

单核细胞增生李斯特菌引起宫内感染 1 例报道

刘 单,曹春来,徐立冬,韦云龙(杭州市余杭区妇幼保健院检验科 311100)

【关键词】 利斯特菌,单核细胞增生; 利斯特菌感染; 脓毒症; 胎儿疾病; 婴儿,新生

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2167-01

单核细胞增生李斯特菌是李斯特菌属中被临床确立对人致病的病原体,是人李斯特病的重要致病菌。2011 年 3 月 6 日从本院早产新生儿血液中检出单核细胞增生李斯特菌,由于该菌引起的宫内感染可导致新生儿败血症,应引起重视。

1 临床资料

1.1 病例介绍 患儿为孕 36 周自然分娩早产儿,产后新生儿窒息 30 min,给予吸氧抢救后收住入院。入院检查体质量 1 800 g,体温 35.7℃,呼吸 60 次/分,脉搏 162 次/分,神志清晰,反应差,哭声低,明显早产儿貌。呼吸急促,三凹体征,面色青紫,口周微绀,前囟平软,双侧瞳孔等大,对光反射存在,颈软,双肺呼吸音粗糙,可闻及少量湿性啰音,心律齐,无病理性杂音。胸部正位 X 线片示双肺大量吸入物。血常规:白细胞 $12.7 \times 10^9/L$,淋巴细胞 0.285,单核细胞 0.034,嗜中性粒细胞 0.639,嗜碱性粒细胞 0.042,血红蛋白 144 g/L,血小板 $279 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 30 mg/L。入院诊断:新生儿窒息,败血症。后因病情急剧变化,家属放弃抢救。

1.2 细菌学鉴定

1.2.1 培养特征与生物化学反应 无菌操作静脉采血 2ml 于小儿需氧培养瓶(PF),送至微生物实验室,BACT/ACTRT 3D 血培养仪培养,18 h 提示阳性结果。无菌注射器抽取培养液,移种羊血平皿及麦康凯琼脂平皿,有氧培养 24 h。结果麦康凯琼脂平皿不生长,羊血平皿大量细小菌落,1~2 mm,灰白色、光滑、湿润,随时间延长,菌落略大,灰白、粗糙,菌落周围有狭窄并趋于明显的 β-溶血现象。触酶阳性,氧化酶阴性,革兰染色阳性小杆菌。抗酸染色、芽胞染色阴性,动力阳性,半固体室温培养 3 d,典型倒伞样动力。

API STRER 鉴定系统编码 7040014,提示为李斯特菌属,鉴定率 99.9%,不符合试验为 0,T 0.86。API CORYNF 鉴定系统编码 2070124 提示单核细胞增生李斯特菌/无害李斯特菌,鉴定率 96.2%,不符合试验 0,T 0.90。根据《全国临床检验操作规程》进行属内各种鉴别,触酶阳性,溶血阴性,金黄色

葡萄球菌、马尿酸盐、葡萄糖、鼠李糖、V-P 试验均阳性,甘露醇、可溶性淀粉、木糖、硝酸盐还原试验均阴性。细菌学鉴定为单核细胞增生李斯特菌。临床最后诊断为单核细胞增生李斯特菌新生儿败血症。

2.2 药敏试验 质控菌株肺炎双球菌 ATCC49619。以美国临床实验室标准化协会推荐的肉汤稀释法进行。青霉素小于或等于 2 mg/L,阿莫西林小于或等于 2 mg/L,四环素小于或等于 2 mg/L,红霉素小于或等于 0.25 mg/L,克林霉素小于或等于 0.25 mg/L,万古霉素小于或等于 1 mg/L 均敏感。推荐以青霉素和氨苄西林为首选药物。由于此菌体外对头孢菌素类往往敏感,而实际运用中无效,故头孢菌素类均应报告为耐药。

