

疾病标志物,总阳性率为 14.9%,其中各单项阳性率分别为 HBsAg 10.9%(738 例)、抗-HCV 1.38%(93 例)、抗-TP 2.59%(174 例)、抗-HIV(1+2) 0.03%(2 例)、HCV 与 TP 同时阳性 5 例、HIV 与 TP 同时阳性 1 例。174 例抗-TP 阳性的患者加做了 TRUST 试验,其中 33 例阳性,阳性率为 18.97%。

表 1 6 728 例术前及输血前 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV(1/2 型)、抗-TP、TRUST 检测结果

检测项目	阳性例数(n)	阳性率(%)
HBsAg	738	10.90
抗-HCV	93	1.38
抗-HIV(1+2)	2	0.03
抗-TP	174	2.59
TRUST	33	18.97*
抗-HCV 与抗-TP	5	0.07
抗-HIV(1+2)与抗-TP	1	0.01

*:抗-TP 阳性患者中。

3 讨 论

本次统计显示,本院患者在术前、输血前的传染性疾病标志物阳性率为 14.9%,高于有关文献报道^[1],这可能与地区差异有关。HBsAg 和抗-HCV 的阳性检出率分别为 10.9%和 1.38%,与文献报道 HBsAg 感染在 10%~15%之间^[2]、抗-HCV 阳性率 0.51%~3.9%大致相同^[3]。据专家估计,中国大约有 1.2 亿人长期携带乙肝病毒,现有慢性肝炎者达 2 000 万人,仅丙肝病毒感染者约 3 800 万^[4]。从文献报道看,近年乙肝阳性率比较平稳,这与普及乙肝疫苗接种、使用免疫球蛋白阻断母婴传播等预防措施有关。但只查表面抗原,不查乙肝全项,漏掉窗口期感染者概率较大。输血曾是丙肝的主要传播途径,但是由于对献血者在献血前对丙肝病毒抗体的检测使输

• 个案与短篇 •

血传播丙肝病毒抗体的风险大大降低;但随着吸毒人群的增多静脉注射毒品逐渐成为丙肝病毒传播的主要途径;性传播、母婴传播、医源性传播是丙肝病毒传播的途径;职业暴露、纹身、穿耳、皮肤划痕等也是丙肝病毒传播的潜在途径;约有 10%感染者无明确感染来源^[5-6]。

HIV 在中国感染流行的形势不容乐观,感染呈逐年上升趋势,至今已有近百万人感染,其传播也正逐渐由沿海城市向内地城市、由大城市向小城市以及农村、由高危人群向一般人群蔓延。HIV 的流行已进入快速增长期^[7]。因此,了解患者输血前和手术前状况具有重要意义。

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三.全国临床检验操作规程[M].2 版.南京:东南大学出版社,1997:10.
[2] Lai CL, Ratziu V, Yuen MF, et al. Viral hepatitis B[J]. Lane, 2003,362(9401):2089-2094.
[3] 付涌水.丙型肝炎病毒感染的流行病学[J].中国输血杂志,2009,22(11):873-474.
[4] 肖玉,李春华,周柏发,等.输血前检查乙肝表面抗原、丙肝抗体、艾滋抗体、梅毒的 I 临床意义[J].北京医学,2005,26(2):109.
[5] 付勇水.丙型肝炎病毒感染的流行病学[J].中国输血杂志,2009,22(11):873.
[6] 季阳,郑忠伟,蔡辉,等.控制输血传播艾滋病是保证输血安全的中中之重[J].中国输血杂志,2009,22(12):959-960.
[7] 潘艳.受血者输血前血源性传染病 5 项指标检测结果分析[J].检验医学与临床,2009,6(3):216-21.

(收稿日期:2011-08-10)

肾小管酸中毒伴骨软化症 1 例

伍 茵¹,任明委²,冯正平³,李启富³,程庆丰³

(1.重庆市九龙坡区第二人民医院 400052;2.四川省安岳县中医医院 642350;
3.重庆医科大学附属第一医院内分泌科 400016)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.20.067 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2011)20-2425-02

成人肾小管酸中毒伴骨软化症是较为少见的疾病,国内相关报道较少,容易误诊、误治。笔者在重庆医科大学内分泌科进修期间对 1 例青年男性肾小管酸中毒伴骨软化症的临床特点和治疗转归进行总结,结合文献复习,从中获得相关诊治启示,从而提高临床医师对本病认识,减少误诊。

