

抗-E 抗-c 导致配血不合 1 例

张艳秋(江苏省太仓市疾病预防控制中心检验科 215400)

【关键词】 Rh 抗体; 抗-E; 抗-c; 配血不合
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.08.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)08-1014-02

Rh 血型系统是目前已知人类红细胞血型系统中最复杂、最具多态性及临床意义的血型系统,重要性仅次于 ABO 血型系统^[1]。随着医药事业的迅速发展,输血治疗例数大大增加,且输血产生的免疫性抗体以 Rh 血型系统最多,因此输血前的 Rh 血型鉴定,抗体筛查愈来愈重要^[2]。现发现 1 例由于数次输血产生了 IgG 型的抗-c 和 IgM、IgG 混合型的抗-E 而导致聚凝胺法配血不合,现报道如下。

1 临床资料

1.1 患者介绍 患者,唐某,女,50 岁。患“食道胃底静脉曲张”保守治疗,曾输血数次。复发后诊断为“门静脉高压症”而

接受手术治疗,共用全血 400 mL、血浆 400 mL,其中 2 名供血者与患者出现聚凝胺法配血不合现象,遂进行不规则抗体鉴定。

1.2 血型血清学检测及结果。

1.2.1 试剂来源 抗-Rh 血清、抗人球(AGT)、谱细胞均为上海输血技术有限公司提供;聚凝胺由台湾贝索企业有限公司提供。

1.2.2 血型检查 唐某血型为 B,CCDee;2 名供血者血型分别为 B,ccDEE;B,CcDee。

1.2.3 不规则抗体鉴定 见表 1。

表 1 患者血清不规则抗体鉴定

谱细胞 编号	Rh-hr					Kidd		MNSs					Duffy		Kell				Lewis		P	试验结果	
	D	C	E	c	e	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s	Mur	Fy ^a	Fy ^b	K	k	Kp ^a	Kp ^b	Le ^a	Le ^b	Pl	盐水	AGT
1	+	+	0	0	+	+	+	0	+	0	+	0	+	0	+	+	0	+	0	+	0	0	0
2	+	0	+	+	0	+	0	0	+	0	+	0	+	0	+	+	0	+	0	+	+	+	+
3	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	0	+	+	0	+	0	+	+	0	+
4	+	0	+	+	+	0	+	+	+	0	+	0	+	0	+	+	0	+	0	+	+	+	+
5	+	0	0	+	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+	+	0	+	/	/	0	0	+
6	+	+	+	0	+	+	+	+	+	0	+	/	+	0	+	+	0	+	+	0	0	+	+
7	+	+	+	+	0	+	+	+	0	0	+	0	+	0	+	+	0	+	0	+	0	+	+
8	0	+	0	+	+	+	+	+	0	0	+	0	+	+	0	+	0	+	+	+	+	0	+
9	0	0	0	+	+	+	+	0	+	0	+	0	+	0	+	+	0	+	+	0	0	0	+
10	+	+	0	0	+	+	+	+	+	0	+	0	+	+	0	+	0	+	+	0	+	0	0
自身细胞	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0

注:-表示无数据,/表示反应不明显,+表示凝集反应,0 表示无反应。

1.2.3.1 患者血清与 10 份谱细胞及自身红细胞在室温下进行盐水试验,其中 2、4、6、7 号谱细胞发生凝集,其余均不凝集,说明有 IgM 性质的抗-E。

1.2.3.2 二硫苏糖醇(DTT)灭活,患者血清用 0.01 mol/L DTT 在 37℃处理 0.5 h,以破坏 IgM 抗体。处理后的血清在室温盐水介质中与 CcDEE 不发生凝集,说明患者血清中的 IgM 抗-E 已被完全破坏。

1.2.3.3 用破坏后的血清与谱细胞及自身红细胞在抗人球介质中反应,其中与 2-9 号谱细胞均发生凝集,余均不凝集,说明患者血清中有 IgG 性质的抗-E 和抗-c。

