

肿,并进一步稀释较黏稠的积液以利于排出^[6]。如病情较严重的患者常留置一硬膜外导管,放置时间 5~7 d,优点在于可反复向鼓室腔注入上述药物冲洗,每日 1 次或隔日 1 次。本组患者共有 14 耳采用该法治疗,治愈 7 耳,有效 7 耳,均取得满意疗效。该组患者如合并急性上呼吸道感染时应先控制感染。

参考文献

[1] 黄选兆.耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:246.
[2] 何江,韦立国,徐志文.鼓膜双穿刺加压注药治疗分泌性中耳炎[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2007,18(1):51-52.

[3] 席选印,李菊芬,张全安.分泌性中耳炎综合治疗体会[J].黑龙江医药科学,2008,6(3):34.
[4] 马季青,刘宏建,霍亚平,等.儿童分泌性中耳炎的综合治疗[J].山西医药杂志,2009,38(7):647.
[5] 李光.64 例儿童分泌性中耳炎临床治疗分析[J].检验医学与临床,2011,8(18):2272-2273.
[6] 刘佳辉.分泌性中耳炎的治疗进展[J].河北医药,2009,31(2):214-215.

(收稿日期:2012-10-24 修回日期:2012-12-26)

注重外周血细胞形态学检查降低血液病漏诊和误诊

魏宁康,杜元元(陕西省安康市中医院检验科 725000)

【摘要】 目的 如何有效降低血液病的漏诊、误诊。**方法** 对安康市中医院住院和门诊患者对白细胞(WBC)≥25×10⁹/L 或 WBC<4.0×10⁹/L 的 761 例血液标本进行外周血涂片检查。**结果** 中性粒细胞出现核左移 33 例,核右移 4 例,中性粒细胞毒性变化 95 例,异形淋巴细胞大于 5%的有 62 例,幼稚细胞 7 例,有核红细胞 20 例,小细胞低色素性贫血 19 例,大细胞性贫血 3 例,血小板计数异常 9 例。**结论** 细胞形态学检查具有重要的临床价值,在疑似血液病和血液学检查异常时必须同时进行外周血图片检查。
【关键词】 外周血; 血细胞形态; 血液病; 异形淋巴细胞; 血细胞分析仪
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.09.064 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2013)09-1166-02

随着科学技术的迅猛发展,各种自动化血细胞分析仪在临床检验的广泛应用,使血细胞分析结果更精确,大大提高了检验的工作效率,并且能在短时间给出多种参数及细胞体积分布的直方图,同时对异常结果进行报警提示,帮助检验者选择复片标本。实际工作中检验者过度依赖全自动血细胞分析仪,不对标本的其他结果和参数进行综合分析,不能正确选择复片标本;或者即使正确选择了复片标本,复片时没有足够的经验和严格操作规程,都将引起临床漏诊、误诊,影响对患者的诊断和治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 11 月至 2012 年 5 月本院住院和门诊患者的白细胞(WBC)≥25×10⁹/L 或 WBC<4.0×10⁹/L 的 761 例血液标本进行外周血涂片检查。男 437 例,女 324 例,年龄 2 个月至 97 岁,大多数为发热、出血、贫血、黄疸或淋巴结肿大的患者。

1.2 典型病例 病例 1,患者,男,55 岁,因发热、腹痛、咳嗽 2 月,入院治疗 3 周。在院治疗期间曾 3 次检查血常规,但均未复片。血常规:WBC 12.33×10⁹/L,红细胞(RBC)2.77×10¹²/L,血红蛋白(Hb)71 g/L,血小板(PLT)63×10⁹/L。仪器分类:粒细胞(N)60%,淋巴细胞(L)33.3%,中间细胞(M)6.7%。未出现异常报警。红细胞沉降率(ESR)134 mm/h↑。肝功能:总蛋白 109.4 g/L,清蛋白(ALB)16.7 g/L↓,球蛋白(GLO)92.7 g/L↑,A/G 0.18↓。免疫球蛋白:IgA 12.56 g/L↑ IgG 3.01 g/L↓ IgM 0.12 g/L↓。外周血复片:N 61%,L 13%,浆细胞 18%,M 8%,红细胞成缙钱状排列。骨髓片:原幼浆细胞占 57%。诊断:浆细胞白血病。

