

(+ - + - -)也有人称为“大二阳”,是急性 HBV 感染或慢性 HBsAg 携带者,传染性强。此模式在 HBsAg(+)模式中也有不小的比例。第 5 组(+ - - - -)单纯 HBsAg(+)是 HBsAg(+)模式中极少见的一种。通常的慢性 HBV 感染中,HBsAg 和抗-HBc 并存者约占 95%以上,HBV 感染不出现抗-HBc 是少见的,单纯 HBsAg(+)主要由于抗-HBc 缺失所致^[4],见于急性 HBV 感染的最早期或实验中待排除的假阳性^[3]。

HBsAg(-)模式共 9 组,其中第 9 组(- + - - -)单纯抗-HBs(+)达 31.03%,可能与接种乙肝疫苗的普及有关。抗-HBs 是针对 HBsAg 的特异性抗体,属于保护性抗体,血清中抗-HBs 阳性一般反映接种疫苗或 HBV 的过去感染,是一种对 HBV 感染具有免疫力的标志。第 6 组(- + - + +)、第 7 组(- + - - +),属于既往感染,急性 HBV 感染后康复标志,已有免疫力。第 10 组(- - - + +)、第 11 组(- - - + -)、第 12 组(- - - - +)均代表有 HBV 的既往感染,或是仍然存在的 HBV 低水平的感染,即 HBsAg 阴性携带者。单一抗-HBc(+)在一般人群中的检出率为 6%~10%^[4],抗-HBc 是 HBV 感染后标志,不是保护性抗体,滴度高,容易检出,并可维持多年,甚至几十年,其他指标转阴后抗-HBc 仍可持续阳性,因此它是流行病学调查的良好标志,当抗-HBc 高滴度阳性提示 HBV 复制,低滴度阳性提示既往感染。HBsAg 阳性血清,一般抗-HBc 亦是阳性,但并非抗-HBc(+)均可检出 HBsAg(+),一些 HBV 感染患者,血清中只有单项抗-HBc(+),但用 PCR 检出血清中 HBV DNA(+)患者可达 30%~35%^[4]。所以单项抗-HBc(+)的意义可能有两个方面,是现存 HBV 感染又是既往感染的反映^[5]。抗-HBe、抗-HBc 持续阳性,也可是检测方法不够敏感,检测不出低浓度的 HBsAg,亦可是 S 基因发生突变用一般方法检测不出来,血清 HBV

DNA 也可能阳性^[5]。

第 13 组(- - + - -)、第 14 组(- - + - +)是非典型的 HBV 急性感染,可因 HBsAg 已与抗-HBs 形成免疫复合物或因 HBV 遗留在血清的 Dane 颗粒表面,HBsAg 被抗-HBs 所包裹,以致难以测出血清中的 HBsAg,也可因 HBsAg 浓度过高,产生的“钩状”效应,也可因为类风湿因子的影响。所以当单一 HBeAg(+)时应进一步检测类风湿因子及对血清稀释后再作 HBsAg。

因此在实际工作中,一定要严把质量关,做好室内、室间的质量控制,确保结果的准确性。对检测中出现的少见或罕见模式,应先核准试剂质量,操作方法等方面确无差错之后,慎重报告,所以当患者感染 HBV 后,除必须作血清 HBV 标志物外,仍需再作 HBV DNA 检测,以便综合考虑,有利于对 HBV 感染者的综合诊断。

参考文献

[1] 赵兵,何明幸,付文金,等. 5 万例乙肝两对半 ELISA 检测结果分析[J]. 实用医技杂志,2006,13(23):4144-4145.
 [2] 杨志珺. 4 779 例乙型肝炎两对半检测结果分析[J]. 实用医技杂志,2005,12(12A):3415.
 [3] 刘锡光,郝自柏,熊诗松. 肝炎实验诊断指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:155.
 [4] 骆抗先. 乙型肝炎基础和临床[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:353.
 [5] 彭伟文. 病毒性肝炎研究[M]. 广东:广东科技出版社,1998.

