

效果监测合格率、物体表面消毒效果监测合格率均低于医护人员手、使用中消毒液、压力蒸汽灭菌器合格率($\chi^2 = 45.35, P < 0.01$; $\chi^2 = 61.55, P < 0.01$); 而空气微生物与物体表面消毒效果监测合格率无显著性差异($\chi^2 = 0.32, P > 0.5$), 见表 2。

表 2 各类消毒效果监测样品合格率

类别	检测份数	合格份数	合格率(%)
空气微生物	699	648	92.70
物体表面	880	809	91.93
医护人员手	863	835	96.76
使用中消毒液	1 256	1 235	98.33
压力蒸汽灭菌器	152	150	98.68
合计	3 850	3 677	95.51

2.3 各级医疗卫生机构消毒效果监测的合格率比较 两年中各级医疗卫生机构消毒效果监测的合格率比较, 经统计学处理, 乡镇卫生院消毒效果监测合格率、村卫生室消毒效果监测合格率均低于二级医院、社区卫生服务中心/站、私立医院/诊所合格率($\chi^2 = 10.36, P < 0.05$; $\chi^2 = 19.14, P < 0.01$); 而乡镇卫生院、村卫生室消毒效果监测合格率无显著性差异($\chi^2 = 0.002, P > 0.5$), 见表 3。

表 3 各级医疗卫生机构消毒效果监测合格率

类别	检测份数	合格份数	合格率(%)
二级医院	260	255	98.08
社区卫生服务中心/站	612	596	97.39
乡镇卫生院	36	33	91.67
村卫生室	321	295	90.65
私立医院/诊所	2 621	2 498	95.31
合计	3 850	3 677	95.51

3 讨论

江北区 2010~2012 年各级医疗机构消毒效果监测结果表明, 两年总合格率达 95.51%, 合格率较高, 且合格率呈上升的趋势。连续两年监测中, 空气微生物、物体表面消毒效果监测合格率均低于其他项目, 这可能是由于医疗机构布局不尽合理, 房间密闭性差, 消毒后与外界气流相通, 紫外灯配置不够, 达不到 15 W/m³ 的要求或灯管长期使用不更换, 灯的数量不足^[5]; 不定期更换消毒液, 不定期擦拭物体表面所致。另外, 乡镇卫生院、村卫生室消毒效果监测合格率均低于其他医疗机构, 这主要是二级医院、社区卫生服务中心/站消毒制度健全、重视消毒工作、设施设备先进、人员素质相对较高; 且二级医院、社区卫生服务中心/站、私立医院/诊所大部分都位于市区, 更便于接受卫生监督部门的业务指导及监督。

院内感染是造成医疗质量下降导致死亡的重要原因^[6]。因此, 建议各级医疗机构应进一步加强医院消毒规范化管理, 制定完善的消毒管理制度, 乡镇卫生院和村卫生室消毒防病意识相对薄弱, 疾控中心与卫生监督部门应采取针对性措施, 大力开展消毒知识培训, 加强技术指导, 加大监测力度和频率, 定期考核, 以进一步提高消毒工作质量, 预防和控制院内感染的发生。

参考文献

[1] 吴庆、胡顺铁、孙莉等. 1998—2008 年四川省直属医疗机构消毒质量检测结果分析[J]. 现代预防医学, 2010, 37(3): 441-443.

[2] 消毒技术规范[S]. 2002

[3] GB15982-1995. 医院消毒卫生标准[S]

[4] GB15981-1995. 消毒与灭菌效果的评价方法与标准[S]

[5] 李纲, 陈方平. 长兴县 2008~2009 年各级医疗机构消毒效果监测分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2010, 20(10): 2595-2596.

[6] 杨开友, 林雁, 廖慧. 永安市 2006~2009 年医疗机构消毒质量监测结果分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2010, 20(11): 2921-2922.

