·经验交流·

224 例慢性髓系白血病伴类脂质细胞增多患者骨髓检测结果分析

金晓希

(湖北省荆门市第一人民医院检验科,湖北荆门 448000)

摘　要:目的　探讨慢性髓系白血病(CML)伴类脂质细胞增多病例的临床意义,并进行分析比较。**方法**　对近 8 年来该地区 224 例初发 CML 患者进行相关资料进行回顾性分析,着重对类脂质细胞的观察与计数,先用低倍镜搜寻,再用油镜辨认。**结果**　224 例 CML 初诊患者中有 38 例伴类脂质细胞增多,占 16.9%。其中,类高雪氏细胞 17 例,占 44.7%,平均 48.5 个/片(4～93 个/片);海蓝组织细胞 13 例,占 34.2%,平均 98.3 个/片(13～533 个/片);类戈谢细胞 8 例,占 21.1%,平均 8.6 个/片(3～25 个/片);海蓝细胞和类戈谢细胞同时可见 2 例,占 5.3%。**结论**　该地区 CML 患者中伴类脂质细胞增多患者比例相对于其他文献报道较低,考虑与地域有关,CML 骨髓中出现类脂质细胞的机理值得进一步探讨,应当加强这方面的骨髓片的观察,以免遗漏。

关键词:白血病,骨髓,慢性,BCR-ABL 阳性;　骨髓检查;　实验室技术和方法

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.22.040　　**文献标识码:**B　　**文章编号:**1673-4130(2012)22-2768-02

慢性髓性白血病即慢性髓系白血病(CML)简称慢粒,是一种多功能造血干细胞克隆性增生性疾病。有文献报道,急性或慢性粒细胞白血病及相关血液病中骨髓片中可发现少量(数个至数十个)类脂质细胞[1-2]。笔者将本院近年来确诊为 CML 的骨髓涂片中类脂质细胞进行分析,旨在为本地区相关研究提供资料和数据,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取本地区第一人民医院 2004 年 1 月至 2012 年 1 月门诊和住院初诊的 CML 患者 224 例,诊断均符合《血液病诊断及疗效标准》[3],均未使用过马利兰、羟基脲及伊马替尼等药物治疗。

1.2　仪器与试剂　Olympus CX-22 双目光学显微镜,购于日本奥林巴斯光学工业株式会社驻上海分公司;瑞氏-姬姆萨复合染液、中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)染色液、过氧化物酶(POX)染色液、糖原(PAS)染色液均购于珠海贝索生物技术有限公司。

1.3　方法　骨髓涂片做常规瑞氏-姬姆萨染色,NAP 染色及积分计算,部分标本做 POX 和 PAS 染色,对 224 例 CML 骨髓涂片标本进行复查,对全片类脂质细胞先进行低倍镜搜寻,再用油镜进行辨认,记录形态及数量,同时分析临床和实验室资料。

2　结　　果

2.1　临床资料　224 例 CML 初诊患者中有 38 例伴类脂质细胞增多,其中男 21 例,女 17 例,年龄 22～69 岁,平均45.5 岁。

2.2　实验室资料　WBC、HB、PLT 的中位数分别为 28.2×10^9/L、86 g/L 和 462×10^9/L,数值的范围分别为 $(11.7\sim431.2)\times10^9$/L、$(45\sim10^3)$ g/L、$(78\sim756)\times10^9$/L。外周血涂片中均以中性杆状核及分叶核粒细胞为主,并可见各阶段原幼稚细胞,原始细胞细胞小于 5%,嗜酸性粒细胞 、嗜碱性粒细胞增多。NAP 染色 11 例为阳性,积分为 3～12 分。

2.3　骨髓象检查　骨髓有核增生极度活跃者 18 例,明显活跃者 15 例,活跃者 5 例。原始细胞小于 5%,嗜酸嗜碱性粒细胞增多,红系受抑制。骨髓涂片中类高雪氏细胞 17 例,占 44.7%,平均 48.5 个/片(4～93 个/片);海蓝组织细胞 13 例,占 34.2%,平均 98.3 个/片(13～533 个/片);类戈谢细胞 8 例,占 21.1%,平均 8.6 个/片(3～25 个/片);海蓝细胞和类戈谢细胞同时可见 2 例,占 5.3%。

2.4　细胞化学染色结果　类高雪氏细胞 POX 染色阴性,PAS 染色强阳性(与尼曼-匹克氏细胞相区别);海蓝组织细胞 POX 染色阴性,类戈谢细胞 POX 阴性,PAS 染色强阳性(与尼曼-匹克氏细胞相区别)。类高雪氏细胞形态:圆形,椭圆形或多边形,核小,偏位,多见 1 个,可见 2～6 个核,核染色质呈网状或浓密而结构不清,有的可见核仁。胞浆量多,染色呈浅紫红色,并见条纹状或葱皮样结构。海蓝组织细胞形态:胞体较大,含 1 个偏位的圆形核,染色质聚集,胞浆内含有数量不等的海蓝色或蓝绿色颗粒,按形态学特征分为海蓝颗粒型、颗粒泡沫型、泡沫型和退化型。类戈谢细胞形态:胞体偏大,呈圆形或椭圆形,胞浆量丰富,灰蓝色至浅红色,含有许多波纹或条纹状纤维,有时可见吞噬白细胞、红细胞、血小板和色素样物质,核小偏心位,核染色质网状结构或结构不清,核仁显隐不一,可见1～6 个。

