

2.2 人工流产后相关知识的知晓率 见表 2。

表 2 人工流产后相关知识知晓率(n=293)

相关知识内容	教育前(%)	教育后(%)	χ^2	P
有致继发不孕的危险	49.1	83.3	4.918	<0.05
可导致机体免疫力下降	40.6	90.1	11.955	<0.05
对生殖器官有一定损害	20.8	80.9	10.416	<0.05
术后不影响淋浴	36.5	93.9	5.340	<0.05
术后出血超过 10 d 需就诊	45.1	77.2	15.142	<0.05

3 讨 论

3.1 促使健康相关行为的建立 人工流产为侵入性操作,其并发症包括感染、损伤(子宫穿孔及宫颈裂伤)等,术后远期并发症如宫腔粘连、输卵管炎症阻塞、卵巢功能障碍等,前置胎盘及胎盘植入亦为人工流产的晚期并发症^[1]。未婚低龄人工流产女性由于缺乏生殖健康常识和避孕知识而导致非自愿妊娠和感染性疾病的现象正在逐年增加,有的患者甚至已处于某些妇科疾病及性传播疾病的高危状态。作者通过对低龄人群人工流产术后的健康教育干预,使她们充分认识到危害健康行为的严重性,从而产生高可变行为,切实减少和杜绝意外妊娠和人工流产的发生。

3.2 心理指导 由于社会、学校对性卫生知识宣传不够,加之这部分人群年龄小、对事物的看法和承受力都较低,在面对人工流产时均存在不同程度的心理反应。张伦等^[2]对 600 例未婚女青年行人工流产术的焦虑情况研究结果显示,33.4%有焦虑症状。其他还有如恐惧,害怕父母、学校知道,担心泄露隐私等心理问题。由于这些负面情绪的影响,使她们不能安心学习

和正常生活。针对这些心理现象,应将人文关怀融入护理工作中,服务于细微之处。营造关心患者、爱护患者、尊重患者、帮助患者的氛围。根据个体情况给予心理指导和干预,从而影响和纠正受术者的不良心理状态。

通过本次调查发现低龄女青年对于发生性行为后可能出现的各种隐患不能预见或无心理准备^[3],加之缺乏科学的避孕知识,以及对避孕措施的选择存在盲目性,所以意外妊娠及人工流产不可避免。中华护理学会于 1997 年 5 月邀请美国罗马林达大学健康教育专家来华讲学,首次将“护理健康教育”的概念引入我国^[4]。随着传统医学模式转变为生物-心理-社会医学模式以来,健康教育已成为我国医院的一项重要业务职能。人工流产手术后通过健康信息的传播和行为干预来影响和帮助低龄女青年消除或降低危险因素,以此达到预防疾病、促进健康的目的。

参考文献

[1] 傅才英,吴佩煜,翁霞云. 妇产科手术学[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社,2009:422-423.
[2] 张伦,吴世仲,蔡卫东,等. 四川宜宾市未婚女青年中有、无早孕人流人群的焦虑和抑郁症比较[J]. 华西医学, 2005,20(2):237-241.
[3] 李俊莉,王玲. 262 名女大学生性行为与避孕现状调查及分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(28):4018-4020.
[4] 郝玉玲. 临床护理健康教育[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:1.

(收稿日期:2011-03-09)

乙型肝炎病毒 DNA 及其血清标志物检测分析

欧阳淑兰,王霞平(湖南省株洲市 331 医院检验科 412002)

【摘要】 目的 了解株洲地区乙型肝炎病毒(HBV)DNA 与乙型肝炎(简称乙肝)六项指标检测的相互关系并探讨其临床意义。方法 采用酶联免疫吸附试验对 HBV 感染者进行 HBV 标志物测定,采用实时荧光定量聚合酶链反应检测血清 HBV DNA 水平。结果 乙肝 e 抗原(HBeAg)阳性组 HBV DNA 阳性率为 71.2%;HBeAg 阴性组中 HBV DNA 阳性率为 37.0%。结论 HBV DNA 能较好地反映 HBV 感染及复制情况,是评价抗病毒疗效的相关血清指标。

