

隔影,少数可见条状或斑点状钙化灶,可合并瘤内出血^[8]。注入造影剂后骨髓组织可被强化,脂肪组织不被强化,是 AML 的特征性表现之一,也是鉴别的关键。经皮穿刺活检,或可获得更高的诊断率,但因并发症高,不为临床所广泛采用。肾上腺肉瘤及肾的血管平滑肌脂肪瘤,也应注意鉴别。尤其是肾的血管平滑肌脂肪瘤,由脂肪、血管、平滑肌构成,容易混淆,但与肾组织关系密切。而肾上腺肉瘤通常体积巨大,多伴出血、坏死,常有浸润表现。

3.4 手术治疗 AML 治疗可分为随访观察和手术治疗,目前仍有争议。对于手术适应证,多数学者仍沿用 2002 年美国 NIH 对于肾上腺偶发瘤的诊治意见^[9]:如肿瘤直径超过 6 cm,建议外科手术干预;如直径不大于 4 cm,建议随访观察;对于肿瘤 4~6 cm 的患者,需要根据其他相关指标选择治疗方案。本院采取的手术指征^[10]:具有内分泌功能者;可疑恶性者;肿瘤直径≥4 cm 者;孤立的肾上腺转移瘤,原发瘤可控;无功能性肿瘤,直径<4 cm,视具体情况也可选择手术。直径<4 cm 的 AML 随访观察是安全的,但如果出现内分泌功能,或者体积每年增大大于 1 cm,则应予以手术。腹腔镜手术是我国 2014 版泌尿诊疗指南推荐首选的手术方式,创伤小,恢复快,住院时间短。本组 18 例患者,均成功采用后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术,术中紧贴包膜分离,注意控制肿瘤基底部的血管,尽量保留正常的肾上腺组织,术后未出现显著并发症,恢复良好。术后病理证实为 AML。术后随访均未见复发,随访内分泌指标无明显变化,伴随高血压者,血压无明显下降。近年来随着微创技术的快速发展,目前有越来越多的巨大肾上腺肿瘤经后腹腔镜途径切除的报道,疗效确切,值得推荐,各级医疗单位可根据自身熟练程度,酌情开展^[11-12]。

参考文献

[1] 夏漫城,双卫兵. 浅析肾上腺髓样脂肪瘤[J/CD]. 泌尿外·案例分析· DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.08.045

科杂志(电子版),2017,9(4):4-8.
 [2] 王喆. 肾上腺髓样脂肪瘤 28 例临床分析[D]. 沈阳:中国医科大学,2014.
 [3] NABI J, RAFID D, AUTHOY F N, et al. Incidental detection of adrenal myelolipoma: A case report and review of literature[J]. Case Rep Urol, 2013(2013):789481.
 [4] FENG CC, JIANG HW, DING Q, et al. Adrenal myelolipoma: A mingle of progenitor cells? [J]. Med Hypotheses, 2013, 80(6):819-822.
 [5] KARAM A R, NUGENT W, FALARDEAU J, et al. Multifocal extra-adrenal myelolipoma arising in the greater omentum[J]. J Radiol Case Rep, 2009, 3(11):20-30.
 [6] 宿恒川,黄欣,戴军,等. 伴发内分泌功能紊乱肾上腺髓样脂肪瘤的诊断及其治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2015, 30(2):130-132.
 [7] 李发兵,杨欲晓,王义霞,等. 肾上腺髓样脂肪瘤超声诊断体会[J]. 实用医技杂志, 2013, 20(8):849-850.
 [8] 郭锐,许东,杨彬,等. 肾上腺髓样脂肪瘤和肾上腺皮质腺瘤 CT 的诊断与鉴别诊断[J]. 泸州医学院学报, 2015, 38(6):578-580.
 [9] NIH state-of-the-science statement on management of the clinically inapparent adrenal mass (“incidentaloma”)[J]. NIH Consens State Sci Statements, 2002, 19(2):1-25.
 [10] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:569-572.
 [11] 施浩强,方卫华,周骏,等. 后腹腔镜下右侧巨大肾上腺肿瘤切除的手术技巧[J]. 临床泌尿外科杂志, 2014, 29(6):495-498.
 [12] 张二伟,张雪培,张海波,等. 腹腔镜下微创治疗巨大肾上腺肿瘤临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2016, 25(10):1746-1748.

