

3 讨 论

棘球蚴病是一种严重危害人类健康和畜牧业生产的人兽共患寄生虫病,临床诊断时多采用包虫病命名,中国棘球蚴病主要流行于新疆、宁夏、青海、西藏和甘肃等西部地区,其次是四川、内蒙古、贵州、陕西、辽宁、云南、广西、山西、吉林和黑龙江等省、自治区。河南、湖南、河北、上海及福建也有输入性的病例报道。该患者入院前曾在广西居住,应为输入性感染。棘球蚴在人体常见的寄生部位依次为肝脏(65.5%)、肺(22%)和腹腔(10%)^[1]。棘球蚴病可通过影像学检查、免疫学检查、分子生物学检查^[2-5],对摘出物进行病理切片检查检出病原体即可确诊,但由于病理切片显微镜下观察时易受周围细胞干扰,且寄生虫病原体切片后形态变得不够完整,易致误判或无法明确诊断。该病例通过取囊泡内液涂片在显微镜下观察检出棘球蚴原头节,病原体形态清晰、完整,可明确诊断。建议对手术摘除的疑似棘球蚴肿物进行病理切片检查时,应同时对囊泡内液涂片进行显微镜检查,可更清晰观察寄生虫完整形态。亦可对疑似棘球蚴患者的痰液、尿液、腹腔积液和胸腔积液标本进

· 个案与短篇 ·

行涂片镜检,如见棘球蚴砂或棘球蚴碎片,则具有术前确诊意义。

参考文献

- [1] 沈继龙. 临床寄生虫学与检验[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2007:94-98.
- [2] 李银侠,郭佳. 10 例肝包虫病的超声误诊分析与鉴别诊断[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(2):66-69.
- [3] 程相钦,王敬源. 肝囊性包虫病 86 例诊治分析[J]. 寄生虫病与感染性疾病, 2013, 6(11):83-85.
- [4] 朱小春,陈森林,邢克飞. 西藏肝包虫病的诊断和治疗[J]. 西藏科技 2013, 237(12):59-60.
- [5] 徐祥珍,金小林,李健,等. 环介导等温扩增技术检测细粒棘球绦虫 DNA 的初步研究[J]. 中国血吸虫病防治杂志, 2011, 23(5): 558-560.

(收稿日期:2014-05-20)

1 例星形诺卡菌引起肺内感染的病例分析

苑美玉

(中国人民解放军第二〇二医院,沈阳 110003)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.20.068

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2014)20-2858-02

诺卡菌广泛分布于土壤等自然界中,能引起人类急性或慢性诺卡菌病,临床分离到的诺卡菌主要为星形诺卡菌和巴西诺卡菌。星形诺卡菌主要通过呼吸道引起人的原发性、化脓性肺部感染,可出现肺结核的症状。肺部病灶可转移到皮下组织,形成脓肿、溃疡和多发性瘘管,也可扩散到其他器官,如引起脑脓肿、腹膜炎等^[1],也可经皮肤伤口或外伤创面侵入,造成感染。近年来,由于肾上腺皮质激素、免疫抑制剂和广谱抗菌药物的广泛应用,诺卡菌病的发病率有上升趋势。现将本院 1 例原发性肺部感染星形诺卡菌病例进行如下分析。

1 临床资料

1.1 病历资料 患者,女,57 岁,2011 年出现首次咯血,量不多,给予保守治疗后好转,此后 3 年间曾反复发作咯血 3 次,均采用保守治疗,好转。因反复出现呼吸道感染,伴咳嗽、咳脓血痰于 2014 年 1 月 14 日入本院胸外科治疗。查体:精神萎靡,体温 38 ℃,听诊双肺呼吸音粗,左下肺呼吸音弱并可闻及湿啰音。心前区无隆起及凹陷,搏动范围正常,心浊音界正常,心率 92 次/分,心律规整,未闻及杂音。血压 160/80 mm Hg,脉搏 92 次/分,既往有高血压、糖尿病病史 10 余年。胸部 CT:双肺间质性改变并感染,左下肺支气管扩张并感染,部分实变,右肺散在小片状阴影,下叶轻度受累,病灶相对局限。入院诊断:(1)左肺下叶支气管扩张伴咯血;(2)肺部感染;(3)高血压 II 级;(4)II 型糖尿病。入院后给予抗炎、止血等积极保守对症治疗,患者咯血症状仍进行性加重,提示保守治疗无效,无手术禁忌症后,行全麻左肺下叶切除术,术中见左肺下叶及胸腔内大量脓液,留置胸腔引流管一枚,胸腔引流管通畅,引出少量淡血性液体。取引流液送到微生物室做细菌鉴定及抗菌药物敏感