1.2.4 吸收放散试验

1.2.4.1 患者血清与 B(ccDee)压积红细胞等量混合,37℃吸收 2 h,吸收后血清与 ccDee 在盐水和抗人球介质中均不发生凝集,说明血清中抗-c 已被完全吸收。用乙醚放散,放散液在盐水介质中与 ccDee、ccDEE 不凝集,说明无 IgM 型抗-c 存在。但在抗人球中与 ccDee 凝集,而与 CCDee 不凝,说明血清中存在 IgG 型抗-c。

1.2.4.2 患者血清与 B(CCDE)压积红细胞等量混合,在 37℃吸收 2 h,吸收后血清与 CCDE 在盐水和抗人球介质中均不凝集,说明血清中的抗-E 已被完全吸收。用乙醚放散,放散液在盐水介质中与 ccDEE、CCDE 发生凝集,说明血清中存在 IgM 性质的抗-E。经 DTT 处理后在抗人球介质中与 ccDEE、CCDE 发生凝集,说明血清中不仅存在 IgM 型抗-E,同时还存在 IgG 型抗-E。

1.2.4.3 患者血清经 B(ccDee)和 B(CCDE)压积红细胞分别吸收后,与谱细胞 ccDee、CCDE 经盐水和 AGT 检测证明不含抗-c 和抗-E,再将吸收液与 ccDEE 混合,经盐水和 AGT 检测结果均为阴性,说明患者血清中无复合的抗-cE 存在。

1.2.4.4 效价测定 患者血清中 IgG 型抗-c 的效价为 16,在盐水介质中测得 IgM 型的抗-E 效价为 16,经 DTT 处理后在抗人球介质中测得 IgG 型的抗-E 效价为 8。

2 讨论

Rh 血型系统是已发现的 29 个人类红细胞血型系统中最具遗传多态性的红细胞血型系统,所表达的血型抗原多达 55

种^[3],其中 Rh(D)抗原性最强,其次为 Rh(E)、Rh(C)、Rh(c)、Rh(e)等^[4],该血型系统在输血治疗和新生儿溶血症中具有重要意义。由于 Rh 系统抗体对酶敏感或为酶抗体,血库在无谱细胞和暂时不能确认抗体性质的情况下,对有输血史和(或)有妊娠史者,必须采用包括酶介质在内的多种介质交叉配血(DAT、酶或者聚凝胺技术等),选择相合的血液输注^[5],以此提高临床输血的安全性。

参考文献

[1] 左宏莉,郭伟鹏,徐群丽,等. 1 例 Rh 抗原变异体分子机理研究[J]. 新疆医科大学学报,2008,31(10):1146-1148.

[2] 陈中,张莉尼. 121 例溶血性输血反应不规则抗体特异性分析[J]. 临床检验杂志,1999,17(1):42-43.
[3] Daniels GL,Cartron JP,Fletcher A,et al. International society of blood transfusion committee on terminology for red cell surface antigens;Vancouver report[J]. Vox Sang, 2003,84(3):244-247.
[4] 吴远军,吴勇,陈宝婵,等. Rh 血型抗体的检测及结果分析[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2008,24(6):604-606.
[5] 朱祥明,杨通汉,姚富柱,等. 酶处理细胞检测低效价 Rh 抗体的研究[J]. 中国输血杂志,2008,21(1):15-16.

