

作,这类患者还不能诊断为癫痫。而5%~20%的癫痫患者脑电图正常,若有典型的临床发作,抗癫痫药物有效,同时能排除其他疾病者,也不能武断地否定癫痫的诊断^[7]。可复查或进行长程脑电图监测捕捉发作,以明确诊断。现在,高质量的视频脑电图检查可以进行24 h甚至数天的监测,将患者的录像和脑电图资料同屏显示并储存。可反复回放分析癫痫发作的录像资料,为癫痫的诊断、分类及疗效比较提供客观的依据,也有助于非痫性发作的鉴别诊断。尤其对临床各种类型的难治性、隐匿性癫痫来说,长程视频脑电图检查起着决定性的作用,脑电图的异常表现有助于癫痫的分类、致痫灶的定位和定性,为手术切除致痫灶提供可靠的依据。

癫痫发作具有突发性、间歇性,因此,目前常规脑电图描记30 min的阳性率在30%左右,再加上睡眠描记,阳性率可增加到50%以上。而视频脑电图可长时间描记,使痫样放电阳性率提高到95%以上^[8]。并且可捕捉到临床发作时的痫样放电,OldAni等报道夜间额叶发作23例,清醒常规脑电图检查均为阴性;剥夺睡眠后白天作视频脑电图检查阳性率增至52.2%;而视频脑电图记录阳性率为87%。非癫痫发作在人群中占5%~20%,非癫痫发作中有相当部分患者被错误诊断为“难治性癫痫”。非癫痫发作与癫痫发作的鉴别要点是非癫痫发作发作期同步脑电图阴性,发作后症状少见。癫痫诊断有时不是一次就能确诊并进行分类。治疗效果不好或出现新的临床表现时,应重新检查诊断和分类是否准确。通过视频脑电图检查,能明确癫痫灶的部位,癫痫发作控制率可得到提高。

参考文献

- [1] 沈刚. 视频脑电图监测在癫痫诊断中的应用价值[J]. 江苏医药, 2011, 37(4): 478-479.
- [2] 李伟旺, 刘南平, 陈景云. 视频脑电图监测在癫痫诊断中的应用研究[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(4): 338-340.
- [3] 陈婷婷, 郝青英, 游石琼. 视频脑电图监测鉴别诊断脑性瘫痪合并癫痫与发作性疾病的临床意义研究[J]. 中国实用儿科杂志, 2011, 26(5): 389-390.
- [4] 秦广华. 视频脑电图在癫痫诊断中的应用价值[J]. 中国实用医药, 2011, 6(24): 80-81.
- [5] 李明英, 倪艳, 邓开鸿. 视频脑电图结合MRI检查对药物难治性癫痫诊断的价值[J]. 华西医学, 2011, 26(10): 1517-1520.
- [6] 拓润芳, 高利, 崔虹, 等. 视频脑电图监测在癫痫诊断及定位中的作用初探[J]. 中国实用医药, 2011, 6(26): 57-58.
- [7] 陈婷婷. 脑性瘫痪合并发作性疾病患儿视频脑电图监测的临床意义[D]. 太原: 山西医科大学, 2011.
- [8] 张海峰. 250例视频脑电(VEEG)监测病例临床分析与脑电图特征[D]. 郑州: 郑州大学, 2011.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-03-12)

• 临床研究 •

285例泌尿系感染患儿的病原菌监测及耐药性分析

马云峰(湖北省房县人民医院 ICU 442100)

【摘要】 目的 了解小儿泌尿系感染常见病原菌分布及其耐药情况。方法 对本院分离的285例尿培养阳性患儿病原菌构成比及耐药性进行分析。结果 285株细菌中,革兰阴性杆菌174株(61.05%),革兰阳性球菌98株(34.39%),真菌(4.56%),前5位致病菌分别为大肠埃希菌(38.60%)、屎肠球菌(15.09%)、粪肠球菌(14.39%)、肺炎克雷伯菌(12.63%)、表皮葡萄球菌(3.86%)。大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌产超广谱β-内酰胺酶(ESBLs)较高,其对亚胺培南美和罗培南无耐药,耐药率较低的依次为呋喃妥因、哌拉西林/他唑巴坦、阿米卡星和左氧氟沙星,产ESBLs菌株的耐药性高于不产ESBLs的菌株。屎肠球菌、粪肠球菌及表皮葡萄球菌对万古霉素和替考拉宁无耐药,其次对呋喃妥因和利福平的耐药率较低。结论 本院小儿尿路感染病原菌以大肠埃希菌为主,细菌耐药性严重,临床治疗小儿泌尿系感染应根据药敏结果选择用药,避免滥用抗菌药物。

