

者生活质量具有重要的临床意义。

参考文献

[1] 潘柏中. 心脏标志物的临床应用[J]. 中华检验医学杂志, 2005, 8(2): 124.

[2] 郭占军, 赵华, 郭爱芹, 等. 心肌肌钙蛋白 I 测定及其在急性冠状动脉综合征中的应用[J]. 国外医学临床生物化学与检测学分册, 2005, 26(6): 364-366.

[3] 王怀斌, 甄文俊, 欧阳小康, 等. 老年非体外循环冠状动脉旁路移植术患者围术期心肌肌钙蛋白 T 和心肌酶的变化[J]. 中华老年医学杂志, 2004, 23(5): 296-299.

[4] 邴圣春. 心肌肌钙蛋白与心肌损伤[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(9): 1374.

[5] 林粼, 沈晓丽. 缺血修饰清蛋白的检测与临床意义[J]. 国

际检验医学杂志, 2006, 16(2): 131-133.

[6] 张红梅, 周新, 章晓联, 等. 2 型糖尿病患者平均血小板体积与血管病变的关系[J]. 中国老年学杂志, 2005, 25(2): 155-156.

[7] Vizioli L, Muscari S, Muscari A, et al. The relationship of mean platelet volume with the risk and prognosis of cardiovascular diseases[J]. Int J Clin Pract, 2009, 63(10): 1509-1515.

[8] 龙峥嵘, 杨良勇. 血清 C 反应蛋白、肌钙蛋白 I 联合检测在急性心肌梗死诊断中的应用[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(5): 603-604.

(收稿日期: 2012-02-15)

• 临床研究 •

重庆儿童医院婴幼儿秋季腹泻病因学分析

田仁义, 陈琼(重庆儿童医院临检中心 400014)

【摘要】 目的 探讨婴幼儿秋季腹泻中病原菌分布与检出率, 以及抗菌药物使用情况。**方法** 对儿童医院住院部 2011 年 9~12 月 551 例腹泻患儿进行病原学调查, 分析腹泻患儿的病原分布规律以及抗菌药物的使用情况。**结果** 感染性腹泻占 85.4%, 非感染性腹泻占 14.6%。感染性腹泻病原主要以轮状病毒为主, 占 70.1%。轮状病毒感染率高, 容易重复感染和合并乳糖不耐受。细菌感染以痢疾杆菌多见, 占 2.68%。腹泻患儿院外抗菌药物使用率为 34%, 院内抗菌药物使用率为 14%, 抗病毒药物和微生态制剂使用率高达 91% 和 100%。**结论** 轮状病毒是婴幼儿腹泻的主要病原菌; 院外抗菌药物使用率相对较高, 院内抗菌药物使用率基本合理, 但抗病毒药物和微生态制剂使用率相对过高, 应加强腹泻患儿药物的合理应用。

【关键词】 婴幼儿; 腹泻; 抗菌药物

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.026 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)16-2020-03

腹泻是婴幼儿的一种常见病和多发病, 特别在发展中国家, 腹泻是导致婴幼儿死亡的主要原因之一^[1-2]。婴幼儿腹泻的病原类型复杂、临床表现多样。按病理生理可分为渗透性腹泻、分泌性腹泻、渗出性腹泻和吸收不良性腹泻; 按病因则可分为感染性腹泻和非感染性腹泻。在诊治中重视鉴别感染性腹泻病及非感染性腹泻, 及时明确病原, 对合理应用抗菌药物具有重要意义。本研究通过对本市儿童医院肠道感染科病房 2011 年 9~12 月婴幼儿腹泻病临床资料进行回顾性调查, 分析婴幼儿腹泻病原学的分布规律及其抗菌药物的使用情况。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集儿童医院住院部 2011 年 9 月 1 日到 12 月 30 日住院的腹泻婴幼儿病 551 例。其中, 男 381 例, 女 170 例, 年龄 1 个月至 10 岁。临床诊断主要有: 轮状病毒性肠炎、细菌性肠炎、感染性腹泻、病毒性肠炎、迁延性腹泻、急性细菌性痢疾、非感染性腹泻等。

1.2 方法 采取填表格的形式, 逐一登记汇总, 对儿童医院住院部 2011 年 9 月 1 日到 12 月 30 日住院的婴幼儿腹泻病例进行回顾性的调查分析, 计算百分率。

