

察药物的疗效并做好记录。

**3.3.3 心理护理** 术后患者一般渴望知道自己疾病的真实情况、手术效果和疾病的预后,多产生焦躁不安的心情。因此,应该及时告知手术效果,以亲切和蔼的语言进行安慰鼓励。告诉他手术进行得很顺利,某些生活不便处要细致照顾,如喂饭、梳洗等。总之,使他们意识到既然已顺利度过手术关,就要争取早日恢复健康,保持积极乐观的态度。

**3.3.4 饮食护理** 术后不需禁食,但避免食用难消化、产气、产酸的食物,如豆制品、牛奶、甜食、油炸食品等,防止腹胀。并鼓励患者多喝水,术后 3 h 每小时饮水 400~500 mL,有利于造影剂排出,以免发生造影剂肾病。

**3.3.5 并发症的护理**

**3.3.5.1 感染** 由于介入治疗中置入了封堵器,可能会引起置入物所致的热源反应。患者术中/术后常规使用抗菌药物,术后至少连用 3 d,如体温正常可停用,在此期间观察患者体温和血常规的变化,如出现体温过高按高热护理常规处理。

**3.3.5.2 封堵器脱落** 是最严重的并发症,处理不及时可能会造成生命危险<sup>[4]</sup>。由于手术后早期封堵器尚未完全固定,心脏跳动时房间隔产生摩擦,容易出现房性心律失常,应密切观察其心电图变化,一旦出现房性期前收缩,室性期前收缩等心律失常,要引起高度重视并及时通知医师,复查心脏彩超,确定是否存在封堵器脱落,如果脱落立即开胸手术取出。

**3.3.5.3 血栓形成** 血栓形成是心血管介入手术后常见并发症,血栓发生率在术后一月内较高<sup>[5]</sup>。由于封堵器是网状结构异物,加上心房血流缓慢,易形成血栓。患者术后遵医嘱给予抗凝治疗,常规阿司匹林抗凝治疗 6 个月,并及时询问患者的病情变化,防止抗凝过度引起的牙龈皮肤黏膜出血,尤其应注意尿液的颜色,以防溶血的发生。

**3.3.5.4 假性动脉瘤** 是由于穿刺技术不规范、术侧肢体活动过早、压迫止血技术不当或体型肥胖造成,术后 1~3 d 穿刺部位先后出现疼痛,局部肿胀,可触及搏动性肿块,有收缩期震颤和杂音。经多普勒检查可确诊,是一种不稳定的病变,可引

起严重的并发症如动脉闭塞、破裂大出血、肢体缺血等。发生后应术侧肢体制动,可行外科修补术或内科单纯压迫法和超声引导下瘤腔内注射凝血酶。

#### 4 讨 论

目前认为,介入治疗方法已应用于不合并室间隔缺损及主动脉瓣病变的瓦氏窦瘤破裂(主要指破入右心房及右心室者),与外科手术相比具有创伤小、疗效肯定、并发症少等优点,成为首选的治疗方法<sup>[6]</sup>,而且容易被患者和家属接受。但介入治疗始终是微创手术,仍然有一定的风险。术前做好充分评估,严格遵循手术适应证,术中操作规范,术后密切观察病情变化,及时发现各种并发症并采取有效的护理措施,做好心理护理,加强沟通,取得患者和家属的配合,可大大降低术后并发症,提高手术成功率。

#### 参考文献

- [1] 贾志豪,马依彤. 主动脉窦瘤破裂的介入治疗进展[J]. 中国介入心脏病学杂志,2008,16(1):55-57.
- [2] 董然,陈宝,田孟旭,等. 主动脉窦瘤破裂的外科治疗及远期疗效[J]. 中华外科杂志,2008,46(24):1913-1915.
- [3] 周莲,蔡晓莲,何国祥. 1 例侧动脉硬化性闭塞性支架植入与人工血管搭桥的护理[J]. 中华护理杂志,2005,40(1):38-39.
- [4] 徐争鸣,郑宏,蒋世良,等. 房间隔缺损封堵器脱落及相关并发症原因分析[J]. 中国介入心脏病学杂志,2012,20(1):28-31.
- [5] 姚陈,常光其. 下腔静脉滤器对肺动脉栓塞的预防作用[J]. 岭南心血管病杂志,2012,18(4):329-332.
- [6] 陈少萍,白元,赵仙先,等. 国产细腰型室间隔缺损封堵器治疗主动脉窦瘤破裂的疗效与安全性[J]. 中华心血管杂志,2012,40(4):298-301.

