

HEV-IgM(+), B19 病毒抗体 (IgM) 阳性, B19 病毒 DNA 阳性。腹部 CT 检查提示肝右叶斑片状钙化, 门静脉增宽, 脾大, 少量腹腔积液。给予谷胱甘肽、复方甘草酸等保肝治疗, 10 d 后体温恢复正常, 消化道症状消失, 肝功能基本正常, 抗 HEV-IgM(+), B19 病毒抗体 IgM 阳性, 腹部 B 超未见异常。出院诊断: 病毒性肝炎(戊型急性黄疸型)合并微小病毒 B19 感染。2 个月后复查 B19 病毒抗体 IgM 阴性; B19 病毒 DNA 阴性; 而抗 HEV-IgM 至 2012 年 12 月多次复查均为阳性。

2 讨 论

根据该患者症状、体征结合生化、病毒学相关检查, 戊肝合并微小病毒 B19 感染诊断明确。微小病毒 B19 是细小病毒科细小病毒属中唯一能引起人类疾病的成员, 1975 年首次在献血者的血清中发现^[1], 它不仅存在于红细胞, 也存在于单核巨噬细胞、肝、肾及胎盘内皮等多种细胞和组织中^[2], 也有文献报道微小病毒 B19 可以引起急性肝损伤^[3], 因此肝脏是微小病毒 B19 感染的重要靶器官, 致病机理可能为病毒直接侵犯肝细胞造成损伤或免疫损伤。本例患者为成年男性, 身体健康, 个案与短篇。

呈急性起病, 主要表现为发热、乏力、尿黄、巩膜黄染, 肝功能明显异常, 多次检查抗 HEV-IgM(+); B19 病毒 DNA 阳性; B19 病毒抗体 IgM 二次阳性; 两病毒重叠感染引起肝细胞受累明显, 致使病情重、病程持续时间长。因此在临床工作中, 遇到急性黄疸型肝炎病情较重者, 应该考虑有无多种病毒重叠感染可能。另外, HEV-IgM(+)持续长达 2 年, 这在国内报道中较为罕见, 为戊型病毒性肝炎病程的判断提供了新的证据。

参考文献

[1] 刘薇, 赵津生. 人细小病毒 B19 感染致婴儿暴发性肝炎误诊一例[J]. 天津医药, 2011, 39(3): 288.
[2] 唐星火, 吴长亮. 人微小病毒 B19 与乙型肝炎病毒相关肝病的临床关系[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(2): 179-181.
[3] 束晓梅, 陈雪梅, 冒青. 人类微小病毒 B19 感染与急性肝炎的关系[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(6): 648-649.

(收稿日期: 2013-02-20)

手工镜检校正 XT-1800i 全自动血细胞分析仪结果 2 例

黄平香

(中国人民解放军第 92 医院检验科, 福建南平 353000)

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.16.082 文献标识码: C 文章编号: 1673-4130(2013)16-2208-01

目前血细胞全自动分析仪不仅操作容易、速度快、精确度高, 还提供了许多参数, 对疾病的诊断与治疗有着重要的临床意义, 但是不能取代传统的镜检。本室发现 1 例因有核红细胞严重干扰导致白细胞假性增高, 及 1 例因大血小板导致血小板假性减少, 现报道如下。

1 临床资料

患者 A, 女 16 岁, 脾大 8 年, 巩膜轻度黄染, 眼睑浮肿, 颜面浮肿, 确诊为地中海贫血。查血常规 WBC $49.7 \times 10^9/L$, 白细胞不能分类, RBC $3.97 \times 10^{12}/L$, Hb 92 g/L, PLT $757 \times 10^9/L$, 仪器报警: (1) WBC 增多; (2) 有核红细胞; (3) WBC 异常散点图。外周血涂片检查每 100 个 WBC 见 368 个有核红细胞。用校正公式校正后得 WBC 为 $10.6 \times 10^9/L$, 外周血涂片见图 1。

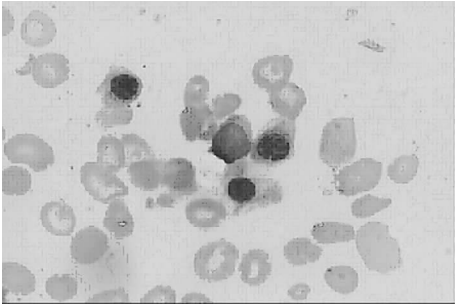


图 1 有核红细胞

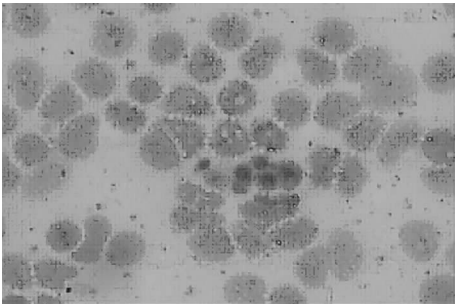


图 2 大血小板

患者 B, 女 62 岁, 因“发现双下睑肿物 1 年余, 伴加重 4 月”入院, 入院后诊断: (1) 双下睑肿物; (2) 脾切术后; (3) 结节性肝硬化。查血常规 WBC $7.2 \times 10^9/L$, RBC $3.51 \times 10^{12}/L$, Hb 107 g/L, PLT $4 \times 10^9/L$ 且 MPV、PDW、PCT 均为零。仪器报警血小板减少, 血小板直方图显示分布峰右移, 曲线峰变低, 图形凹凸不平滑。手工计数血小板为 $163 \times 10^9/L$, 外周血涂片证实为大血小板, 见图 2。

2 讨 论

因 XT-1800i 血液分析仪不具有核红细胞通道, 缺乏有核红细胞识别能力, 当外周血有核细胞的出现会干扰到白细胞测定。使白细胞假性增高和分类不准或不能分类。XT-1800i 利用电阻抗原理计数血小板, 计数大血小板时只识别颗粒大小, 并不识别颗粒性质, 血小板与红细胞在同一通道内运行检测, 导致大血小板被误认为小红细胞而不被纳入血小板计量范围^[2]。在正常情况下血小板集中在 2~15 fL 范围内呈左偏态分布, 在 25~30 fL 处, 曲线逐渐接近横坐标。此例标本有大血小板存在, 血小板直方图显示分布峰右移, 曲线峰变低, 图形凹凸不平滑。

在实际工作中由于工作量大、检验人员又配备不足, 有时并没有严格按照复检规则进行复检。从上述 2 例误检来看, 更能体现出涂片镜检的重要性和必要性。因此作为一名合格的检验工作者, 当出现结果异常、直方图异常及有报警信息的结果时, 必须按照复检规则对标本进行手工法计数和涂片染色镜检复核, 以免出现错误的报告结果而影响临床的治疗。

参考文献

[1] 时美红. 血小板假性异常的影响因素分析[J]. 现代医药卫生, 2012, 28(19): 2905-2905, 2908.
[2] 温立鸿. XT-1800i 检测 72 份相关参数不全的血小板结果和直方图分析[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(10): 1061-1062.

(收稿日期: 2013-03-08)