(收稿日期: 2012-12-19)

• 经验交流 •

联合血浆、胸水 D-二聚体及纤维蛋白原检测在肺癌诊治中的临床价值

张建辉, 李艳艳

(湖北省宜城市人民医院, 湖北宜城 441400)

摘要:目的 探讨肺癌患者血浆与胸腔积液 D-二聚体及纤维蛋白原的含量变化, 为肺癌患者诊治提供临床价值。方法 选取恶性胸腔积液患者 54 例, 良性胸腔积液患者 75 例。同时检测血浆及胸水中的 D-二聚体及纤维蛋白原。结果 恶性组患者血浆及胸水中的 D-二聚体及纤维蛋白原水平明显高于良性组, 两组差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论 联合检测血浆及胸水中的 D-二聚体及纤维蛋白原对胸腔积液的性质鉴别及提高肺癌的诊治有重要的临床意义。其检测方法简便、快速、准确、敏感性高, 可作为临床诊断及疾病判断预后的重要参考依据。

关键词:纤维蛋白纤维蛋白原降解物; 纤维蛋白原; 肺肿瘤; 胸腔积液

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.14.062

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2013)14-1900-02

恶性肿瘤的发生、发展、转移以及复发都与患者血液的高凝状态有密切关系, 恶性肿瘤患者体内多存在明显的高凝状态^[1]。肺癌是目前我国发病率较高的恶性肿瘤, 肺癌与血栓性疾病有着相当密切的关系, 肺癌患者可出现凝血-纤溶系统功能异常, 血浆纤维蛋白原(Fib)和 D-二聚体是凝血和纤溶系统的两个常用指标。本文检测了不同组别患者血浆、胸水 Fib 和 D-二聚体含量, 以探讨其在疾病诊断、疗效评估及预后判断方

面的临床应用价值。

1 资料和方法

1.1 一般资料 恶性胸腔积液 54 例(恶性组), 男 31 例, 女 23 例, 年龄 24~86 岁, 平均 53 岁。其诊断标准符合《肺癌诊断和治疗指南》标准^[2]; 良性胸腔积液 75 例(良性组), 男 41 例, 女 34 例, 年龄 17~81 岁, 平均 48 岁。

1.2 仪器与方法 使用 stago 全自动凝血分析仪检测, 采用

免疫比浊法测定,试剂为原装配套试剂,严格按照说明书操作。空腹采血和胸腔穿刺术采集胸腔积液注入 109 mmol/L 枸橼酸钠抗凝管,充分混匀,3 000 r/min 离心 10 min,2 h 内检测完毕。

1.3 统计学处理 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均数的显著性比较采用 *t* 检验,进行统计学处理。

2 结果

2.1 两组患者 Fib 和 D-二聚体水平 恶性组患者血浆、胸水 Fib 和 D-二聚体与良性胸水组比较均增高,且差异有非常显著性($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患者血浆、胸水 Fib 和 D-二聚体水平

组别	血浆 Fib (g/L)	胸水 Fib (g/L)	血浆 D-二聚体 (mg/L)	胸水 D-二聚体 (mg/L)
良性组	2.46 ± 0.75	3.78 ± 0.79	0.27 ± 0.07	12.42 ± 2.27
恶性组	5.81 ± 1.02	7.08 ± 1.05	2.57 ± 0.87	56.75 ± 3.41

3 讨论

肺癌是恶性胸水的首位原因,占恶性胸水的 36.3%。约有 15% 的患者在首次就诊时已出现胸腔积液,随着病情发展,约 50% 的患者也会出现^[3]。恶性肿瘤可引起机体的凝血机制、纤溶机制异常,造成肿瘤患者出现血栓性及出血性并发症,肺癌作为常见的恶性肿瘤之一,其血栓性并发症的发病率为健康人群的 20 倍^[4]。D-二聚体是交联纤维蛋白降解产物之一,为继发性纤溶的特有代谢产物,为原发性与继发性纤溶鉴别诊断的可靠指标^[5]。D-二聚体在多种疾病如:心脑血管病、肺部疾患、恶性肿瘤等均可升高^[6]。近年来,D-二聚体检测引起国内外医学专家的广泛关注,王明山等^[7]报道 75 例肺癌患者 D-二聚体水平较正常人显著升高。Fib 是凝血功能的一项重要指标,是肝脏合成的一种糖蛋白。近几年研究显示,Fib 及其降解产物在恶性肿瘤患者时增高^[8]。有研究结果表明,可凝固性纤维蛋白原在肺癌患者中显著增高,且肺癌组与肺部良性疾病相比差异也有显著性,表明晚期肺癌和肺部良性疾病患者纤

维蛋白原水平及功能增高^[9],尤其晚期肺癌患者增高显著,存在高凝状态,有利于癌转移。

本实验结果表明,肺癌患者胸腔积液中的 Fib 和 D-二聚体水平比血浆水平高,提示胸水检查时此两项可作为其诊断的重要指标^[10]。肺癌患者 Fib 和 D-二聚体水平均升高且与肿瘤的转移、治疗密切相关。说明肺癌患者的血液流变学明显改变,易发生转移,病情重、预后差。

