

《公务员录用体检操作手册（试行）》

有关修订内容

一、将“第2篇体检项目及操作规程6.1血常规”修订为：

6.1 血常规

可为血液病的诊断提供线索。其中红细胞、白细胞及血小板计数采用仪器法或显微镜计数法，血红蛋白采用仪器法或光电比色法。必查项目包括以下5项：

6.1.1 红细胞总数（RBC）

【参考值】 男性： $(4.3 \sim 5.8) \times 10^{12}/L$ ；女性： $(3.8 \sim 5.1) \times 10^{12}/L$ 。

红细胞减少多见于各种贫血，如急性或慢性再生障碍性贫血、缺铁性贫血等。红细胞增多常见于身体缺氧、血液浓缩、真性红细胞增多症、继发性红细胞增多症等。

6.1.2 血红蛋白（HGB）

【参考值】 男性：130～175g/L；女性：115～150g/L。

血红蛋白减少或增多的临床意义基本同红细胞总数。

6.1.3 白细胞总数（WBC）

【参考值】 $(3.5 \sim 9.5) \times 10^9/L$ 。

生理性白细胞增多常见于剧烈运动、进食后、妊娠期等。另外，采血部位不同，也可使白细胞数有差异，如耳垂血平均白细胞数比

指血要高一些。

病理性白细胞增多常见于急性化脓性感染、尿毒症、白血病、组织损伤、急性出血等。

病理性白细胞减少常见于再生障碍性贫血、某些传染病、肝硬化、脾功能亢进、放疗、化疗、服用某些药物后等。

6.1.4 白细胞分类计数 (DC)

【参考值】

中性粒细胞: $(1.8 \sim 6.3) \times 10^9/L$ (40% ~ 75%)。

嗜酸粒细胞: $(0.02 \sim 0.52) \times 10^9/L$ (0.4% ~ 8%)。

嗜碱粒细胞: $(0.00 \sim 0.06) \times 10^9/L$ (0 ~ 1%)。

淋巴细胞: $(1.1 \sim 3.2) \times 10^9/L$ (20% ~ 50%)。

单核细胞: $(0.1 \sim 0.6) \times 10^9/L$ (3% ~ 10%)。

中性粒细胞增多常见于急性化脓性感染、大出血、严重组织损伤、慢性粒细胞性白血病、安眠药中毒等；减少常见于某些病毒感染、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症等。

嗜酸粒细胞增多常见于银屑病、天疱疮、湿疹、支气管哮喘、过敏、一些血液病及肿瘤，如慢性粒细胞性白血病、鼻咽癌、肺癌及宫颈癌等；减少常见于伤寒、副伤寒早期、长期使用肾上腺皮质激素后。

嗜碱粒细胞增多常见于慢性粒细胞白血病伴有骨髓纤维化、慢性溶血及脾切除后；减少一般没有临床意义。

淋巴细胞增多常见于传染性单核细胞增多症、结核病、疟疾、

慢性淋巴细胞性白血病、百日咳、某些病毒感染等；减少常见于某些白血病或破坏过多，如长期化疗、X线照射后及免疫缺陷等。

单核细胞增多常见于单核细胞性白血病、结核病活动期、伤寒、疟疾等；减少临床意义不大。

6.1.5 血小板计数 (PLT)

【参考值】 (125 ~ 350) × 10⁹/L。

血小板计数增高多见于血小板增多症、脾脏切除术后、急性感染、溶血、骨折等；减少多见于再生障碍性贫血、急性白血病、急性放射病、原发性或继发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进、尿毒症、服用某些药物后等。

二、将“第2篇体检项目及操作规程 6.3 血生化”修订为：

6.3 血生化

6.3.1 血糖 (GLU) 糖尿病诊断指标。采用葡萄糖氧化酶法，用全自动或半自动生化分析仪，采血后应尽快检测。

【参考值】 3.9 ~ 6.1 mmol/L。

空腹超过 8 小时采血血糖浓度 ≥ 7.0mmol/L，或一天当中任意时候采血血糖浓度 ≥ 11.1mmol/L，经复查仍达到或超过此值，诊断糖尿病；空腹血糖浓度介于 5.6 ~ 6.9mmol/L 之间，应进行口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 进一步确诊，OGTT2 小时的血糖浓度 ≥ 11.1mmol/L 者，诊断糖尿病。

6.3.2 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 肝脏生化检查指标，采用酶法，用全自动或半自动生化仪检测，可对病毒性肝炎等肝胆系统

疾病进行早期诊断，并有助于判断疾病的程度、预后。

【参考值】 男：9~50U/L，女：7~40U/L。

6.3.3 天冬氨酸氨基转移酶（AST） 肝脏生化检查指标，检测方法和意义同 ALT。

【参考值】 男：15~40U/L，女：13~35U/L。

ALT 和 AST 是反映肝细胞损害的敏感指标，在肝炎潜伏期、发病初期均可升高，故有助于早期发现肝炎。ALT 主要存在于肝细胞质内，而 AST 除了存在于肝细胞质之外，还有约一半以上分布在肝细胞的线粒体中。各种肝脏病变（如病毒性肝炎、药物性肝损害、脂肪肝、肝硬化等）和一些肝外疾病造成肝细胞损害时，ALT 和 AST 水平均可升高。

