

具有自动洗净功能。当标本中含有的粒子超过装置内的域值时(初期值:10 万或白细胞、红细胞 1 000/ μL)装置进行自动洗净。这一自动洗净功能,对于预防交叉污染发挥了有效的作用。同时使用了具有高效率滤出物质直径为 250 μm 的过滤网,可以有效的预防测定系统的阻塞,标本中管型、细胞等可以毫无问题的通过,同时本装置每测定完一份标本,过滤网被逆流洗净,所以不用担心阻塞及污染的发生。

6.2 干扰

6.2.1 假阳性 造成 UF-500 管形检验假阳性的原因大致有以下几种情况:尿中含有大量的黏液丝,大部分黏液丝黏附细菌或细胞等而被荧光染色后,发出强的前向散射光脉冲,在大小和外形上接近病理管型而被仪器误认^[3];尿中含有较多的上皮细胞,当部分上皮细胞发生粘连成一体时,其分布宽度和散射宽度均增大,被仪器误认为病理管型,多见于孕妇的尿中;尿中含有较多的脓细胞,成团的脓细胞在鞘液中易形成串珠排列,使前向散射光宽度和荧光脉冲宽度均增强,而被仪器误认;尿中存在着较多的磷酸盐结晶,其外形与管型相似而被误认;尿液中的真菌和其他杂质也能造成假阳性^[4]。UF-500 尿沉渣分析仪根据前向散射光脉冲测定管型的长度,荧光脉冲测定管型内含物,电阻抗脉冲测定管型的外形。尿液中含有多种有形成分,形态各异,以至产生与管型相似的前向散射光脉冲和荧光脉冲宽度,被仪器误认为管型而产生假阳性结果。

6.2.2 假阴性 造成 UF-500 管形检验假阴性结果的产生相对于真实结果比较少见,主要有患者使用抗生素,医用造影剂,尿液中有可被激光激发产生荧光作用的物质等致使尿有形成

分漏检。

7 讨 论

UF500 全自动尿沉渣分析仪为尿沉渣检查提供了自动化的检测手段,它客观的分析管形、细胞、真菌、细菌等有形物质,不受主观判断的影响,且大大提高工作效率,快速筛选尿液标本,避免尿样积压变质,它提供了管型等的定量检测数据。

UF500 尿沉渣全自动分析仪对病理管型的检测只起一定筛选作用,对病理管型阳性结果的检测一定以光学显微镜检测为准,不能具体辨认病理管型的类型的缺点,尿流式细胞分析仪只能作为尿常规的过筛检测。对其检测的阳性标本,不能直接报告,必须在显微镜下进行复检,将尿沉渣,干化学和手工验证三者相结合,坚持质控,复核到位,提高检验质量,为临床的诊断,疗效的观察提供精确的证据。

参考文献

- [1] 丛玉隆,马俊龙.当代尿液分析技术与临床[M].北京:中国科学技术出版社,1998:59-60.
- [2] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006:275-276.
- [3] 毕晓梅.全自动尿沉渣分析仪检查的临床应用[M].中外健康文摘,2009,6(19):250-251.
- [4] 韩静.探讨如何运用联合检测法提高尿液中管型检测的准确性[J].内蒙古中医药,2009,28(11):296-297.

(收稿日期:2010-06-16)

突发性耳聋的治疗

潘刚强(湖北省黄石市爱康医院 435000)

