

因不规范采血引起的凝血功能检测结果异常

张海燕,王鹏成,刘永馨(甘肃省嘉峪关市第一人民医院检验科 735100)

【关键词】 不规范采血; 凝血功能;
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0495-01

临床试验对于止血与血栓方面的检测广泛用于出血、血栓性疾病及血栓前状态的诊断、疗效观察,抗凝药剂量检测和预后分析,以及对手术风险的评估。在自动化及半自动化凝血分析仪广泛应用于临床检验分析的今天,分析中及分析后的影响因素对检测结果影响已大大减小,而分析前因素的影响日益显著,据最新统计,在检验结果的误差中,分析前因素占 60%~70%,而技术误差仅占 15%。只有把握好质量控制(尤其是分析前的质量控制)才能为临床疾病的诊断和治疗提供可靠的依据,现将本院出现的 2 例因采血不当引起凝血功能检测结果异常的情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料 病例 1:男,7 岁,因锁骨骨折入院,无出血性疾病及肝脏性疾病。病例 2:女,65 岁,腰椎间盘突出症患者,无其他疾病,二者均无易出血倾向。标本无脂血,溶血,黄疸。

1.2 仪器与试剂 Strit4 半自动凝血仪及由北京世帝科学仪器公司提供的相关试剂,Sysmex-ca500 全自动凝血仪及由上海太阳生物技术有限公司提供的试剂。枸橼酸钠抗凝管(由湖南浏阳市医用器具厂提供)。

1.3 方法 Strit4 半自动凝血仪采用磁珠法检测, Sysmex-ca500 全自动凝血仪采用凝固法检测。

2 结果

2.1 2 次标本所测得凝血酶原时间(PT);部分凝血酶时间(APTT);凝血酶时间(TT);纤维蛋白原(FIB)凝血数值见表 1。

表 1 2 次标本所测得凝血数值

检测项目	磁珠法		凝固法	
	第 1 次	第 2 次	第 1 次	第 2 次
PT(s)	>70	12.30	96.4	12.30
APTT(s)	>120	32.10	130.5	32.10
TT(s)	>70	17.80	80.60	17.80
FIB(g/L)	2.15	2.14	2.14	2.14

2.2 病例 2 患者结果与病例 1 患者结果类似。

2 例子宫脱垂致双肾重度积液病因分析

陈文灿,崔雪蓉(重庆市第十三人民医院妇科 400053)

【关键词】 子宫脱垂; 并发症; 肾积液
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0495-02

分析 2 例子宫Ⅲ度脱垂,阴道前、后壁Ⅲ度脱垂患者,并发重度肾积水、输尿管积水的原因。阴式子宫切除及阴道前后壁修补术对治疗子宫Ⅲ度脱垂,阴道前、后壁Ⅲ度脱垂患者效果好、创伤小,手术后可很快解除病痛及泌尿系统病变,提高老年人的生活质量。中老年妇女要定期妇科检查,提前干预、及时治疗,避免并发这样严重的后果。

3 讨论

这 2 例患者凝血功能检测结果出现明显异常,引起临床医生与本科室人员的警觉,相互沟通后,得知 2 例标本是经同一护士采集、因枸橼酸钠抗凝管压力相对不足,她将血抽到肝素抗凝管中之后,再移入枸橼酸钠抗凝管中,采血管的选择错误导致误差^[1]。

枸橼酸钠抗凝原理是与血中 Ca²⁺ 离子形成可溶性螯合物,从而阻止血液凝固,PT、APTT、TT 的共同之处是测可溶性纤维蛋白原转变为不溶性纤维蛋白原所需的时间,此过程均需凝血酶的参与^[2]。肝素是一种含硫酸基团的黏多糖,可以加强抗凝血酶Ⅲ灭活丝氨酸蛋白酶,因而具有阻止凝血酶形成的作用,本室 FIB 采用 Clauss 凝固法原理,高浓度凝血酶存在时,待测稀释血浆的凝固时间与其纤维蛋白原含量呈反比关系^[3]。上述 2 例患者的血液标本中混入肝素,因肝素的作用阻止形成凝血酶而导致 PT、APTT、TT 延长,而 FIB 基本正常。