当肝损害较轻时，仅有胞质内的 ALT 和 AST 释放入血，故 ALT 的升高大于 AST，一般认为血清 ALT 超过参考值上限 2 倍以上，说明肝细胞有炎症、坏死和肝脏损害；严重肝损伤时，线粒体被破坏，其中的 AST 大量释放入血，致使血清 AST 水平高于 ALT。AST / ALT 比值 >1 可以提示肝炎进展，有显著肝细胞坏死，因此，测定 AST/ALT 比值有助于判断肝损伤的严重程度。单项 AST 升高还要考虑心肌和骨骼的病变，特别是心肌梗死时 AST / ALT 比值常 >3 ，并伴有相应临床表现，不难诊断。

除肝脏外，其他组织如心脏、脑、肾、肌肉等也都含有 ALT 和 AST，这些脏器的病变同样可引起血清 ALT 和 AST 升高；某些生理条件的变化也可引起 ALT 和 AST 升高，如剧烈体育活动可有

ALT 的一过性轻度升高。由于血清 ALT 和 AST 升高的原因多种多样，必须根据具体情况，结合必要的其他检查手段，仔细分析才能明确诊断。

6.3.4 血尿素氮(BUN) 血尿素氮是机体蛋白质代谢的产物，测定血尿素氮的目的在于判断肾脏对蛋白质代谢产物的排泄能力，故血尿素氮的数值，可以作为判断肾小球滤过功能的一项指标。但血尿素氮易受饮食、尿量等因素影响，故虽可作为判断肾小球功能的一项指标，但不如血肌酐准确。血尿素氮检测采用脲酶法。

【参考值】 2.8 ~ 7.2mmol/L。

6.3.5 血肌酐(CR) 肌酐是人体肌肉代谢的产物，不易受饮食和尿量因素影响，能更灵敏地反映肾功能，是诊断肾功能衰竭的重要指标，其水平与肾功能的损伤程度成正比。血肌酐检测采用苦味酸法或酶法。

【参考值】 苦味酸法：男性 44 ~ 133 $\mu\text{mol/L}$ ，女性 70 ~ 106 $\mu\text{mol/L}$ 。酶法：男性 53 ~ 97 $\mu\text{mol/L}$ ，女性 44 ~ 80 $\mu\text{mol/L}$ 。

当血尿素氮和血肌酐都用“mmol/L”为单位时，尿素氮/肌酐比值的参考值为 25 ~ 40。当比值 < 25 时，考虑蛋白质的摄入不足及肾小管急性坏死；> 40 时，考虑肾前性原因所致。

由于血尿素氮、肌酐的测定值容易受溶血、胆红素以及药物等因素影响，所以同时升高有诊断意义，肾脏实质性病变时血尿素氮升高的程度较血肌酐更明显。

三、将“第 3 篇《公务员录用体检通用标准（试行）》实施细

则 3.关于血液病” 修订为:

第三条 血液系统疾病, 不合格。单纯性缺铁性贫血, 血红蛋白男性高于 90g/L、女性高于 80g/L, 合格。

3.1 条文解释

血液系统由血液与造血器官组成, 造血器官包括骨髓、脾脏、淋巴结及分散在全身各处的淋巴组织和单核-吞噬细胞系统。血液系统疾病系指原发于和主要累及血液与造血器官的疾病(前者如白血病, 后者如缺铁性贫血), 俗称血液病。患其他系统性疾病而有血液方面改变者, 只能称为系统性疾病的血液学表现, 而非真正的血液病。

血液系统疾病一般可分为红细胞疾病、白细胞疾病、出血性疾病、造血干细胞疾病等, 临床上可以表现为贫血、出血、发热或恶性细胞浸润所致的淋巴结、肝、脾肿大等, 不同疾病又各有其特点。现仅就较常见的一些疾病做简要说明。

3.1.1 贫血 系指单位容积血液中血红蛋白含量低于参考值的下限, 同时常伴有不同程度的红细胞数量和红细胞压积减少。一般认为, 在平原地区, 血红蛋白含量成人男性 < 130g/L, 女性 < 115g/L, 即可诊断为贫血。贫血可原发于造血器官疾病, 也可继发于某些系统性疾病(如慢性肾病、慢性肝病、各种病原所致慢性感染、恶性肿瘤等)。贫血的病因学判断非常重要, 病因不同预后各异, 除某些原因造成的缺铁性贫血外, 往往难以彻底治愈, 属体检不合格。常见的贫血有以下几种:

1) 缺铁性贫血: 是最常见的一种贫血, 系体内缺乏合成血红蛋白所必需的铁所致, 其特点为小细胞低色素性贫血。常见病因包括慢性失血(如月经多、痔出血、溃疡病、钩虫病等)和铁吸收不良(如胃大部分切除术后、长期腹泻、胃酸缺乏、嗜好浓茶等)。预后取决于病因能否消除, 若能消除病因, 贫血多能很快纠正。所谓单纯性缺铁性贫血, 也是从病因角度而言, 主要指不良饮食习惯或月经过多、痔出血等原因引起的贫血, 此类贫血在血红蛋白含量男性不低于 90g/L、女性不低于 80g/L 时症状并不明显, 病因易消除, 对机体影响较小, 病因消除后血红蛋白含量易恢复正常, 预后较好, 故可按合格处理。

2) 再生障碍性贫血: 简称再障, 是多种病因引起骨髓衰竭所导致的以全血细胞减少为主要特征的一种综合病征。常见病因有药物、化学毒物、电离辐射、病毒感染等。再障分为急性型和慢性型两种。急性型起病急、进展迅速, 临床主要表现为出血(如消化道出血、血尿、眼底出血和颅内出血等), 容易并发感染, 病死率高; 慢性型起病缓慢, 多以贫血为主要表现, 病程较长, 缓解、发作可反复交替, 迁延多年不愈。本病一经诊断, 即作不合格结论。

