

量检测值大多在正常范围。

检测结果表明了三类患者大多表现 TGA_b 和 TPO-Ab 阴性且定量检测值较高,尤其桥本甲状腺炎患者 TGA_b 和 TPO-Ab 的定量检测结果最高。所以,检测甲状腺激素的同时联合定量检测 TGA_b 和 TPO-Ab 有助于甲状腺疾病的诊断。

参考文献

[1] 葛代初,刘伟. 甲状腺自身抗体检测在甲亢型桥本甲状腺炎和 Graves 病鉴别诊断中的意义[J]. 安徽医药,2007,11(6):531-532.
 [2] 黄芳. 甲状腺球蛋白抗体、甲状腺过氧化物酶抗体在各种甲状腺疾病中的表达及临床意义[J]. 右江民族医学院学报,2009,23(4):591-592.

[3] 朱杰,王善菊,常青燕. HTG、A-TG、A-TPO 联合检测在甲状腺疾病诊断中价值[J]. 中国实验诊断学,2009,13(4):510-513.
 [4] 李翠,周迎春. 检测血清甲状腺球蛋白抗体、甲状腺过氧化物酶抗体的浓度在甲状腺疾病中的意义[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(35):5338-5339.
 [5] 朱焯,杨再兴,梁艳,等. 甲状腺球蛋白抗体、微粒体抗体及过氧化物酶抗体检测在诊断甲状腺疾病中的价值[J]. 检验医学,2008,23(5):518-519.
 [6] 秦辛玲,黄立伟. 甲状腺自身抗体的检测在甲状腺疾病中的临床价值[J]. 华夏医学,2009,22(5):888-889.

(收稿日期:2011-12-25)

金黄色葡萄球菌医院感染分布及耐药性调查

张红升¹, 韩晶² (1. 河南省第二人民医院检验科, 郑州 4511191; 2. 河南省安阳市人民医院检验科 455000)

【摘要】目的 调查医院临床分离的金黄色葡萄球菌的耐药性,为临床医生合理使用抗菌药物提供科学依据。
方法 对 166 株金黄色葡萄球菌的分布和耐药性进行调查分析,使用 WHONET5.4 软件进行数据的统计学分析。
结果 医院耐甲氧西林金黄色葡萄球菌分离率为 62.0%;耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)对抗菌药物的耐药率均高于甲氧西林敏感金黄色葡萄球菌。未发现对万古霉素和利奈唑胺耐药的金黄色葡萄球菌株。
结论 加强金黄色葡萄球菌耐药性的监控工作,是预防医院感染的有效措施。

【关键词】 金黄色葡萄球菌; 医院感染; 耐药性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.14.049 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1771-02

金黄色葡萄球菌(SAU)是医院感染的重要病原菌之一,可引起多种感染性疾病,严重时可危及生命。尤其是耐甲氧西林金黄色葡萄球菌出现以来,其多药耐药性和交叉耐药性加大了临床医师的治疗难度,已受到全球医药卫生界的广泛关注。为了解河南省第二人民医院 SAU 的临床分布及耐药现状,为临床医师提供治疗依据,本文对 166 株临床标本中分离的 SAU 进行了调查分析,现报道如下。

1 材料与与方法

1.1 菌株来源及鉴定 2010 年 1 月至 2011 年 6 月,从河南省第二人民医院(下称本院)患者送检的各类临床标本(痰液,尿液,血液,切口分泌物,烧伤创面等)中分离 SAU 166 株(剔除同一患者相同部位的重复菌株)。细菌鉴定按照《临床检验操作规程》第 3 版的要求分离致病菌。

1.2 药敏试验 用先德 SENSITITRE 进行系统鉴定,迪尔 DL-96 进行药敏实验。大肠埃希菌 ATCC25922、金黄色葡萄球菌 ATCC25923 及铜绿假单胞菌 ATCC27853 为质控菌株,均购自省临床检验中心。

