

北京协和医院

感染内科临床病例分析

GANRAN NEIKE
LINCHUANG BINGLI FENXI

王爱霞 主编



中国协和医科大学出版社

北京协和医院

感染内科临床病例分析

王爱霞 主编

编者 王爱霞 范洪伟 刘正印

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

感染内科临床病例分析/王爱霞主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2010. 9

ISBN 978 - 7 - 81136 - 394 - 4

I. ①感… II. ①王… III. ①内科 - 感染 - 疾病 - 病案 - 分析
IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 133505 号

感染内科临床病例分析

主 编: 王爱霞
责任编辑: 吴桂梅 林 娜

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 700 × 1000 毫米 1/16 开
印 张: 19
字 数: 240 千字
版 次: 2011 年 4 月第一版 2011 年 4 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 38.00 元

ISBN 978 - 7 - 81136 - 394 - 4/R · 394

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

北京协和医院内科已出版多册有关疑难病例的书，本书主要述及感染内科的病例分析，北京协和医院感染内科长期以来病房收治最多的是发热待查，对待发热的患者并非一住院就用抗生素，因为抗生素不是万能的，关键首先要明确诊断，然后再选择，尽量做到合理应用抗生素。遵循张孝骞老主任的教导，要重视患者主诉、突出的症状，仔细全面的体格检查和基础的实验室检查。年龄、季节、流行病史对发热待查的分析是有帮助的。由于客观原因我们收集30多年来住院的89份病例，这些病例由我们3个人执笔，但感染内科的教授与主治医师们（特别是刘晓清副教授和葛瑛主治医师）提供了很多宝贵的病例，使本书更能吸引广大医学界读者。

本书内容以发热为主，分成七个章节，各种病原学、结核、心内膜炎、真菌、艾滋病、自身免疫病和非感染性疾病，其中有些是我院发现的首例，如艾滋病、莱姆病、肺孢子菌病、广州管圆线虫病、CMV视网膜炎、Q热等。另有非常危重病例经抢救成功的，如播散性肺曲霉菌病，急性金黄色葡萄球菌感染的心内膜炎、血流感染导致休克、DIC、隐球菌性肺和脑感染等。有些病例的诊治与我院细菌室、病理科、血液实验室、眼科、普外科、脑外科、心外科、超声心动图以及放射科的帮助是分不开的。缺了他们的介入我们不可能如此有效、及时地诊断和治疗。此外，我们从病案室先后借阅了100多份病历，病案室的苗亚青和何燕红同志不厌其烦地帮着寻找病历，使我们顺利完成撰写，在这里一并感谢他们无私的援助，同时也体验北京协和医院各科之间为了患者相互团结和协作的精神。

本书的分析是提供临床医师对发热待查的诊断和鉴别诊断，发热广义的来看分感染、自身免疫病、肿瘤和药物热。由于药物热常



在住院过程中发现，停药后就体温恢复正常，有时在门诊或急诊就解决了，很少需住院，未能找到合适的病例。而感染、免疫、肿瘤病例在文中已逐个描述。病历的书写是按照我院大病历，有主诉、现病史、既往史和详细的体格检查，供年轻医师参考。我们重视病原学，为了对症下药，发热待查患者用抗生素前必须送血培养或体液、分泌物涂片或培养，对有淋巴结肿大或胸、腹、脑或四肢有包块者争取早日做活检，必要时开胸、剖腹、开颅探查，关键是明确病变性质，如附红细胞体病，为了明确病原，二位医师取血送军事医学科学院，又去基础所找电镜室，最后确诊，开始治疗，但对二氢青蒿素的不良反应不清楚，又去中医研究院，了解半衰期、对人体的影响，选择合适剂量和疗程，再给患者调整剂量，这说明医师对患者的高度负责。北京协和医院在国内颇有声望，但在医学飞快发展的时代，我们不可能什么都懂，不懂可以请教其他专家。张孝骞主任一再教导我们，不要不懂装懂，要不断学习才能进步。我们书写的病例中难免会有诊治或分析上的错误，希望广大读者赐教，便于修正。

