

除 EDTA-K2 对血小板的作用,提高结果的准确性。目前枸橼酸盐被认为是解决 EDTA 依赖性假性血小板减少的主要方法之一^[5],也有报道氯化钠对 EDTA 依赖性血小板聚集也有很好的抑制作用,适用于临床上 EDTA 依赖性血小板聚集的测定^[6]。

2.4 血小板体积的影响 血细胞分析仪计数法采用电阻抗原理进行血小板计数,仪器检测血小板阈值在 2~30 fL 范围内,正常的血小板多集中在 3~20 fL 范围。当血小板体积大于 30 fL 时,血小板会被误认为红细胞而不纳入血小板计数范围使结果偏低,当做红细胞或白细胞计数则会使结果偏高^[7]。当血小板体积小于 2 fL 时,仪器会把它当做噪音不进行计数,从而使血小板计数结果偏低。如巨大血小板综合征、ITP、再生障碍性贫血、脾功能亢进、白血病、败血症等,对于此类病患因血小板减少的程度不同所采取的诊疗措施不同并且关系到疾病的发展与转归,务必要结合临床、认真分析其血小板直方图,并制作血涂片染色镜下观察,看有无血小板形态,体积异常,如有必要再次采血复查。

此外,有报道冷凝集素也可以使血小板假性减少,冷凝集素是一种自身抗体,冷凝集素在受冷后很快出现凝集,不但能凝集红细胞,而且能凝集有核细胞和血小板,假性血小板减少^[8]。其主要表现为红细胞计数(RBC)、红细胞比容(HCT)、血小板计数(PLT)假性降低。遇到疑为冷凝集素干扰的患者标本,应该在 37℃ 温箱温育一定时间后,再进行血常规计数,消除冷凝集的干扰。

总之在进行血常规检测实际的工作中,要充分避免分析前的采血不当因素,做好质量控制;分析中要尽可能最大限度避免固有误差的影响,严格按照操作规程(SOP)进行操作;分析

• 个案与短篇 •

后,检验技术人员要有较强的责任心,严谨的工作态度,对于血小板计数减少的结果,应积极与临床医生沟通患者病情,观察血小板直方图峰值的异常变化、MPV 的大小等血小板其他参数,并结合涂片染色镜检、重新采用其他方法复查后综合分析发出准确的报告,防止错误的结果导致误诊,给患者带来不必要的身心负担。

参考文献

[1] 朱丽莎,王凤玲,冉训,等. 血细胞分析仪测定血小板假性减少原因的实验研究[J]. 中外健康文摘,2012,9(8):35-36.
 [2] 耿洁. 血液处于高凝状态导致血小板假性减少 1 例[J]. 中华现代中西医杂志,2005,3(10):945-946.
 [3] Bizzaro N. EDTA dependent pseudothrombocytopenia: a clinical and epidemiological study of 11 cases with 10 year follow up[J]. Am J Hematol,1995,50(2):103-109.
 [4] 宓庆梅,施巍宇,郝婉莹,等. EDTA 依赖性假性血小板减少症 1 例[J]. 中华检验医学杂志,2004,27(10):719.
 [5] 王欣,张丽萍,高晓丽,等. 抗凝剂 EDTA 及枸橼酸钠导致血小板假性减少现象分析[J]. 中国卫生检验杂志,2008,18(12):2651-2652.
 [6] 鲁家才. 两种药物对 EDTA 依赖性血小板聚集的抑制作用[J]. 临床检验杂志,2004,22(3):198-199.
 [7] 周方红,刘新平. EDTA 依赖性血小板减少与白细胞升高[J]. 实用预防医学,2007,14(6):1908-1909.
 [8] 周利霞,梅振林. 冷凝集素致血小板检测误差 1 例[J]. 中国现代内科学杂志,2005,2(5):415-417.

(收稿日期:2013-01-29)

慢性前列腺炎与 γ -谷氨酰转移酶水平的相关性

吴玉霞

(北海市第二人民医院检验科,广西北海 536000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.11.076

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)11-1486-02

慢性前列腺炎(CP)是青壮年男性的一种常见病,目前估计全球男性的发病率为 9%~14%^[1],也有文献报道发病率约 5%~8%^[2]。现在国际上公认将前列腺炎分为四类即急性细菌性前列腺炎,慢性细菌性前列腺炎,非细菌性前列腺炎和前列腺功能缺陷^[3],以慢性细菌性前列腺炎为主。 γ -谷氨酰转移酶(GGT)含量以肾脏含量最高其次是前列腺,胰,肝,盲肠和脑^[4]。为此,本研究对 CP 与 GGT 的关系进行分析,进一步探讨两者的相关性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2008 年 6 月至 2012 年 12 月在本院男性科诊治的前列腺炎患者 352 例,年龄 17~62 岁,平均年龄 39.5 岁;对照组为心脏、肝脏、肾脏未见异常无前列腺疾病症状,无泌尿系感染症状的同期健康体检者 100 例,年龄 15~65 岁,平均年龄 40 岁。

1.2 方法 所有对象通知其正常饮食,并空腹 12 h 后静脉采血,分离出血清后以 TOSHIBA 公司的 TBA-40FR 生化全自动分析仪检测血 GGT,每批标本测定的同时测定室内质控血清,受控则发出检验报告。GGT 试剂由北京科美生物科技股份有限公司提供,质控物由广西临床检验中心提供。血清生化

指标异常诊断依据:GGT>50 U/L 为血 GGT 升高。CP 的诊断根据 NIH 临床诊断标准^[5],收集患者 352 例的前列腺液,嘱咐患者清洗会阴,排尿后作前列腺按摩,第 1 滴前列腺液用于常规检查。病程超过 3 个月,WBC>10/HP,卵磷脂小体不同程度减少。