1 临床资料

患者男性,26 岁,因臀部疼痛 2 年,全身抽搐 8 个月入院。2 年前右侧臀部被撞击后出现疼痛,行走时明显伴腰部胀痛。8 个月前出现阵发性全身抽搐,以右下肢明显,伴右下肢痉挛、疼痛,发作时伴意识障碍,每次发作数 10 秒到数分钟不等,发作频繁时可数 10 分钟发作一次,能自行缓解,外界噪声、天气变化均可诱发,严重时影响患者夜间休息。曾到当地医院检查示骨质疏松、低钾血症、低钙血症,予以“小针刀”及止痛等对症治疗无明显减轻。患病以来身高无明显短缩,无家族史。查体:体形偏胖,轮椅推入,心肺(一),右侧下肢触动后诱发抽搐,四肢肌力肌张力正常,病理反射未引出。辅助检查:白细胞总数增高,13.9~14.15×10⁹/L;中性粒细胞百分比升高,74.9~82.6%;血钾 2.9 mmol/L,氯 110.6 mmol/L,钙 1.94 mmol/L,

L,无机磷 0.24 mmol/L,镁正常,碳酸氢根 18.6 mmol/L。血气分析:pH7.35,碳酸氢根 20.3 mmol/L,离子钙 1.17 mmol/L。尿 pH6.0,尿蛋白(一),尿钙下降 1.94 mmol/L,大便常规及隐血(一)。碱性磷酸酶 525 U/L,甲状腺腺激素 99.8 pg/mL,降钙素 10.20 pg/mL。尿常规:蛋白(一),尿糖(一),尿钾 13~33 mmol/d,尿钠 61~158 mmol/d,尿钙 10.25 mmol/d,尿磷 20.47 mmol/d,尿镁 2.06 mmol/d。降钙素原 0.07 ng/mL。院外片会诊示:(1)腰椎椎体及附件、骨盆各骨、双侧股骨上段、右侧股骨下段、右侧胫腓骨近段及髌骨骨质软化。(2)右侧股骨颈骨折,内固定到位。正位腰椎双能 X 线检查示:骨质疏松,T-score -4.48。骨髓象:增生性骨髓象。

患者诊断为混合型肾小管酸中毒骨软化症,并发低磷血症。给予枸橼酸钾钠合剂积极纠正酸中毒、中性磷酸盐合剂补充磷盐、补充钙剂、补充维生素 D₃ 及对症治疗等,患者夜间双下肢阵发性抽动稍减轻。白细胞总数虽升至 17.58×10⁹/L,但中性粒细胞总数正常,为 73.9%,患者无发热、咳嗽等感染征象,停用抗菌药物,复查白细胞总数降至 12.6×10⁹/L,住院期间虽然血中碳酸氢根最低达 14.8 mmol/L,但经过积极纠正

酸中毒,出院时复查血无机磷已升至 0.99 mmol/L,碳酸氢根 23.5 mmol/L,钙镁正常,夜间双下肢偶有轻微抽动,不影响睡眠。出院后追踪随访 4 个月后,血中碳酸氢根正常范围,血磷维持在 0.9 mmol/L,双下肢阵发性抽动消失,继续中性磷替代使用。

2 讨 论

肾小管酸中毒多为先天性遗传疾病,也可由后天性疾病或中毒等引起。主要原因为肾近曲和(或)远曲小管病变导致肾内酸碱平衡失调,骨骼改变主要为骨质疏松和骨质疏松^[1]。而肾小管酸中毒是引起骨软化症原因中的一种,因其造成的代谢性酸中毒引起成人骨骼矿化障碍,从而引起成人骨软化症,在儿童则发生佝偻病和不完全性骨折^[2]。目前,肾小管酸中毒的分类为Ⅰ型(远曲小管受损)、Ⅱ(近曲小管碳酸氢盐耗竭型)和Ⅳ型(高血钾),而Ⅲ型不再使用,被认为是Ⅰ型和Ⅱ型的混合型,Ⅳ型肾小管酸中毒最少。肾小管对磷的重吸收出现障碍,肾小管混合性酸中毒病因不能彻底解除,故应终生服药。低血磷骨软化的治疗应补充中性磷酸盐、维生素 D 及钙剂,预后较

• 个案与短篇 •

1 种消除高白细胞对血红蛋白影响的简易方法

刘万彬,隆维东
(重庆市巴南区人民医院检验科 401320)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.20.068 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2011)20-2426-01

工作中,经常会遇到 WBC 异常增高的标本,据报道 WBC 高于 $40\times10^9/L$ 时,WBC 即对 Hb 有显著性的影响,因此寻找一种简单、适用的消除高 WBC 对 Hb 影响的方法尤为重要,本研究对该方法报道如下。

