

号,其基底部可见丰富团状及束状血流延至肌壁。血管呈多种扭曲形态,脉冲多普勒均检测到滋养动脉频谱收缩其最大流速 0.56~1.18 m/s,舒张末期最大流速 0.25~0.59 m/s,阻力指数:0.45±0.05,频谱包络毛糙,此 15 例均清宫后将残留物进行病理诊断并确诊,彩超再次复查显示为完全流产的声像图。

3 讨 论

药流作为避孕失败的一种较好的补救措施,简便、安全、痛苦小,避免了人工流产(人流)发生的各种并发症。但早孕有宫内孕、异位妊娠之别,二者临床表现无特异性,通过彩超监测可以知道子宫大小与妊娠月份是否符合,宫口是否开、妊娠囊形态、内容物多少、有否胚胎、心管搏动,能显示附件有无包块^[2],能及时发现畸形子宫妊娠,以利于观察流产过程。服药后彩超通过查看宫腔内是否有孕囊、是否有变形或下移、孕囊排出后宫腔内是否有残留物或宫内膜线增粗,对药流术后不全流产患者宫内残留物的判断显得尤为重要,宫内大量残留时宫内有不均质杂乱强回声团或者伴有不规则液性暗区,此时二维声像图

具有特征性;当宫内少量或微量残留时,二维声像图表现类似正常回声而易漏诊。宫内残留组织中残留的滋养细胞受孕激素影响,残留物内部或周边仍存在扩张的血管,局部供血丰富,所以可检测到宫内的异常血流情况,并测得低阻力频谱,能准确定位^[3],及时为临床提供诊断依据,指导临床医师及时采取措施。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2005:397-398.
- [2] 贾译清. 临床超声鉴别诊断学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1994:800.
- [3] 韩兴权. 经腹彩色多普勒血流显像诊断宫内残留物的价值[J]. 中国超声医学杂志,2005,21(1):53-54.

(收稿日期:2011-08-01)

阴道真菌检测方法的比较

苏贻华(江西省永丰县藤田镇中心卫生院检验科 331509)

【摘要】 目的 针对基层卫生院化验室检测阴道真菌阳性率不高的现状,探讨更加准确适用的检测方法。**方法** 用生理盐水湿片法、亚甲蓝(美蓝)染色法、革兰染色法三种方法做阴道真菌检测比较分析。**结果** 亚甲蓝染色法和革兰染色法阳性率明显高于生理盐水湿片法。**结论** 推荐采用亚甲蓝染色法代替生理盐水湿片法。

【关键词】 阴道真菌; 生理盐水湿片法; 革兰染色法; 亚甲蓝

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.051 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0475-02

真菌性阴道炎是妇科的一种常见病,而且占妇科阴道炎症相当大的比例^[1]。目前除临床肉眼观察阴道分泌物为豆腐渣样性状外,基层卫生院化验室诊断阴道真菌一般采用生理盐水湿片法,由于真菌形态及背景等因素的影响,常使镜检阳性率过低,极易发生误诊、漏诊。为此,采用生理盐水湿片法、亚甲蓝溶液染色法和革兰染色法同时对 280 例阴道分泌物标本进行阴道真菌检测比较分析。

1 材料与方 法

1.1 标本来源 2009 年 8 月至 2010 年 12 月本院妇科门诊疑似阴道炎患者的阴道分泌物标本 280 例。

1.2 试剂 1 g/L 亚甲蓝溶液;50 g/L 氢氧化钠溶液;生理盐水;革兰染色试剂盒。

1.3 仪器 日产 Olympus 双目光学显微镜。

1.4 方法 每例标本同时用 3 种方法进行阴道真菌检测。(1)生理盐水湿片法^[2]:取阴道分泌物与少许生理盐水混合涂片镜检,必要时加 1 滴 2.5 mmol/L KOH 溶液。(2)亚甲蓝溶液染色法:用 1 g/L 亚甲蓝溶液 1~2 滴将阴道分泌物稀释后再滴加 50 g/L 氢氧化钠 1~2 滴,轻摇玻片充分混匀,湿片镜检。(3)革兰染色法:将阴道分泌物标本直接涂在一干燥玻片上制成一均匀薄膜,火焰上稍加固定,进行革兰染色,镜检。