3) 巨幼细胞性贫血: 是由于叶酸和/或维生素 B12 缺乏致 DNA 合成障碍所引起的贫血。其特点为造血细胞体积增大, 涉及红细胞、粒细胞、巨核细胞系列, 临床上常表现为全血细胞减少及伴胃肠道症状。常见原因为长期素食、偏食、蔬菜烹调不当、不适当的节食、胃肠道疾病引起吸收不良、服用干扰叶酸和/或维生素 B12 吸收的

药物等。本病一经诊断，即作不合格结论。

4) 肿瘤性贫血：是由于血液肿瘤（如白血病、淋巴瘤、骨髓瘤）或实体瘤浸润骨髓或骨髓增生异常（如骨髓异常增生综合症）所致的贫血。本病一经诊断，即作不合格结论。

5) 溶血性贫血：系因红细胞破坏加速、超过骨髓造血功能的代偿能力而发生的贫血，其主要特点为贫血、黄疸、脾大、网织红细胞增多及骨髓幼红细胞增生。溶血原因可由红细胞膜的结构与功能缺陷、酶缺陷等红细胞遗传缺陷所致，也可由感染、药物、理化、免疫、代谢等后天因素而引起。根据红细胞破坏的主要场所可分为血管内容血和血管外溶血。两者均作不合格结论。

3.1.2 红细胞增多症 是指单位容积血液中红细胞数、血红蛋白含量和红细胞压积明显高于参考值，通常血红蛋白 $\geq 180\text{g/L}$ 、红细胞数 $\geq 6.0 \times 10^{12}/\text{L}$ 或红细胞压积 ≥ 0.55 即可诊断为红细胞增多症。其病因有多种，可以是血浆容量减少造成的相对性红细胞增多，也可以是组织缺氧导致的继发性红细胞增多，也有原因不明的真性红细胞增多症（也称原发性红细胞增多症）。继发性红细胞增多症者是否合格，需视病因情况而定。对一时性脱水所致血红蛋白含量及红细胞计数略超过参考值、经正常饮水可纠正者，可作出合格的结论；对其他病因所致者，均应根据原发病性质，作出不合格结论。

1) 继发性红细胞增多症：各种原因引起的组织缺氧都可导致代偿性的红系细胞增生即继发性红细胞增多症。常见原因为吸烟过多、高原性红细胞增多症、青紫型先天性心脏病、慢性阻塞性肺部

疾病、肿瘤、肾脏疾病、肥胖 - 肺通气不良综合征等。

2) 真性红细胞增多症: 是一种以红系细胞异常增殖为主的慢性骨髓增殖性疾病, 起病缓慢, 其特点为皮肤黏膜暗红、脾大、红细胞数及血容量增加伴全血细胞增多, 常有神经系统及血液循环功能障碍、血栓形成、心力衰竭等。本病一经诊断, 作不合格结论。

3.1.3 白细胞疾病 包括各类白细胞减少和增多性疾病。

1) 白细胞减少症和粒细胞缺乏症: 白细胞减少症是指外周血白细胞计数 $<3.5 \times 10^9/L$, 其中以中性粒细胞减少占绝大多数, 当中性粒细胞总数 $<0.5 \times 10^9/L$ 时称为粒细胞缺乏症。两者的病因大致相同。最常见的病因有药物(抗肿瘤药物、免疫抑制药、抗生素、抗甲状腺药物、抗心律失常药、抗组织胺药及镇静药等)反应、放射性和化学物质损伤、免疫介导的骨髓损伤、骨髓被异常细胞浸润(如肿瘤细胞)、某些细菌和病毒感染、粒细胞成熟障碍(如叶酸、维生素 B12 缺乏所致者)等。此外, 在血池中分布异常、需求增加、消耗破坏加速也可引起此症。

由于大多数病因是后天因素, 在病因未消除、白细胞总数或中性粒细胞数未恢复到正常并持续稳定前, 作不合格结论。

2) 中性粒细胞增多症: 是指外周血中性粒细胞数 $>7.0 \times 10^9/L$ 。其病因主要有急性感染、组织坏死、严重烧伤、中毒、药物反应、骨髓增殖性疾病(慢性粒细胞白血病、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、骨髓纤维化)、某些恶性肿瘤等; 也可因生理性原因如妊娠、情绪激动、剧烈运动等发生。本病是否合格需视病因情

况而定，对于可能为轻度炎症、运动或情绪因素所致，白细胞轻度升高且复查能恢复正常者，可作合格结论。

3.1.4 恶性淋巴瘤 是指原发于免疫系统（淋巴结或结外淋巴组织）的恶性肿瘤，其特点是淋巴细胞或/和组织细胞大量增生。临床上常表现为无痛性、进行性淋巴结肿大，发热，肝脾肿大，晚期可见恶液质和贫血等。本病一经诊断，作不合格结论。

3.1.5 多发性骨髓瘤 为恶性浆细胞疾病中最常见的一种，其特点是单克隆浆细胞呈肿瘤性增生，从而破坏骨组织。临床上主要表现为骨痛、病理性骨折、贫血、高血钙、肾功能损害及易发生感染等。本病一经诊断，作不合格结论。

