

血红蛋白增高

作者：有故事的人 来源：范文网 www.wtabcd.cn/fanwen/

本文原地址：<https://www.wtabcd.cn/zhishi/a/167896724910737.html>

范文网，为你加油喝彩！

论语介绍-圣诞节英语作文



2023年3月16日发(作者：同读一本书手抄报)

血常规最详细解读！

1.红细胞计数(RBC)

红细胞计数，是指单位体积血液中所含的红细胞数目，对于提示

累及红细胞系统的疾病有重要意义。

正常值：

男性 $(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$;

女性 $(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$;

新生儿 $(6.0 \sim 7.0) \times 10^{12}/L$

上面这个正常值数据，咋还男女有别呢？其实男女两性的红细胞

计数在15-40岁期间差别明显，主要是在此期间男性雄性激素水平较

高，而睾酮有促进骨髓造血作用。

生理性增高：

- 1、高山地区的居民：高海拔地区缺氧刺激红细胞代偿性增多
- 2、饮水过少，排汗过多：暂时性的血液浓缩。
- 3、新生儿：在宫内生理性缺氧状态，代偿性增多，但在出生2周后就逐渐下降。
- 4、精神因素：感情冲动、兴奋、恐惧、冷水浴刺激均可使肾上

腺素增多，导致红细胞暂时增多。

生理性减低：

1、三个月到十五岁的人群：生长发育迅速所致的造血原料相对不足。

2、孕妇妊娠中后期：血浆容量明显增加而引起血液稀释。

3、老年人：骨髓造血机能减低。（工厂产能不足）

病理性增多

病理性水分丢失过多，导致血液浓缩：严重呕吐，腹泻，大面积

出汗，大面积烧伤的病人，尿崩症等。

组织缺氧，代偿性增多：慢性肺源性心脏病，先天性心脏病，肺

气肿及心力衰竭等——组织缺氧，血液中促红细胞生成素增多而使红

细胞和血红蛋白代偿性增加。

某些肿瘤：如肾癌，肾上腺肿瘤，肝细胞癌也可使促红细胞生成

素呈非代偿性增加。

药物因素：如雄激素及其衍生物，肾上腺皮质激素类等可引起红

细胞增多。

病理性降低：

骨髓造血功能异常：如再生障碍性贫血、白血病等引起的贫血。

慢性疾病：如感染、炎症、恶性肿瘤、尿毒症、肝病等造成或伴发的贫血。

造血物质缺乏或利用障碍造成的贫血：如缺铁性贫血。

红细胞破坏过多造成的贫血：如溶血性贫血等。

急性失血：大手术后，慢性失血等都是造成红细胞和血红蛋白降低的因素。

2、血红蛋白浓度（Hb）

血红蛋白浓度指单位提及(L)血液内所含的血红蛋白的量，血红蛋

白又称血色素，是红细胞的主要组成部分，能与氧结合，运输氧和二

氧化碳。血红蛋白是红细胞内的主要成分，病态下的RBC和Hb可出现分离。

正常值：

男性120 ~ 160g / L

女性110 ~ 150g / L

新生儿170 ~ 200g / L

血红蛋白增高：

降低的临床意义基本和红细胞计数的临床意义相似，但血红蛋白

能更好地反映贫血的程度。血红蛋白增多有以下情况：

(1)生理性增多：见于高原居民，胎儿和新生儿，剧烈活动，恐惧，

冷水浴等；

(2)病理性增多：见于严重的先天性及后天性心肺疾患和血管畸形，

如法洛四联症，发绀型先天性心脏病，阻塞性肺气肿，肺源性心脏病，

肺动脉或肺静脉瘘及携氧能力低的异常血红蛋白病等；也见于某些肿

瘤或肾脏疾病，如肾癌，肝细胞癌，肾胚胎瘤及肾盂积水，多囊肾等

血红蛋白减少

(1)生理性减少：3个月的婴儿至15岁以前的儿童，主要因生长发

育迅速而致的造血系统造血的相对不足，一般可较正常人的低10%-

20%，妊娠中期和后期由于妊娠血容量增加而使血液被稀释，老年人

由于骨髓造血功能逐渐降低，可导致红细胞和血红蛋白含量减少，

(2)病理性减少：

一、红细胞和血红蛋白生成不足

(1)造血物质缺乏：如缺铁性贫血(铁缺乏)、巨幼细胞贫血(维生素

B12、叶酸缺乏)、维生素B6缺乏性贫血、铜缺乏、维生素C缺乏、蛋

白质缺乏等。

(2)骨髓造血功能障碍：如再生障碍性贫血，单纯红细胞再生障碍

性贫血

(3)其他：感染性及炎症性贫血，慢性肾病所致贫血，铅中毒，癌

症性贫血等。

二、溶血性贫血

(1)红细胞内在异常：

红细胞膜结构缺陷：如遗传性球形红细胞增多症、遗传性椭圆

形红细胞增多症、棘状红细胞增多、阵发性睡眠性血红蛋白尿等；

红细胞酶缺乏：如葡萄糖—6—磷酸脱氢酶(G-6-PD)缺乏、丙

酮酸激酶(PK)缺乏症等

血红蛋白合成或结构异常：如地中海贫血、血红蛋白病等。

(2)红细胞向前一步书籍 外在因素：

免疫因素：体内存在破坏红细胞的抗体，如新生儿溶血症、自

身免疫性溶血性贫血、药物所致的免疫性

溶血性贫血等；

非免疫因素：如感染、物理化学因素、毒素、脾功能亢进、弥

散性血管内凝血等。

三、红细胞丢失（失血）

包括急性失血和慢性失血引起的贫血。

3、白细胞计数（WBC）

白细胞计数，是指计数单位体积血液中所含的白细胞数目，是机

体防御系统的重要组成部分。

正常值：

成人（4.0～10.0） $10^9/L$ ；

儿童 (5.0 ~ 12.0) $10^9 / L$;