(收稿日期:2013-04-10 修回日期:2013-07-20)

## 河生肠杆菌 2 群致患者左乳房感染 1 例

刘 燕,刘 萍(重庆市石柱土家族自治县人民医院 409199)

**【关键词】** 乳房感染; 河生肠杆菌

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.071 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)01-0137-02**

河生肠杆菌属于肠杆菌属,分为生物 1 群和 2 群。2013 年 3 月,本院自 1 例左乳房感染患者的脓液中分离出河生肠杆菌 2。现报道如下。

### 1 病例资料

患者女,50 岁,因左乳房溃疡伴疼痛 1 周,于 2013 年 3 月 31 日入住本院。半月前,患者因左侧胸部、背部红斑、丘疱疹及水疱伴疼痛半月就诊于本院皮肤科,诊断为“带状疱疹”,给予“泛昔洛韦”抗病毒、“丹七软胶囊”止痛等治疗后,患者疼痛逐渐缓解(未完全消失),背部水疱逐渐干涸结痂,但是胸部(乳房下方)皮损一直未完全干涸结痂,患者一直间断自行使用外用药物治疗。一周前,患者使用自制药酒后,乳房皮损部出现红肿,并逐渐形成溃疡,溃疡呈横向带状,长约 15 cm,溃疡最宽处约 4 cm,溃疡边缘不规则,基底见黑色痂壳及外敷中药,溃疡周边见高起的边缘,堤状,紫红色。溃疡扪及质硬,浸润感明显,轻度触压痛,挤压痂下有脓性分泌物。左背部淡红色。取

左乳房偏左侧皮损活检标本送病理科,病理检查提示皮肤慢性炎症。取患者左乳房脓性分泌物经细菌培养鉴定出河生肠杆菌 2 群。患者既往体格健康,无创伤、药敏史,住院期间体温 36.7℃,心率 84 次/分。辅助检查:中性粒细胞 49.7%,淋巴细胞 54.3%,免疫球蛋白 IgE 937 IU/mL。补体正常,肝功能、肾功能、电解质、血脂、血糖均正常。双乳超声未见明显异常,胸片未见确切异常。患者经过 10 d 抗感染治疗,溃疡面基本愈合。

细菌鉴定:用无菌棉签取左乳房脓性分泌物接种于羊血琼脂平板和麦康凯平板,35℃培养 24 h 后,血平板菌落大小 2~3 mm,光滑湿润;麦康凯平板菌落浅粉黄色,湿润,黏液状,革兰染色均为革兰阴性杆菌,氧化酶阴性。采用西门子公司公司的德林细菌鉴定系统,上机鉴定为河生肠杆菌生物 2 群。

药敏试验:采用西门子公司公司的德林细菌鉴定系统及配套药敏条试验,结果对阿米卡星、氨苄西林、阿莫西林/克拉维酸钾、

氨曲南、头孢曲松、头孢他啶、头孢噻肟、头孢西丁、头孢唑啉、环丙沙星、头孢吡肟、头孢呋肟、厄他培南、庆大霉素、亚胺培南、左旋氧氟沙星、美罗培南、哌拉西林/他唑巴坦、哌拉西林、复方磺胺甲恶唑、四环素、替卡西林/克拉维酸钾、妥布霉素均敏感。

## 2 讨论

河生肠杆菌是水中的腐生菌,可从人或动物的肠道中检出,该菌在临床上感染率比较低,是条件致病菌,当机体抵抗力低下时可引起机体感染<sup>[1-3]</sup>。据张全华<sup>[3]</sup>报道,自血液、腹腔渗液中分离的 2 株河生肠杆菌 2 群菌株耐药率分别为 60%(12/20)、95%(19/20),认为造成该菌获得性感染及多重耐药主要与临床过度滥用抗菌药物有关。本患者分离的河生肠杆菌 2 对大多数抗菌药物敏感,对患者的治疗起到积极作用。从本病例得出,对于常规药物久治不愈的溃疡患者及时对创口脓性分泌物进行细菌培养和药敏试验是必要的<sup>[4]</sup>。在临床工作中,规范临床抗菌药物的使用,根据药敏试验报告选择抗菌药物,合

理使用抗菌药物,重视细菌的耐药性监测,对于防止病原菌扩散,控制耐药菌株的蔓延有重要意义<sup>[5]</sup>。

## 参考文献

[1] 谢兵德,王国富. 脓性分泌物检出河生肠杆菌生物 2 群[J]. 临床检验杂志,2002,20(3):188.

[2] 李英贤,王建悦. 河生肠杆菌生物 2 群感染一例[J]. 山西医药杂志,2012,41(4):332.

[3] 张全华. 河生肠杆菌生物群 2 感染 2 例[J]. 西北国防医学杂志,2006,27(5):335.

[4] 刘剑荣,张勇. 从伤口分泌物中分离到一株河生肠杆菌生物 II 型[J]. 实验与检验医学,2008,26(3):338.

[5] 隋秀丽,刘晓静,姜永广. 伤口分泌物细菌培养及药敏情况分析[J]. 医学检验与临床,2010,21(5):114-115.

