

续表 2 不规则抗体鉴定

| 序号 | Rh-hr | | | | | Kidd | | MNSs | | | | | Duffy | | Diego | | Kell | | Le ^w is | | P | 受检血清 | | 放散液 | 吸收后 | |
|-----------------|-------|---|---|---|---|-----------------|-----------------|------|---|---|---|-----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|---|--------------------|-----------------|----|------|-----|-----|-----|-----|
| | D | C | E | c | e | Jk ^a | Jk ^b | M | N | S | s | Mur | Fy ^a | Fy ^b | Dj ^a | Dj ^b | K | k | Le ^a | Le ^b | Pl | Is | IAT | Is | 上清液 | Is |
| 6 | + | 0 | 0 | + | + | 0 | + | 0 | + | 0 | + | 0 | + | 0 | 0 | + | 0 | + | 0 | + | 0 | 1+ | 0 | 0 | 0 | 1+w |
| 7 | 0 | 0 | 0 | + | + | + | + | + | + | 0 | + | + | + | 0 | 0 | + | 0 | + | + | 0 | + | 2+ | 0 | 0 | 1+ | 0 |
| 8 | + | + | + | 0 | + | + | 0 | + | 0 | 0 | + | / | + | 0 | / | / | 0 | / | + | 0 | 0 | 2+ | 0 | 0 | 1+w | 0 |
| 9 | 0 | 0 | 0 | + | + | + | + | 0 | + | 0 | + | 0 | + | 0 | 0 | + | 0 | + | + | 0 | 0 | 2+ | 0 | 0 | 1+ | 0 |
| 10 | + | 0 | + | + | 0 | + | 0 | + | + | + | + | / | + | 0 | / | / | 0 | / | 0 | + | + | 1+w | 0 | 0 | 0 | 1+w |
| 自身 ^c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | |

IAT:间接抗球蛋白法;+:阳性;0:阴性;/:此项无数据。

2 讨论

该受检者 ABO 血型为 A 型,血清中存在 IgM 性质的抗-Le^a、抗-Le^b 混合抗体,其抗-Le^a 室温盐水效价为 4,抗-Le^b 室温盐水效价为 2。建议该无偿献血者洗涤红细胞可用于临床,非红制品不宜供应临床。Le^a 和 Le^b 组成了 Lewis 血型系统中最常见的两个抗原,Lewis 血型抗原实际上是血浆中的抗原,红细胞上的 Lewis 抗原是从血浆中吸附来的。Lewis 抗体常常存在于没有已知红细胞刺激的 Le(a-b-)人中,以 IgM 类为主,在 37℃ 时通常不发生反应^[5]。临床上很少见到 Lewis 抗体引起的溶血性输血反应,也很少报道引起严重的新生儿溶血病,除非是罕见的 IgG 型 Lewis 抗体^[6]。Lewis 抗体是常规血清学试验中常见而难以判断的抗体,在抗体效价高时输入含有对应抗原的血液可引起红细胞的破坏,且 Lewis 天然抗体几乎总是结合补体,这种红细胞的破坏结果较为严重^[7]。作为无偿献血者如果有不规则抗体的血液直接发往临床,可能引起与患者次侧配血不合,这对患者安全输血是有一定的风险,其程度与抗体的临床重要性及其浓度、血浆输注量与频次等密切相关,特别是输注了含高效价抗体的血浆或输注给血容量小、血液循环稀释能力弱的儿童,尤其是新生儿将更加严重^[8]。

无偿献血者 ABO 血型鉴定的准确性是血站以及临床输血工作中最基础的一步,也是保证后续交叉配血的重要前提。在常规血型鉴定中务必要坚持做正反定型,确保 ABO 血型鉴定的准确性。如有正反定型不符的情况,应做进一步的血型血清学检查,以发现具有临床意义的不规则抗体,避免输血不良反应的发生。如有正反定型不符的情况而未进行血型血清学检测,则可能忽略有临床意义的不规则抗体,特别是医院在交叉配血时如果只采用凝聚胺法和凝胶微柱法,而忽略盐水法结果时,就有可能漏检具有临床意义的室温盐水抗体,给临床输

• 短篇及病例报道 •

抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎伴亚急性甲状腺炎 1 例

冉恩容,廖晓辉,张玲[△]

(重庆医科大学附属第二医院肾内科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.36.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)36-4486-02

抗中性粒细胞胞质抗体(anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA)相关性血管炎是累及肺、肾脏等多系统的原

