

参考文献

[1] Vasallo FJ, Lopez-Miragaya L, Rodriguez A, et al. Apparently flase-positire blood cultmls due to autolyzed Streptococcus pneumoniae[J]. Clin Microbiol Infect, 2000, 6(12): 688-689.

[2] 王沛, 吕志华. 肺炎链球菌抗原试验快速检测阳性血培养瓶肺炎链球菌[J]. 热带医学杂志, 2008, 8(1): 47-48.

(收稿日期: 2012-12-08)

• 个案与短篇 •

儿童 114 例血小板减少病因分析

任瑞平

(湖北医药学院附属襄阳医院/襄阳市第一人民医院检验科, 湖北襄阳 441000)

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.14.075      文献标识码: C      文章编号: 1673-4130(2013)14-1918-02

血小板减少在儿科属常见病、多发病。临床上以皮肤、黏膜自发性出血和血小板下降, 出血时间延长和血块收缩不良、毛细血管脆性增加等为特点。也有少部分患者的病因不明。此病反复发作, 缠绵难愈, 治疗较困难。严重威胁儿童的生命安全。笔者对 2010 年 1 月至 2012 年 1 月湖北医药学院附属襄阳医院 114 例血小板减少的患儿进行分析, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2012 年 1 月来本院门诊及住院的患儿 114 例, 其中男 68 例, 女 46 例, 发病年龄介于 1~10 岁之间, 中位年龄 5 岁。并排除明显影响血小板的疾病(如肝病等)。

1.2 仪器与试剂 BC-5300 型全自动血细胞分析仪, 仪器经高、中、低全血标准物校正各项指标均正常, 室内质控在控。仪器使用的试剂均为原厂配套试剂; EDTA 真空抗凝管购自武汉致远医疗科技有限公司。

1.3 方法 静脉抽血 2.0 mL, 用 EDTA 抗凝, 抽血后 30 min 以内用 BC-5300 型全自动血细胞分析仪对血细胞的有形成分进行分析。

1.5 临床表现 患儿发病时有部分皮肤有瘀斑、瘀点(特别是四肢内侧), 还有的有牙龈及鼻衄, 有极少数有大小便带血。另外有部分无任何临床症状。实验室检查结果, 临床上把血小板浓度数少于  $100 \times 10^9/L$  称为减少<sup>[1]</sup>。本次发现的 114 例患儿发病时, 血小板轻度减少( $50 \times 10^9/L < PLT < 100 \times 10^9/L$ ) 的有 59 例, 血小板中度减少( $25 \times 10^9/L < PLT < 50 \times 10^9/L$ ) 的有 44 例, 血小板重度减少( $10 \times 10^9/L < PLT < 25 \times 10^9/L$ ) 的有 8 例, 血小板极重度减少( $\leq 10 \times 10^9/L$ ) 的有 3 例。其中 107 例进行骨髓细胞学检查, 7 例拒绝行骨髓细胞学检查。骨髓结果: 巨核细胞计数正常或增多, 幼稚巨核细胞比例正常或稍高, 血小板巨核细胞数减少。全部患儿均进行了病原学检查, 其中支原体感染者 25 例(21.92%), 呼吸道合胞病毒感染 19 例(16.67%), 轮状病毒感染 13 例(11.40%), 巨细胞病毒感染 12 例(10.53%)。

2 结 果

单纯血小板减少属良性疾病, 大多数患者经恰当治疗可获痊愈。极少数患者可因内脏出血而死亡, 即使这样也应该高度重视, 防止并发症<sup>[2]</sup>。114 例患儿经与临床反馈, 69 例病毒感染给予丽科伟及更昔洛韦治疗, 全部病例 PLT 均在治疗后 2~15 d 内上升至大于  $100 \times 10^9/L$ , 除 1 例外, 无复发者。出院后随访, PLT 一直大于  $100 \times 10^9/L$ , 用药期间多次检查血常规、肝功能无异常。另有 36 例经骨髓穿刺确诊为免疫性血

