

于 2016 年 2 月 2 日 20:00 出现规则宫缩,次日 3:50 胎膜自破,流出清色液体,立即行胎心监护。10 min 后该患者出现晕厥,呼之不应,鼾声呼吸,双目上翻。子宫呈宫缩较强,持续 30 s 至 1 min,间隔约 30 s,胎心听诊不清,血压 110/59 mm Hg,脉搏 100 次/min。阴道检查:宫口开 4~5 cm,考虑羊水栓塞,立即给予地塞米松 30 mg 静脉推注,氨茶碱 0.25 g 静脉滴注,氯化可的松 300 mg 静脉滴注,急诊行子宫下段剖宫产术,术前诊断:羊水栓塞;孕 39+3 周 G₁P₀ ROA 临产;剖宫产手术顺利。手术室留观。术后 1 h 出血 600 mL,1 h 后该患者出现阴道流血渐增多,鲜红,不凝固,血常规检查血红蛋白 78 g/L,血小板计数 $52 \times 10^9/L$ 。考虑羊水栓塞并发 DIC,为保全患者生命,需立即切除子宫,向患者家属讲明病情并经家属同意签字。立即行全子宫切除术+膀胱镜下双侧输尿管置管术(泌尿外科会诊)。血凝检查结果:凝血酶原时间 33.0 s、活化部分凝血活酶时间 115.1 s、纤维蛋白原 0.97 g/L、D-二聚体 4.81 mg/L。术中开通 4 组静脉通道(深静脉置管)给予扩容,24 h 内输悬浮红细胞 38 U,新鲜血浆 4 400 mL、血小板 2 个治疗量、冷沉淀 60 U、全血 400 mL,地塞米松 20 mg,甲基强的松龙 40 mg,氨甲环酸止血,头孢曲松、甲硝唑预防感染及补液等各项抢救措施,术中出血约 8 000 mL,尿量 4 950 mL,色淡红,手术过程顺利,麻醉满意,术后送至 ICU 治疗,患者于 2 月 12 日转入产科继续治疗,共住院 20 余天后好转出院。

2 讨 论

羊水栓塞被定义为在分娩过程中羊水物质进入了母体血液循环引起的急性肺栓塞、过敏性休克、DIC、肾功能衰竭或猝死等一系列严重症状的综合征^[2]。

DIC 出血的主要原因是因为机体内广泛形成了微血管血栓,消耗了大量的凝血因子和血小板,并继发纤溶亢进,使出血加重。实验室凝血检测表现为凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间延长,纤维蛋白原明显减少,血小板计数严重减少。本例患者各项实验室检查及临床症状均符合羊水栓塞并发 DIC 的诊断标准^[3]。在临床治疗过程中,及时去除了病因并采用解除痉挛及抗过敏药物。及时、合理输注了各种血液成分,尤其是在消耗性低凝期的早期适时大量地输入了悬浮红细胞、新鲜血浆、血小板和冷沉淀,补充了患者血容量及体内大量被消耗的凝血因子。因为在高凝期之后的消耗性低凝期是补充凝血因子的最佳时期,从而为成功抢救本例患者提供了保障。

在手术过程中,因血站只能供应 1 个单采血小板,不能满

• 个案与短篇 •

足该患者当时的病情,所以在无单采血小板紧急供给的情况下,笔者为患者输注了 1 个治疗量冰冻血小板,结果表明也有较好的止血作用。表明了该血液制剂急需时可作为机采血小板的补充^[4]。

本例所输的悬浮红细胞均选择保存期在 3 周之前的,因为超过 3 周的库存血不宜用于 DIC 抢救。库存血在保存期间,其血液中的氨、钾升高,红细胞碎屑也伴随增多。而且红细胞破坏后所释放的红细胞素亦有促凝作用^[5]。

产科 DIC 当血液处于高凝状态,促凝物质不断进入血液循环时,不宜直接补充凝血因子或输血,此时应在运用肝素的基础上补充凝血因子。但在临床实践中发现 DIC 时很难见到典型的高凝期,一旦确诊,患者往往已处于高凝与低凝的交界期或纤溶期,特别是产科 DIC 患者,体内常有较大的创面,如果使用不当反而增加出血。所以在产科凡是能通过增补新鲜冰冻血浆而能得到有效治疗的产科 DIC,均没有必要使用肝素^[6]。本例患者很快由高凝期发展为低凝期,故在临床治疗中并没有使用肝素。