(收稿日期:2018-07-29 修回日期:2018-10-18)

术前备血检出 IgG 抗-Le^a1 例的病例报道

贺坤华,马丽琼,巴雪娇[△]

(云南省曲靖市第一人民医院输血科 655000)

关键词:不规则抗体; Lewis 血型; IgG 抗-Le^a
中图分类号:R457.1 **文献标志码:**C

文章编号:1672-9455(2019)08-1147-04

通常来说,抗-Le^a一般为 IgM 性质的抗体,在 37℃一般不发生反应,被认为是没有临床意义的抗体。偶见 IgG 抗-Le^a漏检引起严重的溶血性输血反应报

道,极少见 IgG 抗-Le^a引起新生儿溶血的报道。笔者在术前备血过程中,检出 1 例 IgG 抗-Le^a,现报道如下。

[△] 通信作者, E-mail:1457225714@11.com。

续表 2 患者血清、经 2-Me 处理血清与谱细胞反应结果

序号	MNSs					Lutheran		Diego	患者血清			2-Me 处理血清		
	M	N	S	s	Mur	Lu ^a	Lu ^b	Dia	IS	Poly	AHG	IS [*]	Poly	AHG
1	+	+	0	+	0	0	+	0	0	0	2+	0	0	1+
2	+	+	+	+	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0
3	+	+	+	+	0	0	+	+	0	0	0	0	0	0
4	+	+	+	+	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0
5	+	0	0	+	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0
6	0	+	0	+	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0
7	+	+	0	+	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0
8	+	0	0	+	0	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	0
11	+	+	0	+	+	0	+	0	0	0	0	0	0	0
自身 c									0	0	0	0	0	0

注：* IS 在 4℃、室温、37℃ 反应均为阴性

2.4 抗体效价测定 患者血清中 IgG 抗体-Le^a 效价为 4。

3 讨论

Le^a 抗原是由 Lewis 基因 (Le) 编码的 a-1, 4-GDP-L-岩藻糖基转移酶, 将岩藻糖上的 L-岩藻糖转移到 1 型前体物质的 N-乙酰氨基葡萄糖上所形成^[1]。抗-Le^a 是 Lewis 血型系统的常见抗体, Le^b 比抗-Le^a 少见, 且两者通常为 IgM 型, 多数在 37℃ 无活性, 加上 Lewis 血型系统抗原组织在组织液中大量存在, 可中和部分抗体。因此, Lewis 血型系统的常见抗体很少能引起溶血性输血反应 (HTR)。IgG 性质的抗-Le^a 非常少见, 而且由于胎儿和新生儿的 Lewis 血型系统抗原仅存在于分泌液中, 红细胞上不表达, 因此, 很少有 Lewis 血型系统的常见抗体引起的新生儿溶血病 (HDN)^[2-3]。常见的抗-Le^a 只存在于 Le(a-b-) 表型的个体中, 本例患者 Lewis 血型为 Le(a-b-) 也印证了这一点。本例患者血清中存在 IgG 抗-Le^a, 但无输血史和妊娠史, 推测患者可能在胎儿期或是日常生活密切接触过程中被母体 Le^a 抗原或自然界相关抗原所致敏^[4]。

于洋等^[5]对 1994—2013 年中国患者人群红细胞同种抗体阳性率及特异性分析发现, 最常见的同种抗体是 Rh(76.6%) 和 MNS(12.4%) 血型系统, 其次就是 Lewis 血型系统, 占 4.5% (253/5 582), 其中 IgG 抗-Le^a 引起 HTR 占 5.1% (7/136)、IgM 抗-Le^a 占 0.7% (1/136), IgG 型高于 IgM 型; 抗-Le^a 引起 HDN 仅占 0.2% (1/580); Lewis 血型系统抗体引起 HTR 概率高于 HDN^[6]。

