

应增加。但 BNP 与年龄、性别及脑梗相关性报道较少。本文通过对 191 例健康者、住院患者不同年龄、性别、脑梗 BNP 水平影响因素分析,来综合评估 BNP 在临床应用中的价值,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 健康对照组选择本院 2012 年 1~6 月健康体检者 161 例,男 88 例,其中年龄大于或等于 75 岁 38 例,年龄小于 75 岁 50 例;女 73 例,其中年龄大于或等于 75 岁 26 例,年龄小于 75 岁 47 例。脑梗死组选择本院同期脑梗死住院患者 30 例,女 12 例,其中年龄大于或等于 75 岁 8 例,年龄小于 75 岁 4 例;男 18 例,其中年龄大于或等于 75 岁 9 例,年龄小于 75 岁 9 例。

1.2 血浆 BNP 水平测定 采集静脉全血,应用美国雅培诊断仪 i2000SR 化学发光法检测 BNP。

1.3 统计学处理 全部数据采用 SPSS10.0 统计软件进行处理,将 BNP 值的结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均数比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同性别之间 BNP 比较 106 例男性 BNP 的平均水平为 (113.56 ± 259.12) ng/L;85 例女性 BNP 的平均水平为 (196.45 ± 366.13) ng/L。女性 BNP 的平均水平虽高于男性 BNP 的平均水平,但其差异无统计学意义($P = 0.69$)。

2.2 不同年龄之间 BNP 比较 97 例年龄小于 75 岁者 BNP 的平均水平为 (27.52 ± 18.62) ng/L,64 例年龄大于或等于 75 岁者 BNP 的平均水平为 (37.95 ± 24.28) ng/L,两者比较差异有统计学意义($P = 0.017$)。

2.3 脑梗死组与健康对照组之间 BNP 值比较 30 例脑梗死疾病组 BNP 的平均水平为 (265.52 ± 367.20) ng/L;146 例健康对照组 BNP 的平均水平为 (40.83 ± 38.49) ng/L,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

BNP 是利钠肽的一种,由 Sudon 等于 1988 年从猪脑中提炼,故此命名。BNP 由含 17 个氨基酸环结构的 32 个氨基酸组成,具有扩张血管、利尿、利钠、抑制醛固酮分泌及发挥交感神经活性等重要作用^[1-2]。本研究结果表明,脑梗死组 BNP 水平显著高于健康对照组。脑梗死后 BNP 分泌机制尚不明确,可能与以下因素有关:(1)脑梗死发生后,脑组织缺血坏死及继发水肿,直接刺激了中枢神经系统 BNP 分泌。Takahashik

等^[3]发现脑内有 BNP 的特异性受体存在,可产生相应的免疫反应及生病理生理作用。(2)急性脑梗死发生后,由于全身神经内分泌系统的激活血流动力学因素改变可直接引致心室室壁张力增高,上述因素可刺激心源性 BNP 的分泌。(3)也可能是脑梗死后颅内压升高或合并脑积水,使下丘脑受机械性压迫,而造成 BNP 的分泌增多^[4]。

检测 BNP 对于发现和指导治疗、预测预后均有一定价值,可广泛用于临床。脑梗死急性期 BNP 的反应性升高范围较局限,且在脑梗死病情稳定期后,血清 BNP 浓度有所回落^[5-6]。但要考虑 BNP 值的相关影响因素,才能更好地运用这一指标。随着社会老龄化高龄老人比例上升,高龄脑梗死患者上升比例更大,在老年患者中怎样合理、恰当运用 BNP 尤显重要。本研究结果表明,不同性别 BNP 值差异无统计学意义,但年龄大于或等于 75 岁者 BNP 值明显高于小于 75 岁者。可能由于:(1)随着年龄升高,肾功能、心脏舒张功能相应降低;(2)心肌质量的增加,房室腔存在基因表达的特异改变;(3)随年龄升高,利钠肽的肾脏清除下降,且不能完全通过血肌酐浓度来反映。

综上所述,脑梗死患者 BNP 值上升较明显,在临床运用 BNP 评估疾病时应考虑年龄的影响因素。

参考文献

- [1] Venugopal J. Cardiac natriuretic peptides——hope or hype? [J]. J Clin Pharm Ther, 2001, 26(1): 15-31.
- [2] 赵丽,吴学思,韩智红,等. B 型利钠肽检测对心力衰竭患者的临床评估[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(1): 51.
- [3] Takahashi K, Totsune K, Sine M, et al. Human brain natriuretic peptide-like immunoreactivity in human brain [J]. Peptides, 1992, 13(1): 121-123.
- [4] 朱万水,吕艳莉. 脑梗死患者急性期 BNP 与 CRP 浓度的变化及临床意义[J]. 国际医药卫生导报, 2009, 15(23): 23.
- [5] 陈颂春,夏世金,汪海东,等. 老年急性脑梗死患者血浆 B 型脑钠肽的变化及其意义[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(22): 3271-3272.
- [6] 王卓然,周珂,邓勇. 血清 BNP 水平与急性脑梗亚型关系研究[J]. 医学研究杂志, 2010, 39(10): 71.

