

- 156.
- [3] 许国铭,李石.现代消化病学[M].北京:人民军医出版社,1999:405.
- [4] 吴付力.内镜下注射加金属钛夹治疗食管贲门黏膜撕裂
- 综合征的临床研究[J].微创医学,2012,7(6):640-641.
- (收稿日期:2015-10-11 修回日期:2015-12-29)

急性心肌梗死患者术后血液中分离出奥斯陆莫拉菌 1 株

刘美清¹,王占伟²,梁小红¹,李 跃¹,张艳艳¹,赵 松¹(1.首都医科大学附属北京安贞医院检验科,北京 100029;2.北京大学人民医院检验科,北京 100044)

【关键词】 奥斯陆莫拉菌; 生化反应; 培养特性; 抗菌药物敏感试验
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2016)10-1453-02

莫拉菌属主要包括腔隙莫拉菌、犬莫拉菌、亚特兰大莫拉菌、林肯莫拉菌、非液化莫拉菌、卡他莫拉菌和奥斯陆莫拉菌等,可引起医院和社区感染。随着临床检出率的不断增加,本实验室于 2015 年 5 月从急性前壁心肌梗死患者术后的血液中分离出奥斯陆莫拉菌 1 株,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,57 岁。3 月前开始出现胸闷症状,多于活动后出现,每次持续数分钟,休息后可缓解。2 月前患者感觉胸闷加重,冠脉造影检查发现冠脉多支病变,无法行支架植入术,门诊以冠心病收治心外科病房。患者自发病以来神志清楚,饮食尚可、睡眠正常,大、小便正常,体力及体质量略降低。既往史:患者 3 年前因急性心肌梗死于当地医院进行溶栓治疗,自觉症状控制尚可。发现高血压 6 年余,2 型糖尿病伴周围血管严重病变,无肝炎、结核及其他传染病史;冠心病 20 年,偶有心绞痛发作。入院时查体:体温 36.6℃,脉搏 74 次/分,呼吸 19 次/分,血压 130/90 mm Hg;白细胞计数(WBC)5.14×10⁹/L,中性粒细胞百分比(N)64.2%,血红蛋白浓度 140.0 g/L;丙氨酸氨基转移酶 29 U/L,乙型肝炎表面抗体、表面抗原、e 抗原、e 抗体均阴性,核心抗体阳性,心肌酶谱和超敏肌钙蛋白 I 正常;血糖 7.58 mmol/L、三酰甘油 1.75 mmol/L、胆固醇 6.46 mmol/L;肾功能、电解质正常。B 超诊断:双侧桡动脉多发斑块、右侧椎动脉斑块。术前主要诊断为急性前壁心肌梗死。5 d 后在全身麻醉下行非体外循环冠状动脉搭桥术,术中行桡动脉和颈内静脉穿刺并置管,术后送入重症监护病房观察与治疗,第 2 天转回心外科病房,检查 WBC 10.58×10⁹/L,N 90.3%,降钙素原测定 0.63 ng/mL(正常参考值 0.00~0.05 ng/mL)。全血肌钙蛋白 I 0.035 μg/L(正常参考值 0.010~0.023 μg/L),全血肌红蛋白 228 μg/L(正常参考值 23~112 μg/L),高敏 C 反应蛋白 34.67 mg/L(正常参考值 0~5 mg/L),体温 38.5℃。同时抽取 1 套血培养(需氧和厌氧)送检,需养瓶中检测出奥斯陆莫拉菌,次日又抽取 1 套血培养检查,培养 5 d 均无细菌生长。患者应用头孢孟多酯钠进行抗感染治疗,手术 4 d 后体温血象逐渐恢复正常,病情好转,于术后 10 d 痊愈出院。血培养具体方法如下。

以无菌手抽取患者血液 20 mL 分别注入血液厌氧和需氧培养瓶中,放入 BACTEC 9240 全自动血培养仪内,连续监测 107.0 h 后阳性报警,卸瓶后严格按照《全国临床检验操作规程》(第 3 版),将培养物涂片革兰氏染色,可见革兰阴性短杆菌,多数成对或短链排列。同时分别转种血琼脂平板、麦康凯琼脂平板,经过 5%~10% CO₂ 35℃ 培养 18~24 h 后,在血琼脂平板上可见直径约 1 mm 灰白色、圆形、凸起、无溶血、湿润、边缘整齐、光滑的小菌落,麦康凯琼脂平板不生长。生化反应:氧化酶+,触酶+,动力-,脲酶-,硝酸盐还原试验+,不能分

解任何糖类,不产生吲哚和硫化氢。使用 BD Phoenix100 全自动微生物分析仪进行菌种鉴定,结果为奥斯陆莫拉菌,鉴定可信度为 98%。再送外院利用质谱仪进一步加以确认,最终鉴定结果为奥斯陆莫拉菌。采用 K-B 纸片法(天坛检定所提供纸片)进行药物敏感试验,参照美国临床实验室标准化委员会标准:抑菌圈直径<10 mm 表示耐药,10~15 mm 的为中度敏感,>15 mm 的为高度敏感^[1]。药敏试验结果抑菌圈直径从大到小依次为青霉素、复方磺胺甲噁唑、亚胺培南、阿奇霉素、庆大霉素、头孢呋辛、阿米卡星、头孢他啶、红霉素、头孢噻肟、左氧氟沙星、哌拉西林、氨苄西林/舒巴坦、四环素、头孢曲松、哌拉西林/他唑巴坦、头孢吡肟、环丙沙星、万古霉素,均为高度敏感;克林霉素中度敏感。

