

- 国妇产科临床杂志, 2009, 10(4): 298-299.
- [2] 安丰玲, 章立华. 分娩致阴道血肿的临床观察与护理[J]. 泰山医学院学报, 2009, 4(30): 306.
- [3] 陈登宏. 产道血肿 31 例相关因素分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(12): 73-74.
- [4] 朱慧娟. 产后阴道壁血肿 68 例原因分析及护理[J]. 护理实践与研究, 2008, 5(17): 12-13.
- [5] 江江. 分娩时产道血肿发生及防治 35 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(15): 3715.
- [6] 吴菊芬. 10 例阴道血肿的原因分析及处理[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(4): 79-80.
- [7] 许俊莲. 产后阴道血肿 10 例诊疗体会[J]. 吉林医学, 2012, 33(6): 1268.
- [8] 李桂莲, 张芳, 崔建营. 产后阴道血肿 26 例诊疗体会[J]. 中华医学研究杂志, 2006, 6(5): 566-567.
- (收稿日期: 2012-12-29 修回日期: 2013-04-12)

1 例由血清 DNA 检测发现的不典型 EB 病毒感染病例报告

黄昌艳, 朱春梅(江西省赣州市立医院检验科 341000)

【关键词】 血清 EBV-DNA 检测; EB 病毒感染; 不典型病例
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 16. 089 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)16-2207-01

传染性单核细胞增多症(IM)是由 EB 病毒(EBV)所导致的急性感染性疾病, 主要侵犯儿童和青少年, 临床上以发热、咽喉痛、肝脾和淋巴结肿大、外周血淋巴细胞增多并出现单核样异型淋巴细胞等为其特征, 其症状、体征多样化和不典型病例有渐增的趋势^[1]。前不久本院诊治的 1 例 EBV 感染儿童患者, 基本没有上述特征, 仅眼睑浮肿十余天以后, 才由实验室人员在没有医生申请的情况下, 加做血清 EBV-DNA 检测发现阳性。现报道如下。

1 临床资料

患者为一女童, 7 岁, 江西省赣州市人, 2012 年 9 月 8 日发现眼睑略浮肿, 但无其他异常体征和症状。之后十余天多次在本院及其他医院检查尿常规时, 均被检测到尿蛋白和白细胞阳性(±~+), 无手足浮肿及尿路感染症状。因无发热、头痛、咽充血、咽喉痛, 也无皮疹、出血点, 腹平软、肝脾肋下未触及, 浅表淋巴结不大, 血细胞分析虽淋巴细胞较高、却无异型淋巴细胞升高, 且精神、食纳皆好, 故不同医院的几位儿科医生均未考虑 EBV 感染, 当然也未作出其他诊断。

9 月 19 日, 该患者再次来本院做血、尿常规和血清生化检查时, 新发现丙氨酸氨基转移酶(ALT)100 U/L、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)85 U/L、肾功能、心肌酶等正常。结合尿蛋白及白细胞阳性、肝功能轻度异常等情况, 出于排除鉴别考虑, 尽管无检验申请单, 仍采用聚合酶链反应(PCR)方法加做了血清 EBV-DNA 检测, 检测结果为阳性, 值为 2.122×10^4 拷贝。次日, 该患者以“EBV 感染、EB 病毒性肝炎”被收入院。经抗

病毒、护肝等治疗 2 周后, 于 10 月 4 日基本痊愈出院, 出院诊断为“EBV 感染、EB 病毒性肝炎”。

2 讨论

EB 病毒的正式命名为人类疱疹病毒 4 型^[2], 主要引起传染性单核细胞增多症、非洲儿童恶性淋巴瘤、鼻咽癌^[3]。传染性单核细胞增多症的诊断和鉴别诊断, 以流行情况、典型临床表现(发热、咽痛、肝脾和淋巴结肿大)、外周血异型淋巴细胞比例超过 10% 等为根据^[1]。本病例其患病及治疗期间未出现该病种的流行, 几项典型临床表现中一项也没有, 入院前后多次检查外周血异型淋巴细胞皆维持在 1%~3%, 甚至确诊后检查疱疹病毒 IgG、IgM 也为阴性。该患者的除了传染性单核细胞增多症这一病种症状、体征的不典型和多样化之外, 还体现了采用 PCR 方法检测血清 EBV-DNA 诊断 EBV 感染的良好可行性。

参考文献

- [1] 沈晓明, 王卫平. 儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 196.
- [2] 甘晓玲. 微生物学检验[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 248.
- [3] 郭积燕. 微生物检验技术[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 199.

