

表 2 衡阳市各区(县、市)2010~2012 年风疹病例的分布情况

区 (县、市)	2010 年		2011 年		2012 年	
	标本数	阳性[n(%)]	标本数	阳性[n(%)]	标本数	阳性[n(%)]
石鼓	0	0(0.0)	31	12(38.7)	23	7(30.4)
蒸湘	0	0(0.0)	2	1(50.0)	11	8(72.7)
雁峰	2	0(0.0)	11	7(63.6)	15	13(86.7)
珠晖	0	0(0.0)	0	0(0.0)	29	17(58.6)
南岳	2	0(0.0)	2	1(50.0)	4	1(25.0)
衡东	3	1(33.3)	5	0(0.0)	0	0(0.0)
衡阳	0	0(0.0)	5	0(0.0)	0	0(0.0)
耒阳	6	0(0.0)	0	0(0.0)	1	0(0.0)
祁东	0	0(0.0)	0	0(0.0)	1	1(100.0)
合计	13	1(7.7)	56	21(37.5)	84	47(56.0)

表 3 各年龄段 2010~2012 年风疹病例的年龄分布情况

年龄(岁)	2010 年		2011 年		2012 年	
	标本数	阳性[n(%)]	标本数	阳性[n(%)]	标本数	阳性[n(%)]
<2	1	0(0.0)	1	0(0.0)	12	1(8.3)
2~7	12	1(8.3)	9	1(11.1)	18	2(11.1)
8~14	0	0(0.0)	27	16(59.3)	23	20(87.0)
15~20	0	0(0.0)	16	4(25.0)	26	20(76.9)
21~40	0	0(0.0)	3	0(0.0)	5	4(80.0)
合计	13	1(7.7)	56	21(37.5)	84	47(56.0)

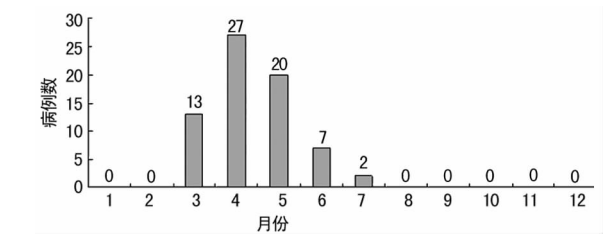


图 1 2010~2012 年衡阳市风疹病例的季节分布情况

3 讨 论

风疹与麻疹在临床上鉴别困难,需要进行血清学或病原学诊断^[1]。目前,ELISA 是风疹抗体筛查和诊断最常用的方法,因为它很灵敏且适用性强,能自动化^[3]。本试验以衡阳市 2010~2012 年收集的风疹疑似病例血清为标本,通过检测风疹 IgM 抗体,了解衡阳市风疹的流行情况。

有报道称我国风疹发病率呈逐年上升之势^[6],通过对衡阳

市 2010~2012 年 9 个县(区)的风疹发病率进行统计分析也可以看出,在衡阳市风疹发病率也呈逐年上升趋势。本调查结果显示,风疹发病率以雁峰和蒸湘两个区较高。这 2 个区位于衡阳市中心,流动人口较多,是风疹发病的高危区。同时还显示,风疹病例发病高发季节集中在 3~6 月,呈现明显的季节性,与麻疹相同,均为春、夏季高发。8~14 岁的发病率最高为 36 例(23.5%),与朱贞等^[7]报道一致。

随着风疹疫苗的广泛使用,风疹的发病年龄逐步后移,中小学及大中专院校学生逐步成为风疹发病的主要群体^[8]。因此,控制风疹发病的重点是控制学校和流动人口发病,各级卫生、教育行政部门要切实加强对学校卫生防病工作的领导,加强学生入托、入学接种证查验工作,切实提高学生麻腮风疫苗的接种率,并在高发季节做好学校呼吸道传染病的防控宣传工作。控制流动人口发病在提高麻腮风疫苗接种的基础上,加强健康教育工作,提高民工等流动人口对于风疹的认识,自觉保护环境和改善居住条件。

参考文献

[1] 崔京辉,张晶波,李达,等.北京市西城区 2008—2011 年风疹 IgM 抗体实验室检测情况与分析[J].中国卫生检验杂志,2012,22(5):1137.

[2] 连文远,刁连东,苏万年.计划免疫学[M].上海:上海科技文献出版社,1997:455-456.

[3] 许青,徐爱强,宋立志,等.山东省实施儿童风疹疫苗免疫后风疹发病年龄变化趋势的分析[J].中华流行病学杂志,2005,26(11):861-863.

[4] 全国人民代表大会常务委员会.中华人民共和国传染病防治法[M].北京:中国法制出版社,2004:17.

