

1277.

[2] 杨良瑞,边惠萍,马晓峰,等.老年阵发性室上性心动过速的射频消融治疗[J].临床心血管病杂志,2007,23(7):549-549.

[3] 王正东,甘剑挺.射频消融术对血液 D-二聚体的影响以及阿司匹林的防治效果[J].广西医学,2009,31(9):1250-1252.

[4] 元明,白云清.D-二聚体监测对老年长期卧床患者下肢深静脉血栓形成的早期诊断价值[J].中国老年学杂志,2013,33(17):4244-

4245.

[5] 闻静,李廷富,刘云峰.凝血-纤溶动态图在冠心病患者中的临床应用[J].江西医学检验,2006,24(6):527-528..

[6] 赵忠信,王彦华.血液高凝状态的相关因素[J].现代诊断与治疗,1998,9(6):63-64.

(收稿日期:2014-10-05)

• 个案与短篇 •

抗 E、抗 c 抗体引起的交叉配血不合 1 例

覃碧静,曾德理,黄柳梅,韦小芬

(广西壮族自治区妇幼保健院/儿童医院/妇产医院输血科,广西南宁 530003)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.04.069

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2015)04-0574-02

通过吸收放散试验、谱细胞反应格局对抗体进行鉴定。检测对临床有意义的不规则抗体,确保输血安全。患者血浆中存在抗 E、抗 c 抗体,引起配血不合,选择 E、c 抗原阴性的血液进行输注,可以避免溶血性输血反应的发生,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,30 岁,因月经量过多,倦怠无力,脸色苍白,气促一周来本院就诊,孕 3 产 1 且患地中海贫血,有多次输血史。血象:Hb 48 g/L,WBC 5.0×10⁹/L,PLT 304×10⁹/L。临床申请输血 O 型 Rh(D)阳性去白细胞红细胞 4 U。患者不规则抗体筛查试验阳性,与多个献血员标本交叉配血主侧均凝集。将患者标本送南宁市中心血站做进一步的抗体鉴定,经鉴定为抗 E、抗 c 抗体。

1.2 方法

1.2.1 试剂及仪器 ABO 正反定型试剂、Rh(D)试剂、抗人球试剂,I、II、III 型抗筛细胞、谱细胞为上海血液医药有限公司产品;Rh 血型分型卡、不规则抗体筛选卡购自长春博迅公司;聚凝胺试剂为珠海贝索公司产品;离心机为日本久保田公司产品;37℃孵育器和卡式专用离心机购自长春博讯公司。

1.2.2 血型血清学检测 患者血型 O 型 CCDee,直抗试验阳

性,多特异性抗人球蛋白(IgG⁺C3d)抗体阳性,抗 IgG 抗体阳性,抗 C3d 抗体阴性。不规则抗体筛查试验盐水法阴性,聚凝胺法及抗人球蛋白试验阳性,提示患者血清中有 IgG 型不规则抗体存在。为了进一步鉴定抗体,将患者血浆与谱细胞反应,用盐水法、聚凝胺法和抗人球蛋白试验进行检测,同时做自身对照。

1.2.3 吸收放散实验 将患者血浆用 O 型 ccDEE 细胞 4℃吸收 2 h,离心将吸收后的血浆与 ccDEE 细胞反应不发生凝集;再将吸收后的红细胞用乙醚放散,离心后的放散液与 ccDEE 细胞反应发生凝集。

2 结果

2.1 抗体鉴定 根据谱细胞反应格局(表 1)含有 E、c 抗原的谱细胞与患者血浆反应均出现凝集,吸收放散试验患者血浆中抗 E、抗 c 抗体被 O 型 ccDEE 细胞吸收并放散出来,说明患者体内抗 E、抗 c 抗体同时存在。

2.2 配血结果 选择 O 型 E、c 抗原阴性红细胞进行交叉配血,结果主次侧无凝集、无溶血,患者输注去白细胞红细胞 4 U 后,无输血不良反应,血红蛋白水平升高明显。

表 1 患者血浆与谱细胞反应格局表

谱细胞编号	Rh-hr					Kidd		MNS					Duffy		Diego		Kell		Lewis		P1	血浆		
	D	C	E	c	e	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s	Mur	Fy ^a	Fy ^b	Di ^a	Di ^b	K	k	Le ^a	Le ^b		盐水	聚凝胺	抗人球
1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++
2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++

