·病例报告·

布鲁氏菌感染诱发髂动脉假性动脉瘤 1 例

王筱萍，胡狄爽，赵哲佳，王连魁

DOI:10.3969/j.issn.1671-0800.2026.02.024
【中图分类号】 R516.7　【文献标志码】 B　【文章编号】 1671-0800(2026)02-0200-03

布鲁氏菌病，临床以发热、乏力、出汗、骨关节痛等为主要表现。布鲁氏菌可侵犯全身多个器官系统，其中以骨关节受累最为常见，还可累及肝脾、淋巴结、生殖器及中枢神经系统等，其中心血管受累相对少见，可表现为主动脉瘤、心内膜炎等[1]。目前，国内关于布鲁氏菌感染诱发动脉瘤的报道较少，本文报道宁波市杭州湾医院收治的 1 例布鲁氏菌病诱发的髂动脉假性动脉瘤病例，以期为临床诊疗提供参考，现报道如下。

1　病例

患者，男，57 岁。患者于 2024 年 12 月 15 日出现腰痛、腹泻伴黑便、下肢麻木等症状，于外院行护胃、止痛处理。2024 年 12 月 18 日突发右下肢麻木，伴腰腹痛加重，面色苍白，大汗淋漓，就诊于宁波市杭州湾医院急诊科。入院时体温 34℃，脉搏 72 次/min，呼吸 18 次/min，血压 69/43 mmHg（1 mmHg≈0.133 kPa），血氧饱和度 98%。立即开放静脉通路，快速补液扩容，复测血压 94/64 mmHg。胸腹部 CT 平扫：腹主动脉分叉处团块影，动脉瘤？占位？建议完善 CTA 检查。胃囊过度充盈，结直肠扩张、积气、积粪，盆腔少许积液。进一步查大动脉 CTA：右侧破裂性髂总动脉瘤（图 1），急诊行髂动脉造影+腹主动脉造影+髂动脉覆膜支架置入+球囊扩张术。造影见腹主动脉及双侧髂动脉显影，右侧髂总动脉近端对比剂外溢，巨大假性动脉瘤显影。右侧交换 11F 短鞘，置入 viabahn10×50 mm 支架覆盖髂总动脉破口，远端定位在髂内动脉近端。复查造影见支架内显影通畅，对比剂外溢消失，瘤腔未显影。考虑到该患者髂动脉假性动脉瘤有可能系细菌感染所致，经验性自左侧留置瘤腔内导管抽出 50 m1 不凝血送培养，瘤腔内注射头孢曲松 1 g，瘤腔内造影未见髂动脉及腹主动脉显影。左髂总动脉置入 EPIC 8×40 mm 支架，近端位于腹主动脉，复查造影见双侧髂动脉显影通畅，未见异常。予 charger 10×40 mm 球囊扩张右髂动脉支架，复查造影见支架显影良好，未见内漏瘤腔显影。遂结束手术，双侧腹股沟压迫器压迫包扎。术后行急诊胃镜检查示十二指肠溃疡伴出血（图 2）。

麻醉复苏状态下带气管插管、深静脉置管、导尿管入 ICU。既往腰椎间盘突出伴神经根疾病，长期服用止痛药物，既往高血压病史，长期服用引达帕胺缓释片 1.5 mg qd，厄贝沙坦片 150 mg qd。追问病史得知患者为屠夫，长期接触牲畜及其肉制品。2024 年 12 月 19 日实验室检查：白细胞计数 17.06×10^9/L，中性粒细胞百分数 89.50%，血红蛋白 57.00 g/L，血小板计数 115.00×10^9/L，超敏 C 反应蛋白 34.44 mg/dl，肝素结合蛋白 147.15 ng/ml，降钙素原 0.932 ng/ml，白蛋白 19.80 g/L，天冬氨酸氨基转移酶 167 U/L，肌酐 116.00 μmol/L，血浆 D-二聚体 3.572 μg/ml。床边超声示双下肢动脉、深静脉所见段内目前血流通畅。盆腔、腹腔床边超声示腹腔积液（深度 15 mm）。治疗上以适当液体治疗，补充胶体、成分输血，血管活性药物升压，维持循环稳定为主。患者假性动脉瘤不能除外细菌感染所致，术中已予抗生素冲洗，静脉泵入美罗培南 1.0 g q8 h+静脉滴注万古霉素 1.0 g q8 h 加强抗感染治疗，余抑酸护胃、平喘化痰、改善微循环、胃管留置、胃肠减压、减腹内压及通便等治疗。后续 PMSeq 病原微生物高通量基因检测报告示血浆样本少量检出布鲁氏菌属核酸序列，考虑存在布鲁氏菌感染，根据布鲁氏菌病合并血管炎疾病一线用药指南，予调整抗感染方案为：多西环素 100 mg bid po+利福平

作者单位：315010 宁波，宁波市第二医院（王筱萍）；宁波市杭州湾医院（胡狄爽，赵哲佳，王连魁）
通信作者：王连魁，Email：cool-qing@126.com