【关键词】 泌尿系感染; 病原菌; 耐药性; 儿童; 合理用药

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.055 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)13-1730-03

泌尿系感染是小儿时期常见的感染性疾病,发病率仅低于呼吸道感染。泌尿系感染分上尿路感染和下尿路感染,因小儿泌尿系感染局限在某一部位者较少,且临床又难以定位,故常不加区别统称为泌尿系统感染(UTI)^[1]。由于抗生素广泛及不合理使用,导致细菌谱变迁及耐药性增强。为了更好地指导临床用药,现将本院285例尿培养阳性患儿病原菌及耐药性分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院2008年1月至2012年12月尿培养阳性,确诊为泌尿系感染患儿285例,其中男性105例,女性180例,男:女为1:1.58;年龄14 d至15岁,平均4.86岁。质控菌株:金黄色葡萄球菌 ATCC25923、铜绿假单胞菌

ATCC27853、大肠埃希菌 ATCC25922、肺炎克雷伯菌 ATCC700603,均由湖北省临检中心提供。

1.2 方法 全部病例均在使用抗生素前留取中段清洁尿送检,用定量加样器分别取10 UL接种于血琼脂、麦康凯和沙氏培养基上,置35℃温箱24 h培养,按革兰阳性菌(G^+ 菌) $\geq 10^4$ cfu/mL,革兰阴性菌(G^- 菌) $\geq 10^5$ cfu/mL,酵母样真菌 10^3 cfu/mL的标准为阳性,用HX-21A细菌分析仪鉴定细菌到种,药敏试验用K-B法。超广谱β-内酰胺酶(ESBLs)检测按2004年美国临床实验室标准化委员会(NCLLS)推荐的K-B法,用头孢噻肟(30 μg)、头孢噻肟/克拉维酸(30 μg/10 μg)、头孢他啶(30 μg)、头孢他啶/克拉维酸(30 μg/10 μg),药敏抑菌环直径相差大于或等于5 mm时,判定ESBLs阳性。

1.3 数据分析 应用 WHONET-5 软件进行分析。

2 结 果

2.1 病原菌种类及构成 285 株细菌中,革兰阴性杆菌占 61.05%,革兰阳性球菌占 34.39%,真菌占 4.56%,结果见表 1。

2.2 居前 5 位的细菌对常用抗菌药物的耐药情况,结果见表 2。

2.3 大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌产 ESBLs 情况 43.64% 大肠埃希菌和 30.56% 肺炎克雷伯菌产超谱 β-内酰胺酶(ESBLs)。

表 1 各种病原菌构成比[n(%)]

杆菌	株数	球菌	株数	真菌	株数
革兰阴性杆菌	174(61.05)	洛非不动杆菌	8(2.81)	松鼠葡萄球菌	1(0.35)
大肠埃希菌	110(38.60)	革兰阳性球菌	98(34.39)	里昂葡萄球菌	1(0.35)
肺炎克雷伯菌	36(12.63)	屎肠球菌	43(15.09)	真菌	13(4.56)
枸橼酸杆菌	8(2.81)	粪肠球菌	41(14.39)	白色念珠菌	8(2.81)
阴沟杆菌	5(1.75)	金黄色葡萄球菌	1(0.35)	光滑念珠菌	5(1.75)
变形杆菌	7(2.45)	表皮葡萄球菌	11(3.86)	合计	285(100.00)

表 2 前五种细菌对常用抗菌药物的耐药率(%)

抗菌药物	屎肠球菌(n=43)	粪肠球菌(n=41)	大肠埃希菌(n=110)	肺炎克雷伯菌(n=36)	表皮葡萄球菌(n=11)
哌拉西林/他唑巴坦	—	—	10.90	13.89	—
亚胺培南	—	—	0.00	0.00	—
美罗培南	—	—	0.00	0.00	—
头孢他啶	—	—	47.27	52.78	—
头孢曲松	—	—	79.09	55.56	—
氨曲南	—	—	56.36	75.00	—
庆大霉素	34.88	31.71	64.55	69.44	36.36
阿米卡星	—	—	10.91	16.67	72.72
复方磺胺甲噁唑	—	—	67.27	61.11	45.45
呋喃妥因	9.30	7.32	3.64	8.33	9.09
哌拉西林	72.09	53.66	90.91	86.11	—
头孢噻肟	—	—	70.00	62.26	54.55
环丙沙星	69.77	56.10	71.82	61.11	27.27
头孢吡肟	—	—	64.55	58.33	—
头孢呋辛	—	—	88.18	88.89	—
左氧氟沙星	54.49	41.46	13.64	19.44	36.36
万古霉素	0.00	0.00	—	—	0.00
利福平	18.60	14.63	—	—	10.02
替考拉宁	0.00	0.00	—	—	0.00
红霉素	100.00	100.00	—	—	81.82
青霉素	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

