

本站通过建立 RhD 血型库发现,奉节地区 Rh 血型系统的 RhD 阴性频率为 0.3%,与我国汉族人群中 RhD 阴性频率 0.2%~0.5%的报道相一致,同时针对 RhD 稀有血型的献血者比例少,血液保存期短等现象,对 RhD 阴性血液血站应采用低温冷冻技术保存。目前该地区用量小,根据医院预约情况临时采集,随要随采的原则,满足医疗机构所需,为临床稀有血型患者的急诊急救工作提供保障。目前,本站可随时启动建立的 Rh 血型数据库,投入临床医院使用已取得一定成效,从 2004 年 3 月至 2011 年 6 月,为奉节县和巫山县地区县级医院患者提供 RhD 阴性全血 9 400 mL,经配合型输注后均无免疫性溶血等不良反应,效果良好。据文献报道,AB 型 RhD 阴性因用血机会更少,一般不需要库存,急需时在最短的时间采集或与医院输血科商量用 O 型 RhD 阴性洗涤红细胞代替 AB 型<sup>[6]</sup>。因此,库存一定量的 O 型 RhD 阴性悬浮红细胞,可以随时紧急用。在本站建立 RhD 资料库以来,已调用 RhD 阴性血型无偿献血者 28 人次,保证了本地区 RhD 阴性血液的供应,及时抢救 RhD 阴性患者起到重要作用。在本站建立 RhD 阴性血液库,要做到长期满足临床的需求,一是需要加大人力、物力投入,继续从广泛的献血者中筛选阴性献血者,对无偿献血者中筛查出的 RhD 阴性献血者进行免费家庭普查,以提高阴性人群的检出率,扩大阴性献血队伍。二是成立稀有血型互助会,组织联谊活动,交流献血体会,增进友谊与感情,弘扬互助友爱的人道主义精神,以便在 RhD 阴性患者急救用血时能够实现互助,鼓励他们多参加无偿献血。三是加强自我保护意识,使自己尽量不接受别人的血液。四是对该类献血者搞好管理,使其更多的成为固定献血者。

Rh 血型数据库投入临床使用,本站的建立,填补了奉节县和巫山县地区献血人群 Rh 血型建档空白。了解本地区无偿献血人群 Rh 血型分布,可以更有计划地做好采供血和稀有血型的调配,快速地为含 Rh 同种抗体和 RhD 阴性血型患者检索到相配合的血液,解决临床输血问题。由此可见,建立一支相对稳定的 RhD 阴性献血者队伍,构建 RhD 阴性献血者信息库,调配好有限的 RhD 阴性血液资源,是保证 RhD 阴性受血者和献血者安全的有效手段之一,而且应该严格管理,科学合理使用,以充分发挥其救急救治的作用,确保输血安全。

## 参考文献

- [1] 浑守永,刘明霞,王玉芝,等. Rh(D)阴性手术患者输血方案探讨[J]. 中国输血杂志,2007,20(3):219-220.
- [2] 吴辉云,徐冉,刘隆萍. 3 450 例输血者血清不规则抗体筛查结果分析[J]. 实验与检验医学,2009,27(4):415.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中国输血技术规范(血站部分)[M]. 天津:天津科学技术出版社,1998:60-66.
- [4] 陈辉莲. 血液和血液制品的不安全因素分析及对策探讨[J]. 医学综述,2010,16(4):604-605.
- [5] 李勇,马学严. 实用血液免疫学[M]. 北京:科学出版社,2006:204-205.
- [6] 李娅娜,斯景萍,杨丽亚,等. 西安市无偿献血者 Rh(D) (一)血型资料库建立及管理[J]. 中国输血杂志,2004,17(4):290-291.

(收稿日期:2012-02-15)

# 血浆 D-二聚体测定在脑出血诊治中的临床意义

刘志凡(四川省雅安市人民医院检验科 625000)

**【摘要】 目的** 探讨血浆中 D-二聚体(D-D)的检测对脑出血患者的诊断和治疗价值。**方法** 将 80 例脑出血患者按首次出血量分为:I 组为大量出血组,出血量大于 30 mL,26 例;II 组为中量出血组,出血量 20~30 mL,30 例;III 组为小出血量组,出血量小于 10 mL,24 例。采用免疫比浊法对各组病例血浆 D-D 进行检测。**结果** 所有病例血浆中 D-D 在急性期升高,各组测得值相比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 脑出血患者 D-D 含量增高,出血量越大和继续出血者升高越明显。

