

· 病例报告 ·

不典型布鲁菌病一例并文献复习

庞玲玲¹ 于鹏飞¹ 王金德² 邹慎春¹

布鲁菌病是一种少见的人畜共患病,对人类健康、畜牧业发展造成重大损害,全世界范围内均有报道,在我国,主要流行于内蒙古自治区、新疆维吾尔自治区、吉林省等地区^[1],是我国《传染病防治法》规定的乙类传染病^[2]。早在1814年,英国Burne便对其有所描述,“提灯女神”南丁格尔长期的头痛便是因感染布鲁杆菌所引起。现将滨州医学院烟台附属医院呼吸内科1例布鲁菌病病例报道如下,并对相关文献进行复习。

一、病例资料

患者,男性,34岁,农民,既往体健,从事家畜及家禽饲养工作,因“发热40天”于2014年10月21日入院。患者入院前40 d饮酒后出现畏寒、发热,体温最高达38.5℃,热型不规则,无寒颤,无咳嗽、咯痰,无乏力、盗汗,无恶心、呕吐,无腹痛、腹泻,无尿急、尿频,无心悸、胸闷,无多汗、周身不适等症状,发热时伴有左侧髋关节轻度酸痛,无明显活动障碍,体温可自行降至正常且维持1周,后症状再次反复,院外自服“头孢地尼”3 d,疗效不佳,为进一步诊治来本院。

二、入院查体

患者神志清楚、精神正常,体温39.0℃,心率76次/min,呼吸19次/min,血压106/75 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),周身无皮疹、出血点、多汗,心、肺查体正常,腹部软,无压痛、反跳痛,肝脾未触及肿大,四肢关节压痛不明显,肌力正常,病理征(Babinski征、Chaddock征、Oppenheim征及Gordon征)阴性。

实验室检查:白细胞计数 $4.8 \times 10^9/L$,红细胞计数 $5.5 \times 10^9/L$,血小板计数 $220 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比为60%,淋巴细胞百分比为23%;ALT为67 U/L,AST为75 U/L;红细胞沉降率为14 mm/h;肾功能、胸部CT、髋关节平片、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、降钙素原

(procalcitonin, PCT)无明显异常;类风湿因子、抗-中性粒细胞胞浆(anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA)、呼吸道病毒抗体谱阴性;腹部超声显示脾大。

三、诊疗经过

入院后予以热毒宁注射液清热解毒及对症保肝、退热治疗,未使用抗菌药物,患者住院2 d后体温有所降低,最高体温37.2℃,后再次出现发热。入院后1周血培养见马耳他布鲁杆菌生长,布鲁菌病诊断明确。给予利福平联合多西环素静脉输注治疗,患者4 d后体温恢复正常,目前继续治疗及病情观察。

讨论 根据病原分类,布鲁杆菌分别由有马耳他布鲁杆菌、流产布鲁杆菌、猪布鲁杆菌、林鼠布鲁杆菌、绵羊布鲁杆菌和狗布鲁杆菌6个种,共20个生物型。其中,马耳他布鲁杆菌为羊型布鲁杆菌致病力最强。布鲁杆菌为小球杆菌或短杆菌,革兰染色阴性,在外界环境中有较强的抵抗力,低温环境下可存活1个月左右^[3]。

布鲁杆菌通过直接接触破溃皮肤、黏膜或摄入被家畜污染的食物传播给人,人人传播较少见^[4]。布鲁杆菌多寄居于人单核巨噬细胞系统内,潜伏期一般为1~3周,甚至更长,病程6个月以内为急性期,超过6个月迁延未愈称为慢性期。临床表现以发热、多汗、乏力以及肌肉关节疼痛为主^[5]。发热热型不定,多以波状热为主,伴有畏寒、头痛等不典型症状;多汗以夜间为主,急性期较为严重;关节痛以游走性、多发性大关节疼痛为主,慢性期可表现为脊柱关节畸形、疼痛及功能障碍^[6];急性期患者辅助检查可见肝脾及淋巴结肿大。少许男性患者可见睾丸炎,女性患者可见卵巢炎,极少数患者可见心、肾及神经系统受累表现^[7]。Tolaj等^[8]极为罕见报道,布鲁杆菌病合并下肢深静脉血栓形成。

布鲁菌病的诊断依据细菌培养,多见于血液、骨髓液、关节液及淋巴液等。免疫学检查主要包括平板凝集试验、试管凝集试验、补体结合试验和抗人免疫球蛋白试验。临床症状符合且伴有培养阳性或伴有免疫学1项或以上阳性可诊断布鲁菌病。

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2015.06.032

基金项目:国家自然科学基金项目(No. 81070025)

作者单位: 264100 烟台市, 烟台毓璜顶医院呼吸内科¹;
264100 烟台市, 滨州医学院烟台附属医院呼吸内科²

通讯作者: 邹慎春, Email: ytbqjwhx@sina.com

因布鲁杆菌在单核-吞噬系统内繁殖,因此,抗菌药物不易进入,布鲁菌病较难根治,容易导致慢性病或复发。治疗方案以抗菌为主,根据1986年WHO推荐,2012年我国卫生部制定的《布鲁菌病诊疗指南》中指出^[9],目前一线用药为多西环素联合利福平或链霉素,难治性可加用喹诺酮类、三代头孢治疗。急性期推荐治疗时间为6周,必要时适当延长疗程,慢性期治疗时间为3~4个月。合并睾丸炎可应用小剂量激素。其他治疗主要为对症治疗,切断传播途径、加强卫生监督是预防的关键^[10]。

本例患者热型表现为周期性发热,仅有轻度畏寒、关节酸痛的非典型症状,无明显乏力、多汗等症状,辅助检查提示脾脏轻度肿大,且本地区非牧区鲜有相关报道,最终因血培养阳性诊断明确。提示在临床工作中,接触史采集及相关细菌学检查尤为重要,如患者有家禽接触史,无其他常见部位感染,且伴有脾大、肝功能异常,应高度怀疑布鲁菌病,积极完善细菌培养、免疫学相关检查,以防临床漏诊。

庞玲玲,于鹏飞,王金德,等.不典型布鲁菌病一例并文献复习[J/CD].中华实验和临床感染病杂志:电子版,2015,9(6):849-850.

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[J].中国地方病防治杂志,2010,25(1):34-36.
- 2 杨绍基,任红主编.传染病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:179-182.
- 3 李福兴主编.实用临床布鲁氏菌病[M].2版.哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2010:35-41.
- 4 高晓磊,吴清民.人布氏杆菌病[J].中国兽医杂志,2011,47(12):61-64.
- 5 李梦东主编.实用传染病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2000:480-487.
- 6 Andriopoulos P, Tsironi M, Deftereos S, et al. Acute brucellosis: presentation, diagnosis, and treatment of 144 cases[J]. Int J Infect Dis, 2007, 11(1):52-57.
- 7 苏毅鹏,董晓梦.神经型布氏菌病一例病文献复习[J/CD].中华临床医师杂志,2013,18(9):8190-8192.
- 8 Tolaj I, Mehmeti M, Ramadani H, et al. Brucellosis associated with deep vein thrombosis[J]. Infect Dis Rep, 2014, 6(4):5441.
- 9 中华人民共和国卫生部办公厅.布鲁氏菌病诊疗指南(试行)[S]. 2012.
- 10 Kose S, Senqer S, Akkoçlu G, et al. Clinical manifestations, complications, and treatment of brucellosis: evaluation of 72 cases[J]. Turk J Med Sci, 2014, 44(2):220-223.

(收稿日期:2014-12-24)

(本文编辑:孙荣华)