

• 个案与短篇 •

# 双侧下颌角脓液中检出 1 例麻疹孪生球菌

刘小荣<sup>1</sup>, 张玉娟<sup>1</sup>, 邹传琰<sup>1</sup>, 李忠信<sup>2</sup>

(甘肃省第二人民医院: 1. 检验科; 2. 普外科, 甘肃兰州 730050)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2013. 16. 080

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2013)16-2207-01

麻疹孪生球菌属于孪生球菌属<sup>[1]</sup>。孪生球菌属由触酶阴性、兼性厌氧、革兰阳性球菌组成, 其排列可成对、四联状或形成短链。孪生球菌属目前有 5 个菌种, 即溶血孪生球菌、麻疹孪生球菌、伯氏孪生球菌、血孪生球菌和犬腭孪生球菌。其中溶血孪生球菌是模式种, 而溶血孪生球菌和麻疹孪生球菌是人类共生菌群, 孪生球菌的临床意义尚不完全清楚<sup>[2]</sup>。2013 年 1 月, 本院检验科微生物室从 1 例感染性休克患者双侧下颌角脓液中培养出 1 株麻疹孪生球菌, 由于该菌检出率极低, 故进行报道。

## 1 临床资料

患者, 男, 52 岁, 农民。来本院就诊前 1 个月患牙疼, 没有吃任何药物, 1 周前病情加重, 发烧、吞咽不下食物, 并且双侧下颌角出现鸡蛋大小的脓肿。随即于本院普外科住院治疗, 入院时患者呈感染性休克状态。入院体格检查: 体温 39.6℃, 脉搏 120 次/分, 呼吸急促, 全身状况较差。血压 173/85 mm Hg。谵妄, 躁动不安, 皮肤无出血点。心肺听诊阴性, 腹平软, 肝脾肋下未及。血常规: WBC  $21.5 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 90.1%, PLT  $89 \times 10^9/L$ , RBC  $4.03 \times 10^{12}/L$ , CRP 19 mg/L。双侧脓液 X 线片显示: 有液平面, 并且有气体。普外科大夫立即切开排脓, 脓液恶臭, 呈黑色。大夫怀疑是气性坏疽, 随用注射器抽取脓液, 将注射器口封死, 立即送往微生物室检测。

## 2 微生物检测

**2.1 细菌涂片** 在生物安全柜中将脓液同时接种于需养和厌氧血平板中, 随后将脓液立即做细菌涂片: 革兰染色, 镜下观察为革兰阳性球菌, 成对、四联状或形成短链状, 初步判断不是产气荚膜梭菌。

**2.2 细菌培养** 将接种于需养血平板的培养皿至于 35℃, 5%CO<sub>2</sub> 培养箱中; 接种于厌氧血平板的培养皿至于厌氧罐中, 放到 35℃普通温箱。24 h 后分别取出观察。需养和厌氧血平板中都长出细小、灰白、干燥, 无溶血环的菌落。

**2.3 细菌鉴定** 用 API 链球菌鉴定板条, 按照说明书, 将纯菌 4 个麦氏单位的菌悬液加入生化板条中, 放入 35℃, 5%CO<sub>2</sub> 培养箱中, 4 h 后取出, 加入相应的显色剂后用 ATB-NEW 仪器鉴定, 鉴定为麻疹孪生球菌, 鉴定率为 93.9%。同时将纯菌三区划线接种于营养平板, 分别放入需养和厌氧罐中, 24 h

后观察, 结果都生长, 菌落细小干燥。再用营养平板上的菌做氧化酶和触酶试验, 均阴性, 亮氨酸氨基肽酶试验阳性。

**2.4 药敏实验** 按照 CLIS 标准, 将 0.5 个麦氏单位菌悬液按照 K-B 法药敏操作规程均匀涂抹于血平板, 贴上链球菌药敏纸片(英国 OXOID)。放入 35℃普通温箱中, 24 h 后取出量抑菌圈直径。对红霉素, 克林霉素, 林可霉素耐药(抑菌环直径为 6 mm), 对头孢噻肟, 头孢曲松, 头孢吡肟, 青霉素, 万古霉素, 利奈唑胺, 氯霉素敏感。

## 3 临床治疗

将细菌鉴定及药敏试验结果报告给临床医生, 医生根据药敏报告, 选用青霉素静脉点滴 1 周, 并且服用甲硝唑抗厌氧菌治疗, 休克症状改善。

## 4 临床意义

麻疹孪生球菌为口咽部、胃肠道、上呼吸道和女性生殖道黏膜的专性寄生菌, 但也是一种条件致病菌。可导致感染性心内膜炎、关节炎、化脓性胸膜炎、肝脓肿、软组织感染、腹膜炎、脓毒血症或败血症、血管内膜炎、骨髓炎、化脓性心包炎、左房黏液瘤、化脓性肺炎、手术创口感染、肾炎、肾脓肿、咽喉部脓肿等全身各个部位的感染, 其中又以感染性心内膜炎最为多见<sup>[3]</sup>。本实验显示此菌在厌氧和需氧的情况下都生长, 证明麻疹孪生球菌是兼性菌, 由于患牙疼, 形成牙龈溃疡, 此溃疡转移到双侧下颌角, 造成感染性休克, 表明此菌引起感染症状还是比较严重的, 应该引起广大医护人员的重视。

