

· 病例报告 ·

一例布鲁菌病的临床转归

其其格 娜丽 乌云

布鲁菌病(Brucellosis)是由布鲁氏菌属(*Brucella*)细菌所致的人兽共患变态反应性传染病,我国共有28个省(自治区、直辖市)有疫情报告,且多见于内蒙古、东北和西北等牧区。2007年内蒙古人布鲁菌病新发病例数8 117例,占全国病例总数的41.61%,居全国首位,其中锡林郭勒盟和乌兰察布市上升最为明显^[1]。本文对就诊于本院,并行诊断和治疗的布鲁菌病患者1例的临床转归报道如下。

一、临床资料

患者,男,47岁,因双下肢麻木,左侧肢体偏瘫,排尿困难12 d以“椎管内占位性病变”收住于某院脑外科。

该患者于4个月前无明显诱因出现反复发热,伴盗汗、咳嗽、四肢无力,当地以“感冒”输液治疗,并同时服中药,效果不佳。40 d前出现后颈背部疼痛,且进行性加重,某院诊断为“布鲁菌病”,予以“左氧氟沙星+利福平”输液治疗,病情缓解不明显。12 d前出现双上肢麻木,左侧肢体偏瘫,排尿困难,行头颅CT未见异常,考虑颈椎病,建议转本院治疗。2 d前就诊于本院,行腰骶椎MRI示:尿潴留;颈椎MRI显示:颈5~6椎体水平椎管内神经源性肿瘤并脊髓水肿,入脑外科治疗。患者自发病以来,无头痛、头晕,无恶心、呕吐症状,精神睡眠可,小便潴留,大便正常。

既往史:无疾病史,无传染病史,无手术及外伤史,无输血史,青霉素过敏。个人史:不规律吸烟、饮酒,无有害物、特殊理化毒物接触史。

婚育史:患者24岁与健康女子结婚,育一子一女,子女及爱人健康。

家族史:2011年1月患者哥哥诊断为布鲁菌病。

入院查体:体温:38.1℃,脉搏:80次/min,呼吸:20次/min,血压:100/60 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa);神志清楚,问答切题,平车推入,查体合作;头颅、五官无畸形;双侧瞳孔等大等圆,约3 mm,光反射(+),双眼球各方运动自如,双眼震阴性;双侧鼻唇沟对称,伸舌居中,咽反射存在,脑膜刺激征(-);胸廓对称,双肺呼吸音清,心律齐;腹平软,无压痛及反跳痛,左侧上肢微活动,肌力Ⅱ级,左下肢无活动,肌力Ⅰ级,右侧肢体肌力Ⅲ级腱反射亢进,生理反射存在,双下肢巴氏征(+),右侧肢体深感觉差。

辅助检查:腰骶椎核磁显示:尿潴留;颈椎核磁显示:颈5~6椎体水平椎管内神经源性肿瘤并脊髓水肿,见图1;颈椎X线可见C6椎体骨质破坏,性质待定;胸椎核磁显示胸椎

未见异常;肌电图未见异常;胸X线可见慢性支气管炎;超声结果显示:肝、胆、脾、胰、双肾均未见异常;血常规:白细胞:5.82×10⁹/L,淋巴细胞百分比为28%,单核细胞百分比为9.5%,中性粒细胞百分比为58.9%,血红蛋白为124 g/L,红细胞为4.1×10¹²/L,血小板为214×10⁹/L;肝、肾功能正常;红细胞沉降率:23 mm/h;超敏C-反应蛋白:10.85 mg/L;脑脊液检查:常规检查结果:压力100 mm H₂O,无色透明脑脊液,潘台氏试验弱阳性,细胞数26/mm³,单核细胞比例95%,多核细胞比例5%,脑脊液生物化学指标:糖3.7 mmol/L,氯化物117 mmol/L,脑脊液蛋白0.6 g/L。内蒙古自治区地方病防治中心化验:玻凝平板凝集试验(Rose Bengal plate agglutination test, RBPT)4+;布鲁杆菌IgM 12.33 U/ml;布鲁杆菌IgG > 150 U/ml;试管凝集试验(serum tube agglutination test, SAT)1:100, 4+(1:100为血清稀释度,4+提示100%的菌体被凝集)。

二、结果

该患者根据流行病学史、症状及相关检查诊断为布鲁氏脊柱炎5~6椎体水平椎管内肉芽肿和尿潴留,并给予内科保守治疗,左氧氟沙星0.4 g/d,1次/d(2周)+地塞米松10 mg(2周)+利福平(0.6 g,1次/d)+多西环素(0.1 g,2次/d口服)抗感染治疗1个月后患者症状逐渐好转,拔掉尿管,左侧肢体肌力恢复至Ⅲ级,右侧肢体肌力恢复至Ⅳ级患者出院,复查颈椎核磁显示:颈5~6椎体水平椎管内炎性肉芽肿明显消退,见图2;继续口服利福平(0.6 g,1次/d)+多西环素(0.1 g,2次/d口服)+功能锻炼3个月后,患者肢体肌力正常且功能恢复,继续口服药物治疗。

