

1 例亚急性硬膜下血肿的误诊分析

陈才华,蔡 敬,江 川(重庆市长寿区人民医院神经外科 401220)

【关键词】 亚急性硬膜下血肿; 误诊分析; 头痛
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)10-1268-01

亚急性硬膜下血肿指伤后 3 d 至 3 周出现头痛、呕吐加重及意识进行性恶化等症状者,在硬膜下血肿大约占 5%^[1]。通过头颅计算机断层扫描(CT)检查,与硬膜外血肿较易鉴别。本文报道 1 例亚急性硬膜下血肿,术前 CT 表现考虑为硬膜外血肿,手术证实为硬膜下血肿。

1 临床资料

患者,男性,31 岁,因头部跌伤伴头昏、头痛 3 h 入院。头颅 CT 示左颞顶部梭形高密度影,量约 30 mL,中线少许右移,诊断为急性硬膜外血肿,行急诊手术。术中未见硬膜外血肿,但硬脑膜张力较高,呈蓝紫色。打开硬膜,可见硬膜下有黑褐色血凝块,质脆,有包膜。清除血肿,切除部分包膜并送检,术后诊断为亚急性硬膜下血肿。追问病史 12 d 前有头部外伤史,平时嗜酒。病检报告为包膜有滋养血管增生,住院 15 d 治愈出院。

2 讨 论

亚急性硬膜下血肿出血多来源于脑皮质血管的破裂或桥静脉损伤,但损伤的血管较小,并且多为静脉性出血。原发性脑损伤较轻,伤后即使有原发意识障碍也会很快清醒,患者诉头痛,有恶心、呕吐,经过 3~4 d 后上述症状逐渐明显加重。CT 显示早期和急性硬膜下血肿相似,表现为颅骨内板下新月形或半月形高密度影。以后血肿密度逐渐降低,表现为等密度或低密度。从急性向亚急性血肿转化的过程,即血肿内凝血块不断液化和溶血的过程,血肿密度 CT 显示降低,以及血肿内缘向脑组织方向膨出,最终形成类似急性硬膜外血肿的双凸形或梭形状态。

本例 CT 显示血肿表现为均匀一致的高密度并成梭形,术前很难与硬膜外血肿相鉴别,往往要结合病史。硬膜下血肿呈

现双凸形改变可能与硬膜和蛛网膜之间有粘连,血肿在硬膜下间隙不能较自由地扩散,以致形成血肿内缘向脑内方向凸出;因有包膜形成,血肿边缘也比较清晰锐利,也可能为合并再出血,硬膜下出血的很早阶段,即所谓超急性硬膜下血肿阶段,血肿内缘先凸向脑内,然后才向四周硬膜下血肿扩展而变成血肿内缘向脑组织侧呈凹面,这时血肿密度常不均匀(因有活动性出血)^[2]。核磁共振可确定脑组织和颅骨内板的关系,很容易确定硬膜下血肿的诊断。

对 CT 明确诊断的亚急性硬膜下血肿,血肿量 40 mL 以上,中线移位超过 10 mm,颅内压监测 25~30 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)以上者,应积极采取手术治疗。对于 3~7 d 的患者采用小骨窗或骨瓣开颅,伤后 10~14 d 的患者可采用钻孔血肿冲洗引流术^[3]。任光阳等^[4]报道微创手术加尿激酶和自体血清治疗亚急性硬膜下血肿也取得了满意的效果。

参考文献

[1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2005:438-442.
[2] 沈天真. 神经影像学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2004:569-574.
[3] 柳宗堂,杨勇,邓田军. 亚急性硬膜下血肿 81 例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2008,11(2):100-102.
[4] 任光阳,王培,谢明祥,等. 颅骨钻孔结合尿激酶微创治疗外伤性硬膜下血肿[J]. 创伤外科杂志,2009,11(4):299-301.

