

72 h 后的血液,经过这样保存后的血液使漏检的梅毒螺旋体失去活性,没有了感染能力,这有利于降低因输血感染梅毒的风险。职能机构和部门在全面倡导无偿献血的同时,应当加大宣传工作的力度,使无偿献血者了解更多的献血知识,使其意识到自己良好的生活行为对自身健康和捐献合格血液对受血者的重要性,同时在低危献血人群中选择无偿献血者,做好献血前的咨询工作,让有危险行为的献血者延期或放弃献血,有条件的采供血机构应在献血前增加梅毒金标试纸条检测,减少血液资源浪费,尽可能地筛除有高危行为的献血者,以确保临床输血安全。

参考文献

[1] 余刚宝. 张家界市梅毒阳性无偿献血者现况调查[J]. 临床输血与检验, 2006, 8(1): 54-55.
[2] 雷皖秋. 金标试纸条联合快速检测 HBsAg/TP 法在无偿献血中的应用探讨[J]. 中国输血杂志, 2006, 19(6): 461-466.
[3] 黄新保, 杨坤. 2006~2009 年贵港市无偿献血者梅毒感染情况分析[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(2): 136-137.

• 经验交流 •

[4] 黄聪, 孙家志, 谭瑞琼. 广西沿海地区无偿献血者梅毒阳性率分析[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(6): 499-500.
[5] 谢进荣. 2006~2009 年文山州无偿献血者血液检测结果分析[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(6): 502-503.
[6] 刘衍春, 张振燕, 周知祥, 等. 南京市无偿献血者梅毒感染率的初步调查和分析[J]. 中国输血杂志, 2002, 15(6): 421.
[7] 林夕, 殷苏华, 刘惠玲. 漳州市 2005~2009 年无偿献血者检测结果分析[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(6): 500-501.
[8] 陈红, 刘鹏, 苏娟. 427 例无偿献血者梅毒阳性标本的调查研究[J]. 中国输血杂志, 2009, 22(11): 926.
[9] 王玲玲, 邱筱椿. 上饶市无偿献血者血液检测结果分析[J]. 中国输血杂志, 2012, 25(2): 162-163.
[10] 季阳, 郑忠伟, 蔡辉, 等. 病毒血清学检测与核酸检测技术在输血传染病筛查中的应用[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(6): 413-417.

(收稿日期: 2014-03-26)

某综合性医院 HIV/AIDS 患者收治情况分析

俞研迎

(浙江大学医学院附属第一医院检验科, 浙江杭州 310003)

摘要:目的 探讨 HIV/AIDS 在综合性医院的感染情况及针对措施。方法 回顾分析 2010 年 10 月至 2013 年 10 月某综合性医院收治的 HIV/AIDS 患者资料。结果 经该院初筛阳性并经该市疾病预防控制中心确证共 251 例, 平均 41.73 岁, 男女比例为 6.6 : 1。内科收治占 62.15%, 较多的科室有传染科 43 例、皮肤科 27 例、艾滋病科 27 例、消化内科 13 例; 外科收治占 28.29%, 较多的科室有肛肠外科 29 例、肿瘤外科 10 例、口腔科 8 例; 急诊中心收治占 9.56%。主要临床表现有肺部症状 17.13%、皮肤症状 13.15%、肛肠疾病 11.95%、神经系统症状 7.6%、发热 7.6%、消化系统症状 6.77%、肝脏系统症状 5.18%、其他症状 12.35%。结论 AIDS 临床表现复杂多样, 收治科室分布广泛, 临床医生应高度警惕。

关键词: 人类免疫缺陷病毒; 艾滋病; 综合性医院
DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2014.16.069 **文献标识码:** A **文章编号:** 1673-4130(2014)16-2262-03

自艾滋病(AIDS)被发现以来,全球各国政府及非政府组织都在努力拯救 HIV 感染者和 AIDS 患者并竭力控制疫情扩散,但是目前全球每天仍然有 7 000 多人新感染 HIV。中国 AIDS 感染人数持续上升并从高危人群向一般人群扩散^[1]。笔者在日常工作中留意到 HIV 检测阳性的患者来源科室不一,临床症状多样。而 AIDS 临床表现复杂多样会很容易延误治疗。为了解本院 HIV/AIDS 患者收治的具体情况笔者做了本次研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 10 月至 2013 年 10 月于该院诊治的 HIV/AIDS 患者 251 例。

