

- [7] 张丽军, 阚文超, 谢传昊, 等. EDTA 依赖性假性血小板减少症治疗相关性脑梗死 1 例并文献复习[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(5): 1126-1128.
- [8] OHASHI N, NAKAMURA K, INOKUCHI R, et al. EDTA-dependent pseudothrombocytopenia complicated by eosinophilic pneumonia[J]. Am J Emerg Med, 2013, 31(7): 1157. e5-7.
- [9] 沈明强, 石冬敏, 程庆璋. 急性脑梗死患者的血小板活化、聚集状态及其临床意义[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(2): 105-107.
- [10] 张建萍. EDTA 依赖性假性血小板减少症及检测方法分析[J]. 重庆医学, 2010, 39(20): 2782-2784.
- [11] LIN J, LUO Y, YAO S, et al. Discovery and correction of spurious low platelet counts due to EDTA-Dependent pseudothrombocytopenia [J]. J Clin Lab Anal, 2015, 29(5): 419-426.

(收稿日期: 2020-11-18 修回日期: 2021-03-08)

## • 短篇及病例报道 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.16.040

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210428.1715.004.html> (2021-04-29)

## 骨原发 B 淋巴母细胞淋巴瘤 1 例报道并文献复习\*

夏乐敏, 余海<sup>△</sup>, 金喆, 丁洁, 余和平

(上海市静安区中心医院/复旦大学附属华山医院静安分院血液科 200040)

[关键词] 骨原发 B 淋巴母细胞淋巴瘤; 病理学; 诊断; 治疗

[中图分类号] R738.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)16-2877-03

骨原发 B 淋巴母细胞淋巴瘤为临床上极为罕见的恶性肿瘤, 症状表现不突出, 容易与其他原发于骨的肿瘤混淆, 诊疗过程中常被误诊。作者回顾了 2020 年 3 月收治的 1 例骨原发 B 淋巴母细胞淋巴瘤患者的临床资料, 并结合文献复习, 讨论该病的临床表现、病理学特点、鉴别诊断及治疗方法。

