

肾移植术后 4 例,肺结核 3 例。

2.5 实验室检查 血 EO 增高 6 例,正常 9 例;ESR 高 4 例;BALF 检查:T-spot、TB-DNA 阳性且培养出结核分枝杆菌 3 例。检出活体蠓缨滴虫为诊断依据,15 例中 BALF 涂片检出 12 例;痰涂片 3 例。

2.6 治疗 15 例均首选甲硝唑治疗其中 14 例有效,1 例无效改用阿的平治愈;其中 2 例分别因呼吸功能极度衰竭和白血病而死亡。

3 讨 论

肺结核旧称“肺癆”,多发生在发展中国家及农村,生活卫生条件差、机体抵抗力和免疫力低下者感染率极高,全球约 20 亿的人曾感染结核,疫情有上升趋势。我国每年因结核病丧失劳动力约 1.39 亿人,农村患病率为城市的 2.4 倍^[1]。由于肺结核患者本身的抵抗力和免疫力低下外,结核病是种慢性的消耗性疾病,会使患者免疫力更低,因此机会致病病原体——蠓缨滴虫易感染结核患者。

蠓缨滴虫多寄生在蟑螂、白蚁肠道内,主要感染免疫功能低下者。目前感染方式途径还不十分清楚,可能是由蟑螂排泄物污染食物,当人进食时经过咽部进入呼吸道,或当排泄物污染空气后吸入呼吸道,在受感染者机体抵抗力低下时,该虫生长繁殖的排泄物及虫体本身刺激致呼吸道黏膜损害,引起呼吸道炎症及变态反应^[4],患者多表现咳嗽、咳痰、低热,有的发生哮喘、胸闷气短、血 EO、ESR 增高,病程长短不等多似伤风感冒,非该病特征性表现^[4-7]。按感冒治疗效果常不明显时,应考虑到蠓缨滴虫的感染,可行 BALF 查找蠓缨滴虫。该虫特征:虫体为梨形或椭圆形,大小不等约 10~40 μm(3~4 个红细胞)半透明,头部有很多长短不一,约 5~10 μm,环形丛束排列似缨纤细绒毛,不停摆动,虫体也在晃动、旋转或泳动,体内有个较大明显近头处椭圆形或半月形的核。瑞-姬染色,虫体呈梨形头端似缨的绒毛为淡紫红色,核为深紫红色,胞质呈灰蓝色。

蠓缨滴虫呼吸道感染国内个案报道较多,肺结核患者肺部感染蠓缨滴虫国内外尚未见报道。本文 3 例患者经行 BALF 检测 T-spot 抗原 A、B、TB-DNA、浓缩抗酸杆菌染色、结核分枝杆菌培养确诊为肺结核。检测的血液免疫功能指标包括免疫球蛋白、CH₅₀、补体 C₃、C₄、均降低,表明肺结核患者由于卫生生活环境因素,致免疫功能低下,而易感染机会性病原体,3 例均查到较多单个运动活跃的蠓缨滴虫,形态与文献^[4,7]报道的非常相似。蠓缨滴虫侵入呼吸道主要寄生在 12 级以上的支气管腔内,虫体可机械性的致黏膜损伤发炎,进而可引起远

• 个案与短篇 •

端支气管通气障碍,造成阻塞性炎症。虫子的分泌和排泄物可致人体超敏反应^[4],该文 3 例患者均表现不同程度的哮喘、胸闷气短、咳嗽、低热、咳痰等。肺部放射影像学均出现不同程度的条索状、斑片状等絮状或羽毛状模糊阴影与文献^[8]报道基本相一致。经系统使用抗结核和甲硝唑药物,症状和肺部影像学均较前有明显好转,体温、免疫功能指标、WBC 等实验指数均基本恢复正常。蠓缨滴虫肺部感染无特征性临床及影像学表现,按感冒抗炎治疗效果不佳时,结合患者体质情况应考虑该虫感染(如病例 2),及时行 BALF 检查确诊有针对性的治疗,该病临床治疗首选甲硝唑,疗效显著。随着人类生活空间的拓展,自然环境的变化和人们机体免疫力的差异,低等生物携带的罕见病原体不断侵袭人类,如非典型肺炎(SARS)、禽流感、蠓缨滴虫等。目前报道的蠓缨滴虫多为人类呼吸系统感染^[3-7],该病原体是否通过空气飞沫或食污染物进入呼吸道还有待研究。

蠓缨滴虫是种机会致病病原体,目前医务工作者对该病原体还认识不够,对经规范抗炎症治疗的咳嗽、咳痰、哮喘、气短等效果不佳患者,年老体弱、免疫功能低下患肺部感染者,应谨慎地通过反复多次检查分析确诊。

参考文献

[1] 王吉耀. 内科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011:106-116.