[5] WHO. Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection;WHO European Region strategic plan 2005-2010[M]. Copenhagen, Demark; WHO Regional Office for Europe, 2005:125.

[6] 樊春祥,梁晓峰,周玉清.中国 2004~2006 年风疹流行病学特征初步分析[J].中国计划免疫,2007,13(5):457-460.

[7] 朱贞,郭学斌,崔爱丽.中国 2007~2008 年风疹流行病学和病毒基因特征分析[J].中国疫苗和免疫,2009,15(3):201-204.

[8] 房云霞,王金柱.2005—2011 年天津市河东区风疹流行病学分析[J].职业与健康,2012,28(12):1497-1498.

(收稿日期:2013-07-31 修回日期:2013-09-25)

持续微量泵入胺碘酮致静脉炎的护理体会

何应英,彭晓玲(重庆市九龙坡区第二人民医院 400052)

【关键词】 胺碘酮; 静脉炎; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)02-0285-02

胺碘酮是一种非常有效的广谱抗心律失常药,在临床上广泛应用。该药常见的不良反应有恶心、呕吐、心动过缓、静脉炎等,因在临床用药过程中因持续静脉给药时间较长,尤以静脉炎最为常见也最为严重。发生静脉炎时多数患者出现局部发

红、疼痛,少数严重者静脉血管呈条索状改变伴剧痛,甚至血管四周皮肤结节状硬结^[1]、散在水泡,给患者带来了极大的痛苦。通过积极有效的护理措施,可使发生静脉炎的血管恢复正常。结合临床现将护理体会介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2010 年 1 月至 2013 年 1 月发生静脉炎 35 例,其中男 15 例,女 20 例;均为微量泵持续静脉推注胺碘酮引起的静脉炎,给药时间在 3~48 h。年龄 36~81 岁;上肢 11 例,下肢 24 例。Ⅰ级 17 例,其中Ⅰ级有 5 例在上肢手背,Ⅱ级 11 例;Ⅲ级 7 例,均在下肢。

1.2 判定标准 采用美国静脉输液护理会静脉炎程度判定标准^[2],本组中Ⅲ级有 2 例下肢皮肤出现散在水泡。

1.3 护理措施

1.3.1 对使用胺碘酮的患者,要求密切观察穿刺部位,特别是穿刺点上方周围皮肤情况,如患者感觉或诉推注部位疼痛和灼热,无论推注是否通畅,局部皮肤是否红肿,都必须更换注射部位,立即停止在该处继续使用胺碘酮和静脉输液,拔针后按压 4~6 min,抬高肢体并制动,穿刺点消毒后无菌保护,局部给予硫酸镁湿敷。尽量选择既粗且直的上肢血管重新穿刺,避免选用下肢静脉血管进行给药,必要时采用中心静脉导管给药。使用胺碘酮前先用该患者的其他液体做引针穿刺保持通畅,避免因穿刺不成功造成药物外漏。推注结束给予 10~15 mL 生理盐水缓慢注射,减少药物残留于血管内的时间,减轻药物对血管壁的刺激,保护血管。给予患者健康教育,指导患者将穿刺侧手臂放置于舒适的位置,不紧张,不随意摘掉固定穿刺针的敷料,并保持敷料的清洁和干燥,如出现穿刺部位不适感,请及时告知医务人员进行处理。

1.3.2 局部组织出现红、肿、热、痛或静脉条索状改变时,当日给予冷敷,使局部血管收缩,减轻水肿或药物扩散,从而减轻局部组织的炎症反应。次日给予硫酸镁湿敷。对灼热感比较明显的患者,使用湿润烧伤膏外敷,厚度薄于 1 mm 每 4~6 小时更换新药,换药前,必须将残留在创面上的药物拭去,暴露创面再敷药^[3]。

1.3.3 合并皮肤水泡时,小水泡避免摩擦,防止水泡破裂,细菌侵入发生感染;较大的水泡,严格消毒后将水泡内的液体抽出,按外科换药处理。

2 结 果

28 例Ⅰ~Ⅱ级静脉炎患者经过 2~5 d 的治疗及护理静脉

恢复正常;7 例下肢注射部位局部组织结节状硬结患者给予硫酸镁湿敷 1 d 后 5 例有效,2 例无效,且出现皮肤散在水泡,改用湿润烧伤膏外涂加外科换药处理 7 d 治愈。

