

CML 患者除 Ph1 染色体之外,骨髓细胞中出现双 Ph1 染色体及其他染色体畸变时,由慢性期转入急变期的风险增大 5 倍。但是,变异型 Ph1 染色体并不增加这种风险。

本文所发现的 46,XX,t(1;21),t(17;22)、46,XX,t(9;14;22)、46,XY,t(9;22),t(2;21)、46,XY,t(9;19),t(9;22)、46,XY,inv(2)、46,XY,t(9;18)等 6 种 CML 的染色体畸变,国内外均鲜见报道。这些患者的染色体畸变与 CML 的发生和临床演进快慢之间的关系,尚待进一步探索。

参考文献

[1] Sandberg AA. Chromosomes and causation of human cancer and leukemia; XL. The Ph1 and other translocations in CML[J]. Cancer,1980,46(10):2221-2226.

[2] Rowley JD, Testa JR. Chromosome abnormalities in malignant hematologic diseases[J]. Adv Cancer Res,1982,36(2):103-148.

[3] Shtivelman E, Lifshitz B, Gale RP, et al. Fused transcript

of abl and bcr genes in chronic myelogenous leukemia[J]. Nature,1985,315(6020):550-554.

[4] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 天津:天津科技出版社,1990;193-201.

[5] 朱宝生,黄士智,易淑君,等. 慢粒细胞白血病变异 Ph 易位的细胞遗传学及临床观察[J]. 云南医药,1996,17:466.

[6] ISCN. Report of the standing committee on human cytogenetic nomenclature [J]. Cytogenet Cell Genet, 1978, 21(6):309-404.

[7] 过宇,薛永权,林宝爵. 105 例慢性粒细胞白血病的染色体观察[J]. 江苏医药,1987,13(5):242-243.

[8] 朱康儿,周思文,林茂芳,等. 慢性粒细胞白血病的染色体观察[J]. 浙江医科大学学报,1990,19(3):115-116.

(收稿日期:2011-02-14)

61 例羊水过少孕妇临床分析

喻文娟(江苏省常州市武进区横林人民医院妇产科 213101)

【摘要】 目的 探讨羊水过少对围生儿的影响及分娩方式。**方法** 对该院 2007 年 9 月至 2010 年 9 月 61 例羊水过少孕妇进行临床分析。**结果** 羊水过少主要相关因素是妊娠高血压疾病、过期妊娠、胎儿生长受限。胎儿窘迫,新生儿窒息及剖宫产率明显增高。**结论** 羊水过少结局较差,除胎儿畸形外,应选择剖宫产结束分娩,可改善围生儿预后。

【关键词】 羊水过少; 胎儿窘迫; 新生儿窒息

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 15. 053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1887-02

羊水过少是产科常见并发症之一。妊娠晚期羊水量少于 300 mL 者,称羊水过少。羊水过少对母婴的不良影响日益受到重视,极易发生胎儿窘迫和新生儿窒息,增加围生儿病死率。本院对 2007 年 9 月至 2010 年 9 月收治的羊水过少孕妇情况进行临床分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 9 月至 2010 年 9 月,在本院分娩孕妇总数 1 832 例,其中确诊羊水过少 61 例,发生率 3.33%。孕妇均为单胎,其中初产妇 38 例占 62.30%。经产妇 23 例占 37.70%。年龄 18~41 岁,平均 27 岁。孕周小于 40 周 29 例,≥40 周 32 例,有妊娠高血压 8 例,胎儿生长受限 3 例,过期妊娠 5 例,合并脐带缠绕 17 例。

1.2 羊水直接测量法 剖宫产以吸引器收集羊水量,阴道分娩人工破膜时用中弯盘置于臀下收集羊水。羊水小于 300 mL 确诊为羊水过少。同时可观察羊水性状,但直接测量法不能达到早期诊断。

