

扁桃体结核误诊为慢性扁桃体炎 1 例

原亚文, 南鹏飞(解放军三院医结核科, 陕西宝鸡 721004)

【关键词】 扁桃体; 结核, 炎症; 误诊

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 078 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1811-01

扁桃体结核临床较少见, 随着近几年结核病的增多, 扁桃体结核、喉结核、脾结核等少见器官结核病患者亦相应增多, 但因其临床表现不典型, 造成不少误诊, 耽误了治疗的最佳时机^[1]。现就本科 2010 年 5 月收住 1 例扁桃体结核患者, 院外误诊为慢性扁桃体炎长达 1 年之久, 现报告如下, 以引起同行的重视。

1 临床资料

患者, 男, 56 岁, 间断咽痛、咽部异物感伴不规则发热 1 年余。患者自述 1 年来无诱因间断咽痛、咽部异物感, 伴不规则发热, 体温最高 38.5℃, 无明显盗汗、消瘦, 间或咳嗽、咳少许白黏痰, 无痰中带血及咯血。先后按“感冒”、“扁桃体炎”、“支气管炎”, 在乡镇卫生院、县医院等对症治疗过(一直未胸透、拍胸片), 症状时轻时重。3 d 前无诱因咯血 1 次, 量约 30 mL, 色鲜红。在县医院拍胸片诊为肺结核, 即来本专科医院治疗。查体: 慢性病容, 消瘦, 左侧颈部可触及呈串珠状花生米大小肿大淋巴结, 左侧扁桃体Ⅲ度肿大, 充血、表面凹凸不平且附着少许黄白色分泌物, 不易拭去, 右侧扁桃体未见异常, 血白细胞 $8.6 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.75, 红细胞沉降率 64 mm/h, 结核菌素纯蛋白衍生物(PPD)5 U 皮试(+++), X 线胸片: 左上中肺可见斑片状、索条状密度增高影, 余肺野清晰。给以 2HR5Z/4HR 方案抗痨保肝治疗 2 月, 肺部病灶较入院时缩小约一半, 咽痛、发热消失, 但患者仍感咽部不适, 坚决要求行扁桃体切除, 转五官科手术, 术后病理诊断: 增殖型扁桃体结核。

2 讨论

扁桃体结核为全身结核的一种, 临床病例数较少, 多数继发于肺结核, 是结核杆菌通过直接扩散或血行及淋巴途径感染

引起。由于其临床表现和慢性扁桃体炎很相似, 都有咽部不适、异物感、咽痛, 甚至咳嗽、低热等。患者和非专科医务人员多认为是慢性咽炎、慢性扁桃体炎^[2]。特别是在基层医院这种现象时有发生, 由于没有典型的结核中毒症状, 加之非专科医生检诊, 见到患者扁桃体充血、肿大就习以为常主观认为是扁桃体炎, 给予相应的消炎、润喉治疗, 部分患者症状暂时可能减轻, 也人为导致了长期误诊。该患者就是在基层医院误诊长达一年之久。因此笔者建议: (1) 对于诊为“慢性扁桃体炎”患者, 经正规治疗后症状反复发作, 最好能进行胸透或者拍胸片、PPD 皮试, 以排除有无肺结核、结核性胸膜炎的存在。该患者先后在乡镇卫生院和县医院就诊, 但一直没有进行过胸透和拍胸片, 如果能早点发现肺部结核病灶, 接诊医生可能就会考虑到扁桃体结核。(2) 扁桃体穿刺活检, 病理活检是最有效的诊断方法, 必要时可多次活检, 以明确诊断, 采取正确的治疗措施。(3) 应在基层和非专科医院加大对结核病的宣讲力度, 使大家对没有典型结核中毒症状的少见器官结核病相关知识有所了解和掌握, 拓宽他们的临床视野, 减少误诊和漏诊, 更好地服务于患者。

参考文献

- [1] 任素琼, 任琪. 双侧扁桃体结核误诊 1 例分析[J]. 中国现代医生, 2007, 45(14): 146.
- [2] 齐献华. 误诊为慢性扁桃体炎的扁桃体结核[J]. 临床误诊误治, 2003, 16(3): 191-192.

