

(123/130)。

2.2 MRS 药敏试验结果 见表 1。

表 1 MRS 对 16 种抗菌药物的耐药情况[n(%)]

抗菌药	耐药率(%)	
	MRSA(n=120)	MRCNS(n=123)
青霉素	119(99.2)	120(97.6)
庆大霉素	93(77.5)	87(70.7)
四环素	90(75.0)	51(41.5)
红霉素	86(71.7)	114(92.7)
克林霉素	75(62.5)	53(43.1)
苯唑西林	70(58.3)	67(54.5)
诺氟沙星	66(55.0)	62(50.4)
左氧氟沙星	64(53.3)	58(47.2)
利福平	36(30.0)	20(16.3)
复方新诺明	14(11.7)	84(68.3)
米诺环素	6(5.0)	1(0.8)
万古霉素	0(0.0)	0(0.0)
奎奴普汀/达福普汀	1(0.8)	1(0.8)
呋喃妥因	1(0.8)	1(0.8)
替考拉宁	1(0.8)	1(0.8)
夫西地酸	1(0.8)	1(0.8)

表 1 显示, MRSA、MRCNS 的检出率呈上升趋势, 且呈高度耐药性, 因此, 依据药敏结果合理选用抗菌药物尤为重要。

3 讨 论

随着大量新的广谱抗菌药的临床应用及不合理使用, 甚至滥用, 导致各种病原菌耐药越来越严重。为争取早日治疗, 及时控制感染, 改善预后, 依据药敏试验监测结果合理选择抗菌药物进行有效治疗尤为重要^[3-4]。本文药敏试验结果表明, MRS 对临床应用的大部分抗菌药物的耐药率均很高, 仅对少部分抗菌药物较为敏感, 如: 万古霉素、呋喃妥因、米诺环素、替考拉宁、夫西地酸、奎奴普汀/达福普汀、利福平等, 特别是对万古霉素耐药率为 0.0%, 表明万古霉素对 MRS 仍保持很高的抗菌活性, 对于 MRS 感染患者的治疗, 万古霉素目前仍是临床的首选药物。

自 20 世纪 80 年代以来, MRS 分离率有逐年上升趋势, MRS 的检出率发达地区比经济落后地区高, 大医院比小医院

高, 这主要与抗菌药的使用情况有关^[5]。本院 MRS 的分离率高达 93.1%, 应引起高度重视。从含葡萄球菌的标本分布来看, 主要集中于呼吸道标本、血液标本及手术切口, 手术切口几乎来源于外科病房, 多数患者接受过多种抗菌药物的长期治疗; 呼吸道、血液标本则主要来源于老年人群, 患者呈高龄化, 多有严重的基础疾病, 且长期大量使用抗菌药物, 部分患者除葡萄球菌感染外尚合并真菌感染, 提示抗菌药物的不合理使用和免疫力低下是发生葡萄球菌感染的危险因素。美国微生物标准委员会提出: MRS 对所有青霉素类及其抑制剂、头孢菌素类及其酶抑制剂、单环类抗菌药物、碳青霉烯类抗菌药物等大多耐药, 当检测到 MRS 时, 即使该菌对任何 β -内酰胺类及含酶抑制剂类敏感, 也应报告为耐药, 此时, 万古霉素是最终的选择^[6]。

综上所述, MRS 感染流行日趋严重, 除万古霉素、米诺环素、替考拉宁、夫西地酸、奎奴普汀/达福普汀、利福平(近年来耐药率有所提高)对其具有较强的抗菌活性外, 其他药物耐药情况严重。因此, 必须进行药敏试验, 为临床提供准确可靠的依据, 加强抗菌药物的合理使用。

