

探讨胸腹腔积液高中性粒细胞图文报告模式

徐妍

(浙江省长兴县人民医院 长兴 313100)

摘要:目的:对胸腹腔水细胞图文报告提示高中性粒细胞标本进行评价,了解图文报告对临床的实际指导意义。方法:回顾积液细胞图文报告结果与临床最后诊断,按中性粒细胞比例高低将积液病人分低、中、高三组,与最后临床诊断进行比较。结果:原发性中性粒细胞增多以中值组为主,继发性中性粒细胞增多以高值组为主,涂片显示有嗜酸性坏死成分 40 例,真菌孢子 3 例,细菌 9 例,出现核异质细胞 31 例,其中轻度核异质细胞 18 例,中度核异质细胞 6 例,肿瘤细胞 7 例。另外 93 例同期细菌培养标本,阳性 17 例。结论:不同中性粒细胞比例及背景分析对明确高中性粒细胞图文报告模式及临床诊断、治疗及预后均有一定帮助。

关键词:胸腹水;中性粒细胞;图文报告模式

中图分类号:R 561

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0064-02

胸腹腔积液细胞变化十分复杂,加上多年来积液细胞检验质量存在较大漏洞,多数检验科细胞学报告十分简化^[1]。随着检验医学的发展和电脑技术的完善,图文报告成为临床检验的一个新亮点,本文探讨胸腹腔积液高中性粒细胞图文报告模式。

1 材料和方法

1.1 临床资料 标本来自 2002 年 2 月~2005 年 8 月浙江省人民医院的住院病人,计算机文库有完整资料的积液标本共 1 652 份,搜索到中性粒细胞增多($\geq 50\%$)的病例 147 例,发缺陷,血清中 P 来源于滋养细胞分泌。而 EP 病人滋养细胞的活力明显低于宫内妊娠,因而 EP 病人孕酮水平较低。这可以协助 EP 与宫内妊娠的鉴别,提高 EP 的早期诊断率,防止误诊、误治。另外,血清 P 水平在孕 5~10 周时相对稳定,只需单次测定,随意取样,临床测定结果可在 1~4h 之内获得,这种快速、简便获得的血清 P 水平为指导选择异位妊娠治疗方法提供了可能。Ransan 等^[4]指出血清 P 大于或小于 10ng/mL 对于预测能否成功药物保守治疗是有价值的。Corsan 等^[5]通过对 44 例接受药物保守治疗的血清 P 水平进行研究后指出,当血清 P ≥ 7 ng/mL 时,可视为保守治疗有高度失败的危险性。龚健^[6]报道,破裂型 EP 与未破裂型 EP 患者 P 水平存在显著性差异,依据 P 水平的高低,恰当地予以处理,可以有效地降低 EP 破裂的发生率。在本组资料中,手术治疗组治疗前 P 值高于药物治疗组, $P < 0.05$,有显著性差异,与文献报道相似。2 组治疗前后 P 值的比较,差异有显著性,这说明 P 值高低,对指导 EP 选择不同治疗方案有一定意义,而且又可做为监测病情转归的一项有效指标。

3.3 CA 125 是一种来源于体腔上皮、生殖道黏膜和卵巢上皮细胞表面的衍生肿瘤相关抗原^[7]。妊娠早期 CA125 水平明显升高,妊娠中期后逐渐下降,分娩后又立即升高^[8],这说明蜕膜组织破坏及滋养细胞和蜕膜细胞分离是母体血清 CA125 的主要来源,有研究报道输卵管破裂与未破裂的患者血清 CA125 均明显升高^[9],推测 CA125 是从输卵管黏膜细胞漏出而进入母体血液循环,血清 CA125 水平与输卵管黏膜的破坏程度有关。本文资料 EP 治疗前手术治疗组患者血清 CA125 较保守治疗组高,差异有显著性,且 2 组治疗前后相比 CA125 也升高,尤其是手术治疗组升高更明显,差异有显著性,从而也认为血清 CA125 可以作为预测 EP 治疗效果的标志物,使治疗者对于不同的病人给予恰当的治疗方式。

去除漏出液 22 例,余 125 例。其中胸腔积液 54 例,腹腔积液 71 例;男性 93 例,女性 32 例;年龄 18~85 岁,平均 (54.1 ± 14.7) 岁。

1.2 实验方法 按中性粒细胞多少将标本分成低(50%~69%)、中(70%~89%)、高($\geq 90\%$)3 组。浆膜腔或邻近组织没有感染灶的中性粒细胞增多称之为原发性中性粒细胞增多,反之称继发性中性粒细胞增多。标本制作:用 15% EDT-K2 溶液分散到管壁并烘干加盖备用,取 10mL 积液到该专用抗凝管混匀,加盖后送检;经 1 000~1 500r/min 离心提示血清 CA125 水平低的 EP 患者可选择保守治疗,避免不必要的手术创伤,同时最大限度保留患者的输卵管功能和生育能力。但并不是所有 CA125 水平低的都可用保守治疗,本组手术治疗组中,CA125 水平低的也有破裂可能,因此单独 CA125 水平不能指导选择合理的临床治疗方案,必须结合 β -HCG、P 水平综合考虑。

