

从左胫骨平台处皮肤破溃分泌物分离出伤寒沙门菌 1 例

冯银霞, 王志军(内蒙古兴安盟人民医院检验科 137400)

【关键词】 伤寒沙门菌; 左胫骨平台处皮肤破溃; 分泌物

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0493-01

2011 年 8 月 26 日, 本院微生物实验室从 1 例左胫骨平台处皮肤破溃患者的破溃处分泌物分离到 1 例伤寒沙门菌, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 45 岁, 1 年前诊断为系统性红斑狼疮, 且 1 年内间断发热, 髋关节疼痛 6 个月, 以左侧为主, 查髋关节平片, 诊断为双侧股骨头坏死。于 1 个月前无明显诱因出现左下肢皮肤破溃, 面积可达 3 cm×3 cm, 内有淡黄色液体渗出, 不能愈合, 2011 年 8 月 20 日收入本院。入院时查体: 体温 36.5℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 120/80 mm Hg, 神经系统未见明显异常。实验室检查: 肝功、肾功、血离子、补体 C4、IGA、IGM、IGG 均正常, 三酰甘油(TG) 2.26 mmol/L, CHO 5.59 mmol/L, 补体 C3 稍低为 0.66 g/L; 血细胞分析: 血红蛋白(Hb) 99 g/L、白细胞(WBC) 6.47×10⁹/L、中性粒细胞比值(NEUT%) 86.84%, 红细胞沉降率(ESR): 90 mm/h, C-反应蛋白(CRP) 77 mg/L。患者于 8 月 20 日入院给予氨曲南静脉滴注抗感染治疗无效, 破溃处仍有淡黄色液体渗出, 8 月 23 日从皮肤局部破溃处采取标本送检做普通细菌培养, 培养鉴定结果为伤寒沙门菌。8 月 27 日又从皮肤局部破溃处采样送检做普通细菌培养。培养鉴定结果仍为伤寒沙门菌。经左旋氧氟沙星静点、局部涂抹磺胺银嘧啶抗感染治疗, 8 d 后破溃处创面有新鲜肉芽组织生长, 坏死组织明显减少, 改为门诊换药, 转入内科继续治疗系统性红斑狼疮及其他疾病。

2 细菌培养及鉴定

标本接种按《全国临床检验操作规程》^[1] 进行, 接种血平板、麦康凯平板。同时将分泌物标本直接涂片, 革兰染色镜检见到革兰阴性杆菌。经 35℃ 24 h 培养, 血平板形成灰白色、中等大小的圆形、表面湿润、边缘整齐的菌落。麦康凯平板为不分解乳糖、透明的中等大小且边缘整齐的菌落, 涂片革兰染色镜检为革兰阴性杆菌。氧化酶试验阴性, 双糖铁试验为不分解乳糖, 分解葡萄糖, 动力阳性, 产气, 硫化氢试验阳性。

API10S 鉴定为沙门菌属, 编码为 6714, id 值为 96.3、T 值为 1.0; 用 API20E 鉴定卡鉴定同样为沙门菌属, 编码为 6704552, id 值为 89.4、T 值为 1.0; 用 VITEK2 鉴定仪的 GN 卡鉴定为沙门菌属, 编码为 0017610441126210, 可信度为 97%。血清凝集试验: A-F 多价血清凝集阳性、O 抗原 9 凝集、H 抗原 d 凝集阳性。

3 药敏试验结果

采用 K-B 法, 试验方法与判断标准按 CLSI2010 版^[2] 标准进行。抑菌环直径为: 氨苄西林: 23 mm, 头孢噻肟: 31 mm, 头孢曲松: 36 mm, 环丙沙星: 27 mm, 左旋氧氟沙星: 26 mm, 复方新诺明: 27 mm, 氯霉素: 26 mm。

4 讨论

伤寒沙门菌是人和动物常见的致病菌, 人群普遍易感, 主要通过污染食品或水源感染人类, 引起急性胃肠炎、食物中毒、菌血症、败血症等疾病, 还可引起胆囊炎、脑膜炎、骨髓炎、关节炎、脓胸等化脓性感染, 病变部位有不同程度的组织坏死或脓肿形成^[3]。感染后结果与菌种毒力及宿主免疫状态有关。一般幼儿和老年以及慢性疾病患者如系统性红斑狼疮等, 易于感染且感染症状严重。

参考文献

- [1] 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: 750-751.
- [2] CLSI. Performance Stangards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twentieth Informational Supplement. CLSI document M100-S20[M]. Wayne, PA: Clinical and laboratory Stangards Institute, 2010; 22, 25.
- [3] 陈东科, 孙长贵. 实用临床微生物学检验与图谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 327.

