

感染“侦”相·第2期(上)

长在手心里的“米粒”

▲ 苏州大学附属第一医院感染科 陈丽 华山医院抗生素研究所 刘霜 秦晓华

病例简介

主诉 男性, 64 岁, 工厂退休工人, 右手小拇指肿胀 5 年加重伴大拇指及手腕部肿胀半年。

现病史 患者 5 年前无明显诱因下出现右手小指肿胀伴有麻木感, 无明显疼痛, 曾至外院就诊查血常规正常, 查心电图提示右侧正中神经腕部损害, 中度腕管综合征, 当时未予特殊治疗。近半年来患者右手小指肿胀较前明显加重(约至正常的 3 倍), 伴有局部红肿, 未有破溃流脓及疼痛, 同时右手大拇指及右侧腕关节也逐渐出现肿胀, 伴有手指活动障碍。为求进一步治疗来我院手外科就诊, 考虑感染可能性大, 收治入院。

既往史 35 年前金属致右手掌贯通伤, 当时行清创缝合术, 无植入性相关手术史, 手掌伤口愈合良好。

体格检查 T 36.2℃, 神清, 颈软, 无明显抵抗。



图 1 腕部活检组织

浅表淋巴结未及明显肿大。心肺未及明显异常, 腹软, 无压痛, 双下肢不肿。四肢肌力 IV 级, 肌张力正常, 生理反射正常, 病理反射未引出。专科检查: 右手小指及右手拇指局部肿胀明显, 伴红肿, 无破溃流脓, 腕部可见局部包块, 质韧, 活动度良好, 按压后有可流动性, 质韧。右手拇指及小指屈指受限。

辅助检查 血常规: 白细胞计数 $5.32 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 $3.8 \times 10^9/L$, 血红蛋白 142 g/L, 血小板计数 $287 \times 10^9/L$; CRP < 0.5 mg/L; ESR: 8 mm/h; PCT: 0.05 ng/ml; 外周血结核 T-SPOT 阳性, 抗

HIV、G 试验、GM 试验、隐球菌乳胶凝集试验、血 CMV/EBV DNA 均为阴性; 肝肾功能、ProBNP、补体、抗 GBM 抗体、类风湿因子及风湿免疫抗体未见异常; 肿瘤标志物: 未见明显异常; 心超: 未见异常; 颈部 + 浅表淋巴结 + 血管超声: 右侧腋下异常淋巴结肿大, 余未见异常。软组织 B 超: 右掌大片稠厚积液, 结合病史考虑炎性渗出。手 MR 增强: 右手掌侧及腕管、第 1、5 指掌侧软组织肿胀、肌腱周围异常强化灶, 符合感染性改变, 右腕骨内小囊变; 右腕关节少许 TFCC 损伤。

综合分析 细菌、结核感染可能性大

诊断: 右手皮下肿块待查。鉴别诊断:

感染性疾病

细菌感染 老年男性, 以右手小拇指肿胀 5 年加重伴大拇指及手腕部肿胀半年发病, 既往有患肢手掌外伤病史, 可能有一定组织结构异常, 入院后手 MR 增强提示感染性病变, 需进一步完善组织病理学检测。

结核或非结核分枝杆菌感染 患者慢性病程, 血结核 T-SPOT 阳性, 不能排除结核感染可能, 既往无结核病史, 胸部 CT 等未见病变, 可完善相关体液或组织标本的结核 geneXpert、病原学二代测序检测帮助明确诊断。另需除外能引起结核 T-SPOT 阳性的其他非结核分枝杆菌。因此, 需要尽可能获得体液及组织标本完善相关检测。

真菌感染 既往患肢

有外伤史, 无明显免疫抑制剂使用史, 无手足念珠菌感染, 曲霉或隐球菌感染以皮肤为首发表现且病程长达 6 年较少见, 完善血 G 实验、GM 试验及隐球菌乳胶凝集试验为阴性, 故不优先考虑该诊断。

寄生虫感染 皮肤及关节寄生虫感染较少见, 临床有报道棘球蚴、猪囊尾蚴等寄生虫感染往往累及骨骼引起骨质破坏等; 另少部分丝虫引起的感染可累及淋巴管引起象皮肿, 但该患者无此表现, 且患者入院后血嗜酸性粒细胞无明显升高, 追问病史无生食生饮史, 无疫区及疫水接触史, 且无长期使用免疫抑制剂病史, 目前诊断依据不足。

