

没有临床意义。胸腔积液脱落细胞学、胸膜活检对恶性肿瘤的阳性检出率较低,分别为 45.3%和 52.0%^[3]。1978 年 Piras 等报道了胸腔积液中 ADA 活性可以作为胸腔积液鉴别诊断和结核性胸膜炎诊断的依据之一。此后,大量的研究工作表明 ADA 在结核性胸腔积液和非结核性胸腔积液的鉴别诊断中有很高的临床诊断意义^[4]。

ADA 是人体嘌呤核苷代谢中催化腺苷和脱氧腺苷生成次黄苷和脱氧次黄苷的一种酶,与细胞免疫反应有关,广泛存在于全身各组织中,但其活性在淋巴细胞组织中最高,T 细胞内的含量高于 B 细胞。ADA 活性增高是 T 淋巴细胞对某些特殊病变局部刺激产生的一种反应,与 T 淋巴细胞增殖、分化和数量有密切关系。既往已有研究表明,在结核性胸膜炎、结核性腹膜炎和结核性心包炎患者的浆膜腔积液中 ADA 有较高的活性,对诊断有一定帮助。

本文通过收集的 334 例患者的胸腔积液进行 ADA 活性测定,用 SPSS11.0 统计软件进行分析,从 ROC 曲线中选择特异性为 95.1%时,灵敏度也达到 71.4%,作为 ADA 活性值的诊断界定值,故选择 ADA 活性值为 44 U/L 作为诊断界定值。

以此诊断界定值对 334 例胸腔积液患者的 ADA 活性值进行统计分析,分别得出 ADA 的灵敏度为 73.36%,特异度为 88.57%,阳性预测值为 93.33%,阴性预测值为 60.38%。从以上的统计数据可以充分说明 ADA 活性值的测定可以作为胸腔积液性质的鉴别诊断中一个敏感度较高、特异度也很好的诊断指标。

国内徐林发等^[5]比较结核性胸腔积液 32 例和 51 例非结核性胸腔积液 ADA 活性,发现结核性胸腔积液组 ADA 均值为(45.18±26.17)U/L,诊断阳性率为 87.15%;而非结核组 ADA 均值为(11.69±19.63)U/L,诊断阳性率为 3.92%。并认为胸腔积液 ADA 敏感性明显优于胸腔积液查结核杆菌、结核菌素皮试法和血查结核抗体,具有很高的阳性预测值,对诊断结核性胸膜炎具有高敏感性及高特异性,可作为诊断的一项客观指标,临床上可作为常规检查广泛应用。

本文资料中通过对 229 例结核性胸腔积液和 105 例非结核性胸腔积液 ADA 活性的比较,结核性胸腔积液的 ADA 活性均值为(50.54±33.89)U/L,诊断阳性率为 73.36%;而非结核性胸腔积液的 ADA 活性均值为(19.38±18.07)U/L,诊断阳性率为 11.43%。结核性胸腔积液的 ADA 活性较非结核性胸腔积液有明显升高也证实了上述的观点。

结核分枝杆菌培养是结核病细菌学检查的金标准^[6]。目前常规的方法是改良罗氏培养基培养法,结核分枝杆菌在此培养基上生长缓慢,阳性率低,严重影响结核病的诊断治疗。本院引进的 BACTEC MGIT 960 结核菌快速培养仪与传统的改良罗氏培养基分离方法相比,具有检出阳性率高、培养时间短、特异性高等优点。BACTEC MGIT 960 结核菌快速培养仪最快 7 d 左右就可以检出阳性标本,结合本文统计的 2011 年 1~6 月 229 例结核性胸腔积液的阳性检出率为 35.37%,说明结核菌快速培养仪可以明显提高分离培养的阳性率,有助于胸腔积液的鉴别诊断。

BACTEC MGIT 960 结核菌快速培养与 ADA 活性检测对比有一定的缺点:患者的费用负担较高,检测时间比较长(阳性结果最快 7 d 左右,阴性结果最迟 43 d 方可报告)。通过 ADA 活性值和结核菌快速培养结果的联合比较,说明两种检测方法比较差异有统计学意义($\chi^2=79.68, P<0.01$)。ADA 活性检测的阳性预测值可达 93.33%,比结核菌快速培养有明显的提高,且检测方便快捷,费用低廉,对胸腔积液性质的早期鉴别提供较有诊断价值的依据。

综上所述,ADA 检测联合结核菌快速培养给临床早期治疗提供了较好的依据,在胸腔积液的鉴别诊断中有较高的临床价值,有利于胸腔积液性质的鉴别。

参考文献

[1] 金谦,项国谦,吴盛海,等.腺苷脱氢酶和唾液酸检测鉴别胸腹水性质的价值[J].现代中西医结合杂志,2006,15(16):2257.