1.3 实验室检查 大便常规、大便轮状病毒抗原检测、大便还原糖实验、大便培养、药敏试验、耐药菌检测等。

1.4 临床用药调查 入院前药物使用情况、入院后抗菌药物使用情况、抗病毒药物使用情况、微生态制剂的使用情况、细菌

培养的药敏情况等。

1.5 数据处理 采取填表格的形式, 逐一登记汇总, 计算百分率。

2 结果

2.1 腹泻病的临床诊断分布情况 主要以轮状病毒性肠炎为主, 占为 70.1%, 细菌性肠炎及感染性腹泻也占了一定比例, 见表 1。

表 1 腹泻病的临床诊断分布情况

病种	n	百分率(%)
轮状病毒性肠炎	385	70.1
细菌性肠炎	75	13.7
感染性腹泻	25	40.6
病毒性肠炎	15	2.8
迁延性腹泻	13	2.4
急性细菌性痢疾	12	2.2
腹泻	12	2.2
非感染性腹泻	8	1.4
慢性腹泻	5	0.8
合计	551	100.0

2.2 婴幼儿轮状病毒腹泻的病原菌分布情况 轮状病毒性肠

炎中轮状病毒检出率为 94.7%。轮状病毒感染合并乳糖不耐受的占 52.5%，合并细菌感染占 9.2%。轮状病毒院内感染率为 5.8%，其病原学特征为：入院时 RV-Ag(-) 后转 RV-Ag(+), 见表 2。

表 2 婴幼儿轮状病毒腹泻的病原菌分布情况

病种	n	百分率(%)
RV-Ag(-)	21	6.2
RV-Ag(+)	202	52.5
RV-Ag(+)	35	9.2
入院前 RV-Ag(+)	22	5.8

2.3 患儿年龄与轮状病毒分布关系 不同年龄段有不同的发病率,轮状病毒感染主要发生在 1 岁以下,随年龄增长,其阳性率显著下降,见表 3。

2.4 婴幼儿细菌性腹泻的病原菌分布情况 感染性腹泻细菌检出率仅 6.40%,主要以痢疾杆菌为主,占 2.68%。细菌性腹泻的主要病原菌为痢疾杆菌、致病性大肠埃希菌、耶尔森菌、肺炎克雷伯菌、空肠弯曲菌、铜绿假单胞菌、沙门菌、变形杆菌、金黄色葡萄球菌,见表 4。

表 3 患儿年龄与轮状病毒分布关系

年龄	阳性(n)	阳性率(%)
<6 个月	125	32
<1 岁	155	40
≥1~<2 岁	64	16
≥2 岁	41	12

2.5 婴幼儿非感染性腹泻的病因分布情况 婴幼儿非感染性腹泻的病因主要为单纯乳糖不耐受腹泻和抗菌药物相关性腹泻,分别占 5.8%和 2.1%。上呼吸道感染、肺炎、泌尿系统感染是症状性腹泻的主要病因,见表 5。

表 4 婴幼儿细菌性腹泻的病原菌分布情况

细菌	株数	细菌检出率(%)
痢疾杆菌	18	2.68
致病性大肠埃希菌	9	0.75
耶尔森菌	4	0.60
肺炎克雷伯菌	3	0.45
沙门菌	3	0.45
铜绿假单胞菌	2	0.31
空肠弯曲菌	3	0.45
变形杆菌	3	0.45
金黄色葡萄球菌	2	0.31
其他	3	0.45

2.6 腹泻婴幼儿抗菌药物使用情况调查 入院前大部分患儿都服用了微生态制剂来保护胃肠道,32%患儿使用过抗菌药物治疗。入院后,对患儿主要采用对症和支持疗法,抗病毒药物和微生态制剂使用率达 91%和 100%,而抗菌药物的使用率仅 14%。

2.7 婴幼儿腹泻病原菌的构成比 见表 6。

表 5 婴幼儿非感染性腹泻的病因分布情况

病因	n	百分率(%)
单纯乳糖不耐受腹泻	44	5.80
抗菌药物相关性腹泻	15	2.10
泻剂性腹泻	3	0.70
肺炎	4	0.73
上呼吸道感染	4	0.73
泌尿系统感染	1	0.17
乳糜泻	3	0.20
蛋白过敏	2	0.10
生理性	1	0.17
其他	19	2.70

表 6 婴幼儿腹泻病原菌的构成比(%)

