

• 个案与短篇 •

复合伤并发急性胰腺炎的临床分析

王 智,陈 军
(武警北京总队医院检验科,北京 100027)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.17.078 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2013)17-2351-01

急性胰腺炎发病因素复杂,病情凶险,预后差,死亡率高。急性胰腺炎的早期诊断和严重程度判断对该病的有效治疗及预后评估尤为重要。研究者通过鉴定复合伤患者的病情程度及严密监测血、尿淀粉酶值的改变和分析,从而为其急性胰腺炎的预防和早期诊断,采取积极有效的治疗找到可靠的理论依据。

1 临床资料

2009 年 6 月至 2011 年 7 月本院收治的创伤患者 25 例,男 17 例,女 8 例,年龄 17~69 岁,平均 35.6 岁。其中高处坠落 7 例,交通事故伤 11 例,刀扎伤 4 例,多处击打伤 3 例,均为复合伤。25 例患者不同程度的存在:(1)创伤性休克;(2)双肺挫伤;(3)闭合性腹部损伤;(4)肾挫伤;(5)多发性骨折;(6)截瘫;(7)全身多发软组织挫伤等;以上患者发病到就诊时间 1 h~3 d。临床表现:伤后 4~72 h 出现上腹部持续性疼痛,伴呕吐与发热;查体见全腹膨隆、腹部触痛阳性、反跳痛阳性、腹胀、肠鸣音弱或消失,部分患者出现休克、少尿等;查腹部 CT 示胰腺损害或体积增大;检验结果示血、尿淀粉酶增高,分别为血淀粉 190~1 352 U/L(正常值 0~220 U/L),尿淀粉酶 962~4 189 U/L(正常值 0~1 000 U/L)。根据 Ranson 标准^[1],分为轻型和重型。根据胰腺损伤情况,确定非手术治疗,(包括禁食、胃肠减压、使用抗生素、制酸、注射奥曲肽抑制胰液分泌、静滴普鲁卡因阻断局部神经、肠外营养等)和手术治疗(进行损伤控制手术维持生命,行单纯缝合胰腺裂口、胰腺规则性切除、胰周引流术及坏死组织清除术、腹腔内置潘氏管引流等)。

2 结 果

非手术患者治愈效果较明显:腹部疼痛、肿胀消失,彩超、CT 示胰腺无肿胀,血、尿淀粉酶逐步恢复正常值;行手术患者因病情较重出现多例:切口感染、腹腔脓肿、肠粘连或死亡。

3 讨 论

复合伤引发急性胰腺炎原因是多方面的:(1)腹部外伤合并胰腺损伤,由于胰腺血管供应丰富,当胰腺损伤或断裂时,可造成胰液外漏,出现自身消化,导致坏死性胰腺炎。(2)重症外伤引发心源性休克、泵衰竭时,可造成胰腺缺血和急性胰腺炎的发生。(3)胰腺附近手术如十二指肠手术、肝胆手术等,因粗

暴牵拉、压迫以及胰血管的损伤,导致胰腺水肿、细胞破坏、引起胰液漏出、胰腺自溶等。(4)急性组织损伤后,体内全身性炎症反应也是急性胰腺炎发病机制和继发的多脏器功能衰竭的主要原因^[2]。

胰腺位于腹膜后深处,前有肠管缓冲,后有脊柱保护,轻微损伤时易被掩盖;胰腺位置相对固定,受到高速冲击或挤压脊柱时,可导致胰腺挫伤甚至断裂,又由于胰腺血管供应丰富,当胰腺断裂时,可出现大量失血,造成失血性休克,同时因大量体液渗入组织间隙、游离腹腔、肠腔及肠壁,从而诱发急性肾功能衰竭;急性胰腺炎时从胰腺炎症组织内释放的各种损伤因子,如胰蛋白酶、脂肪酶等通过门静脉进入肝脏,造成肝细胞变性、坏死^[3]。胰性脑病为急性胰腺炎病程中出现的一系列神经精神障碍症状群,多出现在急性期,其症状可持续 24 h 或数周,以烦躁、精神异常和定向力障碍等最为常见^[4]。所以复合伤引发的急性胰腺炎会更加重患者的病情或死亡率。重症急性胰腺炎出现低氧血症早期常表现为胸闷、呼吸急促,继之表现为进行性呼吸困难、紫绀,最终发展为急性呼吸窘迫综合征。

