

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] 曹荣祯, 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)