(收稿日期: 2012-01-11)

3 例 EDTA 依赖性假性血小板减少结果分析

李荣辉, 高莉莉, 姜 蕾, 金 红, 徐明鑫(牡丹江医学院红旗医院检验科, 黑龙江 157011)

【关键词】 假性血小板减少症; 血小板计数; 乙二胺四乙酸抗凝剂

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 079 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1811-02

乙二胺四乙酸(EDTA)因对血细胞计数影响小, 在 1993 年被国际血液学标准化委员会(ICSH)建议为血细胞计数的抗凝剂。但是, EDTA 盐可以诱导极 0.09%~0.21%^[1] 血小板(PLT)体外聚集成团, 使得 PLT 计数明显低于实际数值, 这就是 EDTA 依赖性假性 PLT 减少症(EDTA-PTCP)。关于 EDTA-PTCP 的报道很多, 主要有肿瘤、自身免疫疾病、败血症、抗血小板治疗的患者以及受低温环境影响等。EDTA-PTCP 本身虽无任何病理学意义, 由于发生率极易被忽视, 导致临床误诊误治, 严重者甚至有可能进行不必要的 PLT 输注。本文

就今年本院发现的 3 例 EDTA-PTCP 处理分析结果报道如下。

1 临床资料

病例 1: 社区体检人员, 女, 65 岁, 经 Sysmex KX-21 做血细胞分析的第一次结果: $PLT 2 \times 10^9/L$, 白细胞和红细胞相关指标均正常; 故要求社区重新采血复查, 第二次结果显示 $PLT 4 \times 10^9/L$, 其他指标与前一次基本一致。其他体检结果未见异常, 手工复查发现, 血涂片经瑞氏染色镜检可见成堆的血小板出现, 未见卫星现象; 手工血小板计数为 $136 \times 10^9/L$, 但镜下

出现血小板聚集成团现象;由于是体检人员没做枸橼酸钠抗凝血和指尖血做对照。

病例 2:患者,女,54 岁,因糖尿病入住本院。经 Sysmex KX-21 血细胞分析结果显示 $PLT46\times10^9/L$,和临床沟通,主治医师叙述未见出血现象。重新采血分别用 EDTA 盐抗凝管和枸橼酸钠抗凝管各采一管,同时取指尖血进行血小板和白细胞手工计数。结果:手工 PLT 为 $235\times10^9/L$,白细胞(WBC)为 $6.3\times10^9/L$ 。EDTA 盐和枸橼酸钠抗凝血结果见表 1。

表 1 病例 2 不同抗凝剂不同时间白细胞和血小板计数变化($\times10^9/L$)

时间	EDTA 盐抗凝		枸橼酸钠抗凝	
	WBC	PLT	WBC	PLT
即时	7.2	219	6.9	216
30 min	8.7	157	6.2	205
1 h	9.1	89	6.5	200

瑞氏染色结果:EDTA 盐抗凝血涂片镜检发现随着时间的延长,PLT 聚集成团的数目越多,与手工计数镜下结果一致;枸橼酸钠抗凝血涂片则未见此现象。

病例 3:患者,男,62 岁,因胃癌化疗入住本院,早上采血后由标本送检员统一送到检验科做血细胞分析,经 Sysmex XT-1800i 五分类血细胞分析仪分析结果显示:PLT $25\times10^9/L$,系统提示有血小板聚集,询问临床无出血倾向且采血顺利。由于有了前两次的经验,怀疑此患者应属于 EDTA-PTCP,故手工计数复检和涂片染色镜检,手工复检的结果为 $PLT 108\times10^9/L$,涂片镜检发现,血小板有明显的聚集成堆现象,与手工计数结果吻合。通知临床该患者再做血细胞分析请用枸橼酸钠抗凝管收集血液。

