

表 3 日立 7600-110 全自动生化分析仪 D 模块交叉污染初试

编号	通道号															
1~5	1	2	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6~10	—	—	—	—	5	6	7	8	—	—	—	—	—	—	—	—
11~15	—	—	—	—	—	—	—	—	9	10	11	12				
16~20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	14	15	16
21~25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

注：—表示无数据；16 个通道对应 16 个项目，分为 4 个组，第 1 组为 1~4 通道，第 2 组为 5~8 通道，第 3 组为 9~12 通道，第 4 组 13~16 通道；编号为重复检测各组项目 5 次。

操作步骤：(1)将 16 个项目分为表 3 的 4 个组分别检测 5 次，取均值；(2)16 个项目同时组合检测；(3)统计分析结果，若某一项目组合检测值与分别检测值比相差 5% 以上为污染(偏差小于 5% 可按此次设置的项目通道进行临床标本检验工作)；(4)调整受污染项目通道；(5)若要确定污染项目，则应按日立 7600-110 全自动生化分析仪使用说明书中会产生交叉污染的 4 组通道(表 1 纵向排列的 4 组通道)来组合配对再检测。

以上是本科室的一点经验，仅供同行参考。由于各家医院使用的仪器、开展项目及所用试剂各异，项目组合与顺序安排也不尽相同，故而检验工作人员在日常工作中要善于发现问题，选择出适应自己的既可避免交叉污染又能达到仪器最高效率的方案。同时，交叉污染属于系统误差中的一种，因此，建议大家做好室间质评。

参考文献

[1] 祁宏英,刘翔. HITACHI7180A 全自动生化分析仪项目间交叉污染的排除[J]. 医疗装备,2005,12(1):61-62.

[2] 田勇光,李继婉,陶红. HITACHI7180 全自动生化分析仪试剂交叉污染及解决方案[J]. 中国卫生检验杂志,2010,20(10):2641-2642.

[3] 陈茹,张波,王永新,等. 日立 7180 全自动生化分析仪项目间交叉污染实验研究[J]. 检验医学与临床,2010,7(18):1973-1975.

(收稿日期:2011-06-03)

奥扎格雷在防治急性脑梗死进展中的临床应用

朱木林,袁云华(四川省泸州市人民医院神经内科 646000)

【摘要】 目的 观察奥扎格雷在防止急性脑梗死进展中的作用。**方法** 选择初次诊断为脑梗死的患者 186 例,随机分为对照组(A 组)和治疗组(B 组),A 组 90 例,B 组 96 例。A 组采用常规治疗(血塞通、胞二磷胆碱、阿司匹林、阿伐他汀);B 组常规治疗的基础上加用奥扎格雷 80 mg/d,用药 1 周,观察两组中美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分增加的患者例数。**结果** A 组 NIHSS 评分增加例数为 16 例,占 17.78%,B 组 NIHSS 评分增加例数为 7 例,占 7.29%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 奥扎格雷添加治疗增强了抗血小板的作用,显著降低了脑梗死进展加重的比例。

【关键词】 奥扎格雷; 急性脑梗死; 卒中量表

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3035-02

进展性脑梗死(stroke in progressin)是指发病后局限性脑缺血,神经功能缺失症状逐渐进展,呈阶梯式加重,直至出现较严重的神经功能缺损,可持续 6 h 至数天。进展性脑梗死的发病率约占全部脑梗死 26%~43%,且有较高的致残率和病死率^[1]。临床上防治脑梗死进展是非常棘手的问题。本院采用奥扎格雷添加治疗,观察其在防止急性脑梗死进展中的作用。

1 材料与

1.1 一般资料 选择 2009 年 2 月至 2010 年 10 月在本院神经内科住院并初次诊断为脑梗死的患者 186 例,诊断符合第四届脑血管病诊断标准^[2],均经头颅 CT/MRI 证实,排除出血,年龄 47~78 岁,发病时间 6~48 h。患者神志清楚,无失语及严重构音障碍,美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分在 2~20 分。除外房颤脑栓塞及合并急性心肌梗死,无胃黏膜糜烂出血,血小板及凝血功能正常。随机分为对照组(A 组)和治疗组(B 组),A 组 90 例,B 组 96 例。两组患者在年龄、性别、

发病时间、并发症、NIHSS 评分方面差异无统计学意义。

1.2 治疗方法 A 组采用常规治疗(0.9%氯化钠溶液 250 mL 加血塞通 0.4 g 静脉滴注,每日 1 次;0.9%氯化钠溶液 250 mL 加胞二磷胆碱 0.75 g 静脉滴注,每日 1 次;阿司匹林 150 mg 及阿伐他汀 20 mg,每晚口服 1 次);B 组在常规治疗的基础上加用 0.9%氯化钠溶液 250 mL 加奥扎格雷 80 mg 静脉滴注,每日 1 次,用药 1 周。奥扎格雷是山东罗欣药业股份有限公司生产,其余药物剂型、厂家相同。合并高血压者,用药前血压控制在 180/105 mm Hg 以内,发病 48 h 后收缩压仍大于 160 mm Hg 者开始降压,选择单用 ACEI(如贝那普利)与 CCB(如氨氯地平)或二者联用,将收缩压控制在 120~140 mm Hg。合并糖尿病患者全部以胰岛素强化治疗控制血糖,空腹血糖控制在 6~8 mmol/L,餐后 2 h 血糖控制在 8~10 mmol/L。

