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≤8 cmH_2O时$PaO_2 \geqslant 80$ mmHg,潮气量≥5 ml/kg,RR≤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

患者的临床表现依其致病原因及外周血白细胞、血红蛋白、血小板减低的程度不同而有所区别。贫血症状几乎出现于每例患者，外周血白细胞数在 3.0×10^9/L 以上者感染症状较少见，血小板数在 50×10^9/L 以上者出血症状轻或无。造血系统的难治性疾病和恶性疾病如再生障碍性贫血、低增生性急性白血病、MDS、恶性组织细胞病等，外周血三系细胞常明显降低[白细胞数多在 2.0×10^9/L 以下，血红蛋白多在 70 g/L 以下，血小板计数多在(30～40)×10^9/L 以下]，贫血、出血的表现多较严重，并常合并感染、发热。表现为全血细胞减少的造血系统恶性疾病常无骨关节疼痛、无浅表淋巴结和肝脾肿大及胸骨压痛等肿瘤细胞浸润的表现。表现为全血细胞减少的巨幼细胞贫血患者以重度或极重度贫血为主要表现，有的伴神经系统症状，而少有出血和感染症状，外周血白细胞和血小板计数常为轻度降低。结缔组织病出现全血细胞减少者少有出血的表现，但长期发热常为主要症状之一。

2.2.2 骨髓象与全血细胞减少的关系 再障、低增生性急性白血病、骨髓增生异常综合征等患者的骨髓有核细胞增生程度越差，则外周血三系细胞数量越低，呈平行关系，这3种疾病的骨髓象各有其特点，而外周血象类似。巨幼细胞贫血则骨髓有核细胞增生程度越是活跃则外周血三系细胞数量越低。结缔组织病患者的骨髓象与外周血象之间无明显相关性。恶性组织细胞病、骨髓转移癌、多发性骨髓瘤等疾病的骨髓象有特征性的瘤细胞出现，其骨髓象与外周血象之间无明显规律可循。

2.2.3 骨髓活检结果与全血细胞减少的关系 再障的骨髓活检结果提示造血细胞减少越明显，则外周血三系细胞数量减少越显著，基本平行。低增生性急性白血病和骨髓增生异常综合征、骨髓纤维化、恶性组织细胞增生症等疾病的骨髓活检结果与外周血象之间无明显相关性。骨髓纤维化患者的骨髓纤维化程度越重则外周血细胞减少的程度越明显，也基本呈平行关系。

2.3 几种主要疾病的诊断符合率

在全血细胞减少的前5位病种中，再障的诊断符合率最高，达0.96，见表1。在表1所列举的病种之外的其它疾病共104例中，初步诊断和最后诊断符合者仅8例，占0.077。

表1 几种主要疾病的最后诊断与初步诊断的符合率

病种	例数	与初步诊断符合例数	符合率
再障	122	116	0.96
巨幼细胞贫血	41	35	0.85
骨髓增生异常综合征	24	9	0.37
急性白血病	54	15	0.28
结缔组织病	15	2	0.133

3 讨论

单渊东等[3]将全血细胞减少的原因分为四大类，即：(1)造血系统的良性疾病，如严重的缺铁性贫血、巨幼细胞贫血、原发性血小板减少性紫癜等。(2)造血系统的难治性疾病，如再障PNH、MDS等。(3)造血系统的恶性疾病，如急性白血病、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞病、骨髓转移癌、骨髓纤维化等。(4)非造血系统疾病，如感染、肝肾疾病、结缔组织病、药物性因素等。该分类方法简单明了，临床实践中易于操作。按照此分类法，本组360例全血细胞减少症中分属于第一类者共61例，占0.17；分属于第二类者共150例，占0.41；分属于第三类者共91例，占0.25；分属于第四类者共58例，占0.16。可见在导致全血细胞减少的疾病中以造血系统的难治性疾病和恶性疾病为多见，占0.67。

急性白血病为常见的全血细胞减少的原因，但易误诊，特别是低增生性急性白血病，外周血幼稚细胞较少，胸骨压痛、肝脾肿大不明显，不易诊断，特别以急非淋-M_3为多见，应及时进行骨髓穿刺或骨髓活检。

巨幼细胞贫血所致全血细胞减少在本组病例统计中也占相当比例。这与这些病例大多来源于革命老区及贫困地区、生活条件及经济状况差等因素有关，这些患者只有当病情特别严重(贫血多为重度甚至极重度)时才到医院诊治。

骨髓增生异常综合征所致的全血细胞减少也较多见，但其诊断有时相对困难，故其诊断符合率较低。诊断的主要依据是病态造血，应及时观察外周血及骨髓细胞形态的改变。目前血常规检查一般应用全自动血球分类计数器，若不用显微镜作血细胞分类，则外周血的病态造血的证据便会遗漏，从而延误诊断。

关键词：全血细胞减少症；鉴别诊断
中图法分类号：R552 文献标识码：B

参考文献：

[1] 张之南. 血液病诊断和疗效标准[M]. 第2版. 天津：天津科学技术出版社，1997.
[2] 叶任高. 内科学[M]. 第5版. 北京：人民卫生出版社，2001.912.
[3] 单渊东，张之南. 全血细胞减少症的鉴别[J]. 中华内科杂志，1991，30(2)：116－118.

(编辑 陈聪连)

书写统计学符号

本刊按GB3358－82《统计学名词及符号》的有关规定书写论文中统计学符号，常用如下：(1)样本的算术均数用英文小写 $\bar{x}$(中位数仍用 M)；(2)标准差用英文小 s；(3)标准误用英文 $s_{\bar{x}}$；(4)t 检验用英文小写 t；(5)F 检验用英文大写 F；(6)卡方检验用希腊文小写 χ^2；(7)q 检验用英文小写 q；(8)相关系数用英文小写 r；(9)自由度用希文小写 υ；(10)概率用英文大写 P。以上符号均用斜体。

(本刊编辑部)

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