

床,2006,3(3):144-145.

[5] 鄢志丽,袁平宗. 尿液分析仪检测结果的影响因素[J]. 检验医学与临床,2010,7(5):421-422.

[6] Peacock PR, Souto HL, Penner GE, et al. What is gross

hematuria? Correlation of subjective and objective assessment[J]. J Trauma,2001,50(6):1060-1062.

(收稿日期:2013-01-05 修回日期:2013-02-12)

马尔尼菲青霉菌感染 2 例报道

林壮琼,方旭城(广东省揭阳市人民医院检验科 522000)

【关键词】 马尔尼菲青霉; 血培养; 病原体

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.079 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1764-01

马尔尼菲青霉病是由马尔尼菲青霉菌(PM)引起的一种广泛播散性感染。我国初次报道见于1984年邓卓霖^[1]的报道,临床报道例数偏少。该菌为条件致病菌,多见于免疫缺陷或免疫功能抑制者,主要是单核巨噬细胞受累。现将本院今年收治2例病例报道如下。

1 临床资料

病例1:年龄7个月大,因“腹泻1个月,发热10余天”收入本院。于入院前1个月无明显诱因出现黄色水样便,10余天前出现发热,在外院经退烧药处理后热退,但反复,为进一步治疗收治入院。体格检查:呼吸稍促,双肺呼吸音粗,未闻及罗音。入院后检查示红细胞沉降率64 mm/h,C-反应蛋白(CRP)84.5 mg/L,血培养提示真菌感染。经家属要求转至上级医院进一步治疗,随访获悉经对症治疗后患儿已经痊愈。

病例2:年龄38岁,因“反复发热2个月”收治入院。患者于两个月前无明显诱因出现发热、畏寒,测体温最高达39℃,伴头晕、头疼,咽部不适。于外院治疗无果,因尿频、尿急、尿痛,尿色赤黄来本院急诊就诊,拟“发热查因”收入特诊科。体格检查:T38.3℃,双侧颈部及双侧腹股沟区可扪及大小不等多个肿大淋巴结,约0.5~2.0 cm,质韧,活动度差,无压痛,无触痛,左上腹稍压痛,无反跳痛。血常规:白细胞 $3.02 \times 10^9/L$,Hb 104 g/L,PLT $102 \times 10^9/L$,尿常规示白细胞73个/ μL ,红细胞896个/ μL ,尿蛋白++。CA125 48.26 U/mL。ALT 72 U/L,AST 295 U/L, γ -GT 723 U/L,LDH 2 699 U/L,HBDH 1 194 U/L,CRP 177.2 mg/L。以“尿路感染? 结缔组织病? 淋巴瘤?”收治入院并予抗感染、利尿、补液等治疗,同时行骨穿刺、血培养等以进一步明确诊断。骨穿刺取材欠佳,血培养提示真菌感染。后因特殊原因转院治疗,失访。

微生物实验室检查:血培养提示真菌感染,转种沙保罗平板2个,分别放置于25℃及35℃进行培养。培养特性。在25℃培养为青霉相,约3 d生长。菌落初期呈浅灰色或淡黄色

绒毛状,中央气生菌丝呈白绒毛样,向四周扩展,渐成淡灰褐色微带红色绒毛状。1周后培养基产生酒红色色素并逐渐扩散整个平皿。35℃培养为酵母相,生长缓慢,呈酵母样型,膜状,有脑回样皱褶,奶酪色,湿润。

2 讨论

作为青霉属中唯一的双相型真菌,PM可在细胞内寄生。PM鉴定依据:(1)菌落特征:在25℃培养,是青霉相,35℃培养,是酵母相;(2)显微镜下菌体特征。25℃培养平皿置高倍镜下观察,可见大量帚状枝,35℃培养平皿在高倍镜下可见圆形或卵圆形的酵母样菌体。(3)培养物经乳酸酚棉蓝染色镜下可见染成淡蓝色清晰的帚状枝和细长的分隔菌丝及孢子,通过调节显微镜载物台小螺旋,可观察到不同层次帚状枝的形态。

作为深部感染真菌,PM常见于免疫力低下人群,尤其是艾滋病患者^[2]。但是该病常隐匿发病,潜伏期难以估计,由病例可知,患者均有发热,病例1有腹泻症状,病例2有淋巴结肿大症状,此与王端礼等^[3]描述症状相符。此两个案例均为血培养阳性后转种所得。当患者有不明原因发热且诊断一时未明时,建议行血液、骨髓或肿大淋巴结和皮肤结节等标本进行涂片和真菌(细菌)的培养,以便进一步获取病原学的诊断依据,及时明确病原及时诊治。