病例 2,患者,女,36 岁,因发热 25 d,全血细胞减少,全身乏力入院。血常规:WBC 2.51×10⁹/L,RBC 3.11×10¹²/L,

Hb 98 g/L,PLT 23×10⁹/L。仪器分类:N 68%,L 22.3%,M 9.7%,分类未出现异常报警。外周血复片:N 68%,L 25%,M 7%,未发现幼稚细胞。因患者发热 25 d,全血细胞减少,遂即做骨髓血细胞检查。骨髓片:淋巴瘤细胞占 35%。诊断非霍奇金淋巴瘤骨髓浸润。再次做外周血复片:分类 100 个 WBC 仍然未见淋巴瘤细胞,低倍镜下浏览全片找到个别体积较大的瘤细胞。

1.3 方法 对异常的 761 例标本同时进行外周血细胞形态学检查,血液涂片、染色严格按照《全国临床检验操作规程》(第 3 版)进行。

2 结果

761 例涂片中外周血形态异常 247 例,其中中性粒细胞核左移 33 例(4.34%),核右移 4 例(0.53%),中性粒细胞毒性变化 95 例(12.48%),异形淋巴细胞 62 例(8.15%),幼稚细胞 7 例(0.92%),有核红细胞 20 例(2.63%),大细胞性贫血 3 例(0.39%),小细胞性低色素性贫血 19 例(2.50%)(经骨髓铁染色、血清铁检测证实为缺铁性贫血)。

3 讨论

3.1 外周血形态学检查主要是检查 WBC、RBC、PLT 的形态和数量情况。正常情况下骨髓按一定的规律将成熟的细胞释放入外周血,在造血系统发生造血功能紊乱时,可引起外周血细胞形态学质和量的改变,如出现幼稚细胞、细胞内出现异常结构等。这种异常细胞血细胞分析仪不能够准确识别和分类计数,因此,必须重视外周血细胞形态学检查,以此达到准确分类计数^[1-3]。

在 761 例涂片中,WBC 异常而在外周血中出现幼稚细胞 7 例,经骨髓检查,有 5 例确诊为白血病,其余 2 例为化疗患者,分类计数 200 个 WBC,其中幼稚细胞占 1%~2%。RBC

检出大细胞性贫血 3 例,小细胞低色素性贫血 19 例,有核红细胞 20 例,这些细胞的异常形态在血细胞分析仪的检测结果中都未能体现出来或错误识别为其他细胞,有的甚至无法识别。通过有经验的检验人员结合临床提示分析后,对其进行涂片检查。涂片检查计数后纠正了仪器的错误检验报告,由此可见外周血细胞形态学检查的重要性。

3.2 病例 1 中仪器分类 N 60%,L 33.3%,M 6.7%,人工分类 N 61%,L 13%,浆细胞 18%,M8%,人工分类的淋巴细胞加浆细胞为 31%,基本相当于仪器分类的淋巴细胞分类(33.3%)。这是因为浆细胞是 B 淋巴细胞在抗原刺激下分化增殖而形成的一种不再具有分化增殖能力的终末细胞,也称为效应 B 细胞。因此浆细胞在形态和结构上与淋巴细胞有类似之处,仪器不能识别。这说明了仪器在分类时误将浆细胞识别为淋巴细胞,而使淋巴细胞比率成为正常值,所以没有报警提示^[4]。

3.3 病例 2 因外周血中 WBC 总数较低,又因幼稚细胞比例过低,所以很难发现细胞的形态学变化,因此仪器未出现报警提示。人工分类时未严格操作程序而出现漏诊,后经再次复片,按照先在低倍镜下浏览全片,寻找有无异常细胞,再用油镜分类,才发现异常瘤细胞^[5]。

综上所述,凡是血细胞分析结果异常增高或降低的,仪器报警提示结果有异常的,或者临床体征有发热、出血、贫血、黄疸或淋巴结肿大疑似造血系统疾病时,必须同时进行外周血涂片检查,以保证血细胞检测结果的准确性,以利于临床进行诊断、治疗。