(收稿日期:2010-03-16)

临床研究

387 例咳嗽的诊治体会

王 鸿(重庆市西郊医院急诊科 400051)

【摘要】 目的 探讨咳嗽的临床诊治体会。**方法** 以中华医学会呼吸病学分会制订的《咳嗽的诊断与治疗指南》为参考,回顾性分析本院急诊科 2007 年 10 月至 2008 年 10 月 387 例咳嗽患者的临床资料。**结果** 急性和亚急性咳嗽 258 例(67%),慢性咳嗽中通过影像学确诊 73 例(19%),经验性诊断和诊断性治疗有效 51 例(13%),病因未明 5 例(1%)。**结论** 咳嗽病因复杂、隐匿,复诊率高,对病因明确的咳嗽应采取针对性治疗,对缺乏阳性体征和辅助检查的咳嗽患者参考《咳嗽的诊断与治疗指南》予以诊断性治疗,避免滥用抗生素和重复各种辅助检查,尽可能地减少患者痛苦和经济负担。

【关键词】 咳嗽; 诊断; 治疗; 体会

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.045

中图分类号:R562

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)17-1873-03

咳嗽是呼吸系统疾病的常见症状,以咳嗽就诊的患者占呼吸科门诊患者的 80%,占同期门诊量的 20%^[1]。临床上咳嗽病因繁多,不仅涉及呼吸系统,还与消化、耳鼻咽喉、神经、心血管系统等多种疾病有关。由于对慢性咳嗽的病因认识不足,临床上常误诊、漏诊,造成患者被反复使用抗生素、镇咳药物治疗和反复进行各种检查,造成菌群失调、耐药,医疗资料浪费以及增加患者的痛苦和经济负担。作者以中华医学会呼吸病学分

会制订的《咳嗽的诊断与治疗指南》为参考,回顾性分析了本院急诊科 2007 年 10 月至 2008 年 10 月 387 例咳嗽患者的临床资料,对病因明确的咳嗽采取特异性治疗,对缺乏阳性体征和辅助检查的慢性咳嗽,针对医院的诊疗条件和患者的经济状况、意愿,科学合理地采用经验性诊断及诊断性治疗,取得了较好的临床疗效,避免了滥用抗生素和重复各种辅助检查,尽可能地减少了患者的痛苦和经济负担。现将作者对咳嗽的一些

临床诊治体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2007年10月至2008年10月到本院急诊科就诊的咳嗽患者387例。其中男223例,女164例,年龄14~67岁,平均36岁。咳嗽时间最短2d,最长2.5年。根据《咳嗽的诊断与治疗指南》,按时间将咳嗽分为3类:急性咳嗽(<3周),亚急性咳嗽(3~8周)和慢性咳嗽(≥8周)。

1.2 诊断方法

1.2.1 询问病史和体格检查 仔细询问病史对病因诊断具有重要作用,并可指导合理检查。包括咳嗽性质、音色、节律和时间,诱发或加重因素、伴随症状,还应注意询问耳鼻喉、消化系统病史和患者的既往史、用药史、过敏史、吸烟史、职业及家族病史。体格检查按各部位详细进行。

1.2.2 根据本院的诊疗条件和患者经济状况制订如下辅助检查流程:(1)常规检查血常规和胸片。(2)胸片有可疑病变时:①予以经验诊断和治疗,并2~4周随访胸片;②胸部CT或增强CT;③疑是结核,应查结核抗体、PPD试验、晨痰检查或转诊至结防所。(3)耳鼻喉专科检查、鼻窦片或CT。(4)食道钡餐、胃镜检查以辅助诊断胃-食管反流性咳嗽(GERC)。(5)疑是心源性咳嗽,做ECG和心脏彩超检查。(6)疑是血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)诱发的咳嗽,停用4周并以血管紧张素受体拮抗剂(ARB)替代。

1.3 治疗方法

1.3.1 急性咳嗽 普通感冒最常见,感冒2d后60%~70%发生咳嗽,咳嗽常与病毒感染、鼻后滴流和免疫力下降有关,以对症治疗为主,一般无需用抗菌药物。(1)减充血剂:伪麻黄碱;(2)退热药物:解热镇痛药类;(3)抗过敏药:第一代抗组胺药如马来酸氯苯那敏等;(4)止咳药物:中枢性镇咳药,如右美沙芬或可待因。感冒具有自限性,约1周可自愈。