1.3 观察指标 观察两组入院时的血常规、凝血功能、NIHSS

评分、头颅 CT/MRI,两组患者每天记录 NIHSS 评分,有进展的患者立即复查头颅 CT/MRI、血常规、凝血指标及记录 NIHSS 评分,如有颅内出血立即停药,按脑出血处理。分别计算两组中 NIHSS 评分增加的患者例数。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组在用药过程中均无脑出血,均未出现如胃溃疡出血等其他部位出血,无病情加重死亡患者。A 组 NIHSS 评分增加例数为 16 例,占 17.78%,B 组 NIHSS 评分增加例数为 7 例,占 7.29%,两组比较有统计学差异($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组 NIHSS 评分增加例数比较

组别	n	NIHSS 评分增加例数	所占比例(%)
A 组	90	16	17.78
B 组	96	7	7.29

3 讨 论

急性脑梗死是在动脉粥样硬化、管腔狭窄和血管病变处内膜暴露的基础上血小板附着、积聚以及释放更多的凝血因子,血液中脂蛋白、胆固醇、纤维蛋白原等增加,使血液黏度升高,血流速度缓慢,从而形成血栓^[3];脑动脉供血区局部缺血引起脑细胞的能量代谢障碍,导致兴奋性神经递质的释放,钙离子过量内流,自由基产生一系列反应,最终导致神经细胞坏死、功能障碍。脑梗死发生后出现中心坏死区和周围缺血半暗带区,特别是半暗带区,这部分脑血流是可逆的,脑组织是可能恢复功能的。进展性脑梗死其主要发生机制是血栓继续发展或形成。由于动脉粥样硬化斑块破裂或形成溃疡,血小板、血中其他有形成分及纤维素黏附于受损动脉的粗糙内膜上,形成附壁血栓,在血压下降、血流缓慢、血液黏度增加等情况影响下,血栓逐渐增大,最后导致动脉管腔闭塞,而临床表现为神经功能

缺损症状及体征亦由轻到重,呈现进展性脑梗死。而其整个过程中的关键因素即血小板的作用贯穿始终^[4]。奥扎格雷为高效、选择性血栓素合成酶抑制剂,通过抑制血栓素 A₂ 的产生及促进前列环素 I₂ 的生成,改善两者平衡失调,从而抑制血小板聚集,阻滞血栓形成,促进血栓溶解。还能扩张脑血管,抑制脑血管痉挛,增加大脑血流量,改善大脑内微循环障碍和能量代谢异常,从而改善脑部血液循环,增加缺血半暗带脑组织的血液供应,使受损的脑组织供血、供氧充足,促进神经功能恢复,减少病残率。阿司匹林作为目前预防及治疗血栓形成性疾病的一种常规药物,与奥扎格雷联用可显著增加疗效,二者联用并不增加消化道出血及消化性溃疡的风险^[5]。本研究在常规治疗的基础上加用奥扎格雷,增强了抗血小板的作用,显著降低了脑梗死进展加重的比例,并未增加出血等并发症的发生,值得临床推广。

参考文献

[1] 陈清棠. 临床神经病学[M]. 北京: 科学技术出版社, 2004:198-212.

[2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.

[3] 陶先明, 谢勇. 92 例奥扎格雷钠治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 重庆医学, 2007, 36(13): 1265-1266.

[4] 尹小燕. 奥扎格雷与阿司匹林联合治疗进展性脑梗死 50 例临床分析[J]. 延安大学学报, 2007, 5(4): 19.

[5] 张梅兰, 孟笑梅. 奥扎格雷钠的临床应用[J]. 河北医药, 2007, 29(6): 622-623.

(收稿日期: 2011-06-15)

血清胱抑素 C 与尿微量清蛋白在 2 型糖尿病肾损害早期的变化及意义

朱建峰, 顾锦花(江苏省如东县人民医院检验科 226400)

【摘要】 目的 探讨尿微量清蛋白(mAlb)、血清胱抑素 C(CysC)在糖尿病肾病早期的变化及意义。方法 应用免疫比浊法对糖尿病无肾病组 46 例、早期糖尿病肾病组 42 例、糖尿病明显肾病组 27 例患者进行血清 CysC、尿 mAlb/肌酐含量检测,并与 30 例健康对照组进行比较。结果 早期糖尿病肾病组 mAlb/肌酐、血清 CysC 含量分别为(148.25±35.42)mg/g、(2.87±0.98)mg/L,糖尿病明显肾病组分别为(396.56±62.80)mg/g、(5.26±1.74)mg/L,明显高于健康对照组的(16.95±6.53)mg/g、(1.03±0.48)mg/L 及糖尿病无肾病组的(18.90±8.30)mg/g、(1.14±0.78)mg/L,差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 尿中 mAlb、血清 CysC 含量在糖尿病肾功能早期损伤中变化较明显。

【关键词】 糖尿病肾病; 尿微量清蛋白; 血清胱抑素 C

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.054 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)24-3036-02

糖尿病肾病是糖尿病慢性病变转为常见的并发症,早期肾损伤临床上常无症状,一般肾功能检查正常,此时病理改变大多属可逆性。如能早期诊断并及时进行治疗,可阻断病情向不可逆蛋白尿阶段发展,对提高患者今后的生存质量和减轻社会医疗经济负担具有重大意义。本研究通过对糖尿病肾病早期尿微量清蛋白(mAlb)、血清胱抑素(CysC)检测,探讨其在早期糖尿病肾病诊断中的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院糖尿病患者 115 例,其中男 54 例,女 61 例,年龄(48±8)岁。均根据世界卫生组织糖尿病诊断和分类专家委员会提出的新标准和全国糖尿病协作组的诊断标准确诊为 2 型糖尿病。以上患者均排除其他原因引起的泌尿系统病变及近期服用肾毒性药物史,按照美国糖尿病协会推荐在 3~6 个月重复 3 次检查尿 24 h mAlb<30 mg 为糖尿病无肾病