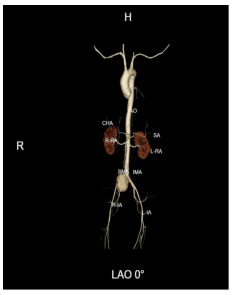


图 1　CTA 三维重建图像

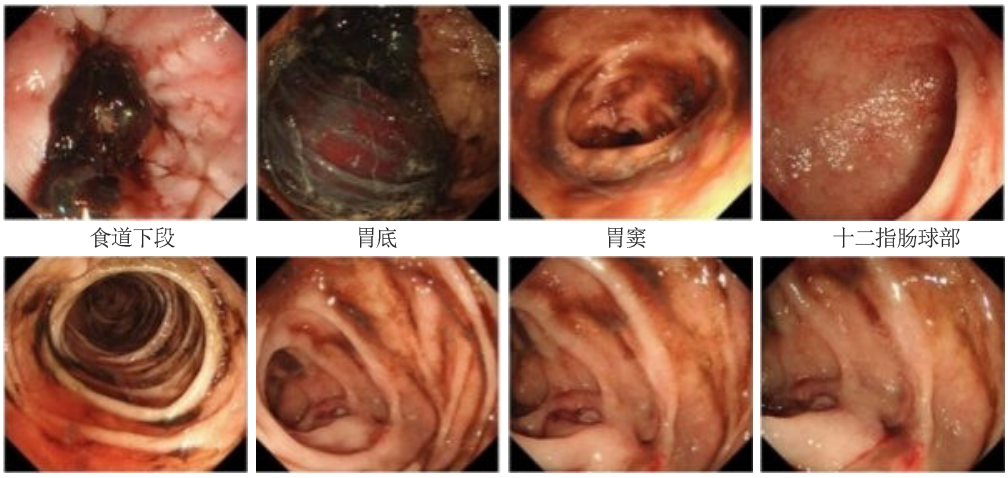


图 2　急诊胃镜下表现

600 mg qd po+左氧氟沙星 500 mg qd po 三联抗菌治疗。

本研究获得宁波市第二医院人体研究伦理委员会批准（PJ-NBEY-KY-2025-191-01），免除知情同意。

2　讨论

布鲁氏菌病是一种人畜共患传染病，主要在我国北方地区流行，近年来南方地区的流行强度亦有所增加。本例患者来院时无发热，以腰腹痛伴下肢麻木为首要表现，同时有消化道出血，急诊 CTA 提示右侧破裂性髂总动脉瘤，后续 PMSeq 病原微生物高通量基因检测提示为布鲁氏菌感染，最终确诊为布鲁氏菌病伴右侧髂动脉假性动脉瘤。

我国布鲁氏菌病发病率为 3/100 000[2]。尽管其累及心血管系统少见（仅占发病率的 3%），但却是人感染布鲁氏菌病最主要的死亡原因[3-4]。假性动脉瘤是继发于各种原因导致的动脉壁破裂，髂动脉假性动脉瘤少见，其中医源性损伤占第 1 位，其次为感染[5]。感染性假性动脉瘤早期诊断困难，经常在并发菌血症、败血症或动脉瘤破裂时才发现。细菌可经血液循环侵犯血脉壁，或由菌血症播散至已损伤的内膜，使血管发生炎症反应，血管壁受损形成假性动脉瘤。研究显示，布鲁氏菌病感染致动脉瘤患者中男性占 86%，96%为成人，动脉粥样硬化和高血压是最常见的合并症[4]，这与本例患者的基本情况相吻合。

布鲁氏菌病的主要临床表现为发热、出汗、骨关节疼痛和全身症状，具体表现则与受累系统相关。布鲁氏菌累及心血管系统时，症状因受累部位不同而有较大差异，可表现为胸痛、腹痛、腰痛等。有研究显示，出现典型的波伏热者仅占 0.87%，可能与解热镇痛药及抗菌药物的使用有关[6]，本例患者在入院前曾多次输注抗生素并口服解热镇痛药，因此并未表现出发热。布鲁氏菌病的诊断主要依赖于流行病学史、临床表现、实验室检查。感染性动脉瘤在临床血培养阳性率并不高，由于布鲁氏菌生长缓慢，应适当延长培养时间至少到 1 周。本例患者虽血培养结果为阴性，但后续 PMSeq 病原微生物高通量基因检测提示为布鲁氏菌感染，结合患者屠夫的职业，诊断明确。

布鲁氏菌病感染诱发髂动脉假性动脉瘤的治疗原则为外科手术联合规范、长疗程抗生素。手术治疗包括开放性手术和腔内手术，开放性手术切除可彻底去除感染灶降低复发率，但手术较大创伤且经济负担较重。2017 年首次报道了 1 例布鲁氏菌病感染性胸、腹主动脉瘤破裂的腔内修复支架植入治疗成功案例，提出使用动脉覆膜支架结合足疗程敏感抗菌药物可能是一种可行的治疗选择[7]。但不论应用何种术式，都要进行有效的抗感染治疗。目前对于抗生素的合理选择、术前及术后应用抗生素的持续时间尚未达成共识，最常用的抗菌方案是左氧氟沙星联合多西环素和利福平[8-9]，一般认为术前约 1 周开始使用抗生素较为合适，术后至少应用 6 周。

