

3 讨 论

临床标本分离到的肠球菌中以粪肠球菌和屎肠球菌为主。本文药敏结果显示,粪肠球菌对呋喃妥因、氨苄西林、青霉素较为敏感,对环丙沙星、左氧氟沙星、红霉素、四环素、利福平呈中至高度耐药,耐药率介于 39.8%~85.7%。糖肽类抗菌药物万古霉素、替考拉宁对粪肠球菌和屎肠球菌均有很强的抗菌活性,敏感率均超过 90%。粪肠球菌和屎肠球菌对抗菌药物耐药情况比较可见,除万古霉素、替考拉宁、四环素外,屎肠球菌对其他抗菌药物的耐药率都显著高于粪肠球菌,这与 Oncu 等^[1]报道的结果相似,主要因为屎肠球菌产生 6-乙酰转移酶所致,该酶对卡拉霉素、妥布霉素、奈替米星有拮抗作用。

粪肠球菌和屎肠球菌对青霉素和氨苄西林的耐药率差异有统计学意义,青霉素和氨苄西林对粪肠球菌仍有较高的敏感性。肠球菌对氨基糖苷类药物的水平耐药(HLAR)是由于不同机制引起的。对庆大霉素耐药是由于肠球菌中的耐药基因编码修饰酶引起的。该酶的活性导致对庆大霉素的高水平耐药以及除链霉素外其他所有氨基糖苷类药物或高水平耐药。而链霉素耐药主要存在于产链霉素腺苷转移酶的肠球菌中,或由肠球菌核糖体蛋白突变所引起^[2]。

高水平氨基糖苷类药物可与青霉素和氨苄西林或万古霉素协同作用,联合用药可增强对肠球菌的抗菌活性。对屎肠球菌引起的感染,按经验用药选用氨苄西林和高浓度氨基糖苷类抗菌药物联合治疗效果可能不佳^[3]。泌尿系特别是下泌尿道感染可考虑首选呋喃妥因治疗。由于肠球菌属中各种菌对抗菌药物的耐药性有差异,因此,临床细菌鉴定肠球菌属应到种的水平,有条件的单位应对其进行基因分型,以便指导临床合理选用抗菌药物。

• 个案与短篇 •

本研究两年中共检出耐万古霉素肠球菌(VRE)8 株,其中粪肠球菌 6 株,屎肠球菌 2 株,6 株耐万古霉素粪肠球菌中有 4 株替考拉宁敏感,说明该耐药菌株由 VanB 基因引起。万古霉素耐药肠球菌(VRE)的耐药机制主要是 VRE 的细胞壁肽聚糖前体末端发生改变,使万古霉素不能与之结合,失去抗菌活性。VRE 的出现与三代头孢菌素的滥用和治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)感染时过度使用万古霉素有关。VRE 常具有多重耐药性,同时其耐药基因可在菌种间传播,给临床治疗带来巨大挑战。由于糖肽类抗菌药物的使用可导致 VRE 的发生^[4],因此既要防止万古霉素的过度使用,又要不断进行新药的研发,将有效的控制 VRE 所造成的感染。

参考文献

- [1] Oncu S, Punar M, Eraksoy H. Suscepibility patterns of enterococci causing infection[J]. Tohoku J Exp Med, 2004, 202(1): 29-33.
- [2] 刘志远, 许淑珍, 马纪平. 肠球菌庆大霉素高水平耐药机理的研究进展[J]. 中华检验医学杂志, 2004, 27(4): 266-267.
- [3] Jacqueline C, Asseray N, Batard E, et al. In vivo efficacy of linezolid in combination with gentamicin for the treatment of experimental endocarditis due to methicillin resistant staphylococcus aureus [J]. Int J Antimicrob Agents, 2004, 24(4): 393-396.
- [4] Kolar M, Urbanek K, Vagnerova I, et al. The influence of antibiotic use on the occurrence of vancomycin-resistant enterococci [J]. J Clin Pharm Ther, 2006, 31(1): 67-72.