【关键词】 突发性耳聋; 病因; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.085

中图分类号:R764.437

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)24-2811-03

突发性耳聋简称突聋,又称特发性暴聋,指原来听力正常,在极短的时间内突然听力下降,多发生于 30~50 岁的中年人,青年和老年少见。近年来,突发性耳聋的发病率有上升的趋势,约占感音神经性耳聋的 1%。突发性耳聋(sudden sensorineural hearing loss)为耳科常见急诊之一,可发生于各年龄段,表现为无明显诱因突然出现的非波动性感音神经性听力下降,即刻或数小时或数日内听力损失达高峰,常伴有耳鸣,部分患者伴眩晕、恶心、呕吐及耳闷胀感,患者常在晨起后突然起病,伴有耳鸣。多位单侧发病,双侧发病者只占 4%~17%,听觉可部分丧失或全聋。还可伴有眩晕、恶心呕吐。耳聋性质属感音神经性耳聋。一般认为突发性耳聋与病毒感染、血管因素、外伤及局部免疫改变有关,中医则认为属祖国医学“暴聋”范畴,而导致暴聋的诱因很多,诸如风热外邪,侵及肺经,清空之窍为外邪蒙蔽;郁怒伤肝,肝气郁结,化火循经上扰耳窍,痰火郁结,阻塞气道;气滞血瘀,耳窍脉络失养等。先将近几年中西医结合治疗突发性耳聋的研究进展介绍如下。

1 病 因

长期以来,突发性耳聋的病因不明,但内耳供血不足引起组织细胞肿胀,内耳血管内皮细胞损害,已被众多学者认可。可能与以下几点因素有关。

1.1 病毒感染 大约有 1/5~1/3 的患者发病前 1 个月内有上呼吸道感染病史,致病病毒包括腮腺炎病毒、流感病毒、柯萨奇病毒、腺病毒、风疹病等,其中腮腺炎病毒是最重要的致病因素。病毒可引起非化脓性中耳炎,然后再侵入内耳导致突发性耳聋,或直接侵入耳蜗神经元导致突发性耳聋。病毒对耳血管中的红细胞和听觉神经有较强的亲和力,当病毒侵入内耳后与红细胞、血小板发生亲和,凝结成团,阻塞内耳血管,导致突聋的发生。另外,病毒和听觉神经亲和,可使听神经充血、水肿,也是引起突聋的原因。

1.2 内耳微循环障碍和内耳功能性改变 当人情绪激动或着急之后,人的肾上腺素分泌增加,使内耳小动脉血管发生痉挛,小血管内血流缓慢,造成血液中的红细胞与血小板相互粘连,

发生血行障碍,内耳供养不足导致突聋的发生。一些老年人,特别是合并动脉硬化者,内耳血运极易发生障碍而引起突聋。有部分病例血管痉挛,血栓形成,显示血流障碍也是突发性耳聋的主要原因之一。突发性耳聋的部分患者可自愈,故有可能是内耳功能性反应所致。其他如精神高度紧张、情绪过于激动、工作压力过大、过于劳累、剧烈咳嗽、喷嚏、捏鼻鼓气均可导致突发性耳聋。

2 发病机制

突发性感音神经性耳聋的发病机制至今不十分清楚,由于该病有起病突然、病情严重及部分病例病情可自行缓解等类似脑血管意外的特点。提示其病理改变可能与脑血管功能障碍有关。脑的血液供应来自颈内动脉和椎-基底动脉,当血供不足时可影响到第八对脑神经和皮质中枢功能,导致突发性听觉功能和皮质中枢功能的损伤。内耳供血主要来自椎-基底动脉分支之迷路动脉,该动脉又细又长,属于末梢动脉血栓、栓塞形成,缺血、血管痉挛等均可引起内耳供血不足。

3 治疗

突发性耳聋的治疗方法很多,用药物改善耳蜗微循环状况和治疗微循环障碍已证明有效。目前临床上比较常用的方法是:应用扩血管药、降低血液黏稠度药、神经营养药等,部分适应患者可选用高压氧、激光、磁疗等治疗。近年来国际上还利用生物制品及 Tretan、Duxul、Vinpocetin 等药物。此外,尚可配合中药治疗。

3.1 西药治疗

3.1.1 首先应卧床休息,消除思想顾虑,保证睡眠。对突发性耳聋的治疗原则是改善内耳微循环,促进毛细胞神经细胞的代谢为目的,如低分子右旋糖酐丹参、三磷酸腺苷、辅酶 A、维生素 B₁ 等都是为此目的。