(收稿日期:2010-12-20)

1 例罕见乙型肝炎病毒血清标志物感染模式报道

李 坚,卓军陈(重庆市巴南区人民医院检验科 401320)

【关键词】 乙型肝炎病毒; 血清标志物; 感染模式
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)10-1268-02

乙型病毒性肝炎是一种严重危害人类健康的全球性传染病,而我国是乙型肝炎病毒(HBV)感染的高发区。因此,血清免疫学标志物检测则是目前临床分析和判断患者病程及传染性的重要依据之一。而一般乙型病毒性肝炎患者的感染模式多为常见模式,本实验室则在实际工作中发现 1 例罕见模式,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,江某,男,63 岁,8 年前起病,患者反复出现乏力、纳差、腹胀,曾多次在本院感染科住院治疗,诊断为

“乙型肝炎肝硬化,活动期,失代偿,肝左叶血管瘤”。初步诊断:乙型肝炎肝硬化,失代偿。常规检查乙型肝炎血清标志物。

1.2 仪器与方法

1.2.1 HBV 血清免疫学标志物的测定 使用酶标仪为北京天石 SM-3 检测 OD 值,结果以阴性或阳性报告。采用酶联免疫吸附试验(ELISA)进行检测,试剂分别由上海荣盛生物药业股份有限公司和上海科华生物药业股份有限公司提供,操作及结果判断均按说明书使用。室内质控物由卫生部临床检验中心提供。

1.2.2 HBV-DNA 定量检测 采用聚合酶链反应(PCR)荧光探针法,仪器为达安 DA7600 荧光定量 PCR 仪。试剂由中山大学达安基因股份有限公司提供,以拷贝数表示 DNA 含量。

1.2.3 HBsAg 定量检测 仪器为雅培 AXSYM plus 全自动化学发光仪,采用化学发光微粒子免疫分析法测定,试剂由美国雅培公司提供。

2 结 果

2.1 ELISA 定性 两种试剂检测结果一致,均为 HBsAg(一)、抗-HBs(+)、HBeAg(+)、抗-HBe(一)、抗-HBc(+)

2.2 HBV-DNA 定量结果 6.29×10^4 copy/mL。

2.3 HBsAg 定量结果 2 U/mL。

3 讨 论

HBV 感染模式在临床上常见的有 8 种,少见模式及其他可达 20 种^[1-3]。该病例用常规试剂检测,其乙型肝炎血清学标志物结果为 HBsAg(一)、抗-HBs(+)、HBeAg(+)、抗-HBe(一)、抗-HBc(+),此种模式在临床中应属罕见模式。

从附加实验结果分析可以看出,当采用高灵敏的化学发光仪检测时,其 HBsAg 定量为 2 U/mL,说明 HBsAg 在该患者体内是以低水平存在,而一般 ELISA 法检测的灵敏度不够,相对而言,雅培试剂的灵敏度可达 0.01 U/mL,特别是在低浓度(1 ng/mL)时可以检测出常见变异株,因此当实验室遇到特殊感染模式时,一定要用高灵敏度的方法进行确证。

另外,该患者 HBV-DNA 检测结果为 6.29×10^4 copy/mL,说明 HBV 在体内仍在复制,而体内又检测出抗-HBs

(+).此种情况多见于:(1)病毒 S 区发生突变,常见为 139~147 的氨基酸发生突变或插入,使变异的 HBsAg 与抗-HBs 结合的亲和力下降,形成免疫逃避株感染;(2)由于 S 基因变异后表达的 HBsAg 不能被现行广泛使用的一些试剂所检出;(3)HBsAg 不同亚型的再次感染^[4]。

因此,对于 HBV 感染后,由于病毒在每一个体之间复制的强弱不同,机体对病毒抗原产生免疫反应差异以及 HBV 在感染过程中可能发生基因变异等原因,可使感染者血清出现一些特殊模式,因此实验室一方面要采用高灵敏度的检测方法加以确认;另一方面则要与临床沟通,结合临床表现对其进行具体分析,才能正确理解其临床意义。

