

DOI:10.3724/SP.J.1008.2012.01160

• 病例报告 •

都柏林沙门菌肝脓肿 1 例报告

崔恩博¹, 范振平², 张鞠玲¹, 陈素明¹, 卜欣², 张文瑾², 刘振红^{3*}, 曲芬^{1*}

- 1. 解放军 302 医院临床检验医学中心, 北京 100039
- 2. 解放军 302 医院军人肝病诊疗中心, 北京 100039
- 3. 解放军 302 医院临床输血中心, 北京 100039

[关键词] 都柏林沙门菌; 肝脓肿

[中图分类号] R 657.33 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2012)10-1160-02

Hepatic abscess caused by *Salmonella Dublin*: a case report

CUI En-bo¹, FAN Zhen-ping², ZHANG Ju-ling¹, CHEN Su-ming¹, BU Xin², ZHANG Wen-jin², LIU Zhen-hong^{3*}, QU Fen^{1*}

- 1. Clinical Laboratory Medical Center, No. 302 Hospital of PLA, Beijing 100039, China
- 2. Liver Disease Center for Soldiers, No. 302 Hospital of PLA, Beijing 100039, China
- 3. Clinical Blood Transfusion Center, No. 302 Hospital of PLA, Beijing 100039, China

[Key words] *Salmonella Dublin*; liver abscess

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2012, 33(10): 1160-Inside back cover]

1 病例资料 患者, 男性, 58 岁, 因主诉“间断乏力 12 年, 发现肝占位 1 个月”入院。患者于 2000 年开始感觉全身乏力, 诊断为病毒性肝炎(活动性乙肝)。2006 年再次入院, 查 CT 示肝硬化, 腹水。给予保肝利尿等对症治疗后, 患者好转出院。2010 年患者在当地医院查腹部 CT, 结果显示: 肝 S2、S5 占位, 疑为肝癌。后于我院查腹部 MRI: 肝右叶前上段以及肝左叶外上段占位, 考虑肝癌、腹水、脾大。随后两年患者在我院先后 5 次行介入治疗。于 2012 年 2 月 15 日行肝癌介入治疗后出现寒战、高热, 无恶心、呕吐, 无咳嗽、咳痰等不适。2012 年 2 月 28 日患者入住我院, 入院后查体: 体温 40℃, 血压 86/52 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 神智清, 精神差, 发热面容, 皮肤巩膜未见黄染, 全身淋巴结未扪及肿大, 心肺听诊无异常。腹部平软, 无压痛和反跳痛, 肝、脾肋下未及, 移动性浊音阴性。诊断: 肝癌, 感染性休克。同时行头孢哌酮/舒巴坦(舒普深)抗感染积极抢救治疗, 患者好转。血培养结果: 在 37℃ 下培养 18~24 h, 血琼脂平板见中等大小白色菌落, SS 平板见较小、隆起、湿润、边缘整齐、无色、半透明菌落, 染色呈革兰阴性杆状。转克氏双糖铁 37℃ 培养 18~24 h 后, 斜面为红色, 底层为黄色及 H₂S 产生的黑色, 并有气体产生, 有动力。血清学凝集试验: AFO 凝集, 菌体抗原 O9 凝集, 鞭毛抗原 Hg、p 凝集, 同时设阴性和阳性对照, 符合都柏林沙门菌^[1]。药物敏感实验提示: 对氨苄西林、哌拉西林、头

孢曲松、头孢噻肟、头孢他啶、头孢吡肟、阿米卡星、亚胺培南、美罗培南、头孢美唑、头孢哌酮/舒巴坦、替卡西林/克拉维酸、左氧氟沙星及复方磺胺甲噁唑均敏感, 其后连续的 4 次血培养均阴性, 治疗 2 周停药后出院。患者于 3 月中旬再次不明原因地出现发热, 体温 39℃, 无寒战, 剑突下疼痛。3 月 18 日就诊于当地医院, 给予静滴亚胺培南/西司他丁抗感染治疗 8 d, 无明显效果, 于 3 月 28 日再次因“发热 8 d 伴下腹部疼痛”入住我院。入院后查体: 体温 36℃~39.8℃, 无明显规律性。血压 89/49 mmHg, 神智清, 精神差, 发热面容, 皮肤巩膜未见黄染, 腹部平软, 剑突下有压痛, 无反跳痛。血培养 10 次(20 瓶)均为阴性。对症降温治疗的同时, 予替考拉宁治疗 2 周无效, 继续头孢哌酮/舒巴坦治疗, 体温仍在波动, 血常规示: 白细胞 11.1×10⁹/L, 中性粒细胞 0.85。查腹部 MRI: 肝左外叶病变部分凝固坏死, 肝左叶病灶脓腔形成, 期间有隔, 并有气体产生, 肝脏多发小脓肿(图 1)。