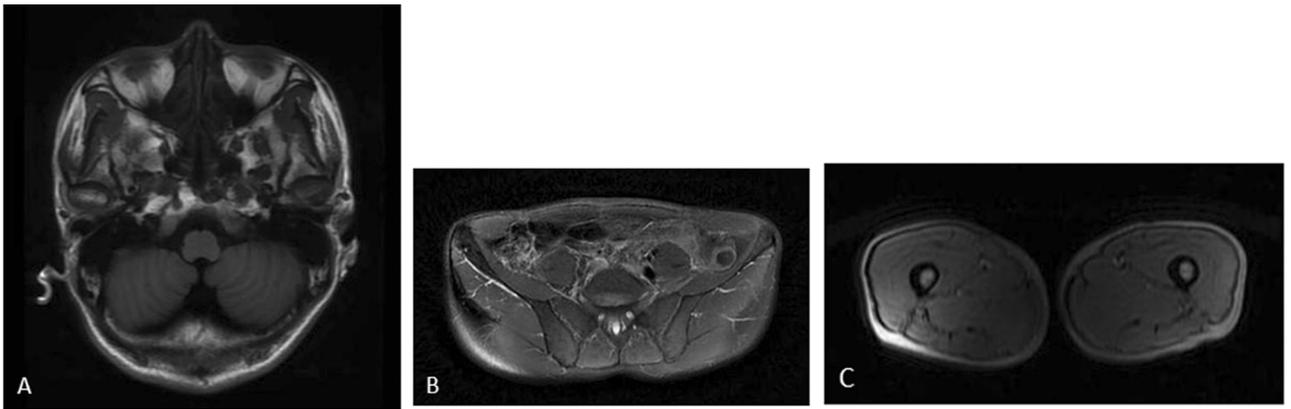
## 1 临床资料

患者, 男, 45 岁, 福建莆田人。2019 年 12 月起出现反复牙痛, 发作时疼痛无法入睡, 偶有左下肢疼痛, 无发热, 无牙龈出血, 无恶心呕吐, 无胸闷、胸痛, 无呼吸困难等不适。先后于当地医院耳鼻喉科、疼痛科、口腔科就诊, 均无明确诊断, 口服盐酸曲马多缓释片、普瑞巴林、硫辛酸等药物无明显好转遂停用。2020 年 3 月 16 日至本院神经内科门诊, 考虑三叉神经痛, 查头颅磁共振成像(MRI)显示: 颅骨多发占位, 多发骨髓瘤首先考虑, 转移瘤不完全排除, 见图 1A。为进一步诊治, 遂以“多发性骨髓瘤可能”收入本院血液科。查血常规、肝肾功能、电解质、心肌酶谱、血清自身抗体、肝炎全套、肿瘤标志物、血尿免疫固定电泳未见异常。先后两次查骨髓象、流式细胞学、骨髓活检病理未见异常, 染色体检查未见异常。骨髓 P53 基因突变阴性, RB1 基因突变阴性, CKS1B 基因突变阴性。脑脊液常规检查及流式细胞学未见异常。正电

子发射计算机断层显像(PET/CT)显示: 全身多处骨骼(颅骨、双侧肱骨、上颌骨、下颌骨、胸骨、左侧第 7 肋骨、第 5 腰椎左侧附件、骨盆、双侧股骨)局部<sup>18</sup>氟-脱氧葡萄糖(<sup>18</sup>F-FDG)摄取增高, 考虑恶性可能, 原发或转移均有可能, 结合临床综合诊断; 骨骼之外的组织器官未见<sup>18</sup>F-FDG 摄取增高。胃镜显示: 浅表性胃炎(胃底为主)伴糜烂。肠镜显示: 所见结肠未见异常。盆腔 MRI(图 1B)显示: 两侧股骨、髌骨多发小斑片及小结节状异常信号灶, 考虑多发骨髓瘤或转移瘤可能。右侧大腿 MRI(图 1C)显示: 右侧股骨多发骨质破坏伴强化, 结合病史考虑转移瘤可能, 建议结合临床并随访。2020 年 4 月 1 日在基础麻醉下行(顶部)颅骨病变活检切除术, 术后病理(图 2)显示: 颅骨 B 淋巴母细胞性淋巴瘤/白血病, 建议检查血及骨髓以区分淋巴瘤或白血病浸润。免疫组织化学显示: CD20(-/+)(散在细胞阳性), CD79a(+), PAX5(+), cyclin D1(-), CD3(-), CD4(-), CD5(-), CD10(+), CD43(+), CD99(-/+), CD1a(-), TdT(+), MPO(-), MYC(+)(60%~70%), Ki-67(+)(80%~90%)。明确诊断为骨原发 B 淋巴母细胞淋巴瘤。予以 Hyper-CVAD 方案化疗后, 患者好转出院。下一步拟待患者化疗完全缓解后, 行异基因造血干细胞移植。

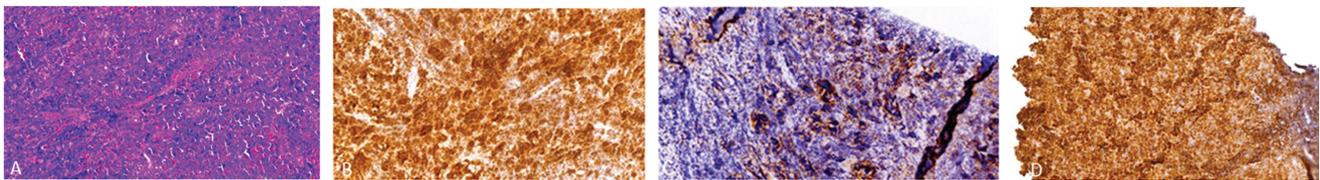
\* 基金项目: 上海市静安区卫生科研课题(2019MS02)。 作者简介: 夏乐敏(1981-), 主治医师, 博士, 主要从事血液内科临床研究。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: yuhaibiqiong@163.com。



A: 头颅 MRI 图像; B: 盆腔 MRI 图像; C: 右侧大腿 MRI 图像。

图 1 影像学表现



A: 肿瘤细胞小, 细胞质少, 细胞核圆形、卵圆形, 染色质致密, 核仁不明显, 核分裂象不明显(HE×20); B: 肿瘤细胞 PAX5 弥漫强阳性表达, SP 法(HE×20); C: 肿瘤细胞 TdT 弥漫强阳性表达, SP 法(HE×20); D: Ki-67 阳性指数 80%~90%(HE×20)。