参考文献

- [1] 邓卓霖. 进行性播散性马尔尼菲青霉菌病[J]. 广西医学院学报,1984,8(1):1.
- [2] 谢宁. 3 905 例艾滋病患者血培养病原菌分布结果分析[J]. 海南医学,2012,23(9):89-91.
- [3] 王端礼. 医学真菌学——实验室检验指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:390.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-03-12)

原发性胃癌甲胎蛋白异常 1 例报道

卢 锦(胜利油田建翔医院,山东滨州 256602)

【关键词】 甲胎蛋白; 异常升高; 胃癌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1764-02

甲胎蛋白(AFP)为一种特异肿瘤标志物,主要用于肝癌和生殖细胞瘤的诊断,近来发现某些消化道癌如胃癌、胰腺癌等患者也会出现血清AFP升高现象,并以胃癌常见,被认为是一

种特殊类型的胃癌,称产甲胎蛋白胃癌(AFPGC)。

1 临床资料

患者男性,60岁,2012年3月26日因黑便来本院检查,检

查结果为 AFP>1 000 IU/L, CEA 2.54 ng/mL, Hb 104 g/L, 血沉:5 mm/h。既往无胃病、肝病病史, 肝部彩超正常。于是患者到上一级医院进一步检查, 行肝区加强 CT 检查未发现病灶。胃镜检查发现胃部占位性病变, 进一步做病理检查, 病理结果为印戒细胞癌, 胃全切及周围淋巴结清扫手术。术后一月复查 AFP 降至正常并进行化疗治疗。

2 讨论

AFP 为一种特异肿瘤标志物, 主要用于肝癌和生殖细胞瘤的诊断, 是诊断原发性肝癌较敏感和特异的肿瘤标志物, 当发生原发性肝癌时, 约 80% 的患者血清中 AFP 含量增高(>300 μg/L), 并且比临床症状出现早 3~8 个月。AFP 是筛选和诊断无临床症状小肝癌的最主要方法。某些消化道癌如胃癌、胰腺癌等患者会出现血清 AFP 升高现象, 并以胃癌常见。胚胎发育过程中胃和肝均起源于前肠, 而前肠直接与卵黄囊连续, 因此, 某些低分化胃癌的组织形态可类似肝细胞癌或卵黄囊肿瘤。AFPGC 多见于老年男性, 胃窦部多见, 患者血清 AFP 增高程度不一, 可稍高于正常, 也可显著增高。本例患者既往无肝脏病病史, 因黑便检查发现 AFP 异常升高, 通过一系

列检查最终确诊为原发性胃癌。原发性胃癌产生 AFP 可能是由于胚胎发育过程中被抑制的基因在细胞癌变时被激活, 其产生 AFP 的潜在能力得到充分表达。原发性胃癌中甲胎蛋白异常升高的实属少数, 在临床中偶有遇见, 病例不多。临床工作中如果发现 AFP 升高, 无肝脏及生殖腺病灶者, 要考虑到消化道肿瘤(胃癌、胰腺癌)的可能。

参考文献

- [1] 丛玉隆, 尹一兵, 陈瑜. 检验医学高级教程[M]. 北京: 人民军医出版社, 2010:6.
- [2] 唐合兰, 李静, 王晶. 以 AFP 异常升高为首表现的胃癌一例[J]. 空军医学杂志, 2012, 15(28):51.
- [3] 王宏波, 张军, 丁光辉, 等. 甲胎蛋白与胃癌[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2008, 15(7):541-543.
- [4] 化春蓉, 黄建国. 产甲胎蛋白的胃癌 2 例报告[J]. 现代肿瘤医学, 2011, 19(12):2559-2660.

