

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.32.026
文章编号: 1005-8982 (2018) 32-0125-02

病例报告

直肠癌患者并发尿肠球菌感染性心内膜炎 1 例

张湛, 王晓兵, 张娟, 张琳琳

(中国科学技术大学附属第一医院, 安徽 合肥 230001)

关键词: 直肠癌; 心内膜炎; 心脏彩超

中图分类号: R735.37

文献标识码: D

1 临床资料

男性患者, 56 岁, 工人, 入院时间: 2014 年 2 月 10 日, 主诉: 大便变形、带血半年, 加重伴发热 1 个月余。现病史: 患者入院半年前无明显诱因下出现大便变细、形状改变, 偶有大便带少量鲜血。入院 1 个月余前症状加重, 大便为黑色、腥臭、带黑渣及带鲜血, 难以解尽, 1 ~ 3 次/d。伴有发热, 最高 39.5°, 无明显畏寒、寒颤。于外院就诊, 外周血培养示: 尿肠球菌。肛门指检考虑直肠癌, 故收住中国科技大学附属第一医院腹部外科。发病后体重减轻 5 kg。平素体健, 否认基础疾病史。入院查体: 神清, 精神可, 查体合作, 贫血貌, 双肺呼吸音粗, 未及明显干湿性啰音。HR 70 次/min, 律齐, 未及病理性杂音。肛门指检: 距肛缘 4 cm 可及质硬肿块, 凸起约 1 cm, 形成环形, 指套可及少量血染及陈旧性黑色粪渣、味腥臭。

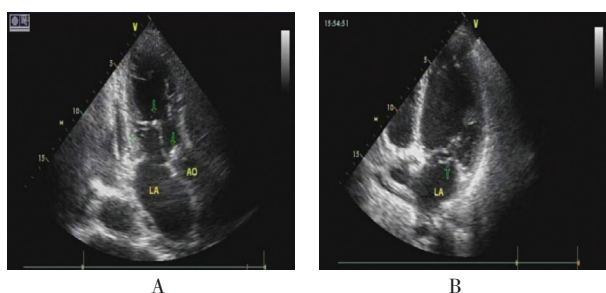
入院辅助检查, 血常规: 白细胞 $4.42 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $1.29 \times 10^9/L$, 血红蛋白 50.2 g/L, 血小板 $126 \times 10^9/L$ 。生化指标: 前白蛋白 17 mg/L, 白蛋白 24.4 g/L, 肌酐 39 $\mu\text{mol/L}$, 钠 128 mmol/L, 氯 95.5 mmol/L, 钙 1.77 mmol/L, 磷 0.80 mmol/L。入院诊断: 脓毒血症, 直肠癌, 贫血, 低蛋白血症。入院后诊治经过: 给予哌拉西林他唑巴坦 4.5 g, 1 次/12 h, 输血, 留取双份外周血培养。患者仍每日均有高热, 最高达 39°C。2 月 13 日下午 17:45 患者突然出现剧烈咳嗽、咳痰, 咳痰为粉红色泡沫痰, 心率约 160 次/min, SpO_2 为 91%, 经强心、利尿及吸氧后好转。2 月 14 日凌晨再次出现呼吸困难, 咳粉红色泡沫样痰, 氧合下

降, 双肺满布湿啰音, 考虑为急性左心功能不全, 脓毒症转入 ICU。入 ICU 时查体: 神志清楚, 双肺可闻及广泛湿啰音, 心前区可闻及 2/6SM, 双下肢水肿, 血压: 90/60 mmHg, 血氧饱和度: 78%。治疗方案: 替考拉宁 0.4 g, 1 次/d (前 3 剂为 0.4 g, 1 次/12 h), 输血、营养支持、强心、改善心肌血供及降低心脏前后负荷, 抗休克, 无创呼吸机应用。2 月 14 日双份外周血培养均示: 尿肠球菌。患者体温逐渐好转至正常, 但无明显诱因下, 仍反复出现阵发性心衰加重 (2、3 次/d), 心脏听诊可及早搏, 心前区可闻及 4/6SM, 较前杂音有变化。2 月 19 日心脏彩超示: 主动脉内径 28 mm, 左室舒张末内径 58 mm, 室间隔厚 9 mm, 左房内径 45 mm, 左室收缩末内径 34 mm 左室后壁厚 8 mm, LVEF 65% (50% ~ 80%), FS 36%。检查所见: 主动脉内径不宽, 瓣呈三叶, 回声偏亮, 无冠瓣上见团块状回声 (13 mm × 9 mm), 密度不均、摆动, 瓣启闭欠佳 (见附图 A); 二尖瓣回声偏亮, 毛糙, 未见明显团块状回声附着, 收缩期后叶瓣体及瓣尖指向左房侧, 前后叶对合差 (见附图 B); 主动脉瓣口血流五彩、紊乱, 前向血流增快, 瓣下见中度返流。二尖瓣前向血流 E 峰 > A 峰, 左房侧见中度返流沿二尖瓣前叶、房间隔走行。心脏彩超诊断示: ①左心轻度增大; ②主动脉瓣轻度狭窄伴中度返流 (主动脉瓣赘生物形成); ③二尖瓣中度返流 (后叶腱索断裂、赘生物?)。