参考文献

- [1] 马纪平, 苏建荣, 靳景图, 等. 耐甲氧苯青霉素葡萄球菌[J]. 中华医学检验杂志, 1996, 19(3): 186.
- [2] 施瑜. 耐甲氧西林葡萄球菌检测方法评价[J]. 检验医学与临床, 2008, 5(24): 1517-1518.
- [3] 宋世平, 解晓珍, 席道友. 158 株葡萄球菌的耐药性监测与分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2003, 13(4): 384-385.
- [4] 陈海雁. 葡萄球菌耐药性调查分析[J]. 检验医学与临床, 2008, 5(12): 734-735.
- [5] 戴立人. 耐甲氧西林葡萄球菌医院内感染及其监测[J]. 中华医学杂志, 1992, 72(8): 465-467.
- [6] Nation Committee for Clinical Laboratory Standards. Performance standards for antimicrobial oisk susceptibility test[S]. USA: NCCLS, 2002.

(收稿日期: 2011-03-08)

• 临床研究 •

尿微量清蛋白与尿液干化学蛋白检测结果比较及意义

蒋娇阳(湖南省中医院检验科, 长沙 410005)

【摘要】 目的 了解尿液分析仪检测尿蛋白结果与免疫透射比浊法检测尿微量清蛋白(mAlb)结果的相关性。**方法** 同时对住院患者 188 例晨尿标本进行尿干化学法分析和 mAlb 检测。**结果** 两种方法检测结果均为阴性标本的符合率为 79.4%, 尿分析仪为可疑(±)的标本二者符合率为 73.1%, 尿分析仪为阳性(+)的标本二者符合率为 95.0%。在 ++、+++ 标本中, 二者的符合率均为 100.0%。对于尿分析仪检测为阴性和 ± 的标本, 经 χ^2 检验, 尿分析仪结果与 mAlb 结果之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 尿 mAlb 检测与尿常规中的尿蛋白测定相比, 具有准确、灵敏等优点, 在临床疾病的早期诊断中, 检测尿中 mAlb 比检测尿常规更有临床意义。

【关键词】 尿分析; 自动化; 尿蛋白; 散射浊度法和比浊法

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)18-2240-03

尿微量清蛋白(mAlb)是指尿 mAlb 在 22.5~300 mg/L 范围内的临床病理指征, 即超出正常参考值上限而未检出临床蛋白尿的中间阶段。在正常生理状态下, 肾小球滤过的滤液中

仅含有极少量的清蛋白, 且大部分被肾小管重吸收。因此尿清蛋白的异常增多对肾损伤的诊断有重要参考价值。同时, mAlb 是检测血管损伤的重要指标, 是糖尿病、高血压、心血管

疾病、肾病血管损伤的指标,对判断疾病发生、发展、预后具有重要参考价值。而常用的尿液分析仪干化学方法不能检测出 mAlb,只能用更敏感的定量方法才能检测出来。虽然干化学法也可检测尿液中的清蛋白成分,但是由于方法学、灵敏度和影响因素的不同,与 mAlb 测定结果之间存在着一定的差异。为了解两种方法检测尿蛋白结果的相关性,作者在用尿液分析仪检测尿蛋白的同时,采用免疫透射比浊法对尿 mAlb 进行了检测,现将结果对比分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 188 例本院住院患者中男 112 例,女 76 例,年龄 8~70 岁,平均 39 岁。

1.2 仪器与试剂 尿 mAlb 试剂盒为伊利康生物技术有限公司产品,仪器为东芝 120 全自动生化分析仪,迪瑞尿液分析仪及配套试纸。

1.3 方法 收集患者晨尿,先以 1 500 r/min 离心 5 min,取上清液分成两份,一份用于干化学法检测,另一份用于尿生化分析仪检测,同时还对这 188 份标本用磺柳酸法检测尿蛋白做对照。

2 结果

在尿 mAlb 的测定结果中,以 mAlb ≤ 22.5 mg/L 作为正常参考值, > 22.5 mg/L 均视为阳性,并计算阳性率,结果见表 1。

表 1 尿液分析仪检测结果与尿 mAlb 测定结果对比分析 (n=188)

