

由肺部感染患者肺泡灌洗液及痰液中 分离出生癌肠杆菌 1 例报道

杨少芳 高颖 任建平

作者单位:030012 太原市,山西省中医院检验科

doi:10.3969/j.issn.1674-7151.2013.01.018

患者男,74岁,2010年2月行牙龈活检提示为腺癌。2011年7月19日因进行性消瘦,精神差,为求进一步治疗入院。入院后给予消炎,纠正心律失常,营养支持,后又因胰腺假性囊肿并肺部感染,建议患者及家属行CT等完善的检查以明确诊断,但被拒绝。经肺泡灌洗液和深部痰液培养及药敏提示,有生癌肠杆菌、弗氏柠檬酸杆菌复合型、肺炎克雷伯菌肺炎亚种合并克柔假丝酵母感染^[1-3],除抗生素治疗外,真菌感染,仅对伏立康唑敏感,但患者输注后出现房颤、血压下降,经对症治疗后,未见好转。患者全身状况进行性衰竭,伴随肺部感染、上消化道出血、低蛋白血症、多脏器功能衰竭,最终于2011年8月26日抢救无效死亡。

1 病程情况

1.1 现病史 该患者于2009年6月始出现牙痛,2010年2月因牙痛行牙龈活检提示为腺癌(家属自诉),后就诊于山西省肿瘤医院,2010年3月行局部放疗及全身化疗三周期;2010年11月全面复查未提示异常;2011年2月出现舌下溃疡,并呈现进行性消瘦,精神差。

1.2 既往史 患者自诉有间断心动过速病史,未予重视及治疗。否认糖尿病史、肝炎、结核等传染病史、外伤输血史。

1.3 体格检查 神清语利,对答切题,形体消瘦,面色少华,双目少神。体温38.2℃、心率150次/min、血压110/70 mmHg,巩膜无黄染,左下肺可闻及湿啰音,心律齐,腹部平坦,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未及,全身浅表淋巴结未触及肿大。

2 实验室检查

血细胞分析:WBC $14.3 \times 10^9/L$ 、RBC $3.4 \times 10^{12}/L$ 、HbC 102.0 g/L、NE 87.9%、MO 8.9%、EO 0.3%、BA 0.2%、LY 2.7%;肝功能:ALT 28.0 U/L、AST 23.0 U/L、TP 53.0 g/L、ALB 22.0 g/L、PA 24.6 mg/L、GCT 14.0 U/L、TBIL 19.3 $\mu\text{mol}/L$ 、DBIL 9.2 $\mu\text{mol}/L$;期间多次进行血细胞分析提示WBC计数及NE比例持续上升,最高时WBC $23.1 \times 10^9/L$ 、NE 93.8%;TP及ALB经营养支持治疗后,轻微提高,其中TP 57.0 g/L、ALB

25.3 g/L,但后期患者病情持续恶化,转为恶液质,ALB又呈下降趋势,最低TP 42.0 g/L、ALB 19.8 g/L;痰培养及药敏检查:入院后,连续3次取清晨第一次肺泡灌洗液和深部痰液,3次均培养出生癌肠杆菌,半定量为+++;同时有弗氏柠檬酸杆菌复合型、肺炎克雷伯菌肺炎亚种及克柔假丝酵母菌。

3 临床诊疗经过

该患者于2009年6月始出现牙痛,2010年2月因牙痛行牙龈活检提示为腺癌,后就诊于山西省肿瘤医院。2010年3月行局部放疗及全身化疗三周期;2010年11月全面复查,未提示异常;2011年2月出现舌下溃疡,经对症处理后,患者进行性消瘦;2011年7月12日出现精神差,大便十日一行,小便正常,睡眠差。入院后给予消炎,纠正心律失常治疗,给予西地兰0.2 mg 静推,比索洛尔5 mg 口服处理,营养支持,内科一级护理,并中医辨证施治,予健脾理气方药并进行痰培养检查。后又因胰腺假性囊肿并肺部感染,建议患者及家属行CT等检查以明确诊断,但被拒绝。后经肺泡灌洗液和深部痰液培养及药敏试验,提示检出生癌肠杆菌,其对阿米卡星、庆大霉素、亚胺培南敏感,对头孢类、氨苄西林/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦以及喹诺酮类耐药;克柔假丝酵母菌感染,仅对伏立康唑敏感,但患者输注后出现房颤、血压下降,经对症治疗后,未见好转。患者全身状况进行性衰竭,最终因肺部感染、上消化道出血、低蛋白血症、多脏器功能衰竭,抢救无效死亡。

4 病例分析

患者入院前出现精神差,大便十日一行;入院后出现消瘦、卧床、精神差、大便十日一行、睡眠差等症状。

4.1 主治医生分析 患者为老年男性,2010年2月行牙龈活检提示为腺癌(家属自诉);2010年3月行局部放疗及全身化疗3次,具体情况不详;2010年11月行全面体查未提示异常;2011年2月出现舌下溃疡,经对症处理后治愈,但患者进行性消瘦;入院后出现消瘦、卧床、精神差、大便十日一行、睡眠差等症状;查体:浅表淋巴结未及肿大,左下肺可及湿罗