图 2 肿瘤 HE 组织形态及免疫组化检查

## 2 讨论

原发骨淋巴瘤(primary bone lymphoma, PBL)在 1928 年由 OBERLING 首次报道<sup>[1]</sup>,但直到 1939 年 PARKER 与 JACKSON 发表相关报道之后才使该病成为一个独立的疾病类型<sup>[2]</sup>。PBL 分别占恶性肿瘤的 2%及淋巴瘤的 1%<sup>[3]</sup>,是一类较少见的结外淋巴瘤,其发病机制尚不明确,全身任一骨骼可发病<sup>[4]</sup>。PBL 的具体细胞亚型及分子学特征未能完全阐明<sup>[5]</sup>,其诊断标准也不断更新。通常认为,PBL 的主要诊断标准为:肿瘤发生部位必须是骨骼;临床辅助检查如影像学未发现骨骼以外的其他部位的淋巴瘤;诊断确立后,6 个月仍未发现骨以外的淋巴瘤病灶;必须有明确的病理组织学和免疫组织化学诊断结果<sup>[6]</sup>。

2009 年 HEYNING 等<sup>[7]</sup>回顾了 36 例 PBL 患者,其男女比例为 2.6:1.0,中位发病年龄为 48 岁。ZINZANI 等<sup>[8]</sup>报道的 52 例 PBL 病例中,累及四肢骨者占 50%,以股骨为主;累及中轴骨者占 44%,以脊柱和骨盆的累及为主。就病理类型而言,非霍奇金淋巴瘤占 PBL 的绝大部分,且主要为 B 淋巴细胞来源的非霍奇金淋巴瘤<sup>[5,9]</sup>,可以占到全部 PBL 的 78%~100%<sup>[10-11]</sup>,其中 54%~92%为弥漫大 B 细胞淋巴瘤<sup>[9,12]</sup>,而其中淋巴母细胞淋巴瘤更为罕见。本病例与相关报道基本一致。

淋巴母细胞淋巴瘤属高度恶性的非霍奇金淋巴瘤,大多数来源于 T 前体细胞,少数来源于 B 前体细

胞。骨原发淋巴瘤恶性程度与发生于淋巴组织的淋巴瘤截然不同,其恶性程度相对低,病程进展缓慢,极少远处转移<sup>[13]</sup>。该病在临床上易与多发性骨髓瘤、尤文肉瘤等混淆,需要鉴别。目前,淋巴母细胞淋巴瘤的治疗措施以化疗、放疗或接受异基因造血干细胞移植为主,因其高侵袭性,一旦确诊要积极治疗,力求尽快完全缓解,延长患者生存时间。

## 参考文献

- [1] 王翊鹏,程少容,黄文才,等.原发性骨淋巴瘤 1 例[J].中国肿瘤临床,2017,44(24):1277-1278.
- [2] 韩宏生,潘诗农,杨文峰,等.原发性骨淋巴瘤 1 例并文献复习[J].中国医科大学学报,2019,48(1):87-90.
- [3] CHISHOLM K M, OHGAMI R S, TAN B, et al. Primary lymphoma of bone in the pediatric and young adult population[J]. Hum Pathol, 2017,60:1-10.
- [4] KURIYAMA T, KAWANO N, YAMASHITAI K, et al. Two cases of primary adult T-cell leukemia/lymphoma of bone: case reports and a review of the literature[J]. Int J Hematol, 2016, 104(3):392-395.
- [5] MESSINA C, CHRISTIE D, ZUCCA E, et al. Primary and secondary bone lymphomas[J].