(收稿日期:2011-09-28)

急性低增殖性粒细胞性白血病误诊 1 例分析

苏大林(湖北省襄阳市中医医院检验科 441000)

【关键词】 粒细胞性白血病; 低增殖性; 误诊

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.08.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)08-1015-01

急性白血病是一种骨髓中某一系原始或幼稚细胞恶性克隆性增殖性疾病,一般骨髓象中有核增生极度活跃,而急性低增殖性白血病较少见,是一种骨髓有核细胞减低的急性白血病,骨髓象呈增生减低,外周血三系细胞减少,未见或仅见少量原始细胞^[1]。白血病细胞浸润不明显,病情进展缓慢,临床上极易误诊,现将本院误诊的 1 例低增殖性白血病报道如下。

1 临床资料

患者,男,43 岁,有 20 余年饮酒史,因反复纳差、乏力半年,肝、脾肿大伴黄疸、发热 1 个月,柏油样便 7 d 于 2011 年 4 月 30 日来本院就诊,收治肝病科,查肝功能明显异常,总胆红素为 68.2 μmol/L,直接蛋白红素为 39.6 μmol/L,总蛋白为 63.1 g/L,清蛋白为 26.1 g/L,清蛋白/球蛋白为 0.7,丙氨酸氨基转移酶为 294 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 351 U/L,γ-谷氨酰转氨酶 181 U/L,甲胎蛋白、癌胚抗原正常。血常规:白细胞计数为 $1.21 \times 10^9/L$,红细胞计数为 $2.84 \times 10^{12}/L$,血红蛋白为 82 g/L,血小板计数为 $73 \times 10^9/L$ 。白细胞分类计数:中性分叶核粒细胞为 44%,淋巴细胞为 43%,单核细胞为 11%,嗜酸性粒细胞为 2%,未复片。初步诊断为酒精性肝硬化伴消化道出血。经护肝、护胃、抗感染、止血治疗,10 d 后出血止,但反复高热,肝功能无改善,于是进行外周血细胞形态及骨髓细胞学检查。外周血中原始细胞 1%,早幼粒细胞 6%。骨髓片中有核细胞增生减少,原始细胞 5%,异常早幼粒细胞 28%,过氧化酶染色阳性,糖元染色阴性,免疫组织化学:MPO(+),CD99(+),Leu22(+),LCA(+),NSE(-),CD138(-),CD3(-),CD792(-),VS38(-)C,TCL(-)。诊断为急性早幼粒细胞白血病。此时患者已呈极度衰竭状态,维甲酸治疗无效死亡。

2 讨论

2.1 误诊分析原因分析

2.1.1 临床医生受既往史干扰,一味地考虑本科室疾病,缺乏

综合分析,忽略了与其他疾病的鉴别诊断。临床上肝硬化患者大多因肝纤维化致肝脏缩小,但酒精性肝硬化常可见肝脏肿大^[2]。本例患者因长期饮酒,出现肝、脾肿大,认为肝功能异常、黄疸、发热及全血减少是酒精性肝病及继发脾亢所致,贫血是消化道出血所致,因此临床医生诊断为酒精性肝硬化伴消化道出血,而忽略了血液病也可以出现肝、脾肿大,三系减少、出血、发热等症状,没有进一步作相关的鉴别诊断而误诊。

2.1.2 检验人员在进行血常规分析时,对异常结果也未引起重视,见申请单上的临床诊断为酒精性肝硬化后,误认为全血降低可能是肝病所致,没有及时镜检复片。

2.2 误诊防治

2.2.1 临床医生克服诊断思路的片面性,提高对白血病的认识,对难以解释的症状、体征和某些检查结果要追根溯源,综合判断。对临床上出现贫血、出血倾向,反复感染或间断发热无明显感染灶者、不明原因的肝、脾、淋巴结肿大者,应做排除血液病的相关检查。

2.2.2 重视和加强血常规的复片镜检工作,注意查看血细胞直方图和仪器相关提示,制订严格规范的复检复查制度,正确选择复片标本,及时为临床提供形态学信息。

2.2.3 检验人员掌握一定的血液学知识,增强责任心,在发现异常结果时,要及时与临床医生联系,为临床医生提供一些诊断思路和建议。

参考文献

[1] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3 版,北京:科学技术出版社,2007:122.
[2] 姚光弼. 临床肝脏病学[M]. 2 版. 上海:科学技术出版社,2011:319.

(收稿日期:2011-12-19)