

美拉唑 20 mg 按需治疗策略在校正的直接医疗成本方面低于埃索美拉唑 20 mg/d 持续给药治疗策略, 具有较好的成本效益比。

4.4 病情控制后的维持治疗 国内 GERD 治疗共识意见中, 维持治疗的方法包括: 维持原剂量或减量、间歇用药、按需治疗^[12]。医师应根据患者症状及食管炎分级选择维持治疗药物与剂量, 通常严重的糜烂性食管炎(LA C~D 级)需足量维持治疗, 非糜烂性胃食管反流病(NERD)可采用按需治疗。H2RA 长期使用会产生耐受性, 不适用于长期维持治疗。Donnellan 等^[13]发现在 GERD 维持治疗中, PPI 维持剂量与安慰剂相比, 疾病复发比率(RR)为 0.46(95%CI: 0.38~0.57), PPI 维持剂量与 H2RA 相比, RR 为 0.57(95%CI: 0.47~0.69)。长期治疗可防止 GERD 症状发生和胃镜下病变。尽管奥美拉唑长期治疗可导致一定的不良反应, 但疗效最为显著。H2RA 则可用于奥美拉唑不耐受患者。在维持治疗中, 促胃动力药物和硫糖铝也优于安慰剂, 但促胃动力药物并不适合长期服用。PPI 维持治疗较 H2RA 更能有效避免糜烂性食管炎复发。

5 应用证据

根据以上证据, 结合该患者基本情况、临床诊断、治疗目标, 综合考虑效益成本和治疗效果, 制定如下最适宜的治疗方案。改善生活方式: 抬高床头、睡前 3 h 禁食、避免高脂肪食物、戒烟酒、减少摄入可降低食管下段括约肌压力的食物, 进行体育锻炼、减重。给予奥美拉唑 20 mg, 2 次/天, 莫沙比利 5 mg, 3 次/天。治疗 8 周后患者慢性咳嗽、胃灼烧、反酸、胸痛症状消失, 体质量较治疗前下降 3.5 kg, 未发生不良反应。复查胃镜示: 无糜烂性食管炎改变。继续改善生活方式, 药物治疗改为奥美拉唑 20 mg 维持治疗, 按需给药。随访至今未复发。

在循证实践过程中, 医生应详细阅读文献, 查找当前最佳证据, 并结合临床经验, 与患者积极沟通, 尊重其知情权和决定权, 使其了解治疗利弊, 最终制订了适合患者的最佳治疗方案, 疗效较佳。

参考文献

[1] Yaghoobi M, Farrokhyar F, Yuan Y, et al. Is there an increased risk of GERD after Helicobacter pylori eradication?: a meta-analysis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2010, 105(5):1007-1013.

[2] Corley DA, Kubo A. Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic-review and meta-analysis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(11):2619-2628.

[3] Cook MB, Greenwood DC, Hardie LJ, et al. A systematic review and meta-analysis of the risk of increasing adiposity on Barrett's esophagus[J]. *Am J Gastroenterol*, 2008,

103(2):292-300.

[4] American Gastroenterological Association(AGA) Institute. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease [J]. *Gastroenterol*, 2008, 135(4): 1383-1391.

[5] Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? an evidence-based approach[J]. *Arch Intern Med*, 2006, 166(9):965-971.

[6] Bujanda L, Cosme A, Muro N, et al. Influence of lifestyle in patients with gastroesophageal reflux disease [J]. *Med Clin(Barc)*, 2007, 128(14):550-554.

[7] Irwin RS. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease; ACCP evidence-based clinical practice guidelines [J]. *Chest*, 2006, 129(1 Suppl):80-94.

[8] Fock KM, Talley NJ, Fass R, et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: update[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008, 23(1):8-22.

[9] Khan M, Santana J, Donnellan C, et al. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis[J/OL]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007-04-18 [2013-01-12], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443524>.

[10] Chang AB, Lasserson TJ, Kiljander TO, et al. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux [J]. *BMJ*, 2006, 332(7532):11-17.

