

胞内、外淋球菌,称奈瑟氏淋球菌,可导致淋球菌性尿道炎。淋病传染性较强。患者可出现不同程度的尿痛、尿道瘙痒等症状,典型者排尿烧灼、疼痛、排泄物黏稠等。

妇科疾病给广大的女性带来诸多痛苦和隐患,严重影响她们的身心健康,上述改变可引发不同程度的阴道炎(外阴阴道炎),而由此导致子宫内膜炎、输卵管炎、不孕不育以及妇科肿瘤等多种疾病^[3];对于孕期妇女容易发生流产、早产、胎儿宫内感染、胎盘早剥等^[4]问题,在大大降低她们生活质量的同时由于长期炎性反应的刺激使细胞增生活跃、慢性组织炎性病变和刺激均会导致细胞的变形引发癌变。因此,妇科炎症性反应一经发现应及时处理,故定期妇科检查及有针对性地检测势在必行。随着目前肿瘤预防理念的转向——针对诱发癌症的高危因素进行早期干预以达到早发现、早治疗意义深远,且炎性反应的控制与治疗不仅解除了患者的痛苦,也大大降低了癌变的

概率,提升了预防的效果。检出阳性者应及时、彻底治疗,并定期进行复查。

参考文献

- [1] 殷学军,殷路. 癌前病变与肿瘤细胞快速染色图谱[M]. 北京:人民军医出版社,2005:45-108.
- [2] 王淑珍. 实用妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:560-566.
- [3] 黄醒华. 妊娠期滴虫性阴道炎及念珠菌性阴道炎的诊断及治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2001,17(12):707.

(收稿日期:2010-01-22)

基层医院临床检验工作存在的问题

刘德奎(重庆市万州区第四人民医院检验科 404040)

【关键词】 基层医院; 临床检验; 问题

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.083

中图分类号:R197.323

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)17-1919-02

作者于从事基层临床检验工作多年,对基层医疗机构的临床检验工作较了解。现就作者所了解到的基层临床检验工作中存在的问题报道如下。

1 从事临床检验专业技术工作的人员资历过低

有相当一部分的二级医疗机构中,有不少从事临床检验工作的人员未参加过系统的理论学习。有护士改行的,有医生改行的,有退伍安排的,还有高中毕业和初中毕业后就被直接安排从事检验工作的。

2 不注重检验人员的业务培训工作

在乡镇医疗机构改行或直接从事临床检验工作的业务人员中,约50%以上未接受过1年以上的岗前培训;约30%以上人员未接受过6个月以上的岗前培训;约10%的人员仅接受过1~3个月的岗前培训。

造成以上状况,作者认为有4个方面的原因。一是大中专学校对检验专业技术人员的培训滞后,需大于求,有很多检验人员是接班顶替被直接安排到工作岗位上的;二是有相当一部分院领导不重视临床检验工作,他们认为检验科是辅助科室,辅助科室自然就不重要了;三是有相当部分院领导根本不了解临床检验专业知识的博大精深,他们认为任何人,只要找一个熟手带教一下子就可以了。尤其是新型农村合作医疗政策的推广,给中心卫生院和乡镇卫生院的发展带来的契机,各级一级医疗机构都在纷纷开展各自的检验业务,检验人员就更是供不应求,滥竽充数更多。

3 不重视检验设备投入

一般的基层医疗机构都侧重于影像设备的投入,不少医疗机构连半自动生化分析仪都舍不得购买。究其原因可能是:(1)影像诊断项目少,设备单一,其报告主要为定位与定性诊断,结果直观,报告及时,医生和患者都易于接受;(2)检验业务项目多,需要的设备、器材多,需要采集标本,检验操作步骤多,质量管理环节多,发出报告耗时长,报告结果的临床意义有很

多都不直观,需要结合临床综合分析。

4 医生对临床检验结果的报告不易接受

在基层工作的临床医生接班顶替的比较多,而且有半数以上是传统中医出生,他们对西医的定性、定量检验结果不太熟悉。况且检验业务项目多,报告结果的临床意义情况多,对临床医生的综合分析要求多。因此,检验报告不如影像诊断的定位与定性结果那么易于接受。

