

行联合检测和分析。本研究未纳入母乳喂养和人工喂养婴儿 HBV 感染率比较研究的数据,乳汁 HBV 标志物检测对于指导母乳喂养及阻断母婴传播的临床价值还有待进一步研究。

参考文献

[1] 唐芳玫, 宁日平, 李颖. HBsAg 阳性孕妇血清 HBV-DNA 含量与胎儿宫内感染关系探讨[J]. 现代检验医学杂志, 2012, 27(4): 139-141.

[2] 王小兰, 胡美霞, 周世琼. 荧光定量 PCR 检测脐血 HBV-DNA 与母婴传播的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(12): 1684-

1685.

[3] 张永亮. 慢性乙型肝炎产妇血液、初乳、满月乳 HBV-DNA 载量分析[J]. 国际检验医学杂志, 2009, 30(12): 1220-1221.

[4] 温旺荣, 苏芳, 吴勇, 等. 乳汁处理方法对检测 HBVDNA 结果的影响[J]. 临床检验杂志, 2007, 25(1): 31.

[5] 张合民, 王雪霞. 接受免疫治疗 HBV 携带产妇的新生儿 HBV 感染情况分析[J]. 山东医药, 2008, 48(30): 86.

(收稿日期: 2013-05-08)

• 个案与短篇 •

马耳他布鲁菌致菌血症 1 例

曾平, 邹自英[✉], 朱冰, 吴艾霖, 刘媛[△], 谭积善, 刘霞, 雷启丽
(成都军区总医院检验科, 四川成都 610083)

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2013.18.078 文献标识码: C 文章编号: 1673-4130(2013)18-2494-02

布鲁菌是一类自然疫源性人畜共患病的病原菌, 疫区人群因接触患病的家禽或食用病畜肉、乳及乳制品而感染, 临床表现为反复发热、关节痛、全身乏力, 称为布鲁菌病^[1]。本病常见于牧区, 但在非疫区较为罕见, 国内仅数例报道^[2-7], 本科室于 2013 年 2 月从 1 例发热待查患者血液中多次分离出马耳他布鲁菌, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男性, 24 岁, 未婚, 四川省蓬溪县蓬南镇石门村人。因“反复发热 1 周, 加重伴全身酸痛 2 d”于 2013 年 2 月 12 日入本院感染呼吸科。患者 1 周前无明显诱因出现发热, 伴出汗, 无咳嗽、咳痰, 无畏寒、寒颤, 自行就诊于当地诊所, 未测体温, 自述口服头孢类(具体用药不详) 3 d 感发热有所缓解, 但停药后即反复, 2 d 前发热加重伴全身酸痛, 就诊于成都市某区人民医院, 测体温高达 39.2℃, 给予肌注退烧药(具体不详) 后建议患者到上一级医院治疗。

患者 1 d 前来本院, 急诊留观输液 1 d, 体温波动在 38.2~39.6℃。入院查体: 体温 39.0℃, 血压 124/78 mmHg, 脉搏 108 次/分钟, 呼吸 20 次/分钟。全身皮肤、黏膜未见皮疹, 全身浅表淋巴结未触及肿大。胸廓无畸形, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿罗音。心律齐, 各瓣膜未闻及病理性杂音, 腹软, 肚脐周围压痛, 无反跳痛, 肝肋下未触及, 脾肋下平脐处可触及, 边缘光滑, 质软。双下肢无浮肿。血常规示: 白细胞计数 $2.9 \times 10^9/L$, 红细胞计数 $4.7 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白浓度 135 g/L, 血小板计数 $77 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 52.9%, 淋巴细胞比率 37.3%, 超敏 C 反应蛋白 34.82 mg/L。胸片示: 心肺未见特殊, 腹部平片未见特殊异常。心电图示: 窦性心动过速, 心率 111 次/分。门诊以“发热待查?”收治入科。

