

mmol/L, Cr 750.2 μmol/L, K⁺ 5.72 mmol/L, Na⁺ 144.2 mmol/L, Cl⁻ 109.5 mmol/L, Ca²⁺ 2.05 mmol/L, 遂连续2 d 进行血液透析治疗, 1次/日, 第3天尿量达1500 mL 停止血透。治疗半个月后复查心肌酶谱、肝肾功能、电解质均恢复正常, 住院20 d 后出院。1月后复诊未诉不适, 再继续服药治疗(美托洛尔、氯吡格雷、依那普利及阿司匹林等), 因经济原因未赴上级医院进一步治疗。

2 讨 论

野蘑菇的毒性成分主要为毒蕈, 各种毒蕈所含毒素不同, 引起的临床表现各异。按各种毒蕈中毒的主要表现, 大致分为四型: 胃肠类型、神经精神型、溶血型、中毒性肝炎型, 后者病情凶险, 如不积极治疗病死率甚高。此型中毒的临床表现可分为6期: (1)潜伏期, 约15~30 h; (2)胃肠炎期, 可有吐泻, 多不严重, 常在1 d 内自愈; (3)假愈期, 可无症状, 仅感轻微乏力、不思饮食, 实际上肝脏损害已经开始; (4)内脏损害期, 此期内肝脏、脑、心脏、肾脏等器官可有损害; (5)精神症状期; (6)恢复期^[2]。该患者发生急性肾衰竭合并心肌梗死。导致肾损害的机制为毒蕈中含有各种毒性物质, 可产生自由基而损伤细胞膜

结构, 并对DNA合成有抑制作用^[3]。患者有发生冠心病的易患因素(高血压, 高血脂, 抽烟等), 加上中毒后老年人对毒素代谢能力较差, 这样毒素对心肌细胞持续损害从而可能促成心肌梗死的发生。

总之, 野生蕈中毒合并急性心肌梗死预后凶险。此患者经过积极溶栓治疗, 同时及时血液透析, 终究挽救了其生命。

参考文献

[1] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 284-298.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 844-846.

[3] Schumacher T, Hoiland K. Mushroom poisoning caused by species of the genus cortinarius[J]. Arch Toxicol, 1983, 53(2): 87-106.

(收稿日期: 2012-03-03)

肺癌并发血液病 1 例报告

张光维(重庆九龙坡区西南铝医院检验科 401326)

【关键词】 肺癌; 类白血病; 重组人粒细胞集落刺激因子

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.078 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)19-2522-02

重组人粒细胞集落刺激因子常用于肿瘤患者化疗后, 预防中性粒细胞减少症的发生, 减轻中性粒细胞减少程度, 加速粒细胞数的恢复, 从而减少合并感染发热的危险性。正常情况主要是针对循环池和边缘池中性粒细胞分布。本院曾收治1例肺癌患者用重组人粒细胞集落刺激因子治疗后出现大量幼稚白细胞, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 蒋××, 女, 56岁, 患肺癌已两年余, 2011年2月27日再次入院准备化疗, 用紫三醇加顺铂, 一个周期为5 d, 2月28日抽取静脉血, 血细胞分析如下: 红细胞(RBC) $3.66 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白(Hb) 110 g/L, 白细胞(WBC) $4.9 \times 10^9/L$, 分类正常, 3月2日开始化疗。48 h 后白细胞开始下降, 3月8日当WBC 下降至 $1.07 \times 10^9/L$ 时患者使用重组人粒细胞集落刺激因子, 静脉注射: $2.5 \mu g/(kg \cdot d)$, 到用药7 d 后血细胞分析有明显变化, 见表1。

表1 5次血细胞分析结果

项目日期	RBC ($\times 10^{12}/L$)	Hb (g/L)	WBC ($\times 10^9/L$)	N%	L%	M%	E%
2011-3-4	3.51	105	3.8	68.5	26.6	1.3	2.4
2011-3-8	3.12	96	1.07	45.6	45.7	4.4	2.9
2011-3-10	2.88	85	0.54	12.9	76.1	4.8	4.6
2011-3-12	3.18	94	0.66	12.2	80.0	2.9	4.5
2011-3-15	3.12	90	7.4	未分类	未分类	未分类	未分类

3月15日的标本最后通过手工涂片分类显示: 原始幼稚

粒细胞1%, 早幼粒3%, 中幼粒占9%, 晚幼粒占11%, 杆状核30%, 晚红5%, 外周血碱性磷酸酶染色阳性率为89%, 积分达到198分, 诊断为类白血病(LR)。此时患者要求出院回家休息疗养, 后随访该患者出院半个月死亡。

