DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.02.038

标测亦获得12/12导联一致的起搏电图，VT在放电5 s内终止，均非常满意。其复发原因尚不清楚，可能是导管电极未能与心内膜紧密贴靠而彻底消融VT起源灶。

关键词：室性心动过速；特发性；导管消融；射频电流
中图法分类号：R541.710.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] 商丽华，胡大一. 室性心律失常的治疗[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志，1998，12(4)：218－222
[2] Lerman B B，Stein K M，Markowitz S M. Mechanisms of idiopathic left ventricular tachycardia[J]. J Cardiovasc Electrophysiol，1997，8(2)：571－576.
[3] Wellens H J J，Rodriguez L M，Smeets J L. Ventricular tachycardia in structurally normal heart[A]. In：Zipes DP，Jalife J：Cardiac Electrophysiology：From Cell to Bedside[M]. Philadelphia：W. B. Sunders，1995. 780－785.
[4] 马长生，杨新春，胡大一，等. 左室特发性室性心动过速的射频消融治疗[J]. 中华心血管病杂志，1995，23(1)：21－23.
[5] 杨新春，商丽华，胡大一，等. 左室特发性室性心动过速QRS波电轴与射频消融成功靶点之间的关系[J]. 中华心律失常学杂志，1998，2(增刊)：3－6.
[6] Nakagawa H，Beckman K J，McClelland J H，*et al*. Radiofrequency catheter ablation of idiopathic left ventricular tachycardia guided by a Purkinje potential[J]. Circulation，1993，88(10)：2607－2611.
[7] Wen M S，Yeh S J，Wang C C，*et al*. Radiofrequencyablation therapy in idiopathic left ventricular tachycardia with no obvious structural heart disease[J]. Circulation，1994，89(8)：1690－1695.
[8] Klein L S，Shihn H T，Hackett K，*et al*. Radiofrequency catheter ablation of ventricular tachycardia in patients without structural heart disease[J]. Circulation，1992，85(8)：1666－1671.

（编辑 潘式文）

经验交流

文章编号：1000-5404(2003)02-0180-02

吸毒合并重症破伤风的呼吸道管理

Respiratory tract care of drug user complicated with severe tetanus

何义平，姚元章，张 敏 （第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所创伤中心，重庆 400042）

注射毒品(Injecting drug users，IDUs)感染重症破伤风者用传统的镇静、解痉方法控制痉挛常达不到良好效果，1996年以来，我们联合应用万可松加氟哌啶芬太尼持续静脉泵入，使病人处于镇静及麻醉性监护(Monitored anesthesia care，MAC)中，取得了良好的治疗效果。但因药物对呼吸中枢的抑制作用，加大了呼吸道护理的难度，我们通过对11例患者加强管理，无护理并发症发生，现报告如下。

1 一般资料

1996年1月至2000年12月共收治11例IDUs严重破伤风病人，其中男8例，女3例；年龄23～45岁。均有外周肌肉或静脉注射海洛因3月至2年的病史；主要症状为低热、牙关紧闭、张口困难、全身肌肉强直、频繁抽搐，间隔1～2 min，破伤风严重程度评分(Dakar)≥2/6分。所有病人入院后24 h内均行气管切开。

2 方法与结果

将病人置安静、避光、避声环境。有感染灶及早彻底清创引流，常规治疗不能控制抽搐者用万可松及氟哌啶芬太尼持续静脉泵入辅以呼吸机控制呼吸。调整药物剂量达到完全镇静，用警觉/镇静观察评分法(OAA/S)将镇静深度控制在2～3分之间，进行吸痰等操作时无抽搐发作，维持1周左右逐渐减量至停药。呼吸、循环稳定，无痉挛发生，4次成串刺激(TOF)比率恢复至0.8～0.9时开始脱机训练，2～4 d成功脱离呼吸机。9例痊愈，2例自动出院。11例病人毒品戒断症状消失。

