

• 个案与短篇 •

对临床输血技术规范的几点疑问与思考

王 强

(广东省深圳市观澜人民医院检验科 518110)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.07.067

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2012)07-0894-01

临床输血技术规范是卫生部为了规范、指导医疗机构科学、合理用血,根据《中华人民共和国献血法》和《医疗机构临床用血管理办法》制定。它为广大输血医务人员正确、安全、规范地从事输血工作提供了纲领性文件。但在长期的输血实践中也存在一些实际问题,现就其进行探讨。

1 复查血型

只有正确鉴定 ABO 血型,才能保障输血安全^[1]。如果患者在一家医院门诊鉴定过血型或在住院期间血常规查过血型或输过红悬,后来又要反复输血浆、冷沉淀或单采血小板,需不需要给患者复查血型,如果要复查是否存在重复收费,让患者再抽血增加患者痛苦,又增加护士工作量还增加检验负担,有无必要;如果不再检测是否有风险。为此咨询过许多输血专家,其认为大部分三甲医院都认可在其医院查过一次血型以后,凡同型输注的血液成分都不用复查血型,只要开输血申请单即可。输血技术规范里此项没有详细说明,全国的输血专家是否应该将其明确规定,便于基层医院操作。

2 抗筛试验

不规则抗体会引起急性或迟发性反应,往往威胁患者的安全^[2]。关于不规则抗体筛查何时该做何时不该做?技术规范里规定近期内需反复输血时需要做^[3]。实际上大部分医师不能确定一个患者将要输几次血,只是看治疗情况而定。技术规范里规定有输血史和妊娠史的患者输血时需要检测^[3]。但当患者不清楚或家人也不清楚的情况下,医师也不知该不该检测。技术规范里没有规定输什么血液成分需要检测,输什么血液成分不要检测,如果近期内反复输血要隔多久再复查。该院规定第 1 次来该院输红细胞成分的都检测不规则抗体,近期反复输红细胞成分的隔 3 d 再复查,输血浆或冷沉淀或单采血小板的患者不需要查抗筛。这种规定是否科学有待专家确认。

3 配血标本

输血技术规范里规定配血标本须是输血前 3 d 的,并没有说明配血标本是抗凝血还是抗凝血或是两者均可,如果是抗凝血需用什么抗凝剂的血,标本量至少需要多少合适。配血标本试管未写名字,送到血库后再添写能否;配血标本试管上名字有涂改能否接收;配血标本写的是无名氏能否使用;该院规定配血标本要防止稀释和溶血或重度乳糜,凡标示不清的配血标本不接受,如果受血者需要再次输注红细胞,而受血者最后一次输血已间隔 24 h 应重采标本配血^[4]。该院还规定采用一管 ED-

TA-K₂ 抗凝血 3 mL 左右,另一管不抗凝血 3 mL 左右配血,如果是无名氏要带有唯一标识的手环便于输血时核对患者身份。

4 配血方法

输血技术规范里没有说明交叉配血必须用什么方法,如果还用盐水介质法显然不太合适,因为其只能检出完全抗体(ABO 血型抗体),对免疫性抗体不易检出,对有输血史及妊娠史者不能用盐水介质法配血^[5]。深圳方面的血站规定必须用盐水介质法与凝聚胺法同时实验,如果能用微柱凝胶卡式法配血则更好。

5 献血者反定型

输血技术规范规定交叉配血时给供血者做正反定型,血站发出的血都是经过反复检查且非常认真专业定出的血型,如果有错误,只要正定型复查供血者即可发现,或是交叉配血时也可以发现,不必给供血者反定型。如果按深圳血站规定要用盐水介质法和凝聚胺法两种方法交叉,又要给受供血者正反定型,还要检测不规则抗体,再配红悬多几个单位,这样,0.5 h 内不能完成。紧急配血要求简单快速准确,如果太过复杂就耽误抢救患者时间。先配一袋血给患者输注,其余的血晚一步配。

6 讨 论

输血技术规范已经公布实施十多年了,输血事业发生了很大变化,作为规范是否也应该规定得详细一些,使基层医院操作起来更具体、更方便、更有据可查,知道什么可以做什么不可以做,让配血工作更完善。

参考文献

[1] 张慧莲,杨婷,于洋. ABO 血型正反定型不一致原因分析[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(9):1005.

[2] 张东东. 不规则抗体筛查在临床输血中的意义[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(11):1263.

[3] 中华人民共和国卫生部. 临床输血技术规范[Z]. 2006-06-01.

[4] 兰炯采. 输血免疫血液学实验技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:112.

[5] 邓永福,杨明清. 临床输血实用新技术[M]. 北京:人民军医出版社,2007:36.

