

确性,本文对济南军区总医院 2012 年 9~11 月间共 39 875 份常规生化标本及 330 例生化危急值复检结果进行回顾性分析,并计算复检结果与初检结果的偏倚及与初检结果的符合率,判断复检的必要性及制定相应的生化危急值复检规则。

分析结果显示,在所有 330 例生化危急值复检标本中有 303 例满足判断标准,与初检结果一致,整体符合率为 91.8%,与文献报道[4-5]结果相似,不满足判断标准,与初检结果不一致的标本数为 27 例,其中 K 为 13 例,Na 为 7 例,Ca 为 2 例,GLU 为 5 例,且均低于危急值下限,为极低值结果,Chima 等<sup>[6]</sup>对洛杉矶 Kaiser 医院实验诊断中心的危急值的复检研究表明,K、GLU 等危急值项目中的部分极低值复检符合度不能满足实验室设定标准,但这类极低检测结果对临床诊疗判断并无明显影响,因此不必过分计较可以忽略。

生化危急值结果与患者的生命体征密切相关,出现提示患者正处在具有生命危险边缘,若临床无法及时纠正患者的危急值,就会严重危害到患者的生命安全<sup>[7-8]</sup>,因此危急值的准确及时报告临床显得尤为重要<sup>[9-10]</sup>,但是危急值结果重复测定会延迟结果报告临床的时间,反而有可能延误患者的及时救治,并且复检增加了检验成本,浪费了人力资源。本文研究结果显示,危急值复检结果与初检结果的符合率为 91.8%,不符合结果主要集中在一些项目的极低值结果上,而且极低值复检结果的存在的偏倚并不影响临床决策和治疗效果,因此复检并不能有效提高检测准确性,危急值结果复检并不都是必要的。对于与历史检测结果差异不大及与患者病情相符的危急值项目,如肾功能衰竭患者出现的高 K、低 Ca 等危急值结果,可及时与临床沟通而不必进行复检,此外实际工作中偶尔会遇到 K 测定值极高而 Ca 测定值极低甚至测不出等情况,为临床护士误将血常规采集的血液标本倒入生化标本采集管中导致;GLU 测定结果极高结果为患者输注葡萄糖时采集输液同侧静脉血所致。对出现此类情况时应及时与临床沟通并在检验报告单中注明。另外,按仪器操作手册要求及时对仪器进行维护保养,严格按操作规程进行操作,认真执行室内质控操作是保证危急

• 经验交流 •

值检测结果准确性的重要前提。

总之,实验室应根据自己的实际情况,制定适合自己的生化危急值复检规则,减少不必要的复检,并应关注复检结果的符合率,积极与临床进行沟通,及时修订并持续改进复检规则,以达到不断改善危重患者治疗和临床护理,共同提高诊疗效果的目的。

## 参考文献

- [1] 中国合格评定国家认可委员会. CNAS-CL38 医学实验室质量和能力认可准则在临床化学检验领域的应用说明[S]. 北京:中国合格评定国家认可委员会,2012.
- [2] 冯仁丰. 临床检验质量管理技术基础[M]. 2 版. 上海:上海科学技术文献出版社,2007:412-413.
- [3] 朱建未,朱芳. 血液分析仪复检规则的建立和临床应用[J]. 山东医药,2012,52(3):105-106.
- [4] 周佳焯,周琰,王蓓丽,等. 生化复检规则合理性的评价[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(7):661-663.
- [5] Toll AD, Liu JM, Gulati G, et al. Does routine repeat testing of critical values offer any advantage over single testing[J]. Arch Pathol Lab Med, 2011, 135(4):440-444.
- [6] Chima HS, Ramarajan V, Bhansali D. Is it necessary to repeat critical values in the laboratory: Today's technology may have the answers[J]. Lab Med, 2009, 40(6):453-457.
- [7] 史健. 血清生化检验危急值的临床应用[J]. 医学检验与临床, 2012, 23(3):96-97.
- [8] 胡亚远, 王建华. 血清电解质检验危急值的临床应用[J]. 中国医药科学, 2012(12):114.
- [9] 闫莉. 检验科危急值报告制度的临床应用[J]. 中国医学检验杂志, 2011(5):212-214, 227.
- [10] 李燕子, 刘淑敏. “危急值”报告制度以及报告流程的建立和应用[J]. 医学检验与临床, 2010, 21(5):120-121.