3.1.2 药物治疗

3.1.2.1 低分子右旋糖酐 500 mL 静滴 5~13 d,

3.1.2.2 1.76% 泛影葡胺 5 mL 静推,每日增加 1 mL,共用 1 周,用药前需做碘过敏试验。

3.1.2.3 利多卡因 0.1 g 加入生理盐水 250 mL 中静脉滴注,每天 1 次。如无不良反应,每 3 天增加利多卡因 0.1 g,最多每天 0.4 g,疗程 12 d。用药前查心电图,心功能不好者慎用。

3.1.2.4 5% 碳酸氢钠 60 mL 静推,每日 1 次。每日增加 10 mL,共用 1 周。

3.1.2.5 50% 葡萄糖 40 mL 加三磷酸腺苷 20 mg 缓慢静推,每日 1 次,用药 1 周,推药前后要测血压,如收缩压低于 90 mm Hg 慎用。

3.1.2.6 5% 的葡萄糖 250 mL 加灯盏花素 40 mg 静滴,用药 1 周。

3.1.2.7 5% 的葡萄糖 250 mL 加血栓通注射液 8 mL 静滴,每日 1 次,疗程 10 d。

3.1.2.8 上述每组治疗方案一般持续 1 周,若无效应换其他组药物,早应用以上药物同时,选配以下辅助药物:(1)肉桂嗪 12 mg,每日 2 次,口服。(2)阿司匹林 30 mg,每日 2 次,口服。(3)胞二磷胆碱 250 mg,肌注,1 日 1 次。(4)维生素 B 类药物以及针灸,病毒唑激素类等药物。

3.1.3 星状神经节阻滞 1% 普鲁卡因 5 mL 或利多卡因 6~

8 mL,阻滞患侧星状神经节,可使内耳毛细胞血管反射性扩张,借以改善内耳微循环。另据文献报道,北京医科大学中法疼痛治疗中心采用颈部星状神经节注射中药脉络宁、当归液等结合,韩式神经治疗仪治疗突聋,达到增加头部血流量和改善缺氧缺血状态,增加听细胞营养;达到治疗耳聋目的。

3.1.4 高压氧疗法 药物应用可同时辅助高压氧治疗,但疑有蜗窗膜破裂忌用。高压氧舱是外给舱,而这种疗法是用紫外线照射血液后再内给氧,组织可以迅速更直接获得充足氧,改善局部缺氧状态及杀灭病毒,所以两者结合疗效更佳。通过高压氧和非高压氧时对比认为初诊听力轻度损害小于 55 分贝可不必做高压氧;听力损失在 60 分贝以上者,发病后 1 周用非高压氧治疗有效者继续治疗,无效者即改用高压氧治疗;听力损失极严重的,必须使用高压氧治疗。

3.1.5 蜗窗修补术。

3.1.6 光子血液辐射法 根据报道,用光子辐射法以及动物试验和临床观察,证明该疗法可以杀灭病毒,提高血流剪切力,改善机体缺氧状态。血液经紫外线照射 1 min 相当于在空气中氧合 20~30 h,再加之充氧更提高氧的含量。该疗法可以降低血液黏稠度,降低红细胞和血小板凝聚力,解除高凝状态,改善微循环,因此可以是缺氧组织的损害发生逆转。经临床观察对听力恢复疗效显著,但病程长效果欠佳。

4 中西医结合治疗

根据中医基本理论、发病诱因、舌苔脉象进行辨证,多将突发性耳聋分为气滞血淤、肝阳上亢、痰湿闭阻、气血亏虚、肾耗亏损五个证型,施以不同的中药治疗。其基本治疗则为:滋补肝肾,补齐养血、活血化瘀。同时,配合西医扩张血管,改善内耳循环和代谢等治疗方法使突发性耳聋的治疗有了较大的突破,尤其对发病 1 个月以上的突发性耳聋患者较单独使用西医治疗方法的疗效有了显著提高。

