

DOI: 10.3969/j.issn.1671-9638.2014.12.018

· 病例报告 ·

咽峡炎链球菌致剖宫产手术部位感染 1 例

One case report of surgical site infection due to *Streptococcus anginosus* after caesarean section

周建平(ZHOU Jian-ping)

(重庆市万州区妇幼保健院, 重庆 404000)

(Chongqing Wanzhou Maternity and Child Healthcare Hospital, Chongqing 404000, China)

[关键词] 咽峡炎链球菌; 剖宫产; 手术部位感染; 切口感染; 医院感染

[中图分类号] R181.3⁺2 [文献标识码] E [文章编号] 1671-9638(2014)12-0762-02

手术部位感染是剖宫产术后常见的并发症之一,轻则引起切口愈合不良,重则导致宫腔感染、败血症等,甚至危及产妇生命。大肠埃希菌、肠球菌属等是导致剖宫产术后手术部位感染的主要病原菌^[1],而感染咽峡炎链球菌者鲜见。目前,国内对咽峡炎链球菌感染后的临床表现、转归及治疗研究也少有报道。2014年6月,本院从1例剖宫产术后腹部切口感染合并子宫切口感染患者的脓液中分离出咽峡炎链球菌,现将其诊治情况报告如下。

1 病历资料

1.1 病史 患者,女性,29岁,于2014年6月10日因“停经39⁺6周,见红伴下腹胀痛11h”入院。孕1产0,有明确停经史及胎动史,B超示宫内妊娠并符合孕周,孕期定期产检,无特殊异常发现。入院前11h开始出现阴道流少量血性分泌物,色暗红,伴下腹胀痛,不规律,未伴阴道流血。入院体格检查:体温37℃,脉搏80次/min,呼吸18次/min,血压116/70 mmHg;宫高32 cm,腹围104 cm,未扪及宫缩;头先露,已衔接,胎心音160次/min,估计胎儿体重3400 g,羊膜未破,宫颈容受80%,宫口未开。入院胎心监护示胎心波动在160~200次/min,无刺激胎心监护反应型,无宫缩,胎动稍频。

1.2 治疗经过 6月11日,胎心监护示胎心基线

150次/min,有不规律宫缩,轻度变异减速,考虑胎儿宫内窘迫,行急诊剖宫产手术。术中见羊水Ⅲ度粪染,量约400 mL;娩出一女活婴,重3100 g,Ap-gar评分1 min、5 min、10 min均为10分。因产妇头抱唑林皮试阳性,术后使用克林霉素预防感染。6月12日,产妇出现发热,持续至6月14日,最高体温39℃。实验室检查结果显示:血常规白细胞计数 $15.70 \times 10^9/L$,中性粒细胞84.50%,红细胞 $4.06 \times 10^{12}/L$,血红蛋白97 g/L,血小板 $298 \times 10^9/L$,C-反应蛋白160 mg/L;血培养无细菌生长。因发热控制欠佳,改用氨曲南抗感染治疗。6月16日见腹部切口处有脓血渗出,量约20 mL,送脓液标本做细菌培养,结果为咽峡炎链球菌。根据药敏结果再做头孢曲松皮试,阴性,选用头孢曲松治疗。将腹部感染切口脂肪层全层敞开,行双氧水、甲硝唑冲洗,利凡诺纱条引流。6月17日彩超示子宫大小约133 mm×102 mm×66 mm,前壁下段肌壁回声不均匀,向子宫外突起,子宫前壁下段处包膜增厚,毛糙,不均匀,厚约6 mm;宫内查见最宽处直径约7 mm的强回声光带,其内间杂强回声,提示子宫切口愈合不良,予甲硝唑液缓慢、低压冲洗宫腔。6月21日,子宫切口缝线脱出于阴道内。复查彩超示子宫大小约111 mm×89 mm×60 mm,宫腔内查见线状强回声,直径约8 mm;子宫前壁下段局部回声增强,可见断续线状强回声与宫腔相连,子宫浆膜层未见确

