

DOI:10.3969/j.issn.1671-9638.2014.07.019

· 病例报告 ·

老年类丹毒败血症误诊 1 例

Erysipeloid septicemia in the elderly: report of one misdiagnosed case

陈 列 (CHEN Lie)

(首都医科大学石景山教学医院北京市石景山医院, 北京 100043)

(Beijing Shijingshan Hospital, Shijingshan Teaching Hospital of Capital Medical University, Beijing 100043, China)

[关键词] 猪红斑丹毒丝菌; 类丹毒; 败血症; 误诊; 血培养; 老年人; 诊断

[中图分类号] R378.99*5 [文献标识码] E [文章编号] 1671-9638(2014)07-0440-02

类丹毒是由猪红斑丹毒丝菌引起的, 主要表现为丹毒样皮肤损害的一种急性感染性疾病。现将 1 例类丹毒败血症误诊患者的诊疗情况报告如下。

1 病历资料

1.1 病史 患者, 男性, 82 岁, 离休干部, 2012 年 3 月 9 日因“发热伴寒战 1 h”入院。既往有高血压、冠心病、2 型糖尿病和骨质疏松等病史, 有冠脉搭桥术史及起搏器置入。长期应用华法林、氨氯地平、美托洛尔、福辛普利、普伐他汀、阿伦磷酸钠及胰岛素等治疗。入院体格检查: 体温 39.2℃, 血压 160/80 mmHg, 神志清楚, 全身皮肤黏膜未见皮疹、出血点, 浅表淋巴结不大, 双肺未闻及干、湿性啰音; 心率 96 次/min, 律不齐, 第一心音强弱不等, 未闻及病理性杂音; 腹部及神经系统无阳性体征。

1.2 检查与治疗 患者入院时体温 40℃, 留取一份血标本后, 给予左氧氟沙星 0.5 g/d 静脉滴注治疗。血常规: 白细胞(WBC)计数: $6.76 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分率 82.60%, 血红蛋白(Hb) 129 g/L, 血小板(PLT) $164 \times 10^9/L$; 降钙素原(PCT)正常。入院第 2 天出现颈部左后侧局部 1.5 cm × 1.5 cm 范围烧灼样刺痛, 局部无红肿、皮疹, 有明显痛觉; 第 3 天颈部疼痛部位出现 2~3 个绿豆大小红色斑疹、无水疱, 考虑带状疱疹。给予阿昔洛韦抗病毒, 腺苷钴胺肌肉注射营养神经治疗。入院后检查三大常规(血、尿、大便)肝肾功能、电解质、肌钙蛋白 I 等, 均

正常, B 型利钠肽 1 792 pg/mL、血沉 23 mm/h、C-反应蛋白(CRP) 105.64 mg/L; 腹部超声、胸片 X 线检查等未见异常; 心脏彩超: 双房扩大, 双室轻度增大, 二、三尖瓣中量反流, 主动脉瓣钙化伴少量反流, 肺动脉高压(轻度), 肺动脉瓣少量反流。第 1 次血培养为少量革兰阳性菌生长, 考虑污染, 未再继续鉴定菌种及进行药敏试验; 入院后第 2 天和第 4 天血培养均无细菌生长。应用左氧氟沙星治疗 10 d, 抗病毒治疗 6 d, 体温仍为 37.8℃~38.4℃, 颈后部皮疹、疼痛无明显改善, 遂停用所有抗病毒、营养神经的药物及抗菌药物。入院 2 周左右出现阵发性左侧腰部疼痛明显, 伴左腕关节疼痛、红肿、活动障碍。复查血常规、PCT、结核菌素试验(PPD)、肥达外斐试验、肺炎支原体抗体、肿瘤标记物、抗核抗体、抗中性粒细胞胞浆抗体、HLA-B27、类风湿因子、抗链“O”、抗角蛋白抗体、抗环瓜氨酸肽抗体、补体、免疫球蛋白、血尿轻链等, 均未见异常; 血沉 53 mm/h, CRP 108.70 mg/L; 肺部 CT: 全心增大, 双肺间质性改变, 多发纤维索条及局限性气肿; 腰椎 CT: 骨质疏松、胸腰椎退行性病变、腰椎间盘突出; 骶髂关节 CT: 双侧骶髂关节退行性变, 骨质疏松; 骨扫描: 左腕关节异常代谢。给予降钙素、骨肽等治疗无效。住院 3 周仍呈间歇热, 伴有乏力、自汗、食欲不振; 心脏听诊未闻及杂音, 两次复查超声心动图未见瓣膜赘生物。入院后第 25 天及第 28 天血培养结果: 猪红斑丹毒丝菌。因自动检测仪无药敏标准未行药敏试验。入院第 30 天给予青霉素 480 万 U 静脉滴注(1 次/6 h), 用药第 2 天体