/:无该项抗原;+:阳性;-:阴性;±:弱阳性;++:强阳性。

3 讨论

在临床输血中,由 Rh 血型系统引起的配血不合问题仅次于 ABO 血型系统,抗原性由强到弱依次为 D、E、c、C、e^[1]。对于 D 抗原阳性的人,最常见是通过妊娠和输血产生抗 E、抗 c 抗体^[2]。是否产生免疫性抗体与抗原刺激的强度与个体敏感性有关,大部分患者接受不同 Rh 血型的血液后并不立即产生

Rh 抗体,但伴随着输血次数的增加,免疫强化,产生抗体的概率增加,效价增高。由于 E 抗原免疫原性较 c 抗原强,因而首先产生抗 E 抗体,随后产生抗 c 抗体,当抗 c 抗体效价低而不能检出时,若输入 E 抗原阴性,而 c 抗原阳性血液亦可引发溶血性输血反应^[3]。抗 E、抗 c 抗体同时存在称为共生抗体或复合抗体,有记录证明,产生免疫性抗 E 抗体的 R1 个体几乎同

时接触 c 抗原,其相应的复合抗原存在于同源染色体的一条单体上^[4]。该患者为 CCDee,缺乏 E、c 抗原,孕 3 产 1 且因患地中海贫血有多次输血史,因曾输入含有 E、c 抗原的红细胞后免疫性产生抗 E、抗 c 抗体,当再次输入时表现为配血不合。所以对于一位具有抗 E、抗 c 抗体的 R1R1 型患者,在选择输血时应考虑输注完全同型 R1R1 型血液。

根据《临床输血技术规范》规定:有配血不合、输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血者必须做不规则抗筛实验^[5]。尽管不规则抗体在正常人群中检出率仅为 0.3%~2%,但它是引起迟发性免疫性溶血反应的主要原因。据报道每输入一单位红细胞使受血者致敏的风险为 1.0%~1.6%,多次输血产生的同种抗体概率为 15%~20%^[6],所以患者若隔 2~3 天再次输血时应重新采血进行检测,避免新近输血回忆性免疫性抗体的漏检。

本院为妇幼保健院,对于有妊娠史和输血史的患者,会将不规则抗体筛选试验作为输血前检查的必查项目。当交叉配血不合时,通过鉴定不规则抗体,筛选出无相应抗原的红细胞

• 个案与短篇 •

进行输注,可以防止免疫性溶血性输血反应的发生,确保临床用血安全。

参考文献

- [1] 吴绍莲,林力红,陈发文.抗-E、抗-c 引起的交叉配血困难 3 例分析[J].福建医药杂志,2008,30(3):105.
- [2] 苗天红,范道旺.1 例抗-c、抗-E 性质分析[J].中国输血杂志,1999,12(4):255-256.
- [3] 李勇,杨贵贞.人类红细胞血型学实用理论与实验技术[M].北京:中国科学技术出版社,1994:125.
- [4] 陈忠,王雪明,王晓红.Rh 血型复合抗原及复合抗体[J].临床检验杂志,1996,14(6):50-51.
- [5] 中华人民共和国卫生部.临床输血技术规范[S].临床输血与检验,2000,2(3):1-11.
- [6] 刘智勇.输血前不规则抗体筛查的临床意义探讨[J].西南军医,2010,12(4):728.

(收稿日期:2014-09-25)

胆固醇结晶性胸膜炎 2 例

王海英¹,李永红¹,杨锐²,王红^{2△}

(1.临夏市人民医院邮编,甘肃 731100;2.张掖市甘州区人民医院,甘肃 734000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.04.070

