

因很多,包括生成减少、破坏过多、分布异常等^[8],临床上分为造血系统疾病和非造血系统疾病。其临床表现大多数无特异性,仅靠血小板计数或外周血细胞形态检查不能完全明确诊断。在临床诊疗中,详细地了解病史、分析临床表现以及进行必要的检查,对及时诊断是非常重要的。

参考文献

- [1] 熊立凡,刘成玉. 临床检验基础[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2007:84.
- [2] Kaly P, Garnock J, Susan JK. Eltrombopag[J]. Aais Drue Profile, 2009, 69(5):567.
- [3] 胡群. 规范儿童免疫性血小板减少症的诊断治疗[J]. 临床儿科杂志, 2011, 29(5):411-413.

• 个案与短篇 •

- [4] 周灵玲,张小梅. EDTA 依赖性假性血小板减少误诊为特发性血小板减少性紫癜[J]. 临床医学, 2007, 27(12):91.
- [5] 魏秀丽. MDS 误诊为特发性血小板减少性紫癜 10 例分析[J]. 中国误诊杂志, 2008, 8(25):6141.
- [6] Crapnell K, Zanjani ED, Chaudhuri A. et al. In vitro infection of megakaryocytes and their precursors by human cytomegalovirus [J]. Blood, 2000, 95(2):487-493.
- [7] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 116-122.
- [8] 陈文彬,潘祥林. 诊断学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 260-261.

(收稿日期:2012-12-15)

母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤并发肿瘤细胞白血病 1 例

孙建芬

(上饶市第五人民医院,江西上饶 334000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.14.076

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)14-1919-02

母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤十分罕见,全球范围内报道的病例仅百余例。本文将 1 例母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤并发肿瘤细胞白血病病例的临床资料和诊断情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,女,25 岁,四个月前无意间发现腹部皮下两个小结节,表面光滑,局部无明显疼痛,无头晕、乏力,无发热、咳嗽,无恶心、呕吐,当时未引起重视而未诊治。九月份出现全身多处(腹部、胸部、背部等)浅表小结节。10 月 28 日出现头晕、乏力,低热等症状来院诊治。查体:体温 37.5℃,脉搏 85 次/分钟,呼吸 20 次/分钟,血压 100/60 mmHg。神志清楚,精神一般,扶入病房,贫血貌,全身皮肤可见多处瘀点及大小不一散在皮下结节,边界清楚,色稍红,压痛明显,活动度可,颈部、颌下、腋下及腹股沟可触及多个大小不一肿大淋巴结,大者直径约 5 cm,表面光滑,活动度可,压痛不明显。眼睑稍浮肿,巩膜无黄染。口唇苍白,咽部稍红,扁桃体 I°肿大。胸骨无压痛,两肺呼吸音粗,未闻及干、湿性罗音。腹平坦,无明显压痛及反跳痛。肝区、双肾区无叩击痛。双下肢无浮肿。胸部+上腹部 CT 检查示:双侧腋下及腹膜后多发小淋巴结可见,脾大。头颅 MRI 检查示:鼻咽顶后壁增厚,右侧椎动脉硬膜内段稍细小,全组副鼻窦及双侧中耳乳突黏膜轻度肥厚。SPECT 检查示:全身骨显像未见明显异常。心电图报告:窦性心动过速。

1.2 方法 对患者进行实验室检查、病理活检和骨髓涂片检查。

2 结果

2.1 实验室检查结果 白细胞(有核细胞)72.4×10⁹/L,成熟中性粒细胞 0.5%,嗜酸性粒细胞 0.5%,晚幼红细胞 0.5%,淋巴细胞 5.5%,原始细胞样肿瘤细胞 93%。红细胞 1.92×10¹²/L,血红蛋白 69.00 g/L。血小板 68×10⁹/L。外周血免疫分型(%):T 细胞系,CD5 0.1、CD2 0.4、CD3 0.7、CD7 0.3; B 细胞系,CD19 0.4、CD10 0.1、CD22 0.9、κ 0.1、λ 0.1;髓系,CD13 17.3、CD14 0.7、CD15 68.4、CD33 0.1、CD11c 99.4;红系,GPA 8.7;巨核系,CD61 1.0;干细胞及非特异性标记,CD34 0.1、HLA-DR 99.8;其他,CD38 99.7、CD56 53.5、CD117 2.6、CD103 8.4、CD138 1.0。

