

## 5 结 论

左心室收缩末期容量明显增大,特别是  $ESV > 100 \text{ ml}$  或  $\Delta ESV$  在 1 个月内增加 20% 是提示预后不

良的敏感指标。若同时伴有左心室射血分数  $< 0.40$  其敏感性更高。

(收稿日期:2003-01-06)

(本文编辑 李棉生)

## ·病例报告·

### 微生态调节疗法治疗老年人抗生素相关性腹泻 1 例报告

吴仲文 李兰娟 盛吉芳

#### 1 病例摘要

患者,女性,78 岁。因反复咳嗽、咯痰、气急 3 年再次发作 1 个月加重 3 d,于 2003 年 2 月 14 日住院治疗。患者 3 年前冬季因“上感”后出现咳嗽、咯痰,伴有气急,夜间能平卧,无双下肢浮肿,以后有多次类似发作,经抗生素等治疗均可缓解。1 个月前上述症状再次出现,咯白色粘痰、量少、不易咯出,不伴发热。入院时查体: $T:36.7^{\circ}\text{C}$ ,  $P:80 \text{ 次/min}$ ,  $R:21 \text{ 次/min}$ ,  $BP:204/93 \text{ mmHg}$  ( $1 \text{ mmHg} = 0.1333 \text{ kPa}$ ),口唇发绀,颈静脉不怒张。心界无明显扩大,未闻及病理性杂音,两肺有广泛哮鸣音,肝脾肋下未解触及,双下肢不浮肿。心脏超声显示:左室舒张功能减退,少量心包积液。胸片显示:两侧胸膜改变,主动脉钙化。肺功能检查显示:重度阻塞性通气功能障碍。心电图显示:窦性心律,频发室性早搏。血常规检查:白细胞计数:  $6.3 \times 10^9/\text{L}$ ;中性粒细胞:0.64;血红蛋白:124 g/L。诊断为慢性阻塞性肺病急性加重期,高血压病,心功能 3 级。给予抗感染(氧氟沙星 0.4 g/d,静滴 15 d;克林霉素 1.2 g/d,静滴 15 d,氟康唑 0.2 g/d 静滴 9 d)、化痰、平喘、降压等综合治疗。

患者于 3 月 8 日出现畏寒发热,  $T:38.8^{\circ}\text{C}$ ,咳嗽、咯痰加重,血常规检查:白细胞计数:  $16.3 \times 10^9/\text{L}$ ;中性粒细胞:0.20,改用左氧氟沙星(可乐必妥)。3 月 12 日出现腹泻、黄色糊状便或水样便,10 余次/d,

大便培养未检出沙门菌和志贺菌,加用去甲万古霉素后,患者仍发热  $T \geq 37.6^{\circ}\text{C}$ ;腹泻,黄色水样便、7~8 次/d,无粘液、无脓血;血象:白细胞计数:  $23.9 \times 10^9/\text{L}$ ,中性粒细胞:0.91;血培养阴性;胸片无异常改变;大便涂片以革兰阳性杆菌为主;诊断为“抗生素相关性腹泻”,首先以难辨梭菌考虑。停用所有抗生素,改用大剂量微生态制剂治疗:双歧三联活菌胶囊(培菲康)10 粒、3 次/d,乳酸菌素片 6 片、3 次/d,地衣芽孢杆菌活菌制剂(整肠生胶囊)2 粒、3 次/d,5 d 后大便成形,1 次/d,体温恢复正常,咳嗽、气喘症状明显缓解,血象逐渐恢复正常。

#### 2 讨 论

长期应用广谱抗生素如克林霉素、氨苄西林(氨苄青霉素)等易引起抗生素相关性腹泻,尤其是老年人。本例患者出现抗生素相关性腹泻,考虑主要与应用克林霉素有关。克林霉素有很强的抗厌氧菌活性,可杀灭肠道内的专性厌氧菌,引起肠道微生态失调,严重削弱肠道定植抗力,肠壁功能障碍,使对克林霉素等有抗性的细菌过度生长,导致 III 度菌群失调及肠内各种毒素吸收增加,引起一系列的临床症状。因此,根据微生态学定植抗力及生物夺氧等理论,对本例病人采用超常规的大剂量组合式的微生态调节剂,在较短时间内有效地控制了病情,取得了显著疗效。本病例观察表明,调节、恢复肠道微生态平衡是治疗老年人抗生素相关性腹泻的有效方法。

(收稿日期:2003-05-26)

(本文编辑 缪其宏)

作者单位:310003 杭州,浙江大学医学院附属第一医院

作者简介:吴仲文:男性,在读医学博士研究生,讲师

通讯作者:吴仲文,0571-87236755