

无效死亡;全组早期静脉复合丙泊酚后再插管成功率为 98%;插管应激反应:呛咳 3 例;支气管痉挛 4 例;躁动、抽搐、呕吐症状明显减轻。

3 讨 论

在重型颅脑损伤中,约有 46% 的患者存在意识恢复期间的低氧血症并且引起非常严重的后果^[1],严重颅脑损伤患者早期建立气道通畅是防止脑缺血的主要方法。由于气道阻塞造成意识障碍,所以 GCS≤8 分的患者都需要气管插管和辅助通气。一些患者可能同时还存在进一步损害供氧的情况,如连枷胸、血胸或气胸、上呼吸道外伤和颈椎损伤。伤后 1 h 为颅脑损伤救治的黄金时间,50% 的患者在此阶段救治可以挽回生命。早期低氧血症的发生率为 48%~72%。Udekwu 等^[2]报道了 116 例脑外伤后能说话患者的死亡原因,认为首位并发症即为低氧血症。患者因创伤、窒息、昏迷,其吞咽、咳嗽反射减弱或消失,气道分泌物排出困难以及呕吐物或胃内容物反流误吸,肺泡表面活性物质分泌不足,肺间质水肿,肺泡内渗液,肺不张,从而导致低氧血症。脑实质淤血水肿,中枢性呼吸功能不全,换气量不足所致的呼吸功能障碍,并进一步引起继发性脑损伤。因此,重型颅脑损伤患者抢救中及时气管插管,保持呼吸道通畅是治疗的关键措施之一。气管插管术是急救工作中常用的重要抢救技术,是呼吸道管理中应用最广泛、最有效最快捷的手段之一。是医务人员必须熟练掌握的基本技能,对抢救患者生命、降低病死率起着至关重要的作用,且能够及时吸出气管内分泌物或异物,防止异物进入呼吸道,保持呼吸道通畅,进行有效的人工或机械通气,防止患者缺氧和二氧化碳潴留。气管插管最佳时机为呼吸衰竭早期,即患者表现为呼吸肌乏力、呼吸道分泌物增多、发绀、意识障碍(浅昏迷)时立即进行气管插管,保证有效通气,改善缺氧,提高患者的存活率、减少致残率,及时纠正缺氧,一定不要等到呼吸停止,深度昏迷时才

进行气管插管^[3-4]。重度颅脑损伤患者伴有昏迷、躁动、抽搐等。损伤重、并发症多、病情变化快。实施清醒插管患者难以配合,而且呛咳可能加重颅内高压和加重脑缺氧。在最短时间内经静脉复合丙泊酚麻醉插管,通过控制呼吸、保证氧供、减少 CO₂ 蓄积、减少脑血管扩张,可降低颅内压,避免用药物或操作引起颅内压增高。丙泊酚为烷基酚类短效麻醉药,通过激活 GABA 受体——氯离子复合物,发挥镇静催眠作用。其药理作用有起效快、作用时间短的特点,能降低颅内压,减少脑耗氧量^[5-6]。

参考文献

- [1] Chesnut RM, Marshall LF, Marshall SB. Medical management of intracranial pressure[M]. 3rd ed. In Cooper PR (ed): Head Injury, 1993; 225-246.
- [2] Udekwu P, Kromhout-Sehiro S, Vaslef S, et al. Glasgow coma scale score, mortality, and functional outcome in headinjured patients[J]. J Trauma, 2004, 56(5): 1084-1089.
- [3] 王秀聪. 重型颅脑损伤呼吸道护理体会[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(14): 2158-2159.
- [4] 陶征, 荣英. 重型颅脑损伤人工气道的护理[J]. 中国社区医师, 2010, 12(7): 140.
- [5] 甘国胜, 宋晓阳, 余剑波, 等. 异丙酚对急性颅脑外伤手术脑保护作用的临床研究[J]. 解放军医学杂志, 2005, 30(10): 923.
- [6] 张利华. 颅脑外伤病人气管插管的护理[J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7(2): 189.

(收稿日期: 2011-12-31)

艾滋病患者血培养结果分析

李圣聪, 柳丽娟(福建省福州市传染病医院检验科 350025)

【摘要】 目的 了解福州地区艾滋病患者血液感染状况。**方法** 采用回顾性统计的方法,统计 2008 年 1 月至 2010 年 6 月收治的 273 例艾滋病患者血培养检测结果,并进行分析。**结果** 273 例患者血培养检测,共检出 67 例阳性标本,阳性率为 24.5%。其中马尔尼菲青霉菌 42 例、革兰阴性杆菌 12 例、其他真菌 6 例、葡萄球菌 3 例,其他 4 例。马尔尼菲青霉菌感染占阳性标本的 62.7%。**结论** 福州地区艾滋病患者合并血液感染比例较高,其中马尔尼菲青霉菌感染居首位,应引起临床医生的重视,应积极进行血液、骨髓培养或其他病理学检查,以明确诊断。