2 讨 论

奥斯陆莫拉菌为非发酵菌,是人和动物黏膜上的正常菌群。专性需氧,对营养要求高,属于条件致病菌,可造成人畜共患病,可引起临床上原发性和继发性感染。文献[2]报道,53.8%患者有基础疾病,主要包括免疫缺损、褥疮溃疡、长期静脉置管等,奥斯陆莫拉菌感染者预后良好。奥斯陆莫拉菌是呼吸道感染的主要致病菌,但当人体抵抗力及免疫力下降时还可引起医院感染、外伤感染、肺部感染、菌血症、脑膜炎、心内膜炎和泌尿系感染等。而本实验为急性前壁心肌梗死患者术后血液中分离株,需引起临床高度重视。微生物学实验室检测时需要注意与其他属内菌种的鉴别,快速准确地进行菌种鉴定和药敏试验。莫拉菌属多数菌种对青霉素类敏感,对头孢类、四环素类、喹诺酮类、氨基糖苷类药物均为敏感^[3]。但目前已出现产 β-内酰胺酶的菌株,因此,实验室应加强临床分离菌株的 β-内酰胺酶的检测,为临床做出正确诊断与合理用药提供依据。医院应积极开展细菌耐药性监测工作,规范合理使用抗菌药物,有利于减少细菌耐药性的产生^[4]。临床还应严格按照无菌操作规程进行,怀疑菌血症时应多次进行血培养,延长培养时间,可提高阳性检出率,并需常规检测血清降钙素原,可提供早期诊断的依据及观察治疗的效应^[5],医生应根据患者自身临床症状,并结合药敏试验结果制订有针对性的治疗方案,使患者尽快得到有效的抗感染治疗。

参考文献

- [1] 张素辉,黄勇富,付利芝,等.山羊源奥斯陆莫拉菌的分子鉴定与分析[J].中国人兽共患病学报,2014,30(1):12-16.
- [2] 杜庆伟,孙庆丰,吴金国,等.奥斯陆莫拉菌败血症 1 例分析[J].现代医药卫生,2009,25(2):258-259.
- [3] 周庭银.临床微生物学诊断与图解[M].3 版.上海:上海科学技术出版社,2012:245-246.

- [4] 陈蔚,涂春莲,俞春芳,等. 2010~2011 年我院抗菌药物使用量与细菌耐药分析[J]. 安徽医药, 2013, 17(2): 325-327.
- [5] 刘传桂. 血清降钙素原于血液细菌培养在菌血症诊断中

的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(14): 1760-1761.

(收稿日期: 2015-11-16 修回日期: 2016-01-24)

关节镜下治疗膝关节腱鞘巨细胞瘤

陈 巍, 李 彬, 郑 磊, 刘意来, 连 杰, 王晶旌(四川省泸州市中医医院骨关节科 646000)

【关键词】 腱鞘巨细胞瘤; 膝关节; 关节镜术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 10. 067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)10-1454-02

腱鞘巨细胞瘤是一种好发于手指、足趾及膝关节腱鞘、滑囊和关节滑膜的病因不明的良性病变^[1], 临床较为少见, 尤其是膝关节内腱鞘巨细胞瘤, 由于其缺乏特异性症状及体征, 易与绒毛结节性滑膜炎等疾病相混淆, 术前诊断较困难。本院于 2009 年 7 月至 2015 年 5 月在关节镜下诊治局灶性膝关节腱鞘巨细胞瘤 6 例, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 7 月至 2015 年 5 月本院收治的局灶性膝关节腱鞘巨细胞瘤患者 6 例, 其中男 2 例, 女 4 例; 年龄 23~47 岁, 中位年龄 36 岁; 病程 3 周至 18 个月。临床主要表现为关节肿胀积液、绞锁、活动时关节内疼痛。所有病例术前均经 DR 及 MRI 检查, DR 片仅 1 例显示关节内软组织肿块, 其余 5 例无异常表现。MRI 均可见大小不等类圆形肿块, 边界清晰。并于相应部位 T2W1 呈不均匀低信号。术前诊断: 绒毛结节性滑膜炎 3 例, 慢性滑膜炎 2 例, 诊断腱鞘巨细胞瘤仅 1 例。