徐秀平和常新华^[1]采用中西医结合治疗方法收治 40 例突发性耳聋患者,临床上收到较满意的疗效。治疗方法,中药方剂组成:丹参 20 g,磁石 30 g,川芎 12 g,水蛭 10 g,虻虫 2 g,柴胡 5 g,生牡蛎 30 g,钩藤 10 g,若有头晕者加女贞子 15 g,旱莲草 10 g,水煎服,每日 2 次。西药投用复合维生素 B,维生素 C,能量合剂内服,总有效率为 90%。

梁巧瑾和吕建刚^[2]采用中西医结合疗法治疗突发性耳聋 30 例,方法:60 例患者随机分为两组,治疗组 30 例在西药三磷酸腺苷、辅酶 A、胞二磷胆碱治疗的基础上,加用补肾益气、活血化瘀的中药治疗,对照组仅采用单纯西药治疗。结果:耳聋疗效比较,总有效率治疗组为 76.7%,对照组为 46.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$);耳鸣疗效比较,总有效率治疗组为 84.0%,对照组为 54.5%。

5 针灸治疗

治疗原则:滋阴补肾,填精充耳。中医认为耳聋可由多种原因引起。但总因肾开窍于耳,肾虚气弱,精气不能上达于耳而成,故而肾俞、关元、太溪、涌泉以调补肾经元气,使精气上输耳窍。因手足少阳两经经脉均绕行于耳之前后,故取手少阳三焦之耳门、四渎、翳风,足少阳经之听会、阳陵泉,手太阳经之听宫以疏通局部经气。头部取晕听区为头针疗法取穴。若伴有肝胆火盛者取太冲、肝俞以泻肝胆之火。针灸可以快速明显提

高血液和组织的氧分压、含氧量、氧储量及氧化组织中的弥散距离,促进组织细胞的生物氧化能量供给,加速毛细胞、耳蜗以及前庭神经纤维修复,促进听觉细胞功能的恢复。

取穴:取足少阴肾经穴、背俞穴为主,手足少阳经、足厥阴肝经为辅。取太溪、肾俞、肝俞、耳门、听宫、听会、三阴交、涌泉、头部晕听区、翳风、太冲等穴。每日取主穴 2 个,辅以配穴 5~6 个,采用慢进针,缓慢捻转 5 min,留针 30 min,快速出针补法治疗,每日 1 次,10 d 为 1 疗程。

耳聋的原因和病理机制仍不十分清除。目前认为其发病主要与病毒感染、微循环障碍、迷路膜破裂及自身免疫有关,主要发病机制是由于不同病因造成内耳缺血引起急性内耳功能障碍。另外突发性耳聋的预后受多种因素的影响,部分患者有自愈的倾向,影响了对治疗效果的判断。年龄、病情、发病次数、症状严重程度、伴发疾病等多种因素都有可能影响疗效对

可能与突发性耳聋的发病和疗效有关的因素的分析。但大部分患者要依靠药物治疗才能恢复听力,而且就诊时间越早,治疗效果越好。发病 1 周内开始治疗者,80% 以上的患者可以痊愈或听力部分恢复;超过 1 个月不治疗自愈的可能性则大大降低。年龄越低,预后越差。因此一旦出现听力减弱、耳鸣、耳痛、耳闷等症状要尽早就医,以免错过治疗良机。

参考文献

[1] 徐秀平,常新华. 中西医结合治疗突发性耳聋[J]. 四川中医,2003,21,(2):67-68.
 [2] 梁巧瑾,吕建刚. 中西医结合治疗突发性耳聋 30 例疗效观察[J]. 新中医,2003,35(8):48.

