

亮,重时混浊或脓性(米汤样),蛋白质含量增高,糖、绿化物减低,严重时明显减少。其细胞形态学特点分:①渗出期,发病后 1~2 d,细胞数增高 1000~10 000/ μL ,其中性粒细胞 90%以上,中性粒细胞出现中毒性改变,有中毒颗粒、空泡、崩解。单核细胞略高于淋巴细胞,并可见少量嗜酸性粒细胞,少数可见细菌。由高到低依次为中性粒细胞%,单核细胞%,淋巴细胞%。②增殖期,发病开始后 3~6 d,细胞总数迅速下降,中性粒细胞下降明显,有单核-吞噬细胞反应,数量增加,>35%~85%,能见吞噬细胞和浆细胞,由多到少依次为中性粒细胞%,单核吞噬细胞%,淋巴细胞%。③恢复期,第 10~15 天,单核吞噬细胞持续增高,中性粒细胞消失,至转至正常,生化的恢复常先于细胞学。中性粒细胞消失为痊愈标志。疗效判断:疗效好,细胞总数下降,中性粒细胞%下降快,单核吞噬细胞%增高,>45%;疗效差,中性粒细胞%下降慢,单核吞噬细胞小于 30%。(2)经过抗生素治疗,但治疗不彻底,菌培养阴性,称“断头化脓性脑膜炎”。白细胞计数升高,但小于 1 000/ μL 。分类:中性粒细胞 15%~80%,单核吞噬细胞%大于淋巴细胞%,出现浆细胞,生化改变轻,常误诊为结核性脑膜炎,需结合临床病史及结核抗体实验。脑膜炎球菌性脑膜炎(流脑)细胞形态学改变与化脓性脑膜炎大致相同,但细胞数增高明显,最高达到(5~10)万/微升,恢复速度比一般化脓性脑膜炎快。临床症状重而脑脊液炎症改变轻时(细胞数改变不明显时),应考虑抗生素治疗史。

3.2.2 结核性脑膜炎 结核性脑膜炎(结脑)的细胞形态学特点为混合细胞反应。细胞总数 100~1 000/ μL ,或大于 1 000/ μL 。分类:中性粒细胞、淋巴细胞单核细胞、浆细胞,比例相差不大,即为混合细胞反应,是结脑的显著特征(早期 10 d 左右,也以中性粒细胞比例较高,应与化脓性脑膜炎鉴别)。

3.2.3 真菌性脑膜炎 新型隐球菌脑膜炎是中枢神经系统最常见的真菌感染性脑膜炎,细胞形态学特点为:总数小于 500/ μL ,3 周内达高峰,以后不论是否治疗,细胞数均可下降^[4]。

3.2.4 脑寄生虫病时脑脊液细胞学 脑脊液嗜酸性粒细胞增高。但中枢神经系统的恶性淋巴瘤、白血病、嗜酸性粒细胞肉

芽肿以及少数浆细胞瘤亦可引起嗜酸性粒细胞增高,但多伴有相应的细胞病理学改变。

3.2.5 脑出血 诊断为脑出血的患者,脑脊液中若有大量新鲜红细胞伴随吞噬红细胞及含铁血黄素时,说明仍在出血;若无新鲜红细胞,只有退变红细胞伴随吞噬红细胞及含铁血黄素时,可以认为出血得到控制,为陈旧性出血。

3.2.6 中枢神经系统肿瘤 (1)中枢神经系统原发性肿瘤(可分为良性和恶性,其中以胶质瘤和髓母细胞瘤等最易在脑脊液中出现);(2)中枢神经系统转移性肿瘤,实验室检查以从脑脊液中查见异形细胞后,再进行进一步的免疫组织化学检查为指标。

3.2.7 螺旋体感染 包括神经梅毒、莱姆病。间质型和实质型神经梅毒的脑脊液细胞计数可有中等或显著增高,以淋巴细胞反应为主,浆细胞相对增高,可见嗜酸性粒细胞。

以正常脑脊液细胞形态学参考值及脑脊液细胞形态学诊断标准为基础^[5],对中枢神经系统感染的不同病因及同一病因的不同阶段脑脊液细胞形态改变进行总结,为临床提供病因诊断及病程分析依据,提高治疗效果,为中枢神经系统感染的病因类别提供鉴别依据。

参考文献

[1] 栗秀初,孔繁元. 神经病学[M]. 4 版. 北京:人民军医出版社,2001:29, 18-24.
 [2] 杜本丽. 阿利新蓝染色法检查新型隐球菌[J]. 现代检验医学,2005,20(6):81.
 [3] 张淑青,王贺永,李宏芬,等. 1 例症状不典型流行性脑脊液膜炎患者报道[J]. 检验医学,2010, 25(10):789.
 [4] 廖万清. 侵袭性真菌感染的实验室诊断[J]. 检验医学,2010, 25(7):503-505.
 [5] 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,2006:312-314.

