

四联球菌败血症9例报告

袁宝强

(附院儿科)

四联球菌是条件致病菌,在机体抵抗力减低或滥用抗生素后可侵入组织而引起感染。本文报告了我科1983年7月至1987年11月间资料完整的9例四联球菌败血症。

临床资料

一、一般资料:男7例,女2例。<28天2例,~1岁3例,~3岁2例,~8岁2例;最小5天,最大8岁。来自农村7例,市区2例。

二、临床表现:发热8例,多在38~39℃,其中5例不规则热型,3例弛张热型并伴有寒战、出汗,热程在8~112天,平均47天。1例体温不升,伴有反应差,少哭少动。纳差6例,呕吐4例,腹泻4例,均为水样便,10余次/天。气促6例,5例伴有咳嗽。皮疹4例。2例为丘疹,2例为反复一过性荨麻疹。精神萎靡、嗜睡或烦躁不安4例,阵发性抽风2例,头痛1例。体征:皮肤黄染1例,颈项强直1例,1例左耳道脓性分泌物,贫血3例,2例肺部中小平泡音,其中1例伴有右侧积液征,1例胸骨左缘第2~4肋间闻及3~4级收缩期杂音,肝脏肿大6例,肋下2.5~4.5cm,质地Ⅱ°~Ⅲ°,其中1例伴有肝区叩击痛,臀部溃疡2例,脐红肿1例。

三、实验室检查:周围血中白细胞总数9例均升高,在 $10.2\sim 29\times 10^9/L$ 之间,分类计数中性粒细胞 ≥ 0.6 7例。1例尿中脓细胞5~10个,尿培养阴性。1例粪便培养中连续四次培养出鼠伤寒沙门氏菌。1例胸腔积液为脓性。1例2次肝穿抽出脓样液体。1例脑脊液混浊,白细胞计数 7200×10^6

/L,糖 0.31mmol/L ,蛋白 25g/L 。1例作1秒钟肝穿刺,光镜下见脂肪肝,轻度间质性肝炎,皮疹印片2例未见组织细胞。

本文9例作培养22次(血培养18次,骨髓培养2次,脓液培养2次),获得四联球菌生长者14次,计血培养10次,骨髓培养2次,脓液培养2次。其中1例除血培养为四联球菌外,连续4次大便培养为鼠伤寒沙门氏菌,阳性标本均做药敏试验。

四、治疗:虽然药敏试验与临床治疗效果不完全符合,但有一定参考价值。本文中患儿在培养结果报告之前均选用两种抗生素,兼顾革兰氏染色阳性或阴性细菌,若临床治疗有效,则继续应用,直至痊愈;若疗效差,则根据药敏试验换用抗生素。如1例并发脑膜炎患者,虽然先锋霉素、丁胺卡那霉素高敏,氯、氨苄青霉素低敏,但应用青+氯霉素后临床症状明显好转,脑脊液中白细胞由 $7200\times 10^6/L$ 减少到 $8\times 10^6/L$;1例开始应用新青霉素Ⅱ和庆大霉素8天体温不降,改用高敏药物氯及氨苄青霉素后5天体温正常。总的来说治疗有效的药物大部分为细菌敏感药物,而且敏感程度与疗效有一定关系。另外,加强支持疗法,增加营养,输血或血制品以增强机体的抵抗力。

讨 论

四联球菌为革兰氏染色阳性菌,多认为该菌为条件致病菌,广泛存在于正常人的口腔、呼吸道等粘膜上,毒力轻微,当机体免疫功能降低或紊乱时,可造成各种组织的感染如化脓性伤口,肺炎后脓胸,脑膜炎,关

节炎,败血症等。国内冯志尧于1955年首次报道该菌引起的脑膜炎⁽¹⁾,以后陆续有报道,但多为成人感染,小儿少见。本文9例四联球菌败血症,除具有败血症的一般临床表现外,具有下列特点:①除2例外其它均有原发或并发病。2例的原发病灶为臀部脓肿;1例以腹泻入院,大便培养为鼠伤寒沙门氏菌,腹泻好转后再次发热,血培养见四联球菌生长。由于原发病或并发病的存在,导致或加重机体抵抗力下降,而使得条件致病菌侵入组织,造成感染。②9例中有6例肝脏轻到中度肿大,其中3例因肝肿大疑诊为代谢性疾病入院,经血培养及骨髓培养得以确诊为败血症。卢氏曾报道10例中有6例肝脾均肿大⁽²⁾。这是因为在感染时,肝脏中的网状内皮细胞大量增生,肝细胞浊肿、脂肪浸润、变性。本文有1例作1秒钟肝穿刺活

检,显微镜下见肝细胞脂肪浸润,间质炎变。③4例出现皮疹,2例表现为丘疹,上附痂皮,曾考虑为勒雪氏病,作皮疹印片未见组织细胞而排除。2例表现为荨麻疹,结合病情,曾误诊为金黄色葡萄球菌感染。文献中亦有类似报道。④常用抗生素对该菌敏感度较低,以低敏或不敏为主。究其原因可能因为目前滥用抗生素的状况依然普遍,尤其基层卫生单位;再者该菌广泛存在于自然界及人体多个部位,毒力弱;第三该菌在人体内形成荚膜,抗生素只有透过这层屏障才能发挥作用,因此病程相对较长。四联球菌败血症的治疗,除选用敏感抗生素外,尚注意原发病或并发病的治疗,并加强支持疗法。

[本文承蒙姚福宝教授审阅,特此致谢]

参 考 文 献

1. 冯志尧. 四联球菌脑膜炎. 中华医学杂志 1955, 41(7): 667.
2. 卢君健, 等. 四联球菌败血症(附10例报告). 天津医学, 1979, 7(6): 251.
(1988年2月10日 收稿)

(上接第146页)

分, W 3.1kg。神清萎, 中度贫血貌, 全身散在针尖大小出血点和少数芝麻大小黄色痂疹微隆于皮面。肺音粗, 心(-)。腹膨隆, 软, 肝肋下3.5cm, 质I⁺, 脾肋下4.5cm, 质II[°], 无移动性浊音, 脐有血性分泌物。NS(-)。全身浅表淋巴结未扪及。

辅助检查: 红细胞 $3.5 \times 10^{12}/L$, 色素75g/L, 白细胞 $34.9 \times 10^9/L$, 中性0.03, 淋巴0.9, 幼稚细胞偶见, 有核红0.06。血小板 $10 \times 10^9/L$ 。骨髓象: 粒红二系增生活

跃, 形态无明显改变, 血小板少。X线: 右下肺见小斑片状影, 腹部未见钙化影。腹股沟组织液病理检查: 多数恶性肿瘤细胞(淋巴瘤细胞)。

住院两天后腹壁水肿逐日加重, 腹胀, 脾增大至脐下, 住院第五日热退, 粪色浅绿, 第七日巩膜黄染, 尿胆红素(+), 当晚死于进食呛咳。死后腹软, 左侧腹腔扪及一包块, 与脾不相连。血培养(-)。大便隐血(+).

(1988年1月17日 收稿)