[2] 叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:108.

[3] 袁帅,张焱和.恶性胸/腹水的实验诊断研究现状[J].中国实验诊断学,2008,12(6):342-344.

[4] 周同鑫.胸腔积液中腺苷脱氢酶检测对结核性胸膜炎的诊断价值[J].中国民族民间医药杂志,2011,20(24):102-103.

[5] 徐林发,祝华君,吴月建.腺苷脱氢酶在结核性胸水中的诊断价值[J].中国实验诊断学,2006,10(8):865-867.

[6] 齐学进,陈琪福.临床技术操作规范结核病分册[M].北京:人民军医出版社,2004:32-36.

(收稿日期:2012-03-23)

• 临床研究 •

支撑喉镜下声带息肉摘除术的麻醉处理

刘宗英,张 莉(四川省泸州市人民医院麻醉科 646000)

【摘要】 目的 分析及总结支撑喉镜下声带息肉摘除术的麻醉经验。**方法** 2010 年 1 月至 2011 年 12 月该院行气管插管全麻支撑喉镜下声带息肉摘除术 63 例,气管导管选择 ID 5.5~6.5 cm,用咪达唑仑、芬太尼、丙泊酚、琥珀胆碱麻醉诱导,行机控呼吸,丙泊酚、七氟醚、维库溴铵等静吸复合维持麻醉。**结果** 全部患者顺利接受手术治疗。无麻醉并发症发生。**结论** 支撑喉镜下声带息肉摘除术虽是短小手术,但由于手术部位的特殊性,更应加强麻醉管理,及时发现异常情况,并积极处理,保证患者的安全。

【关键词】 声带息肉摘除术; 支撑喉镜; 麻醉管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)20-2603-02

耳鼻喉科手术的迅速发展给麻醉学科提出了更高的要求,集中表现在如何有效地处理困难气道的问题,以及提高麻醉诱

导和维持的安全性和可控性^[1]。声带息肉是耳鼻喉科的常见病,支撑喉镜下手术视野清晰,立体感强,切除病变的准确性

高,现多采用此手术方式。此类手术时间虽短,却对麻醉的要求高。现回顾性分析本院 2010 年 1 月至 2011 年 12 月此类手术 63 例,麻醉效果均满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 63 例患者,男 39 例,女 24 例;年龄 37~52 岁,ASA I~II,无药物过敏史,无凝血功能障碍。均因声带息肉行手术治疗。手术时间 10~30 min。

1.2 方法 本组患者全部采用气管插管全麻。术前 30 min 静脉注射长托宁 0.005~0.010 mg/kg。入室后常规监测血压、呼吸、心率、脉搏氧饱和度(SpO₂)。麻醉诱导采用咪达唑仑 0.05~0.1 mg/kg、芬太尼 2 μg/kg、丙泊酚 2 mg/kg、琥珀胆碱 1 mg/kg。气管插管成功后,连接麻醉机行机控呼吸(6~8 mL/kg)。麻醉维持采用丙泊酚、七氟醚、维库溴铵等静吸复合麻醉。术毕停麻醉药。吸干净口咽部及气管分泌物,待患者吞咽反射恢复、自主呼吸恢复良好,脱氧 5 min SpO₂>95%,呼之能应,拔出气管导管,常规用新斯的明拮抗残余肌松药。术中酌情给予地塞米松。

2 结果

本组患者在放入支撑喉镜时血压均出现不同程度的增高,增幅在 10%~25%,1 例患者术中使用了乌拉地尔;SpO₂ 均维持在 97%~100%;9 例患者术中出现心率减慢,最低至 45 次/分钟,静脉推注阿托品后心率上升至正常。全部患者均顺利接受手术治疗。无麻醉并发症发生。

