

1例老年少见奴卡菌肺炎 目标性抗感染 八旬老妪重拾健康梦

▲上海市东方医院呼吸与危重症医学科 孙禾 顾霞 陈思 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

病例介绍

主诉 女, 84岁, 以“反复咳嗽、咳痰 30 余年, 加重 1 周”入院。

现病史 时有咳黄脓痰, 质黏, 不易咳出; 间断发热; 偶有咳血; 入院前 1 周受凉后症状再次加重。活动耐力明显下降, 伴有纳差, 恶心。

既往史 近年来每年因发热咳嗽、咳痰、呼吸困难加重住院 2~3 次。曾诊断“支气管扩张症”“温德米尔夫人综合征”。

查体 轮椅推入病房, 形体消瘦, 营养不良, 呈慢性消耗状态。双肺呼吸音低, 可闻及散在湿性啰音, 粗大痰鸣音, 双下肺为著。心率: 92 次/min, 律齐, 腹部查体无异常发现。

辅助检查 入院血常规,

炎症相关标记物明显升高, 但白细胞无明显升高。胸部 CT 提示双肺沿支气管血管束分布渗出、实变伴支气管壁增厚和管腔扩张, 右肺中叶“莲蓬征”。完善相关检查排除肿瘤等非感染性情况, 以及结核、非结核分枝杆菌、常见病毒, 提示慢性气道来源的肺部感染性疾病可能。行全麻支气管镜下肺泡灌洗术, 镜下见支气管至左右主支气管及各叶段支气管腔内大量脓性分泌物, 支气管肺泡灌洗液无色浑浊, 细胞总数 720 个, NE% 95%。灌洗液 NGS DNA 示豚鼠肺炎奴卡菌序列数 6397 个, RNA 豚鼠肺炎奴卡菌序列数 23 个, 人副流感病毒 1 型序列数 10 979 个。

诊疗经过 诊断社区获得性肺炎 (CAP), 豚鼠肺炎奴卡菌合并人副流感病毒感染。予美罗培南 2.0 g, q8h 静点 + 利奈唑胺 0.6 g, q12h 静点 + 奥司他韦 75 mg, bid 口服 + 0.1% 阿米卡星支气管内灌注冲洗 2 次, 乙酰半胱氨酸 0.6 g, tid 雾化吸入, 静脉丙种球蛋白 + 安素口服 + 高营养饮食。21 d 后改为利奈唑胺 0.6 g, bid 口服。总疗程 3 个月后停药。出院半年后复查血常规、感染及炎症相关标记物恢复正常, 气管镜、支气管肺泡灌洗液正常 (图 1)。胸部 CT: 肺部病灶较前明显吸收, 部分病灶消失。精神、营养状况和活动耐力明显好转, 可从事轻体力活动。

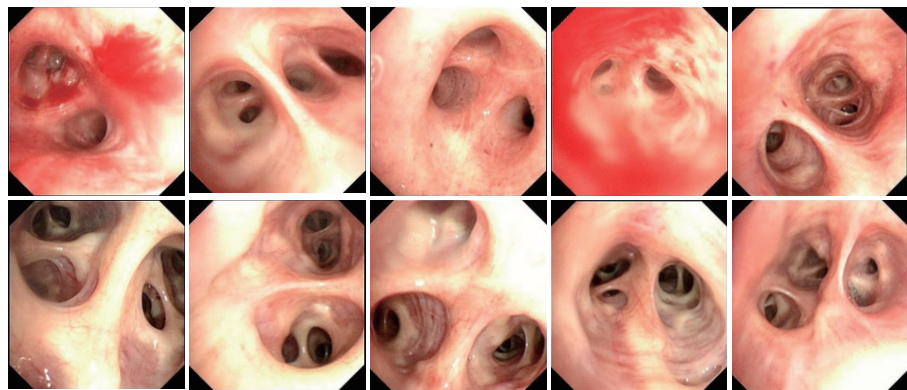


图 1 治疗前后支气管镜下对比

病例分析

诊断 CAP 前要先排除非感染性疾病引起的肺部病变。老年 CAP 患者存在呼吸道症状不典型甚至缺如; 外周血白细胞不升或粒细胞减少; 影像表现不典型或同时存在基础疾病影像特征; 受基础疾病及用药影响, 辅助检查指标

老年 CAP 诊疗难点重重

复杂等情况, 诊断 CAP 的过程中需重点关注。

对于疗效不好、病情反复的 CAP 患者应积极寻找影响因素, 包括耐药菌、特殊少见病原菌、免疫抑制及伴有基础疾病的肺部感染等。卒中及结构性肺病患者还需警惕反复误吸及气道廓

清能力减退对治疗的影响。

本例患者的救治成功提示对于难治性慢性肺部感染, 精准的病原诊断、恰当的抗微生物全身用药、局部抗感染治疗、有效的气道廓清、营养支持治疗等综合治疗, 是保障患者良好预后的关键。

奴卡菌病是一种机会性感染 临床特异性较差

奴卡菌是广泛分布于自然界的需氧革兰阳性分枝状腐生杆菌, 主要引起外源性感染, 但结构性肺病 (如支气管扩张、COPD) 者可有呼吸道定植, 宿主免疫功能下降时引起内源性感染。奴卡菌病通常视为一种机会性感染, 免疫功能受损者易感。

