维普资讯 http://www.cqvip.com

输血疗法，交叉配血不合．木瓜酶

第23卷 第2期 重庆医科大学学报 Vol.23 No.2
1998 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1998

32

193-194

木瓜酶引起交叉配血不合1例报告

R457.13

临床学院输血科 张国珍* 黄尤奎 陈华珍

中图分类号 R457.13

1 病例介绍

患者张某，男，68岁，血型O型。半月前无明显诱因出现小便深黄色，持续4天后巩膜出现黄染，同时伴有皮肤瘙痒在当地医院以"黄疸性肝炎"治疗无效，黄疸进行性加深，全身皮肤逐渐黄染，大便颜色变白，经B超提示胆囊前后径4.2cm，胆总管增粗1.2cm内未见光团，肝内胆管扩张，CT扫描证实胆总管低位梗阻。1995年4月19日来我院求治，门诊以"便阻性黄疸原因待查"住院。入院体检：T:37.9℃，P:64次/min，R:18次/min，BP17/10kPa，全身皮肤巩膜中度黄染，肝肋下2cm质中，脾(－)，腹软，无压痛。Hb:128g/L、RBC:3.99×10^{12}/L，TP:61g/L、ALB:34g/L、TB:364.2/μmol/L，IB143.5μmol/L、ALP:483U/L、心肺正常。住院后，经进一步检查，诊断为胰头癌于4月27日在静脉复合麻醉下剖腹探查行胰十二指肠切除术，术中输O型全血800ml，术后支持疗法又输同型血6次，共计1200ml，未发现不良反应，患者于4月22日至5月25日之间曾使用了先锋v，美士灵，庆大霉素，头孢氨卞，泰能等药物，既往无食物及药物过敏史。5月24日患者再次配血发现木瓜酶法主侧出现凝集。为查明原因，作如下实验实检查。

2 血型血清学检查

2.1 血型鉴定 患者ABO血型正反定型结果符合为O型，Rh血型为CCDE型。

2.2 直接抗人球蛋白试验 用广谱抗－IgG、抗－C_3，检测均为阴性。

2.3 患者血清与O型献血员红细胞反应见表1。

表1

献血者红细胞	盐水法	木瓜酶法	抗人球蛋白法
李某某	—	4+	—
张某某	—	4+	—
陈某某	—	4+	—
高某某	—	4+	—
自 身	—	4+	—

* 女，1963－08出生，主管技师

2.4 患者血清抗体筛选与O型试剂红细胞反应见表2。

表2

试剂红细胞	盐水法	木瓜酶法	抗人球蛋白法
O,CCDE	—	4+	—
O,CcDE	—	4+	—
O,CCDee	—	4+	—
O,ccDE	—	4+	—
O,ccdee	—	4+	—
自 身	—	4+	—

2.5 吸收放散试验 用木瓜酶处理O型红细胞吸收患者血清，吸收后血清与O型及自身红细胞在木瓜酶和抗人球蛋白试验中均不反应，将吸收后的红细胞用热放散，放散液与O型及自身红细胞在木瓜酶介质中均凝集，而在盐水介质及抗人球蛋白血清中均不反应，证实该抗体能被木瓜酶处理的红细胞吸收并放散出来。

2.6 木瓜酶凝集素效价测定 患者血清与经木瓜酶处理的O型及自身红细胞反应测得效价分别为1:8和1:16。

3 讨论

血清中存在能凝集经酶处理红细胞的凝集素称为酶处理红细胞凝集素，这种凝集素也可以凝集酶处理的其它同型红细胞。已发现在正常人血清中有胰酶，木瓜酶，菠萝酶，神经氨酸酶及高碘酸盐处理的红细胞凝集素。常表现为自身凝集素和全凝集素，通常不引起输血反应[1]。

患者血清采用木瓜酶法配血及抗体筛选，发现与经木瓜酶处理的同型和自身红细胞均出现较强凝集反应，而在盐水介质和抗人球蛋白试验中均不出现反应(表1～2)。说明患者血清中存在有一种木瓜酶凝集素，能使经木瓜酶处理的自身和同型红细胞发生凝集，致使主侧配血结果出现不合，木瓜酶