三、讨论

1. 布鲁杆菌属于胞内寄生菌,人类感染布鲁杆菌可引起全身网状内皮细胞增生,患者呈现多器官病变或某一局部病变。临床上表现为症状各异,轻重不一,复杂多变。可引起脓毒症和神经、循环、生殖系统尤其是骨关节损害,骨关节损害主要见于膝关节、肘关节、髋关节和骶髂关节及脊柱,脊柱中腰椎多发。布鲁菌性脊柱炎,可引起椎体炎、椎间盘炎、骨质增生、骨膜炎、韧带钙化、椎间小关节炎、骶髂关节炎和腰大肌脓肿等^[2-3]。

布鲁菌性脊柱炎影像特征:X线平片示边缘型骨质破坏最常见,椎体中心亦可被侵犯,死骨少见,无椎体压缩征象;椎间小关节间隙变窄甚至消失;下腰椎前后纵韧带钙化;椎间隙狭窄,上下椎体而及椎体缘不规则^[4]。CT检查可见骨小梁粗大紊乱,结构不清,破坏灶边缘有程度不等的硬化,慢性期可有骨刺增生,骨赘向椎体边缘突出;椎旁和前纵韧带钙化,严重时骨桥形成,这种椎体破坏伴有明显的增生性反应为布鲁菌脊柱炎的特征;很少有骨质疏松和死骨形成,寒性脓肿极少见^[5]。MRI检查:脊柱旁可见薄而不规则增强

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2013.01.028

基金项目:内蒙古自治区自然科学基金项目(No. 2012MS11110)

作者单位:010050 呼和浩特市,内蒙古医科大学附属医院感染性疾病科

通讯作者:其其格,Email:qqg1972@126.com

的脓肿壁和界限不清软组织异常信号, T1w 呈低信号, T2w 为高信号; 骨破坏明显时 T2w 高信号, 椎体、间盘、附件及椎管内呈不均高信号; 可发现椎管内硬膜外脓肿、破坏的椎间盘或炎性肉芽组织突入椎管和后纵韧带钙化使脊髓受压^[6]。

2. 该患者来自疫区, 家中养有病畜, 其哥哥明确诊断为布鲁菌病, 在当地地方病防治所及内蒙古地方病防治中心反复血清学(包括虎红平板、试管凝集试验、酶联免疫吸附试验均提示阳性)与影像学检查明确诊断为布鲁菌脊柱炎。患者经左氧氟沙星、利福平、多西环素 3 种抗菌药物联合治疗 1 个月后症状逐渐好转, 拔掉尿管, 肢体肌力恢复, 3 个月后肢体肌力正常, 功能恢复, 颈椎 MRI 表现有显著变化, 肉芽肿变小。综合上述病例特点, 诊断为布鲁菌脊柱炎, 5~6 椎体水平椎管内肉芽肿。一般情况下布鲁菌病一经确诊, 应立即给

予足量、长期、联合抗生素治疗。1986 年 FDA/WHO 国际专家推荐利福平 600~900 mg/d + 多西环素 200 mg/d 口服, 疗程 6 周, 使用 2 疗程。在国内以利福平、多西环素为基础用药, 联合喹诺酮类、头孢三代和氨基糖苷类中的一种^[7], 再加上中、蒙医药联合治疗可取得良好的疗效。

总之, 布鲁菌脊柱炎是一种罕见的脊柱炎, 是布病骨关节系统表现之一, 诊断主要依据流行病学史、临床表现、体征、实验室检查、影像学表现及局部病理结果确诊。当然诊断的金标准应该是血培养阳性, 同时局部病理学结果阳性。本病以内科治疗为主, 需 3 个疗程以上。该病手术治疗报道较少^[9], 本例患者经联合抗菌药物治疗后症状消失, 但经药物治疗 1 个疗程后症状不见好转、脊柱不稳定、脊髓或神经根受压时应采取手术治疗^[10]。

