

科学出版社, 2006: 633-634.

- [2] 李捷. 静脉注射丙种球蛋白的不良反应[J]. 天津药学, 1999, 11(3): 19-20.
- [3] 嵇月红, 田兆嵩. 静脉用免疫球蛋白临床应用的副作用[J]. 中国输血杂志, 2005, 18(1): 77-81.
- [4] 章文, 吴跃平, 陈运生, 等. 患儿静脉输注丙种球蛋白后影响交叉配血 4 例[J]. 中国输血杂志, 2014, 27(3): 337-338.
- [5] 夏兵, 朱晓晨. 静脉注射丙种球蛋白导致新生儿溶血性黄疸 1 例

[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(6): 523-524.

- [6] 王淑英, 周武, 汪德清. 新型通用血浆的制备与临床应用进展[J]. 军事进修学院学报, 2011, 32(4): 406-408.
- [7] 朱立国, 汪德清. 核黄素光化学技术灭活血浆病原体的研究进展[J]. 临床输血与检验, 2013, 15(4): 403-406.

(收稿日期: 2015-10-28)

• 个案与短篇 •

咽峡炎链球菌引起手背人咬伤后并发软组织感染 1 例

孙瑞花¹, 王 荣², 杨 锐^{3△}

(1. 甘肃省武威市中医院检验科, 甘肃武威 733000; 2. 甘肃省张掖市甘州区人民医院骨科, 甘肃张掖 734000; 3. 甘肃省张掖市甘州区人民医院检验科, 甘肃张掖 734000)

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2016.04.070

文献标识码: C

文章编号: 1673-4130(2016)04-0574-02

咽峡炎链球菌群又称米勒链球菌群, 包括咽峡炎链球菌、中间链球菌、星座链球菌星群亚种、星座链球菌咽炎亚种 4 个种及亚种^[1]。咽峡炎链球菌群是人体口腔、上呼吸道、消化道、泌尿生殖道正常菌群, 属条件致病菌, 可引发各种化脓性感染。近些年来, 咽峡炎链球菌引起的临床感染报道日渐增多, 但人咬伤并发手背软组织感染的伤口分泌物中分离出咽峡炎链球菌尚未见报道, 研究者于 2014 年 11 月检出 1 例, 报道如下。

1 病例摘要

患者, 男, 47 岁, 入院前 20 d 被他人咬伤致右手背皮肤破裂, 伤后就诊于当地诊所, 输液治疗 3 d 后(具体药名及剂量不详)手背伤口周围皮肤红肿, 伴前臂及腕关节肿胀, 遂就诊于某三甲医院急诊科输液 6 d(具体药名及剂量不详), 并伤口换药, 前臂及腕关节肿胀消退, 手背伤口间断性脓血性液体流出至今, 于今日来甘肃省张掖市甘州区人民医院住院治疗, 门诊以“右手背脓肿”收住, 病程中无发热、畏寒、乏力、纳差等全身症状, 一般情况良好。专科情况: 右手背广泛肿胀, 充血, 环指对应之手背区域近掌骨处可见 0.5×0.5 cm 大小皮肤裂口, 脓液外溢, 周围波动感明显, 皮温增高, 右手掌环指对应之区域压痛, 示、中、环指屈伸受限。患者入院后完善相关检查, 在臂丛麻醉下行“右手背脓肿切开引流术”, 术中取伤口分泌物, 术中取脓液 2 次送检均分离咽峡炎链球菌。术后根据药敏结果选择青霉素和左氧氟沙星抗感染治疗, 充分引流, 冲洗伤口, 15 d 后伤口愈合出院。