注:—表示无数据。

3 讨 论

小儿泌尿系感染是小儿时期的常见病,临床表现多不典型,若不及时治疗,易对肾脏造成损害,故应早期明确诊断并及时治疗。本次调查中,大肠埃希菌仍是小儿泌尿系感染最主要的致病菌(38.60%),与文献报道一致^[2-4]。位居第 2 位和第 3 位的分别是屎肠球菌(15.09%),粪肠球菌(14.39%)三者均为肠道正常菌群,当机体免疫力下降时,肠道正常菌群移位并大量繁殖而导致内源性感染^[5]。

本次调查大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌对亚胺培南、美罗培南无耐药;对呋喃妥因、哌拉西林/他唑巴坦、阿米卡星和氧氟沙星的耐药率也较低为 3.64%~19.44%,对青霉素耐药率为

100.00%。且产 ESBLs 菌株的耐药率明显高于非产 ESBLs,产 ESBLs 的大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌对哌拉西林、头孢呋辛的耐药大于 90.00%。ESBLs 由质粒介导,可通过接合、转化和传导等方式在细菌种属间进行传递,细菌一旦获得产生 ESBLs 的能力,即表现为对大多数青霉素和头孢类抗生素耐药,并因其耐药基因编码位点与其他的耐药基因相邻或联结而导致对氨基糖苷类、喹诺酮类和磺胺类药物耐药,所以产 ESBLs 细菌往往具有多重耐药特性^[6],因此,及时准确地检测出产 ESBLs 细菌,对指导临床合理使用抗生素有重大意义。

本次调查中屎肠球菌、粪肠球菌和表皮葡萄球菌对万古霉素、替考拉宁无耐药,对呋喃妥因、利福平的耐药率为 6.98%~

18.60%，对其他抗生素耐药率均较高，且屎肠球菌耐药率高于粪肠球菌，屎肠球菌和粪肠球菌对红霉素、青霉素的耐药率为100.00%，可能与这些药物在临床长期使用有关。万古霉素对革兰阳性球菌有较强的抗菌作用，临床以出现耐万古霉素的肠球菌，应引起临床高度重视。由于抗菌药物的广泛使用，真菌感染率有所上升，本次调查中检测出真菌13株(4.56%)，其对两性霉素B无耐药。

本院小儿泌尿系感染病原菌分布较广，主要以大肠埃希菌为主，其次为屎肠球菌和粪肠球菌，其耐药性差异大，且病原菌出现广泛耐药性，临床应根据药敏结果合理使用抗菌药物，避免滥用抗菌药物，以减少耐药菌株的产生。

参考文献

[1] 卢其明. 膀胱穿刺尿培养对患儿尿路感染的应用评价[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(20): 2300.

[2] 温连英. 小儿泌尿系感染病原菌监测及耐药性分析[J]. 河北医科大学学报, 2010, 31(2): 196-199.
[3] 武怀书, 额尔敦, 卡索, 等. 院内泌尿系感染病原菌分布及耐药性研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2008, 18(4): 592-593.
[4] 李红, 王贝, 阿不都拉. 大肠埃希菌在泌尿系统感染中的耐药性分析[J]. 国际检验医学杂志, 2010, 31(8): 890-891.
[5] 刘美琴, 饶荣, 刘志军. 小儿尿路感染病原菌监测及耐药性分析[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(5): 383-384.
[6] 张丽, 张丽华, 张小兵. 2009年中山大学附属东华医院细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2011, 11(5): 375-380.