(收稿日期: 2011-09-13)

子宫上皮样滋养细胞肿瘤 1 例报告

姜旭平(山东省青岛市妇女儿童医疗保健中心 266000)

【关键词】 子宫; 上皮样滋养细胞肿瘤; 免疫组化

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.04.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)04-0493-02

上皮样滋养细胞肿瘤(ETT)是一种罕见的滋养细胞肿瘤, 应与宫颈或子宫内膜的原发性鳞癌、低分化腺癌及未分化癌相鉴别, 还需与其他滋养细胞肿瘤鉴别, 作者曾收治子宫 ETT 1 例, 现报道如下。

1 病例介绍

王某某, 女, 54 岁, G₂P₁A₁, 2008 年 9 月因阴道不规则流

血 7~8 年来诊, 既往诊疗史不详。患者末次妊娠时间为 1980 年, 为足月顺产, 近 28 年无妊娠及流产史。妇科检查: 子宫如孕 50⁺d 大小, 子宫肌瘤, 予以分段诊刮, 病理: 分化较低的恶性肿瘤伴瘤性坏死, 无腺性分化及确切的鳞状上皮特点, 找到少量退变的蜕膜样组织, 考虑为上皮样滋养细胞肿瘤, 建议术后进一步分类。人绒毛膜促性腺激素(HCG) 11.58 IU/L, 后

入院于 10 月行全子宫加双附件切除术,病理检查:全切子宫一件带双附件,子宫大小 11 cm×6 cm×5 cm,宫颈轻度糜烂,内膜光滑,厚 0.1 cm,肌层厚 2.5 cm,于肌壁间见多个肌瘤及灰红色出血区,出血区大小约 2.5 cm×2 cm,切面灰黄质软。双侧输卵管长 8 cm,最大径 0.5 cm,卵巢 2.5 cm×1 cm×0.5 cm。镜下观察:灰红色出血区肿瘤细胞排列成巢状、片状、团块状,位于广泛凝固性坏死的组织中,似“地图状”(图 1),瘤细胞中等大小,多边形或卵圆形,胞界清楚,核卵圆或圆形,染色较淡,染色质呈细颗粒状,有的可见小而清楚的核仁,可见核分裂象,多数瘤细胞胞质嗜酸性,少数透明(图 2),可见丰富的嗜伊红玻璃样物质和坏死肿瘤碎片包绕于瘤灶周围(图 3),部分区域可见钙化灶;间质内可见大小不等血管及少量淋巴细胞浸润。免疫组化:胎盘型碱性磷酸酶(PLAP)(+),HCG(-),细胞角蛋白(CK)局灶阳性。病理诊断:子宫上皮样滋养细胞肿瘤(ETT)。术后随访至 2010 年 7 月患者情况尚好,后失访。

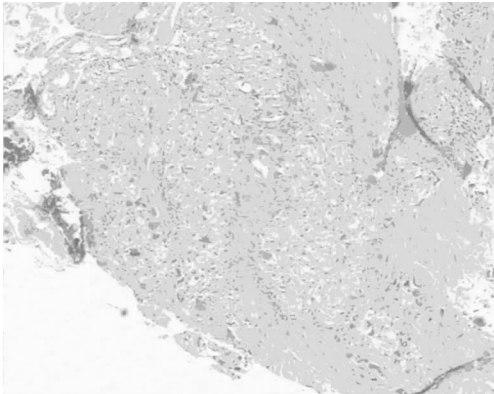


图 1 肿瘤细胞地图状外观(HE×40)

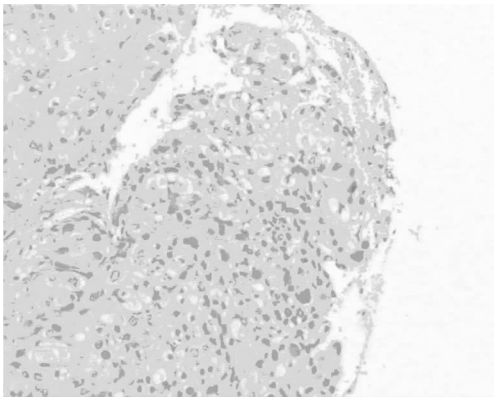


图 2 肿瘤细胞形态特点(HE×100)