## 参考文献

- [1] Khan R, Urban C, Rubin D, et al. Subacute endocarditis caused by *Gemella haemolysans* and a review of the literature[J]. Scand J Infect Dis, 2004, 36(11/12): 885-888.
- [2] 王丽春, 李大江, 吕晓菊. 麻疹孪生球菌致孕妇败血症 1 例[J]. 临床荟萃, 2008, 23(8): 597-597.
- [3] 林巍, 金玲湘. 麻疹孪生球菌感染二例[J]. 中华传染病杂志, 2008, 26(11): 670.

(收稿日期: 2013-03-10)

• 个案与短篇 •

# 成人戊型肝炎病毒合并微小病毒 B19 感染 1 例

陈明明, 李自越, 张利潮, 李 岩, 张惠中<sup>△</sup>

(第四军医大学唐都医院检验科, 陕西西安 710038)

DOI: 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2013. 16. 081

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2013)16-2207-02

## 1 病例资料

患者, 男, 24 岁, 医学工作者, 发热伴乏力、纳差 1 周, 口服“阿莫西林”抗感染治疗无效, 尿黄、巩膜黄染 2 天, 于 2010 年 10 月 14 日入院。入院时查体, 体温: 39℃; 尿常规检查, 尿胆原: 3+, 尿胆红素: 2+, 尿蛋白: +, 尿酮体: 2+; 肝功能检

查, A/G: 1.3, ALT: 1 068 U/L, AST: 686 U/L, TBIL: 72.9 μmol/L, DBIL: 32.3 μmol/L, ALP: 155 U/L, GGT: 255 U/L, TBA: 72.7 μmol/L, CHE: 6 898 U/L; 心肌酶检查, CK: 44 U/L, CK-MB: 34 U/L, LDH: 713 U/L, HBDH: 289 U/L; FRT > 2 000 μg/L, AFP 正常。甲、乙、丙型肝炎病原学指标均阴性, 抗

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: tdzhz328@yahoo. com. cn.

HEV-IgM(+), B19 病毒抗体 (IgM) 阳性, B19 病毒 DNA 阳性。腹部 CT 检查提示肝右叶斑片状钙化, 门静脉增宽, 脾大, 少量腹腔积液。给予谷胱甘肽、复方甘草酸等保肝治疗, 10 d 后体温恢复正常, 消化道症状消失, 肝功能基本正常, 抗 HEV-IgM(+), B19 病毒抗体 IgM 阳性, 腹部 B 超未见异常。出院诊断: 病毒性肝炎(戊型急性黄疸型)合并微小病毒 B19 感染。2 个月后复查 B19 病毒抗体 IgM 阴性; B19 病毒 DNA 阴性; 而抗 HEV-IgM 至 2012 年 12 月多次复查均为阳性。

2 讨 论

根据该患者症状、体征结合生化、病毒学相关检查, 戊肝合并微小病毒 B19 感染诊断明确。微小病毒 B19 是细小病毒科细小病毒属中唯一能引起人类疾病的成员, 1975 年首次在献血者的血清中发现<sup>[1]</sup>, 它不仅存在于红细胞, 也存在于单核巨噬细胞、肝、肾及胎盘内皮等多种细胞和组织中<sup>[2]</sup>, 也有文献报道微小病毒 B19 可以引起急性肝损伤<sup>[3]</sup>, 因此肝脏是微小病毒 B19 感染的重要靶器官, 致病机理可能为病毒直接侵犯肝细胞造成损伤或免疫损伤。本例患者为成年男性, 身体健康, 个案与短篇。

呈急性起病, 主要表现为发热、乏力、尿黄、巩膜黄染, 肝功能明显异常, 多次检查抗 HEV-IgM(+); B19 病毒 DNA 阳性; B19 病毒抗体 IgM 二次阳性; 两病毒重叠感染引起肝细胞受累明显, 致使病情重、病程持续时间长。因此在临床工作中, 遇到急性黄疸型肝炎病情较重者, 应该考虑有无多种病毒重叠感染可能。另外, HEV-IgM(+)持续长达 2 年, 这在国内报道中较为罕见, 为戊型病毒性肝炎病程的判断提供了新的证据。

参考文献

[1] 刘薇, 赵津生. 人细小病毒 B19 感染致婴儿暴发性肝炎误诊一例[J]. 天津医药, 2011, 39(3): 288.  
[2] 唐星火, 吴长亮. 人微小病毒 B19 与乙型肝炎病毒相关肝病的临床关系[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(2): 179-181.  
[3] 束晓梅, 陈雪梅, 冒青. 人类微小病毒 B19 感染与急性肝炎的关系[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(6): 648-649.