试验,痰培养及引流液培养结果回报生长星形诺卡菌。

1.2 实验室检查 涂片检查:引流液标本镜检见大量脓细胞,直接涂片革兰染色为革兰阳性杆菌,革兰染色形态呈多形态性,长短不一,分枝状、杆状、长丝状,有的呈分叉状,抗酸染色部分菌体呈弱抗酸性。培养特性:将该标本接种于血琼脂平板和沙保弱(SDA)平板,置 35 ℃ 培养 48 h 形成针尖样大小、肉眼可见的菌落,培养 4~5 d 后菌落有皱褶呈颗粒状黄色菌落,而血平板上可见菌落凸起,石灰状,触之坚硬,不溶于生理盐水,表面干燥的小菌落。生化试验:触酶阳性,分解葡萄糖、尿素,不分解鼠李糖、甘露醇、肌醇、酪蛋白、酪氨酸、黄嘌呤,不水解淀粉,不液化明胶,45 ℃ 可生长。根据涂片形态、培养特性、生化试验鉴定为星形诺卡菌。

1.3 药物敏感试验 鉴于美国临床和实验室标准协会对诺卡菌抗菌药物敏感试验 K-B 法没有相应的判断标准可供参考,根据相关文献报道,磺胺或复方磺胺甲噁唑是治疗诺卡菌的首选药物^[2]。

2 讨 论

由于诺卡菌感染无特异性临床表现,且影像学特征与肺结核高度相似,易误诊或漏诊,主要区别在于结核分枝杆菌抗酸性,不易脱色,用弱抗酸染色法可区分诺卡菌属与分枝杆菌属,故早期的细菌学检查,有利于疾病的早期诊断及治疗^[3]。但星形诺卡菌培养具有较大困难,此菌生长缓慢,大部分实验室培养时间短,造成诺卡菌漏检。本菌为需氧菌,营养要求不高,但痰液培养阳性率较低,与口腔内菌群生长迅速,诺卡菌被抑制等因素有关。因此痰液标本在接种培养的同时应涂片进行革兰染色镜检,当涂片看到疑似诺卡菌或临床怀疑诺卡菌感

染时需要延长标本培养时间,以免漏诊^[4]。

诺卡菌属对磺胺类、氨基糖苷类、部分头孢菌素类、碳青霉烯类和喹诺酮类药物敏感,一旦确诊为诺卡菌感染,治疗药物首选磺胺类,红霉素、阿米卡星和头孢曲松均对其有效,对于危重患者可与磺胺类药物联合应用。但据国外文献报道,近年来诺卡菌对复方磺胺甲噁唑的耐药率呈明显上升趋势,总耐药率高达 43%^[5]。国外研究发现利奈唑胺在体外实验中对几乎所有种类的诺卡菌均敏感,该药对其他药物治疗失败的诺卡菌病有一定效果^[6]。

诺卡菌病的疗程较长,不应少于 3 个月,有迁徙性脓肿或免疫功能低下的患者应持续治疗半年以上,以防潜在病变复发,同时警惕药物不良反应。本院临床根据患者具体情况,进行了外科手术引流,同时根据微生物室细菌鉴定结果,使用注射用亚胺培南西司他丁钠与复方磺胺甲噁唑联合用药,患者症状明显好转。

诺卡菌病早期诊断,及时治疗,治愈率可达 90%。若诊断延误,病死率可达 30%~50%,因此早期、快速的诊治对患者的转归具有重要意义^[7]。

参考文献

[1] Marl Lonton C, Mariseal D. Pulmonary nocardiosis. Clinicalexpe-
• 个案与短篇 •

rience in ten Cas[J]. Respiration, 2001, 68(4):382-388.

