutan Pathol, 2009, 36(8): 865-870.

[10] Joshi PV, Lele VR, Shaikh I. Mortui vivos docent-the dead teach the living; 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography findings in a case of intravascular B cell lymphoma[J]. J Can Res Ther, 2013, 9(2): 141-144.

[11] Masaki Y, Dong L, Nakajima A, et al. Intravascular large B cell lymphoma; proposed of the strategy for early diagnosis and treatment of patients with rapid deteriorating condition[J]. Int J Hematol, 2009, 89(5): 600-610.

[12] Haioun C, Mounier N, Emile JF, et al. Rituximab versus observation after high-dose consolidative first-line chemotherapy with autologous stem-cell transplantation in patients with poor-risk diffuse large B-cell lymphoma[J]. Ann Oncol, 2009, 20(12): 1985-1992.

[13] Kameoka Y, Takahashi N, Komatsuda A, et al. Kidney-limited intravascular large B cell lymphoma; a distinct variant of IVLBCL[J]. Int J Hematol, 2009, 89(4): 533-537.

[14] Pusch G, Feher G, Szomor A, et al. Intravascular lymphoma presenting with neurological signs but diagnosed by prostate biopsy; suspicion as a key to early diagnosis[J]. Eur J Neurol, 2009, 16(3): e39-41.

(收稿日期: 2015-08-08 修回日期: 2015-12-16)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.09.048

## 1 例右冠状窦瘤破裂患者的急救风险管理

郑艳, 付沫<sup>△</sup>, 傅保国, 黄俊, 王莉, 高静  
(湖北省荆州市中心医院急诊科 434020)

[中图分类号] R543 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)09-1293-03

主动脉冠状窦瘤破裂 (rupture of aortic sinus aneurysm, RASA) 又称 Valsalva's 窦瘤破裂, 是一种少见的心脏急症。它以呼吸困难, 心悸, 骤然胸痛和胸骨左缘粗糙、响亮、双期连续性心脏杂音为主要表现, 可致急性心力衰竭, 甚至死亡<sup>[1]</sup>。大多数窦瘤发生于右冠状窦且多数破入右心室, 其次是右心房。未破裂的窦瘤临床上大多无自觉症状, 诊断较难, 多在体检中被发现。一旦破裂, 心功能迅速恶化, 若诊治不及时常危及患者生命, 预后极差<sup>[2]</sup>。本科室于 2015 年 2 月接诊了 1 例右冠状窦瘤破裂的患者, 患者经急诊抢救处理后送入心胸外科行手术治疗痊愈出院。通过对此患者的接诊-分诊-处理, 从预检分诊、病情评估、急诊抢救、多科协调、安全转运及急诊沟通等各环节风险防范进行回顾性急救护理安全分析, 现介绍如下。

### 1 临床资料

患者, 男, 46 岁, 因“突发晕厥伴心慌、心悸 4 h”于 14:00 急诊入院, 自诉心慌、心悸及心脏杂音 10 余年, 未行系统诊治, 否认高血压、糖尿病、冠心病病史, 否认肝炎、结核病等病史, 否认食物/药物过敏史。查体: 体温 36.5℃, 心率 (P) 每分钟 136 次, 呼吸频率 (HR) 每分钟 24 次, 血压 120/80 mm Hg。患者意识清楚, 胸骨左侧第 3、4 肋间可闻及Ⅲ级连续性杂音, 腹软,

无压痛, 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理征阴性。行急诊心电图 (ECG) 显示: 窦性心动过速, P 每分钟 136 次, ST 段弓背型抬高, 前壁心肌损伤或急性心肌梗死改变。急诊心脏彩超示: 先天性心脏病; 右冠状窦瘤形成并破裂; 左室舒张功能降低。

### 2 急救与护理措施

**2.1 预检分诊与病情评估** 预检护士接诊患者后快速完成询问病史与资料收集, 结合患者的主观资料与客观资料判断患者病情严重程度, 确定就诊流程。采用改良早期预警评分 (modified early warning score, MEWS)<sup>[3]</sup> 工具对患者进行初步病情评估, 该患者就诊时 P 每分钟 136 次 (3 分), HR 每分钟 24 次 (2 分), MEWS 评分结果为 5 分, 且心率这一单项指标已达到 3 分。结合患者自诉心慌、心悸及心脏杂音 10 余年病史提示患者病情较重, 存在一定潜在危险性, 应立即将患者安排至抢救室优先就诊, 同时通知急诊内科医生进抢救室查看患者。