王爱霞
2011年2月

目 录

一、发热待查——细菌及病毒感染	(1)
(一) 伤寒杆菌及副伤寒杆菌感染	(1)
(二) 金黄色葡萄球菌感染	(7)
(三) 奴卡菌感染	(29)
(四) 支原体感染	(32)
(五) 布氏杆菌	(33)
(六) BB 螺旋体感染	(34)
(七) 病毒性脑炎	(49)
(八) 流行性出血热	(53)
(九) 输血后乙型肝炎、丙型肝炎	(55)
(十) 手术误伤导致急性腹膜炎	(56)
(十一) 感染性休克	(62)
(十二) 皮下脓肿——慢性胰腺炎	(65)
(十三) 寄生虫病——广州管圆线虫病	(70)
(十四) 立克次体病——斑疹伤寒	(73)
(十五) Q 热——伯氏考克斯体病	(76)
二、发热待查——结核病	(85)
(一) 肺结核	(85)
伴皮下结节、虹膜睫状体炎	(85)
(二) 肺外结核	(87)
1. 子宫内膜结核	(87)
2. 全身播散性结核	(90)
3. 肝结核	(93)
4. 腰椎结核	(105)
5. 结核性腹膜炎、泌尿系结核	(108)

- 6. 结核性脑膜炎 (112)
- 7. 结核性垂体炎 (126)
- (三) 非结核分枝杆菌感染 (130)
 - 1. 颌面部脓肿 (130)
 - 2. 播散性非结核分枝杆菌感染、皮下结节 (133)

三、感染性心内膜炎 (137)

- (一) 真菌性 (137)
 - 1. 热带假丝念珠菌 (137)
 - 2. 起搏导管相关性真菌性心内膜炎——帚霉菌 (140)
- (二) 真菌 + 细菌 (144)
 - 赘生物涂片见大量菌丝 + 人葡萄球菌 + 洋葱伯克霍尔德菌 (144)

- (三) 革兰阳性球菌 (152)
 - 1. 葡萄球菌——伏氏葡萄球菌 (152)
 - 2. 金黄色葡萄球菌 (155)
 - 3. 链球菌——口腔链球菌 (161)
 - 4. 牛、马链球菌 (164)
 - 5. 前庭链球菌 (166)

- (四) 血培养未得阳性结果，但临床估计为
革兰阳性球菌 (170)

四、真菌感染 (174)

- (一) 口腔白色念珠菌 (174)



(二) 肺曲霉菌·····	(176)
(三) 隐球菌·····	(186)
(四) 马内菲青霉菌 ·····	(189)
(五) 曲霉菌引起肺脓肿 ·····	(201)
(六) 皮炎芽生菌 ·····	(211)
(七) 耶氏肺孢子菌 ·····	(216)
(八) 蛙霉属类·····	(219)
(九) 新型隐球菌 ·····	(223)
五、艾滋病的合并症·····	(227)
六、免疫系统疾病·····	(262)
七、发热待查——非感染性疾病 ·····	(273)





