

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。

3.2 鉴别诊断 当涂片中出现多量小细胞时,应注意与小细胞未分化癌、结核性胸膜炎引起的反应性增生的淋巴细胞区别。

3.2.1 小细胞未分化癌 癌细胞较多,弥散分布,但也可出现紧密成团的细胞,细胞呈卵圆形或梭形,异型性明显,有明显的相嵌现象,核形态多样,粗颗粒染色质,偶可见核仁和核分裂相。

3.2.2 非霍奇金氏淋巴瘤 细胞大量出现,弥漫散在,极少聚集成团,细胞呈圆形或卵圆形,大小有差异但形状相似,核圆或椭圆形,核膜光滑,可出现块状染色质和明显核仁,核分裂象常见,80%的细胞可见核裂隙。

3.2.3 反应性增生的淋巴细胞 细胞数较多,单个散在,多以小淋巴细胞为主,圆形或椭圆形,个别形态不规则,染色质呈浓密云雾状,结构紧密,胞浆量少,核质边界清楚。

由于小细胞未分化癌、小圆细胞型非霍奇金淋巴瘤和小淋巴细胞的胞质均稀少,大部分呈裸核状态,所以鉴别主要依据核形态、核染色质和排列方式。小细胞未分化癌细胞核异形性明显,主要表现为核形多样性,染色质多为粗块状,而非霍奇金

氏淋巴瘤细胞核形态表现单一,但核染色质变化丰富,小淋巴细胞的核染色质则无恶性特点^[1-6]。

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] 徐玉莲,惠小阳,周道银. 胸腹水常规检查诊断恶性淋巴瘤一例[J]. 上海医学检验杂志,1995,10(2):122.
- [3] 杨佩. 全国淋巴瘤研究座谈会采用的各型淋巴瘤诊断标准介绍[J]. 中华肿瘤杂志,1988,10(5):151.
- [4] 蒋娅玲,肖宁新. 淋巴瘤性胸腹水细胞形态学特点[J]. 实用医技杂志,2007,14(15):2001-2002.
- [5] 周道银,凌励,赵超,等. 提高胸腹心包积液一般性检查质量的探讨[J]. 临床检验杂志,2002,20(2):107.
- [6] 周道银,张乐之. 胸腹水心包腔积液细胞诊断图谱[M]. 北京:人民军医出版社,1997.

(收稿日期:2012-11-11 修回日期:2012-12-12)

266 例胎儿窘迫的临床分析

抄晓萍¹,王 超²,吴凤琴²(1.首都医科大学全科医学系德胜社区卫生服务中心,北京 100120;
2.怀柔区妇幼保健院,北京 101400)

【关键词】 新生儿窒息; 胎儿窘迫; 病因

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.089 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1624-02

胎儿窘迫是由多种原因引起胎儿在宫内发生缺氧,从而产生酸中毒,对胎儿健康和生命造成严重危害的一种综合症状,是引起围生儿死亡和新生儿窒息的重要原因。胎儿窘迫多在胎儿临产过程中发生,部分病例也可出现在妊娠后期,严重者可出现神经系统后遗症(如智力低下和新生儿脑瘫等),甚至导致死亡。本文就 266 例胎儿窘迫进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月至 2011 年 6 月笔者所在医院共分娩 2 231 例新生儿,其中 1 026 例为阴道分娩,1 205 例为剖宫产;经检测确诊 266 例发生胎儿窘迫,胎儿窘迫发生率为 11.92%,47 例出现新生儿窒息。病因中 39 例为羊水胎粪污染者(Ⅲ度 22 例,Ⅱ度 17 例),发生新生儿窒息 17 例,发生率为 43.59%;胎心监护异常者 203 例,发生新生儿窒息 10 例,发生率为 4.93%;胎心监护、羊水均异常者(包括羊水过少、羊水胎粪污染Ⅱ度、Ⅲ度)24 例,发生新生儿窒息 20 例,发生率为 83.33%。266 例胎儿窘迫病例中,单胎 263 例、双胎 3 例,初产妇 208 例、经产妇 58 例;年龄在 18~37 岁之间,平均年龄 26.5 岁;孕周 30~43 周,平均孕周 38 周;新生儿体质量 1 500~4 000 g。235 例足月妊娠,18 例孕周不低于 42 周,13 例孕周小于 37 周,68 例高危妊娠。

1.2 胎儿窘迫产生原因 胎儿因素:胎儿畸形和心血管系统功能障碍等;母体因素:由前置胎盘、胎盘早剥、贫血、妊娠糖尿病、妊娠高血压疾病、产程延长、过期妊娠、孕妇精神过度紧张、胎膜早破、宫缩过强等引起的母体血液含氧量不足;胎盘因素:包括胎盘形状异常(轮廓胎盘和膜状胎盘等)、胎盘发育异常

(过大或过小)、过期妊娠以及胎盘感染等胎盘功能低下情况;脐带因素:如脐带血运障碍;其他因素:如羊水过少等。

1.3 胎儿窘迫诊断标准 根据乐杰主编的《妇产科学(第 6 版)》,其标准如下:(1)胎心率异常变化:在无胎动和无宫缩的情况下,出现持续 10 min 以上的胎心率小于 120 次/分钟或大于 160 次/分钟,经胎儿电子监护宫缩应激试验提示有多发重度变异减速和晚期减速;胎心率小于 100 次/分钟和基线变异小于 5 次/分钟,晚期减速频繁发作表明胎儿缺氧程度严重,胎儿可能随时死于宫内。(2)羊水以及胎粪污染:根据污染程度羊水污染可分为Ⅲ度,Ⅰ度羊水呈浅绿色,多见于胎儿有慢性缺氧;Ⅱ度羊水呈黄绿色或深绿色,表明胎儿为急性缺氧;Ⅲ度羊水呈棕黄色且稠厚,表明胎儿严重缺氧。(3)胎动变异:每 12 小时胎动小于 20 次为胎动减少^[1]。

1.4 胎儿窘迫观察

1.4.1 胎心观察 在第一产程时正确对胎心进行监护和对异常情况及时进行处理尤为重要,胎心变化是胎儿健康状况和储备能力的一种体现,是建立在胎儿中枢神经系统调节机制可正常发挥作用的基础上。胎心听诊时间间隔可根据分娩的不同时间进行调整(如在潜伏期间隔 1~2 h、活跃期间隔 15~30 min、第二产程间隔 5~10 min),每次听诊 1 min。在宫缩强时听胎心的频次相对增加。活跃期对胎心进行定时监护,尤其是高危妊娠病例,其原因是:宫缩持续时间在活跃期相对长,间歇时间相对较短,存在高危因素时,胎儿耐受缺氧的能力较差。

1.4.2 羊水观察 作为观察胎儿状况的临床重要指标,羊水性状的观察对胎心异常者显得尤为重要。在临产孕妇宫口扩