尿液分析仪	n	免疫散射比浊法			磺柳酸法	
		$\bar{x} \pm s$	>22.5 mg/L 例数	阳性率 (%)	尿蛋白	n
-	102	16.3 ± 14.5	21	20.6	-	108
±	26	40.7 ± 37.2	19	73.1	±	22
+	20	132.8 ± 95.8	19	95.0	+	18
++	24	581.0 ± 140.5	24	100.0	++	24
+++	16	2 251.2 ± 580.1	16	100.0	+++	16

注: - 表示阴性; ± 表示可疑; + 表示阳性。

在尿液分析仪检测结果为阴性的 102 例标本中,有 21 例 mAlb > 22.5 mg/L,其符合率为 79.4%,其中有 1 例标本 mAlb 高达 70.8 mg/L。在 26 例尿分析仪为 ± 的标本中,有 19 例 mAlb > 22.5 mg/L,其符合率为 26.9%,在 20 例尿分析仪为阳性 (+) 中,有 1 例 mAlb < 22.5 mg/L,其符合率为 95.0%,在 ++、+++ 标本中,两种检测方法的符合率均为 100%。对于尿分析仪检测结果为阴性和可疑 (±) 的标本,经 χ^2 检验,尿分析仪结果与 mAlb 结果之间差异有统计学意义 (P < 0.05)。

3 讨论

尿液分析仪检测尿蛋白是当前应用最广的方法,它是采用指示剂的蛋白误差原理,试纸条只对清蛋白敏感,对其他蛋白敏感性差,其结果只能作为一种过筛试验。mAlb 属于中分子蛋白,相对分子质量为 66×10^3 。正常情况下,不能通过肾小球滤过膜足突间隙,是电荷选择性屏障损伤的标志蛋白,尿 mAlb 常见于糖尿病肾病、高血压、妊娠子痫前期等,也可在隐匿性肾炎及肾炎恢复期尿中出现,是比较灵敏的早期发现肾损伤的指标^[1],因而其检测已越来越受到临床的重视。尿 mAlb 的检测原理是采用透射比浊法,尿中的 mAlb 与其特异抗体结合,产生免疫复合物,其浊度与尿液中的 mAlb 浓度呈正比。由于其灵敏度高,特异性强,测定结果较为准确。

肾病早期尿中蛋白质以清蛋白为主,mAlb 测定和尿液分析仪检测尿蛋白都是测定尿液中的清蛋白含量。由于两者的灵敏度不一致,尿干化学法的灵敏度为 150 mg/L,而 mAlb 检测的灵敏度为 10 mg/L,因此,两种方法测定结果有较大差异。在尿液分析仪检测为阴性的标本中,mAlb 的检出阳性率为 20.6%。说明在肾病早期通过尿常规检测存在着漏检现象。另一方面,按试纸带的敏感性,在 30 份检测结果为 ± 的标本中 mAlb 均应大于 80 mg/L,但结果却只有 20 例 mAlb > 22.5 mg/L,其中主要原因除两者的敏感性不同外,还由于这些标本均来自住院患者,用药多而杂,其中的高比重尿及碱性尿可导

致出现假阳性;另外试纸条浸尿过多,将缓冲剂冲脱也可导致假阳性^[2-3]。经与磺柳酸法和 mAlb 的测定结果对比可以看出,尿液分析仪检测为阳性的结果中的确存在一定数量的假阳性。由于目前临床上都使用比较高档的抗生素,使用大剂量青霉素很少,在本文所做的 188 例中没有出现假阴性结果。随着尿液中蛋白质含量的增加,两种方法测定结果的符合率也在不断增加,对于检测结果为 ++、+++ 的标本两种测定方法结果符合率均为 100%。尿 mAlb 检测与尿常规中尿蛋白测定相比,具有准确、灵敏等优点,在临床疾病的早期诊断中,检测尿中 mAlb 比检测尿常规更有临床意义。

