

头昏,无恶心、呕吐,无出汗,为求进一步诊治于 2011 年 5 月 17 日来本院。既往有“血吸虫病”病史,在当地医院曾诊断为“肝硬化”。门诊检查资料提示:贫血、血小板减少、脾肿大、左侧胸腔积液。

入院后实验室检查:(1)血常规:白细胞(WBC) $1.75 \times 10^9/L$,红细胞(RBC) $2.37 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb) 70 g/L,血小板(PLT) $69 \times 10^9/L$,淋巴细胞 24.6%,中性粒细胞 67.3%;(2)尿常规:WBC 每高倍视野 5~8/HP,尿白细胞(LEU)+2,余正常;(3)肝功能:血清总蛋白 91.7 g/L,血清清蛋白 28.33 g/L,血清球蛋白 63.38 g/L,A/G:0.45;(4)尿本周蛋白试验:阳性;(5)血清蛋白电泳:清蛋白占 32.80%; α_1 区球蛋白占 3.3%, α_2 区球蛋白占 6.1%, β 区球蛋白占 2.4%, γ 区球蛋白占 5.3%,M 蛋白占 50.10%。(6)外周血涂片中显示成熟红细胞呈缙钱状排列。骨髓涂片显示:可见一组异常浆细胞,占 16%,提示多发性骨髓瘤可能。

2 讨 论

本例患者为老年女性,2011 年 5 月 17 日因咳嗽、气喘气促加重入院。5 月 17 日行血常规检查显示三系减少,因患者既往有“血吸虫”病史,当地医院诊断为肝硬化,故主治医师考虑全血细胞减少可能与肝硬化、脾亢有关。该患者肝功能结果显示血清总蛋白显著升高,尤以球蛋白升高为主,而清蛋白含量减低,导致 A/G 比值倒置。作者通过实验室信息网络系统查到了该患者血常规的结果,发现其全血细胞减少,而贫血是 MM 发生和发展过程中必然出现的症状,其发生率大于 90%。遂立即与患者的主治医师取得联系,告之患者肝功能和血常规结果,并建议其进一步做骨髓穿刺、血清蛋白电泳、尿本周蛋白等相关检查。5 月 22 日患者尿液本周氏蛋白检查结果为阳性。5 月 25 日,患者进行骨髓涂片检查,异常浆细胞比例占 16%,提示多发性骨髓瘤。在 MM 的诊断标准中,骨髓中浆细胞增多或组织活检有浆细胞瘤(10%~15%以上)是一项重要

诊断依据^[2]。5 月 26 日患者血清蛋白电泳检查结果显示:清蛋白占 32.80%; α_1 区球蛋白占 3.3%, α_2 区球蛋白占 6.1%, β 区球蛋白占 2.4%, γ 区球蛋白占 5.3%,M 蛋白占 50.10%。血清蛋白电泳中 M 蛋白的检查是早期筛查多发性骨髓瘤较敏感的方法,血中和尿中的 M 蛋白的检出亦是 MM 诊断的重要依据。患者住院期间同时做了心电图,肺部计算机 X 射线断层扫描(CT)平扫、B 超、胸腔积液液基超薄层细胞学检查等辅助检查,辅助检查结果显示:患者双侧胸腔积液,心包积液,左下肺不张,脾大;胸腔积液液基超薄层细胞学检查未检出异常细胞。综合实验室和辅助检查结果,该患者诊断明确为多发性骨髓瘤合并胸腔积液^[3]。

明确诊断后患者家属要求转入上级医院治疗,进一步治疗追踪随访获悉其经 2 周期 M2 方案化疗后病情明显好转,临床症状缓解。复查血常规提示 WBC、RBC、Hb、PLT 基本恢复正常。肝功能结果显示球蛋白比例下降,M 蛋白消失。复查骨髓穿刺提示浆细胞比例恢复正常达血液学完全缓解标准。

参考文献

- [1] 刘汐盈,孙淑艳,宋媛媛. 清免疫固定电泳、蛋白电泳的、免疫球蛋白及轻链定量对多发性骨髓瘤临床诊断价值探信[J]. 中国实验诊断学,2010,14(5):680-681.
- [2] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 天津:天津科学技术出版社,1991:303-305.
- [3] Schmid-Ott KM, Mori K, Kalandadze A, et al. Neutrophil gelatinase associated Lipocalin-mediated iron traffic in kidney epithelia[J]. Curr Opin Nephrol Hypertens,2006,15(4):442-449.

(收稿日期:2012-06-12)

脓液中分离出诺卡菌 2 例

张煜礼,侯伟伟,肖倩茹,江 涟,刘沙沙,万海英(上海市同济医院检验科 200065)

【关键词】 脓液; 诺卡菌病; 革兰阳性杆菌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.24.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)24-3165-01

近年来,由于器官移植、肿瘤、自身免疫性疾病以及人类获得性免疫缺陷病毒(HIV)感染例数的增加,诺卡菌感染病例有逐年增加趋势。由于其与一般细菌感染在临床表现方面无特异性,且临床医生对于这类少见病认识不足,故容易造成漏诊或误诊。鉴于此,作者总结分析近一年内本室发现的 2 例诺卡菌感染病例,以帮助临床医生了解诺卡菌病,提高对该病的认识,现报道如下。

1 病例 1

2011 年 7 月,从 1 例“系统性红斑狼疮合并多发性脓肿”患者的皮下脓肿穿刺液中分离出诺卡菌。

患者,男,34 岁,因“皮下肿块 5 d,发热 1 d”入院,患者既往有系统性红斑狼疮病史 4 年,一直服用糖皮质激素及免疫抑制剂等治疗。入院前 20 d,患者受凉后反复咳嗽、咽痛、发热,自服感冒冲剂等药物治疗。入院前 4 d,患者出现多处皮下肿块,高于皮面,触痛明显,边界欠清。血常规:白细胞(WBC) $22 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $19 \times 10^9/L$,超敏 C 反应蛋白(CRP) 11

mg/L,考虑系统性红斑狼疮活动可能,予以 500 mg 加强龙治疗,效果不显著,之后,行肿块穿刺,分泌物呈脓性,同时送检厌氧菌和需氧菌各 1 套,需氧培养 1 周后,血平板上形成白色酵母样菌落,菌落表面有皱褶,颗粒状,菌落下沉,深嵌于培养基中,不易刮起,有明显的“咬琼脂”现象,麦康凯平板上无细菌生长。挑取菌落进行革兰染色为可阳可阴杆菌,抗酸染色呈弱阳性。生化反应:硝酸盐还原试验(+),尿素酶(+),触酶(+). Vitek2-compact 上机鉴定结果为诺卡菌。药敏试验:磺胺甲噁唑,阿米卡星,甲氧苄啶敏感。由于患者感染较重,临床予以复方磺胺甲噁唑及头孢吡肟联合治疗,服用抗生素 1 周后,患者病情好转出院,医嘱要求患者继续口服复方磺胺甲噁唑,3 个月随访。

2 病例 2

2012 年 2 月,从 1 例“系统性红斑狼疮,狼疮性肾炎”患者胸壁及甲状腺脓肿穿刺液中分离出诺卡菌。

患者,男,31 岁。因“咳嗽伴胸痛 1 个月,加重(下转封 3)