

示,交沙霉素、克拉霉素、强力霉素是治疗本地区单纯 Uu 感染的有效药物,这与杨观招等^[6]报道的有所不同。对于 Mh 单纯感染可选用对其敏感的交沙霉素、强力霉素、美满霉素、可乐必妥治疗,而对于治疗 Uu 和 Mh 混合感染首选交沙霉素,其次强力霉素,对于敏感度较低及中度敏感的药物,在没有做药物敏感试验前慎用。

总之,本研究结果显示本地区的支原体感染率较高,而现今抗生素呈现滥用、不规则大剂量使用,患者自我用药等诸多不良现象,因此建议临床治疗因支原体感染所致的 NGU,应尽量做药物敏感试验,以指导合理用药,及早彻底治疗,有效控制耐药菌株产生。建议在无条件进行药物敏感试验培养条件下,应选择敏感性较好的交沙霉素作为首选药物,其次为强力霉素。

参考文献

[1] 陈德芳. 非淋菌性尿道炎患者衣原体和支原体的感染状

况分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(11): 1079-1080.

[2] 李玉叶, 王永兰, 何黎, 等. 2003 年我院门诊泌尿生殖道支原体感染状况及药敏分析[J]. 皮肤病与性病, 2005, 27(1): 45-47.

[3] 马红松, 林奇龙, 夏邦世, 等. 舟山海岛地区 336 例泌尿生殖道支原体培养及药敏结果分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2008, 18(7): 1043-1044.

[4] 彭玉莲, 卢燕君, 柯培峰, 等. 门诊患者支原体感染的分布及耐药性分析[J]. 检验医学与临床, 2008, 5(4): 856-861.

[5] 谭开明, 王箭. 3 280 例非淋菌性尿道炎中支原体感染的检测[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(2): 235-237.

[6] 杨观招, 赵卫华, 曾月静, 等. 广东惠州地区泌尿生殖道支原体检测及药敏分析[J]. 内蒙古中医药, 2009, 28(15): 88-89.

(收稿日期: 2011-03-25)

儿童气管支气管异物 148 例临床分析

徐小鸿, 鄢斌成, 张 恒(四川省自贡市第一人民医院耳鼻喉科 643000)

【摘要】 目的 探讨儿童支气管异物的临床特点, 总结硬性支气管镜在儿童支气管异物中的诊治价值及操作中应注意的事项, 以及预防并发症发生的体会。**方法** 对应用硬性支气管镜诊治的 148 例支气管异物患儿的临床资料进行回顾性分析。**结果** 本组 148 例支气管异物全部由硬性支气管镜成功取出。**结论** 硬性支气管镜取出异物具有快捷、安全、有效的特点, 但手术操作必须迅速、细致、准确。

【关键词】 儿童; 气管支气管异物; 支气管镜检术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 15. 056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)15-1891-02

气管、支气管异物有内源性及外源性两类, 通常所指的气管、支气管异物属外源性, 是耳鼻喉科常见急危疾病之一, 常见于儿童, 尤其是幼儿。儿童气管支气管异物会因处理不当而致较严重的并发症, 甚至死亡。本科 2005 年 1 月至 2010 年 7 月诊治儿童气管、支气管异物 148 例, 均获痊愈, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 148 例, 男 83 例, 女 65 例, 年龄最小 1 个月, 最大 11 岁, 3 岁以下占 77.3%, 异物发生至就诊时间为 2 h 至 3 个月, 其中异物为花生仁 86 例, 瓜子仁 32 例, 核桃仁 13 例, 苹果 7 例, 铅笔帽 1 例, 其他 9 例, 右侧支气管异物 94 例, 左侧支气管异物 52 例, 气管异物 2 例。

1.2 临床表现 本组 148 例中发热 15 例, 呛咳(或干咳) 123 例, 不同程度呼吸困难 92 例; 胸片提示阳性表现者 137 例, 出现肺不张、肺气肿征者 53 例, 其中肺部感染 72 例、皮下气肿 2 例。患儿就诊时肺部听诊患侧呼吸音减低、哮鸣音或湿啰音等, X 线检查或 CT 扫描多提示阻塞性肺气肿、肺不张、气管支气管肺炎、纵隔摆动等间接征象。

1.3 诊断情况 初诊误诊 57 例, 占 38.5%, 将气管、支气管异物误诊为感冒、肺炎等, 其初诊时间平均 4.8 d, 最长达 3 个月, 而误诊时间超过 2 周者 5 例, 平均 12.8 d。另 91 例初诊虽诊断为气管、支气管异物, 但就诊时间超过 1 d 者 79 例, 占 86.8%, 平均 1.8 d。