**2.2 急诊抢救处理** 患者入抢救室后立即卧床休息, 限制活动; 给予吸氧、心电监护、建立静脉通路等抢救措施, 完成心电图检查; 由急诊科医生判断病情后遵医嘱给予抗心力衰竭治疗; 为了明确诊断, 早期需行急诊彩超及血液生化等相关辅助

检查,通知彩超室实施急诊床边彩超,立即行床边检验(POCT),启动“危急值”管理机制,确保医生在第一时间获取患者辅助检查结果及相关信息,指导临床抢救、诊断与治疗;以上急救措施同步进行,20 min 内完成。

**2.3 急诊转运与交接** 患者通过彩超明确诊断为“右冠状窦瘤形成并破裂伴左心室舒张功能降低”,需转入心胸外科行手术治疗。电话通知心胸外科做好接诊准备,并详细告知患者目前病情现状;转科前由医生确定患者病情耐受及适合转运时机;备好急救药品与物品,静脉通道、给氧、监护设备等稳妥放置,确保转运床性能完好;该患者病情危重,护送人员则由医生、护士、护工共同组成,且医生、护士站在患者头部两侧,便于观察患者病情变化;转运中将患者稳妥固定,注意保暖,绝对卧床休息,减少不必要的刺激和搬动,加强病情评估,密切观察患者病情变化及有无心力衰竭发生;观察仪器设备及管路是否正常、通畅,避免意外受损;转运后与心胸外科进行严密交接,包括患者病情、生命体征、用药、管道及皮肤情况,并详细记录转运交接单;确保转运前后的每个环节患者都能得到专业救护并安全转运至心胸外科及时手术治疗。

**2.4 急诊沟通** 从患者就诊时即充分重视患者,快速准确分诊;适时与患者及家属沟通,安慰、开导患者,避免患者情绪焦虑、紧张;向家属讲解患者病情严重程度,取得家属配合。

### 3 讨论

**3.1 采取合适的评估工具分诊是及时筛查危重患者的关键** 随着急诊医学的发展,预检分诊工作已逐渐成为急救医学的重要环节<sup>[4]</sup>。科学规范的急诊预检分诊工作直接关系到急诊服务质量与患者救治效果。目前我国尚没有统一的急诊预检标准,急诊护士分诊主要依靠临床经验,除对十分危急的患者开放绿色通道外,并不严格区分患者病情的轻重缓急,也缺乏可以依据的急诊分诊标准,急诊患者病情的正确判断受到一定的限制,存在一定的风险<sup>[5]</sup>。本科将 MEWS 引入急诊预检分诊中,MEWS 是指用收缩压、心率、呼吸、AVPU 评分、体温 5 项指标来评价患者病情,每项指标的评分范围均为 0~3 分,总分 14 分。评分时先根据 MEWS 评分表获得每个单项指标所得分值,各项指标所得分值相加即为该患者的总分,分数越高表示病情越重<sup>[3]</sup>。孟新科等<sup>[6]</sup>认为,MEWS 评分 5 分是鉴别患者严重程度的最佳截点,林良友等<sup>[7]</sup>对急诊内科就诊患者进行研究分析结果显示:MEWS $\geq 5$  分者,必须予以重视并优先进行诊治。通过对患者实施动态 MEWS 评分及结合患者病史筛查具有潜在风险的急危重患者,从而提高分诊质量,降低急诊候诊患者的安全隐患。

**3.2 无缝衔接的多科协作模式为急诊患者赢得抢救时机** 该患者通过动态 MEWS 评分分析考虑病情危急,具有潜在危险性,而其临床救治涉及临床、医技等多科室的密切配合与协作。本科在以往通过注明“急诊”标识、护送患者至相关科室进行辅助检查的基础上,与彩超室及检验科等相关部门积极协调,增加急诊床边彩超项目,立即行 POCT,启动“危急值”管理机制,在各科联合救治过程中,各项处置均有序连接。通过这种多科联合无缝衔接的管理模式缩短了患者等待时间,确保患者得到及时准确救治。

**3.3 建立急诊转运交接全程管理模式保证患者转运安全** 在急诊科,急危重症患者相对集中,转运途中可能因病情不稳定、监测治疗设备限制和人员不足以及责任心不强等因素,导致患者发生危险事件<sup>[8]</sup>。为了避免此类急危重症患者在转运过程中存在的医疗风险,本科室参照《中华医学会麻醉学分会:围手术

