

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

带来长期的痛苦,甚至严重的并发症。临床上如遇有尖锐异物吞咽史伴声音嘶哑者,即使无咽痛或呼吸困难,也应考虑喉部异物可能,应仔细检查声门及声门下区^[8]。纤维鼻咽喉镜具有检查全面、观察清晰、定位准确、钳取方便的优点,可以有效地减少隐蔽性下咽部异物的漏诊^[9]。局部麻醉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。对颈短脖子粗或舌根肥厚抬举,咽腔狭窄,咽反射敏感者更适用于纤维鼻咽喉镜钳取下咽部异物;使用纤维鼻咽喉镜尤为方便,如同显微镜下查虫卵的方法,循“之”字形路线,仔细检查每一区域,寻找异物或受伤部位。检查中如见异物较长而且锐利或分叉,此时要求术者和助手一定要配合好,助手钳住异物,切不可松钳,否则异物重新落入咽腔,甚则会误入气道而引起气管异物。用纤维鼻咽喉镜取异物的方法适用于小异物,不适用于婴幼儿。儿童对直接或间接喉镜下取异物配合欠佳,且对此有恐惧感,手术往往需要行全身麻醉,采用此法可以免受全身麻醉之苦;对于大块状的异物应该采用喉异物钳钳取异物为宜。对下咽部异物一定遵循从哪里进去则从哪里出来的原则,切不可强咽饭团或蔬菜,使异物侥幸咽下,因为这有可能使异物加重损伤组织,继发感染;或使异物卡在食道,造成食道异物。本方法弥补了间接喉镜与直接喉镜下取出异物的不足,值得推广应用。

参考文献

[1] 黄选兆.耳鼻咽喉科学[M].4版.北京:人民卫生出版社,

1999:103-110.

- [2] 樊忠,王天铎.实用耳鼻咽喉科学[M].济南:山东科学技术出版社,1997:464-465.
- [3] 孙文海.纤维喉镜活钳钳取喉部及下咽部异物[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1994,8(3):182.
- [4] 洪晓林,孙仪亚,陈盈.纤维喉镜电视监控钳取下咽部喉部尖锐异物 58 例报告[J].贵州医学,2001,25(8):730-731.
- [5] Guo HQ. Experience on the diagnosis and treatment for pharyngeal foreign bodies[J]. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi,2005,40(3):217.
- [6] 郭洪泉.诊治咽部异物的临床体会[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(3):59.
- [7] 尤宝红,董学武.29 例喉气管支气管异物误诊原因分析[J].中国全科医学,2005,8(7):581-582.
- [8] 楼正才.声门下区鱼刺异物嵌顿 1 例[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(12):726-726.
- [9] 周明光,徐红新,肖芒,等.纤维喉镜在隐蔽性下咽部异物诊治中的应用[J].中国内镜杂志,2007,13(9):975-976.

(收稿日期:2013-01-22 修回日期:2013-03-12)

• 临床研究 •

198 例发热患者血清超敏 C 反应蛋白与白细胞变化的相关性研究

陈梅,潘成明,宋海涛(广东省佛山市高明区人民医院 528500)

【摘要】目的 探讨超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)升高与白细胞升高在门诊发热患者特别是细菌性感染诊断中的相关性。方法 对 198 例患者采集末梢血同时进行 hs-CRP 检测和白细胞计数以及相关分析。结果 hs-CRP 升高 88 例,白细胞计数增高 32 例,白细胞计数正常 56 例,白细胞计数降低 13 例;hs-CRP 正常,白细胞升高 21 例,白细胞正常 69 例,白细胞降低 7 例。结论 二者对细菌性感染起着协同诊断的作用,但 hs-CRP 检测结果比白细胞计数对诊断更为敏感;hs-CRP 越高,白细胞就越高,二者呈正相关,对临床疾病的诊断和鉴别诊断有重要的意义。

【关键词】超敏 C 反应蛋白; WBC 计数; 细菌感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)13-1733-02

门诊患者发烧时白细胞(WBC)计数是最常用的检查手段^[1],但单独进行 WBC 计数有时不能及时、准确反映患者的病情,有研究表明在急性感染性疾病初期 WBC 不升高或升高不明显^[2]。超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)是临床实验室采用超敏感检测技术,能准确的检测低浓度 C 反应蛋白(CRP),提高了试验的灵敏度和准确度,是区分低水平炎症状态的灵敏指标,固动态观察 hs-CRP 水平的变化可作为疗效的指标^[3-4]。

1 资料与方法

1.1 研究对象 从 2012 年 9~12 月对本院门诊 198 例发热患者同时进行 hs-CRP 检测加 WBC 计数。

1.2 试剂与仪器 用 hs-CRP 快速定量试剂盒(胶体金法)及配套的 Qpad 金标数码定量阅读仪;WBC 计数用迈瑞 3000-BC 血细胞分析仪及配套试剂、质控品。

1.3 方法 从冷藏处取出 hs-CRP 试剂盒,室温平衡至少 30 min,精确吸取 3 μ L 待测标本加入金标液中,立即充分混匀并

取 120 μ L 混合物加入反应板,待完全渗入,向反应板内加入 4 滴洗涤液,待完全渗入,将反应板于 10 min 内置于配套仪器 hs-CRP 血清/血浆或全血模式下测读结果。WBC 计数取 20 μ L 末梢血到标本稀释液中混匀,在稀释模式状态下直接上机计数。

1.4 统计学处理 计数资料采用 χ^2 检验对 hs-CRP 测定和 WBC 计数结果比较,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 hs-CRP 测定和 WBC 计数结果比较 hs-CRP 测定结果中升高共计 101 例,其中 WBC 计数升高 32 例,正常 56 例,降低 13 例;hs-CRP 测定结果正常共 97 例,其中 WBC 计数升高 21 例,正常 69 例,降低 7 例,WBC 计数升高共计 53 例,两组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 hs-CRP 测定和 hs-CRP 测定加 WBC 计数结果比较 两组测定结果比较见表 1。