3 呼吸道管理体会

频繁抽搐、窒息已成为导致IDUs破伤风病人死亡的主要原因[1]，控制痉挛，保持气道通畅是中心环节。MAC治疗的优点是起效快，肌痉挛控制好，镇静深度易于调节，又可兼顾破伤风和吸毒的治疗，避免了病人在实施肌松过程中出现感觉和知晓及戒断症状引起的痛苦体验。其呼吸系统主要并发症有食道和喉反射的抑制、上呼吸道阻塞以及对低氧和高碳酸血症通气反应的抑制[2]，除了严格执行消毒隔离制度，控制医源性呼吸道感染外，还必须严密监测护理。

3.1 机械通气治疗中的呼吸监测

专人护理，密切观察病人的神志、面色，呼吸类型、频率和幅度，正确调节参数，及时处理报警情况。进行脉搏氧饱和度(SpO_2)监测及血气分析，合理有效给氧，及时调整吸氧浓度和潮气量。经常听诊肺部呼吸音，及早发现病人不适的细微征兆或气道早期梗阻。呼吸音减弱或消失，提示进入肺部的气量减少、气流速度减慢及肺不张；肺部有干啰音，提示气管、支气管内有粘稠的分泌物，气道部分梗阻要加强吸痰及湿化；肺部湿啰音，提示气道、支气管内有稀薄分泌物或肺炎，需加强吸痰[3]。

3.2 充分进行呼吸道湿化

实验证明，肺部感染率随气道湿化程度的降低而升高[4]。在湿化充分时，即使没有咳嗽反射的昏迷病人，也可靠活跃的纤毛运动和积极的呼吸道吸引来保证有效的呼吸道分泌物引

作者简介：何义平(1964－)，女，四川省乐山市人，主管护师，主要从事创伤急救护理方面的研究。电话：(023)68757282
收稿日期：2001-09-17；修回日期：2002-01-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

流[5]。常用的方法是：高频雾化吸入每 4～6 h 1 次，每次 10 min，避免长时间雾化吸入导致 SpO_2 下降。痰液粘稠时，气管内滴入湿化液。湿化液常用 0.45%的盐水加入敏感的抗生素及糜蛋白酶配制而成，每日 250～300 ml，湿化液的温度保持在 32～35 ℃。

3.3 正确有效排痰，保持气道通畅

MAC 治疗时，由于药物对咳嗽反射的抑制，病人不能自主排痰，必须进行正确有效的吸痰。首先要掌握准确的吸痰时机。在下列情况之一时应及时吸痰：①病人咳嗽有痰，呼吸不畅；②肺部听诊有啰音或闻及痰鸣音；③血氧分压及血氧饱和度下降；④通气压力增高。其次选用正确的吸痰方法。吸痰前加大吸氧浓度（一般为 100%）1～2 min，选用一次性硅胶吸痰管，吸痰管的外径小于气管导管内径的 1/2，一次性不能吸尽者，先接上呼吸机，待 SPO_2 回升后再吸引，避免长时间吸引导致低氧血症。每次翻身叩背后立即吸痰，否则松动的痰液或痰痂易造成呼吸困难或窒息。

3.4 严密观察和控制镇静深度

MAC 时，在呼吸系统可导致呼吸肌麻痹，呼吸骤停，必须观察和控制镇静的深度。我们采用国际上公认的镇静度评分，即 OAA/S 评分，及时调整药物泵入量，将病人的镇静深度控制在 2～3 分，保持病人的言语反应明显变慢或言语不清，肌张力明显放松，不能睁眼时较为安全。

