

条件允许的情况下应用二步法代替一步法检测表面抗原。二步法虽然费时,但与一步法相比,其灵敏度更高,特异性更强,结果更准确。

4.2 个别标本对包被抗体轻微吸附,出现阴性标本出现显色,一般要提高阈值来排除这些非特异反应。

4.3 溶血或周围效应造成假阳性结果可对可疑标本重新抽血、复查两次,排除可疑结果。

4.4 在潜伏期、阈值附近的标本结果波动为正常现象,此类标本应做奇数次复查。建议让被检对象过段时间再检测,结果会更准确;在选择试剂、方法时要选择特异性较强、敏感性、阳性预测值、阴性预测值符合要求的试剂和方法,这样检测的结果

更准确。

4.4 参加临检中心组织的室内质控,有利于实验室常规 ELISA 检测的准确度,加强实验室检测结果的一致性。

参考文献

- [1] 王瑞霞. ELISA 一步法检测表面抗原在实际工作中遇到的问题及原因分析[J]. 中国卫生检验杂志 1998, 8(1): 62.

(收稿日期:2012-02-15)

自体外周血干细胞移植治疗急性髓细胞白血病的护理

陈顺珍(广西壮族自治区玉林市红十字会医院血液科 537000)

【关键词】 自体外周血干细胞移植; 白血病; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 084 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1817-02

自体外周血干细胞移植(APBSCT)是治疗恶性血液病最重要的方法之一,具有移植相关病死率低,远期并发症少、总费用低、移植技术成熟、基层医院便于实施^[1],且无需供者、移植后造血重建快等优点。本院采用 APBSCT 治疗急性髓细胞白血病(AML)10 例,配合精心护理,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 10 例均为本科室 2005 年 4 月至 2010 年 1 月住院患者,男 5 例,女 5 例。年龄 19~57 岁,平均年龄 36 岁。其中 AML M2a 4 例, M5b 4 例, M4b 2 例,除 2 例为复发病例外,其余均为初治病例,经化疗后缓解,再予 5~9 个疗程的化疗巩固治疗,移植时的 AML 8 例为第一次完全缓解。2 例为第二次完全缓解。

1.2 干细胞的动员、采集和保存 动员用中剂量阿糖胞苷(MD-Ara-C)1.0 g/m²×6 次,当白细胞(WBC)降到最低值开始稳定回升时用惠尔血(G-CSF)300 μg/d,皮下注射,连用 4~6 d。用 G-CSF 后第 4~7 天,用美国百特公司 CS3000plus 血细胞分离机分两次采集,选择特殊程序 1,每次处理血量 10 000~12 000 mL。每次采集的干细胞(PBSC)悬液约 50 mL,采集完毕后取 0.2 ml 做台盼兰拒染率、单个核细胞计数(MNC)、CD34⁺的检测、祖细胞三系培养,然后加 50 mL 的生理盐水及少量肝素到 PBSC 悬液中,至 4℃冰箱保存。

1.3 预处理及干细胞回输 采用 MAC 预处理方案:马法兰 2 mg/kg×1 d 口服,阿糖胞苷 1 g/m²×2 d 静脉滴注,环磷酰胺(CTX)2 g/m²×2 d 静脉滴注。预处理结束后 24 h 迅速回输干细胞悬液,回输前留少量的 PBSC 悬液作台盼兰拒染率检测,单个核细胞计数(MNC)、CD34⁺的检测。

2 结果

10 例患者均动员成功及造血功能重建。作 2 次分离,每次处理血量 10 000~12 000 mL,采集到 MNC 2.69~11.81×10⁸/kg, CFU-GM 1.05~7.69×10⁵/kg, CD34⁺ 1.32~8.58×10⁶/kg; N>0.5×10⁹/L 的时间为 9~12 d, PLT>20×10⁹/L 的时间为 12~14 d。

3 护 理

3.1 移植前的护理 心理护理是移植顺利进行的关键^[2]。且

贯穿移植的整个过程,因此应做好心理护理,包括动员的心理护理、干细胞采集的心理护理、预处理时的心理护理、干细胞回输的心理护理、造血和免疫功能恢复的心理护理,讲解 APBSCT 的过程及配合注意事项,使患者以平稳的心态积极配合治疗,顺利度过移植期。移植前准备好无菌层流病房,做好动员及干细胞采集的护理,动员剂可使患者出现全身不适、低热、头晕等症状,护理上应注意观察,监测患者生命体征及血象的变化,保持静脉管路通畅,防止输液外渗。全部病例移植前常规作锁骨下静脉插管,减轻了患者的痛苦,消除患者紧张、恐惧、焦虑情绪。为预防采集时枸橼酸盐的不良反应,应随时询问患者有无头晕,面部、口周或四肢有无麻木等症状,遵医嘱给予口服 10%葡萄糖酸钙,同时密切监测患者的生命体征。第二次干细胞采集结束后经 1:2 000 洗必泰药浴后更换无菌衣裤住进无菌层流病房。

