

现症原虫 1 例患者资料报道如下。

1 患者资料

中年男性患者,发热 1 周,发热时畏寒、寒战,最高体温 38.5℃,于他院经“阿奇霉素、左氧氟沙星、安痛定”治疗,体温降至正常,2~3 d 后再次发热,伴关节酸痛。3 年前曾在非洲工作,有疟疾病史。2012 年 10 月 11 日于本院就诊,门诊血涂片检查未见疟原虫;入院后给予痰热清、左氧氟沙星治疗,发热控制不理想,实验室检查显示:白细胞 $8.6 \times 10^9/L$,红细胞 $4.43 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 135 g/L,血小板 $120 \times 10^9/L$,中性粒细胞 71.4%,淋巴细胞 17.8%,单核细胞 10.50%,嗜酸性粒细胞 0.2%,抗结核分枝杆菌抗体、抗柯萨奇病毒 IgM、抗 EB 病毒 IgM、抗人单纯疱疹病毒 IgM、抗腺病毒 IgM 阴性,抗核糖体 P 蛋白抗体弱阳性,免疫球蛋白 E 210 IU/mL,C 反应蛋白 26.4 mg/L;B 超检查显示轻度脂肪肝、脾大,骨髓标本染色镜检发现疟原虫(见图 1)。

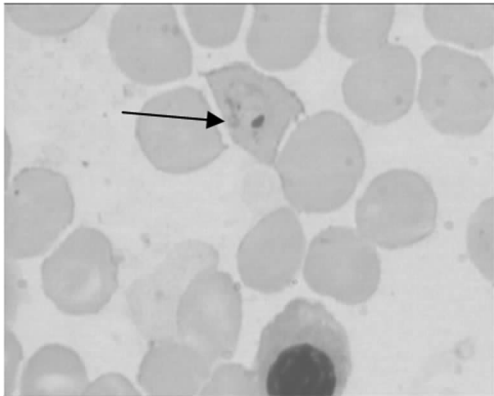


图 1 骨髓染色镜检疟原虫(瑞-吉氏染色, $\times 1\,000$)

2 讨论

经长期积极防治,国内疟疾发病率已有所降低,但随着旅游发展,境内外人口流动增大,输入性疟疾发病率有所升

高^[1-2]。本例患者曾有疟疾病史,此次检出疟原虫可能与疾病再燃或复发有关。再燃是由于治疗不彻底,导致残存于红细胞内的疟原虫大量增殖而引起疟疾发作;复发则主要与红细胞外期的疟原虫迟发型孢子有关。目前疟疾治愈临床标准为症状消失、血涂片镜检疟原虫阴性、近期无复发^[3]。该患者时隔 3 年后在骨髓中发现疟原虫,由此可见疟疾治愈标准中的随访时间应延长,并警惕红细胞外期虫体的潜伏。血涂片镜检的观察极限为 50~500 个原虫/微升,低于此浓度易导致漏诊、误诊^[4-6]。如何检出体内残存的微量疟原虫,避免疟疾再燃或复发,是临床医师、检验医师亟待解决的关键问题。

本例患者就诊时门诊血涂片检查未见疟原虫,分析原因可能为:(1)采用薄血片或检测者缺乏经验导致漏诊;(2)未在发冷期或发热期采集标本,导致检出率降低。本例患者经临床医师考虑,采取了骨髓涂片染色检查,提高了诊断阳性率。

参考文献

[1] 陆宝麟.我国疟疾流行及其媒介研究[J].预防医学文献信息,2001,7(1):98-101.
[2] 姚立农,许翔,夏生荣,等.疟疾暴发点后续监测效果评估[J].浙江预防医学,2011,23(5):19-22.
[3] 焦海胜.氟哌酸治疗重症疟疾 41 例[J].中国寄生虫学与寄生虫病杂志,1999,17(4):214.
[4] 罗恩杰,刘英杰,王继春,等.三种疟原虫检测方法的比较研究[J].中国人兽共患病杂志,2001,17(4):62-64.
[5] 吴亚晓,陶岚,徐秋波,等.恶性疟原虫感染 1 例合并文献复习[J].国际检验医学杂志,2011,32(13):1527-1528.
[6] 巫学兰.疟原虫镜检及鉴定方法探讨[J].实验与检验医学,2011,29(2):200-201.