期患者转运专家共识(2014)<sup>[9]</sup>的转运原则,从急危重症患者转运的一般规范原则、急危重症患者转运中的安全问题、急危重症患者转运中交接核查等方面制订了科内危重症患者转运细则。具体规范到:(1)转运前由医生确认患者情况适合且能耐受转运;(2)转运前护士确认患者所带医疗材料、设备,如急救药品齐全,静脉通道、给氧、监护设备等稳妥放置,方便观察,避免意外受损;(3)转运前选择合适转运工具并进行检查,确认无故障。(4)确认转运人员:危重症患者由护士及护工护送、必要时医生、护士、护工共同护送;(5)转运中将患者稳妥固定,选择合适体位,注意防护、减轻患者心理和精神上的损害;(6)转运中的病情评估,密切观察有无心力衰竭发生,各类突发意外情况的应急预案(如管道滑脱、仪器故障、气道痉挛与梗阻、心跳呼吸骤停等);(7)转运前和转运后的 ABCDEF 核查法;(8)转运后的交接记录等环节。各个环节都制订了具体要求与标准,通过建立急诊转运交接全程管理模式保证患者转运安全。

**3.4 有效的急诊沟通是防止医疗纠纷的根本保障** 由于急危重症患者的病情和体征不一定相符,那些表面上看没有器官衰竭的明显依据,但若不及时进行有效的干预处理,患者有可能在数小时或数天后病情急剧快速发展,成为危重病,甚至危及生命<sup>[5-9]</sup>。而患者及家属对病情严重程度认识不足,若护士与患者、家属及医生之间不能很好地沟通,则极易发生冲突并影响患者和家属的满意度,这个问题已经引起国内外学者的普遍关注<sup>[10]</sup>。该患者家属认为患者是自行步入入院,一时无法接受患者的病情现状,对疾病严重度和可能的不良预后认知不足,医护人员要在第一时间向家属解释清楚患者病情并告知其严重程度,解释过程中需考虑患者家属接受能力并采取一定沟通技巧,让家属有心理准备及适应期。患者自身由于疾病的影响需要保持心情平静,避免情绪激动。此时需对患者进行必要的心理护理,消除患者紧张不安的情绪,安慰鼓励患者,给患者信心与依靠。而在对患者的抢救过程中又体现了医护间的配合沟通是否默契,涉及抢救医嘱执行、医技沟通、不同部门间的沟通等环节。任何一个环节沟通不到位都有可能导导致医患矛盾及纠纷。本科室针对急危重症患者与家属的心理特点及复杂性,结合优质护理服务要求完善了急危重症患者沟通技巧与流程,结合等级医院评审要求对抢救医嘱执行制订了相应标准,并组织全科人员(重点是低年资护士)学习,提高急诊沟通技巧,建立和谐医患关系,避免护患纠纷及医疗事故的发生。

### 4 小结

主动脉窦瘤破裂的患者具有较少见、发病急、抢救时间紧迫、潜在危险性高等特点,给急诊护理行为带来了一定风险。通过对患者急诊就诊过程中实施重点环节的风险因素管理,包括快速准确的预检分诊,结合动态 MEWS 评分及病史判断患者病情严重程度并采取积极有效的急救措施;强调抢救过程中各科间的无缝连接;规范急诊转运的细节管理;注重抢救中为患者及家属提供准确信息及情感支持,确保医护、医技沟通及时、有效。可以为患者救治赢得时间,提高患者治愈率,保障急救护理安全及绿色通道通畅。

### 参考文献

- [1] 贾志军,廖书生,倪显达,等. 6 例主动脉冠状窦瘤破裂超声误诊的原因分析[J]. 影像诊断与介入放射学,2013,22(6):466-468.
- [2] 刘国欢,李自成. 主动脉窦瘤破裂入右心房并急性左心衰 1 例[J]. 广东医学,2011,32(4):543.

[3] 王曙红. 临床护理评价量表及应用[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2011: 9-10.  
 [4] 申艳芳. 急诊科分诊护士的角色与功能[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(4): 58-59.  
 [5] 陈月媚, 毛艳君. 急诊预检分诊的管理[J]. 全科护理, 2008, 6(12A): 3174-3175.  
 [6] 孟新科, 杨径, 吴华雄, 等. MEWS 与 APACHE II 评分在急诊潜在危重病患者病情评价和预后预测中的对比研究[J]. 实用临床医药杂志, 2005, 9(8): 1-4.  
 [7] 林良友, 林海燕. 改良早期预警评分在急诊内科的应用

[J]. 中华急诊医学杂志, 2010, 19(1): 92-93.  
 [8] 张玲, 荚恒娅, 许开云, 等. 急诊患者院内安全转运的管理方法与体会[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(10): 751-752.  
 [9] 张玉英, 石根萍. 改良早期预警评分早期识别急诊“潜在危重患者”临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2009, 23(12): 1246-1247.  
 [10] 杨黎, 吴兰笛, 周英, 等. ICU 护患沟通研究进展[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(11): 1050-1052.

