

2006,29(9):780-783.
[4] 刘坚,张建团,高小梅. 神经性皮炎患者甲状腺自身免疫性抗体及其功能状态的研究[J]. 山东医药,2006,46(10):53.
[5] 朱萱萱,倪文彭,吴旭同,等. 消风冲剂抗过敏的实验研究[J]. 内蒙古中医药,2008,20(6):39-40.
[6] 刘晓鹤,唐汉钧. 扶正清癭方治疗桥本氏甲状腺炎实验研究[J].

中医药学刊,2004,22(3):497-499.
[7] 叶廷军,王佳谊,郭斌. 桥本氏甲状腺炎 T 细胞的免疫分型及其临床意义[J]. 第二军医大学学报,2007,28(4):372-376.

(收稿日期:2014-02-28)

• 经验交流 •

肾小球肾炎患者检测 D-二聚体临床价值分析*

付小芬,姚曼红,朱艮苗[△]
(重庆市开县人民医院检验科,重庆 405400)

摘 要:目的 研究 D-二聚体在肾小球肾炎中病情变化的诊疗价值。方法 检测 D-二聚体在正常对照组、急性肾小球肾炎及慢性肾小球肾炎组的水平变化,分析浓度变化对肾小球肾炎的诊疗意义。结果 D-二聚体在慢性肾小球肾炎组与急性肾小球肾炎组、正常对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$),其他凝血指标如凝血酶原时间(PT)、部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(Fbg)无明显变化。结论 D-二聚体水平与肾小球肾炎的病情变化呈正相关,与其他凝血指标相比,检测 D-二聚体的体内水平对肾小球肾炎的病情判断更具价值。

关键词:D-二聚体; 肾小球肾炎; 凝血系统
DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.15.068 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2014)15-2111-02

肾小球肾炎又称肾炎,是一种常见的肾脏疾病,常在细菌感染之后发病,引起以弥漫性肾小球损害为主的免疫增生性疾病,患者常表现为血尿、少尿、水肿及高血压等情况。该病分为急性和慢性两种,急性肾小球肾炎起病快,以血尿、水肿为主要临床表现,慢性肾小球肾炎起病隐蔽,主要以蛋白尿、少量血尿为主要临床表现^[1]。已知凝血系统在肾病的发生、发展进程中发挥了重要作用,本研究首次通过研究急慢性肾小球肾炎的 D-二聚体及凝血指标如凝血酶原时间(PT)、部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(Fbg)水平变化,初步探讨凝血系统在肾小球肾炎发病中作用机制及其临床诊疗意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2013 年 12 月在本院确诊并接受治疗的肾小球肾炎患者 121 例,其中急性肾小球肾炎 72 例(急性肾小球肾炎组),男 40 例、女 32 例,年龄 7~49 岁,平均年龄 17.8 岁;慢性肾小球肾炎 49 例(慢性肾小球肾炎组),男 26 例、女 23 例,年龄 10~56 岁,平均 25.3 岁。各肾炎患者为初次发病或复发,均在治疗前检测凝血指标包括 D-二聚体检测。另选择 50 例健康者为正常对照组,其中男 31 例、女 19 例,年龄 23~60 岁,平均年龄 35.9 岁,均无心脑血管病症,检测前无使用抗凝剂、避孕药等干扰凝血功能的药物。

1.2 检测方法 所有患者清晨空腹采血,用 109 mmol/L 枸橼酸钠按 1:9 抗凝,仪器 SysmexCA-7000 全自动血凝仪,检测试剂德国 DADE。

1.3 统计学处理 检测数据在 SPSS17.0 上统计,结果用 $\bar{x} \pm s$ 表示,均数差异用配对 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

急性肾小球肾炎组与正常对照组比较,D-二聚体与 Fbg 呈增高变化、APPT 呈缩短变化、PT 无明显变化,见表 1。慢性肾小球肾炎组 D-二聚体水平与急性肾小球肾炎组、正常对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),而 Fbg 及 APPT 在

各组中变化差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 肾炎患者凝血指标的检测结果($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	D-二聚体 (mg/L)	PT (s)	APTT (s)	Fbg (g/L)
正常对照组	50	0.30±0.27	10.1±6.5	28.5±7.1	3.0±0.8
急性肾小球肾炎组	72	0.38±0.50	10.3±7.2	27.3±7.6	3.1±1.3
慢性肾小球肾炎组	49	0.92±0.60*	10.5±6.9	26.1±6.9	3.5±1.1