(收稿日期: 2012-12-28 修回日期: 2013-04-29)

三腔二囊管拔管后再出血与压迫时间的关系研究

夏娟, 韦红群, 张凤[△](重庆市南川区人民医院消化内科 408400)

【关键词】 三腔二囊管; 食管静脉破裂出血; 拔管时间; 术后再出血
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 16. 090 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)16-2207-02

食管静脉曲张破裂出血是肝硬化常见而严重的并发症。往往病情凶险, 出血量大, 病情急。尽管近年来在有效控制大出血和预防再次出血方面已经取得了较大进展, 但病死率仍高达 15%~35%^[1-2]。近 30 年来, 三腔二囊管压迫止血一直是治疗食管静脉曲张破裂出血的首选方法, 尤其是中国大部分基层医院^[3]。然而, 三腔二囊管压迫术后再出血一直是该技术的

主要并发症, 也是影响治疗效果的重要因素。其压迫术后再出血除与本身疾病因素有关系外, 还与很多因素有关系, 其中最为重要的因素就是三腔二囊管的压迫时间^[4]。很多临床医生和护士在临床工作中对三腔二囊管拔除时间没有确定性的答案。本研究就是对三腔二囊管压迫术后再出血与压迫时间做回顾性分析, 现报道如下。

[△] 通讯作者, E-mail: zhangfeng_2013@yeah.net。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 1999 年 5 月至 2011 年 12 月,在本科收治的 198 例肝硬化食管静脉曲张伴活动性出血患者,其中男 121 例(61.1%),女 77 例(38.9%),年龄 35~88 岁,平均 54.6 岁。其中肝功能 Child-Pugh 分级, A 级 39 例, B 级 100 例, C 级 59 例。均使用三腔二囊管压迫止血。为排除组间差异,将患者按肝功能 Child-Pugh 分级分为三组做对比分析。同时将压迫时间分为三组,第一组为 48 h;第二组为 48~72 h 组,第三组为大于 72 h 组。

1.2 插管方法 本科所采用带充气阀门的三腔二囊管,使用前用注射器检查气囊是否漏气,管腔是否通畅,并标明各个腔的通道。皮尺测量自患者鼻部至剑突下距离,一般在 55~65 cm。将三腔管前段、气囊部及患者鼻腔涂以石蜡油,若患者配合,可让患者口服 20~30 mL 石蜡油。患者取斜坡卧位,自鼻腔插入三腔管,至咽部时嘱患者做吞咽动作,并于患者吞咽时插入三腔管,以减少患者恶心想吐感。随时用吸引器吸出口腔内液体,当插入深度够时,用注射器抽可吸出胃内液体或血液,说明到达胃腔。向胃囊内注入 180~210 mL 气体,拉紧后用 500 mL 胶袋盐水为牵引物,观察出血情况,仍有呕血的病例,给予食管囊注气 80~100 mL,用冰盐水反复冲洗胃腔,颜色逐渐减淡,表明出血已经控制,用负压吸引器外接胃引流管,观察引流液颜色,于患者鼻部处三腔管分别做标记。

1.3 统计学处理 所有资料采用 SPSS 13.0 软件包进行统计处理,肝功能 Child-Pugh 分级每组间三个不同时间组采用多组二分类资料的 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

肝功能 Child-Pugh 分级 A 级三组压迫术后出血发生例数分别是 2,1,3; B 级三组压迫术后再出血发生例数分别是 7,6,6, C 级三组压迫术后再出血的发生例数分别是 4,7,3。经统计学检验得出, A 级第一组与第二、三组两两相比较术后再出血的发生率最小,差异有统计学意义(P 值均小于 0.05),第二、三组间比较差异无统计学意义。 B 级大于 72h 组与前面两组两两相比较术后再出血的发生率最大,差异有统计学意义($P<0.05$),而前面两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。 C 级各组间相比较,未见统计学差异。

