

# 慢性前列腺炎 160 例实验室检查诊断与临床应用

龙晓彬<sup>1</sup>, 叶扬<sup>2</sup>, 余红彬<sup>3</sup> (1. 新疆维吾尔自治区喀什农三师医院检验科 844000; 2. 新疆维吾尔自治区昌吉州人民医院检验科 831100)

**【摘要】 目的** 通过对慢性前列腺炎的实验室检查诊断与临床体征的观察, 以提高中医药对慢性前列腺炎的治愈率。**方法** 对 160 例慢性前列腺炎的临床表现及实验室检查诊断进行总结分析, 提出相应的中医药治疗方案。**结果** 治愈 130 例 (占 81.3%), 有效 25 例 (占 15.6%), 无效 5 例 (占 3.1%)。**结论** 早期正确的实验室诊断和临床医生正确及时的诊断, 加之慢性前列腺炎患者的积极配合治疗, 是提高慢性前列腺炎治愈的关键。

**【关键词】** 慢性前列腺炎; 实验室诊断; 临床体征的观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.051

中图分类号:R697.33

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)18-2009-02

在诊男性前列腺疾病中, 实验室检查诊断仍占主要地位。本文对 160 例前列腺炎的实验室检查与临床体征进行了观察, 以提高中医药对慢性前列腺炎的治愈率。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 从 2005 年 9 月至 2009 年 9 月在本院中西医结合门诊就诊的前列腺炎患者中筛选出 160 例患者, 均为门诊按摩取前列腺液。实验室前列腺液常规检验: 前列腺液白细胞每高倍视野大于 10 个, 卵磷脂小体少许或 +~++。年龄 20~30 岁 62 例, 31~50 岁 98 例。病程 3 个月至 1 年 104 例, 1 年以上 56 例。

**1.2 临床表现** 全部患者均有不同程度的尿频、尿急、尿痛、夜尿增多、排尿困难, 尿道时有灼热感, 大小便前后尿道口滴出稀薄乳白色液, 会阴部、腰骶部胀痛或伴有头昏、乏力、失眠、遗精、早泄、阳痿、性功能减退等。

**1.3 实验材料与标本采集** (1) 实验材料: OLYMPUS 光学显微镜、载玻片、盖玻片、吸管及无菌小容器。(2) 标本采集: 标本采集属于实验室检验前准备工作, 实验结果的准确与否与其有至关重要的联系, 故前列腺液的采集工作直接关系到前列腺液检验及细菌检验结果的准确程度。患者的前列腺液标本采集可用前列腺按摩法。由中医男科临床医生进行无菌操作, 嘱患者排尿后, 先从上向下按摩前列腺左右两叶各 2~3 次。或从前侧腺的两侧向中线按摩 2~3 次, 然后由中线向肛门口按压 2~3 次, 再挤压会阴部尿道, 乳白色前列腺液便从尿道口滴出。将第一滴弃去, 然后将标本接于小容器中或直接滴于载玻片上, 必须及时进行检验。如需做细菌培养, 应先消毒尿道口, 用无菌容器收集标本<sup>[1]</sup>。

**1.4 实验室检查诊断** (1) 一般性状检查: 轻度前列腺炎时, 前列腺液外观常无明显改变。化脓所致的前列腺炎性反应时, 分泌物浓稠, 外观呈脓性或脓血性液体。(2) 显微镜检查: 前列腺炎时, 卵磷脂小体常减少, 并有成堆现象, 严重者卵磷脂小体消失, 白细胞增多, 且可成堆出现。上皮细胞也增多。前列腺化脓性炎症反应时, 红细胞增多。前列腺颗粒细胞在前列腺炎时常伴大量脓细胞出现。前列腺炎时直接涂片革兰染色或抗酸染色检查可找到细菌, 以葡萄球菌最多见, 链球菌次之, 淋病双球菌也可发现。+~++ 可以诊断为前列腺炎。分段尿及前列腺液培养检查, 菌落计数 VB3 > VB110 倍可诊断为细菌性前列腺炎。若 VB1 及 VB2 细菌培养阴性, VB3 和前列腺液细菌培养阳性, 即可确诊<sup>[2]</sup>。

