

• 个案与短篇 •

1 例妊娠合并梅毒螺旋体感染检测结果不一致的医患沟通

郭明卫¹, 陈丽敏^{2△}

(1. 沙河市人民医院检验科, 河北沙河 054100; 2. 邢台县中心医院检验科, 河北邢台 054000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.04.067

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2015)04-0572-02

近年来,梅毒患者的数量呈逐年上升趋势,受到社会各界的广泛关注。抗梅毒螺旋体(TP)抗体检测在输血前及手术前安全筛查中的意义已远远超过其自身病原体筛查的范畴。本文报道了 1 例孕妇 TP 感染的处理过程,从 TP 感染特性及其影响因素和检验结果周转时间两个方面分享处理体会,旨在与同仁一道提高认识,避免医疗纠纷。

1 临床资料

患者,女,37 岁,本市人,2013 年 3 月 10 日怀孕 7 个月胎儿畸形入住本院妇产科拟行引产术。3 月 11 日术前检测抗 HIV 抗体、抗 HCV 抗体、抗 TP 抗体、乙肝五项,结果均为阴性。TP 抗体检测通过胶体金法检测,试剂厂家为英科新创(厦门)科技有限公司。3 月 11 日行引产术,手术顺利。3 月 12 日检验报告显示 RBC $1.41 \times 10^{12}/L$ 、Hb 42 g/L、ALB 23 g/L 和 TP 38.3 g/L,以“低蛋白血症原因待查”转住内科。

患者神清,精神差,有发热症状,体温高达 38.5℃,伴有寒战。3 月 12 至 19 日,患者持续发热,体温最高可达 39.5℃,血液分析仪分析显示,RBC: $(1.29 \sim 1.46) \times 10^{12}/L$,Hb: 42~47 g/L。3 月 20 日上午,为准备患者输血,送检该患者血液标本,行输血前四项检查。检验科检测该标本抗 TP 抗体,使用胶体金法和 RPR 试验(试剂名称:梅毒快速血浆反应素诊断试剂;试剂厂家:上海科华生物工程股份有限公司)均为阳性。为排除假阳性,按照文献[1]所述,将该标本分别稀释 1:32、1:64 和 1:128,RPR 试验均为阳性,遂出具抗 TP 抗体阳性报告。同日输血 400 mL A 型悬浮红细胞。3 月 21 日临床医师将报告日期为 3 月 20 日的抗 TP 抗体阳性报告告诉给患者家属,建议到上级医院进一步复查。同日重新采集患者血清送郑州金城检验中心检验。3 月 23 日,该检验中心报告“梅毒螺旋体特异性抗体定性测定(TPPA)阳性”送到本院病房后,患者及其家属哗然。

2 医患沟通及处理

2.1 从梅毒是 TP 及其检验影响因素来解释 梅毒是 TP 感染人体所引起的一种系统性、慢性传播疾病,其传播方式为性传播、母婴传播、输血或血制品传播,接触后患梅毒的概率为 40%。人体感染 TP 后,可产生脂质反应素,即非特异性抗体和主要针对 TP 的特异性抗原而产生的抗体,即梅毒的特异性抗体,主要有 IgM 和 IgG。在临床检验中,由于检测结果受到的影响因素较多,出现假阳性或假阴性是较常见的问题。RPR 是类脂质抗体,凡能导致体内产生类脂质抗体的疾病都能够使该试验结果出现假阳性,如肿瘤、丙型肝炎、糖尿病、自身免疫性疾病、肝硬化、活动性结核、妊娠、甚至老年人均可导致 RPR 假阳性,但其滴度均小于 1:8^[1]。在第二次检验该标本时,当将该患者标本稀释到 1:128 时,RPR 仍阳性,同时免疫层析法结果也为阳性,故将结果报告为阳性。而在第一次检验结果

为阴性结果,其可能因 TP 特异性抗体 IgM 抗体持续时间短、抗体浓度较低、免疫层析法检测梅毒抗体敏感度低、反应不充分、观察不仔细、患者体质差和该孕妇为隐性梅毒有关^[2]。但由于没有保存第一次患者标本,所以未能确定该阴性结果是由于标本因素还是操作因素所致。孕期发生或发现的活动性梅毒或潜伏期梅毒称为妊娠梅毒。妊娠梅毒可导致胎儿围产期死亡、早产、低出生体质量和先天性异常。该患者 TP 特异性抗体和 RPR 均阳性且胎死宫内,可能为妊娠梅毒所致,遗憾的是没能及时对该脐血进行梅毒血清学检验。