2.2 病理活检结果 下腹皮下结节 1、2 病理:(1 瓶)灰白灰黄色梭形皮瓣组织 1 块,大小 2.8 cm×1 cm×1.2 cm,取 2 盒。(2 瓶)灰白灰黄色梭形皮瓣 1 块,大小 3 cm×1.4 cm×1.2 cm,取 2 盒。光镜所见:送检组织被覆复层鳞状上皮,真皮层见小而一致的细胞弥漫浸润,浸润皮下脂肪组织及皮肤附属器,细胞大小中等,细胞核不规则,染色质细致,核仁明显,可见核分裂象。免疫组化:CK(-)、CD3(-)、CD45RO(-)、CD79a(-)、CD20(-)、PAX-5(-)、Ki-67(+,约 50%)、CD10(-)、CyclinD1(-)、CD23(-)、CD38(+),CD138(-)、CD2(-)、CD4(+),CD5(-)、CD7(-)、CD8(-)、CD56(+),TdT(-)、CD43(+),CD30(-)、CD117(-)、CD99(-)、CD34(-)、MPO(-)、S-100(-)、HMB45(-)、Melan-A(-),EBER(-)(免疫组化由南方医科大学南方医院病理科提供)。病理诊断:(下腹皮下结节 1、2)母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤。

2.3 骨髓涂片结果 骨髓有核细胞特征:骨髓有核细胞增生极度活跃。粒、红和巨核细胞三系增生受抑。骨髓有核细胞分类:中幼红细胞 0.5%,嗜酸粒细胞 0.5%,淋巴细胞 4.0%,原始细胞样细胞 95%。全片见 5 个颗粒巨核细胞,血小板散在少见。骨髓片很难见到粒系细胞。原始细胞样细胞在血片和骨髓片分别占 93%和 95%。该类细胞中等大小,圆形、椭圆形或不规则型;浆量不多,蓝色、灰蓝或蓝红色,无颗粒,不透明,可见空泡;核圆形或凹陷、折叠等不规则形,端位或中心位,染色质细致颗粒状,有的核仁明显,1 个或多个。偶见双核细胞,可见分裂体及组织细胞样原始细胞。POX 阴性,PAS 只是强弱不同,几乎 100%阳性。

3 讨论

从病历资料可知:该患者下腹部皮下结节 1、2 病理光镜所见及免疫组化 CD4⁺、CD56⁺等。原位杂交:EBER(-)。可诊断为 CD4⁺、CD56⁺的母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤^[1]。血片和骨髓片的细胞形态,特别是外周血细胞免疫分型可排除急性淋巴系和髓系白血病。外周血和骨髓以原始细胞样细胞为主,CD138(-)等,可以排除原发性浆细胞白血病,且原始细胞

样细胞大于 30%，可诊断母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤白血病。因而，本病例诊断成立。

母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤(BPDCN)是一种极为罕见的具有高度侵袭性的造血和淋巴组织恶性肿瘤。部分淋巴瘤病例在晚期可并发类似急性淋巴细胞白血病，组织细胞性淋巴瘤也可并发急性组织细胞性白血病或类似急性单核细胞白血病。同样，BPDCN 也可并发该类型肿瘤白血病。因 BPDCN 与体内的浆细胞样树突细胞有相似的免疫表型和生物学行为。因此，2008 年 WHO 造血和淋巴组织肿瘤分类将其命名为一组独立的 BPDCN^[2]。至今病因不明，无 EB 病毒感染证据。可发生于任何年龄，但以老年人多见^[3]，无明显的地域分布差异。从病历资料可以看出：BPDCN 易侵犯皮肤、淋巴结和骨髓等，其中以侵犯皮肤最常见^[4]。皮损初期可局限性，随着疾病的发展，可弥漫性多发。皮损以结节、红斑等形式为表现。虽然 BPDCN 是一种少见的造血和淋巴组织恶性肿瘤，具有独特的免疫表型，常表达 CD4⁺、CD56⁺、CD43⁺ 或 CD123⁺，从病理免疫组化和外周血免疫分型可以看出：不表达系别特异标记。肿瘤细胞形态类似于淋巴母细胞或原始单核细胞。诊断依据常以形态学特点和细胞免疫表型分析。

患者出现肿瘤细胞的骨髓浸润或肿瘤细胞白血病，预示病情更加凶险、疗效更差、生存期更短。该病人在治疗的十天中，一直伴有头晕、乏力、低热甚至高热，数次晕倒。在 2012 年 11

• 个案与短篇 •

月 6 日 16 时下床如厕时突然晕倒、呼吸困难、体温 39.3℃，血氧饱和度 70%，心率 132 次/分。于 19 时血氧饱和度降至 50%，心率 150 次/分，家属要求放弃治疗。由此可见，BPDCN 对化疗和放疗均不敏感，预后极差。