(收稿日期:2011-10-29)

1 635 例孕产妇艾滋病 梅毒和乙型肝炎感染血清流行病学分析

彭 骏,李 沛,章 豫(湖北省襄阳市中医医院检验科 441000)

【摘要】 目的 对襄阳市中医医院 1 635 例门诊及住院孕产妇进行孕产三联[乙型肝炎表面抗原(HBsAg)、人类免疫缺陷病毒抗体(抗-HIV)、梅毒]筛查和检测,以预防艾滋病、梅毒和乙型肝炎的传播,采取措施阻断患有以上传染病孕产妇的母婴传播,给予相关医学建议,确保母婴健康。**方法** 采集 1 635 例门诊及住院孕产妇的静脉血,用酶联免疫吸附法检测 HBsAg、抗-HIV、梅毒抗体,并对检测结果进行统计分析。**结果** 1 635 例门诊及住院孕产妇,检出 HBsAg 阳性 128 例;梅毒抗体阳性 4 例;抗-HIV 阳性并经市疾病预防控制中心确认 1 例;HBsAg 阳性合并梅毒抗体阳性 1 例。**结论** 通过对 1 635 例门诊及住院孕产妇开展母婴阻断三项检测,以便及时发现、及早治疗,这是预防控制母婴传播的关键,同时可减少和避免院内感染及医疗纠纷的发生。

【关键词】 人类免疫缺陷病毒; 梅毒; 乙型肝炎病毒

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.07.058 文章标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)07-0873-02

乙型肝炎病毒(HBV)、人类免疫缺陷病毒(HIV)和梅毒均可从母亲通过垂直传播传染给婴儿。为有效地预防、阻断艾滋病、梅毒和 HBV 母婴传播,建立有效的防治措施,对来本院的 1 635 例门诊及住院孕产妇乙型肝炎表面抗原(HBsAg)、HIV、梅毒螺旋体感染情况进行调查,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 检测对象 2011 年 6 月至 2011 年 11 月本院的门诊及住院孕产妇 1 635 例,年龄 20~47 岁,空腹用肝素抗凝的真空管采静脉血 3 mL,分离血浆备用。

1.2 方法 采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测 HBsAg、人

类免疫缺陷病毒抗体(抗-HIV)、梅毒抗体(抗-TP),试剂由英科新创有限公司提供,梅毒抗体 RPR 由上海科华公司提供,在有效期内使用,操作严格按说明书进行。结果判断:临界值等于阳性对照孔 A 值×2.1;样品 A 值大于或等于临界值判断为阳性;样品 A 值小于临界值判断为阴性。抗-HIV 检测阳性者经襄阳市疾病预防控制中心确认。

1.3 仪器 奥地利安图斯 2010 洗板机/酶标仪。

2 结果

1 635 例门诊及住院孕产妇 HBV、HIV 和梅毒感染状况见表 1, HBsAg 阳性 128 例(7.82%), 抗-HIV 阳性 1 例(0.06%), 抗-TP 阳性 4 例(0.24%), 抗-TP 合并 HBsAg 阳性 1 例(0.06%)。

表 1 1 635 例孕产妇 HBsAg、抗-HIV、抗-TP、RPR 感染情况[n(%)]

年龄(岁)	n	HBsAg 阳性	抗-HIV 阳性	抗-TP 阳性	RPR 阳性
20~29	825	63(3.85)	0(0.00)	2(0.12)	2(0.12)
30~39	773	57(3.49)	1(0.06)	2(0.12)	2(0.12)
40~	37	8(0.48)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
合计	1 635	128(7.82)	1(0.06)	4(0.24)	4(0.24)

3 讨论

乙型病毒性肝炎传染性强,发病率高,流行范围广泛,是我国法定的乙类传染病^[1]。我国乙型肝炎感染人数已达 1 亿多,慢性乙型肝炎患者约 2800 万,其中慢性乙肝患者 35%~50% 是母婴传播引起。本院 1635 例门诊及住院孕产妇 HBsAg 阳性感染率为 7.82%,比国内报道略低^[2]。为有效阻断 HBV 母婴传播,本院对 HBsAg 阳性的孕产妇履行单独告知义务,并动员其进一步接受 HBV 标志物检测。对 HBV 标志物阳性孕产妇在妊娠 28、32、36、40 周各注射乙型肝炎免疫球蛋白 200 U, 抗体可通过胎盘到胎儿体内产生免疫保护,保护率可达 75%。对产妇产前根据母体病毒携带情况给婴儿正确注射乙型肝炎免疫球蛋白和乙型肝炎基因疫苗,阻断率可达 90%。