[收稿日期] 2014-09-01

[作者简介] 周建平(1975-),女(汉族),重庆市人,副主任护师,主要从事医院感染管理研究。

[通信作者] 周建平 E-mail:48536224@qq.com

切连续性中断,浆肌层回声降低,浆膜层与膀胱之间可见带状弱回声,宽约 5 mm。6 月 27 日再次行剖腹探查术,见子宫切缘右侧端有一大小约 0.80 cm × 0.20 cm 的瘻口,瘻口处部分组织变性、坏死,子宫切口局部缝线脱落,盆腔见淡黄色积液;清理子宫右侧端瘻口处变性、坏死组织,抽出原微乔线,缝合止血,逐层关腹。宫腔、盆腔及腹直肌前鞘各置引流管引流,脂肪层置橡皮条引流。

1.3 治疗效果 剖腹探查术后患者体温正常;腹部切口无红肿、渗液,对合良好;子宫收缩好;阴道无流血,少许白带,无异味。7 月 5 日复查彩超示子宫大小约 83 mm × 62 mm × 52 mm,前壁下段肌壁回声不均匀,其间可见短线状强回声。宫内查见直径约 5 mm 的条形液性暗区。7 月 6 日腹部切口拆线。

2 讨论

咽峡炎链球菌属米勒链球菌群,为口腔及鼻咽部的正常菌群,属条件致病菌,该菌在生殖道中能被检出。Nikolaitchouk 等^[2]对 37 例无症状育龄期妇女子宫颈及阴道分泌物进行检测,其中 6 例检测出咽峡炎链球菌。据此推测,导致本例产妇手术部位感染的咽峡炎链球菌可能来自于生殖道。由于产褥期身体抵抗力下降,且手术使正常的防御屏障受到破坏,细菌在局部繁殖引起感染。

咽峡炎链球菌虽属条件致病菌,但感染后果较严重,常引起化脓性感染。Casariego 等^[3]报道,咽峡炎链球菌菌血症患者中 56% 为化脓性感染。本例产妇入院时无明显感染高危因素,仅在术中见羊水Ⅲ度粪染,但切口感染症状重,术后出现持续高热,感染部位波及腹部及子宫切口,白细胞、C-反应

蛋白升高,需再次剖腹探查清除感染灶才能彻底控制感染,产妇所受创伤较大,住院时间延长。

剖宫产术属清洁-污染手术,需预防性使用抗菌药物,首选第一代头孢菌素。本例产妇因对头孢唑林过敏,选用克林霉素治疗,而其切口分泌物培养出的咽峡炎链球菌药敏结果显示对克林霉素耐药,对青霉素、头孢曲松、万古霉素等敏感。提示本病例围手术期预防性使用抗菌药物失败,导致手术部位感染。国内也曾报道^[4]腹股沟斜疝术后,因选择阿奇霉素及阿米卡星预防用药失败,导致切口感染咽峡炎链球菌的病例。

感染的治疗有赖于明确的病原学诊断,并根据药敏结果选择敏感的抗菌药物治疗。术后出现感染征象时,应及时取分泌物送检,以及早明确病原菌,尤其要警惕少见菌的感染,避免盲目地经验性用药。

[参考文献]

- [1] 龚时鹏,余艳红,陈莉. 剖宫产切口感染的病原微生物分析[J]. 现代妇产科进展,2006,15(1):75-76.
- [2] Nikolaitchouk N, Andersch B, Falsen E, et al. The lower genital tract microbiota in relation to cytokine-, SLPI- and endotoxin levels: application of checkerboard DNA-DNA hybridization(CDH)[J]. APMS,2008,116(4):263-277.
- [3] Casariego E, Rodriguez A, Corredoira J C, et al. Prospective study of *Streptococcus milleri* bacteremia[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis,1996,15(3):194-200.
- [4] 郭宝俊,王涛,杨锐,等. 咽峡炎链球菌致清洁切口感染 1 例[J]. 中国感染控制杂志,2012,11(5):394-395.

(本文编辑:张莹)