一、发热待查——细菌及病毒感染

(一) 伤寒杆菌及副伤寒杆菌感染

病例 1 王某，女性，33岁，汉族，已婚，会计，籍贯北京。入院日期1999年11月10日，出院日期1999年11月29日。

主诉：反复发热1个月。

现病史：患者10月初外出旅游，10月10日无诱因感觉头晕、乏力，体温最高38.9℃，伴畏寒、寒战，无鼻塞、流涕，无咽痛，无咳嗽、咳痰，无头痛、恶心，无腹痛、腹泻，无尿频、尿痛，无盗汗、皮疹、关节痛及大汗。就诊于附近医院，予青霉素静脉滴注，2日后体温降至正常。11月4日上述症状再发，T 38.5～40.0℃，夜间为著，就诊于北京某医院。体格检查（PE）（-），胸片未见异常，血WBC $4.4 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞（GR）0.773，淋巴细胞（LY）0.169，Hb 114g/L，PLT $16 \times 10^9/L$ ；红细胞沉降率（ESR）32mm/第一小时末；尿蛋白（PRO）25mg/dl，红细胞（ERY）10/ μ l，予阿莫西林（安灭菌）、感冒冲剂，解热镇痛药治疗，无显著效果。11月7日入北京某医院，查谷氨酸氨基转移酶（ALT，GPT）120U/L，天门冬氨酸氨基转移酶（AST，GOT）95U/L，乳酸脱氢酶（LDN）289U/L，腹部B超（自述）正常，曾停药观察3天，仍高热。为进一步诊治转来我院。

发病以来，食欲略有减退。睡眠尚可。体重无明显下降，尿深黄。曾腹泻2日，3～4次/日，稀水样，无鲜血，未服药自愈，之前有可疑不洁饮食史。近2日排黑色软便，1次/日，无脓血，无腹痛。



既往史：体健，否认肝炎、结核等传染病史，否认手术、外伤、输血史。否认食物、药物过敏史。瘢痕体质。否认心脏病等其他系统疾病。经常在外就餐。

个人史：生长于北京，从事会计工作，偶出差，无烟酒等不良嗜好。无宠物接触史。

体格检查：T 39℃，BP 105/60mmHg (1mmHg=0.133kPa)，R 20次/分，P 102次/分。

患者发育正常，营养中等，自主体位，神清语利，查体合作。全身皮肤无苍白，无黄染，无皮疹和淤血斑，双下肢散在小瘢痕，无肝掌和蜘蛛痣，全身浅表淋巴结未及肿大。巩膜无黄染，双眼等大等圆，对光反射灵敏，鼻腔通畅，无异常分泌物，鼻窦无压痛，乳突无压痛。唇无发绀，颊黏膜无溃疡，咽侧壁充血，双侧扁桃体不大，悬雍垂居中，颈软无抵抗。气管居中，甲状腺不大，未及震颤及血管音。胸廓无畸形，胸肋骨无压痛。双肺叩诊清音，无干、湿啰音和胸膜摩擦音。心脏不大，心率102次/分， $P_2 > A_2$ ，肺动脉瓣区 S_1 亢进。二尖瓣、主动脉瓣区闻及I级收缩期杂音(SM)。腹平坦，无壁静脉曲张，肝脾肋下未及。脊柱四肢无畸形，无压痛和活动障碍，各关节和四肢肌肉未见异常，双下肢不肿，生理反射存在，病理反射未引出。

入院诊断：发热待查，伤寒待除外

1999年11月10日住院后患者体温仍在39℃，有畏寒、寒战，予以口服左旋氧氟沙星(可乐必妥)及葡醛内酯(肝太乐)、维生素C、维生素B保肝治疗，11日改可乐必妥为静脉滴注头孢哌酮钠/舒巴坦钠(舒普深)。

实验室检查：WBC $4.7 \times 10^9/L$ ，LY 0.52，GR 0.44；ALT 416U/L，AST 387U/L，碱性磷酸酶(ALP) 125U/L，LD 483 U/L， γ -谷氨酰转移酶(GGT) 96U/L。肥达反应：“H”伤寒杆菌1:160，“O”伤寒杆菌1:160，A型副伤寒杆菌(-)，B型副伤寒杆菌1:80；血培养甲型副伤寒沙门菌阳性，支持副伤寒诊断，继续给予舒普深静脉滴注及保肝药物。1999年11月17日，患者体温降至正常，无恶心、呕吐等不适。复查肝功能ALT 49U/L，AST 49U/L，



GGT 81U/L, 肾功能正常。1999年11月19日停头孢哌酮钠/舒巴坦钠, 改口服喹诺酮药, 三次粪便培养均阴性, 考虑可出院。复查肥达反应: “H” 1:160, “O” 1:160, B型副伤寒 1:160, A型副伤寒(-)。患者于1999年11月29日出院。