3 讨 论

高浓度胺碘酮从外周持续静脉泵入时,静脉炎发生率高达 88.2%。原因主要有:(1)护士对胺碘酮的作用、不良反应以及给药时的注意事项不十分清楚,在使用该药前没有给患者讲解胺碘酮的药理作用、不良反应以及推注过程中需要配合的方法和注意事项,从而增加了发生静脉炎的概率。(2)胺碘酮的给药浓度和给药的持续时间对静脉炎的发生是至关重要的。据文献报道,高浓度外周静脉泵入胺碘酮所致静脉炎,在 0~10、11~21、21~30、31~40 h 发生率分别为 13.3%、13.3%、43.3%、20%^[4]。本组发生静脉炎的给药时间在 3~48 h,使用的是胺碘酮盐酸盐,pH 值偏低,呈酸性,对外周血管刺激性大,破坏血管内皮细胞,导致局部皮肤出现红、肿、热、痛,发生静脉血管局部组织无菌性炎症反应,引起静脉炎。(3)注射部位静脉的选择,穿刺部位的选择与静脉炎的发生有很大的相关性。在本组中Ⅰ级有 5 例在上肢手背,Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 7 例,均在下肢。因此使用胺碘酮的患者选择穿刺部位时尽量避免选择肢体末端的浅表静脉。(4)患者自身血管质量差;护士操作失误,静脉穿刺一次不成功,未严格执行无菌操作;留置针机械性刺激,逆行感染等因素,也容易导致静脉炎的发生。

因此,在使用胺碘酮持续微量泵入时,采取积极、有效的护理措施对其所引起静脉炎的防控效果至关重要。

参考文献

[1] 胡洁. 静脉输液常见并发症静脉炎的防护[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 14(11): 1320.
[2] 付春华, 赵雁, 于莹, 等. 静脉输入硫酸镁预防诺维苯所致静脉炎的研究[J]. 中华护理杂志, 2002, 11(37): 816-817.
[3] 祝爱娥. 湿润烧伤膏治疗化疗性静脉炎的疗效观察及体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(11): 1472-1473.
[4] 李玮, 张俊, 乔燕舞, 等. 高浓度胺碘酮静脉泵入与静脉炎关系的临床研究[J]. 心血管康复医学杂志, 2009, 13(6): 594-595.

(收稿日期:2013-07-25 修回日期:2013-10-06)

马尔尼菲青霉菌病 1 例报道

陶丽娜¹, 胡松林¹, 刘行超¹, 蒋春锋² (中国人民解放军第一八一医院: 1. 检验科; 2. 血液科, 广西桂林 541002)

【关键词】 马尔尼菲青霉菌; 血涂片; 马尔尼菲青霉菌

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 02. 077 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)02-0286-02

马尔尼菲青霉菌是马尔尼菲青霉菌病的病原菌,在东南亚引起人类播散性和进行性感染,是引起艾滋病患者感染的主要致病菌^[1]。现将本院收治的马尔尼菲青霉菌病 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,58 岁,2013 年 3 月 19 日于本院急诊科就诊,自

诉从 2013 年 2 月 11 日开始出现反复畏寒、发热,最高体温 39 ℃,发热无明显规律,体质量减轻约 3 kg,伴有咳嗽、咳痰、咽痛,在当地村卫生室就诊,诊断不详,治疗后咳嗽、咳痰已完全缓解,但其他症状无好转,转外院门诊查血常规提示贫血、血小板减少,腹部彩超提示脾大、腹膜后淋巴结肿大,诊断、治疗

不详。本院为进一步诊治拟“血小板减少待查”收入院。血常规检查:白细胞 $4.08 \times 10^9/L$ (校正后);红细胞 $4.68 \times 10^{12}/L$;血红蛋白 $88 g/L$,血小板计数 $19 \times 10^9/L$ 。外周血涂片检查:淋巴细胞 0.12,异常淋巴细胞 0.06,杆状 0.44,分叶 0.34,单核 0.04,有核红细胞 24 个/100 WBC。细胞形态:中性杆状及分叶可见中毒颗粒及空泡,可见细胞吞噬真菌病原体,病原体在细胞内外均有,多在细胞内,被吞噬于细胞内的菌体相对较小,形态较规则,游离于吞噬细胞外的菌体大小不一,形态各异;有圆形、椭圆形、腊肠形且具有横隔,其内有瑞氏染色较深的物质约占菌体的 $1/3$ (图 1),为马尔尼菲青霉菌所特有^[2]。高度怀疑马尔尼菲青霉菌感染,与临床医师沟通,建议做进一步检查,微生物学培养血液标本检出马尔尼菲青霉菌,后经免疫学证实人类免疫缺陷病毒抗体呈阳性。

