

(2)PLT 可聚集在肿瘤细胞周围,保护其免受免疫系统吞噬。国内报道显示,随着卵巢癌临床分期级别升高,特别是伴盆、腹腔和淋巴结转移,PLT 释放更多的内皮生长因子、转化生长因子,这些因子具有强烈的有丝分裂活性,促进肿瘤在转移灶的克隆和生长<sup>[6]</sup>,因此,晚期患者 PLT 水平增高明显高于早期患者。本研究显示,卵巢癌Ⅲ~Ⅳ期 PLT 水平高于 I~Ⅱ期,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),与上述报道一致。

综上所述,Fib 和 PLT 可作为卵巢良、恶性肿瘤及卵巢癌各临床分期级别判断的指标之一,适时监测这些指标有助于发现栓塞的发生,以便及时干预。目前已证实低分子肝素钠是一种有效的抗血栓药物,对卵巢癌患者是否起到预防血栓发生和减少肿瘤转移,今后尚需进一步研究。

#### 参考文献

[1] 邹丽芳,胡钧培. 恶性肿瘤与止血功能[J]. 血栓与止血学,2008,14(2):83-85.

[2] Donati MB. Cancer and thrombosis [J]. Haemostasis, 1994,24(2):128.

[3] 周立红. 癌症患者血纤维蛋白原水平与功能指标变化[J]. 中国实验诊断学,2001,5(2):73-74.

[4] Ma Y, Qian Y, Lv W. The correlation between plasma fibrinogen levels and the clinical features of patients with ovarian carcinoma [J]. J Int Med Res, 2007, 35(5): 678-684.

[5] Bozkurt N, Yuce K, Basaran M, et al. Correlation of platelet count with second-look laparotomy results and disease progression in patients with advanced epithelial ovarian cancer [J]. Obstet Gynecol, 2004, 103(1): 82-85.

[6] 齐璇,辛小燕. 卵巢恶性肿瘤与血小板增多关系的临床研究[J]. 现代妇产科进展,2004,13(3):187-189.

(收稿日期:2011-12-27)

#### • 临床研究 •

## 缺铁性贫血和珠蛋白生成障碍性贫血在血常规中的鉴别诊断

周明辉(广东省连州市人民医院 513400)

**【摘要】** 目的 血常规检测过程中对缺铁性贫血和珠蛋白生成障碍性贫血患者进行鉴别的基本方法进行总结。方法 抽取过去一段时间来连州市人民医院就诊的患有缺铁性贫血和珠蛋白生成障碍性贫血的患者各 40 例,再抽取同期在连州市人民医院接受健康体检者资料 40 例,分别将其定义为 A、B、C 3 组,对 3 组人群进行血常规检验,对其相关指标进行比较分析。结果 经研究发现,A 组患者的红细胞水平明显低于 C 组,B 组患者的红细胞水平明显高于 C 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );A、B 两组患者的血红蛋白水平都明显低于 C 组,并且 A 组明显低于 B 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );A、B 两组患者的平均红细胞体积水平明显低于 C 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),但 A、B 两组之间差异无统计学意义( $P>0.05$ );A、B 两组患者的红细胞体积分布宽度水平明显高于 C 组,且 A 组明显高于 B 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对患有缺铁性贫血和珠蛋白生成障碍性贫血的患者的血常规指标的相关特征进行全面了解,可以保证临床对上述两类患者进行更加快速准确的鉴别诊断。

**【关键词】** 血常规检测; 缺铁性贫血; 珠蛋白生成障碍性贫血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.10.031 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)10-1216-02

缺铁性贫血(IDA)症状是目前临床工作中一种比较常见的贫血形式,该病症不仅可以作为一种独立的疾病而单独发生,还能够作为其他临床疾病的一种常见的并发症而存在。珠蛋白生成障碍性贫血(THAL)是在我国南方地区比较多见的一种遗传性、溶血性贫血疾病<sup>[1]</sup>。为了血常规检测过程中对 IDA 和 THAL 患者的基本鉴别方法进行总结,使今后临床诊断过程能够对上述两种病症进行更加快速准确的鉴别,使患者的确诊时间更早,为进一步采取有效治疗措施,以争取更多的时间,本文进行了本次研究。在研究的整个过程中,抽取在过去一段时间里在本院就诊的患有 IDA、THAL、健康体检患者病例各 40 例,对 3 组人群进行血常规检验,对其相关指标进行比较分析,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用随机抽样的方法,2007 年 8 月至 2011 年 8 月抽取在过去一段时间里在本院就诊的患有 IDA、THAL、健康体检患者病例各 40 例,患者中年龄最小者 15 岁,年龄最大者 74 岁,平均 41.7 岁;男 48 例,女 72 例;患者病程 1~6 年,平均病程 2.4 年;患者的所有自然资料差异无统计学