2 细菌培养鉴定及药敏试验

标本直接涂片革兰染色镜检, 见白细胞内外有革兰阳性球菌, 成双或短链排列。接种血琼脂平板、麦康凯琼脂平板、巧克力琼脂平板(放置梅里埃 CO₂ 产气袋中), 35 ℃ 培养 24 h 后, 血琼脂平板、巧克力琼脂平板均有小菌落纯培养生长, CO₂ 条件下生长更佳, 麦康凯平板 48 h 未见生长。菌落直径约 0.5 mm、灰白色、圆形、突起、半透明、湿润、有 β 溶血环, 易乳化。革兰染色镜检: 革兰阳性球菌链状排列、无荚膜、无芽孢、无鞭毛。生化反应: 触酶阴性, 杆菌肽耐药、复方磺胺甲噁唑敏感, CAMP 试验阴性, 吡咯烷酮芳基酰胺酶(PYR)试验阴性, 精氨酸水解试验阳性, 七叶苷水解试验阳性, V-P 试验阳性, 6.5% NaCl 肉汤不生长。发酵葡萄糖、蔗糖、麦芽糖产酸不产气, 不发酵乳糖、甘露醇、山梨醇、棉子糖、阿拉伯糖。尿素试验阴性、马尿酸盐水解试验阴性。兰氏抗原血清凝集试验 G 群阳性。

采用法国生物梅里埃 ATB RapidID32 Strep 试条鉴定结果为咽峡炎链球菌, ID 为 92.9%, T 值为 0.85, 鉴定编码为 34003041。本研究采用梅里埃 ATB Strep5 药敏试条检测, 该菌对青霉素、头孢噻肟、左氧氟沙星、万古霉素、氯霉素、四环素、复方磺胺甲噁唑、喹奴普汀-达福普汀敏感, 对红霉素、克林霉素耐药。

3 讨 论

近年来在现代生活中, 动物(狗、猫)咬伤造成的人手外伤事件时常发生, 就诊率较高。人咬伤的手外伤临床病例偶可见到, 致伤原因多为和他人争斗时被咬伤, 发生部位多在指端部, 由于创伤小, 多数情况仅见少量出血, 常易忽略, 导致不能及时就诊, 但伤口表皮下的组织损伤可能较严重, 若延误就医, 容易并发严重感染。因为人和动物口腔内寄居着大量细菌, 且种类繁多, 大多数咬伤都隐藏着潜在的病原体, 容易并发伤口感染。人咬伤时口腔牙齿、唾液与创面接触, 口腔细菌从破损的皮肤、黏膜侵入导致感染。有报道人咬伤根据伤口部位和严重性, 其感染率为 10%~50%, 狗咬伤为 20%, 猫咬伤为 30%~50%^[2]。手指人咬伤并发症中, 感染最常见, 且发病率较高, 有报道称可高达 60%^[3-5]。人手的组织结构复杂, 功能精细, 手外伤局部感染, 极易沿筋膜间隙、腱鞘及淋巴系统迅速蔓延扩散。感染又是导致伤手功能障碍最直接、最重要的原因。所以早期外科处理不及时, 或诊治不当很容易并发感染, 严重者可能发生组织坏死、液化, 进而形成脓肿, 不仅会使后期处理困难, 而且会导致手指功能严重障碍, 尤其在院外非正规处理是非常危险的, 极易引起感染。本病例咬伤后辗转 20 d 来本院就诊, 在臂丛麻醉下行“右手背脓肿切开引流术”, 术中见沿手臂纵轴弧形切开脓肿, 见右手背下脓液积聚, 环指伸肌腱条索状, 部分断裂, 断段萎缩, 第四掌骨头有约 0.5 cm×0.4 cm 骨块连带关节面游离。伤口受力重, 位置较深, 损伤肌腱和骨组织, 若不及时正确处理, 有进一步并发骨髓炎的危险。在临床外科感染治疗中, 一旦形成脓液就必须引流, 这是不可动摇的原则, 抗菌药物不能代替引流^[6]。因此, 尽早彻底清除受伤坏死、被细菌污染组织, 开放创口, 充分引流, 同时尽可能地采集临床标本(如脓液、渗出液、坏死组织等)作涂片染色、细菌培养和抗菌药物敏感试验, 以便正确诊断出病原菌, 并选择敏感药物进行目标性抗菌药物治疗, 尤其对那些诊断不明确或病原菌谱复杂的混合感染更有意义。

△ 通讯作者, E-mail: 329725041@qq.com.