羊水栓塞并发 DIC 病情异常凶险,而且病死率高。近年来,随着产科、麻醉科、ICU、输血科等多学科的参与,死亡率有所下降。因此,对于此类患者,医院各个学科应该通力协作,努力降低孕产妇死亡率及远期致残率。

参考文献

- [1] 刘亚萍,陆平芳,张莉.应用成分输血抢救产科 DIC 的体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(8):941-942.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008:208-210.
- [3] 叶任高.内科学[M].6 版.北京:人民卫生出版社,2002:684-688.
- [4] 刘景汉,欧阳锡林,王青梅,等.低温保存血小板在外科手术中的应用[J].中国输血杂志,2001,14(3):139-141.
- [5] 陈妙婵,蔡葵.成分输血抢救产科 DIC 的应用[J].实验与检验医学,2010,28(4):419-420.
- [6] 石琴,许惠利.产科 DIC 13 例分析[J].血栓与止血学,2009,15(4):184-185.

(收稿日期:2016-02-23 修回日期:2016-04-29)

肝癌患者血中分离侵蚀艾肯菌 1 例的报道

沈菊英,尧荣凤,吴亚洲,方 慧,夏 嵘,李 智[△]

(同济大学附属杨浦医院 200090)

关键词:肝癌; 侵蚀艾肯菌; 外周血

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2016.20.069

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2016)20-2947-02

2015 年 10 月 10 日,本科从 1 例肝癌患者血培养中分离出侵蚀艾肯菌 1 株,现将具体情况报道如下。

1 临床资料

患者,男性,48 岁,发现肝癌半年,2 d 前无明显诱因出

现发热,体温最高 39.5℃,有干咳,无明显咳痰,伴腹部隐痛不适,无恶心、呕吐,无黑便、血便,无胸闷、气促。10 月 8 日遂来本院急诊并收住院。查 C 反应蛋白、血常规和血培养等:C 反应蛋白 >180 mg/L;白细胞总数 $17.5 \times 10^9/L$,嗜中性粒细胞

[△] 通讯作者,E-mail:lizhsh2001@163.com。

0.96, 淋巴细胞 0.02, 单核细胞 0.02。同时给予泮托拉唑抑酸护胃、头孢唑肟抗感染等治疗。次日, 血培养报阳, 涂片、染色及镜检为革兰阴性杆菌。临床接到危急值报告后, 改用亚胺培南抗感染治疗。后鉴定结果为侵蚀艾肯菌。抗菌治疗 5 d 后, 体温恢复正常。血培养报阳, 涂片、染色及镜检为革兰阴性杆菌(见图 1), 并报告危急值。同时接种于血平板, 35℃、5%~10%CO₂ 孵箱进行培养 24 h, 血平板上出现细小、针尖样菌落(见图 2); 48 h 培养后可逐渐增大, 在琼脂培养基的表面形成凹陷(咬琼脂现象)、干燥、扁平、放射状、不规则的圆形, 延长培养时间, 菌落周围的培养基呈淡绿色, 干燥型菌落有特殊气味。

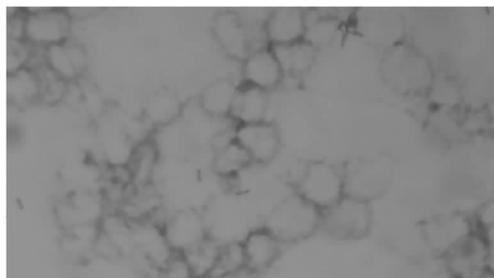


图 1 血培养直接涂片, 革兰染色



图 2 血平板菌落形态

该菌为革兰染色阴性小杆菌, 无芽胞、无动力、无荚膜。氧化酶阳性, 触酶阴性。不分解任何糖类, 葡萄糖 O/F 为产碱型, 鸟氨酸脱羧酶和硝酸盐还原试验阳性, 精氨酸双水解酶、碱性磷酸酶、脲酶和吡啶试验均为阴性。用法国梅里埃公司 VITEK-2 COMPACT 仪, NH 卡鉴定为侵蚀艾肯菌, 生物编码为 0620003000, 可信度为 0.89; 同时, 用德国 BRUKER 公司 MALDI TOF 仪对鉴定复核, 鉴定为侵蚀艾肯菌。药敏试验结果为: 氨苄西林/舒巴坦 (MIC ≤ 2 μg/mL)、头孢曲松 (MIC 2 μg/mL)、亚胺培南 (MIC ≤ 1 μg/mL)、环丙沙星 (MIC ≤ 0.25 μg/mL)、左氧氟沙星 (MIC ≤ 0.25 μg/mL) 都敏感。

