

新生儿单核细胞增多性李斯特菌感染 7 例

周文莉^{1*} 朱敏丽^{2*} 严超英¹ 林振浪² 刘学华¹

(1. 吉林大学第一医院儿内三科, 吉林 长春 130021; 2. 温州医学院附属育英儿童医院新生儿科, 浙江 温州 325027)

[中图分类号] R0 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2010)02-0154-02

李斯特菌病(listeriosis)是由单核细胞增多性李斯特菌(*listeria monocytogenes*)感染所致的一种严重威胁围产儿生命的人兽共患病。新生儿单核细胞增多性李斯特菌感染多经宫内传播,引起败血症,病情重,病死率高,但是国内少见报道。2007年至2008年,吉林大学第一医院(5例)和温州医学院育英儿童医院(2例)新生儿科共收治患儿7例,诊断符合新生儿单核细胞增多性李斯特菌败血症^[1],报道如下。

1 临床资料

7例新生儿中,6例生后1周内发病,平均年龄 2.0 ± 1.8 d,1例发病年龄为27 d。其中男婴3例,女婴4例;足月儿6例,孕38~40周,出生体重2700~3100 g;早产儿1例,孕32周,出生体重1900 g。所有患儿中出生时母亲有发热3例,羊水混浊4例,宫内窘迫3例,生后窒息3例,胎膜早破1例;1例早产儿为双胞胎之一,另一胎死于宫内。

临床表现无特征性。生后3 d内就诊的患儿6例,27 d就诊的患儿1例;首发症状为发热和(或)呼吸困难6例,黄疸1例;反应及进乳差6例;腹胀6例;皮疹5例(全身散在分布的米粒大小充血性丘疹,略突出于皮肤表面,压之不退色);肝脾肿大5例;病理性黄疸4例;感染性休克6例;化脓性脑膜炎确诊2例,可疑3例(由于很快死亡未行脑脊液检查但临床表现符合脑膜炎)。

血常规示白细胞 $>15 \times 10^9/L$ 4例, $<5 \times 10^9/L$ 2例;白细胞分类淋巴细胞为主3例,中性粒细胞为主4例;血小板 $<50 \times 10^9/L$ 5例。肝功能AST、ALT升高4例。CRP明显升高6例,平均含量为94 mg/dL。7例患儿血培养均为单核细胞增多性李

斯特菌,其中2例脑脊液细菌培养为单核细胞增多性李斯特菌。细菌鉴定结果:6例对青霉素、万古霉素敏感;5例对左氧氟沙星敏感;4例对利奈唑胺、复方磺胺甲基异恶唑、替考拉宁敏感;2例对头孢唑啉敏感;1例对氨苄青霉素敏感。

病程和转归:入院3 d内死亡的患儿5例。1例患儿于生后14 d因化脓性脑膜炎合并脑积水,放弃治疗。仅1例为生后27 d就诊的患儿存活。

2 讨论

李斯特菌广泛分布在自然界、土壤、动物中,只有单核细胞增多性李斯特菌可致病^[2]。新生儿发病率约52.8/10万人。感染者总病死率20%~30%^[3]。国内该病发病率和死亡率报道少见,可能与对该病的认识不足有关。

新生儿感染根据其发病时间可分为早发型和晚发型。早发型多为宫内、产时感染,常在生后即刻或生后很快起病,表现为败血症或播散性微脓肿或微肉芽肿等;晚发型常在生后1周或几周发病,是产后获得性感染,见于足月儿。由于单核细胞增多性李斯特菌对神经系统有特殊易感性,新生儿除败血症外,可合并脑膜炎或脑膜脑炎^[4]。本组病例6例为出生后早期发病,为早发型,3例患儿母亲产前有发热,4例出生时羊水混浊,3例产前胎心减慢,提示宫内感染。起病时表现为呼吸困难、发热,一方面可能与羊水混浊、导致吸入性肺炎有关,另一方面与感染、缺氧等造成肺损伤有关;病程中逐渐出现反应差、皮疹、腹胀、肝脏受累、水肿、尿少、低血压等,血白细胞升高或者降低,血小板减少,CRP明显升高,血培养为单核细胞增多性李斯特菌,符合败血症诊断标准;2例确诊合并化脓性脑膜炎,另外3例由于

[收稿日期]2009-08-20;[修回日期]2009-11-07

[作者简介]周文莉,女,硕士,医师;朱敏丽,女,硕士,医师。

* 为并列第一作者

病情危重未做脑脊液检查,但是临床上有抽搐、肌张力异常等神经系统表现,考虑合并化脓性脑膜炎。6例患儿起病急骤、病情进行性加重,5例在经过治疗后3 d内死亡,1例经过14 d治疗感染得到控制,但由于患儿后期出现脑积水,家属考虑到预后差放弃治疗。1例是在生后27 d就诊,此例首发症状为黄疸,同时有肝脾肿大和皮疹,属晚发型。

单核细胞增多性李斯特菌感染患儿的特点有:

①母妊娠晚期有感染的表现,阴道分泌物、羊膜可培养出李斯特菌;②出生时羊水混浊、宫内窘迫或者窒息;③早期发病表现为发热、反应差、呼吸困难、皮疹、肝脾肿大、抽搐等,严重时表现为化脓性脑膜炎、呼吸衰竭、感染性休克及DIC等,病情进展迅速凶险,病死率高;④周围血白细胞升高或者降低,分类以中性粒细胞为主,可伴有贫血、血小板减少;CRP明显升高;⑤血培养、脑脊液示单核细胞增多性李斯特菌阳性。

单核细胞增多性李斯特菌细胞膜上存在至少5种青霉素结合蛋白,可与阿莫西林结合而不能与头孢类抗生素结合,因此对头孢类抗生素天然耐药。如对青霉素过敏可选用氨基糖苷类抗生素、红霉素、万古霉素等^[5]。本组资料中7例单核细胞增多性李斯特菌感染患儿,1例新生儿应用万古霉素治疗后

病情得到控制,1例经过青霉素治疗后好转出院,其余患儿病初在血培养未回报时选择了头孢吡肟或美罗培南治疗,病情未得到控制,很快出现呼吸衰竭、休克、DIC等导致了死亡,与当时对单核细胞增多性李斯特菌感染的认识不足有关。因此早期有针对性的选择抗生素,对于控制单核细胞增多性李斯特菌感染非常重要,对临床怀疑有李斯特菌感染可能的患儿在留取标本送检的同时,应及早使用敏感抗菌素治疗。

[参 考 文 献]

- [1] 余加林. 新生儿败血症的诊断和治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(2):100-102.
- [2] 李郁,魏建,王桂军. 产单核李斯特菌的研究进展[J]. 中国卫生检验杂志, 2005, 15(8):21-24.
- [3] Braden CR. Listeriosis. Listeriosis outbreak associated with the consumption of rillettes[J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2003, 8(2): 745-746.
- [4] 李迎慧,冉璐. 李斯特菌的耐药性及耐药基因[J]. 国外医学·卫生学分册, 2004, 31(2):21-24.
- [5] 张经. 围产期李斯特氏菌病附八例报告[J]. 中华围产医学杂志, 2000, 3(1):56-57.

(本文编辑:黄 榕)