

· 病例报告 ·

文章编号 :1005-619X(2011)04-0367-01

嗜麦芽窄食单胞菌感染性心内膜炎一例

266071 济南军区青岛第二疗养院 刘源远

266071 解放军401医院 卜泉东

1 病例报告

患者,男,62岁,农民,因发热、寒战、大汗10 d入院。入院前15 d曾因车祸致左上肢破溃感染,未做治疗,10 d后自行好转。入院时患者体温每日有2~3次高峰,体温最高达40℃,伴有寒战、大汗,大汗后体温可降至37.8℃左右。患者既往体健。体格检查:一般情况可,皮肤巩膜无黄染,无瘀点、瘀斑,浅表淋巴结无肿大,咽轻度充血,双侧扁桃体无肿大,唇无紫绀,颈软,双肺呼吸音稍粗,无啰音,心律整齐,心尖区可闻及4级吹风样收缩期杂音,并向左腋下传导。全腹无压痛、反跳痛;肝肋下1 cm,质软,无压痛,边缘锐利;脾肋下未及;双下肢无水肿。血白细胞 $21.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.86。胸部X线片:双肺未见明显异常,主动脉硬化。入院初步诊断:1、败血症?2、疟疾?3、结缔组织病?入院后即给予血培养,多次高热时血涂片查疟原虫;经验性应用亚胺培南抗感染治疗3 d,体温无明显下降。多次高热时先后5次血培养,均培养出嗜麦芽窄食单胞菌(SMA),血涂片未检测到疟原虫。入院第4天查心脏超声多普勒无明显异常,第10天超声多普勒提示:二尖瓣可见多个赘生物,最大8 mm×10 mm大小,收缩期可见轻中度返流。诊断:嗜麦芽窄食单胞菌感染性心内膜炎。根据药敏结果给予头孢哌酮钠-舒巴坦钠(2 g,1次/12 h,静脉滴注)+复方新诺明(2片,2次/d,口服)+左氧氟沙星(0.4 g,1次/d,静脉滴注)联合抗感染治疗7 d,体温逐渐下降,第12天患者体温降至正常,巩固治疗21 d后出院,出院后给予口服复方新诺明(2片,2次/d,口服)和左氧氟沙星片(0.3 g,2次/d,口服)治疗。出院5 d后再次出现高热、寒战、大汗来诊,血培养出嗜麦芽窄食单胞菌,根据药敏结果选择最为敏感的拉氧头孢(1.5 g,2次/d,静脉滴注)+复方新诺明(2片,2次/d,口服)+左氧氟沙星(0.4 g,1次/d,静脉滴注)联合抗感染治疗3 d,体温逐渐下降,1周后体温基本正常,改为拉氧头孢(1.5 g,2次/d,静脉滴注)+复方新诺明(2片,2次/d,口服)继续治疗至体温正常6周,复查心脏超声多普勒未见明显异常后出院,后随访1月患者体温正常,复查心脏超声多普勒未见异常,体质量较出院时增加约5 kg。

2 讨论

本例患者发病前有外伤感染病史,考虑发生感染性心内膜炎与此有关。嗜麦芽窄食单胞菌产生的金属 β -内酰胺酶能水解亚胺培南、美罗培南等碳青霉烯类抗生素,不被克拉维酸抑制,是天然耐碳青霉烯类细菌,所以造成本例患者亚胺培南经验性治疗失败。

一般细菌感染,尤其是老年人,需仔细听诊,不要遗漏感染性心内膜炎的可能,只要发现有杂音,需行心脏超声多普勒检查明确诊断。感染性心内膜炎早期心脏超声多普勒可以无明显表现,需多次复查。特别应该注意的是,感染性心内膜炎并非总是发生于有心脏器质性病变的患者,普通患者仍可发病,据文献报道约有20%左右的患者无心脏器质性病变^[1-2]。对于发热病人,入院后应观察体温变化趋势,在抗生素治疗前需做血培养+药敏试验(做血培养时抽血最好在寒战时,不要等到体温上升到最高时)。嗜麦芽窄食单胞菌感染的临床表现和普通细菌感染没有什么不同,其所致寒战、高热、大汗淋漓、热退等特征需与疟疾鉴别。

一般 β -内酰胺类抗生素对嗜麦芽窄食单胞菌无效,而拉氧头孢对 β -内酰胺酶高度稳定,故本例患者被成功治愈^[3]。此外,感染性心内膜炎疗程一般为4~6周^[4],不能较早停药,本例患者因较早停药而复发,需吸取教训。

参考文献:

- [1] 孙衍庆.现代胸心外科学[M].北京:人民军医出版社,2000:1397-1403.
- [2] 于慧娟,杨兴明,袁国胜,等.56例感染性心内膜炎超声诊断及临床分析[J].中外医疗,2010,29(17):180-181.
- [3] 杨辉红,郑霞,韩琴玲.嗜麦芽窄食单胞菌的临床分布及耐药性分析[J].检验医学与临床,2008,5(16):991-992.
- [4] 郑宏健,卢新政.2009欧洲感染性心内膜炎防治指南的解读[J].心血管病学进展,2010,31(4):512-515.

(收稿日期:2010-10-29)

文献综述撰写要求

以某一专题为中心,查阅、收集大量国内外近期的原始医学文献,经过理解、分析、归纳、整理而写出的综述,以反映出该专题的历史、现状、最新进展及发展趋势等情况,并做出初步的评论和建议。撰写时可按历史顺序写,也可采用归纳成几个问题来写。