

血管硬度的改变,脉压差越大,血管硬度越大,主动脉及外周大动脉等传输血管硬度增加时,血管中脉搏波的传递速度增加,这将使前向压力波从主动脉和外周大动脉传递到各个反射点及返回到心脏的时间缩短,从而导致左心室肥厚^[5]。

大量资料表明,血清尿酸浓度与冠心病有关。尿酸是嘌呤代谢的最终产物,主要由细胞代谢的核酸和其他嘌呤类化合物以及食物中嘌呤经酶的作用分解而来。本研究通过观察 AMI 组与冠脉正常组之间血尿酸水平及 AMI 组中病变轻重不同与血尿酸水平,探讨血尿酸水平与冠心病之间的关系。发现 AMI 组血尿酸水平明显高于冠脉正常者,两组差异有统计学意义($P<0.01$),表明血尿酸在冠心病发病机制中起着一定作用。近年来的研究表明,尿酸有促炎性反应和促血栓形成作用,包括可激活中性粒细胞、巨噬细胞、血小板和旁路激活途径,直接损伤动脉内膜,诱发和加重动脉粥样斑块形成;此外血尿酸与其他代谢危险因素并存,加重血管损害,促进冠状动脉狭窄的发生,高尿酸血症是冠心病的一个危险因素^[6]。观察 AMI 组中病变轻重不同与血尿酸水平的关系发现血尿酸水平越高,冠脉病变越重,两组相比差异有统计学意义($P<0.05$)。曾有研究提示高尿酸血症预示急性冠状动脉综合征的发生^[7]也有报道高尿酸血症是发生 AMI 的相关因素之一^[8]。

本组资料的研究结果表明,2 型糖尿病并发冠心病组在相关危险因素方面与非糖尿病组有显著差别,其差异具有统计学意义($P<0.05$)。

本研究结果提示,高血糖、高尿酸、高三酰甘油的代谢综合征是导致冠心病的一个危险因素。在随机抽取的 100 例行冠状动脉造影检查的男性患者中查询病史,95 例有规律的吸烟史,这些吸烟者包括目前正在吸烟和既往有规律吸烟史但现在已戒烟者。所以,高血压、高胆固醇、糖尿病和吸烟是冠心病的四大常见危险因素,因此,在冠心病治疗方面,降低血糖,血尿

酸、TC 和 TG 等水平有可能减慢冠状动脉硬化进程,或许可降低急性心脏事件的发生。

参考文献

[1] 叶任高.内科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2001: 271.

[2] Payt hasarat by S, Barnett J, Fong LQ. High densityprotein in ibitst heoxidative modification of low density lipoprotein[J]. Biochim Biophy Aota, 1990, 1044(2): 275-283.

[3] Khoo JC, Lvlillor E, Mcloughin P, et al. Prevention of low densitylipoprotein Aggregation by high densitylipoprotien or apo lipoprotein A21[J]. Lipid Res, 1990, 31 (4): 645.

[4] 徐成斌. 血脂异常的药物治新进展[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29(3): 189-192.

[5] Smulyan H, Safar ME. The diastolic blood pressure in systolichy2 perention[J]. Ann InemMed, 2000, 132(3): 233-237.

[6] Johnson RJ, Kivlighn SD. Reappranisal of the parthogenesis and consequences of hyperuricemia in hypertension, cardiovascular disease and renal disease[J]. Am J kidney Dis, 1999, 33(2): 206-208.

[7] 洪涛,董高京,吴宗贵. 血尿酸水平对急性冠心综合症的预测价值[J]. 心血管康复医学杂志, 2003, 12(1): 15-16.

[8] 李丽,李南,白树功,等. 急性心肌梗塞与血尿酸浓度关系探讨[J]. 心肺血管杂志, 1999, 18(4): 275-277.