人咬伤常见的病原菌是草绿色链球菌,类杆菌,表皮葡萄球菌,棒状杆菌,金黄色葡萄球菌,消化链球菌,腐蚀埃肯菌等^[6]。手指人咬伤感染致病菌绝大多数为混合感染,包括革兰阳性菌及革兰阴性菌,且革兰阴性菌感染常伴革兰阳性菌感染之后发生,极少革兰阴性菌感染单独发生^[7]。咽峡炎链球菌是重要的口腔链球菌,在龈沟上的定植,与龋病和口腔内脓肿有密切关系。本病例 2 次送检均分离咽峡炎链球菌,兰氏抗原血清凝集试验 G 群阳性。近年来临床报告的 G 群 β 溶血性链球菌主要是咽峡炎链球菌,其引发感染和脓肿与 A 群链球菌很相似,如各种化脓性感染、深部组织脓肿、口腔感染、肺部感染、心内膜炎、腹内感染、中枢神经系统感染和菌血症等,咽峡炎链球菌感染多为手术和创伤引起的内源性感染。透明质酸酶是咽峡炎链球菌重要的致病因子,与化脓性感染有密切联系。从脓肿中或化脓性病灶中分离出的菌株,以及 β 溶血的菌株更易产生透明质酸酶。透明质酸酶的作用机制是溶解细胞间质和结缔组织的重要成分透明质酸,破坏组织细胞有助于脓肿形成。另外,多糖荚膜、免疫抑制蛋白、硫酸软骨素解聚酶、脱氧核糖核酸酶、粘多糖降解酶、唾液酸酶、脂肪酶等胞外溶解酶也是咽峡炎链球菌毒力因子^[8-10]。咽峡炎链球菌群细菌生物学特性复杂,主要特征^[10]是菌落针尖样细小(<1 m),灰白色、半透明、湿润、圆形、突起、乳化、能产生一种特有的焦糖、奶糖香味,CO₂ 环境中菌落生长较好,呈 α、β 溶血或不溶血,β 溶血菌株环宽,具有兰氏抗原血清 A、C、G、F 群抗原,或不能分群;产生羧基丁酮使 V-P 试验阳性,水解精氨酸和七叶苷,发酵多种糖、醇类化合物,但不发酵山梨醇、甘露醇、核糖。杆菌肽多耐药,奥普托欣耐药,复方磺胺甲噁唑多敏感。咽峡炎链球菌的鉴定需结合以上特性,应用 API 20 Strep 试剂盒或自动鉴定仪完成。

近年来随着人们生活方式的改变,以及临床广谱抗菌药物、免疫抑制剂及介入治疗等技术广泛应用,使得人体的微生物

环境受到破坏,各种机会感染不断发生,应引起临床和临床微生物人员的重视。临床微生物人员应不断更新知识,提高素质,加强实验室建设,密切联系临床,为临床提供及时、准确的循证检验医学。

参考文献

[1] 陈东科,孙长贵.实用临床微生物学检验图谱[M].北京:人民卫生出版社,2011:194-208.
 [2] 沈定树.伤口细菌感染的机制[J].中国微生态学杂志,2004,16(3):192.
 [3] Jesse O,Basadre MD,Samuel W, et al. Indication for surgical debridement in 125 human bites to the hand[J]. Arch Surg,1991,126(1):65.
 [4] Mennen U,Howells CJ. Human fight-bite injuries of the hand. A study of 100 cases within 18 months[J]. J Hand Surg Br,1991,16(4):431-435.
 [5] Kelly IP,Cunney RJ,Smyth EG, et al. The management of human bite injuries of the hand[J]. Injury,1996,27(7):481-484.
 [6] 黎占良.外科感染学—抗菌药物预防和治疗[M].北京:人民军医出版社,2012:21-26.
 [7] 董玉霞,金霞,张根娣,等.手指人咬伤的处理[J].陕西医药杂志,2001,30(4):208.
 [8] 李仲兴,赵建宏,杨敬芳.革兰阳性球菌与临床感染[M].北京:科学出版社,2007:286.
 [9] 林新平,樊明文.口腔米勒氏链球菌[J].国外医学口腔医学分册,1992,19(6):347-350.
 [10] 罗海波,张福森,何浙生,等.现代医学细菌学[M].北京:人民卫生出版社,1995:10-17.