3 讨论

李斯特菌属有 7 个种,作为腐生菌广泛存在于自然环境中,但只有单核细胞增生李斯特菌和伊氏李斯特菌与人类疾病有关,但后者的病原性尚未确定^[1]。有免疫抑制状况的人群是单核细胞增生李斯特菌的易感人群,同时人的胎盘对单核细胞增生李斯特菌特别敏感,直接影响胎儿和新生儿的健康。孕妇的李斯特菌病多发生在怀孕后期 3 个月中,妊娠早期感染多导致败血性流产,晚期感染多导致死胎、早产,刚出生新生儿败血症是新生儿宫内感染后持续的结果^[2]。无论是新生儿在宫内的早期感染或经产道的晚期感染,都直接威胁新生儿的生命。因此无论怀孕期间还是新生儿出生后,及早作出李斯特菌的病原学诊断,合理使用抗生素,则有利于母子的健康。

参考文献

- [1] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006:785.
- [2] 陆永绥,张伟民.临床检验管理与技术规程[M].杭州:浙江大学出版社,2004:927.

(收稿日期:2011-03-03)

急性白血病造血干细胞移植后感染急性乙型肝炎治愈 1 例

张明义(南京市江宁医院检验科 210000)

【关键词】 白血病; 造血干细胞移植; 感染; 肝炎,乙型

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2167-02

白血病是一种多发于青少年的恶性肿瘤,35 岁以下发病率、死亡率最高。大多数白血病患者康复的唯一途径是骨髓移植,但骨髓移植存在很多危险,移植后预防感染就是一道难关,本文就 1 例造血干细胞移植后感染乙型肝炎(简称乙肝)病毒

(HBV)的病例进行分析和讨论。

1 临床资料

患者,男,29 岁。2008 年 5 月确诊急性粒细胞性白血病 M2 型,化疗 2 个疗程,皆完全缓解,于同年 8 月行亲缘全和异

体造血干细胞移植术,术后口服免疫抑制剂环孢素 5 个月,未发生明显移植抗宿主反应,遂逐渐停药。

患者于 2010 年 6 月查肝功能正常,乙肝病毒标志物(两对半)阴性,于 2010 年 9 月 10 日复查肝功能丙氨酸氨基转移酶(ALT)214 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)143 U/L, γ -谷氨酰转氨酶(γ -GT)87 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)251 U/L,乙肝两对半 HBsAg 阳性;腹部 B 超无异常。患者自述近期有疲劳感、食欲不振、厌油等症状,巩膜无黄染,并自述在实验室工作,1 个月前曾意外被病患标本划伤。经过曾经移植医院医生诊治,给予拉米夫定 100 mg/d,并辅以利加隆(水飞蓟素胶囊)、易善复(多烯磷脂酰胆碱胶囊)、百赛诺(双环醇片)保肝治疗;2008 年 10 月 6 日实验室检查:ALT 170 U/L,AST 388 U/L, γ -GT 273 U/L,LDH 341 U/L,乙肝表面抗原(HBsAg)阳性(>250 S/N),乙肝 e 抗原(HBeAg)阳性(1 218 S/CO),乙肝核心抗体(抗-HBc)阳性(3.57 S/CO),HBV DNA 2.24×10^3 copy/mL。

患者去当地专科医院诊治,医生即让其停止服用抗病毒药拉米夫定,并给予住院输液治疗。用药如下:苦参素葡萄糖注射液 0.6 g/d,复方甘草酸单氨 S 氯化钠注射液 0.16 g/d,注射用还原谷胱甘肽 1.8 g/d,多烯磷脂酰胆碱注射液 465 mg/d。治疗 45 d,实验室检查:ALT 35/L,AST 42 U/L, γ -GT 34 U/L,LDH 214 U/L,HBsAg 阴性(0.04 S/N),抗-HBe 阳性(0.18 S/CO),抗-HBc 阳性(8.22 S/CO),HBV DNA $<10^3$ copy/mL。遂出院,并给予复方甘草酸苷胶囊 225 mg 口服,每日 3 次,苦参素胶囊 0.3 g 口服,每日 3 次。2 个月后复查,肝功能正常,抗-HBs 阳性(77.6 mIU/mL),抗-HBe 阳性(0.1 S/CO),抗-HBc 阳性(9.86 S/CO),停止用药。

2 讨 论

以现在的医学水平,对于多数白血病来说,造血干细胞移植无疑是可能痊愈的唯一希望,但移植后的抗感染治疗却是一项艰巨的任务。由于移植后很长一段时间内需要服用免疫抑制剂,造成患者的免疫力相对低下,这无疑让各种病毒、细菌有了可乘之机。有研究表明,白血病感染乙肝的比例为

