

• 个案与短篇 •

痰标本分离出泛耐药嗜麦芽窄食单胞菌 1 例

郑卫东¹, 陈 烨²

(湖北医药学院:1. 附属人民医院检验科;2. 医学检验系, 湖北十堰 442000)

DOI:10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2012. 08. 073

文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2012)08-1021-01

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种重要的慢性呼吸系统疾病,患病者较多,死亡率较高。COPD 患者在急性发作期过后,临床症状虽有所缓解,但其肺功能仍在继续恶化,并且由于自身防御和免疫功能的降低以及外界各种有害因素的影响,经常反复发作,继而逐渐产生各种心肺并发症。

1 临床资料

患者,男,55 岁,反复咳嗽、咳痰 20 年,喘息 10 年,加重 1 月。患者 20 年来反复出现咳嗽、咳痰,好发于冬春季或受凉后,每次加重后多在抗感染等治疗后减轻。近 10 年患者出现喘息,近 5 年间断出现双下肢水肿。患者 1 月前无明显诱因出现喘息加重,自行增加强的松用量至 30 mg/d,伴咳嗽,有痰不易咳出。近 10 d 在当地社区医院输液(头孢菌素类)治疗,喘息无明显缓解。近 2 d 患者喘息较前加重,伴纳差,无发热、咯血、心悸、夜间阵发性呼吸困难,2011 年 3 月 1 日以“慢性阻塞性肺疾病急性加重期”入院。入院查体:T 36 ℃,P 128 次/分,R 28 次/分,BP 130/80 mmHg;神志清楚,能正确回答问题;被动右侧卧位,库欣面容,面色潮红,查体合作;皮肤黏膜未见黄染及出血点,浅表淋巴结未触及明显肿大,颈软,颈静脉怒张,口唇紫绀,咽充血,桶状胸,双肺呼吸音低,双肺可闻及湿啰音及散在哮鸣音。心节律不齐,偶闻及早搏,腹软,膨隆,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,双下肢无明显水肿,四肢皮肤菲薄,血管略显露。入院急查血常规示:WBC $8.29 \times 10^9/L$,N 94%;血气分析:PH 7.34,PO₂ 80.6 mmHg,PCO₂ 72.7 mmHg,血生化无明显异常;胸部 CT 提示双肺多发小叶中央型肺气肿及肺大泡,肺门无扩大,纵隔无移位。痰培养和药敏试验结果:入院后 7 次痰培养结果均为嗜麦芽窄食单胞菌,药敏试验除对米诺环素中介外,对甲氧苄啶/磺胺甲噁唑、左氧氟沙星、氯霉素、头孢他啶和替卡西林/克拉维酸均耐药。第 5~7 次痰培养除检出嗜麦芽窄食单胞菌外,也检大肠埃希菌及多重耐药的鲍曼不动杆菌,且鲍曼不动杆菌仅对头孢哌酮/舒巴坦敏感。

入院诊断:(1)慢性阻塞性肺疾病急性加重期;(2)慢性肺源性心脏病;(3)呼吸衰竭;(4)库欣综合征(药物性)。

2 讨 论

所有检出菌株的鉴定依据《全国临床检验操作规程》(第 3 版)^[1];药敏试验执行 CLSI(2009 版)标准^[2]。由于嗜麦芽窄食单胞菌含有多重 β-内酰胺酶,对大多数临床常用的抗生素和众多 β-内酰胺类(如碳青霉烯类)天然耐药^[3]。目前尚无标准方法用于该菌的耐药性检测,CLSI(2009 版)暂定做米诺环素、甲氧苄啶/磺胺甲噁唑、左氧氟沙星、氯霉素、头孢他啶和替卡西林/克拉维酸药敏,并给出了相应的解释标准,对其他抗菌药

物均不推荐。

本例患者病情复杂,多脏器均有不同程度损害,长期大量使用激素和抗生素,体质较差,免疫力低下等原因易导致多重耐药菌株的感染。入院后痰培养结果未明确时,连续数日经验给予亚胺培南/西司他汀、左氧氟沙星联合抗感染,治疗无效。临床加用甲氧苄啶/磺胺甲噁唑,继续予以抗感染、解痉平喘、化痰、呼吸机辅助呼吸、维持酸碱电解质平衡等对症支持治疗,病情仍无缓解。后根据菌株鉴定、药敏报告确定为泛耐药嗜麦芽窄食单胞菌。经相关专家会诊,停用亚胺培南/西司他汀、左氧氟沙星、甲氧苄啶/磺胺甲噁唑,更换为大剂量米诺环素和头孢哌酮/舒巴坦联合抗感染,注意肝功能监测,继续呼吸机辅助呼吸、解痉平喘、化痰、利尿等对症支持治疗 2 周后,痰培养结果未检出致病菌,患者咳嗽、咳痰、喘息明显减轻,症状缓解出院。

嗜麦芽窄食单胞菌是一种非发酵革兰阴性杆菌,广泛存在于水、土壤、动物体内,是条件致病菌,主要好发于免疫力低下或长期大量使用广谱抗生素者。以往嗜麦芽窄食单胞菌感染临床并不常见,近年来,由于广谱抗生素的大量使用及各种人工置入器材应用的增多,该菌逐渐成为医院感染的重要病原菌之一,表现出复杂的耐药性^[4]。虽然文献报道该菌常见于痰标本中,且多重耐药现象严重,但检出泛耐药的嗜麦芽窄食单胞菌报道很少^[5]。本例患者病程长,长期使用广谱抗生素,容易引起嗜麦芽窄食单胞菌的泛耐药现象。入院后又使用呼吸机辅助治疗,容易导致鲍曼不动杆菌引起的呼吸机相关性肺炎,也容易引起大肠埃希菌的混合感染。

参考文献

- [1] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2007:736-834.
- [2] Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing[S]. Wayne PA:CLSI, 2009.
- [3] 周庭银.临床微生物学诊断和图解[M].2 版.上海:上海科学技术出版社,2007:210-213.
- [4] Munter RG, Yinnon AM, Schiesinger Y, et al. Infective endocarditis due to *Stenotrophomonas maltophilia*[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 1998, 17(4):353-356.
- [5] 王爽,李东.2005~2008 年嗜麦芽窄食单胞菌的耐药性变迁[J].微生物杂志,2010,30(3):93-95.

(收稿日期:2012-01-27)