【关键词】 DNA,病毒; 肝炎,乙型; 肝炎抗原,乙型; 肝炎抗体,乙型

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2140-02

目前常用乙型肝炎病毒(HBV)DNA 水平来评价 HBV 复制情况,是一项较特异的指标。本文选择 165 例 HBV 感染者定量检测其血清中 HBV DNA 含量,定性检测乙型肝炎(简称乙肝)六项并分析其相关关系,初步探讨其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有标本采自本院门诊及住院患者,共 165 例,其中男 135 例,女 30 例,年龄 18~63 岁。所有患者清晨抽取空腹静脉血 3 mL,及时分离血清进行检测。

1.2 检测方法 HBV DNA 载量检测,采用实时荧光定量聚合酶链反应(FQ-PER)试剂盒购于杭州博日科技有限公司,仪器采用 Line-Gene 荧光定量 PCR 检测仪,操作严格按说明书进行。取检测结果对数值进行统计学分析,HBV 标志物、乙肝表面抗原(HBsAg)、乙肝表面抗体(抗-HBs)、乙肝 e 抗原

(HBeAg)、乙肝 e 抗体(抗-HBe)、乙肝核心抗体(抗-HBc)检测分别编号为 1、2、3、4、5。3 种主要模式为 1、3、5 阳性,1、4、5 阳性,1、5 阳性,HBV 标志物采用酶联免疫吸附试验(ELISA 法)检测,试剂盒为上海科华生物工程公司生产。

1.3 统计学处理 使用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,计数资料率的比较采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 3 种血清学模式感染者血清中 HBV DNA 检出情况 见表 1。

2.2 不同 HBV DNA 载量水平的 HBV 感染者检出情况 165 例患者中 HBV DNA 阳性 122 例,其中 HBV DNA 载量大于或等于 10^5 copy/mL 者 72 例, $<10^5$ copy/mL 者 50 例, $<10^3$ copy/mL 者 43 例;HBeAg 阳性组和 HBeAg 阴性组 HBV

DNA 阳性率分别为 95.24%(60/63)、62.82%(49/78),两组差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 3 种血清学模式 HBV 感染者 HBV DNA 检出情况[n(%)]

HBV 标志物模式	n	HBV DNA(copy/mL)		
		>10 ⁵	>10 ³ ~10 ⁵	<10 ³
1、3、5 阳性	63	52(82.54)	8(12.70)	3(4.76)
1、4、5 阳性	78	14(17.95)	35(44.87)	29(37.18)
1、5 阳性	24	6(25.00)	7(29.17)	11(45.83)
合计	165	72(43.64)	50(30.30)	43(26.06)

注:1、3、5 阳性指 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 阳性;1、4、5 阳性指 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 阳性;1、5 阳性指 HBsAg、抗-HBc 阳性。

2.3 血清 HBV DNA 阳性、阴性者 HBsAg 及 HBeAg 定量值见表 2。

表 2 血清 HBV DNA 阳性、阴性者 HBsAg 及 HBeAg 定量水平

HBV DNA	n	HBsAg(ng/mL)	HBeAg(ncu/mL)
阳性	122	4.15±0.98	2.26±0.98
阴性	43	3.12±0.69	-1.03±0.48

由表 2 可知,血清 HBV DNA 阳性组患者血清中 HBeAg 水平高于 HBV DNA 阴性组,差异有统计学意义($P<0.01$),而 HBsAg 水平两组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

3.1 我国自 1992 年在新生儿开展乙肝疫苗普种以来,HBV 所致新发感染者明显减少^[1],但目前仍有约 9 300 万慢性 HBV 感染者。慢性 HBV 感染分期及临床抗病毒治疗方案的选择、疗效评价和预后判断等对乙型病毒性肝炎的实验室检测提出了新的要求^[2-3]。

3.2 血清 HBsAg 持续阳性、HBeAg 阳性及 HBsAg 阳性,而发生 C 式或 C 区启动子变异检测 HBeAg 阴性,临床上两者均

表现为活动性慢性乙肝,乙肝恢复期检测血清 HBsAg 阴性,可有抗-HBc 和抗-HBs 阳性,血清中检测不到 HBV DNA,说明血清 HBV DNA 水平与乙肝的传染性和疾病进展密切相关。

