

阳性率 67.2%, 分离出革兰阳性球菌 14 株, 以金黄色葡萄球菌为主; 革兰阴性杆菌 26 株, 以大肠埃希菌为主, 真菌 2 株, 为白色念珠菌。标本阳性率与其他研究基本一致, 但细菌分布差异较大^[7-8]。既往研究所分离出的血精症病原菌以革兰阳性球菌为主, 尤其是表皮葡萄球菌和溶血葡萄球菌的阳性率较高, 革兰阴性杆菌所占比例极少, 而本研究革兰阴性杆菌分离率达 61.9%, 其中以大肠埃希菌为主。本研究与其他研究结果不相符的原因: (1) 表皮葡萄球菌和溶血葡萄球菌是皮肤的定植菌, 如果患者在留取精液的过程中未能严格按照无菌技术进行标本采集, 皮肤定植菌就会大量存于标本中。(2) 现有微生物标准操作规程对尿液病原菌的分离及鉴定都作了详细的要求, 但并未对精液标本作相关规定, 加之精液标本采集难度较大, 因此多数检验机构在培养过程中一旦发现细菌生长, 就会对其进行生化鉴定及药敏分析, 增加了皮肤表面定植菌的检出率^[9]。本研究患者采集精液前对其进行严格的尿道口消毒, 且要求其在排空膀胱及接受前列腺按摩排出前列腺液后再留取精液标本, 一方面有效减少皮肤定植菌及存于尿液和前列腺液的细菌污染, 同时送检尿液及前列腺液标本进行培养, 确保患者细菌感染病灶确为精囊而非其他泌尿系器官。所以本研究结果与其他研究有一些不同, 但由于本研究标本量较少, 其结果可能会出现偏倚, 因此后期应进一步收集更多的标本并做好精确的分析工作。

本研究精液细菌培养结果表明, 血精症患者约 70% 可从精液中培养出细菌, 病原菌以革兰阴性菌为主, 最常见者为大肠埃希菌, 对美罗培南、亚胺培南、阿米卡星、妥布霉素、头孢吡肟等敏感性较高。但由于美罗培南、亚胺培南、头孢吡肟属于特殊使用级抗菌药物, 不宜常规使用, 所以根据药敏结果将阿米卡星或依替米星作为较好的选择。但因阿米卡星或依替米星具有耳毒性及肾毒性, 因此是否将其作为首选, 还有待于探讨。

本研究也存在一定的局限性, 除标本量偏少以外, 还存在以下缺陷: (1) 仅将精液标本送细菌培养, 而未检测其是否感染支原体及衣原体。(2) 因培养厌氧菌的实验条件不能满足, 故

• 临床探讨 •

而不能排除厌氧菌漏检的可能性。(3) 本研究纳入的患者均来自于本地区, 可能存在一定的地域特征, 不能以偏概全。因此, 未来需收集更多的标本, 甚至联合其他地区医院进行统一、全面的研究, 为临床治疗血精症提供准确的病原学依据。

参考文献

- [1] Wang H, Ye H, Xu C, et al. Transurethral seminal vesiculoscopy using a 6F vesiculoscope for ejaculatory duct obstruction: initial experience [J]. J Androl, 2012, 33 (4): 637-643.
- [2] 赵振蒙, 肖龙, 高倩, 等. 110 例血精的诊断与治疗 [J]. 昆明医学院学报, 2010, 20(2): 82-83.
- [3] 朱晓博, 张祥生, 张士龙, 等. 8.5/11.5F 精囊镜在顽固性血精诊治中的应用 [J]. 中华男科学杂志, 2016, 22(3): 225-228.
- [4] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 447-448.
- [5] 黄绍明, 郭志云, 李彤, 等. 精囊镜下左氧氟沙星注射液灌注治疗顽固性血精的临床研究 [J]. 2015, 22(26): 140-142.
- [6] Zargooshi J, Nourizad S, Vaziri S, et al. Hemospermia: long-term outcome in 165 patients [J]. Int J Impot Res, 2014, 26(3): 83-86.
- [7] 张卫星, 常轲祎, 王瑞. 20 例血精症患者精液细菌培养及药敏结果分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(7): 139-142.
- [8] 岑拾贵, 何莉, 郎梅春. 137 例男性不育患者精液细菌培养及药敏分析 [J]. 实验与检验医学, 2016, 34(1): 113-114.
- [9] 尚红, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 634-636.

