

是梅毒 IgM 和 IgG 的混合抗体,敏感性和特异性都高,一次可进行多份样本的检测,用酶标仪判断结果,结果较为客观,原始数据也可输入计算机长期保存。不完美的 TP-ELISA 法在临床应用中表现出以下缺陷:梅毒特异性抗体出现早、消失迟,即便经过正规梅毒治疗,仍可检出其特异性抗体,有的甚至可终生检出,TP-ELISA 法阳性只能说明正在感染或曾经感染过,不能作为疗效监测手段。TRUST 法采用 VDRL 抗原重悬于含有特制的甲苯胺红溶液中制成,检测血清或血浆中反应素,其操作简便、结果检测迅速,适用于梅毒疗效的观察、梅毒的复发和再感染的诊断,例如很难诊断的先天性梅毒,可用 TRUST 法每月检测 1 次,连续 6 个月,检测反应素效价变化,如效价增高或稳定在高水平,表明是先天性梅毒,如抗体是来自母体 IgG,通常在 2~3 个月内消失。而 TRUST 法不足之处在于敏感性差,容易延误病情,耽误治疗,影响医疗质量,无法界定患者输血后的感染责任,加大了医院的风险。

鉴于 TP-ELISA 法与 TRUST 法原理优缺点的评估,本院从提高检测梅毒的敏感性和特异性的角度,同时能进行梅毒疗程和疗效的观察的角度出发,决定选择 TP-ELISA 法与 TRUST 法同步联合检测。本研究结果显示,梅毒诊断中如果单纯采用 TRUST 法筛查梅毒很容易产生漏诊或误诊,这与关盼香和张桂芹^[4]报道 ELISA 法检出率高于 TRUST 法相符合。TP-ELISA 法与 TRUST 法同步联合检测在临床应用中表现出以下优点:(1)是试剂成本低,试剂容易保存且稳定;(2)是操作简便;(3)是检测结果给医生提供更多的指导,有研究报道检测血清中的梅毒特异性抗体,在梅毒的潜伏期即产生,对梅毒的早期辅助诊断较好^[5];(4)可减少输血后的纠纷;(5)是两种方法的同步联合检测,可使梅毒患者得到快速的治疗。

当同步联合检测数据不一致时,用 TP 血球凝集试验

(TPHA)方法复测,检验人员还应及时主动与临床医生沟通,建议临床医生根据患者的病史、临床症状和体征作出诊断,以排除生物学原因造成的假阳性,疑似患者做好定期随访复查。《全国临床检验操作规程》中明确指出:梅毒的血清学试验阳性只提示所测标本中有抗类脂抗体或抗 TP 抗体存在,不能作为患者感染梅毒螺旋体的绝对依据,阴性结果也不能排除梅毒螺旋体感染,检测结果应结合临床综合分析^[2]。

本研究显示,医院通过 TP-ELISA 法与 TRUST 法同步联合检测互补了方法学的不足,避免了早期潜伏期梅毒的漏诊,可以排除生物学原因造成的假阳性,又可进行梅毒疗效的观察,进一步降低医院的医疗风险,从而对梅毒做到早发现、早诊断、早治疗。

参考文献

- [1] 李梅,张菊梅. TPPA 在梅毒血清学试验中的临床应用价值[J]. 甘肃医药,2011,30(1):43-45.
- [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,2006:650.
- [3] Centers for Disease Control and Prevention(CDC). Discordant results from reverse sequence syphilis screening-five laboratories, United States, 2006-2010[J]. MMWR,2011,60(5):133-137.
- [4] 关盼香,张桂芹. 两种方法检测梅毒螺旋体抗体的比较[J]. 中国医药导报,2009,16(6):112-113.
- [5] 郑颖,丁文杰,单晓洁,等. 5 种梅毒血清学检测方法的临床应用评价[J]. 现代实用医学,2009,21(8):824-825.

(收稿日期:2012-06-28)

超声检测胎儿肠管扩张的价值分析

梁 蕾,王敏娜,郭 君[△],刘 焱,房敬阳(航天中心医院,北京 100049)

【摘要】 目的 探讨超声对胎儿肠管扩张的诊断价值。方法 应用超声经腹进行多切面扫查,着重观察胎儿扩张肠管的走形、位置、范围、内径。结果 7 754 例孕妇中共检出胎儿肠管扩张 6 例,十二指肠闭锁 2 例,小肠梗阻 4 例,全部病例均经手术、引产后尸检及产后随访证实。结论 超声能及时发现胎儿肠管异常扩张并能动态观察,为提高产前诊断提供有力依据,可提高新生儿存活率。

