

抗,引起血糖升高^[4-5]。随着年龄的增长,高血糖的检出率逐渐增加,平均空腹血糖水平也逐渐增加^[6-8]。本研究表明,>40~50 岁人群高血糖检出率为 14.34%,>50~60 岁人群高血糖检出率为 19.28%,医生应该对该类人群进行普及糖尿病教育,引导合理的膳食结构,培养良好的生活方式^[9]。5.6≤FPG<6.1 组和 6.1≤FPG<7.0 组 2hPG 试验检测结果比较差异有统计学意义($P<0.01$)。有研究显示,IFG 阶段患者已经存在血脂代谢异常,因此,对于 IFG 阶段的人群,建议进一步进行 2hPG 试验,以明确是否已经存在糖尿病或 IFG,同时也要定期监测血脂,尽早对血糖、血脂水平进行干预^[10]。

高血糖对人体健康产生损害作用已达成共识,而糖尿病的发病是一个隐匿的过程,控制高血糖势在必行,高血糖患者应当在医生的指导下,积极主动地将血糖稳定在正常水平,防止或延缓并发症的发生,提高生活质量。

参考文献

[1] 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,2006:737-753.
 [2] 邱昕光,严红,胡玉冰,等.空腹血糖受损切点下调后糖调节受损状况调查[J].中华健康管理学杂志,2009,3(1):26-28.

[3] 刘磊,刘新启.空腹血糖受损不同下限切点在健康体检中的应用[J].检验医学与临床,2011,8(9):1051-1052.
 [4] 晏文强,刘国政,蒋从清,等.湖北省随州地区 2 型糖尿病的流行病学调查研究[J].国际检验医学杂志,2011,32(3):369-370.
 [5] 李顺平,李咏梅,陈春辉,等.济南铁路工人空腹血糖受损和糖尿病的横断面研究[J].中国卫生统计,2011,28(4):420-421.
 [6] 徐利华,毕熹,焦柳英,等.某高校教师健康体检血糖结果分析[J].国际检验医学杂志,2011,32(15):1765-1766.
 [7] 谭雯文,李力,黄康民,等.106 260 例广州体检人群空腹血糖受损和糖尿病患病率变化趋势[J].中国糖尿病杂志,2008,16(3):169-171.
 [8] 艾进步,胥顺兴,韩青春.东乡县城镇职工空腹血糖受损情况调查及生活行为干预效果研究[J].实验与检验医学,2012,30(5):495-496.
 [9] 阮晓楠,邱桦,李锐.上海市浦东新区某社区 2 型糖尿病患者营养干预效果评价[J].中国全科医学,2010,13(2):124-127.
 [10] 施志农,陈健康.糖尿病及空腹血糖受损者血脂水平分析[J].国际检验医学杂志,2011,32(3):407-408.

(收稿日期:2014-03-28)

• 经验交流 •

肾综合征出血热病毒抗体阳性患者血小板参数分析

孙海英¹, 张志明²

(1. 山西中条山集团总医院检验科,山西运城 043700; 2. 西安市中心医院检验科,陕西西安 710003)

摘要:目的 了解肾综合征出血热(HFRS)病毒 IgM、IgG 抗体阳性患者血小板计数(PLT)、平均血小板体积(MPV)、血小板分布宽度(PDW)、血小板压积(PCT)变化规律。方法 收集 HFRS 病毒抗体阳性患者 96 例,其中 IgM 抗体阳性 46 例,IgG 抗体阳性 50 例;对照组为健康体检者 45 例。经迈瑞 BC-5800 血细胞分析仪自动检测 PLT、MPV、PDW 和 PCT,所有数据采用 SPSS 11.5 软件进行统计学分析。结果 46 例 HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者 PLT 及 PCT 明显低于对照组($P<0.05$),而 MPV 及 PDW 均明显高于对照组($P<0.05$);50 例 HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者 MPV 及 PDW 均明显高于对照组($P<0.05$),而 PLT 明显低于对照组($P<0.05$);HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者 PLT 明显低于 HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者($P<0.05$)。结论 血小板参数在 HFRS 病毒感染中有一定的变化,可通过监测血小板参数变化,指导临床治疗。

