

透明乳白色、小圆柱体、两端较细,其长约 10~15 mm,宽约 0.3~0.4 mm,缓慢蠕动,体表角皮皱褶见明显横纹,头端口囊较大,略呈碗形。口外周体表有乳突两圈,阴门位置在食道与肠连接处之前方,尾端肛门周围均有乳突,约在食道后部 1/4~1/5 处,子宫内充满虫卵,在愈近阴门端的卵较大,其中含有盘曲的幼虫。即鉴定为结膜吸吮线虫雌虫。

2 讨 论

吸吮线虫属卵胎生,雌虫直接产幼虫于结膜囊内,当中间宿主果蝇舐吸宿主眼部分泌物时而被吸入蝇体内,经 2 次蜕皮发育为感染期幼虫后进入蝇的头部口器。当蝇再舐吸人或其他动物眼部时,感染期幼虫自蝇口器逸出并侵入宿主眼部,经 15~20 d 发育为成虫。成虫寿命可达 2 年以上。

成虫寄生于人眼结膜囊内,以上结膜囊外眦侧为多见,也可见于眼前房、泪小管、泪腺及眼睑、结膜下等处。多侵犯一侧眼,少数病例可双眼感染。寄居虫数 1 条至数条,最多可达 20 余条。由于虫体表面锐利环形皱折的摩擦、头端口囊吸附作用等的机械性损伤,加上虫体分泌物、排泄物的刺激及继发细菌感染等,可引起眼结膜炎性反应及肉芽肿形成。轻者无明显症状,或有眼部异物感、痒感、刺痛、流泪、畏光、分泌物增多、疼痛等,一般无视力障碍。婴幼儿不敢睁眼,有手抓眼的动作。重感染者可发生结膜充血,形成小溃疡面,角膜混浊、眼睑外翻等。如寄生在眼前房,可有丝状阴影移动感、睫状体充血、房水混浊、眼压升高、瞳孔扩大、视力下降等。如泪小管受损,可出现泪点外翻。

1 例晚孕双胎合并妊娠高血压并发羊水栓塞的抢救

谭玉芬(重庆市綦江县人民医院检验科 401420)

【关键词】 晚孕; 双胎; 妊娠高血压; 羊水栓塞

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.08.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)08-1016-02

羊水栓塞是指在分娩过程中羊水进入母体血循环引起肺栓塞、休克和弥散性血管内凝血、肾功能衰竭等一系列严重症状的综合征,是产科最严重、最急剧、最难控制的并发症。发病急、变化快、发生率虽低,但产妇死亡率高达 70%~80%^[1]。可能发生在生产过程中、剖宫产术中或刮宫过程中。但发生在妊娠晚期且无上述情况而出现羊水栓塞的病例罕见。本院于 2010 年 9 月 7 日成功抢救 1 例晚孕双胎合并妊娠高血压并发羊水栓塞患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,34 岁,于 2010 年 09 月因停经 31 周,孕双胎,伴头晕、头痛 1 周入住本院。入院体温 37.3℃,脉搏 105 次/分,呼吸 20 次/分,血压 144/95 mm Hg。入院后医嘱给解痉降压对症治疗。于 21:40 患者上厕所后突感心慌,胸闷、气促、端坐呼吸,查:血压 86/64 mm Hg、脉搏 57 次/分,呼吸 38 次/分。双肺满布湿鸣音,全身紫绀。监护仪显示心电图基线平直。经一系列抢救,3 min 后患者心跳复律。立即在全麻下行改良式剖宫产,术中见:子宫足月孕大小,子宫下段形成尚可,约 6 cm,无明显血管怒张。取子宫下段横切口,见为双羊膜囊,羊水清亮,头位胎儿先破膜,另一胎为臀先露,分别吸净羊水后,顺娩双活男婴,活力稍差,1 min 阿氏评分大双 6 分,小双 3 分,断脐后交台下儿科医生抢救后立即送入新生儿病房。胎盘娩

出完整,胎盘娩出后子宫收缩差,出血量多,因考虑羊水栓塞,征得家属同意后行子宫次全切除术,术中出血量 1 000 mL。患者术后血压下降,心率加快,血色素下降,腹腔穿刺不凝血。考虑腹腔手术残端、切口渗血明显或有活动性出血可能,于 9 月 8 日上午在全麻下行剖腹探查术。术中见腹腔内大量暗红色积血约 1 000 mL。总输血量 12 U 红细胞,900 mL 血浆,术后第 3 天脱呼吸机,术后第 4 天转回本科治疗护理,于 8 d 后痊愈出院。双胞胎兄弟在新生儿 ICU 已脱呼吸机,情况良好。

