

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($<1\text{ m}$),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, CO_2 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,由于检测方法学及特定的病理、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]。

目前,CA 19-9 常用的检测方法主要有西门子的 ADVIA centaur cp (化学发光法)和罗氏的 Cobase(电化学发光法),二者均以 1116-NS-19-9 单克隆抗体为基础。由于检测方法的不同,西门子试剂盒在检测特异性方面注明:人血清中的异嗜性抗体可以与试剂免疫球蛋白发生反应,可能干扰免疫实验,并同时注明西门子 CA19-9 不存在已知的交叉反应剂。罗氏试剂盒在特异性方面只注明该抗体为 Fujirebio 公司的专利,检测方法的性能只能依赖此抗体得出,而不能用其他抗体替代。

本例为 30 岁女性,性激素检测发现睾酮略高于正常值,该患者患有多囊卵巢综合征,于两年前怀孕顺产一子,孕初孕酮低于正常水平,采取注射黄体酮保胎五周。由于本例的临床症状及检查结果均无异常表现,因此有理由相信,该例 CA19-9 浓度增高的出现是由不同厂商试剂盒的校准和试剂特异性不同而导致的。

参考文献

[1] Trapé J, Filella X, Alsina-Donadeu M, et al. Increased plasma con-
• 个案与短篇 •

centrations of tumour markers in the absence of neoplasia[J]. Clin Chem Lab Med, 2011, 49(10):1605-1620.

[2] 吕杨. 非肿瘤患者血浆中肿瘤标志物升高的研究进展[J]. 海南医学, 2012, 23(23):114-118.
[3] Stieber P, Molina R, Gion M, et al. Alternative antibody for the detection of CA19-9 antigen; a European multicenter study for the evaluation of the analytical and clinical performance of the Access GI Monitor assay on the UniCel Dxl 800 Immunoassay System [J]. Clin Chem Lab Med, 2008, 46(5):600-611.
[4] 孔安涛. 肿瘤特异性抗原和相关抗原的研究现状及检验[J]. 中华检验医学杂志, 2000, 23(1):56-58.
[5] Duraker N, Hot S, Polat Y, et al. CEA, CA 19-9, and CA 125 in the differential diagnosis of benign and malignant pancreatic diseases with or without jaundice[J]. J Surg Oncol, 2007, 95(2):142-147.

(收稿日期:2015-11-05)

城市居民血培养检出马耳他布鲁杆菌 1 例报道

王福刚, 艾尔西丁, 孔 焱

(新疆克拉玛依市人民医院, 新疆克拉玛依 834000)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.04.072

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2016)04-0576-01

布鲁杆菌感染是一种人畜共患传染——变态反应性疾病,人通过接触患病牲畜及其产品或污染物而感染致病。本病为自然疫源性疾病,也是生物因素所致职业病^[1]。布鲁杆菌感染多发生于西北牧区,而城市居民接触患病牲畜的机会较少,故罕见布鲁杆菌感染的相关报道^[2]。现将本院血培养马耳他布鲁杆菌病例报道如下。

1 病例资料

患者,女,哈萨克族,60岁,因发现高血糖4年,口干、恶心、乏力10d,以2型糖尿病入院治疗。入院后,患者查体体温36.3℃、脉搏66次/分、呼吸18次/分、血压120mmHg/80mmHg,予以降糖、调脂、活血化瘀等对症治疗。第3天患者出现发热,体温38.8℃,第4天体温上升至39.0℃,进行物理降温等对症处理。患者持续发热7d,呈弛张热。

2 血液细菌培养

于发热第4天采集血液,分别进行需氧和厌氧培养。培养4d后,血培养仪需氧培养瓶阳性报警,立即转种血平板、巧克力平板和中国蓝平板,24h均未见细菌生长。继续放置48h后,血平板和巧克力平板分别长出针尖大小菌落,显微镜下呈“细沙状”,为革兰阴性小球杆菌。经法国生物梅里埃 VITEK2 Compact 全自动细菌鉴定仪鉴定为马耳他布鲁杆菌,而厌氧瓶培养7d后结果阴性,转种的中国蓝平板仍无菌生长。

3 讨论

布鲁杆菌属是一类绝对嗜氧,革兰阴性不运动短小杆菌。马耳他布鲁杆菌更小,长0.3~0.6μm,在活体细胞内生长,可以通过消化道(食用病畜及其乳制品)、呼吸道(病菌污染环境后形成气溶胶)、受损皮肤黏膜甚至完整的皮肤,以及直接接触病畜感染^[3]。

布鲁杆菌病发病早期会伴有中度发烧,部分患者发生间质性肺炎而出现咳嗽。急性发作时夜间发烧会加重,肝大、脾大或淋巴结肿大是该时期的特征。体温波动式的间歇性发烧是

马耳他布鲁杆菌和猪布鲁杆菌感染的特征。晚期卧床不起,可引起神经干涸及神经根损伤,出现腰痛、臀部疼痛、腿痛。其临床表现为无特异性,容易误诊为伤寒、结核、肺炎、风湿病、肝炎等疾病,即便是在疫区,临床上也易发生误诊。

该病主要发生在牧区,一般大多数都有疫区流行病学史,非牧区很少见到。但近年来,城市居民感染布鲁杆菌病的病例逐渐增多。尤其是在大城市,烧烤羊肉串的小摊贩们为该病提供了散播病菌的温床^[4]。王倩晖^[5]报道的86例布鲁杆菌病患者中,12例无明显流行病学史。本例哈萨克族患者为城市居民,无流行病学史,分析可能与患者生活习惯有关。日常食品主要是牛、羊、马肉等,主要饮用牛奶、羊奶、马奶子等,患者可能在日常生活中接触了患病家畜而导致感染。

因此,在日常生活中要严格注意食品卫生。不食用未经加工和灭菌处理的奶及其制品,水应烧沸后再饮用,肉需要煮熟后吃。此外,应该购置经过检验检疫合格的家畜肉、奶制品,防止布鲁杆菌感染而诱发布鲁杆菌病。

参考文献

[1] 王霞. 布氏杆菌病误诊60例分析[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2013, 31(3):183-183.
[2] 颀孙永勋, 李建国, 陈瑞, 等. 城市居民布鲁氏杆菌感染的临床分析[J]. 中华全科医学, 2010, 8(3):333-334.
[3] 王勤英, 窦永青. 72例布氏杆菌病临床诊断体会[J]. 中国人兽共患病杂志, 2006, 22(2):191.
[4] 郝雷明, 刘建军. 浅谈羊布氏杆菌病的几点预防及净化措施[J]. 中国动物保健, 2013, 15(10):25-26.
[5] 王倩晖. 86例布氏杆菌病临床分析[J]. 临床医药实践, 2010, 19(12):92.

(收稿日期:2015-11-12)