2.2 从输血特点来解释 患者家属认为患者感染 TP 是由于输血导致的是不成立的。其原因为:(1)患者感染 TP 到检测到抗体有一个过程,叫做“窗口期”,人体感染 TP 4 周后可以从患者血清中检出特异性抗体,非特异性抗体的检出时间比特异性抗体的检测时间迟 2 周^[3];(2)随着 1998 年 10 月 1 日《献血法》的实施,卫生部分别于 1999 年 5 月 1 日颁布的《医疗机构临床用血管理办法(试行)的施行》和 2012 年 8 月 1 日起《医疗机构临床用血管理办法》,各采供血机构加强采供血环节的管理,建立和不断完善了血液和血制品检验质量管理体系,同时使用两种不同试剂进行一检和二检,杜绝了传染病的传播。所以必要时可以通过血站对两位供血者进行现场检验,打破患者及其家属的疑虑。

2.3 从检验结果周转时间(TAT)来解释 检验报告的及时性是衡量临床实验室服务的一个重要指标。报告延迟不仅会降低患者和医生对实验室满意度,还会增加患者的住院时间和费用。本案例显示,临床医师没有及时在输血前将患者 TP 抗体阳性结果告诉患者或其家属,而导致 TAT 时间严重延迟。后临床医师及时向患者做出了解释,取得了患者的谅解,但也敲响了警钟。

3 讨论

进入 21 世纪以来,POCT 技术以传统检验设备和检验技术不能比拟的优势在国内外取得了长足的发展。在本案例中,虽然从 TP 及其检验影响因素来解释,但也反映了本科室人员只重视传统检验项目的质量控制而忽视了 POCT 的质量控制。针对这一现象,本科室重新组织学习了 POCT 的质量控制及包括该项目在内的标准操作文件(SOP),注意检验过程的每个细节,以不断提高检验质量,同时对包括梅毒检测血清在内的输血前检测血清,无论阳性和阴性,均存放于-20℃专用冰箱 3 个月,以备随时复检;曾蓉等^[4]根据我国国情,建议以标本接收时间为起点,以报告时间为终点来监测 TAT。本案例反映出医师对检验结果的处理没有体现到其时效性,导致了医疗纠纷,故医院医务科特别重视,就临床检验的分析前和分析后质量控制组织了专题讨论,同时要求本科室积极与临床科室联系沟通,以共同完善 TAT。

△ 通讯作者,E-mail:781484706@qq.com。

参考文献

- [1] 顾兵,郑明华,陈兴国. 检验与临床的沟通:案例分析 200 例[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:306-307.
- [2] 刘婷,王亮. 隐性梅毒及其实验室检查局限性[J]. 实验与检验医学,2011,29(4):397-398.

- [3] 张建平,苏良香. 三种梅毒血清试验方法学评价[J]. 现代检验医学杂志,2010,25(6):14-15.
- [4] 曾蓉,王薇,王治国. 临床实验室报告周转时间的监测[J]. 临床检验杂志,2012,30(4):301-302.

(收稿日期:2014-12-08)

• 个案与短篇 •

老年阵发性室上性心动过速伴血浆 D-二聚体增高 1 例

许朝晖,靳 岩,王 贞[△]

(大连医科大学附属第一医院检验科,辽宁大连 116011)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.04.068

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2015)04-0573-02

阵发性室上性心动过速是短期或持续发作的快速而基本规则的心律失常,其发作与终止大多比较突然,自动或经治疗后终止,部分可呈反复发作,发作间隙长短不一。导管射频消融(Radiofrequency catheter ablation, RFCA)是一种非药物性治疗快速性心律失常的方法^[1],其成功率高,目前已成为临床首选治疗快速性心律失常的方法。射频损伤是否会引起血栓栓塞以及如何预防血栓形成,是许多临床医生关心并持续研究的课题。目前认为血浆 D-二聚体浓度升高可作为体内血液高凝状态和新鲜血栓形成的标志,D-二聚体增高的程度与血栓栓子的大小和形成栓子的数量有关。笔者讨论了 1 例老年阵发性室上性心动过速的患者,血浆 D-二聚体增高,现报道如下。