诊断主要用镊子或棉签自眼部取出虫体,置盛有生理盐水的平皿中,可见虫体蠕动,用显微镜检查虫体特征即可明确诊断。

近年已证实冈田绕眼果蝇是我国结膜吸吮线虫的中间宿主,是本病的传播媒介^[3]。感染季节以夏秋季为主,与蝇类的季节消长相吻合。但以婴幼儿为主。本病在农村多于城市。传染源主要为家犬,其次是猫、兔等动物。媒介中间宿主果蝇的广泛分布,再加上幼童不洁的眼部卫生,是结膜吸吮线虫病流行的主要因素。防蝇、灭蝇,搞好环境卫生,加强犬、猫等动物管理,注意个人卫生,特别注意眼部清洁是预防感染的主要措施。治疗可用 1%~2% 可卡因或地卡因溶液滴眼,虫体受刺激从眼角爬出,或用镊子取出即可。

参考文献

- [1] 沈继龙.临床寄生虫学与检验[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2007:205-297.
- [2] 吴关陵.人体寄生虫学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2005:713-718.
- [3] 王增贤,沈继龙,王红岩.结膜吸吮线虫病的研究进展[J].中国寄生虫学与寄生虫病杂志,2006,24(4):299-303.

(收稿日期:2010-11-18)

2 抢 救

抢救措施如下:(1)立即开放气道予面罩高流量吸氧 6~8 L/min。(2)迅速使用输血器和分装袋及大号 Y 型留置针迅速建立 2 条大静脉通道,确保快速给药和输血,便于应用多种药物及血液;予地塞米松 20 mg 静推,氨茶碱 0.25 静推。(3)立即予以心电监护,通知重症监护室(ICU)、麻醉科、内一科、内二科参与抢救,予以气管插管。(4)采取休克卧位,抬高头胸和下肢,以保证重要脏器的血液供应。(5)患者监护显示心电图基线平直后,立即予以胸外心脏按压并予肾上腺素 1 mg、阿托品 1 mg 静推,3 min 后肾上腺素重复使用 3 mg 后患者心跳复律,同时予以速尿 20 mg 静推,改善心脏功能。(6)与家属沟通,为抢救患者生命,立即行剖宫产和子宫次全切除术。术后

送 ICU 重点监护。(7)遵医嘱输血 12 U 红细胞悬液和 900 mL 血浆。

3 抢救护理体会

3.1 迅速判断羊水栓塞、立即实施有效抢救措施、严密的病情观察、及时的处理是抢救成功的关键。平常加强业务知识和核心抢救制度的学习。在发生羊水栓塞时护士能立即判断,在呼救的同时迅速实施抢救。明确双胎孕妇是发生羊水栓塞的高危因素。在上厕所过程中突然出现胸闷、呼吸困难、全身发绀,双肺满布湿鸣音,很快心脏停跳循环衰竭。此时高度怀疑羊水栓塞。胎儿胎盘娩出后子宫收缩差,出血量多,征得家属同意后行子宫次全切除术。术后从几方面情况的观察:(1)血压下降,心率加快;(2)血色素下降;(3)腹腔穿刺不凝血,考虑腹腔手术残端、切口渗血明显或有活动性出血可能,立即行剖腹探查术,清除不凝血 1 000 mL。

3.2 抢救羊水栓塞的孕妇,医院迅速组建了训练有素的抢救团队,抢救仪器和药品。制定救治措施,人员齐全,抢救器械,药品保证供应,抢救措施得当,抢救忙而不乱,使该孕妇母子转危为安。

3.3 保持管道通畅是保证抢救成功的前提和条件。打开气道,面罩给氧,紧急气管插管行正压通气,迅速使用输血器和分装袋及大号 Y 型留置针迅速建立 2 条大静脉通道,注意各条输液输血管、导尿管、氧气管通畅。

3.4 初步抢救成功后,转入本院 ICU。ICU 有精英团队,精尖

仪器设备。

3.5 提供心理支持。一旦发生羊水栓塞,医护人员都需冷静、沉着,抢救工作有条不紊^[2]。患者及家属对突然发生的病情变化毫无心理准备,易产生激动、紧张、恐惧心理,以为发生了医疗事故。护士首先要理解患者及家属情绪,在抢救的同时应给予清醒患者鼓励和安慰,使其增加信心,帮助患者减轻或转移对自身状况的过分关注,以减轻患者的恐惧感使之保持平常心态。同时向家属宣教疾病知识,说明病情的严重性及转归,给予心理安慰。对产妇的病情变化、抢救过程及效果做出恰当的解释,争取家属的理解与支持。同时作好各种抢救、治疗、护理记录,保留标本,要有法律意识,防范医疗纠纷。

总之,早期诊断和积极的心肺复苏是治疗羊水栓塞的关键。由于羊水栓塞的诊断缺乏确凿的血清学及病理学的依据,所以临床医生护士的认识就显得格外重要。及时地诊断和抢救是挽救母子生命的第一步。

参考文献

[1] 夏海鸥. 妇产科护理学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2006.
[2] 刘晓梅. 1 例死胎大月份钳刮术患者并发羊水栓塞的抢救体会[J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(4): 78-80.

