

3.2 本市 2008~2009 年肠道病毒 71 型和柯萨奇病毒 A16 型检出率分别为 34.0% 和 58.0%，手足口病疫情报道发病率 2008 年、2009 年分别为 104.29/100 000、82.82/100 000，2009 年重症及死亡 1 例。本市 2009 年手足口病发病率、重症和死亡患者数低于全省及全国水平。

3.3 连续 2 年的检测结果显示，本市手足口病仍然以柯萨奇病毒 A16 型和肠道病毒 71 型为主。(3 岁~)组阳性率高于(0 岁~)和(7 岁~)年龄组。2008 年 4 岁组检出率最高，2009 年 6 岁组检出率最高，说明本市手足口病患者以幼儿园幼儿及小学一年级学生为主。与相关文献报道一致^[6]。

3.4 检测结果显示，临床诊断为手足口病的发热患者当天采样的检出率最高，采样时间距发病时间越长则检出率越低，因此应尽量在临床确诊当日采样，否则易误诊，对疫情的正确处置造成困难，甚至造成疫情的进一步扩散。

参考文献

[5] Chan KP, Goh KT, Chong CY, et al. Epidemic hand, foot and mouth disease in Singapore in 2008: the role of enterovirus 71 and coxsackievirus A strains[J]. Int J Infect Dis, 2010, 14(12):1076-1081.

mouth disease caused by human enterovirus 71, Singapore[J]. Emerg Infect Dis, 2003, 9(1):78-85.
[5] 李紫璞, 米庆. 手足口病的诊断与治疗[J]. 山东医药, 2004, 44(22):67-68.
[5] Chang LY, Lin TY, Huang YC, et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic, 1998[J]. Pediatr Infect Dis J, 1999, 18(12): 1092-1096.
[5] Saoji VA. Hand, foot and mouth disease in Nagpur[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2008, 74(2):133-135.
[5] Wu Y, Yeo A, Phoon MC, et al. The largest outbreak of hand; foot and mouth disease in Singapore in 2008: the role of enterovirus 71 and coxsackievirus A strains[J]. Int J Infect Dis, 2010, 14(12):1076-1081.
[6] 吴春敏, 郝鹏. 南平市 2008 手足口病监测结果分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2009, 19(10):2380.

(收稿日期:2010-08-17)

• 个案与短篇 •

1 例急性鱼胆中毒合并肝、肾脏严重损害报道

邱远梅, 刘永馨

(甘肃省嘉峪关市第一人民医院检验科 735100)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.06.060

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2011)06-0720-01

鱼胆中毒常表现为消化道症状,具体表现为:持续性全腹部疼痛,以上腹部、脐周显著,伴频繁恶心呕吐,呕吐物为胃内容物,反复排黄色水样便,无粘液及脓血,易与一般的腹泻相混淆。有无服食生鱼胆是早期诊断鱼胆中毒的重要依据。鱼胆中毒会导致多脏器功能障碍或衰竭,需仔细询问病史,给予及时治疗。本例患者生食鱼胆导致中毒性肝炎及肾脏损害,治疗及时,患者痊愈。

1 临床资料

患者,张某,女,63 岁。因进食生鱼胆后恶心呕吐、腹胀 1 d 入院。患者于入院前 1 d 进食鲤鱼胆 4 h 后出现持续性腹部疼痛、伴频繁恶心呕吐、腹泻、反复排黄色水样便。

既往史:患者有“胆囊结石、胆囊炎”病史 4 年,否认肝炎、结核、伤寒等传染病史,否认高血压、糖尿病等疾病史。查体:体温 36.5℃,脉搏 68 次/分,呼吸 20 次/分,血压 130/80 mmHg,意识清醒,巩膜及周身皮肤无黄染,呼吸平稳,心肺检查未见异常,肝肾区无叩痛,双下肢无浮肿。

入院当日血液生化检验:谷丙转氨酶 6 430 U/L(正常参考值小于 40 U/L),总胆红素 31.3 μmol/L(正常参考值 1.7~21 μmol/L),尿素 8.7 mmol/L(正常参考值 2.86~8.2 mmol/L),肌酐 102.4 μmol/L(正常参考值 31.7~93.3 μmol/L)。收住院,给予保肝治疗,加快代谢,促进排泄,预防急性肾衰。入院后第 2 天血液生化检验,谷丙转氨酶 4 119 U/L,谷草转氨酶 2 382 U/L(正常参考值<40 U/L),γ-谷氨酰转肽酶 181.8 U/L(正常参考值 0~60 U/L),碱性磷酸酶 104 U/L(正常参考值 50~136 U/L),乳酸脱氢酶 1 158 U/L(正常参考值 109~245 U/L),总胆红素 115.1 μmol/L,直接胆红素 69.2 μmol/L(正常参考值 0~10 μmol/L),总胆汁酸 347.0 μmol/L(正常参考值 0~10 μmol/L),尿素 10.1 mmol/L,肌酐 142.1 μmol/L。彩超检查示胆囊内可见多个强回声光团,最大直径约 18