1.3 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)菌株的鉴定 采用 CLSI 2008 年推荐的方法^[1],使用头孢西丁最低抑菌浓度(MIC)≥8 μg/mL,笨唑西林大于或等于 8 μg/mL,任意一项为耐药,此时应报金黄色葡萄球菌对笨唑西林耐药,并确认为产 MRSA 株。

1.4 统计学方法 应用 WHONET5.4 软件进行数据处理和分析。

2 结果

2.1 SAU 在临床标本的构成比 166 株 SAU 在痰液检出 75 株,占 45.2%;外科切口 53 株,占 31.9%;血液 15 株,占

9.0%;尿液 11 株,占 6.6%;烧伤创面 5 株,占 3.0%;其他标本 7 株,占 4.2%。

2.2 SAU 的科室分布 在 ICU 和神经外科分离的金黄色葡萄球菌远远高于其他科室,分别是神经外科 ICU 52 株(31.3%),神经内科 ICU 23 株(13.9%),外科 ICU 16 株(9.6%),内科 ICU 9 株(5.4%),骨科 14 株(8.4%),普外科 9 株(5.4%),普内科 8 株(4.8%),神经内科 10 株(6.0%),泌尿科 7 株(4.2%)烧伤科 5 株(3.0%),血液科 7 株(4.2%)门诊 6 株(3.6%)。

2.3 MRSA 菌株的检出率 166 株 SAU 检出 103 株 MRSA,检出率为 62.0%。

2.4 金黄色葡萄球菌的药敏试验结果 MRSA 对抗菌药物的耐药率明显高于甲氧西林敏感葡萄球菌(MSSA),耐药率差异有统计学意义(P<0.05),未发现对万古霉素和利奈唑胺耐药的金黄色葡萄球菌株。见表 1。

表 1 金黄色葡萄球菌对常用抗菌药物的耐药率(%)

抗菌药物	MRSA(n=103)		MSSA(n=63)	
	株数	耐药率	株数	耐药率
青霉素	103	100.0	61	96.8
复方新诺明	45	43.7	44	69.8
红霉素	91	88.3	50	79.4
阿奇霉素	91	88.3	50	79.4
克拉霉素	90	87.4	51	81.0
克林霉素	72	69.9	30	47.6
丙沙环星	91	88.3	10	15.9

续表 1 金黄色葡萄球菌对常用抗菌药物的耐药率(%)

抗菌药物	MRSA(n=103)		MSSA(n=63)	
	株数	耐药率	株数	耐药率
左氧氟沙星	92	89.3	8	12.7
庆大霉素	87	84.5	17	27.0
利福平	83	80.6	4	6.3
替考拉宁	3	2.9	0	0.0
利奈唑胺	0	0.0	0	0.0
万古霉素	0	0.0	0	0.0
头孢唑啉	92	100.0	17	27.0
头孢呋辛	90	100.0	15	23.8
亚胺培南	86	100.0	15	23.8
美罗培南	85	100.0	14	22.2
哌拉西林/他唑巴坦	93	100.0	17	27.0

3 讨 论

据报道,我国 MRSA 检出率差异很大,范围在 29.9%~53.9%^[2],随着时间的推移,近年来 MRSA 的检出率明显增加,我国的 MRSA 感染率也呈现逐年上升的趋势^[3]。本次调查表明,MRSA 在本院的检出率为 62.0%,而 MRSA 本身的高度致病性和产生的多药耐药性,导致该菌引起的全身性严重感染病死率大于 50.0%,已经引起世界卫生组织的高度重视。MRSA 的耐药机制非常复杂,主要是其染色体上的 *mecA* 基因编码产生一种特殊的青霉素结合蛋白而引起 β-内酰胺类抗生素耐药的主要原因^[4];另一种是由耐药基因介导的固有耐药性,也是其主要耐药机制。这两种机制导致 MRSA 耐药非常广泛。本文结果显示,本院 MRSA 检出率为 62.0%,分析可能原因,主要和住院时间较长、侵入性操作破坏机体的正常屏障、患者机体抵抗力低、原发病危重及大量抗菌药物的应用有关。一旦医院内发现 MRSA 感染,务必严格执行标准预防,立即切断感染源,遏制 MRSA 医院感染的爆发流行。本次调查结果表明,本院 166 株金黄色葡萄球菌从阳性标本的来源看,在呼吸道标本中检出率最高占 45.2%,其次是外科切口分泌物占 31.9%,血液科占 9.0%,与国内文献李娟和韩艳^[5]报道一致。