凝血功能检测的准确性直接关系到临床对相关疾病的诊断及溶栓治疗时药物剂量的控制。检验人员在工作中深刻体会到,分析前的质量控制对实验结果起着决定性作用。在检测中,对不合格的标本一定要重新采样。遇到特殊情况时,应及时与临床医护人员交流。应经常宣传规范采血的意义,使临床医护人员能正确、规范采集标本。还应学会综合分析、判断、查找检验结果异常的原因,给临床提供准确、可靠的检测结果,指导临床治疗。

参考文献

[1] 张秀燕.护理工作对真空采血标本质量的影响[J].检验医学与临床,2006,3(7):343.
[2] 熊力凡,刘成玉.临床检验基础[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2007:8.
[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,2006:215.

(收稿日期:2011-07-15)

1 病例报告

病例 1,女,64 岁,务农。患者自觉肿物从阴道脱出 30 多年、加重伴背部胀满不适 2 年,于 2009 年 4 月 7 日入院。患者近 2 年尿频、解小便困难,需要弯腰翘臀、回纳阴道脱出物才能正常小便;无尿痛、尿失禁及肉眼血尿,不伴恶心、呕吐。绝经 15 年,无绝经后阴道流血、流液史。孕 5 产 4,均在家分娩。入

院查体:体温 36.8℃,脉搏 80 次/分,血压 130/80 mm Hg,营养中等。双肾区有轻度叩击痛,背部沿输尿管走行区无压痛,膀胱区无压痛;妇科检查:阴道黏膜色泽正常。阴道口松弛,无异常分泌物,宫颈Ⅱ度糜烂,子宫萎缩Ⅲ度脱垂;阴道前、后壁Ⅲ度脱垂^[1];CT 提示:“双肾重度积液伴输尿管上段扩张(左右输尿管上段内径分别是 12 mm、11 mm),右肾结石、双肾皮质变薄;膀胱内有残余尿 250 mL,膀胱底部向下滑移呈漏斗状,双侧输尿管向下移位,子宫向下移入阴道”;血常规、肝肾功能检查正常。入院行阴式子宫切除及阴道前后壁修补术,手术顺利。术后 10 d B 超检查:“双肾中度积液,输尿管上段扩张消失,膀胱内残余尿 30 mL”。患者诉腰背部不适明显减轻。术后 1 年复查:右肾结石伴轻度积液,左肾及双侧输尿管未见异常。

病例 2,女,80 岁,务农、阴道脱出物 36 年、加重伴下坠感、排尿不畅 12 年,患者绝经 31 年,孕 8 产 6,自然分娩;36 年前患者劳动时,自觉阴道有块状物脱出,久站或负重活动后块状物增大,平卧后可自行回纳,近 12 年上述症状加重,阴道脱出物休息平卧后也不能回纳,肿物终日脱出在阴道外。于 2010 年 5 月 4 日入院。入院查体:体温 36℃,脉搏 68 次/分,血压 140/90 mm Hg。双肾区及背部沿输尿管走行区无叩击痛,膀胱区无压痛;妇检:外阴老年萎缩型,会阴Ⅰ度陈旧性裂伤,阴道口松弛、充血,整个子宫脱出,阴道前后壁全部膨出于阴道口外,阴道黏膜光滑、增厚角质化,附件未触及肿块。B 超:左肾 105 mm×44 mm,肾盂见 16 mm 分离图像;右肾 138 mm×78 mm,肾盂见 64 mm 分离图像;提示:双肾盂积液(左侧中度,右侧重度),右肾增大、实质病变。血常规、肝肾功能检查正常。诊断:子宫Ⅲ度脱垂,阴道前、后壁Ⅲ度脱垂^[1],行阴式子宫切除及阴道前后壁修补术。术后 10 d 痊愈出院。出院半年随访患者精神、感觉好,B 超检查双侧肾盂轻度积液,继续随访。

2 讨 论

(1)子宫脱垂的发生,是多种因素相互作用的结果。2 病例均为老年农村妇女,在家旧法接生且阴道分娩史大于或等于 4 例次,产后过早从事体力劳动,存在多个高危因素。分娩使