发性小血管炎,其伴亚急性甲状腺炎的报道较少见,本院收治 1 例,现报道如下。

作者简介:冉恩容(1985~),硕士在读,医师,主要从事肾脏内科研究。

[△] 通讯作者, Tel:13508369394; E-mail: lindsayzhang8508@hotmail.com。

1 临床资料

患者,女,63岁,因“发热、咳嗽伴颈部疼痛 23 d”于 2012 年 8 月 21 日入本院内分泌科。体格检查:体温 37.8℃,脉搏频率 108 次/分,呼吸频率 20 次/分,血压 130/72 mm Hg。全身皮肤黏膜无皮疹;左侧甲状腺 I°肿大,质地中等,有结节、压痛;双肺呼吸音粗,未闻及干湿罗音,心界不大,心率 108 次/分,心律齐,各瓣膜区未闻及杂音;腹部平坦,无压痛,肝脾未触及。实验室检查:血白细胞 $12.93 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例 81%,红细胞 $3.4 \times 10^9/L$,血红蛋白 102 g/L,血沉 80 mm/h,甲状腺功能及相关抗体(TSH、FT3、FT4、TPOAb、TgAb)正常,肝、肾功能,大便常规正常,尿隐血 2+,高倍镜下尿红细胞计数为 0,尿蛋白阴性。心电图示窦性心动过速。胸部 CT 示右肺中叶及左肺上叶舌段少许炎性改变,全腹部 CT 示肝内一个小囊肿。甲状腺彩超示甲状腺左叶稍低回声结节(1.7 cm×1.0 cm),甲状腺右侧叶无回声区(0.2 cm×0.1 cm)。甲状腺吸碘(^{131}I)率降低。入院诊断为“亚急性甲状腺炎,肺部感染”。给予泼尼松 10 mg 口服,1 天 3 次,分别予头孢、β-内酰胺类抗菌药物静脉滴注抗感染,1 周后患者颈部疼痛缓解,泼尼松减量至 10 mg 口服,1 天 2 次,但患者仍持续发热,体温波动在 37.5~38.5℃,咳嗽无缓解。转入感染科,换用喹诺酮类、大环内酯类抗菌药物抗感染治疗 1 周仍无效。第 2、3 周复查胸部 CT 肺部病灶无明显变化,血白细胞波动在 $12.9 \times 10^9/L \sim 20.1 \times 10^9/L$,血红蛋白降至 73 g/L,肌酐升至 170 μmol/L,抗人球蛋白抗体阴性,免疫球蛋白正常,血培养、痰培养、尿培养阴性,尿隐血 2+,高倍镜下尿红细胞计数 0~3,尿蛋白阴性,结核菌素(PPD)试验阴性,骨髓检查未见异常。第 4 周进一步检查,抗内皮细胞抗体阴性,胞质型 ANCA 核周型(pANCA)1:32,胞质型 ANCA(cANCA)阴性,抗蛋白酶 3 抗体(PR3-ANCA)5.9 RU/mL(0~20 RU/mL),抗髓过氧化物酶抗体(MPO-ANCA)371.2 RU/mL(0~20 RU/mL),抗双链 DNA 抗体等其他自身抗体阴性,补体 C3 1.29 g/L,诊断为“ANCA 相关性血管炎”,转入肾内科治疗。入肾内科后第 1 天起每天给予甲强龙 40 mg qd 静脉滴注,第 3 天患者体温完全恢复正常。第 2 周给予环磷酰胺 600 mg 静滴。第 3 周患者咳嗽缓解,将甲强龙改为泼尼松 50 mg 口服。患者第 4 周出院,出院前实验室检查结果血白细胞 $7.6 \times 10^9/L$,红细胞 $3.12 \times 10^9/L$,血红蛋白 91 g/L,肌酐 136 μmol/L,促甲状腺素(TSH),游离甲状腺素 3(FT3)、FT4、FT3、FT4 正常,pANCA 1:10,MPO-ANCA 166 RU/mL,CT 示肺部病灶明显吸收。院外继续口服泼尼松 50 mg qd,拟每月使用环磷酰胺 600

mg 静滴。

2 讨论

ANCA 相关性血管炎指主要累及小动脉、小静脉、毛细血管的系统性血管壁炎症和纤维素样坏死,大多数 ANCA 阳性,其特异性可达 99%^[1]。ANCA 相关性血管炎发病机制不详,可能与自身免疫、感染相关,常见受累部位为肺、肾脏、皮肤、心血管、神经系统、胃肠道、眼耳鼻喉。本例患者除有肺、肾脏损害,同时伴有亚急性甲状腺炎。目前已有文献报道了几例 Takayasu 动脉炎、巨细胞动脉炎伴发亚急性甲状腺炎^[2-4],Takayasu 动脉炎、巨细胞动脉炎都属于大动脉炎,而小动脉炎伴发亚急性甲状腺炎的报道更是少见。Ozdogu 等^[5]报道了 1 例韦格纳肉芽肿伴发亚急性肉芽肿性甲状腺炎。甲状腺为自身免疫性疾病靶器官之一,而血管炎伴甲状腺损害的报道较少见,有可能是患者症状轻微,未引起临床医生重视。本例患者初诊时未考虑到 ANCA 相关性血管炎,使用激素剂量偏小,故症状未得到有效控制。明确诊断后,激素增量并加用环磷酰胺后,其症状和各项生化指标明显改善。总结出:对于亚急性甲状腺炎伴发热的患者,应该考虑到 ANCA 相关性血管炎伴亚急性甲状腺炎,避免漏诊,延误最佳治疗时机。

参考文献:

- [1] 中华医学会. 系统性血管炎肾损害[M]. 中华医学会·临床诊疗指南肾脏病学分册. 北京:人民卫生出版社,2012:69-73.
- [2] Horai Y, Miyamura T, Shimada K, et al. A case of Takayasu's arteritis associated with human leukocyte antigen A24 and B52 following resolution of ulcerative colitis and subacute thyroiditis[J]. Intern Med,2011,50(2):151-154.
- [3] Ohta Y, Ohya Y, Fujii K, et al. Inflammatory diseases associated with takayasu's arteritis[J]. Angiology,2003,54(3):339-344.
- [4] Arend SM, Westedt MI. Simultaneous onset of giant cell arteritis and subacute thyroiditis[J]. Ann Rheum Dis, 1993,52(11):839.
- [5] Ozdogu H, Boga C, Bolat F, et al. Wegener's granulomatosis with a possible thyroidal involvement[J]. J Natl Med Assoc,2006,98(6):956-958.

(收稿日期:2013-07-26 修回日期:2013-10-13)

HDN 产前检查检出 1 例罕见亚型 B(A)

李小红

(重庆市血液中心输血研究所 400015)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.36.054

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)36-4487-02

B(A)是中国人中一种较罕见的 ABO 亚型,其血清学和遗传学有独特特征。正确鉴定 B(A)亚型,对新生儿溶血病(he-

作者简介:李小红(1976~),硕士,主管技师,主要从事输血安全相关的血液检测工作。