

的方法绘制标准曲线,其存在的问题是主观性强,误差较大。本法采用 Excel 做标准曲线,充分利用了计算机资源,很方便地将线性回归应用在曲线的制作上。而且本法也更直接给出了 R² 值,直观体现了剂量-反应曲线的相关性。综上所述,利用 Excel 不仅能方便快捷地制作 ALT 的标准曲线,而且更能保证检测结果准确可靠。尤其是大量标本的检测时,比起查对手工绘制的标准曲线或 ALT 标准检量表更可以节约时间,提高工作效率,亦有利于室内质评查值和利于每位献血者 ALT 原始值的记录、保存和查询。

参考文献

[1] 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,2006:408.

[2] 徐毅,薛萍,徐宁. 微板速率法与赖氏法测定 ALT 活性的对比分析[J]. 临床输血与检验,2004,4(2):124.
 [3] 王日平. 赖氏法测定血清 ALT/GPT 最佳标准曲线选择和计算[J]. 国际检验医学杂志,2006,27(6):封 3.

(收稿日期:2011-03-08)

泌尿生殖道支原体感染及耐药性分析

唐 芳,尹向阳,唐林国,王 霞,何聚莲,余志衡(广东省广州市人口和计划生育技术服务指导所检验科 510410)

【摘要】 目的 监测泌尿生殖道解脲支原体(Uu)、人型支原体(Mh)感染发生率,分析其对抗生素的敏感性及其耐药性,用以指导临床治疗。**方法** 采用支原体培养、鉴定、药敏一体化试剂盒,对 562 例泌尿生殖道取材标本进行支原体培养、鉴定及药敏试验。**结果** 562 例患者中检出支原体 257 例,阳性率为 45.7%,其中 Uu 阳性 168 例(29.9%),Uu+Mh 混合感染 66 例(11.7%),Mh 阳性 23 例(4.1%)。交沙霉素、强力霉素、美满霉素的敏感性较高,分别为 89.9%、85.6%、68.9%,环丙沙星、罗红霉素、阿奇霉素耐药率则较高,分别为 87.1%、68.5%、61.5%。**结论** 本地区支原体阳性患者治疗时应首选交沙霉素、强力霉素、美满霉素进行治疗。尽量参照药敏结果选择抗生素,定期监测支原体的耐药性变迁,规范用药。

【关键词】 泌尿生殖道; 支原体; 耐药性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)12-1513-02

支原体是人类泌尿生殖道炎症反应及性传播疾病最常见的病原体之一,引起人类泌尿生殖道感染的支原体主要包括解脲支原体(Uu)和人型支原体(Mh)。它能导致泌尿生殖道的一系列炎症及其他不良后果,如非淋球菌性尿道炎、阴道炎、宫颈炎、输卵管炎、流产、早产及不孕症等^[1]。近年来支原体感染所引起的泌尿生殖道疾病的患病率呈上升趋势,对抗生素的耐药率也不断上升,给治疗带来很大的困难^[2],因而受到临床的广泛关注。本文通过支原体检测及耐药性分析,以了解本地区该类病原体的感染率及耐药情况,以指导临床用药,避免耐药菌株的产生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2006~2010 年到本所男科、妇科就诊的患者 562 例泌尿生殖道患者的分泌物做支原体培养,年龄 19~52 岁,其中男 176 例,女 386 例。

1.2 标本的采集 以无菌拭子取女性宫颈或阴道后穹窿分泌物;男性取尿道分泌物置无菌管内立即送检。

1.3 支原体分离培养及药敏检测 采用珠海市银科生物技术应用研究所生产的支原体分离鉴别培养和药敏试剂盒。10 种抗生素:强力霉素(DXO)、美满霉素(MIN)、环丙沙星(CPF)、氧氟沙星(OFL)、司帕沙星(SPA)、罗红霉素(ROX)、阿奇霉素(AZI)、克拉霉素(CLA)、交沙霉素(JOS)及壮观霉素(SPE)。具体操作步骤及结果判断均严格按照试剂盒说明进行。

2 结果

2.1 支原体阳性检出率 562 例标本中阳性标本 257 例(45.7%),其中 Uu 阳性 168 例(29.9%),Mh 阳性 23 例(4.1%),Uu 和 Mh 混合阳性 66 例(11.7%)。