1.2 仪器与试剂 初筛试剂采用北京万泰生物药业股份公司生产的 HIV-1/2 酶联免疫吸附试验(ELISA)试剂,美国雅培公司生产的 HIV-1/2 硒标试剂。上述试剂均由国家食品药品监督管理局注册,批检合格,并在有效期内使用,严格按照试剂盒操作说明书进行操作。仪器采用德国贝灵公司生产的 BEP III 全自动酶标检测仪。

1.3 检测方法 初筛采用双抗原夹心 ELISA 法或胶体硒法。根据《全国艾滋病检测技术规范(2009 年版)》要求^[2],对初筛阳性标本用两种或两种以上不同原理或不同厂家试剂进行复核。复检阳性将前后两份患者标本送杭州市疾病预防控制中心

心艾滋病确证实验室采用蛋白印迹法(WB)确证。

1.4 统计学处理 采用 Excel2003 软件进行数据整理。

2 结果

2.1 HIV/AIDS 患者年龄、性别分布 251 例确证为 HIV 感染/AIDS 患者的年龄为 19~83 岁,平均 41.73 岁;男性 218 例,女性 33 例,男女比例为 6.6 : 1;各年龄组分布见表 1,21~40 岁者占 48.60%,构成主要感染人群。

表 1 251 例 HIV/AIDS 患者年龄分布		
年龄(岁)	<i>n</i>	构成比(%)
1~<20	7	2.79
20~<30	62	24.70
30~<40	60	23.90
40~<50	50	19.92
50~<60	38	15.14
60~<70	29	11.55
70~<80	3	1.20
80~<90	2	0.80

2.2 收治临床科室分布情况 内科收治 156 例占 62.15%,

外科收治 71 例占 28.29%，另外急诊中心收治 24 例占 9.56%，具体见表 2。

表 2 收治临床科室分布情况[n(％)]			
内科收治科室		构成比	
传染科		43(17.1)	
艾滋病科		27(10.8)	
皮肤科		27(10.8)	
呼吸内科		15(5.97)	
消化内科		13(5.17)	
肝炎科		8(3.18)	
妇科		5(1.99)	
神经内科		4(1.59)	
内分泌科		3(1.19)	
血液科		3(1.19)	
骨髓移植中心		3(1.19)	
肾内科		2(0.79)	
风湿科		1(0.39)	
心内科		1(0.39)	
干部病房		1(0.39)	

外科收治科室		构成比	
肛肠外科		29(11.6)	
肿瘤外科		10(3.98)	
口腔科		8(3.18)	
肝胆胰外科		5(1.99)	
耳鼻喉外科		4(1.59)	
心胸外科		4(1.59)	
骨科		3(1.19)	
泌尿外科		3(1.19)	
神经外科		3(1.19)	
外科综合病房		1(0.39)	
血管外科		1(0.39)	
急诊中心		24(9.56)	

2.3 就诊患者主要临床表现 251 例患者中临床表现以肺部疾病、皮肤症状和肛肠疾病为主共 106 例占 42.23%，具体见表 3。其他临床症状具体有乏力待查、肾脏疾病、糖尿病、骨折、前列腺增生、鼻窦炎、农药中毒、外伤、急性阑尾炎、甲亢、梅毒、伤寒、耳痒、心脏功能不全、重度贫血。

表 3 251 例 HIV/AIDS 患者主要临床表现分布情况		
项目	n	构成比(％)
肺部疾病	43	17.13
皮肤症状	33	13.15
肛肠疾病	30	11.95
神经系统疾病	19	7.60
发热	19	7.60
消化系统疾病	17	6.77
肝脏疾病	13	5.18
自愿咨询体检	13	5.18
其他肿瘤	11	4.38
淋巴结肿大	8	3.19
口腔疾病	7	2.79
AIDS	7	2.79
其他临床症状	31	12.35

3 讨 论

AIDS 防控形势依然面临严峻挑战,本省自 2007 年开始施行医疗机构艾滋免费检测服务以来,使很多 HIV/AIDS 患者在医疗机构就诊过程中就被诊断,使其被早发现、早治疗,从而降低抗病毒治疗成本,并减少二代感染几率和相关成本,从 CEA 即全成本分析角度分析反而能减少防艾控艾成本^[3],具有重要的公共卫生学意义^[4]。

本研究显示 251 例患者男女比例为 6.6∶1,20~<50 岁共有 172 例占 72.5%,中青年构成感染主要人群。与 2011 年中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心发布的《2011 年中国艾滋病疫情报告》AIDS 感染人群以青壮年男性为主相符^[5]。大于 60 岁患者也构成不小比例占 13.55%,应该引起重视。