3.2 移植中的护理 患者入住无菌层流室后行预处理,即在输注造血干细胞前对患者进行大剂量化疗。恶心、呕吐、食欲不振等是预处理常见反应,应给予患者清淡饮食,多饮水,遵医嘱给予高效止吐药物,观察并详细记录呕吐物性状及大小便性状,严密观察生命体征、神志及有无黄染等变化。预处理后由两名经验丰富的护士回输造血干细胞,严格无菌操作,确保输入管路通畅,输注前 15~30 min 静脉滴注地塞米松 5 mg,开始滴注时速度要慢些,观察无不良反应后可加快滴速,每袋外周血干细胞输完均用无菌生理盐水冲注血袋 2 次,以利于残留在袋内的造血干细胞能充分输入患者体内^[3]。干细胞袋轻拿轻放,不能挤压。经预处理和干细胞回输后,所有病例均出现 IV 度骨髓抑制,有不同程度的恶心、呕吐,1 例出现轻度的消化道出血,经给予质子泵抑制剂、保护胃黏膜及止吐药等治疗后症状好转。造血干细胞移植后粒细胞缺乏期是早期感染的高发期,口咽部、消化道、肛周、会阴部等的清洁、抗菌是积极预防和治疗感染的关键^[4],因此应做好患者口腔、皮肤的护理,保持清洁卫生,工作人员严格无菌操作,接触患者穿无菌隔离衣,戴无菌手套,换无菌鞋套,患感冒及有传染性疾病不得进入无菌层流室。室内所有物品均经消毒灭菌。对患者五官、手足、肛周及外阴分别进行消毒护理。入室患者每日晨起、三餐前后、睡前用益口或奥兰洁含漱液和 5%碳酸氢钠交替含漱,利福

平、氯霉素滴眼液交替滴眼,每晚及便后用金玉洁抗菌洗液坐浴,每日用 1:2 000 洗必泰液擦浴。注意观察患者口腔黏膜、肛周、全身皮肤变化,发现问题及时报告医生处理。中心静脉置管每日按标准换药程序^[5]护理。4 例病例出现咽部轻度疼痛,10 例患者均出现发热(体温 38~39.2 °C),经密切观察生命体征变化,监测未能查出病原菌,经用抗菌药物治疗后 3~5 d 体温恢复正常,疼痛缓解。全环境保护是预防移植后早期感染的重要措施^[4]。在移植预处理期间进行水化、碱化及利尿,预防出血性膀胱炎,用格拉西琼、恩丹西酮、奥美拉唑等预防胃肠道反应,阿昔洛韦预防疱疹病毒感染,用前列腺素 E 预防肝静脉闭塞病,血红蛋白小于 70 g/L,血小板小于 20×10⁹/L 时,输注照射后的红细胞及血小板。全部病例移植后应用 G-CSF。无移植相关并发症死亡发生。

3.3 移植后护理 患者造血功能重建后即可出层流病房,既兴奋又担心疾病的复发,应及时与患者沟通,使其树立自信心。嘱患者注意休息,避免劳累,合理饮食,注意个人及用物卫生,保持良好心态。做好出院指导,急性白血病 APBSCT 后每隔 3 个月复查血常规、骨髓常规及免疫功能,每 3~4 个月给予化疗及免疫治疗,返院复查、治疗时,应做好患者的心理护理干预,防患于未然。

4 讨 论

AML 患者完全缓解(CR)率已达 70%~80%,绝大多数患者最终仍会复发或死于本病。造血干细胞移植是年轻患者 CR 后治疗的有效手段之一,自体造血干细胞移植不受供者来源的限制,无慢性移植物抗宿主病的困扰及移植后生活质量较高等优点,已成为 AML 患者初次缓解后主要的治疗选

