

- cytic leukemia in adults[J]. Curr Oncol, 2014, 21(5): 234-250.
- [2] Röllig C, Schäfer-Eckardt K, Hänel M, et al. Two cycles of risk-adapted consolidation therapy in patients with acute promyelocytic leukemia[J]. Ann Hematol, 2015, 94(4): 557-563.
- [3] 儿童急性早幼粒细胞白血病临床路径(2010年版)[S]. 中华人民共和国卫生部:中国标准出版社.
- [4] Sewatanon J, Liu H, Ling PD. Promyelocytic leukemia protein modulates establishment and maintenance of latent gammaherpesvirus infection in peritoneal cells[J]. J Virol, 2013, 87(22): 12151-12157.
- [5] Stein EM, Tallman MS. Acute promyelocytic leukemia in children and adolescents[J]. Acta Haematol, 2014, 132(3/4): 307-312.
- [6] Lance JE. Postremission therapy in acute promyelocytic leukemia: room for improvement? [J]. J Clin Oncol, 2014, 32(33): 3692-3696.
- [7] Lachaine J, Mathurin K, Barakat S. Economic evaluation of Arsenic trioxide for treatment of newly diagnosed acute promyelocytic
- [8] leukaemia in Canada[J]. Hematol Oncol, 2014, 25(1): 2176.
- [9] Daver N, Kantarjian H, Marcucci G, et al. Clinical characteristics and outcomes in patients with acute promyelocytic leukaemia and hyperleucocytosis[J]. Br J Haematol, 2015, 168(5): 646-653.
- [10] Jovanovic JV, Rennie K, Culligan D, et al. Development of real-time quantitative polymerase chain reaction assays to track treatment response in retinoid resistant acute promyelocytic leukemia [J]. Front Oncol, 2011, 25(1): 35.
- [11] Imani-Saber Z, Ghafouri-Fard S. Promyelocytic leukemia gene functions and roles in tumorigenesis[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15(19): 8021-8028.
- [12] Li J, Zhong HY, Zhang Y, et al. GTF2I-RARA is a novel fusion transcript in a t(7;17) variant of acute promyelocytic leukaemia with clinical resistance to retinoic acid[J]. Br J Haematol, 2015, 168(6): 904-908.

(收稿日期:2015-01-08)

• 个案与短篇 •

布鲁菌病并发化脓性关节炎 1 例

虎淑妍, 邢洁, 李娟[△]

(庆阳市人民医院检验科, 甘肃庆阳 745000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.11.076

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2015)11-1638-02

布鲁菌病是一种人畜共患的传染病,是全世界范围的动物源性传染病^[1]。每年上报世界卫生组织的病例数愈 50 万。临床表现多为发热、疲劳、多汗、关节疼痛、肝脾肿大等,诊断缺乏特异性^[2],而并发化脓性关节炎的病例少见,易漏诊或误诊。本报道采用回顾性方法,对布鲁菌病并发化脓性关节炎的临床表现诊断、治疗进行分析总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 男性患者,年龄 53 岁。2013 年 5 月 6 日因感觉浑身不适,曾在本院门诊就诊,查体发现患者有低烧,在进行血常规及 X 线胸部检查后未见异常,误诊为上呼吸道感染,并进行治疗,患者症状有所减轻;4 周后患者感觉左膝关节热痛肿胀厉害,再次就诊,正侧位 X 线显示左膝关节有少量积液,收住本院骨科治疗,体温 37.6 ℃,心率 82 次/分,呼吸 27 次/分,血压 131/92 mm Hg。生命体征平稳、四肢肌张力正常、无神经系统病理征。患者家中多年养羊数只,对布鲁菌病防治知识缺乏,未进行布鲁菌病疫苗接种。排除该患者曾经有过其他关节炎病史。