(收稿日期:2010-06-22)

不同时期放置宫内节育器效果调查

汤臻恒(重庆市沙坪坝区陈家桥生殖健康中心 401334)

【关键词】 宫内节育器; 放置时间; 流行病学调查

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.086

中图分类号:R713.9

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)24-2813-02

宫内节育器是一种安全、简便、经济、有效的避孕方法,也是当前应用最广泛的节育措施。因其覆盖了月经后、哺乳期、人流后和引产后等不同时期和不同生理特点。为了解不同时期放置宫内节育器对避孕效果的影响,探讨放置宫内节育器的最佳时期,提高宫内节育器的有效率,降低不良反应发生率,作者对月经后、哺乳期,人流后及引产后 4 种时期放置宫内节育器的效果进行了调查。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本中心放置宫内节育器的登记资料为线索,以所有放置宫型宫内节育器的妇女为对象,随机抽取一个镇,对辖区内所有对象进行逐一调查。

1.2 调查指标

1.2.1 放置时间 以原始手术登记资料记录放置时期为准。多次放置的以首次放置时期为准。

1.2.2 放置时期 月经干净后 3~7 d 放置;人流后和引产后均为手术后即时放置;哺乳期为哺乳期闭经期间放置。

1.2.3 器脱落 (1)放置后对象自己发现节育器脱出;(2)放置后怀孕,终止妊娠时医生确认宫内无宫型节育器;(3)本次调查中 B 超检查子宫内未发现宫型宫内节育器。符合以上 3 项之一者确认为节育器脱落。

1.2.4 带器孕 (1)放置后再孕,妊娠终止时医生确定怀孕时宫内有宫型节育器;(2)放置后再孕,终止时医生未确定宫内节育器,而此后未再放置过宫型宫内节育器,本次检查 B 超发现宫内有宫型宫内节育器。符合其中一项者确定为带器孕。

1.2.5 不良反应 (1)月经异常为放置宫型宫内节育器后 3 个月内有经量增多、经期延长、点滴样出血、不规则出血等现象者;(2)白带增多为放置节育器后白带增多致对象稍感不适者;(3)腰腹痛为放置节育器后出现下腹及腰骶部酸痛,对象能忍

受,不影响继续存放者。

1.3 统计学处理 资料按计数资料统计,数据以百分率表示,组间比较采用配对资料 χ^2 检验分析。

2 结果

2.1 一般资料 本次调查对象共计 1 046 例,平均年龄 35.8 岁(22~48 岁);平均胎次 4.4 胎(1~7 胎);平均产次 2.8 次(1~4 次);平均放置时间 3.7 个月(3~64 个月);其中,月经后放置 421 例(占 40.2%)。哺乳期放置 443 例(占 42.4%)。人流后放置 136 例(占 12.4%)。引产后放置 46 例(占 4.4%)。

2.2 节育效果 调查 1 046 例对象中,放置宫内节育器避孕失败 120 例,失败率为 11.5%。其中,节育器脱落 73 例,失败率为 7.0%;带器怀孕 47 例,失败率为 4.5%。节育有效 926 例,有效率为 88.5%。各时期放置宫型宫内节育器节育效果见表 1。

通过经后、哺乳期、人流后及引产后四组对应项比较,器脱落率、带器孕率及有效率差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 4 种时期放置宫型宫内节育器效果[n(%)]

时期	调查数	器脱落	带器孕	有效
经后	421	26(6.2)	14(3.3)	381(90.5)
哺乳期	443	31(7.0)	22(5.0)	390(88.0)
人流后	136	14(10.3)	7(5.1)	115(84.6)
引产后	46	2(4.3)	4(8.7)	40(87.0)
合计	1046	73(7.0)	47(4.5)	926(88.5)

2.3 不良反应 按照宫内节育器不良反应类型,本次调查对象中主要存在月经异常、白带增多及腰腹痛 3 项,因 3 项不良反应发生情况有交叉(即同一对象可能存在 1~3 项不良反应)。本文按各不良反应发生例数统计,其结果见表 2。