mAlb 是检测血管损伤的重要指标,是糖尿病、高血压、心血管疾病、肾病血管损伤的指标^[4-5],对判断疾病发生、发展、预后具有重要参考价值。在过去的研究中,临床上比较重视糖尿病患者 mAlb 的变化,但是近年的研究发现 mAlb 对分析血管相关性疾病的进展具有十分重要的意义^[6]。mAlb 检测是一种高效、快速、无创伤性的检测方法,随着全自动生化分析仪、全自动特种蛋白分析仪等在临床实验室的广泛使用,mAlb 的检测方法将愈来愈方便、快捷、准确。因此有必要扩大 mAlb 检查的应用范围,把它作为心血管疾病、高血压等疾病的常规检查项目,特别是在老年人体检中应作为常规项目。通过这一检查可以发现潜在病变,为疾病的早期诊断、早期治疗提供有用的信息和实验室指标。

参考文献

[1] 王蕾. I 型糖尿病患者晨尿微量清蛋白检测的可靠性 [J]. 上海医学检验杂志, 2001, 16(6): 361-362.
 [2] 杨学祥, 张新德, 刘玉琴. 尿液分析仪检测尿液的影响因素与问题探讨 [J]. 西藏医药杂志, 2002, 23(3): 52-54.
 [2] 陈晓玲. 130 例糖尿病早期肾病患者尿微量清蛋白检测分析 [J]. 检验医学与临床, 2011, 8(3): 357-358.
 [4] 张新春, 陈涛. 尿微量清蛋白测定在高血压早期肾损害诊

断中的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2006, 3(1): 25-26.

肾病早期诊断的临床意义[J]. 中国热带医学, 2010, 10(12): 1494.

[5] 叶萍. 尿微量清蛋白的检测及临床意义探讨[J]. 中华医学实践杂志, 2007, 6(11): 1006-1007.

[6] 栾静, 杨玉, 于海燕. 尿 mAlb 和尿 IgG 的检测在糖尿病

(收稿日期: 2011-03-22)

• 临床研究 •

泮托拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎疗效观察

舒祖功, 李景传(解放军 92094 部队卫生队, 广东湛江 524009)

【摘要】 目的 观察泮托拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎的临床疗效。**方法** 将 105 例经内镜检查确诊的反流性食管炎患者随机分为泮托拉唑联合莫沙必利组(联用组)、莫沙必利组、泮托拉唑组各 35 例, 各组分别治疗 4 周, 评价其症状缓解情况及胃镜下表现。**结果** 治疗 4 周后联用组、莫沙必利组、泮托拉唑组的症状缓解总有效率分别为 91.4%、80.0%和 65.7%, 差异均有统计学意义; 胃镜下病变改善有效率分别为 87%、74%、41%, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 泮托拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎症状改善迅速, 病变治愈率高, 其临床疗效优于单用泮托拉唑、莫沙必利。