小板减少症(inmune thrombocytopenia, ITP)。皮肤黏膜出血是 ITP 最常见的临床表现, 严重的内脏出血并不多见。血小板计数标准仍定为小于  $100 \times 10^9/L$ , 血常规除显示血小板计数减少外, 其他血细胞计数和形态无异常<sup>[3]</sup>。经①糖皮质激素泼尼松 2 mg/(kg, d) × 2 周或大剂量地塞米松 40 mg/d × 4 d。②静脉注射用丙种球蛋白(IVIG) 0.4~1 g/(kg, d) 用 2~5 d。③抗 D 免疫球蛋白 75  $\mu g/(kg, d) \times 1 \sim 3 d$ , 单独或联合用药后, 有 30 例在 1 周至 2 月内血小板计数相继上升至大于  $100 \times 10^9/L$ , 后多次检查血常规, 无异常。还有 6 例病情反复, 血小板计数一直在  $(40 \sim 85) \times 10^9/L$  之间波动。有 3 例全血细胞减少的患儿经骨髓穿刺确诊为“再生障碍性贫血”后转入血液科治疗。有 1 例白细胞计数为  $46.9 \times 10^9/L$ , 血小板计数为  $57 \times 10^9/L$  的患儿经骨髓穿刺确诊为“急性淋巴细胞性白血病”也转入血液科治疗。最后有 5 例原因不明的患儿经反复询问都是在发病前服用过不同的药物, 确诊为“药物性血小板减少”, 停药 1 月后相继恢复正常。

3 讨 论

临床上发现血小板减少的病例, 病因检出率不高, 外周血不能提示骨髓增生的情况, 或不能发现病态细胞, 易误诊为血小板减少性紫癜<sup>[4-5]</sup>。排除采血及血细胞分析仪分析血细胞时假性血小板减少的原因外, 本文全部 114 例血小板减少的患儿, 其中 69(60.52%) 例与各种病毒感染有关。后经抗病毒药物治疗, 基本都恢复正常。这与 Crapnell 等做的体外实验表明病毒感染与血小板减少密切相关<sup>[6]</sup> 相一致。有 36(31.57%) 例经骨髓穿刺确诊为“免疫性血小板减少症”ITP(inmune thrombocytopenia)。笔者发现近两年儿科 ITP 患者增加非常迅速。文中统计的发病率与国外的研究资料统计儿童 ITP 的发病率为 418/10 万<sup>[7]</sup> 相去甚远, 可能发病率存在地域的区别。ITP 是儿童最常见的出血性疾病, 在各个年龄段均可见, 其中以 1~5 岁儿童最常见。其发病机制是: 诱发因素导致免疫功能紊乱, 血小板相关抗体增加, 血小板破坏加速。儿童以急性、重症多见, 临床以皮肤和(或)黏膜出血点为主要表现。急性期大都采用激素治疗, 但是其最佳的治疗方案尚未确定。ITP 的诊断没有所谓的“金指标”, 需要排除其他可能引起血小板减少的疾病, 儿童患者尤其需要与遗传性血小板减少症相鉴别。经骨髓穿刺有 3(2.63%) 例确诊为“再生障碍性贫血”, 1 例(0.87%) 确诊为“急性淋巴细胞性白血病”, 及 5 例(4.38%) “药物性血小板减少”。这说明病毒性和免疫性血小板减少症在儿童血小板减少症中占大多数, 其他恶性、难治性血小板减少病例要依靠骨髓穿刺和其他辅助检查才能确诊。

总之, 血小板减少不是一个独立的疾病, 引起该症状的病

因很多,包括生成减少、破坏过多、分布异常等<sup>[8]</sup>,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 •

# 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) $72.4 \times 10^9/L$ ,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  $1.92 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白 69.00 g/L。血小板  $68 \times 10^9/L$ 。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、 $\kappa$  0.1、 $\lambda$  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。

- [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)

**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 个或数个。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<sup>+</sup>、CD56<sup>+</sup>等。原位杂交:EBER(-)。可诊断为 CD4<sup>+</sup>、CD56<sup>+</sup>的母细胞性浆细胞样树突细胞肿瘤<sup>[1]</sup>。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