

的能力,使细胞间黏附性加强;而红细胞中胆固醇含量增加又可促使细胞硬化,从而影响细胞变形能力及携氧能力。另一方面,由于红细胞聚集性增加,致使血流缓慢,从而导致血栓形成,引起心肌梗死和脑梗死。有报道指出,血液流变学指标异常,尤其是低切变率血液黏度升高,可发生在脑梗死发病之前^[3]。

综上所述,血液流变学和血脂水平的改变与脑梗死有着密切的关系,具有高血脂、高血黏度高危因素者定期检查血脂及血黏度,对防治脑梗死有着极其重要的意义。

参考文献

[1] 杨敦山,刘丽英.动脉硬化性脑梗死的血脂分析[J].微循

环学杂志,2004,13(2):64.

[2] 陈敏.血脂与脑梗死的关系[J].上海医学杂志,2004,27(10):772-773.

[3] 叶任高,陆再英.内科学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2001:833.

(收稿日期:2010-07-19)

念珠菌快速测定试剂盒的选择

陈佩宣(广东省东莞市广济医院检验科 523698)

【摘要】 目的 选择合格的念珠菌快速测定试剂盒。**方法** 用试剂盒的快速凝集法与直接镜检法和培养法进行比较试验。**结果** 该试剂盒灵敏度低,特异性差。**结论** 通过比较试验可得知试剂盒是否合格。

【关键词】 念珠菌; 免疫测定; 诊断试剂盒; 显微镜检查; 对比研究

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)02-0226-02

念珠菌性阴道病是由念珠菌(85%为白色念珠菌^[1])感染引起的妇科常见病。据国外资料显示,约75%的妇女一生中至少患过一次念珠菌性阴道病,45%的妇女经历过2次或者2次以上的发作^[2]。目前临床实验室对该病的检查除了用经典的真菌学检查法直接镜检和培养^[3]外,还出现一种利用抗原抗体反应的原理,对念珠菌进行快速检测的方法。据报道,该方法的阳性率可达81.0%,特异性达90.1%^[4]。本实验室引进了这种快速检测试剂盒,并与直接镜检法和培养法进行比较试验。

1 资料与方法

1.1 标本来源 本院妇科门诊120例疑似念珠菌性阴道病患者,年龄18~61岁,平均33.4岁。

1.2 检测试剂 念珠菌快速测定试剂盒,沙保弱培养基,10%氢氧化钾。

1.3 方法

1.3.1 快速凝集法 用专用拭子采取阴道后穹窿分泌物放置于专用配套试管中,加入12滴(约0.6 mL)专用缓冲液,用力挤压混匀后,倒转拭子,经过滤网挤2滴处理过的标本涂于检测卡的测定圈中,再滴加2滴特异性抗体混匀15 min,在测定圈中出现紫色颗粒为阳性,无紫色颗粒出现为阴性。

1.3.2 直接镜检法 用无菌拭子在上述同一部位采集阴道分泌物加入生理盐水涂片,加10%氢氧化钾1滴作镜检,找到孢子和菌丝为阳性,无孢子和菌丝为阴性。

1.3.3 培养法 用无菌拭子在上述同一部位采取的阴道分泌物接种在沙保弱培养基上37℃培养72 h,见到疑似菌落做涂片镜检,见到孢子和菌丝为阳性,无菌落生长为阴性。

2 结果

2.1 在120例门诊标本中同时用快速凝集法、直接镜检法和培养法进行检测,结果检出阳性分别为55例(45.8%)、39例(32.5%)和48例(40.0%)。

2.2 以培养法结果作为金标准,快速凝集法与培养法阳性结果的符合率为27.1%(快速凝集法55例阳性结果中有13例

与培养法相符),总符合率为35.8%;直接镜检法与培养法的阳性符合率为75.0%,总符合率为87.5%。

3 讨论

念珠菌是一类广泛分布于自然界及健康人口腔、肠道、阴道及皮肤黏膜上的条件致病菌^[5]。当机体免疫功能紊乱时容易引起念珠菌病,其中念珠菌性阴道病就是由念珠菌感染引起的一种妇科常见病,临床表现为外阴瘙痒、灼痛、性交痛、尿痛以及阴道分泌物增多,对妇女的生活和工作造成严重影响,直接威胁到她们的身心健康。一直以来,对该病的实验室检查常用直接镜检法和培养法,由于直接镜检法的阳性率相对较低,而培养法又需较长的时间,如果有一种快速而又准确的方法用于检测具有致病量的念珠菌,将为临床快速诊断念珠菌性阴道病提供极有价值的依据。