IgG 抗-Le^a 只能在酶、抗人球蛋白等介质中检出, 不能在盐水介质中检出, 本案例在抗体筛查之初, 仅用抗人球介质方法进行筛查和鉴定^[7]。为进一步明确抗体性质, 采用患者血清和 2-Me 处理血清与谱

细胞和自身对照细胞反应, 在盐水介质下 (4℃、室温、37℃) 均无凝集, 说明患者血清中无 IgM 抗-Le^a; 在抗人球介质下 (37℃) 只与含有 Le^a 抗原的红细胞凝集, 与不含 Le^a 抗原的红细胞不发生凝集, 都证实患者血清中只含有 IgG 抗-Le^a, 在 37℃ 具有反应活性。患者血清采用 2-Me 处理可打开 IgM 抗体中的 J 链及链间二硫键, 而不破坏链内二硫键, 从而灭活 IgM 抗体, 只保留 IgG 抗体, 因此可排除 IgM 抗-Le^a 及冷凝集素的干扰^[3]; 采用抗人球介质反应需在 37℃ 孵育 15 min, 也能排除冷凝集素存在时对试验的干扰; 患者直接抗人球蛋白试验阴性可排除直抗阳性对交叉配血反定的干扰。试验发现, 采用患者血清和含有 Le^a 抗原的红细胞使用凝聚胺法配血为阴性, 使用微柱凝胶卡配血为阳性 (++) , 说明凝聚胺法会漏检 IgG 抗-Le^a, 与文献报道^[8-9] 结果一致, 但也有凝聚胺法配血阳性或极弱凝集导致误判为阴性的文献报道^[10-11]。

结合相关报道和本案例来看, 若检测方法单一, 单独的 IgM 型^[12] 或 IgG 型抗-Le^a^[7, 10, 13] 都极易漏检, 而 IgM 合并 IgG 型则反而不易漏检。抗-Le^a 是补体依赖型抗体, 可结合补体引起严重的溶血性输血反应, 对于有妊娠史和输血史的患者, 有必要联合使用多种检测方法进行抗体筛查和交叉配血, 以避免漏检造成溶血性输血反应^[7]。患者若需输血, 建议患者输注 Le^a 抗原阴性的红细胞, 以保障输血的安全性。

参考文献

- [1] 桂嵘, 张志昇, 王勇军. 输血相容性检测及疑难病例分析 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 34-35.
- [2] 杰夫·丹尼尔. 人类血型学 [M]. 朱自严, 译. 北京: 科学出版社, 2007: 71-90.
- [3] 李勇, 马学严. 实用血液免疫学血型理论和实验技术 [M]. 北京: 科学出版社, 2006: 161.
- [4] 赵桐茂. 人类血型遗传学 [M]. 北京: 科学出版社, 1987:

73-76

[5] 于洋,王旖,孙晓琳,等. 1994—2013 年中国患者人群红细胞同种抗体阳性率及特异性分析(英文)[J]. 中国实验血液学杂志, 2015, 23(6): 1734-1741.

[6] CARRERAS VESCIO L A, TORRES O W, VIRGILIO O S, et al. Mild hemolytic disease of the newborn due to anti-Lewis a[J]. Vox Sang, 1993, 64(3): 194-195.

[7] 单桂秋,吴国平,吕品,等. IgG 抗-Le^a 引起急性溶血型输血反应 1 例[J]. 中国输血杂志, 2000, 13(2): 113.

[8] 毛娟,吴大洲,王满妮,等. 凝聚胺漏检抗-Le~a 致溶血性输血反应 1 例[J]. 中国输血杂志, 2013, 26(2): 178-179.

[9] 洪毅,高娟,孟洁,等. 4 种检测 IgG 型血型抗体方法的对比研究[J]. 临床血液学杂志(输血与检验), 2016, 29(4):

650-651.