病原菌	n	百分率(%)
轮状病毒	385	70.1
细菌	46	6.8
真菌	4	0.8
寄生虫	4	0.8
其他	31	5.1
合计	470	85.4

3 讨论

腹泻病在中国小儿中属常见多发病,发病率仅次于上呼吸道感染,居第 2 位^[3-4]。它是一组由多病原、多因素引起的疾病,尤以婴幼儿期多见,可有单纯的母乳性腹泻、上呼吸道感染伴腹泻病,还有其他因季节变化、饮食不当等因素引起的腹泻^[5-6]。本次调查病例从病原菌分布情况来看,感染性腹泻占 85.4%,非感染性腹泻仅占 14.6%。感染性腹泻以轮状病毒引起的轮状病毒肠炎多见,占 70.1%。在病毒引起的婴幼儿腹泻中,轮状病毒的感染一直是首位原因^[7-8]。其中轮状病毒是全球各地儿童胃肠炎的主要病原,无论发达国家还是发展中国家。在 5 岁以下腹泻住院患儿中,轮状病毒感染病例占 25%~75%。在中国,每年秋冬季节有 40%~60%的小儿腹泻由轮状病毒引起。据估计在世界范围内每年有 45~65 万左右的儿童死于轮状病毒感染^[1],主要是由腹泻引起的脱水和电解质紊乱所致。目前,治疗轮状病毒感染尚无特效药物,主要措施有口服补液(ORS)和静脉补液维持机体电解质平衡^[9]。因此,研制一种安全、有效的轮状病毒疫苗,将有利于降低该病死亡率及预防严重腹泻的发生。

不同原因引起的腹泻,应采取相应的治疗措施。对于感染性腹泻病,根据实验室检查及时明确病原菌,做到病因学诊断;对于细菌性腹泻,应根据细菌培养和药敏试验结果针对性选用抗菌药物,避免盲目及滥用抗菌药物引起的菌群失调性腹泻。对于非感染性腹泻病应及时停用抗菌药物,调整治疗方案,使用肠黏膜保护剂及微生态制剂,避免滥用抗菌药物引起的菌群失调。

参考文献

[1] He Y, Yang H. Typing of enteric adenoviruses in feces of

infants with diarrhea [J]. Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing Du Xue Za Zhi, 2000, 14(3): 278-280.

[2] Denning DW. Invasive aspergillosis [J]. Clin Infect Dis, 1998, 26: 781-805.

[3] Center for Disease Control. CDC definitions for nosocomial infections [J]. Am Rev Respir Dis, 1989, 139(4): 1058.

[4] 李仲兴, 郑家齐, 李家宏. 诊断细菌学 [M]. 香港: 黄河文化出版社, 1992: 153

[5] 金志兰. 使用抗菌药物所致肠道真菌感染的临床分析 [J]. 当代护士, 2003(4): 54.

[6] 方鹤松. 小儿腹泻病诊断治疗的进展 [J]. 中国儿童保健杂志, 1999, 7(3): 172.

[7] 祝俭平, 廖礼梅. 746 例婴幼儿秋季大便标本致泻性大肠菌群分析 [J]. 检验医学与临床, 2012, 9(3): 58.

[8] 杨淑媛. 快速检测腹泻患儿粪便中的轮状病毒抗原分析 [J]. 大理学院学报, 2011, 12(10): 2.

[9] 刘国军. 双歧杆菌四联活菌片治疗婴幼儿秋季腹泻的临床研究 [J]. 临床和实验医学杂志, 2009, 8(5): 48-49.

(收稿日期: 2012-03-15)

• 临床研究 •

拔牙术中含肾上腺素的利多卡因局部麻醉药对血压和脉搏的影响

龙 军¹, 龙 刚² (1. 重庆市大足区妇幼保健院口腔科 402360; 2. 重庆牙科医院 400010)

【摘要】 目的 探讨含有肾上腺素的 2% 利多卡因局麻药在拔牙过程中对血压和脉搏的影响。方法 收集健康拔牙和高血压拔牙者, 分别对注射含肾上腺素或不含肾上腺素的 2% 利多卡因前、注射后 1 min 和注射后 5 min 的血压和脉搏变化进行记录, 同时记录注入的局麻药的剂量和推注时间, 并对局部麻醉效果进行评价。结果 健康拔牙者与高血压拔牙者麻醉前后血压、脉搏差异无统计学意义, 患者无明显不适。结论 在临床上使用含低浓度的肾上腺素的 2% 利多卡因在拔牙中可以增强局部麻醉效果。