肺奴卡菌病的临床表现不特异, 易误诊漏诊。对于任何表现为脑、软组织或皮肤病变且同时或近期存在肺部疾病的患者均

应怀疑该病可能。肺奴卡菌病影像多样, 以肺实变、结节或肿块为最常见。

碳青霉烯类药物和利奈唑胺对所有致病性奴卡菌均有效。疗程一般至少 3 个月以上, 免疫抑制患者需 2 种有效的抗感染药物联用至少 6 个月以上。



关联阅读全文
扫一扫

“四肢疼痛、间断发热”起病的麻风病 1 例 警惕麻风病极个别散发

▲四川大学华西医院感染性疾病中心 权敏 王晓辉

病例介绍

主诉 中年男性, 因“四肢疼痛 4 个月, 间断发热 2 月余”入院。

现病史 4 个月前, 患者无明显诱因出现四肢疼痛, 活动后加重, 四肢皮肤无明显红肿等异常。2 个多月前, 患者开始出现间断发热, 体温最高达 41.0℃, 伴畏寒、寒战, 无咳嗽、咳痰、腹痛、皮疹等不适。20 余天前, 患者再次出现发热, 体温最高达 40.0℃, 伴畏寒、寒战, 左手出现畸形, 收入笔者医院感染科诊治。患者否认肝炎、结核或其他传染病接触史和类似疾病家族史。

查体 心率 90 次/min, 呼吸 22 次/min, 血压 122/69 mmHg。面部、背部可见片状皮疹, 突出皮肤表面, 伴瘙痒。双侧颈部、腋窝可触及数枚肿大淋巴结, 双侧腹股沟外侧可触及对称性硬性包块。左手大鱼际肌萎缩。左足下垂。四肢远端肌力下降, 四肢末梢痛觉过敏。

辅助检查: 血常规

白细胞 $15.39 \times 10^9/L$, 中性粒细胞占比 83.0%; 降钙素原 0.16 ng/ml; C-反应蛋白 118 mg/L; 铁蛋白 884.90 ng/ml; 抗链球菌溶血素“O”试验 138.00 IU/ml; 结核及自身免疫相关标志物检测均阴性。肌电图: 上下肢周围神经源性损害, 运动纤维、感觉纤维皆受累及。胸部 CT: 双下肺少量斑片、纤维条索影。头部增强 MRI: 左侧中颅凹蛛网膜囊肿。

诊治经过 入院后予哌拉西林钠舒巴坦钠抗感染等对症支持治疗, 患者仍反复高热、四肢疼痛和皮疹无缓解。胸部皮肤活检示真皮层部分小血管周围一些淋巴细胞, 少量中性粒细胞及嗜酸性粒细胞聚集、浸润, 抗酸染色查见大量抗酸杆菌 (图 2)。左侧腹股沟淋巴结活检见肉芽肿性炎伴坏死及炎性渗出, 抗酸染色阳性 (图 3)、W.S 染色阳性。TB-qPCR 检测未查见结核杆菌 DNA 片段。将活

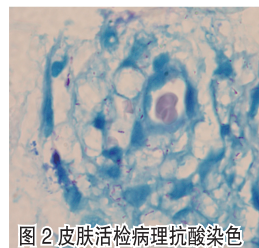


图 2 皮肤活检病理抗酸染色

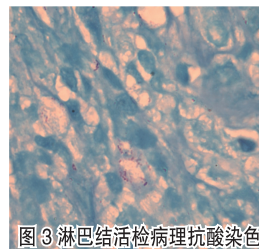


图 3 淋巴结活检病理抗酸染色

检组织提取 DNA 后进行 16S rDNA 联合 hsp65 的 PCR 扩增, 比对为麻风分支杆菌 (GenBank 登录号 CP029543.1, 99%)。多科会诊认为, 患者久居四川、活检病理查见抗酸杆菌、PCR 结果提示麻风分支杆菌, 诊断为“麻风病”。

患者接受“醋酸泼尼松、利福平胶囊”治疗后带药出院, 回当地疾病预防控制中心领取抗麻风药物氨苯砜和氯法齐明并接受进一步医学观察。

病例分析

麻风病虽早已被消除 不能忽视极个别散发

麻风病是由麻风分支杆菌 (M. leprae) 感染引起的慢性肉芽肿性疾病, 可能通过接触未经治疗患者经由呼吸道飞沫传播。随着 20 世纪 80 年代初联合化疗方案的出现, 麻风病的流行情况明显好转。2000 年, WHO 宣布全球麻风病的流行率低于

1/10 000, 麻风病作为“公共卫生问题”已被消除。截至 2015 年, 几乎所有国家实现了消除麻风病的目标。

由于过去 60 年间对麻风病的免费医疗, 早在 1998 年, 中国就实现了麻风病在国家和省级水平的基本消除。四川省

在 2014 年的麻风病发现率为 0.111/10 万, 新发病例分布不均, 重点地区为凉山州、甘孜州、广元市和攀枝花市。尽管我国属于麻风病非流行地区, 临床医生特别是皮肤科、神经内科及感染科医生仍要警惕极个别散发病例的存在。

易与自身免疫病、结核混淆

麻风病主要累及皮肤和周围神经, 较少累及内脏器官, 可引起多种类型的皮损 (如丘疹、脓疱、浅溃疡、结节性红斑等)、感觉障碍、关节畸形等非特异性临床表现。早期诊治麻风病能降低肢体畸形残疾的发生, 减少传播流行。

麻风病的诊断主要基于临床表现, 皮肤切

刮法涂片和皮肤活检组织病理学检查是目前主要的实验室诊断方法。

我国属于麻风病非流行地区, 大部分皮肤科、感染科及神经内科的年轻医生缺乏麻风病诊治经验。此外, 我国是全球结核病高负担国家之一, 麻风病患者活检组织病理的常见表现需要与结核病鉴别。本例患者临

床表现的反复高热与结核病的午后低热有区别, 组织病理结核分支杆菌的 TB-qPCR 阴性而麻风分支杆菌序列 PCR 扩增阳性, 因此得以鉴别。



关联阅读全文
扫一扫



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