1.3 超声诊断法 B 超检查采用羊水指数法(AFI)诊断羊水过少更敏感,更准确。AFI≤8.0 为羊水过少的临界值,AFI≤5.0 为羊水过少的绝对值。

2 结 果

2.1 羊水量与羊水性状、胎儿窘迫、新生儿 Apgar 评分的关系 见表 1。表明羊水越少,羊水粪染越严重,胎儿窘迫及新生儿窒息的发生率越高。

2.2 羊水过少主要相关因素 61 例羊水过少中合并妊娠高血压 8 例,占 13.1%;胎儿生长受限 3 例,占 4.9%;合并过期

妊娠 5 例,占 8.3%;合并脐带缠绕 17 例,占 27.9%。

表 1 羊水量与羊水性状、胎儿窘迫、新生儿 Apgar 评分关系

羊水量 (mL)	n	羊水粪染(n)				胎儿窘迫 [n(%)]	新生儿 Apgar 评分(n)		
		清	I	II	III		1~3 分	4~7 分	8~10 分
<100	11	1	2	4	4	8(72.72)	1	2	8
100~199	26	10	5	9	2	11(42.30)	0	1	25
200~299	24	14	4	5	1	7(29.26)	0	1	23
合计	61	25	11	18	7	26(42.62)	1	4	56

2.3 羊水过少与分娩方式 61 例羊水过少孕妇中,剖宫产 56 例,占 91.80%,阴道分娩 5 例,占 8.20%。剖宫产中 30 例未临产,以羊水过少为剖宫产指征。26 例剖宫产者已临产,因胎儿窘迫,产程异常等原因剖宫产,其中羊水Ⅱ~Ⅲ度 14 例,占临产后剖宫产 53.85%。新生儿 Apgar 评分 4~7 分 2 例,Apgar 评分 1~3 分 1 例;而未临产者羊水Ⅱ度混浊者 8 例,仅占未临产剖宫产者 26.67%,新生儿 Apgar 评分 8~10 分 29 例。经阴道分娩,羊水Ⅱ~Ⅲ度混浊 2 例占 40.00%。

3 讨 论

既往羊水过少检出率低,发病率约 0.10%。随着 B 超检查的广泛应用,羊水过少检出率增高。本组资料显示羊水过少发病率 3.33%,符合近年来报道的 0.40%~4.00%^[1]。羊水过少可发生于妊娠的任何时段,妊娠 35 周后羊水量逐渐减少,妊娠 41 周后羊水量每周可减少 25%^[2]。

羊水过少对母婴均可产生影响。由于羊水过少产程异常,阴道难产率增高。脐带因缺乏羊水缓冲而受压,尤其临产时,

宫缩直接影响子宫胎盘血液循环而致胎儿缺氧。严重缺氧反射性引起胎儿呼吸运动增强而吸入粪染的羊水,导致吸入性肺炎,肺不张,增加新生儿复苏的难度。本组资料也说明:羊水越少,胎粪污染,胎儿窘迫,新生儿窒息的发病率越高。故一旦确诊羊水过少,除外胎儿畸形后,应严密监测,结合是否合并高危因素,监护无异常,孕妇强烈要求阴道试产者,可在宫颈条件具备后积极试产,对产程进展不良或胎心监护异常,及时改剖宫产结束分娩,改善围生儿预后^[3]。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2010:

128.
[2] 黄醒华. 羊水过少对母婴的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2000,16(8):454-455.
[3] 王海波,周艾琳,张爱群,等. B 超诊断羊水偏少孕妇阴道试产 120 例临床分析[J]. 中华围产医学杂志,2002,5(3):165-167.

(收稿日期:2011-02-18)

单采血小板与浓缩血小板的临床疗效比较

易筱荣(青海省人民医院检验科,西宁 810007)

【摘要】 目的 比较单采血小板与浓缩血小板的临床疗效。**方法** 对 212 例患者输注血小板前后的血小板数值进行检测,根据血小板计数增加指数(CCI)、血小板回收率(PPR)以及临床症状进行疗效评估。**结果** 单采血小板和浓缩血小板均有输注疗效,单采血小板有效率 CCI 89.09%,PPR 93.64%,浓缩血小板有效率 CCI 63.73%,PPR 69.61%;单采血小板组和浓缩血小板组在输注后 1 h CCI、24 h CCI 以及 1 h PPR 比较,差异有统计学意义($P<0.05$),24 h PPR 比较差异有统计学意义($P<0.01$);两组在临床出血症状疗效比较差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 对血小板减少的患者,输注单采血小板可明显提升外周血中的血小板数量,并能迅速起到止血的目的,防止大出血并发症,而浓缩血小板效果不显著。

