

3 例布氏杆菌病临床诊断体会

姜承瑞 赵建宏

(济宁医学院附属济宁市第一人民医院, 山东 济宁 272011)

关键词 布氏杆菌; 关节痛; 发热

中图分类号: R516.7 **文献标识码**: B **文章编号**: 1000-9760(2014)10-379-02

布氏杆菌病是由布鲁氏杆菌引起的人畜共患性疾病, 可引起发热、乏力、关节疼痛伴肝脾、淋巴结肿大等临床表现^[1]。近年来, 布氏杆菌病的不典型病例明显增多, 其临床表现也日益多样化。现将 2013 年我科收治的 3 例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

3 例患者均为男性, 病史 30~90d, 2 例有牛羊接触史, 1 例无牛羊接触史。

1.2 临床表现

3 例患者均有发热。1 例以颈肩部疼痛伴发热为首发症状, 后出现睾丸疼痛、肿胀, 体温在 37.2℃ 左右。查体未见明显阳性体征, 从事牛羊屠宰工作。1 例以腰背部疼痛伴发热为首发症状, 多傍晚发热, 最高体温达 40℃, 发热时伴畏冷、寒战, 有明显盗汗; 腰痛明显, 弯腰、翻身受限, 无放射痛, 经常夜间痛醒, 无牛羊接触史。查体: T10-12、腰椎棘突压痛, 右“4”字试验(+)。1 例以发热为首发症状, 无关节肌肉疼痛, 最高体温达 38℃, 发热无规律性。查体未见明显阳性体征。

1.3 实验室检查

3 例布氏杆菌试管凝集实验均(+) , 血沉、CRP 均升高; 发热 2 项(EB 病毒、柯萨奇病毒)、呼吸 4 项(肺炎支原体、肺炎衣原体、呼吸道合胞病毒、腺病毒)、抗核抗体谱、降钙素原、肺部 CT、腹部 B 超均无异常; PPD 试验、HLA-B27 均(-)。颈肩部疼痛伴发热者泌尿系及生殖系 B 超未见明显异常; 髋关节 CT 无异常; 1 例血培养示马耳他布鲁菌。1 例腰背部疼痛伴发热者, 腰椎 CT 示: 腰椎及椎间盘退行性病变, L4/5、L5/S1 椎间盘突出; 腰椎 MRI 示: T11、12 及邻近软组织异常信号, 感染性病变待排, 胸椎腰椎退行性变并 L4~S1 椎间盘突出; 髋关节 CT: 双髋关节炎; 全身骨扫描: T11-12 椎骨代谢增高, 符合炎性病变。

1.4 治疗与转归

1 例予多西环素、链霉素治疗, 颈肩部、睾丸疼痛消失, 体温正常; 1 例予多西环素、链霉素及头孢三嗪治疗, 体温正常, 腰痛消失。1 例予多西环素、利福平治疗, 体温正常。3 月后随访无一例复发。

2 讨论

布氏杆菌病是布鲁菌属细菌侵入机体所引发的变态反应性人畜共患传染性疾病。临床表现为发热、乏力、多汗、关节炎、口干口渴、食欲减退、头痛、流产、睾丸炎、腱鞘炎, 也可合并脑膜炎、血管炎及脊柱炎等, 发热多为波浪热, 也称波状热, 午后或夜间热, 也可呈不规则热^[2]。受累系统不同临床表现各异。本病主要为接触传播, 主要易患者为畜牧场或屠宰场工人。也可经皮肤黏膜接触、呼吸道和消化道传播。Wyat^[3]和 Gor 等^[4]报道人与人之间可通过性传播及母乳传播。但临床上发现有些患者无明显接触史, 也可发病。确诊依据为免疫学检查阳性和(或)分离到布鲁氏菌。治疗原则为早期、联合、足量、足疗程用药, 常用药物为四环素类、利福平。

诊疗体会: 1) 布氏杆菌感染, 多数有明确的牲畜接触史, 有些布氏杆菌病患者并无明确牲畜接触史。本文 3 例布氏杆菌感染患者, 其中 2 例有明确接触史。Makis^[5]曾报道 1 例 2.5 月大女孩, 无饮用污染奶制品史、不洁餐具病史、皮肤黏膜接触史, 而感染布氏杆菌。王勤英等^[6]报道病菌污染环境后形成气溶胶, 可以通过呼吸道进入人体发病, 临床应引起注意。2) 发热不一定是波浪热, 有些患者可出现间断发热, 间隔时间可长达半月或数月, 加之抗生素的滥用及菌体本身的变异, 致使波状热特征不典型, 使临床医生易于忽视。当某一症状和体征突出, 如表现为周身肌肉酸痛、咳嗽、咽喉痛、头痛、乏力等则易误诊为上感。3) 布氏杆菌感染引起的睾丸肿痛, 极易被误认为泌尿系感染, 单纯抗感染治疗无效后, 需排除布氏杆菌病的可能。4) 本文 1 例感染患者关节痛累及腰骶部, 出现脊柱僵硬, 活动受限, 极易被误诊为脊柱关节病。因此, 风湿科医生如遇到非炎性腰背痛患者, 伴或不伴发热, 应考虑布氏杆菌病的可能性, 应及时进行布氏杆菌血清凝集试验和血培养检查, 以做到早期诊断、早期治疗。

参考文献:

- [1] Feigin RD, Cherry JD. Textbook of pediatric infectious diseases[M]. 2nd. Philadelphia: WB Saunders, 1987: 1107-1113.