(收稿日期:2012-01-19)

系统性红斑狼疮患者血清抗核小体抗体检测

董 华,陈红梅,王 静

(湖北省荆州市公安县人民医院 434300)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.07.068

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2012)07-0894-02

系统性红斑狼疮(SLE)是一种全身性自身免疫疾病,一旦发生将累及皮肤、肾脏、神经系统及浆膜等多个部位^[1]。随着

• 个案与短篇 •

抗体检测技术的飞速发展,对 SLE 的抗 Smith(Sm)抗体、抗双链 DNA 抗体、抗核糖体 P 蛋白(Rib-P)抗体以及抗核(ANA)抗体的常规检测已经可以在实验室中完成^[2-4]。在 SLE 的产生过程中,核小体属于较为重要的自身抗原,因此,可以考虑将抗核小体抗体(ANuA)作为早期诊断 SLE 的有效标志物。现对 SLE 患者采用 ELISA 法检测血清中 ANuA,更好地应用于 SLE 的鉴定提供有价值的参考数据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 2009 年 12 月至 2010 年 12 月 60 例 SLE 患者,其中女 51 例,男 9 例,年龄 18~61 岁,平均年龄为(33±11)岁,参考美国风湿学会(1997 年)制订的 SLE 分类标准以及实验室检测结果,并结合患者的临床表现和 SLE 患者活动指数进行评分^[1]。其中 37 例患者的狼疮活动期评分在 3 分以上;23 例患者的缓解期评分不足 3 分。健康对照组为该院体检的健康人员,共 38 例,其中女 34 例,男 4 例,年龄 19~59 岁,平均年龄为(33±10)岁。

1.2 检测方法 采用 ELISA 法对血清 ANuA 进行检测。检测试剂盒由上海博华生物科技有限公司提供,仪器为美国宝特 808 酶免分析仪,抽取患者外周静脉血进行分离,-20℃保存待检。操作程序严格按照试剂及仪器说明书进行。

1.3 统计学处理 使用 SPSS 13.1 软件进行,计量数据以($\bar{x}\pm s$)表示,组间率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

与健康对照组血清中 ANuA 阳性率比较,SLE 组具有较高的阳性率,差异有统计学意义($\chi^2=32.09,P<0.05$);患者活动期和非活动期比较,差异也有统计学意义($\chi^2=6.58,P<0.05$)。见表 1。

表 1 SLE 患者组与健康对照组血清中 ANuA 阳性率结果比较

组别		例数(<i>n</i>)	ANuA 阳性数(<i>n</i>)	ANuA 阳性率(%)
SLE 组	活动期	37	31	83.7
	非活动期	23	13	56.5
健康对照组		38	0	0.0

• 个案与短篇 •

血清 5'-核苷酸酶在肝胆疾病及肿瘤诊断中的应用

周 铭,张艳萍

(长江大学附属第一人民医院检验科,湖北荆州 434000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.07.069

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2012)07-0895-02

5'-核苷酸酶是催化核苷酸分子中磷酸键水解的一种特异性磷酸酶,在细胞生长、运动、纤维蛋白合成、神经传递、提高表皮或内皮屏障功能及淋巴细胞的黏附、再循环、免疫应答等方面均发挥重要作用^[1]。广泛存在于组织的细胞膜上,除存在于肝胆外,还常见于脑、心、肺、小肠、肾小管等^[2]。但释放进入血液循环的 5'-核苷酸酶仅来源于肝胆组织。肝胆组织中高浓度的 5'-核苷酸酶经组织细胞处理后,释放进入血液,部分进入胆汁经胆道排出。检测血清中 5'-核苷酸酶的浓度,对于肝胆疾病与肿瘤的诊断有重要价值。

3 讨论

ELISA 法在当前 ANuA 的检测中较为常用,有学者应用 ELISA 法检测发现 ANuA 在 SLE 患者血清中具有较高的阳性率,但不同的实验室得出的结果不尽相同^[3,5]。近年来,越来越多的文献报道 ANuA 抗体在 SLE 检测方面的敏感性高于抗 Smith 抗体和抗双链 DNA 抗体,并有研究人员大胆预测,不久的将来 ANuA 可能完全取代上述两种抗体用于 SLE 检测^[4]。本组研究显示 SLE 患者的 ANuA 阳性率明显高于健康者,差异有统计学意义($P<0.05$);患者活动期和非活动期进行比较差异有统计学意义($P<0.05$),本组结果进一步证实了 ANuA 在 SLE 检测以及确定 SLE 活动期方面是一个非常敏感的标志物。值得注意的是,SLE 患者的 ANuA 与抗双链 DNA 抗体之间差异并无统计学意义($P>0.05$)^[5]。这一结果对于疑似患者,同时对 ANuA 与抗双链 DNA 抗体进行检测得出的结果将更加可靠。

参考文献

[1] Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus[J]. Arthritis Rheum,1997,40(14):1725-1728.

[2] Bertsias G, Ioannidis PA, Boletis J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics [J]. Ann Rheum Dis,2008,67(41):195-205.

[3] 陈勇. 活动期系统性红斑狼疮患者血清抗中性粒细胞胞浆抗体的临床意义[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志,2003,3(2):84-85.

[4] Lu F, Tu Y, Peng X, et al. A prospective multicentre study of mycophenolate mofetil combined with prednisolone as induction therapy in 213 patients with active lupus nephritis[J]. Lupus,2008,17(9):622-629.

[5] Zhang FS, Nie YK, Jin XM, et al. The efficacy and safety of leflunomide therapy in lupus nephritis by repeat kidney biopsy[J]. Rheumatol Int,2009,29(11):1331-1335.

(收稿日期:2012-01-14)