

仍然可用,其余抗生素耐药性均高于 60%。阴沟肠杆菌对青霉素类及一、二代头孢均耐药,对三、四代头孢的耐药率介于 41.6%~68.1%。对丁胺卡那霉素、环丙沙星、罗米沙星、替卡西林/棒酸的耐药率介于 30%~40%,对亚胺培南及氧哌嗪青霉素/他唑巴坦的耐药率最低,分别为 0%及 9.1%。

临床常见细菌对常用抗菌药物的耐药性严重,多重耐药菌株检出率高。医院感染病原具有复杂性和耐药的多样性,开展精确的病原学诊断,针对性的选择敏感的抗感染药物,对提高重症感染的救治水平具有重要的意义。

参考文献

[1] 卓超,苏丹虹,倪语星,等. 2009 年中国 CHINET 大肠埃希菌和克雷伯菌属细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2010,10(6):430-435.
 [2] 胡付品,朱德妹,汪复,等. 2011 年中国 CHINET 细菌耐

药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2012,12(5):321-329.

[3] 卓超,李洪玉,苏丹虹,等. 广州地区 CTX-M-15 型超广谱 β 内酰胺酶的分布和基因环境研究[J]. 中华检验医学杂志,2009,32(10):1114-1119.
 [4] 金少鸿,马越. 国内细菌耐药性监测研究的回顾与展望[J]. 中国抗生素杂志,2005,30(5):257-259,283.
 [5] Peleg AY, Seifert H, Paterson DL. Acinetobacter baumannii: emergence of a successful pathogen[J]. Clin Microbiol Rev, 2008, 21(3): 538-582.
 [6] Perez F, Hujer AM, Hujer KM, et al. Global challenge of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2007, 51(10): 3471-3484.

(收稿日期:2013-01-05 修回日期:2013-03-30)

• 临床研究 •

30 例经皮椎体成形术治疗老年性骨质疏松性椎体压缩性骨折临床观察

朱晓镛(重庆市綦江区人民医院骨科 401420)

【摘要】 目的 探讨经皮椎体成形术治疗老年性骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床疗效。**方法** 从收治的病例中随机选取 30 例患者,其中男 19 例,女 11 例,年龄 63~82 岁。运用经皮椎体成形术对患者进行治疗,利用回顾分析对患者的临床病情、诊断资料、治疗效果进行系统性分析与研究。**结果** 经治疗 30 例患者中有 21 例疼痛感基本消失,9 例疼痛感逐步减弱。手术 6 h 之后所有患者均可下床活动。本组治疗无效者 1 例,有效者 10 例,显效者 19 例,治疗总有效率为 96.7%。**结论** 利用经皮椎体成形术对老年性骨质疏松性椎体压缩性骨折患者进行治疗,有助于减轻患者的临床生理与心理痛苦,增强患者对临床手术治疗的依从性,提升患者的临床生存质量。

【关键词】 椎体压缩性骨折; 经皮椎体成形术; 骨质疏松; 老年人

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.061 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)13-1739-02

骨质疏松性椎体压缩性骨折在老年群体中的发病率逐年上升,严重影响老年人的晚年正常生活。而经皮椎体成形术作为临床中较为常用的手术方法之一,在治疗老年性骨质疏松症疾病方面具有安全高效、操作简便、并发症少等优势,具有极强的临床应用与研究价值^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2010 年 1 月至 2012 年 12 月本院老年性骨质疏松性椎体压缩性骨折患者 30 例,其中男 9 例,女 21 例,年龄 63~82 岁。经病理学研究发现:椎体压缩性骨折为 1 个的有 10 例,椎体压缩性骨折为 2 个的有 15 例,椎体为压缩性骨折 3 个的有 5 例。且 30 例患者均有局部的疼痛感,在手术开始之前根据患者的临床体征、临床病症以及影像学检查资料进行诊断。