1.4 治疗方法 所有患儿都采用全麻, 在硬性支气管镜下取出异物。(1)麻醉方法: 患儿术前 30 min 肌肉注射阿托品 0.01 mg/kg, 肌肉注射苯巴比妥钠注射液 0.01 g/kg, 采取氯氟酮+咪达唑仑静脉复合麻醉, 同时术中吸入七氟醚进行吸入麻醉; 2%利多卡因声门区喷雾 1~2 次。术中通过支气管镜的侧孔连续正压给氧。术中监测患儿脉搏、心电图及血氧饱和度

(SpO₂)。(2)手术方法: 采取麻醉喉镜引导下经支气管镜异物取出法。静脉复合麻醉成功后, 先用儿童麻醉喉镜挑起舌根并上抬, 暴露声门裂, 吸出咽喉部及声门区分泌物, 观察声门区及声门下是否有异物, 然后待声门自然张开时顺势插入适合(一般情况下, 选用管径与患儿小指头大小近似)的儿童支硬性气管镜入气管内, 然后退出麻醉喉镜。观察异物存留部位后选用合适的异物钳取出异物, 若术中 SpO₂ 降至 80% 以下, 应立即停止操作, 用手指堵住支气管镜入口继续正压给氧, 待 SpO₂ 升至 95% 以上再行手术。另外在操作中应动作轻柔, 始终在直视下顺气管、支气管腔送入支气管镜, 尽量快速取出异物并吸出气管、支气管腔内的分泌物。通常情况下需要再次镜检气管、支气管, 以确认无异物残留。(3)术后根据患者情况予静脉滴注抗炎药物及对症支持治疗。

2 结 果

经治疗, 148 例无 1 例发生术中、术后死亡, 无任何并发症发生, 其中有 1 例经第 2 次手术取出残余异物(碎瓜子仁), 均治愈出院。

3 讨 论

气管、支气管异物是耳鼻喉科常见的急症之一, 主要发生于儿童, 特别是幼儿, 偶见于成人。发生儿童气管、支气管异物的主要原因是因为年幼儿牙齿发育不全, 不能嚼碎硬食物, 加之喉的保护性反射功能又不健全, 进食时若嬉笑、哭闹、跌倒易将食物吸入气道。临床上诊断气管、支气管异物主要依靠病史、症状、体征和 X 线检查, 其中有无异物吸入史及相关的症状是诊断的重要依据^[1], 阵发性呛咳是气管、支气管异物的典型特征之一。异物吸入史不明确, 若有突然发生而又经久不愈的咳喘, 并伴或不伴发热、憋气, 或反复发生的支气管肺炎、肺不张、肺叶炎症等患者, 应考虑异物的可能。医务人员高度的

责任心和全面的专业知识是正确诊断和治疗的关键。临床上误诊发生比率较高^[2],延误治疗严重威胁患者的健康,甚至危及生命。分析误诊的主要原因可能有:(1)患儿年龄小,家长不清楚异物吸入史。(2)初诊医生对气管、支气管异物的认识和诊治水平有限,缺乏对气管、支气管异物的敏感性,仅根据患儿的症状如咳嗽、喘息、发热等诊断为哮喘、上呼吸道感染或肺炎。(3)医生在X线胸片或胸透或胸部CT检查报告阴性,异物引起的症状不明显或不典型时,轻易排除呼吸道异物,未行支气管镜检查,对这类患者行支气管镜检查既可明确诊断,又可治疗。异物呛入气管后在短时间内因异物活动大,易移位,容易引起窒息甚至死亡等严重并发症^[3],气管支气管异物的治疗原则是尽早将异物取出^[4]。绝大部分情况下经支气管镜下取出异物是安全、快捷、可行的。

本院在设备并不先进的情况下采用麻醉喉镜引导下经硬性支气管镜异物取出法,均获得成功。在手术中有如下体会:(1)术前应当明确异物的位置、种类、形状、大小,据患儿年龄选择适当管径的硬性支气管镜、麻醉喉镜,选择适当大小、形状的异物钳,备好气管切开包,以备急用。(2)均采用全麻,因为全麻能消除患儿因恐惧、挣扎导致的耗氧量增加,使患儿在安静状态下实行手术;也能降低迷走神经的敏感性,减少手术中的意外及其他并发症^[5]。对麻醉医生技术水平要求较高,本院多采用氯胺酮+咪达唑仑静脉复合麻醉,同时术中采用吸入七氟醚,术中监测患儿脉搏、心电图及SpO₂,术中经支气管镜的侧孔持续性正压通气给氧,若术中SpO₂降至80%以下,应立即停止操作,用手掌压住支气管镜入口继续给氧,待SpO₂升至95%以上再行手术。(3)患儿体位取仰卧位。(4)术中注意保护切牙,以防损伤及脱落。(5)支气管镜经过声门时若遇喉痉挛,则不能强行插入气管,待声门张开时顺势插入气管。取出异物后常规再次检查气管及左、右支气管,以免异物残留。(6)术中可用激素减轻喉水肿,避免术后因喉水肿出现窒息,同时可以降低气道高反应性所致呼吸困难。(7)整个手术过程均在