择^[6],黄一虹等^[7]报道,急性白血病自体造血干细胞移植后坚持定期化疗,可使移植后复发率明显降低。本组用 APBSCT 治疗急性白血病 10 例,给予细致的心理护理、预防并发症等护理,无移植相关严重并发症发生。随访时间 3~41 个月,2 例白血病分别在移植后 3 个月及 6 个月复发,放弃治疗。8 例目前前在完全缓解状态。

参考文献

- [1] 孙志强,王季石,卢英豪,等.自体造血干细胞移植治疗恶性血液病[J].中国临床医学,2010,17(3):389-391.
- [2] 何玉萍,张朵娜,郭树霞.造血干细胞移植患者的心理护理[J].中国误诊杂志,2008,8(14):3379-3380.
- [3] 杜菊香.自体外周血造血干细胞移植患者的护理[J].临床护理,2010,48(17):70-71.
- [4] 杜欣,孙爱华,孔佩艳,等.造血干细胞移植后早期感染的预防及护理[J].西部医学,2010,22(7):1338-1340.
- [5] 蔡玉兰,谢甲年,陈红平,等.标准换药程序用于预防静脉留置导管感染的观察[J].护理研究,2006,20(4):902.
- [6] 刘会兰,孙自敏,杨会志,等.自体外周血干细胞移植治疗急性髓细胞白血病[J].临床输血与检验,2007,9(4):313-315.
- [7] 黄一虹,李德鹏,鹿群先,等.造血干细胞移植治疗白血病及淋巴瘤的临床研究[J].陕西医学杂志,2003,32(12):1083-1086.

(收稿日期:2012-02-15)

侏儒型铜绿假单胞菌的鉴定

周林涛¹,朱柏珍¹,刘晓云²,雷艳英¹(1.广州医学院第五附属医院检验科;2.广州市黄埔区妇幼保健院 510000)

【关键词】 侏儒型; 铜绿假单胞菌; 鉴定

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.14.085 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1818-02

铜绿假单胞菌为条件致病菌,是医院内感染的主要病原菌之一。多重耐药铜绿假单胞菌在各地均有爆发和散发报道^[1]。患代谢性疾病、血液病和恶性肿瘤的患者,以及术后或某些治疗后的患者易感染本菌。该菌在麦康凯琼脂平板上,可形成 5 种不同的菌落:(1)典型型;(2)大肠菌样型;(3)粗糙型;(4)黏液型;(5)侏儒型^[2]。侏儒型铜绿假单胞菌因生长缓慢,菌落形态不典型,无生姜味,给临床鉴定带来了一定难度和困惑。

1 材料与方 法

1.1 标本来源 广州医学院第五附属医院检验科最近培养出一例侏儒型铜绿假单胞菌,这例标本是来自泌尿外科术后的住院患者的中段尿标本。

1.2 方法 第 1 天按正常程序接种标本后,放在 35 °C 普通培养箱 18 h 时,并把这例中段尿离心取沉渣染色镜检,发现镜下大量革兰阴性杆菌。第 2 天处理标本时,发现平板无菌生长,与沉渣结果不符,笔者继续把平板放在培养箱内培养,待 24 h 后再看平板,就发现平板上有细菌生长,但菌落很小,继续放培养箱至 36 h,细菌菌落直径 1 毫米左右。

2 结 果

初步鉴定:涂片革兰染色镜检,革兰阴性杆菌,氧化酶试验阳性。上细菌鉴定仪 MicroScan4 革兰阴性鉴定板,18~24 h 后,目测细菌鉴定板,无生化反应阳性,上细菌鉴定仪读板,提示无生化反应,考虑到在平板上生长情况,可能是该菌在鉴定板上生长也需要 30 h 左右,笔者便把鉴定板放到温箱继续让它生长、反应。30 h 后再看鉴定板,明显有了生化反应,精氨酸双水解试验阳性,硝酸盐还原性,葡萄糖 O/F 试验为氧化型,将鉴定板放到鉴定仪上读板,读出铜绿假单胞菌,可信度为 99.99%。结合细菌的生长情况及菌落形态,判断为侏儒型铜绿假单胞菌。

3 讨 论

大部分铜绿假单胞菌因具有典型的菌落形态,在血平板上形成大而扁平、湿润、有金属光泽、透明溶血环的菌落,有生姜味。侏儒型铜绿假单胞菌生长缓慢,培养 18 h 尚不见菌落,24 h 才有细小菌落,且菌落很不典型,菌落暗灰色,相对其他革兰阴性杆菌来说比较干燥,有些像革兰阳性球菌的菌落。传统的上鉴定板要求用的细菌是培养 18~24 h 的细菌,因该时间段