1.3.2 亚急性咳嗽 常见于感冒后咳嗽,予以抗炎、祛痰、止咳、平喘等对症治疗。

1.3.3 慢性咳嗽 (1)X线胸片有明确病变者,如肺炎、肺结核、肺癌等,予针对性治疗如抗感染、抗结核、化疗抗癌或转至上级医院;(2)X线胸片无明显病变者,以咳嗽为惟一症状或主要症状者,即通常所说的不明原因慢性咳嗽^[2]。慢性咳嗽的病因相对复杂,明确病因是治疗成功的关键。①鼻后滴流综合征(PNDS):指由于鼻部疾病引起分泌物倒流至鼻后或咽喉部或反流入声门及气管,导致的以咳嗽为主要表现的综合征^[3]。病史存在鼻后滴流或频繁清嗓可按PNDS治疗,治疗依据导致本病的基础疾病而定,由鼻炎引起者选抗组胺剂、鼻减充血剂和鼻吸入糖皮质激素,由鼻窦炎引起者主要是抗感染、开放窦口、促进引流。②GERC:是胃内食物反流入食管导致的慢性咳嗽,病史存在胸骨后烧灼感、反酸、嗝气,进食后诱发或加重咳嗽,应考虑为GERC,治疗主要是减少反流,用质子泵抑制剂和胃动力药治疗2~4周可见疗效。③参考《咳嗽的诊断与治疗指南》以及相关文献^[4-6],慢性咳嗽除前两者外,还常见于咳嗽变异性哮喘(CVA)、嗜酸性粒细胞性支气管炎(EB)、变应性咳嗽(AC),这五者占了慢性咳嗽病因的63%~94%,予以诊断性治疗; β_2 -受体激动剂、吸入或口服糖皮质激素、抗组胺剂、氨茶碱联合治疗。④药源性咳嗽:大约5%~35%患者服用ACEI类降压药物会导致咳嗽,常表现为刺激性干咳^[7],通常停药4周后咳嗽消失或明显减轻。

2 结果

急性和亚急性咳嗽258例(67%);慢性咳嗽中通过影像学

确诊73例(19%),包括肺炎32例、肺结核18例、支气管扩张6例、肺脓肿2例、肺癌2例、鼻窦炎13例;而影像学无明显异常者中,经验性诊断和诊断性治疗有效51例(13%),其中食道钡餐和胃镜疑是GERC17例,左心功能不全2例;病因未明5例(1%)。总诊断率98.7%。急性和亚急性咳嗽临床有效率为100%,慢性咳嗽临床治疗有效120例,有效率93%。

3 讨论

咳嗽的病因繁多且涉及面广,明确病因是治疗成功的关键。急性和亚急性咳嗽通过病史、体检和相关辅检可以确诊,从而可使临床治疗获得满意的效果。而对于慢性咳嗽,大多数普通内科医生习惯性地诊断为“慢性支气管炎或慢性咽喉炎”,治疗也还停留在对症和滥用抗生素的水平,而忽略病因的诊治,因此只有准确了解慢性咳嗽的病因才能采取针对性治疗。采用“全部检查,再行治疗”是一种有效获得正确病因诊断和有效治疗的模式,但也是诊治费用最为昂贵的模式^[8],必会导致医疗资源的浪费,增加国家、社会和患者的负担。因此只能据现有条件尽可能究其原因。作者在此次诊治过程中,遵循了《咳嗽的诊断与治疗指南》中对于咳嗽病因诊断的几条原则:(1)重视病史,包括耳鼻咽喉和消化系统疾病病史;(2)根据病史选择有关检查,由简单到复杂;(3)先检查常见病,后检查少见病;(4)诊断和治疗两者应同步或顺序进行。如前者条件不具备时,根据临床特征进行诊断性治疗,并根据治疗反应确定咳嗽病因,治疗无效时再选择有关检查。