在明视下进行,操作中应做到准确、轻柔、迅速地进行,避免不必要的喉部刺激和黏膜损伤,退出支气管镜前应将支气管、气管内的分泌物吸尽。(8)术后注意观察患儿呼吸,严密观察有无喉水肿,床头备气管切开包,选用足量的抗生素和激素。(9)术后3d常规复查X线或胸透,一旦疑有异物残留则要再行支气管镜检查。

呼吸道异物有危及生命的可能,且气管、支气管异物取出术风险很大,医护人员应高度重视,在术前详细了解异物种类、形状、大小,准备好相应的器械和抢救设备,手术中做到动作轻柔、准确、迅速,尽可能缩短手术时间,以减少术中、术后并发症的发生。同时广泛进行健康教育及健康促进,让公众了解气管、支气管异物的预防措施和知识,避免发生;如果发生意外,应及时到有条件的医院救治。

参考文献

- [1] 张杰,张亚梅.降低儿童气管支气管异物并发症及病死率的诊断和治疗方案分析[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(11):658-662.
- [2] Arias Cruz A, Gonzalez Diaz SN, Galindo Rodriguez G, et al. Bronchial foreign body as a differential diagnosis for asthma. Report of a case and review of the literature[J]. Rev Alerg Mex, 2002, 49(3):95-98.
- [3] 赵世红.儿童变位性支气管异物引起迟发性窒息 58 例临床报告[J].儿童急救医学,2004,3(2):189.
- [4] 展鸿谋,余咏梅.气管支气管异物 129 例临床分析[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(22):1040-1041.
- [5] 孙长兴,阎承先.小儿气管支气管异物的临床诊断及治疗原则[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1985,20(3):146-147.

(收稿日期:2011-02-25)

250 例 HBsAg 阳性母亲新生儿乙型肝炎病毒标志物模式分析

王碧玉(广西壮族自治区桂林市人民医院检验科 541002)

【摘要】 目的 通过分析新生儿病毒性乙型肝炎(简称乙肝)病毒标志物定量检测结果,探讨乙肝疫苗加乙型肝炎球蛋白(HBIG)联合免疫的效果。**方法** 250例母亲乙肝病毒表面抗原(HBsAg)阳性新生儿24h内接种一针乙肝疫苗和HBIG,1周后抽取静脉血检测定量乙肝病毒(HBV)标志物。**结果** 母婴垂直传播HBV感染率为2.0%(5/250),74.4%(186/250)新生儿产生保护性抗体抗-HBs,12.8%(32/250)“全阴”模式新生儿有再感染风险。**结论** 乙肝联合免疫对HBsAg阳性孕妇新生儿具有良好的远期保护效果。

【关键词】 乙型肝炎病毒; 乙型肝炎病毒表面抗原; 乙型肝炎病毒标志物; 联合免疫; 垂直传播; 感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1892-02

中国是病毒性乙型肝炎(简称乙肝)高发区,有10%~15%是乙肝病毒表面抗原(HBsAg)慢性携带者,约30%~50%是通过母婴垂直传播形成的^[1]。一旦发生垂直传播,极易形成乙肝病毒(HBV)终生携带,其中一部分人将成为慢性乙型肝炎、肝硬化或肝癌患者,在治疗上对这部分人尚无突破性方法。因此,阻断HBV母婴垂直传播是控制乙肝流行的重要途径之一。本文对250例HBsAg阳性孕妇的新生儿乙肝免疫结果进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 本院2009年1月至2011年1月新生儿科及产科住院的250例母亲HBsAg阳性的新生儿,静脉抽血检测

HBV标志物定量结果。其中男婴132例,女婴118例。

1.2 方法 用时间分辨荧光免疫技术(TRFIA)定量检测血清中HBsAg、抗-HBs、乙肝病毒e抗原(HBeAg)、抗-HBe、抗-HBe含量。

1.3 免疫方法 新生儿在出生24h内接种一针乙肝疫苗,并同时在不同部位接种一针乙肝免疫球蛋白(HBIG)。一周后抽取静脉血定量检测HBV标志物。间隔1个月和6个月分别接种第2针和第3针乙肝疫苗。

1.4 仪器与试剂 上海新波生物技术股份有限公司时间分辨免疫分析仪: Anytest2000,试剂为专用配套试剂;质控品:卫生部临床检验中心HBV血清标志物定值质控品;严格按操作说