综上所述,研究者认为临床上复合伤易诱发急性胰腺炎,临床上防治并发症至关重要,同时进行胰腺的彩超检查、腹部 CT 扫描及血、尿淀粉酶值的动态观察,对于及时发现和治疗急性胰腺炎也是非常重要的。

参考文献

[1] 王国品.急性胰腺炎严重程度的评估方法[J].中国实用内科杂志,2000,20(6):374-376.
[2] 朱华珍,廖克军.急性胰腺炎 502 例临床分析[J].实用医院临床杂志,2011,8(2):162-163.
[3] 李瑾.急性胰腺炎的不同病因及并发症的相关探讨[J].中外医疗,2011,30(10):67.
[4] 牛凯,成宇晶.淀粉酶升高的非胰腺炎腹痛 36 例临床分析[J].山西医药杂志:上半月,2011,40(4):380-381.

(收稿日期:2013-05-17)

• 个案与短篇 •

抗 M 引起 ABO 正反定型不符 1 例

赵 慎,聂 锋,张青霞
(宣城市人民医院输血科,安徽宣城 242000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.17.079 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2013)17-2351-02

在 ABO 血型鉴定中发现 IgM 型抗 M 抗体引起的正反定型不符一例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者许某,男,68 岁,双侧股骨头缺血性坏死

入院,术前备血。

1.2 仪器与试剂 ABO、RhD 微柱凝胶检测卡(批号 20120703)由长春博迅生物技术有限公司提供,ABO 反定型试剂红细胞(批号 20125322,20125325),筛检细胞(批号 20125617),谱细胞(批号 20125706)由上海血液生物医药有限公司提供;凝聚胺试剂(批号 112021)由珠海贝索生物技术有限公司提供;Baso2005-1 离心机(珠海贝索),FYQ 孵育器,TD-3A 离心机(长春博研)。

1.3 方法 血型鉴定及抗体筛检和鉴定参照试剂厂家说明书进行。

2 结 果

2.1 血型鉴定 患者初检血型鉴定正定型 B 型 RhD 阳性,反定型 O 型,更换反定型试剂红细胞复检,正定型 B 型 RhD 阳性,反定型 B 型。见表 1。

表 1 血型鉴定结果						
ABO 试剂红细胞批号	抗 A	抗 B	抗 D	A1 细胞	B 细胞	O 细胞
20125322	—	+	+	+	+	—
20125325	—	+	+	+	—	—

2.2 抗体筛查及鉴定 用该患者血浆进行抗体筛检,盐水和凝聚胺法均阳性,用谱细胞进行鉴定为抗 M 抗体。经 2-Me 处理后的血浆与含 M 抗原的谱细胞均无反应,证实该抗体是 IgM 型抗体。

2.3 吸收和放散试验 用含 M 抗原的谱细胞洗涤 3 次后与患者血浆在 4 ℃ 环境下吸收 1 h,吸收后的上清液用批号

20125322 的反定型试剂红细胞做血型鉴定,此时与 A1 细胞无凝集,反定型为 B 型;吸收后的谱细胞经冷盐水洗涤 3 次后在 56 ℃ 放散 10 min,放散液与含 M 抗原的谱细胞发生 1~3+ 凝集。

