

进行督查,每月召开一次急诊医护人员会议,提出整改措施,并进行综合质量评价,评价结果纳入护理质量反馈内容。坚持质量保证和持续改进。

2 结 果

持续质量改进前后院前急救护理质量比较见表 1。

表 1 持续质量改进前后院前急救护理质量比较

项目	应用前	应用后
车载急救设备完好率(%)	92	99
车载急救药品完好率(%)	100	100
现场抢救处理率(%)	86	95
救护车到达时接诊率(%)	88	96
抢救成功率(%)	86	96
满意度	92	97
消毒隔离	98	100
陪送检查率(%)	95	100
护理不良事件发生率(%)	2	0

注:与应用前比较, $P<0.05$ 。

3 讨 论

通过本科对院前急救护理质量管理与持续改进的实践,建立专科质量管理体系,明确质量管理目标,细化考核内容,理顺服务环节,强调连贯性服务过程,使院前急救各项专科指标有了显著提高。护理质量是护理工作的永恒主题,是护理管理的核心。作为院前急救的管理者应注重检查环节质量,才能促进终末质量提高。

参考文献

[1] 杨西宁.多发伤急救护理现状[J].中华护理杂志,2002,37(1):51-52.
[2] 杨建国.护理行业实施 ISO9000 实践与指南[M].广州:广东科技出版社,2001:5.
[3] 纪文英,郑爱荣.建立质量管理体系,主动预防医疗纠纷[J].中华护理杂志;2004,39(12):920-921.
[4] 杨艳霞,孙黎娟,李玉芹.院前急救护理的危机管理[J].职业与健康,2008,24(5):492-493.

(收稿日期:2012-01-09)

ELISA 法检测 HBsAg 时阴时阳现象分析

吴 璇(广西壮族自治区柳州钢铁(集团)公司疾病预防控制中心办公室 545001)

【关键词】 酶联免疫吸附试验; 乙型肝炎病毒表面抗原; 检测; 时阴时阳现象
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.14.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1816-02

在常规检测中,用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)具有灵敏度高、特异性强等优点而被广泛应用^[1]。作者在两对半的检测过程中发现有标本的HBsAg检测出现时阴时阳现象,现针对日常检测工作中碰到的此类现象进行分析,并对处理方法进行总结,供各位同行参考。

1 现象一:第一次检测血清时,判为阴性,以后再检测变为阳性

- 1.1 首次采血时被人冒名顶替(仅限于体检);
- 1.2 首次检测该孔漏加样品、酶标液、A、B显色剂;
- 1.3 不排除包被孔漏包或包被抗体失活的可能;
- 1.4 有可能第一次检测时正处于感染的潜伏期而检查不出来;
- 1.5 结果判断没有在规定时间内完成。

2 现象二:第1次检测血时判为阳性/弱阳性;以后再检测变为阴性

- 2.1 个别标本对包被抗体成份融合蛋白的轻微吸附,阴性标本出现显色;同时很多自身免疫疾病(如红斑狼疮、类风湿等)患者,其血清中含有某些特殊组分也会对包被板轻微的吸附,造成一些阴性标本稍微显色;另外溶血标本有过氧化物酶活性与辣根过氧化物酶相似,能与聚乙烯,板孔内预包被抗体结合而显色。也就是说这是由于方法本身的原因和限制不可避免地会出现一些阴性标本显色的情况,即假阳性。
- 2.2 血清的状态对检测结果也会产生一定的影响,如溶血,反复冻融、长菌、血脂过高,含某种药物等均可造成非特异性吸

- 附,使前后结果不一致,造成常见的时阴时阳的结果。
- 2.3 加样头加样未能做到一次性,未充分洗净或消毒不完全,也有可能造成阴性变阳性的情况。
- 2.4 周围效应,尤其是强阳性孔四周,由于振荡时或做样时不小心倾斜,也有可能造成阴性变阳性的情况。
- 3 现象三:同1份标本,不同次或不同人测定,有时判阴有时判阳(仅适用于阈值附近的标本)
- 3.1 加样时样品量的误差:检测加样量只有50 μL,多加或少加1 μL就有2%的误差,这对强阳性或强阴性标本结果影响不大,但对阈值附近的标本影响极大,建议加样时应刚进液面,以免由于倾斜造成少加,并应经常校对加样器。
- 3.2 反应时间的误差。在检测大量标本时第1孔和最后1孔各步骤反应时间肯定不相同,这对临界值附近的标本影响较大,建议若条件允许最好使用多通道加样器,这样可缩短操作时间的差别。
- 3.3 被检测者的病毒也有高峰和低峰期,在高峰期检测为阳性;低峰期检测可能为阴性(通常潜伏期、阈值附近)。在潜伏期、阈值附近的检测理论上是个盲区,不可以截然判为阴性阳性。检测时要求对这部分标本进行奇数次复查,以次多的为准,如一次判阳二次判阴则为阴性,但实际是否是阴性?还不好说,只能说是可疑。一般碰到这种情况让患者过一段时间再测,结果会准确些。
- 4 结合以上现象,可以用如下办法消除
- 4.1 由阴性变为强阳性的原因可能为检测者冒名顶替;操作过程中漏加试剂;试剂本身有问题。建议在人员充足,各方面

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 APB-SCT 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