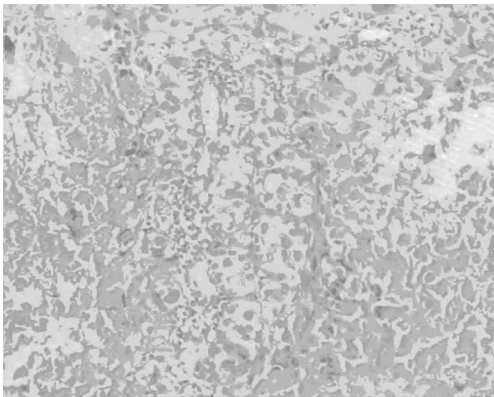


图 3 坏死灶包绕于瘤细胞巢(HE×100)

2 讨 论

ETT 是由中间型滋养细胞构成的滋养细胞疾病,通过 PCR 分析现已证实其为胎儿起源^[1],该病少见,目前可查阅的报道病例总共不到 100 例^[2]。患者大多数为生育年龄妇女(15~48 岁,平均 36 岁),绝经后妇女极少见,可继发于任何性质的妊娠包括葡萄胎妊娠之后,但多数为足月分娩后。ETT 患者妊娠与 ETT 发生之间的间隔为 1~18 年,平均 6.2 年。绝大多数患者主诉阴道异常出血,血 HCG 水平轻度升高或正常,子宫 ETT 常形成肿块,直径 0.5~4.0 cm,累及宫体或宫颈,可浸润子宫肌层深部,并可能延伸到子宫外,侵犯附件或其他邻近器官。

光镜下,ETT 具有特征性的形态结构,由相对一致、表现良性的绒毛膜型中间型滋养细胞形成巢状、条索状或实性片状,巢周围可见丰富的玻璃样物质和坏死的瘤细胞碎片,形成地图样外观,典型者小血管位于细胞巢中央。常常见到混合有淋巴细胞和浆细胞,偶尔发生钙化。瘤细胞具有丰富、透明的嗜酸性胞质,局灶细胞多核并有核沟,可见核分裂象。ETT 瘤细胞对于 CK、EMA、抑制素 α、E 钙黏蛋白和上皮生长因子受体呈弥漫阳性反应,其他常见的滋养细胞肿瘤标记物如胎盘催乳素(HPL)、HCG、黑色素瘤黏附分子(Mel-CAM)以及 PLAP 仅有非常少的细胞阳性。

通过 ETT 特征性的形态学表现,可以和其他妊娠滋养细胞肿瘤相鉴别,最为困难的是与宫颈或子宫内膜的原发性鳞癌、低分化腺癌及未分化癌相鉴别。其中主要是鳞状细胞癌,因为嗜酸性玻璃样物质类似于角化碎片,但 ETT 瘤细胞缺乏有时见于鳞状细胞癌的细胞间桥。此外 ETT 特征性的地图样坏死结构在鳞癌、腺癌或未分化癌中少见。与腺癌不同,ETT 瘤细胞缺乏可以检出酸性及中性黏多糖。未分化癌缺乏 ETT 特征性的地图样坏死结构,且 PLAP、HPL、抑制素免疫组化染色阴性及 Ki-67 指数比 ETT 高。

现有资料显示 ETT 的治疗主要是手术治疗,辅化疗,术后要注意监测血清 HCG 值,定期复查盆腔彩超、胸部 CT,观察临床治疗效果^[3]。ETT 是近几年才认识的一种罕见的滋养细胞肿瘤,一般预后较好,少数患者可有转移和死亡。因相关病例及随访资料少,故对其生物学行为、治疗方法及预后还不十分了解,还需要积累更多的病例资料进行深入的研究。

参考文献

[1] Mina LX, Bin Y, Carcangiu ML, et al. Epithelioid trophoblastic tumor: comparative genomic hybridization and diagnostic DNA genotyping[J]. Modern Pathol, 2009, 22: 232-238.

[2] Fadare O, Parkash V, Carcangiu ML, et al. Epithelioid trophoblastic tumor: clinicopathological features with an emphasis on uterine cervical involvement[J]. Modern Pathol, 2006, 19: 75-82.

[3] 曾友玲, 刘海意, 乔福元. 子宫上皮样滋养细胞肿瘤误诊一例并文献复习[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(2): 112-113.

(收稿日期:2011-06-13)