

难,开发、利用现有的设备资源,尽量开展有价值的检验项目,为医院的持续发展创造了良好的社会效益和经济效益,在整个医院较好地发挥了临床实验室的功能和作用。

8 体会

8.1 科室管理者要以身作则、廉洁自律、具有事业心,能够以科室发展为己任,乐于管理、敢于管理、善于管理,还要有一定的人文知识和人格魅力,要用制度管人,以行动带人,要求员工做到的事情,自己首先做到。

8.2 科室管理应对照国家相关的法律法规和行业标准,坚持“写我要做的、做我所写的、记我所做的、查我做过的、纠我做错的”,才能防我再犯同样的错误,才能持续改进工作。

8.3 任何制度的建立,关键在落实并加强对执行情况的监督检查,才能持续改进,逐步完善,才能发挥应有的作用。

8.4 职工的思想认识和良好的工作作风的养成非常重要,让员工意识到所做的一切工作,都是日常应该做的事情,不是为了应对检查,日常工作与接受检查时一个样。通过反复的学习、提高,很多工作才会由“要我做”变成“我要做”。

8.5 作为医技科室,检验科工作人员要主动走出实验室与临床沟通交流,持续改进工作方式,才能更好地为患者和临床服务,为医院的可持续发展作出应有的贡献。

参考文献

[1] 郭健.实验室认可与临床实验室质量管理[J].江西医学检验,

2005,23(1):1-2.
[2] 梁成青,张党谋,吴国运,等.加强实验队伍建设,促进实验室规范化管理[J].四川解剖学,2007,15(3):49-50.
[3] 苏希跃.检验分析前质量控制[J].国际检验医学杂志,2007,28(12):1139-1140.
[4] 郑新力,杜智.人本理念在医院管理中的实践[J].中华医院管理杂志,2006,22(2):105-108.
[5] 申子渝,李萍.临床实验室管理学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2007:3-6.
[6] 贺宝灵,詹欢.加强实验室管理促进实验室建设与发展[J].现代医药卫生,2007,23(20):3158-3159.
[7] 张丽娟,朱运峰.医院实验室建设初探[J].解放军医院管理杂志,2007,14(10):795.
[8] 高红.医疗机构应重视临床检验“危急值”报告的规范与管理[C].第五届全国临床实验室管理学术会论文汇编,2009:248-249
[9] 王晶,郑晓霞.浅谈优质医疗服务[J].中华医院管理杂志,2006,22(7):480.
[10] 李泉.建立检验与临床协作体系是现代医学发展的需要[J].国际检验医学杂志,2007,28(4):385.

(收稿日期:2011-05-09)

• 个案与短篇 •

尿路感染细菌分布及肠球菌的耐药性分析

韦柳华,周定球,周淑群

(广西医科大学第四附属医院检验科,广西柳州 545005)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.16.065文献标识码:C文章编号:1673-4130(2011)16-1907-01

尿路感染是临床常见疾病,通过对本院尿路感染患者尿液中细菌分布及主要病原菌耐药特点进行调查分析,以期为临床合理使用抗菌剂提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 1~12 月本院住院患者尿液中分离所得的病原菌。

1.2 细菌鉴定和药敏试验 采用 Microscan Autoscan-4 微生物分析仪对细菌作鉴定和药敏试验。药敏试验判断标准和结果解释参照美国临床实验室标准化委员会(CLSI)标准^[1],并定期用标准菌株做药敏质量控制。

1.3 数据处理 文中数据均由 WHONET 5.4 软件分析处理所得,采用 SPSS 10.0 软件包进行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 病原菌分布 1 498 例尿液标本中,阳性标本 450 例,阳性率 30.0%。共分离出病原菌 453 株,其中有 447 例尿液标本分离出单一细菌,有 3 例分离出两种细菌。病原菌中革兰阴性杆菌占 69.0%,革兰阳性球菌占 22.2%,念珠菌占 8.8%。前 5 位病原菌依次是大肠埃希菌、肠球菌、念珠菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌,分别为 182 株、78 株、40 株、29 株、25 株,检出率为 40.2%、17.2%、8.8%、6.4%、5.5%。肠球菌位居病原菌第 2 位,革兰阳性球菌首位。其中屎肠球菌 44 株、粪肠球