- Cancer Treat Rev, 2015, 41(3): 235-246.
- [6] SWERDLOW S H, CAMPO E, PILERI S A, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms [J]. Blood, 2016, 127(20): 2375-2390.
- [7] HEYNING F H, HOGENDOORN P C, KRAMER M H, et al. Primary lymphoma of bone: extranodal lymphoma with favourable survival Independent of germinal centre, post-germinal centre or indeterminate phenotype [J]. J Clin Pathol, 2009, 62(9): 820-824.
- [8] ZINZANI P L, CARRILLO G, ASCANI S, et al. Primary bone lymphoma: experience with 52 patients [J]. Haematologica, 2003, 88(3): 280-285.
- [9] TAO R, ALLEN P K, RODRIGUEZ A, et al. Benefit of consolidative radiation therapy for
- primary bone diffuse large B-cell lymphoma [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2015, 92(1): 122-129.
- [10] 陈琪, 赵冰冰, 赵维莅, 等. 原发和继发骨淋巴瘤患者的临床特征和预后分析 [J]. 临床血液学杂志, 2017, 30(11): 853-855, 858.
- [11] 欧晋平, 高爽, 王莉红, 等. 真实世界骨淋巴瘤的病理特征、治疗选择与患者预后评估 [J]. 中国实验血液学杂志, 2019, 27(3): 796-801.
- [12] 彭贤贵, 孔佩艳, 张曦, 等. 流式细胞术在首诊非霍奇金淋巴瘤骨髓侵犯中的作用 [J]. 重庆医学, 2011, 40(30): 3027-3028, 3031.
- [13] 邱丽萍, 赵小英. 原发性骨淋巴瘤的研究进展 [J]. 实用肿瘤杂志, 2018, 33(5): 470-475.

(收稿日期: 2020-11-21 修回日期: 2021-03-28)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.16.041

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20210423.1446.006.html> (2021-04-23)

## 高原环境下饱和吸氧治疗急性高原反应 1 例

王芳<sup>1</sup>, 赵晨浩<sup>1△</sup>, 杨洁君<sup>2</sup>

(1. 陆军军医大学第二附属医院神经外科, 重庆 400037;

2. 中国人民解放军第 953 医院内科, 西藏日喀则 857019)

[关键词] 急性高原反应; 饱和吸氧治疗; 血氧饱和

[中图分类号] R459.6 [文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)16-2879-02

急性高原反应 (acute mountain sickness, AMS) 是人群从平原进入海拔 3 000 m 以上地区或久居高原者进入更高的海拔地区, 多在数小时内发病并表现一系列非特异性临床表现的临床综合征<sup>[1]</sup>。AMS 以呼吸困难、发绀、头昏、头痛、恶心、呕吐、睡眠障碍、心悸、气短、乏力、心率增加、食欲减退等临床症状为主要表现<sup>[2]</sup>, 部分症状严重者可出现高原肺水肿和高原脑水肿, 救治不及时甚至可导致死亡。本文回顾了作者赴西藏日喀则中国人民解放军第 953 医院工作期间收治的 1 例 AMS 患者, 经饱和吸氧治疗后取得良好效果, 现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 男性, 40 岁, 因“AMS 8 h”收入中国人民解放军第 953 医院内科。患者入科精神状态差、口唇发绀、剧烈头痛(++)、表情痛苦、头昏、胸闷、心慌、疲乏无力等 AMS 症状明显, 氧饱和度 65%, 心率 86 次/分钟, 血压 125/75 mm Hg, 呼吸频率 18 次/分钟,

经相关检查无肺水肿及脑水肿发生, 经评估诊断为中度急性轻症高原病。患者急进高原(海拔 3 860 m) 3 h 内, 即出现上述 AMS 症状, 持续鼻导管吸氧 5 L/min, 上述 AMS 症状无明显好转。鼻导管吸氧过程中, 氧饱和度维持在 82% 左右, 持续低于 85%, 停止吸氧后氧饱和度降至 70% 以下, 改善不理想。患者既往体健, 无基础疾病, 无感冒及鼻窦炎, 咽鼓管功能正常, 双眼近视, 左眼裸眼视力 700 度, 右眼裸眼视力 900 度, 因高原医疗条件受限, 未测眼压。患者右眼高度近视(>800 度), 存在视网膜剥离的风险, 建议患者先行饱和吸氧治疗, 3 次/天, 每次吸氧 120 min, 连续吸氧 60 min, 改吸空气 10 min。后续根据治疗效果及高原反应症状进展情况, 再行其他治疗。饱和吸氧治疗 5 min, 测得氧饱和度 98%, 心率 84 次/分钟。单次治疗结束后, 患者精神状态好转, 脸色恢复正常, 头昏、头痛、心悸等 AMS 症状明显好转。饱和吸氧治疗间歇期未持续鼻导管吸氧, 夜间睡眠期间持续鼻导管