(收稿日期:2012-11-08)

## 急性脑梗死患者血脂、血糖及血尿酸水平的研究

王新萍

(云南省安宁市人民医院检验科,云南安宁 650300)

**摘要:**目的 研究急性脑梗死患者血脂、血糖和血尿酸的水平。方法 将本院接收并进行治疗的 65 例确诊为急性脑梗死的患者作为脑梗死组,将于本院进行健康体检的人作为对照组(45 例),对上述 2 组人群的 8 种生化指标进行测定。结果 脑梗死组与对照组相比,血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白(HDL-C)、载脂蛋白 A(Apo-A)、载脂蛋白 B(Apo-B)的水平差异无统计学意义( $P>0.05$ ),但低密度脂蛋白(LDL-C)、血糖(Glu)和血尿酸(UA)的含量的差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 人们在平时的生活中应注意饮食、运动、并及时适当的服用药物等来预防急性脑梗死。

**关键词:**急性脑梗死; 血脂异常; 血糖; 尿酸

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.15.053

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2013)15-2026-02

脑梗死发病的原因是患者脑部的动脉粥样硬化,导致脑动脉管腔狭窄,甚至闭塞,使患者脑部发生急性供血不足或形成脑动脉血栓,严重则会导致脑组织坏死<sup>[1]</sup>。急性脑梗死的发病与患者体内的血脂、血糖、血尿酸含量有关,但在临床上,有部分医师忽略了这三者因素对急性脑梗死的作用。笔者选取了本院接收并治疗的 65 例急性脑梗死患者,对其临床资料进行分析,与健康体检者的资料进行对比,研究了两组人群血

脂、血糖和血尿酸的水平,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 65 例急性脑梗死患者均为本院于 2009 年 1 月至 2009 年 12 月接收并治疗的脑梗死急性期患者,入院后,首先对其进行头颅 X 射线(CT)和核磁共振(MRI)检查。根据 1995 年中国第四届脑血管病学会制定的诊断标准<sup>[2]</sup>进行诊断并确诊作为脑梗死组。其中,男性 38 例,女性 27 例,男女比例

为 1.41 : 1; 患者年龄 51~79 岁, 平均(71.02±3.41)岁。此组患者均未合并脑出血等其他脑血管病变。对照组: 选取在本院体检的健康体检者共 45 例。其中, 男性 27 例, 女性 18 例, 男女比例为 1.50:1, 患者年龄 50~78 岁, 平均(71.33±3.64)岁。经统计分析, 两组患者在年龄、性别方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。脑梗死组和对对照组在抽血前 2 周都禁止服用各种降压降脂等药物, 均排除无白血病、糖尿病及其他慢性肾功能不全的患者。

**1.2 方法** 脑梗死组患者和对对照组均排除了降压降脂药物对患者血脂、血糖与尿酸的生化结果的影响。两组受检者空腹时间均达 12 h 以上, 于早晨静脉采血 4 mL, 将血清分离后, 置于低温条件下保存待测, 患者各项生化指标均采用日立 7180

型全自动生化分析仪测定。根据 8 个与急性脑梗死有关联的可能性较大的因素, 笔者选择了总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白(HDL-C)、低密度脂蛋白(LDL-C)、载脂蛋白 A(Apo-A)、载脂蛋白 B(Apo-B)、血糖(Glu)和尿酸(UA)。

**1.3 统计学处理** 本文所有数据均采用 SPSS16.0 软件进行统计分析, 计数资料均以率(%)来表示, 组间的比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

脑梗死组和对对照组的比较详见表 1。脑梗死组与对照组相比, TC、TG、HDL-C、Apo-A、Apo-B、UA 水平无明显差异( $P>0.05$ ), 但 LDL-C、Glu 的水平有明显差异( $P<0.05$ )。