2.2 药物敏感试验结果 257 例阳性标本对 10 种抗生素的敏感和耐药状况见表 1。

表 1 257 例支原体阳性标本药敏试验结果[n(%)]

| 抗生素 | 敏感 | 中介 | 耐药 |
|-----|-----------|----------|-----------|
| DXO | 220(85.6) | 6(2.3) | 31(12.1) |
| MIN | 177(68.9) | 9(3.5) | 71(27.6) |
| CPF | 18(7.1) | 15(5.8) | 224(87.1) |
| OFL | 76(29.6) | 30(11.7) | 151(58.8) |
| SPA | 119(46.3) | 73(28.4) | 65(25.3) |
| ROX | 46(17.9) | 35(13.6) | 176(68.5) |
| AZI | 51(19.8) | 48(18.7) | 158(61.5) |
| CLA | 145(56.4) | 12(4.7) | 100(38.9) |
| JOS | 231(89.9) | 0(0.0) | 26(10.1) |
| SPE | 97(37.7) | 71(27.6) | 89(34.6) |

3 讨论

支原体是一类大小与结构介于细菌与病毒之间,能够在无生命的人工培养基生长繁殖的微生物,存在于泌尿生殖道的支原体与非淋性尿道(宫颈炎)炎发病密切相关,可引起前列腺炎,附睾炎,不育症及妇女上下生殖道炎症。本试验结果显示,本地区泌尿生殖道支原体感染总发病率为 45.7%,结果较国内文献陈东科等报道要高些^[3],这可能与地区不同,发病率不同有关。其中单一 Uu 感染 168 例(29.9%),单一 Mh 感染 24 例(4.1%),Uu 合并 Mh 感染者 66 例(11.7%),提示泌尿生殖道

感染主要由 Uu 引起, Mh 单独感染较少, 常与 Uu 合并感染。

药敏试验结果显示, 支原体对交沙霉素、强力霉素、美满霉素的敏感性较高, 分别为 89.9%、85.6%、68.9%, 对环丙沙星、罗红霉素、阿奇霉素耐药率最高, 分别为 87.1%、68.5%、61.5%。说明本地区支原体阳性患者治疗时应首选交沙霉素、强力霉素、美满霉素进行治疗, 不宜将环丙沙星、罗红霉素、阿奇霉素作为治疗的一线用药。

随着抗菌素的广泛应用, 支原体对抗菌素的耐药性, 尤其是多重耐药现象也在急剧增加, 必将给社会带来很大的危害, 应当引起全社会的关注^[4]。临床医生在治疗支原体感染使用抗菌素时, 应先进行支原体培养及药敏试验, 尽量参照药敏试验结果治疗, 应避免经验用药或采用联合用药的方法, 以提高疗效与治愈率, 防止耐药菌的传播。

参考文献

[1] 董剑文. 女性生殖道支原体感染状况及药敏结果分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(31): 3889-3890

[2] 张贤华, 方萍, 万雄萍, 等. 泌尿生殖道支原体感染现状及药敏结果分析[J]. 检验医学杂志, 2008, 23(1): 84-86.

[3] 陈东科, 陈丽, 胡云建. 泌尿生殖道支原体感染趋势及耐药性分析[J]. 中华检验医学杂志, 2006, 29(2): 170-172.

[4] 姜爱华. 濮阳市泌尿生殖道感染患者支原体耐药监测[J]. 社区医学杂志, 2008, 6(11): 9-10.

(收稿日期: 2011-03-03)

微创治疗高血压脑出血 200 例

钟 华(重庆市南川区人民医院神经内科 408400)

【摘要】 目的 探讨微创颅内血肿清除术在治疗高血压脑出血中的应用、疗效, 总结经验, 从而提高治疗水平。
方法 微创颅内血肿清除术使用北京万特福公司生产的 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针穿刺; 配合血肿腔内注射尿激酶清除颅内血肿。
结果 治疗 200 例, 生存 173 例, 死病死 27 例(13.5%)。术后随访 6 个月, 按 ADL 日常生活能力分级评定 I 级 40 例, II 级 66 例, III 级 41 例, IV 级 21 例, V 级 5 例。
结论 微创颅内血肿清除术治疗脑出血, 简便易行, 安全有效, 能有效降低病死率和致残率, 提高生存质量, 适合在拥有 CT 的各级医院广泛推广、使用。

