

($\bar{x} \pm 2s$) 以外,不能有连续 5 次结果渐升或渐降,或在均值同一侧。红细胞 = $(114 \pm 19)/\mu\text{L}$, $CV = 16.6\%$; 白细胞 = $(65 \pm 13)/\mu\text{L}$, $CV = 20\%$ 。

2 结 果

2.1 LX5000 尿沉渣分析仪校正前,分析定植质控物 红细

胞 = $1\,226/\mu\text{L}$, 白细胞 = $688/\mu\text{L}$ 。结果显示,红细胞 = $1\,036/\mu\text{L}$, 白细胞 = $579/\mu\text{L}$, 红细胞偏差为 -16.5% , 白细胞偏差为 16.9% 。

2.2 ABX-PENTRA60 血细胞分析仪不同浓度定植质控物结果 见表 1。

表 ABX-PENTRA60 血细胞分析仪不同浓度定植质控物结果($n=10$)

组别	红细胞					白细胞				
	70	153	307	613	1 226	41	86	172	344	688
ABX-PENTRA60($/\mu\text{L}$)	71±12	145±22	397±41	595±74	1 195±118	40±8	80±15	161±28	330±51	663±89
ABX-PENTRA60($CV\%$)	16.9	15.2	13.8	12.4	9.9	20	18.8	17.4	15.4	13.3
与定值质控物偏差($\%$)	-6.6	-5.2~3.3	-2.9	-2.9	-2.5	-7	-7	-6.4	-4.1	-2.8

3 讨 论

LX5000 尿沉渣分析仪是自动化、智能化较高的尿沉渣分析仪,其扩大了计数面积,从而提高阳性率,减少误差,但随着计数面积的增加,单位样本的分析时间也随之增加。由于血细胞每次在计数池中的分布不可能一致(固有误差),所以其计数结果的精密度比血细胞分析仪逊色。白细胞比红细胞更难均匀分布,但 US2020 尿沉渣分析仪能比离心镜检法、定量计数板法更准确、更快速地对尿沉渣进行定量分析。因目前没有尿沉渣校正物,用血细胞分析仪定植的质控物来校正尿沉渣分析仪,目的是保障细胞的定量分析结果准确,因质控物不含上皮细胞、管型,所以无法监控对其的检出识别能力,有待进一步改进。

若仪器分析结果的精密度不够理想时应增加计数面积,室内质控结果有异常时应检查仪器吸液量是否准确,细胞是否清晰,是否辅以人工校正,计数池是否清洁,吸样后是否有气泡,质控液是否混匀等,排除以上因素后若还有偏差,可调节仪器的换算因素。建议厂家对仪器增加室内质控,并生产配套的校正物质控物。

• 个案与短篇 •

仪器冲洗、混匀的力度有限,标本不宜在进样架中放置时间过长,否则有形成分下沉后要人工再混匀,当样本细胞浓度过大时,仪器测定结果反而过低,这是由细胞重叠不能计数所致。建议厂家增加自动稀释功能,或设置细胞数大于 $1/\mu\text{L}$ 报告结果。

参考文献

[1] 熊立凡. 临床检验基础[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 190-194.
[2] 丛玉隆, 马俊龙. 当代尿液分析技术与临床[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1998: 112-113.
[3] 丛玉隆. 尿液成分定量分析方法学研究[J]. 中华检验医学杂志 2006, 29(3): 211.
[4] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 等全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京: 东南大学出版社, 2006: 85-87.

(收稿日期: 2011-02-01)

不规则抗体筛查在临床输血中的意义

张东东

(陕西省第四人民医院检验科, 西安 710043)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2011. 11. 063 文献标识码: C 文章编号: 1673-4130(2011)11-1263-02

随着输血技术的不断发展,在临床输血工作中,为提高临床输血的安全性,保证患者用血安全,输血前不规则抗体筛查显得尤为重要^[1-3]。现将本院 2009 年 1 月至 2010 年 6 月对输血患者进行不规则抗体筛查的结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2009 年 1 月至 2010 年 6 月的输血患者 622 例。

1.2 仪器及试剂 筛检细胞由上海血液生物公司提供; 不规则抗体筛检卡由长春博讯公司提供。TD-3A 型血型血清学用离心机和免疫微柱孵育器由长春博研科学仪器公司提供。

1.3 方法 按说明书操作,采用微柱凝胶法。

2 结 果

622 例输血患者中阳性 3 例,阳性率 0. 48%; 3 例样本送本市中心血站进一步检测,结果 3 例均为直接抗人球蛋白实验阳性,并检出 IgG-E 抗体; 其中 2 例有输血史和妊娠史; 1 例无输血史和妊娠史(男性),且交叉配血不合。

3 讨 论

不规则抗体会引起急性或迟发性输血反应,往往威胁患者生命安全^[4]。综上所述,不规则抗体在交叉配血不合、有输血史或妊娠史的患者中产生。为了保证输血患者的输血安全,避免患者自身存在不规则抗体,在输血时引发输血反应,建议应将不规则抗体筛查列入到所有受血者的常规检测项目中,以

此来减少或杜绝输血反应的发生^[5]。

参考文献

[1] 高峰. 临床输血与检验[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 104.

[2] 胡丽华. 检验与临床诊断输血分册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 86-87.

[3] 曹荣祎, 刘风华, 于洪敏. 微柱凝胶法检测不规则抗体的临床应用

• 个案与短篇 •

[J]. 临床输血与检验, 2010, 12(2): 149.

[4] 邹文涛, 何子毅, 李俊杰, 等. 输血前不规则抗体筛查结果分析[J]. 国际检验医学杂志, 2008, 29(11): 1000.