(收稿日期: 2017-02-11 修回日期: 2017-03-21)

血常规检验在珠蛋白生成障碍性贫血和缺铁性贫血 诊断与鉴别诊断中的应用

蒋主辉

(四川省成都市第五人民医院 611130)

摘要:目的 分析珠蛋白生成障碍性贫血和缺铁性贫血诊断与鉴别中应用血常规检验的价值, 探讨提升珠蛋白生成障碍性贫血与缺铁性贫血诊断与鉴别准确性的方法。**方法** 选择 2015 年 8 月至 2016 年 8 月收治的贫血患者 83 例, 其中 39 例珠蛋白生成障碍性贫血患者记为 A 组, 44 例缺铁性贫血患者记为 B 组, 另选择同期接受体检的健康者 50 例记为正常组, 3 组均接受血常规检验, 观察检验结果。**结果** A 组与 B 组患者红细胞(RBC)、血红蛋白(Hb)、红细胞平均比容(MCV)、红细胞平均血红蛋白(MCH)、红细胞平均血红蛋白(MCHC)水平低于正常组, 红细胞体积平均分布宽度(RDW)水平高于正常组, A 组 Hb、RBC、MCV、MCHC、RDW 水平高于 B 组, MCH 水平低于 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 临床诊断与鉴别珠蛋白生成障碍性贫血与缺铁性贫血时, 应用血常规检验可提升诊断与鉴别的准确性, 促使患者尽早接受对症治疗, 改善患者的贫血状况, 促进患者康复, 提高患者的生活质量, 临床应用价值较高。

关键词: 珠蛋白生成障碍性贫血; 缺铁性贫血; 血常规检验

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.030 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)13-1922-02

贫血属于临床常见病, 发病率较高, 患者发病后机体健康程度受到严重影响, 并影响其心理健康程度, 降低其生活质量。

贫血类型比较多,常见的为珠蛋白生成障碍性贫血与缺铁性贫血,具体贫血类型不同,治疗方法也存在差异,因此,临床治疗贫血患者的关键在于尽早准确诊断、鉴别具体类型。临床诊断与鉴别珠蛋白生成障碍性贫血与缺铁性贫血时,传统方法的准确性相对较低,不利于患者预后的改善,存在一定的局限性。研究表明,利用血常规检验诊断与鉴别时,可提升准确率,促使患者尽早接受治疗,提升治疗效果。本研究中,以已经确诊的珠蛋白生成障碍性贫血、缺铁性贫血患者为研究对象,分析其诊断与鉴别中应用血常规检验的价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择该院 2015 年 8 月至 2016 年 8 月收治的贫血患者 83 例。其中 39 例珠蛋白生成障碍性贫血患者记为 A 组,男 19 例,女 20 例;年龄 18~62 岁,平均(38.7±5.2)岁;病程 3 个月至 4 年,平均(1.9±0.7)年;住院患者 21 例,门诊患者 18 例;轻度贫血 8 例,中度贫血 12 例,重度贫血 19 例。44 例缺铁性贫血患者记为 B 组,男 21 例,女 23 例;年龄 19~63 岁,平均(38.9±5.3)岁;病程 2 个月至 4 年,平均(2.0±0.5)年;住院患者 22 例,门诊患者 22 例;轻度贫血 9 例,中度贫血 15 例,重度贫血 20 例。纳入标准:两组患者均符合相应诊断标准,就诊原因为不同程度乏力、食欲不振等,经血常规检验等检查确诊,对本研究知情。另选择同期在该院中接受体检

的健康者 50 例,记为正常组,男 21 例,女 29 例;年龄 20~65 岁,平均(39.2±5.0)岁。纳入标准:均明确不患有贫血疾病,自愿参与到本研究中。经比较,3 组基本资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 A 组与 B 组患者及正常组均接受血常规检验。应用真空采血法采集血液,清晨患者处于空腹状态下时,于其肘静脉抽取静脉血 2 mL,加入到乙二胺四乙酸二钾(EDTA-K₂)抗凝管中,混匀,采用 JHF7-3000 型检测仪进行检测。