[2] 杨麦贵,杨铮,杨阳,等. 蠓缨滴虫感染的诊断和治疗[J]. 国际检验医学杂志,2014,35(3):311-313.

[3] Wang Y, Tang Z, Ji S, et al. Pulmonary lophomonas blattarum infection in patients with kidney allograft transplantation [J]. Transpl Int, 2006, 19(12): 1006-1013.

[4] 陈树鑫,孟昭霞. 人呼吸道发现蠓缨滴虫一例报告[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志,1993,11(1):30.

[5] 杨懿萍,董惠芳,王如凤. 痰内发现蠓缨滴虫一例[J]. 上海医学检验杂志,2000,15(1):35.

[6] 姚国忠,曾力强,曹广亚,等. 支气管肺蠓缨滴虫病的病原体特征和检验方法[J]. 中华检验医学杂志,2008,31(5):552-554.

[7] 李小龙,王薇薇,刘存丽,等. 肺泡灌洗液内发现蠓缨滴虫一例[J]. 中华检验医学杂志,2009,32(6):708-709.

[8] 孙志远,卢光明,吴新生,等. 肺部蠓缨滴虫感染的影像表现[J]. 中华放射学杂志,2009,43(1):20-22.

(收稿日期:2013-09-10)

乳腺癌肺转移 骨转移伴急性粒细胞白血病 1 例报道

丁秀荣

(甘肃省金昌市中心医院检验科,甘肃金昌 737103)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.18.075 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2014)18-2574-02

1 临床资料

患者,女,55 岁,4 年前因左乳肿瘤行单乳切除,术后病理证实为浸润性导管癌,未行根治性手术,未行放、化疗及激素治疗。术后 3 个月即自觉胸闷,复查胸部 X 片和 CT 示:双肺多发转移瘤。然后,行顺铂+紫杉醇+长春瑞滨联合化疗 11 周

期,后给以卡培他滨化疗 10 周期及三苯氧胺激素治疗维持,病情较平稳。于入院前 4 月摔倒后致左上臂外伤,疼痛明显,活动受限,来本院行 X 射线检查。提示:左肱骨病理性骨折,左肺多发转移瘤,左肱骨中段转移瘤。住院行左肱骨外固定,好转后出院。近期由于疲乏无力,食欲欠佳,门诊以左乳腺癌,肺

转移,骨转移,收入本院肿瘤科治疗。

入院后可见患者轻度贫血貌,精神欠佳,查体:体温 36.7℃,脉搏 67 次/分,呼吸 18 次/分,血压 120 mm Hg/80 mm Hg,无鼻出血,无皮肤瘀点、瘀斑,无全身骨痛,无其他阳性体征。胸部 CT 检查结果与之前的检查基本相同。入院当日实验室检查:白细胞 $6.75 \times 10^9/L$,红细胞 $3.30 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 115 g/L,血小板 $32 \times 10^9/L$,除血小板计数偏低外,其余基本正常。肝肾功能及其他实验室检查基本正常。未给予治疗,考虑先排除误差因素,复查后再请血液科会诊。3 日后复查,白细胞 $6.80 \times 10^9/L$,红细胞 $2.87 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 101 g/L,血小板 $25 \times 10^9/L$,除白细胞变化不大外,红细胞及血小板进行性下降,临床考虑可能为乳腺癌骨髓转移。患者于次日行骨髓穿刺术,以进一步明确诊断。骨髓检查示:显微镜下可见 33% 的原幼细胞,根据形态特点,考虑急性髓系白血病(以 M4 型的可能性最大)。由于本院条件有限,外送做骨髓活检、染色体核型分析、流式细胞免疫分型,以进一步明确诊断。在此期间,红细胞及血小板仍呈进行性下降趋势,白细胞计数变化不大。7 日后回报的结果:骨髓染色体核型分析结果为 45X,t(8,21)(q22,q22) t 14 t /46XX,t(8,21)(q22,q22) t 6 t ,白血病细胞免疫分型在 CD45/SSC 点图上设门分析,原始细胞分布区域可见异常细胞群体,约占核细胞的 34.8%,表达 HLA-DR、CD34、CD13、CD38、CD117、MPO,部分表达 CD15、CD33,少数细胞表达 CD19。CBFB/MYH11 融合基因阴性,AML1/ETO 融合基因阳性。据上述检查明确诊断为急性粒细胞白血病 M2a 型。医生交代病情后,主动放弃治疗,于确诊后次日出院。