2 结 果

280 例标本中,生理盐水湿片法检出真菌 34 例,阳性率 12.1%;亚甲蓝染色法检出真菌 51 例,阳性率 18.2%;革兰染色法检出真菌 55 例,阳性率 19.6%。

3 讨 论

阴道分泌物主要是由女性生殖系统的阴道壁漏出液与脱落的上皮细胞组成,此外还有部分宫颈黏液、子宫内膜液、输卵

管及卵巢分泌液,总称阴道分泌物,俗名“白带”。各种病原菌引发的妇女阴道病是一种严重危害妇女健康的危险因素,特别是细菌和真菌是引起阴道炎、宫颈炎的主要致病菌。在农村地区,真菌性阴道炎更为妇科常见病,病原体多为白色念珠菌和小球类酵母菌,亦可为新型隐球菌等,因此提高阴道真菌检测阳性率,有助于临床医师对真菌性阴道炎患者的诊治。

基层卫生院化验室采用的生理盐水湿片法由于阴道上皮细胞核及上皮细胞膜的卷曲、各种成分的重叠遮掩、涂片背景不清以及真菌芽生孢子等原因,常使真菌检测难以辨别。亚甲蓝染色法和革兰染色法对真菌的检出率均明显高于生理盐水湿片法。原因可能在于:(1)亚甲蓝染色可使真菌的芽生孢子和假菌丝均被染上蓝色^[3],形态典型突出。阴道上皮细胞、白细胞着浅蓝色,胞核紫蓝色,细胞内可见颗粒。各种着色成分颜色清晰,形态清楚、直观,易辨别。加氢氧化钠可破坏脓细胞、上皮细胞、黏液丝等有形成分,真菌易检出。(2)革兰染色^[4]时,芽生孢子、假菌丝等均可被染成革兰阳性——紫色,便于和背景区别。

在基层卫生院推荐阴道真菌检测时采用亚甲蓝染色法代替生理盐水湿片法,而不采用革兰染色法,因为它耗时长,操作复杂,不及亚甲蓝染色法便捷,而检测效果大致相当。

参考文献

- [1] 田颖,陈淑云,采云. 湿片法和亚甲蓝溶液检测阴道霉菌的比较[J]. 检验医学与临床,2005,2(2):94.
- [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,2006:324.
- [3] 梅丽玲. 亚甲蓝溶液检测阴道霉菌的临床应用[J]. 临床

检验杂志, 2001, (2): 119.

[4] 张卓然. 临床微生物学和微生物检验[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 331.

(收稿日期: 2011-08-11)

453 例精神疾病患者血锂浓度监测

王 平(湖南省湘西州荣复医院检验科 416000)

【摘要】 目的 对该院应用碳酸锂治疗精神疾病患者的血锂浓度进行监测, 为临床合理使用碳酸锂提供参考。

方法 对该院 2005 年 1 月至 2010 年 12 月 453 例长期服用碳酸锂的患者进行回顾性调查。**结果** 453 例碳酸锂治疗患者中, 有 81 例血锂浓度小 0.60 mmol/L, 363 例在 0.60~1.20 mmol/L, 9 例大于 1.20 mmol/L, 提示有 80.13% 的患者达到用药浓度, 17.88% 的患者未达到有效浓度, 只有 1.54% 的患者出现早期中毒症状。**结论** 该院临床对碳酸锂的运用基本合理。

【关键词】 碳酸锂; 血药浓度; 精神疾病

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)04-0476-02

本院对 453 例服用碳酸锂患者的血锂浓度检测发现 80.13% 的患者血锂达到有效浓度, 17.88% 的患者血锂没达到有效治疗浓度, 说明本院临床上对碳酸锂的使用非常谨慎, 用药基本合理, 结合对患者碳酸锂溶度的常规监测, 对患者进行个体化用药指导, 取得了较好的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005 年 1 月至 2010 年 12 月在本院住院接受碳酸锂治疗的 453 例患者作为研究对象, 男 262 例, 女 191 例, 年龄 21~64 岁, 平均(38.17±7.28)岁。其中双相情感障碍性精神分裂症 149 例, 老年难治性抑郁症 8 例, 躁狂症 293 例, 未分化型精神分裂症 3 例。治疗时, 开始日量为 0.75~1.0 g, 分 2~3 次口服, 以后每隔 5~7 d 调整一次剂量, 逐渐增加至治疗剂量, 一般不超过 2.5 g/d 治疗剂量持续治疗 4 周后递减至维持剂量(相当于治疗剂量的 1/2)。