(收稿日期: 2013-02-20)

手工镜检校正 XT-1800i 全自动血细胞分析仪结果 2 例

黄平香

(中国人民解放军第 92 医院检验科, 福建南平 353000)

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.16.082      文献标识码: C      文章编号: 1673-4130(2013)16-2208-01

目前血细胞全自动分析仪不仅操作容易、速度快、精确度高, 还提供了许多参数, 对疾病的诊断与治疗有着重要的临床意义, 但是不能取代传统的镜检。本室发现 1 例因有核红细胞严重干扰导致白细胞假性增高, 及 1 例因大血小板导致血小板假性减少, 现报道如下。

1 临床资料

患者 A, 女 16 岁, 脾大 8 年, 巩膜轻度黄染, 眼睑浮肿, 颜面浮肿, 确诊为地中海贫血。查血常规 WBC  $49.7 \times 10^9/L$ , 白细胞不能分类, RBC  $3.97 \times 10^{12}/L$ , Hb 92 g/L, PLT  $757 \times 10^9/L$ , 仪器报警: (1) WBC 增多; (2) 有核红细胞; (3) WBC 异常散点图。外周血涂片检查每 100 个 WBC 见 368 个有核红细胞。用校正公式校正后得 WBC 为  $10.6 \times 10^9/L$ , 外周血涂片见图 1。

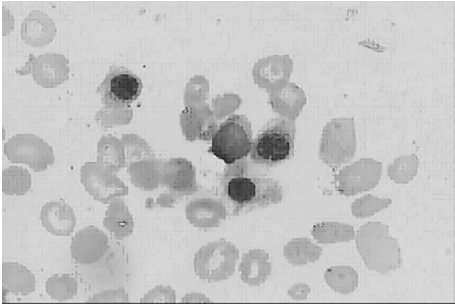


图 1 有核红细胞

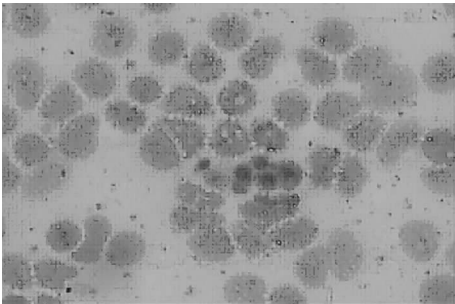


图 2 大血小板

患者 B, 女 62 岁, 因“发现双下睑肿物 1 年余, 伴加重 4 月”入院, 入院后诊断: (1) 双下睑肿物; (2) 脾切术后; (3) 结节性肝硬化。查血常规 WBC  $7.2 \times 10^9/L$ , RBC  $3.51 \times 10^{12}/L$ , Hb 107 g/L, PLT  $4 \times 10^9/L$  且 MPV、PDW、PCT 均为零。仪器报警血小板减少, 血小板直方图显示分布峰右移, 曲线峰变低, 图形凹凸不平滑。手工计数血小板为  $163 \times 10^9/L$ , 外周血涂片证实为大血小板, 见图 2。

2 讨 论

因 XT-1800i 血液分析仪不具有核红细胞通道, 缺乏有核红细胞识别能力, 当外周血有核细胞的出现会干扰到白细胞测定。使白细胞假性增高和分类不准或不能分类。XT-1800i 利用电阻抗原理计数血小板, 计数大血小板时只识别颗粒大小, 并不识别颗粒性质, 血小板与红细胞在同一通道内运行检测, 导致大血小板被误认为小红细胞而不被纳入血小板计量范围<sup>[2]</sup>。在正常情况下血小板集中在 2~15 fL 范围内呈左偏态分布, 在 25~30 fL 处, 曲线逐渐接近横坐标。此例标本有大血小板存在, 血小板直方图显示分布峰右移, 曲线峰变低, 图形凹凸不平滑。

在实际工作中由于工作量大、检验人员又配备不足, 有时并没有严格按照复检规则进行复检。从上述 2 例误检来看, 更能体现出涂片镜检的重要性和必要性。因此作为一名合格的检验工作者, 当出现结果异常、直方图异常及有报警信息的结果时, 必须按照复检规则对标本进行手工法计数和涂片染色镜检复核, 以免出现错误的报告结果而影响临床的治疗。

参考文献

[1] 时美红. 血小板假性异常的影响因素分析[J]. 现代医药卫生, 2012, 28(19): 2905-2905, 2908.  
[2] 温立鸿. XT-1800i 检测 72 份相关参数不全的血小板结果和直方图分析[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(10): 1061-1062.

(收稿日期: 2013-03-08)