扩张达极致的软组织部分发生断裂和撕裂损伤,是以后发生子宫脱垂的重要病因,其次随着年龄的增加,卵巢功能的衰退,雌激素分泌迅速减少,使盆底肌肉张力下降及筋膜坚韧度减退,子宫韧带失去弹性,整个盆底支持组织松弛无力,这些变化将加重妊娠分娩因素造成的损伤。子宫脱垂病变在绝经后加重,约 60% 的严重脱垂发生于 60 岁以后,故推测雌激素在子宫脱垂的发生中起一定的作用^[2]。尤以经产妇女更年期前后多发。(2)临床上任何因素所致输尿管腔内或腔外梗阻都可以引起肾、输尿管积水,如结石、肿瘤、炎症、先天畸形等。但因子宫脱垂,并发重度肾、输尿管积水的病例实属罕见。可能是重度子宫脱垂拉动相邻盆腔脏器位置下移、组织结构变化,使输尿管在进入膀胱时扭曲和(或)形成角度导致管腔狭窄造成机械性梗阻所致;疼痛是泌尿系梗阻最常见的临床症状,而两患者无明显自觉症状、肾功能检查基本正常,可能与病程时间长、进展缓慢,肾脏代偿功能强有关。(3)阴式子宫切除及阴道前后壁修补术效果好、创伤小,可很快解除患者的病痛,拯救肾脏,提高了老年人的生活质量。(4)针对妇女特殊的生理特点,应加强妇女“四期”的劳动保护及知识宣传,尤其对中老年妇女要定期妇科检查,提前干预、及时治疗,必要时进行雌激素替代疗法,延缓盆腔支持组织的衰老,这是预防子宫脱垂的重要措施。其次加强提肛肌锻炼,增强盆底托力,避免并发这样严重的后果。

参考文献

[1] 乐杰.妇产科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008:341-344.
[2] Lang JH,Zhu I ,Son ZJ,et al. Estrogen levels and estrogen receptors in patients with stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse[J]. Int J Gynecol Obstet,2003,80(1):35-39.

(收稿日期:2011-07-18)

腹泻患者感染人芽囊原虫 1 例

孙蜀勇,龚弘局,廖 蓉[△],刘 萍(武警四川省总队成都医院检验科 610041)

【关键词】 人芽囊原虫; 条件致病; 腹泻
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0496-02

人芽囊原虫(B.h)广泛分布于世界各地,主要寄生于人和动物的消化道内,是一种能引起人畜共患病的条件致病性寄生虫。该虫长期被误认为是一种对人体无害的酵母菌。近年来,国内外学者对该虫的基本形态、超微结构、病理生理、免疫诊断及分子生物学等方面进行了大量的研究,证明 B.h 是一种主要引起宿主间歇性腹痛和腹泻等症状的病原体^[1-3]。近日,作者于本院住院患者中查出 1 例感染 B.h 的腹泻患者。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,男,80 岁,因发热、乏力、腹痛、腹泻入院。自诉反复咳嗽、腹泻 2 月余,加重伴发热 1 d。查体:体温 38.5℃;心电图示 ST-T 段改变;血常规示:白细胞 9.4×10⁹/L、中性粒细胞 90.1%;痰培养正常菌生长、痰涂片未查见真

菌;粪便常规查见大量空泡型 B.h,诊断为 B.h 病。
1.2 诊断方法
1.2.1 直接生理涂片法 加 10 滴生理盐水于载玻片上,用竹签挑取少许粪便于生理盐水中涂成薄膜,置于显微镜下观察。
1.2.2 碘染色涂片法 生理盐水涂片后加 1 滴 2% 卢戈碘液于载玻片上,摇匀,置于显微镜下观察。
1.3 治疗方法 给予甲硝唑治疗 1 周,因疗效不明显后改用苦参注射液和口服螺旋霉素抗 B.h 感染并加用胸腺肽增强免疫力治疗 2 周。
2 结 果
2.1 直接生理涂片法 见大量无色、圆形或卵圆形小体、大小不一,其细胞器呈细颗粒状或空泡状结构,以空泡型最为多见,同时可见少量虫体呈二分裂增殖形态。

[△] 通讯作者,E-mail:meinanni@126.com。