【关键词】 马尔尼菲青霉菌; 获得性免疫缺陷综合症; 血培养

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 13. 068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1656-02

艾滋病(AIDS)患者免疫力低下,易合并各种机会性感染。在东南亚, AIDS 患者合并感染依次是结核杆菌、隐球菌、马尔尼菲青霉菌,而在香港,约有 10% AIDS 患者感染马尔尼菲青霉菌。本文对本院收治的 273 例 AIDS 患者血培养结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月至 2010 年 6 月 273 例本院收治的 AIDS 患者,所有患者均经福建省或市疾病预防控制中心用免疫印迹试验(Western blot)确认人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体阳性,诊断均符合 2006 年中华医学会感染病分会 AIDS 学组制定的 AIDS 诊断标准^[1]。

1.2 方法 所有患者在住院期间进行血培养检测。均使用需氧树脂瓶和溶血素瓶(适于真菌、结核菌生长)采集标本同时送

检,采用 BD 公司的 BACTEC9120 全自动血培养仪培养,待阳性报警后,同时转种沙保罗平板及血平板,沙保罗平板分别置于 37℃ 和 25℃ 孵育,血平板置 37℃ 孵育。若为真菌生长,分别在 24、48、72 h 观察两种温度下菌落形态、产色素情况,分别取菌落制成湿片置高倍镜下观察真菌孢子和菌丝形态(酵母样真菌移种显色培养基)。根据菌落及镜下形态、产生的色素及 25℃ 和 37℃ 培养的双相菌特点鉴定。其他细菌采用法国梅里埃 API 鉴定系统鉴定。

2 结 果

2008 年 1 月至 2010 年 6 月, 273 例 AIDS 患者血培养检测共检出阳性标本 67 例,阳性率为 24.5%,其中马尔尼菲青霉菌 42 例、革兰阴性杆菌 12 例、其他真菌 6 例、葡萄球菌 3 例、

其他 4 例。马尔尼菲青霉菌感染居首位,占阳性标本的 62.7% (2008 年 14 例,2009 年 16 例,2010 年 1~6 月 12 例)。

3 讨 论

AIDS 患者,尤其是晚期患者,由于免疫力低下,常继发和伴发马尔尼菲青霉菌感染。马尔尼菲青霉菌为温度依赖性双相性青霉菌,在 25℃ 为青霉菌,少数菌株会在第 1 天产生特征性的水溶性葡萄酒红色色素,多数菌株第 1 天为非常淡的黄色菌落不产色素,第 2 天后菌落颜色变深表面并长绒毛,产生特征性的水溶性葡萄酒红色色素可扩散到整个培养基。镜下湿片可见细长的分枝分隔菌丝,末端呈典型的帚状枝,呈单轮或双轮生;在 37℃ 为酵母样,无色素产生,菌落为灰白色,镜下湿片可见酵母样细胞,形似腊肠。该菌为条件致病菌,主要累及单核-巨噬细胞系统,常引起全身广泛性播散,病死率高,是一种深部真菌感染,本菌主要寄生细胞内,主要靠细胞免疫清除病原菌^[2]。因此 AIDS 患者易感染本菌。

Piehl 等^[3]于 1988 年在 AIDS 患者中首次报告马尔尼菲青霉菌感染。近几年各地报告 AIDS 合并马尔尼菲青霉菌感染例数不断增多。福建省地处中国南部沿海,温度、湿度较高,适宜甘蔗、竹子、竹鼠的生长,适宜马尔尼菲青霉菌生长。因此本地区 AIDS 患者也常并发马尔尼菲青霉菌感染,感染率达 15.4% (42/273),略高于香港地区的 10%^[4]。合并马尔尼菲青霉菌感染的患者,临床上多伴有发热,多数患者有肺部感染症状,部分患者可见全身散在性皮疹,皮疹中央坏死凹陷呈脐

窝状,易破溃,破溃后溢出淡黄色分泌物^[5]。本院临床上主要使用氟康唑进行抗真菌治疗效果均较好。

本实验室从 2006 年 10 月发现此菌,合并马尔尼菲青霉菌感染病例数随着 AIDS 患者的增多逐年增多,居本院 AIDS 合并机会性感染的首位,应引起临床医生的重视,积极进行血液、骨髓培养,双瓶、多次送检,以提高阳性率,明确诊断,及时采取抗真菌治疗。

