

并发症发生情况比较,经过临床护理后,试验组支气管胸膜瘘发生率(5.00%)明显低于对照组(18.33%),试验组心力衰竭发生率(1.67%)明显低于对照组(13.33%),试验组呼吸衰竭发生率(1.67%)明显低于对照组(11.67%),试验组肺部感染发生率(0.00%)明显低于对照组(6.67%),试验组心律失常发生率(1.67%)明显低于对照组(11.67%),两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。具体数据见表 2。

表 2 两组患者术后各并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	支气管胸膜瘘	心力衰竭	呼吸衰竭	肺部感染	心率失常
对照组	60	11(18.33)	8(13.33)	7(11.67)	4(6.67)	7(11.67)
试验组	60	3(5.00)	1(1.67)	1(1.67)	0(0.00)	1(1.67)
$\chi^2$		5.175 2	5.885 9	4.821 4	4.068 9	4.821 4
P		0.022 9	0.015 3	0.028 1	0.043 7	0.028 1

2.3 两组患者护理干预心理状况比较分析 经过临床护理后,试验组 SAS 评分(40.56±10.45)显著低于对照组(55.32±12.25),试验组 SDS 评分(32.55±8.85)显著低于对照组(43.14±10.35),两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。具体数据见表 3。

表 3 两组患者心理状况比较分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	SAS	SDS
对照组	60	55.32±12.25	43.14±10.35
试验组	60	40.56±10.45	32.55±8.85
t		7.115 0	6.023 7
P		0.000 0	0.000 0

### 3 讨论

肺癌是目前临床上常见的肺部原发性恶性肿瘤,发病率和致死率均很高。特别是近年来,由于大气污染、吸烟人数上升及人口老龄化等原因,其发病率和发患者数还在不断上升。治疗肺癌的手段有放疗、化疗、外科手术治疗等<sup>[6]</sup>。手术治疗是目前临床上最主要的治疗手段。全肺切除术是治疗中央型肺癌的最常用方法,多年临床证实其效果良好。但是,全肺切除术会对患者机体造成较大的创伤,患者术后容易发生心血管系统、呼吸系统和心理方面等的各种并发症,严重影响术后康复<sup>[7-8]</sup>。因此,肺癌全肺切除术患者的护理工作尤其重要。临床研究表明,常规护理已经不能满足肺癌全肺切除术后的康复要求。本次研究中也发现,进对肺癌全切除术患者采取常规护理时,其并发症发生率和病死率均较高,分别为 35%, 11.67%。同时,患者术后焦虑和抑郁评分也较高,分别为 55.32

±12.25, 43.14±10.35。多项临床研究表明,对肺癌全肺切除术的患者加强针对并发症的护理干预,可有效降低患者术后呼吸系统、心血管系统等各种并发症发生率,同时患者心理状况也得到极大的改善,病死率降低,极大的促进了患者的康复<sup>[9-10]</sup>。本次研究也表明,在常规护理的基础上,加强针对并发症的护理后,患者并发症发生率和病死率均较低,分别为 11.67%, 3.33%。同时患者 SAS 及 SDS 评分较低,分别为 40.56±10.45, 32.55±8.85。呼吸衰竭、心力衰竭等并发症发生率均较低。得到了与多项临床研究相类似的结果,即加强针对并发症的护理可有效降低肺癌全肺切除术患者术后各种并发症发生率,改善患者心理状态,降低病死率,促进患者康复。

本次研究表明在常规护理的基础上,加强针对并发症的护理可有效降低肺癌全肺切除术患者术后各种并发症发生率,改善患者心理状态,降低病死率,促进患者康复。其临床效果优于常规护理。