AIDS 是一种由逆转录病毒感染而引起的以 T 淋巴细胞受损为主要表现的细胞免疫功能不全的疾病,临床表现复杂多样,且无症状期长,均给 HIV/AIDS 患者早期诊断带来相当大的难度。该院有 26 个科室诊治过 HIV/AIDS 患者,几乎涵盖所有临床科室与农少云等^[6]报道一致。内科收治 156 例占 62.15%,外科收治 71 例占 28.29%,有一个患者同时出现发热、呕吐、腹泻、关节痛、皮疹症状,先后在该院传染科、消化内科、风湿科就诊,最后在皮肤科被诊断为 HIV 感染。急诊中心收治 24 例占 9.56%,临床症状有皮炎、骨髓瘤、肺部感染、颅内感染、头痛待查、发热待查、消化道出血、外伤、农药中毒、腹痛待查,其中肺部感染 7 例占 29.17%、颅内感染 3 例占 12.5%、腹痛待查 3 例占 12.5%。

诊治的 HIV/AIDS 患者临床表现以肺部感染、皮肤黏膜症状、肛肠疾病、神经系统感染、发热待查、消化系统疾病、肝脏系统疾病、其他肿瘤、淋巴结肿大、口腔疾病、AIDS 多见,尤其是 HIV 合并肝脏系统疾病能加大两种疾病的治疗难度^[7]。另外还有乏力待查、骨髓瘤、肾脏疾病、淋巴瘤、口腔溃疡、糖尿病、外伤、急性阑尾炎、甲状腺功能亢进、农药中毒、前列腺增生、耳痒、鼻窦炎、伤寒、重度贫血、骨折、梅毒感染患者中发现有 HIV 感染。自愿咨询体检 13 例,其中 2 例是半夜到急诊中心主动要求检测 HIV 抗体。

HIV/AIDS 患者已由高危人群逐渐向一般人群扩散,所有临床医生都不要忽视患者 HIV 感染可能,同时加强自身职业防护意识并严格规范操作将减少职业暴露和医院感染,遏制 AIDS 传播^[8]。若碰到长期发热、明显消瘦、反复腹泻、反复多个部位的感染,尤其是肺部感染,经久不愈的浅表溃疡等症状者,临床医生应警惕 AIDS 的可能,尽早做 HIV 筛选,以早期诊断早期治疗,以免延误治疗。本次研究显示 AIDS 临床表现复杂多样,虽然以肺部感染、皮肤黏膜症状、肛肠疾病、神经系统感染多见,但是其他症状占 50.2%;收治科室分布广泛以传染病科、皮肤科、艾滋病科、肛肠病科多见,其他临床科室收治占 49.8%,其他临床科室医生应高度警惕。

参考文献

[1] 许进福.住院患者艾滋病感染现状分析及对策[J].中华医院感染学杂志,2012,22(23):146-147.

[2] 中国疾病预防控制中心.中国艾滋病检测技术规范[S].北京:中国疾病预防控制中心,2009.

[3] 辛倩倩,徐慧芳,梁彩云,等.2006~2010 年广州市医疗机构 HIV 检测措施的成本效果分析[J].中华预防医学杂志,2013,47(6):547-551.

[4] Taarnhoj GA,Engsig FN,Ravn P,et al. Incidence, riskfactors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995—2007[J]. BMC Pulm Med,2011,11(1):26.

[5] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.2011 年中国艾滋病疫情报告[S].北京:中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心,2011.

[6] 农少云,梁娟英.综合医院住院病人 HIV 及梅毒感染状况[J].中国艾滋病性病,2013,19(6):436-437.

[7] Thibault V, Gaudy-Graffin C, Colson P, et al. Epidemiological, virological and clinical characteristics of HBV infection in 223 HIV coinfecting patients; a French multi-centre collaborative study[J]. Virol J, 2013, 10(1): 87.

[8] 吴玉竹, 潘俊峰, 胡秀学. 术前患者 HIV 抗体检测结果分析及临床意义[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(11): 1464-1466.

(收稿日期: 2014-01-28)

• 经验交流 •

血清前清蛋白检测在肝功能评估的应用研究

廖 敏

(湖北省崇阳县中医院检验科, 湖北崇阳 437500)

摘要:目的 研究血清前清蛋白(PA)在临床上通过评价肝功能反映肝硬化病情的应用价值。方法 选择 2010 年 1 月至 2013 年 9 月来该院就诊的 170 例肝硬化患者(肝硬化组)和 159 例健康体检者(对照组), 采用免疫比浊法检测两组的血清 PA 及清蛋白(ALB)水平, 并进行对比分析。结果 170 例肝硬化患者进行治疗 1 月后, 肝硬化不同分级患者治疗前后 PA 水平比较, 差异有统计学意义($P<0.01$); 肝硬化组血清 PA 及清蛋白(AL)水平明显低于对照组($P<0.01$)。结论 血清 PA 水平能够较为敏感的在临床上通过评价肝功能来反映肝硬化患者的病情进展情况, 同时还可以在治疗中及时评价治疗效果, 值得在临床肝硬化患者的病情评估中加以应用。