(收稿日期:2013-05-23 修回日期:2013-08-15)

# 输入性间日疟 1 例报道

李黎明<sup>1</sup>,付赞梅<sup>1</sup>,樊丽华<sup>2</sup>(1. 湖北省宜都市第一人民医院检验科 443300;2. 华中科技大学附属协和医院血液科,武汉 430023)

【关键词】 发热; 输入性间日疟; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)01-0138-02

疟疾(malaria)是因疟原虫寄生人体组织而引起的寄生虫病。临床上以发冷、发热、肝脾大为主要特征<sup>[1]</sup>。主要包括间日疟、恶性疟、三日疟和卵形疟。在我国主要存在于云南、海南、广西、贵州的局部地区,其他地区的病例基本上是输入性的病例<sup>[2]</sup>。现就本院发现 1 例输入性间日疟报道如下。

## 1 临床资料

患者高某,男,46 岁,宜都人。于 2012 年 4 月中旬开始出现不间断发热、畏寒,时间无明显规律,最高体温可至 39℃,在居住地附近诊所行输液抗感染治疗后稍有改善,自述之后反复复发,于 2012 年 6 月赴宜都市第一人民医院内科进行治疗。查体浅表淋巴结无肿大,B 超示肝胆脾正常;实验室检查:血生化肝肾功能正常,血常规计数及分类正常,自身免疫抗体全套阴性,伤寒抗体阴性,尿常规阴性,血培养阴性,红细胞沉降率正常;临床诊断:发热待查。给予抗炎加抗病毒治疗,效果不明显,患者仍时有发热、畏寒现象。治疗 3 d 后,再次复查血象,血小板偏低为  $79 \times 10^9/L$ ,其余正常,加查外周血细胞形态学时发现极个别红细胞中含有疑似疟原虫环状体(图 1)。

此人为疟原虫感染,待该患者再次发热达峰值时,重新采血推制厚片和薄片分别镜检,发现厚片中可见多个疟原虫环状体和滋养体(图 2),薄片平均在 50 个油镜视野下能见到一个包含于红细胞中的环状体。检验者迅速报告临床医师和市疾控中心,后经省疾控中心配发的疟原虫抗原快速检测试剂盒检测为间日疟,遂确诊为输入性间日疟。临床给予抗疟加对症支持治疗半月后康复出院,随访至今无复发。

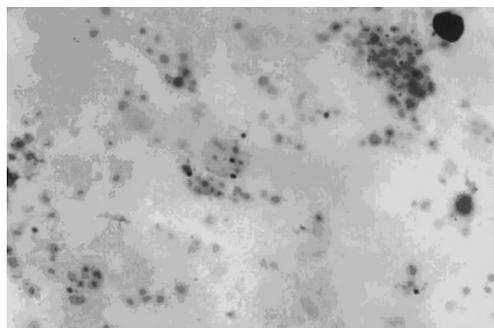


图 2 第 2 次厚血膜见大量环状和滋养体

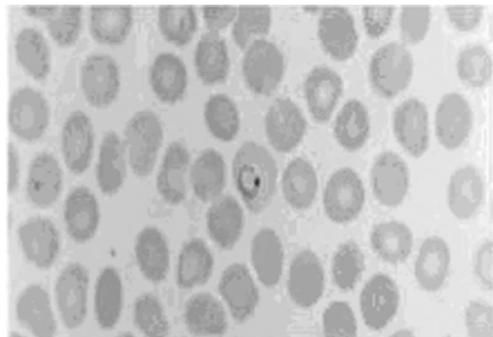


图 1 第 1 次外周血涂片发现极个别环状体

检验者再次重新仔细复片,于整张血片中只看到 3 个可疑含有疟原虫环状体的红细胞。遂到床边询问患者,得知其 2011 年曾赴缅甸务工 1 年,于 5 个月前回国。于是高度怀疑

## 2 讨论

该患者初诊和复诊时均未提曾有出国史,医师也因为疏忽而未问及。加之入院后症状不典型:(1)发热不规律;(2)肝脾不大;(3)血常规初始正常,后来仅血小板计数偏低,其他辅检结果均阴性。这些都给临床医师的诊断思路带来了困难。疟疾虽在本市及周边范围内已多年未见报道,但现如今由于改革对外开放程度的加大,人员流动性增加,疟疾等输入性病例应该引起广大临床医师的足够重视。临床医师必须详细询问发热患者有无出国或去国内疟疾高发区的经历<sup>[3]</sup>,检验科对于怀疑而经外周血细胞形态一次检查阴性者不能排除其可能性,而应多次复查特别是要注意在发热峰值时采血以提高检出率<sup>[4]</sup>;厚、薄血膜显微镜检查仍是疟疾实验室诊断中最为经济、简便的金标准<sup>[5]</sup>。