出院诊断: 副伤寒甲(A)

点评

本例血培养有副伤寒甲, 因此诊断肯定, 但血清检查副伤寒B抗体 1:160, 而副伤寒A抗体(-), 应该诊断副伤寒B还是副伤寒A, 血清室的技术员解释, 购进的试验盒, 对副伤寒B抗体很敏感容易出阳性, 而副伤寒A抗体很难检出, 可能关键在于副伤寒A抗原的纯度与质量, 直接影响结果的敏感性和特异性, 敏感性高特异性低就会有假阳性。血培养阳性比较可靠, 细菌室的鉴定为副伤寒甲杆菌, 其意义比抗体大。因此本例确诊为副伤寒甲。

病例2 罗某, 女性, 29岁, 已婚, 籍贯湖南, 汉族。入院日期2000年10月27日。出院日期2000年11月28日。

主诉: 发热3周, 血痰1周。

现病史: 患者3周前因受凉后出现发热, 体温波动于37.8~39.0℃, 发热前无畏寒、寒战, 发热时无头痛、咳嗽、咽痛等。曾在当地医院按“上感”给予板蓝根冲剂及退热药物治疗, 效果欠佳, 体温38.0~39.0℃, 无规律性。住院前1周前出现鼻塞, 无流涕; 咳整口血痰, 初为暗红色, 每日2~3口, 后为暗红色、鲜红色混合, 不伴咳嗽、胸闷、呼吸困难。4天前来我院门诊, 查体未发现异常, 查血常规 WBC $5.1 \times 10^9/L$, Hb 123g/L, PLT $54 \times 10^9/L$, 中性杆状细胞 0.15, 中性分叶细胞 0.56, 淋巴细胞 0.24, 单核细胞 0.04, 嗜碱性粒细胞 0.01, 予罗红霉素 150mg bid、阿米卡星(丁胺卡那霉素) 0.2g q12h, 用药4天后患者出现行走不稳, 听力下降, 在1m之外听不清说话, 仍持续高热, 体温39.0℃。就诊于我院耳科门诊, 查双耳道(-), 鼓膜完好, 咽后壁有血迹, 左鼻



咽顶可见突出物，光滑，表面有血迹，行鼻咽组织活检，病理诊断为慢性炎症。

起病以来否认有盗汗，否认恶心、呕吐、腹胀、黑便，否认有皮疹，食欲欠佳，二便正常，体重无减轻。

既往史：否认有肝炎、肺结核史，否认有特殊食物药物过敏史及手术外伤史，预防接种史不详。

个人史：籍贯湖南，现居住于北京，否认痢疾史，无烟酒嗜好，无冶游史。

家族史：否认家中同样病患者，否认家族遗传病史。

体格检查：T 39.1℃，R 12 次/分，P 90 次/分，BP 120/80mmHg。

患者一般情况尚可，神志清，查体合作，自由体位，全身皮肤黏膜未见淤点淤斑、蜘蛛痣，全身浅表淋巴结不增大，头颅无畸形，眼睑无水肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反应灵敏，鼻通气不畅，双侧下颌窦轻压痛。耳无流脓，听力粗试正常，咽充血(+)，双侧扁桃体不肿大，咽后壁可见暗红色血迹。颈无抵抗，气管居中，双侧甲状腺不肿大。肺呼吸音清，未闻干湿啰音及胸膜摩擦音心脏(-)。腹平软，无压痛、反跳痛、肌紧张。肝肋下1指，质软，无压痛，脾肋下未及。肠鸣音正常存在。