1.2 仪器与试剂 美国 MDICA 电解质分析仪及锂盐试剂盒, 质控品由省临床检验质控中心提供。

1.3 测定方法 固定给药时间和给药间隔, 经 5.5 个半衰期(2~3 d)后, 于末次服药前采血测定稳态浓度。将采集的血液分离出血清后, 用 MDICA 仪器操作进行自动测定。

2 结 果

当服药剂量小于 0.75 g/d 时, 血锂溶度主要在 0.60 mmol/L 以下, 当服药剂量在 1.00~1.50 g/d 时, 血锂溶度范围主要在 0.60~1.20 mmol/L, 而当服药剂量加大到 1.5 g/d 以上时有 6 例大于 1.20 mmol/L, 其中 3 例出现了早期中毒症状。说明不同的碳酸锂日服量血锂浓度亦不同, 日服量增大, 血锂浓度也随着增高, 它们呈正相关关系, 当日服血锂量不断加大时, 患者血锂溶度接近中毒溶度的风险也在增大。见表 1。

表 1 453 例患者日服碳酸锂量与血药浓度范围分布

药剂量 (g/d)	<0.60 (mmol/L)	0.60~1.00 (mmol/L)	1.01~1.20 (mmol/L)	>1.20 (mmol/L)
0.25~0.75	78	16	1	0
1.00~1.50	2	281	56	3
>1.50	1	4	5	6
共计出现次数	81	301	62	9

由表 2 可以看出 453 例患者中, 有 81 例血锂溶度小于 0.60 mmol/L, 有 363 例溶度在 0.60~1.20 mmol/L, 出现血锂溶度大于 1.20 mmol/L 的只有 9 例, 提示有 80.13% 的患者达到用药浓度, 17.88% 的患者未达到有效浓度, 有 1.54% 的患者出现早期中毒症状, 临床症状控制率达到 80.7%。

表 2 碳酸锂治疗患者血药浓度及临床疗效观察结果

项目	<0.60 (mmol/L)	0.60~1.00 (mmol/L)	1.01~1.20 (mmol/L)	>1.20 (mmol/L)
总例数	81	301	62	9
症状控制数	10	290	60	6
症状未控制数	71	11	2	3
出现早期中毒症状数	0	0	4	4

3 讨 论

碳酸锂作为情感稳定的一线药物, 广泛应用于临床, 主要用于治疗躁狂症并且对双相情感障碍等精神疾病的疗效也已被广泛认可, 治疗急性躁狂症时需要 7~10 d。锂口服 1~2 h 后, 在肠道可迅速吸收达峰值浓度, 然后逐渐下降。锂全部由肾代谢, 肾血浆消除率约 20%。肾小球滤过的锂有约 80% 被肾小管重吸收, 血清半衰期为 8~20 h, 血清稳态水平形成需 5~7 d。锂的血清有效浓度范围很窄, 一般为 0.60~1.20 mmol/L, 超过 1.40 mmol/L 可出现中毒反应^[1], 如出现意识模糊、腱反射亢进、癫痫发作甚至休克、肾功能损害、心电图改变等, 发生的频率、严重程度与患者的年龄、用药剂量、疗程有关。体内锂浓度过高会对患者的智力、神经和肾脏产生永久性损害, 这些损害在早期症状不很明显, 易被临床忽略。而且, 锂离子从细胞内排出较慢, 所以一旦中毒, 持续时间较长。因此精神科医师十分关注血锂浓度的变化, 治疗期内应进行血锂监测。本院碳酸锂较为常用, 为监测和控制碳酸锂应用, 帮助调节治疗量及维持量, 及时发现急性锂中毒, 实现最佳个体用药方案。治疗期间, 每间隔 1 周测量血锂 1 次, 维持治疗期间可每月测定 1 次^[2] 取血时间应在每日晨即末次服药后 12 h 左右。临床在应用锂治疗疾病过程中, 要反复测定锂的浓度来监测治疗过程, 以确保用药安全。

本研究同时发现以血锂浓度检测来评估患者是否中毒并不可靠, 部分病例出现中毒症状但血锂浓度仍在正常范