【关键词】 食管炎, 消化性; 泮托拉唑; 莫沙必利; 胃镜检查

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)18-2242-02

反流性食管炎是胃内内容物反流入食管, 导致食管黏膜糜烂、溃疡的消化系统常见疾病, 约占胃食管反流疾病的 48%~79%^[1]。2009 年 5 月至 2010 年 1 月, 作者对 105 例反流性食管炎患者分别用泮托拉唑联合莫沙必利(联用组)、莫沙必利、泮托拉唑进行治疗, 现将 3 组临床疗效予以总结、对照如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 反流性食管炎病例 105 例, 其中男 69 例, 女 36 例。均有明显烧心、反酸、胸骨后疼痛等反流症状, 无手术及其他器质性病变, 经内镜检查并根据中华医学会消化内镜学会制订的全国反流性食管病(炎)诊断标准^[2]确诊: (1) 有较典型的反酸、烧心、胸骨后疼痛症状; (2) 胃镜和病理检查均示食管下段炎症改变, 并排除其他消化系统疾病及可致胃肠道症状的其他全身疾病; (3) 年龄 19~65 岁, 病程 1 个月至 2 年; (4) 4 周内未服用抑酸剂和其他影响胃肠道功能的药物; (5) 妊娠和哺乳期妇女除外, 严重心、肝、肺功能不全者除外。105 例患者随机分为联用组(泮托拉唑联合莫沙必利)35 例, 男 24 例, 女 11 例, 年龄 28~68 岁, 平均 48.1 岁; 泮托拉唑组 35 例, 男 19 例, 女 16 例, 年龄 29~67 岁, 平均 47.2 岁; 莫沙必利组 35 例, 男 21 例, 女 14 例, 年龄 29~69 岁, 平均 47.5 岁。三组年龄、性别、病情、病程及体征比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 联用组: 口服泮托拉唑 40 mg, 每天 2 次, 莫沙必利 5 mg, 每天 4 次; 泮托拉唑组: 口服泮托拉唑 40 mg, 每天 2 次; 莫沙必利组: 口服莫沙必利 5 mg, 每天 4 次。3 组疗程均为 4 周。

1.3 疗效观察及评价标准

1.3.1 主要症状改善及评价 治疗前和治疗后第 2、7、14、21 天观察患者反流、泛酸等症状的改善情况, 记录症状缓解和消失时间。根据症状严重程度记分, 其评分标准为轻度: 患者无主观自觉症状, 需提醒后方能记起有类似症状, 记 1 分; 中度: 有症状主诉, 但不影响生活和工作, 记 2 分; 重度: 有症状主诉, 影响正常生活与工作, 记 3 分。治疗 21 d 后根据积分变化评定疗效。症状消失: 症状总积分下降大于 75%; 症状减轻: 症状积分下降大于 75%; 症状无变化: 症状积分下降小于 50%。

1.3.2 内镜评价标准 治疗后内镜下观察食管炎病变完全消失为愈合, 改善 1 级为显效, 没有变化或恶化为无效。

1.4 统计学处理 采用 SPSS10.0 软件行 χ^2 检验和秩和

检验。

2 结果

2.1 3 组临床症状缓解情况比较 见表 1。联用组治疗 2、4 周后临床症状缓解总有效率均优于泮托拉唑组和莫沙必利组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 3 组临床症状缓解情况比较[n(%)]

组别	n	治疗时间(周)	显效	有效	无效	总有效率(%)
联用组	35	2	21	7	7	80.0
		4	28	4	3	91.4
泮托拉唑组	35	2	14	10	11	68.6*
		4	23	5	7	80.0**
莫沙必利组	35	2	10	7	18	48.6*
		4	12	11	12	65.7**

注: 治疗 2 周后与联用组比较, * $P < 0.01$; 治疗 4 周后与联用组比较, ** $P < 0.01$ 。

2.2 3 组治疗 4 周后内镜评价比较 见表 2。治疗 4 周后内镜复查联用组病变改善总有效率优于泮托拉唑组和莫沙必利组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 3 组治疗 4 周后内镜下病变改善情况[n(%)]

组别	n	愈合	显效	无效	总有效率
联用组	35	20	10	5	85.7
泮托拉唑组	35	17	9	9	74.3*
莫沙必利组	35	9	6	20	42.9*

注: 与联用组比较, * $P < 0.01$ 。

2.3 不良反应 本资料中有 2 例出现口干, 1 例心悸不适, 1 例出现头晕, 经对症处理后缓解, 均不影响疗程。治疗后复查肝、肾功能均未见异常。

3 讨论

反流性食管炎是指由于食管下端括约肌功能失调, 胃或肠内容物反流入食管, 引起食管下端黏膜的炎症^[3]。泮托拉唑为质子泵抑制剂, 是通过抑制胃壁细胞 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶, 减少胃