综上所述,对肺癌患者联合进行血浆、胸水 Fib 和 D-二聚体含量检测,对于诊断疾病及预后评估均具有十分重要的临床价值。

参考文献

- [1] 潘倩雄. 纤维蛋白原、vWF 及 D-二聚体与肺癌关系的临床研究[J]. 检验医学与临床, 2010, 4.
- [2] 田应选, 杨松盈, 南岩东. 血清标志物在肺癌早期诊断中的应用现状及研究发展[J]. 国际呼吸杂志, 2007, 27(20): 1570-1572.
- [3] 宇文玲. 胸腔积液纤维蛋白原和 D-二聚体检测及其在肺癌诊治中的临床应用. 第八届河北省肿瘤学术大会, 2012.
- [4] 陈灏珠. 实用内科学. 第 12 版. 人民卫生出版社[M], 2005, 1525-1544.
- [5] 谭齐贤, 张数平. 临床血液学和血液检验学[M], 人民卫生出版社, 2006, 294.
- [6] 张海晨, 沈博, 宋云霄, 等. 850 例脑血管病 D-二聚体、FBG 和 APTT 水平差异及临床意义. 中国实用医学研究杂志[J]. 2005, 4(2): 149-151.
- [7] 王明山, 陈晓东, 陈少贤. 肺癌患者血小板功能及血浆 D-二聚体的测定[J]. 临床检验杂志, 1997, 15(4): 224-226.
- [8] 朱武凌, 范秉琳. 肝癌患者高纤维蛋白原血症及其原因分析[J]. 中华血液学杂志, 2004, 25(3): 180.
- [9] 李丹, 曾波航. 晚期肺癌和肺部良性疾病患者血浆纤维蛋白原水平与功能的研究[J]. 血栓与止血学, 2001, 7(1): 25-27.
- [10] 刘泽林, 何石林等. 血栓性疾病的诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 478.

(收稿日期: 2012-12-19)

吐温-80 对白色念珠菌芽管形成作用的观察

陶永平

(湖北省襄阳职业技术学院医学院, 湖北襄阳 441021)

摘要:目的 观察吐温-80 在 3 种不同的白色念珠菌芽管诱导液(RPMI1640 培养基、新生牛血清、含 10% 新生牛血清的 RPMI1640 培养基)中对芽管形成率的影响,为临床进行体外芽管形成试验提供一定的参考资料。方法 采用诱导液振荡恒温培养法。结果 3 种不同的芽管诱导液分别加入 10 μL、100 μL 吐温-80 中,RPMI1640 培养基中芽管形成率分别为 41%、71%,差异有统计学意义($\chi^2 = 18.26, P < 0.05$),两个试验组与对照组的差异均有统计学意义($\chi^2_{低} = 15.34, P_{低} < 0.05; \chi^2_{高} = 61.54, P_{高} < 0.05$)。新生牛血清中形成率分别为 32%、35%,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.20, P > 0.05$),含 10% 新生牛血清的 RPMI1640 培养基中形成率分别为 56%、82%,差异有统计学意义($\chi^2 = 15.80, P < 0.05$);其中加入 10 μL 吐温-80 的 RPMI1640 培养基及含 10% 新生牛血清的 RPMI1640 培养基与无吐温对照组的芽管形成率差异有统计学意义($P < 0.05$),新生牛血清与无吐温对照组的芽管形成率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 在 RPMI1640 培养基、含 10% 新生牛血清的 RPMI1640 培养基中加入 1% 和 10% 的吐温-80 均可提高白色念珠菌的芽管形成率,吐温-80 浓度为 10% 时效果最为显著。

关键词:念珠菌, 白色; 芽管; 吐温

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.14.063

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2013)14-1901-03

白色念珠菌(Candida albicans),又称白假丝酵母菌,在自然界分布广泛,是一种重要的条件致病菌,存在于人的口腔、上呼吸道、肠道和阴道等部位,当机体免疫力下降或发生菌群

失调时,可引起白色念珠菌感染。白色念珠菌种类鉴别方法颇多,芽管试验^[1]是其简便易行的鉴定方法之一,鉴定时间短且无需特殊设备。通常认为芽管可以提高白色念珠菌的组织侵