**【关键词】** D-二聚体; 脑出血; 临床意义

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.051 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1633-02**

通过对本院 80 例脑出血患者急性期血浆中 D-二聚体(D-D)进行检测和分析,对其临床意义进行了探求,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组男 58 例,女 22 例,年龄 32~78 岁;均经头部计算机 X 线断层扫描(CT)诊断确诊。

**1.2 分组** 所有病例满足下列条件 (1)发病 12 h 内入院;(2)除外有凝血功能障碍因素。出血量用多田公式计算,按出血量分为 I 组(大量出血组:出血量大于 30 mL)26 例;II 组(中量出血组,出血量 20~30 mL)30 例;III 组(少量出血组,出血量小于 10 mL)24 例。年龄、性别各组相匹配。

## 1.3 方法

**1.3.1 标本采集及处理** 入院后立即采集肘前静脉血,将 0.11 mmol/L 的枸橼酸钠 1 份与 9 份静脉全血混合,避免气泡产生。60 min 内不小于 3 000 r/min 离心 10 min,分离上层血

浆待检。

**1.3.2 检测方法** 仪器使用希森美康 CA-1500 全自动血凝分析仪检测,采用免疫比浊法检测 D-D。试剂盒由德国 Siemens Healthcare Diagnostics Products Germany 生产,希森美康(上海)有限公司提供。

**1.3.3 统计学方法** 采用 SAS 软件包进行统计分析,数据以  $\bar{x} \pm s$  表示。组间差异采用 *t* 检验。

## 2 结果

所有病例血浆 D-D 含量均增高,其中 I 组为  $(2\ 230 \pm 446) \mu\text{g/L}$ ,II 组为  $(1\ 120 \pm 215) \mu\text{g/L}$ ,III 组为  $(650 \pm 110) \mu\text{g/L}$ ;各组间比较差异均有统计学意义( $P<0.01$ ),说明脑出血时血浆 D-D 含量不仅增高,而且出血量越大升高越显著,与出血量呈正相关。本组对在 48 h 内病情变化的病例再次测定血浆 D-D 时发现,随着出血量增加,D-D 含量也同步增加,表明血浆 D-D

含量的变化可以预示脑出血和病情的变化与转归。

### 3 讨 论

脑出血发病时,脑组织及血管内皮损伤迅速释放组织因子而激发外源性凝血系统,血中凝血活性增强,有利于血管破裂处止血血栓形成<sup>[1]</sup>。血中凝血活性增强及局部止血血栓形成也激活纤溶系统活性,一方面溶解血循环中过多的纤维蛋白,另一方面溶解止血栓促进血管修复。由于纤溶活性增强,纤维蛋白降解产物随之增加,而 D-D 是交联纤维蛋白特异的降解产物,因此,脑内出血时,D-D 含量随即增高,而且,纤溶酶的活性越高,其血浆中 D-D 含量越高<sup>[2]</sup>,它是机体处于高凝状态和纤溶亢进的分子标志物之一<sup>[3]</sup>。

本研究发现,脑出血早期患者血浆中 D-D 含量会明显高,且出血量越大,D-D 升高越明显;同时也揭示,出血继续增多,D-D 含量也会随之攀升。因此,本组资料表明,血浆 D-D 含量不仅在脑出血急性期升高,而且其升高的程度与出血量和病情

恶化呈正相关。

综上所述,血浆 D-D 含量测定简便、快捷、经济、易行,可以作为脑出血患者病情程度、治疗效果和预后判定的一个重要指标。

### 参考文献

[1] 马觉民.脑出血和脑梗死患者发病 48 h 内 D-二聚体检测结果分析[J].广西医学,2000,22(4):712-713.  
[2] 陈保忠,李燕品,张卫华,等.高血压脑出血术后 D-二聚体动态的临床研究[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(7):553-554.  
[3] 刘瑞玉,张舜玲,李永爱,等.D-二聚体检测在急性脑血管病中的应用[J].中原医刊,2000,27(11):28-29.

