

不合理使用抗生素致真菌性食管炎 2 例

张丽, 石小枫[△], 郝荣涛, 刘毅

(重庆医科大学附属第二医院感染科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.30.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)30-3718-02

真菌性食管炎是指食管感染以白色念珠菌为主的真菌所致的炎症。白色念珠菌广泛存在于自然界,健康人皮肤、口腔、肛门、阴道中,是人体的正常菌群,但以消化道带菌率最高,约占 50%^[1-2]。一般情况下不会导致食管炎,当机体状况发生一定变化,如长期大量使用广谱抗菌药物;长期接受激素或抗肿瘤药物治疗;慢性病及营养不良、年老体弱致机体抵抗力低下等情况下,易继发真菌性食管炎^[3]。近年来由于各种原因导致免疫力低下的人群增多,长期大量使用抗菌药物及皮质激素等医源性因素上升,使真菌性食管炎发病率有所增加^[4],先就本院 2 例因使用抗菌药物不当及误诊成人 Still 综合征使用皮质激素后出现真菌性食管炎病例进行分析,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例 1 女,51 岁,因“反复发热 1 个月”入当地医院诊治。入院后血图分析示白细胞 $(4.24 \sim 5.13) \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 58.8%~72.7%,抗线粒体抗体、抗核抗体、类风湿因子、结核抗体、结核菌素(PPD)皮试试验、抗 HIV、血培养均为阴性。骨髓穿刺提示增生性骨髓象;诊断为上呼吸道感染,分别予:头孢唑肟钠 2 g,每日 2 次,联合依替米星 0.2 g,每日 1 次,连用 4 d;莫西沙星 0.4 g,每日 1 次,共 2 d;(哌拉西林他唑巴坦 5 g,每日 2 次,联合莫西沙星 0.4 g,每日 1 次),共 2 d,体温波动于 37~39.5℃,而停用抗菌药物,停用后次日体温降至正常,1 日以后体温再次升高为 38.5℃,给予阿奇霉素 0.5 g,每日 1 次,共 3 d,体温仍维持在 38℃,再次停用抗菌药物观察,体温在 38~39℃,故入本科。入院后查甲胎蛋白和癌胚抗原为阴性,再次骨髓穿刺提示髓片以中性分叶核居多,缺铁性贫血伴粒系成熟延迟。外周血白细胞计数 $(3.33 \sim 4.37) \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 63.2%~48.1%;CT 提示胃窦壁增厚,MRI 提示肝脾体积增大。遂行电子胃镜检查,镜下示食管见散布条斑状白苔,不能刮除,钳取少许白苔送真菌检查,行真菌涂片示阳性,胃底示充血散在条斑状糜烂出血灶,提示真菌性食管炎、浅表性胃底炎伴糜烂。随即开始静脉用药抗真菌治疗^[5]。先后予氟康唑(达扶康)200 mg,每日 1 次,共 7 d;伊曲康唑(斯皮仁诺)200 mg,每日 1 次,共 12 d 抗真菌治疗,使用伊曲康唑后体温正常,停药 2 d 后再次出现体温上升至 38℃。故选用两性霉素 B 治疗,其剂量变化如下(均为每日使用 1 次):12.5 mg,共 3 d;10 mg,共 6 d;15 mg,共 5 d;25 mg,共 20 d,使用达 1 个月,累积总量约 700 mg,患者使用两性霉素 B 后体温完全恢复正常,停药 2 个月,未反弹。复查胃镜示食管黏膜糜烂充血及伪膜消失,刷片未找到菌丝。

