

• 个案与短篇 •

外伤住院患者诊断慢性粒细胞白血病 1 例

张红凤¹, 饶华春¹, 王大喜²

(泉州市正骨医院: 1. 检验科; 2. 软伤科, 福建泉州 362000)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2013. 21. 084

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2013)21-2943-01

本院发现 1 例因软组织损伤住院, 入院后经血常规检查, 结合体格检查提示“慢性粒细胞白血病”可能。建议转至专科医院做进一步检查。经骨髓穿刺行骨髓细胞学检查, 诊断为“慢性粒细胞性白血病慢性期”。现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 26 岁, 以“撞伤致右髌部肿痛、行走不利 15 d”为主诉, 于 2012 年 9 月 12 日由门诊拟诊“右髌部陈旧性软组织损伤”收住软伤科。右髌部外后侧肿胀明显, 可触及一个约 12 cm×20 cm 大小的血肿, 质地较硬, 未触及波动感, 皮肤温度正常, 局部压痛。血液生化检测提示: 乳酸脱氢酶 (lactate dehydrogenase, LDH) 705 IU/L, 葡萄糖 (glucose, Glu) 2.7 mmol/L, 尿酸 (uric acid, UA) 507 μmol/L; 血常规提示: WBC 112.4×10⁹/L, RBC 2.05×10¹²/L, 血红蛋白 66 g/L, 血小板计数 (platelet count, PLT) 189×10⁹/L。采用瑞-BC5180 五分类自动血细胞分析仪检查, 提示白细胞分类异常。手工涂片检查提示: 中性粒细胞 27%, 淋巴细胞 2%, 杆状细胞 8%, 嗜酸性粒细胞 6%, 嗜碱性粒细胞 12%, 幼稚细胞 45%, 以中性中幼粒及以下细胞为主。100 个有核细胞中可见 4 个有核红细胞。血液静置一段时间后, 上层外观呈淡黄色混浊。患者体格检查提示: 腹肌稍紧张; 巨大脾, 脐下可触及肿大脾, 质地较硬, 边缘光滑, 无明显压痛; 腹部其余检查未见明显异常。根据患者症状及体征分析, 诊断“右髌部陈旧性软组织损伤伴血肿形成、脾肿大原因待查”, 结合患者血常规检查, 考虑为血液系统疾病。建议患者转院治疗。进一步做骨髓检查、中性粒细胞碱性磷酸酶 (neutrophilic alkaline phosphatase, NAP) 积分、Ph 染色体和 (或) *bcr/abl* 融合基因检查。后经福建省协和医院血液科结果回报, 骨髓检查提示: 慢性粒细胞白血病 (慢性期); NAP 积分阴性, Ph 染色体阳性; *bcr/abl* 融合基因阳性, 最后诊断为慢性粒细胞白血病 (慢性期)。

2 讨论

慢性粒细胞白血病是一种起源于造血细胞的克隆性骨髓增殖性疾病, 以脾大、白细胞计数明显升高为特点。90% 以上患者白血病细胞中有恒定的、特征性的 Ph 染色体及其分子标志 *bcr/abl* 融合基因。该病起病大多缓慢, 可发生于任何年

龄, 但以 20~50 岁多见。初期症状不明显, 逐渐出现乏力、低热、盗汗、食欲减退及消瘦等。最突出的体征为脾脏肿大。大约 95% 的病例有脾大, 一般在就诊时脾脏已有轻至中度肿大^[1]。

本例患者在创伤前自觉无任何不适症状, 也未进行过血液学方面的检查诊断。此次在住院常规检查中的血常规检测时发现疑似慢性粒细胞白血病外周血的血液学特征, 表现为 WBC 计数增高, 主要为中性中幼粒细胞、中性晚幼粒细胞、嗜酸性粒细胞和嗜碱性粒细胞增多, 形态无明显异常。同时有少量有核红细胞, 提示慢性粒细胞白血病可能。

在血液系统疾病中, 当 WBC 异常升高时, 往往是因大量异常血细胞被释放入血所致, 行血液涂片染色观察即可发现, 并建议临床进一步行骨髓穿刺检查。而慢性粒细胞白血病患者的血液学变化较其他类型的血液病更具特征性, 形态上也更容易辨认。在本病例的检查中, 检验科工作人员根据异常血液学表现及涂片检测结果, 向临床提供明确的提示和建议, 使患者获得及时的转院诊治。

虽然外周血细胞形态学检查具有重要的临床意义, 但实际上由于医务工作人员在这方面的知识匮乏与思想上的不重视等多种原因, 导致血液系统疾病的漏诊。误诊在临床上屡见不鲜, 从而延误了病情, 有的甚至引起医疗纠纷^[2]。该病例提示外周血形态学检查的重要性和必要性。即使先进的检测仪器也不能完全取代显微镜检查, 显微镜检查仍是外周血细胞形态学的金标准。遇到异常血常规血象, 必须做手工涂片观察细胞形态及数量。同时, 专科医生应加强基础知识的系统性学习, 重视外科疾病与内科疾病的联系。

参考文献

- [1] 丁训杰. 实用血液病学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1992: 301.
- [2] 王霄霞. 外周血细胞形态学检查技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.