入院第 2 天胸部 CT 平扫示: 左肺下叶内基底段浅淡小片影, 炎症可能; 双侧胸膜稍粘连伴右侧少量胸腔积液; 纵隔及双侧腋窝多发淋巴结显示, 部分稍大; 肝脾增大; 肝门部、腹膜后多发淋巴结显示, 部分肿大。2 月 16 日查骨髓像: 中晚幼粒细胞比例较高, 胞浆颗粒增多增粗, 分叶核细胞比例明显减低, 提示感染。骨髓活检: 骨髓增生活跃, 粒系及巨核系细胞增生显著。腹部彩色多普勒超声诊断: 肝大, 脾大; 上腹部减低回声结节, 考虑肿大淋巴结; 双侧颈部、颌下及锁骨上窝减低回声结节, 考虑肿大淋巴结。心脏彩色多普勒超声诊断: 除心动过速

(114 次/分)外心脏未见明显异常。血清降钙素原 13.24 ng/mL。实验室其余常规检查结果未见异常。入院 1 周体温单显示患者发热表现为波浪热型(35.2~40.3℃)。

2 实验室检查

2.1 血培养及涂片结果 患者分别于 2 月 12~15 日 4 次抽血于需氧及厌氧血培养瓶送检, 梅里埃 BACT/ALERT 3D 360 血培养仪先后 4 次(血培养送检后 20、65、73 及 95 h)均出现阳性报警(均为需氧或厌氧血瓶单瓶报警), 立即抽取报警血瓶中液体转种血平板和巧克力平板(郑州安图绿科有限公司), 同时涂片两张, 分别做革兰染色和瑞氏染色。革兰染色查见革兰氏阴性短小球杆菌, 成堆排列; 瑞氏染色查见成堆或团状细菌。血平板 37℃ 需氧培养 24 h 出现肉眼可见菌苔, 但无清晰可见单个菌落。微需氧 37℃ 培养 24 h 后, 巧克力平板可见针尖样大小菌落。普通营养肉汤 37℃ 需氧培养后出现沉淀状生长, 继续延长至 10 余天后可见菌膜。37℃ 需氧培养普通营养琼脂和麦康凯未见生长。见图 1~4(见《国际检验医学杂志》网站首页“论文附件”)。

2.2 生化鉴定 氧化酶阳性, 触酶阳性, 尿素阳性, L-脯氨酸芳胺酶阳性, 氨基乙酸芳胺酶阳性, 酪氨酸芳胺酶阳性, 其余生化反应结果阴性。经梅里埃 VITEK 2 COMPACT GN 卡两次均鉴定为马耳他布鲁菌, 生化编码为 0000001300001000, 鉴定百分率为 99%。经查询该患者病史, 知其从事牛杂火锅店采购工作, 有密切接触牛羊肉类制品史, 结合该菌染色形态、培养及生化反应特点, 确定为马耳他布鲁菌。

2.3 血清学鉴定 采集患者血清外送四川省疾控中心进行布鲁菌血清学检测, 布鲁菌抗体阳性, 滴度为 1:1000。

3 讨论

本文患者临床症状较为典型, 发热热型为典型波浪热, 白细胞数量不高反而偏低, 降钙素原检测提示细菌感染, 骨髓象提示感染, 以肝、脾、淋巴结肿大为主要体征, 符合该病临床表现, 结合患者流行病学和血培养结果确诊为马耳他布鲁菌病。

分离培养到布鲁菌是诊断布鲁菌病的关键, 故应多次送检血培养和骨髓培养并延长培养期。对临床上不明原因的反复发热, 临床上进行血培养同时进行血清降钙素原监测对快速明确血流感染意义重大。该患者由于以发热原因不明就诊, 血象偏低, 以肝、脾、淋巴结肿大为主要体征, 临床上曾考虑血液系

