

80% 基本吻合,因各种免疫球蛋白主要分布在电泳区带的 γ 区,临床对 γ 区带发现有轻度单克隆升高的患者,应进一步做免疫固定电泳和免疫球蛋白测定并追踪观察。

3.2 MM 分型复杂,按 M 蛋白的免疫性质可分为 7 型^[3]。由于 MM 分型多,各型之间临床表现并不完全相同,患者往往对临床症状表现明显的一至二项而就诊于医院的骨科、风湿科、呼吸科、肾内科、中医科等,由于首诊的科室较多,临床医生常常错误的根据单一的症状而诊断为某一疾病,引起误诊。在 16 例未诊断 MM 的 M 蛋白患者中,经查阅出院病历发现,临床诊断多为上呼吸道感染、肺部感染、胸骨占位、肺结核、癌症、肾小球肾炎等疾病。临床血液检查对血清蛋白电泳有 M 蛋白、血红蛋白降低、红细胞沉降率明显加快、血清清蛋白降低、球蛋白明显增高,个别患者血清尿素氮和血清肌酐增高、肾功能衰退等,这些检验结果与 MM 病的检验结果基本吻合,但未考虑到可能是 MM 病,这些患者误诊和漏诊 MM 的可能性很大。

3.3 MM 起病缓慢,是一种进展性的疾病,M 蛋白增长较缓慢,在早期血或尿蛋白电泳中球蛋白区带只是单克隆轻度升高,随着病程的进展才逐渐形成恶性的 M 蛋白。临床医师应

对 40 岁以上患者出现不明原因腰痛,骨关节疼痛或骨质疏松,不明原因贫血、蛋白尿,反复肺部感染、肝功能检查显示球蛋白异常增高,红细胞沉降率明显增快等,应引起高度重视及时做血、尿蛋白电泳检查,如发现电泳有异常球蛋白区带,波峰尖而狭窄,区带浓缩,应尽快做免疫固定电泳、骨髓穿刺、X 线检查、磁共振等检查,如检查结果是阴性也至少每半年做一次高分辨蛋白区带电泳,并注意追踪观察,对诊断早期 MM 患者,减少漏诊和误诊率,延长患者的生存期有重要作用。

参考文献

- [1] 沈志祥,王鸿利,胡翊群. 血液疾病诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006:382-393.
- [2] 张启宇. 内科手册[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2007:1282-1286.
- [3] 迈万明,裴雪涛. 现代血液病学[M]. 北京:人民军医出版社,2003:940-948.

(收稿日期:2011-05-05)

• 短篇与个案 •

以尿酸显著增高伴关节损害为首发症状的多发性骨髓瘤 1 例

张中正(重庆市垫江县人民医院检验科 408300)

【关键词】 多发性骨髓瘤; 尿酸; 关节损害

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.20.040 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)20-2507-01

本文对以尿酸显著增高伴关节损害为首发症状的多发性骨髓瘤 1 例进行分析,报道如下。

1 临床资料

患者,男,66 岁。入院前 3 年,无明显诱因出现双侧膝关节疼痛,行走后加重,休息后缓解,此后一直反复疼痛,到本院行核磁共振检查,提示慢性滑膜炎。血液检验:白细胞 $8.6 \times 10^9/L$,血红蛋白 126 g/L,血小板 $120 \times 10^9/L$ 。肾功能检查:葡萄糖 5.24 mmol/L,尿素氮 6.33 mmol/L,肌酐 $61.5 \mu\text{mol/L}$,尿酸 $458.9 \mu\text{mol/L}$,肝功能检查:总蛋白 70.0 g/L,清蛋白 40.1 g/L,球蛋白 29.9 g/L,丙氨酸氨基转移酶 15 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 25 U/L,碱性磷酸酶 78 U/L, γ -谷氨酰转移酶 19 U/L,建议其住院治疗,被拒绝,自行在外服药治疗,效果不佳,疼痛依然反复发作。自发病以来无潮热盗汗,无畏寒发热。入院前 7 d,患者双膝关节疼痛加重,行走后更明显,门诊以“痛风性关节炎”入院治疗。体格检查:血压 138/90 mm Hg,呈慢性痛苦面容,心肺无异常,双侧膝关节肿胀明显,以内侧压痛为重,局部皮温增高,周围皮肤发红。入院后再次作核磁共振检查,提示慢性滑膜炎,退行性变。血液检查:白细胞 $9.5 \times 10^9/L$,血红蛋白 109 g/L,血小板 $90 \times 10^9/L$ 。肾功能检查:葡萄糖 5.04 mmol/L,尿素氮 9.36 mmol/L,肌酐 $109.5 \mu\text{mol/L}$,尿酸 $725.5 \mu\text{mol/L}$ 。肝功能检查:总蛋白 85.9 g/L,清蛋白 35.8 g/L,球蛋白 50.1 g/L,丙氨酸氨基转移酶 27 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 54 U/L, γ -谷氨酰转移酶 31 U/L,碱性磷酸酶 74 U/L,大小便常规无异常。结合实验室结果,贫