【关键词】 超声; 胎儿; 肠管扩张

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)16-2080-02

先天性肠道狭窄及闭锁是在胚胎发育过程出现肠道发育异常的一种先天性疾病,比较少见,病死率较高,是围生期死亡的原因之一,产前早期诊断可减少婴幼儿和围产儿死亡率,为产前诊断提供有力依据。本研究对经手术、引产后尸检及产后随访证实的胎儿肠管扩张病例进行回顾性分析,旨在探讨超声诊断胎儿肠管扩张的临床意义^[1-2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2009~2012 年本院门诊产前超声常规检查孕妇 7 754 例,年龄 17~42 岁,孕周 20~36 周。常规进行二维超声或彩超检查。

1.2 方法 使用 PHILIP IU22、GE730、LOGIQ9 等彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 3.5 MHz。孕妇取平卧位,详查胎儿颅脑、颜面、脊柱、心脏、胸腹腔内脏、四肢、羊水、胎盘、脐带等,

常规测量并记录胎儿相关生长发育指标,对胎儿肠管出现异常增宽者着重观察胎儿扩张肠管的走形、位置、范围、内径,必要时进行复查。

2 结果

通过对 7 754 例中晚期孕妇进行产前胎儿常规系统检查,发现 6 例胎儿肠管扩张,总发生率为 0.091%。其中:十二指肠闭锁 2 例,超声表现为胃泡增大,腹腔内可见双泡征,两者可相通,1 例合并羊水过多,后引产;另 1 例随访观察,孕晚期胎死宫内;小肠狭窄及闭锁 4 例,表现为腹腔内管肠局限性或广泛性扩张,内径 1.0~3.0 cm,部分肠管扩张呈蜂窝状,肠蠕动正常,其中 2 例合并其他系统畸形。

3 讨论

胃肠道狭窄及闭锁是新生儿最常见的消化道畸形,是造成

[△] 通讯作者,E-mail:guojun_csk@126.com。

消化道梗阻的主要原因。胎儿肠道的超声观察主要是在胎粪出现的孕中期后进行,胎儿吞入的羊水、坏死脱离的组织碎片、腺体分泌物、胆汁等,形成肠管内容物;同时,胎儿的肛门括约肌在孕 20 周左右时成熟,使胎粪聚积,超声才有检查的可见性。胎儿吞咽功能出现后,小肠在孕 20 周左右可达 100% 的显示率,大肠在孕 25 周时可达 100% 的显示率。

胎儿肠管扩张常为胎儿期肠梗阻的超声表现之一,与胎儿消化系统畸形关系密切。根据 Nyberg 等^[3]的研究,当小肠内径超过 7 mm,长度超过 15 mm,结肠内径在晚孕期超过 18 mm,即可诊断。超声诊断的肠道梗阻中以小肠梗阻最为常见,十二指肠梗阻次之,结肠梗阻和肛门直肠闭锁少见。

本组病例中,4 例孕期超声检查发现小肠管扩张,内径分别为 1.0~3.0 cm,随访观察后无好转,诊断为肠管扩张,怀疑存在肠道梗阻,最终 1 例手术,1 例胎死宫内,2 例引产,结果均证实为小肠梗阻。空肠和回肠梗阻的发生率为 1/1500,主要病因有胎儿 12 周后肠道缺血所致管腔狭窄、肠道腔化过程障碍、肠道旋转不良等内源性因素及肠套叠、腹裂、胎粪性肠梗阻等外源性因素。在不同部位,小肠梗阻发生率有所不同,按发病率依次为远端回肠、近端空肠、远端空肠、近端回肠。因为肠道扩张进展缓慢,多数胎儿肠梗阻在孕 25 周以后获得诊断,4 例小肠梗阻病例中 3 例为 25 周后发现。当超声发现腹部出现多个肠襻扩张并伴有蠕动增强时,应追踪观察其进展情况,且与肠道缺血等因素造成的暂时性肠扩张相鉴别。胎儿单纯小肠梗阻多为单发性,不合并其他器官系统畸形或者染色体异常,而多发肠梗阻胎儿往往存在家族遗传性。4 例均未合并其他系统异常。由于十二指肠和近端空肠病变会影响胎儿吞咽羊水,所以部分胎儿肠梗阻的孕妇合并羊水增多,4 例病例中 3 例合并羊水过多。