关键词:肾综合征出血热; 抗体; 阳性; 血小板

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.19.054

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2014)19-2688-02

肾综合征出血热(hemorrhagic fever with renal syndrome, HFRS)曾称为流行性出血热,是由汉坦病毒引起的一种急性地方性自然免疫源性传染病,病情危急、并发症多、病死率高,其临床表现呈现一些规律性变化^[1-4]。然而对于 HFRS 病毒抗体阳性患者其血小板相关参数变化报道较少见。本研究探讨 HFRS 病毒 IgM、IgG 抗体阳性患者血小板计数(PLT)、平均血小板体积(MPV)、血小板分布宽度(PDW)、血小板压积(PCT)变化规律,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集山西中条山集团总医院和西安市中心医院 2010 年 1 月至 2014 年 1 月间检测 HFRS 病毒抗体阳性患者 96 例,其中,IgM 抗体阳性 46 例,IgG 抗体阳性 50 例;男性 43 例,女性 53 例;年龄 10~62 岁,平均(34.5±12.4)岁;排除其他肝、肾、心脑血管疾病者。对照组为健康体检者 45 例,其中,男性 27 例,女性 18 例;平均年龄(36.8±11.7)岁。

1.2 检测方法 采静脉血 1 mL 于乙二胺四乙酸二钾(ED-

TA-K₂)抗凝试管,充分混匀后在 20 min 内由迈瑞 BC-5800 血细胞分析仪自动检测 PLT、MPV、PDW 和 PCT;HFRS 病毒抗体(IgM、IgG)检测试剂采用厦门波生有限公司生产的 HFRS 病毒抗体诊断试剂盒(胶体金法),操作方法严格按照试剂盒说明书进行。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 11.5 软件进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用单因素方差分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

46 例 HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者 PLT 及 PCT 明显低于对照组($P<0.05$),而 MPV 及 PDW 均明显高于对照组($P<0.05$);50 例 HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者 MPV 及 PDW 均明显高于对照组($P<0.05$),而 PLT 明显低于对照组($P<0.05$);HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者 PLT 明显低于 HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者($P<0.05$)。见表 1。

表 1 HFRS 病毒 IgM、IgG 抗体阳性患者与对照组血小板参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PLT($\times 10^9 L^{-1}$)	MPV(fL)	PDW(%)	PCT(%)
HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者	46	54.63 \pm 14.31*	15.25 \pm 0.43*	16.78 \pm 1.19*	0.09 \pm 0.01*
HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者	50	167.41 \pm 27.95*#	14.92 \pm 0.28*	15.32 \pm 0.90*	0.12 \pm 0.04
对照组	45	276.81 \pm 32.92	8.27 \pm 0.82	10.43 \pm 1.37	0.15 \pm 0.02

*: $P < 0.05$, 与对照组比较; #: $P < 0.05$, 与 HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者比较。

3 讨 论

HFRS 一般都会伴有尿毒症、呼吸麻痹和出血, 严重时甚至可导致死亡, 发病初期与流行性感症状相似。HFRS 潜伏期 7~14 d, 多数患者潜伏后期、发病初期就可能有特异性 IgM 抗体产生, 发病后 IgG 抗体可持续多年, 且可获得牢固的免疫力^[5]。

研究表明感染汉坦病毒后由于病原体毒素及特异性免疫复合物沉积在血小板表面使得骨髓受到抑制、巨核细胞成熟障碍, 进而造成血小板参数发生一系列变化^[6-8]。本研究中, 46 例 HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者 PLT 及 PCT 明显低于对照组 ($P < 0.05$), 而 MPV 及 PDW 均明显高于对照组 ($P < 0.05$); 50 例 HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者 MPV 及 PDW 均明显高于对照组 ($P < 0.05$), 而 PLT 明显低于对照组 ($P < 0.05$); HFRS 病毒 IgM 抗体阳性患者 PLT 明显低于 HFRS 病毒 IgG 抗体阳性患者 ($P < 0.05$)。研究结果表明在疾病初期由于血小板破坏增加而引起 PLT 降低, 同时由于骨髓增生使 MPV、PDW 增加。

