

检验医师培养在自身免疫性疾病 诊断中的作用

魏殿军

作者单位:300211 天津市,天津医科大学第二医院检验科

doi:10.3969/j.issn.1674-7151.2012.03.011

从 2004 年起,卫生部科教司组织开展了“建立我国专科医师培训和准入制度的研究”课题,对专科医师的培养模式、筹资机制、考核等进行了分项研究,并于 2007 年在 9 个省市和两个直辖市进行试点,其中包括了检验医师培养计划,并于 2010 年前后建立了培训基地^[1]。我院于 2009 年获得批准,建立检验医师培训基地,并开展检验医师培训工作,现有 3 名在站人员。

1 检验医师培养的必要性

检验医师培养属新生事物,国内、外尚无相关参考可言,而且我国病理医师培养和职责也与国外不同,因此,对于检验的沟通、交流,也确实需要检验专科医师。通过系统培训,检验科需要一些善于与临床沟通,同时具备全面扎实的临床检验专业知识的人员。如何有效的培养这样一些人员,建立专业平台,明确培养方向和职责,进而更加合理的进行人员安排,做到人尽其才,物尽其用,实为有中国特色的检验医师培养与与国际接轨的有机结合。检验医师临床思维的培养,是一种在临床实践中的决策能力的培养,主要是通过临床实践中不断积累而来,对检验医师的培养训练过程主要集中在咨询和答疑能力-熟知理论, 建议和指导能力-保持先进, 开拓与创新能力-思维开放这几个方面。

应该注意到,即使国外最为权威的期刊和专家,也承认检测项目的价值在疾病诊断中的作用,将实验室检测结果作为诊疗的辅助依据也在不断增加,从 15% 升至 60% 以上^[2]。而作为自身免疫性疾病中的自身抗体检测,更是这一作用的良好体现。由于自身免疫性疾病多因素、复杂的发病机制,临床表现呈现多样性、混合性,使其更加依赖于检验结果的参照,特别是在早期诊断和干预性治疗的过程中更是如此。

2 检验医师培训的要求及在自身免疫性疾病诊断中的作用

在卫生部有关检验专科医师培训职责、目标及管理的文件中,要求对检验医师培训分为二个阶段,第一阶段包括 14 个月临床科室和 22 个月检验科轮转过程,而在第二阶段则提出更高要求,应具备咨询和投诉处理能力及查房和院内组

织疑难会诊能力,并且强调了结合临床的科学研究能力。经过这两个阶段的培训,应达到以下几方面的核心职业能力。

2.1 实验室检测项目选择和结果判读的能力 这一内容包括强调在全面、熟练的掌握检验方法的基础上,能够提供检验方法的选择和实验的评价及使用。在自身免疫性疾病的诊断中,我院曾遇到这样一个病例:患者女性,48 岁,因反复发作的多关节痛一年,伴关节肿痛半年,加重 2 w 来院就诊。就诊时经临床医生问诊,患者首发症状以足跟疼痛,后逐渐至双足 4、5 趾趾关节,就诊前曾以定性方法检测类风湿因子阳性,但因无可参考的明确手段,未能提供更准确的确诊方法,只能以中药维持。之后患者出现双腕关节肿痛、活动受限,并出现颞颌、胸锁、颈部转动受限,由于病程短、持续时间短,必须早期诊断,以控制病程发展。这时作为检验专业人员,我科建议进行更加全面的相关检验,并提供公认、有数据依据的检验学方法,以保证检测结果的准确可靠。由于第一诊断为类风湿性关节炎早期,我科建议进行抗角蛋白抗体,抗核周因子抗体,抗环瓜氨酸抗体及其他风湿病相关的自身抗体实验室检查^[3],并对各种方法所采用的技术,技术缺陷,试剂成熟度及应用国家的范围,对结果的阳性率、敏感性、假阳性和 cutoff 值等进行分析 and 告知,甚至对各种自身免疫疾病的涵盖情况也给予说明。这些工作正是检验医师所要服务的内容,也是临床关注的内容。当然这些需要较为熟练的文献阅读能力,对新知识、信息的捕获能力。经检查,本例患者抗角蛋白抗体 1:40,抗核周因子抗体 1:40,抗环瓜氨酸抗体 6.610 IU/mL,类风湿因子 297 U/mL,结合临床并进行相应的 C 反应蛋白及其他炎症因子检查,多种信息综合表明患者符合早期类风湿性关节炎急性期的诊断标准,经景夫法林、帕克林、羟氯喹等控制,患者关节疼痛症状明显缓解,应用控制病程药物后观察,病程进展明显减慢。