3.1.6 脾功能亢进 是一种综合征，可由多种原发或继发病因所引起，如感染、淤血（心力衰竭、肝硬化、门静脉或脾静脉阻塞等）、异常免疫反应、骨髓增殖性疾病等。临床特点是脾脏肿大伴有血红细胞、白细胞、血小板单独或同时减少。本病一经诊断，作不合格结论。

3.1.7 出血性疾病 正常的止血机制由血管、血小板及凝血机制三方面协同作用共同完成，任何一个方面发生障碍都可导致异常出血，即出血不止或过多，称为出血性疾病。

1) 血小板减少症：是指外周血中血小板计数低于 $100 \times 10^9/L$ 。当血小板计数低于 $50 \times 10^9/L$ 时可能会有出血，低于 $20 \times 10^9/L$ 时出血症状会加重，表现为皮肤黏膜出血点（直径 $< 2mm$ ）、紫癜（直径 $3 \sim 5mm$ ）或瘀斑（直径 $> 5mm$ ）、牙龈出血、鼻出血，重者可

有内脏出血，如便血和尿血等。引起血小板减少的病因很多且复杂，绝大多数情况下这些病因是难以纠正的，作为体检，也不必进行病因学诊断，血小板减少症一经诊断，一般作不合格结论。若确能证实为病毒感染、药物因素等所致血小板一时性轻度减少，无出血倾向，消除上述因素后复查血小板计数能恢复正常水平者，可按合格处理。

2) 血小板减少性紫癜：属血小板减少症的一种类型，包括特发性、继发性及血栓性血小板减少性紫癜，其共同特点是有出血症状并伴血小板减少。本病根据临床表现及实验室检查不难诊断，作为体检，无须再作分类诊断。一经诊断，作不合格结论。

3) 过敏性紫癜：是一种较常见的变态反应性出血性疾病，主要是由于机体对某些物质发生变态反应而引起毛细血管壁通透性和脆性增高，导致渗出性出血。主要病因有感染、药物、食物等因素。根据临床表现分为单纯型、腹型、关节型、肾型及混合型。本病一经诊断，作不合格结论。

4) 血友病：是一组因遗传性凝血活酶生成障碍引起的出血性疾病，以阳性家族史、幼年发病、自发或轻度外伤后出血不止、血肿形成及关节出血为特征。本病是一种终身性疾病，尚无根治方法，一经诊断，作不合格结论。

3.1.8 白血病 系造血系统的恶性肿瘤，约占癌症总发病率的5%左右。其特征是某一类型的白血病细胞在骨髓或其他造血组织中呈肿瘤性增生，并浸润体内其他器官和组织，正常造血受抑制，

而产生相应的症状和体征。临床上常有贫血、发热、感染、出血和肝、脾、淋巴结不同程度的肿大等表现。本病一经诊断，作不合格结论。

3.2 诊断要点

3.2.1 缺铁性贫血

1) 病史询问要点：有无慢性失血史（如月经过多、溃疡病出血、痔出血等）及导致铁吸收障碍的原发疾病（如胃大部切除史、萎缩性胃炎、长期腹泻史等），注意寻找贫血的病因学证据；有无贫血的症状，如头晕、乏力、活动后心慌气短等。

2) 查体要点：皮肤黏膜苍白是贫血的主要体征，一般以观察甲床、手掌皮肤皱褶、口腔黏膜、睑结膜较为可靠。注意有无其他体征如口角炎、舌炎、心率增快等。

3) 辅助检查要点：

血常规：是诊断贫血的主要依据，可采用全自动血细胞仪进行分析，缺铁性贫血特征为小细胞低色素性贫血。一般通过血常规检查并结合病史、体征，多可明确诊断。

网织红细胞计数：在贫血者中应作为常规补充检查。缺铁性贫血者网织红细胞计数大多正常。

不能确定贫血性质时，可根据当地条件选择进一步检测项目，如测定血清铁蛋白、血清铁、总铁结合力等，以确定是否为缺铁性贫血，并进一步寻找缺铁病因，以便作出是否合格的结论。

3.2.2 再生障碍性贫血

1) 病史询问要点: 注意询问可能存在的病因(病毒感染, 服用药物, 接触放射线、毒素或化学品工作环境等)、起病时间、贫血症状(乏力、头昏、心悸、气短等)、有无易感染(经常发热)及出血史(鼻出血、牙龈出血、结膜出血、呕血、咯血、便血等)。

2) 查体要点: 注意皮肤黏膜有无苍白、出血点、瘀斑、血肿等, 有无发热、感染等。

3) 辅助检查要点:

血常规: 主要表现为全血细胞(红细胞、白细胞及血小板)减少, 如果仅红系细胞减少, 则为纯红细胞再生障碍性贫血。再生障碍性贫血的特点是呈正色素正细胞性贫血。

网织红细胞计数: 显著减少。

对公务员体检而言, 只要发现为全血细胞减少, 即作不合格结论, 一般无须再进行全血细胞减少的病因学诊断。

3.2.3 巨幼细胞性贫血

1) 病史询问要点: 有无叶酸及维生素 B₁₂ 缺乏的常见病因(如烹调加热时间过长、偏食、完全性素食、慢性胃肠道疾病、服用干扰叶酸及维生素 B₁₂ 吸收的药物等), 有无贫血症状(乏力、头昏、心悸、气短等), 有无伴随的消化道症状(如食欲不振、恶心、腹泻等)。

2) 查体要点: 注意有无皮肤黏膜苍白(同缺铁性贫血)、舌乳头萎缩或消失, 有无肌力异常、步行障碍等神经系统体征。

3) 辅助检查要点:

血常规：呈大细胞性贫血特征，白细胞和血小板也常减少。

若不能确定贫血性质，可根据当地条件选择进一步检测项目，如血清维生素 B₁₂、叶酸和红细胞叶酸测定等，以确立诊断及结论。

3.2.4 骨髓病性贫血

1) 病史询问要点：有无引起骨髓病性贫血的原发疾病史（急性慢性白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞增生症及转移癌等），有无骨痛、骨折史。

2) 查体要点：注意贫血、肝脾肿大及原发疾病的相关体征。

3) 辅助检查要点：血常规检查呈正常细胞性贫血。

对贫血、骨痛伴无确切原因可解释的肝脾肿大等可疑病例，必要时可组织会诊或做进一步检查，如骨 X 线片有无骨质破坏，骨髓片有无瘤细胞，以及有无幼粒幼红细胞血像等，以明确诊断。

3.2.5 溶血性贫血

1) 病史询问要点：血管内溶血为急性，多较严重，在体检中少见；体检中若发现本病，多为慢性血管外溶血所致，应询问苍白、乏力的起病时间，先天性者常为自幼起病，后天性者应询问有无输血、服用特殊药物或食物及相关原发疾病史。

2) 查体要点：注意有无皮肤黏膜苍白、心率加快、巩膜黄染、肝脾肿大等体征。

3) 辅助检查要点：

血常规：呈正常细胞性贫血。

网织红细胞计数：多升高。

一般根据贫血特点以及兼有黄疸、脾大、网织红细胞升高即可诊断。可疑病例可做进一步检查，如血胆红素（本病的特征是以血清间接胆红素增高为主）、游离血红蛋白、血红蛋白尿、含铁血黄素尿等，以进一步确诊。

3.2.6 红细胞增多症

1) 病史询问要点：有无慢性缺氧性疾病（如肺原性心脏病、先天性心脏病、严重睡眠呼吸暂停综合征等）史及高原居住史、生理性脱水病史等。

2) 查体要点：注意有无颜面红紫等多血质外貌，有无脾肿大、高血压等体征。

3) 辅助检查要点：血常规检查血红蛋白 $\geq 180\text{g/L}$ ，红细胞数 $\geq 6.0 \times 10^{12}/\text{L}$ ，白细胞和血小板数也多增高。

3.2.7 白细胞减少症和粒细胞缺乏症

1) 病史询问要点：有无导致本病的病因（如药物、中毒、感染、某些营养素缺乏等）及继发感染史。

2) 查体要点：本病一般没有阳性体征，主要通过病史提示及血液检验来诊断。

3) 辅助检查要点：血常规检查白细胞计数低于参考值下限，红细胞及血小板一般正常。根据白细胞减少程度诊断为白细胞减少症或粒细胞缺乏症。

3.2.8 中性粒细胞增多症

1) 病史询问要点：有无引起中性粒细胞增多的病因，如急性

感染、组织坏死、严重烧伤、中毒、药物反应、骨髓增殖性疾病(慢性粒细胞白血病、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、骨髓纤维化)、某些恶性肿瘤等。

2) 查体要点: 重点检查有无原发疾病的相关体征。

3) 辅助检查要点: 血常规检查中性粒细胞绝对值 $> 7.0 \times 10^9/L$, 即可作出诊断。

3.2.9 恶性淋巴瘤

1) 病史询问要点: 以往有无淋巴瘤病史, 对有浅表淋巴结肿大体征者应重点询问淋巴结肿大的进展情况以及有无疼痛、发热等症状。

2) 查体要点: 有无全身浅表淋巴结肿大, 若有注意其硬度、活动度、是否融合; 有无肝脾肿大。

3) 辅助检查要点:

血常规: 可有贫血、淋巴细胞数量增多。

胸部 X 线片: 可见纵隔阴影增宽、肺门淋巴结肿大。

腹部 B 超: 除肝脾肿大外, 可见腹膜后淋巴结肿大。

以淋巴结肿大为主要表现者, 必要时可取淋巴结活检, 以进一步明确诊断。

3.2.10 多发性骨髓瘤

1) 病史询问要点: 多发性骨髓瘤的临床表现多种多样, 早期主要表现为骨痛、易骨折, 病史询问时应注意。

2) 查体要点: 本病体征一般不明显, 有时可见贫血, 诊断主

要是依靠病史提示和有针对性的辅助检查。

3) 辅助检查要点：对有骨痛或病理性骨折、贫血、反复发热等可疑病例，必要时可组织会诊或做进一步检查，根据骨骼 X 线片有无溶骨及骨质破坏、骨髓片有无异常浆细胞增多、尿本周蛋白是否阳性、血浆蛋白电泳有无 M 成分等作出诊断。