参考文献

- [1] 马春燕. 2 506 例乙型肝炎病毒标志物检测结果分析[J]. 白求恩医学院学报, 2009, 7(1): 26-27.
- [2] 王志斌, 周红艳. 乙型肝炎血清标志物少见模式分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(24): 2093-2094.
- [3] 孙秀凤. 乙型肝炎病毒血清标志物特殊模式的再认识[J]. 临床肝胆病杂志, 2005, 21(1): 57-58.
- [4] 徐瑞龙, 袁青, 吴俊琪, 等. 乙型肝炎病毒血清学标志物特殊模式样本 HBV-DNA 定量分析[J]. 检验医学, 2005, 20(5): 483-484.

(收稿日期: 2010-12-24)

BC-3000 血细胞分析仪说明书外的故障分析及解决方法

潘持国(山东省济南市商河县中医院检验科 251600)

【关键词】 血细胞分析仪; 故障分析; 解决方法

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.069 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)10-1269-02

本科室 2006 年购置了一台深圳迈瑞公司生产的 BC-3000 血细胞分析仪,它是一种三分群血细胞分析仪。该仪器性能稳定,用量少,结果准确,重复性好,具有预稀释血和全血两种计数模式,测试方法可灵活选择,适合基层医院检验科使用。现将本科室在使用过程中遇到的一些说明书外的故障及解决方法进行总结,报道如下。

1 故障一

白细胞计数过高,连续做 5 个标本白细胞计数都超过 $20 \times 10^9/L$,抽取其中一人的标本在显微镜下计数白细胞在正常范围。解决办法是用探头清洗液浸泡管道之后再检测患者标本,如果还出现上述情况,更换自配的清洗液(1:1 000 表面活性剂,蒸馏水)。经作者实践证明,作者自配的清洗液比一些公司销售的稀释液好用,然后做本底计数,本底计数全是零,然后做抽样的标本,和显微镜下计数差不多。

2 故障二

白细胞或红细胞堵孔。解决方法是在保证清洗液质量良好的情况下,灼烧宝石孔,用探头清洗液浸泡管道,然后做本底计数,本底计数全是零,故障排除。

3 故障三

血小板计数偏高,基本每次做的标本的血小板计数都大于 $500 \times 10^9/L$,抽样镜检血小板计数在正常范围。解决办法是更换清洗液,换成自己配的清洗液后做本底计数,本底计数血小

板为零,故障解除。还有一种情况是血小板略偏高,经检查发现稀释液马上就用完,仅剩下一点,可能是桶底的稀释液有沉淀物,换上一桶新的稀释液后,血小板本底计数为零。

4 故障四

采样针在采样后往下边漏液体。解决办法是更换拭子,按说明书上的操作步骤更换拭子就行,不再多叙。

5 故障五

“偏转电机故障”报警,采样时采样针升到最高位但是不偏转。解决办法是打开机器右侧面板,按箭头方向提起开关,打开前面板,在“设置/密码”界面,将密码设置为“3 000”,在菜单操作中,将光标移到“服务/系统检测”选项,按确认键,进入系统检测界面。将光标移到升降电机和偏转电机选项,对电机进行检测,电机动作正常,说明电机及驱动电路正常。可能是上位光耦坏,更换光耦后机器工作正常。

因此,在工作中应该注意以下几点:(1)严格保管稀释液和标本,防止尘埃污物污染,要时刻保持样品杯的清洁度;(2)要选择符合条件的部位采血,动作要熟练,采血要深,轻度挤压,弃去第 1 滴血后及时采集混匀,防止血液凝固;(3)用不起毛的消毒纸巾取代棉签、棉球来擦拭微量吸管;(4)每周用探头清洗液浸泡管路。

BC-3000 血细胞分析仪大部分故障是由液路脏导致堵塞引起的,当然对 2 个计数池的维护也很重要。另外,还要定期