*: $P<0.05$,与其他两组比较。

3 讨 论

肾小球肾炎是常见原发性肾小球疾病之一,慢性肾炎、急性肾炎、急进性肾炎以及各种继发性肾小球疾病均可出现肾炎的各种临床表现^[2]。在其发病过程中,体内的高凝状态,血流缓慢,肾小球局部循环障碍,微血栓形成,肾血管内凝血及继发纤溶,是其进一步发展的重要因素^[3]。已知肾病综合征患者高凝状态及继发纤溶明显,APTT 缩短、Fbg 及 D-二聚体增高明显,凝血系统在其疾病的发生发展中起着重要作用^[4]。本研究回顾性分析了本院 121 例急性慢性肾小球肾炎患者 D-二聚体水平及凝血指标,初步探讨其在肾小球肾炎中的致病机制及诊疗价值。

本研究表明,急性慢性肾小球肾炎与正常对照组比较,随着病程的恶化,D-二聚体与 Fbg 呈增高趋势、APTT 呈缩短趋势、但 Fbg 及 APPT 在各组中变化差异无统计学意义($P>0.05$),PT 变化不明显。这提示肾小球肾炎患者存在的轻度低蛋白血症,引发了肝脏合成蛋白代偿能力增强,肝脏合成的糖蛋白 Fbg 及内源性凝血因子增加,由于 Fbg 分子量大,不易从肾脏排出,造成血中 Fbg 增加,而抗凝血酶Ⅲ又极易从病变的肾小球滤过,促使肾小球肾炎患者内源性凝血活性大大提高,表现为 APTT 有缩短趋势,PT 缩短不明显^[5]。

D-二聚体是交联纤维蛋白纤溶酶降解后产生的一种特异

* 基金项目:重庆市卫生局资助项目(2013-2-285)。 [△] 通讯作者,E-mail:zhugenmiao2008@163.com。

性降解产物,是体内凝血发生后的继发纤溶指标^[6]。本研究发现,D-二聚体在慢性肾小球肾炎中与急性肾小球肾炎组、正常对照组差异呈显著性变化($P<0.05$),这表明随着肾小球肾炎患者低蛋白血症的加重,Fbg 代偿性增加、高凝状态及血管内微凝血进一步 D-二聚体的生成;同时,D-二聚体在体内以肾脏排泄为主,慢性肾炎时,肾小球滤过率进一步下降,D-二聚体在体内不易排出,D-二聚体体内水平升高,这提示 D-二聚体与肾小球肾炎的病理进程密切相关^[7]。随着研究的深入,病理研究发现 Fbg 还是肾脏损伤的重要介质。纤维蛋白在肾脏的不断沉积,造成肾小球局部高凝状态和继发纤溶亢进,进而加重肾脏的病理损伤,D-二聚体水平升高^[3]。因此,D-二聚体水平增高不仅是肾小球肾炎恶化的重要标志,同时也是促进肾小球肾炎恶化的重要病理因素。

综上所述,肾小球肾炎患者处于高凝及纤溶亢进状态,有血栓形成的危险,D-二聚体、PT、APTT、Fbg 的检测结果不仅在判断高凝及纤溶亢进状态中起着重要作用,同时对肾小球肾炎病理进程的掌握及疗效的判断具有重要意义。特别体内 D-二聚体水平在急、慢性肾小球肾炎中差异显著,对病理变化、病情观察及疗效评估更具价值,可作为肾小球肾炎病理病情和长

• 经验交流 •

期疗效考核的重要指标。

参考文献

[1] 杨春雷. 肾小球肾炎内科治疗分析[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(33):115-116.
[2] 何向东. 急进性肾小球肾炎的诊断[J]. 中国医药指南, 2013, 11(25):284-285.
[3] 胡小梅, 李松明. 人肾小球炎的尿促凝血、纤维蛋白溶解活性与肾功能的关系[J]. 民航医学, 1996, 1(6):47-48.
[4] 林静华, 郑宇琼, 李粉莲, 等. 肾病综合症患者凝血及纤溶指标变化的意义[J]. 江西医学检验, 2004, 22(2):130.
[5] 黄新勇. 肾病综合征治疗前后凝血功能的变化分析[J]. 吉林医学, 2013. 34(32):6696-6697.
[6] 宋红宝, 徐建华, 丁旭. D-二聚体的临床应用价值[J]. 中国医药指南, 2013, 11(27):439-440.
[7] 罗秀清. 二聚体检测在肾病综合征的应用[J]. 中原医刊, 2001, 8(28):25-26.

