维普资讯 http://www.cqvip.com

一批试剂条均应调动密码;试剂条不可过期。

3.血滴要够大,以完全盖满试剂条的血槽为止。反应后应将试剂条立即拔出,以免污染血槽。

4.有一定操作误差,尤其是低血糖者,应严格掌握操作规程,如计时、擦血、校正等步骤,以期得出准确的结果。

5.取末梢血时不要对指端作过分的挤压,以免挤出的组织液对血液标本造成稀释,使结果出现假性偏低。

6.要注意某些药物对测定结果的影响,如大量的维生素C、谷胱甘肽等,会使结果偏低。对特别低的结果要了解清楚用药情况后才可作出结果判断,必要时要进行重复测定。

7.要定期(至少每周1次)采用已知值的标本对血糖仪进行校正测定,以便对仪器的准确性作出评价。

参 考 文 献

1. Bigler WN. 美国床边检验(POCT)介绍. 上海医学检验杂志, 1999, 14(3): 132.
2. 孙升芝, 主编. 整体护理临床指南. 北京: 中国科学技术出版社, 1997, 2-3.
3. 王卫庆, 宁 光, 等. 介绍一种评价血糖仪准确性的方法. 中华糖尿病杂志, 1997, 5(2): 122.
4. Chemielewski SA. Advances and strategies for glucose monitoring. Am J Clin Pathol, 1995, 104(Suppl 1): s59-71.

(收稿日期:2003-02-19)

·个案与短篇·

新生儿失血性休克抢救成功一例体会

孟庆云*

一、临床资料

病例,男,因生后呼吸困难7 h入院。患儿系第三胎第二产,足月剖宫产,出生体重3.2 kg,生后Apgar评分9分,羊水胎盘情况正常,脐带绕颈2周。生后约1 h患儿出现呼吸困难,气促,呻吟样呼吸,当地医院给予吸氧、呼吸兴奋剂等综合治疗无效,急来我院,以吸入性肺炎收住院。查体:T 36.5 ℃,P 156次/min,R 80次/min,发育正常,神志清,呼吸急促,呻吟样呼吸,烦躁不安,颜面灰白,贫血貌,皮肤苍白,无黄疸及出血点,左耳及左下颌有淤斑共两处,均为1.5 cm×0.8 cm,前囟平软,五官正常,鼻扇明显,口唇色淡,胸廓对称,双侧呼吸运动对称,呼吸音粗,未闻及罗音,心音稍低钝,律齐,心率156次/min,未闻及杂音,腹部平坦,软,未及包块,肝肋下1 cm,脾肋下0.5 cm,无移动性浊音,肠鸣音弱,脐残端干燥无渗出,四肢伸直,末梢尚温,轻度发绀,四肢肌力肌张力明显减弱,新生儿吸吮、拥抱、握持反射均未引出。急检血常规:WBC 5.6×10^9/L, RBC 3.28×10^{12}/L, HB 120 g/L, HCT 0.35, PLT 20×10^9/L(血凝),"A"型。

二、治疗方法

立即吸氧,生理盐水扩容,同时备库血准备输血,共输同型血130 ml,辅以纠酸、维护各脏器功能等药物综合治疗,痊愈出院。出院时复查血象HB 193 g/L, HCT 0.54, PLT 197×10^9/L。

三、讨论

新生儿休克是由多种病因引起的以微循环障碍为特征的危重临床综合征,为新生儿常见的急症,也是多见的死亡原因之一。此征可致生命重要器官的微循环灌流量不足,有效循环血量降低,心输出量减少及微循环障碍,细胞不能充分利用氧,从而发生结构和功能的损害,最终导致脏器功能不全。由于开始时新生儿代偿能力尚佳,早期症状不典型,临床表现可以很轻,病程也较短,常易被忽略,而影响诊断和治疗。而失血性休克在新生儿发病率极低,诱因与产前、产时、产后失血有关。当失血量达20%以上时,则出现明显的临床症状,常危及生命。足月新生儿生后24 h内血红蛋白一般在17.5 g/L以上,红细胞压积在0.53~0.65之间,该患儿上述两项指标均明显下降,根据临床及血象改变分析其失血量在30 %左右,且事后详细询问病史得知,患儿胎盘含血量明显多于正常,说明存在胎儿一胎盘输血,明确了失血病因。由于新生儿休克病因复杂,临床症状不典型,早期症状不明显,病情进展迅速,因此,早期诊断和及时治疗对维持生命、改善预后有重要意义。

(收稿日期:2002-11-10)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院儿科