入院诊断：发热待查

患者住院后，体温最高39.5℃，无畏寒、寒战，仍有鼻塞，晨起仍有暗红色痰咳出。10月30日实验室检查：WBC $3.51 \times 10^9/L$ ，G 0.70，E 0，Hb 100g/L，PLT $72 \times 10^9/L$ ；K⁺ 2.86mmol/L，Na⁺ 130.9mmol/L，ALT 233U/L，AST 487U/L，A/G 0.8，C反应蛋白(CRP) 5.5mg/dl，ESR 23mm/第一小时末；肥达反应：“H” 1:160，“O” 1:160，给予酚磺乙胺(止血定) 4g qd，云南白药2片 tid，头孢呋辛(西力欣) 250mg tid，阿奇霉素(泰力特) 250mg bid。10月31日，血培养结果伤寒沙门菌培养阳性。患者体温仍间歇升高，可达39.0℃，诊断伤寒明确，根据药敏予环丙沙星 200mg iv，q12h。11月2日患者粪便黑色，末段有少许鲜血，无腹痛、腹胀，仍有发热，右下腹压痛，无反跳痛，心尖2级收缩期杂音。11



月3日患者体温降至正常。11月10日复查肥达反应：“H”1:40，“O”1:40，较前下降。复查肝功能各项指标已恢复正常 ALT 40U/L，AST 23U/L，A/G为1.0。环丙沙星用药2周，体温正常已10日，因患者为伤寒易复发，将环丙沙星，换为左旋氧氟沙星0.2g，bid口服，11月28日患者一般情况好，体温正常持续两周，出院门诊随诊。

出院诊断：伤寒

点评

患者发热3周住院4天后，血培养报告有伤寒杆菌，要不是血培养(+)，临床一般考虑播散性结核。因为患者年轻活动能力强，容易通过进食不当感染伤寒，但结核也是青年人发病最多的。患者肥达反应：“O”1:160，“H”1:160，“H”可以受客观因素而升高，而“O”1:160有意义的，如有动态的变化，第二次血肥达反应“O”更高达1:320或1:640，即使血培养(-)，也能诊断伤寒。

病例3 谢某，女性，60岁，干部，籍贯四川。入院日期2000年11月30日，出院日期2000年12月19日。

主诉：肝区疼痛27年，口干眼干14年，发热2个月。

现病史：1973年无明显诱因出现肝区隐痛，厌油食，无皮肤、巩膜黄染，查肝功能正常，乙肝病毒指标检测(-)， γ 球蛋白水平升高，未予处理。1986年开始出现口干、眼干、不能进食，牙齿块状脱落，双手遇冷变白变紫。1997年在当地查类风湿因子(RF)180 U/ml，唾液流率低于正常，腮腺管造影显示导管粗细不均，腺泡造影剂分布不均。唇组织活检显示慢性炎症，胸片显示双肺纹理增厚，诊断为干燥综合征，双肺间质纤维化，肾小管性酸中毒。于1998年1月22起开始服用泼尼松龙30mg，qd po。1998年2月17起逐渐减量，开始每半月减半片共3个月，其后隔日减半片。自1999年9月至今泼尼松龙2片(相当于10mg)隔日服一次。1998



年2月26日开始用环磷酰胺(CTX)400mg,每月2次,以后800~1000mg每月一次;1998年6月27日改为800~1000mg,每2~3个月一次;1999年9月15停用CTX,总量共计10200mg。1999年5月16日开始用甲氨蝶呤(MTX),2.5mg2次/日,po1次/周;1999年11月4日增加至15mg/d(7.5mg,2次/日),1次/周,2000年2月27减量至10mg/d,至2000年11月30日累积量为785mg。1999年11月3日加用雷公藤,2000年9月6日血象WBC $3.7 \times 10^9/L$, PLT $9.4 \times 10^9/L$ 乃停用。2000年9月下旬开始畏寒发热,曾来我院检查WBC $6.6 \times 10^9/L$,胸片示两下肺纹理增粗,抗感染治疗无效,用退热药体温可降至正常。2000年10月中旬起每隔1~2周发热一次,以夜间为重,体温最高39.8℃,有轻咳少痰。于2000年11月30日收住院。发病以来时有腹泻与便秘交替出现。体重下降明显,一年来减少了5kg。无口腔溃疡,无皮疹,无脱发和关节痛。