35.8%^[1],其中有一部分是移植后感染的,对于这部分患者的治疗很多医生持谨慎态度,当发现病毒量较高时,为防止病情恶化都会马上进行抗病毒治疗。作者认为最好根据患者的实际情况慎用抗病毒药。如本例患者已移植治疗 2 年,免疫抑制剂已停用 1 年半,3 个月前乙肝两对半结果阴性,并自述有危险接触史。首先应考虑急性 HBV,暂不进行抗病毒治疗,并对其治疗过程密切观察,防止转化为重症肝炎。

对于乙肝抗病毒药物的应用有着严格的适应证,目前存在一些过度使用的情况,造成部分患者产生耐药、HBV 变异等情况,如拉米夫定治疗一年耐药变异率为 15%~30%,第 4~5 年耐药变异率可高达 65%~75%^[2-4],阿德福韦酯治疗 1~5 年的耐药变异率分别为 0%、3%、11%、18%和 29%^[3-4]。对于乙肝患者的抗病毒治疗一定要在专科医生的指导下规范用药,对于特殊患者,最好各科医生共同制订治疗方案,以免让患者走入治疗误区,贻误治疗最佳时机。

参考文献

- [1] 谢力. 恶性肿瘤患者乙型肝炎病毒感染状况的临床分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(3):314-315.
- [2] Lok AA, Lai CL, Leung N, et al. Long-term safety of lamivudine treatment in patients with chronic hepatitis B[J]. Gastroenterology,2003,125(6):1714-1722.
- [3] Hadgiyannis S, Tessopoulos N, Chang TJ, et al. Long-term adefovir dipivoxil treatment induces regression of liver fibrosis in patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B: results after 5 years of therapy[J]. Hepatology,2005,42:754A-761A.
- [4] 朱复生,张玲慧,秦玉杰. 聚乙二醇化干扰素 α 2a 治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎 40 例临床疗效观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(20):126-127.

(收稿日期:2011-04-06)

经皮肾镜加输尿管镜钬激光碎石术后急性肾功能不全 1 例

谢江凌,曾家元[△](重庆黔江中心医院泌尿肾内科 409000)

【关键词】 内窥镜检查; 输尿管结石; 碎石术,激光; 钬; 手术后并发症; 肾功能不全,急性
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2168-01

本院泌尿外科 2010 年 9 月 24 日发生 1 例经皮肾镜钬激光碎石术加输尿管下钬激光碎石术后急性肾功能不全,经积极抢救,痊愈出院。现报道如下。

1 临床资料

患者,男,55 岁。因体检发现双肾积水 6 d 入院。6 d 前患者体检时发现双肾积水,无腰痛、腰胀,无发热、盗汗,无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿,于 2010 年 9 月 16 日入院。患者 10 年前患双肾结石,4 年前在外院行体外冲击波碎石。

查体:体温 37℃、脉搏 64 次/分、呼吸 20 次/分、血压 118/78 mm Hg,心、肺、腹查体无明显异常,B 超示双侧输尿管结石致双侧输尿管扩张、双肾积水。静脉肾盂造影示:双侧肾盏重

度积水,左中腹部高密度影,输尿管结石可能。尿常规:红细胞计数 7.00/ μ L,白细胞计数 195.10/ μ L,肌酐 100 μ mol/L,尿素氮 6.43 mmol/L。于 9 月 24 日行左侧经皮肾镜钬激光碎石术和右侧输尿管镜下钬激光碎石术,术中出血约 100 mL,手术当日补液 3 200 mL,术后 24 h 尿量约 300 mL,血肌酐 290.80 μ mol/L,尿素氮 10.25 mmol/L。给予速尿、利尿合剂等治疗,病情无好转,术后第 2 天尿量少于 200 mL,血肌酐上升至 417 μ mol/L,尿素氮 11.35 mmol/L,电解质正常,急行血液透析。经纠正电解质失衡、抗感染、血液透析等多种处理,经过少尿期、多尿期至恢复正常。住院 17 d 痊愈出院,出院时血肌酐 89.6 μ mol/L,尿素氮 4.15 mmol/L。(下转第 2176 页)