音,消瘦,卧床,心率:200 次/min,律不齐,心音强弱不等。初步诊断:牙龈癌合并下颌骨转移、肺部感染及室上心动过速。

4.2 检验医师分析 经过实验室各检查指标显示,WBC 及分类增高,支持感染诊断;TP 及 ALB 降低,支持消瘦体征;肺泡灌洗液和深部痰液培养及药敏提示生癌肠杆菌,半定量+++;克柔假丝酵母菌,半定量+++;同时有弗氏柠檬酸杆菌复合型、肺炎克雷伯菌肺炎亚种等。建议根据药敏结果输注抗生素,进行抗菌治疗,同时因患者有消瘦体征,建议进行营养支持,以提高患者自身免疫力,有助于抗菌治疗。生癌肠杆菌较少引起人类感染,仅在免疫力低下合并感染并提供感染途径的患者中出现,与有基础疾病的患者发生败血症、尿路感染相关^[4,5];该患者恶性肿瘤牙龈癌转移后期,导致恶液质,同时合并心律失常,肺部感染,免疫力极度低下,克柔假丝酵母菌、生癌肠杆菌感染,最终导致患者抢救无效死亡。

5 小结

生癌肠杆菌为肠杆菌属,与泰洛肠杆菌属是同一菌种,革兰氏染色阴性,散在排列,兼性厌氧,对营养需求不高,能耐受胆盐和去氧胆酸盐,SS、麦康凯生长良好,仅在免疫力低下

合并感染并提供感染途径的患者中出现,该菌易同时合并真菌、其他革兰氏阴性杆菌等多种细菌感染,治疗过程中应注意优势细菌,根据患者实际情况以及药敏结果积极合理用药,监测肝功、血细胞五分类、痰培养等指标;在本例患者痰培养过程中,全自动化微生物鉴定系统的应用,使得以往少见的细菌相继从各类标本中分离出来,应引起临床及实验室的重视,并积累这些罕见菌的病例资料,为临床各种相关疾病的诊治提供更多更全面的信息资料。

6 参考文献

- 1 孙恩华,李荣国,宋玉英. 从胰腺囊肿脓液中分离出生癌肠杆菌. 中华检验医学杂志,2001,24:219.
- 2 蒋慈喜. 大肠埃希菌性重症肺炎一例报告. 临床误诊误治,2009,22:35.
- 3 柏志强. 休克型肺炎 10 例误诊分析. 岭南急诊医学杂志,2002,2:44-45.
- 4 何志慧,石远滨,艾丽. 大肠杆菌致败血症、化脓性脑膜炎的诊治体会. 临床误诊误治,2007,20:40-41.
- 5 李学哲. 16 例大肠杆菌肺炎临床分析. 临床医学,2005,25:75.

(收稿日期:2012-04-13)

(本文编辑:陈淑莲)

消 息

乙肝、丙肝和艾滋病病毒载量及耐药检测培训班

国家级继续医学教育项目《乙肝、丙肝和艾滋病病毒载量及耐药检测培训班》定于 2013 年 5 月 27 日-31 日在北京召开。欢迎从事肝病、艾滋病防治和诊断的医师及检验师参加会议。参会者将获得国家级继续教育学分 10 分。

项目编号:2013-11-00-037(国)学习班包括理论课和实践课。理论课由著名的卫生部临检中心核酸诊断专家李金明教授,感染性疾病分子诊断专家陈德喜教授(北京市肝研所副所长),鲁凤鸣教授(北京大学医学部),王海滨教授(北京 302 医院检验科副主任)和全国著名肝病治疗专家陈新月教授(北京佑安医院特区病房主任),丁慧国教授(北京佑安医院消化中心主任)等教授担任主讲老师;实践课将由北京佑安医院和肝病研究所具有丰富耐药和载量检测经验副高以上的一线工作人员现场指导。

1 会议内容

本次会议将会为参会代表营造一个宽松、丰富的沟通空间,是一次与资深专家学者近距离交流学习的机会。主要讲

课内容有:1、HIV 和 HBV 耐药检测技术最新研究进展;2、HBV 病毒载量检测技术最新进展和标准化;3、HBV 和 HIV 耐药检测不同技术实验原理与实践;4、国产 HBV 检测技术与 Roche HBV 载量检测技术原理差异及结果对比分析;5、国产 HCV 检测技术与 Roche HCV 载量检测技术原理差异及结果对比分析;6、HIV 病毒载量进口试剂检测技术原理比较分析和优缺点(bDNA,EZQ,qRT-PCR);7、HBV,HIV 和 HCV 耐药与病毒载量检测对于临床医生的抗病毒治疗指导意义;8、NFDA 批准用于临床检测的国内现有 HBV、HCV 和 HIV 病毒载量检测技术原理比较和优缺点及国际标准化的可行性。

2 会议时间及地点

会议时间:2013-05-27 至 2013-05-31

会议地点:北京

3 联系方式

E-mail:liudjyahos@126.com;qiaolx2006@163.com

电话:010-83997425