

18~80 岁,非输液侧肢静脉血 5 mL,EDTA-K₂ 抗凝。

1.2 仪器与试剂 强生 AutoVue Innova 型仪器,长春博研 TD-3A 型离心机,血液免疫学专用离心机(日本久保田公司),瑞士达亚美孵育器、移液器、10 mm×600 mm 试管、奥林巴斯显微镜等。谱细胞、4%不规则抗体筛检细胞(各批次)及单克隆抗体,均由上海血液公司生产,血型鉴定卡与抗人球蛋白卡由美国强生及达亚美公司生产。

1.3 方法

1.3.1 标本处理 3 000 r/min 离心 3 min,充分离心。分离的红细胞经稀释至合适浓度用于试验。

1.3.2 血型检测 ABO、Rh 和 MN 血型鉴定,均严格按照中国原卫生部规定的《临床输血技术操作规程》进行。

1.3.3 不规则抗体鉴定 抗筛试验和不规则抗体鉴定等试验操作均按相关试剂说明书规范进行。初步确定待鉴定抗体在何种介质下反应,再与 2 组以上不同批次的谱细胞反应,从而鉴定抗体。(1)盐水法(IgM 类):按说明书操作,加做自身对照,镜下观察结果。根据反应初步判定结果。(2)抗人球蛋白卡法(IgG 类):经典手工法和微柱凝胶卡法都严格按 SOP 规范操作,其血清在 Coombs 凝胶卡中和谱细胞出现凝集现象,鉴定结果是抗 Mur 抗体。(3)特异性抗原检测:不规则抗体初步鉴定后,再以订购的单克隆抗体鉴定该红细胞是否有该相应抗原,进一步验证试验的准确性。

2 结 果

共筛查出抗体阳性 253 例,经谱细胞鉴定抗体阳性 215 例,抗-Mur 阳性检出率为 5.9%。见表 1。

表 1 253 例不规则抗体筛选阳性患者的抗 Mur 阳性率		
不规则抗体	<i>n</i>	百分比(%)
同种抗体	215	85.0
抗 Mur 抗体	15	5.9
抗 Mur 抗体与其他复合抗体	6	2.4
自身抗体	38	15.0

3 讨 论

本研究结果表明,同种抗体 215 例,自身抗体 38 例,抗 Mur 抗体 15 例,主要以免疫球蛋白 G(IgG)为主,其次混合型 IgG+IgM,部分以联合抗体形式存在。本组结果显示,不规则抗体阳性率达 0.56%,与其他地区的阳性率差异无统计学意义。
• 个案与短篇 •

义($P>0.05$),而抗 Mur 抗体在不规则阳性抗体中所占比例达 5.9%,高于我国其他一些地区,这可能与广西地区少数民族人群分布较多有关^[4-5]。抗 Mur 抗体效价测定由于患者病情复杂难以进行统一检测及进一步分析。

Murrell 抗原在我国分布频率较高,频率为 7.3%,抗 Mur 抗体的频率约为 0.18%,显著高于白种人和黑种人^[6]。另据相关报道,抗 Mur 抗体发生率在不同民族的频率差异有统计学意义($P<0.05$),广西壮族、侗族人群分布较多地区的 Mur 抗原频率,明显高于上海、广州等地区,低于云南怒族^[7-8]。因此,本研究针对 Mur 抗原进行调查研究,了解抗 Mur 抗体导致交叉配血不合机制,建立和完善该地区稀有血型信息档案,更好地指导临床输血安全及避免输血不良反应。

综上所述,临床输血配血中,增加抗 Mur 抗体常规检测并输注同型血液,认真做好输血 3 项试验,及时发现交叉配血存在的问题,抗筛阳性经抗体鉴定是抗 Mur 抗体的患者,选择未含该同种抗原的红细胞输注,并同时结合患者的输血史、妊娠史、用药史及现病史,提前进行其他不规则抗体检测,避免因抗体漏检而引发输血反应,保证临床输血安全。