参考文献

[1] 任学梅,李小东,马彩霞.全自动五分类血液分析仪与手工显微镜检测婴幼儿白细胞分类结果的比较[J].宁夏医学杂志,2009,31(10):951-952.
[2] 叶巧国.外周血细胞形态学检查结果分析与临床应用[J].检验医学与临床,2012,9(4):433-434.
[3] 席小红,张明远,李新.两种计数血液标本细胞方法比较[J].中国药物与临床,2005,3(3):222.
[4] 覃小梅,刘勇,陆颖.外周血异型淋巴细胞检测的临床意义[J].检验医学与临床,2011,8(15):1882-1883.
[5] 卢兴国,丛玉隆.应重视提升传统血液形态检验水平[J].中华检验医学杂志,2006,29(4):481.

(收稿日期:2012-10-23 修回日期:2012-12-25)

上海市黄浦区部分医疗机构血涂片检验质量分析

黄剑峰,陈嘉文,钱依雯,李 然,郑凤和,俞淑华(上海市黄浦区卫生局卫生监督所 200011)

【摘要】 目的 通过分析上海市黄浦区二级甲等以下医疗机构血涂片检验以监督检测结果,了解这些医疗机构血涂片临床检测水平,并探讨提高血涂片检测水平的相关对策。**方法** 收集 2010、2012 年黄浦区二级甲等以下医疗机构血涂片项目监督性检测结果,描述性分析相关数据,并应用卡方检验对相关数据进行比较分析。**结果** 在 2012 年监督性检测中,血涂片检测总体水平偏低,民营医疗机构的血涂片检测合格率高于二级甲等以下的公立医疗机构,2012 年血涂片检测总合格率高于 2010 年。**结论** 医疗机构需要合理配备检验工作人员,并加强检验人员血涂片能力的培养,卫生监督部门和临床检验质控部门应该继续加强对医疗机构血涂片质量的控制管理。

【关键词】 血涂片; 监督性检测; 临床检验; 质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.09.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)09-1167-02

血涂片判读即血涂片形态学检验作为临床检验学的一项简便、快捷的诊断方法,在血液病及血液感染性疾病的检验中起重要作用。没有血涂片细胞形态学的检查,很多血液系统的疾病难以确诊^[1]。为提高黄浦区医疗机构临床检验质量,督促医疗机构严格落实《医疗机构临床实验室管理办法》等规范要求,不断提高临床检验项目检测合格率,保障医疗质量,黄浦区在 2010 年及 2012 年对二级甲等以下的医疗机构血涂片检测项目进行监督性检测。本文通过对 2 年的检测结果进行分析,了解黄浦区二级甲等以下医疗机构的血涂片检测水平,并探讨提高血涂片检测水平的相关对策。

1 资料与方法

1.1 检测对象 2010 年共抽检 34 户医疗机构,包括 21 户公立医疗机构和 13 户民营医疗机构;2012 年共抽检 32 户医疗机构,包括 18 户公立医疗机构和 14 户民营医疗机构。

1.2 检测方法 这 2 次抽检使用的标本及评价标准均由上海市临床检验中心负责准备。现场监督检测由上海市黄浦区卫生局卫生监督所负责执行,流程如下:标本领取→限期内标本送达医疗机构→现场监督标本检验过程→收回检验结果→市临床检验中心出具评价报告。监督员指定一张血涂片,要求医

疗机构检验人员当场在 1 h 内完成血涂片细胞分类及异常情况描述的报告^[2]。

1.3 统计学方法 使用 Excel2010 软件进行数据录入,采用 SPSS 13.0 软件对数据进行卡方检验比较分析。

2 结果

2010 年血涂片监督性抽检中,公立医疗机构的合格率高于民营医疗机构,但差异无统计学意义;2012 年民营医疗机构的合格率高于公立医疗机构,但差异无统计学意义;2012 年与 2010 年比较,公立和民营医疗机构的合格率均有所提高,但差异均无统计学意义,见表 1。

表 1 公立和民营机构 2 年血涂片监督性检测结果						
医疗机构	机构数		合格数		合格率(%)	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
公立	21	18	10	9	47.6	50.0
民营	13	14	5	8	38.5	57.1
合计	34	32	15	17	44.1	53.1

3 讨论

3.1 血涂片检测能力差是个普遍问题 在 2009 年监督性抽