以上测定的标本全为晨起空腹静脉血, 测定仪器为迈瑞5200血细胞分析仪, 每天测定标本之前, 进行室内质控测定, 结果在在控范围内方可进行患者标本测定。

2 讨 论

2.1 重组人粒细胞集落刺激因子是一种用基因克隆方法生产出来的、与人类粒细胞集落刺激因子生物学特性完全相同的大分子蛋白质, 它能作用于中性粒细胞的前驱细胞, 促进其分化和增殖, 并且能促进骨髓中成熟的中性粒细胞释放和增强中性粒细胞的功能^[1]。外周血中杆状核粒细胞增多并出现晚幼粒、中幼粒、甚至早幼粒时称为核左移, 如仅见杆状核粒细胞超过6%, 称轻度左移; 杆状核粒细胞超过10%并伴有少数晚幼粒以及中幼粒, 称中度左移; 杆状核粒细胞超过25%, 并出现早、中、晚甚至原粒细胞者则为重度左移, 严重左移又称类白血病。此时中性粒细胞常伴有明显的中毒性病理改变。中性粒细胞核左移常见于急性化脓性感染, 急性中毒、急性溶血时等。MDS患者外周血可见原始幼稚粒细胞。本例患者在进行化疗前白细胞分类是正常的, 但当化疗后白细胞开始下降。到白细胞为 $1.07 \times 10^9/L$ 时患者主动要求使用重组人粒细胞集落刺激因子, 正常情况下48~72 h 后患者白细胞应该逐渐回升, 而此患者是在7 d 才升到正常, 明显比其他患者反应慢。这可能与此患者为肿瘤患者反复化疗对药物的耐受有关。而机器分类异常时, 已经有大量的幼稚细胞出现, 外周血碱性磷酸酶

染色初步诊断为类白血病病,由于此患者出院没有进一步做骨髓穿刺最后确诊,在病理分析中留下遗憾。

2.2 根据细胞动力学原理^[2] 将粒细胞分化发育和成熟过程划分为几个部分。分裂池:从原粒早幼粒到中幼粒;成熟池,晚幼粒到杆状,已失去分裂能力;储存池:包括杆状和分叶,粒细胞成熟后储存在骨髓中,细胞为外周血 5~20 倍;循环池:骨髓储存池中成熟粒细胞半数释放到血液中,随血液循环;边缘池:进入血液中的半数粒细胞因微静脉血流较慢而附着于血管壁,边缘池与循环池的细胞保持着动态平衡,因此平常的白细胞计数只反映循环池的白细胞数量。由此可相信,一般情况下如果患者用升白细胞药后白细胞数量增加其实是边缘池的白细胞进入循环池,但不会出现较多幼稚细胞。3 月 15 日当白细胞升高到 $7.4 \times 10^9/L$ 时出现了大量幼稚白细胞,说明不仅有储存池同时也有分裂池中的细胞,骨髓细胞分布异常。出现类白血病反应是由于重组人粒细胞集落刺激因子诱发骨髓分布异常还是由于患者本身就患有肿瘤,对升白细胞药要比正常人反应更强烈并发其他血液病所致? 到目前为止这方面的报道很少还有待进一步研究。

2.3 从表 1 可以看出,当用升白细胞药后血细胞分析显示淋巴细胞已明显增加,过 48 h 后更进一步升高直至仪器不分类,这中间过程检验科血细胞分析的检验师并没有及时发现血细胞分析的异常而加以手工辅助分类;因为成人淋巴细胞达到 70%~80%,已是明显异常,应当手工涂片镜检。直到不分类才涂片镜检,这时发现幼稚细胞已经达到 20% 以上,这也是工作不认真负责过分依赖自动化仪器造成的。没有及时发现向临床反馈,延误临床医生的诊断和治疗。

参考文献

[1] 吴永方. 重组人粒细胞集落刺激因子(G-CSF)在肿瘤临床的应用:NEUPOGEN 学术研讨会概述[J]. 武汉职工医学院学报,1994, 22(1):60-61,65.
 [2] 李焱,张金巧,杨志霞,等. 血液内科疾病诊断标准[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:188.