参考文献

[1] 许德义,彭明喜,董国飞. 不规则抗体鉴定在疑难配血中的临床意义[J]. 重庆医学,2008,37(11):1217-1219.
[2] 张润青,魏玲,赵阳,等. 抗 Mur 抗体引起的疑难交叉配血 1 例[J]. 广州医药,2011,42(1):61-62.
[3] 严康峰,谢敬文. 44 例患者不规则抗体分析[J]. 检验医学,2009,24(11):830-832.
[4] 陈杰智,张春生,陈小兰,等. 抗 Mur 致疑难交叉配血 1 例[J]. 检验医学与临床,2013,10(16):2208.
[5] 莫秋红,钟春平,周先果,等. 42 例红细胞血型同种抗体分析[J]. 内科,2011,6(1):35-36.
[6] 袁慧铭,王蕾,阮国祥,等. 混合抗-Mur、抗-E 和抗-Jkb 抗体导致配血困难 1 例[J]. 上海医药,2015,25(14):12-14.
[7] 焦伟,黎海澜,王晨,等. 广西侗族人群稀有血型 Mur 抗原的调查研究[J]. 广西医科大学学报,2010,27(6):962.
[8] 曹国平,罗云,丁婧,等. 234 例不规则抗体性质分类与临床输血对策[J]. 中国输血杂志,2015,28(7):809-811.

(收稿日期:2016-02-18 修回日期:2016-04-22)

羊水栓塞致 DIC 患者的输血分析

聂 锋

(安徽省宣城市人民医院输血科 242000)

关键词:羊水; 栓塞; DIC; 输血

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.20.068

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2016)20-2946-02

产科急性弥漫性血管内凝血(DIC),是因为产科多种致病因素如羊水栓塞、产后大出血等激活了机体内凝血系统,导致广泛性微血管血栓的形成,体内大量的凝血因子和血小板被消耗掉,并继发性地引起纤溶亢进,从而引起临床上广泛性出血的一组综合征^[1]。而羊水栓塞引起的 DIC 病情最为凶险,发展迅速,患者死亡率高,临床上遇到此类患者,应采取有效的治

疗方案,科学、合理输注血液成分,为 DIC 的纠正提供有效的保障。现就本院成功抢救羊水栓塞致 DIC 患者 1 例的临床输血进行分析,并总结如下。

1 临床资料

患者,女,25 岁,汉族,已婚。因“停经 39⁺3 周,下腹痛伴阴道见红 1 d”入院。入院后给予胎心监护、吸氧等治疗,该患者

于 2016 年 2 月 2 日 20:00 出现规则宫缩,次日 3:50 胎膜自破,流出清色液体,立即行胎心监护。10 min 后该患者出现晕厥,呼之不应,鼾声呼吸,双目上翻。子宫呈宫缩较强,持续 30 s 至 1 min,间隔约 30 s,胎心听诊不清,血压 110/59 mm Hg,脉搏 100 次/min。阴道检查:宫口开 4~5 cm,考虑羊水栓塞,立即给予地塞米松 30 mg 静脉推注,氨茶碱 0.25 g 静脉滴注,氢化可的松 300 mg 静脉滴注,急诊行子宫下段剖宫产术,术前诊断:羊水栓塞;孕 39+3 周 G₁P₀ ROA 临产;剖宫产手术顺利。手术室留观。术后 1 h 出血 600 mL,1 h 后该患者出现阴道流血渐增多,鲜红,不凝固,血常规检查血红蛋白 78 g/L,血小板计数 52×10^9 /L。考虑羊水栓塞并发 DIC,为保全患者生命,需立即切除子宫,向患者家属讲明病情并经家属同意签字。立即行全子宫切除术+膀胱镜下双侧输尿管置管术(泌尿外科会诊)。血凝检查结果:凝血酶原时间 33.0 s、活化部分凝血活酶时间 115.1 s、纤维蛋白原 0.97 g/L、D-二聚体 4.81 mg/L。术中开通 4 组静脉通道(深静脉置管)给予扩容,24 h 内输悬浮红细胞 38 U,新鲜血浆 4 400 mL、血小板 2 个治疗量、冷沉淀 60 U、全血 400 mL,地塞米松 20 mg,甲基强的松龙 40 mg,氨甲环酸止血,头孢曲松、甲硝唑预防感染及补液等各项抢救措施,术中出血约 8 000 mL,尿量 4 950 mL,色淡红,手术过程顺利,麻醉满意,术后送至 ICU 治疗,患者于 2 月 12 日转入产科继续治疗,共住院 20 余天后好转出院。