【关键词】 脑出血; 微创; 尿激酶; 血肿清除术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1514-02

高血压脑出血是中枢神经系统常见疾病, 本院于 2005~2010 年根据 CT 定位, 应用微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血 200 例, 该技术以创伤轻微, 操作简便, 安全可靠等特点充分显示了其优越性, 明显降低了病死率和致残率, 取得良好疗效。现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例符合全国第 4 届脑血管病会议修订的脑出血诊断标准, 并经头颅 CT 确诊。200 例中男 136 例, 女 64 例, 年龄 38~80 岁, 平均 58 岁, 高血压史 1~30 年, 平均 5 年, 术前 GCS 评分: 13~15 分 41 例, 8~12 分 107 例, 5~7 分 52 例。

1.2 手术时机 发病至手术时间小于 6 h 5 例, 6~12 h 112 例, 12~24 h 67 例, 大于 24 h 16 例。

1.3 血肿部位及出血量 本组均经头颅 CT 扫描确诊: 血肿位于基底节 108 例, 脑叶皮质下 64 例, 丘脑 28 例。出血量按 $T = \frac{\pi}{6} \times \text{长轴} \times \text{短轴} \times \text{层面}$ 计算: 出血量 30~40 mL 89 例, 40~60 mL 54 例, 60~100 mL 24 例, 100 mL 以上 11 例, 小脑出血 10~30 mL 6 例。

1.4 手术方法 应用北京万特福公司生产的一次性使用 YL-1 型颅内血肿穿刺粉碎针, 根据 CT 扫描基线确定血肿最大层面, 血肿中心与颅表最近点, 避开脑膜中动脉及外侧裂血管。选择合适长度穿刺针及针芯, 直接经头皮垂直钻进入血肿中心, 穿刺针固定在颅骨上, 退出针芯, 拧紧盖帽, 侧孔接引流管, 对发病 6 h 内抽吸血肿量的 1/2 或 1/3, 6 h 后抽吸血肿量的 2/3 或全部, 插入针型血肿粉碎器, 反复用生理盐水冲洗创腔, 待冲洗液基本清亮后, 手术结束。术毕持续开放引流, 次日血肿腔内注入生理盐水 3~5 mL 加尿激酶(2~5 万单位), 保留

6~8 h 后放开引流, 每天 2~3 次。术后 1、3、5 d 复查头颅 CT。动态观察血肿清除及脑部受压情况, 确诊血肿消失即可拔管, 一般 2~5 d。

2 结果

本组 200 例患者死亡 27 例, 病死率 13.5%, 存活 173 例, 119 例于 3~4 d 完全消除血肿, 54 例 5~7 d 内基本清除血肿、对存活的 173 例患者随访 6 个月, 术后功能恢复按照日常生活能力 ADL 分级, 其中 I 级 40 例, II 级 66 例, III 级 41 例, IV 级 21 例, V 级 5 例。

3 讨论

高血压脑出血是起病急, 病情重, 病情变化最复杂, 并发症多, 伤残和病死率高的疾病之一。开颅手术治疗病死率达 20%~60%, 生存者重残率 50% 以上^[1]。本组 200 例患者死亡 27 例, 重残 52 例, 重残率 30%, 与开颅手术相比创伤小, 操作简便, 不受年龄及出血量限制, 特别适用于基层医院^[2]。早期采用颅内血肿清除术这一适宜技术, 有效降低颅内压, 解除血肿对重要组织、神经中枢的压迫, 阻断危及生命的恶性循环和继发性脑损伤, 配合综合治疗, 达到挽救生命, 提高生存质量的目的。

3.1 手术时机的选择 手术时机是影响手术效果的重要因素, 手术时机以早期 6~24 h 为宜。脑出血后由于血肿占位和继发性脑水肿引起急性颅内压增高, 导致脑干受压或脑疝。这是早期死亡原因之一。因此, 迅速有效的解除急性颅内压增高是治疗成功的关键。有些学者提出可早期或超早期(6~7 h) 以内手术, 但前 6 h 内患者多有躁动及血压偏高等症状, 且破裂血管闭合不全, 容易再出血, 治疗风险增大; Morgenstern 等^[3] 发现, 症状出现 4 h 内手术清除血肿, 血肿腔减压后发生再出血可能性大, 而发病 6 h 后进行手术, 其安全系数增高, 故