3.2.11 脾功能亢进

1) 病史询问要点：既往有无慢性肝炎、血吸虫病等疾病史，注意寻找原发疾病的线索。

2) 查体要点：查体可见脾脏肿大及原发疾病的相关体征。

3) 辅助检查要点：

血常规：全血细胞减少或白细胞、血小板减少。

腹部 B 超：显示脾脏肿大。

一般根据血液检查特点、B 超检查提示脾脏肿大，结合原发疾病综合判断，即可诊断。

3.2.12 血小板减少症

1) 病史询问要点：有无反复的皮肤黏膜出血（如鼻出血或牙龈出血）史。

2) 查体要点：注意出血的性状和部位，有无紫癜、牙龈出血点、口腔黏膜血疱等，有无肝、脾、淋巴结肿大。

3) 辅助检查要点：血常规检查血小板计数低于参考值下限，即可诊断。

3.2.13 血小板减少性紫癜

1) 病史询问要点: 有无反复的皮肤黏膜出血史, 如鼻出血或牙龈出血, 有无家族出血史。

2) 查体要点: 注意有无紫癜、牙龈出血点、口腔黏膜血疱等, 有无肝、脾、淋巴结肿大。

3) 辅助检查要点: 血常规检查血小板计数低于参考值下限。有出血症状并伴血小板减少即可诊断。

3.2.14 过敏性紫癜

1) 病史询问要点: 有无自发性的皮肤紫癜, 尤其是两下肢皮肤反复出现紫癜, 紫癜治疗情况, 是否可自发消退; 有无其他类型紫癜的相关症状如腹痛、关节痛、血尿等。

2) 查体要点: 单纯型过敏性紫癜病变仅表现在皮肤, 紫癜的特点是分布于四肢、臀部, 多在伸侧, 多为对称性, 皮疹分批出现, 可高出皮面伴痒感; 其他各型紫癜可在皮肤紫癜发生前或发生后出现相应体征, 如腹型紫癜可有腹部脐周压痛, 关节型紫癜可见关节红肿、压痛及功能障碍, 肾型紫癜可有水肿、血压增高等, 结合紫癜特点一般容易诊断。

3) 辅助检查要点:

血常规: 血小板计数正常。

尿常规: 肾型紫癜可有镜下血尿、尿蛋白阳性。

3.2.15 血友病

1) 病史询问要点: 有无家族史, 有无皮肤黏膜自发出血或轻伤后出血不止史, 或月经过多史, 创伤或手术时有无异常出血史等。

2) 查体要点：发作期可有有关节肿胀和压痛等体征。

3) 辅助检查要点：本病主要通过病史进行诊断，必要时可进一步做凝血时间、部分凝血活酶时间等血液学检查确诊。

3.2.16 白血病

1) 病史询问要点：有无发热、出血、贫血等相关症状。

2) 查体要点：检查有无皮肤黏膜出血点、瘀斑，有无贫血貌，有无肝、脾、淋巴结肿大及胸骨压痛等体征。

3) 辅助检查要点：血常规检查白细胞总数可升高，分类可见各期白细胞；多呈正常细胞性贫血。

可疑病例应及时请血液科会诊，必要时作骨髓检查以明确诊断。

3.3 注意事项

3.3.1 血液病种类繁多，临床表现多种多样，体检中应尽量详细询问并记录病史（本人应如实反映），以寻找原发疾病线索；查体应认真全面，避免遗漏重要体征；除了血常规检查，必要时可增加实验室辅助检查项目。要综合分析病史询问、查体和辅助检查结果，尽可能地避免漏诊。

3.3.2 血液病多属于全身性、难治性疾病，对健康的影响大多较为严重，故原则上均按不合格处理。但有些血液病，其病因明确（如病毒感染、药物反应、炎症等）且易于纠正，对健康影响较小（如只引起血小板或白细胞一过性轻度减少或增高、轻度缺铁性贫血等），消除病因后复查能够很快恢复正常，可按合格处理。

3.3.3 血液病的病因复杂，有些病因体检中一时难以明确，且体检的目的主要不是针对病因寻找治疗方法，故应注意把握疾病的诊断，能够作出是否合格的结论即可。除贫血外，对其他一些血液病的病因学诊断、病名诊断不必过分深究，例如可作出血小板减少症、紫癜等初步诊断并在此基础上作出不合格结论，而没有必要作出是何种血小板减少症、何种紫癜的诊断。

