

假鼻疽伯克霍尔德菌败血症合并嗜血细胞综合征 1 例

李强强¹, 黄铭厚^{2*}

(¹南京医科大学第一临床医学院, 江苏 南京 210029; ²南京医科大学鼓楼临床医学院, 江苏 南京 210008)

[关键词] 假鼻疽伯克霍尔德菌; 败血症; 嗜血细胞综合征

[中图分类号] R515.9

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2015)09-1337-02

doi:10.7655/NYDXBNS20150935

假鼻疽病是由假鼻疽伯克霍尔德菌引起的地方性传染病,在东南亚和澳洲等热带区域流行。我国疫源地主要分布在海南、广东、广西等南部地区。病情一般较为严重,病死率高达30%~90%^[1]。其他地方罕有报道,本研究对南京地区发现的1例假鼻疽伯克霍尔德菌感染病例报告如下。

1 病例资料

患者,男,39岁,长期住新加坡。因“发热2个月”入院。2014年8月出现发热,热峰在39~40℃,发热时伴腰痛及双膝关节疼痛,当地治疗后无好转。患者于2014年9月20日回国,9月22日当地医院住院,查血常规示白细胞 11.1×10^9 个/L,中性粒细胞84.1%,血红蛋白124 g/L,血小板 214×10^9 个/L,血沉37 mm/h, C反应蛋白163 mg/L,血清铁蛋白1 458 ng/mL,降钙素原0.25 ng/mL。当地医院给予“哌拉西林钠/他唑巴坦钠、甲硝唑”抗感染,激素控制体温等治疗1周,体温正常,但停药后再次发热39℃。10月4日来本院急诊,并收入本科。入院查体:体温36.5℃,心率86次/min,呼吸16次/min,血压96/59 mmHg,双肺呼吸音稍粗,左下肺闻及少许捻发音,腹软无压痛、反跳痛,肝脏肋下未及,脾脏肋下4 cm,质中无触痛。入院后查血常规:白细胞 1.8×10^9 个/L,中性粒细胞89.6%,血红蛋白113 g/L,血小板 18×10^9 个/L;凝血5项:活化部分凝血激酶时间47.2 s,纤维蛋白原0.7 g/L, D二聚体29.13 mg/L;生化全套:丙氨酸氨基转移酶/天冬氨酸氨基转移酶136.7/244.8 U/L,碱性磷酸酶/ γ -谷氨酰转氨酶185.3/133.4 U/L,甘油三酯1.88 mmol/L,血清铁蛋白14 743.7 ng/mL;骨穿提示可见网状细胞吞噬

血细胞现象。治疗上予“比阿培南+万古霉素”抗感染、升高白细胞、输注血小板、补液等支持治疗。患者10月5日凌晨突发胸闷明显,伴发热39.3℃,当时测心率120次/min,动脉血氧饱和度85%,急查血气分析:pH 7.41, PCO_2 35 mmHg, PO_2 73 mmHg,血氧饱和度95%;胸部CT+肺动脉CT血管成像:两肺弥漫性病变,考虑感染。予吸氧、地塞米松10 mg退热等治疗,患者体温下降,但仍有明显胸闷、气喘。请呼吸、血液、ICU等多科会诊,认为患者在严重感染的基础上继发嗜血细胞综合征。告知患者家属病情危重,预后极差,治疗费用昂贵,效果不佳,患者家属反复考虑后要求自动出院至当地医院继续治疗。出院诊断为噬血细胞综合征,依据:①发热>1周,热峰>38.5℃;②脾大;③血常规两系显著减低;④铁蛋白增高>500 ng/mL;⑤纤维蛋白原下降(<1.5 g/L);⑥骨髓中见嗜血细胞。因此,诊断“噬血细胞综合征”成立。

出院后对其家属进行随访,得知患者出院2 d后死亡。患者自动出院后,血培养2次结果均示假鼻疽伯克霍尔德菌阳性,药敏:丁胺卡那、复方新诺明、亚胺培南、美罗培南敏感,头孢他啶、头孢哌酮/舒巴坦中介,其余青霉素类、头孢类均耐药。故诊断修正为:①假鼻疽伯克霍尔德菌败血症;②嗜血细胞综合征。