对肺癌全肺切除术后患者进行针对并发症的护理干预,可有效减少患者术后并发症的发生,促进患者康复,值得广泛应用。

### 参考文献

- [1] 李楠,张国莉,郑守华.护理对肺癌全肺切除术后并发症的影响研究[J].护士进修杂志,2011,9(7):840-842.
- [2] 陈海霞.肺癌全肺切除术 102 例围术期护理分析[J].中国现代医药杂志,2011,9(1):76-77.
- [3] 王宁.肺癌全肺切除术后并发症的护理[J].中国煤炭工业医学杂志,2014,3(4):472-474.
- [4] 廖永红,陈汉霞,蒋春瑜.肺癌全肺切除术后并发症的护理体会[J].深圳中西医结合杂志,2014,4(1):144-145.
- [5] 任春梅.全肺切除术后并发症的护理[J].临床合理用药杂志,2014,35(2):155-156.
- [6] 刘建华,董翠花,杨日芳.肺癌全肺切除术后呼吸道护理[J].基层医学论坛,2009,36(9):1067-1068.
- [7] 由德辉,智明,唐立民.肺癌患者术后肺部并发症的预防及护理[J].临床合理用药杂志,2013,36(2):169-170.
- [8] 马丽琴,章跃文.全肺切除术后病情观察及护理干预[J].中国医药导刊,2013,S1:268-269.
- [9] 牟善娟,张丹.肺癌全肺切除术的护理[J].吉林医学,2010,2(2):237-238.
- [10] 周雁荣,朱新艳.肺癌全肺切除术后并发症及其护理对策[J].临床肺科杂志,2010,9(10):1363.

(收稿日期:2015-04-15 修回日期:2015-06-12)

### • 临床探讨 •

## 血清铁、铁蛋白联合检测对缺铁性贫血诊断的临床应用

刘春燕(云南省普洱市人民医院检验科,云南普洱 665000)

【摘要】目的 探讨血清铁及铁蛋白联合检测在缺铁性贫血诊断中的应用。方法 对本院 2014 年通过骨髓检测确诊的 83 例缺铁性贫血患者检测的血清铁、铁蛋白进行统计分析。结果 缺铁性贫血患者单项检测血清铁减低阳性符合率为 85.5%,铁蛋白减低阳性符合率为 81.9%,联合检测阳性符合率为 98.8%。结论 小细胞低色素性贫血患者通过血清铁及铁蛋白联合检测就可对缺铁性贫血进行筛查及确诊。

【关键词】 缺铁性贫血； 血清铁； 铁蛋白； 骨髓检测

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.26.090 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)26-0185-02

缺铁性贫血(IDA)是指由于体内贮存铁消耗殆尽、不能满足正常红细胞生成的需要而发生的贫血。在红细胞的产生受到限制之前,体内的铁贮存已耗尽,此时称为缺铁。缺铁性贫血的特点是骨髓及其他组织中缺乏可染铁,血清铁蛋白及转铁蛋白饱和度均降低,呈现小细胞低色素性贫血。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2014 年本院经血液科通过骨髓检测确诊的 83 例缺铁性贫血患者检测的血清铁及铁蛋白结果进行回顾性统计分析。

1.2 仪器与试剂 血清铁检测采用日立 7600 全自动生化分析仪及其原装配套试剂及校准品,质控品由伯乐公司提供;血清蛋白检测采用 Roche cobas e 601 及其原装配套试剂及校准品;骨髓铁染色检测采用日本 OLYMPUS BX41 型显微镜镜检,染液由贝索公司提供。实验期间,所用试剂、校准品和质控品均在有效期内,室内质控均显示在控。

1.3 方法 对同一患者分别抽取两份 3ml 空腹血按常规处理方法进行血清铁及铁蛋白检测,骨髓标本进行手工推片、染色,并由两位具有三年以上细胞形态学检查经验的主管检验师进行双盲镜检,镜检方法严格按照全国临床检验操作规程进行<sup>[1]</sup>。

2 结果

2.1 结果判断 血清铁低于参考区间:9~27 μmol/L 为阳性反之为阴性;铁蛋白低于参考区间:10~200 μg/L 判断为阳性,反之为阴性;联合检测:血清铁及铁蛋白任何一项低于参考区间就为阳性,两项正常或增高为阴性。

2.2 结果分析 统计发现 83 位缺铁性贫血患者血清铁检测共有 71 份低于正常参考区间,阳性符合率为 85.5%;铁蛋白检测低于正常参考区间的共 68 份,阳性符合率为 81.9%;联合检测同一患者任何一项血清铁或铁蛋白检测低于正常参考区间就为阳性,阳性符合率为 98.8%。