2 讨论

该患者乳腺癌病史长,病情复杂,肿瘤恶性程度高,预后差,乳腺癌术后 3 月即发生肺部多发转移灶,术后 3 年 10 个月发现骨转移灶,又伴有红细胞及血小板进行性下降趋势,但白细胞计数长时间在正常范围以内,临床考虑肿瘤骨髓转移可能性较大。可实验室检查却出乎意料,明确是急性粒细胞白血病。染色体核型异常,免疫分型 HLA-DR、CD34、CD13、CD38、CD117、MPO 阳性。其表达的都是非淋巴细胞类分化抗原的阳性特征。同时,CBFB/MYH11 融合基因阴性,AML1/ETO 融合基因阳性,前者是单核类细胞的特异性融合基因表达,后者是粒细胞白血病的特异性融合基因表达,从而判断其为粒细

• 个案与短篇 •

胞白血病。白血病细胞特点:占骨髓有核细胞的 37%,胞体大小不等,圆或不规则,胞浆量较丰富,呈灰蓝色,部分浆内可见少许嗜天青颗粒或伴有空泡,且可见细长的 Auer 小体,胞核圆或不规则,易见扭曲折叠分叶现象,核染质纤细,疏松呈网状,核仁多一个隐约可见,见附图 1(见《国际检验医学杂志》网站主页“论文附件”)。笔者从胞核胞浆及 Auer 小体的特点等方面考虑有粒细胞与单核细胞的共同特点,遂考虑是 M4 型,但从染色体及融合基因的结果不具备单核系统的基因表达,支持其为 M2 型的诊断。

该患者有较长的乳腺癌伴全身转移病史,从临床表现上,没有急性白血病常伴有的发热出血等症状。从血常规检查结果看,除血小板降低外,其余无明显异常。急性粒细胞白血病是造血干细胞的克隆性恶性疾病,预后差,起病急缓不一,主要表现为肝脾淋巴结肿大、贫血、出血、继发感染^[1]。而白血病细胞有很大的异质性,形态特点变化复杂,必须结合免疫分型、染色体及融合基因的检查。同时,该患者一直未出现急性白血病的典型临床表现,考虑与患者体质及目前白血病细胞所占比例有关。

已被认识的诱导突变剂有 2 个主要类型:(1)烷化剂或放疗相关,(2)拓扑异构酶 II 抑制剂相关。烷化剂或放疗相关急性白血病通常发生在使用诱导突变剂 5~6 年后,报告的范围在 10~192 个月^[2]。

该患者从染色体及免疫分型来看,有明显的染色体的病理改变,AML1/ETO 融合基因阳性,免疫分型也有较多的分化抗原的异常。笔者考虑可能有两个原因,(1)患者先天的遗传因素导致的肿瘤易感性增高;(2)长期大剂量的化疗药物的使用导致基因突变。总之,该病例中可以发现,疾病的发展、变化具有个体性差异和复杂性,必须重视实验室检查。

参考文献

[1] 许文荣,王建中. 临床血液学与检验[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2008,255-259.
[2] 朱蕾,卢兴国,张晓红等. 疑难血液病三例读片讨论[J]. 中华检验医学杂志,2009,32(2):227-230.

(收稿日期:2014-03-17)

艾滋病合并组织胞浆菌病伴反应性组织细胞增多症 1 例

孙建芬

(上饶市第五人民医院,江西上饶 334000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.18.076 文献标识码:C 文章编号:1673-4130(2014)18-2575-02

组织胞浆菌病是由组织胞浆菌引起的一种原发性的真菌病,该病于全球范围内可见,而在我国较为少见。笔者将 1 例艾滋病合并组织胞浆菌病伴反应性组织细胞增多症的病例报道如下。

1 临床资料

患者,女,48 岁。3 个月前无明显诱因出现全腹刀割样痛,为持续性,程度较为剧烈,无头痛、头晕,稍有腹胀,无恶心、呕吐,偶有发热。至当地医院予以盐水(具体用药不详)治疗,效

果一般。3 个月来,腹部疼痛仍时有发作,性质同前。为进一步诊疗于 2013 年 4 月 20 日入住本院。查体:体温 36.8℃,心率 98 次/分,血压 90/50 mm Hg,呼吸 20 次/分。患者神智清楚、精神差、食欲缺乏,全身皮肤黏膜无黄染、皮疹、瘀点、皮下结节等,双侧锁骨上淋巴结肿大。双眼睑无水肿,巩膜无黄染。双肺叩诊呈清音,双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平,未见肠型及蠕动波,腹肌软,全腹轻压痛,上腹部较重,反跳痛可疑,腹部移动性浊