

中西医结合治愈多重耐药表皮葡萄球菌脓毒症 1 例

陈立, 马聪

(湖北省襄阳市中心医院, 湖北 襄阳 441021)

【关键词】表皮葡萄球菌; 脓毒症; 耐药; 中药; 中西医结合疗法

中图分类号: R256.1; R631.3 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2012.04.022

本科 2011 年 11 月收治 1 例多重耐药表皮葡萄球菌脓症患者, 经中西医结合治疗取得了良好疗效, 报告如下。

1 病历简介

患者男性, 65 岁, 于 2011 年 10 月 25 日无明显诱因出现高热, 伴恶寒、寒战、咽痛。住当地医院, 检查血白细胞计数 (WBC) $16.35 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例 (N) 0.890, 血红蛋白 (Hb) 126 g/L, 血小板计数 (PLT) $270 \times 10^9/L$; 血培养发现细菌生长; 胸部 X 线正位片未见明显异常。考虑支气管炎, 脓毒症? 予以青霉素、左氧氟沙星抗感染治疗无效, 于 11 月 1 日转本院。入院后予以头孢曲松抗感染治疗 3 d 无效, 体温高达 40 °C, 脉搏 94 次/min, 呼吸频率 20 次/min, 血压 100/60 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa); 血常规: WBC $32.34 \times 10^9/L$, N 0.952, 红细胞 (RBC) $3.87 \times 10^{12}/L$, Hb 115 g/L, PLT $390 \times 10^9/L$; 尿常规及粪常规均正常; 肝功能: 总胆汁酸 64 $\mu\text{mol}/L$, 碱性磷酸酶 220 U/L, 直接胆红素 11.2 $\mu\text{mol}/L$, 总蛋白 54.1 g/L, 白蛋白 30 g/L, γ -谷氨酰转氨酶 314 U/L, 丙氨酸转氨酶 111 U/L, 天冬氨酸转氨酶 49 U/L; 肾功能正常; 电解质: K^+ 3.4 mmol/L, Ca^{2+} 2.04 mmol/L, 碳酸氢盐 30.8 mmol/L; 抗核提取物抗体 (ENA) 阴性; C-反应蛋白 (CRP) 173 mg/L; 输血 4 项正常; 骨髓穿刺示感染骨髓象, 骨髓培养未见细菌生长; 血培养有表皮葡萄球菌生长, 对替考拉宁、万古霉素敏感, 对苯唑西林、环丙沙星、头孢西丁、头孢唑林、庆大霉素、阿米卡星、氨基糖苷类、哌拉西林耐药; 胸部正位片示右下肺轻度感染, CT 示双下肺少许间质性病变, 心包腔及右侧胸腔少许积液。

诊疗经过: 入院后初步诊断为脓毒症, 予夫西地酸 0.5 g 联合氨曲南 2.0 g, 每日 3 次, 3 d 后 WBC $26.93 \times 10^9/L$, N