(收稿日期:2012-09-12 修回日期:2012-12-19)

• 临床研究 •

150 例颈部淋巴结肿大患者行细针穿刺细胞学病理诊断分析

余卫东(广东省江门市中心医院病理科 529000)

【摘要】 目的 探讨颈部淋巴结肿大穿刺细胞病理诊断的细胞特征及临床意义。**方法** 比较分析 150 例颈部淋巴结肿大细针穿刺细胞分型的确诊率及临床病例对照符合率。**结果** 150 例患者诊断的准确率为 95.3%。淋巴结核 44 例,临床确诊 40 例,准确率为 90.9%;淋巴结炎 95 例,临床确诊 93 例,符合率为 97.9%;恶性淋巴瘤 6 例,临床确诊 5 例,符合率为 83.3%;淋巴结转移瘤 4 例,临床确诊 4 例,符合率为 100%;巨大型淋巴结增生 1 例,产生误诊。**结论** 颈部淋巴肿大穿刺细胞学病理诊断对临床淋巴病变的预防及治疗具有重要的意义。

【关键词】 颈部淋巴; 淋巴肿大; 穿刺; 细胞学特征

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)07-0833-02

近年来,细胞穿刺学在临床上逐渐兴起,并为诸多病变的诊断和预防提供了重要的帮助。细胞穿刺技术操作简便,临床

医生极易掌握。且该技术为患者带来的痛苦小,费用低,因此在临床上得到了广泛的推广和应用。本文在总结本院 150 例颈部淋巴肿大行穿刺细胞学诊断结果的基础上,探讨了细胞学诊断的淋巴细胞特征及临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2010 年 1 月至 2011 年 6 月的 150 例颈部淋巴肿大患者,其中男 92 例,女 58 例;年龄 1~69 岁。

1.2 方法 采用一次性塑料注射器,局部皮肤消毒,固定肿块,持笔式连续负压细针经皮肤穿刺入肿块内部,拉针栓呈三角缺口,使之与针管末端卡片镶嵌,穿刺器在病变部位多方向进插针 4~5 次,吸取足量的标本,退针。穿刺后敷创可贴止血 3~15 min。抽出物涂片两张,湿片固定于 95%乙醇中 5~10 min,HE 染色后显微镜观察^[1]。

2 结 果

2.1 病变情况 检测的 150 例患者中,44 例为淋巴结核,95 例为淋巴结炎,6 例为恶性淋巴瘤,4 例转移癌,1 例巨大淋巴增生。

2.2 细针针吸细胞学检查(FNAC)诊断符合率 见表 1。

表 1 150 例患者针刺细胞学诊断符合率

组织切片 诊断	标本 数量	FNAC 诊断			准确 [n(%)]	误诊 [n(%)]
		良性	可疑	恶性		
恶性	11	1	1	9	9(100.0)	2(0.0)
良性	139	133	6	0	133(95.7)	6(4.3)
合计	150	134	6	11	142(94.7)	8(5.3)

淋巴结核 44 例,临床确诊 40 例,准确率为 90.9%;淋巴结炎 95 例,临床确诊 93 例,准确率为 97.9%;恶性淋巴瘤 6 例,临床确诊 5 例,准确率为 83.3%;淋巴结转移瘤 4 例,临床确诊 4 例,准确率为 100%;巨大淋巴结增生 1 例,临床确诊 0 例,符合率 0.00%。

3 讨 论

3.1 颈部淋巴肿大临床特征 淋巴结核:轻度淋巴结核表现为淋巴结肿大,质地较硬,可移动、无明显压痛;病情恶化过程中淋巴结形态不规则、粘连,后期逐渐软化形成冷脓肿,局部皮肤可见亮红紫色,破溃后排出黄棕色脓液,夹带干酪样坏死物^[2]。晚期患者出现低热、厌食等周身毒性症状。本组 31 例处于病变初期,11 例为中度患者,1 例重度患者。男女比例为 8:3,年龄 29~39 岁。