3　讨　　论

CML 属于慢性骨髓增殖性疾病(cMPD)。源于造血干细胞克隆性异常,具有特异性的 Ph 染色体和(或)具有 BCR/ABL 融合基因。高雪氏细胞属于脂质贮积病的一种细胞,可分为原发性和继发性。非原发性高雪氏病出现高雪氏细胞多见于急、慢性白血病,增生性贫血等各类血液病,在骨髓中出现并称为类高雪氏细胞。类高雪氏细胞与高雪氏细胞有十分相似的免疫表达,两者均与单核细胞抗体有强烈的反应,在 HLA-DR 抗原高雪氏细胞比类高雪氏细胞要强,因此,可以肯定它们起源相同,属相同系统,也就是单核-巨噬细胞系统[4]。CML 的 ph 染色体阳性率可高达 98%以上,当治疗消减 ph 克隆则可以稳定、延长慢性期。Kvasnickad 等[5]报道,有类高雪氏细胞的 CML 患者化疗效果较好,存活期延长,说明类高雪氏细胞的出现对 CML 预后的判断有重要的意义。

海蓝组织细胞是泡沫细胞,实质是正常酶系统的过度负荷或酶缺陷而使泡沫细胞内蜡样物质或神经鞘糖磷脂的过度贮积所形成。海蓝组织细胞在 CML 中的类型,文献报道不多,我们观察海蓝组织细胞以泡沫型和颗粒泡沫型居多,海蓝组织细胞的数目和分型对 CML 在诊断、治疗方面有何意义,还有待于进一步研究。

戈谢病中戈谢细胞的形成是由于缺乏脑苷脂裂解酶而引起脑苷脂代谢障碍致使脑苷脂大量沉积在单核-巨噬细胞内,并引起单核-巨噬细胞增生的病理改变。而在造血系统的恶性疾病患者的骨髓中,偶尔会发现一些结构与戈谢细胞相似的异常组织细胞,但是患者无明确的戈谢病遗传史以及相应的症状和体征,此类细胞为类戈谢细胞。类戈谢细胞与戈谢细胞虽然

形态结构及染色结果相似,但两者形成机制不同,戈谢细胞是由于β-葡萄糖苷酶的遗传性缺陷造成的,而类戈谢细胞常由于红细胞或白细胞崩解,脑苷脂负荷过重,致使葡萄糖苷脂不能分解为葡萄糖和 N-酰基鞘氨醇而沉积在单核-巨噬细胞内形成类戈谢细胞。另据报道,类戈谢细胞为 CML 患者常规化疗保护性因素[5],由于经济原因,相当一部分国内的 CML 患者不能接受现阶段高价位的伊马替尼治疗,因此,类戈谢细胞对 CML 的诊断及判断其预后有重要意义。

类高雪氏细胞、海蓝组织细胞及类戈谢细胞均属于脂质贮积细胞病变,类脂质细胞出现在 CML 患者骨髓中有无重要意义有待进一步探讨,我们发现相关实际报道相对集中且文献较少。此次本地区调查 224 例 CML 患者中,伴类脂质细胞增多 38 例,占 16.9%。而目前国内类脂质细胞出现在 CML 患者骨髓中报道阳性率比例不一,差别甚大(3.6%～31.6%)[6-7]。笔者考虑可能由于地域差异,广东、广西等沿海一带血液病患者集中,患血液系统恶性肿瘤的风险较高,且 CML 又是多能造血干细胞克隆性增生性疾病,骨髓增生情况多呈明显增生至极度增生之间,且患者易见现染色体异常,导致 CML 伴类脂质细胞增多比例也相应增多,此结论有待探讨。CML 出现类脂质细胞比率虽然不低,但由于重视程度不够,或对这类细胞的形态认识不足等原因,其漏报率可能相当高。虽然我们没有骨髓涂片方面漏报率的国内外资料,但有报道在骨髓活检中,当每片类脂质细胞小于或等于 250 个时漏报的风险至少为 50%;当每片类脂质细胞小于或等于 70 个时漏报的风险竟超过 80%[8],所以对这类患者的骨髓片应认真仔细地查找有无类脂质细胞,以免遗漏,延误诊断和对预后的判断。

本次调查虽然样本量有限,但其结果在本地区的 CML 患者中具有一定代表性,这些资料为本地区疾病的相关研究积累了资料和数据。

参考文献

[1] 谭春艳,任咏薇.慢性髓系白血病与类高雪氏细胞(附 90 例报告)[J].广西医学,2001,23(4):859-860.