3 讨论

在耳鼻喉科手术操作中,往往涉及迷走神经纤维的分布区,故更易引起迷走神经反射^[1]。支撑喉镜下声带息肉切除术创伤小,手术时间短,但要求麻醉不但要保持呼吸道通畅又不妨碍操作,声带松弛,声门暴露清晰,心血管反应轻,能抑制各种不良反应,且需要进行气道隔离,防止误吸,因此通常采用气管插管全麻^[2]。由于手术操作与麻醉呼吸控制在同一狭小的咽喉空间,相互干扰,给麻醉管理增加了难度。通过本组病例作者体会:

3.1 重视术前访视,了解病变大小及部位。应在明视下插入气管导管,防止撕脱息肉或麻醉后肌肉松弛堵塞呼吸道。

3.2 麻醉诱导和维持应选择起效快、苏醒快、麻醉深度易调控、对循环影响较小的药物。如丙泊酚、七氟醚等。

3.3 气管插管一定要轻柔,避免造成声带周围组织损伤而影响术野。若遇困难气道,切忌盲目插管,如肥胖、颈短、声门暴露不理想造成气管插管困难者,应采用可视喉镜或纤维插管镜完成插管^[3]。

3.4 选择适中导管,既要保证通气、防止误吸,又不能使声带张力过大,影响手术操作。一般选用 ID 5.5~6.5 cm 的气管导管,便于术者识别肿物的边界,以免修复时损伤声带造成声嘶^[4]。插管深度比正常深 1~2 cm,避免垫肩、仰头时导管脱出或手术医生误将导管带出。

3.5 因咽喉部血管神经分布密度高,会厌内面迷走神经分面丰富^[5],放入支撑喉镜时对咽喉部刺激很大,应加深麻醉以减少呛咳、喉痉挛以及心血管反应。

3.6 术中应用中短效肌肉松弛药,以保证手术过程中无呛咳反应,声带静止,利于手术操作。

3.7 术毕应用新斯的明拮抗残余肌肉松弛药,利于患者安全及术后恢复。此外,术中给予地塞米松预防喉头水肿,减轻恶心、呕吐症状^[6]。

总之,支撑喉镜下声带息肉摘除术虽是短小手术,但应重视麻醉管理,术中严密监测,及时发现和处理异常情况,才能避免并发症发生,保证患者的安全。

参考文献

[1] 马武华,古妙宁. 围麻醉期风险与处理[M]. 北京:人民卫生出版社,2008;183-184.
[2] 余守章. 微创手术麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008;346.
[3] 张百乐,盛莉,童淑玲. 支撑喉镜下声带息肉摘除术的麻醉体会[J]. 临床麻醉学杂志,2006,34(6):759.
[4] 庞德春,陈铎鑫,邓梅玉,等. 支撑喉镜下声带息肉摘除术 118 例的麻醉体会[J]. 右江医学,2009,37(2):162-163.
[5] 徐鲁峰. 支撑喉镜下声带息肉摘除术的麻醉麻醉体会[J]. 实用医药杂志,2009,26(2):38-39.
[6] 庄心良,曾因明. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003;476.

(收稿日期:2012-03-18)

• 临床研究 •

厦门地区阴道分泌物多项检查结果的回顾性分析

林 真,陈君颖,钟秀珍,叶 琳(福建省厦门市中医院检验科 313600)

【摘要】 目的 了解本地区女性阴道滴虫、真菌、细菌性阴道病、沙眼衣原体、淋球菌在不同年龄段、不同季节的流行变化情况。方法 妇产科门诊随机选取 4 670 例患者的白带,采用显微镜检查、阴道炎三联试剂盒检查白带的真菌、滴虫、细菌性阴道病,实时荧光定量 PCR 检测沙眼衣原体、淋球菌。结果 ≤20 岁年龄段女性真菌、滴虫、沙眼衣原体感染率最高;21~30 岁与 31~40 岁年龄组以细菌性阴道病、真菌感染率较高,淋球菌、沙眼衣原体次之;各病原体季节变化无明显差异。结论 各年龄段阴道炎患病率有差异且呈现低龄化,性保健知识普及刻不容缓。

【关键词】 阴道分泌物; 真菌; 滴虫; 细菌性阴道病; 沙衣原体; 淋球菌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)20-2604-03

阴道分泌物检查是妇产科最常见的实验室检查项目^[1],主要用于监测女性生殖道感染与否及种类,妊娠时阴道分泌物检

查尤为重要。阴道炎症极易引起宫内感染和产道感染,造成新生儿流产、早产等严重后果。为了解本地区女性阴道疾病的感