慢性肾病患者检测血尿酸的意义

热孜万古丽·阿不都拉¹,李 云²(1.新疆维吾尔自治区人民医院肾病科,乌鲁木齐 830001; 2.新疆维吾尔自治区塔城地区人民医院肾病科,塔城 834700)

【摘要】 目的 探讨慢性肾病患者检测血尿酸的意义。**方法** 40 例慢性肾病组与 30 例健康对照组同时检测肌酐(Cr)、尿素氮(BUN)和血尿酸(UA),进行相关的统计学分析。**结果** 慢性肾病组的 Cr、BUN 和 UA 值分别高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。慢性肾病组患者的血尿酸异常阳性率与健康对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 高尿酸血症是慢性肾病的危险因素之一。

【关键词】 高尿酸血症; 慢性肾病; 肌酐

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.14.050 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1772-02

慢性肾病是严重危及人类健康的疾病,近年高尿酸血症的发病率升高,嘌呤代谢紊乱是其基本原因。高尿酸已成为肾功能异常的独立危险因素^[1]。本研究旨在探讨血尿酸水平变化

因此,临床工作者应加强对患者下呼吸道,手术切口等医院感染好发部位的监测与护理,预防与控制医院感染。

调查发现 MRSA 对青霉素、苯唑西林耐药最高(100%),其次克拉霉素、阿奇霉素、环丙沙星、红霉素、庆大霉素、利福平的耐药率比较高^[6],均大于 80%,替考拉宁耐药率为 2.9%。MSSA 对克拉霉素、阿奇霉素、红霉素耐药率比较高。本文药敏结果显示,金黄色葡萄球菌对常用抗菌药物耐药率高,对万古霉素和利奈唑胺未有耐药株产生,本院 MRSA 对抗菌药物的耐药率明显高于 MSSA,二者的治疗原则完全不同。目前,本院金黄色葡萄球菌对万古霉素和利奈唑胺 100.0%敏感。因此,对于金黄色葡萄球菌感染的危重患者,首先考虑选用糖肽类万古霉素和噁唑烷酮类利奈唑胺抢救生命,但在治疗过程中,应关注此类药物对患者的不良反应,做到安全用药。

参考文献

- [1] 李春辉,吴安华,黄昕,等.耐甲氧西林金黄色葡萄球菌分子流行病学研究[J].中华医院感染学杂志,2009,19(9):1032-1035.
- [2] 刘春林,徐红云,李红,等.苯唑西林耐药金黄色葡萄球菌的临床分离和药敏情况分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,5(5):1408-1411.
- [3] 肖永红,王进,朱燕,等.M oh narin2008 年度全国细菌耐药监测[J].中华医院感染学杂志,2010,20(16):2377-2383.
- [4] Pinho MG,Filipe SR,de Lencastre H,et al.Complementation of the essential peptidoglycan transpeptidase function of penicillin-binding protein 2(PBP2)by the drug resistance protein PBP2A in staphylococcus aureus[J].J Bacteriol,2001,183(22):6525-6531.
- [5] 李娟,韩艳.连续 5 年金黄色葡萄球菌耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2010,20(24):4008-4010.
- [6] 王坚.耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的检测及药敏分析[J].检验医学与临床,2011,8(18):2303-2304.

(收稿日期:2012-02-15)

与肾病发生的关系,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 6~10 月来新疆维吾尔自治区