意义,可以在研究过程进行比较分析。患者在接受临床治疗前,均经过相关的临床检查确诊。

**1.2 分组** 分别将抽样中的 120 例资料定义为 IDA 组(A 组)、THAL 组(B 组)、健康体检者(C 组)3 组,对 3 组人群进行血常规检验,对其相关指标进行比较分析。

**1.3 操作方法** 患者在 07:00 左右早起,确认其处于空腹状态后,采用专用的仪器对患者血常规指标进行检测,并对检测的结果进行比较分析<sup>[2]</sup>。分别对所采集血液的白细胞(WBC)、红细胞(RBC)、血红蛋白(Hb)、红细胞比容(HCT)、平均红细胞体积(MCV)、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞血红蛋白浓度、血小板(PLT)等常规指标进行比较观察<sup>[3]</sup>。

**1.4 统计学方法** 在本次研究过程中所得到的所有相关数据均采用 SPSS14.0 统计软件进行处理分析, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

血常规各相关指标检测结果见表 1。由表 1 可见,A 组患者的 RBC 水平明显低于 C 组,B 组患者的 RBC 明显高于 C 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );A、B 两组患者 Hb 水平都

明显低于 C 组, 并且 A 组明显低于 B 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); A、B 两组患者的 MCV 水平明显低于 C 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 但 A、B 两组之间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); A、B 两组患者的平均红细胞体积分布宽度 (RDW) 水平明显高于 C 组, 且 A 组明显高于 B 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 1 3 组血常规检测结果相关指标比较 ( $n = 40$ )

组别	Hb(g/L)	RBC( $\times 10^{12}$ /L)	RDW(%)	MCV(fL)
A 组	70.3±17.2	3.26±0.66	20.03±2.35	66.4±4.03
B 组	93.6±11.6	5.97±0.73	16.38±2.64	68.3±3.94
C 组	124.8±6.7	4.62±1.04	12.15±1.93	89.6±1.26

### 3 讨论

THAL 是遗传性溶血性贫血的一种, 其主要临床特点是由于患者体内的珠蛋白基因发生缺陷导致体积 Hb 中的珠蛋白的肽链合成能力显著下降, 肽链不能顺利合成, 导致机体内 Hb 的量或组成的相关成分发生改变, 该类患者虽然存在着 Hb 减少的现象, 但减少的具体量相对比较恒定, 所以该类患者的 RBC 形态相对比较均一。IDA 的发病原因是由于患者机体内缺乏 Hb 合成过程中所需重要原料铁, 而造成 Hb 的合成能力显著下降, 使患者机体的 RBC 充盈程度发生了改变, 呈现出小细胞低色素贫血症状。由于患者机体的缺铁程度不一, 铁的供应能力不是十分稳定, 会导致机体内的 Hb 合成量的稳定性下降, RBC 的充盈程度不同, RBC 的具体形态也不同<sup>[4]</sup>。在临床上典型的 IDA 和 THAL 都属于小细胞低色素性贫血的一种, 到目前为止, 在实际临床诊断和治疗的过程中, 对于上述 2 种患者进行确诊和鉴别的“金标准”仍为骨髓穿刺血涂片和基因诊断两种方法, 但由于有创或费用等原因, 上述 2 项检验方法会给患者带来一些思想顾虑, 对临床工作产生一定的限制<sup>[5]</sup>。

RBC 的具体数量和 Hb 是对患有贫血的患者进行临床诊断过程的 2 项必不可少的检测指标, 在本次研究过程中, 患有 THAL 的患者的 RBC 计数要明显高于患有 IDA 的患者, 产生这一现象的主要原因有以下 2 个: THAL 是一种溶血性贫血, 患者骨髓的造血功能比较强, 在其处于轻度贫血状态时, 骨髓

