

本例献血者男性,无输血及血液制品史,其血清中的抗-P1 抗体在盐水介质凝集,抗人球介质不凝集,属于天然的 IgM 性质抗体,是引起 ABO 反定型异常的原因。作为献血者,其血清中含有 IgM 抗-P1,当受血者为 P1 时可能会引起配血不合或输血反应,为确保输血安全,建议该类献血者终止献血。如果此类患者需要输血应该选择 P2 型血液,以防止在抗原刺激下使抗体增强,产生输血反应。

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3

版. 南京:东南大学出版社,2006:252.

- [2] 杰夫. 丹尼尔. 人类血型[M]. 2 版. 北京:科学出版社, 2007:214-215.
- [3] 孙迪,张易水,刘祥忠. IgG 性质的抗-P1 检出 1 例[J]. 中国输血杂志,2002,15(1):50.

(收稿日期:2012-06-12)

慢性粒单核细胞白血病 1 例报告

刘玉枝,侯振江,陈 洋,代荣琴(沧州医学高等专科学校,河北沧州 061001)

【关键词】 慢性粒单核细胞白血病; 骨髓增生异常综合征; 骨髓增殖性疾病
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.21.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)21-2778-02

慢性粒单核细胞白血病(CMML)是临床上少见的血液肿瘤,其发病率在 60 岁以上人群约为 3/100 000,同时具有病态造血和骨髓增殖的特点^[1]。可显示骨髓增生异常综合征(MDS)或骨髓增殖性疾病(MPD)的特征。作者在工作中发现了 1 例 MPD-CMML 型,在临床上较少见,现报道如下。

1 临床资料

陈某,女,61 岁。2011 年 6 月 10 日因胃部不适,间断发热,食欲不振入院查体,血常规示白细胞(WBC)增高,WBC $23 \times 10^9/L$,五分类结果:中性粒细胞 0.51,淋巴细胞 0.20,单核细胞 0.28,嗜碱性粒细胞 0.08,嗜酸性粒细胞 0.02。血红蛋白(Hb)125 g/L,血小板(PLT) $320 \times 10^9/L$ 。主诉:1 年前血常规结果 WBC 高,大约在 $(12 \sim 15) \times 10^9/L$,因没有任何不适,没有重视。查体:巩膜皮肤无黄染,全身无出血点,无头昏、头痛、盗汗。腹部有时胀痛,脾脏肋缘下可及 0.3 cm,无胸骨叩痛,肺部计算机断层扫描提示轻度肺炎感染,全身淋巴结 B 超扫描示颈部右侧可见肿大淋巴结 $0.7 \text{ cm} \times 0.4 \text{ cm}$ 。生化全项丙氨酸氨基转移酶、天门冬氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶偏高,其余正常。红细胞沉降率 30 mm/h,C 反应蛋白 31 mg/L。抗炎药物使用 3 d 后复查血常规示 WBC $24 \times 10^9/L$,体温在 $38.1 \sim 39.2 \text{ }^\circ\text{C}$ 波动,病情未见好转故行外周血涂片及骨髓穿刺检查以排除血液病。外周血涂片分类形态学检查:中性分叶核粒细胞 0.39,中性杆状核粒细胞 0.08,淋巴细胞 0.21,成熟单核细胞 0.23,嗜碱性粒细胞 0.60,嗜酸性粒细胞 0.02,粒细胞形态大致正常,可见 3% 中晚幼稚粒细胞,淋巴细胞形态大致正常,单核细胞比例增高,主要为成熟单核细胞,幼稚单核细胞约占 4%,成熟红细胞形态无明显改变,PLT 呈小堆分布。骨髓涂片细胞形态学检查:骨髓增生活跃(图 1),粒系 0.54,淋巴细胞 0.10,单核细胞 0.21(成熟单核细胞 0.15,幼稚单核细胞 0.06)(图 2、3),嗜碱性粒细胞 0.01,嗜酸性粒细胞 0.04,红系增生减低,占 10%。巨核细胞全片共计数 121 只,形态无明显改变。PLT 小堆分布。三系未见病态造血形态改变。

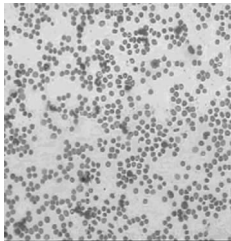


图 1 骨髓增生活跃($\times 10$)