(收稿日期:2012-02-15)

多次人工终止妊娠继发手术并发症 2 例

刘敦傲(重庆市巴南区人口和计划生育生殖健康中心 401320)

【关键词】 人工流产; 重复流产; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.079 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)19-2523-02

人工流产是避孕失败的一个补救措施,近年来国内人工流产数逐步增加。早期妊娠人工流产术,一般在保证手术质量、严格遵守操作规程时并发症发生率很低,约为 0.94%^[1],随着流产次数增多,加大了并发症的发生概率^[2]。现报道 2 例多次人工终止妊娠患者继发手术并发症。

1 临床资料

1.1 病例 1 刘某,女,34 岁,G7P1。22 岁结婚,婚后两年顺产一女,其后未坚持采取避孕措施,产后人工终止意外妊娠 5 次,间隔时间 1~3 年。本次间隔时间 3 年再次意外怀孕,于 2007 年 3 月 16 日来本中心就诊。询问病史,间断口服避孕药避孕,B 超检查提示“孕 21 周,单活胎”,完善相关检查后于 3 月 16 日 16:00 予以利凡诺羊膜腔内注射引产,3 月 18 日 23:00 顺利娩出死胎,40 min 后胎盘不全排出,胎膜残留,产时及产后 2 h 共失血 300 mL,3 月 19 日 9:10 行无菌清宫术,术中发现子宫软,宫腔深 15 cm,宫颈注射缩宫素 20 U,观察 5 min 子宫仍收缩乏力,给予舌下含服米索前列腺素 200 μg,好转,手术清出胎膜、蜕膜及胎盘组织共计 150 g,清宫欠满意,术后诊断“中期妊娠,胎盘粘连”。3 d 后行第二次清宫术,清宫满意,经观察无异常予以出院。术后 40 d 因下腹疼痛再次返院检查,B 超提示“宫腔积血”,排除早孕可能后考虑宫颈粘连,予以宫颈扩张及抗感染治疗后康复出院。出院诊断“宫颈粘连,宫腔积血”。

1.2 病例 2 刘某,女,32 岁,G6P1。23 岁结婚,婚后一年顺产一子,未采取避孕措施,人工终止意外妊娠 4 次,本次妊娠间隔末次终止妊娠手术时间 1 年,于 2006 年 10 月 12 日因“停经 4 月要求引产”入院。无特殊病史,B 超提示“孕 14⁺3 周,单活胎”。完善相关检查后于当日 10:00 行利凡诺羊膜腔内注射引

产术,术后分两次口服米非司酮片共计 150 mg 助产,10 月 13 日 8:10 行米索前列醇阴道上药诱发宫缩(分 4 次上药,每次 50 μg),在观察室观察至 12:00 阴道少许血性分泌物,无明显宫缩,患者自行离去。约 12:05 患者因阴道突然出血约 300mL 立即返回观察室,立即给予平衡液 500 mL,低分子右旋糖酐液 500 mL 静脉滴注。12:30 阴道仍间断流血 200 mL,予以吸氧、补液,同时行钳夹术,钳夹胎儿各部齐全,胎盘表面粗糙,术中间断多量出血共计 600 mL,术中补液 1 750 mL,肌注止血敏 0.5 mg。术后阴道间断少量出血,患者出现头昏、心悸、口干等休克前期症状。查体:T37.2 °C,脉搏 100 次/分,呼吸 22 次/分,血压 92/40 mm Hg,经抗休克、止血治疗后于 14:00 转院,16:00 患者在外院再次发生阴道大量流血,随即休克,在全麻下行次全子宫切除术、双侧髂内动脉结扎术。术中见:子宫约 3 个月孕大,质软,表面见散在淤点,子宫下段扩张,淤血,子宫前壁增厚,双附件外观未见异常。术中剖视子宫见:宫腔内无明显残留组织,子宫前后壁增厚,腺肌病改变。术中失血约 2 500 mL,予以输血、补液、扩容、止血、抗感染等治疗,患者病情平稳。切除子宫送病检,诊断:子宫腺肌病,肌壁浅层见胎盘、蜕膜组织。出院诊断:中孕引产、产后出血、失血性休克、子宫腺肌病、胎盘部分植入。

2 讨论

人工流产后近期并发症包括吸宫不全、感染、宫腔积血、血腹、宫颈管粘连或宫腔粘连,术后远期并发症包括慢性生殖道炎症、月经异常、继发不孕、子宫内异位症、RH 同种免疫问题^[1]。多次妊娠和宫腔内操作使子宫内膜孕次受机械性损伤,感染以及子宫内膜炎的存在,增加子宫胎盘植入的可能^[3]。

病例 1 患者多次反复人工流产,并间断口服避孕药,造成