(收稿日期: 2013-01-18 修回日期: 2013-03-12)

• 临床研究 •

纤维鼻咽喉镜钳取下咽部异物 2 526 例的临床观察

张代斌(重庆市职业病防治院五官科 400060)

【摘要】 目的 探讨提高治疗下咽部异物取出方法。方法 在局麻纤维鼻咽喉镜活检钳钳取下咽部异物 2 526 例患者。结果 2 526 例下咽部异物均顺利取出, 无损伤、感染等并发症发生。结论 局麻纤维鼻咽喉镜钳取下咽部异物, 患者痛苦少、时间短、操作简便。

【关键词】 下咽部异物; 纤维鼻咽喉镜; 喉镜检查术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 13. 056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)13-1732-02

下咽部异物是耳鼻咽喉科急诊之一, 其中一些患者在间接喉镜下难用异物钳取出, 给患者带来了极大的痛苦。本院从 2010~2012 年来对 2 526 例患者在常规局麻下纤维鼻咽喉镜钳取下咽部异物, 均获得成功, 无损伤、感染等并发症发生。患者痛苦少, 时间短, 操作简单, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010~2012 年本院收治的下咽部异物患者 2 526 例, 其中男 1 325 例(52%), 女 1 201 例(48%); 年龄在 7~87 岁; 鱼刺 2 478 例(95%), 花椒壳 23 例(0.9%), 竹签 15 例(0.5%), 其他异物 48 例(1.9%); 颈短、舌体肥大者 25 例(10%), 咽反射敏感者 387 例(15%), 颈椎疾患者 135 例(5.3%), 鼻咽癌放疗张口困难者 6 例(0.2%), 高血压、心肺疾病者 56 例(2.2%)。

1.2 治疗方法 患者先做咽部常规检查, 怀疑有下咽部异物者常规作纤维鼻咽喉镜检查。用 1% 丁卡因咽喉部表面麻醉 2~3 次, 2 次间隔时间 2~3 min; 然后患者平卧床上检查, 头稍后仰, 张口伸舌, 患者自己用纱布包裹舌前部 1/3, 以右手的拇指(在上方)和中指(在下方)捏住舌前部, 把舌拉向前下方以求固定; 术者随后用纤维鼻咽喉镜从口咽部导入, 首先检查舌根、舌扁桃体、会厌谷、喉咽后壁、喉咽侧壁、会厌舌面及游离缘、杓状软骨及两侧梨状窝等处。如果暴露不清楚可以嘱患者发“衣——衣”声音, 检查目的是视野清楚避免异物检查遗漏。当见到异物后, 术者使纤维鼻咽喉镜对准异物部位, 助手插入鼻咽喉镜活检钳钳住异物, 随同纤维鼻咽喉镜一起将异物拉出。如果异物从口咽部检查暴露不清楚, 可以选择从鼻腔路径检查, 但取出异物时容易损伤鼻腔黏膜, 原则上首先选择口咽部。

术后如果异物损伤重者可以用抗生药物预防感染。

2 结 果

下咽部异物 2 526 例患者中, 其中舌根 453 例(18%), 舌扁桃体 176 例(7%), 会厌谷 1 543 例(61%), 喉咽后壁 67 例(3%), 喉咽侧壁 172 例(7%), 会厌舌面及游离缘 78 例(3%), 梨状窝 37 例(1%)。均顺利取出, 无损伤、感染等并发症发生。

3 讨 论

咽异物的病因多为饮食不慎, 将未嚼碎的食物或混杂在食物中的鱼刺、鸡骨等咽下所致^[1-2]。近年来, 随着中国人民生活水平的提高, 吃鱼、鸡、鸭等概率增多。本组报告鱼刺占下咽部异物 95%。厌谷处异物最多占 61%, 梨状窝处最少占 1%。下咽部异物在间接喉镜下大多数不难发现, 常在间接、直接或麻醉喉镜下用异物钳取出, 但对一些部位比较隐蔽, 咽反射敏感的患者, 上述方法有局限性^[3]; 曾报道间接喉镜取下咽部异物可造成 4.8% 的并发症, 而纤维喉镜活检钳从纤维喉镜软管内通过, 可以避免异物钳对咽喉部组织的损伤^[4]。临床上常规检查, 初诊漏诊率达到 15.3%^[5]。造成漏诊原因可能有: (1) 局部生理、解剖异常, 如: 颈短、肥胖、扁桃体肥大、舌后根肥大、舌系带过短、颈部有畸形、张口困难等, 造成间接喉镜检查困难或不能窥视清楚所有的下咽部位。(2) 出现咽喉部异物时患者不恰当地处理用手指挖取或企图吞咽饭团等压下异物, 造成异物大部或完全卡入黏膜下。舌根与会厌舌面在该处形成锐形交角, 加之部分患者会厌呈“Ω”形, 活动度较差, 导致异物易于存留而不易被发现^[6]。(3) 间接喉镜检查时术者动作粗暴、不仔细、缺乏耐心等造成漏诊。另外, 其症状不典型, 疼痛呈间歇性, 异物感不明显, 致使异物漏诊^[7]。漏诊后会给患者