综上所述, 血小板参数在 HFRS 病毒感染中有一定的变化, 在 HFRS 病毒 IgM、IgG 抗体阳性期可通过监测血小板参数变化, 指导临床治疗。

• 经验交流 •

参考文献

- [1] 景钦隆, 罗雷, 肖新才, 等. 2001~2010 年广州市肾综合征出血热监测分析[J]. 热带医学杂志, 2012, 12(1): 15-18.
- [2] 刘大鹏, 刘颖丽, 姜杰, 等. 2012 年大连市肾综合征出血热患者抗体 IgM 监测结果分析[J]. 疾病监测与控制, 2013, 7(5): 304-305.
- [3] 韩占英, 魏亚梅, 韩旭, 等. 河北省 2011 年肾综合征出血热监测分析[J]. 中国媒介生物学及控制杂志, 2013, 24(3): 236-238.
- [4] 李怀昕, 王敬忠, 李媛, 等. 深圳 2005~2011 年肾综合征出血热流行病学特征分析[J]. 现代预防医学, 2013, 40(13): 2397-2398.
- [5] 张东锋, 王晓萍. 对肾综合征出血热患者检测的临床意义[J]. 国际检验医学杂志, 2010, 31(2): 180-181.
- [6] 冯友喜, 周亚军, 陈鑫. 肾综合征出血热患者血小板变化及临床意义分析[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(16): 2048-2048.
- [7] 万宝美, 刘淑君, 尹燕明, 等. 血小板参数对肾综合征出血热的诊断价值[J]. 中华传染病杂志, 2003, 21(6): 433-434.
- [8] 孙晓慧, 王缚颢. 肾综合征出血热患者血小板参数和功能指标的变化及临床意义[J]. 河北医科大学学报, 2005, 26(6): 315-316.

(收稿日期: 2014-04-19)

不同时间及湿度对网织红细胞手工计数结果的影响

侯会香¹, 赵俊红¹, 段雄波¹, 赵英君², 刘军敏¹, 甄志贤¹

(1. 河北省新乐市医院, 河北新乐 050700; 2. 河北省新乐市中医院, 河北新乐 050799)

摘要:目的 探讨不同时间及湿度对网织红细胞手工计数结果的影响。方法 收集 50 例门诊患者的静脉血样, 分别采用日本 Sysmex XT-4000i 全自动血液分析仪和显微镜下手工法进行网织红细胞计数, 比较不同时间及湿度对网织红细胞手工计数结果的影响。结果 网织红细胞百分率在同一放置时间, 不同湿度组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。同一湿度下, 涂片放置 10 min 时网织红细胞百分率与放置 60 min 和 120 min 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。涂片在湿度为 30%, 放置 10 min 后检测结果为 (1.31 \pm 0.34)%, 与 Sysmex XT-4000i 全自动血液分析仪检测结果 [(1.31 \pm 0.15)%] 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 湿度在 30%, 染色后放置时间在 30 min 以内网织红细胞手工计数效果最好。

关键词: 网织红细胞; 计数; 时间; 湿度

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2014.19.055

文献标识码: B

文章编号: 1673-4130(2014)19-2689-02

网织红细胞计数是判断骨髓造血情况和疗效观察的重要指标。尤其在骨髓移植、肿瘤化疗及贫血类型的诊断及疗效观察中都具有重要的临床价值。《全国临床检验操作规程》中没有明确规定网织红细胞活体染色制片后计数的条件, 但在实际工作中, 笔者发现制片后不同湿度及时间计数, 会影响计数结果的准确性。为此笔者采集了 50 例门诊患者的静脉血液标本, 观察不同时间及湿度对网织红细胞手工计数结果的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采集 50 例门诊患者的血液标本。

1.2 试剂与仪器 珠海贝索生物技术有限公司的 10 g/L 煌

焦油蓝染液; 日本 Sysmex XT-4000i 全自动血液分析仪及配套试剂; 日本 Olympus BX-43 显微镜, Miller 窥盘。

1.3 方法 采集 50 例患者静脉血 2 mL 于乙二胺四乙酸二钾 (EDTA-K₂) 抗凝真空管中, 采用日本 Sysmex XT-4000i 全自动血液分析仪检测后, 选择血红蛋白在 110~150 g/L 之间的全血标本 36 例进行网织红细胞计数。取 1 支小试管分别加染色液 0.2 mL 及静脉血 0.2 mL 混匀, 置室温染色 30 min 后制涂片。每个标本共制涂片 24 张, 分 3 组, 每组 8 张, 分别在湿度为 30%、55%、80% 的环境下, 放置 10 min、30 min、60 min、120 min, 每次 2 张涂片。采用 Miller 窥盘进行网织红细