本院 1 635 例门诊及住院孕产妇仅查出 1 例抗-HIV 阳性孕产妇,可是不能排除其余尚处在窗口期的感染孕产妇,而且其母婴传播的概率高达 90%,所以不能忽视对抗-HIV 的检测。对抗-HIV 检测结果为阳性的孕产妇,妇幼保健院会对其提供保密咨询,告知母婴传播的风险及干预措施的核心信息,指导对其配偶/性伴侣的告知和检测,与感染孕产妇商讨并由其签字知情选择是否继续妊娠,为坚持分娩的孕产妇提供必要的转诊介绍服务。

梅毒是常见的性传播疾病之一,近年感染梅毒的新生儿逐年增多^[3-4]。梅毒不仅可引起多器官损害,还能通过宫内感染引起流产、死胎、死产、非免疫性水肿,新生儿围生期死亡或娩出先天性梅毒胎儿。本院检测显示,孕产妇梅毒阳性率为 0.24%,低于上海市报道妊娠期梅毒阳性率为 0.317%^[3]。在妇幼保健院的指导下,本院对梅毒检测阳性的孕产妇安排专人告知,建议积极治疗以便有效阻断梅毒宫内感染。

建议青年男女婚前应该进行医学检查,特别强调指出初孕妇女要尽早到医院做产前母婴阻断孕联三项(HBsAg、抗-HIV、梅毒)筛查,以便及早发现,及早治疗,尽力减少因 HIV、梅毒、HBV 母婴传播造成的儿童感染,保证优生优育。

参考文献

[1] 中华医学会肝病学会、感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2005, 13(12): 881-889.

[2] 石理兰, 张琳, 赵桂珍. 妊娠合并乙肝病毒感染的流行病学研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(2): 191-121.

[3] 周惠娜, 张书涵, 王一, 等. 16 119 例产妇及新生儿梅毒流行病学调查[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(5): 400-401.

[4] 王丽珍, 朱丽萍, 钱尚萍, 等. 上海市妊娠合并梅毒情况调查[J]. 中华围产医学杂志, 2001, 4(4): 205-208.

(收稿日期:2011-11-30)

小剂量阿司匹林致消化道出血检查方法的相关性研究

章金灿, 陆卫歆, 杨燕珠, 苏锦霞(广东省潮州市中心医院 521021)

【摘要】 目的 探讨粪便隐血免疫双联法在监测服用小剂量肠溶阿司匹林致消化道出血中与胃镜检查的相关性。**方法** 对 328 例需长期服用小剂量阿司匹林的患者和 30 例对照组, 对照组要求不服用口服抗凝剂、无消化道出血征象的心脑血管疾病患者, 分别于服药前、服用 1 周、1、3、6 个月应用隐血免疫双联法(血红蛋白免疫法和转铁蛋白免疫法)检测粪便隐血, 阳性者再行胃镜检查, 确定上消化道出血与否。**结果** (1) 治疗组 328 例检出粪便隐血免疫双联法阳性 40 例, 阳性率(12.2%, 40/328), 与对照组(3.3%, 1/30)比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2) 治疗组粪便隐血免疫双联法阳性 40 例中行胃镜检查 29 例, 示病理意义 24 例, 另外 5 例的粪便隐血血红蛋白免疫法及转铁蛋白免疫法却都阳性。**结论** 粪便隐血免疫双联法在监测长期服用小剂量 ASA 引起的消化道出血中与胃镜检查的相关性好, 可作为常规筛检试验。

【关键词】 胃肠出血; 阿司匹林; 血红蛋白; 转铁蛋白; 胃镜检查; 相关性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.07.059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)07-0874-02

阿司匹林作为传统的抗血小板聚集药物,已广泛应用于心脑血管疾病的防治。同时可导致消化道黏膜下血小板聚集能力的降低及抑制消化道局部生理性前列腺素的合成,削弱黏膜的防御能力,增加了出血和消化道黏膜损害的可能性。阿司匹

林改进为肠溶剂型后,一定程度上降低了消化道不良反应,而消化道出血的发生率仍无法明显降低,因此,长期服用小剂量肠溶阿司匹林引起的消化道出血是客观存在的^[1-3]。故在服药期间,使用各种检查手段对消化道出血情况进行监测,显得非