[2] 王彩云,史敏,刘永春,等.慢性粒细胞白血病伴类脂质细胞增多的形态学分析[J].河北医科大学学报,2008,5(3):412-413.

[3] 张之南.血液病诊断及疗效标准[M].2 版.北京:科学出版社,1998:219.

[4] Florena AM,Franco V,Campesi G.Immunophenotypical comparison of Gaucher's and pseudo-Gaucher cells[J].Pathol Int,1996,46(2):155-157.

[5] Kvasnicka HM,Thiele J,Schmitt-Graeff A,et al.Prognostic factors and survival in chronic myeloproliferative disorders[J].Pathologe,2000,21(1):63-64.

[6] 孔立新,葛林阜,杨波,等.急性淋巴细胞白血病合并类戈谢细胞增多症 1 例[J].实用医药杂志,2008,9(9):1053.

[7] 谭春艳,覃桂芳,曾维平,等.骨髓和血液学指标在判断慢性粒细胞白血病患者预后中的作用[J].检验医学,2005,20(2):109-111.

[8] Büsche G,Majewski H,Schlué J,et al.Frequency of pseudo-Gaucher cells in diagnostic bone marrow biopsies from patients with Ph-positive chronic myeloid leukaemia[J].Virchows Archiv,1997,430(2):139-148.

(收稿日期:2012-06-22)

·经验交流·

脑梗死患者血清 hs-CRP 联合 cTnI 和血脂水平检测及其临床意义

何文军[1],莫　翔[2],李先锋[3],梁少华[1]

(南宁市第一人民医院:1.核医学科;2.检验科;3.神经内科,广西南宁 530022)

摘　要:目的　探讨脑梗死患者血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、肌钙蛋白 I(cTnI)水平及低密度脂蛋白(LDL-C)、高密度脂蛋白(HDL-C)、三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)等反映血脂水平指标的变化及临床意义。**方法**　对脑梗死组 92 例患者(轻型脑梗死组 29 例、中型脑梗死组 36 例、重型脑梗死组 27 例)进行血清 hs-CRP、cTnI 及 LDL-C、HDL-C、TC、TG 等血脂指标水平的检测,并与健康对照组的 40 例健康受试者进行比较分析。**结果**　脑梗死组血清 hs-CRP、cTnI 及 LDL-C、TC、TG 等血脂水平高于健康对照组($P<0.05$),血清 HDL-C 水平低于健康对照组($P<0.05$);轻、中型脑梗死组血清 hs-CRP、cTnI 及 LDL-C、TC、TG 等血脂指标水平均低于重型脑梗死组,HDL-C 水平均高于重型脑梗死组,差异均有统计学意义($P<0.05$);轻型脑梗死组血清 hs-CRP、cTnI 水平均低于中型脑梗死组($P<0.05$)。血清 hs-CRP 与 LDL-C、TC、TG 等血脂指标水平均呈正相关($P<0.05$),与血清 HDL-C 水平呈显著负相关($P<0.05$),血清 hs-CRP 与 cTnI 水平呈显著正相关($P<0.05$)。**结论**　检测脑梗死患者血清 hs-CRP、cTnI 及 LDL-C、HDL-C、TC、TG 等血脂指标水平对患者病情评估及治疗均具有重要的临床意义。

关键词:脑梗死;　脂类;　肌钙蛋白;　C 反应蛋白质

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2012.22.041　　**文献标识码:**B　　**文章编号:**1673-4130(2012)22-2769-03

脑梗死是因脑动脉粥样硬化引起脑动脉血管内膜损伤、局部血栓形成,致使脑血管管腔狭窄或阻塞、脑组织缺血、缺氧甚或坏死,进而引起神经功能受损的脑血管疾病,多发于 45～70 岁中老年人,其致死及致残率高,严重危害着人们的健康和生命[1]。据文献[2]报道,血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)是炎症反应的重要生物学标志,也是导致动脉粥样硬化发生的重要炎症因子;血脂异常是动脉粥样硬化发病的重要因素;急性脑卒中易引起继发性心脏损害,表现为心肌酶谱及肌钙蛋白 I(cTnI)水平的改变。但目前尚无有关 hs-CRP、cTnI、血脂水平与脑梗死病情严重程度关系及上述指标相关性的研究报道。本文通过检测急性脑梗死患者血清 hs-CRP、cTnI 及三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL-C)、高密度脂蛋白(HDL-C)等血脂水平,探讨了血清 hs-CRP、cTnI 及血脂水平变化与脑梗死病情严重程度的关系,以期为脑梗死病情评估及诊治提供参考性依据。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 2011 年 4 月至 2012 年 4 月本院收治的急性脑梗死住院患者 92 例,均参照 1995 年全国第四届脑血管