[10] 陶翠华,涂茹. 检出 IgG 性质抗-Le~a 不规则抗体 1 例[J]. 临床输血与检验, 2012, 14(3): 273-274.

[11] 马晓莉,张晓娜. IgG 性质抗-Le~a 不规则抗体 1 例检测分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 29(10): 1036-1038.

[12] 方春富,王利军. IgM 抗-Le~a 致急性溶血性输血反应 1 例[J]. 中国输血杂志, 2010, 23(11): 975-976.

[13] 叶健忠,蔡于旭,梁延连,等. IgG 抗-Le~a 致严重溶血性输血反应 1 例及其家系调查[J]. 中国输血杂志, 2003, 16(4): 287-288.

(收稿日期:2018-07-29 修回日期:2018-11-23)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.08.046

不典型肺结节病 1 例误诊分析及文献复习

夏德刚¹, 李传文¹, 王朝敏², 苏祥磊²

(江苏省徐州市第六人民医院:1. 呼吸科;2. 胸外科 221006)

关键词:肺结节病; 不典型; 误诊; 胸部 CT
中图分类号:R563.9 **文献标志码:**C

文章编号:1672-9455(2019)08-1150-03

结节病是一种病因未明、以非干酪样坏死性上皮细胞肉芽肿为病理特征的多系统性少见疾病,因累及的组织器官不同而具有不同的表现。主要表现为双侧肺门淋巴结肿大、肺部浸润、皮肤和眼的损害,其他如肝、脾、心脏、肾脏、淋巴结、唾液腺、骨骼、肌肉、神经系统等也可累及。肺结节病是结节病的一种,在结节病中发病率高,临床表现无特异性,尤其是胸部 CT 不典型的肺结节病,极易误诊。现将本院胸外科收治的误诊为肺癌的 1 例不典型肺结节病结合相关文献分析报道如下。

1 一般资料

患者,女,47 岁,因体检发现左肺门增大 2 d 于 2018 年 4 月 18 日入院。患者因其母亲患肺癌在本院呼吸科住院治疗,主动要求体检,查胸部 CT 显示左下肺门增大结构不清,纵隔内未示明显肿大淋巴结,诊断考虑肺癌可能,见图 1、2。患者无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛及憋喘等症状,浅表淋巴结未及肿大,皮肤黏膜无皮疹及皮下结节,肺部查体未见阳性体征。收入胸外科进一步诊治。入院后查血常规示白细胞 $2.82 \times 10^9/L$,红细胞、血小板、超敏 C 反应蛋白均正常。血生化、肿瘤 5 项正常,肝炎标记物、HIV 抗体、梅毒螺旋体抗体阴性。胸部增强 CT 示左侧肺门软组织结节影,中度强化,CT 值约 60 Hu,边界清晰,包绕左下肺动脉,见图 3。气管镜检查示左下叶支气管开口处及背段支气管黏膜轻度充血水肿,管腔通畅,未见出血、新生物,见图 4。

2 结果

入院后初步诊断为左肺占位性病变,肺癌可能性

大,予头孢地嗪、依替米星抗感染治疗,2018 年 5 月 2 日复查胸部 CT 示肺部病灶无明显变化,考虑肺门占位。经家人同意后于 2018 年 5 月 5 日予手术治疗,术中见左肺门淋巴结肿大,予游离切除,快速病理报淋巴结炎,术后病理报肉芽肿性改变(图 5),诊断为结节病。

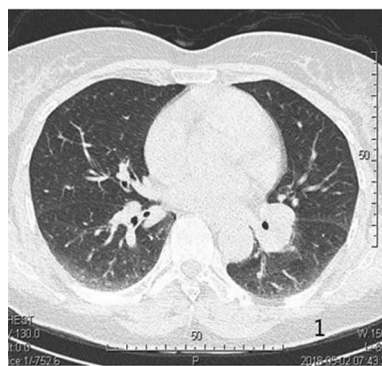


图 1 胸部平扫 CT



图 2 胸部 CT