(收稿日期:2012-11-21 修回日期:2013-01-12)

不典型慢性髓细胞白血病 1 例诊断与鉴别诊断

杨银忠,程文霞(四川省医学科学院/四川省人民医院城东病区,四川成都 610101)

【关键词】 不典型慢性髓细胞白血病; 诊断; 鉴别诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.087 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1622-02

不典型慢性髓细胞白血病(aCML)是世界卫生组织(WHO)关于造血系统和淋巴组织肿瘤分类中提出的,划分为骨髓增生异常/骨髓增殖性肿瘤(MD/MPN),临床较为少见,易引起误诊。本文报道 1 例 aCML 的诊断与鉴别诊断,以期引起足够的重视。

1 临床资料

1.1 体格检查 男性患者,80 岁,因“发现血小板减少 2⁺年,跌倒后头面部瘀斑 2⁺天”于 2012 年 1 月 21 日入院,体温 37℃,脉搏 70 次/分,呼吸 18 次/分,血压 120/78 mm Hg,双眼眶周围、右颞部、颈部大片皮肤瘀斑,双手手背、手腕大片皮肤瘀斑,胸背部、腹部、下肢皮肤散在瘀点及瘀斑;右颞部有约 5 cm×5 cm 大小血肿,表面皮肤少许破溃;睑结膜苍白,巩膜无黄染,口唇发绀,咽部充血,双侧扁桃体无肿大,舌体有少许出血点;双肺呼吸音粗糙,闻及干湿啰音;心界不大,心律不齐,可闻及早搏,心音低钝,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹部

丰满,全腹部无压痛、反跳痛及肌紧张,肝脾肋缘下未扪及,肝肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常;双下肢无水肿,神经反射无异常,病理征阴性。

1.2 实验室及影像学检查 血常规:白细胞 $65.1 \times 10^9/L$,血红蛋白 67 g/L,血小板 $7 \times 10^9/L$ 。外周血涂片:未见原始细胞,中幼、晚幼粒细胞 34%,易见环形粒细胞、假性 P-H 畸形等;红系易见双核、多核、核出芽等病态造血现象。凝血常规:凝血酶原时间(PT)15.3 s,PT-国际标准化比值(PT-INR)13.2,PT 比值(PT-R)1.3,其余正常。生化指标:总胆红素 53 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 22 $\mu\text{mol/L}$,肾功、电解质正常。Coombs 试验、输血全套、抗核抗体谱未见异常。胸片:双肺纹理增多、增粗,边缘模糊,左心室增大。腹部彩超:肝大、脂肪肝。免疫表型:MPO(+),CD68(+),CD38 及 CD138 个别细胞(+),CD34(-),CD3(-),MUM-1(-), κ (-), λ (-),F8(-),Ki-67 阳性率约为 5%,提示“慢性髓细胞白血病(CML)”。骨髓

涂片:粒系极度增生,以中幼、晚幼、杆状核粒细胞为主,易见双核粒细胞、环形核粒细胞、假性 P-H 畸形等(病态造血细胞占 30%),原始粒细胞 2%,红系可见双核、核出芽幼红细胞等(病态造血细胞占 25%),嗜碱性粒细胞 1%,单核细胞 2%,全片未见巨核细胞,血小板难见,提示“(1)MD/MPN;aCML?(2)CML?”。细胞组织化学染色:碱性磷酸酶染色(NAP)积 3 分。原位荧光杂交(FISH):t(9;22)(ABL;9q34),(BCR;22q11)检测结果 $ncu\ ish(ABL\times 2), (BCR\times 2)[400]$,提示“以上位点未见异常(Ph 染色体阴性),无 PDGFRA 基因重排”。融合基因检测:BCR-ABL 融合基因阴性,BCR-ABL(拷贝数)阴性,ABL(拷贝数) 4.57×10^4 ,BCR-ABL/ABL=0。

1.3 治疗 患者一般情况差,合并肺部感染、心率失常、电解质紊乱等,以抗感染、防治出血、输血等对症支持治疗,以阿糖胞苷化疗。

2 讨 论

2.1 aCML 的诊断 2001 年 WHO 诊断标准:(1)外周血白细胞增多,主要为成熟或不成熟中性粒细胞增多,粒系细胞增生显著异常;(2)Ph 染色体阴性,BCR-ABL 阴性;(3)幼稚中性粒细胞(早幼粒至晚幼粒细胞) ≥ 0.1 ;(4)嗜碱粒细胞绝对数量不增多或轻微增加,计数小于 0.02;(5)单核细胞不增多或轻微增加,计数小于 0.1;(6)骨髓组织切片示单核细胞增多,粒系增多且有发育异常,伴有或不伴有红系和巨核系发育异常;(7)外周血或骨髓中原始细胞小于 0.2^[1]。本例患者符合上述诊断标准,故诊断为 aCML。

