

体造血干细胞移植术,术后口服免疫抑制剂环孢素 5 个月,未发生明显移植物抗宿主反应,遂逐渐停药。

患者于 2010 年 6 月查肝功能正常,乙肝病毒标志物(两对半)阴性,于 2010 年 9 月 10 日复查肝功能丙氨酸氨基转移酶(ALT)214 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)143 U/L, γ -谷氨酰转氨酶(γ -GT)87 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)251 U/L,乙肝两对半 HBsAg 阳性;腹部 B 超无异常。患者自述近期有疲劳感、食欲不振、厌油等症状,巩膜无黄染,并自述在实验室工作,1 个月前曾意外被病患标本划伤。经过曾经移植医院医生诊治,给予拉米夫定 100 mg/d,并辅以利加隆(水飞蓟素胶囊)、易善复(多烯磷脂酰胆碱胶囊)、百赛诺(双环醇片)保肝治疗;2008 年 10 月 6 日实验室检查:ALT 170 U/L,AST 388 U/L, γ -GT 273 U/L,LDH 341 U/L,乙肝表面抗原(HBsAg)阳性(>250 S/N),乙肝 e 抗原(HBeAg)阳性(1 218 S/CO),乙肝核心抗体(抗-HBc)阳性(3.57 S/CO),HBV DNA 2.24×10^3 copy/mL。

患者去当地专科医院诊治,医生即让其停止服用抗病毒药拉米夫定,并给予住院输液治疗。用药如下:苦参素葡萄糖注射液 0.6 g/d,复方甘草酸单氨 S 氯化钠注射液 0.16 g/d,注射用还原谷胱甘肽 1.8 g/d,多烯磷脂酰胆碱注射液 465 mg/d。治疗 45 d,实验室检查:ALT 35/L,AST 42 U/L, γ -GT 34 U/L,LDH 214 U/L,HBsAg 阴性(0.04 S/N),抗-HBe 阳性(0.18 S/CO),抗-HBc 阳性(8.22 S/CO),HBV DNA $<10^3$ copy/mL。遂出院,并给予复方甘草酸苷胶囊 225 mg 口服,每日 3 次,苦参素胶囊 0.3 g 口服,每日 3 次。2 个月后复查,肝功能正常,抗-HBs 阳性(77.6 mIU/mL),抗-HBe 阳性(0.1 S/CO),抗-HBc 阳性(9.86 S/CO),停止用药。

2 讨 论

以现在的医学水平,对于多数白血病来说,造血干细胞移植无疑是可能痊愈的唯一希望,但移植后的抗感染治疗却是一项艰巨的任务。由于移植后很长一段时间内需要服用免疫抑制剂,造成患者的免疫力相对低下,这无疑让各种病毒、细菌有了可乘之机。有研究表明,白血病感染乙肝的比例为

35.8%^[1],其中有一部分是移植后感染的,对于这部分患者的治疗很多医生持谨慎态度,当发现病毒量较高时,为防止病情恶化都会马上进行抗病毒治疗。作者认为最好根据患者的实际情况慎用抗病毒药。如本例患者已移植治疗 2 年,免疫抑制剂已停用 1 年半,3 个月前乙肝两对半结果阴性,并自述有危险接触史。首先应考虑急性 HBV,暂不进行抗病毒治疗,并对其治疗过程密切观察,防止转化为重症肝炎。

对于乙肝抗病毒药物的应用有着严格的适应证,目前存在一些过度使用的情况,造成部分患者产生耐药、HBV 变异等情况,如拉米夫定治疗一年耐药变异率为 15%~30%,第 4~5 年耐药变异率可高达 65%~75%^[2-4],阿德福韦酯治疗 1~5 年的耐药变异率分别为 0%、3%、11%、18%和 29%^[3-4]。对于乙肝患者的抗病毒治疗一定要在专科医生的指导下规范用药,对于特殊患者,最好各科医生共同制订治疗方案,以免让患者走入治疗误区,贻误治疗最佳时机。

参考文献

- [1] 谢力. 恶性肿瘤患者乙型肝炎病毒感染状况的临床分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(3):314-315.
- [2] Lok AA, Lai CL, Leung N, et al. Long-term safety of lamivudine treatment in patients with chronic hepatitis B[J]. Gastroenterology,2003,125(6):1714-1722.
- [3] Hadgiyannis S, Tessopoulos N, Chang TJ, et al. Long-term adefovir dipivoxil treatment induces regression of liver fibrosis in patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B; results after 5 years of therapy[J]. Hepatology,2005,42:754A-761A.
- [4] 朱复生,张玲慧,秦玉杰. 聚乙二醇化干扰素 α 2a 治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎 40 例临床疗效观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(20):126-127.

