

eration in two diabetic patients[J]. Diabetologia, 1965, 1: 39-42.

[2] 冉兴无,童南伟,步宏,等. 糖尿病性心肌梗塞的诊断和治疗[J]. 华西医科大学学报, 2002, 33(2): 311-313.

[3] 王椿,冉兴无,王华,等. 糖尿病性心肌梗塞 6 例[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2004, 20(4): 314-317.

[4] Chow KM, Szeto CC, Wong TY, et al. Diabetic muscle infarction: myocardial infarct equivalent[J]. Diabetes Care, 2002, 25: 1895-1898.

(收稿日期: 2010-03-09)

外周血涂片查见淋巴瘤细胞辅助诊断淋巴瘤 1 例

王 琮,殷 和,王丽媛,陈慧琳(解放军第四医院检验科,青海西宁 810007)

【关键词】 淋巴瘤细胞; 血涂片; 外周血
DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.076
中图分类号: R730.45; R733 文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)16-1785-02

淋巴瘤是一组起源于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤。本科曾通过外周血涂片查见淋巴瘤细胞辅助诊断淋巴瘤 1 例,现将该病例情况报道如下。

1 病例资料

患者,女,43 岁,汉族,已婚。1 个月前无明显诱因发现左侧腹股沟有一直径约 5 cm 包块,质韧,无疼痛。随后以盆腔包块待查入院。给予抗炎治疗 2 周,无好转。进而出现右腿肿胀,并发现颈部包块,觉口干、晨起眼周浮肿,浑身酸痛。2 周后行左腹股沟淋巴结针吸细胞学检查,见恶性肿瘤细胞,恶性淋巴瘤可能性大。次日行 CT 提示盆腔占位。B 超见左右髂动脉分叉处异常回声结节,右髂内外动脉分叉处 10.5 cm×8.5 cm×7.5 cm 实质回声结节;左髂动脉数枚低回声结节,最大为 6 cm×5.2 cm×3.8 cm;双侧颈部多枚低回声结节;双侧腹股沟多枚低回声结节,沿血管走向呈簇状分布,最大为 5.3 cm×3.8 cm×2.7 cm。

2 实验室检查结果

2.1 肝肾功能 总蛋白 58 g/L、清蛋白 34 g/L、前清蛋白 81 g/L、乳酸脱氢酶 2 117 U/L、肌酐 111 μmol/L、尿酸 0.62 mmol/L、磷 2.12 mmol/L。

2.2 尿液检查 尿白细胞 100/μL、白细胞计数(仪器)123.30/μL、上皮细胞数(仪器)256.50/μL。

2.3 两对半 乙型肝炎表面抗原阳性、乙型肝炎 E 抗原弱阳性、乙型肝炎核心抗体阳性,其余为阴性。

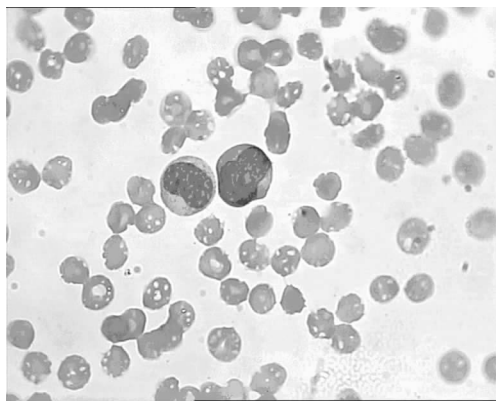


图 1 瑞吉染色(×1 000)

2.4 红细胞沉降率 66 mm/h。β₂ 微球蛋白 6.2 mg/L。HBV DNA 复制: 1.32×10³ copy/mL。

2.5 血常规检查 WBC 12.81×10⁹/L、中性杆核 34%、中性幼粒 2%、异淋 4%、异常细胞 14%、GRA10%、幼稚红细胞 2/100WBC、血红蛋白 97 g/L、血小板 28×10⁹/L。制血片,瑞吉染色分片,发现此类异常细胞:形态不规则,大小不等,约 15~30 μm,胞质丰富,偶见伪足,着色浅蓝或灰蓝,胞核圆形或不规则形,有凹陷、切迹,核染色质较粗,分布不均,核仁 1~2 个,见图 1、2,怀疑淋巴瘤细胞。提示临床进行相关诊断检查。