BPDCN 病人的骨髓检查，首先应考虑肿瘤细胞是否骨髓浸润或并发 BPDC 白血病。因病人外周血 WBC(有核细胞) 72.4×10⁹/L，且 93%为原始样细胞。专家会诊后的意见是排除其他血液系统白血病，后因病人家属及病人等因素，外周血和骨髓未做 CD4、CD43、CD123 BPDCN 特异性标志物。所以，只能用排除法，实属遗憾，特此说明。

参考文献

- [1] 刘恩彬,陈辉树.骨髓活细胞塑料包埋切片铁染色在血液病病理诊断中的意义[J].诊断病理学杂志,2011,12(4):320-323.
- [2] 马磊,黎阳.儿童母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤 1 例分析[J].中国实验血液学杂志,2013,8(1):26-28.
- [3] 孙莉,李娟.母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤研究进展[J].中国皮肤性病学杂志,2012,10(4):280-282.
- [4] 周小鸽,陈辉树.造血与淋巴组织肿瘤病理学和遗传学[M].北京:人民卫生出版社.2006:387.

(收稿日期:2012-12-15)

D-二聚体测定的质量控制分析

王惠良¹,袁丽芳²

(1. 河北省滦南县妇产医院检验科 063500;2. 河北省滦南县县医院检验科 063500)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.14.077

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)14-1920-01

血浆 D-二聚体测定的质量控制与现代医学检验技术关系密切,对其检测方法的不断提高改进,已经大大提高了检验科的工作效率。而临床检测过程中,由于受到多种因素影响,常会导致形成假阴性或假阳性结果,直接影响着临床诊断,因血浆 D-二聚体反映受检者体内凝血-纤溶系统活化状况,与多种疾病密切相关,而血浆 D-二聚体的检测及疾病诊断受到多重因素的影响,因此,要取得临床检验结果的准确性,就必须加强 D-二聚体测定的质量控制工作。本文就血浆 D-二聚体测定的前中后进行逐一阐述。

1 分析前的质量控制

1.1 受检者状态的控制 受检者的状态,包括年龄大小、妊娠时期、生理变化、所患疾病、饮食改变、服用药物等会影响 D-二聚体的检测结果,在采集血液标本时,若未注意到这些因素,易对结果作出错误的判断。

随着年龄的增长,特别是老年人 D-二聚体的水平有所升高,与年轻人相较有显著性差别。妊娠期妇女的 D-二聚体水平也会升高,且双胎妊娠的升高更明显^[1]。剧烈运动,可使组织纤溶酶原激活物(t-PA)大量释放到血循环致使纤溶酶活性增高^[2],月经期妇女纤溶活性也明显增高。

在溶血栓治疗、脑血管卒中、严重感染、重症肝病、脓毒症、先兆子痫、甲状腺功能低下等情况下常有凝血和纤溶系统的激活,也可见 D-二聚体的升高。另外有些情况会使 D-二聚体检测偏低,出现假阴性结果,如小血栓的 D-二聚体水平低于大血栓,陈旧性血栓的 D-二聚体水平低于新发的,导致一些陈

旧性小血栓 D-二聚体呈现假阴性结果。因此,在进行疾病诊断时,应考虑病情的影响。

另外,食物也会影响 D-二聚体测定,有研究表明多食用高脂肪食物,造成高脂血症的患者,血管内皮细胞受损,t-PA 的合成和释放相对减少,血浆 t-PA 的活性明显降低^[3],患者纤溶系统受到抑制,D-二聚体结果常偏低,易造成假阴性结果。也有报道称,饮酒者较不饮酒者 D-二聚体水平有显著升高^[4]。

另外,也有研究证实,某些高血压药物(如氯沙坦)也可以降低高血压患者的纤溶酶原激活抑制物-1,升高 t-PA 活性,D-二聚体测定结果升高,造成假阳性结果。因此,在检测时应充分考虑到患者所服用的药物对结果的影响,患者应停用影响试验的药物至少一周。

1.2 抗凝剂的控制 国际血液学标准化委员会推荐使用抗凝剂为 0.109M 枸橼酸钠,与血液的容积比为 1:9,这个比例基于标本血的红细胞压积在正常范围内,若标本血的红细胞压积异常增高或异常减低时,由于枸橼酸钠离子不能进入红细胞内,如不调整适合不同红细胞压积的抗凝量,则可使 D-二聚体结果增高或降低。另外,抗凝剂的量要准确,抗凝剂量少会使 D-二聚体测定结果偏高,反之结果偏低。

1.3 标本的采集和处理 采血时,要求患者在空腹、安静状态下进行,以早晨 7:00~9:00 最为适宜,因为生物钟时间对检测指标有一定影响,对于经常测定的患者来说,最好选在固定的时间采血。采血时止血带的使用时间要短,否则可使局部血液浓缩、内皮细胞释放 t-PA,激活纤溶系统,造成假(下转封 3)