

受伤的危险;(6)社交孤立;(7)进食障碍;(8)睡眠形态紊乱;(9)排尿异常;(10)精神困扰。李乐之<sup>[3]</sup>、李显凤<sup>[4]</sup>、刘晨<sup>[5]</sup>、覃远生<sup>[6]</sup>、张雪峰<sup>[7]</sup>等主编的《精神科护理学》教材也对精神分裂症患者的护理诊断以“类”编写,罗列出数项。

**1.2 国外研究现状分析** 国外相关专家在精神分裂症的护理诊断研究则相对深入具体,如 Elizabeth 将精神分裂症的护理诊断归纳为:(1)思维过程改变;(2)语言沟通障碍;(3)个人应对无效;(4)有暴力行为的改变(针对他人或自己);(5)家庭应对无效等。但他进一步分析指出:严重偏执型精神分裂症患者更容易出现暴力行为的改变以及家庭应对无效这两项护理诊断;紧张型精神分裂症患者会出现自尊紊乱。在具体病例讨论中,Elizabeth 指出某偏执型精神分裂症患者的护理诊断为思维过程改变及服药不合作。Judith 等则更明确地区分偏执型和单纯型精神分裂症患者的护理诊断为(1)偏执型:有暴力行为的危险(针对自己或他人);社会隔离;思维过程改变。(2)紧张型:有受伤的危险;社会功能受损。由此可见,国外关于这项研究更加深入、具体、明确。

## 2 医疗诊断与护理诊断的关系

医疗诊断是对一个疾病、一组症状及体征的叙述,是用一个名称来说明疾病的原因、病理生理改变,以便指导治疗措施;护理诊断是叙述患者由于病理、心理状态改变所引起的现存或潜在的影响健康的护理问题,是制订护理措施的依据。护理诊断由护士作出,护理诊断既要参照医疗诊断,认识患者的疾苦和生理需要,采取配合医疗的措施或与医师合作,治疗疾病,促进、恢复患者的健康;又要按照患者的个体差异,心理、社会因素的不同,对疾病的反应和需求各有不同的特点,确立不同的护理诊断。对于就诊的患者先进行评估,然后通过对患者的主观资料和客观资料的收集、整理,以及资料数据分析和分项,找出相应的护理诊断相关因素,从而提出最重要的护理诊断。由此可见,医疗诊断可以作为护理诊断的参考资料和线索,也可以作为护理诊断原因部分的陈述。对精神分裂症的各个亚型的临床表现各有自己个性体征,例如,紧张型的精神分裂症的患者会交替或单独出现紧张性木僵与紧张性兴奋,则更突出自理能力缺陷与有受伤的危险等护理诊断。通过对各亚型的临床诊断推断出各亚型的主要护理诊断。

## 3 精神分裂症的分型及各型的护理诊断

**3.1 偏执型** (1)有暴力行为的危险:与幻觉、妄想有关。(2)有逃跑行为的危险:与不安心住院有关。(3)不合作:与精神症状有关。(4)感知改变:与幻听、幻觉有关。(5)社交孤立:与精神状态异常有关。

**3.2 紧张型** (1)有暴力行为的危险:与突然出现的紧张性兴奋有关。(2)有受伤的危险:与个体处于木僵状态、自我保护能力有关。(3)部分自理能力缺陷:与木僵状态有关。(4)进食自理缺陷:与木僵状态有关。(5)排尿异常尿潴留:与运动呈重度抑制有关。

**3.3 青春型** (1)有冲动行为:与兴奋状态有关。(2)有消极自杀行为的危险:与悲观绝望的心理有关。(3)接触不合作:与缺乏自知力及精神症状有关。(4)缺乏生活自理能力:与精神疾病症状有关。(5)睡眠差:与恢复自知力有关。

**3.4 单纯型** (1)自我形象紊乱:与主观上认为身体有不舒适的感觉有关。(2)思维过程改变:与对内在和外界刺激不正确的解释有关。(3)睡眠形态紊乱:与幻想、抑郁,难以入睡致食欲不振,全身乏力有关。

**3.5 未分化型** 社会孤立:与缺乏社会的沟通、交流能力有关。

## 4 小 结

本研究结合国内外的现状,通过对偏执型、紧张型、青春型、单纯型及未分化型精神分裂症患者的临床特征,确定临床诊断,以及总的护理诊断与相关因素,研究各临床诊断与护理诊断的关系,分析得出各亚型的护理诊断标准。这样将有助于精神分裂症患者的护理目标及护理措施的研究,从而提高精神分裂症患者的生活质量。