表 1 脑梗死组(A组)和对对照组(B组)的 8 种生化指标结果对比( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别   | TC<br>(mmol/L) | TG<br>(mmol/L) | HDL-C<br>(mmol/L) | LDL-C<br>(mmol/L) | Apo-A<br>(g/L) | Apo-B<br>(g/L) | Glu<br>(mmol/L) | UA<br>( $\mu$ mol/L) |
|------|----------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------------|
| 脑梗死组 | 5.11±1.29      | 1.62±0.66      | 1.34±0.59         | 2.91±0.42         | 3.52±0.57      | 1.32±0.41      | 6.12±2.44       | 301.45±93.56         |
| 对照组  | 4.69±0.68      | 1.53±0.83      | 1.39±0.53         | 1.00±0.31         | 1.29±0.36      | 0.98±0.31      | 5.03±1.32       | 329.61±99.04         |
| P    | >0.05          | >0.05          | >0.05             | <0.05             | >0.05          | >0.05          | <0.05           | >0.05                |

**3 讨 论**

本研究的结果表明, TC、TG、HDL-C、Apo-A、Apo-B、UA 这几项指标, 脑梗死组和对对照组之间并不存在明显差异, 说明这些因素不是发生急性脑梗死的直接独立危险因素, 与文献[3]的研究结果相一致。两组间比较脑梗死组 LDL-C 的明显高于对照组, 说明低密度脂蛋白属于致动脉粥样硬化脂蛋白。因此, 要预防急性脑梗死, 必须重视 LDL-C 的检测结果, 并对患者进行适当的药物防治。

本文中研究中, 脑梗死组的血糖水平明显高于对照组, 胰岛素的使用在血糖的控制有一定的作用, 对急性脑梗死的预防也有一定的作用。人们在平时的生活中, 要适当的少摄入盐、脂肪等, 并要经常进行运动, 减轻体质量, 这些都是防治急性脑梗死的重要措施。

• 经验交流 •

综上所述, 降低 LDL 或提升 HDL/LDL 比值, 维持正常的血糖水平对防治脑梗死有积极的意义。同时, 应重视保持良好的生活方式、卫生习惯和进行适当运动。

**参考文献**

[1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2670.  
 [2] 中华医学会. 各类脑血管病诊断标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.  
 [3] 陈松深, 邱浩强, 张和耀. 急性脑梗死患者血脂、血糖及尿酸含量的变化[J]. 广东医学, 2004, 25(8): 927-928.

(收稿日期: 2012-11-08)

**278 株淋球菌对阿奇霉素耐药性结果分析**

曹文苓, 黎小东, 毕超, 梁艳华, 宋卫忠, 张锡宝  
 (广州市皮肤病防治所检验科, 广东广州 510095)

**摘要:**目的 了解广州地区淋球菌对阿奇霉素的耐药性。方法 用琼脂稀释法测定阿奇霉素的最低抑菌浓度(MIC)。结果 278 株淋球菌中检出阿奇霉素敏感株 174 株占 62.6%, 中敏株 58 株占 20.9%, 耐药株 46 株占 16.5%。结论 临床应规范、合理应用抗菌药物, 同时加强淋球菌耐药性的连续性监测。

**关键词:** 奈瑟球菌, 淋病; 最低抑菌浓度; 耐药性

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.15.054

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2013)15-2027-02

淋病是中国法定的乙类传染病, 广东省淋病患病率从 1997~2006 年一直位于性病的第一位<sup>[1]</sup>。由于临床上滥用抗菌药物和不规则治疗, 淋球菌的耐药率逐年增加, 为了解广州地区淋球菌对阿奇霉素的耐药状况, 笔者检测了 278 株淋球菌对阿奇霉素最低抑菌浓度(MIC), 报道如下。

**1 材料和方法**

**1.1 菌株来源** 278 株淋球菌均从本所性病专科门诊确诊为淋病的患者分泌物中分离培养得到, 其中来自男性患者的 262

株, 女 16 株。男性取尿道分泌物, 女性取宫颈分泌物进行淋球菌分离培养, 所有菌株经革兰染色、氧化酶试验和糖发酵试验证实为淋球菌后, 传代一次, 洗于脱脂牛奶中, 于-78℃低温冰箱冻存备用。菌株收集时间为 2008 年 12 月至 2011 年 12 月。

**1.2 仪器与试剂** 阿奇霉素标准品购买于中国药品生物制品检定所。GC 基础培养基(OXOID 公司生产)加入 10%脱纤维新鲜羊血。WHO P 标准淋球菌菌株由中国医学科学院皮肤病研究所提供。