骨髓涂片结果:不排除 CMML,建议相关检查。6 月 15 日于天津血研所会诊结果:考虑 CMML。6 月 17 日开始给予地西他滨进行观察治疗 4 个疗程后,WBC $8.1 \times 10^9/L$,脾脏缩小,发热症状得到了控制。嘱患者每个月定期复查血常规。

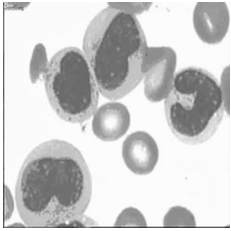


图 2 成熟单核细胞($\times 100$)

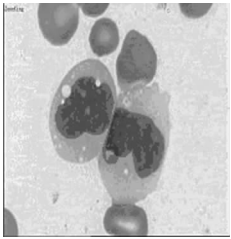


图 3 幼稚单核细胞($\times 100$)

2 讨论

CMML 是一种明显异质性的恶性造血干细胞疾病。患 CMML 时骨髓增生普遍活跃,有核细胞增多,以粒系和单核系为主,原始细胞一般小于 10%,成熟单核细胞一般大于 8%。大多数患者有病态造血,红系以细胞巨幼样变为主,巨核系以小巨核细胞为主,粒系可见细胞质空泡,颗粒过多或过少,Peiger-Hetit 畸形等^[2]。其骨髓象可显示 MDS 或 MPD 的特征,CMML 的归属一直存在分歧,以前认为属于 MDS 的一种,现在经过临床血液专家的长期观察认为确实存在两种类型的 CMML^[3]:一种是 MDS-CMML,一种是 MPD-CMML。在诊断时要分清他们的共同点和鉴别点。骨髓检查共同点是粒细胞和单核细胞均比例增高,可见幼稚阶段细胞,但不超过 20%。主要鉴别点:MDS-CMML 可见到一系或多系病态造血,而后者不可见。本病例属于 MPD-CMML 型,在临床上较少见。

本病例 MPD-CMML 患者入院时合并肺部感染,抗炎治疗未能得到有效控制,考虑血液病的可能性大,故骨髓穿刺考虑 CMML,本病例骨髓涂片三系未见到病态造血细胞,Hb 和

PLT 都正常,故考虑是一个 MPD 类型的 CMML。临床应用了地西他滨治疗后病情得到了有效的控制。其实无论是 MDS 型还是 MPD 型 CMML,最终还是会转变成急性单核细胞白血病,有的病例在转化之前有可能因为并发症而死亡。这种血液病临床较少见,文献报道也少,所以为了更好地服务患者,提高血液诊断水平,对 CMML 的分型以及各型的诊断标准应该做系统的总结,这个工作还需要同行学者统计更多的病例和资料。

参考文献

[1] 钟淑萍,滕淑萍,侯丽君,等.慢性粒单核细胞白血病 4 例

吹气疗法治愈恶性肿瘤并发顽固呃逆患者 1 例

田会斌,吴大芝,周忠义(重庆市綦江区人民医院肿瘤科 401420)

【关键词】 呃逆; 吹气疗法; 肺功能
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.21.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)21-2779-01