## 参考文献

- [1] 李凌江. 精神科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002.
- [2] 马风杰. 精神科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006.
- [3] 李乐之. 精神科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003.
- [4] 李显凤. 精神科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999.
- [5] 刘晨. 精神科护理学[M]. 北京:科学出版社, 2003.
- [6] 覃远生. 精神科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004.
- [7] 张雪峰. 精神科护理学[M]. 北京:高等教育出版社, 2003.

(收稿日期:2013-05-31 修回日期:2013-08-05)

# 巨球蛋白血症配血困难 1 例

曹 艳,董玉洪,代明俐(四川省攀枝花市中心医院输血科 617067)

**【关键词】** 巨球蛋白血症; 冷凝集素; 交叉配血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)01-0142-02

巨球蛋白血症患者的 IgM 异常增高,可伴有冷凝集,干扰血清学试验,造成假性凝集,影响血型鉴定、抗体筛查和交叉配血。本科曾收治 1 例巨球蛋白血症配血困难,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 患者女,63 岁,因“头晕、乏力伴活动后心悸、气促 15 个月,再发加重伴耳鸣 1 个月”入院。实验室检测:HB

40 g/L, RBC  $0.91 \times 10^{12}/L$ , WBC  $10.23 \times 10^9/L$ , 血小板计数 (PLT)  $41 \times 10^9/L$ , 球蛋白 38.9 g/L, IgM 20.08 g/L, 血清  $\kappa$  链 3.87 g/L, 增生性贫血。诊断为巨球蛋白血症,重度贫血,申请输血。无输血史,有妊娠史。患者标本采用 EDTA 抗凝,低速离心,标本无溶血。

**1.2 试剂与仪器** 长春博讯生物技术公司生产的 ABO/Rh

血型定型检测卡 (Lot 20121220)、抗人球蛋白检测卡 (Lot 20121003、20121101);北京金豪制药股份有限公司生产的抗 A、抗 B、抗 Rh(D) (Lot 2012063019) 和 A、B 型标准红细胞 (Lot 20121225)、不规则抗体检测试剂 (人红细胞) (Lot 2013013001D);血型血清多用离心机、37 °C 专用免疫微柱孵育器。

**1.3 试验方法** 微柱凝胶法的血型鉴定、不规则抗体检测、交叉配血和自身对照试验均按操作规程完成。试验分为两个部分,一部分为未经 2-巯基乙醇 (2-Me) 处理的标本的血清学试验,另一部分是将血浆与等量的 2-Me 混合,37 °C 孵育 1 h,再

进行检测的试验结果。

**2 试验结果**

**2.1 用微柱凝胶法检查血型**,患者的血型为 A 型 RhD(+)。结果见表 1。

**2.2 患者血清中血型抗体筛查结果** 未经 2-Me 处理前,盐水法进行抗体筛查为阳性,在经过 37 °C 温育后结果为阴性;微柱凝胶抗人球法经过 37 °C 温育 15 min 结果为阴性;将患者血浆用 2-Me 裂解 IgM 后,盐水法和微柱凝胶抗人球法均为阴性。

**表 1 微柱凝胶法检查患者的血型结果**

项目	正定型			反定型		对照	
	A 抗原	B 抗原	Rh(D) 抗原	A 抗体	B 抗体		
2-Me 处理前	室温	++++	-	++++	++	++++	-
	37 °C 温育 15 min	++++	-	++++	-	++++	-
2-Me 处理后	室温	++++	-	++++	-	++	-
	37 °C 温育 15 min	++++	-	++++	-	++	-