淋巴结炎:浆液性淋巴结炎局部淋巴结内充血肿胀,不粘连,可移动,无自发疼痛。脓性时期疼痛加重,化脓溶解的淋巴结变硬并浸润到周边组织,引起皮肤充血。慢性淋巴结炎多呈局部淋巴结肿大,疼痛明显,有压痛感,病灶直径 2~3 cm。本组 93 例淋巴结炎,急性淋巴结炎确诊 52 例,其余为慢性淋巴结炎。

恶性淋巴瘤:该病变无明显特点。7 例恶性淋巴瘤患者肿块大小不一,淋巴结硬度中等。2 例患者淋巴结肿大与皮肤无粘连,可活动。1 例患者淋巴结直径达 15 cm,皮肤呈紫红色;1 例患者淋巴结为 20 cm,肿大皮肤表面溃脓。细胞穿刺诊断,颈部浅表淋巴肿大 2 例,无明显症状。

巨大淋巴结增生:本组巨大淋巴结增生 1 例,受侵部位为

颈部、腋窝,无其他明显表现。淋巴结转移瘤:淋巴结表面光滑,质地较硬,不均匀,患者面颈部肿胀,出现胸闷、胸痛、呼吸困难等。淋巴转移瘤 6 例,包括 4 例女性,其中乳腺癌 3 例,胃癌 1 例;2 例男性患者确诊为肺癌^[3]。

3.2 穿刺物外观与细胞学特征 非特异性炎症穿刺物外观多为淡黄色或者无色透明的液体,镜下可见较多的中性粒细胞及其退变细胞,本次实验确诊淋巴结炎患者 93 例。结核性炎症细胞穿刺物外观大多呈白色条状、白色块状、干酪样物质、黄绿色脓样、深灰色黏稠物质等,细胞学特征主要以小淋巴细胞增生为主,部分病变会出现少量的皮样细胞及结核巨细胞。44 例淋巴结核患者中有 5 例还出现了细胞干酪样坏死。淋巴恶性肿瘤穿刺物为黏稠胶状液体,推片难以推开;镜下细胞大多凝聚,少数呈分散状,细胞核明显增大、能够看到核仁,染色质增粗,着色较健康细胞深,核质比例严重失调,本组 6 例患者确诊为恶性淋巴瘤。对于涎腺变的肿块穿刺物,针刺吸取涂片虽然镜下可见淋巴细胞,但还应仔细寻找是否存在上皮组织,穿刺物是否是涎腺良性上皮细胞病变或者是鳃裂囊肿等。转移癌穿刺物为黄白色、灰白色带有微小颗粒状的液体或血性液体,本组 4 例淋巴转移肿瘤细胞涂片可见大量分化的原幼细胞,体积较大,细胞核染色质疏松呈条状,核仁大而清晰,部分分化较好的细胞核呈花瓣状,核质减少。巨大淋巴结增生患者 1 例,暂无任何异常表现,肿块多呈圆形、卵圆形,涂片可见淋巴结充满吞噬性淋巴细胞、浆细胞及核碎片^[4-5]。

3.3 误诊 试验后各项数据及标本对照发现,FNAC 误诊多因穿刺位置不当、标本量不足等原因引起。该试验误诊 8 例,1 例细针穿刺诊断造成误诊的原因是细胞肿物过小造成漏穿;其中 7 例被划分为可疑性组织,主要原因是细胞变异型过小,因此难以鉴别。针刺细胞学检查能够为颈部淋巴结肿大病变的临床分型和诊断提供重要的参考,对病变的防治及治疗的预后有重要意义^[6-7]。

参考文献

[1] 王永才. 穿刺脱落细胞学诊断[M]. 北京:科学技术文献出版社,1993:127-191.

[2] 穆在宁. 颈部淋巴结肿大细针穿刺 120 例细胞学病理诊断分析[J]. 中国社区医师:医学专业,2010,12(32):144-145.

[3] 于晓霞,张艳萍. 细针穿刺细胞学检查颈部肿大淋巴结 156 例病理分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(1):128-129.

[4] 万宇,万礼仪,陆忠明. 淋巴结细针穿刺细胞学检查的临床病理分析[J]. 西部医学,2011,23(12):2425-2426.

[5] 孙亚军,肖栩. 颈部淋巴结细针穿刺细胞学与组织学诊断的对比研究[J]. 中国实验诊断学,2011,15(10):1771.

[6] 朱雄增,平波. 细针穿刺细胞学检查在淋巴瘤病理诊断中的意义[J]. 循证医学,2010,10(5):261-264.

[7] 蔡妹,王丹,郭学松,等. 淋巴结肿大患者 68 例穿刺标本细胞学分析[J]. 中国冶金工业医学杂志,2009,26(3):324.