菌 31 株、棉子糖肠球菌 2 株、铅黄肠球菌 1 株。
2.2 药敏结果 屎肠球菌、粪肠球菌对常用抗菌剂的耐药率,见表 1。棉子糖肠球菌、铅黄肠球菌例数太少,不列入药敏结果统计。

表 1 肠球菌对常用抗菌剂的耐药率(%)

抗菌剂	屎肠球菌(n=44)	粪肠球菌(n=31)
氨苄西林	77.3	3.2
红霉素	84.1	80.6
环丙沙星	95.5	41.9
奎奴普汀/达福普汀	15.9	100.0
利福平	68.2	32.3
利奈唑胺	0.0	0.0
氯霉素	6.8	54.8
青霉素	81.8	3.2
四环素	77.3	90.3
万古霉素	0.0	0.0
左氧氟沙星	84.1	41.9
高浓度庆大霉素	59.1	58.1

3 讨论

尿路感染是临床常见的感染性疾病之一。本次调查显示大肠埃希菌、肠球菌是引起尿路感染的主要(下转第 1909 页)

储尿,记录时间为起点,将其后 24 h 的尿液全部收集于一较大容器中,准确记录尿液量,混匀后取 5~10 mL 送检。当温室大于 22 ℃ 时,收集尿液的容器还应加入二甲苯防腐,将 100 mL 尿液加入 2 mL 即可。

5 现状与对策

临床医生和护士有义务、有必要了解、分析前患者的基本状态、用药情况以及饮食情况,加强与患者的沟通,争取在多方面的理解、支持和配合,介绍标本采集的重要意义及如何获得合格标本,了解各种影响因素可能引起的分析误差。目前,全国二级以上的医院,基本上参加了省、市临检中心举办的室内质控活动,成绩都在逐年提高;两个水平的室内质控,每天坚持按要求去做,把此项工作作为衡量当日检验报告能否发出的依据。可以说,分析中的检验质量得到了大幅度提高,基本可以满足临床的需求。但是,从临床反馈的信息中,对部分检验结果仍有怀疑。引起误差的原因是多方面的,尤其是在分析前,参与人员杂、环节多、情况变化大、差错缺陷的隐蔽性强、不可控因素多、责任难分清是其几大特点,也是检验科质量监控的难点所在。现将其原因作以下分析。

5.1 认识不足 许多人认为,质量的好坏,两次间结果相差大或者与临床不符,都是检验科的事,与己无关。全员、全程、全面的质量控制是质量保证的重要体系,上至领导,下至普通员工,从行政后勤等职能科室到临床科室,从医技到护理,无不息息相关。所以,质量问题人人有责,要引起足够的重视。首先,需要院领导的大力支持与配合。检验科要积极主动地编写患者准备、影响因素、标本采集、运送、接收、退回等相关制度的 SOP 文件,详细介绍质量控制的相关知识,为领导制定管理措施提供决策依据;其次,主管领导要在不同的场合,宣传、强调质量观念,结合本院实际,建立相关制度。医务科、质控科、检验科、护理部要积极配合,互相支持,把部门工作同全院工作紧密联系起来。

5.2 管理不到位 护理部与检验科室是两个相对独立、行政关系平行的科室,检验科需要护理部的配合、支持,然而有时很难得到理解与帮助,推诿、护短、讲条件、说困难成为彼此沟通的障碍。而在医院的管理体系中,没有相互间的监督制约机制,许多好的措施、先进的管理方法就得不到认真贯彻落实。因此,医院应建立检验与临床协调机制,定期召开会议及检查落实情况,及时发现问题,迅速予以纠正。

5.3 责任落实力度不够 样本接受、退回制度没有得到认真地执行。分析前阶段的质量控制工作还没有纳入医院质量管理体系。因此,相关职能部门应把质量控制的各个阶段纳入医、护质量管理中。检验科应建立标本接受区域,专人负责登记、验收,严格执行不合格标本退回制度。每月召开一次全院质控小组会议、公布上个月各科标本送检合格率和不合格率;把质量控制内容纳入“三基”考核;要建立个人档案,引入奖励