5 检验人员的业务素质相对较低

检验人员业务素质较低是基层检验工作较普遍和亟待解决的问题,造成这一状况的原因与上述4种情况密切相关。在二级以下医疗机构中,表现得较为突出的有以下几个方面。

5.1 检验人员掌握的临床检验基本技术和基本知识太少。有相当一部分人员常规检验的基本技术未掌握。基层检验人员的进修培训工作,以前大多都是在县级以上医疗机构进行,由于现代电子生物科技被引入临床检验设备的制造,大量高科技检验设备进入各级医疗机构,有很多的传统手工检测方法被自动化设备代替,使很多的检验项目的检测变得简单而快捷。由于全自动生化、全自动电解质分析仪,全血细胞分析仪、尿液分析仪等在二级以上医疗机构的普及,有很多的临床检验基本技术使用得越来越少。如验血吸管、刻度吸管的使用,人工细胞计数、检验试剂的配制等。因此使一些检验的基本知识和技术面临“失传”。

5.2 基层检验人员不懂得仪器设备的使用、保养和维护。尤其是“卫Ⅷ项目”配置的设备,没有工程技术人员进行仪器的培训和指导。有的检验人员不能进行半自动生化分析仪实验项目参数的设置,有的检验人员进行终点法测定时长时间不带标准进行检测而全然依赖所谓的“因素”,有的检验人员常常反映一些不是问题的“问题”。如白细胞总数普遍显著升高,原因为未及时更换全血细胞分析仪的溶血素;电解质分析仪不能“过标”,原因是纤维蛋白丝堵孔后不能吸样;使用721分光光度计

流动比色装置时,不能正常调节 100%,查原因是有人将比色杯粗糙面对准光束放置。此类问题不胜枚举。

5.3 检验人员不开展质量管理活动,绝大部分检验室未开展质量控制工作,有的检验人员根本不知道怎么搞质量控制。

6 检验报告的可信度不高

一方面是生化检验存在很大问题。中心卫生院和乡镇卫生院现在使用的生化检验设备绝大多数都是半自动生化分析仪,对检验人员的手工操作要求较高,半路出家搞检验,原本基础知识就不足,在综合性医院又没能学到较好的基本技能,因此基层的生化检验存在很大问题。主要原因是基本操作不到位,如加样不准,拖泥带水等;基本知识不足,如不带标准,不做质控等。

另一方面是常规及形态学检验存在严重问题。表现得最为突出的是尿常规检验和血常规检验。传统的尿液检验包括颜色、透明度、pH、密度、尿蛋白定性、尿糖定性、显微镜检查。现在有很多医疗机构的检验人员都是使用尿液分析仪,凭试纸条出结果。有的检验人员有形态学功底,但是工作不负责任,怕麻烦,不进行显微镜检查;有的检验人员压根就不能识别尿液中的常见有形成分;有的检验人员使用失效变色的尿试纸条,明明是很矛盾的检验结果也发报告。如非糖尿病患者,常常是酮体++++;正常尿液也报告隐血阳性。传统的血常规包括血红蛋白、红细胞计数、白细胞计数、血小板计数、白细胞分类计数,而今天的血常规检测是全自动全血细胞分析自动出结果,有相当一部分检验人员基础知识不足,发出的报告千姿百态。如第1天血小板计数是 $305 \times 10^9/L$,第2天突然变成

$46 \times 10^9/L$,患者到上级医疗机构检查又是 $290 \times 10^9/L$ 。其实这种情况,注意核对、复查或人工计数就自行解决了。另外,尽管有关专家都一再呼吁重视形态学检查,在基层血常规检验中,很少有人去做白细胞人工分类,哪怕是过一下目也不愿做。试问,血片中的异型细胞又如何被发现呢?血液性疾病又如何能过筛出来呢?当然,从客观上讲,不能识别外血中5种有核细胞的检验人员也不只1人。

第三方面是有部分免疫检验结果也不准确。在基层开展的常规免疫检验项目主要是乙肝“两对半”定性检测、尿HCG定性检测、抗链球菌溶血素“O”试验、类风湿因子检测、血型鉴定等。有不少的小型检验室检验人员为了节约时间,使用金标试纸条检测乙肝两对半,有很多低滴度的乙肝病毒携带者,其检测结果为阴性。但用ELISA法检测却为阳性。