《公务员录用体检操作手册（试行）》

修订对照表

序号	原表述	修订后
—	第2篇体检项目及操作规程 6.1 血常规（第16-17页）	
1	6.1.1 红细胞总数（RBC） 【参考值】男性：(4.0~5.5) ×10 ¹² /L；女性：(3.5~5.0) ×10 ¹² /L。	6.1.1 红细胞计数（RBC） 【参考值】男性：(4.3~5.8) ×10 ¹² /L；女性：(3.8~5.1) ×10 ¹² /L。
2	6.1.2 血红蛋白(HGB) 【参考值】男性：120~160 g/L；女性：110~150 g/L。	6.1.2 血红蛋白(HGB) 【参考值】男性：130~175 g/L；女性：115~150 g/L。
3	6.1.3 白细胞总数(WBC) 【参考值】(4.0~10.0) ×10 ⁹ /L。	6.1.3 白细胞计数(WBC) 【参考值】(3.5~9.5) ×10 ⁹ /L。
4	6.1.4 白细胞分类计数（DC） 【参考值】 中性粒细胞：杆状核为 0.01~0.05（1%~5%），分叶核为 0.50~0.70（50%~70%）。 嗜酸粒细胞：0.005~0.05（0.5%~5%）。 嗜碱粒细胞：0.00~0.01（0~1%）。 淋巴细胞：0.20~0.40（20%~40%）。 单核细胞：0.03~0.08（3%~8%）。 …… 嗜酸粒细胞增多常见于银屑病、天疱疮、湿疹、支气管哮喘、 食物过敏 、一些血液病及肿瘤，如慢性粒细胞性白血病、鼻咽癌、肺癌及宫颈癌等；减少常见于伤寒、副伤寒早期、长期使用肾上腺皮质激素后。 嗜碱粒细胞增多常见于慢性粒细胞白血病伴有 嗜碱粒细胞增高 、骨髓纤维化、慢性溶血及脾切除后；减少一般没有临床意义。 淋巴细胞增多常见于传染性单核细胞增多症、结核病、疟疾、慢性淋巴细胞性白血病、百日咳、某些病毒感染等； 减少常见于破坏过多 ，如长期化疗、X线照射后及免疫缺陷等。 单核细胞增多常见于单核细胞性白血病、结核病活动期、伤寒、疟疾等；减少临床意义不大。	6.1.4 白细胞分类计数（DC） 【参考值】 中性粒细胞：(1.8~6.3) ×10 ⁹ /L（40%~75%）。 嗜酸粒细胞：(0.02~0.52) ×10 ⁹ /L（0.4%~8%）。 嗜碱粒细胞：(0.00~0.06) ×10 ⁹ /L（0~1%）。 淋巴细胞：(1.1~3.2) ×10 ⁹ /L（20%~50%）。 单核细胞：(0.1~0.6) ×10 ⁹ /L（3%~10%）。…… 嗜酸粒细胞增多常见于银屑病、天疱疮、湿疹、支气管哮喘、 过敏 、一些血液病及肿瘤，如慢性粒细胞性白血病、鼻咽癌、肺癌及宫颈癌等；减少常见于伤寒、副伤寒早期、长期使用肾上腺皮质激素后。 嗜碱粒细胞增多常见于慢性粒细胞白血病伴有 骨髓纤维化 、慢性溶血及脾切除后；减少一般没有临床意义。 淋巴细胞增多常见于传染性单核细胞增多症、结核病、疟疾、慢性淋巴细胞性白血病、百日咳、某些病毒感染等； 减少常见于某些白血病或破坏过多 ，如长期化疗、X线照射后及免疫缺陷等。 单核细胞增多常见于单核细胞性白血病、结核病活动期、伤寒、疟疾等；减少临床意义不大。

序号	原表述	修订后
5	6.1.5 血小板计数(PLT) 【参考值】(100~300) ×10 ⁹ /L。	6.1.5 血小板计数(PLT) 【参考值】(125~350) ×10 ⁹ /L。
二	第2篇体检项目及操作规程 6.3 血生化 (第18页)	
6	6.3.2 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 肝脏生化检查指标, 采用酶法, 用全自动或半自动生化仪检测, 可对病毒性肝炎等肝胆系统疾病进行早期诊断, 并有助于判断疾病的程度、预后。 【参考值】 <40 U/L	6.3.2 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 肝脏生化检查指标, 采用酶法, 用全自动或半自动生化仪检测, 可对病毒性肝炎等肝胆系统疾病进行早期诊断, 并有助于判断疾病的程度、预后。 【参考值】 男: 9~50 U/L, 女: 7~40 U/L。
7	6.3.3 天冬氨酸氨基转移酶(AST) 肝脏生化检查指标, 检测方法和意义同ALT。 【参考值】 <40 U/L	6.3.3 天冬氨酸氨基转移酶(AST) 肝脏生化检查指标, 检测方法和意义同ALT。 【参考值】 男: 15~40 U/L, 女: 13~35 U/L。
三	第3篇《公务员录用体检通用标准(试行)》实施细则3关于血液病(第27-29页)	
8	3 关于血液病	3 关于血液系统疾病
9	第三条 血液病, 不合格。单纯性缺铁性贫血, 血红蛋白男性高于90 g/L、女性高于80 g/L, 合格。	第三条 血液系统疾病, 不合格。单纯性缺铁性贫血, 血红蛋白男性高于90 g/L、女性高于80 g/L, 合格。
10	3.1 条文解释 …… 血液病一般可分为红细胞疾病(主要为各种贫血)、白细胞疾病、出血性疾病、造血干细胞疾病等, 临床上主要表现为贫血、出血、发热及恶性细胞浸润所致的淋巴结、肝、脾肿大等, 不同疾病又各有其特点。现仅就较常见的一些疾病做简要说明。	3.1 条文解释 …… 血液系统疾病一般可分为红细胞疾病、白细胞疾病、出血性疾病、造血干细胞疾病等, 临床上可以表现为贫血、出血、发热或恶性细胞浸润所致的淋巴结、肝、脾肿大等, 不同疾病又各有其特点。现仅就较常见的一些疾病做简要说明。
11	3.1.1 贫血系指单位容积血液中血红蛋白含量低于参考值的下限, 同时常伴有不同程度的红细胞数量和红细胞压积减少。一般认为, 在平原地区, 血红蛋白含量成人男性<120 g/L, 女性<110 g/L, 即可诊断为贫血。…… 2) 再生障碍性贫血: 简称再障, 是多种病因引起骨髓造血功能衰竭及造血微环境损伤所导致的以全血细胞减少为主要特征的一种综合病征。常见病因有药物、化学毒物、电离辐射、病毒感染、骨髓增生异常等。…… 4) 骨髓病性贫血: 是由于骨髓被肿瘤细胞或异常组织浸润而引起的继发性贫血, 其特点为骨痛、骨质破坏, 贫血伴幼稚红细胞血像。常见病因有急慢性白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞增生症及转移癌等。本病一经诊断, 即作不合格结论。	3.1.1 贫血系指单位容积血液中血红蛋白含量低于参考值的下限, 同时常伴有不同程度的红细胞数量和红细胞压积减少。一般认为, 在平原地区, 血红蛋白含量成人男性<130 g/L, 女性<115 g/L, 即可诊断为贫血。…… 2) 再生障碍性贫血: 简称再障, 是多种病因引起骨髓衰竭所导致的以全血细胞减少为主要特征的一种综合病征。常见病因有药物、化学毒物、电离辐射、病毒感染等。…… 4) 肿瘤性贫血: 是由于血液肿瘤(如白血病、淋巴瘤、骨髓瘤)或实体瘤浸润骨髓或骨髓增生异常(如骨髓异常增生综合症)所致的贫血。本病一经诊断, 即作不合格结论。