1.2 方法 (1)做好术前手术器械的准备工作,即手术所需的灌注剂为骨水泥 II,调制比例为 2:1。手术所需的穿刺针为 13G 的带蕊穿刺针,长度约为 10~15 cm。手术过程中所需的影像监测设备为 C 型臂的 AXIOM-Artis 型号的数字减影 X 光机。而手术所需的注射器为旋转加压式的注射器。(2)患者进入手术室前需及时地为患者开通两条静脉通道,一条用于药物输注,另一条用于补液输注。为了有效控制感染与预防患者术中的过敏反应,术前常规静脉推注 10% 葡萄糖 20 mL+5 mg 地塞米松液后,再静脉滴注 0.9% 生理盐水 100 mL+1.0 g

头孢曲松钠。(3)术中患者需采取俯卧位的体位,护理人员对患者进行常规消毒、铺巾局部麻醉,在 C 型臂 X 线机的指引下穿刺针经皮穿刺并经过椎弓根进入到脊柱病变部位。当穿刺成功后,需立即调制水泥,将骨水泥调制稀薄的糊状并放置在 1 mL 体积的注射器中,当手术所需的灌注剂由原有的稀薄状态转变成牙膏状态时,需用高压注射器经穿刺针推注到患者体内。整个推注过程需在 C 型臂 X 线机的监测状态进行,当出现灌注剂向锥体外或者硬膜外渗漏的状况时,需立即停止推注。当骨水泥灌注完成后需将穿刺针拔出,做好包扎与止血工作。在手术过程中需严格地按照无菌操作规则进行操作并密切观察患者的下肢运动是否有异常与患者生命体征是否有变化。一般情况下椎体的注射量为 3~5 mL。患者在手术结束后的 6 h 后可下床进行适量活动。

1.3 疗效标准 疗效标准:(1)无效,患者腰背部疼痛感没有减轻,且运动功能没有得到恢复;(2)有效,患者腰背部疼痛感逐步减轻,且运动功能得到有效恢复;(3)显效,患者腰背部疼痛感显著减弱,患者的运动功能基本恢复,行走自如^[2]。

1.4 统计学处理 本组研究主要采取使用 SPSS13.0 统计学软件,计数资料采取 χ^2 进行检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

经过 2~4 个月的诊治,30 例患者中有 21 例疼痛感基本

消失,9例疼痛感逐步减弱。手术6h之后所有患者均可下床活动。本组治疗无效1例,有效10例,显效19例,治疗总有效率为96.7%。

3 讨论

骨质疏松症不仅影响老年患者的脊柱正常功能,而且极易导致消化系统、呼吸系统等多个系统的功能性障碍,严重影响老年患者的晚年生活^[3-4]。而以休息、制动、镇痛为核心的传统治疗方法极易导致老年患者的骨质出现进行性脱钙症状,无形中降低了患者的生活质量,增加了临床病死率^[5]。

经皮椎体成形术作为临床中较为有效的治疗方法,受到力学、热学、化学等综合性因素的影响,在应用过程中有助于消除患者的骨折微动,恢复病变脊柱的强度与刚度,且苯乙烯、甲基丙烯酸甲脂等所组成的骨水泥在凝固过程中所散发的热量可摧毁脊柱病变区域的神经末梢,有助于缓解患者的顽固性腰背部疼痛^[6]。但这种手术方法在应用过程中也存在着一些并发症,例如肺栓塞与骨水泥的渗漏等。应对临床并发症的措施包括:(1)准备性能良好的监测仪器,在严密监测的状态下缓慢推注灌注剂,一旦出现灌注剂渗漏症状则需立即停止推注;(2)科学选择手术适应证,对于合并神经根压迫病症与硬膜外压迫症状的患者,严禁使用经皮椎体成形术;(3)在灌注剂推注之前,穿刺针在穿刺的过程中需避开椎体周围静脉;(4)灌注剂在凝固成牙膏状之前严禁进行推注工作,因为当灌注剂过于稀薄的时候,医务人员很难准确控制灌注剂的流向,极易导致灌注剂伴随静脉回流或者扩散,从而导致肺栓塞并发症的发生;(5)由于灌注剂的推注量与患者的疼痛感的缓解程度不具有明显的正相关性,所以严禁盲目地追求灌注剂的填充数量^[7-8]。

利用经皮椎体成形术对老年性骨质疏松性椎体压缩性骨折进行治疗,有助于降低临床并发症的发生率,减轻患者的临

床生理与心理压力,提高患者的临床生存质量,具有很好的临床应用价值。

参考文献

[1] 张吉先,黎和平.经皮椎体成形术治疗老年性骨质疏松椎体压缩性骨折10例[J].现代医药卫生,2004,20(17):1762.