在诊疗过程中,临床医师虽然知道自身免疫疾病的实验室诊断指标,但缺乏对该项目全面、系统的了解,更不知采用方法的综合评价,这时检验医师就能发挥重要功能,使其了

解的实验室知识得以最大限度的应用。

2.2 应用检验医学知识为临床提供服务和咨询的能力 对这一点的理解,笔者同样有深刻体会。李立艳等^[4]曾报道我院 ICU 先后接收的两例血管炎患者病例,患者均表现为高热、全身器官迅速衰竭,以肝肾功能和神经症状等为主。发病后均在外院多次转诊,由于未能明确诊断,使用大量抗生素进行治疗。后转入我院,患者病情变化迅速,无其他可参照的阳性指征,后在进行筛查时进行了抗中性白细胞胞质抗体(antineutrophil cytoplasmic antibody, ANCA)和抗髓过氧化物酶抗体(P-ANCA)检查。结果显示,两例均为 ANCA 阳性且有高滴度的 P-ANCA(1:32),结合临床表现确诊为血管炎。但因这两例患者病情急剧恶化,并伴有消化道出血等情况,失去了激素冲击治疗的时间,均于入院 2 d 后死亡。对于这两个病例,检验科能够在总结病历和回顾文献的基础上,起到警示性作用,并且建议临床,特别是急诊科医师在接收发病原因不明的患者时,应进行 ANCA 筛查,特别是对于肾功能变化突然,无明显原因可以解释,甚至血液透析的患者,应提示 ANCA 检查,可以极大程度的提高早期发现血管炎的可能,为挽救患者生命争取时间。检验医师在日常工作中,也应善于总结,累计素材,以便更好地与临床医师合作,服务于患者。

2.3 与临床医师和患者的沟通能力 沟通能力训练是检验医师与临床医师和患者沟通的基础,是减少医疗纠纷,提升医疗质量和效率的关键。我院曾遇到这样一个病例:患者男性,45 岁,常出现下肢活动无力 3 年,伴尿蛋白少量,肌酐轻度升高,多次就诊,在检验科进行抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)和抗 Scl-70 抗体检测,结果显示 ANA 滴度极低,但抗 Scl-70 抗体多次检查均为阳性。对此矛盾的检验结果,临床多次抱怨、质疑。我科通过方法学反复认证和查阅文献,发现这种情况在其他医院也曾出现,协和医院周仁芳等^[5]对 2 万余例 ANA 阴性,但抗可溶性抗原抗体仍阳性的病例进行分析,认为出现此现象的原因有很多^[4]。此类现象国外也有报道,巴西的研究人员^[6]对 ANA 的检测结果分析表明,阳性核型更能体现出与疾病的关系。本例患者因采取激素治疗,抑制了 ANA 表象,而免疫印迹法对单抗体-抗原的捕获特异性强,因此抗 Scl-70 抗体表现为阳性,可能是这一现象出现的原因。我们将这些综合结果及文献提供给主诊医师并予以解释说明,提示了临床医师针对患者的轻度肾功能损伤不断追问其病史,了解到患者曾经有局部硬化症的症状,如双手脱

皮,双手掌变厚,一过性多次发生的关节痛等,确定抗 SCL-70 抗体阳性与患者患系统性或局部性硬化症有关,经药物治疗,患者肾功能恢复。

我们以此病例为案例教育检验医师,对于临床和患者投诉的化解,不应采取对立的方式,而应通过与临床的及时沟通,分析病例,查阅相关文献,找到问题的根本原因所在。笔者就有若干次,针对临床提出的疑问,提供方法学选择并予以解释,而使临床得以重获认识的过程。如临床对肺、肾出血同时存在的病例,一般较为担心,主要是怕患者是 Goodpasture 综合征,因为在此情况下,患者病情进展迅速,病死率高,若无明确诊断,极易产生医疗纠纷,而有类似症状时抗肾小球基底膜抗体阳性的强弱则成为鉴别其与系统性红斑狼疮、系统性硬化症、Wegener 肉芽肿及 P-ANCA 阳性血管炎的标志,这时实验室的检测就有十分重要的意义。

2.4 其他方面的能力,更包括医德、医风能力培养,英文阅读能力、科研能力等等。

检验医师的优势在于在临床实践的基础上,对检验方法的认知过程,这一过程的培养对协助临床医师诊断,检验结果对诊断的修正,具有极大的价值和决定性。特别是血液病学、血液形态学、流式细胞学技术、分子血液学、微生物学,自身免疫疾病等,更具有其存在性,是检验部门人员构成的更新和扩充。因此,建立检验医师队伍和其完善的管理及培训制度是十分必要的,也是我国医学发展的必然趋势。

3 参考文献

- 1 张曼,尚红,主编. 检验专科医师培训和管理. 北京:人民卫生出版社,2011:1-6.
- 2 Forsman RW. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? Clin Chem, 1996, 42:813-816.
- 3 蒋明, DAVID YU, 林孝义, 等. 主编. 中华风湿病学. 北京:华夏出版社,2004:697-864.
- 4 李立艳,魏殿军,张楠,等. ANCA 相关性血管炎 2 例死亡患者分析. 实用检验医师杂志, 2012, 4:125-126.
- 5 周仁芳,胡朝军,张蜀澜,等. 临床标本抗核抗体 102651 例检测结果回顾性分析. 中华检验医学杂志, 2009, 32:1329-1343.
- 6 Mariz HA, Sato EI, Barbosa SH, et al. Pattern on the antinuclear antibody-HEp-2 test is a critical parameter for discriminating antinuclear antibody-positive healthy individuals and patients with autoimmune rheumatic diseases. Arthritis Rheum, 2011, 63:191-200.

(收稿日期:2012-06-11)

(本文编辑:李霖)