布鲁氏菌病的临床症状不一定典型，本例患者在入院前曾多次输注抗生素药并口服解热镇痛药，来院时无发热，主要症状为腹痛。影像学提示动脉瘤需考虑到感染可能性大，本例在支架置入后于瘤腔内经验性注射了抗生素，并留取了血培养。本例患者同时合并急性上消化道出血，现无法探究是否

为布鲁氏菌感染侵犯所致。患者来院时疼痛明显，血压偏低，考虑动脉瘤破裂，遂行急诊腔内手术治疗。出院时患者症状明显缓解，但感染灶未明确清除，出院后仍需长期规范使用抗生素，门诊密切随诊，做好延续性护理和居家指导，对患者和家属做好日常工作及生活的注意事项宣教，指导患者定期规范复查，跟进病情恢复情况。

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参　考　文　献

[1] Franco M P, Mulder M, Gilman R H, et al. Human brucellosis[J]. Lancet Infect Dis, 2007, 7(12): 775-786.

[2] Tao Z F, Chen Q L, Chen Y S, et al. Epidemiological characteristics of human brucellosis - China, 2016-2019[J]. China CDC Wkly, 2021, 3(6): 114-119.

[3] Li X F, Wang T, Wang Y Z, et al. Short- and long-term follow-up outcomes of patients with Brucella endocarditis: A systematic review of 207 Brucella endocarditis Cases[J]. Bioengineered, 2021, 12(1): 5162-5172.

[4] Willems S A, Brouwers J J W M, Eefting D. Aortic and iliac involvement in brucellosis - a rare but life threatening manifestation: A review of the literature[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2022, 63(5): 743-750.

[5] 栾景源.腰椎间盘术后髂动脉假性动脉瘤[J].中国微创外科杂志, 2013,13(4):361-362,367.

[6] 刘佳,付成涛,陈晓红.布氏杆菌病 229 例临床分析[J].浙江大学学报(医学版),2012,41(6):677-680,688.

[7] Chen S L, Kuo I J, Fujitani R M, et al. Endovascular management of concomitant thoracic and abdominal aortic ruptures resulting from brucellosis aortitis[J]. Ann Vasc Surg, 2017, 38: 190.e1-190.e4.

[8] 王琳,王艳,袁剑伟,等.布鲁氏菌感染性动脉瘤发病机制、诊断、治疗的研究进展[J].中华地方病学杂志,2023,42(12):1029-1032.

[9] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药局综合司.布鲁氏菌病诊疗方案(2023 年版)[J].中国感染控制杂志,2024,23(5):661-664.

收稿日期：2025-09-22

（本文编辑：吴迪汉）

先天性强直性肌营养不良 1 型 1 例

王荣英

DOI:10.3969/j.issn.1671-0800.2026.02.025

【中图分类号】 R725.9　**【文献标志码】** B　**【文章编号】** 1671-0800(2026)02-0202-04

强直性肌营养不良 1 型（myotonic dystrophy type 1，DM1）是一种多系统性疾病，任何年龄均可发病。先天性强直性肌营养不良 1 型（congenital myotonic dystrophy type 1，CDM1）是“经典”DM1 的早期形式，其特征是肌张力减退、呼吸功能不全、喂养障碍和认知障碍等。CDM1 国外发病率为 1/47 619 活产儿[1]，国内尚无确切发病率数据。本文总结绍兴市妇幼保健院收治的 1 例 CDM1 患者的临床资料及基因检查结果，并通过文献复习，分析本病的遗传特点及临床表现，现报道如下。

1　病例

患者，女，因“早产窒息后自主呼吸弱 24 min”入院。系孕 1 产 1 孕 33^{+3} 周，因“臀位，胎儿宫内窘迫，胎盘早剥？”行急诊剖宫产，胎膜早破 38 min，羊水Ⅲ°浑浊。患儿生后无自主呼吸，肤色绀，四肢松软，无反应，心音遥远，立即予气管插管气囊加压给氧配合胸外按压，肾上腺素气管内及脐静脉给药，0.9%氯化钠注射液扩容等复苏抢救，心率逐渐上升至 150 次/min，自主呼吸仍弱，Apgar 评分 1-2-6 分，出生体质量 1 600 g，气管插管皮囊加压给氧。产前使用地塞米松针足疗程促胎肺成熟。

父亲 30 岁，母亲 29 岁，非近亲结婚，结婚 5 年未孕，本次妊娠为胚胎移植。产前检查 NT 增厚（3.6 mm），羊水过多，脐动脉血流比值升高，羊水穿刺未见明显异常。母亲孕期合并肝内胆汁淤积症、窦性心动过速、右肾积水。孕期用药：熊去氧胆酸、硝苯地平。否认类似家族遗传病史。

患儿入院查体：早产儿貌，肤色欠红润，前囟平

作者单位： 312000 绍兴，绍兴市妇幼保健院

通信作者： 王荣英，Email：765515703@qq.com