✉ 共同第一作者。 △ 通讯作者, E-mail: liuyuan198231@163.com。

统疾病。但血培养多次分离培养出马耳他布鲁菌,而且血清降钙素显著升高,血流感染明确,为临床提供及时准确的诊断和治疗依据。临床明确诊断为马耳他布鲁菌病后,采用“复方磺胺甲恶唑+阿奇霉素+利福平”联合抗菌治疗,同时监测血清降钙素原水平,治疗 1 周后,血清降钙素原降至 0.46 ng/mL,体温降至正常,继续联合用药治疗至 2 周后自诉无不适症状,出院随访。

布鲁菌的生物危害性极高,我国将其列为乙类传染病。本院是第一次收治确诊马耳他布鲁菌病患者,临床医生应仔细询问患者病史,可疑病例及时送检,防止误诊和漏诊。临床和实验室工作人员应加强布鲁菌病相关知识和职业防护培训,防止发生医院内感染。

参考文献

[1] 周庭银. 临床微生物学诊断与图解[M]. 2 版. 上海:上海科学技术

• 个案与短篇 •

出版社,2007:238-239.

- [2] 胡辛兰,伍平安,吴长生,等. 7 例布鲁菌病患者的实验室诊断与临床分析[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(4):873-874.
- [3] 王菊,金嘉琳,黄玉仙,等. 马耳他布鲁菌感染 1 例[J]. 中国感染与化疗杂志,2012,12(1):71.
- [4] 马逸珉,阮斐怡,蒋晓飞. 马耳他布鲁菌病一例报道[J]. 检验医学,2010,25(5):364-365
- [5] 林燕青,江秀全,戴海印. 马耳他布鲁菌致菌血症 1 例[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(19):4264.
- [6] 刘瑾,袁应华,朱敏. 一例马耳他布鲁菌致附睾炎病例报道[J]. 检验医学,2011,26(12):883-884.
- [7] 孙敏霞,薛凤凤,孟祥红. 血培养分离出马耳他布鲁菌 3 例[J]. 临床检验杂志,2010,28(2):160.

(收稿日期:2013-05-14)

乙肝肝硬化并发弥漫大 B 细胞淋巴瘤 1 例报告

陈晓华¹,刘斌剑¹,赵 田¹,周道银^{2△}

(1. 中国人民解放军第一六一医院检验科,湖北武汉 430010;

2. 上海市第二军医大学附属长海医院实验诊断科,上海 200433)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2013.18.079

