

[7] 丛玉隆,马骏龙,邓新立. 尿液常规分析质量控制及临床应用研究体会[J]. 临床检验杂志, 2001, 19(4): 241-243.

[8] 成军,何雄平,李秀虹,等. 患者数据用于尿分析室内质控的四种方法学评价及临床应用[J]. 陕西医学检验, 1999, 14(4): 43-45.

[9] 李一龙,郑明秋. 用患者数据作尿室内质控的基本方法[J]. 数理医药学杂志, 1997, 10(1): 20-21.

[10] 顾春刚. 尿液分析室内质控双误差累积和方法的建立与临床应用[J]. 检验医学, 2007, 22(5): 598-600.

[11] 丛玉隆. 代尿液分析技术与临床[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 40-73.

[12] 陈津,王德春,朱忠勇. 低温对干化学法测定尿白细胞的影响临床检验杂志[J], 2006, 24(1): 33.

[13] 黎莉,张洪军. 谈不同温度保存尿试纸条对结果的影响[J]. 现代药物应用, 2009, 3(7): 180-181.

[14] 黄丹丹,张昌连. 尿试带保存不当对尿常规结果的影响[J]. 医学检验与临床, 2008, 19(5): 91.

[15] 郭新胜,李凤尧,王瑞萍,等. 不同温度条件下尿十联分析仪检测结果的比较[J]. 河南医学研究, 2003, 12(3): 252-254.

(收稿日期: 2012-02-28)

受血者输血前 4 项检测的临床意义探讨

熊异和(四川省南充市中心血站 637000)

【摘要】 目的 探讨受血者输血前 4 项检测的临床意义。**方法** 对本院 2010 年 1 月至 2011 年 6 月收治的 3 687 例受血者输血前 4 项乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、丙型肝炎病毒抗体(抗-HCV)、人类免疫缺陷病毒抗体(抗-HIV)及梅毒抗体(抗-TP)的检测结果进行统计学分析。**结果** 3 687 例受血者中, HBsAg 的阳性率为 12. 18%, 抗-HCV 阳性率为 0. 90%, 抗-HIV 阳性率为 0. 05%, 抗-TP 阳性率为 0. 57%。**结论** 做好受血者输血前 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体的检测工作, 对掌握受血者的感染状况, 判定医疗纠纷责任, 预防和减少因输血治疗造成的医疗纠纷, 以及对医务人员在医疗操作过程中的自身保护有着重要的意义。

【关键词】 医院感染; 乙型肝炎病毒表面抗原; 丙型肝炎病毒抗体; 人类免疫缺陷病毒抗体; 梅毒抗体

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 13. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1646-02

在临床工作中, 输血是一种常用有效的治疗方法, 但常伴有血源性传播疾病, 造成医疗纠纷, 因此, 对受血者输血前进行乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、丙型肝炎病毒抗体(抗-HCV)、人类免疫缺陷病毒抗体(抗-HIV)及梅毒抗体(抗-TP)的检测^[1], 可及时发现其潜在的感染, 明确血源性疾病的原因, 有效划定血源性疾病传播的责任, 减少医疗纠纷; 为探讨受血者输血前 4 项检测的临床意义, 对本院 2010 年 1 月至 2011 年 6 月收治的受血者输血前 4 项(HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒)的检测结果进行统计学分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 1 月至 2011 年 6 月收治的输血前 4 项(HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体)检测的受血者 3 687 例; 其中, 男 2 360 例, 女 1 327 例, 年龄 8~68 岁, 平均(36. 7 ± 10. 4) 岁; 均在输血前进行 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体 4 项检测, 全部抽取静脉血 3 mL, 分离血清, 24 h 内完成检测。

1.2 检测方法 用酶联免疫吸附试验检测法^[2] 分别检测 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体, 全部检测均严格按照说明书进行, 阳性者均行复检。

1.3 试剂 酶联免疫吸附试验采用的 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体试剂由北京万泰生物技术公司提供。

1.4 结果判定 仪器采用美国雷杜 RT-2100C 酶标仪对 4 项传染性标志物进行判定, 同时, 抗-HIV 阳性需经过市级以上疾病预防控制中心进行确认^[3]。