(收稿日期:2011-04-06)

经皮肾镜加输尿管镜钬激光碎石术后急性肾功能不全 1 例

谢江凌,曾家元[△](重庆黔江中心医院泌尿肾病科 409000)

【关键词】 内窥镜检查; 输尿管结石; 碎石术,激光; 钬; 手术后并发症; 肾功能不全,急性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2168-01

本院泌尿外科 2010 年 9 月 24 日发生 1 例经皮肾镜钬激光碎石术加输尿管下钬激光碎石术后急性肾功能不全,经积极抢救,痊愈出院。现报道如下。

1 临床资料

患者,男,55 岁。因体检发现双肾积水 6 d 入院。6 d 前患者体检时发现双肾积水,无腰痛、腰胀,无发热、盗汗,无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿,于 2010 年 9 月 16 日入院。患者 10 年前患双肾结石,4 年前在外院行体外冲击波碎石。

查体:体温 37℃、脉搏 64 次/分、呼吸 20 次/分、血压 118/78 mm Hg,心、肺、腹查体无明显异常,B 超示双侧输尿管结石致双侧输尿管扩张、双肾积水。静脉肾盂造影示:双侧肾盂重

度积水,左中腹部高密度影,输尿管结石可能。尿常规:红细胞计数 7.00/ μ L,白细胞计数 195.10/ μ L,肌酐 100 μ mol/L,尿素氮 6.43 mmol/L。于 9 月 24 日行左侧经皮肾镜钬激光碎石术和右侧输尿管镜下钬激光碎石术,术中出血约 100 mL,手术当日补液 3 200 mL,术后 24 h 尿量约 300 mL,血肌酐 290.80 μ mol/L,尿素氮 10.25 mmol/L。给予速尿、利尿合剂等治疗,病情无好转,术后第 2 天尿量少于 200 mL,血肌酐上升至 417 μ mol/L,尿素氮 11.35 mmol/L,电解质正常,急行血液透析。经纠正电解质失衡、抗感染、血液透析等多种处理,经过少尿期、多尿期至恢复正常。住院 17 d 痊愈出院,出院时血肌酐 89.6 μ mol/L,尿素氮 4.15 mmol/L。 (下转第 2176 页)

有参评实验室的分析方法的基质效应被认为是相同的,其结果具有可比性。但是同组的评价不能评价结果的准确性,也不能建立不同组间结果的可比性,同方法中还会涉及到不同的试剂生产厂家和不同型号的仪器,也给分组评价增加一定的难度。如表 1 中不同仪器组的检测结果差异很大。其对应的检测物浓度是否一致? 本室使用的 3 种尿液检测试纸条,在不同等级阳性时所对应的检测物浓度见表 2。由表 2 可见在同等级阳性时所对应的检测物浓度基本相同,提示在不同分组中检测结果的差异可能较大,组间并不能建立结果的可比性。

表 1 尿液质量控制品在不同仪器组检测得到的部分项目参考值

项目	宝灵曼	拜尔	Uryxson	优利特	高尔宝	迪瑞	Sysmex	华通
蛋白质	++	++	++	++	++	+++	++++	++
葡萄糖	++++	+	+++	++	++	+	++++	++
酮体	++++	++	++	+++	+	+++	++	++
胆红素	++	++	+	+++	+++	+++	+++	++

表 2 3 种干化学分析试纸在不同阳性时对应的半定量值

检测项目	试带品牌	±	+	++	+++	++++
葡萄糖(mmol/L)	桂林优利特	2.0	5.5	14.0	28.0	>55.0
	日本 ARKRAY	3.0	6.0	12.0	30.0	60.0
	长春迪瑞	—	5.6	14.0	28.0	56.0
蛋白质(g/L)	桂林优利特	0.15	0.3	1.0	>3.0	—
	日本 ARKRAY	0.15	0.3	1.0	3.0	10.0
	长春迪瑞	—	0.3	1.0	3.0	>20.0
胆红素(μmol/L)	桂林优利特	—	8.6	34.0	100.0	—
	日本 ARKRAY	—	8.5	35.0	100.0	over
	长春迪瑞	—	17.0	51.0	103.0	—
酮体(mmol/L)	桂林优利特	0.5	1.5	4.0	8.0	—
	日本 ARKRAY	—	1.5	4.0	8.0	15.0
	长春迪瑞	0.5	1.5	3.9	7.8	16.0