既往史:1960年行扁桃体切除和阑尾炎切除手术,2000年9体格检查发现宫颈涂片有不典型增生,B超示宫腔内有积液。

个人史:出生四川,2000年8去过牧场,月经13 $\frac{3 \sim 5}{20 \sim 40}$,1965年结婚妊娠3次,人工中止妊娠一次,生育2个子女。母亲死于胰腺癌,父亲死于肝硬化。

体格检查:T 38.0℃,P 90次/分,R 20次/分,BP 110/80mmHg。

患者发育正常,营养稍差,神清合作,自动体位。皮肤无皮疹。右下腹可见手术瘢痕,巩膜皮肤无黄染,浅表淋巴结不增大。双泪腺肿大,瞳孔等大等圆,对光反应灵敏。口腔无溃疡,可见多个龋齿,腮腺导管开口处无分泌物,腮腺无肿大。颈软,甲状腺不大,气管居中,颈静脉无充盈。双肺中下可闻爆裂音。心脏不大,心率90次/分,心律齐,心尖部可闻2级收缩期杂音,P₂无亢进。腹软无压痛和反跳痛,肝脾未及。四肢关节无肿胀,无病理征。

实验室检查:血常规WBC $(4.3 \sim 6.9) \times 10^9/L$,Hb 105~122g/L。PLT $(105 \sim 149) \times 10^9/L$ 。ESR 64mm/第一小时末。尿常



规示比重 1.005, pH 7.0, 白细胞 $25/\mu\text{l}$, 蛋白 (-)。胸部 CT: 双侧肺纹理增多, 伴双肺多发空腔影, 主动脉及冠状动脉壁钙化。肝肾功能: ALT 60U/L, A/G 0.8, 总蛋白 (TP) 7.2g/dl, 肌酐 (Cr) 1mg/dl, 尿素氮 (BUN) 8mg/dl, 葡萄糖 77mg/dl。2000 年 12 月 3 日血培养有伤寒杆菌生长, 药敏: 对替卡西林、哌拉西林 + 他佐巴坦、头孢西丁、头孢他啶、头孢噻肟、头孢曲松、阿米卡星和环丙沙星均敏感。

诊断: 伤寒

干燥综合征

长期用免疫抑制药

慢性活动性肝炎

住院后于 2000 年 12 月 2 日开始用头孢他啶 1g iv q8h, 第二天体温下降, 于 2000 年 12 月 9 日改用左旋氧氟沙星 0.1g, po 3 次/日 $\times 10$ 日停药后出院。出院前血培养一次 (-)。粪便培养 3 次 (-)。

点评

本例有干燥综合征长期用泼尼松 10mg qod, 用过 CTX 40mg 2 次/月, 后改为 800 ~ 1000mg 1 次/ (3 ~ 6 个月), 共用 10200mg; 改为 MTX 2.5mg 2 次/日, po, 1 次/月, 增至 15mg 1 次/日, 1 次/周减为 10mg 1 次/日, 1 次/周共用量 785 mg。2000 年 9 月开始发热一直未明确诊断, 转来我院经血培养发现伤寒杆菌, 诊断才确定。用头孢他啶 1g iv q8h, 第二天体温下降, 一周后改用左旋氧氟沙星 0.1g po 3 次/日 $\times 10$ 日停药后出院。一般发热 2 月要考虑慢性病, 但血培养阳性确定了诊断, 患者伤寒如此迁延可能与其长期用激素有关, 激素可使病灶扩散和恢复缓慢。