1.3 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行统计学分析,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

前列腺炎组 GGT>50 U/L 者占 35.80%(126/352),对照组 GGT>50 U/L 者占 2.00%(2/100)。前列腺炎患者的血 GGT 异常发生率明显高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.01)。

3 讨论

慢性前列腺炎是常见病,困扰着全世界 25%~50% 的成年男性,其发病率在逐年上升,并且发病年龄在不断降低。是男性学科最常见的但又难以有效治愈的严重疾病之一,患者病程迁延。目前认为慢性前列腺炎往往不是单一的一种疾病,而是具有各自独特形式的综合征,这些综合征各有独特的原因、

表现和结果^[6-7],是一个认识方面的重要进步。本文探讨慢性前列腺炎与 GGT 水平的相关性,以寻求诊疗该病的治疗法则。通过对前列腺炎组与对照组 GGT 活性的比较,发现两组存在显著差异,其发生机理有待进一步研究,提示在诊断和治疗慢性前列腺炎时应考虑到 GGT 水平的影响。

参考文献

[1] 黄劲松,唐茂芹,刘照旭,等.慢性前列腺炎患者生活质量及相关因素[J].中国心理卫生杂志,2005,19(2):86-87.
 [2] Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, et al. How common is prostatitis? A national survey of physician visits[J]. J Urol, 1998, 159(4):1224-1228.
 [3] Szöke I, Török L, Dosa E, et al. The possible role of anaerobic

bacteria in chronic prostatitis[J]. Intern J Androl, 1998, 21(3): 163-168.
 [4] 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.
 [5] 王平,王侠.慢性前列腺炎诊治及疗效评价——附 600 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(9):528.
 [6] Lummus WE, Thompson I. Prostatitis[J]. Emerg Med Clin North Am, 2001, 19(3):691-707.
 [7] 陈志强,江海身.男科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2005:2-3.

(收稿日期:2013-01-22)

• 个案与短篇 •

以椎体骨折为首发的急性早幼粒细胞白血病 1 例

李海清¹,代荣琴²

(1. 沧州中西医结合医院脊柱关节科,河北沧州 061001;2. 沧州医专检验教研室,河北沧州 061001)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.11.077

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)11-1487-01

急性早幼粒细胞白血病(AML-M3)在临床上是一种并非罕见的白血病类型,约占急性白血病的 6%~9%,该病最大的临床表现是广泛的皮肤黏膜出血,甚至弥漫性血管内凝血(DIC)^[1],本病例没有见到明显的出血部位,以及发热、贫血等急性白血病常见的临床症状,实因腰椎溶骨性骨折为首发而入院治疗,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,48岁,因腰椎骨折于2009年10月10日收入本院脊柱关节科,查体:巩膜无黄染,肝脾淋巴结不肿大。急查血常规:白细胞 $9.68 \times 10^9/L$,红细胞 $3.20 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $92 g/L$,血小板 $45 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞百分比 78%,淋巴细胞比例 12%。凝血功能检查:纤维蛋白原 1.2 g/L,其余大致正常。生化全项:肝功能、肾功能均无异常,乳酸脱氢酶(LDH) 452 mmol/L 升高,碱性磷酸酶(ALP) 351 mmol/L 升高。核磁检查提示:胸椎、腰椎、尾椎均有溶骨病变,伴腰椎溶骨性骨折,考虑肿瘤可能。追查肿瘤全项无异常。为了排查肿瘤骨转移可能,依次进行了肺部 CT 检查、常规彩超、甲状腺和前列腺彩超、肠镜等均未发现异常占位病变。

2 治疗方法

因患者目前存在骨折理应手术,但血常规血小板 $45 \times 10^9/L$ 、纤维蛋白原 1.2 g/L,手术需延缓,进一步追查原因,纠正血象。第 2 天主任查房:患者应行骨髓穿刺,通过骨髓涂片

排查恶性血液病可能。当天行骨髓穿刺,第 3 天骨髓涂片检查报告:急性早幼粒细胞白血病。该患者最后诊断结果:急性白血病伴多发骨转移,腰椎溶骨性骨折。暂停手术,转血液科化疗。

3 讨论

AML-M3 临床表现除了发热、感染、贫血和组织浸润等急性白血病的共同特点外,广泛而严重的出血是本病的最大特点,颅内出血最为严重,为常见死因。该病常会因为血小板减低和凝血功能异常而并发 DIC。AML-M3 在形态学诊断上并不难,能够早期发现,为患者治疗争取宝贵时间最为重要。本病例以骨折起病,骨髓作为病发灶向骨质多发转移,破坏骨骼结构,造成骨折,这可能和肿瘤骨转移的机制随个体存在差异有关系。众所周知,最容易骨转移的肿瘤是肺癌、乳腺癌、前列腺癌。所以笔者认为该病例较为稀奇,有必要留心在疾病的诊断上,不能书本化,多总结病例,丰富医学知识,为更多的患者造福。

参考文献

[1] 谭齐贤,张树平.临床血液学和血液检验[M].北京:人民卫生出版社,1990:209.

(收稿日期:2013-02-01)

• 个案与短篇 •

支原体液体培养基假阳性的原因分析及对策

余娟娟,王曲芳,王秀华,陈建军

(湖北省荆门市石化医院检验科,湖北荆门 448000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.11.078

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)11-1487-02

支原体是一类最小、最简单、独立生活的原核生物,常定植

在人体泌尿生殖道黏膜上的解脲脲原体(Uu)、人型支原体