

值得一提的是,任何检测手段和方法都会有其片面性和局限性。在实际诊断中,HBV-DNA 定量往往被描述成为判断 HBV 传染性大小、病情严重程度以及治疗效果的“金指标”,这一认识是片面性的,HBV-DNA 定量检测为了解 HBV 在体内的变化增添了新的手段,弥补了以往乙型肝炎免疫标志物(两对半)检测的不足,HBV-DNA 定量数值只能说明游离在血液中病毒的含量,病毒多少、含量高低与病情严重程度不呈正相关。乙型肝炎病情轻重取决于很多因素,例如:患者的免疫状态、遗传因素、病毒的变异等,HBV 感染人体是一个连续、动态的过程,临床医务工作者也应该清醒地认识到这一点^[3]。

总之,HBV-DNA 实时荧光定量 PCR 检测较 ELISA 检测法有更好的灵敏度和特异性,能准确反映 HBV 在体内的复制

情况,对临床上抗病毒药物的选择和判断疾病的预后还是具有一定的临床价值。

参考文献

[1] 顾小红. HBV 感染者 HBV-DNA 与血清标志物间的关系[J]. 实用肝脏杂志, 2004, 7(4): 217-218.
[2] 马晓健, 周华. 某高校新生体检乙型肝炎病毒感染状况分析[J]. 实用预防医学, 2003, 10(1): 96-97.
[3] 庄兴辉. 病毒性肝炎知识问答[J]. 中华流行病学杂志, 1996, 17(2): 183.

(收稿日期: 2010-04-03)

59 例代偿期肝炎肝硬化患者血小板参数变化

夏礼军(湖北省广水市第一人民医院检验科 432700)

【摘要】 目的 探索乙型肝炎病毒所致的肝炎肝硬化患者血小板参数如外周血小板(PLT)、血小板平均比容(MPV)、血小板分布宽度(PDW)的变化。**方法** 对 59 例肝炎肝硬化患者根据肝功能量化按 Child-pugh 分级: A 级 29 例, B 级 13 例, C 级 17 例。年龄 25~60 岁, 男 36 例, 女 23 例。健康对照组 168 例为该院健康体检人员, 经彩色 B 超、CT 和肝功能检查均无异常, 采集静脉血用 EDTA-Na₂ 抗凝, 经 ABX 全自动血细胞分析仪检测。**结果** 肝炎、肝硬化患者 PLT 与健康对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。MPV、PDW 与健康对照组比较差异也有统计学意义($P<0.05$), 两组比较差异具有统计学意义。**结论** 肝炎肝硬化患者血小板参数改变显著。

【关键词】 肝炎肝硬化; 血小板参数; 代偿期

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.20.056

中图分类号: R575.2 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)20-2272-02

肝硬化是由多种原因造成肝脏内弥漫性纤维化和肝细胞结节大量生成,使肝脏正常结构改建。在代偿期,病程短、症状轻,不易受到重视。肝硬化可由病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝脏代谢性障碍、长期胆汁淤滞等病因所致。据报道肝硬化 40%~65% 由乙、丙、丁型肝炎病毒所致肝炎引起,其中最常见是乙型肝炎病毒。本院对 59 例代偿期肝炎肝硬化患者血小板参数进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 59 例肝炎肝硬化患者(病例组)均来自本院感染内科,其中男 36 例,女 23 例,年龄 25~60 岁,其中乙型肝炎表面抗原(HBsAg)、乙型肝炎 E 抗原(HBeAg)、乙型肝炎核心抗体(抗-HBc)均为阳性 40 例。乙型肝炎表面抗原(HBsAg)、乙肝抗-HBe、HBcAb 均为阳性 19 例,病程 2~15 年。肝功能异常,ALT、AST 有不同程度升高, A:G 有不同程度倒置。经彩色 B 超、核磁共振和肝纤维化检验,诊断符合全国病毒性肝炎学会标准。健康对照组 168 例为本院健康体检者,其中男 121 例,女 47 例,年龄 17~55 岁。经肝功能、彩色 B 超和核磁共振检验均无异常。

1.2 仪器与试剂 PLT 参数检验用 ABX 全自动血细胞计数仪,血细胞稀释液、溶血素和清洗液均由台湾贝索公司生产,质控物为四川迈克公司生产。抗凝剂 EDTA-Na₂ 剂量为 1.5~2.2 mg/mL(3.7~5.4 μmol)。

1.3 样本采集 受检者在静坐或静卧状态下采集静脉血 2 mL 注入 EDTA-Na₂ 抗凝管中混匀后送检。

1.4 检测方法 用 ABX 全自动血球仪检测血小板参数。

1.5 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计分析软件,数据以 $\bar{x} \pm s$

s 表示,组间比较采用 t 检验。

2 结果

各组检验结果见表 1。病例组 PLT 明显低于健康对照组($P<0.01$), MPV、PDW 明显高于健康对照组($P<0.05$)。两组之间比较差异有统计学意义。

表 1 病例组和健康对照组检验结果

组别	PLT	MPV	PDW
健康对照组	187.55±65.42	8.92±1.72	16.34±0.58
病例组	74.32±19.42	12.44±2.16	20.12±1.32
P	<0.01	<0.05	<0.05

