

消化道放线菌感染一例

· 病例报告 ·

洪珊珊

作者单位: 230000 合肥,安徽省第二人民医院消化内科

作者简介: 洪珊珊(1989-),女,医学硕士,住院医师,研究方向:消化病诊治及幽门螺旋杆菌感染。E-mail:hss17352919665@163.com

[关键词] 放线菌; 菌群; 胃窦; 十二指肠

[中图分类号] R 389.1 [文章编号] 1674-3806(2021)10-1042-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2021.10.20

1 病例介绍

患者,女,74岁,因“反复上腹部不适伴恶心、呕吐1周”于2020年2月22日入住我科。患者于1周前无明显诱因下出现上腹部不适,伴恶心、呕吐,呕吐胃内容物,与进食无明显相关性,伴反酸口苦。患者既往有2型糖尿病病史,近期血糖控制不佳,平素亦未规律服用降糖药物。入院后重点考虑:呕吐原因为糖尿病胃轻瘫或胃食管反流病。入院后予抑酸护胃、促胃动力等治疗,并完善相关化验检查。CT提示胆囊炎,胆囊腔、左肝内胆管及左肝管内少量积气。患者入院后第3天,呕吐症状明显缓解。遂行胃镜检查,提示幽门口息肉样隆起嵌顿十二指肠球部?当时考虑到患者胃潴留,故禁食3d后再行胃镜检查并完善上消化道碘水造影,均考虑胃窦部息肉脱垂至十二指肠球部。考虑患者息肉较大,内镜下不能一次性切除干净等相关风险,故请外科会诊后,进一步转科行手术治疗。转科后,排除手术禁忌证,于2020年3月5日行腹腔镜中转胆囊切除+十二指肠造瘘+胃窦切除+胃空肠 Roux-Y 吻合术。术中见:十二指肠与胆囊粘连严重,行中转开腹手术,分离十二指肠与胆囊;见十二指肠球部及降部与胆囊形成内瘘,胆囊严重水肿,胆囊内结石1枚直径约2cm,切除胆囊送病理检查,考虑胆囊炎伴腺肌样改变。切断十二指肠球部,行十二指肠降部T管造瘘,行胃窦切除+胃空肠 Roux-Y 吻合术,放置肝下腹腔引流管1根。术后第3天患者开始出现十二指肠造瘘管周围渗出胆汁,考虑患者十二指肠造瘘管移位或十二指肠瘘。故于3月9日再次行剖腹探查+十二指肠造瘘管再次置入术。患者3月10日病理结果:部分胆囊-急性化脓性胆囊炎,胆石症;部分胃十二指肠组织,镜见胃黏膜急、慢性炎,局部黏膜水肿,幽门口十二指肠黏膜腺体增生,局部呈腺肌瘤样增

生,部分腺体扩张、破坏,大量中性粒细胞浸润,腔内可见菌团,考虑放线菌感染,邻近腺体周围炎性肉芽组织增生,大量急、慢性炎细胞浸润、微脓肿形成。上下切缘黏膜慢性炎。术后第4天患者十二指肠造瘘口大量胆汁样液体,并出现右上腹轻微疼痛不适,急诊CT检查提示腹腔积液,遂于3月10日在B超引导下行肝下穿刺引流术,手术顺利。后经对症营养支持、抗感染、维持水电解质平衡等治疗,患者于4月14日好转出院。

2 讨论

2.1 放线菌感染的特点及致病机制 放线菌属于革兰阳性菌,抗酸染色阴性,形状似真菌,实为介于细菌与丝状真菌之间的一种原核微生物^[1]。本病多侵犯头颈部(55%)、腹部(20%)、肺部(15%),男性较女性感染多见。放线菌是一种条件致病菌,易感因素:口腔卫生差、糖尿病、免疫抑制、营养不良、外科手术、口腔肿瘤或感染、恶性肿瘤的放化疗等。近年来认为临床上大量使用免疫抑制剂,导致机体免疫力低下,是诱发放线菌病的一个重要因素。消化道放线菌感染认为是由口腔吞入所致^[1]。复习相关文献,放线菌感染的临床表现一般为慢性感染,有化脓性炎症及瘘管和窦道形成,以少见、散发和局部感染为主^[2],少见急性感染并有自限性,或者经过简单的外科处理即可治愈。放线菌感染的致病机制尚不清楚,但随着分子诊断技术的发展,我们发现多数放线菌病是一种多细菌混合感染性疾病^[3]。放线菌感染的致病机制公认的假说包括^[4-6]:(1)在正常的寄生部位(如口腔及肠道黏膜),放线菌一般不致病,但当管腔黏膜破裂或全层破裂时,放线菌转移至黏膜下层及体腔,则可能导致放线菌病;(2)其他细菌辅助感染,其他细菌降低管腔内氧压力,为放线菌生长繁殖提供良好的厌氧环境,协同形成放线