1.3 观察指标 观察贫血患者与健康者的血常规检验结果,指标包含红细胞(RBC)、血红蛋白(Hb)、红细胞平均容积(MCV)、红细胞平均血红蛋白含量(MCH)、红细胞平均血红蛋白浓度(MCHC)、红细胞体积分布宽度(RDW)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

A 组与 B 组患者 RBC、Hb、MCV、MCH、MCHC 水平低于正常组,RDW 水平高于正常组,A 组 Hb、RBC、MCV、MCHC、RDW 水平高于 B 组,MCH 水平低于 B 组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 A 组、B 组与正常组血常规检验结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	RBC($\times 10^{12}/L$)	Hb(g/L)	MCV(fL)	MCH(pg)	MCHC(g/L)	RDW(%)
A 组	39	4.78±0.81*	91.28±16.24*	66.81±6.58*	18.27±3.89*	305.77±31.95*	0.19±0.02*
B 组	44	3.11±0.58*#	74.42±22.95*#	65.98±8.42*#	19.64±4.19*#	299.17±28.45*#	0.17±0.03*#
正常组	50	4.61±0.68	129.63±2.91	88.47±7.44	31.24±0.09	351.18±11.78	0.14±0.01

注:与正常组相比,* $P<0.05$;与 A 组相比,# $P<0.05$

3 讨 论

贫血是指人体外周血红细胞容量低于正常范围的疾病,由于较难实现红细胞容量测定,检测时多以 Hb 水平代替。血常规检测为贫血诊断的常规检查。

珠蛋白生成障碍性贫血属于溶血性贫血,可明显增强骨髓造血功能,贫血程度比较轻时,在骨髓代偿作用下,RBC 降低基本不会出现,但贫血程度比较严重时,受到骨髓原位溶血、脾脏清除异常红细胞的影响,会明显降低 RBC^[1]。Hb 合成过程中,必不可少的一个原料为铁,当铁缺乏时,会减少 Hb 的合成,但并不会严重的影响红细胞分析,因此,贫血程度如比较轻时,RBC 数值与正常水平相同,贫血程度加重后,Hb 的合成需要提升量及速度,此时缺乏铁的供应会造成骨髓抑制,降低 RBC,但通过本研究结果发现,珠蛋白生成障碍性贫血患者的 RBC 下降水平明显高于缺铁性贫血^[2]。患者因乏力、食欲不振等疑似贫血表现原因就诊时,医生可给予患者血常规检验,如各项血常规检验结果均出现明显降低,应首先考虑为贫血,随后,医生对各项血常规检验结果进行进一步的分析,判定贫血疾病属于珠蛋白生成障碍性贫血或缺铁性贫血,从而做出准确的诊断与鉴别^[3-4]。本研究结果显示:A 组与 B 组患者 RBC、Hb、MCV、MCH、MCHC 水平低于正常组,RDW 水平高于正常组,A 组 Hb、RBC、MCV、MCHC、RDW 水平高于 B 组,MCH 水平低于 B 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。依据诊断与鉴别结果,结合患者病情的轻重程度,为患者制订科学的治疗方法,有效地改善患者的贫血状况,促进患者康复^[5-6]。

综上所述,珠蛋白生成障碍性贫血与缺铁性贫血为临床上比较常见的贫血疾病类型,应用血常规检验方法诊断与鉴别这两种贫血疾病类型时,通过分析具体的检验指标,可较为准确地鉴别贫血类型为珠蛋白生成障碍性贫血或缺铁性贫血。

参考文献

[1] 王莹,郭栓青,王暖.浅析血液检测法在鉴别诊断地中海贫血和缺铁性贫血中的应用效果[J].当代医药论丛,2015,26(8):53-54.

[2] 张改霞.缺铁性贫血和地中海贫血患者血常规检验的对比分析[J].吉林医学,2012,33(3):505.

[3] 靳伟东.血液检验在贫血的诊断与鉴别诊断中的应用分析[J].中国医药指南,2016,12(12):140.

[4] 冯建庭.探讨缺铁性贫血和地中海贫血患者血常规检验结果的差异[J].现代诊断与治疗,2016,17(7):1290-1291.

[5] 王长林,胡文辉.血液检验在贫血诊断与鉴别诊断的临床价值分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,14(17):2195-2196.

[6] 韩鹏飞,陈志会,鞠传余.血常规检测在鉴别缺铁性贫血和地中海贫血的临床应用[J].中国药物经济学,2014,16(2):262-263.