·个案与短篇·

血培养标本分离棉子糖肠球菌 1 株

侯伟伟，肖倩茹，薛　霞，张　丽，江　涟，万海英△
（上海市同济医院　200065）

DOI：10.3969/j.issn.1673-4130.2011.19.071　　**文献标识码**：C　　**文章编号**：1673-4130(2011)19-2298-01

棉子糖肠球菌广泛分布于于土壤、食物、水等各种环境中，与粪肠球菌和屎肠球菌同为肠球菌属细菌，但相对于粪肠球菌和屎肠球菌，棉子糖肠球菌的检出率极低。有文献报道，人类感染的肠球菌中 80%～90%为粪肠球菌，5%～10%为屎肠球菌[1]。本组于 2011 年 6 月从血培养标本中分离出 1 株革兰阳性球菌，经鉴定为棉子糖肠球菌，现报道如下。

1　病例资料

患者男性，年龄 87 岁，因“排尿困难 10 年余，加重 3 d，排尿不能 1 d”入院。患者在 10 年前已有无明显诱因的尿频、尿急、排尿不畅，尿线变细及排尿无力，夜尿增多；曾于外院就诊，明确诊断为“前列腺增生症”，给予口服药物对症治疗，效果欠佳。入院 3 d 前排尿困难症状加重，排尿滴沥，尿量减少，于外院就诊，B 超显示“残余尿 250 mL”，予对症治疗，排尿症状略有缓解。进入该院查体显示前列腺Ⅱ度大小，质地中等；X 线胸片示双侧肺纹理增多，心脏增大，主动脉硬化；B 超示胆总管上段扩张；CT 示前列腺钙化，阴囊内占位，鞘膜积液合并感染可能。患者入院后完善相关检查，留置导尿管失败，行膀胱造瘘，引出混浊尿液，尿标本培养检出粪肠球菌。患者阴囊根部出现硬结，逐渐增大、红肿、疼痛，伴发热，明确诊断为阴囊脓肿。全身麻醉下行阴囊脓肿切开引流术，术后送检一套血培养瓶，采用 BACTECT 全自动血培养仪培养。

2　微生物学检测

细菌涂片为革兰阳性球菌，经 Vitek2-compact 微生物全自动分析系统鉴定为棉子糖肠球菌，此菌为兼性厌氧，氧化酶、触酶(－)，LAP(＋)，PYR(＋)，水解七叶苷，发酵葡萄糖产酸不产气；手工法生化鉴定特征为山梨醇(＋)、山梨糖(＋)、甘露醇(＋)、阿拉伯糖(＋)、棉子糖(＋)、蔗糖(＋)、精氨酸水解酶(－)，动力(－)，符合棉子糖肠球菌生化特征；药敏试验结果显示，克林霉素、庆大霉素、红霉素、头孢唑啉、头孢西丁和青霉素均耐药，万古霉素敏感。

3　讨　　论

棉子糖肠球菌在自然界中广泛存在，所致人类感染性疾病比较少见，但对患者进行侵袭性操作或患者免疫力低下时可导致棉子糖肠球菌感染。该例患者在留取血培养标本前曾接受侵袭性治疗，因此存在感染的可能。而且，此菌更常见于接受甾体类免疫抑制剂治疗的老年患者的医院感染[2]。有文献报道，棉子糖肠球菌可导致心内膜炎，且从尿液、伤口分泌物及骨髓标本中均可分离出此菌[2]。

棉子糖反应对于棉子糖肠球菌鉴定的正确性非常重要，鸟肠球菌此反应为阴性而棉子糖肠球菌为阳性。国外文献报道，API32 和 API20 链球菌板条将棉子糖肠球菌错误鉴定为鸟肠球菌的概率为 99.9%，原因是此鉴定系统的数据库中并不包括棉子糖肠球菌[2-4]。棉子糖肠球菌感染临床病例较少可能与鉴定错误有关，因此正确鉴定棉子糖肠球菌的生化特征是正确诊断该菌所致感染的关键，应综合、仔细分析鉴定结果。

棉子糖肠球菌的药敏试验显示，该菌多常见是对氨苄西林和青霉素耐药，对万古霉素敏感[2]。本组所分离菌株的药敏试验结果显示，该菌株的耐药性较强，仅对万古霉素敏感。有文献报道过 1 株对万古霉素耐药的棉子糖肠球菌[3]。Chirurgi 等[5]报道，9 例棉子糖肠球菌感染患者经青霉素和头孢菌素治疗后有 6 例存活。由于不同文献所报道的药敏试验结果存在差异，难以提供针对棉子糖肠球菌药敏结果的相关参考资料，因此及时进行标本送检、获得正确的微生物学诊断及药敏试验结果非常重要，特别是针对老年患者。

参考文献

[1] Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, et al. Manual of clinical microbiology[M]. 8th ed. Washington, DC: American Society for Microbiology, 2003: 423.

[2] Sandoe JAT, Witherden IR, Settle C. Vertebral osteomyelitis caused by Enterococcus nosus[J]. J Clin Microbiol, 2001, 39(6): 1678-1679.

[3] Wilke WW, Marshall SA, Coffman SL, et al. Vancomycin-resistant enterococcusraf nosus: molecular epidemiology, species identi cation error and frequency of occurrence in a national resistance surveillance program[J]. Diagn Microbiol Infect Dis, 1997, 28(11): 43-49.

[4] Bettina SF, Georg S, Rudolf L, et al. Enterococcus nosus infection in an immunosuppressed patient: case report and review of the literature[J]. Journal of Infection, 2005, 51(27): 121-124.

[5] Chirurgi VA, Oster SE, Goldberg AA, et al. Ampicillin-resistant Enterococcus nosus in an acute-care hospital: case-control study and antimicrobial susceptibilities[J]. J Clin Microbiol, 1991, 29(10): 2663-2665.

（收稿日期：2011-06-14）

△　通讯作者，E-mail：whysz@163.net。