1.2 实验室检查 对患者进行关节液培养、血培养、血常规、红细胞沉降率等检查;并辅以 X 线、B 型超声检查。血常规检查:白细胞计数 $10.8 \times 10^9/L$, 中性粒细胞计数 66%, 淋巴细胞计数 34%, 血小板计数 144×10^9 ; 红细胞沉降率: 30 mm/h; 关节液常规检查: 微黄、混浊、白细胞计数 $23.6 \times 10^6/mL$, 中性粒细胞计数 52%, 淋巴细胞计数 48%。关节液增菌培养, 72 h 培养液显示浑浊, 转至血平板及中国蓝平板, 24 h 血平板生长湿润、细小透明菌落; 草兰染色, 细沙样排列草兰阴性菌。VITEK2-compact 细菌鉴定仪鉴定结果为马耳他布鲁杆菌(生物编码为 0000001300001000, 可信度 99%)。血清学凝集:

血清抗体效价 1:640。B 超显示肝、胆、脾、胰、肾及心脏未见异常。将关节液在生物安全柜内接种至双相增菌培养瓶(上海科科玛嘉生物技术有限公司产品)培养,每日观察生长情况,72 h 培养液浑浊,转至血平板和中国蓝平板(郑州安图生物工程股份有限公司产品);24 h 血平板生长湿润、透明的小菌落;血清学凝集抗体滴度大于 160; VITEK2-compact 细菌鉴定仪鉴定结果为马耳他布鲁菌。

1.3 治疗方法 病例确诊后给予口服多西环素 200 mg/d, 联合利福平 600 mg/d, 同时静脉输注头孢曲松 2 g/d 进行治疗。

2 结 果

两周后患者体温恢复正常,疼痛减轻,4 周后关节积液消失。住院 8 周患者出院,随访至今预后良好,无复发。

3 讨 论

近年来死于布鲁菌病的牛羊非常多,感染布鲁菌的患者也逐年增加。布鲁菌病发病没有明显的季节特点,因其潜伏期 7~60 d,一般为 2~3 周,少数患者在感染后数月或 1 年以后发病。实验室中受感染者大多于 10~50 d 内发病。本文中患者为农民,家中养羊多年,有直接羊接触史。

近年来,随着布鲁菌病例的不断增多,布鲁菌病不典型病例也明显增多。布鲁菌病的临床表现及病史呈非特异表现,病程短、淋巴结、肝脾肿大者明显减少^[3],取而代之的是长期低热、乏力、关节痛、四肢肌肉痛等症状。布鲁菌病并发关节积液的病例少见报到,临床医生对本病认识不足经验欠缺,容易误诊或漏诊。对于有牛羊接触史的患者,有不明原因的低热,医生应多次申请相关体液或血液培养,应用自动化连续监测的血培养及配套血培养瓶监测。初步涂片显微镜观察发现草兰染色阴性菌,呈细沙样排列,应该高度怀疑布鲁菌感染。

对于牛羊养殖较多的地方要加大布鲁菌病防治知识的宣传和培训,采取以畜间牛、羊免疫为主的综合性防治措施。对于有牛羊接触史的做到早发现、早诊断、早治疗以防止急性期转为慢性期。及时的治疗可改善患者预后^[4]。抗布鲁菌治疗应注意较长时间连续和联合使用抗菌药物的原则,选用能进入吞噬细胞内的抗菌药物,并坚持使用以彻底消灭细胞内的布鲁菌。世界卫生组织推荐的方案为口服多西环素 200 mg/d, 联合利福平 600~900 mg/d, 坚持使用 6~8 周^[5]。

布鲁菌在人工培养基上生长缓慢,实验室应延长血液及液体培养时间以防漏检,且操作该菌极易造成实验室感染,应注意提高生物安全防护级别。

参考文献

- [1] 周丽,吴亮,倪明,等. 非疫区布鲁菌病七例分析[J]. 中华传染病·个案与短篇·

- 杂志,2013,31(11):681-683.
 [2] 沈定霞. 布鲁菌感染的临床特性及实验室检测[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(1):8-9.
 [3] 李向阳,金玲湘. 感染性疾病的检验诊断[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:217-221.
 [4] 郭新珍,徐潜. 非疫区布鲁氏菌病 21 例病例分析[J]. 中日友好医院学报,2013,27(2):76-78.
 [5] 陈灏珠,潘孝彰. 实用内科学[M]. 12 版. 北京:人民卫生出版社,2005:487-490.