mm,后方伴声影,活动度差,诊断为慢性胆囊炎伴结石(多发);左肾集合管内可见多个强光点,后伴“慧尾征”,其中之一直径 5 mm,诊断为左肾结石(多发)。

治疗:洗胃。给予多烯磷脂酰胆碱 10 mL 1 次/日,生脉 40 mL 1 次/日,门冬氨酸钾镁 2.0 g 1 次/日,肝泰乐 0.266 g 1 次/日,同时给予能量。用药 5 d 后查血液生化:谷丙转氨酶 622 U/L,谷草转氨酶 36 U/L,γ-谷氨酰转肽酶 106.1 μ/L,肌酐 129.5 μmol/L。其余项目均正常。住院 14 d 复查生化指标均正常;无恶心、呕吐、腹痛等症状,巩膜皮肤无黄染,肝区无叩击痛。患者出院,定期复查肝肾功均正常并准备做胆结石手术。

2 讨论

民间有以生吞鲤鱼胆来治疗眼疾、高血压及气管炎等病的做法,因此有吞食生鱼胆的习俗。鱼胆中毒系食鱼胆而引起的急性中毒,鱼胆汁中含有 1 种毒力极强的蛋白质分解产物即胆汁毒素不易被热和乙醇所破坏^[1]。因此,不论生吞、熟食或用酒送服鱼胆,超过 2.5 g 就可中毒,甚至死亡。胆汁中含有胆酸、牛黄胆酸、鹅去氧胆酸等,胆酸在胆汁中与钾、钠离子结合成胆盐,破坏细胞而引起中毒,鱼胆中所含的氢氰酸和组织胺也发挥不同的毒性作用^[2]。鱼胆毒素经消化道吸收后,首先表现为消化道症状,可在服食鱼胆后 0.5~14 h 内出现^[3],到达肝脏,引起肝细胞浑浊、肿胀、变性、导致中毒性肝炎,甚至引起肝细胞急剧坏死。毒素经肾脏排泄可引起肾小管变性坏死、肾间质水肿,集合管的阻塞,以致急性肾功能衰竭。本例因诊断及治疗不及时并积极治疗而获治愈,若延误诊治,预后极差可因多器官功能衰竭而死亡^[4]。由于鱼胆中毒症状的严重程度与服用鱼胆的大小呈正相关,对于服用较大重量的鱼胆患者尤其应及早救治^[5]。本病重在预防,应加强社区宣传教育,了解生吃鱼胆的危害。(下转插 IV)

(上接第 714 页)

量的重要措施,而消毒效果监测是评价医疗机构消毒灭菌效果的重要手段。为了解本县个体医疗机构消毒质量状况,笔者于 2009 年对本县境内个体医疗机构使用的常规消毒剂有效含量及其相关方面进行了监测。监测方法及结果判断标准均按照国家《消毒技术规范》进行^[1]。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 样品采集

1.1.1 消毒剂有效含量监测样品 采集不同种类消毒剂,每份 100 mL,置于有塞洁净烧瓶中。

1.1.2 消毒剂微生物监测样品 现场取样消毒剂 50 mL 于干燥无菌瓶中。

1.1.3 诊室内空气微生物监测样品 布点方法:室内空间体积不超过 30 m³ 时,设内、中、外对角线 3 点,内、外点布点部位距墙壁 1 m 处;超过 30 m³ 时,设 4 角及中央 5 点,4 角的布点部位距墙壁 1 m。用直径 9 cm 普通营养琼脂平板,于距地面 1 cm 高度暴露 5 min 后置 37 °C 恒温培养箱培养 48 h,形成菌落并计算菌落形成单位(CFU/cm²)。

1.1.4 物体表面微生物监测样品 用无菌生理盐水在消毒后的规格板内采集。医护人员手采样大拇指以外 4 个手指,将采样棉拭子部分剪取,放入盛有 10 mL 采样液的试管中。

1.2 监测结果判定标准 以Ⅲ类环境为标准,即室内空气细菌总数不超过 500 cfu/m³,物体表面和手细菌总数不超过 10 cfu/cm²,使用中的消毒剂细菌总数不超过 100 cfu/mL,且均未检出致病菌为合格。