[5] 王葆昶. 安全输血的几点体会[J]. 国际检验医学杂志, 2008, 29(1): 71-73.

(收稿日期: 2011-02-01)

食道癌术后吻合口感染绿色气球菌 2 例的报道

郭凤丽, 李文聪

(云南省肿瘤医院检验科, 昆明 650118)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2011. 11. 064

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2011)11-1264-01

2009 年 3 月和 2010 年 2 月本科分别从食道癌术后术口分泌物及引流液中分离出绿色气球菌, 现报道如下。

1 病历摘要

病例 1: 患者, 女, 60 岁, 汉, 已婚, 2009 年 2 月初无明显诱因出现吞咽哽咽感, 吞咽困难, 只能进软食, 遂于 2009 年 3 月 3 日到省内综合医院就诊, 行胃镜检查: 食道癌可能。取材病检: (食道中段) 鳞状细胞癌。于 2009 年 3 月 11 日到本院以“食道癌”收住院。术前患者无发热, 声音嘶哑, 饮水呛咳等不适; 仅饮流质饮食, 时伴胸痛; 大、小便基本正常, 精神可, 睡眠欠佳, 体质量减轻 5 kg, 体力无明显变化, 心肺检查(一), 术前胸部 CT: 食道中、下段管壁偏心性增厚, 约 2.3 cm×1.7 cm 大小。本院病检诊断: 食道中段鳞癌。术前白细胞 8.99×10⁹/L, 中性细胞 0.54, 淋巴细胞 0.38。3 月 17 日行手术, 术后 3 d 患者诉手术伤口仍疼痛, 咳嗽、痰多, 咳陈旧血痰 10 mL 左右, 白细胞 11.03×10⁹/L, 中性细胞 0.82, 淋巴细胞 0.10。胸部 X 线: 左侧液气胸, 少量液气体, 左肺野磨玻璃样渗出。3 月 23 日左胸腔闭式引流术, 查胸水常规: 有核细胞 3.21×10⁹/L, 中性细胞 0.98, 淋巴细胞 0.20, 于 23、24 日不同时间段行切口分泌物和胸腔引流液培养, 均培养出绿色气球菌。根据药敏情况予以左氧氟沙星和甲硝唑治疗。3 月 30 日患者白细胞 5.45×10⁹/L, 症状逐步好转。

病例 2: 患者, 女, 58 岁, 汉族, 已婚, 反复上腹疼痛 4 年多, 曾行食道息肉切除术, 而于 2010 年 2 月 1 日复发入本院, 大、小便基本正常, 精神可, 体质量减轻 6 kg。电子胃镜: 食道下段距门齿 31 cm 处, 左后壁见约 1.2 cm×1.3 cm 扁平结节, 病检诊断: 食道下段鳞癌(T₂N₀M₀)。于 2 月 5 日行胸腔镜下食道癌根治术。2 月 5~14 日用奥硝唑、庆大霉素。2 月 9 日吻合口肿胀疼痛并有分泌物渗出, 取引流液和分泌物培养。2 月 14 日出现吻合口漏。细菌培养结果为绿色气球菌, 根据药敏选用头孢匹胺、左氧氟沙星, 切口分泌物逐渐减少, 至 4 月 1 日治愈出院。

2 细菌培养和鉴定

取标本接种血平板、麦康凯平板、TTC 沙氏平板, 肉汤,

35℃培养 24 h, 血平板上长出针尖大小的细小菌落, 48 h 圆形、光滑、灰白色小菌落, 草绿色溶血。革兰染色为革兰阳性球菌, 病例 1 四联状排列为主, 病例 2 呈双、簇排列。麦康凯、TTC 平板 48 h 无细菌生长。触酶、氧化酶、杆菌肽、CAMP、动力阴性。OF 发酵型, 65 g/L 高盐肉汤、胆汁七叶苷、七叶苷水解阳性。用 API 20 Strep 卡鉴定为绿色气球菌, 病例 1 编码 6700550, 病例 2 编码 400401。

3 药敏实验(K-B 法)

病例 1: 万古霉素 19 mg、头孢噻肟 24 mg、左氧氟沙星 21 mg、利奈唑胺 22 mg、头孢吡肟 19 mg、红霉素 6 mg、克林霉素 6 mg、奎奴普汀/达福普汀 19 mg、亚安培南 26 mg、青霉素 19 mg、复方新诺明 6 mg。

病例 2: 万古霉素 22 mg、头孢噻肟 38 mg、左氧氟沙星 28 mg、利奈唑胺 34 mg、头孢吡肟 28 mg、亚安培南 26 mg、红霉素 6 mg、克林霉素 6 mg、氯霉素 20 mg。

4 讨 论

绿色气球菌广泛分布于自然界(空气、海洋), 可能为潜在的致病菌。在免疫力低下、开放性外伤、静脉置留管及烧伤等患者中极易引起感染; 在呼吸道、胆道及血液中也分离到绿色气球菌^[1-2]。本科 2 例均分离于食道癌术后吻合口分泌物及引流液, 患者为免疫力低下的癌症患者, 加之手术、置引流管等侵入性操作, 患者可能为内源性感染。此外, 病例 2 呈双、簇排列, 易被误诊为耐药的肺炎链球菌, 应注意鉴别。绿色气球菌在临床上有逐年上升趋势, 应引起临床及实验室人员的高度重视^[2]。

参考文献

[1] 张艳红, 苏东, 张学英. 烧伤感染绿色气球菌 54 株临床分析[J]. 河北医药, 2001, 23(9): 680-681.

[2] 王苏建, 吕达嵘, 王家平. 临床常见绿色气球菌的分布及耐药性分析[J]. 检验医学, 2004, 19(3): 190.

(收稿日期: 2011-01-04)