血、血小板减少、蛋白异常、肾功能损害以及关节损害,建议行临床骨髓检查。骨髓检查结果:有核细胞增生明显活跃,骨髓瘤细胞占 48.5%,胞体大,核及核仁畸形,双核、三核等恶性改变可见,参照国内标准确诊多发性骨髓瘤。

2 讨论

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性血液系统肿瘤,由于骨髓内大量异常浆细胞增殖及分泌的异常球蛋白,引起多系统病变。其诊断要点如下:(1)血清中有大量 M 蛋白或尿中出现大量单一轻链;(2)骨髓中浆细胞明显增多大于 10%,且有骨髓瘤细胞,骨髓活检证实;(3)无其他原因的溶骨性损害或广泛性骨质疏松^[1]。多发性骨髓瘤起病隐匿,临床表现复杂,且缺乏特异性,早期诊断困难,极易误诊。梁立新等^[2]报道 28 例误诊中,胸疼 15 例,腰疼 10 例,贫血 18 例,四肢麻木,疼痛 5 例,纳差、恶心、呕吐 5 例,头晕 4 例,下肢活动受限伴尿潴留 1 例。本例以局部关节损害伴尿酸显著增高为首诊。本病例特点:(1)尿酸显著增高;(2)贫血及血小板减少不明显;(3)蛋白异常,白、球蛋白倒置。

多发性骨髓瘤临床表现复杂且缺乏特异性,多发于 60 岁以上的老年人,起病隐匿,早期临床表现多样,易误诊。本病例以尿酸显著增高伴局部关节损害为首诊。对大于 40 岁原因不明的贫血、骨痛、尿酸增高、蛋白异常及反复肺部感染患者,临床医生的诊断思路不要局限于一个范围、一个系统,切莫把患者的首发症状或临床表现作为诊断,进而忽视了原发病,从而误诊、漏诊,延误治疗。

(下转第 2546 页)

蛋白质应至少有 1/3 来自动物蛋白;脂肪约占总热量 30%^[3]。主食的分配应定时定量,根据患者生活习惯、病情和配合药物治疗的需要进行安排,对病情稳定的 2 型糖尿病患者可按每天 3 餐 1/5、2/5、2/5 或各按 1/3 分配;对注射胰岛素或口服降糖药且病情有波动的患者,可每天进食 5~6 餐,从 3 次正餐中匀出 25~50 g 主食作为加餐用。

1.4.4 帮助患者建立合理的食谱 指导患者在饮食中运用食品交换法,即把食品分为奶类、蔬菜、水果、米面、肉类和脂肪六类。每一单元的食品含有类同碳水化合物、蛋白质、脂肪、热量可以随时更换食用,增加患者对食品的选择性。指导患者选择血糖指数最低食物^[4],热量相同的食物因种类不同对糖尿病的控制有不同的影响,特别是餐后血糖。食物中血糖指数高的食物有:精粉面包、土豆片、玉米片;血糖指数中的食物有:米、面、蚕豆等;低的有:大豆、豆制品、大麦、燕麦、黑面包等。可溶性纤维素可以延缓食物吸收,有助于降低餐后血糖。作者指导患者多进富含膳食纤维和果酸的食物,多食新鲜蔬菜、豆类、小扁豆、小麦、大豆、新鲜水果(不含糖)作为每餐的基础。少量供应富含蛋白质的食物:鱼、海产品、蛋、瘦肉、坚果、无皮鸡肉、低脂奶酪、酸乳、牛奶,肥肉、黄油、油脂类不宜食用。

1.4.5 患者饮食注意事项 控制总热量:控制饮食的关键在于控制总热量。当患者因饮食而出现饥饿感觉时,可增加蔬菜、豆制品等副食。在保持总热量不变的原则下,凡增加一种食物时应同时减去另一种食物,以保证饮食平衡。超重者,忌吃油炸、油煎食物,炒菜宜用植物油,且要少吃动物内脏、蟹黄、虾子、鱼子等含胆固醇高的食物。限制饮酒,每天食盐摄入量低于 6 g,以免促进和加重心、肾血管并发症。严格限制各种甜食:包括各种食糖、糖果、甜点心、饼干、水果及各种含糖饮料等,对于血糖控制较好者,可在两餐间或睡前加食含果糖或蔗糖的水果。患者需甜食时,为满足甜味的口感,可使用甜味剂,如蛋白糖、木糖醇、甜菊花等。多食含纤维素高的食物:每天饮食中食用纤维含量 40~60 g 为宜,包括豆类、素菜、粗谷物、含糖分低的水果等。食物中纤维素含量高可加速食物通过肠道,从而延迟和减少糖类食物在肠道的吸收,使餐后血糖下降,同时可增加肠蠕动,有利于大便通畅,纤维素体积大,进食后使人有饱食感,有利于控制体质量。食物纤维尚有一定的降低胆固醇极低密度脂蛋白的作用,故对糖尿病心血管并发症也有一定的预防作用。检测体质量变化:每周定期测量体质量一次,如果体质量改变大于 2 kg,应报告医师并协助查找原因。