2 讨 论

国内外关于 EDTA-PTCP 的报道很多,EDTA 致血细胞分析仪血小板计数假性减少的病理机制,到目前为止并不是十分清楚,可以确定的是 EDTA 致血小板假性减少的发生,是在 EDTA 盐作为抗凝剂的前提下血液中出现了解免疫介导的冷抗血小板自身抗体,它可以与血小板膜表面某种隐匿性抗原结合,同时激活 PLA、人磷脂酸 C(PLC)、花生四烯酸(AA)、二磷酸腺苷(ADP)、5'羟色胺(5-TH)等活性物质。这些活性物质又能活化血小板纤维蛋白原受体,促使血小板与纤维蛋白原聚

集成团,出现使血小板互相凝集现象^[2]。由于目前还无法检测人血液离体后,EDTA 盐是否会诱发其 PLT 聚集,因此,就要求检验工作者做血细胞分析时,当血小板计数异常且与患者没有出血及相关症状,特别是体检的人员,应考虑是 EDTA 盐依赖性血小板假性减少。

分析本文 2 例 EDTA-PTCP 的案例发现经三分类血细胞分析仪检测血小板数值都在临床危急值临界值以下($50\times10^9/L$),都无出血倾向;且在观察白细胞直方图时发现在中小细胞群(淋巴细胞群)前面出现异常小峰,小细胞群基底抬高,其他指标正常。从表 1 结果中可以看到,随着 EDTA 抗凝时间增加血小板数量逐渐减少,1 h 后已减少到 1 半左右,白细胞数量在逐渐增加。这说明,聚集的血小板团被血细胞分析仪误认为白细胞,使得白细胞数量相对增加,这个与周方红和刘新平报道一致^[3]。枸橼酸钠管的抗凝血,随着时间的延长,血细胞分析仪对 WBC 和 PLT 计数数值与手工计数基本一致。第三例肿瘤患者用五分类血细胞分析仪做的,系统有血小板聚集提示,经镜检发现和系统提示一致。

综上所述,在做血细胞分析时,要注意检测结果是否和患者的临床信息相符,无论是三分类还是五分类血细胞分析仪,当系统出现了异常提示,就应该重视起来,分析原因并及时与临床沟通,进行手工复检,减少误差率^[4]。怀疑患者属于 EDTA-PTCP,通知临床在重新用 EDTA 盐抗凝管采血的同时再采一管枸橼酸钠抗凝管,进行结果的比较,必要时做手工计数和涂片染色镜检,防止错误的结果导致误诊,给患者带来不必要的身心负担。

参考文献

[1] 宓庆梅,施巍宇,郝婉莹,等. EDTA 依赖性假性血小板减少症一例[J]. 中华检验医学杂志,2004,27(10):719.
[2] 陈言伟,张一民,董娟. EDTA 依赖性假性血小板减少症 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(4):849.
[3] 周方红,刘新平. EDTA 依赖性血小板假性减少与白细胞升高[J]. 实用预防医学,2007,14(6):1908-1909.
[4] 张灼锦. EDTA 依赖性假性血小板减少[J]. 中外医学研究,2011,9(36):123.

(收稿日期:2012-01-12)

3 例患儿感染沙门菌属细菌的分析与体会

童学农(福建省福州中西医结合医院检验科 350007)

【关键词】 沙门菌属细菌; 分析与体会; 分析
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 080 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1812-02

沙门菌属细菌广泛分布于自然界,是人和动物常见的致病菌,可引起人类伤寒、副伤寒、急性肠胃炎及败血症等疾病。本文就 2009~2010 年本院儿科收住的 3 例由沙门菌属细菌引起腹泻的患儿的临床表现及检验指标特征性表现总结如下。

1 临床资料

病例 1:患儿,男,2 岁 3 个月,2010 年 11 月 3 日就诊本院。

于入院前 3 d,无明显原因出现腹泻,排蛋花样粪便,10 余次/日,10~25 mL/次,含黏液血丝,伴发热,体温最高 38.7℃,食欲欠佳。在社区医院接受过抗感染止泻补液治疗。为进一步诊治,就诊本院门诊。查粪便常规:脓细胞 2+,隐血+;尿常规:尿酮体 2+,其他项正常。以“侵袭性肠炎”收住入院。查体:发育正常,体温 37.7℃,脉搏 116 次/分,呼吸 25 次/分,疲