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2015)04-0575-02

胸腔积液中检出胆固醇结晶为胆固醇性胸腔积液,在临床上少见,尤其是女性中发病率很低,现将工作中遇到的 2 例患者报道如下。

1 临床资料

1.1 病例 1 患者,男,58 岁,东乡族,农民。于 2014 年 4 月 23 日主因“咳嗽,咳痰 1 月余,加重伴全身浮肿,胸痛 1 周”收住入院。症状:咳嗽、咳痰、胸痛、呼吸困难、全身浮肿,无头痛、头晕、恶心、呕吐,无腹痛腹泻等症。查体:体温 36.4℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20 次/分,血压 120/80 mm Hg,患者发育正常,营养不良,面色发绀,端坐位,平车推入,查体合作,对答切题。听诊:左肺呼吸音粗糙,右肺呼吸音低。脊柱、四肢无畸形、压痛、叩击痛,关节无红肿,活动自如。双下肢水肿,四肢肌张力正常。生理反射存在,病理反射未引出。否认高血压、糖尿病病史,否认手术及外伤史,否认肝炎、肺结核等传染病史。预防接种不详。无药物过敏史。否认输血史,否认家族性遗传病、传染病。心电图:窦性心律不齐,顺转,心电图右偏,前间壁 QS 波。腹部 B 超:右侧胸腔积液(大量)。胸部 CT 显示:(1)右肺满贯胸腔积液并右肺膨胀不全;(2)右肺及左肺下叶多发陈旧性病灶;(3)左肺多发结节影;(4)纵膈淋巴结钙化灶;(5)双侧甲状腺多发钙化。血生化全项基本正常,总胆固醇 4.3 mmol/L,血糖 6.1 mmol/L,乳酸脱氢酶 174 IU/L。CEA 弱阳性,AFP 阴性。血尿常规未见异常。红细胞沉降率为 0.5 mm/h。胸腔积液常规检查:咖啡色浑浊液,表层有油性鱼鳞样漂浮物;密度 1.022 g/mL;李凡他试验:阳性;直接显微镜镜检:大量胆固醇结晶及红细胞;有核细胞计数:56×10⁶/L,主要是淋巴细胞及间皮细胞。总蛋白:37.3 g/L,葡萄糖:1.1 mmol/L,总胆固醇:3.5 mmol/L,乳酸脱氢酶:1 303 UI/L,结核抗体:阳性。未检出抗酸杆菌,未检出异常细胞,胸腔积液细菌培养阴

性。临床诊断:结核性胸膜炎。给予抗炎、抗结核、胸腔多次穿刺抽液、保护胃黏膜、活血等对症综合治疗,好转后出院。

1.2 病例 2 患者,女,46 岁,回族,居民。于 2014 年 6 月 1 日主因“全身酸痛伴食欲差 5 天”入院。症状:全身不适、酸痛,食欲差,舌苔白腻,无恶心、呕吐,小腹胀满不适,体质量减轻,大小便正常。查体:体温 36.8℃,脉搏 72 次/分,血压 110/80 mm Hg,发育正常,营养良好,面容正常,自主体位,步态正常,神智清晰,语言流利,应答切题,检查配合。听诊双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音和胸膜摩擦音。腹部平坦,腹式呼吸存在,小腹部有压痛及反跳痛,未扪及包块。脊柱、四肢无畸形及压痛,关节无红肿,活动自如,双膝关节骨弹响明显。双下肢无浮肿,四肢肌张力正常。生理反射存在,病理反射未引出。否认高血压、糖尿病、冠心病,否认手术及外伤史,否认肝炎,20 年前患有肺结核。预防接种史不详,无药物过敏史,否认输血,否认家族中有遗传病、传染病、特殊疾病史。心电图:窦性心动过速;腹部 B 超:(1)右侧胸腔积液中等量至少量(多次);(2)盆腔积液;(3)右侧附件囊肿(多房)。胸部 CT:(1)右侧胸膜腔积液、积气,提示胸膜炎(多次);(2)右肺下叶膨胀不良。血生化全项基本正常,总胆固醇 3.3 mmol/L,血糖 5.9 mmol/L,乳酸脱氢酶 221 UI/L。血常规:WBC 14.08×10⁹/L。尿常规:白细胞 120 个/μL,红细胞 48 个/μL。红细胞沉降率:54 mm/h。胸腔积液常规:暗黄色浑浊液,表层有油性鱼鳞样漂浮物;密度 1.022 g/mL;李凡他试验:阳性(++) ;直接显微镜镜检:大量胆固醇结晶及红细胞;有核细胞计数:30×10⁶/L,主要为淋巴细胞和间皮细胞。总蛋白:48.9 g/L,葡萄糖:3.7 mmol/L,总胆固醇:5.0 mmol/L,乳酸脱氢酶:741 UI/L。结核抗体:阳性。未检出抗酸杆菌,未检出异常细胞,胸腔积液细菌培养阴性。临床诊断:结核性胸膜炎;结核性盆腔炎;慢性盆腔炎(盆

△ 通讯作者,E-mail:329725041@qq.com。