2 结 果

经过 2 个月的饮食教育,通过提问的方式对患者进行调查,30 例 2 型糖尿病患者对糖尿病的知晓率达到 100%,坚持正确饮食,血糖控制均稳定,无并发症的发生。

3 讨 论

糖尿病患者的饮食教育是一项投入少、产出高、效益大的保健措施,饮食教育改变人们不良的生活方式和行为,减少自身制造的危险,是一项一本万利的事业^[5-6]。作为一名护理人员,有义务承担起饮食教育的职责,帮助患者获得其所需要的健康知识,减少因知识匮乏给患者带来的巨大身心伤害和经济损失。目前由于糖尿病患者的知识不足,患者没有系统的饮食知识,均未受过营养方面的专业培训,大部分获得的知识零散

混乱,再一个受文化层次、年龄及病程的限制,严重影响了饮食治疗有效、深入的开展^[5]。再次因为社区卫生服务宣传不够,糖尿病患者的饮食控制离不开家庭和社会的支持,我国传统的家庭模式是全家就餐,多数没有分餐,这很不利于患者的饮食控制。因此,护理人员必须通过多种形式、连续的、有计划的、有针对性的饮食教育,来制定一系列的对策,提高患者的认知程度。具体对策如下。

3.1 制订全面的饮食教育计划,为糖尿病患者提供系统的糖尿病防治知识 糖尿病教育是一项系统工程,糖尿病的治疗方案——“五驾马车”缺一不可。糖尿病患者知识需求是多方面的。所以教育者应为糖尿病患者提供全面的防治知识,才能满足糖尿病患者多方面的需求,使健康教育收到良好的效果。

3.2 培养一支糖尿病健康教育的队伍 随着护理模式由生物医学模式向生物—心理—社会医学模式的转变,护士的工作范畴逐渐扩展,护理人员在健康教育中承担起越来越重要的角色。虽然现在各大医院的护士均接受过正规院校培训,但所学的知识已经远远不能满足患者对健康教育知识的需求。所以要做好糖尿病患者的健康教育,应该坚持对在职医护人员进行再教育,培养一批经过系统化专业培训的人员,使其掌握丰富的糖尿病相关知识,有能力担任起健康教育的任务。

3.3 提供个性化护理 饮食教育不能千篇一律,应尽力做到因人施教,才能收到最大的效益。为此,教育者应首先对教育对象进行评估,了解患者的文化层次、糖尿病知识知晓程度,根据患者的知识缺乏程度和需求内容给予具体指导。

3.4 建立长效饮食教育机制 采取多种形式开展糖尿病患者饮食教育,1995 年,国际糖尿病联盟对糖尿病提出的口号是“减轻因为对糖尿病无知而付出的代价”。这个口号道出了糖尿病教育对防治糖尿病的极端重要性^[7]。为了减轻患者的经济负担,医院可定期开展糖尿病饮食教育专题讲座,面向社会所有的糖尿病患者,让患者学会如何健康饮食,另外,指导患者可以通过专业书籍、杂志、网络等途径寻求知识,使患者血糖得到平稳控制,预防或减少并发症。

参考文献

[1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2006:413-423.
[2] 戴霞,尹志妙,姚冬芳,等.糖尿病患者自我管理能力的调查分析[J].护理学杂志,2001,11(16):648-649.
[3] 姚玉琴.糖尿病饮食治疗及护理[J].中华现代护理学杂志,2006,8(3):16.
[4] 李玉梅,王玉兰,郁应海.2 型糖尿病患者心理状态研究及心理干预[J].神经疾病与精神卫生,2005,5(4):293.
[5] 刘会林,张东伟,冯春雷.糖尿病患者健康教育指导[J].中国现代医生,2007,45(24):36.
[6] 赖爱莲.糖尿病患者健康教育的重要性[J].临床和实验医学杂志,2008,7(11):138-139.
[7] 黄敬亨.健康教育学[M].北京:科学出版社,2000:216.

(收稿日期:2011-05-22)

(上接第 2507 页)

参考文献

[1] 梁立新.多发性骨髓瘤 28 例误诊分析[J].基础医学论坛,2009,13(1):46.

[2] 姜波.多发性骨髓瘤的实验室特点及误诊分析[J].临床检验杂志,2010,28(3):268.

(收稿日期:2011-06-27)