关键词:血清前清蛋白; 肝硬化; 肝功能

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.16.070 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-4130(2014)16-2264-02

血清前清蛋白(PA)是由人体肝脏细胞合成的一种快速转运蛋白质, 主要起到运输甲状腺素和维生素 A 的功效^[1]。有研究证明 PA 的半衰期仅为 1.9 d, 因此通过测量人体血清中 PA 的水平, 可以有效反映短期内肝脏细胞是否发生病变和功能障碍, 进而对肝硬化严重程度的诊断提供有效依据^[2]。本研究通过对肝硬化患者与健康人进行血清 PA 水平比较, 进一步论证血清 PA 在评价肝功能中的应用价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2013 年 9 月本院门诊就诊的肝硬化患者 170 例(肝硬化组), 男 100 例, 女 70 例, 年龄 29~69 岁, 平均(45.2±5.3)岁。所有患者均通过腹部 B 超诊断, 符合肝硬化的诊断标准。肝功能分级采用 Child-Pugh 分级, A 级 5~6 分, B 级 7~9 分, C 级≥10 分, 评价指标包括肝性脑病、腹腔积液、总胆红素、凝血酶原时间、清蛋白(AL)水平。其中 A 级 50 例, B 级 80 例, C 级 40 例。另选择 159 例健康体检者作为对照组, 男 90 例, 女 69 例, 年龄 28~70 岁, 平均(44.9±5.8)岁。两组患者年龄、性别构成以及其他基本资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 血清 PA 及 AL 水平统一采用上海九强公司生产的试剂, 两组患者均在空腹下, 静脉采集血液 4 mL, 血清分离后, 得到的样品放入贝克曼 DXC-800 检测生化分析仪, 采用免疫比浊法检测血清 PA 及 ALB 水平, 测得的数据由仪器自动记录。此外, 对肝硬化患者进行抗病毒治疗、饮食控制及对症治疗。

1.3 统计学处理 采用统计软件 SPSS13.0 进行分析, 定性资料采用 χ^2 检验, 定量资料采用两独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 PA 水平与肝功能分级关系分析 见表 1。

2.2 肝硬化患者治疗前后 PA 水平比较 对 170 例肝硬化患者进行治疗 1 月后, 肝硬化不同分级患者治疗前后 PA 水平比较, 差异有统计学意义($P<0.01$), 见表 2。

2.3 肝硬化组与对照组 PA 与 AL 水平比较 肝硬化组 PA 和 AL 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.01$), 见

表 3。

表 1 PA 水平与肝硬化患者肝功能分级的关系[n(%)]			
PA 水平(mg/L)	肝功能		
	A 级	B 级	C 级
90~<130	0(0.00)	0(0.00)	28(100.00)*
130~<170	8(13.33)	42(70.00)	10(16.67)#
170~<222	17(34.69)	30(61.22)	2(4.09)
222~<372	25(75.76)	8(24.24)	0(0.00)

*: $P<0.05$, 与 130~<170 mg/L 的 PA 水平比较; #: $P<0.05$, 与 170~<222 mg/L 的 PA 水平比较。

表 2 肝硬化不同分级患者治疗前后 PA 水平比较($\bar{x}\pm s$, mg/L)					
分级	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
A 级	50	231.1±45.2	269.5±49.7	-4.041 8	0.000 0
B 级	80	142.1±34.8	221.3±45.6	-12.349 4	0.000 0
C 级	40	93.4±32.1	165.4±12.3	-13.246 7	0.000 0

表 3 肝硬化组与对照组 PA 与 AL 水平比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	PA(mg/L)	AL(g/L)
肝硬化组	170	141.4±32.1	32.5±6.4
对照组	159	310.2±43.2	45.6±3.4
<i>t</i>		-40.400 1	-22.956 1
<i>P</i>		0.000 0	0.000 0

3 讨 论

目前临床上有关肝功能分级以及评价还没有实验室指标能够较好说明, 近年来 CTP 评分被广泛运用于临床上评价肝功能。已知几乎所有的血清 PA 都在肝实质细胞合成, 因此 PA 水平主要受肝脏营养状态的影响, 故而许多学者采用 PA 指标来间接评价肝功能^[3]。临床研究发现, 当机体受到细胞因