综上所述,EP 三项指标联合检测,既可用于诊断,又可作为监测病情转归、判断疗效的指标,三项指标须相互加强,才能合理选择治疗方法,增加 EP 治疗的成功率。

参考文献

- [1]刘珠凤,郎景和,黄荣丽,等.MTX 单次肌注治疗异位妊娠[J].中华妇产科杂志,1996,31(8):490
- [2]杜成杰,石一复,罗勤,等.血清孕酮及 β -HCG 测定诊断异位妊娠的价值[J].中国实用妇科与产科杂志,1997,13(1):35
- [3]董永瑞,王炎.血清 β -HCG、孕酮与异位妊娠药物治疗效果的关系[J].现代医药卫生,2004,20(14):1357
- [4]Ransom MX, Garcia AJ. Serum progesterone as a predictor of methotrexate success in the treatment of ectopic pregnancy[J].Am J Obstet Gynecol,1997,83(6):1033
- [5]Corsan-GH, Karacan M. Identification of hormonal parameters for successful systemic single dose metrotrexate therapy in ectopic pregnancy[J].Am J Humrepor,1995,10(9):2445
- [6]龚健.血清孕酮水平在诊断异位妊娠中的价值[J].中华妇产科杂志,1993,28(2):100
- [7]Brien TJ,Hardin JW,Bannon GA,et al.CA-125 antigen in human amniotic fluid and feal membrane [J].Am J Obster Gynecol,1986,155(1):50~55
- [8]Spitzer M,Kaushal N,Benjamin F. Maternal CA-125 levers in pregnancy and puerperium[J].J Repred Med,1998,43(3):387~392
- [9]Sadovsky Y,Pindda J,Collins JL. Serum CA-125 levels in women with ectopic and intrauterine pregnancies [J].J Repred Med,1991,36(7):875~878

(收稿日期:2007-01-09)

5~10min,慢慢吸取上清液,剩余沉渣 10~20 μ L,吸取混匀后沉渣推片 1~4 张;待涂片干后用瑞特-吉姆萨染色;图片制作要求在显微镜下寻找有价值的细胞或视野,特别是涂片尾部细胞均匀分布片。

2 结果

2.1 125 例积液中性粒细胞不同比例患者的分布 见表 1。

表 1 125 例积液不同中性粒细胞比例患者的分布 例(%)

组别	n	中性粒细胞增多类型	
		原发性	继发性
低值组	20	6(15.38)	14(16.28)
中值组	46	23(58.97)	23(26.74)
高值组	59	10(25.64)	49(56.98)
合计	125	39(100.00)	86(100.00)

原发性病因主要见于肝硬化 25 例(占 64.10%),其余有尿毒症和心衰各 2 例,肝衰竭、脑疝晚期各 1 例,原因不明 8 例。继发性增高最常见的前三类病因依次是肿瘤 35 例(40.70%),肺部感染 17 例(19.77%)及外伤 12 例(13.95%),其它病因有:胰腺病变、肝脓肿及结核继发感染各 4 例(4.65%),胆管炎、尿毒症透析后感染各 3 例(3.49%),术后感染、肠胃炎各 2 例(2.32%)。从表 1 可知原发性中性粒细胞增多以中值组为主,继发性中性粒细胞增多以高值组为主。

2.2 细胞图文报告显示的形态特征 63 例图文报告提示化脓性积液,其中胸腔积液 31 例,腹腔积液 32 例,显示有呈片状嗜酸性坏死成分或大量脓细胞 40 例(占 32.0%),涂片找到细菌 9 例(占 7.2%),3 例涂片见到真菌孢子(2.4%),吞噬脂肪球 1 例,另外伴有核异质细胞出现 31 例(24.8%),其中轻度核异质细胞 18 例,中度核异质细胞 6 例,肿瘤细胞 7 例。同期细菌培养 93 例,其中阳性 17 例(占 18.28%)。

