



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2024.04.019

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2024.04.019

· 病例报告 ·

类鼻疽感染合并霉菌性肺炎、感染性心内膜炎及急性淋巴细胞白血病一例

林照坤 李少宁 李慧媛 王月平 王星星 孙龙

[关键词] 类鼻疽; 肺部感染; 感染性心内膜炎; 急性淋巴细胞白血病

[中图分类号] R563.1 [文献标识码] B

患者,男,30岁,因“反复发热1月余”于2020年11月14日收入我院。患者1月余前无明显诱因出现发热,最高体温为39.0℃,伴乏力、头晕、头痛,无咳嗽、咳痰等不适,于外院就诊,查血常规未见WBC计数降低,血培养示假鼻疽伯克霍尔德菌(BP),考虑败血症,予哌拉西林钠他唑巴坦、左氧氟沙星及复方新诺明治疗后,体温降至正常再无发热,头晕、头痛症状好转后出院,院外规律口服复方磺胺甲噁唑片治疗10天后自行停药。14天前患者再次出现发热,最高体温为38.0℃,伴头晕、头痛、胸闷、气促,咳嗽、咳痰,无其他明显不适,遂至我院就诊,胸部CT示右肺中叶少许感染性病变伴支气管扩张,右肺上叶小结节,考虑炎症性增殖。既往史无特殊。体格检查:T 39.5℃,R 30次/分,P 102次/分,BP 111/69 mmHg。急性面容,全身浅表淋巴结未触及肿大,双肺听诊呼吸音粗,可闻及散在湿性啰音,未闻及干性啰音,心率102次/分、律齐,未闻及杂音,腹部、神经系统体格检查均未见异常。实验室检查:WBC计数 $1.67 \times 10^9/L$,淋巴细胞比率42.5%,中毒颗粒3%(0%,括号内为正常参考值范围,以下相同),超敏C反应蛋白150 mg/L,慢性乙型肝炎(乙肝)5项示乙肝病毒表面抗原、乙肝病毒e抗体及乙肝病毒核心抗体阳性,乙肝DNA $<1000 IU/ml$,肝功能指标正常;中性粒细胞比率及降钙素原均未见异常。考虑诊断:1.脓毒血症(类鼻疽假胞单菌),2.肺部感染,3.乙肝表面抗原携带状态。入院后予盐酸多西环素0.2 g每日1次联合亚胺培南西司他汀钠1 g每8 h 1次抗感染及补液、退热等治疗。2020年11月15日复查WBC计数 $2.05 \times 10^9/L$,降钙素原正常。11月17日患者未出现发热,红细胞沉降率33.0 mm/h;血培养:类鼻疽伯克霍尔德菌阳性;腹部彩超:脾脏稍大,多发结节,脾囊肿?肝脏、胰腺均未见异常;心脏超声:二尖瓣脱垂并轻度反流,三尖瓣、肺动脉瓣及主动脉瓣轻度反流,左室功能测值正常。心内科医生会诊后考虑存在感染性心内膜炎,建议继续目前抗感染方案治疗,1个月复查心脏超声若脱垂加重可至心外科就诊。11月18日查抗核小体抗体阳性;WBC计数 $3.08 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率