1.5 统计学方法 本组数据采用 SPSS13. 0 统计学软件进行录入、整理及处理, 计量资料组间比较应用 *t* 检验, 计数资料应用 χ^2 检验, 以 $P < 0. 05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

3 687 例受血者 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体检

测结果, 本院 2010 年 1 月至 2011 年 6 月收治的 3 687 例受血者中, HBsAg 的阳性率较高, 499 例(12. 18%), 抗-HCV 阳性 33 例(0. 90%), 抗-HIV 阳性 2 例(0. 05%), 抗-TP 阳性 21 例(0. 57%)。

3 讨论

输血在作为一种常用的有效的治疗方法的同时, 也常导致血源性传播疾病, 通过血液传播的病原体主要有乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、丁型肝炎病毒、庚型肝炎病毒、人类免疫缺陷病毒及梅毒等, 这些病原体既可以通过被感染过献血者的血液, 也可通过感染采血及血液保存过程中使用的器材等方法进入受血者体内^[4]; 对受血者输血前进行 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及梅毒抗体的检测, 可明确受血者血源性疾病的原因是自身携带还是输血感染, 可作为医疗纠纷责任划定的主要依据, 对减少医疗纠纷存在重要意义。

另一方面, 由于医务人员长期接触患者, 特别是接触污染物和被污染的血液, 大大增加了医务人员的感染率, 造成医院感染, 特别是近几年来, 乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、人类免疫缺陷病毒及梅毒的发病率有所提升, 携带者增多, 更增加了医务人员的感染率^[5], 因此, 对受血者输血前进行 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及抗-TP 的检测, 能够明确患者病情, 并可使一部分隐性发病或携带者能够得到及时有效的治疗, 也警醒医务人员, 对此类患者进行输血输液、手术治疗、穿刺检查等操作过程中, 加强自身防护和消毒措施, 避免医院院内感染和医源性传染病的传播^[6]。

综上所述, 严格执行卫生部《临床输血技术规范》的有关规定, 做好受血者输血前 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 及抗-TP 的检测工作, 对掌握受血者的感染状况, 判定医疗纠纷责任, 预防和减少因输血治疗造成的医疗纠纷, 以及对医务人员在医疗操作过程中的自身保护有着重要的意义。

参考文献

[1] 余刚宝,汪小华. 献血者 ALT 与 HBsAg、抗-HCV 阳性的关系分析[J]. 中国输血杂志, 2002, 15(6): 412-413.
 [2] 易浔飞,徐元斌,王玉丰. 内源性物质对地 2,3 代抗-HIV ELISA 初筛实验的影响[J]. 中国输血杂志, 2002, 15(4): 243.
 [3] 陶传敏,严克宁,陈宏斌,等. 受血者输血前血液传播性疾病检测意义的探讨[J]. 中国输血杂志, 2005, 18(2): 134-

135.
 [4] 郑颖,李彬,朱艳. 受血者输血四项检测及临床意义的探讨[J]. 江西医学检验, 2003, 21(4): 275-276.
 [5] 马洪亮,赵俊杰,徐志新,等. 1 008 名受血者输血前血液 5 项标志检测的调查[J]. 中国输血杂志, 2000, 13(3): 204.
 [6] 王友新,钟瑜,黄玉香,等. 输血前四项感染性指标检测的临床价值[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(5): 373.

(收稿日期: 2012-01-05)

2010 年某院临床常见细菌分布及耐药情况分析

冯 雪(新疆维吾尔自治区中医医院检验科, 乌鲁木齐 830000)