本组病例 2 例超声检查中,发现胃腔及局部肠管扩张,胃泡增大,呈双泡征,考虑十二指肠梗阻所致,2 例病例均合并多

系统畸形。胎儿十二指肠梗阻主要因为十二指肠闭锁或狭窄,其病因仍未完全清楚,可能与胚胎期肠管腔化过程有关,目前发病率为 1/1 500~1/4 000,在消化道畸形中仅次于空回肠。胎儿十二指肠梗阻的典型声像图为胎儿左上腹可见两个彼此相通的液性无回声区持续存在(即双泡征)和羊水过多。比较公认的原因是胚胎 12 周十二指肠生长发育阶段肠腔空化不全或停滞而导致。胚胎 5~6 周十二指肠黏膜上皮迅速增生成为复层柱状上皮,致使肠腔暂时性闭塞,称为“充实期”。胚胎 8~10 周,在充实的上皮细胞间出现空泡,空泡逐渐扩大,互相融合,肠腔再度贯通,称为“空化期”。第 12 周,空化过程完全,肠黏膜上皮成为单层柱状上皮,十二指肠完全贯通。如肠腔空化过程发生障碍将形成十二指肠闭锁与狭窄。十二指肠闭锁与狭窄最常发生于降部乏特壶腹附近。因此,有学者认为,十二指肠在完成空化过程之前,主胰管和副胰管向乏特壶腹开口,此解剖学上的因素可能推迟该段十二指肠空化过程而形成闭锁与狭窄。

总之,胎儿肠管扩张作为一种异常的声像图表现,对诊断先天性肠管畸形有重要提示作用,应多切面扫查,近期随访跟踪,尽量减少和避免漏诊、误诊的发生,提高胎儿畸形的检出率。

参考文献

- [1] 李辉,张玲,杨中华,等. 胎儿肠管扩张的产前诊断和临床预后[J]. 中华围产医学杂志,2006,9(5):267-269.
- [2] 严英榴,杨秀雄,沈理. 产前超声诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:3-10.
- [3] Nyberg DA, Mack LA, Patten RM, et al. Fetal bowel: normal sonographic findings [J]. J Ultrasound Med, 1987,6(1):3-6.

(收稿日期:2012-02-15)

摩托车驾乘人员颅脑损伤合并颈椎脱位、骨折临床分析

郑 荣(重庆市九龙坡区第一中医院脑外科 400080)

【摘要】目的 探讨摩托车车祸中颅脑损伤合并颈椎脱位骨折的临床特点。**方法** 回顾性分析 132 例摩托车驾乘人员颅脑损伤患者中合并颈椎损伤的受伤方式及发生特点。**结果** 132 例颅脑损伤患者中,恢复良好 112 例,中残 7 例,重残 5 例,死亡 7 例。**结论** 摩托车驾乘人员车祸是发生颅脑损伤合并伤发生的危险因素,在紧急处理这类颅脑损伤患者时应注意颈椎损伤发生的可能性,以免漏诊。

【关键词】 摩托车驾乘人员; 颅脑损伤合并颈椎脱位和骨折; 漏诊原因分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.071 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)16-2081-02

合并颈椎损伤的颅脑损伤称为颅颈合并伤,这是一种严重的复合伤,在既往的颅脑损伤急诊救治中,由于对该病症重视不够,造成一些诊断的延误,甚至导致严重的后果^[1]。摩托车交通事故所造成的颅脑损伤合并颈椎脱位、骨折在临床上并不少见,现将本院 2005 年 9 月至 2010 年 10 月收治的 132 例摩托车驾乘人员车祸导致颅脑损伤合并颈椎脱位或骨折患者的诊治结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2005 年 9 月至 2011 年 10 月收治因车祸造成颅脑损伤的摩托车驾乘人员 132 例,其中摩托车驾驶员 98 例,均为男性;摩托车乘坐人员 34 例,其中男性 20 例,女性 14 例;年龄 16 岁~56 岁,平均 42.3 岁。损伤原因:迎面直接撞击 62 例,追尾撞击 20 例,侧方撞击 30 例,患者昏迷不

能叙述、无目击证人者 20 例。132 例患者中戴头盔者为 87 例,无任何保护措施者 45 例。

1.2 入院诊断及病情 全部患者均有明确头部外伤史,在入院后通过病史及头颅 CT 检查明确脑外伤诊断。颅脑损伤类型:轻型颅脑损伤 52 例,外伤性蛛网膜下腔出血 30 例,脑挫裂伤 19 例,颅脑血肿(包括硬膜外血肿及硬膜下血肿、脑内血肿或混合型血肿)20 例,脑弥漫性轴索损伤 11 例。合并四肢骨折 46 例,肋骨骨折 14 例,腹部闭合性损伤 6 例。入院时按格拉斯哥评分(GCS^[2-3]):3~6 分 5 例,>6~9 分 17 例,>9~12 分 41 例,>12~15 分 69 例。其中佩戴头盔患者为 89 例,无任何保护措施患者 14 例,特重型颅脑损伤患者 5 例均为未佩戴头盔者。

1.3 影像学检查 其中 4 例重型颅脑损伤患者入院后立即行