2 结果

监测结果见表 1、表 2。

表 1 使用中的消毒剂有效含量

消毒剂种类	应达到有效含量	份数	实测有效含量	
			不合格浓度(份数)	合格浓度(份数)
乙醇	75%	21	40.32%~64.21%(15)	75%(6)
乙醇	95%	9	80.0%~91.86%(3)	95%(6)
新洁尔灭	0.1%~0.2%	30	0.023%~0.066%(10)	0.136%~0.388%(20)
含氯消毒剂	500 mg/L	12	200.1~234 mg/L(10)	506 mg/L(2)
碘伏	0.15%	9	0.07%~0.09%(8)	0.15%(2)
合计监测份数	—	81	46	35

—:表示无数据。

表 2 其他监测结果

室内空气		使用中消毒剂		物体表面		医护人员手	
检测份数	超标率	检测份数	超标率	检测份数	超标率	检测份数	超标率
48	79.8%	156	60.22%	83	49.6%	20	56.3%

(上接第 720 页)

参考文献

- [1] 刘汉明. 鱼胆中毒致多脏器管损害临床观察[J]. 职业学院, 1998, 25(3): 257.
- [2] 尚颖慧. 急性鱼胆中毒引起中毒性肝炎 1 例[J]. 中国社区医师(综合版), 2008, 10(12): 106.
- [3] 刘英, 姚媛, 刘苔, 等. 食用生鱼胆中毒致肝、肾功能损害[J]. 临床

3 讨论

监测结果表明,本县个体医疗机构所使用的消毒剂的有效含量、诊疗环境卫生等,均存在着不容忽视的问题。

从表 1 中看出,各种消毒剂的有效含量,无论是原液浓度还是稀释后的浓度,均有不达标者。经过调查分析,究其原因可能有:(1)在乙醇类消毒剂中,可能购置了不合格产品,但仍按合格产品浓度稀释使用,导致达不到有效消毒浓度消毒效果(有的甚至用食用酒代替医用乙醇使用)。(2)消毒剂过度稀释。部分机构在使用新洁尔灭及碘伏过程中,将使用浓度再次进行稀释,致使消毒剂有效浓度大大降低。在进行消毒剂稀释时,部分治疗人员只凭经验估计而不使用计量用具,或虽使用计量用具,但所使用计量用具未进行任何清洁(消毒)处理,导致消毒剂有效浓度和细菌总数均不合医疗使用要求。(3)忽视消毒剂的正确贮存。含氯消毒剂在高温条件下贮存,导致有效氯成分的挥发(当温度超过 35 °C 时,有效氯便会自然分解而失去灭菌活力^[2])。

从表 2 可看出,个体医疗机构室内空气均有不同程度的污染。按国家有关个体医疗机构房屋设置要求,个体医疗机构房屋总面积不得少于 40 m²,且诊断室、注射室、药房等须分区域设置。本调查发现,多数个体医疗机构只有 1 间大小不等的房间,且所有诊疗活动均在此房内进行。

由于诊疗房间区域设置不规范,诊疗室内又多不进行常规消毒处理,加之医务人员无菌观念淡薄,往往对诊断桌、操作台及医疗用品等物体表面,尤其是手的常规消毒不进行处理或处理不规范,极易形成多重交叉污染^[3-4]。

综上所述,个体医疗机构医源性感染隐患甚多。姑不论客观条件及原因,建议各级卫生行政管理部门组织个体医疗机构从业人员进行相关知识科普宣传及相关知识培训,组织有关监测部门不定期免费进行相关监测,现场指导,规范技术操作,自觉提高控制医源性感染责任心,以确保民众就医安全,避免造成医源危害。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 消毒技术规范[M]. 北京: 中华人民共和国卫生部, 2002: 126-130.
- [2] 吴小龙, 徐燕, 红石牌 84 消毒液部分性能试验研究[J]. 中国消毒学杂志, 2004, 21(2): 105-108.
- [3] 叶芬, 李小霞. 院内物体表面细菌检测结果及分析[J]. 国际检验医学杂志, 2009, 30(2): 160.
- [4] 刘连庚, 周跃, 丁扣珍. 基层医院门诊检验室在医院感染管理中存在的问题及整改措施[J]. 国际检验医学杂志, 2009, 30(4): 412.

(收稿日期: 2010-07-10)

误诊误治, 2008, 21(4): 96.

- [4] 徐麦玲. 鱼胆中毒[M]//陈灏珠, 实用内科学(上册). 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 844.
- [5] 王志凌, 马应杰, 冯素萍. 急性鱼胆中毒致多脏器损害一例[J]. 医学信息(上旬刊), 2009, 22(6): 1056.

(收稿日期: 2010-08-23)