6个月至2岁 (11.0 ~ 12.0) $10^9/L$

新生儿 (15.0 ~ 20.0) $10^9 / L$ 。 绿豆甜汤 L。

白细胞计数增多

见于急性感染，尿毒症，严重烧伤，急性出血，组织损伤，大手

术后，白血病等

白细胞计数减少

见于伤寒及副伤寒，疟疾，再生障碍性贫血，急性粒细胞缺乏症，

脾功能亢进，X线，放射性核素照射，使用某些抗癌药物等。

4、白细胞分类计数

血液离心时表层为灰白色，这部分的细胞即称为白细胞。它是一

组形态、功能和在发育与分化阶段不同的非均质性混合细胞的统称，

依据形态、功能和来源而分为粒细胞、淋巴细胞、单核细胞三类。仅

以白细胞计数判定临床意义有一定局限性，应结合白细胞分类计数分

析病情，较为确切。

正常值：

中性粒细胞：

杆状核 $1\% \sim 5\%(0.04 \sim 0.5)10^9/L$ ，

分叶核 $50\% \sim 70\%(2 \sim 7)10^9/L$ ，

嗜酸粒细胞： $0.5\% \sim 5.0\%(0.05 \sim 0.5)10^9/L$ ；

嗜碱粒细胞： $0\% \sim 1\%(0 \sim 0.1)10^9/L$ ；

淋巴细胞： $20\% \sim 40\%(0.2 \sim 0.4)10^9/L$ ；

单核细胞： $3\% \sim 8\%(0.08 \sim 0.8)10^9/L$ 。

注：前面是分类百分占比，后面是绝对值

临床意义：

(1)中性粒细胞：

增多：见于急性和化脓性感染(疖痈、脓肿、肺炎、阑尾炎、丹毒、

败血症、内脏穿孔、猩红热等)、各种中毒(酸中毒、尿毒症、铅中毒、

汞中毒等)，组织损伤、恶性肿瘤、急性大出血、急性溶血等。

减少：见于伤寒、副伤寒、麻疹、流感等传染病；化疗、放疗。某

些血液病(再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症、白细胞减少症、骨髓增殖

异常综合征等)、脾功能亢进、自身免疫性疾病等。

(2)嗜酸粒细胞：

增多：见于过敏性疾病、皮肤病、寄生虫病、某些血液病，射线

照射后、脾切除术后、传染病恢复期等。

减少：见于伤寒、副伤寒、应用糖皮质激素、促肾上腺皮质激素

等。

(3)淋巴细胞：

增多：见于某些传染病(百日咳、传染性单核细胞增多症、传染性

淋巴细胞增多症、水痘、麻疹、风疹、流行性腮腺炎、病毒性肝炎、

淋巴细胞性白血病和淋巴瘤等)。

减少：见于多种传染病的急性期，放射病、免疫缺陷病等。

(4)单核细胞：

增多见于结核病、伤寒，感染性心内膜炎、疟疾、单核细胞白血

病、黑热病及传染病的恢复期等，二岁以内的儿童可以稍高。减少一

