

辣椒尖捣乱 肺炎发作反复入院

▲解放军总医院呼吸与危重症医学部 王轲轲

病例分享

主诉: 男性, 21岁, 主因“咳嗽、咯血丝痰1周, 加重2d”入院。

现病史: 患者1周前无明显诱因出现咳嗽、咳少量血丝, 无发热, 无咽痛、胸痛、呼吸困难等伴随症状, 未予重视。入院2d前患者咳嗽症状加重, 伴咳血丝痰, 清晨及剧烈运动后明显, 每次3~4口, 鲜红色血痰, 每日总咯血量约10ml。

体格检查: 体温 36.1℃, 脉搏 47次/min, 呼吸 22次/min, 血压 128/71 mmHg, 心肺腹部查体未见明显异常。门诊肺部CT提示: “右肺中叶密度增高影, 支气管腔内见可疑痰栓, 考虑感染性病变”。既往体健, 无烟酒史, 无家族遗传史。

诊疗过程: 初步诊断为右肺中叶社区获得性肺炎(CAP), 给予莫西沙星治疗; 同步完善肺结核、肺癌等相关检查, 均为阴性。治疗10d后, 患者临床症状明显缓解, 仅偶有干咳, 复查肺部CT示: 右肺中叶密度影较前有所吸收, 右肺中叶支气管略扩张, 管

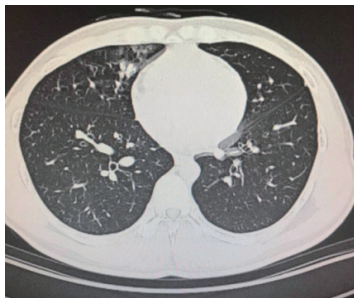


图1 抗感染治疗前后肺部CT变化



图2 电子支气管镜下表现

腔可疑占位(图1)。

追问病史, 患者自诉近一年半时间曾因“肺炎”多次外院住院治疗, 无明确误吸病史。遂行电子支气管镜检查, 可见右肺中

叶内侧段黏膜充血, 见一白色可疑异物, 周围可见肉芽增生及脓性黄色分泌物, 吸出脓性分泌物, 镜下活检钳将异物取出, 为红色辣椒尖, 约5×8mm(图2)。

病例讨论

同一部位反复肺炎 警惕潜在未被发现的因素

成人CAP是一种常见的呼吸系统感染性疾病, 应用敏感抗菌药后临床症状在48~72h就会好转, 一般疗程为7~10d, 但影像学改善会滞后于临床症状的好转。因此, 在抗菌药治疗结束时

复查肺部影像常会出现病灶虽有好转却未完全吸收的情况。此时医师往往会因病灶有好转趋势, 建议患者2~3月后复查确认病灶吸收情况。

对于部分经正规治疗但吸收

并不理想的患者应提高警惕, 尤其同一部位反复发生肺炎, 更应注意, 往往提示有潜在因素尚未被发现或被忽略。该潜在因素除较常见的结构性肺病(如支气管扩张等), 气道异物也需引起警惕。

成人气道异物不罕见且易被误诊漏诊

成人气道异物并不罕见, 且绝大多数在确诊前无明确的误吸病史, 直到出现发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸痛、咯血等症状就诊, 此时病程时间已较长, 影像学往往表现为斑片状阴影、肺不张等, 多被误诊为肺部感染、阻塞性肺

炎、肺结核、肺癌等肺部疾病。

分析漏诊误诊原因可能为:

第一, 无明确异物吸入史, 异物进入支气管往往发生在患者无意时, 如进食较快、食用有刺激性食物、醉酒等, 由于咽部肌肉松弛, 声门关闭不紧, 支气管口径较大, 吸入物较小, 窒息感不明显, 异物进入气道, 用力吞咽后呛咳症状稍有缓解, 不易引起重视, 医生询问时也无法及时记起。

第二, 若吸入物体为非金属时, CT下不能显像。本例患者误吸辣椒尖后肺部CT仅显示为

密度增高影。

第三, 异物时间长滞留易在局部形成肉芽组织, 随病程延长, 肉芽组织包绕较多, CT可表现为占位、肺不张, 增加了诊断难度, 易被误诊为肺癌等其他疾病。

第四, 电子支气管镜是气道异物最重要的诊断方式, 但当病程较长, 气道内出现肉芽组织增生、包绕后, 镜下可表现为气道息肉样新生物, 且极易出血, 周围黏膜可出现鳞状上皮化生, 增加活检难度的同时, 更易被误诊为肺癌。

肺部同部位反复感染 应尽早行电子支气管镜检查

为了尽量避免成人支气管异物的误诊误治, 首先应提高首诊医生对呛咳、误吸史的认识。询问病史时除了常规的有无误吸、呛咳史外, 可适当询问患者的饮食习惯, 如是否喜欢吃辛辣食物、吃饭较快等。对于反复出现发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸痛、咯血等临床症状, 影像学表现为