故补充诊断: 感染性心内膜炎。根据感染性心内膜炎抗菌治疗原则是早期、联用杀菌抗生素、足够疗程。继续替考拉宁 0.4 g, 1 次/d, 小剂量硝普钠, 减轻心肌后负荷, 使用胺碘酮控制心律失常, 利尿剂,

收稿日期: 2018-05-11

[通信作者] 张琳琳, E-mail: zhanglinlinlqy@163.com; Tel: 15395007586



A: 主动脉瓣无冠瓣上见团块状回声(箭头示); B: 二尖瓣后叶瓣体及瓣尖指向左房侧

附图 心脏彩超图

控制入量。2月21日开始,心功能改善,逐渐脱无创呼吸机。2月24日双份外周血培养:无菌生长。3月4日双份外周血培养:无菌生长。3月9日转至心内科。后随访患者稳定后转至外科行手术治疗。

2 讨论

患者入院后诊断为屎肠球菌脓毒症,在治疗过程中体温得以控制,说明抗感染有效,但患者反复发作心衰,听诊心前区有心脏杂音且存在变化性,有发热,再结合外周血培养为屎肠球菌,此时考虑到心脏瓣膜受累,即完善心脏彩超检查,示主动脉瓣赘生物形成、二尖瓣中度返流,根据IE的Duke诊断标准,已达感染性心内膜炎诊断标准。

导致该患者感染性心内膜炎的病原菌为屎肠球菌。屎肠球菌和肠球菌属都是常见的人类胃肠道的定植菌,也是常见的机会致病菌^[1]。肠球菌属已经成为医院感染中越来越重要的病原体(如菌血症、腹腔感染及心内膜炎等),与其固有的许多抗生素耐药性相关^[2]。有报道称,粪肠球菌是肠道菌群的组成部分,可与结肠病变和心内膜炎相关^[3]。而国内有报道称,在23例肠球菌属感染性心内膜炎患者中以粪肠球菌

属为主,占86.96%^[4]。可见肠球菌属感染中以粪肠球菌为主,而屎肠球菌不多。目前国内已有屎肠球菌引起的感染性心内膜炎的病例报道,称该患者为经历腹腔手术后,可能为术中细菌侵袭导致了感染性心内膜炎^[5]。而本报告患者脓毒血症的主要细菌入血途径考虑为直肠癌破溃创面。虽然在感染、炎症反应或肠浸润状态患者中肠杆菌科易位进入血液是一个已知的现象,但诱发肠球菌菌血症和结直肠癌之间的联系还没有相关文献^[6]。目前国内关于屎肠球菌引起的感染性心内膜炎报道不多,故有待探讨屎肠球菌与直肠癌变与感染性心内膜炎的关系,开拓临床思维。本文不足之处为因患者症状好转,未获取其感染性心内膜炎的病理证据。

参考文献:

- [1] GOH H M, YONG M H, CHONG K K, et al. Model systems for the study of Enterococcal colonization and infection[J]. Virulence, 2017, 8(8): 1525-1562.
- [2] KAJIHARA T, NAKAMURA S, IWANAGA N, et al. Comparative efficacies of daptomycin, vancomycin, and linezolid in experimental enterococcal peritonitis[J]. Journal of Infection & Chemotherapy Official Journal of the Japan Society of Chemotherapy, 2017, 23(7): 498-501.
- [3] SILVA E, MONTALVÃO C R, BONAFÉ S. Infectious Endocarditis from enterococcus faecalis associated with tubular adenoma of the sigmoid colon[J]. Case Reports in Infectious Diseases, 2017(11): 1-4.
- [4] 卢芬,胡湘明,张莉滢,等. 肠球菌属感染性心内膜炎的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015(13): 2920-2922.
- [5] 郭彩霞,付强,陈步星. 屎肠球菌致感染性心内膜炎一例[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2): 172-173.
- [6] AMARNANI R, RAPOSE A. Colon cancer and enterococcus bacteremia co-affection: A dangerous alliance[J]. Journal of Infection & Public Health, 2017(10): 681-684.

(李科 编辑)