般无临床意义。

(5)嗜碱粒细胞：

多见于慢性粒细胞性白血病、嗜碱粒细胞白血病、霍奇金病、脾

切除术后等。

5、血小板计数

血小板计数，指单位体积血液中所含的血小板数目，血小板是血

液中最小的细胞，可保护毛细血管的完整性，有效的血小板质量和数

量在集朱砂的作用和功效 体正常止血过程中发挥着重要作用，血小板止血兼有机械性的

堵塞伤口和生物化学性的粘附聚合作用。

正常值：

$(100 \sim 280) \times 10^9/L$

男性 $(108 \sim 273) \times 10^9/L$

女性 $(148 \sim 257) \times 10^9/L$

平均值 $190 \times 10^9/L$

(1)生理变异：

健康人的血小板数比较稳定，在一日之间没有大的变动，亦无性

别与年龄明显差别，有些妇女血小板可呈周期性(月经期)轻度下降。

血小板减少

见于原发性血小板减少性紫癜，某些内科疾患如胶原性疾患，脾

功能亢进，尿毒症，肿瘤骨髓转移引起骨髓纤维化时可继发血小板减

少，某些造血系统疾患如白血病，再生障碍性贫血，溶血性贫血，骨

髓增生异常综合征等均可伴有血小板减少，凡体内血小板消耗过多，

如弥散性血管内凝血及血栓性血小板减少性紫癜，败血症，粟粒结核

等血小板也往往减少。

血小板显著增多

主要见于原发性血小板增多症，真性红细胞增多症，慢性粒细胞

白血病以及肿瘤骨髓转移(有溶骨性变化时)，在脾切除手术后，血小板

也能呈现一过性增多，此外，骨折，出血和手术后，血小板可反应性

轻度增高。

血小板减少时必须防止出血，血小板显著增多时，必须警惕血栓

发生；但血小板增多亦可出血，因血小板质量差。

6、网织红细胞计数（RC）

网织红细胞是没有完全成熟的红细胞，该细胞内残存的核糖核酸

经特殊染色后成“网状”结构。

正常值：

成人0.5%～1.5%，绝对值（24～84） $10^9/L$ ；

新生儿2.0%～6.0%，绝对值（144～336） $10^9/L$ 。

网织红细胞计数增多

表示骨髓造血功能旺盛，见于溶血性贫血，出血性贫血，恶性贫

血，以及缺铁性贫血和巨幼细胞贫血治疗有效时

网织红细胞计数降低

见于再生障碍性贫血。

7、红细胞压积

红细胞比积又称红细胞压积(PCV)，是指一定量的抗凝血积压后红

细胞占全血的容积比，是一种间接反映红细胞数量、大小及体积的简单方法。结合红细胞计数和血红蛋白含量，可计算红细胞平均值，有助于贫血的形态学分类。

正常值：

男性：0.40～0.50(40～50vol%)

女性：0.37～0.48(37～48vol%)

新生儿：0.49～0.60(49～60vol%)

