

鸚鵡热衣原体重症肺炎 1 例 经鸟类传染的衣原体肺炎

▲四川大学华西医院实验医学科 何超

病例介绍

主诉 女性，35 岁，孕 28⁺ 周，因“咳嗽、咳痰 1 月余，加重伴呼吸困难 3 d”收治入院。

现病史 30 d 前无明显诱因出现咳嗽、咳痰（白色黏痰），自行服药无缓解。3 d 前咳嗽咳痰加重，伴呼吸困难，发热 39.0℃，于当地医院就诊，胸部 CT 示“双肺大片感染灶（图 1a），诊断：重症肺炎；予泰能抗感染，气管插管机械通气，氧合指数持续低于 100 mmHg。1 d 前左侧气胸，予胸腔闭式引流，症状无改善，遂转入我院。

查体及辅助检查 体温 39.5℃，心率 139 次/min，呼吸 35 次/min，血压 132/87 mmHg，双肺闻及大量湿啰音；宫底脐上 1 横指，胎心 180~190 次/min。床旁胸片：双侧中下肺大面积实变伴左侧气胸（图 1b）。

入院诊断 重症社区获得性肺炎，孕 28⁺ 周宫内单活

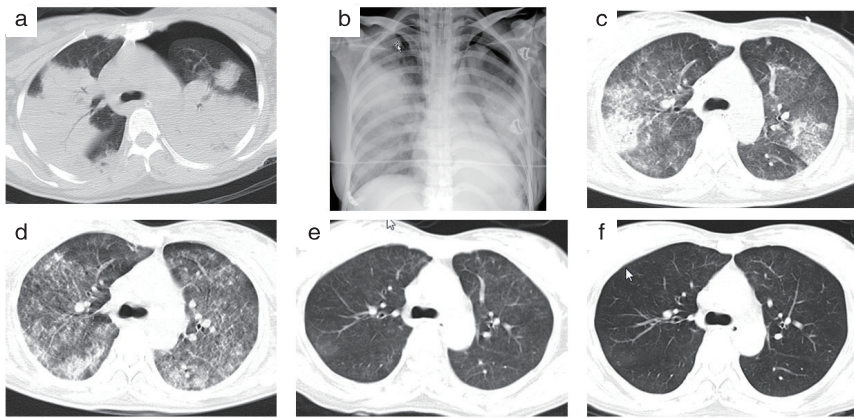


图 1 患者肺部影像学变化

胎，重度急性呼吸窘迫综合征，感染性休克，左侧气胸，双侧胸腔积液。

诊治经过 入院当天 ECMO 治疗后氧合指数明显改善，奥司他韦、美罗培南抗感染，机械通气、俯卧位通气等支持治疗。血清 G 试验、GM 试验、EB 病毒抗原抗体、TORCH 四项 IgM 和 IgG，痰液结核分枝杆菌和耶氏肺孢子菌核酸检测，血培养、痰细菌和真菌培养，均

阴性。第 3 天咽拭子筛查 13 种呼吸道感染相关病原体核酸：衣原体核酸阳性，加用阿奇霉素；第 5 天肺泡灌洗液二代测序检出鸚鵡热衣原体，停用奥司他韦，继续阿奇霉素和美罗培南。第 9 天 CT 提示双侧中下肺实变显著吸收（图 1c）。第 10 天，患者出现发热，拔除导管并送检血和痰培养，查见耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌，加用头孢哌酮/舒巴坦钠抗感染。

第 15 天经多学科讨论后予剖宫产，娩出一活男婴，调整抗菌药为替加环素联合头孢哌酮钠/舒巴坦钠。第 16 天 CT 示右肺中下叶实变进一步吸收（图 1d），第 26 天 CT 提示双肺炎症明显吸收（图 1e），第 40 天 CT 示双肺密度恢复正常（图 1f），白细胞、PCT、CRP 恢复正常，咽拭子核酸检测未检出衣原体，血及痰培养均为阴性。第 44 天，患者治愈出院。

