

XE-2100 淋巴瘤样细胞干扰嗜碱性粒细胞 1 例报道

张嬉燕, 郑亚婷, 翟丽, 杨晓芳, 颜虹(昆明医科大学第三附属医院检验科 650118)

【关键词】 淋巴瘤样细胞; 嗜碱性粒细胞; 血细胞分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.075 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)22-2906-02

本文对 2010 年 7 月入本院的非霍奇金淋巴瘤患者的血细胞分析结果淋巴瘤样细胞干扰嗜碱性粒细胞 1 例进行分析, 报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 出生于 1950 年, 60 岁。患者在外院确诊“套细胞淋巴瘤”2 个月, 于 2010 年 7 月入本院, 超声示“脾中、重度肿大, 双侧颈部, 左锁骨上, 双侧腋窝, 双侧腹股沟实质性占位病变”。2010 年 7 月本院骨髓穿刺结果示“淋巴细胞比例增高, 幼稚淋巴细胞占 26.0%, 伴形态异常, 考虑淋巴瘤细胞白血病。”肿瘤标志物铁蛋白 366.0 μg/L, 糖类抗原 125 88.13 ku/L。其他检查均正常。入院血常规结果白细胞 6.37 × 10⁹/L, 血红蛋白 106 g/L, 血小板 109 × 10⁹/L, 仪器 XE-2100 分类未分出(IP 信息提示: 白细胞异常散点图, 异型淋巴细胞/

原始淋巴细胞)。

2 结果

2.1 血细胞分类结果 该患者 2010 年 7~9 月血细胞分类仪器检测结果见表 1, 手工分类检测结果见表 2。

2.2 DIFF 通道散点图、嗜碱性粒细胞散点图 DIFF 通道散点图见图 1, 图 1 表现为淋巴细胞区域数量增多; 嗜碱性粒细胞通道散点图见图 2, 图 2 表现为嗜碱性粒细胞数量增多。手工分类结果: 中性晚幼粒细胞 1%, 中性杆状核粒细胞 8%, 中性分叶核粒细胞 26%, 淋巴细胞 21%, 淋巴瘤样细胞 44%。分析为仪器将淋巴瘤样细胞误检测为嗜碱性粒细胞, 致嗜碱性粒细胞假性增高。借助测微尺(LEICA DM 4000B)测量细胞直径, 发现淋巴瘤样细胞核直径与嗜碱性粒细胞直径相当, 见图 3。此后, 该患者所做 4 次血常规结果均出现以上干扰。

表 1 2010 年 7~9 月血细胞分类仪器检测结果(%)

检查时间	中性粒细胞比例	淋巴细胞比例	单核细胞比例	嗜碱性粒细胞比例	嗜酸性粒细胞比例
2010.07.06	—	—	—	—	—
2010.07.18	—	—	—	45.9	0.1
2010.08.30	31.4	36.5	1.7	30.4	0.0
2010.09.04	42.9	30.5	1.9	22.9	1.8
2010.09.16	25.6	23.6	24.6	25.4	0.8

注: —表示仪器分类结果未分出。

表 2 血细胞手工分类结果(%)

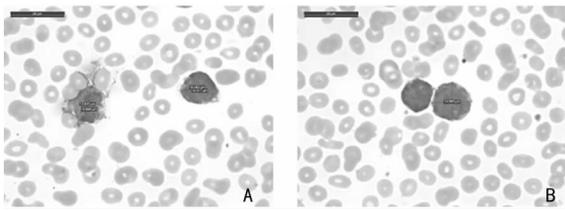
检查时间	中性晚幼粒细胞比例	中性杆状核粒细胞比例	中性分叶核粒细胞比例	淋巴细胞比例	单核细胞比例	淋巴瘤样细胞比例	嗜碱性粒细胞比例	嗜酸性粒细胞比例
2010.07.06	1	8	26	21	0	44	0	0
2010.07.18	4	12	25	12	0	47	0	0
2010.08.30	0	19	52	4	1	24	0	0
2010.09.04	0	20	48	12	0	20	0	0
2010.09.16	0	20	36	18	0	26	0	0



图 1 XE-2100 DIFF SCAT



图 2 XE-2100 BASO SCAT



注:A 为嗜碱性粒细胞;B 为淋巴瘤样细胞。

图 3 瑞吉染色(×1 000)

3 讨论

白细胞/BASO 通道检测原理^[1]:嗜碱性粒细胞溶血素完全溶解红细胞、血小板和除嗜碱性粒细胞以外的白细胞溶解为裸核,而嗜碱性粒细胞保持原状。白细胞/BASO 散点图纵坐标(前向散射光)反映细胞大小,横坐标(侧向散射光)反映细胞内容物复杂程度,故正常白细胞及红细胞、血小板溶解后,在散点图上的位置均位于嗜碱性粒细胞左下,而淋巴瘤样细胞胞体体积大、核浆比高,被嗜碱性粒细胞溶血素溶解后,其裸核体积与嗜碱性粒细胞相当。经测量,嗜碱性粒细胞直径为 10.9~13.8 μm,淋巴瘤样细胞核直径为 11.6~15.1 μm,从嗜碱性粒细胞通道的散点图上看,二者的位置相当,考虑其内容物复杂程度相似。所以本文分析,仪器将淋巴瘤样细胞误认为嗜碱性粒细胞,导致嗜碱性粒细胞假性增高。血液中嗜碱性粒细胞含量相对较低,细胞结构和形态易受外环境影响而改变,是造成不同仪器间及手工法计数嗜碱性粒细胞相关性差的主因。本研究的 5 次结果经手工法复检,发现增高的嗜碱性粒细胞全部为淋巴瘤样细胞,若不经手工法复检,会给临床诊断带来严重的误判。国内陆丹^[2]认为在新生儿分类中嗜碱性粒细胞