(收稿日期:2010-12-20)

42 例小儿惊厥急救与预防

杨智萍(云南会泽县妇幼保健院 654200)

【关键词】 小儿惊厥; 感染; 窒息

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.08.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)08-1017-02

本院于 2004 年 9 月至 2009 年 9 月收住小儿惊厥 42 例急救与预防,现分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 42 例均为本院住院患者,其中男 29 例,女 13 例,年龄 2 h 至 9 岁。其中新生儿 13 例,上呼吸道感染 15 例,支气管炎、肺炎 9 例,新生儿缺血缺氧性脑病 11 例,头颅血肿 2 例,佝偻病 2 例,水痘并肺炎 2 例,癫痫 1 例。

1.2 症状及体征 (1)新生儿组均伴胎儿宫内窘迫、羊水粪染及出生窒息史,头颅血肿者伴产伤史, Apgar(评分) 1 min≤3 分, 5 min≤6 分,经抢救 10~40 min 后开始有自主呼吸,面色青紫或苍白,前囟紧张,肢体颤动,睁眼时间长,凝视、嗜睡甚至昏迷,肢体张力减弱,拥抱反射亢进或减弱,吮吸反射减弱或消失;(2)其余表现:双眼凝视、眼球固定、面色青紫、牙关紧闭,四肢张力增强,有的口吐白沫,口角、眼肌及四肢不由自主地抽动,大小便失禁。热惊厥 28 例,占 66.7%,无热惊厥 14 例,占 33.3%,其中呼吸道感染 24 例,占 57%,高热伴惊厥者体温均在 38.5~40.3℃之间,抽搐时间短(<10 min),神志恢复快;无热惊厥抽搐时间稍长,多数大于 10 min,其中 1 例长达 1 h。

1.3 辅助检查 白细胞总数及中性细胞轻中度升高者 26 例;淋巴细胞升高者 7 例;尿红细胞及蛋白±~+3 者 2 例;11 例头颅 CT 示缺血缺氧性脑病,2 例示颅内出血;电解质测定 2 例血清总钙及离子钙均低于正常值;心肌酶升高者 2 例,脑电图

检查有异常波形者 1 例。

2 急救

2.1 急救原则 (1)保持呼吸道通畅,惊厥发作时立即松开衣服,患儿取平卧位、头偏向一侧,以防止呕吐物误吸造成窒息,必要时吸痰;(2)及时控制抽搐,防止脑损伤,减少后遗症;(3)维持生命功能,改善脑组织缺氧;(4)积极寻找病因,针对病因治疗;(5)防止复发。

2.2 药物治疗 止惊可首选(1)咪唑安定,剂量 0.3~0.5 mg/kg。肌肉注射或静脉缓慢注射,若惊厥难以控制者可给负荷量 1 mg/kg。推注速度小于或等于 0.5 mg/min,同时严密观察面色、呼吸、神志等改变。经多例观察比较咪唑安定较安定止惊效果好,作用时间快,且不易出现呼吸抑制等不良反应,但持续时间较短,约 0.5~4 h。(2)苯巴比妥钠,轻者剂量 8~10 mg/kg,病情严重患儿首次给负荷量 20 mg/kg,缓慢静推,然后给维持量 5 mg/kg,静脉滴注,仍需观察面色、呼吸、神志等改变,若有异常立即停止注射。(3)颅压升高者给予 20%甘露醇 3~5 mL/kg,速尿 0.5~1 mg/kg 静脉推注,可脱出脑组织水分,降低颅内压。(4)佝偻病抽搐者给予 10%葡萄糖酸钙 0.5~1 mL/kg,静脉滴注 5~7 d。(5)降温:物理降温,新生儿最好使用物理降温较为安全,如头置冰袋,头颈部冷湿敷,温水洗澡,35%乙醇擦浴(包括颈部两侧、腋窝、大腿根部及手足心等部位,但切忌擦前胸及腹部),约 3~5 min 可使血液循环加