会产生代偿反应, RBC 的降低水平不是十分明显; 另外患有 IDA 的患者一般情况下均已渡过“隐性缺铁”期, 处于一种“贮存铁”耗尽的状态下, 故 RBC 水平比较低, 但由于中、重度的 THAL 可由于骨髓原位溶血、脾脏对异常 RBC 的清除作用等, 导致 RBC 的水平明显下降, 因此仅以 RBC 的计数对患有 IDA 与 THAL 的患者进行鉴别并不合适。MCV 指的是 RBC 的平均体积, 可对 RBC 体积改变情况进行反映。RDW 能够对 RBC 大小异质性进行反应, 在骨髓造血比较活跃或 RBC 增生现象比较活跃的情况下 RDW 水平会增高。将这 2 项指标与 RBC 和 Hb 结合对两种患者进行评价是比较科学的方法<sup>[6]</sup>。

对患有 IDA 和 THAL 的患者的血常规指标的相关特征进行全面了解, 可以保证临床对上述两类患者进行更加快速准确的鉴别性诊断, 可以使该类患者的临床确诊时间进一步缩短, 为患者接受进一步的临床治疗争取更多的时间, 在今后的临床工作中应给予充分重视。

### 参考文献

- [1] Bessman JD. Improved Classification of onemias by MCV and RDW[J]. AJCP, 2006, 80(14): 322-323.
- [2] 丛玉隆. 红细胞体积分布宽度正常值调查[J]. 北京医学, 2010, 15(22): 312-313.
- [3] 门剑龙, 徐风华, 华维. 红细胞 MCV、RDW 值鉴别贫血的临床价值[J]. 临床检验杂志, 2005, 13(25): 241-242.
- [4] 马金霞, 徐以南, 童明庆. 血细胞计数分析仪有关参数的临床意义[J]. 陕西医学检验, 2007, 16(21): 363-364.
- [5] 马金霞, 张建富, 李嘉陵. 平均红细胞体积和红细胞体积分布宽度临床意义的分析[J]. 南京医科大学学报, 2009, 21(24): 134-135.
- [6] 任珍群. 红细胞体积分布宽度正常值参考值探讨与分析[J]. 中华检验医学杂志, 2009, 15(17): 368-369.

(收稿日期: 2012-01-16)

## • 临床研究 •

# 肺癌患者 3 项标志物检测的临床价值

甄拴平(陕西省宝鸡市中医医院 721001)

**【摘要】 目的** 检测肺癌患者血清肿瘤特异性生长因子(TSGF)、糖类抗原 125(CA125)、人附睾蛋白 4(HE4)的水平, 探讨各指标在肺癌诊断中的临床价值。**方法** 采用日立 7180 型全自动生化分析仪检测 TSGF, 罗氏 2010 型电化学发光仪检测 CA125, 酶联免疫吸附试验检测 HE4, 同时设置对照组, 计算各指标的阳性率及肺癌患者放疗前后各项指标的变化。**结果** 在肺癌组 TSGF、CA125、HE4 水平均显著高于肺部良性疾病组和健康对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 在肺良性疾病组中, 阳性检出率分别为 TSGF 82.85%, CA125 62.5%, HE4 75.0%, TSGF 阳性率明显高于后二者, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。**结论** TSGF、CA125、HE4 均可以作为肺癌诊断和疗效观察的指标, TSGF 对肺癌诊断敏感性较高, HE4 次之, 而 CA125 敏感性较低。尤其是 TSGF 和 HE4 可作为肺癌临床疗效判断的敏感指标, 临床应用价值较大。

**【关键词】** 肿瘤特异性生长因子; 糖类抗原 125; 人附睾蛋白 4; 肺癌

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.10.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)10-1217-02

肺癌是全球最常见, 发病率和病死率最高的恶性肿瘤。肺癌在我国的发病率逐年提高, 已成为我国男性发病率的第 1

位, 女性第 2 位的肿瘤, 其病死率位居所有肿瘤之首<sup>[1]</sup>。由于肺癌起病隐匿, 大部分在发现时已到晚期, 导致治疗困难, 患者