菌病^[7]; (3) 白色念珠菌与内氏放线菌、变异链球菌共聚体可在口腔内形成生物膜^[8], 在生物膜网状结构内保持菌的活性, 在一定条件下致病。

2.2 放线菌感染的诊断 由于放线菌感染临床上较少见, 诊断较为困难, 易与恶性肿瘤、化脓性感染、结核性感染相混淆, 应注意鉴别。关于放线菌感染的诊断依据, 包括^[7]: (1) 慢性化脓性、肿块、广泛粘连以及瘘管或窦道形成的临床过程; (2) 脓液中找到“硫磺颗粒”具有相对的特异性; (3) 硫磺颗粒和脓液中含有菌丝体; (4) 病理活组织检查见放射状菌丝体。其中, 组织病理学是目前临床确诊放线菌感染的主要检查方法。通过组织病理学检查发现菌丝团及硫磺颗粒可确诊。然而, 并不是所有放线菌均产生硫磺颗粒, 目前发现仅有衣氏、麦氏放线菌产生硫磺颗粒且不同菌株间亦有差异^[3,9], 对于这类考虑放线菌感染的患者, 需仔细排除是否存在其他细菌感染的可能。此外, 放线菌病有时不易与结核菌病或诺卡菌病区别, 因其症状及细菌形态学十分相似, 仅从组织病理学上鉴别存在一定主观性。本例患者被误诊为单纯胃窦部息肉脱垂至十二指肠, 行腹腔镜手术才发现十二指肠与胆囊粘连并内瘘形成, 通过病理化验证实是放线菌感染。

2.3 本例诊治的启发 本例患者为老年女性, 既往糖尿病病史多年, 近期血糖控制不佳, 是放线菌感染的易感人群。主诉“反复上腹部不适伴恶心呕吐 1 周”, 胃镜及上消化道造影提示胃窦部息肉脱垂至十二指肠球部, CT 示胆囊腔、左肝内胆管及左肝管内少量积气, 提示存在瘘管可能, 结合腹腔镜术中十二指肠与胆囊粘连, 考虑十二指肠与胆囊粘连并内瘘形成, 符合放线菌感染的特征。回顾分析本病例: (1) 由于医师对放线菌的认识不足以及临床较少遇见放线菌感染的病例, 导致忽视 CT 提示存在内瘘可能这一重要信息, 将其当做单纯的胃窦部息肉脱垂至十二指肠球部处理, 险些误诊误治造成严重后果; (2) 术前没有充分分析患者病史特点及病情, 术中准备欠缺, 延长了患者住院时间; (3) 在考虑诊断胃窦部息肉脱垂至十二指肠球部的基础上, 内镜下治疗及外科手术都可以进行的情况下, 我们选择了外科手术治疗, 避免了病情的进一步发展。放线菌是一种特殊类型的呈丝状分枝的单细胞的原核微生物, 常寄居在人和动物的口腔、胃肠道和女性生殖道等腔道黏膜, 正常情况下一般不会导致放线菌感染, 而当人体

抵抗力降低或伴细菌感染时则可发病^[10]。放线菌通常被认为是共生菌群, 在与黏膜上其他菌群合并感染时, 常可引发慢性、化脓性放线菌病。因此, 有文献^[11]认为放线菌病是一种内源性、协同的混合性感染性疾病, 多源于创伤性操作。临床上放线菌感染较少见, 临床医师对放线菌感染认识不足。本文通过报道 1 例少见的消化道放线菌感染, 并复习放线菌感染相关文献, 提高临床医师对放线菌感染的特点、诊断等方面的认识, 为今后诊治此类疾病提供临床经验。

参考文献

- [1] Sharma S, Dey P, Poddar R. Pulmonary actinomycosis: a rare case diagnosed on bronchoalveolar lavage cytology[J]. *Cytopathology*, 2017, 28(5):436-437.
- [2] Kooi EJ, de Vries PJ, van Geloven AW, et al. Actinomycosis of the abdominal wall after cholecystectomy: transferral theory[J]. *Neth J Med*, 2016, 74(10):451-454.
- [3] 纪明宇, 耿大影. 放线菌临床感染研究进展[J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2017, 31(8):815-817.
- [4] Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and Actinomyces detection on cervical smear[J]. *Obstet Gynecol*, 1996, 87(1):142-149.
- [5] Ferrari TC, Couto CA, Murta-Oliveira C, et al. Actinomycosis of the colon: a rare form of presentation[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2000, 35(1):108-109.
- [6] Campos MS, Campos e Silva Lde Q, Rehder JR, et al. Anaerobic flora of the conjunctival sac in patients with AIDS and with anophthalmia compared with normal eyes[J]. *Acta Ophthalmol(Copenh)*, 1994, 72(2):241-245.
- [7] 李秀丽, 李祥翠, 廖万清. 放线菌病的研究进展[J]. *中国真菌学杂志*, 2008, 3(3):189-192.
- [8] Arzmi MH, Dashper S, Catmull, et al. Coaggregation of *Candida albicans*, *Actinomyces naeslundii* and *Streptococcus mutans* is *Candida albicans* strain dependent[J]. *FEMS Yeast Res*, 2015, 15(5):fov038.
- [9] Clarridge JE 3rd, Zhang Q. Genotypic diversity of clinical Actinomyces species: phenotype, source, and disease correlation among genospecies[J]. *J Clin Microbiol*, 2002, 40(9):3442-3448.
- [10] 刘瑞华, 冯艳. 腹部放线菌病 1 例[J]. *实用医学杂志*, 2002, 18(11):1229.
- [11] Pulverer G, Schütt-Gerowitt H, Schaal KP. Human cervicofacial actinomycoses: microbiological data for 1997 cases[J]. *Clin Infect Dis*, 2003, 37(4):490-497.

[收稿日期 2021-01-15][本文编辑 余军 韦颖]

本文引用格式

洪珊珊. 消化道放线菌感染一例[J]. *中国临床新医学*, 2021, 14(10):1042-1043.