1.2 病例 2 男,45 岁,因“间断发热半月,加重 1 周”入本院呼吸科。患者入院时查体:体温 38.9℃,咽部充血,胸壁见散

在红色充血性皮疹,压之褪色,余未见明显异常体征。胸片提示双下肺感染,查血图分析示白细胞 $29.15 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 87.4%。骨髓穿刺可见中毒颗粒、感染性骨髓象;抗线粒体抗体、抗核抗体、类风湿因子、结核抗体、PPD 皮试、抗 HIV、血和骨髓培养均为阴性。入本院后予左氧氟沙星联合哌拉西林他唑巴坦治疗 9 d,患者仍持续发热,予甲基强的松龙 40 mg 静脉滴注对症处理,体温可下降至 37℃。换予氟氯西林钠 1 g,每 12 小时 1 次,治疗 15 d,同时甲基强的松龙 40 mg 静脉滴注每日 1 次治疗 1 周后改为口服泼尼松 40 mg,每日 1 次,体温波动在 37~38.5℃。血图分析白细胞计数 $25.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 85.3%,结合患者精神状态良好、多形性皮疹、血象示白细胞升高明显,考虑成人 Still 综合征。激素改为甲基强的松龙 40 mg 静脉滴注,每 12 小时 1 次,体温维持 37.5℃,但 3 d 后体温再次升高至 39℃,而转入本科。入本科后受病例 1 的启发,对患者行电子胃镜检查,镜下全食管可见白色覆盖物,活检刷取标本送检;胃窦见黏膜充血肿胀,散在糜烂点,红白相间,提示浅表性胃窦炎伴糜烂、真菌性食管炎。分析为抗菌药物的不合理使用及激素应用所致,予两性霉素 B 抗真菌治疗。开始予患者两性霉素 B 12.5 mg,每日 1 次,同时将甲基强的松龙减量至 40 mg,每日 1 次。两性霉素 B 使用 3 d 后患者体温即恢复正常,故加大剂量至 15 mg,同时甲基强的松龙减量至 30 mg。5 d 后再次将两性霉素 B 加大剂量至 20 mg,甲基强的松龙减量至 20 mg。但患者因工作原因于本科住院 10 d 后出院,院外嘱患者继续使用口服氟康唑治疗至 1 个月,激素改为泼尼松 15 mg,每日口服 1 次,并逐周减量 5 mg 至停用。患者激素已停用 2 周,氟康唑停用 1 周,未再次出现发热。

2 讨论

2 例病例均以发热为主要表现,且均通过骨髓穿刺、胸部 CT、自身免疫指标筛查等全身多系统检查,排除血液或淋巴系统肿瘤及 HIV 感染。第 1 例患者为中年女性,咽部充血,最高体温 39℃以上,有畏寒,无寒战,午后可自行退热至正常体温,退热时伴有少量出汗,白细胞正常,中性粒细胞百分比略为增高,首先考虑为病毒所致的上呼吸道感染,在治疗上应以休息和抗病毒治疗为主,而该患者先后使用 6 种抗菌药物治疗,存在抗菌药物的使用适应证把握不严格及更换频繁等问题,最终导致二重感染出现。临床上以发热为主要表现的念珠菌感染较少见,且患者为食道下段及胃底真菌感染,其感染部位不易发现^[6]。此患者行 CT 检查提示胃窦壁增厚,进而行电子胃镜检查提示霉菌性食管炎,经抗真菌治疗后病情得到控制。第 2 例患者为中年男性,以发热、四肢关节及肌肉酸痛、肺炎、中性

粒细胞计数大于 $15 \times 10^9/L$ 、感染中毒症状轻为主要特点,考虑成人 Still 综合征,证据比较充分,但在治疗中对成人 still 综合征的诊断信心不足,使用了长达 32 d 的抗菌药物,再加上激素的应用,导致了霉菌性食管炎发生。2 例患者应用两性霉素 B 抗感染治疗,承受了该药的严重不良反应,第 1 例患者住院 80 d,第 2 例患者住院 40 d,明显增加了住院天数和医药费用,应引以为戒。

参考文献:

[1] 邱清武,林木兴. 真菌性食管炎 12 例报告[J]. 中华腹部疾病杂志,2005,5(2):120.
 [2] 郑菊芹,姜添荣. 霉菌性食管炎 198 例临床分析[J]. 实用
 • 短篇及病例报道 •

心脑血管病杂志,2010,18(4):469-470.
 [3] 庄维彬. 真菌性食管炎的临床诊治分析[J]. 中国实用医药,2009,4(19):92-93.
 [4] Yang GD, Lu PX, Qin J. Radiologic diagnosis for AIDS patients complicated with candidal esophagitis[J]. Chin Med J(Engl),2011,124(7):965-967.
 [5] 周军,周红,郑玲艳. 内镜诊断真菌性食管炎 42 例[J]. 武警医学,2012,23(3):258-259.
 [6] 吴志勤,徐文胜,倪武. 以发热为主要表现的食管念珠菌病 1 例[J]. 中国感染与化疗杂志,2009,9(4):304.