[2] 周政英,陈孝进,帅荣,等. 星形诺卡菌引起的脑脓肿 1 例[J]. 实验与检验医学, 2011, 29(4):458-459.
[3] Mootsikapun P, Intarapoka B, Liawnoraset W. Nocardiosis in Srinagarrind Hosp ital, Thailand: review of 70 cases from 1996 -2001 [J]. Int J Infect Dis, 2005, 9(3):154 -158.
[4] 田春梅. 星形奴卡氏菌引起肺脓肿 1 例[J]. 中国实用医药. 2012, (34)7:177-178.
[5] Tremblay J, Thibert L, Alarie L, et al. Nocardiosis in Quebec, Canada, 1988-2008[J]. Clin Microbiol Infect, 2010, 17(5):690 -696.
[6] Falcone M, Pompeo ME, Fabi F, et al. Linezolid therapy for the treatment of nocardial infection: report of a case and review of the literature[J]. Infez Med, 2008, 16(2):94-98.
[7] 周必全, 杨春显, 张弦. 22 株星形奴卡菌的临床分布及其耐药性分析[J]. 医学检验, 2010, 17(30):68-69.

(收稿日期:2014-05-08)

超敏 C 反应蛋白对不稳定型心绞痛预后的判断价值

操良会

(重庆市长寿区中医院检验科, 重庆 401220)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.20.069

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2014)20-2859-03

炎症在冠状动脉粥样硬化、斑块破裂和血栓形成中发挥重要作用。随着技术进步,目前传统炎症指标之一的 C 反应蛋白检测已经可达 0.1 mg/L 以下,被称为超敏 C-反应蛋白(hs-CRP),在心血管疾病的早期诊断和评估心血管病风险和心血管病死率方面的应用价值已经获得公认^[1]。hs-CRP 在冠脉综合征(ACS)时明显升高,并与心肌梗死病死率密切相关。

目前临床上不稳定型心绞痛(UA)和急性心肌梗死(AMI)均被列为 ACS 的类型之一。UA 的预后相差很大,由于其和 AMI 病理特征相似(心肌供氧失衡),病因也有共同之处(心肌血流量减少、冠脉收缩造成的动力性阻塞、冠脉狭窄、冠脉炎症等),其中相当一部分 UA 会发展为 AMI,故及时的危险分层在 UA 的治疗中有重要意义。

UA 的危险分层有多种方法,其中应用较多的是美国 ACC/AHA 指南推荐的心肌梗死溶栓试验(TIMI)评分^[2],高 TIMI 评分者后期心血管总病死率、心肌梗死发生率均高于低评分者^[3]。另一常用标准是美国心脏病学会基金会/心脏病协会和中华医学会心血管分会相关指南,根据病史、症状、心电图和心肌标记物等将 UA 和非 ST 段抬高性心肌梗死(NSTEMI)分为高危、中危和低危^[4-5]。但上述危险分层方法中均未引入 hs-CRP,hs-CRP 水平与 UA 的转归之间的关系明确报道较少。故本研究主要观察 UA 患者的 hs-CRP 水平与 UA 患者后期发生心血管事件之间的关系,探讨 hs-CRP 是否可以成为判断 UA 预后的一个指标。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2011 年 1 月至 2013 年 1 月内科收治确诊为 UA 的急性胸痛患者共 158 例,其中男性 86 例,女性 72 例,年龄 48~82 岁,平均(66.0±10.7)岁,诊断标准依据中华医学会心血管病分会 2011 年《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》^[6]。排除对象:合并严重感染、外伤、肝肾功能不全、肿瘤、结缔组织疾病患者,长期使用糖皮质激素患者。

1.2 仪器与试剂 检测设备为罗氏公司的 C501 全自动生化分析仪,hs-CRP 测定采用上海蓝怡医药有限公司提供的乳胶免疫比浊法诊断试剂盒(正常参考值小于 0.4 mg/dL),批号 R402CYA,严格按照生产厂商操作手册。

1.3 方法 患者入院后均检测血 hs-CRP,同时入院后常规检查血压、血常规、血脂、血糖、血肌酐等指标。根据 hs-CRP 水平由低到高将所有患者按四分位数(P_{25} 、 P_{50} 、 P_{75})分四个组,比较各组患者 TIMI 评分的平均水平。对所有患者跟踪随访至少 12 个月,观察跟踪随访期间 UA 患者首次发生急性心血管事件的时间,记录其发生率和由此导致的心血管病死率,心血管事件包括:急性心肌梗死、严重心律失常、心源性脑血管意外、心力衰竭等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 12.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,其统计分析采用 t 检验。计数资料以