3 讨论

积液中中性粒细胞增多是一个临床工作中常见现象,我们认为有多个方面值得探讨:(1)中性粒细胞增多常见于化脓性渗出液^[1],未见对中性粒细胞“增多”程度进行量化的报道。我们对不同中性粒细胞比例进行分类说明能表达更清晰,更有说服力。本文发现中性粒细胞高低不仅对诊断原发性还是继发性粒细胞增生有关,其包含的临床意义也不同,若中性粒细胞在低值组,则提示临床要动态观察,尽早预防用药,但不一定进展到化脓性积液;中值组提示原发性中性粒细胞增多为主,以肝硬化腹水最多见;高值组提示继发性中性粒细胞增多可能性较大,最常见于肿瘤,其次是肺部感染。(2)对结核性浆膜腔积液的中性粒细胞增高描写也不够明确,如对中性粒细胞增多见于结核早期^[2-4]的描述欠完善。因为早期结核性中性粒细胞的比例一般在低值组为主,化脓性改变较少见,且伴有淋巴细胞的增生,发病年龄常较轻;当中性粒细胞大量增多时,应考虑结核引起的继发性感染或混合感染,可出现在结核的任何阶段。(3)中性粒细胞增多伴细菌或真菌阳性与阴性者意义不一样,而多数实验因没有防腐措施,标

本常污染,失去了鉴别细菌的意义。而我们采用管壁涂有干粉抗凝剂的专用抗凝管,防止了杂菌的污染,确保了这项检验工作的质量。(4)对背景成分如嗜酸性坏死成分、吞噬物、巨噬细胞、间皮细胞及肿瘤细胞与中性粒细胞同时出现所提示的临床意义及预后价值重视不够。不少检验人员习惯了简化报告或不提示临床所发现的内容,使临床丢失了不少病人信息,甚至延误治疗。

细胞图文报告是检验医学发展中的一个新亮点,检验医生不仅为临床提供了直观生动的图片,还提供了自己综合分析思路,为临床提供了第一手材料,因此得到了临床医生的普遍欢迎。高中性粒细胞图文报告模式丰富多彩,其主要形式及临床意义有:(1)有脓性背景或脓细胞增多,图像显示大量嗜酸性坏死成分和较多结构不清的脓细胞,提示浆膜腔化脓时间较长或反应较重,这种情况较为危急,应及时报告,以免引起化脓性休克。(2)单纯中性粒细胞增多,脓细胞及坏死成分很少或无,说明感染处于急性或早期,细胞感染较为单一,如及时治疗,恢复较快。(3)中性粒细胞增多伴巨噬细胞增多,可见散在或聚集的巨噬细胞,说明感染在控制中或正处于炎症清洁阶段,如不彻底治疗,易引起慢性炎症或急性复发。因巨噬细胞在炎症消散、恢复内稳态平衡方面起着十分重要的作用^[5]。(4)中性粒细胞增多伴淋巴细胞增生,说明急性炎症反应与迟发性变态反应并存,结核早期多见。经多次穿刺可呈单一的淋巴细胞图像,也可继发其它细胞感染,表现为以中性粒细胞为主的化脓性特征。(5)当中性粒细胞增多伴肿瘤细胞阳性时,说明转移性肿瘤细胞或间皮瘤造成局部浆膜严重损伤、梗阻,术后及化疗后浆膜受伤而引起的感染,病因难除,预后很差。(6)中性粒细胞增多伴轻度核异质细胞,说明炎症刺激导致浆膜受损或异常增生,无明显的临床意义。当出现较多中度核异质细胞时,应引起重视,可能有较重的浆膜损伤或存在不典型肿瘤细胞可能。(7)中性粒细胞伴有杂菌、植物细胞及吞噬脂肪球提示消化道穿孔,出现真菌孢子提示真菌感染,有时出现其它异位细胞可提示相应脏器破损。

总之,结合图片中性粒细胞质和量的变化及背景变化,加上检验医师正确的采图和综合分析报告,能弥补常规报告及病理报告之不足,为临床提供更全面的信息。

参考文献

- [1]吴茅,刘建栋,俞松山,等.浙江省 65 家医院检验科常规细胞学检查问卷结果分析[J].全科医学临床与教育,2004,2(1):27~29
- [2]罗春丽.临床检验基础[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2003.207
- [3]陈文彬,潘祥林.诊断学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.369
- [4]陆永绥,张伟民.临床检验管理与技术规程[M].杭州:浙江大学出版社,2004.359
- [5]李文军,李二红.巨噬细胞在炎症消散中的作用[J].免疫学杂志,2000,16(4):99~101

(收稿日期:2006-09-21)

征订启事

《湖北中医杂志》月刊,定价 5 元,刊号 ISSN1000-0704, CN42-1189/R,国内代号:38-52,国外代号:0753M。地址:武汉市洪山区黄家湖西路 1 号,湖北中医学院新校区内,邮编:430065,电话:027-68890234。

《湖北中医学院学报》季刊,定价 7 元,刊号:ISS1008-987X, CN42-1452/R。地址:武汉市洪山区黄家湖西路 1 号,湖北中医学院新校区内,邮编:430065,电话:027-68890234。