3.3 HBV DNA 实验室定量检测是病毒复制最可靠的检测指标,是唯一能帮助确诊隐匿性 HBV 感染的实验室检测指标,同时对血清学检测非典型的慢性 HBV 感染者的诊断至关重要。免疫耐受期血清学检测表现为 HBsAg 和 HBeAg 阳性,HBV DNA 定量多为 1×10^5 copy/mL;乙肝恢复期实验室检测血清 HBsAg 阴性,可有抗-HBc 和抗-HBs 阳性,但血清中检测不到 HBV DNA。

总之,血清 HBV DNA 水平下降为判定抗病毒治疗效果的重要依据^[4-5]。因此,HBV DNA 检测有助于确定感染者的状态,对确定是否开展抗病毒治疗及抗病毒治疗方案的选择有重要意义。

参考文献

[1] 中华医学会肝病学分会、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):881-891.
[2] 任伟宏,赵素玲.乙型肝炎患者血清中 HBVcccDNA 与 HBV DNA、HBsAg 和 HBeAg 定量关系的分析[J].检验医学,2010,25(6):438-441.
[3] 唐芳玫.乙型肝炎病毒 DNA 与血清标志物的关系[J].检验医学与临床,2010,7(1):28-29.
[4] 郭田华.乙型肝炎血清标志物与乙型肝炎病毒 DNA 检测的临床意义[J].实用医技杂志,2005,12(12A):3423.
[5] 黄建宏,欧兴义,梁小兵,等.乙型肝炎病毒 DNA 检测及其与血清标志物的关系探讨[J].实用诊断与治疗杂志,2005,19(1):4-5.

(收稿日期:2011-04-25)

2010 年某院临床常见细菌分布及耐药性分析

张丽丽,姚 蓓(重庆市第十三人民医院检验科 400053)

【摘要】 目的 了解 2010 年临床分离菌株对抗菌药物的耐药情况。方法 细菌鉴定采用手工法,药敏试验采用纸片扩散法。结果 2010 年各临床科室送检标本中,真菌、克雷伯菌、大肠埃希菌、假单胞菌、肠球菌、凝固酶阴性葡萄球菌、金黄色葡萄球菌为主要病原菌。革兰阴性菌中以假单胞菌耐药性最高,其次为大肠埃希菌、克雷伯菌。革兰阳性菌中金黄色葡萄球菌感染呈下降趋势,而凝固酶阴性葡萄球菌感染呈上升趋势,耐药率也随之增长。结论 临床科室应注意微生物实验室所提供的细菌耐药情况,合理使用抗生素。

【关键词】 细菌,抗药性; 抗菌药; 药物耐受性; 微生物敏感性试验

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2141-03

抗菌药物的滥用增大了细菌的耐药性,使耐药菌群增多,造成人体菌群失调,免疫力下降,增加了医院感染的机会^[1]。细菌耐药性监测对指导临床合理使用抗菌药物具有重要作用。2010 年本院各临床科室送检标本 1 256 份,共分离出细菌 519 株,现对其耐药情况进行分析。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 菌株来源 从 2010 年 1~12 月本院各科室送检的血、尿、痰、大便等标本中检出。质控菌株为大肠埃希菌 ATCC25922、铜绿假单胞菌 ATCC27853、金黄色葡萄球菌

ATCC25923。

1.1.2 试剂来源 药敏试验用 Mueller-Hinton(M-H)培养基(杭州天和),药敏纸片(北京天坛),微量生化反应管(杭州天和)。

1.2 方法 菌株均按常规操作流程进行鉴定,药敏试验按照美国临床实验室标准化协会(CLSI)推荐的纸片扩散法测定菌株对抗菌药物的敏感性。药敏结果按照 2010 年 CLSI M100-S20^[2]文件规定的判断标准。

2 结 果

2.1 病原学检测 全年送检标本 1 256 份,共检出细菌 519