【关键词】 单采血小板; 浓缩血小板; 输注疗效; 临床出血症状
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1888-02

血小板(PLT)减少是临床上出血最常见的原因之一,因治疗不及时或疗效不佳而致死亡的危险性较大,为临床所重视。血小板输注是临床治疗血小板减少性出血最有效的方法。目前,血小板分为单采血小板和浓缩血小板两种,本文旨在对单采血小板和浓缩血小板的临床疗效作一比较。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择自 2007 年 1 月至 2009 年 12 月本院住院患者 212 例,所有患者近期连续输注血小板 3 次以上,排除有可能影响血小板计数的因素,如发热,脾脏肿大,骨髓移植等。患者按输入血小板品种进行分组。输入单采血小板患者 110 例(单采组),其中男 48 例,女 62 例,年龄 10~75 岁,平均 41.6 岁,病理诊断再生障碍性贫血(AA)10 例,急性非淋巴细胞型白血病(ANLL)45 例,骨髓异常增生综合征(MDS)5 例,淋巴瘤(ML)18 例,特发性血小板减少性紫癜(ITP)6 例,血栓性血小板减少性紫癜(TTP)3 例,乳腺癌 2 例,卵巢癌 3 例,宫颈癌 5 例,直肠癌 8 例,骨肉瘤 5 例。输入浓缩血小板 102 例(浓缩组),男 53 例,女 49 例,年龄 12~70 岁,平均 43.8 岁,病理诊断 AA 6 例,ANLL 56 例,MDS 2 例,ML 12 例,ITP 4 例,TTP 1 例,乳腺癌 4 例,胃癌 3 例,肺癌 2 例,肝癌 3 例,胰头癌 3 例,胸壁肉瘤 2 例,骨髓瘤 4 例。

1.2 制品来源 单采血小板采用 CS-3000 PLUS 系统制备,规格为 1 个治疗量/袋;浓缩血小板的制备以每 400 mL 全血提取的血小板为 2 U,两种血小板 1 个治疗量的血小板含量大于或等于 2.5×10^{11} /L,均由青海省血液中心提供。

1.3 输注方法 所有患者输注前均作 ABO 和 Rh 血型鉴定,并作凝聚胺法交叉配血,与供者血型相合后输注;记录患者输注前血小板及输注后 1 h 与 24 h 分别采集静脉血所作的外周血血小板,采用 Sysmex Xe-2100 全自动血细胞分析仪测定;测

量身高、体质量,计算校正血小板计数增加指数[CCI=输注后血小板增加值 $\times$ 体表面积(m^2)/输注血小板总数]及血小板回收率[PPR=输注后血小板增加值 $\times$ 血容量(L) $\times100\%$ /输注血小板总数]。

1.4 疗效评价 对两组患者输注血小板前后临床出血症状观察记录,监测临床出血症状是否改善。1 h CCI >7.5 或 24 h CCI >4.5 ,1 h PPR $>30\%$ 或 24 h PPR $>20\%$,视为输注有效。

1.5 统计学方法 两组间输注疗效比较采用 t 检验,临床出血症状疗效比较采用 χ^2 检验,用 SPSS11.0 统计学软件进行处理。

2 结果

血小板输注疗效测定见表 1、2;两组间输注疗效比较见表 3,临床出血症状疗效比较见表 4。

表 1 单采血小板疗效测定			
项目	总例数	有效例数	有效率(%)
CCI	110	98	89.09
PPR	110	103	93.64

表 2 浓缩血小板疗效测定			
项目	总例数	有效例数	有效率(%)
CCI	102	65	63.73
PPR	102	71	69.61

从表 1、表 2 可见单采血小板和浓缩血小板均有输注疗效。从表 3 可见单采血小板组和浓缩血小板组 1 h CCI、24 h CCI 以及 1 h PPR 比较,差异有统计学意义($P<0.05$),24 h PPR 比较差异有统计学意义($P<0.01$)。两组在临床出血症状疗效比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表 4。