**1.5 治疗方法** 本院中医科的基本治疗方法为: 中药知柏地黄汤加减法, 并加以合理饮食、良好的卫生习惯、热水坐

浴及理疗, 最好每周 1 次前列腺按摩, 以引流炎性分泌物, 可有良好的疗效。

**1.6 治疗标准** (1) 治愈: 患者临床症状消失, 前列腺液常规检验白细胞每高倍视野少于 10 个, 卵磷脂小体 ++~++++。(2) 有效: 患者临床症状大部分消失, 前列腺液常规检验白细胞明显减少, 卵磷脂小体 +~++++。(3) 无效: 临床症状无明显变化, 前列腺液常规检验无明显改变。

**1.7 统计学方法** 依据资料性质, 选用华西医科大学 PEMS3.1 统计软件包进行四格表  $\chi^2$  和 R×C 表  $\chi^2$  检验, 3 组均数比较采用方差分析。中药知柏地黄汤加减治疗前后前列腺液常规检验结果差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

## 2 结果

经 1~4 个疗程连续服用中药知柏地黄汤加减药治疗, 治愈 130 例 (占 81.3%), 患者临床症状消失, 前列腺液常规实验室检验为: 白细胞每高倍视野少于 10 个, 卵磷脂小体 ++~++++; 有效 25 例, 患者临床症状大部分消失, 前列腺液常规实验室检验为白细胞明显减少, 卵磷脂小体 +~++++; 无效 5 例, 临床症状无明显变化, 前列腺液常规检验无明显改变。总有效率 96.9%。说明慢性前列腺炎患者服用中药知柏地黄汤加减治疗前后差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

表 1 慢性前列腺炎知柏地黄汤加减治疗前后结果比较

项目	n	治疗效果	治愈率 (%)	总有效率 (%)
治愈	130	白细胞 < 10 个/HP 卵磷脂小体 ++~++++	81.3	—
有效	25	白细胞明显减少 卵磷脂小体 +~++++	15.6	—
无效	5	白细胞大于 10 个/HP 卵磷脂小体 +~++	3.2	—
			96.9	

注: — 表示无数据。

## 3 讨论

前列腺炎是男性常见病, 约占门诊成年男性患者的 1/4, 慢性前列腺炎分为细菌性和非细菌性。大多数慢性前列腺炎患者没有急性炎症反应过程, 未能及时、有效、正规地治疗发展而来。其致病菌有大肠埃希菌、变形杆菌、克雷白菌、葡萄球菌或链球菌等, 也可由淋球菌感染, 主要是经尿道逆行感染所致。

前列腺解剖位置比较特殊,组织学上前列腺分为内层与周围层,内层腺管为顺行性,而周围层腺管呈逆行倒流。射精时,如后尿道有感染,则有致病菌会大量挤向周围层。如排尿不畅,感染的尿液也可经前列腺管逆流至前列腺组织内形成微结石,使感染更难控制。此外,前列腺腺上皮的类脂质膜是多种抗生

素进入腺泡的屏障,也是慢性前列腺炎治疗不理想、难以根治的原因。  
慢性细菌性前列腺炎的临床诊断依据有:(1)反复的尿路感染发作;(2)前列腺按摩液中持续有致病菌存在。但是,临床上常难以明确。因此,一般前来就诊的患者经医生诊断后基本上已转为慢性前列腺炎。许多患者在前列腺发生病变的初期仅仅以反复的泌尿系统感染而就诊进行治疗,因此延误了最佳的治疗时期而成为慢性前列腺炎,其带来的病痛是可想而知的。因为前列腺的解剖位置比较特殊,西医治疗效果不佳、甚至难以根治,容易造成疾病迁延。目前在本院临床治疗多以中药药法疗效显著,中医治疗应用活血化瘀和清热解毒药物,多用知柏地黄汤加减,再加以综合治疗、合理的饮食、良好的卫生习惯、热水坐浴及理疗,最好每周1次前列腺按摩,以引流炎性分泌物,可有良好的疗效。诊疗的总有效率可达96.9%。

随着社会文明的高度发展,科技的日新月异,人们在工作

生活中来自各个方面的各种压力与日俱增,自然生态环境恶化,文化生活的改革开放,导致男性前列腺炎的发病率日趋增高,并且已具有年轻化倾向,故提倡男性在平时的日常生活中,做到生活有规律、有节律、多注意自我保健,养成良好的饮食及良好的卫生生活习惯。早预防、早诊断、早治疗,时刻保持积极进取、乐观向上的生活态度。