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2013)18-2495-02

肝硬化患者合并非霍奇金淋巴瘤(NHL)报道较少。2012 年 2 月,本院收治一例慢性乙型肝炎后肝硬化并发弥漫大 B 细胞淋巴瘤的患者,现报道如下。

1 临床资料

患者为男性,66 岁,3 年前无明显诱因出现腹胀、胸闷,腹部 CT 诊断为肝硬化,大量腹水。有慢性乙型肝炎史,应用保肝及对症治疗后症状好转。后腹胀、胸闷等症状间断出现,近日加重,为进一步治疗来本院。2 月 24 日入院检查,全身皮肤、粘膜无明显黄染,未见肝掌、蜘蛛痣,左侧腹股沟处可触及两枚直径约 1×1 cm 肿大淋巴结,质中等,无触痛。白细胞计数为 $5.72 \times 10^9/L$,中性粒细胞 57.7%,红细胞计数为 $4.07 \times 10^{12}/L$,血红蛋白为 127 g/L,血小板计数为 $92 \times 10^9/L$;凝血酶时间为 13.3 s(10.2~16 s),活化部分凝血活酶时间为 37.3 s(23~43 s);丙氨酸转氨酶(ALT)为 18 U/L,天冬氨酸转氨酶(AST)为 37 U/L,乳酸脱氢酶为 234 U/L,碱性磷酸酶为 90 U/L,r-谷氨酰转肽酶为 97 U/L,总胆红素为 15.2 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素为 6.1 $\mu\text{mol/L}$,总蛋白为 58 g/L(61~83 g/L),清蛋白为 31 g/L(35~50 g/L),球蛋白 27 g/L(20~30 g/L),清蛋白/球蛋白 1.15(1.5~2.5);肌酐 154 $\mu\text{mol/L}$,尿素 9.1 mmol/L,尿酸 0.66 mmol/L,血钾 3.3 mmol/L,血糖 7.2 mmol/L;乙肝标志物 HBsAg 阳性、抗-HBc 阳性、抗-HBc 阳性,HBV-DNA1.11E+5 拷贝/毫升;甲、丙、丁、戊病毒标志物均阴性,AFP<30 $\mu\text{g/L}$ 。胸部 CT 示右侧大量胸腔积液。胸腹部 MRI 示肝门区及后腹膜多发肿大淋巴结,肝硬化,胸腹水,右下肺渗出性病灶。胸水生化:葡萄糖 10.6 mmol/L,总蛋白 22 g/L,氯化物 104 mmol/L。胸水常规:白色,浑浊,蛋白定性+++,总细胞数 $5.500 \times 10^6/L$,白细胞数 $186 \times 10^6/L$,中性粒细胞 9%,淋巴细胞 61%,巨噬细胞 30%,细胞学检查查见淋巴瘤细胞占有核细胞的 5%。腹膜后病灶 CT 引导下淋巴

结活检,病理诊断为(腹膜后淋巴结)B 细胞淋巴瘤,肿瘤细胞呈圆形、卵圆形,胞浆少,核异型,弥散状排列,浸润性生长。免疫组化标记 CD20、CD79a 阳性,考虑为弥漫性大 B 细胞淋巴瘤。患者乙型肝炎肝硬化失代偿期并发弥漫性大 B 细胞淋巴瘤诊断明确。病情发展迅速,很快出现低血容量性休克,血压 92/50 mmHg,脉搏细弱,双下肺可及湿性罗音,查乳酸脱氢酶为 751 U/L,r-谷氨酰转肽酶为 55 U/L,总胆红素为 383.5 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素为 23.1 $\mu\text{mol/L}$,总蛋白为 44 g/L,清蛋白为 17 g/L,球蛋白 27 g/L(20~30 g/L),清蛋白/球蛋白 0.63,尿素 43.4 mmol/L,肌酐 351 $\mu\text{mol/L}$,予吸氧、补液支持治疗,血压回升,但仍然处于少尿状态,生命体征很不稳定。4 月 2 日出现心源性哮喘,且多器官功能衰竭,持续两日后于 4 月 4 日凌晨抢救无效死亡。见图 1~3(见《国际检验医学杂志》网站主页“论文附件”)。

2 讨 论

肝硬化最常见的病因是乙型肝炎病毒(HBV)感染,肝硬化患者合并非霍奇金淋巴瘤(NHL)并非不常见,但是 NHL 与 HBV 感染之间的相关性研究相对较少,根据本例患者的临床资料考虑 NHL 发生于乙肝肝硬化之后。Ulcickas 等^[1]做了一个大规模的流行病学调查,发现乙肝感染者患非霍奇金淋巴瘤的风险增加 2.8 倍。说明 HBV 感染与恶性淋巴瘤之间具有一定的相关性。HBV 是否是 B 细胞淋巴瘤的一个病因,已经引起人们的关注。Marcucci 等^[2]的研究证实 B-NHL 患者的 HBsAg 阳性率明显高于 HBsAg 阴性对照组(8.5%对 2.8%)。提示 HBV 感染可能主要与 B 细胞性 NHL 有一定关系。本例患者在慢乙肝肝硬化的基础上合并弥漫性大 B 细胞淋巴瘤感染,与国外报道一致。

目前,关于肝炎病毒引起 NHL 的确切机制尚未完全明确。由于细胞及体液免疫异常导致病毒清除异常,从而促使了

△ 通讯作者,E-mail:zhoudy@163.com.