

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

肤、口腔卫生,勤剪指甲、勤换内衣裤,做好晨晚间护理,长期卧床患者预防褥疮发生,治疗时严格无菌操作规程。

1.2.6 出院指导 肺结核合并糖尿病系慢性传染病,院外治疗时间长,通过基本的糖尿病知识和结核病防治知识健康教育,使患者认识到糖尿病并发结核病的可治性和坚持长期治疗的重要性^[7]。因此出院指导是重要的环节,要指导患者出院后保证充足的休息,适当的运动,按时服药,定期门诊复查,教会患者及家属注射胰岛素、监测血糖,根据测试结果合理安排饮食;教会患者家庭消毒隔离知识及自我防护知识,给患者填写出院指导卡、随访卡,留下患者的电话号码,与患者保持联系,督导患者在院外完成化疗全过程。本组有1例因经济困难中断胰岛素治疗,加之合并感染而发生酮症酸中毒后送入医院,经及时抢救治疗护理好转出院。本组有2例患者入院时皮肤溃烂,经换药治疗溃烂处结痂,1例发生口腔白色念珠菌感染,经口服氟康唑及口腔护理后治愈。

2 结 果

通过对30例肺结核合并糖尿病患者全方位的护理,肺结核病灶缩小或闭合,胸腔积液明显减少,血糖控制良好,出院随访调查显示患者病情平稳,家属及患者对疾病相关知识的了解和生活质量明显提高。本组有5例发生药物性肝炎,经停用抗结核药、护肝治疗,肝功能正常后,重新制订了方案,5例全部好转出院,继续院外治疗。

3 讨 论

肺结核患者在抗结核治疗过程中,如果经过正规合理治疗,肺部病灶吸收不满意,痰菌持续阳性,一定要及时检查血糖、尿糖,排除合并糖尿病的存在^[8]。糖尿病可以使肺结核的好转率降低,其原因可能因糖尿病患者长期高血糖造成的酸性

环境有利于结核菌生长,而结核病又使糖尿病的症状加重,糖、蛋白质、脂肪代谢紊乱造成机体营养不良、免疫功能减退。总之,肺结核及糖尿病均属慢性病,治疗时间长,疗效缓慢,但根据患者病情的轻重及个体差异做好临床护理和患者及家属的健康教育,通过积极有效的护理,让患者对疾病有正确的认识,可以提高其对治疗的依从性,掌握自我护理能力,提高治愈率及生活质量。

参考文献

- [1] 张文惠. 糖尿病合并肺结核患者的护理[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(16): 1248-1249.
- [2] 冷辉芸, 王静, 王巧云, 等. 糖尿病合并肺结核患者的护理体会[J]. 中国当代医药, 2011, 18(24): 136-137.
- [3] 徐红瑜. 复治肺结核合并糖尿病 28 例的心理护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(8): 187.
- [4] 宋玉娟, 陈小红, 杨继芳, 等. 肺结核合并糖尿病 32 例临床特点与护理[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(6): 69-70.
- [5] 李士娥, 李蕾, 李娟. 肺结核合并糖尿病患者的临床特点及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2003, 9(7): 501-502.
- [6] 李娣. 糖尿病的护理方法及体会[J]. 吉林医学, 2011, 32(2): 353-354.
- [7] 杜玉芸. 肺结核合并糖尿病 42 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(5): 70-72.
- [8] 韩诗卉. 肺结核 82 例临床护理[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(9): 1364.

(收稿日期: 2013-01-27 修回日期: 2013-02-12)

基层医院输血风险的预防与控制

杨善业¹, 黄枝艳² (1. 广西壮族自治区钦州市妇幼保健院 535099; 2. 广西壮族自治区钦州市中心血站 535099)

【关键词】 异体输血; 输血风险; 自体输血; 基层医院

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 13. 082 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)13-1766-02

异体输血有传播疾病、引起不良输血反应和人为差错可能对患者造成危害的风险。基层医院应该通过建立输血质量管理体系, 规范输血行为; 加强技术培训, 改善输血技术, 提高输血风险及其防范意识; 操作制度化、规范化, 改善工作人员的工作态度 and 责任心, 杜绝输血差错事故等来规避输血风险。

1 基层医院常见输血风险

1.1 临床用血不科学、不合理。

1.1.1 滥用血液^[1]。部分临床医生没掌握输血适应证, 没有本着“能不输不要输, 能少输不要多输”的用血原则, 给部分无输血指征的患者输血。用血液作营养品或其他药物替代品, 没有把血液留给最需要的患者, 浪费血液资源, 增加了患者的输血次数及数量, 给不必输血的患者带来、增加输血风险。

1.1.2 输血观念陈旧。部分医生仍喜欢用新鲜全血, 没有根据患者病情需要, 用好成分血。病毒在血液中的分布是不均匀的, 如白细胞、血浆病毒分布较多, 危险性较大。红细胞、血小板等病毒分布较少, 风险相对小。资料显示, 越新鲜血液病原体的传播概率越大, 输注成分血比全血输血病原体传播及免疫反应少得多^[2]。实践证明库存血比新鲜血安全, 成分血比全血更安全^[3]。

1.1.3 缺乏输血相关知识。临床医生缺乏对输血风险防范与处置等的认知; 不了解患者疾病状况, 尤其是心、肝、肾等功能状况对输血安全性的影响; 不了解患者过往病史, 如妊娠史、输血史及过敏史等, 可能诱发输血不良反应^[4], 危及患者生命安全, 增加输血风险。

1.2 储血质量引发的风险^[5]

1.2.1 基层医院输血科或血库受环境、设施等条件限制,储血条件未达要求, 如没有高质量的控温稳定的专用贮血冰箱, 没有冷链监控系统, 储血质量未能得到有效保障。

1.2.2 血液入库前未认真核对验收,对血袋外观及血液没有认真观察, 导致血液性状改变没能及时发现, 把“问题血”当“合格血”输给患者, 引发后果。

1.2.3 贮血室及贮血冰箱未按时消毒,贮血冰箱内物表及空气细菌超标, 造成血液污染。

1.3 人为差错引发的风险

1.3.1 输血科工作人员做“输血前相容性检测”项目时未严格按操作规程执行,责任心不强, 工作不细致, 未做质控。试剂灵敏度及特异性未达要求, 检测方法落后等都可能引发错误结果。