肿瘤

老年男性, 慢性起病, 患肢磁共振未提示肿瘤占位性病变, 且患者病程长达六年, 肿瘤可能性相对较小, 但仍需病灶活

检以明确病变性质。

风湿免疫疾病

慢性起病, 关节病变呈不对称性, 无其他关节有游走性疼痛或肿胀等病史, 且入院后查 ANA 抗体谱、类风湿因子等指标阴性, CRP 及 ESR 水平正常, 故风湿免疫性疾病依据不足, 待病灶活检以明确。请手外科会诊, 于 2023 年 3 月 8 日局麻下沿右腕部行 3 cm 横行切口, 分离皮下组织, 见滑膜增生严重, 与正中神经及屈肌腱粘连严重, 滑膜内含大量白色米粒样病灶(图 1), 予病灶清除并送病理, 行右侧腕关节滑膜切除术, 肌腱松解术, 正中神经松解术。

等待病原 mNGS 和病理结果的过程中, 困扰我们的是——长在手心里的“米粒”, 会是什么呢? 请听下回分解。

《新发突发呼吸道传染性病原微生物分级检测专家共识(2024)》发布 新突发呼吸道传染性病原三级检测策略

近年来, 呼吸道传染性疾病不断暴发流行, 给全球公共卫生和医疗卫生体系带来了巨大挑战。日前, 中国医院协会临床微生物实验室专业委员会组织多学科专家编写了《新发突发呼吸道传染性病原微生物分级检测专家共识(2024)》。通过分析重大新发突发呼吸道病原体传染性和感染特点, 兼顾患者人群特征, 制定了包含传统微生物形态学、培养、免疫学、分子生物学以及宏基因组测序等方法的三级检测策略、11 条推荐意见, 明确了在不同阶段针对的目标病原体及推荐检测方法, 为提高新发突发呼吸道传染病的诊断能力提供了指导建议和参考依据。(协和医学杂志, 2025, 16:109)

推荐一

根据呼吸道感染患者的临床症状或体征、流行病学特点等, 结合临床路径进行鉴别诊断, 包括感染或非感染性疾病、病原体类型(病毒、细菌、非典型病原体、真菌)等, 如考虑存在传染性疾病可能, 建议采取分级筛查检测策略。第一级: 引起急性呼吸系统感染(ARIs)的临床常见传染性病原体, 第二级: 引起慢性呼吸道感染的传染性病原体及少见的呼吸道传染性病原体, 第三级: 新发突发呼吸道传染性病原体。

推荐三

对于不能排除非传染性呼吸道病原体感染的患者, 应同时进行常见社区获得性 ARIs 病原体检测, 常见病原体包括: 肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌等。

推荐五

对于疑似由临床常见传染性病原体引起的 ARIs, 应尽可能在启动抗感染治疗前采集感染部位样本进行病原学检测, 并推荐首选细菌涂片及分离培养、抗原、抗体、单靶标病原体核酸检测及基于症候群的多靶标病原体核酸检测等技术。

推荐七

对于病情危重、进展迅速, 或患者存在免疫损伤或严重基础疾病时, 经验性抗感染治疗无效且 72 h 内常规检测技术未能明确病原, 或出现聚集性呼吸道传染性病例未能快速明确病原时, 建议采用宏基因组测序(mNGS)或靶向测序(tNGS)技术。

推荐九

对于慢性呼吸道感染及少见呼吸道传染性病原体, 推荐采用病原选择性培养或靶标特异性核酸检测技术进行病原学诊断。对于仍无法明确病原的患者, 应采用 mNGS 或 tNGS 技术进一步明确诊断。

推荐十一

如出现呼吸道感染病例聚集性发病或暴发流行, 且通过上述分级检测程序均未明确诊断, 应考虑未知新发突发呼吸道传染性病原体感染可能。应尽快采集支气管肺泡灌洗液等高质量下呼吸道样本进行 mNGS 检测并进行新发病原体分析, 同时评估新发突发病原体公共卫生事件风险, 并上报医院感染管理部门或疾控部门, 尽早采取对应处置和管理措施。

推荐十

应密切关注国际上已明确的新发突发呼吸道传染性病原体, 特别是 WHO 列出的可引起疫情或大流行的病原体。如患者存在相关旅居史、接触史及临床症状, 且通过常规病原学检测均未明确责任病原体, 应考虑采用病原体特异性 PCR、tNGS 或 mNGS 技术进行检测。



主办: 中国医药教育协会感染疾病专业委员会
协办: 解放军呼吸病研究所

主 编: 邱海波 俞云松
王明贵
执行主编:
管向东 吴德沛 瞿介明
宗志勇 卓 超 解立新
本期轮值主编: 陈轶坚
编 委:
陈静静 陈 衍 崔兰卿
刁孟元 房孝生 符一骥
耿晓霞 郭 强 郭 燕
何 超 李 丹 李 曦
刘春燕 刘笑芬 刘紫钰
罗益锋 倪文涛 皮博睿
秦晓华 曲俊彦 石 威
孙文达 王 俊 王 鹏
王韧韬 王 睿 肖 坤
许红阳 徐小勇 薛 明
阎 雪 杨 震 袁红霞
翟 茜 张 鑫 张 樱
郑欣婷 朱迎钢