病例分析

衣原体是一类专性细胞内寄生病原体，对人体致病的主要有三种：沙眼衣原体、肺炎衣原体和鸚鵡热衣原体。鸚鵡热衣原体至少可分为 8 个血清型，人类可通过直接接触鸟或吸入病鸟粪便分泌物、羽毛粉尘而感染，最常见为不典型肺炎，约占社区获得性肺炎的 1.0%。

已有的病例报道显

示，鸚鵡热衣原体肺炎临床表现典型表现常见发热、寒战、肌肉酸痛、干咳伴气短和胸闷，可有肝脾大、胃肠道症状和心脏并发症；外周血白细胞数正常或轻度升高，肝功能轻度异常；胸部 X 线多数病例可见磨砂玻璃样、大叶性实变、粟粒样结构、肺门增大或胸腔积液等特征，常见单发下叶实变（本例

为双发）；病程平均 6 周，也可长达 20 周。

鸚鵡热衣原体肺炎实验室诊断技术主要有：（1）可在发病 4 d 内取血标本或发病 2 周内取痰标本进行细胞培养，但耗时，敏感度不高，一般不易开展；（2）可间隔 2 周以上取双份血清标本进行补体结合试验或微量免疫荧光试验，检测鸚鵡热衣原

体 IgG 滴度是否升高 4 倍以上，但补体结合试验并非特异性，微量免疫荧光试验存在交叉反应；（3）聚合酶链反应可检测呼吸道标本中鸚鵡热衣原体 DNA，但也存在假阴性的可能，尤其在非急性期；（4）宏基因组测序中常用二代测序，可同时检出样本中多个微生物属种，应结合临床判断病原。

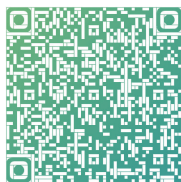
衣原体肺炎治疗反应性好但特异性免疫不强

本例临床特征主要为发热、呼吸道感染症状和肺部影像学改变。感染前久居酿酒厂附近，周围常出现大量麻雀。入院后咽拭子标本经 PCR 技术查见衣原体，肺泡灌洗液标本经 NGS 技术查见鸚鵡热衣原体。结合流行病学史、临床表现和实验室检查结果进行感染学诊断为鸚鵡热衣原体引起的重症肺炎。

据 ABX 指南推荐，鸚鵡热衣原体肺炎治疗

首选多西环素或四环素，但两者妊娠期危险分级均为 D 级。阿奇霉素在体外和动物模型中有效，妊娠期危险分级为 B 级，有报道推荐在儿童和孕妇中作为替代药物。在患者分娩前，针对继发耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌感染，避免使用体外敏感但妊娠期危险程度更高的替加环素（D 级），使用头孢哌酮/舒巴坦钠治疗，待娩出胎儿后，再加用替加环素，并暂不予母乳喂养。

通常衣原体肺炎患者对治疗反应良好，经过正确治疗后病死率可由 20% 降至 1%。但有研究指出，机体对衣原体感染产生的特异性免疫性不强，维持时间较短，常反复、持续性或隐性感染，应避免接触感染鸟类。



扫一扫
 关联阅读全文

《新英格兰医学杂志》发文 新冠肺炎重症患者诊治建议

近日，《新英格兰医学杂志》发表一篇文章，描述了重症新冠肺炎患者的疾病表现以及治疗要点。（N Engl J Med. 5 月 15 日在线版）

文章显示，新冠肺炎最常见的首发症状是发热、咳嗽、疲乏、厌食、肌痛和腹泻。病情通常在症状出现后约 1 周开始加重。呼吸困难是重症患者的最常见症状，常伴有低氧血症。新冠肺炎的一个突出特征是患者出现呼吸困难和低氧血症后不久便迅速进展至呼吸衰竭。