机制,作为年度评优、争先、晋级的参照依据。

5.4 加强与临床的沟通交流^[10] 临床医生、护士、检验人员各自专业不同,侧重点各异。比如,护理人员对检验标本的采集,还显得生疏,对相关知识及注意事项知之甚少。因此,检验科应在医务科、质控科、总护理部的配合下,每季度组织临床医生、护士、护工等对相关知识进行培训,互相进行经验交流,现场解答各种疑问,编写宣传材料、督促学习。医技、临床工作例会,至少每季度召开一次。

5.5 加强业务学习,不断提高综合素质 检验科工作人员要有扎实的基础知识、基本技能,基本操作要熟练,还要经常学习,接受新知识,掌握新技术,开展新业务。护理人员也要紧跟时代步伐,坚持“三基三严”不松懈,进一步推进护理质量。临床医生、护士与检验科工作人员,在工作上要互相学习,取长补短,加强应用方面的学术交流。如对各种疾病的诊断、鉴别、预后有价值的分析数据的收集、整理、经验总结等方面。

5.6 主动参与临床诊疗过程 积极参与临床查房、危重病例讨论。提高与临床交流对话的自信心,改变长期被动局面。

5.7 搞好宣传教育 在院内利用专栏、导报、检验申请单背面、网页等多种形式,介绍检验须知等基本知识。

参考文献

- [1] 申子瑜. 医院管理学:临床实验室管理分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:58.
- [2] 曾祝伦,李兴禄. 影响临床化学检验分析前质量的因素及对策[J]. 重庆医科大学学报,2004,29(3):370-372.
- [3] 张继华,马忠惠,沈广虎. 检验科标本不合格的特点及对策[J]. 国际检验医学杂志,2009,30(6):612-613.
- [4] 丛玉隆,张海鹏,任珍群. 血液学检验分析前质量控制的重要因素——标本的采集及其控制[J]. 中华医学检验杂志,1998,21(1):52-55.
- [5] 秦晓光. 分析前质量保证[J]. 中华医学检验杂志,2006,29(1):92.
- [6] 贺勇,涂值光. 药物对实验结果的干扰[J]. 国外医学临床生物化学与检验学分册,2003,24(2):122-123.
- [7] 靳敏. 溶血对临床生化检验影响的探讨[J]. 广西医学,2002,24(9):1363-1364.
- [8] 朱卫华,朱增民. 血清心肌酶及肌钙蛋白 I 测定在急性心肌梗死早期诊断中的价值[J]. 中国厂矿医学,2004,17(6):456-457.
- [9] 雄立凡,李数仁. 临床检验基础[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2005:7.
- [10] 蔡军. 加强医学检验与临床沟通,提高医疗质量[J]. 国际检验医学杂志,2008,29(10):940.

(收稿日期:2011-05-09)

(上接第 1907 页)

病原菌,与参考文献[2]报道一致。肠球菌引起的尿路感染已上升为第 2 位,应引起高度重视。由于肠球菌为条件致病菌,加上免疫抑制剂的广泛使用,侵入性治疗的增加,过度使用头孢菌素、喹诺酮类等抗菌剂,肠球菌属的感染增加很快,已成为医院感染的主要病原菌^[3]。

药敏结果显示,尿肠球菌和粪肠球菌对万古霉素、利奈唑胺的耐药率为 0.0%;HLGR 株检出率分别为 59.1%、58.1%,表明高浓度庆大霉素与青霉素或氨苄西林联合用药的机会小于 50.0%。尿肠球菌对青霉素、氨苄西林、环丙沙星、利福平、左氧氟沙星的耐药率明显高于粪肠球菌,对奎奴普汀/达福普汀、氯霉素、四环素的耐药率明显低于粪肠球菌,差异具有统计学意义($P<0.05$)。由于两种肠球菌对抗菌剂的耐药

程度有显著差异,因此,临床医师应注意两种细菌对抗菌剂的差异性,根据药敏结果选择敏感性药物进行治疗。

参考文献

- [1] CLSI. M100-S18, Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility testing Standards: Eighteenth Informational Supplement[S]. Wayne PA:CLSI Document,2008.
- [2] 卜黎红,朱以军,叶晓燕,等. 652 例患者尿路感染病原菌及其耐药性分析[J]. 检验医学,2010,25(2):136-138.
- [3] 周素兰,鲍亚萍,洪霞,等. 医院内尿路感染病原菌的监测及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志,2007,17(12):1590-1593.

(收稿日期:2011-05-09)