1 临床资料

患者为男性,68 岁,反复心悸 10 余年,再发加重 1 d。十余年前,患者无明确诱因出现心悸,呈突发渐止,持续约 3~5 min,伴胸闷、气短,无胸痛及呼吸困难,无头晕、黑朦、晕厥,深吸气后及休息后可缓解,曾于本院就诊,行心电图(2012-11-19)检查示异位心律,胸前导联示窄 QRS 波,绝对匀齐,V3 导联 QRS 波增宽,呈 M 型,心率 137 次/分,诊断为心率失常、室上性心动过速,完全性右束支传导阻滞,予普罗帕酮抗心率失常治疗,上述症状反复发作,近 1 月发作频繁,共约 5 次。1 天前,患者无明确诱因上述症状再发,持续约数十分钟,自测心率为 110~120 次/分,休息后缓解,于本院门诊就诊,体检:体温 36℃,脉搏 72 次/分,呼吸 16 次/分,血压 130/80 mmHg,一般状况尚可,无贫血貌,口唇无发绀,颈静脉无怒张,呼吸规整,双肺呼吸音清,未闻及干湿性罗音,无心室摩擦音,腹软无压痛、反跳痛及肌紧张,未扪及包块,肝脏肋下未触及,移动性浊音阴性,肠鸣音正常,双下肢无水肿。急查血常规及生化肝功能指标、肾功能各指标正常;血浆 D-二聚体:3 200 μg/L FEU(正常小于 550 μg/L);ECG:异位心律,胸前导联示窄 QRS 波,绝对匀齐,V3 导联 QRS 波增宽,呈 M 型,心率 137 次/分;心脏彩超:心脏各房室腔大小、形态正常,主动脉瓣钙化伴轻度反流,完全性右束支传导阻滞。为进一步诊治入本院。患者无发热,食欲正常,睡眠正常,大小便正常,近期体质量无明显变化。征得家属同意,行 RFCA 治疗(2012-11-22)。术后恢复良好,D-二聚体:500 μg/L FEU,血常规及生化肝、肾功各指标正常(2012-11-24),术后常规服用阿司匹林 75 mg 1~3 月,以防血栓发生。术后 3 日出院。实验方法:血浆 D-二聚体测定采

用免疫比浊法,日本希森美康(Sysmex)CA7000 型血凝仪及仪器公司提供的匹配试剂,操作过程严格按照说明书进行。诊断依据:反复心悸十余年,再发加重 1 天,呈突发渐止,伴胸闷、气短、深吸气后及休息后可缓解。鉴别诊断:心房扑动,患者 68 岁,男性,反复发作性心悸,无明显诱因,呈突发渐止,应警惕房扑可能,心电图可见房扑动波,该患者进一步检查排除。

2 讨论

凝血系统被激活后,经过级联反应,形成性质稳定的纤维蛋白凝块,即血栓。血栓形成后,激活纤溶系统,纤维酶降解血栓凝块,在此过程中产生多种片段,其中一种即为 D-二聚体。因此,D-二聚体是确定体内血栓(或微血栓)形成和继发性纤溶亢进的标志物。

阵发性室上性心动过速的病因在国人最常见为预激综合征,房室结双通道占 30%,其他包括冠心病、原发性心肌病、甲状腺机能亢进、洋地黄中毒等,室性阵发性心动过速常伴有各种器质性心脏病,冠心病、二尖瓣脱垂、艾勃斯坦畸形、心脏手术以及 Q-T 间期延长综合征。诱因包括运动、过度疲劳、情绪激动、妊娠、饮酒或吸烟过多等。

RFCA 是目前根治快速心律失常的最有效措施^[2],尤其治疗老年人室上性心动过速是安全、有效的,且成功率高。但随着该技术的广泛开展,其相关并发症亦逐渐凸现。有文献报道,并发血栓栓塞发生率在 2%左右,D-二聚体作为反映血栓疾病的敏感指标,在临床上已经得到公认^[3]。通过检测血浆 D-二聚体浓度水平,则可反映出患者体内是否存在纤溶亢进,纤溶系统是人体内抑制血栓形成、维持血流动力学稳态的重要环节^[4],相关人士的研究表明,随着年龄的增长,血液的凝固性增高而纤溶性降低,高血压、冠心病、糖尿病、脑梗死等疾病均有高凝倾向^[5-6]。本例老年阵发性室上性心动过速患者,无急性心梗等严重心脏器质性病变,也无高血压、糖尿病、脑梗死等病史,且心脏各房室腔大小、形态正常,仅表现为主动脉瓣钙化伴轻度反流以及完全性右束支传导阻滞,可见其 D-二聚体增高并不是由循环系统常见的冠心病引起,表明该患者血管内存在纤维蛋白的形成与降解,不仅有凝血激活还有继发纤溶亢进,应该引起临床足够重视。建议 D-二聚体测定应成为心律失常患者常规检查项目,以明确该类患者体内凝血功能。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:

[△] 通讯作者,E-mail:wz-0104@163.com。