本实验室引进了一种能快速测定念珠菌的试剂盒,据说明书介绍,该试剂是利用抗原抗体反应的原理,用针对念珠菌的多价特异性诊断抗体直接测定标本中的念珠菌(抗原),如果标本中有达到致病量的念珠菌感染,便可在10~15 min内出现肉眼可见、无需镜检的紫色颗粒,无紫色颗粒出现为阴性。本文对该试剂盒作了比较试验,结果发现,虽然快速凝集法有较高的阳性率,但与被公认为诊断念珠菌“金标准”的培养法相比较,其阳性符合率(即灵敏度)仅27.1%,总符合率(准确度)也仅35.8%,远远比不上直接镜检法与培养法的阳性符合率((75.0%)和总符合率(87.5%))。进一步研究发现,与试剂盒的“多价特异性抗体”起凝集反应的主要是白细胞,凡标本白细胞在每高倍视野达到(+++及以上)及以上时,不管有没有念珠菌感染,便可出现明显可见的紫色颗粒。部分拭子的过滤网稍宽时,滤过的上皮细胞也可与“多价特异性抗体”发生凝集反应,出现细砂样紫色颗粒。因此作者认为,该试剂盒不但灵敏度低,而且特异性差,故不适合在临床实验室使用。

选择念珠菌快速测定试剂盒,看的不只是其阳性率高、操作方便,而应看其灵敏度、特异性和准确性是否符合要求,是否能为临床快速诊断该病提供可靠依据。通过与直接镜检法和

培养法比较试验后,基本上可知道所选择的试剂盒是否合格。

参考文献

[1] 熊立凡,刘玉成. 临床检验基础[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2008:32-36.
[2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:123-125.
[3] 余进,李若瑜. 医学真菌实验室常规检查方法[J]. 中华检

验医学杂志,2009,32(1):114-116.
[4] 吴绍熙,郭宁如,廖万清. 现代真菌病诊断治疗学[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1997:65-67.
[5] 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,2006:235-237.

(收稿日期:2010-08-22)

借助腹腔镜治疗脾创伤 5 例分析

王劲松,杨 强,陈太忠,周四海(重庆市第二人民医院普外科 402160)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜下有选择地保守治疗脾创伤。**方法** 对血循环稳定的 5 例脾脏损伤患者在腹腔镜下行止血修补及保守处理(1 例行止血修补,4 例行保守处理)。**结果** 5 例患者的治疗均获成功,住院 15~20 d,痊愈出院。术中回收腹腔内积血 700~1 500 mL 回输给患者。**结论** 腹腔镜下有选择地保守治疗脾创伤可更安全地保留脾脏,且创伤小、效果好。

【关键词】 脾/损伤; 脾/外科学; 腹腔镜检查; 保守治疗
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 02. 062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)02-0227-01

自 1998 年以来,本科室在对疑有腹腔内脏器损伤且血循环稳定的患者行腹腔镜探查过程中,发现脾脏损伤 5 例,随即在腹腔镜下行止血修补及保守处理,均获得良好效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 5 例行腹腔镜探查术后发现脾损伤患者中,男 4 例,女 1 例,年龄 26~70 岁。5 例患者术中所见,1 例 34 岁男性脾脏中下份内侧裂口两条,4 cm 及 3 cm 各一,腹腔内积血 1 200 mL。其他 4 例患者发现网膜包裹脾脏,腹腔积血 700~1 500 mL 不等。