【摘要】 目的 了解新疆维吾尔自治区中医医院 2010 年临床常见细菌分布及耐药情况, 为临床疾病诊断和合理使用抗菌药物提供依据。**方法** 对 2010 年新疆维吾尔自治区中医医院 19 238 例临床送检标本进行细菌培养, 共检出致病菌 5 443 例。按照《全国临床检验操作规程》(第 3 版)及药敏试验对其进行分析。**结果** 2010 年本院分离细菌 5 443 株, 革兰阴性菌 3 486 株, 占 64.05%; 革兰阳性菌 1 478 株, 占 27.15%; 真菌 479 株, 占 8.8%。痰液中检出率最高, 占 45.05%。在革兰阴性菌中耐药率最低的为碳青霉烯类和头孢替坦。超广谱 β-内酰胺酶的发生率: 大肠埃希菌 52.8%, 肺炎克雷伯菌 61.5%。金黄色葡萄球菌发生率为 68.1%, 耐甲氧西林表皮葡萄球菌为 63.34%。**结论** 细菌培养结果能更好的指导临床医师合理使用抗菌药, 加强细菌耐药监测, 了解其耐药性变化, 减少耐药菌株的产生。

【关键词】 细菌耐药性; 抗菌药物; 分析

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1647-02

随着广谱抗菌药物的广泛应用, 细菌的耐药性已经成为全球医务工作者关注的问题。细菌耐药性监测对于准确掌握细菌对抗菌药物的耐药动向和耐药性变迁, 指导临床合理用药具有重要意义^[1]。为了解本院临床常见细菌分布及耐药情况, 为临床诊断和合理使用抗菌药物提供依据。现对本院 2010 临床常见细菌分布及耐药性进行分析, 结果报道如下。

1 材料与方 法

1.1 菌株来源 为本院 2010 年临床送检的 19 238 例标本中分离的 5 443 株阳性标本。

1.2 仪器与试剂 VITEK 2 compact 微生物细菌鉴定仪由法国梅里埃公司生产。所有药敏纸片均为英国 Oxoid 公司产品。

1.3 质控菌株 金黄色葡萄球菌(ATCC 25923)、大肠埃希菌(ATCC 25922)、铜绿假单胞菌(ATCC 27853)均购自卫生部临床检验中心。

1.4 细菌的分离培养、鉴定及药敏试验 按照《全国临床检验操作规程》(第 3 版)进行细菌的分离培养、常规鉴定及药敏试验, 采用纸片扩散法, 按照美国临床实验室标准协会文件规定判读结果。

1.5 统计学方法 病原菌耐药性分析采用世界卫生组织细菌耐药性监测中心推荐的 WHONET5.5 软件进行分析。

2 结 果

2.1 细菌分布

2.1.1 标本分布 5 443 株菌株从痰液标本中分离的最多, 为 2 452 株, 占 45.05%; 其次尿液 804 株, 占 14.78%; 宫颈及伤口等分泌物 366 株, 占 6.72%; 血液 201 株, 占 3.69%; 前列腺液 157 株, 占 2.88%; 其他标本 1 463 株, 占 26.88%。其构成比与沈彩红^[2]报道的一致。

2.1.2 主要病原菌分布 5 443 株病原菌中, 革兰阳性菌 1 478 株, 占 27.15%; 革兰阴性菌 3 486 株, 占 64.05%; 真菌 479 株, 占 8.8%。排名前 10 位的病原菌依次为: 肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌(MRSA)、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、白假丝酵母、阴沟肠杆菌、肺炎链球菌、嗜麦芽窄食单胞菌(黄单胞菌)、粪肠球菌。主要病原菌构成比详见表 1。

2.2 细菌耐药性分析

2.2.1 主要革兰阳性菌耐药性 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌为 68.10%, 耐甲氧西林凝固酶阴性葡萄球菌 63.34%。未发现耐万古霉素的葡萄球菌和耐万古霉素的肠球菌。排名前 3 位的革兰阳性球菌对青霉素类、大环内酯类和四环素均有较高的耐药性, 对万古霉素和利奈唑胺均敏感。详见表 2。

表 1 主要临床分离病原菌的种类及构成比

病原菌	分离株数	构成比(%)
肺炎克雷伯菌	1 547	28.42
金黄色葡萄球菌	717	13.17
大肠埃希菌	669	12.29
铜绿假单胞菌	590	10.84
鲍曼不动杆菌	368	6.76
白假丝酵母	214	3.93
阴沟肠杆菌	186	3.42
肺炎链球菌	178	3.27
嗜麦芽窄食单胞菌(黄单胞菌)	174	3.20
粪肠球菌	165	3.03