注: + 表示阳性; - 表示阴性。

**2.3 患者交叉配血反应结果** 见表 2。

**表 2 患者交叉配血反应结果**

项目	主侧		次侧	
	室温	37 °C	室温	37 °C
2-Me 处理前盐水法	++	-	-	-
2-Me 处理前抗人球法	/	+	/	-
2-Me 处理后盐水法	-	-	-	-
2-Me 处理后抗人球法	/	-	/	-

注: + 表示阳性; - 表示阴性; / 表示无数据。

**2.4 采用抗人球法进行患者自身对照试验**,未经 2-Me 处理前为阳性,处理后为阴性。

**2.5 后续试验** 未经 2-Me 处理的标本,应用微柱凝胶抗人球法进行交叉配血和自身对照,延长温育时间一倍,再离心观察,结果均为阴性。

**3 输血处理**

经与医师沟通,建议给予该患者缓慢输注红细胞悬液 2 U,输注过程中注意患者保温,密切观察患者反应。输血后,无输血不良反应,患者血红蛋白升高 10 g/L。由于患者血液黏滞度增高,有冷凝集,建议减少后续输血,应用 EPO 促进红细胞生成。

**4 讨论**

巨球蛋白血症患者骨髓中浆细胞样淋巴细胞增生,分泌 IgM 致血中异常 IgM 增高。IgM 是由 5 个双硫键连接 5 个单体组成的五聚体,含 10 个重链 (μ 链) 和 10 个轻链 (κ 或 λ 链),是免疫球蛋白中相对分子质量 (9 × 10<sup>5</sup>) 最大的一种。IgM 增高可使血液黏滞度增高和红细胞聚集重叠排列,约 15% 患者的 IgM 为冷球蛋白。这种血液标本常常干扰免疫学检验结果,尤其是血清学试验,造成假性凝集。

本例结果表明:干扰确实存在,正反定型不符,交叉合血不配合。文献报道:严格控制试验在 37 °C 条件下完成,是降低冷凝集素干扰的关键<sup>[1]</sup>。37 °C 条件盐水法和经过 37 °C 孵育微柱凝胶抗人球法均可以排除冷凝集干扰。冷凝集素主要是 IgM 完全抗体,能直接凝集红细胞<sup>[2-5]</sup>。作者采用 2-Me 处理

标本后,因 2-Me 可以使 IgM 连接亚单位的双硫键断裂,使 IgM 失效,能够进一步印证并排除冷凝集素的干扰。

对比 37 °C 盐水法、微柱凝胶抗人球法和 2-Me 裂解 IgM 后试验,各有优缺点。(1)盐水法操作较繁琐,结果判断主观性强,保温下读取结果,室温下冷凝集恢复,但对 IgG 类抗体不能检出。(2)微柱凝胶抗人球法操作简便,易于标准化、自动化,重复性好、灵敏度高,结果直观易于判读和保存,可以检测 IgG 类抗体,但同时也会增加假阳性。(3)2-Me 裂解 IgM,破坏冷凝集素,而对 IgG 类抗体无影响,因此,在排除冷凝集素干扰的同时可检出 IgG 类抗体。但是若患者有 IgM 类不规则抗体和 IgM 过多且裂解不完全,则可能会被掩盖。此外,有输血史和妊娠史的患者可产生不规则抗体和自身抗体,这些抗体均可影响配血。

综上所述,无论采用何种方法都存在一定弊端,导致交叉配血和输血困难。因此,应采取多种试验(联合试验)相互补充与验证,排除假阳性,确定真阳性,保证患者输血安全。

**参考文献**

[1] 杨丽艳,李剑平. 2-Me 裂解和解决巨球蛋白血症疑难配血 1 例[J]. 临床血液学杂志,2008,21(1):107.  
 [2] 魏亚明,吕毅. 基础输血学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:401-403.  
 [3] 蒋利星. 168 例冷抗体引起配血不合的处理和治疗[J]. 检验医学与临床,2010,7(14):1477-1479.  
 [4] 王军梅,马亚平,钟万芬. 冷凝集致 ABO 正反定型和交叉配血不符原因分析[J]. 国际检验医学杂志,2009,30(3):303.  
 [5] 周建月,韦喜敢,杨海燕. 冷抗体对血型鉴定和交叉配血的干扰及处理方法[J]. 检验医学与临床,2011,8(1):56-57.