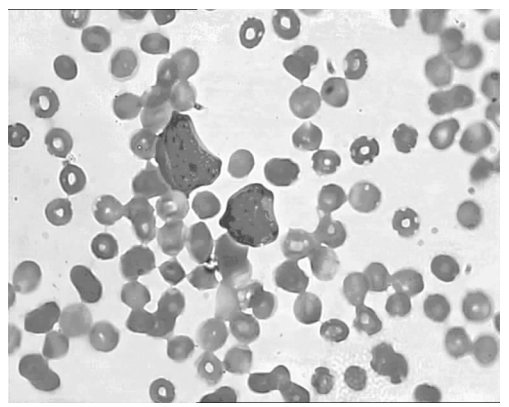


图 2 瑞吉染色(×1 000)

2.6 骨髓细胞形态学检查提示 异常细胞 72%骨髓象。骨髓穿刺免疫组化标记: CD20(+), CD10(-), CD3(-), TdT(-), CD79a(+), Bcl-2(±), CD5(-), CD30(-), Pax-5(-), Bcl-6(-), CD7(-), EMA(-), Mum1(-), CD19(+), CD43(+), Ki-67(少+)。提示: B 细胞淋巴瘤, 倾向于外周 B 细胞淋巴瘤。

2.5 左侧淋巴结免疫组化 CD20(+), CD19(+), Mum1(+), CD79a(+), Pax-5(+), Ki-67(±), CD5(-), CD30(-), CD10(-), EBV(-). EMV(-), TdT(-), CD23(-), CD7(-)。诊断: 淋巴结 B 细胞淋巴瘤。

3 讨论

淋巴瘤可分为霍奇金病(简称 HD)和非霍奇金淋巴瘤(简称 NHL)两大类,其发病较隐蔽,易被误诊、误治,必须提高警惕,建立正确的诊断思维。对于无痛性表浅淋巴结肿大,持续

原因不明的发热患者应特别注意。组织学可见淋巴细胞和(或)组织细胞的肿瘤性增生,临床以无痛性淋巴结肿大最为典型,常肝脾大,晚期有恶病质、发热及贫血。由于病变部位和范围不尽相同,临床表现很不一致,原发部位可在淋巴结,也可在淋巴结外的淋巴组织,例如扁桃体、鼻咽部、胃肠道、脾、骨骼或皮肤等。本病见于任何年龄,随着年龄增长而发病增多^[1]。从临床表现、影像学 and 某些生化指标中常可获得重要的提示,目前,组织病理及免疫组化仍是确诊淋巴瘤的金标准。要从细胞形态学中确定诊断很困难。本例血图片中所见的这类细胞比

例不高,建议对患者进行组织活检,病理学检查结合免疫组化才能最后确诊为 B 细胞淋巴瘤,缩短了诊断过程,为治疗争取了时间。

参考文献

[1] 陈方平. 血液学检验[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:182-1824.

(收稿日期:2010-02-26)

快速血糖仪在重症婴幼儿抢救中的临床价值

冯卫文(广西壮族自治区防城港市防城区妇幼保健院儿科 538021)

【关键词】 重症; 快速血糖仪; 低血糖; 婴幼儿

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.16.077

中图分类号:R446.112;R459.7

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)16-1786-01

重症婴幼儿常表现为昏迷、抽搐、嗜睡等临床症状,而低血糖患儿亦会引起相似的症状,因而常被抢救医师忽视而得不到及时救治,这会产生严重后果。快速血糖仪由于易于取样并能实行床旁快速检验,能简单、快速地得到临床用药依据,对缩短低血糖症性昏迷抢救时间,对提高抢救成功率及患儿的预后有非常重要的作用。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例为本院 2007 年 1 月至 2009 年 12 月院前急救以及急诊重症婴幼儿 176 例,男 105 例,女 71 例,年龄 3 个月至 3 岁,平均 1.6 岁。

