

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<sup>[2]</sup>。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,前凶紧张,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;尿红细胞及蛋白土~+3 者 2 例;11 例头颅 CT 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剂量 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剂量 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

快,促进热量散发,体温下降;药物降温,可给予安基比林注射液或柴胡注射液,1 岁以上患儿每次 1~2 mL,肌肉注射。安乃静滴鼻,布洛芬或秦诺林混悬液口服,肛塞退热栓等。(6)针对病因给予抗感染,纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱等对症支持治疗。

### 3 预 防

惊厥是大脑运动神经元异常放电的结果,一切内源性和外源性的刺激(如细菌、病毒、真菌、中毒、缺氧、外伤等)均可导致抽搐,特别是小儿、血脑屏障发育不完善,对刺激耐受性较差,对体温调节不够健全稳定。高热惊厥发病年龄越小,复发次数越多,惊厥持续时间越长,预后越差;反复或持续抽搐可致脑组织损伤引起后遗症。因此预防应注意以下几点:(1)大力向社会特别是患儿家属宣传高热给患儿带来的危害,一旦小儿发热,必须到正规医院诊治,在医生的指导下使用退热药,尤其是有高热惊厥史的患儿,在出院时向家属做好宣教工作,家里备好体温计并教会他们测量体温及物理降温的方法,备有压舌板及退热剂、止痉药等,发现体温大于或等于 38.5℃ 时,立即给予家庭降温处理并送医院诊治。(2)平时加强体育锻炼,增强

患儿体质,按季节变化及时增减衣服,避免受凉;感冒流行季节避免到公共场所,居室注意通风。(3)加强对孕产妇保健的系统管理,特别是基层孕产妇因经济、交通、文化、意识等因素的影响,常常忽视了自身疾病(如妊娠并发高血压、心脏病、肾病等)对胎儿的影响;同时加强宣教,提高产前检查率,早期发现妊娠并发症及胎儿宫内窘迫,如胎心、胎动异常、羊水污染、脐带脱垂、绕颈、打结等异常情况,并及时处理,防止新生儿窒息;提高产科质量及新生儿窒息复苏的抢救水平,防止新生儿缺血缺氧性脑病和颅内出血的发生。

### 参考文献

[1] 丁亚珍. 小儿惊厥的急救与护理[J]. 中外健康文摘, 2010,11(8):241-243.  
[2] 张志发. 小儿惊厥的急救[J]. 中国医药指南, 2009, 7(12):120-121.

(收稿日期:2010-12-22)

## 血小板卫星现象 1 例

严妙娟,徐伟帆(广东惠州市惠阳区人民医院检验科 516211)

【关键词】 血小板卫星现象; 病例分析; 临床检测

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.08.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)08-1018-01

发生血小板卫星现象时血小板计数在值上是降低的,但在理论上却可认为其是正常的,现将本院诊断血小板卫星现象 1 例报道如下。

### 1 病例摘要

患者,女,28 岁,孕 16 周,围产期体检一般情况良好,皮肤无黄染,无淤斑。送检血细胞计数、肝功能、乙肝两对半、优生 5 项等检查。

### 2 结 果

BC-5300 血球分析仪全血模式计数结果如下,WBC:6.1×10<sup>9</sup>/L;RBC:3.52×10<sup>12</sup>/L↓;Hb:10<sup>9</sup>g/L↓;MCV:88fl;PLT:18×10<sup>9</sup>/L↓;PCT:0.436↑。ABX Pentra 80 血球分析仪全血模式计数结果如下,WBC:6.7×10<sup>9</sup>/L;RBC:3.49×10<sup>12</sup>/L↓;Hb:107g/L↓;MCV:88fl;PLT:22×10<sup>9</sup>/L↓;PCT:0.432↑,其他送检项目结果均在正常参考值范围内。外周血涂片可见大量血小板聚集在中性粒细胞周围,形成典型的水小板卫星现象(图 1),确定为乙二胺四乙酸(EDTA)依赖性血小板减少症(EDTA-PTCP)。

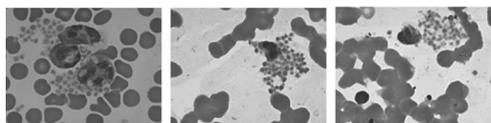


图 1 血小板卫星现象

检测报告提示:外周血涂片可见大量血小板聚集,造成假性血小板减低,建议重取血复查。后取患者末梢血重新复查血细胞计数并进行血小板手工计数,BC-5300 血球分析仪预稀释模式所得血小板结果为 202×10<sup>9</sup>/L,手工计数结果为 229×10<sup>9</sup>/L,末梢血涂片可见血小板成群分布,形态正常,未见血小

板卫星现象。由于患者拒绝重抽静脉血,无法进一步鉴别其他抗凝剂的血小板计数情况。最后按末梢血手工计数结果报告血小板计数结果为 229×10<sup>9</sup>/L。

### 3 讨 论

EDTA 是一种对血细胞计数影响较小,为国际标准化委员会(ICSH)推荐的血细胞计数的首选抗凝剂。但是它可诱导血小板体外聚集和卫星现象,使血细胞分析仪不能识别,导致血小板计数低于实际值,即 EDTA-PTCP<sup>[1]</sup>。1969 年 Gowland 等首次报道了 EDTA-PTCP,其本身不具备病理学意义,临床发生率为 0.07%~0.21%<sup>[2]</sup>。EDTA-PTCP 的发生机制尚不十分明确,主要表现为血小板发生了聚集,使血细胞分析仪不能识别,导致血小板计数结果低于实际值,在血涂片上一般可以见血小板聚集现象或卫星现象。EDTA-PTCP 引起的假性血小板计数减少,实验室如不予纠正,结果极易误导临床,造成误诊误治,近年来常见类似个案报道。可见,用 EDTA 抗凝剂做血小板计数,当计数偏低时,要根据患者的实际情况,或采取传统手工法计数血小板或更换抗凝剂,结合外周血涂片复检,若结果出现明显差异,应考虑 EDTA-PTCP,及时纠正结果,并在报告单提示以引起临床医生的重视。

### 参考文献

[1] 张茹,张涛. 如何减少乙二胺四乙酸抗凝剂依赖性假性血小板减少[J]. 临床误诊误治, 2010,23(2):134-135.  
[2] 宓庆梅,施巍宇,郝婉莹,等. EDTA 依赖性假性血小板 1 例[J]. 中华检验医学杂志, 2004,27(8):719-720.

(收稿日期:2010-12-10)