[11] Szucs T, Thalman C, Michetti P, et al. Cost analysis of long-term treatment of patients with symptomatic gastroesophageal reflux disease (GERD) with esomeprazole on-demand treatment or esomeprazole continuous treatment: an open, randomized, multicenter study in Switzerland[J]. *Value Health*, 2009, 12(2):273-281.

[12] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 胃食管反流病治疗共识意见(2007, 西安)[J]. *中华消化杂志*, 2007, 27(10):689-690.

[13] Donnellan C, Sharma N, Preston C, et al. Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease[J/OL]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005-4-18 [2013-01-12], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846653>.

(收稿日期:2012-11-21 修回日期:2013-01-12)

骨髓中发现疟原虫 1 例

李彬彬, 高胜海, 常鑫(威海市立医院检验科, 山东威海 264200)

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.086 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)12-1621-02

疟疾是疟原虫感染所致传染病, 外周血厚薄血膜染色镜检

查找疟原虫是确诊疟疾、鉴别虫种的主要方法。现将骨髓中发

现疟原虫 1 例患者资料报道如下。

1 患者资料

中年男性患者,发热 1 周,发热时畏寒、寒战,最高体温 38.5℃,于他院经“阿奇霉素、左氧氟沙星、安痛定”治疗,体温降至正常,2~3 d 后再次发热,伴关节酸痛。3 年前曾在非洲工作,有疟疾病史。2012 年 10 月 11 日于本院就诊,门诊血涂片检查未见疟原虫;入院后给予痰热清、左氧氟沙星治疗,发热控制不理想,实验室检查显示:白细胞 $8.6 \times 10^9/L$,红细胞 $4.43 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 135 g/L,血小板 $120 \times 10^9/L$,中性粒细胞 71.4%,淋巴细胞 17.8%,单核细胞 10.50%,嗜酸性粒细胞 0.2%,抗结核分枝杆菌抗体、抗柯萨奇病毒 IgM、抗 EB 病毒 IgM、抗人单纯疱疹病毒 IgM、抗腺病毒 IgM 阴性,抗核糖体 P 蛋白抗体弱阳性,免疫球蛋白 E 210 IU/mL, C 反应蛋白 26.4 mg/L; B 超检查显示轻度脂肪肝、脾大,骨髓标本染色镜检发现疟原虫(见图 1)。

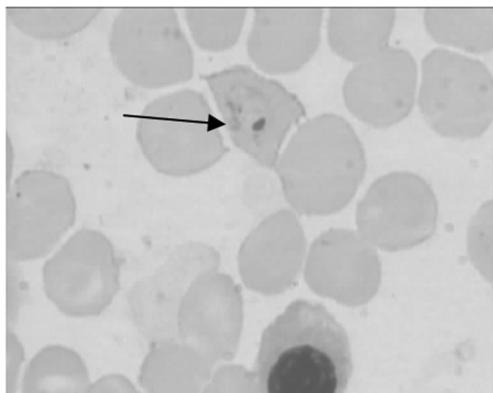


图 1 骨髓染色镜检疟原虫(瑞-吉氏染色, $\times 1000$)

2 讨论

经长期积极防治,国内疟疾发病率已有所降低,但随着旅游业发展,境内外人口流动增大,输入性疟疾发病率有所升

高^[1-2]。本例患者曾有疟疾病史,此次检出疟原虫可能与疾病再燃或复发有关。再燃是由于治疗不彻底,导致残存于红细胞内的疟原虫大量增殖而引起疟疾发作;复发则主要与红细胞外期的疟原虫迟发型孢子有关。目前疟疾治愈临床标准为症状消失、血涂片镜检疟原虫阴性、近期无复发^[3]。该患者时隔 3 年后在骨髓中发现疟原虫,由此可见疟疾治愈标准中的随访时间应延长,并警惕红细胞外期虫体的潜伏。血涂片镜检的观察极限为 50~500 个原虫/微升,低于此浓度易导致漏诊、误诊^[4-6]。如何检出体内残存的微量疟原虫,避免疟疾再燃或复发,是临床医师、检验医师亟待解决的关键问题。