3.6 进行呼吸机的脱机训练

在停用万可松和氟哌啶芬太尼后，病人的呼吸、循环稳定，TOF 恢复至 0.8～0.9 时开始进行脱机训练。具体的作法是：在严密监测 SPO_2、通气/血流比值的情况下，逐渐降低潮气量、减少呼吸支持的次数，同时加强营养供给，并辅以心理支持。在全身一般情况稳定，患者能积极配合治疗，$FiO_2 \leqslant 40\%$，PEEP$\leqslant$8 cmH_2O 时 $PaO_2 \geqslant 80$ mmHg，潮气量$\geqslant$5 ml/kg，RR$\leqslant$35 次/min 考虑脱机，脱机模式转换步骤多采用 SIMV→CPAP→脱机和 PSV→CPAP→脱机两种方式。如脱机失败，应重新启用呼吸机，并适当延长脱机时间，增加训练次数。经以上处理，病人在 2～4 d 都能顺利脱机。

关键词：吸毒；破伤风；呼吸道；管理
中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] Emlan M E, Klepser M E, Fouts M, *et al*. Tetanus: pathophysiology and management[J]. Ann Pharmacother, 1977, 31: 1507－1531.
[2] 安 刚，薛富善. 现代麻醉学技术[M]. 北京：科学技术文献出版社，1999. 298－299.
[3] 卢桂花，秦 静，黄 宁. 气管插管病人的监护与管理[J]. 护士进修杂志，2000, 15(10): 782－783.
[4] 谢晓霞. 气管切开术后呼吸道护理进展[J]. 实用护理杂志，1999, 15(9): 13.
[5] 史继学，李树捷，秦秀香. 急诊护理学[M]. 北京：中医古籍出版社，1998. 199－200

（编辑 郭建秀）

文章编号：1000-5404(2003)02-0181-02

经验交流

全血细胞减少症 360 例临床分析

Clinical analysis of 360 cases with omnicytopenia

史占忠[1]，宣宝和[2]，王庆余[1]（[1] 第三军医大学附属新桥医院血液科，重庆 400037；[2] 白求恩国际和平医院血液科，石家庄 052360）

全血细胞（外周血白细胞、红细胞、血小板）减少症是临床上常见的一种综合征，导致该综合征的疾病众多，现收集 360 例，报告如下。

1 临床资料

1992 年 1 月至 1998 年 12 月间收治的全血细胞减少住院患者 360 例，年龄 13～81 岁，中位数年龄 36 岁，发病至就诊时病程 5 d 至 8 个月。初诊时血常规检查白细胞数为(0.6～3.8)×10^9/L，血红蛋白为(32～101)g/L，血小板计数为(8～86)×10^9/L。有关血液病的诊断标准依据文献[1]，主要根据临床表现、血象、骨髓象、骨髓细胞化学和/或免疫细胞化学染色、骨髓活检或淋巴结活检病理检查等综合作出诊断，有的病例尚结合影像学及血清学检测。有关结缔组织病的诊断标准按文献[2]的标准执行。

2 结果

2.1 全血细胞减少的病种

在所有的致病原因中，前 5 位的病种依次为再生障碍性贫血（122 例，占 0.338）、急性白血病（54 例，占 0.15）、巨幼细胞贫血（41 例，占 0.113）、骨髓增生异常综合征（MDS，24 例，占 0.066）、结缔组织病（15 例，占 0.041），共 256 例，占 0.71。其它疾病 104 例，占 0.29，按病例数多少依次为恶性组织细胞病、缺铁性贫血、脾功能亢进、药物性全血细胞减少、肾性贫血、骨髓转移癌、严重感染、原发性血小板减少性紫癜、骨髓纤维化、多发性骨髓瘤、阵发性睡眠性血红蛋白尿及非何杰金淋巴瘤。

2.2 初诊时的主要临床表现及实验室检查结果

2.2.1 临床表现与全血细胞减少的关系 全血细胞减少症

作者简介：史占忠（1966－），男，河北省高阳县人，硕士，主治医师，主要从事急性白血病的诊断治疗方面的研究。电话：(023)68755000-74609
收稿日期：2000-03-14；修回日期：2001-01-11

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net