(收稿日期: 2013-06-05)

腹水常规涂片染色协助诊断腺癌 1 例

陈 萍, 路 蔓, 李 岩, 李 斌, 张惠中[△]

(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. 19. 077

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2013)19-2638-02

本文应用腹水常规检测的方法, 对 1 例腹水患者的腹水进行检测过程中查见异性有核细胞^[1], 遂以细胞涂片瑞氏染色技术进行诊断性观察, 提示了该腹水查见腺癌细胞的报告结果, 协助临床提出了腺癌正确诊断, 与病理诊断结果相一致。

1 临床资料

患者陈某, 女性, 60 岁。因间断腹胀、腹痛一年余, 于 2012 年 11 月 4 日入院。患者于 1 年前无明显诱因出现腹胀, 伴食欲减退, 伴恶心、未吐, 无反酸、胃灼热、嗝气、呃逆、腹胀、腹泻、发热、黄疸等症状。妇科超声: 左卵巢较右侧略大, 腹水。腹水检查: 渗出液。腹水病理提示腺癌。腹部 CT: 大量腹水, 左侧卵巢占位不排除。诊断为腹膜间皮瘤, 并进行手术, 术后给予腹腔灌注化疗及全身静脉化疗, 腹水略缓解, 并好转出院。20 d 前无明显诱因出现全腹胀痛, 伴食欲缺乏、头昏等症状就诊于本院门诊, 门诊以“腹痛待查”收入本院消化科。

1.2 材料与方法

1.2.1 标本 患者的腹水。

1.2.2 材料及仪器 瑞氏染色试剂(瑞氏染液和磷酸盐缓冲液)、玻片、显微镜(奥林巴斯 CX21)、离心机(湘仪离心机 TDZ5-WS)。

1.2.3 方法 涂片瑞氏染色法^[2]: (1)涂片自然干燥; (2)滴加瑞氏液染色 1 min; (3)滴加等量的磷酸缓冲液, 轻轻摇荡玻片或洗耳胶球在玻片上轻轻吹气, 使两液体混合均匀, 持续 10~15 min; (4)流水洗去染液; (5)涂片风干后, 镜检, 在镜下观察细胞等有形成分的形态结构特征。

2 结 果

高倍镜: 呈圆形或卵圆形, 单个或成团、成排脱落, 直径可达 3~5 μm ; 核增大, 呈圆形或卵圆形, 常偏位; 胞质内可见黏液空泡, 呈透明空泡样, 见图 1。油镜: 呈圆形或卵圆形, 细胞大小不等, 直径可达 3~5 μm ; 核增大, 呈圆形或卵圆形, 常偏位, 染色质颇丰富, 略深染呈粗网状或粗块状, 略畸形, 核边不规则增厚, 常见 1~2 个增大核仁, 略嗜碱性, 胞质内可见黏液空泡, 呈透明空泡样。见图 2。

[△] 通讯作者, E-mail: zhz328fmmu@edu. cn.

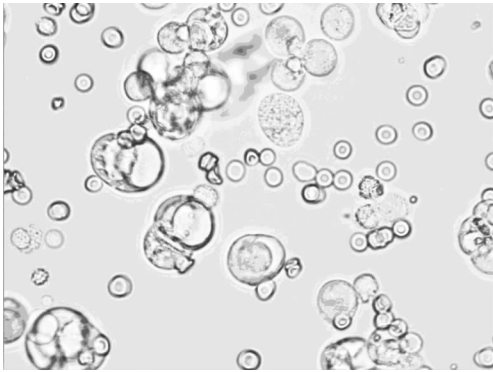


图 1 腹水涂片(40×)

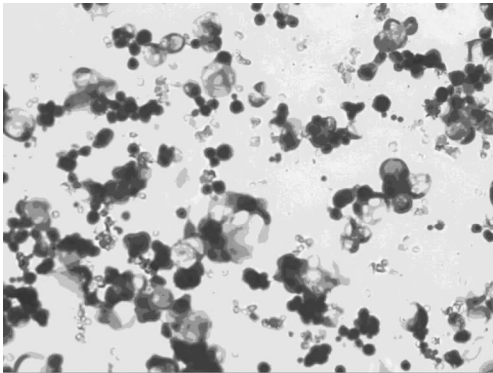


图 2 腹水涂片瑞氏染色(油镜)

3 讨 论

腺癌为涎腺上皮发生的恶性肿瘤,结构不一,但没有残留的多形性腺瘤的成分。腺癌占涎腺上皮性肿瘤的 9%,属于涎腺恶性肿瘤中恶性程度较高的一种。腺癌是肺癌的一种,它的发生与吸烟关系最小,占肺原发肿瘤的 40%。常位于肺的周边部,还累及胸膜并形成相关的疤痕圈和胸腔积液。因此胸水和腹水常规检测对本病的辅助诊断有着重要的意义。