(二) 金黄色葡萄球菌感染

病例 4 郭某, 男性, 57 岁, 技师。入院日期 2002 年 2 月 22



日，出院日期 2002 年 3 月 5 日。

主诉：反复发作泪囊肿痛 18 年，加重伴发热 3 天。

现病史：患者于 1984 年 8 月无明显诱因发现右眼内眦近鼻根部可扪及一黄豆大小的肿块，不可活动、有压痛、表面红肿、局部跳痛明显，伴泪液增多，有畏光，未挤出脓液。在我院眼科门诊摄片示右上颌窦炎，筛窦密度增高，右筛窦模糊。1994 年 8 月 23 日曾住耳鼻喉科行上颌窦根治术。术后症状恢复，1984 年 9 月 4 日出院，之后双泪囊炎反复发作，局部用药和口服抗生素均能缓解。3 天前，受寒后出现畏寒、发热、体温最高达 38.9℃，伴双眼睑肿胀，以左侧为重，表面红肿热痛，不向其他部位放射，双眼分泌物无增加，泪液增多但视力无妨，用青霉素静脉滴注，并口服头孢拉定，因病情不见好转乃住院治疗。

既往史：1998 年发现高血压，19 岁时 ALT 升高，原因不明（非病毒性），吸烟 10 多年，每天 1~2 支。爱人、孩子健康。

体格检查：T 38.6℃，P 98 次/分，R 21 次/分，BP 130/80mmHg。

患者发育正常，营养中等，神清合作，皮肤巩膜无黄染，左颌下可扪及一小淋巴结，双眼睑红肿，左侧重，左泪囊肿大，可扪及 2cm×2cm×3cm，硬肿块，不可活动，轻挤有黄色带血的分泌物。双侧瞳孔等大，对光反应好，咽不红，扁桃体不大，颈无抵抗，心肺（-），腹软肝脾未及，双下肢不肿。

实验室检查：血常规 Hb 144g/L，WBC $14.8 \times 10^9/L$ ，N 0.76，L 0.128。尿常规正常；肝功能正常；乙肝病毒检测（-）；ESR 60mm/第一小时末。眼分泌物涂片（-），分泌物培养第一次培养未得结果，第二次有大肠杆菌。再次取眼泪囊挤出的脓性分泌物培养为 MRSCoN，MRSCoN 对头孢菌素全耐药，对环丙沙星、左氧氟沙星、万古霉素和克林霉素敏感，对利奈唑胺（linazolid）高敏（32S）。而大肠杆菌对哌拉西林、替卡西林钠/克拉维酸钾（特美汀）和头孢菌素敏感。考虑患者泪囊引起局部蜂窝织炎由革兰阳性球菌引起可能性大。于 2 月 23 日起用利奈唑胺 600mg q12h，用药 3 天体温降至 37.3℃，第 4 天体温正常，患者用药后效果明显（图 1-

1), 共用利奈唑胺 10 天。恢复期眼分泌物培养仍有大肠杆菌。



图 1-1 病例 4 患者治疗前后对比

点评

1. 患者泪囊炎引起局部蜂窝织炎是大肠杆菌还是 MRSCoN 引起的?

我们认为是 MRSCoN, 因为用利奈唑胺前后均由结膜分泌物培养出大肠, 用药 4 天后体温正常, 临床明显进步, 不应该再培养出 100% 大肠杆菌。MRSCoN 是取的泪囊内挤出的脓液做的培养, 比眼结膜分泌物结果要可靠些。在用药第 3 天时曾有些医师认为不符合利奈唑胺用药的要求, 主张停止, 结合临床我们仍认为是革兰阳性球菌, 继续用利奈唑胺, 且恢复后眼分泌物未再培养出 MRSCoN, 却仍然培养出大肠杆菌, 说明大肠杆菌是寄植菌, MRSCoN 是致病菌。

2. 为何我们重视面部蜂窝织炎的治疗?

因为这个区是危险区, 容易导致海绵窦感染性血栓形成, 死亡率很高, 治疗很棘手。

3. 培养所获阳性菌不一定是临床感染部位的致病菌?

我们重视血培养阳性的病原菌, 但痰、口腔鼻分泌物和尿便的培养仅作为参考, 这也符合我们临床用药的情况。就是细菌室报告敏感但临床结果不好的要改药; 报告耐药但临床反应良好, 继续用, 不更改; 报告复数菌要联合用药。关键根据细菌室报告的结果要结合临床进行判断。