院内感染学专家会诊, 分析革兰阴性杆菌感染的可能性较大, 考虑都柏林沙门菌 1 次血培养阳性且敏感性较好, 使用亚胺培南/西司他丁及头孢哌酮/舒巴坦治疗应该有效, 但其在院应用 1 周未见效果, 原因可能为脓腔壁机化, 抗生素难以进入脓腔; 也不能除外在抗炎治疗过程中细菌产生耐药性; 决定行脓肿穿刺引流, 及时取液体涂片及仪器培养。2012 年 4 月 20 日在 CT 引导下行穿刺液检查: 抽取脓性液体

[收稿日期] 2012-07-10 [接受日期] 2012-08-01

[基金名称] 全军医学科技“十二五”科研项目重点课题(BWS11C073)。Supported by Major PLA Research Project of “the 12th Five-Year Plan” for Medical Science Development(BWS11C073)。

[作者简介] 崔恩博, 主管技师。E-mail: cebo_bj@sina.com

* 通信作者(Corresponding authors)。Tel: 010-66933250, E-mail: liuzhenhong008.sina.cn; Tel: 010-6693324, E-mail: qf302@163.com

20 ml,涂片有大量WBC,分叶较多;分别进行血液培养、直接接种血平皿和中国兰平皿,第2天有革兰阴性菌生长,鉴定为都柏林沙门菌,药敏结果显示对常用抗生素均敏感。治疗:引流抽取脓液后,局部给予甲硝唑注射液脓腔冲洗;后每日以生理盐水和甲硝唑冲洗,头孢哌酮/舒巴坦钠联合甲硝唑抗感染治疗,患者体温在25日降为正常。27日体温再次升高到39.3℃,其后穿刺无液体,坚持局部冲洗及全身抗感染治疗均无明显效果,体温反复波动。请外科专家会诊后于5月5日行肝脏左叶切除术,5月7日后体温正常,一般状况逐渐好转。

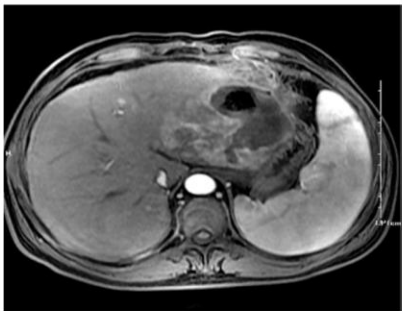


图1 MR增强扫描

动脉期病变呈轻度强化,门脉期及延迟扫描病变呈低信号影,较大病变直径约为1.0 cm;肝左外叶见团块状混杂信号影,其内见类椭圆形凝固坏死灶,肝内见多个边界清晰长T₁、长T₂信号影,病变范围约为4.2 cm×7.4 cm