(收稿日期: 2015-09-15 修回日期: 2015-12-24)

• 短篇及病例报道 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2016.09.049

## RhD 阴性孕妇产生 IgM 与 IgG 抗-D 引起新生儿溶血病 1 例报道

李雄英

(广西壮族自治区血液中心输血研究室, 广西柳州 545005)

[中图分类号] R722.18

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)09-1295-02

近期本中心收到 1 例 RhD 阴性孕妇产生 IgM 与 IgG 抗-D 引起新生儿溶血的检测病例, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 患儿, 女, 足月, 在县级医院经剖宫产出生, 2 d 后因皮肤黄染转送至本市某医院。患儿血型 O 型 RhD 阳性, 母亲血型初定 O 型 RhD 阴性。入院查血清总胆红素 309  $\mu\text{mol/L}$ , 血红蛋白 (Hb) 151 g/L。医院怀疑该患儿系母婴 RhD 血型不合引起的新生儿溶血病 (HDN), 遂将患儿及其父母的血液标本送本中心进行相关检测。患儿母亲无输血史, 有 3 次妊娠史, 本次妊娠前已育有一 5 岁女儿, 曾人工流产 1 次, 本例患儿为第 3 胎。经检测产妇血清中含有高效价的 IgG 与 IgM 抗-D。临床经照射蓝光、注射清蛋白和丙种球蛋白等综合治疗后, 经皮测定胆红素逐步下降, 黄疸得到控制, 4 d 后出院。

**1.2 试剂与方法** 抗-A、抗-B、IgM 及 IgG 抗-D, 抗-C, 抗-c, 抗-E, 抗-e, 谱细胞, 抗球蛋白试剂等均为上海血液生物医药有限公司产品, 自制反定型 A、B、O 型红细胞及筛选 O 型红细胞。血型鉴定、红细胞吸收放散试验、抗体筛选与鉴定、效价测定、2-Me 处理母亲血清、HDN 3 项检测等按文献[1]及试剂说明书操作。

### 2 结果

**2.1 血型鉴定** 见表 1。患儿血型为 O, dCcee。父亲血型为

B, dCCee。母亲血型正反定型不符, 用其压积红细胞分别吸收抗 A、抗 B 并放散, 吸收前后抗血清效价未变化, 放散液呈阴性, 表明红细胞上无 A、B 抗原, 并用自制 Rh 阴性 A、B、O 红细胞追加反定型试验, 反定型结果为 A 细胞、B 细胞均为 4+, O 细胞为阴性, 判定为 O 型。母亲初定为 RhD 阴性, 采用不同批次的 IgM 抗-D 在盐水介质中测定, 以及不同批次的 IgG 抗-D 进行间接抗球蛋白试验 (IAT), 进一步确证母亲为 RhD 阴性。综上母亲血型为 O, dCcee。患儿红细胞直接抗球蛋白试验 (DAT) 抗-IgG 4+, 抗-C3d 阴性。

**2.2 母亲血清抗体筛选试验** 母亲血清与自制的 O 型 RhD 阳性红细胞在盐水介质、抗球蛋白介质均呈阳性, 与 O 型 RhD 阴性红细胞在盐水介质、抗球蛋白介质均呈阴性。初步判断产妇血清中含有 IgM 抗-D 和 IgG 抗-D。

**2.3 抗体特异性鉴定** 母亲血清及 2-Me 处理血清、患儿血清及其红细胞放散液与谱细胞反应结果见表 2, 证实母亲血清含特异性 IgM 和 IgG 抗-D, 患儿血清及其红细胞放散液均含特异性 IgG 抗-D。

**2.4 抗体效价测定** 选取 O, RhD 阳性红细胞与母亲血清盐水介质反应, 测其 IgM 抗-D 效价为 1:16; 选取 O, RhD 阳性红细胞与患儿血清、母亲 2-Me 处理血清抗球蛋白介质反应, 测得患儿 IgG 抗-D 效价为 1:16, 母亲 IgG 抗-D 效价为 1:256。

表 1 患儿及其父母血型检测结果

组别	正定型			反定型				Rh 表现型			
	抗-A	抗-B	抗-D	Ac	Bc	Oc	自身	抗-C	抗-c	抗-E	抗-e
患儿	0	0	4+	/	/	/	0	4+	4+	0	4+
父亲	0	4+	4+	4+	0	0	0	4+	0	0	4+
母亲	0	0	0	4+	4+	3+	0	4+	4+	0	4+