(1)红细胞压积增大：

严重脱水(大量呕吐、腹泻、失水等)。

大面积烧伤。

真性红细胞增多症。

继发性红细胞增多症(新生儿、高原病、重症肺源性心脏病等)。

(2)红细胞压积减少：

贫血或妊娠稀血症。

继发性纤维蛋白溶解症。

流行性出血热并发高血容量综合征。

妊高症。

8、平均红细胞体积（MCV）

平均红细胞体积(MCV)是指人体单个红细胞的平均体积，通常是

间接计算得到，临床方便的计算公式是：平均红细胞体积（fL）

$=\text{HCT}/\text{RBC} \times 100$ 。

正常值：

手工法82～92fl

血细胞分析仪法80～100fl

平均红细胞体积对贫血进行形态学分类的敏感指标，比平均红细

胞血红蛋白量，平均红细胞血红蛋白浓度临床价值更大：

(1)体积增大：见于大细胞性贫血。

(2)体积缩小：见于小细胞性低色素性贫血。

生理学改变：

升高：新生儿升高约12%，妊娠约高5%，饮酒约升高4%，

吸烟约升高3%，口服避孕药约升高1%。

降低：激烈的肌肉活动约降低4%，6个月以前的儿童约降低10%。

药物影响：

升高：可引起巨幼红细胞贫血的药物有巴比妥酸盐，苯巴比妥(叶酸代谢障碍)，格鲁米特，苯妥英钠，非那西丁(偶尔)，氨苯喋啶，雌激素，苯乙双胍(致叶酸或维生素B12缺乏)，呋喃类，新霉素，异烟肼，环丝氨酸，氨基苯甲酸(诱致消化道吸收障碍所致)，氨基水杨酸，甲氨蝶呤，秋水仙碱(伴维生素B12缺乏)，其中抗惊厥药约升高3%，

降低：双香豆素乙酯可发生小细胞低色素性贫血。

病理学改变：

升高：见于营养不良性巨幼红细胞性贫血(营养不良;吸收不良;胃切除术后，肠病，裂头绦虫等寄生虫病;及恶性贫血，混合缺乏，叶酸，维生素B12缺乏;遗传原因)，酒精性肝硬化，胰外功能不全，获得性溶血性贫血，出血性贫血再生之后和甲状腺功能低下。

降低：见于小细胞低色素贫血(由癌或感染引起的继发性贫血;

高铁血症见于铁粒幼红细胞贫血和铅中毒及CO中毒)，全身性溶血性

贫血(地中海贫血，遗传性球形红细胞增多症，先天性丙酮酸激酶缺乏

症)等。

9、平均红细胞血红蛋白 (MCH)

平均红细胞血红蛋白含量(MCH)系指每个红细胞内所含血红蛋白

的平均量，以皮克(pg)为单位， $MCH = \text{Hb含量} / \text{红细胞百万数}$ ，临床

上用于对贫血进行形态学分类。

正常值：

手工法27 ~ 31pg

血细胞分析仪法27 ~ 34pg

新生儿：23-30pg(1.5-2.0fmol)

降党的三大低：即为单纯小细胞性贫血，小细胞低色素性贫血，也见于缺

铁，慢性失血，口炎性腹泻，胃酸缺乏，妊娠，地中海贫血，铁粒幼

红细胞贫血，巨幼红细胞贫血。

升高：常为大细胞性贫血，见于恶性贫血，叶酸缺乏，长期饥饿，

网织红细胞增多症，甲状腺功能减退，再生障碍性贫血。

10、平均红细胞血红蛋白浓度（MCHC）

平均红细胞血红蛋白浓度(MCHC)，即平均每1升血细胞中所含血

红蛋白克数，以g/L表示，计算公式如下：

$$\text{MCHC} = \text{每升血液中血红蛋白克数(g/L)} / \text{每升血液中红细胞比积}$$

(L/L)

正常值：

MCHC：32～36%（320～360g/L）

1、升高：高色素性贫血，严重呕吐，频繁腹泻，真性红细胞增多

症，慢性一氧化碳中毒，心力衰竭等。

2、降低：小细胞低色素性贫血。

11、红细胞体积分布宽度（RDW）

红细胞体积分布宽度为反映红细胞体积大小异质性的参数，常以

所测得红细胞体积大小的变异系数。

正常值：

< 0.15 ($< 15\%$) ，

RDW - CV $11.5\% \sim 14.5\%$ 。

1、红细胞体积分布宽度增大：见于缺铁性贫血，尤其是MCV尚

处于参考值范围时红细胞体积分布宽度增大，更是早期缺铁性贫血的

特征，

2、缺血性贫血和轻型地中海性贫血均可见MCV下降，但前者红

细胞体积分布宽度增大，而后者RDW正常，有助于鉴别

3、溶血性贫血和巨幼细胞性贫血，MCV及红细胞体积分布宽度

均增大，而再生障碍性贫血MCV及红细胞体积分布宽度均无变化。

更多 在线阅览 请访问 https://www.wtabcd.cn/zhishi/list/91_0.html

文章生成doc功能，由[范文网](#)开发