2 讨论

侵蚀艾肯菌是艾肯菌属中的唯一菌种, 兼性厌氧, 对营养要求较高, 在含 3%~10%CO₂ 的环境中生长良好, 经常从呼吸道标本中分离得到^[1]。近年来由于本菌引起的感染增加, 且常有

诱因, 如免疫力低下、黏膜表面外伤破坏防御能力, 使此菌进入周围组织而发生感染等。该菌也可引起脑膜炎、心内膜炎、中耳炎、肺炎手术后感染和关节炎等疾病。国外文献常报道较早, 国内报道近年来不断增多^[2-7]。本患者为肝癌晚期, 两肺多发转移; 胸骨转移; 腹腔多发淋巴结转移, 免疫力极度低下。而侵蚀艾肯菌是人类黏膜表面固有的菌群, 肿瘤快速生长使得黏膜表面破损, 细菌突破机体防御能力, 进入血液生长繁殖。

侵蚀艾肯菌的药敏试验根据 CLSI M45-A2 的抗菌药物选择标准选择药物。只有 MIC 解释标准, 无 K-B 法抑菌圈直径标准。通常对青霉素、氨苄西林、羧苄西林、四环素、氯霉素和亚胺培南敏感, 对克林霉素耐药^[8]。本案例对多种抗菌药物敏感, 经亚胺培南抗感染治疗 5 d 后, 体温恢复正常。侵蚀艾肯菌具有生长缓慢的特点, 很容易在工作中被忽略。在实际工作中要特别注意对少见菌及慢生长菌的分离。应进行涂片, 染色镜检结果与培养结果一致, 如有差异应考虑有慢生长菌、苛养菌或厌氧菌的存在, 以提高血培养的阳性率, 合理应用 CLSI 标准选择药物, 尽早治愈患者。

参考文献

- [1] 陈东科, 孙长贵. 实用临床微生物学检验与图谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 480-482.
- [2] Beauvais P, Vu Thien H, Damsin JP. Knee arthritis caused by *Eikenella corrodens*. Apropos of a case[J]. Ann Pediatr (Paris), 1990, 37(3): 167-168.
- [3] Hoyler SL, Antony S. *Eikenella corrodens*: an unusual cause of severe parapneumonic infection and empyema in immunocompetent patients[J]. J Natl Med Assoc, 2001, 93(6): 224-229.
- [4] Chhabra MS, Motley WW, Mortensen JE. *Eikenella corrodens* as a causative agent for neonatal conjunctivitis[J]. J AAPOS, 2008, 12(5): 524-525.
- [5] 杨小兰, 胡增军, 杜素芬, 等. 14 岁少女外阴部溃疡分离出侵蚀艾肯氏菌[J]. 检验医学, 2010, 25(1): 25.
- [6] 杨秋红. 腹壁感染性窦道中检出侵蚀艾肯菌 1 例报告[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 33(33): 215-216.
- [7] 彭海林, 田凤喜, 陈亚宝. 侵蚀艾肯菌致新生儿结膜炎一例[J]. 海南医学, 2013, 24(19): 2950.
- [8] 周庭银. 临床微生物学诊断与图解[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2007: 229-230.

(收稿日期: 2016-04-03 修回日期: 2016-06-11)

误差

误差指测量值与真值之差, 也指样本指标与总体指标之差。包括系统误差、随机测量误差和抽样误差。系统误差指数据收集和测量过程中由于仪器不准确、标准不规范等原因, 造成观察(检测)结果呈倾向性的偏大或偏小, 是可避免或可通过研究设计解决的。随机测量误差指由于一些非人为的偶然因素使观察(检测)结果或大或小, 是不可避免的。抽样误差指由于抽样原因造成样本指标与总体指标的差异, 是不可避免但可减少的。