(收稿日期:2014-03-16)

34 株鲍曼不动杆菌临床分布及耐药性分析

谢 强,曹明杰,王金丽,张友祥
(安徽省滁州市第一人民医院检验科,安徽滁州 239000)

摘要:目的 了解该院鲍曼不动杆菌分布及耐药情况,为临床用药提供指导。方法 回顾性分析 2013 年 5~10 月临床标本分离的 34 株鲍曼不动杆菌的分布及对各种抗菌药物的耐药性。结果 34 株鲍曼不动杆菌从痰液中分离 25 株(73.53%)。感染的科室中,检出率最高的为 ICU 病房,占 55.88%。34 株鲍曼不动杆菌对阿米卡星、庆大霉素、妥布霉素、头孢吡肟、复方新诺明、左氧氟沙星和环丙沙星的耐药率均大于 70%,对四环素、替卡西林/棒酸、美罗培南和亚胺培南的耐药率较低,分别为 35.29%、47.06%、20.59%和 32.35%。结论 该院分离的鲍曼不动杆菌主要来自于痰液标本,以 ICU 病房检出率最高,耐药严重,并且存在多重耐药和泛耐药株。

关键词:鲍曼不动杆菌; 抗菌药物; 耐药性
DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.15.069 **文献标识码:**B **文章编号:**1673-4130(2014)15-2112-02

鲍曼不动杆菌是革兰阴性非发酵菌,广泛分布于自然界和土壤中,为条件致病菌,也是导致医院感染的常见致病菌之一。近年来,由于各种器械性和侵入性治疗手段的使用,以及各种广谱抗菌药物的使用,导致其耐药率不断上升,给临床治疗带来很大困难。因此加强对鲍曼不动杆菌耐药性的监测非常重要。本文对本院 2013 年 5~10 月从临床标本中分离的 34 株鲍曼不动杆菌的分布及其耐药性进行了回顾性分析。

1 材料与方法

1.1 菌株来源 2013 年 5~10 月从本院送检的各种临床标本中分离的鲍曼不动杆菌 34 株。

1.2 菌株鉴定和药敏试验 所有菌株采用 MicroScan Walk-Away 96 PLUS 全自动细菌分析仪及配套的 NC50 检测卡进行鉴定和药敏试验。药敏结果判断根据 CLSI2012 判断标准^[1]。

1.3 统计学处理 采用世界卫生组织细菌耐药性监测中心推荐的 WHONET5.5 软件进行统计分析。

2 结 果

2.1 鲍曼不动杆菌的分布 2013 年 5~10 月本院共分离鲍曼不动杆菌 34 株。其标本来源分别为痰液 25 株(73.53%)、

尿液 1 株(2.94%)、分泌物 8 株(23.53%)。

表 1 34 株鲍曼不动杆菌对 11 种抗菌药物的耐药率[n(%)]

抗菌药物	敏感	中介	耐药
阿米卡星	7(20.59)	1(2.94)	26(76.47)
庆大霉素	5(14.71)	1(2.94)	28(82.35)
妥布霉素	7(20.59)	0(0.00)	27(79.41)
头孢吡肟	5(14.71)	0(0.00)	29(85.29)
四环素	9(26.47)	13(38.24)	12(35.29)
复方磺胺甲噁唑	6(17.65)	0(0.00)	28(82.35)
左氧氟沙星	6(17.65)	2(5.88)	26(76.47)
美罗培南	26(76.47)	1(2.94)	7(20.59)
环丙沙星	6(17.65)	0(0.00)	28(82.35)
亚胺培南	23(67.65)	0(0.00)	11(32.35)
替卡西林/棒酸	4(11.76)	14(41.18)	16(47.06)

2.2 鲍曼不动杆菌的科室分布 34 株鲍曼不动杆菌主要分布在 ICU 病房和呼吸科。其科室中的分布分别为 ICU19 株(55.88%)、呼吸科 4 株(11.76%)、骨科 3 株(8.82%)、烧伤科 3 株(8.82%)、其他病房 5 株(14.71%)。