[2] 廖正银,韩金元,罗德云,等.经皮椎体成形术治疗老年性骨质疏松症椎体压缩性骨折54例[J].西南军医,2007,9(5):60.

[3] 王永江,闫占明.椎体成形术治疗胸腰椎骨质疏松压缩性骨折[J].中国医药指南,2010,8(29):202-203.

[4] 徐靓.经皮椎体成形术治疗椎体压缩性骨折的护理[J].当代护士:专科版,2008,10(12):35-36.

[5] 姚国杰,马廉亭.经皮椎体成形术治疗椎体压缩性骨折[J].国外医学骨科学分册,2002,23(2):82-85.

[6] 刘爱华,吴中学,杨新健,等.经皮椎体成形术治疗椎体压缩性骨折与血管瘤[J].中国神经精神疾病杂志,2006,9(3):216-219.

[7] 李国华,伊力哈木·托呼提.椎体成型术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折临床应用研究[J].新疆医科大学学报,2010,33(5):577-579.

[8] 常再平,王芳,梅甲智.老年椎体压缩骨折保守治疗与椎体成形术比较[J].基层医学论坛,2006,10(11):1005-1006.

(收稿日期:2013-02-26 修回日期:2013-03-12)

• 临床研究 •

广州市黄埔区 468 例婴幼儿骨碱性磷酸酶检测结果分析

刘凤鸣,刘艳林,董超,张小英,欧少丽(广东省广州市黄埔区妇幼保健院检验科 510700)

【摘要】 目的 了解广州市黄埔区0~3岁婴幼儿佝偻病患病情况。**方法** 收集来体检的468例婴幼儿骨碱性磷酸酶活性测定结果进行回顾性分析。**结果** 468例婴幼儿中,临床佝偻病的检出率为134例(28.63%);亚临床佝偻病的检出率为230例(49.15%);检出率与年龄差异及性别差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 广州市黄埔区1岁以内婴幼儿临床佝偻病的检出率高,应予以重视。

【关键词】 碱性磷酸酶; 佝偻病; 广东

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.13.062 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)13-1740-02

目前国内外一致认为血清骨源性碱性磷酸酶(BALP)的增多是反映小儿骨改变的准确指标,应用人骨碱性磷酸酶试剂盒检测末梢血诊断小儿佝偻病特异性强,灵敏度高。为小儿佝偻病的诊断提供了参考依据,对儿童保健门诊工作具有指导作用,为基层儿童保健工作提供了便利^[1]。为了解广州市黄埔区婴幼儿当前佝偻病患病的整体情况,现将本院正常体检的468例0~3岁婴幼儿骨碱性磷酸酶检测结果进行回顾性分析并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2010年1月至2012年12月本院体检的468例0~3岁婴幼儿,男230例,女238例。

1.2 试剂与方法 采用安徽高山药业有限公司提供的人骨源性碱性磷酸酶试剂盒(BALP ELISA Kit),由检验人员采取末梢血后立即进行检测,根据全血干化学和免疫浓缩技术原理,应用酶联免疫法半定量测定小儿血中骨碱性磷酸酶浓度。检测操作过程严格按试剂说明书进行,于37℃恒温水浴箱反应8min,10min内完成测定结果。测定范围200~300U/L,显色浅或相当于标准比色板的斑点颜色为阴性,即BALP活性小于200U/L;显色深度与标准比色板斑点一致的为临界值,即BALP活性200~250U/L;显色深达到或超过标准比色板斑点的为阳性,即BALP活性大于250U/L。

1.3 诊断标准 BALP活性小于200U/L为正常,200~250