(收稿日期:2015-02-25)

3 种常见印戒细胞的区分

赵 莹

(兰州大学第一医院检验科,甘肃兰州 730000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2015.11.077

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2015)11-1639-02

1 材料与方法

1.1 材料 将来自不同病区的 22 例已明确诊断为胃癌的患者做石蜡切片,另外对 34 例由各种原因引起的脑膜非特异性反应和脑组织破坏性病变其患者的脑脊液进行细胞学涂片镜检。

1.2 仪器与试剂 日本 Olympus 显微镜,第四军医大学研制的 FMU-5 型微型细胞玻片离心沉淀器。瑞氏染液(由珠海贝索生物技术有限公司提供,批号 411113)、吉姆萨染色液、墨汁染色液。

1.3 方法 将切好的组织块固定、脱水,以便包埋时使用。脑脊液收集均按照相关标准操作程序(SOP)严格进行,标本制作采用玻片离心沉淀法在沉淀管内滴入 0.5 mL 脑脊液,500 r/min 低速离心 5~10 min,取沉淀物涂片,置室温或 37 °C 温箱中干燥,采用瑞氏染色、吉姆萨染色并辅以墨汁染色。

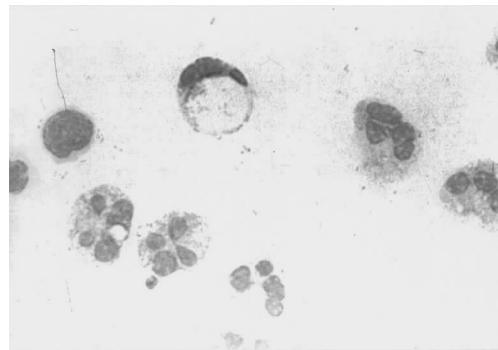


图 1 小印戒细胞

2 结 果

1 例硬脊膜下出血患儿,腰椎穿刺送检行脑脊液细胞学检查,除检出大量红细胞外,还发现有 1~3 个形似印戒样细胞,其细胞特点为胞体和胞核变大而不规则,胞浆淡蓝色并夹有大小不等的空泡,胞浆缘有磨损或具有多种伪足样突起,胞浆缘破坏,似与细胞本体裂开,胞浆内空泡融合后呈戒指样细胞,称

小印戒细胞,见图 1。但小印戒细胞与镜下所见胞浆内大量黏液将成团的癌细胞核挤向一侧形成印戒状的黏液细胞癌有本质的区别,见图 2。另外白细胞吞噬细胞也可形成印戒细胞,吞噬细胞可吞噬它认为是异物的任何物质,甚至比它大数倍的物体。被吞噬的物体被酶解后形成空泡,如空泡融合将胞浆和胞核挤向细胞的一侧边缘时,可形成大印戒细胞,见图 3。



图 2 黏液细胞癌

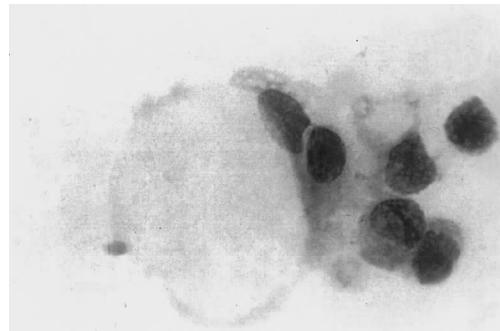


图 3 大印戒细胞

3 讨 论

胃癌其组织来源于胃黏膜细胞,其病理变化肉眼形态可分