气道高反应性是CVA的基本特征之一,肺通气功能和支气管激发试验是CVA的关键方法,诊断敏感性可达80%~90%^[1]。诱导痰检查嗜酸性粒细胞增高可初步诊断EB^[9]。24h食管pH值监测是诊断GERC最特异、最敏感的方法^[10]。由于本院医疗设备及就诊患者经济条件、知识水平受限,导致一些相关检查如肺通气功能、支气管激发试验、24h食管pH值监测、高分辨率CT、纤支镜等难以进行和开展,对于典型病史和咳嗽相关症状的患者,在病因诊断和治疗两者不能同时兼顾时,在患者有限的经济状况下,进行病因诊断性治疗显得尤其重要,这不仅避免了一些有创检查给患者造成的身心痛苦和增加经济负担,更重要的是以此可消除或减轻咳嗽给患者带来的痛苦。本组研究中,影像学无明显异常的慢性咳嗽56例中,经验性诊断和诊断性治疗有效51例,有效率91.1%,慢性咳嗽常有多种原因共存,故作者予以综合性的诊断性治疗且获得较好的临床疗效,但治疗无效时应尽可能完善相关检查,以免延误病情。《咳嗽的诊断与治疗指南》为临床提供了有效的咳嗽病因诊断程序和诊断思路,也为慢性咳嗽的诊断性治疗提供了依据,系统的诊断和治疗可使大部分患者明确诊断及有效控制。《咳嗽的诊断与治疗指南》中诊断流程易掌握和实用,适于基层医院学习和推广。

参考文献

- [1] 马洪明,朱礼星,赖克方,等.不明原因慢性咳嗽的治疗探讨[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(11):675-678.
- [2] Morice AH, Fontana CA, Belvisi MC, et al. ERS guidelines on the assessment of cough[J]. Eur Respir J, 2007, 29(6):1256-1276.
- [3] 冯玉麟,欧雪梅.鼻后滴漏综合征与慢性咳嗽[J].中国实用内科杂志,2006,26(1):7-8.
- [4] 纪村传,袁彩霞.咳嗽的病因分析与治疗对策[J].实用心脑血管病杂志,2008,16(6):54-55.

[5] 徐先平,黄慧俐,胡建军,等.慢性咳嗽的病因分布及临床诊断与治疗[J].中国医药导刊,2008,10(3):407-408.
 [6] 赖克方,陈如冲,刘春丽,等.不明原因慢性咳嗽的病因分布及诊断程序的建立[J].中华结核和呼吸杂志,2006,29(2):96-99.
 [7] Ravid D, Lishner M, Lang R, et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and cough; a prospective evaluation in hypertension and in congestive heart failure [J]. J Clin Pharmacol, 1994, 34: 1116-1120.
 [8] Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et al. The diagno-

sis and management of chronic cough [J]. Eur Respir, 2004, 24: 481-492.

[9] Brightling CE, Ward R, Goh KL, et al. Eosinophilic bronchitis is an important cause of chronic cough [J]. Am J Respir Crit Care Med, 1999, 160: 406-410.
 [10] Dicipinigitis PV. Chronic cough due to asthma; ACCP evidence-based clinical practice guidelines [J]. Chest, 2006, 129: 75S-79S.

(收稿日期:2010-03-18)

临床研究

839 例艾滋病患者血清胆碱酯酶检测分析

戚茂超,唐柳生,杨小兵,陈敬捷(广西壮族自治区龙潭医院检验科,柳州 545005)

【摘要】 目的 为了解艾滋病患者肝功能变化情况及血清胆碱酯酶(CHE)含量。方法 用速率法进行测定。结果 121 对照组的血清 CHE 测定, $\bar{x} \pm s$ 为 (7 518.54 ± 2 198.80) U/L, 839 例艾滋病患者 CHE 测定, $\bar{x} \pm s$ 为 (5 410.52 ± 2 809.72) U/L, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 有 409 例 CHE < 5 000 U/L, 异常率为 48.75%, 有 186 例 ALT > 44 U/L, 263 例 AST > 35 U/L, 异常率分别为 22.17%、31.35%。结论 血清胆碱酯酶测定对了解艾滋病患者肝功能受损害程度有一定的指导意义。