2.2 与 CML 的鉴别 本例患者临床体征及实验室指标检查结果基本符合 1989 年第二届全国白血病治疗讨论会制定的 CML 慢性期诊断标准,但其病态造血显著,具有 MD/MPN 双重特点,既具有骨髓异常增生综合征(MDS)的病态造血现象和凋亡过度,又有 MPN 的骨髓髓系增殖特征,故该标准存在一定的局限性,应考虑使用 2008 年 WHO 提出的 MD/MPN 诊断标准。但 MPN 在病程中转化或出现病态造血,仅代表原有 MPN 转为侵袭性更强的加速期或急变期,而不是 MD/MPN^[2]。90%~95% 的 CML 患者具有典型的 t(9;22)(q34;

q11),但仍有 5%~10% 的患者 Ph 染色体阴性,故本例患者不能排除 CML 的可能性。根据 2008 年 WHO 诊断标准,BCR-ABL 融合基因是诊断 CML 的金标准,是与其他慢性骨髓增生性疾病鉴别的依据,故应诊断为 aCML^[3]。

2.3 与慢性中性粒细胞白血病(CNL)的鉴别 CNL 曾作为 CML 亚型,WHO 将其列为 MPD 实体,其诊断标准为:(1)外周血中性粒细胞持续增高;(2)骨髓粒系增生,但无病态造血现象;(3)NAP 积分增高;(4)维生素 B12、尿酸增高;(5)无感染、肿瘤或其他引起类白血病反应的疾病;(6)无 Ph 染色体和 BCR 重排^[2]。虽然该患者无 Ph 染色体和 BCR 重排,外周血中性粒细胞未持续增高,但有严重的病态造血现象及 NAP 积分降低,故排除此诊断。

2.4 与慢性粒单核细胞白血病(CMML)的鉴别 CMML 同属 MD/MPN 新分类疾病,但 CMML 外周血单核细胞明显增高($\geq 1.0\times 10^9/L$),骨髓单核细胞也增多,故可以排除。

aCML 与 CML、CNL 的鉴别诊断很重要,其治疗方案和预后有很大差别。分析临床和血液学检查结果,该患者具有 MD/MPN 双重特点,应考虑为 MDS/MPN,该诊断不能划分到 FAB 的 MDS 分型中^[3](曾认为 aCML 是 MDS 的特殊类型^[2]);2001 年 WHO 分类中列出 MD/MPN,该诊断可称为混合性 MD/MPN 综合征或重叠综合征。aCML 临床较为少见,易引起误诊,应引起足够的重视。

参考文献

- [1] 丛玉隆,李顺义,卢兴国.中国血细胞诊断学[M].北京:人民军医出版社,2010.
- [2] 林凤茹,郭晓楠,任金海.恶性血液病诊治和疗效标准[M].北京:人民军医出版社,2009.
- [3] 张之南,沈悌.血液病诊断及疗效标准[M].北京:科学出版社,2008.

(收稿日期:2012-11-20 修回日期:2012-12-12)

胸腹水诊断恶性淋巴瘤细胞形态学检查分析

陆超华(广西平南县人民医院检验科,广西平南 537300)

【关键词】 胸腹水; 恶性淋巴瘤; 细胞学

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.088 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1623-02

恶性淋巴瘤是常见的恶性肿瘤,全球范围内约占恶性肿瘤的 2.0%~4.8%,国内约占 3.0%~6.0%,且发病率呈逐年上升趋势。胸腹水脱落细胞学检查具有快速、准确、简便及患者痛苦少等优点,临床应用较为广泛,是癌症早期诊断的重要手段之一。目前国内报道以临床及病理组织形态观察为主,本文将从细胞形态学角度进行分析,以提高恶性淋巴瘤临床细胞学诊断率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2005 年 1 月至 2012 年 10 月经胸腹水细胞形态学确诊的恶性淋巴瘤患者 8 例,其中胸腔积液 3 例、腹水 5 例,均经病理及临床证实。

1.2 方法 采集新鲜胸腹水标本 10 mL,2 500 r/min 离心

5~10 min,弃去上清液,取沉淀的细胞层涂片,自然干燥,瑞氏染色,显微镜观察结果。

2 结 果

8 例患者均为非霍奇金氏淋巴瘤,其中小圆细胞型 3 例、中圆细胞型 2 例、裂细胞型 1 例、未能分型 2 例。

3 讨 论

3.1 细胞形态学特征 小圆细胞型:涂片细胞较多,细胞形态完整,大小较一致,核圆形,直径与红细胞类似,染色质聚集成凝块,多不见核仁,胞质极少。中圆细胞型:细胞中等大小,核圆或椭圆,染色质细粒状,核仁可见,但不明显,较小,胞质量少。裂细胞型:核形凹陷,切迹、裂沟,染色质粗粒状,分布松散,核仁小或不可见,胞质量不多或消失。