3 讨论

肝炎肝硬化导致 PLT 参数变化原因有以下几方面: (1) 肝炎病毒导致人体免疫反应异常,产生 PLT 抗体使补体激活,使 PLT 寿命缩短,破坏增加。(2) 肝炎病毒在骨髓细胞内增殖,导致巨核细胞再生不良, PLT 巨核细胞明显减少或消失。(3) 急性病毒性肝炎合并弥漫性血管内凝血(DIC)导致 PLT 消耗增加^[1-3]。(4) 肝炎病毒直接损害血小板。(5) 脾功能亢进时,体积较小的 PLT 被巨噬细胞吞噬破坏。以上原因使 PLT 数量减少显著, MPV、PDW 增高。肝炎肝硬化在代偿期,因症状较轻,不易引起重视,但 PLT 参数已经发生变化。在肝功能失代偿期,症状开始加重,并伴轻、中度贫血,但病程较长,易造成不可逆治疗。因此,在代偿期监测 PLT 参数,能有效预防肝炎肝硬化的发生和加重。

参考文献

[1] 梁扩寰. 肝脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 130-132.

[2] 陈斌, 孔令晶, 黄育华. 214 例慢性肝病患者血液参数与脾脏的变化及临床意义[J]. 临床内科杂志, 2009, 10(11): 39-40.

[3] 张新逸. 肝硬化患者血浆凝血因子和血小板参数变化 20 例分析[J]. 中华医学实践杂志, 2004, 3(7): 75-76.

(收稿日期: 2010-04-13)

临朐县 2008~2009 年血液恶性肿瘤新发情况分析

王爱萍(山东省临朐县人民医院 262600)

【摘要】 目的 了解本县血液恶性肿瘤新发情况及病种分布。**方法** 对患者进行骨髓穿刺, 通过对患者血象、骨髓象的形态学及组化染色发出确诊报告。**结果** 血液恶性肿瘤有增长趋势, 病种分布也有不同。**结论** 要降低血液恶性肿瘤的发病率需从预防入手。

【关键词】 血液恶性肿瘤; 发病率; 分布; 预防
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2010. 20. 057
中图分类号: R733; R73-31 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)20-2273-01

血液恶性肿瘤是严重危害人类健康的一大疾病, 为了解其发病率及病种的分布情况, 以达到降低其发病率的目的, 本文对临朐县 2008~2009 年血液恶性肿瘤新发例数及病种进行了统计, 现报道如下。

1 资料与方法

资料来源于来本院就诊的血液病患者, 对患者进行骨髓穿刺, 按全国骨髓报告确诊标准对患者血象、骨髓象进行形态学及组化染色发出确诊报告。

2 结 果

2008 年临朐县全县人口 85 万, 新发血液恶性肿瘤 28 例, 发病率为 3. 29/10 万。2009 年临朐县全县人口 85. 1 万, 新发血液恶性肿瘤 41 例, 发病率为 4. 82/10 万。其病种分布见表 1。

表 1 2008~2009 血液恶性肿瘤病种分布(n)					
时间(年)	MDS	AA	MM	MF	其他
2008	5	3	2	1	3
2009	8	5	4	2	4

注: MDS 骨髓增生异常综合征; AA 再生障碍性贫血; MM 多发性骨髓瘤; MF 骨髓纤维化。

3 讨 论

本调查结果显示, 2009 年比 2008 年的发病率明显提高, 病种的分布也有差别, 其显著增加的是 MDS、AA 及 MF。MF 在过去一般见于老年患者, 从本次发现的病例看有年轻化的趋势(1 例是 32 岁的青年妇女), AA 与 MDS 的增加与环境污染、饮食的毒害、药物的不规范使用有很大关系。从对 MDS 与 AA 患者的回顾性追踪发现, 常有多年持续的无症状性白细胞偏低, 有的患者 10 年前查体白细胞低于 $3\ 000\times 10^9/L$, 并在其上下徘徊。在 Hb 与 BPC 正常的情况下, 白细胞持续偏低应引起重视^[1]。

总之, 要想降低血液恶性肿瘤的发病率, 应从预防入手。坚决杜绝重复使用对于能引起白细胞降低的敏感人群的药物, 有害毒物的排放, 蔬菜水果、食物的农药使用应严格规范; 上述这些都是降低血液恶性肿瘤的根本措施。

参考文献

[1] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京: 东南大学出版社, 2006.

(收稿日期: 2010-03-11)

113 例重症手足口病患儿脑脊液分析

胥 冀, 刘昆江, 寸树兰(云南省昆明市儿童医院检验科 650034)

【摘要】 目的 探讨重症手足口病患儿脑脊液特点。**方法** 对 113 例重症手足口病患儿脑脊液结果进行分析。**结果** 重症手足口病患儿脑脊液生化、细胞数及分类均有明显改变, 基本符合病毒性脑炎的脑脊液改变。**结论** 重症手足口病患儿脑脊液阳性率高, 对有神经系统症状及体征的患儿及早进行脑脊液检查对重症手足口病患儿早期诊断及对病情控制、疗效观察和预后估计有重要的意义。

【关键词】 手足口病; 重症; 脑脊液
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2010. 20. 058
中图分类号: R512. 5 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)20-2273-02

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病, 多发生于 3 岁以下的学龄前儿童, 临床表现主要有发热、口腔黏膜出现散在疱疹, 手、足和臀部出现斑丘疹、疱疹。同时可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状。重症患儿可出现脑炎、肺水肿、循环衰竭等