(收稿日期: 2013-05-26)

• 短篇与个案 •

自身免疫性肝炎导致血型鉴定困难 1 例

李庆端, 侯丽华, 高建平

(漳州市中医院检验科, 福建漳州 363000)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2013. 21. 085

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2013)21-2943-02

1 临床资料

患者, 女, 72 岁, 因“自身免疫性肝炎伴左股骨粗隆间粉碎性骨折”于 2013 年 3 月 22 日住进本院骨伤外科二病区, 需手

术治疗, 实验室检查提示, WBC: 11.22×10⁹/L, Hb: 99 g/L, 红细胞比容 (hematocrit, HCT): 31.8%, 血小板计数 (platelet count, PLT): 211×10⁹/L, 要求配血 4 U。德国戴安娜血型鉴

定卡检测,提示正、反定型不符,正定型为弱 B 型,凝集效价 1+;反定型为 A 型,对照自身凝集 1+。血型单特异性抗 A 抗体、抗 B 抗体(均为长春博迅生物技术有限责任公司产品)和 A、B、O 标准红细胞检测(试管法和玻片法),正定型为弱 AB 型,凝集效价 2+;反定型为 A 型,凝集效价 4+;B 标准红细胞和 O 标准红细胞在常温下均不凝集。对患者进行血清学实验检查,最后确定为 O 型。患者因术中失血较多,先后为患者输入 4 U(800 mL)的 Rh(D)+O 型去白细胞的红细胞悬液,均无不良反应。其他检查:丙氨酸转氨酶(alanine aminotransferase,ALT):225 U/L;总胆红素:26.8 $\mu\text{mol/L}$;血清抗核抗体(anti-nuclear antibody,ANA)阳性,血清抗可溶性肝抗原抗体/肝胰抗原抗体(anti-soluble liver antigen/liver-pancreas, anti-SLA/LP)阳性;乙型肝炎病毒表面抗原(hepatitis B virus surface antigen,HBsAg)阴性,抗丙型肝炎病毒抗体阴性,抗戊型肝炎病毒抗体阴性,抗人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus,HIV)抗体阴性,快速血浆反应素环状卡片试验(rapid plasma reagin circle card test,RPR)阴性。

采用德国戴安娜血型鉴定卡(批号 210313)、德国戴安娜 Coombs 检测卡(批号 210319)、长春博迅生物技术有限责任公司提供的血型单特异性抗体(抗 A 抗体、抗 B 抗体,批号 201207)和 A、B、O 标准红细胞(批号 20130311)等进行试验。(1)吸收试验:将患者乙二胺四乙酸(ethylenediaminetetraacetic acid,EDTA)-K₂ 抗凝红细胞用生理盐水充分洗涤 3 遍后,分成 3 等份置于试管中,编号为第 1、2、3 管,在第 1 管中加入等量的患者血清后,轻轻混匀后置 4℃冰箱内静置 1 h 后,不混匀直接离心后将血清移入第 2 管内,轻轻混匀后置 4℃冰箱内静置 1 h 后,不混匀直接离心后将血清移入第 3 管内,轻轻混匀后置 4℃冰箱内静置 1 h 后,不混匀直接离心后取血清用于反定型用。(2)热放散试验:取患者 EDTA-K₃ 抗凝压积红细胞,用生理盐水充分洗涤 3 次后,将 1 份压积红细胞加入 3 等份的生理盐水,混匀后置 45℃恒温水浴箱内频频振荡 30 min 后,离心去上清液,再用生理盐水洗涤 1 遍后,用生理盐水配成 0.5%红细胞悬液用于正定型用。(3)血清学实验结果:在 4℃环境下,采用德国戴安娜血型鉴定卡检测,正、反定型相符:O 型,对照自身不凝集。试管法正、反定型相符:O 型,Coombs 试验阳性,不规则血型抗体阴性。

2 讨 论

(上接第 2940 页)