12.4%,淋巴细胞比率84.7%;11月24日镜下原幼细胞占比5%(0%)。经抗感染治疗后患者WBC计数较前虽有上升,但仍未达到标准范围,且治疗过程中再次出现下降,血液内科医生会诊后建议完善骨髓穿刺活检,但患者因个人原因拒绝,并要求出院。出院诊断:1.脓毒血症(类鼻疽假胞单菌),2.肺部感染,3.乙肝表面抗原携带状态,4.感染性心内膜炎,5.白细胞减少症。院外规律口服多西环素片每次0.1 g每日2次及复方磺胺甲恶唑片0.48 g每日1次,12月8日出院前血常规结果:WBC计数 $3.81 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率15.5%,淋巴细胞比率78.5%。2021年1月15日患者因出现胸闷再次收入我科,入科时无发热,完善相关检查:WBC计数 $10.18 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率7.1%,淋巴细胞比率82.0%,异常细胞占比5%;细胞形态检查:镜下原幼细胞占比25%;复查胸部CT示右肺中叶炎症较前吸收;超敏C反应蛋白、降钙素原、红细胞沉降率、凝血功能均未见异常。请血液内科会诊后转入血液科,1月21日骨髓穿刺检查结果:骨髓分析形态学:急性淋巴细胞白血病;骨髓流式细胞仪结果:P8占84.5%(全部为有核细胞),据其抗原表达考虑为急性B淋巴细胞白血病(Common-B阶段)。建议患者行化疗,但因个人原因再次拒绝治疗。予地塞米松磷酸钠降低肿瘤负荷等治疗,1月26日复查WBC计数正常,中性粒细胞比率4%,淋巴细胞比率12%,后患者要求出院,并于3月30日再次出现发热7天后入院,予头孢哌酮钠舒巴坦钠联合莫西沙星抗感染治疗后,患者仍反复高热。4月3日不排除再次类鼻疽感染复发的可能性,予调整抗生素为亚胺培南西司他汀钠1 g每8 h 1次联合万古霉素500 mg每12 h 1次。4月4日~15日患者体温波动于37.5~39.5℃,复查感染指标除WBC计数、中性粒细胞比率仍偏低外其余均未见异常,于4月15日再次复查胸部CT示右肺上叶及左肺下叶背段可见新发团片状高密度影,结合半乳甘露聚糖(GM)试验阳性,考虑霉菌性肺炎,改为哌拉西林钠他唑巴坦4.5 g每8 h 1次联合伏立康唑0.3 g每12 h 1次抗感染治疗后,4月16日患者体温恢复正常,复查降钙素原、超敏C反应蛋白、红细胞沉降率均正常,病程中予加用重组人粒细胞刺激因子升WBC等治疗,4月30日复查血常规:WBC计数 $2.47 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率0.93%,淋巴细胞比率59.5%。经反复和患者及其家属沟通后仍拒绝行化疗,遂办理出院,院外继续口服复方磺胺甲噁唑片、多西环素片及伏立康唑片。

基金项目:海南省自然科学基金资助项目(819MS122);海南省教育厅基金资助项目(hnky2017-38)

作者单位:570102 海口,海南医学院第一附属医院感染科(林照坤、李慧媛、王月平、王星星、孙龙),呼吸内科(李少宁)

通讯作者:孙龙, E-mail: hysunlong@163.com



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2024.04.020

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2024.04.020

· 继续教育园地 ·

全身免疫炎症指数与 2 型糖尿病及其慢性并发症关系的研究进展

昌路艳 杜瑞琴 李全民

[摘要] 全身免疫炎症指数(SII)指血小板和中性粒细胞乘积与淋巴细胞的比值,作为一个新的指标,能够全面地反映全身免疫炎症情况。近几年,SII已成为研究 2 型糖尿病(T2DM)及其慢性并发症的一个重要指标,因其获取简单、方便、成本低廉且不受经济条件限制,可能成为临床医生了解 T2DM 及其慢性并发症发生、发展的新一代简易指标。

[关键词] 全身免疫炎症指数; 2 型糖尿病; 慢性并发症

[中图分类号] R587.1

[文献标识码] A

既往研究发现,2 型糖尿病(T2DM)是一种慢性低度的炎症反应,主要危害是其并发症,但目前临床上筛查 T2DM 慢性并发症的手段相对复杂,且价格高、患者依从性差,导致很多

作者单位:100088 北京,中国人民解放军火箭军特色医学中心内分泌科
通讯作者:杜瑞琴,E-mail:bibo38@163.com

2021 年 6 月~12 月期间电话随访患者均无发热,考虑治疗有效,目前在外院化疗(第 3 疗程)。

讨论

BP 是一种可导致人畜共患病的病原体,目前世界范围内关于类鼻疽的病例报告越来越多,据估计每年约 16.5 万确诊病例和 8.9 万死亡病例^[1]。我省位于热带地区,是我国类鼻疽病的主要疫源地^[2]。李少宁等^[3]报道显示,BP 归类于非典型病原体,流行病学显示好发于海南省沿海地区及 8~10 月份,本例患者也符合此特征。贾盼红等^[4]报道的类鼻疽肺炎在早期即出现多器官功能障碍,提示本病极为凶险。凡炼炼等^[5]报道 BP 感染治疗好转后复查再次出现肺部感染、尿路感染,提示该菌所致的感染较顽固、易复发。吴华等^[6]报道的海南类鼻疽患者合并肺部感染和败血症占比分别达 70% 和 54%。