2 讨 论

羊水栓塞被定义为在分娩过程中羊水物质进入了母体血液循环引起的急性肺栓塞、过敏性休克、DIC、肾功能衰竭或猝死等一系列严重症状的综合征^[2]。

DIC 出血的主要原因是因为机体内广泛形成了微血管血栓,消耗了大量的凝血因子和血小板,并继发纤溶亢进,使出血加重。实验室凝血检测表现为凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间延长,纤维蛋白原明显减少,血小板计数严重减少。本例患者各项实验室检查及临床症状均符合羊水栓塞并发 DIC 的诊断标准^[3]。在临床治疗过程中,及时去除了病因并采用解除痉挛及抗过敏药物。及时、合理输注了各种血液成分,尤其是在消耗性低凝期的早期适时大量地输入了悬浮红细胞、新鲜血浆、血小板和冷沉淀,补充了患者血容量及体内大量被消耗的凝血因子。因为在高凝期之后的消耗性低凝血期是补充凝血因子的最佳时期,从而为成功抢救本例患者提供了保障。

在手术过程中,因血站只能供应 1 个单采血小板,不能满

• 个案与短篇 •

足该患者当时的病情,所以在无单采血小板紧急供给的情况下,笔者为患者输注了 1 个治疗量冰冻血小板,结果表明也有较好的止血作用。表明了该血液制剂急需时可作为机采血小板的补充^[4]。

本例所输的悬浮红细胞均选择保存期在 3 周之前的,因为超过 3 周的库存血不宜用于 DIC 抢救。库存血在保存期间,其血液中的氨、钾升高,红细胞碎屑也伴随增多。而且红细胞破坏后所释放的红细胞素亦有促凝作用^[5]。

产科 DIC 当血液处于高凝状态,促凝物质不断进入血液循环时,不宜直接补充凝血因子或输血,此时应在运用肝素的基础上补充凝血因子。但在临床实践中发现 DIC 时很难见到典型的高凝期,一旦确诊,患者往往已处于高凝与低凝的交界期或纤溶期,特别是产科 DIC 患者,体内常有较大的创面,如果使用不当反而增加出血。所以在产科凡是能通过增补新鲜冰冻血浆而能得到有效治疗的产科 DIC,均没有必要使用肝素^[6]。本例患者很快由高凝期发展为低凝期,故在临床治疗中并没有使用肝素。

羊水栓塞并发 DIC 病情异常凶险,而且病死率高。近年来,随着产科、麻醉科、ICU、输血科等多学科的参与,死亡率有所下降。因此,对于此类患者,医院各个学科应该通力协作,努力降低孕产妇死亡率及远期致残率。

参考文献

[1] 刘亚萍,陆平芳,张莉.应用成分输血抢救产科 DIC 的体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(8):941-942.

[2] 乐杰.妇产科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008:208-210.

[3] 叶任高.内科学[M].6 版.北京:人民卫生出版社,2002:684-688.

[4] 刘景汉,欧阳锡林,王青梅,等.低温保存血小板在外科手术的应用[J].中国输血杂志,2001,14(3):139-141.

[5] 陈妙婵,蔡葵.成分输血抢救产科 DIC 的应用[J].实验与检验医学,2010,28(4):419-420.

[6] 石琴,许惠利.产科 DIC 13 例分析[J].血栓与止血学,2009,15(4):184-185.

(收稿日期:2016-02-23 修回日期:2016-04-29)

肝癌患者血中分离侵蚀艾肯菌 1 例的报道

沈菊英,尧荣凤,吴亚洲,方 慧,夏 嵘,李 智[△]
(同济大学附属杨浦医院 200090)

关键词:肝癌; 侵蚀艾肯菌; 外周血

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.20.069 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2016)20-2947-02

2015 年 10 月 10 日,本科从 1 例肝癌患者血培养中分离出侵蚀艾肯菌 1 株,现将具体情况报道如下。

1 临床资料

患者,男性,48 岁,发现肝癌半年,2 d 前无明显诱因出

现发热,体温最高 39.5℃,有干咳,无明显咳痰,伴腹部隐痛不适,无恶心、呕吐,无黑便、血便,无胸闷、气促。10 月 8 日遂来本院急诊并收住院。查 C 反应蛋白、血常规和血培养等:C 反应蛋白 >180 mg/L;白细胞总数 17.5×10^9 /L,嗜中性粒细胞

[△] 通讯作者,E-mail:lizhsh2001@163.com。