(收稿日期:2010-03-23)

胸腔置管注入尿激酶治疗结核多房性胸腔积液 50 例分析

曹咏红,张 勇(广西龙潭医院结核科,柳州 545005)

【关键词】 胸腔置管; 尿激酶; 结核多房性胸腔积液

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.081

中图分类号:R521.7

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)17-1917-02

结核性渗出性胸膜炎是临床常见病,常因患者就诊晚、抽液不及时使积液内形成数量不等的纤维索条,将积液分隔成多房性积液,致使抽液困难,治疗难度增加,又留下后遗症。严重者出现限制性通气功能障碍。作者总结了 2006 年 1 月至 2008 年 11 月本科室采用胸腔置管引流并注入尿激酶治疗结核多房性胸腔积液患者的临床资料,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组观察病例 50 例,男 38 例,女 12 例,年龄 16~79 岁,平均(49±11.2)岁。均经临床确诊为中等量结核性渗出性胸膜炎,在治疗前或治疗过程中超声提示胸腔内有纤维分隔形成。无糖尿病、出血性疾病史。

1.2 方法 超声定位确定置管位置,位置尽量在低位,以利于引流。采用中心静脉导管胸腔置管引流,尽量排空液体后,经导管注入生理盐水 20 mL 加尿激酶 10 万单位,夹管 12~24 h 后开放,夹管期间嘱患者反复转动体位,使药液与胸膜充分接

触,发挥作用。2~3 d 复查如仍有分隔或积液再次注入尿激酶,重复上述过程。如连续 3 d 超声影像提示胸腔积液的深、高度均小于 20 mm 即拔管。50 例患者均同时给予 2HERZ/10HRE 方案化疗,泼尼松 30 mg/d 口服。好转后渐减量直至停用,疗程 4~6 周。以超声和胸片检查胸腔积液消失作为治疗有效的标准。一般应用 2~4 次。

2 结 果

50 例患者注入尿激酶 1 次有效者 10 例,余 40 例均需 2 次以上注药。引出的胸腔积液在尿激酶治疗后量明显增多,颜色变深。用药前平均引流量(81±70)mL,第 1 次用药后平均引流量(1 200±500)mL,第 2 次用药后平均引流量(450±50)mL,第 3 次用药后平均引流量(280±20)mL,第 4 次用药后平均引流量(125±30)mL。具体情况见表 1。所有病例胸腔积液均吸收干净。有 5 例遗留局部胸膜肥厚和(或)胸膜粘连。所有病例未发生明显不良反应,注药后凝血时间、凝血酶原时

间、活化部分凝血活酶时间、纤维蛋白定量与注药前无差异。

3 讨 论

结核性胸膜炎是胸膜在遭受结核杆菌感染后产生针对其抗原成分的变态反应,免疫调节细胞在胸腔内募集,并分泌各类细胞因子,使效应细胞活化,通过吞噬与杀菌作用将病原菌局限、杀灭,同时胸膜毛细血管充血、渗出、炎性反应细胞浸润致胸膜通透性增高,引起胸腔积液。其中的纤维蛋白在胸膜表面大量沉积,在胸膜纤维化进程中于脏层和壁层间形成网络状粘连和广泛胸膜增厚。严重者影响以后的肺功能及生活质量。因此,减少胸膜肥厚、粘连,防止日后肺结核的发生和发展有较大临床意义^[1]。然而,常规胸腔穿刺抽液治疗多房性胸腔积液患者,每次仅能抽出少量液体甚至空抽,胸膜肥厚发生率高,且需多次穿刺,疗效不佳又增加患者痛苦。本院采用中心静脉导管胸腔置管术,留置小导管至胸腔底部,并通过导管注入尿激酶,避免了反复穿刺及盲目穿刺,减少了胸膜组织损伤,减轻了患者的痛苦。并且防止了引流管堵塞,保证了引流充分,控制引流速度,减少不良反应发生。尿激酶的作用是通过降解纤维蛋白达到降低胸腔积液黏稠性,清除胸膜粘连形成的房性间隔而发挥作用,使积液引流通畅,增加引流量,使肺得以复张。同时尿激酶还能调节血液循环和血液功能,从而增加胸膜血流速度,加速胸腔积液的吸收^[2]。1989 年美国学者 Moulton 首先

采用胸腔内注入尿激酶治疗胸腔积液,疗效良好,现该法已广泛用于临床。由于尿激酶具有无抗原性和致热原性的优点,很少发生不良反应。对胸膜增厚小于或等于 5 mm 的患者有效率达 92%^[3]。

本组 50 例患者经胸腔置管注入尿激酶后,复查 B 超证实纤维素分隔全部消失,胸腔积液吸收,仅 5 例遗留胸膜肥厚和(或)胸膜粘连,与病程长、胸膜明显增厚有关^[3]。胸腔置管注入尿激酶治疗结核多房性胸腔积液安全、有效、方便、实用,能充分引流积液,缩短病程,减少胸膜粘连、肥厚的发生,改善患者的病情和预后,使绝大多数患者避免外科手术治疗。