维普资讯 http://www.cqvip.com

凝集素产生的机理目前尚不清楚，是否与临床用药有关，有待进一步探讨。

患者入院时和住院期间血清白、球蛋白均在正常范围内，无倒置。木瓜酶试剂我室长期使用，并由专人负责配制，阴阳性对照结果相符，故排除了因患者血清蛋白比例失调和木瓜酶试剂质量不合格引起的假凝集。

患者因治疗需要，5月31日输入木瓜酶配血凝集，盐水及抗人球蛋白试验配血相合O型血200ml，未引起输血反应，于6月2日出院。

参 考 文 献

1.华玲琳，岳树森，主编《输血专业知识问答》沈阳：辽宁科学技术出版社 1996;188

(收稿日期 1997－04－23)

青光眼，色素性，单侧

194-195

单侧色素性青光眼1例报告

(33)

第一临床学院眼科 明 萍* 陶永贤

R775.9

中图分类号 R775.9

色素性青光眼是特殊类型的青光眼。本病国人少见，单眼发病罕见。最近遇一病例，报告分析如下。

1 病例

患者，女，39岁。因左眼视力下降二月就诊，门诊以慢性单纯性青光眼收入院。既往史，家族史，个人史无特殊。眼部检查：VoD0.15，Vos眼前手动，验光右－1.00 DS→0.8，左－1.00 DS0.50 DC×180°C→无助，双外眼正常，角膜透明，双周边前房深度约1CT，轴深>5CT.Tyn(－)，KP(－)，左眼虹膜呈黑褐色，表面可见黑褐色色素颗粒沉着，瞳孔约5mm，无粘连。晶体前囊可见人字形色素沉着。眼底视盘清晰，颜色淡，杯盘比约0.9，黄斑中心凹反光消失，右眼虹膜色泽正常，瞳孔约3mm，晶体透明。眼底视盘色泽正常，杯盘比<0.3。眼压：右16mmHg，左40mmHg。入院后行前房角镜检查：双眼均为宽角，右眼房角结构全部可见，未见明显色素。左眼房角自施瓦贝氏线至睫状体带整个布满色素达四个象限。视野检查：右正常，左为管状视野。为排出右眼青光眼，24h眼压测定结果：眼压波动<5mmHg，饮水试验(－)。C值测定正常。入院诊断：左眼色素性青光眼。给予静脉滴注甘露醇，口服醋氮酰胺，局部滴用噻吗心胺眼液眼压未能满意控制。于入院第14天在局麻下行小梁切除术。术后滤泡弥散，前房深度如前。术后二周，Vos0.1，戴镜－1.00 DS0.05 DC X 180°C→0.4，眼压8mmHg。出院后随访眼压正常。

2 讨论

色素性青光眼是以色素颗粒沉积于房角为其特征，是属于继发开角型青光眼类型[1]。常在青状年发病，常合并近视性屈光不正[2]。在发病机理上有三种说法1、色素阻塞房水排出通道。2、前房角除色素堆积外尚有构造上的先天异常。3、是色素播散综合征所发生的一种开角性青光眼[3]。近年来认为色素脱失是因常合并近视性屈光不正，虹膜平坦，周边虹膜凹陷与晶体韧带发生摩擦引起色素脱失，沉淀于小梁。从而增加房水外排阻力[2]。临床表现1、色素沉淀，2、色系脱失，3、眼压升高，4、视盘病理性凹陷，5、视野缺损[2]。治疗同原发性开角性青光眼相同，值得提出的是激光小梁成形术可取得良好效果[2]。本患者年龄约40岁左右，双眼近视，晶体与虹膜表面有大量色素沉着，房角镜检4个象限均被致密的色素复盖，具有色素播散综合征的临床表现。加上有高眼压，视乳头和视野改变。左眼色素性

* 女，1955－12出生，系眼科进修生，现为重庆市九人民医院眼科主治医生。