(收稿日期:2011-12-22)

## 238 份痰标本涂片与培养结果分析

梁金花(牡丹江医学院红旗医院检验科,黑龙江 157011)

**【摘要】 目的** 了解下呼吸道感染患者的痰液标本涂片镜检对痰液培养的指导意义。**方法** 对 338 份下呼吸道感染患者的痰液标本,进行直接涂片镜检与培养并对其结果进行对比分析。**结果** 理想合格标本 96 份,涂片与培养结果符合率 68.6%;可接受合格标本 123 份,涂片与培养结果符合率 58.9%;不合格标本 119 份,涂片与培养结果符合率 33.7%。**结论** 痰标本直接涂片镜检对于痰培养结果的可靠与否具有重要价值。

**【关键词】** 痰涂片; 痰培养; 对比分析; 下呼吸道感染  
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.052 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1634-02

下呼吸道感染患者临床通常采取自然咳痰法留取标本,常带有上呼吸道的正常菌群,使临床痰标本培养阳性率不高,甚至出现培养结果与临床不符等现象<sup>[1]</sup>。痰涂片镜检对于保证标本质量、提高培养的准确性,为临床提供真实可靠的实验数据具有重要意义<sup>[2]</sup>。但在进行痰培养时,往往忽视痰涂片镜检的作用。为探讨痰标本涂片与培养结果的关系,现对 338 份痰标本涂片与培养结果进行分析,报道如下

### 1 材料与方法

**1.1 标本来源** 痰标本来自 2010 年 6~12 月呼吸科住院患者送检的痰标本。住院患者主要存在慢性支气管炎、肺炎、急性支气管炎等下呼吸道感染疾病。

**1.2 标本采集** 采集方法为自然咳痰法,收集患者晨痰置于专用灭菌痰培养瓶中,于 30 min 内送检。

#### 1.3 方法

**1.3.1 痰标本预处理** 不含或含黏液很少的合格标本,可直接接种,含大量黏液的标本,应加入等量的液化剂(如 pH=7.6 的 10 g/L 胰酶溶液等),放置 35 ℃待充分液化再行接种。

**1.3.2 痰涂片** 取 1 杯经过预处理的痰标本进行涂片制成 1 张厚薄均匀的涂片并进行革兰染色。根据染色结果将痰标本分为 3 类,理想合格标本[(鳞状上皮细胞小于或等于 10,白细胞大于或等于 25(低倍视野)];可接受合格标本[(10 小于或等于鳞状上皮细胞小于或等于 25,白细胞大于或等于 25(低倍视野)],且细菌种类大于或等于 3 种);第 3 类不合格标本(鳞状上皮细胞大于或等于 25,白细胞小于或等于 10/低倍视野)。

**1.3.3 痰培养** 将经过预处理的痰标本分别接种于血板,巧克力和中国蓝平板上进行培养。培养 24 h 后,用珠海迪尔的细菌生化鉴定板对其进行鉴定。

### 2 结 果

**2.1** 在 338 份痰标本中,96 份为理想合格标本,可接受合格标本 123 份,合格率 73.0%,不合格标本 119 份,不合格率为 27.0%。

**2.2** 3 类标本涂片与培养结果比较 见表 1。

表 1 痰标本涂片结果与培养结果的比较

| 痰标本类型 | <i>n</i> | 符合例数 | 不符合例数 | 符合率(%) |
|-------|----------|------|-------|--------|
| 理想合格  | 96       | 81   | 15    | 84.4   |
| 可接受合格 | 123      | 97   | 26    | 78.9   |
| 不合格   | 119      | 41   | 78    | 34.5   |

从表 1 可得出,3 类标本涂片与培养结果符合率分别为 84.4%、78.9%和 34.5%,经  $\chi^2$  检验,3 类标本符合率差异有统计学意义( $\chi^2=74.83, P<0.05$ )。经  $\chi^2$  分割,前 2 类符合率之间差异无统计学意义( $\chi^2=1.08, P>0.05$ ),前 2 类与第 3 类标本符合率差异有统计学意义( $\chi^2=74.11, P<0.05$ ),前 2 类标本涂片与培养结果符合率高于第 3 类标本。

### 3 讨 论

**3.1** 痰标本涂片镜检可用于合格痰标本的筛选 痰标本的质量是确保痰培养结果准确性的首要前提,只有在痰标本合格基础上培养的结果,才可能准确<sup>[3]</sup>。所以痰标本质量直接影响痰培养的准确性。笔者根据涂片中鳞状上皮细胞、白细胞及细菌种类,把痰标本分为 3 类。白细胞数量反映痰标本微生物感染程度,鳞状上皮细胞主要来自上呼吸道,代表痰液受污染程度。理想合格标本中含有较少的鳞状上皮细胞及较多的白细胞,说明标本来自下呼吸道,而且受污染很少,所以是较理想的标本;