参考文献

[1] 谭志雄,谭乃章,刘崇欢,等. 胸腔内注入尿激酶治疗结核性胸膜炎的研究[J]. 中国热带医学,2008,8(5):789-790.
[2] 徐新开. 胸腔置管注入尿激酶治疗结核性胸膜肥厚、粘连临床观察[J]. 临床肺科杂志,2008,13(1):87.
[3] 洪松,金花子. 细管胸腔引流并注入尿激酶治疗包裹性胸腔积液[J]. 中国实用医药,2008,3(17):43.

(收稿日期:2010-03-05)

436 例阴道分泌物涂片检测结果分析

宁 婷,延 平,华鸣凤(新疆维吾尔自治区生产建设兵团医院体检中心 844000)

【关键词】 阴道分泌物; 健康体检; 癌前病变

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.082

中图分类号:R446.19

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)17-1918-02

通过对 436 例妇科阴道分泌物涂片检测结果的分析,了解妇科阴道病的病原菌检出率、病原菌的分布及感染和混合感染的情况,指导临床对妇科阴道病、妇科癌前病变、肿瘤等的预防和治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 12 月至 2009 年 12 月医院门诊和体检者中心就检者的阴道分泌物涂片 436 例,年龄 21~75 岁,汉族。

1.2 试剂与方法 应用体细胞快速染色试剂,待涂片干燥无需固定直接染色:A 液 3 滴 40 s 左右自来水冲洗;B 液 3 滴 40 s 自来水冲洗即可镜检,在同一张玻片上做滴虫、念珠菌、纤毛菌、淋球菌、加特纳球杆菌、核异质细胞、癌细胞等多项检查,判断方法按细胞快速染色图谱^[1]。

2 结 果

436 例涂片结果其中白细胞(+~++++/HP)92 例(21.1%),加特纳球杆菌 74 例(17%)、纤毛菌 40 例(9.2%)、念珠菌 25 例(5.7%)、底层细胞 18 例(4.1%)、滴虫 5 例(1.1%)、癌前病变 2 例(0.45%)、淋球菌 1 例(0.2%)。

3 讨 论

3.1 白细胞 引起细胞增多的原因很多,故白细胞增多是一个综合性的指标。阴性片子中可以存在少量的白细胞、小杆菌、阴道鳞状上皮细胞;而片中存在“+”或以上白细胞时则提示为不同程度的炎症反应,医生可根据检测结果结合临床表现

作出诊断和鉴别诊断。

3.2 加特纳球杆菌 加特纳球杆菌又称之为嗜血杆菌,为革兰阴性杆菌^[2],易附着于阴道鳞状上皮细胞上与其形成“线索细胞”,导致加特纳阴道炎。近年来该菌在片中多见,属易发病症之一。

3.3 纤毛菌 该菌与念珠菌同属于真菌种。可引起阴道炎,机制为引起炎症反应,有些片中还可见到与滴虫共存,属双重感染。

3.4 念珠菌 念珠菌可引起真菌性阴道炎,感染的大部分白带涂片染色后可见真菌孢子,有一部分为假丝酵母菌,同属于外阴阴道念珠菌病,治疗时应夫妻同治,女性月经后应巩固治疗。据国外资料显示,约 75% 的妇女一生中至少患过一次此病,该病易复发应注意定期复检,彻底治疗。

3.5 底层细胞 通常引起老年性阴道炎。多见于绝经期的妇女,症状为阴道干涩,小便灼热、刺疼等症状,给患者带来痛苦甚至严重影响工作和生活。

3.6 滴虫 引起尿道、阴道滴虫病或宫颈炎等,通常由无症状的男性感染者通过性接触将黏附在泌尿生殖道上皮细胞上的毛滴虫传染给女性,也可通过其他途径传播。

3.7 癌前病变 涂片中可见核异质细胞,癌前病变细胞的检出为防控妇科肿瘤提供了有利的依据,在妇科肿瘤逐年增加的今天具有重大的意义。

3.8 淋球菌 属于性传播性疾病,在白带涂片染色中可见细