肿瘤患者在治疗过程中经常伴发顽固性呃逆,而对呃逆的治疗亦无特殊方法。本次试验性应用吹气疗法治愈顽固性呃逆 1 例并改善了患者的肺功能。

1 临床资料

患者,男,因“右肺癌放、化疗后 5 个月,确诊肺结核 2 个月”入院。入院查体:体温 37.2℃,脉搏 92 次/分,呼吸 21 次/分,血压 118/70 mm Hg,肿瘤患者功能评分标准百分法评为 60 分,消瘦,神志清楚,慢性病容,自动体位,口唇发绀。咽部无充血,未见脓点,颈软,颈静脉无怒张,胸廓对称无畸形,右侧呼吸动度减弱,触诊右侧语颤减弱,双侧无胸膜摩擦感,无皮下捻发感,叩诊右侧为浊音,左肺为清音;听诊右肺呼吸音弱,左肺呼吸音清晰,双肺未闻及湿啰音,无哮鸣音,无胸膜摩擦音。心界不大,心率 92 次/分,节律整齐,心音有力,未闻及明显杂音。腹平软,无压痛,无反跳痛,肝肋下未扪及,双下肢无水肿,病理征未引出。辅助检查:2010 年 9 月新桥医院纤支镜病理活检:右上肺支气管鳞癌。2011 年 4 月 1 日痰结核菌涂片(++++)。入院诊断:右上肺支气管肺癌伴左侧主支气管转移鳞癌 T4NxM1、肺结核稳定期、右侧胸腔积液。患者入院后 3 d 出现无明显诱因引起顽固性呃逆,给予肌肉注射安定、胃复安、异丙嗪后效果不明显。经病理讨论,患者出现呃逆可能为中枢性呃逆,主要因患者精神紧张造成。可实验性应用吹气疗法治疗,该治疗方法为:患者用吸管在装有清水的水杯中吹气,以此达到分散患者注意力,减轻患者精神紧张的情况,达到治疗呃逆的效果。患者实行该治疗方法 1 周后,呃逆症状明显减轻。2 周后,呃逆基本上得到控制。1 个月后,呃逆在停止治疗后消失,此后嘱患者继续执行上述疗法,以改善患者的肺功能。随访 3、6 个月未再复发。并行肺功能检查,入院时患者不能完成肺功能检查,行吹气试验 1 个月后可完成肺功能检查。6 个月后患者肺功能检查的每一秒用力呼气容积(FEV1)、FEV1/用力肺活量(FVC)、最大呼气流量(PEF)指标较前均有所改善,见表 1。

表 1 治疗 1、6 个月后 3 项指标结果

观察指标	治疗 1 个月后	治疗 6 个月后
FEV1(%)	1.72±0.68	2.39±0.81*
FEV1/FVC	43.16±10.00	65.12±10.25*
PEF(%)	5.07±1.38	6.46±1.68*

注:与治疗 1 个月后比较,*P<0.05。

- [J]. 临床血液学杂志,2010,23(7):436-438.
[2] 黄济舟,陈燕.慢性粒单核细胞白血病的临床特点和预后分析[J]. 临床血液学杂志,2010,23(5):281-284.
[3] 卢兴国,马顺高.骨髓增生异常骨髓增殖性疾病形态学和分子病理[J]. 检验医学,2005,20(2):165-167.

(收稿日期:2012-06-19)

2 讨论

呃逆是指膈肌不自主反复间歇性收缩运动,随后声门突然关闭发出短促的特别声音。在呼吸周期任何瞬间都可发生呃逆,其发作频率为 4~60 次/分。文献[1]报道,2%的恶性肿瘤患者在治疗期间常发生不同程度的呃逆。长时间、反复地发作呃逆会严重影响患者的睡眠、饮食、呼吸、心理甚至导致死亡[2]。对呃逆患者采取正确的护理措施,能有效控制症状,减轻患者心理压力,提高其生活质量。呃逆分为中枢性呃逆和外周性呃逆,中枢性呃逆多由颅脑疾病使迷走神经、膈神经受刺激并反射性地使膈肌产生间歇性的收缩运动所致。该患者呃逆在精神受到刺激后加重,应用中枢镇静剂后或注意力分散会减轻,考虑为中枢性呃逆。近年来,国内外学者通过干扰呼吸的方法来治疗呃逆,即通过提高二氧化碳分压来抑制脑干呃逆反射[3]。本文使用的吹气疗法的原理是:(1)通过这种方式来分散患者注意力,并对其进行心理疏导,从而减轻患者焦虑、紧张感。(2)通过吹气疗法干扰患者呼吸,提高二氧化碳分压来抑制脑干呃逆反射。另外,患者为肺癌患者,肺病占位合并阻塞性炎症,肺功能严重下降,通过合理的训练,使气道内压升高,避免呼吸时小气道的狭窄闭陷,有助于充分排出肺内气体以及有效分布肺内气体,以改善气体交换,也减慢了呼吸频率,延长了呼吸时间,有益于下次呼吸时能够吸入更多新鲜空气,改善肺内缺氧[4];用力向外吹气,增加了膈肌活动度与功能,能够使肺泡膨胀,改善气体交换,增强通气功能。由此可见,科学、合理的呼吸训练能够有效改善肺功能,进而提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001:89-107.
[2] 俞尚德.中医消化病学[M].北京:中国医药科技出版社,1996:70-71.
[3] Liaw CC, Wang CH, Chang HK, et al. Cisplatin-related hiccup: male predominance, induction by dexamethasone and protection against nausea and vomiting[J]. J Pain Symptom Manage. 2005;30:359-366.
[4] 刘洪君,姚翠玲,许占英,等.呼吸操对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及血气的影响[J]. 临床肺科杂志,2006,11(1):63.

(收稿日期:2012-06-13)