1 材料与方 法

1.1 材 料

1.1.1 标本来源 建立数学公式的数据来源于体检人员,实验组数据来源于住院患者和体检人员。

1.1.2 仪器和试剂 迈瑞 BC-5180 全自动血球分析仪及配套试剂,室内质控为四川迈克生物科技有限公司出品,室内质控在控。

1.2 方 法 随机抽取 100 份血常规正常的标本,得 Hb/RBC 的均值为 31.0 和平均红细胞体积(MCV)均值为 89.7。然后建立数学公式: $Hb=RBC(\times10^{12}/L)\times31.0\times MCV/89.7=0.35\times RBC\times MCV$ 。再各分别选取 20 份 MCV 降低、MCV 正常、MCV 升高为实验组,并用上述公式计算 Hb 值,并以仪器测定值为对照。

1.3 统计学处理 采用 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

MCV 降低组、MCV 正常组、MCV 升高组仪器测定值与公式计算值差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 60 份血常规 Hb 值($\bar{x}\pm s$)

组别(<i>n</i>)	仪器测定值	公式计算值	<i>P</i> 值
MCV 降低组(20)	96±20	102±20	>0.05
MCV 正常组(20)	122±16	122±16	>0.05
MCV 升高组(20)	126±33	125±35	>0.05

3 讨 论

Hb 是血常规的重要参数,是贫血类患者诊断和治疗的重

好^[3]。只要肾功能正常,无腹泻出现,可配制中性磷酸盐合剂,即磷酸二氢钾(KH₂PO₄)及磷酸氢二钠(Na₂HPO₄)的混合剂、活性维生素 D、碳酸钙治疗。长期补充磷合剂易导致甲状旁腺亢进。注意监测血磷、血钙、PTH、肾功能,使血磷、血钙维持在正常低限即可,以避免肾功能衰竭及肾钙化^[4]。

参考文献

- [1] 朱怀仕,张建华,王仁法.肾小管性骨营养不良的临床与影像学[J].实用放射学杂志,2009,4(25):542-592.
- [2] 廖二元,莫朝晖.内分泌学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2007:1695-1877.
- [3] 肖新华,张红,盛志峰,等.低血磷性骨软化症 1 例[J].中国组织工程研究与临床康复,2008,12(37):7300-7301.
- [4] 卓玉凤,陈小敏,段少银,等.成人低血磷性骨软化病 1 例并文献复习[J].中国骨质疏松杂志,2009,11(15):835-837.

(收稿日期:2011-09-06)

要指标,影响 Hb 测定的因素常见于异常血浆蛋白质、高脂血症、WBC 增高、高胆红素血症等。文献报道,当 $WBC>40\times10^9/L$ 时,WBC 即对 Hb 测定有明显影响^[1]。

文献报道了多种去除 WBC 干扰的方法,梁华英等^[2]用分离 WBC 层,然后用再按 HCT 比值将红细胞与血浆混匀后上机测定,该方法操作起来较繁琐。徐龙强等^[3]采取低速离心并分别用等量生理盐水和仪器配套的稀释液替代上层浑浊血浆,混匀后再进行 Hb 测定,该方法虽对消除高脂血的影响有效,但低速离心同样会把 WBC 离下去,分离白细胞层效果值得探讨。万峰和闫铁梅^[4]采用先加溶血素和稀释液后经离心后取上清液上机测试,此种方法同样繁琐。而本研究介绍的方法简单易行,计算的结果可信,而且不管 MCV 的高低,均能得出正确的结果,只是 MCV 降低的标本 Hb 计算值略高于实测值。实际应用中,当 $WBC>40\times10^9/L$ 时,就要对 Hb 进行校正,且 RBC 最好也要进行校正, $RBC\text{校正}=RBC(\times10^{12}/L)-WBC(\times10^{12}/L)$,因为高 WBC 同样会引起 RBC 假性增高,最终影响 Hb 计算值。该方法同样适用于其他血浆因素如高脂血引起 HGB 假性增高的标本。

参考文献

- [1] 杜泽丽,胡正强,杨惠,等.高白细胞值对血红蛋白测定的影响及纠正[J].四川大学学报:医学版,2004,35(4):549.
- [2] 梁华英,黄胜,洪流,等.白细胞数异常增高对血红蛋白浓度测定的影响及纠正[J].吉林医学,2009,30(15):1597-1599.
- [3] 徐龙强,隋静,于维林,等.高脂血和高白细胞因素对血红蛋白测定的干扰校正分析[J].检验医学,2008,23(5):488-490.
- [4] 万峰,闫铁梅.高白细胞影响血红蛋白测定的探讨[J].辽宁医学杂志,2001,15(3):139.

(收稿日期:2011-03-10)