3 讨论

三腔二囊管拔除后再出血是临床上比较常见的影响治疗

效果的重要并发症。拔管时间是许多临床医生不能很好掌握的问题。拔管时间过晚,气囊的压力及放置时间过长,可能导致黏膜糜烂、血管破裂出血,而时间过短破裂血管处的血痂不稳定,脱落会再次出血^[5-6]。回顾性分析结果表明,对于肝功能 Child-Pugh 分级 A 级的患者,一般术后 2 d 可以考虑拔管,如果推迟拔管时间,会增加术后再出血的可能性。而对于肝功能 Child-Pugh 分级 B 级患者拔管时间一般不宜超过 3 d。而对于肝功能 Child-Pugh C 级,拔管时间与术后再出血无明显相关关系。对于 C 级患者,可能由于食管静脉曲张严重,经脉壁脆弱,插管和拔管都会损伤到曲张经脉导致出血,所以对于这类患者插拔管动作要轻柔,并且联合其他的治疗防止拔管术后再出血非重要^[8-9]。

参考文献

[1] 罗伟香,朱惠明,彭贺新. 三种三腔二囊管置入方法临床应用及护理配合的探讨[J]. 护士进修杂志,2003,9(11): 970-971.

[2] 虞水花. 2 种三腔二囊管插管方法的比较分析[J]. 当代护士:学术版,2011,18(9):151-152.

[3] 虞建英,宁霞,谢匀菊,等. 三腔二囊管压迫止血的应用进展[J]. 当代护士:学术版,2006,13(6):9-10.

[4] 蒋宇敏,吴竹林. 三腔二囊管压迫止血的护理[J]. 安徽医科大学学报,1996,31(4):315-316.

[5] 王晓莉. 食管胃底静脉曲张破裂采用三腔二囊管压迫止血效果观察[J]. 中国医学工程,2012,20(8):39.

[6] 石慧琴. 三腔二囊管压迫止血 26 例患者的护理体会[J]. 吉林医学,2012,33(28):6263-6264.

[7] 姚海欣. 7 例三腔二囊管压迫止血并发胃气囊破裂的原因分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2012,20(9):412-413.

[8] 周正斌,周瑞,黄震,等. 三腔二囊管与内镜联合治疗食管胃底静脉曲张破裂出血[J]. 实用临床医药杂志,2012,16(3):29-31.

[9] 张春兰. 三腔二囊管压迫止血治疗肝硬化病上消化道大出血的护理[J]. 中国实用医药,2011,6(36):190-191.

(收稿日期:2012-12-12 修回日期:2013-04-26)

抗 Mur 致疑难交叉配血 1 例

陈杰智¹,张春生¹,陈小兰¹,王长金²,杨图深²(1. 广东佛山顺德桂洲医院检验科 528305; 2. 广东佛山南海血站 528200)

【关键词】 抗 Mur; 交叉配血; 临床实验

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.091 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)16-2208-01

随着临床医学中输血技术的提高和血型鉴定相关试剂的灵敏度越来越高,因为人体 ABO 系统血型不合导致速发性溶血反应的发生率明显降低,现在临床输血中主要的问题是输血免疫抗体诱发迟发性的溶血反应,其主要原因是不规则抗体^[1]。人体除红细胞膜 ABO 抗原外,还有 MN 血型抗原,也就是机体红细胞膜上血型糖蛋白 A。在 SOS 凝胶的电泳谱上血型糖蛋白 A 显示有 PAS-1 与 PAS-2 两条区带。MN 血型是人类继 ABO 血型之后的第二种和 ABO 血型一样具有独立遗传的血型。MM 血型的个体其红细胞的表面既含有 M 抗原也有 N 抗原,其抗体可能会诱发炎症的输血反应,因此准确了解 MN 血型抗体对临床输血,具有非常重要的作用^[2]。本研究通

过对 2011 年 5 月临床中遇到的 1 例抗 Mur 致疑难交叉配血病例进行临床实验和分析,可为临床研究提供资料和参考,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 12 月临床中遇到的 1 例抗 Mur 致疑难交叉配血病例,男,86 岁,患者因大便呈黑色且呕吐咖啡样物入院。因上消化道出血等临床治疗需要进行输血,医院在输血前进行相关检查时,患者不规则抗体呈阴性。

1.2 试剂 质量和标准符合规格的抗 A 和抗 B,抗人球蛋白和抗 D 试剂,抗 M 和抗 N,自制的反定型标准红细胞与抗体的筛选细胞,自制谱细胞,聚凝胺试剂,Coombs/LISS 凝胶卡。(下转插 II)