(收稿日期:2013-06-08 修回日期:2013-08-12)

左室中部梗阻性肥厚型心肌病合并心尖部室壁瘤 1 例

林明宽¹,梁柳丹²,贾玉和³,汪英男⁴,刘浩^{5△},孔令兴⁶

(1. 海南省农垦三亚医院科室心内科,海南三亚 572000;2. 海南省农垦三亚医院科室心内科,海南三亚 572000;
 3. 北京阜外心血管病医院科室心内科 100037;4. 北京阜外心血管病医院科室心内科 100037;
 5. 广西医科大学第一附属医院科室心内科,南宁 530021;6. 海南省海口市 120 急救中心 570311)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.30.056 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2013)30-3719-02

关于肥厚性心肌病的报道很多。到目前为止有关左室中部梗阻性肥厚型心肌病合并左室心尖部室壁瘤报道罕见。现报道左室中部梗阻性肥厚型心肌病合并左室心尖部室壁瘤 1 例。

1 临床资料

患者,男,49 岁,体检发现心电图异常 20 余年,胸闷、气短、心悸 3 年。20 余年前,患者在当地医院体检发现心电图异常,T 波倒置(具体不详),考虑“肥厚性心肌病”。2009 年 5 月,患者出现胸闷,伴心悸,自行持续数分钟缓解。2012 年 8 月 27 日胸闷、气短再发,伴心悸、头晕、出汗,症状持续不缓解来海南省农垦三亚医院治疗,诊断考虑“肥厚性心肌病,室性心动过速”,予输液、电复律。查体,脉搏:68 次/分 血压:100/60 mm Hg,体征无异常。动态心电图:(1)多源性室性早搏,成对室早,室早二联律,短阵室速;(2)室内传导阻滞;(3)ST-T 改变。心电图(图 3):I、II、AVF、V2-V6 导联 T 波倒置,II、III、AVF、V4~V6 导联可见 q 波,II、III、AVF 导联 ST 段抬高 0.1 mv,V3~V6 导联 ST 段抬高 0.1 mv。心脏彩超:左心房:42 mm,左心室:51 mm,左心室射血分数:47%,左房增大。左室壁增厚,以中部增厚为著,最厚处约 31 mm,室壁回声粗糙,运动减低。收缩期左室中部狭窄。心尖部室壁变薄,向外膨出,范围约 41 mm×40 mm,可见反向搏动。左室腔呈“葫芦形”(图 1)。心脏超声诊断:梗阻性肥厚型心肌病(左室中部),左心功能减低,心尖部室壁瘤形成。冠状动脉造影:左右冠状动脉未见异常,左室中部狭窄,左室心尖巨大室壁瘤形成(图 2),左心 EF:32%。心肌酶及肌钙蛋白均在正常范围。心电图示:I、II、AVF、V2~V6 导联 T 波倒置,II、III、AVF、V4-V6 导联可见 q 波,II、III、AVF 导联 ST 段抬高 0.1 mv,V3~V6 导联 ST 段抬高 0.1 mv(图 3)。静态心肌灌注+PET-CT:心尖

部和侧壁心尖段血流/代谢受损;下壁部分心肌存活(图 4)。



图 1 心脏超声检查

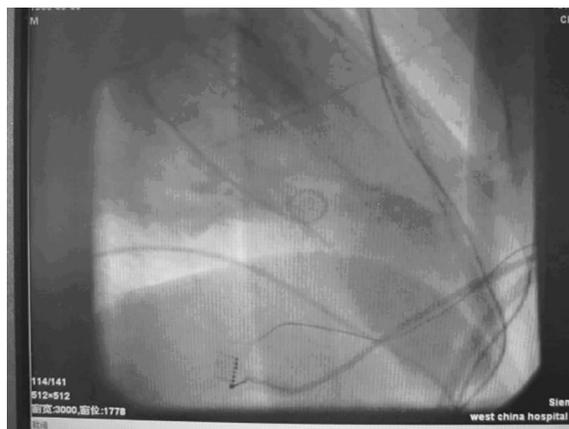


图 2 冠脉造影检查