(收稿日期:2012-12-22 修回日期:2013-03-12)

肺结核合并糖尿病患者 30 例的护理体会

康明英(重庆市第十二人民医院呼吸二科 400020)

【关键词】 肺结核; 糖尿病; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)13-1765-02

近年来, 肺结核合并糖尿病发病率呈显著上升趋势, 糖尿病合并肺结核患者的患病率比普通人群高 4~8 倍^[1], 两者合并, 相互影响, 预后较差。在治疗过程中配合有效、合理的护理措施, 将有助于患者的康复^[2], 两病都可以得到控制和好转, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2010 年 2 月至 2011 年 2 月收治的肺结核合并糖尿病患者 30 例。其中, 男 22 例, 女 8 例, 年龄 31~80 岁, 平均 56.4 岁, 29 例继发性肺结核, 其中 10 例有空洞; 1 例结核性胸膜炎, 痰菌阳性 15 例, 尿糖(+~++++), 空腹血糖 8.2~20.8 mmol/L, 餐后 2 h 血糖为 10.3~26.7 mmol/L 在糖尿病基础上诱发肺结核 24 例, 发现肺结核病后出现糖尿病 6 例, 治疗期间出现药物性肝炎 5 例。

1.2 方法

1.2.1 心理护理 保持良好的心理状态, 主管护士经常与患者进行交流, 了解患者所需, 帮助患者解决实际困难, 让患者在整个治疗护理中形成良好的遵医行为, 真正理解并认真执行治疗方案, 从而达到良好的治疗效果^[3]。

1.2.2 饮食护理 肺结核合并糖尿病患者理想饮食是既能提供肺结核所需的热量和蛋白, 又能有效地控制血糖^[4]。因此肺结核合并糖尿病的患者, 应该适当提高热量的摄入, 总热量的摄入应较单纯糖尿病患者增加 10% 左右^[5], 才能既控制好血糖水平又有利于肺结核的恢复。患者每日总热量控制在 115.14 J/(kg·d), 碳水化合物摄入占总热量的 55%~60%, 即每日碳水化合物 200~250 g, 蛋白质 1.5 g/kg, 脂肪 1 g/kg, 限制钠盐的摄入(<6 g/d)。多食清淡, 易消化, 无刺激性食物, 戒烟限酒。

1.2.3 用药护理 按照早期、联合、适量、规律、全程服用, 不

能随便停药, 指导患者把 1 d 剂量的结核药物于 6:00 顿服, 服药后注意观察有无恶心、呕吐等胃肠道反应及过敏反应和肝损害, 护士还必须让患者了解抗结核药物的作用与不良反应; 应用降血糖药物时应注意观察药物反应, 肺结核患者体质消瘦, 对降糖药物敏感, 容易发生低血糖反应, 因此降血糖药物应在餐前 30 min 用药, 用药后定时进餐。肺结核合并糖尿病患者多为中老年, 糖尿病患者糖、脂肪及蛋白质代谢紊乱, 心血管、肝、肾功能受损, 免疫功能下降, 加之异烟肼、利福平、吡嗪酰胺可引起肝功能损害, 因此, 服药的同时可用护肝药, 并密切观察巩膜及皮肤有无黄染, 定期检查肝、肾功能及血糖等, 一旦发现药物性肝炎, 应立即停药抗结核药, 给予护肝治疗, 至肝功能正常后, 调整抗结核药。

1.2.4 运动护理 患者应当适量坚持全身性的体育锻炼, 但不要做激烈运动, 一般在饭后 30 min, 选用有氧运动, 比如散步, 做操。但在血糖控制不稳定、糖尿病患者出现心血管并发症、糖尿病肾病时, 不宜进行体育锻炼^[6]。

1.2.5 并发症的预防与护理

1.2.5.1 预防酮症酸中毒 对肺结核合并糖尿病的患者, 应详细介绍酮症酸中毒的知识, 让患者充分了解酮症酸中毒是可以预防的。尤其是在合并感染, 中断胰岛素治疗时, 特别要注意观察结核病合并糖尿病老年患者和卧床患者有无疲乏无力, 极度口渴、多饮多尿, 并注意水电解质、酸碱平衡, 头痛、嗜睡等, 应警惕酮症酸中毒出现。若出现应立即报告医生, 静脉输注胰岛素, 纠正电解质及酸碱失调, 密切观察温度、脉搏、呼吸、血压、瞳孔及尿量的变化, 观察有无胰岛素过量而致低血糖等。

1.2.5.2 预防感染 肺结核合并糖尿病患者抵抗力较低, 本组痰菌阳性患者进行隔离治疗, 保持病房清洁、空气流通, 对氧疗患者每天更换吸氧管和湿化瓶, 预防上呼吸道感染; 保持皮