(下转第 380 页)

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2014.05.028

左主干病变致急性心肌梗死 1 例

李幼彩

(金乡宏大医院, 山东 金乡 272200)

关键词 左主干; 急性心肌梗死**中图分类号**: R542.2 **文献标识码**: B **文章编号**: 1000-9760(2014)10-380-01

1 临床资料

患者男, 79 岁, 因发作性胸痛 2a, 加重 5h 入院。劳累时出现胸痛 2 年余, 位于心前区, 呈闷痛, 伴出汗, 持续 10 余分钟自行缓解, 间断发作, 未正规诊治。入院前 5h 活动时再次出现胸痛, 较剧烈, 呈持续性。门诊以“冠心病 急性冠脉综合征”收入我院。既往无高血压、糖尿病病史, 吸烟史约 30a, 已戒烟 20 余年。入院查体: 血压 130/80mmHg, 神情, 急性病容, 口唇无紫绀, 颈静脉无怒张。双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心率 88 bpm, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双下肢不肿。发病时心电图: 窦性心律, 完全性右束支传导阻滞, I、II、aVL、aVF、V2-6 ST 段下移 0.1~0.6mV, aVR ST 段抬高 0.3mV。心肌酶达 CK 2914u/L、CK-MB 74u/L, 肌钙蛋白 I 高达 3.2μg/ml, 血脂、血糖、电解质无明显异常。诊断: 冠心病; 急性冠脉综合征; 非 ST 段抬高型心肌梗死; I 级心功能 Killip 分级。考虑为左主干病变。给予吸氧、止痛、双重抗血小板聚集、抗凝、稳定斑块、扩冠、防止心肌重构等治疗。患者症状缓解, 心电图 ST 段改变明显改善。次日夜间大便后再次出现胸痛, 伴大汗, 口唇紫绀, 烦躁, 心电监测示: 窦性心律 102bpm, 血压 80/50mmHg, 双肺可闻及湿罗音, 四肢湿冷。考虑患者合并心源性休克, 经积极抢救病情逐渐平稳。后查心脏彩超示: 左心房 42mm、左心室 55mm、射血分级 54%, 左室下壁、前壁运动减弱, 二、三尖瓣、主动脉瓣少量反流, 左室舒张功能减低。心梗 2 周后行冠脉造影示: 右冠开口畸形, 多处狭窄均约 82%, 左主干狭窄约 85%, 前降支多处狭窄约 40%~50%, 回旋支完全闭塞, 远端经前降支侧枝显影。后转心外科行冠脉搭桥术, 手术顺利, 患者恢复良好。随诊 1a 一般情况可, 无明显心绞痛发作。

2 讨论

左主干病变致心肌梗死病情凶险, 急性期死亡率高, 可

出现心源性休克、恶性心律失常、猝死等意外, IABP 支持下急诊 PCI 治疗可以挽救部分患者生命^[1]。根据目前国内外研究报道, 急性左主干闭塞可具有如下心电图表现模式: 1) 表现为不定数量胸前导联 ST 段抬高, 伴侧壁 I、aVL 导联 ST 段抬高, 通常会伴有 aVR ST 段抬高。aVR 导联 ST 段抬高明显高于 V₁ 导联 ST 段抬高是急性左主干闭塞的特征表现; 2) 表现为下壁导联、胸前导联的广泛性 ST 段下移, 伴 aVR ST 段抬高, 此种心电图模式较少见; 3) 表现为右束支传导阻滞伴电轴左偏, 通常伴 aVR 导联 ST 段抬高和/或 aVL₁V₁ 导联 ST 段抬高^[2]。本病例心电图符合 2) 和 3) 的部分表现, 本例患者广泛性 ST 段下移的发生机制可能为: 左主干突然闭塞导致心室舒张末期压力增高, 使心内膜下冠脉供血减少, 造成心内膜下心肌缺血, 导致心电图向量方向由心外膜转向心内膜, 表现为体表心电图广泛性 ST 段下移、T 波倒置^[2]。本例患者心肌梗死诊断明确, 根据病情及心电图改变, 分析罪犯血管为左主干。冠脉造影左主干未完全闭塞, 考虑与应用抗血栓药物或血管自溶再通有关, 也是患者在无 IABP 支持、未行 PCI 治疗而能存活的原因。虽然回旋支完全闭塞, 但侧枝已形成, 说明回旋支闭塞时间较长非罪犯血管。左主干病变过去首选冠脉搭桥术, 随着介入技术的进步近年左主干病变介入治疗日益增多。但本病例为冠脉三支及左主干病变, 血管狭窄弥漫且严重, 冠脉搭桥术为其最佳治疗。

参考文献:

- [1] 郭金成, 许骥, 李东宝, 等. 急性左主干闭塞所致心肌梗死的介入治疗[C]. 中华医学会第十五次心血管病学术大会论文汇编. 天津: 中华医学会, 2013; P0-093.
- [2] 汪丽, 齐国先. 急性左主干闭塞心电图 1 例分析[J]. 临床心电学杂志, 2010, 19(4): 291-292.

(收稿日期 2014-08-15)

(上接第 379 页)

- [2] 杨绍基, 任红. 传染病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 179-182.
- [3] Wyatt HV. Brucella melitensis can be transmitted sexually[J]. Lancet, 1996, 348(9032): 970.
- [4] Gur A, Geyik MF, Dikici B, et al. Complications of brucellosis in different age groups: a study of 283 cases in southeastern

Anatolia of Turkey[J]. Yonsei Med J, 2003, 44(1): 33-44.

- [5] Makis AC, Pappas G, Galanakis E, et al. Brucellosis in infant after familial outbreak[J]. Emerg Infect Dis, 2008, 14(8): 1319-1320.
- [6] 王勤英, 窦永青. 72 例布氏杆菌病临床诊断体会[J]. 中国兽医学杂志, 2006, 22(2): 191.

(收稿日期 2014-08-15)