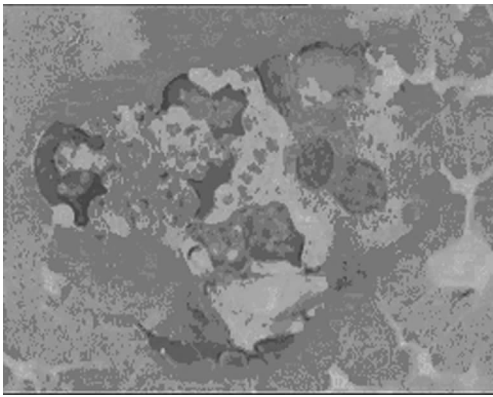


图 1 患者马尔尼菲青霉菌的细胞形态(瑞氏染色 $\times 1\ 000$)

2 讨 论

由于免疫缺陷人群的增加以及抗菌药物的广泛使用,我国

艾滋病患者人数不断增加,马尔尼菲青霉菌感染人类的概率随之增加。马尔尼菲青霉菌是惟一的温度依赖双相性青霉菌,并具有深部致病力,是重要的人类致病菌,从临床标本中分离出马尔尼菲青霉菌是确诊本病的重要依据^[3],但由于马尔尼菲青霉菌其临床表现复杂且无特异性,容易漏诊或误诊。它是可以治愈,但如果延误诊断和治疗,病死率极高。

因此,早期诊断,及时药物治疗是关键^[4]。血液涂片与骨髓检查比常规真菌双相培养法可提前 $7 \sim 10 d$ ^[5],为减少误诊及漏诊,如三者结合可以为早期诊断、治疗提供依据,降低病死率。

参考文献

- [1] 刘博,付萍. 马尔尼菲青霉菌病的研究进展[J]. 皮肤病与性病,2010,32(3):26-27.
- [2] 黄长武,李兴禄,黄艺,等. 马尔尼菲青霉菌的鉴定[J]. 微生物学杂志,2006,26(1):61-65.
- [3] 王慧珠,田敬华,李敏,等. HIV 阳性患者血培养法分离马尔尼菲青霉菌[J]. 中国皮肤性病学杂志,2011,25(6):478-479.
- [4] 侯德凤. 艾滋病合并马尔尼菲青霉菌病感染率和实验室检查及药敏分析[J]. 华西医学,2010,25(5):919-921.
- [5] 卢业成,郑师陵,陈万山,等. 骨髓检查在艾滋病合并播散性马尔尼菲青霉菌感染早期诊断中的应用[J]. 中华临床感染病杂志,2008,1(2):69-72.

(收稿日期:2013-07-22 修回日期:2013-10-03)

微生物实验室内部质量控制分析

吴正铜(广西壮族自治区环江毛南族自治县疾病预防控制中心 547100)

【关键词】 微生物实验室; 内部; 质量控制

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)02-0287-02

随着经济全球化和国际间的交流合作越来越密切,国内外的各种进出口商检、检疫以及医疗机构和疾病预防控制系统等对样品微生物的检测越来越多。在检验过程中,常常用到定性实验和手工操作,这些都离不开人为的主观判断,由于个体差异可能会导致检验结果不一致^[1]。因而对微生物实验室进行质量控制,确保检验结果的准确性是非常重要的。质量控制包括室内质量控制和室间质量控制,其中室内质量控制是质量保证的核心和基础,也是做好室间质控的基础和前提,它贯穿于微生物学检验质量控制技术的各个方面。作者根据国内一些资料和结合自身的工作经验,总结出要做好微生物实验室内部质量控制,主要从以下 9 个方面着手。

1 实验室技术人员

1.1 从事微生物检验的技术人员必须经过系统、全面的基础培训教育,包括微生物学、基础微生物学、临床医学等知识的学习,以及一定的专业化技能培训,经考核合格后持证上岗。

1.2 实验室人员应定期或不定期到上级技术指导单位进行业

务培训或进修学习,更新和掌握微生物新知识和新技术,随时了解微生物实验室的质量控制。

1.3 实验室技术人员的有关学习、培训经历及个人的技术业绩材料要整理完善和归档保存。

2 工作手册

2.1 实验室技术负责人要组织专业人员根据所在实验室的条件需要而编写标准的工作手册,并定期进行修改、完善和补充,使之成为全体人员需要共同遵守的标准操作程序,不能因为人员的变动而随意更改。工作手册应该包含以下内容:实验室可开展的检验项目;各检验项目具体的操作规程;仪器设备的操作步骤;标本采集和处理指南;培养基和试剂的配制方法及保存措施;菌(毒)种管理;环境设施的监控和要求;废弃物的处理;实验室的安全措施等^[2]。

2.2 实验室还应同时配备一些参考书,如关于部分少见微生物的检验参考书,以指导某些少见菌种的分离鉴定。

2.3 专业杂志是了解新的检验方法的主要来源,实验室应订