占位、肺不张, 尤其是同一部位, 经抗感染治疗效果不佳者, 尽早考虑行电子支气管镜检查。



关联阅读全文

前沿动态

多黏菌素B不良反应的真实世界研究

▲南京医科大学第一附属医院 孙文述 张鑫

多黏菌素B是针对多重耐药革兰阴性菌的窄谱抗菌药物。既往认为, 多黏菌素可致肾脏、神经系统严重不良反应, 临床应用受限。近年随着耐药形势的变化, 多黏菌素B已成为治疗广泛耐药革兰阴性菌感染的重要药物。

笔者团队探究了注射用多黏菌素B在真实世界的不良反应情况。结果发现, 注射用多黏菌素B主要不良反应为肾损伤、皮肤色素沉着。

研究纳入2019年4月至2020年12月江苏省17家三甲医院173例接受多黏菌素B抗感染治疗患者的资料进行回顾性分析。结果显示, 肝损伤41例(23.70%), 肾损伤36例(20.81%), 皮肤色素沉着12例(6.94%), 血小板减少9例(5.2%), 11例雾化吸入患者发生气道痉挛2例(18%)。

分析发现, 发生肾损伤与患者年龄、总剂量、肾脏基础疾病及联合肾损伤药物相关。

肝损伤与用药时间、总剂量、肝肾基础疾病及联合肝损伤药物相关, 主要发生在基础有肝脏疾病及联用伏立康唑的患者。肝损伤与多黏菌素B是否直接相关仍需进一步评价。血小板减少与联合应用利奈唑胺相关。皮肤色素沉着与用药时间和剂量无相关性。多黏菌素B雾化吸入的局部不良反应多表现为咳嗽、咽痛、支气管痉挛等气道高敏反应, 轻症可继续用药, 严重者可应用糖皮质激素, 必要时停用多黏菌素B。

总之, 使用多黏菌素B应综合考虑患者基础状况、有无高危因素, 谨慎选择药物途径、剂量及联合用药, 密切监测相关病情变化, 降低不良反应风险。



关联阅读全文

脓毒症患者精准抗感染临床案例分析

▲同济大学附属东方医院呼吸与危重症医学科

孙禾 何春风 吴晓东 韩慧泽 李强

南京大学医学院附属金陵医院呼吸与危重症医学科 施毅

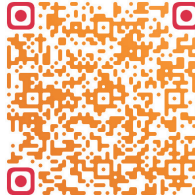
碳青霉烯类耐药肺炎克雷伯菌(CRKP)已成为ICU重症感染中最常见的致病菌之一, CRKP感染致脓毒症病死率高达24%~70%。新型三代头孢菌素酶抑制剂复合制剂头孢他啶-阿维巴坦(CZA)是治疗CRKP感染相关脓毒症的重要选择药物。

笔者团队回顾性分析2019年8月至2020年5月同济大学附属东方医院RICU收住的4例经CZA治疗的CRKP感染致脓毒性休克患者临床资料。结果显示, CZA对CRKP感染导致的脓毒性休克具有良好的疗效和安全性。

4例患者年龄72~79岁, 分别在肺泡灌洗液、胆汁引流液或血液标本中检出肺炎克雷伯菌, 培阳标本药敏试验均提示碳青霉烯类抗菌药耐药, 对

CZA敏感(图3)。4例患者在完成病原学检测加药敏实验后均根据CZA药敏结果更改抗感染治疗方案为CZA单药或以CZA为基础的联合抗感染治疗, CZA用法为2.5g, q8h, 静脉点滴治疗。经CZA治疗后患者SOFA评分、临床表现、炎症指标等均明显好转。4例患者均好转出院, 未发现抗感染药物治疗相关不良反应。

该结果充分显示了尽早获取感染部位致病菌并积极行药敏试验检测, 为脓毒症精准抗感染提供可靠依据, 对改善这部分患者的预后具有重要意义。



关联阅读全文

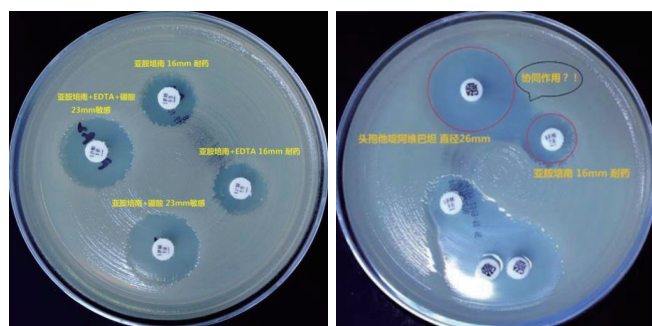


图3 碳青霉烯酶鉴定及CZA药敏实验结果



感染病学专栏(41)
 主编: 刘又宁 俞云松
 执行主编:
 王睿 徐英春 黄晓军
 邱海波 王明贵 陈佰义
 胡必杰
 本期轮值主编: 杨启文
 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