注:—表示无数据。

EQA 目前采用较多的是以 CLIA'88 允许总误差作为评价限,利用实验室间的比对进行实验室的能力验证。具体要

求:每次活动每一分析项目未能达到至少 80% 可接受成绩,则称为本次活动该分析项目不满意,每次 EQA 所有评价项目未能达到 80% 得分称为不满意的 EQA 成绩。临床尿液干化学室间质评结果的允许误差范围为 ±~+,且阴性不能检测为阳性,而阳性不能检测为阴性,在此前提下,以能力验证大于 80% 为检测合格。在尿液 EQA 中虽然各分组结果均可能合格,但某组的结果并不能代表检测物的真实浓度。

4 质量控制物的应用

使用时应注意:(1)严格按控制物说明书操作;(2)冻干品的复溶要确保所用溶剂的质量;(3)冻干品的复溶要确保溶剂的量要准确;(4)冻干控制物复溶时应使内容物完全溶解;(5)严格按使用说明书规定的方法保存;(6)尿液干化学操作环境的室温通常为 25℃;(7)当试剂插入尿液后,反应块经尿液浸润发生反应,同时反应块上的各化学反应物也扩散入尿液,若次数过多,大于 6 次,结果会受影响;(8)质量控制品的检测必须与患者的标本一同测定,才能真实反映实验的情况^[5]。

参考文献

[1] 童清,王清涛. 临床化学定量测定室间质量评价的有关问题[J]. 中华检验医学杂志,2005,28(2):131-133.
 [2] Sciacovelli L, Secchiero S, Zardo L, et al. External Quality Assessment Schemes: need for recognised requirements [J]. Clin Chim Acta, 2001, 309(2):183-199.
 [3] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:290-291.
 [4] 陈文祥,申子瑜,王抒,等. 临床检验的量值溯源问题[J]. 中华检验医学杂志,2003,26(2):153-157.
 [5] Ross JW, Miller WG, Myers GL, et al. The accuracy of laboratory measurements in clinical chemistry: a study of 11 routine chemistry analytes in the College of American Pathologists chemistry survey with fresh frozen serum, definitive methods, and reference methods [J]. Arch Pathol Lab Med, 1998, 122(7):587-608.

(收稿日期:2011-03-02)

(上接第 2168 页)

2 讨论

经皮肾镜钬激光碎石术和输尿管镜钬激光碎石术具有创伤小、痛苦轻、恢复快、出血少、结石清除率高、可反复进行等优点,是治疗上尿路复杂结石的首选方法。其并发症主要有:(1)邻近组织器官损伤;(2)术中及术后出血;(3)术后感染等^[1]。查阅文献,经皮肾镜钬激光碎石术及输尿管镜钬激光碎石术出现急性肾功能不全报道很少。

本例患者术后出现急性肾功能不全,可能与以下几个因素有关:(1)肾功能失调,术前肾功能不全是发生围手术期急性肾衰竭的易感因素之一,虽然术前检查示尿素氮、肌酐正常,但 B 超提示双肾积水,肾功能已经存在损害;(2)造影剂导致肾损害,肾功能正常的患者应用造影剂后急性肾衰竭发生率为 2%,国内李峰等^[2]报道造影剂可导致肾功能不全;(3)术中出血,导致肾血流量减少,肾小管对水钠重吸收增强,甚至可导致肾组织缺血坏死,出现肾功能不全;(4)麻醉药物的影响,全麻后约有 1/3~1/2 的患者发生尿量减少、电解质排出量暂时性抑制,麻醉药对肾功能的影响表现为直接和间接两方面,其中

以间接为主,包括对循环系统、交感神经系统、内分泌系统的影响,直接作用主要发生在肾小管;(5)建立经皮肾通道时肾实质损伤,导致肾功能下降;(6)术中灌注使肾盂内压力升高,出现肾盂内尿液返流,严重时可能导致肾损害。

术前应认真评估患者肾功能,避免使用对肾功能有影响的药物,纠正低血容量,术中避免出血,术后注意补充液体,避免肾功能不全的发生,如出现肾功能不全,应立即停止使用对肾功能有影响的药物,限制输液量,纠正电解质紊乱,维持酸碱平衡,适当运用速尿、多巴胺、利尿合剂等观察尿量有无增加,仍无改善及早给予血液净化疗法。

参考文献

[1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:823-824.
 [2] 李峰,郭闯,张力,等. 泛影葡胺静脉肾盂造影致急性肾衰 3 例报告[J]. 重庆医学,2009,38(21):2768-2769.

(收稿日期:2011-04-22)