1.2 方法 现场急救或患儿入院后,立即行快速指血糖检测(采用美国强生公司生产的稳豪血糖监测系统)。

1.3 方法 现场急救或患儿入院后,立即由专门经过 POCT(床旁检验)培训的医护人员进行快速血糖测定(不按摩,直接用 75%乙醇消毒手指或足跟待干,用配套自动取血笔以足够深度刺入,自然流出足量血液并由快速血糖仪中的试纸条自动吸血测定),结果记录在化验单上。

2 结 果

2.1 在 176 例重症婴幼儿中,68 例血糖小于或等于 3.8 mmol/L,占 38.64%;45 例血糖小于或等于 2.8 mmol/L,占 25.6%,血糖最低者仅 0.8 mmol/L。血糖大于或等于 6.0 mmol/L 者 10 例(5.7%),其中血糖最高 10.3 mmol/L。

2.2 快速指血糖所需时间仅 1~2 min,大大缩短了等待时间。

2.3 根据快速指血糖结果,立即行对应处理。45 例血糖低于 2.8 mmol/L 者立即给予 50%高渗葡萄糖 1~2 mL/kg 静脉推注,并以 5%葡萄糖注射液 250 mL 加能量合剂营养脑细胞;昏迷时间长者,适当使用脱水剂^[1]。有 38 例患儿在 5~30 min 内神智逐渐恢复正常,6 例 2 h 内恢复,有 1 例因昏迷时间过长虽然 12 h 后神智恢复,但未留有智力障碍;对于快速指血糖提示血糖过高者进行相应的降糖处理。

3 讨 论

本文资料显示,在重症婴幼儿中,血糖异常患儿比例不小,以低血糖为主,原因主要有:(1)婴幼儿由于长期喂养不当或断奶期间营养摄入不足导致的低血糖,一般伴有营养不良,因而易于感染,感染后进一步加重;(2)患儿在原有疾病的基础上拒食、厌食或高烧及腹泻、呕吐等原因大量消耗糖而得不到及时补充,导致低血糖,进一步加重原来的病情,形成重症。但无论哪种情况医生都容易忽略患儿低血糖的问题,一方面可能是低血糖症主要表现为昏迷、抽搐、嗜睡等临床症状,这种症状一般的重症患儿都会有,缺乏特异性,因而易被原病症所掩盖。另一方面可能是婴幼儿采血较困难且做生化时间比较长,一般都是先根据经验用药,因而极少测血糖,而低血糖症惟一的诊断方法是血糖测定。患儿低血糖如昏迷时间过长,引起脑水肿可致不可逆脑损害而致残,严重者可死亡。经快速检测血糖后,可指导医生正确用药。对于指血糖低于 2.8 mmol/L 者,立即静脉推注高渗葡萄糖,本文 45 例血糖低于 2.8 mmol/L 患儿,38 例在 30 min 内迅速恢复意识,45 例无一致残。可见采用快速血糖仪检测,具有使用方便、易于操作、时间短和需血量少、可多次反复检测的特点,在重症婴幼儿抢救中的临床价值越来越大,将越来越多被应用于临床^[2]。当然快速血糖仪的使用必须按标准程序操作,使用的医护人员需专门经过 POCT 培训,仪器定期清洁保养,测定结果要定期与大型生化仪器进行对比,对比合格方可使用。

参考文献

[1] 邵孝祺,蒋未明. 急诊医学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1992:405.
[2] 郝卫军,刘岩,蔡小兵,等. 血糖监测仪临床应用价值探讨[J]. 中国临床保健杂志,2005,8(3):238-239.

(收稿日期:2010-03-22)