【关键词】 艾滋病; 胆碱酯酶; 肝功能

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.046

中图分类号:R446.112

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)17-1875-02

在临床中,测定血清胆碱酯酶(CHE)活性是评估肝实质细胞损害的重要手段,血清 CHE 活性减低常见于各种肝炎、肝硬化、肝细胞变性、坏死和(或)纤维化。艾滋病患者因其免疫功能缺陷易发生各种机会感染。为了解艾滋病患者血清 CHE 活性变化情况,本文对 839 例艾滋病患者进行 CHE 检测,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2009 年 1 月 3 日至 2010 年 4 月 8 日到本院就诊或住院的艾滋病患者 839 例,年龄 18~80 岁,男 501 例,女 338 例。病程 1~4 年,其中 706 例伴有发热、咳嗽,152 例有胸痛、腹部不适、气紧或呼吸困难等,有 59 例伴有腹泻,26 例有咽痛、口腔感染等,36 例出现有皮肤瘙痒及皮疹,52 例有生殖系统疾病或泌尿系统感染。流式细胞计数 CD4⁺ 值为 (244.8 ± 156.9) × 10⁶/L,其中有 499 例 CD4⁺ 值小于 200 × 10⁶/L。839 例艾滋病患者经本实验室初筛为阳性后再进行确证为阳性,艾滋病的诊断标准根据中国《HIV/AIDS 的诊断标准和防治原则》^[1]。对照组经检查无任何疾病的 121 名健康人员。

1.2 仪器与试剂 日本 ACCUTE-40 全自动生化仪;CHE 试剂由北京康大泰科医学科技有限公司提供,ALT、AST、GGT 试剂由贝克曼公司提供。

1.3 检测方法 CHE、ALT、AST 均用速率法进行测定。

1.4 统计学方法 数据处理用 $\bar{x} \pm s$ 表示。组间比较用 *t* 检验。

2 结果

2.1 在本实验条件下,121 名对照组的血清 CHE 测定, $\bar{x} \pm s$ 为 (7 518.54 ± 2 198.80) U/L, 本实验室正常参考值范围为 5 000~10 000 U/L, 839 例艾滋病患者 CHE 测定, $\bar{x} \pm s$ 为 (5 410.52 ± 2 809.72) U/L, CV 为 172.68%, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 839 例艾滋病患者中有 409 例 CHE 小于 5 000 U/L, 异常率为 48.75%。见表 1。

表 1 839 例艾滋病患者与对照组的血清 CHE 的比较

组别	<i>n</i>	结果(U/L)	<5 000 U/L	异常率(%)
对照组	121	7 518.54 ± 2 198.80	0	0
艾滋病	839	5 410.52 ± 2 809.72	409	48.75

2.3 839 例艾滋病患者中有 186 例 ALT > 44 U/L, 263 例 AST > 35 U/L, 异常率分别为 22.17%、31.35%, 见表 2。

表 2 839 例艾滋病患者 CHE、ALT、AST 的比较(U/L)

项目	<i>n</i>	CHE < 5 000	ALT > 44	AST > 35	异常率(%)
CHE	839	409			48.75
ALT	839		186		22.17
AST	839			263	31.35

3 讨论

CHE 是一类糖蛋白,以多种同工酶形式存在于体内。一般可分为真性 CHE 和假性 CHE。真性 CHE 也称乙酰胆碱酯酶(Ach),主要存在于胆碱能神经末梢突触间隙,特别是运动神经终板突触后膜的褶皱中聚集较多;也存在于胆碱能神经元内和红细胞中。此酶对于生理浓度的 Ach 作用最强,特异性也较高。一个酶分子可水解 3 × 10⁶ 分子 Ach,一般常简称为 CHE。从病理学角度看,各型肝炎患者由于肝细胞大量坏死,肝脏内网器功能受损,其合成功能下降^[2]严重,发生肝细胞变性、坏死和(或)纤维化。变性、坏死越严重,即肝细胞炎症越重,肝细胞合成 CHE 减少, CHE 活力下降越明显^[3]。ALT 存在于肝细胞的线粒体中,在肝脏发生损害时,就会由肝细胞释