本病例特殊之处在于该患者早期确诊为 BP 时未见 WBC 计数异常,经治疗好转后再次复发合并肺部感染,感染性心内膜炎、霉菌性肺炎,同时伴 WBC 计数反复异常,病程中经治疗后其有回归正常范围,后经骨髓穿刺活检明确合并急性淋巴细胞白血病。临床上,由于我省类鼻疽的高患病率,WBC 指标出现异常一般考虑为感染所致,不易引起临床医师对血液系统疾病的重视,且目前国内外均极少见有 BP 感染后合并急性淋巴细胞白血病病例报道。此外,目前我国类鼻疽的规范化治疗方案尚未实施,其临床治疗包括强化和根除治疗,治疗期间持续足量的敏感抗生素可有较佳的治疗效果和良好的预后,我省报道的 BP 药物敏感结果和针对性治疗方案中发现,BP 对四环素、亚胺培南、复方新诺明和头孢他啶最为敏感^[7]。但国外有报道 BP

T2DM 患者不能尽早发现、及时治疗^[1]。血常规是临床上最常用的检验项目,研究发现,血常规中的相关比值,如血小板与淋巴细胞的比值(PLR)、中性粒细胞与淋巴细胞的比值(NLR)均在 T2DM 及其慢性并发症的发生、发展中具有重要意义^[2]。全身免疫炎症指数(SII)是一个新型的炎症指标,能更精准地反映炎症的状态,对一些疾病的预后具有预测作用^[3-4]。其在

对头孢他啶、复方新诺明等抗生素相继出现耐药^[8]。本例患者前期治疗后出现的多个系统(肺脏、心脏)受累考虑与其对抗菌药物耐药相关,患者后期出现的霉菌性肺炎考虑与其免疫功能低下相关^[9]。

综上,BP 感染患者早期 WBC 计数可正常,病程期间可反复出现 WBC 指标游离于异常及正常范围且交替出现,故不可忽视同时合并或受累血液系统的可能,其治疗期间仍可出现假好转表现,后再次复发可表现为多系统受累,故临床上需加强对其随访以免延误治疗。

参考文献

- [1] Limmathurotsakul D, Golding N, Dance DAB, et al. Predicted global distribution of *Burkholderia pseudomallei* and burden of melioidosis[J]. Nat Microbiol, 2016, 1(1):15008.
- [2] 蔡林利,朱霞.类鼻疽伯克霍尔德菌感染一例[J].临床内科杂志, 2020, 37(6):430-432.
- [3] 李少宁,李琪,熊晓嫒,等.海南地区非典型病原体感染的分布特征[J].海南医学院学报, 2021, 27(23):1796-1799.
- [4] 贾盼红,李琪,熊晓嫒,等.类鼻疽肺炎合并多脏器功能衰竭 1 例[J].海南医学院学报, 2020, 26(20):1589-1590.
- [5] 凡炼炼,高佳楠,李锐.类鼻疽伯克霍尔德菌菌血症合并肺炎、尿路感染 1 例[J].中国实验诊断学, 2020, 24(11):1891-1892.
- [6] 吴华,王旭明,黄东良.95 株类鼻疽伯克霍尔德杆菌的分离鉴定分析[J].中国人兽共患病学报, 2013, 29(7):730-732.
- [7] 钟成望,郑婉婷,肖莎.我国类鼻疽病的流行病学特征及诊疗的研究进展[J].中国热带医学, 2020, 20(11):1104-1107.
- [8] Wiersinga WJ, Virk HS, Torres A, et al. Melioidosis[J]. Nat Rev Dis Primers, 2018, 4(1):17107-17108.
- [9] 赵戊辰,叶波,陈达,等.肺曲霉病患者 42 例临床分析[J].浙江中西医结合杂志, 2019, 29(7):570-573.

(收稿日期:2022-01-05)

(本文编辑:余晓曼)