1.2 方法

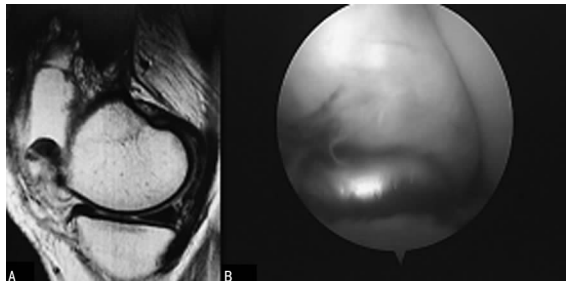
1.2.1 手术方法 采用关节镜常规前内侧、前外侧手术入路, 分别置入关节镜头及相关器械, 按顺序全面探查, 镜下多见积液, 质地稍黏稠, 色淡黄或黄褐色。肿物位于髌骨下方和髌韧带后面及两旁, 其中位于内侧 4 例, 位于髌韧带后面及外侧各 1 例。肿物表现: 呈椭圆形或分叶状, 表面光滑有包膜, 质地稍韧而软, 色黄。有蒂与关节囊或滑膜相连, 与周围组织分界清楚。所有患者均行镜下瘤体切除术, 先采用髓核钳取除大部瘤体, 并送病理检查, 再采用刨刀贴近病灶组织边吸边切, 以使所切除病灶组织及时吸引并排出, 扩大刨削范围至外周 1.0 cm 的滑膜及脂肪垫组织。最后缝合前反复检查有无遗漏, 并冲洗吸尽关节内碎屑。

1.2.2 术后处理 常规留置负压血浆引流管 1 根, 6 h 后开放, 术后 24 h 拔除; 膝关节冰敷, 弹力绷带适度加压包扎, 术后第 1 天拔除血浆引流管并同时予以辅助膝关节屈伸活动, 鼓励股四头肌收缩锻炼, 至能抬离床面时即可下地活动。

2 结 果

6 例患者术后经病理组织检查被证实为腱鞘巨细胞瘤, 均得到随访, 平均 13 个月(4~24 个月), 术后功能恢复良好, 屈伸活动无明显受限, 局部肿胀、绞索、活动时疼痛等症状消失, 无复发。典型病例 1: 女, 35 岁, 因“右膝关节肿痛、活动不利 1 月”入院。临床以右膝关节肿胀、疼痛、绞索为主要表现, 并于髌股内侧关节间隙可触及结节状肿物。术前 DR 片未见明显异常, MRI 显示右膝前内侧间隙一号结节、团块状影, 界限清楚(图 1A), 考虑右膝关节色素沉着绒毛结节性滑膜炎。关节镜下见髌股关节内侧, 见类圆形 3.5 cm×2.0 cm×2.0 cm 左右肿物, 表面光滑有包膜, 质地韧而软, 色黄(图 1B)。术后病

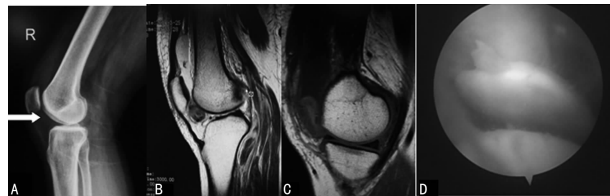
理诊断为腱鞘巨细胞瘤。



注: A 为 MRI 表现; B 为关节镜下表现。

图 1 典型病例 1 结果

典型病例 2: 女, 41 岁, 因“右膝疼痛、活动不利 3 月, 加重 1 d”入院。以关节疼痛、绞索、活动不利为主要表现, 经适度揉捏局部或屈伸膝关节后疼痛绞索可自行缓解。回顾性观察 DR 片显示关节内软组织肿块(图 2A)。MRI 显示右膝髌上囊及关节腔内见片状长 T1 长 T2 信号影, 右膝髌下囊滑膜增厚, 见等 T1、稍长 T2 信号结节(图 2B、C)。术前诊断为右膝关节色素沉着绒毛结节性滑膜炎。关节镜下见髌韧带后方偏内侧髌股关节, 见分叶状, 色黄, 质软 3.0 cm×2.0 cm×0.6 cm 左右肿物, 有蒂与滑膜相连(图 2D)。术后病理诊断为腱鞘巨细胞瘤。



注: A 为 DR 结果; B~C 为 MRI 表现; D 为关节镜下表现。

图 2 典型病例 2 结果

3 讨 论

影像学上, 大部分腱鞘巨细胞瘤患者在 DR 片上没有异常表现, 仅部分显示为特异性软组织肿块, 极易漏诊, 本组患者中 1 例也为关节镜术后回顾性阅片所见。MRI 检查有重要诊断价值, 能准确显示病灶范围及瘤体与临近组织关系, 主要表现为关节腔内结节样、息肉样肿块临近或包绕肌腱, 边界清晰, T1W1 序列上与骨骼肌信号相仿, T2W2 序列上略高或低于骨骼肌信号, 增强后肿物明显强化^[2]。膝关节内疼痛性质较多且复杂, 非外伤性患者关节内疼痛疾病的正确诊断尤为困难, 而膝关节内原发良性肿瘤更十分少见, 多见于个案报告, 并以色素沉着绒毛结节性滑膜炎、滑膜软骨瘤病、滑膜血管瘤、腱鞘囊肿等为主。腱鞘巨细胞瘤尤其需与色素沉着绒毛结节性滑膜炎相鉴别。二者均是一类起源于关节滑膜、关节外滑膜囊、腱