3 讨 论

引起 ABO 血型鉴定正反定型不符的原因有很多,常见的有不规则抗体的存在,亚型等。IgM 类抗体在盐水法下即可与含相应抗原的红细胞发生凝集反应,有报道^[1]44 例不规则抗体阳性的标本中 IgM 占 23 例,另有研究报道^[2]72 例不规则抗体阳性标本中,含 IgM 抗体的样本达到 32 例。MNs 血型系统中,抗 M 抗体大多是 IgM 类天然抗体,盐水法下通常会干扰血型鉴定结果判断^[3],本文发现的 1 例即是 IgM 类抗 M 引起的血型正反定型不符,由于反定型 B 细胞上含 M 抗原,因此出现了 B 型患者血浆凝集 B 红细胞的结果。血型鉴定中出现正反定型不符时,首先考虑更换试剂批号复检血型,做不规则抗体筛选,排除不规则抗体原因后再考虑亚型和其他原因。

参考文献

[1] 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):830-831.
[2] 谭庆芬. 914 例不规则抗体筛查结果分析及临床意义[J]. 重庆医学,2009,38(12):1445.
[3] 赵玲,杨春晴,等. 抗-M 引起血型鉴定困难 6 例[J]. 中国输血杂志,2010,23(4):306-307.

(收稿日期:2013-05-20)

(上接第 2348 页)

验科的一些误解,使某些影响检验质量的因素得到及时纠正。对检验结果与临床患者病情不符的标本进行记录,由临床医生写出具体意见,检验科委托专业人员核查落实。这些做法对提高工作人员责任心、提高检验质量有重要意义。

2.4 建立检验咨询门诊 加强检验医师的培养,由一定资质的检验医师坐诊,就检验报告单做临床解答,及进一步诊治建议、疾病诊断和预防。例如:临床微生物实验室的检验医师可以根据培养、鉴定、药敏等一系列的试验结果指导临床抗生素的使用。

2.5 举办质量管理学术活动 检验科有必要成立专门的沟通和质量控制小组,举办检验质量管理学术活动,围绕提高检验质量,宣传临床检验实验室质量管理的要求和措施,以多种形式与临床交流。

最后,检验工作者要重视和正确对待反馈信息。临床医生对检验结果的评价是质量控制的重要环节,因为临床医生最熟悉患者的病理变化和疾病的发展过程,检验结果是否符合临床也是衡量结果正确与否的重要方面。检验人员应经常、定期、虚心地听取临床的意见,及时纠正潜在引起实验室偏差的趋势,不断改进实验室工作。同时,检验工作者要不断加强自身建设,学习新知识,钻研新的实验方法,做到“知其然知其所以然”,这样才能在临床培训和沟通中以理服人,与临床医生对话过程中提出新观点,扭转长期以来临床对检验技术人员仅仅是“操作工”的偏见^[9-10]。

参考文献

[1] 樊笑霞,仲人前,徐丽萍. 论检验科与临床科室联系[J]. 解放军医院管理杂志,2009,16(5):421-420.
[2] 马黎明,陈敬银. 临床实验室质量管理缺陷分析及改进建议[J]. 现代检验医学杂志,2008,23(5):120-121.
[3] 李启欣,李炜焯,林爱珍,等. 建立 ISO15189 质量体系规范实验室管理[J]. 现代检验医学杂志,2007,22(4):102-103.
[4] 于海东,张文陆,王英. 检验科不合格标本分析[J]. 中国误诊学杂志,2012,12(2):313-314.
[5] 舒玲,郭靓,罗岚,等. 华西医院不合格微生物标本的特点分析及对策[J]. 现代预防医学,2011,12:128-130.
[6] 刘五香. 临床检验分析前质量保证分析[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(5):116.
[7] 曾劲峰,杨宝成. 血液筛查核酸检测的建立及应用[J]. 中国输血杂志,2008,21(11):827-828.
[8] 丛玉隆,尹一兵,陈瑜,等. 检验医学高级教程[M]. 北京:人民军医出版社,2010:58-60.
[9] 吕珏. 浅谈医学检验分析前质量保证[J]. 临床检验杂志,2007,25(6):468.
[10] 王洁,吕元. 临床沟通与检验分析前质量保证[J]. 检验医学,2011,26(7):489-491.

(收稿日期:2013-04-28)