向科室医院感染监控小组进行反馈,科室需制定整改措施并检查整改效果,及时关闭不合格项,严格遵循 PDCA 管理循环原理。

4.2 开展医院感染专题研究,积极探索解决问题的新途径
根据医院的特点、医院感染的重点和难点,每年开展 1~2 项目标性监测,定期对目标监测资料进行分析研究,对其效果进行评价,发生较重大医院感染事件时,开展专项调查并出具调查报告,对科室特殊感染或重点患者的医院感染管理制定个性化方案或措施。

5 结 语

医院感染管理是按照医院在医疗诊断过程中运用有关的理论和方法,对医院感染现象进行有计划、组织和控制的活动^[5]。预防和控制医院感染是保证患者健康,提高医疗质量及保护医务人员职业健康的一项重要工作。近年来,医院陆续开展了“医院管理年”、“医疗质量万里行”等活动,医院感染管理质量得到明显提升,业务素质和专业管理水平有了较大提高,

自身免疫性肝炎是由自身免疫反应介导的以慢性淋巴细胞、浆细胞浸润肝界面为主的进行性肝脏炎症性疾病,临床表现为不同程度的血清转氨酶升高、高 γ -球蛋白血症、自身抗体阳性。血浆内存在高浓度的球蛋白和异常水平的自身抗体是干扰体外凝集反应的一个重要因素;血型天然抗体浓度与年龄和身体健康情况的关系密切,老年人随着年龄的增加,血型天然抗体的水平逐渐下降;血型天然抗体的水平下降和自身抗体的存在可能造成血型鉴定和交叉困难^[1,3]。本例患者因患自身免疫性肝炎导致体内产生抗自身红细胞抗体,后者与自身红细胞发生凝集^[2],干扰血型正定型鉴定,同时患者体内存在多种非 ABO 血型系统的自身抗体,影响正常血型抗体的产生和分布,干扰血型反定型鉴定;对于需要输血的自身免疫性患者,输血的风险在于自身抗体的出现,这对同种抗体的检测造成困难,从而造成由同种抗体引起溶血性输血反应^[3]。在基层医疗单位,对于需要靠输血来紧急治疗的患者,首先能准确检测出患者是何种血型至关重要;不规则血型抗体的检测和交叉配血试验为安全输血提供保障。笔者在测定该患者血型时发现,患者血清在常温下与 A 型红细胞不凝集,在 4℃中放置 30 min 后与 A 型红细胞凝集 1+,提示患者体内的天然抗 A 抗体的效价减弱。Coombs 试验阳性,不规则血型抗体阴性,即间接 Coombs 试验阴性,提示患者体内只存在抗自身红细胞抗体,不存在游离的自身血型以外其他血型(A、B 型除外)免疫性抗体,可以排除患者血清中存在同种抗体的可能;热放散处理后的红细胞不与抗 A 抗体、抗 B 抗体反应,提示患者的红细胞表面不具备 A 型和 B 型抗原;在 4℃环境中,患者的血清均能与标准 A 型红细胞和标准 B 型红细胞发生凝聚反应,提示患者体内存在血型天然抗体抗 A 抗体、抗 B 抗体。

参考文献

- [1] 肖星甫.输血技术手册[M].成都:四川科学技术出版社,1992:94-98.
- [2] 樊凤艳,张松,刘晓莉. Tn 多凝集致 ABO 血型鉴定疑难 1 例[J]. 临床输血与检验,2012,14(1):83-84.
- [3] 兰炯采. 加强对自身免疫性溶血性贫血输血前试验的研究[J]. 中国输血杂志,2012,25(4):295-296.

(收稿日期:2013-05-25)

重点部门的医院感染管理也逐渐科学化、规范化。医院感染控制工作大幅提高了医疗安全、质量及患者满意度,从而使医院的社会和经济效益得到提高。

参考文献

- [1] 王炎,刘煜,张静. 做好医院感染管理的几点体会[J]. 中国临床研究,2010,23(6):545-546.
- [2] 夏静,夏晴,吴妙玲,等. 医院感染管理手册的应用及效果评价[J]. 西北国防医学杂志,2013,34(01):98-99.
- [3] 樊春风,范桂华,陈兰英. 健康教育在医院感染管理中的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(12):1751-1751.
- [4] 吴晓英,缪李丽. 量化考核在医院感染管理中的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(21):3375-3376.
- [5] 杨金友,翟萍. 探讨基层医院感染管理与控制模式[J]. 科技创新导报,2011(30):244-244.

(收稿日期:2013-05-09)