假阳性率甚至高达 26.47%。而手工分类法分类嗜碱性粒细胞虽然存在外周血分布不均、受计数细胞个数限制等原因,会存在变异系数大的缺点,但可以避免极端的错误计数结果。淋巴瘤是常见的恶性肿瘤之一,发展到晚期,有 16%~75% 的患者出现骨髓转移^[3],骨髓侵犯越严重,治疗效果越差,预后也越差。

因此,对于已确诊淋巴瘤的患者,若在外周血涂片中看见淋巴瘤样细胞,应及时报告临床并建议骨髓穿刺确定是否发生骨髓转移。而对于无痛性表浅淋巴结肿大,持续原因不明的发热患者应特别注意,若外周血涂片查见淋巴瘤样细胞,可建议患者行相关检查确诊。在工作中,机器在分类时会出现细胞相互干扰,不能盲目信任机器的分类结果,必须手工分类确认,才能保证结果的准确性及对临床工作的有用性。

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,2007:96-97.
- [2] 陆丹.全自动血细胞分析仪与手工镜检分类新生儿白细胞相关性分析[J].临床血液学杂志,2010,23(4):231-232.
- [3] 卢进,陈萍,李晓,等.非霍奇金淋巴瘤侵犯骨髓及合并淋巴瘤细胞白血病的临床分析[J].四川肿瘤防治,2006,19(1):11-13.

(收稿日期:2012-06-10)

股骨近端髓内钉治疗股骨转子间骨折

赵 茂(四川省叙永县人民医院骨科 646400)

【关键词】 股骨转子间骨折; 股骨近端髓内钉; 手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2907-02

本科室从 2008 年 9 月至 2011 年 12 月采用股骨近端髓内钉(PFN)治疗 27 例股骨转子间骨折患者,平均随访 12 个月。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 27 例,其中男 17 例,女 10 例;年龄 35~63 岁,平均 53 岁;跌坐伤 17 例,交通伤 10 例;Evan's 分型^[1]:I 度 4 例,II 度 5 例,III 度 6 例,IV 度 5 例,V 度 7 例。

1.2 手术方法 全身麻醉或硬膜外麻醉,平卧位,“C”臂监视下手术。牵引,复位后,于大粗隆顶端向上 6~8 cm 纵形切口,钝性分开臀中肌直至大粗隆顶点,选择大粗隆顶点内壁偏前为进钉点,开口器开口,导针于“X”线监视下插入远端髓腔,逐级扩髓,近端扩髓至 15 mm,远端视髓腔情况决定是否扩髓或扩髓程度。内收患肢,插入合适的股骨近端髓内钉。再次外展复位,“C”臂监视下调整主钉深度,使近端拉力螺钉指向股骨颈内,“C”臂监视下钻孔,拧入长短合适的拉力螺钉,螺钉头距离股骨头皮质下约 0.5~1.0 cm。利用瞄准器或“C”臂固定远端锁定螺钉。

1.3 术前及术后处理 术前全面检查,必要时请相关科室会诊,积极控制原发内科疾病直至手术许可范围。术前 1 h 开始应用抗生素至术后 2~3 d。除非有禁忌证,从术前 1 d 开始至

术后 3 d 常规应用抗凝药物。术后 3 d 开始使用 CPM 机进行患侧髋膝关节被动活动。2 周拆线出院,每个月摄片复查。4 周后部分负重,视骨折愈合情况决定完全负重时间。

2 结果

全部病例无术中股骨近段继发骨折发生;随访 9~15 个月,1 例(3.7%)Evan's 分型 I 型 4 度术中复位不良,1 例(3.7%)单纯近端拉力螺钉退出合并髓内翻;1 例(3.7%)切口延期愈合,伤口分泌物培养未见细菌生长;平均骨折愈合时间 3 个月;余 24 例(88.9%)例骨折愈合良好,髋关节活动良好。

3 讨论

股骨转子间骨折多属于低能量损伤,对于老年人由于骨质疏松、跌坐都可以引起骨折。有报道称针对骨质疏松的老年患者,采用髓外固定比髓内固定更能减少术后髓内翻的发生^[2]。因此本组选择患者平均年龄为 53 岁,术前检查无骨质疏松表现。采用 PFN 内固定是标准的髓内固定术式,PFN 具有很好的力学和生物学特性,对于顺转子间骨折和反转子间骨折都适合,特别适合于严重粉碎的不稳定骨折。PFN 的近端拉力螺钉同亚洲 Gamma 钉一样位于股骨距处,并且增加了一枚防旋钉位于头颈上方^[3]。整个手术过程操作比较简单,损伤小,治疗转子间骨折的远期疗效基本令人满意。