

菌药物。以前我们的临床治疗时常常应用亚胺培南,而本实验结果表明亚胺培南治疗效果较差,这改变了以前首选亚胺培南治疗创伤弧菌感染的观点,况且亚胺培南的价格昂贵。当小鼠感染创伤弧菌后推迟治疗,这 7 种人体常用治疗剂量抗菌药物均无效,推测创伤弧菌进入体内繁殖快,迅速产生毒素或某些酶而致多脏器功能衰竭。

本研究发现这些抗菌药物的联合应用大多抗菌作用明显增加,头孢哌酮+左旋氧氟沙星、头孢哌酮+奈替米星、奈替米星+多西环素联用效果最好,其次为左旋氧氟沙星+多西环素、头孢哌酮+氯霉素、左旋氧氟沙星+氯霉素,而头孢哌酮+多西环素疗效无明显增加。抗菌药物联合的作用机制可能为:喹诺酮类抗菌药物主要抑制细菌 DNA 螺旋酶(gyrase),左旋氧氟沙星体外抗菌活性是氧氟沙星的两倍,而其他抗菌药物作用于不同的环节,两者合用能产生协同作用,左旋氧氟沙星+头孢哌酮、左旋氧氟沙星+多西环素、左旋氧氟沙星+氯霉素联合应用,抗菌作用增强。头孢菌素抑制细菌细胞壁合成,使氨基苷类更易进入细胞内,发挥抑制蛋白质的作用,头孢哌酮+奈替米星合用也产生协同作用。多西环素为慢效抑菌剂,与头孢菌素类合用会产生无关作用,多西环素+头孢哌酮疗

效无明显增加。氯霉素主要通过抑制细菌核糖体 50S 亚基结合,抑制肽酰基转移酶,使蛋白质合成受阻,与头孢哌酮合用作用增强。奈替米星和多西环素均与细菌核糖体 30S 亚基结合,抑制蛋白质合成,两者合用会产生无关作用,但是我们发现其作用增强,机制待进一步研究。另外,抗菌药物联合治疗后存活 7 d 小鼠的血培养无致病菌生长,肝、肾、肺主要脏器的超微结构也恢复,这也支持创伤弧菌感染必须尽早联合应用有效的抗菌药物,才能确保较好治疗效果。

参 考 文 献

- 1 Nakafusa J, Misago N, Miura Y, et al. The importance of serum creatine phosphokinase level in the early diagnosis, and as a prognostic factor, of *Vibrio vulnificus* infection. *Br J Dermatol*, 2001, 145:280-284.
- 2 李秉煦, 吴慧珍, 卢中秋, 等. 原发性创伤弧菌感染 12 例. *中国麻风皮肤病杂志*, 2001, 17:91-94.
- 3 Bowdre JH, Hull JH, Cocchetto DM. Antibiotic efficacy against *Vibrio vulnificus* in the mouse: superiority of tetracycline. *J Pharmacol Exp Ther*, 1983, 225:595-598.
- 4 Chuang YC, Ko WC, Wang ST, et al. Minocycline and cefotaxime in the treatment of experimental murine *Vibrio vulnificus* infection. *Antimicrob Agents Chemother*, 1998, 42:1319-1322.

(收稿日期:2002-11-18)

(本文编辑 李欣)

· 读者来信 ·

对黑热病诊断的疑问

吴友根

《中华传染病杂志》2002 年 8 月发表了《二性霉素 B 治疗黑热病一例》和《黑热病致下消化道大出血一例》2 篇文章。笔者就文中有关黑热病的诊断问题提出自己的不同意见,谨供同道参考和指正。

1. 从流行病学来看,此 2 例均不在流行区域、且非流行季节,因此可以说若有黑热病发生确实罕见。此点不支持黑热病的诊断。

2. 葡萄糖酸锑钠仍为首选高效低毒杀利什曼原虫药,具有作用快、疗效高、疗程短以及不良反应少等优点。而这 2 例患者治疗效果均不佳,此点也不支持黑热病的诊断。

3. 例 1 用二性霉素 B 治愈倒更加支持深部真菌病。

4. 急性播散性组织胞浆菌病可有脾肿大、淋巴结病变、贫血及白细胞降低,犹如利什曼病,应注意鉴别;迄今二性霉素 B 仍是播散性组织胞浆菌病的最佳疗法,未治疗者病死率高达 83%。

5. 2 例唯一支持黑热病诊断的依据为脾组织、骨髓中发现利杜体。而文中示浙江省尚无该病报道,故而报告人员能否排除组织胞浆菌病值得怀疑。

故文中黑热病应与组织胞浆菌等疾病进一步鉴别。若从涂片上不能排除组织胞浆菌病,可进行骨髓真菌培养,请资深专家鉴别,查找患者免疫功能低下的证据,因为真菌感染多见于免疫功能低下者。

(收稿日期:2003-01-03)

(本文编辑 沈漱瑜)

作者单位:617023 四川省攀枝花市 19 冶医院感染科