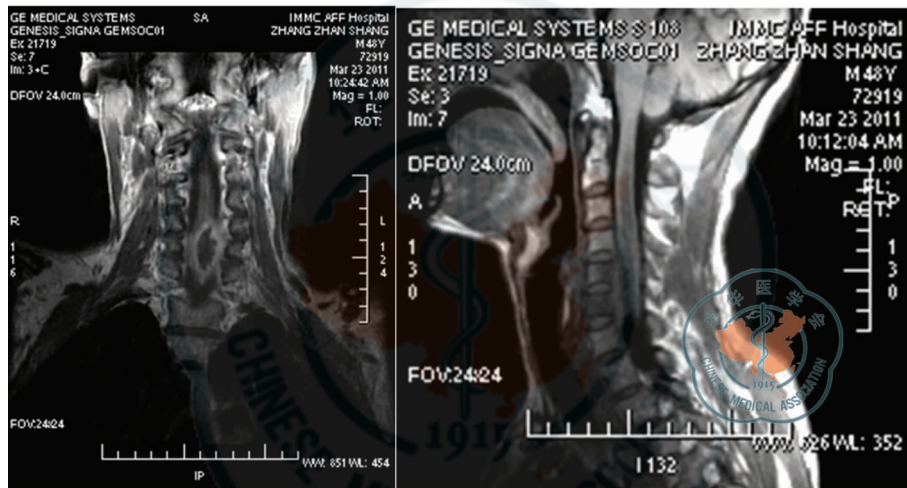


图 1 患者颈 5~6 椎体水平椎管内神经源性肿瘤并脊髓水肿(治疗前正侧位)

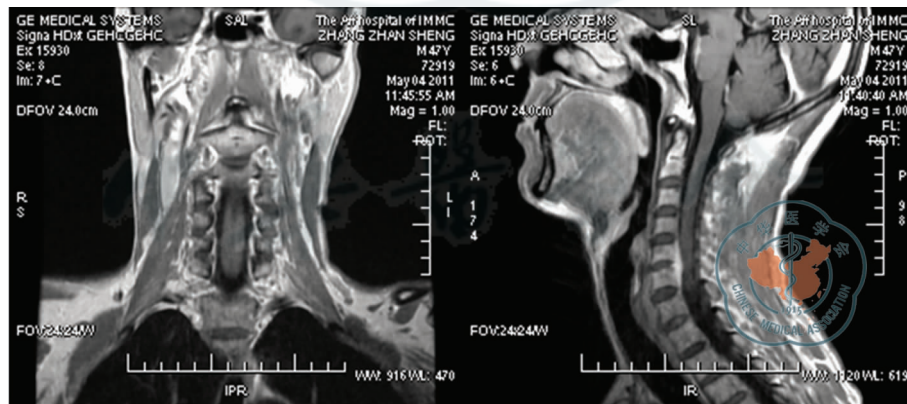


图 2 患者颈 5~6 椎体水平椎管内神经源性肿瘤并脊髓水肿(治疗 1 个月后正侧位)

参 考 文 献

- 1 米景川, 张庆华, 尉瑞平, 等. 内蒙古人间布鲁菌病的流行特征. 中国地方病防治杂志, 2010, 25(1): 34-36.
- 2 杨新明, 石蔚, 杜雅坤, 等. 布氏杆菌性脊柱炎临床影像学表现及外科治疗. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(19): 1463-1466.
- 3 杨新明, 石蔚, 杜雅坤, 等. 布氏杆菌性脊柱炎影像学表现及治疗. 中国人兽共患杂志, 2007, 23(10): 1055-1058.
- 4 周沂博, 周丽华, 张屏. 布氏菌病引起脊柱炎的 X 线与 CT 临床特征. 山西职工医学院学报, 2009, 19(4): 49-50.
- 5 何强, 孙义忠. 布鲁氏菌性脊柱炎的诊断与治疗进展. 中国脊柱脊髓杂志, 2009, 19(12): 935-937.
- 6 刘子厚, 张爱君. 布鲁氏菌性脊柱炎的影像学表现. 中国地方病防治杂志, 2010, 25(4): 260-262.
- 7 Ersoy Y, Sonmez E, Tevfik MR, et al. Comparison of three different combination the treatment of human brucellosis. Trop Doct, 2005, 35(4): 210-212.
- 8 姜广擎. 布氏杆菌性脊柱炎误诊为腰椎结核 6 例分析. 中国误诊学杂志, 2010, 10(28): 6942-6943.
- 9 王季秋. 布鲁菌病造成颈椎硬膜外和椎前脓肿及脊髓压迫症 1 例报告. 中国地方病防治杂志, 2011, 26(1): 45.
- 10 王文涛, 贺利军, 陈向阳, 等. 腰椎滑脱合并布鲁菌病综合治疗 1 例. 第四军医大学学报, 2009, 30(19): 1852.

(收稿日期: 2012-02-01)

(本文编辑: 孙荣华)

其其格, 娜丽, 乌云. 一例布鲁菌病的临床转归[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2013, 7(1): 115-117.