重症新冠肺炎患者常符合下述急性呼吸窘迫综合征（ARDS）的诊断标准：双肺浸润影、严重低氧血症，无法用心力衰竭或液体超负荷充分解释的急性肺水肿。大多数重症新冠肺炎患者都有淋巴细胞减少，部分患者出现中枢神经系统或周围神经系统功能障碍。重症新冠肺炎还可导致严重的心律不齐、横纹肌溶解症、凝血异常、休克以及急性心脏、肾脏和肝脏损伤。这些器官衰竭可能与细胞因子释放综合征相关，临床特征包括高热、血小板减少、高铁蛋白血症和其他炎症标志物升高。

根据特征性的临床表现以及呼吸道分泌物检出新冠病毒 RNA 即可确诊新冠肺炎。患者应接受胸部 X 线和 CT 检查，胸片通常可见双肺实变或磨玻璃样阴影（图 2）。

在一项新冠肺炎患者的大型队列分析中，81% 的患者为轻症，14%

为重症，5% 进展为伴有器官功能衰竭的危重症；危重症组死亡率为 49%。大多数危重症新冠肺炎患者需长时间机械通气。

合并心血管疾病、糖尿病和肥胖等慢性疾病的人更易进展为危重症新冠肺炎。男性危重症发病率高于女性，而 65 岁以上群体危重症发病率也高于年轻人。然而，任何年龄的健康人都可能进展为危重症新冠肺炎。新冠肺炎大流行的一个特征便是在一个很小地区突然出现大量危重症患者。这会使当地医疗资源不堪重负，导致专业医疗人员、呼吸机、肾脏替代治疗设备以及重症监护床位均短缺。

重症患者治疗方面最重要的是密切监测其呼吸状况，以判断是否需要行气管插管。如果开始机械通气治疗，临床医生应采用保护性肺通气策略，包括限制平台压和潮气量。如果患者出现难治性低氧血症，应考虑应用深度镇静和神经肌肉阻滞剂，并让患者取俯卧位。患者应接受抗凝治疗以预防血栓形成。如果医院备有瑞德西韦，初步数据支持使用该药物。严格遵守感染控制措施始终至关重要。

文章认为，鉴于重症新冠肺炎引起并发症的风险高，临床医师应与患者及其家属合作，尽早确定适宜的治疗目标。鉴于有效治疗药物仍不明确，临床医师应与患者讨论可以参与的临床试验。此外，临床医师应与死亡患者家属讨论尸检价值。

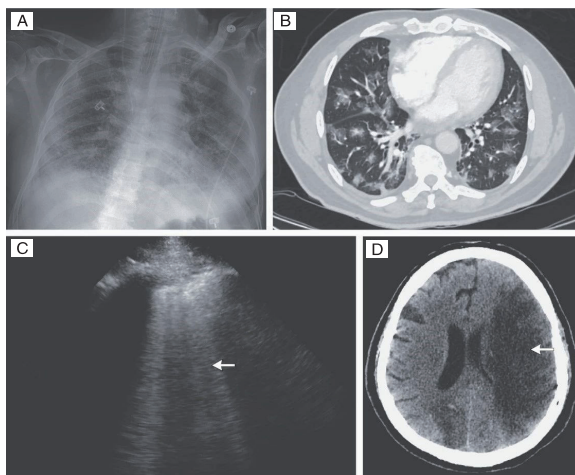


图 2. 重症 COVID-19 的 X 线、CT 和超声检查结果

胸片（A）可见双肺磨玻璃样阴影和实变。胸部 CT（B）可见双肺磨玻璃样阴影。胸部超声检查（C）可见 B 线（箭头）；此图像由 Christopher Parkhurst 博士惠赠。头颅 CT（D）可见脑梗死病灶左大于右（箭头）。

感染病学专栏 (28)

IDSC

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：刘又宁
执行主编：
 王 睿 徐英春 黄晓军
 邱海波 俞云松 王明贵
 陈伯义 胡必杰
本期轮值主编：何 超
编 委：
 陈良安 解立新 施 毅
 曹 彬 李光辉 马晓春
 张湘燕 刘开彦
青年编委：
 余丹阳 蔡 芸 陈文森
 胡付品 胡 炯 黄英姿
 梁志欣 杨启文 张静萍
 周 华