[收稿日期] 2014-02-06

[作者简介] 陈列(1976-), 男(汉族), 安徽省淮南市人, 主治医师, 主要从事老年病研究。

[通信作者] 陈列 E-mail: 1598353681@qq.com

温即降至正常,乏力和食欲不振逐渐改善;给药 2 周后颈后部皮疹消退、腰痛明显缓解;3 周后左腕部肿痛明显缓解。

1.3 预后 3 次复查血培养均阴性,青霉素治疗 4 周后停用,患者出院。随访 1 年余无复发。

2 讨论

猪红斑丹毒丝菌是一种有荚膜,不形成芽孢,不活动的微嗜氧杆菌,广泛存在于自然界,可以感染各类动物^[1]。人感染丹毒丝菌后引起类丹毒,主要因接触病鱼、病兽或其皮革而感染,多发生于兽医、屠宰工人、厨师、渔民和鱼、肉加工人员等^[2]。

类丹毒临床表现绝大多数为局限性丹毒样皮损,菌血症罕见,但可引起脓毒性关节炎或感染性心内膜炎^[1],严重者可致死,故需引起重视。本例患者有明确猪红斑丹毒丝菌菌血症,伴有发热、皮疹、关节炎表现,故类丹毒败血症诊断明确。但历经 1 个月才最终明确诊断,考虑误诊原因有以下方面:(1)患者是机关离休干部,无相关海鲜、禽畜等接触及外伤史,故未考虑类丹毒可能。高龄患者合并症多且复杂,影响对疾病的正确认识。单一局限的痛性皮损考虑带状疱疹;骨痛、关节炎曾考虑骨关节炎、骨质疏松、风湿性疾病、骨髓瘤等;心脏扩大、瓣膜反流、起搏器植入,考虑心内膜炎等。(2)反复检测血 WBC、PCT 等均无明显增高,无多发皮疹、关节炎等迁徙表现,且广谱抗菌药物治疗无明显效果,故非典型细菌性败血症表现。(3)血培养是败血症诊断的关键,入院及时行血培养检查,且初次血培养检验科电话报告提示革兰阳性菌,考虑为污染未作进一步鉴定。指南要求血培养需同时采集不同部位至少 2~3 份血标本(需氧菌和厌氧菌为 1 套),且即使结果显示可能为污

染,亦应鉴定到菌种^[3]。由于送检及检验操作不规范导致阳性结果误判为污染,这是此患者误诊的关键原因。第 2 天和第 4 天培养阴性可能与应用抗菌药物有关,停用抗菌药物后反复血培养才最终明确诊断。(4)青霉素 G 是治疗猪丹毒丝菌感染的首选药物,其大多对氨基苄西林、头孢菌素类、红霉素及氟喹诺酮类药物敏感,对万古霉素、抗假单胞菌氨基糖苷类、磺胺类等耐药。此患者入院后虽给予氟喹诺酮类广谱抗菌药物但无明显效果,考虑为耐药所致。因本院条件所限未做药敏试验,根据经验使用大剂量青霉素治疗有效。但亦有文献^[4]报道青霉素耐药的菌株,故临床应根据药敏试验结果指导用药。

通过对此病例的诊治,体会如下:(1)高龄患者疾病临床表现多不典型、合并症复杂,出现非特异性全身表现时要警惕感染性疾病的可能;(2)临床工作中,应全面考虑患者临床表现,不能过于依赖辅助检查;(3)临床及检验医生要提高血培养对败血症诊断重要性的认识,尤其实际工作中应按照指南正规操作,以减少误诊。

[参 考 文 献]

- [1] Mark H Beers. 默克诊疗手册(下册)[M]. 王卫平,译. 第 18 版. 北京:人民卫生出版社,2009:1859-1860.
- [2] 陈惠玲,叶惠芬. 红斑丹毒丝菌致败血症一例[J]. 中华传染病杂志,2008,26(6):328.
- [3] 美国临床和实验室标准协会. 血培养的原理与规程;批准指南[J]. 中华检验医学杂志,2010,特刊:1-51.
- [4] 原灵,陈亮,董新平,等. 从阴道炎患者的阴道分泌物中检出红斑丹毒丝菌[J]. 中国人畜共患病杂志,2004,20(8):724-725.

(本文编辑:左双燕)