参考文献

- [1] 中华医学会感染病分会艾滋病学组. 艾滋病诊疗指南[J]. 中华传染病杂志, 2006, 24(2): 133-144.
- [2] 冯佩英, 鲁长明, 席丽艳, 等. 马尔尼菲青霉凸玻片小培养方法[J]. 中国真菌学杂志, 2009, 4(5): 307-308.
- [3] Piehl MR, Kaplan RL, Haben MH. Disseminated Penicilliosis in a patient with acquired immunodeficiency Syndrome[J]. Arch Pathol Lab Med, 1988, 112(12): 1262-1264.
- [4] 罗宏, 梁伶. 马尔尼菲青霉菌流行病学研究进展[J]. 中国皮肤性病杂志, 2006, 20(10): 627-629.
- [5] 卢斯汉, 韩建德, 陈谐捷, 等. 艾滋病合并皮肤马尔尼菲青霉感染 4 例[J]. 热带医学杂志, 2007, 7(2): 158-160.

(收稿日期: 2011-12-27)

27 例血红蛋白 E 检验结果分析

赖兆新, 欧丽荣 (广东省广州市海珠区妇幼保健院检验科 510240)

【摘要】 目的 通过 42 087 例珠蛋白生成障碍性贫血(下称地贫)筛查,经基因确诊筛出 70 例血红蛋白 E (HbE)病。**方法** 现采用近 3 年 27 例 HbE 病分析异常 HbE 的理化性质。常规血液学检查、硷性血红蛋白电泳、 α -和 β -地贫基因检测来确诊本文病例。**结果** 有 21 例 HbE 杂合子,4 例 HbE 杂合子复合标准型 α -地贫,有 2 例 HbE 杂合子复合静止型 α -地贫,镜下观察红细胞形态异常。**结论** 通过这 70 例 HbE 病基因检测,碱性血红蛋白电泳可确诊 HbE 病。临床表现贫血较轻,在本行政区本室统计 HbE 病的发生率为 0.166%,这样能更好为产前检查、婚前检查提供科学参考。

【关键词】 珠蛋白生成障碍性贫血; 血液学分析; 血红蛋白 E

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 13. 069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1657-02

血红蛋白 E(HbE)是最常见的慢速异常血红蛋白之一,是 β 链第 26 位谷氨酸被赖氨酸替代($\alpha\beta 2\text{GAA} \rightarrow \text{AAG}$),异常血红蛋白 E 则是 β -珠蛋白生成障碍性贫血(下称地贫)中的特殊基因类型^[1]。1979 年梁植汉等^[2]首次经 Hb 化学分析确诊我国有 HbE。本科室通过 42 087 例地贫筛查,检出 70 例 HbE, HbE 的阳性率高达 0.166%,比以往有些报告阳性率高。为了减少以后漏诊现将近 3 年 27 例 HbE 病实验室的有关检查报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2011 年 10 月在本院做产检及婚检的 27 例经基因确诊为 HbE 病的患者。

1.2 检查方法

1.2.1 样本采集 取静脉血 2 mL,乙二胺四乙酸抗凝。

1.2.2 红细胞平均体积(MCV)测定 采用日本 SystemKx-21 自动血细胞分析仪及其配套的稀释液和溶血素试剂测定,实验前严格按照操作规程进行质控。MCV 正常值为 82~100 fL、异常值为小于 82 fL。

1.2.3 Hb 电泳分析 采用美国 Helena 公司的 SPIfe combi-

Hb 电泳仪,使用与仪器配套的 SPIFE ALKALINE(PH8.6), Hb 琼脂凝胶板,扫描仪是 EPSON 公司 Quick-scan2000。血红蛋白 A2(HbA2)正常值:2.5%~3.5%。

1.2.4 镜下观察红细胞形态、Heinz 小体 取 0.0004 M 美兰液及 1.25%亚硝酸葡萄糖液 1:1 配制,加 0.78%NaCl 按 1:9 配成反应液,加静脉血 1 滴水孵育 3~6 h,取出加 10%龙胆紫 1 滴再水浴 30 min,湿片镜检红细胞形态。

1.2.5 α -地贫基因诊断 α -地贫试剂由亚能生物技术(深圳)有限公司提供,PCR 扩增仪为美国 MJPTC-200,严格按说明书进行操作。

2 结 果

由 27 例 HbE 病的常规血液学分析,红细胞(RBC)计数正常,24 例 Hb 含量正常(110~160 g/L),只有 3 例轻度贫血(96~106 g/L);MCV 全部低于正常值(68.3~82 fL);平均红细胞血红蛋白量(MCH)有 17 例低于正常值(<26 pg),10 例在正常范围内;平均血红蛋白质量(MCHC)有 26 例正常,只有 1 例低于正常范围,红细胞分布宽度(RDW-SD)只有 2 例稍低于正常值(37~54),镜下观察湿片红细胞形态:RBC 大小不