综上所述,对于男性前列腺疾病,尤其是在前列腺炎的临床诊断和鉴别诊断中,实验室的检验诊断占据主导地位,贯穿慢性前列腺炎整个诊疗的全部过程。因此,提高实验室检验诊断水准势在必行,同时在医疗上更要重视实验室检查诊断。提高生活质量,从珍爱身体的每一个零部件做起。

参考文献

[1] 陈文彬. 诊断学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社,2001: 376-377.  
[2] 吴在德. 外科学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社,2002: 736-737.

(收稿日期:2010-03-23)

# 血小板参数测定在肾病综合征中的临床意义

敖先锋(中国有色金属第七冶金建设公司职工医院检验科,贵州贵阳 550014)

**【摘要】 目的** 通过对肾病综合征患者的血小板计数(PLT)、平均血小板体积(MPV)的调查分析,探讨肾病综合征患者血小板参数变化的临床意义。**方法** 选择2000~2009年60例肾病综合征患者作为试验组,50例健康体检者作为对照组,分别采血检测血小板参数,包括PLT、MPV。对所得结果进行t检验。**结果** 试验组与对照组比较,血小板参数变化差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 血小板参数变化在肾病综合征中有重要作用,对其病情分析和血栓形成的临床诊断具有重要价值。

**【关键词】** 血小板; 平均血小板体积; 肾病综合征

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.052

中图分类号:R446.1

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)18-2010-02

血小板具有特定的形态结构和生化组成,在正常血液中有较恒定的数量。循环血液中处于静息状态的血小板受到生物或物理因子刺激后,使血小板胞质内颗粒膜糖蛋白释放与质膜融合,血小板膜表面糖蛋白发生数量重排和构象变化而成为活化血小板,活化血小板参与血栓形成与止血、炎性反应和免疫反应。肾病综合征(NS)患者因激素和利尿剂的使用而导致高凝状态,进而形成血栓,血黏度明显增加<sup>[1]</sup>。本文通过对肾病综合征患者血小板(PLT)、平均血小板体积(MPV)进行检测,观察其变化情况,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 病例组60例,均根据临床诊断标准确诊,其中男35例,女25例,年龄30~75岁,平均53岁;对照组50例,男28例,女22例,年龄35~70岁,平均49岁。检查前1月内未服用任何药物,正常饮食1周。

**1.2 标本采集** 受试者均清晨空腹坐位采静脉血2 mL,EDTA-K<sub>2</sub> 抗凝作血常规检查,获得PLT及MPV。

**1.3 检测方法** 利用Sysmex KX-21N三分类血细胞分析仪作血常规测定,仪器对低、中、高质控品进行测定,各主要检测项目均在控的条件下,按照仪器的操作规程,于室温下1~4 h内对标本进行检测。

**1.4 统计学方法** 所测数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示,各项检测指标间均数作t检验。

## 2 结果

两组测定值均数比较,NS组PLT以及MPV均高于健康对照组,两组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结果见表1。

表1 NS组与健康对照组 PLT、MPV、PDW( $\bar{x} \pm s$ )

测定指标	NS组(n=60)	对照组(n=50)	P
PLT( $\times 10^9/L$ )	306.0 $\pm$ 38.0	182.0 $\pm$ 36.0	<0.05
MPV(fL)	18.7 $\pm$ 1.4	10.3 $\pm$ 1.2	<0.05
PDW(%)	13.1 $\pm$ 2.4	40.2 $\pm$ 3.0	>0.05

注:PDW表示血小板体积分布宽度。

## 3 讨论

有文献认为,EDTA抗凝血MPV的结果在取血1 h后才趋向稳定,在1~6 h内变化小于3%,故本试验标本的检测都集中在1~4 h间测定,力求结果的准确、可靠。本文测定结果表明,NS患者存在PLT功能亢进,表现为PLT、MPV显著增高。PLT膜能表达PLT  $\alpha$ -颗粒膜蛋白CD62P或GMP-140和溶酶体完整膜糖蛋白<sup>[2-3]</sup>。当PLT受各种因子如ADP、胶原、