另外,在基层检验工作中,辨认寄生虫卵,查找抗酸杆菌、真菌、滴虫等都成问题。有不少检验人员未曾亲眼见过它们在显微镜下的形态。

撰写本文旨在报告基层检验工作的实际情况,呼吁有关行政主管部门严把检验专业技术人员的从业准入关,呼吁基层医疗机构的领导要高度重视检验工作和检验人员的业务培训工作,呼吁二级以上医疗机构的检验人员在带教进修实习生时要加强基本技能的带教工作,呼吁基层检验从业人员增强责任心和使命感,努力提高业务素质,加强检验质量控制,确保检验结果的准确性和可靠性,为临床诊疗活动提供科学的诊疗依据。

(收稿日期:2010-03-23)

(上接第1892页)

脑脊液循环中,导致腰穿时可在脑脊液中检出大量的蛋白质^[3]。通常情况下,蛋白质通过血-脑脊液屏障的程度随相对分子质量改变,相对分子质量越小,通过性越强。清蛋白相对分子质量为 67×10^3 ,而且脑脊液中的清蛋白主要来源于血液中,系血源性蛋白,因此在血-脑脊液屏障受损时依靠血液和脑脊液中清蛋白极大的浓度差,可以进入脑脊液中。因此观察脑脊液中清蛋白的水平变化及其与血清清蛋白比值的变化逐渐成为判断血-脑脊液屏障受损的重要指标。

通过作者的观察可见,随着脑脊液TP的增加,脑脊液中清蛋白及QAlb亦逐渐增加,在TP > 2 000 mg/L时,QAlb亦逐渐增加至30以上。脑脊液TP在一定程度上代表了血-脑脊液屏障受损情况的严重程度,而QAlb与TP同步增加亦证明QAlb在判断血-脑脊液屏障受损上有重要作用,即伴随血-脑脊液屏障受损的程度逐渐加重,血中清蛋白亦大量进入脑脊液循环中,从而导致血源性的清蛋白在脑脊液中亦可见到逐渐增加的趋势,由于血中清蛋白浓度远大于脑脊液中本身的清蛋白浓度,从而导致QAlb逐渐上升。

在血-脑脊液屏障受损时,脑脊液TP逐渐增加,在血中清蛋白亦逐渐进入脑脊液循环中的同时,作者亦观察到清蛋白增加的程度与TP增加的程度并非完全一致。本院的分析可见,在TP < 2 000 mg/L时,脑脊液CALB/TP与TP相关系数为-0.699 9,而随着TP逐渐增加,CALB/TP与TP的相关性大大下降,通过此分析,作者认为,可能与TP增加程度的上升,除了血中清蛋白逐步进入脑脊液循环中,亦伴随着脑源性蛋白质的异常表达及脑脊液循环中球蛋白的异常表达,本院的统计

结果中,脑脊液TP > 2 000 mg/L的疾病中多为脑膜炎、外伤后颅脑重度感染等病例,而单纯的各种脑膜炎、脑炎颅内感染性疾病脑脊液TP很少大于3 000 mg/L,此可能与脑膜炎、外伤后颅脑重度感染等疾病在一定程度上同时感染了柔脑膜及脑神经元、神经胶质细胞等,导致血源性清蛋白异常增加的同时伴随脑源性蛋白的异常表达增加^[4]。同时亦在一定程度上表明脑脊液TP增加的程度越高,且伴随脑脊液CALB/TP比值的下降,可能提示脑损伤的严重程度。

综上所述,作者认为脑脊液生化分析中蛋白参数的适当应用及组合应用,对判断神经系统疾病有一定价值,对提示神经系统疾病的严重程度及预后亦可能有重要价值,亦在一定程度上对认识神经系统疾病的病理过程有价值。

参考文献

- [1] 刘明铎.实用颅脑损伤学[M].2版.北京.人民解放军出版社,2003.
- [2] 杨萍,辛颖.脑脊液和血清白蛋白的比值与神经损伤[J].脑与神经疾病杂志.2001,9(4):253.
- [3] Hansotto R. Proteins in cerebrospinal fluid and blood: Barriers,CSF flow rate and source-related dynamics[J].Restor Neurol Neurosci,2003,21(3-4):79-96.
- [4] 卫生部医政司.全国临床检验操作规程[M].3版.南京.东南大学出版社,2006.

(收稿日期:2010-08-02)