【关键词】 拔牙; 肾上腺素; 利多卡因局部麻醉药; 血压; 脉搏

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 16. 027 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)16-2022-02

高血压等心血管系统疾病患者拔牙手术中无痛是关键。自 1901 年 Braun 第一个注意到在局部麻醉中加入肾上腺素等血管收缩剂的良好麻醉效果以来, 由于肾上腺素收缩局部血管的作用, 使局部麻醉药停留于注射部位的时间延长而增加药物同神经细胞膜接触的概率, 加强了麻醉效果, 延长了麻醉时间, 减少术区出血, 并减弱全身中毒反应, 在临床上被广泛应用^[1]。一般认为肾上腺素使血压升高、心率加快, 因此, 对心血管系统患者行口腔手术不宜用肾上腺素局麻药^[2]。本研究探讨含有肾上腺素的 2% 利多卡因局麻存在拔牙过程中对血压和脉搏的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 120 例 2009~2011 年在门诊拔牙患者, 男 55 例, 女 65 例, 年龄 18~76 岁, 平均年龄 53 岁, 心电图显示为正常。在口腔治疗椅上取坐位, 在注射 2% 利多卡因局麻药前、注射后 1 min 和 5 min 各测血压和脉搏一次, 然后行拔牙手术并记录注入 2% 利多卡因的剂量和注入持续时间。术中 120 例, 平均注入局麻药 2.34 mL (1.0~3.0 mL), 时间 44.17 s (15~60 s) 做完。拔牙后按下列标准评价局部麻醉效果: I 级为麻醉完全无痛; II 级为术中有轻度不适感, 但可以完成拔牙手术; III 级为患者疼痛剧烈, 无法继续手术, 麻醉无效, 需要重新麻醉。

1.2 分组 在未服用抗高血压药物情况下收缩压大于等于 140 mm Hg 和舒张压大于等于 90 mm Hg, 以及既往有高血压史, 目前正服用抗高血压药物, 即使血压已经低于 140/90 mm Hg 仍诊断为高血压^[3]。血压在此范围内患者列为高血压病组, 而小于 140/90 mm Hg 者为健康组。使用局部麻醉药的情况分为 2 类: 加入了肾上腺素 1:100 000 的 2% 利多卡因组、未加肾上腺素的 2% 利多卡因组。根据所用的局麻药和患者

的血压情况, 将 120 例患者分为健康一组、健康二组 (加了 1:100 000 肾上腺素)、高血压一组、高血压二组 (1:100 000 肾上腺素), 每组 30 例。健康组, 高血压病组中以含肾上腺素组分别与不含肾上腺素组作对比。注射后 1 min、5 min 的数据均与注射前的相应数据作比较。

1.3 统计学处理 在统计学上采用两个样本均数差异有统计学意义的检验法。

2 结 果

2.1 收缩压的变化 只有健康二组注射后 1 min 的较健康一组有下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。收缩压最大幅度为 -30~+29, 见表 1。

2.2 舒张压的变化 舒张压波动最大幅度 -15~+11。含肾上腺素组 (健康二组、高血压二组) 在注射后 1 min、5 min 的舒张压较注射前有下降; 而健康一组的舒张压在注射后 1 min、5 min 分别上升 1.8 及 0.4。健康二组注射后 1 min 的舒张压较健康一组有下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 对血压的影响 小剂量肾上腺素对血压的影响主要表现为舒张压下降或不变。小剂量的肾上腺素对皮肤黏膜血管收缩有显著性, 对骨骼肌血管则起舒张作用。由于它对血管作用的双重性, 因此对血压的影响一般表现为反映心脏功能的收缩压升高, 而反映外周阻力的舒张压不升高或下降^[4]。

2.4 脉搏变化 脉搏波动最大幅度为 -9~+24。含肾上腺素组和无肾上腺素组注射后 1 min、5 min 的脉搏均比注射前升高, 见表 3。

2.5 局部麻醉的效果 使用含肾上腺素 2% 利多卡因局麻药的麻醉效果比不含肾上腺素 2% 利多卡因局麻药麻醉效果好, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 22.623, P < 0.01$)。说明加入微量肾上腺素在加强麻醉效果方面起肯定的作用, 见表 4。