2 讨论 沙门菌属是人与动物感染的重要病原,也是全球细菌性食源性传染病最常见的病原,其感染已成为全球重大的公共卫生问题。人类沙门菌感染和食物中毒常常来源于禽类、蛋品等,可表现为伤寒热、胃肠炎、败血症^[2]。该菌属按菌体抗原成分分为50个群,按鞭毛H抗原分为2435个血清型,其中都柏林沙门菌属于D1群^[3],主要引起雏鸭副伤寒和人食物中毒,也可引起小儿败血症、化脓性脑膜炎和腮腺脓肿等^[4-7],但都柏林沙门菌引起细菌性肝脓肿罕见报道。细菌性肝脓肿是由细菌经各种途径进入肝脏,肝实质本身发生炎症坏死,形成肝脏脓肿的消耗性疾病。常见原因是侵入性操作,多继发于腹腔其他部位的感染、糖尿病、肿瘤^[8-9],特点是治疗疗程长,治愈率低,常需要全身抗生素治疗联合穿刺引流或经外科手术引流、切除。治疗不及时可因感染性休克和多脏器衰竭而亡。本文报道的是1例肝癌介入治疗后出现的难治性都柏林沙门菌肝脓肿。细菌性肝脓肿病原菌培养阳性率低,病原菌通常以革兰阴性菌为主,又以肺炎克雷伯菌最多,其次为大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌、链球菌属、尿肠球菌、绿脓杆菌和阴沟肠杆菌等^[8,10-12],介入治疗等侵袭性操作是肝脓肿形成的危险因素。而本例是肝癌患者经多次介入治疗引发的都柏林沙门菌肝脓肿,

虽然是抗生素敏感的都柏林沙门菌感染,但应用病原敏感的广谱抗生素足疗程全身治疗仍无效,原因可能是肝脓肿壁较厚,抗生素难以进入脓腔,所以疗效不佳,提示局部药物治疗的必要性。遂采用局部引流加抗生素注射液冲洗治疗^[13],但可能由于抗生素局部用药的量及时机把握不准、脓腔较大、有隔形成等影响抗生素冲洗的效果,最终疗效仍不佳,遂行手术切除。治疗这类难治性都柏林沙门菌肝脓肿时,要特别注意有细菌性肝脓肿形成的情况,除了针对病原菌及药物敏感性,更要考虑到抗生素在感染部位的用药浓度问题。随着广谱抗生素应用的广泛和免疫力低下人群的增加,感染病原的种类在增加,感染类型在变化,需要在临床实践中不断增强认识并积累经验。

3 利益冲突 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 朱超,许学斌.沙门菌属血清型诊断[M].上海:同济大学出版社,2009:177.
- [2] 倪语星,尚红.临床微生物学与检验[M].4版.北京:人民卫生出版社,2007:114-116.
- [3] 聂青和.感染性腹泻[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:72-290.
- [4] 任萍,周文.都柏林沙门菌引起新生儿血液、脑脊液感染1例[J].中华医院感染学杂志,2008,18:223.
- [5] 徐霞,童明华,蔡华,梁日初.从患者腮腺脓肿穿刺液中分离出都柏林沙门菌1例[J].检验医学与临床,2011,8:2041-2042.
- [6] 王迁,李冠慧.都柏林沙门菌致败血症并化脓性脑膜炎1例[J].国际检验医学杂志,2012,5:1151-1152.
- [7] 刘美清,林玮,赵松,朱晓征.从降主动脉假性动脉瘤患者血中分离出1株都柏林沙门菌[J].检验医学与临床,2012,6:1525-1526.
- [8] 葛瑛,刘正印,李太生.118例细菌性肝脓肿临床特点分析[J].传染病信息,2011,24:79-81.
- [9] Foo N P,Chen K T,Lin H J,Guo H R.Characteristics of pyogenic liver abscess patients with and without diabetes mellitus[J].Am J Gastroenterol,2010,105:328-335.
- [10] Nazir N T,Penfield J D,Hajjar V.Pyogenic liver abscess[J].Cleve Clin J Med,2010,77:426-427.
- [11] Cerwenka H.Pyogenic liver abscess: differences in etiology and treatment in Southeast Asia and Central[J].World J Gastroenterol,2010,16:2458-2462.
- [12] 刘真真,熊亚莉,卢家桀,叶慧,丁娟娟,范听建.267例细菌性肝脓肿患者的临床表现及病原学分析[J].临床内科杂志,2006,23:464-466.
- [13] Lin A C,Yeh D Y,Hsu Y H,Wu C C,Chang H,Jang T N,et al.Diagnosis of pyogenic liver abscess by abdominal ultrasonography in the emergency department[J].Emerg Med J,2009,26:273-275.

[本文编辑] 徐佳,孙岩