序号	原表述	修订后
	<p>5) 溶血性贫血: 系因红细胞破坏加速、超过骨髓造血功能的代偿能力而发生的贫血, 其主要特点为贫血、黄疸、脾大、网织红细胞增多及骨髓幼红细胞增生。溶血原因可由红细胞膜的结构与功能缺陷、酶缺陷等红细胞遗传缺陷所致, 也可由感染、理化、免疫、代谢等后天因素而引起。根据红细胞破坏的主要场所可分为血管内溶血和血管外溶血。两者均作不合格结论。</p>	<p>5) 溶血性贫血: 系因红细胞破坏加速、超过骨髓造血功能的代偿能力而发生的贫血, 其主要特点为贫血、黄疸、脾大、网织红细胞增多及骨髓幼红细胞增生。溶血原因可由红细胞膜的结构与功能缺陷、酶缺陷等红细胞遗传缺陷所致, 也可由感染、药物、理化、免疫、代谢等后天因素而引起。根据红细胞破坏的主要场所可分为血管内溶血和血管外溶血。两者均作不合格结论。</p>
12	<p>3.1.3 白细胞疾病包括各类白细胞减少和增多性疾病。 1) 白细胞减少症和粒细胞缺乏症: 白细胞减少症是指外周血白细胞计数$<4.0 \times 10^9/L$, 其中以中性粒细胞减少占绝大多数, 当中性粒细胞总数$<0.5 \times 10^9/L$时称为粒细胞缺乏症。两者的病因大致相同。…… 2) 中性粒细胞增多症: 是指外周血中性粒细胞数$>7.0 \times 10^9/L$ [白细胞参考值$(4.0 \sim 10.0) \times 10^9/L$, 中性粒细胞占50%~70%, 故其绝对值应$\leq 7.0 \times 10^9/L$]。……</p>	<p>3.1.3 白细胞疾病包括各类白细胞减少和增多性疾病。 1) 白细胞减少症和粒细胞缺乏症: 白细胞减少症是指外周血白细胞计数$<3.5 \times 10^9/L$, 其中以中性粒细胞减少占绝大多数, 当中性粒细胞总数$<0.5 \times 10^9/L$时称为粒细胞缺乏症。两者的病因大致相同。…… 2) 中性粒细胞增多症: 是指外周血中性粒细胞数$>7.0 \times 10^9/L$。……</p>
13	<p>3.1.5 多发性骨髓瘤为恶性浆细胞增生疾病中最常见的一种, 其特点是单克隆浆细胞在骨髓中呈肿瘤性增生, 从而破坏骨组织。……</p>	<p>3.1.5 多发性骨髓瘤为恶性浆细胞疾病中最常见的一种, 其特点是单克隆浆细胞呈肿瘤性增生。……</p>
14	<p>3.1.7 出血性疾病正常的止血机制由血管、血小板及凝血机制三方面协同作用共同完成, 任何一个方面发生障碍都可导致异常出血, 即出血不止或过多, 称为出血性疾病。 1) 血小板减少症: 是指外周血中血小板计数低于参考值下限$(100 \times 10^9/L)$。当血小板计数低于$50 \times 10^9/L$时可能会有出血, 低于$20 \times 10^9/L$时出血症状会加重, 表现为皮肤黏膜出血点(直径$<2mm$)、紫癜(直径3~5mm)或瘀斑(直径$>5mm$)、牙龈出血、鼻出血, 重者可有内脏出血, 如便血和尿血等。……</p>	<p>3.1.7 出血性疾病正常的止血机制由血管、血小板及凝血机制三方面协同作用共同完成, 任何一个方面发生障碍都可导致异常出血, 即出血不止或过多, 称为出血性疾病。 1) 血小板减少症: 是指外周血中血小板计数低于$100 \times 10^9/L$。当血小板计数低于$50 \times 10^9/L$时可能会有出血, 低于$20 \times 10^9/L$时出血症状会加重, 表现为皮肤黏膜出血点(直径$<2mm$)、紫癜(直径3~5mm)或瘀斑(直径$>5mm$)、牙龈出血、鼻出血, 重者可有内脏出血, 如便血和尿血等。……</p>
15	<p>3.2 诊断要点 3.2.1 缺铁性贫血 3) 辅助检查要点: …… 不能确定贫血性质时, 可根据当地条件选择进一步检测项目, 如测定血清铁蛋白、血清铁、总铁结合力或红细胞游离原卟啉等, 以确定是否为缺铁性贫血, 并进一步寻找缺铁病因, 以便作出是否合格的结论。</p>	<p>3.2 诊断要点 3.2.1 缺铁性贫血 3) 辅助检查要点: …… 不能确定贫血性质时, 可根据当地条件选择进一步检测项目, 如测定血清铁蛋白、血清铁、总铁结合力等, 以确定是否为缺铁性贫血, 并进一步寻找缺铁病因, 以便作出是否合格的结论。</p>