(收稿日期:2015-10-30)

肿瘤标志物 CA19-9 假性增高 1 例

何小芹,刘晓丹

(山东威海市立医院检验科,山东威海 264200)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.04.071

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2016)04-0575-02

肿瘤标志物是特征存在于恶性肿瘤细胞,或由恶性肿瘤细胞异常产生的物质,或是宿主对肿瘤的刺激反应而产生的物质。这类物质在肿瘤组织中的含量远超其在正常组织中的含量,并可由于细胞内外交换、细胞坏死或过度表达而使外周血中的该类物质浓度增加^[1]。监测血浆或其他体液中肿瘤标志物的浓度,可以提示肿瘤的性质,对肿瘤的诊断、分类、预后判断以及治疗指导提供帮助。但在临床应用中发现,由于检测方法及特定的病理、生理过程等因素可导致非肿瘤患者血浆中某种肿瘤标志物含量的假性升高,给临床诊疗造成困惑^[2]。本文就本院发现的肿瘤标志物糖类抗原 19-9(CA19-9)假性增高的 1 例病例,报道如下。

1 病例资料

患者女性,30 岁,2014 年 7 月在本院做健康体检时发现 CA19-9 的检测值为 182.87 U/L(正常值小于 37 U/L)。后于 8 月、9 月、12 月份各复查 1 次,检测结果分别为 179.82 U/L、143.70 U/L、221.90 U/L。期间对患者进行了消化系统相关肿瘤的排查,包括肝胆胰脾的 B 超、胃镜、肠镜及各个部位的 CT,结果均显示正常。由于该现象无法解释,患者家属于 2015 年 1 月 5 日请威海市立医院总院(以下简称“总院”)消化内科

专家会诊,建议患者将血样分别送至总院、威海市立医院南院区(以下简称“南院区”)、威海市中医院及威海市妇女儿童医院进行 CA19-9 检测,CA19-9 测定值结果分别为总院西门子 centur xp 248.1 U/L、西院区西门子 centur cp 198.2 U/L、南院区罗氏 Cobas 611 12.0 U/L、威海市中医院雅培 21.40 U/L、威海市妇女儿童医院罗氏 Cobas 611 8.12 U/L。专家结合患者临床症状及检查结果,给出的结论为总院及威海市立医院西院区(以下简称“西院区”)CA19-9 的检测结果为假性增高。

2 讨论

糖类抗原(CA)是一种常见的肿瘤相关抗原,主要包括卵巢癌相关抗原(CA 12-5)、胰腺癌、肠癌相关抗原(CA 19-9)和乳腺癌相关抗原(CA 15-3)。CA19-9 为 Lewis A 血型决定簇的半抗原,在血液中以唾液黏蛋白的形式存在。该黏蛋白在胎儿时期的胃、肠和胰腺上皮组织中高度表达,成人组织如胰腺、胃、肠和子宫等也可有一定量的该蛋白的表达^[3],当患有某些肿瘤时,其体液中 CA19-9 经常处于高水平^[4]。目前认为,该指标的检测在胰腺癌、胆管癌、肝癌、胃癌、结肠癌等消化道恶性肿瘤的诊断、疗效观察、判断预后及术后监测中有重要意义^[5]。