表 1 83 位缺铁性贫血患者两项检测结果如下

组别	血清铁	铁蛋白	联合检测
阴性	12	15	1
阳性	71	68	82
阳性符合率	85.5%	81.9%	98.8%

3 讨论

缺铁性贫血是机体铁的需要量增加和铁吸收减少使体内储存铁耗尽而缺乏,又未得到足够的补充,导致合成血红蛋白的铁不足而引起的贫血,是临床上最常见的一种贫血。缺铁可分为三个阶段:储铁缺乏、缺铁性红细胞生成及缺铁性贫血三

个连续发展的过程,储铁缺乏检查会出现异常的项目:血清铁蛋白减低或骨髓铁染色减低;血清铁减低提示储存铁耗竭红细胞造血受到影响为缺铁性红细胞生成也称缺铁造血期,缺铁性贫血期出现小细胞低色素性贫血,贫血严重程度与缺铁的发展阶段及病程有关。铁染色法是诊断缺铁性贫血上佳的方法,骨髓可染铁消失被公认为诊断缺铁的金标准<sup>[3]</sup>,但骨髓铁染色检测受取材、染色、个人主观判断因素的影响较大,骨髓采集较血液复杂,很少有患者乐意接受其检查,且 TAT 时间较血清铁蛋白及血清铁检测长。国外 WHO 制定缺铁性贫血诊断标准中无骨髓铁染色检测<sup>[4]</sup>,国内也有学者提出铁蛋白检测在储存铁检测中优于骨髓铁染色<sup>[2]</sup>,有临床医师认为部分病例血清铁及铁蛋白检测结果与缺铁性贫血不相符,怀疑检测结果不准确是导致缺铁性贫血骨髓检测过高的原因之一。在本次统计中有 1 例血清铁及铁蛋白联合检测阴性,由于该患者在检测前两天在外院输血治疗过,血清铁及铁蛋白在正常范围内。血清铁检测反应的是当前状态下血清铁的含量由于其受生理及病理因素影响较大,正常或增高不能排除缺铁性贫血,但减低通常只发生于铁缺乏症;铁蛋白是急性相反应性蛋白,机体处于应激状态如感染、肿瘤等铁蛋白可正常或增高,所以铁蛋白正常或增高不能排除缺铁性贫血,但铁蛋白减低只发生于铁缺乏症,且在铁缺乏症早期就出现异常,铁蛋白含量能准确反映体内储存铁的情况与骨髓铁染色结果有良好的相关性比细胞外铁染色更准确,是诊断缺铁性贫血敏感方法和重要依据之一<sup>[2]</sup>。

通过本次统计表明,血清铁及铁蛋白联合检测阳性能为缺铁性贫血提供重要确诊依据,阴性不排除缺铁性贫血可能,可以再通过骨髓等相关检查进一步确诊。由于与临床沟通不够临床医师对检查项目的结果判读及影响因素了解不多往往造成检验项目检测与临床应用出现不必要的矛盾及误解从而增加患者经济及生理负担,所以与临床建立有效沟通是以后检验科发展的必然方向。

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,2006:10.

[2] 许文荣,王建中.临床血液学与检验[M].北京:人民卫生出版社,2012:127-166.

[3] 卢兴国,李早荣,徐根波.现代血液形态学理论与实践[M].上海:上海科学技术出版社,2003:244-247.

[4] 张之南,沈悌.血液病诊断及疗效标准[M].北京:科学出版社,2006:6-7.

(收稿日期:2015-05-16 修回日期:2015-07-30)

• 临床探讨 •

生化室不同生化检测系统测定结果的比对和偏倚评估

余显华(贵州省瓮安县人民医院 550400)

【摘要】 目的 通过对两台生化分析仪测定结果的比对,评估偏倚,检测该偏倚是否在允许范围以内,结果是否具有可比性。方法 参照美国临床实验室标准化委员会(NCCLS)的 EP9-A2 文件要求,以 Hitachi7180 为参比系