在本病例的病因追踪中,及时发现该患者腹水标本里的异性有核细胞,并进行了细胞涂片瑞氏染色,经观察发现是腺癌细胞^[3]。腺癌细胞较大,胞质内含巨大黏液空泡,呈现较明显的印戒样,第一时间通知临床并协助医生做出卵巢癌的诊断,与之后的病理诊断相符,为患者的临床有效治疗争取了时间。

腺癌细胞学特点是^[4-5]:(1)呈腺体样或管状结构。(2)形成多层、球形或卵圆形聚集,提示乳头状增生。(3)单个癌细胞呈柱状,与其他肿瘤类型有明显区别。(4)印戒样癌细胞,核异常,偏位,胞质内含巨大黏液空泡。但是,仅见胞质空泡不是诊断腺癌的依据,须有明显的核异常。腺癌细胞内黏液需要通过特殊染色黏液卡红染色或 PAS 染色来证实。腺癌一般不需要做免疫组化就能确诊,但在区分原发、转移或间皮瘤时需要做免疫组化。

参考文献

[1] 鄢盛恺,李萍.临床医学检验专业技师(医师)系列[J].中国协和医科大学出版社,2007:165.

[2] 熊立凡,刘成玉,王彩,等.临床检验基础[M].北京:人民卫生出版社,2008:295.

[3] 周道银,薛成军,王学,等.常规细胞形态学检查对良恶性浆膜腔积液的鉴别诊断价值[J].临床检验杂志,2007,25(4):285,289.

[4] 谭家成,朱网娣,冯霞,等.1 915 例体液常规检查中恶性肿瘤细胞检出结果分析[J].临床检验杂志,2007,25(5):400.

[5] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006.

(收稿日期:2013-04-12)

采用微粒子化学发光法检测甲胎蛋白出现钩状效应 2 例

裴 峰

(湖北省天门市第一人民医院检验科,湖北天门 431700)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.19.078 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2013)19-2639-02

近十年来通过不断改进和发展,使化学发光免疫分析成为非放射性标记免疫分析中最有前途的方法之一。测定时间短,无放射污染等特点,广泛应用在临床和科研^[1]。甲胎蛋白(AFP)是一种胚胎发育早期的高浓度血清糖蛋白,是早期诊断原发性肝细胞癌的特异性标志物,亦可用于妊娠时唐氏综合征的筛查及原发性肝细胞癌的预后判断与治疗监测^[2]。在中国,由于巨大的人口数量和较高的乙型肝炎病毒(HBV)感染率,原发性肝细胞癌的患者数约占世界的 55%,死亡率为 20.4/10 万^[3]。因此,准确测定 AFP 一直受到临床医生的关注。然而,只要是抗原抗体反应的原理,就有可能出现“钩状”效应,就有可能因为抗原抗体比例不合适而导致测定结果低于实际含量或出现假阴性的现象。现将用微粒子化学发光法(CMIA)检测 AFP 出现钩状效应导致结果低于实际含量的情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 (1)2013 年 2 月 2 日湖北省天门市第一人民

医院介入科 46 岁男性患者,因肝恶性肿瘤介入治疗后 1 月入院,诊断为肝恶性肿瘤及慢性乙型病毒性肝炎。(2)2013 年 3 月 22 日湖北省天门市第一人民医院介入科 22 岁男性患者,因肝恶性肿瘤介入术后 2 月余及呕血入院,诊断为肝恶性肿瘤伴门静脉、肝静脉、下腔静脉转移;腹水;上消化道出血;慢性乙型病毒性肝炎。

1.2 检测方法 (1)仪器:贝克曼 UniCel DxI 800 全自动化学发光免疫分析仪;(2)试剂:贝克曼 UniCel DxI 800 仪器配套 AFP 定量检测试剂盒(批号:224751);(3)标准品:贝克曼 UniCel DxI 800 仪器配套 AFP 定量检测标准品(批号:224750);(4)质控品:英国朗道质控品,水平 2(批号:670UN)。所用试剂及标准品均在有效期内新开瓶使用,开机质控在控,批量进行检测。

2 结 果

仪器检测 46 岁男性患者 AFP 的原始结果为 1 566.3 ng/mL(该仪器检测 AFP 的上限值为 3 000 ng/mL),对比 LIS 系