

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<sup>[3]</sup>。

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)

参考文献

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

# 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  $2.5 \times 10^{11}/L$ , 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×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×血容量(L)×100%/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  $\chi^2$  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。

表 3 两组间输注疗效比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n   | CCI         |             | PPR(%)        |               |
|-----|-----|-------------|-------------|---------------|---------------|
|     |     | 1 h         | 24 h        | 1 h           | 24 h          |
| 单采组 | 110 | 36.66±7.18* | 13.86±5.63* | 172.59±33.62* | 68.38±32.26** |
| 浓缩组 | 102 | 23.30±4.94  | 10.03±4.65  | 160.71±28.58  | 30.75±27.04   |

注:与浓缩组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ 。

表 4 两组间临床出血症状疗效比较

| 组别  | n   | 出血减轻或停止 | 出血未减轻或停止 | 有效率(%) |
|-----|-----|---------|----------|--------|
| 单采组 | 110 | 78      | 32       | 70.91  |
| 浓缩组 | 102 | 54      | 48       | 52.94  |

注: $\chi^2 = 7.27, P < 0.01$ 。

### 3 讨论

血液病及肿瘤患者在治疗前或在治疗期间,部分患者出现严重血小板减少,在治疗血小板减少的患者中,特别是血液病治疗中血小板输注已成为成分输血的首位。血小板数与临床出血程度是决定是否输注血小板的主要依据,而判断血小板输注疗效的主要依据是输注后 CCI 和 PPR。通常通过测定 1 h CCI 可以了解血小板是否够剂量,有无疗效;24 h CCI 可以了解输注后血小板存活期,决定输注间隔;同时测定 1 h CCI 和 24 h CCI 或是 1 h PPR 和 24 h PPR 可以鉴别有无同种免疫引起的血小板破坏加速。

本组资料显示,无论单采血小板还是浓缩血小板输注对血小板减少患者都有疗效,但是单采血小板输注疗效明显优于浓缩血小板,其主要原因是同种免疫抗体的产生,主要有类白细胞抗原类抗体和抗血小板特异性抗原抗体。据报道,反复输注血小板的患者,大于 50% 产生同种免疫抗体,30%~70% 产生血小板输注无效<sup>[1-2]</sup>。另外感染、发热、脾肿大等非免疫性因素也是影响血小板输注疗效的独立因素<sup>[3-6]</sup>。还有一些人为因

素,如血小板运送过程中的混匀震荡不规范,室温下放置时间过久以及输注速度过慢等都能影响血小板的输注疗效。

总之,血小板输注是临床治疗血小板减少性出血最有效的措施。但在输注时应尽量去除影响血小板输注疗效的因素,以便达到临床有效止血的目的。

### 参考文献

- [1] 朱尊民,张琳,杨靖,等.单采血小板输注及血小板抗体检测的意义[J].中国输血杂志,2002,15(1):36-37.
- [2] 李大鹏,徐学芳,任红,等.血细胞分离机采集单个供血者血小板的临床应用[J].中国输血杂志,2002,15(1):37-39.
- [3] 陈纯,黄绍良,方建培,等.HLA-I 类配型血小板输注在造血干细胞移植和血液病中的应用[J].激光杂志,2005,26(5):96-97.
- [4] 孙晓明,牛爱年,尹秋霞,等.血小板相关抗体与血小板输注无效关系讨论[J].中国输血杂志,2005,18(3):222-223.
- [5] Sanz C, Freire C, Alcorta I, et al. Platelet-specific antibodies in HLA-immunized patients receiving chronic platelet support[J]. Transfusion, 2001, 41(6):762-765.
- [6] Kurz M, Knobl P, Kalhs P, et al. Platelet-reactive HLA antibodies associated with how a comparison between the monoclonal antibody-specific immobilization of platelet antigens assay and the lymphocytotoxicity test[J]. Transfusion, 2001, 41(6):771-774.

(收稿日期:2011-02-25)

## 474 例泌尿生殖道炎症患者支原体检测及药物敏感分析

李富南<sup>1</sup>,包欢欢<sup>2</sup>(1.广西壮族自治区北海市卫生学校 536000;2.广西壮族自治区北海市卫生学校附属医院检验科 536100)

**【摘要】** 目的 通过对 474 例拟诊为非淋菌性泌尿生殖道炎(NGU)的标本进行支原体检测和药物敏感分析,初步了解合浦地区支原体感染状况,为临床上选择治疗支原体的抗生素提供参考依据,指导合理用药。**方法** 采用珠海浪峰生物技术有限公司支原体培养、鉴定药物敏感试剂盒(改良肉汤稀释法)进行支原体鉴定及药物敏感试验。**结果** 474 例标本中,支原体感染阳性 212 例,总阳性率为 44.73%,解脲支原体(Uu)感染 168 例,检出率为 35.44%;人型支原体(Mh)感染 4 例,检出率为 0.84%;Uu+Mh 混合感染 40 例,检出率为 8.45%。对 8 种常用的抗生素的药物敏感试验结果:Uu 敏感率由高到低为交沙霉素 95.24%、克拉霉素 83.33%、强力霉素 75.00%、罗红霉素 72.62%、阿奇霉素 71.43%、红霉素 71.43%、美满霉素 59.52%、可乐必妥 50.00%;4 例 Mh 感染对交沙霉素、强力霉素、美满霉素、可乐必妥均敏感,对红霉素、罗红霉素、阿奇霉素及克拉霉素均耐药;Uu+Mh 混合感染敏感率最高的为交沙霉素 70.00%,其次为强力霉素 65.00%和美满霉素 50.00%。**结论** 本地区泌尿生殖道炎症中,支原体有较高的阳性率,呈现单纯 Uu 感染阳性最高,Uu+Mh 混合感染其次,单纯 Mh 感染最少。对单纯 Uu 感染首选敏感性最高的交沙霉素,其次克拉霉素和强力霉素;Uu+Mh 混合感染首选交沙霉素,强力霉素次之;单纯 Mh 感染从药物敏感试验结果上看可选择交沙霉素、强力霉素、美满霉素及可乐必妥。

**【关键词】** 非淋菌性泌尿生殖道炎; 药物敏感试验; 解脲支原体; 人型支原体; 敏感率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)15-1889-03

随着社会经济的发展,近几年无论国内还是国外非淋菌性泌尿生殖道炎(NGU)发病率有不断上升的趋势。国内外大量资料显示,NGU 发病数已居性传播疾病(STD)门诊就诊者的首位<sup>[1]</sup>,其中解脲支原体(Uu)和人型支原体(Mh)是 NGU

的两种最主要的病原体。支原体可以引起多种疾病,甚至不孕不育、习惯性流产等,其对机体的损伤日益引起人们的关注<sup>[2]</sup>。另一方面,由于抗生素的滥用,导致支原体的耐药菌株不断增加,造成反复感染并形成慢性迁延。因此,对支原体的培养进