

种^[3],其中 Rh(D)抗原性最强,其次为 Rh(E)、Rh(C)、Rh(c)、Rh(e)等^[4],该血型系统在输血治疗和新生儿溶血症中具有重要意义。由于 Rh 系统抗体对酶敏感或为酶抗体,血库在无谱细胞和暂时不能确认抗体性质的情况下,对有输血史和(或)有妊娠史者,必须采用包括酶介质在内的多种介质交叉配血(DAT、酶或者聚凝胺技术等),选择相合的血液输注^[5],以此提高临床输血的安全性。

参考文献

[1] 左宏莉,郭伟鹏,徐群丽,等. 1 例 Rh 抗原变异体分子机理研究[J]. 新疆医科大学学报,2008,31(10):1146-1148.

[2] 陈中,张莉尼. 121 例溶血性输血反应不规则抗体特异性分析[J]. 临床检验杂志,1999,17(1):42-43.

[3] Daniels GL,Cartron JP,Fletcher A,et al. International society of blood transfusion committee on terminology for red cell surface antigens;Vancouver report[J]. Vox Sang, 2003,84(3):244-247.

[4] 吴远军,吴勇,陈宝婵,等. Rh 血型抗体的检测及结果分析[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2008,24(6):604-606.

[5] 朱祥明,杨通汉,姚富柱,等. 酶处理细胞检测低效价 Rh 抗体的研究[J]. 中国输血杂志,2008,21(1):15-16.

(收稿日期:2011-09-28)

急性低增殖性粒细胞性白血病误诊 1 例分析

苏大林(湖北省襄阳市中医医院检验科 441000)

【关键词】 粒细胞性白血病; 低增殖性; 误诊
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.08.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)08-1015-01

急性白血病是一种骨髓中某一系原始或幼稚细胞恶性克隆性增殖性疾病,一般骨髓象中有核增生极度活跃,而急性低增殖性白血病较少见,是一种骨髓有核细胞减低的急性白血病,骨髓象呈增生减低,外周血三系细胞减少,未见或仅见少量原始细胞^[1]。白血病细胞浸润不明显,病情进展缓慢,临床上极易误诊,现将本院误诊的 1 例低增殖性白血病报道如下。

1 临床资料

患者,男,43 岁,有 20 余年饮酒史,因反复纳差、乏力半年,肝、脾肿大伴黄疸、发热 1 个月,柏油样便 7 d 于 2011 年 4 月 30 日来本院就诊,收治肝病科,查肝功能明显异常,总胆红素为 68.2 μmol/L,直接蛋白红素为 39.6 μmol/L,总蛋白为 63.1 g/L,清蛋白为 26.1 g/L,清蛋白/球蛋白为 0.7,丙氨酸氨基转移酶为 294 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 351 U/L,γ-谷氨酰转氨酶 181 U/L,甲胎蛋白、癌胚抗原正常。血常规:白细胞计数为 $1.21 \times 10^9/L$,红细胞计数为 $2.84 \times 10^{12}/L$,血红蛋白为 82 g/L,血小板计数为 $73 \times 10^9/L$ 。白细胞分类计数:中性分叶核粒细胞为 44%,淋巴细胞为 43%,单核细胞为 11%,嗜酸性粒细胞为 2%,未复片。初步诊断为酒精性肝硬化伴消化道出血。经护肝、护胃、抗感染、止血治疗,10 d 后出血止,但反复高热,肝功能无改善,于是进行外周血细胞形态及骨髓细胞学检查。外周血中原始细胞 1%,早幼粒细胞 6%。骨髓片中有核细胞增生减少,原始细胞 5%,异常早幼粒细胞 28%,过氧化酶染色阳性,糖元染色阴性,免疫组织化学:MPO(+),CD99(+),Leu22(+),LCA(+),NSE(-),CD138(-),CD3(-),CD792(-),VS38(-)C,TCL(-)。诊断为急性早幼粒细胞白血病。此时患者已呈极度衰竭状态,维甲酸治疗无效死亡。

2 讨论

2.1 误诊分析原因分析

2.1.1 临床医生受既往史干扰,一味地考虑本科室疾病,缺乏

综合分析,忽略了与其他疾病的鉴别诊断。临床上肝硬化患者大多因肝纤维化致肝脏缩小,但酒精性肝硬化常可见肝脏肿大^[2]。本例患者因长期饮酒,出现肝、脾肿大,认为肝功能异常、黄疸、发热及全血减少是酒精性肝病及继发脾亢所致,贫血是消化道出血所致,因此临床医生诊断为酒精性肝硬化伴消化道出血,而忽略了血液病也可以出现肝、脾肿大,三系减少、出血、发热等症状,没有进一步作相关的鉴别诊断而误诊。

2.1.2 检验人员在进行血常规分析时,对异常结果也未引起重视,见申请单上的临床诊断为酒精性肝硬化后,误认为全血降低可能是肝病所致,没有及时镜检复片。

2.2 误诊防治

2.2.1 临床医生克服诊断思路的片面性,提高对白血病的认识,对难以解释的症状、体征和某些检查结果要追根溯源,综合判断。对临床上出现贫血、出血倾向,反复感染或间断发热无明显感染灶者、不明原因的肝、脾、淋巴结肿大者,应做排除血液病的相关检查。

2.2.2 重视和加强血常规的复片镜检工作,注意查看血细胞直方图和仪器相关提示,制订严格规范的复检复查制度,正确选择复片标本,及时为临床提供形态学信息。

2.2.3 检验人员掌握一定的血液学知识,增强责任心,在发现异常结果时,要及时与临床医生联系,为临床医生提供一些诊断思路和建议。

参考文献

[1] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3 版,北京:科学技术出版社,2007:122.

[2] 姚光弼. 临床肝脏病学[M]. 2 版. 上海:科学技术出版社,2011:319.

(收稿日期:2011-12-19)