0.955, 体温 41 °C; 改用亚胺培南西司他汀 2.0 g, 每日 2 次, 至 9 日仍发热, WBC $26.43 \times 10^9/L$, N 0.958, 骨髓穿刺示感染骨髓象, 骨髓及血培养均提示有表皮葡萄球菌生长, 10 日根据药敏结果静脉滴注负剂量替考拉宁 0.4 g, 后以 0.2 g/d 维持, 但症状仍不改善, 后转入武汉同济医院, 查骨髓穿刺未见明显异常, 血培养检出表皮葡萄球菌, 仅对万古霉素敏感, 考虑为多重耐药表皮葡萄球菌脓毒症, 予以万古霉素 0.5 g 每日 2 次, 1 周后仍高热不退, WBC $24.25 \times 10^9/L$, N 0.935。21 日转入本科行中西医结合治疗。患者再入院时体温 38.8 °C, 面赤唇焦, 时有烦躁谵语, 小便黄, 大便 1 周未行, 舌质绛红少津, 苔黄, 脉数无力。中医辨证为热毒入营, 气阴不足。予五味消毒饮合清营汤: 金银花 15 g, 野菊花 15 g, 蒲公英 15 g, 紫花地丁 15 g, 紫背天葵子 15 g, 鱼腥草 15 g, 玄参 10 g, 水牛角 20 g, 生地黄 10 g, 连翘 10 g, 麦冬 10 g, 生石膏 20 g, 水煎服, 每日 2 次。联用苯唑西林 3.0 g, 每日 3 次抗感染, 予补液, 纠正电解质紊乱, 补充能量等治疗; 3 d 后体温 38.5 °C, WBC $16.25 \times 10^9/L$, N 0.876。继续当前治疗方案治疗 5 d, 患者体温进一步降低, WBC $10.72 \times 10^9/L$, N 0.767, 患者诉体倦乏力。考虑因患者病程日久, 且清热解毒之药苦寒伤津, 遂调整中药方剂: 金银花 15 g, 野菊花 15 g, 蒲公英 15 g, 紫花地丁 15 g, 紫背天葵子 15 g, 鱼腥草 15 g, 玄参 10 g, 麦冬 10 g, 生地黄 10 g, 连翘 10 g, 党参 20 g, 水煎服, 每日 2 次, 余治疗方案同前。至 12 月 7 日, 患者连续 4 d 未再发热, 复查 WBC 及 N 均正常, 停用苯唑西林, 继续口服益气养阴中药。患者于 12 月 12 日好转出院, 20 日复查血常规基本正常, 血培养未见细菌生长。

2 讨论

表皮葡萄球菌广泛分布于人体皮肤和黏膜, 为条件致病菌^[1]。但近年来随着

临床操作增多, 临床上不断出现表皮葡萄球菌致院内感染的报道, 感染率甚至已超过金黄色葡萄球菌, 成为医院感染的重要致病菌, 耐药现象日趋严重^[2-3]。本例患者未见感染原发灶, 但 2 次血培养及骨髓培养均检出表皮葡萄球菌, 故表皮葡萄球菌脓毒症诊断成立。但根据药敏结果使用敏感抗菌药物替考拉宁、万古霉素后患者病情仍不能控制。

脓毒症属中医“温病”范畴, 治当清热解毒, 透热养阴, 凉血散瘀。本例患者属热毒留恋, 邪入营分。故使用清热解毒养阴中药联合苯唑西林治疗, 患者症状逐渐减轻, 血象降至正常, 血培养转阴, 效果良好。

现代研究发现, 许多中药单味药及复方不仅有直接抑菌、杀菌作用, 且有干预耐药性形成和转导、逆转耐药性、恢复人体微生态平衡、调节免疫功能、提高机体抗感染能力等优势^[4]。此次以五味消毒饮为主方联合苯唑西林治愈多重耐药表皮葡萄球菌脓毒症, 可能与中药抑制了菌体的耐药基因, 水解了青霉素结合蛋白, 增加了细菌与抗菌药物的亲和力有关^[5]。具体机制有待进一步研究。

参考文献

- [1] Kloos WE, Bannerman TL. Update on clinical significance of coagulase-negative staphylococci. Clin Microbiol Rev, 1994, 7 (1): 117-140.
- [2] 魏宏建, 刘丽丽, 肖李乐云, 等. 危重患者抗生素应用过程中致病菌快速变化的探讨. 中国危重病急救医学, 2009, 21 (1): 36-39.
- [3] 吴铭, 田梅, 张杰. 218 例表皮葡萄球菌的耐药性分析. 中国微生态学杂志, 2011, 23 (5): 456.
- [4] 鹿中华, 王锦权. 川芎嗪对脓毒症致肝损伤保护作用的研究进展. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15 (4): 252-253.
- [5] 郭静, 方静, 王德. 49 株表皮葡萄球菌的耐药分析. 今日药学, 2009, 19 (8): 41-42, 58.

(收稿日期: 2011-12-26)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 陈立 (1980-), 男 (汉族), 湖北省人, 医学硕士, 主治医师。