1.2 处理方法 对有脾脏裂口患者行联合电凝止血、明胶海绵凝凝血酶填塞和腹腔引流。其余 4 例患者行回收腹腔积血和腹腔引流。

2 结果

5 例患者治疗均获成功,住院 15~20 d,痊愈出院。术中回收腹腔积血 700~1 500 mL 回输给患者。

3 讨论

脾创伤的处理,传统治疗是开腹行脾切除术。随着对脾脏功能研究的进展,对脾功能的重要性日益受到重视,脾切除术主张在保证生命的前提下尽量采用保留脾功能的术式,如脾修补、脾部分切除等^[1]。由于脾脏质脆且血供丰富,即使在开腹情况下要顺利完成脾修补、脾部分切除等也有一定难度,并非易事。在临床实践中发现不少脾创伤患者由于血凝块阻塞或网膜粘连等原因,在入腹后脾脏出血实际上已经停止,这种情况在开腹手术时往往采用分离粘连、清除血凝块再行修补或部分切除等保脾手术,但在分离粘连、清除血凝块的过程中以及脾修补或脾部分切除的过程中,有时反而导致难以控制的出血而不得不放弃保脾手术。随着对脾脏的组织解剖和生理功能研究的进展,了解到脾脏内储存的大量血小板有利于血液凝固,能自行止血,脾脏浅表裂伤能自行修复愈合。国内外均有不少非手术治疗闭合性脾损伤的报告^[2]。但在对腹腔内情况不是非常清楚的情况下,仅凭临床症状和体征进行保守治疗,一方面太盲目,另一方面可能遗留病变导致严重后果。随着腹腔镜技术的发展,越来越多的学者主张对血循环稳定的腹腔内实质脏器破裂伤的患者可先行腹腔镜探查,了解损伤的情况以

便选择手术治疗的方案^[3]。对于出血不剧烈并且腹腔内没有其他需要手术处理的损伤患者,可以选择腹腔镜下用微创的方法修补止血。如果在腹腔镜下充分了解脾创伤情况及腹腔内出血情况,能确定出血已停止后再选择保守治疗,可避免因盲目保守治疗可能导致延误病情的风险。作者在腹腔镜下处理的第 1 例脾创伤患者,在明确诊断后,曾采取分开粘连的网膜,显露脾脏,清除裂口内血凝块,然后进行电凝止血、明胶填塞止血和明胶海绵加浸有凝血酶的填塞止血方法。虽然修补止血成功,但完成手术比较困难。于是对以后的血循环情况稳定的脾创伤患者在腹腔镜下探查时不再强行显露和探查脾脏,先回收腹腔内的积血回输给患者,然后观察,时间不少于 30 min,如无明显活动出血,可视为出血已停止。然后在左上腹置双套管引流结束手术,不再强行显露和探查脾脏。如有活动出血,再显露脾脏作相应处理或开腹手术。以此方法处理的 4 例脾创伤患者均获成功。患者腹腔引流管内 24 h 引流量 30~100 mL,24 h 后引流液已为血清样。在腹腔镜下处理的 5 例患者,术中分别回收腹腔内积血 700~1 500 mL,均回输给患者,无不良反应。术后按脾创伤保守治疗处理。患者术后卧床 10~14 d,住院 15~20 d,痊愈出院。出院前 B 超检查腹腔内无积液。因此作者认为,借助腹腔镜有选择地保守治疗脾创伤,不是因为大出血危及生命的脾创伤患者也是一种可选择的治疗方法,对保留脾脏创伤小、安全、效果好。即使腹腔引流管内提示有活动出血(本组没有这种情况),量不大时可行输血止血等保守治疗,也可再行腹腔镜止血或开腹手术。

参考文献

[1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,1992:1024-1025.
[2] 黎鳌,程天民,盛志勇,等. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:791-795.
[3] 孙志宏,周伟平,胡冰,等. 经腹腔镜肝破裂修补术[J]. 中国实用外科杂志,1994,14(11):694.

(收稿日期:2010-07-30)