本例患者就诊时门诊血涂片检查未见疟原虫,分析原因可能为:(1)采用薄血片或检测者缺乏经验导致漏诊;(2)未在发冷期或发热期采集标本,导致检出率降低。本例患者经临床医师考虑,采取了骨髓涂片染色检查,提高了诊断阳性率。

参考文献

[1] 陆宝麟. 我国疟疾流行及其媒介研究[J]. 预防医学文献信息, 2001, 7(1): 98-101.
 [2] 姚立农, 许翔, 夏生荣, 等. 疟疾暴发点后续监测效果评估[J]. 浙江预防医学, 2011, 23(5): 19-22.
 [3] 焦海胜. 氟哌酸治疗重症疟疾 41 例[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 1999, 17(4): 214.
 [4] 罗恩杰, 刘英杰, 王继春, 等. 三种疟原虫检测方法的比较研究[J]. 中国人兽共患病杂志, 2001, 17(4): 62-64.
 [5] 吴亚晓, 陶岚, 徐秋波, 等. 恶性疟原虫感染 1 例合并文献复习[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(13): 1527-1528.
 [6] 巫学兰. 疟原虫镜检及鉴定方法探讨[J]. 实验与检验医学, 2011, 29(2): 200-201.

(收稿日期: 2012-11-21 修回日期: 2013-01-12)

不典型慢性髓细胞白血病 1 例诊断与鉴别诊断

杨银忠, 程文霞(四川省医学科学院/四川省人民医院城东病区, 四川成都 610101)

【关键词】 不典型慢性髓细胞白血病; 诊断; 鉴别诊断

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.087 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)12-1622-02

不典型慢性髓细胞白血病(aCML)是世界卫生组织(WHO)关于造血系统和淋巴组织肿瘤分类中提出的,划分为骨髓增生异常/骨髓增殖性肿瘤(MD/MPN),临床较为少见,易引起误诊。本文报道 1 例 aCML 的诊断与鉴别诊断,以期引起足够的重视。

1 临床资料

1.1 体格检查 男性患者,80 岁,因“发现血小板减少 2⁺年,跌倒后头面部瘀斑 2⁺天”于 2012 年 1 月 21 日入院,体温 37℃,脉搏 70 次/分,呼吸 18 次/分,血压 120/78 mm Hg,双眼眶周围、右颞部、颈部大片皮肤瘀斑,双手手背、手腕大片皮肤瘀斑,胸背部、腹部、下肢皮肤散在瘀点及瘀斑;右颞部有约 5 cm×5 cm 大小血肿,表面皮肤少许破溃;睑结膜苍白,巩膜无黄染,口唇发绀,咽部充血,双侧扁桃体无肿大,舌体有少许出血点;双肺呼吸音粗糙,闻及干湿啰音;心界不大,心律不齐,可闻及早搏,心音低钝,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹部

丰满,全腹部无压痛、反跳痛及肌紧张,肝脾肋缘下未扪及,肝肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常;双下肢无水肿,神经反射无异常,病理征阴性。

1.2 实验室及影像学检查 血常规:白细胞 $65.1 \times 10^9/L$,血红蛋白 67 g/L,血小板 $7 \times 10^9/L$ 。外周血涂片:未见原始细胞,中幼、晚幼粒细胞 34%,易见环形粒细胞、假性 P-H 畸形等;红系易见双核、多核、核出芽等病态造血现象。凝血常规:凝血酶原时间(PT)15.3 s, PT-国际标准化比值(PT-INR)13.2, PT 比值(PT-R)1.3,其余正常。生化指标:总胆红素 53 μmol/L,直接胆红素 22 μmol/L,肾功、电解质正常。Coombs 试验、输血全套、抗核抗体谱未见异常。胸片:双肺纹理增多、增粗,边缘模糊,左心室增大。腹部彩超:肝大、脂肪肝。免疫表型:MPO(+), CD68(+), CD38 及 CD138 个别细胞(+), CD34(-), CD3(-), MUM-1(-), κ(-), λ(-), F8(-), Ki-67 阳性率约为 5%,提示“慢性髓细胞白血病(CML)”。骨髓