2 讨论

假鼻疽伯克霍尔德菌属假单胞菌,革兰氏阴性,需氧生长。主要存在于热带及亚热带地区,通过土壤和水传播,通过伤口或黏膜、呼吸道而进入人体内^[2],农民和糖尿病患者患类鼻疽病的风险最高^[3],是一种人兽共患病。临床表现多样化,可表现为急性、亚急性、慢性和亚临床感染,误诊率、病死率高。急性患者可有高热、衰竭等全身症状;病菌进

[基金项目] 江苏省博士后科研资助(1102046C)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: njhmh@163.com

入血流,可形成菌血症及内脏脓肿,最后常因脓毒血症死亡。慢性患者全身症状不定,可有皮肤及皮下溃疡,常类似空洞肺结核表现,其潜伏期可达数年。上述临床表现与其他细菌引起的肺炎很难区别,导致误诊、漏诊可能性增大。我国 1990 年首先报告^[4],以后陆续有一些散发病例发现。

本例患者长期居住东南亚国家新加坡。患者既往体健,无糖尿病病史,发病初期未见呼吸道症状和皮疹,这与文献报道的典型病例并不一致,而且南京地区尚无假鼻疽伯克霍尔德菌疫情报道,容易导致诊治延迟。本例病程已经 2 个月,在多家医院经过多种药物治疗,效果不佳,病情未得以完全控制,考虑与假鼻疽伯克霍尔德菌对多种抗生素天然耐药有关^[5]。入院后虽给予强效抗生素比阿培南治疗,但由于得到有效治疗太晚,故病情仍迅速恶化,出现肝、肾、肺和血液系统等多个脏器损害,并且继发了嗜血细胞综合征,临床表现十分凶险。以上提示临床医生要熟悉假鼻疽病的流行病学及临床特点,提高警惕。临床上凡遇到来自疫区的农民和有糖尿病史的患者,以及不明原因高热、肺部感染、局部脓肿、有败血症表现的患者,应想到假鼻疽败血症的可能,尽早取标本进行细菌学培养或血清学检查,以免造成误诊误治。临床上一旦怀疑假鼻疽败血症,不应等待检查结果,应尽早选用足量敏感抗

生素治疗,最好选用碳青霉烯类药物,同时应重视支持疗法。

该病目前没有疫苗,提高对该病的认识很重要。从临床标本中分离出假鼻疽伯克霍尔德菌是诊断该病的金标准,该病的预后与是否及时有效地治疗有关。此病在南京地区报道尚少,提示要提高对本病的认识,普及诊治技术,对假鼻疽伯克霍尔德菌在我国的分布应有基本地了解,以便及时诊治。

[参考文献]

- [1] 李建斌,黄奕江. 类鼻疽伯克霍尔德菌败血症并肺脓肿一例及文献复习[J]. 现代医学,2008,36(4):294-296
- [2] 李艳华,钟一鸣,刘文恩,等. 假鼻疽伯克霍尔德菌脓毒症死亡病例 1 例[J]. 中国感染志,2013,12(6):475-476,474
- [3] 何远学,贾杰. 类鼻疽伯克霍尔德菌败血症 25 例误诊分析[J]. 山东医药,2008,48(6):110-111
- [4] 陈光远,程军科,唐德桑,等. 国内首次报告 2 例类鼻疽败血症及其菌株鉴定[J]. 广东医学院学报,1990,8(1-2):44-45
- [5] Mima T, Schweizer HP. The BpeAB-OprB efflux pump of *Burkholderia pseudomallei* 1026b does not play a role in quorum sensing, virulence factor production or extrusion of aminoglycosides but is a broad-spectrum drug efflux system [J]. Antimicrob Agents Chemother, 2010, 54(8): 3113-3120

[收稿日期] 2015-03-12