

· 病例报告 ·

腰椎旁原发性化脓性肌炎漏诊 2 例

樊炳楷¹, 许一帆¹, 黄金山¹, 刘晋闽²

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310053;

2. 浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

关键词 脓性肌炎; 腰椎; 糖尿病; 漏诊

原发性化脓性肌炎是指好发于全身大肌肉群的细菌感染性疾病, 常累及股四头肌、髂腰肌、臀大肌等, 较少累及椎旁肌, 糖尿病是诱发本病的重要危险因素之一^[1-4]。由于原发性化脓性肌炎早期症状不典型, 且有关该病的文献报道相对少见, 临床容易漏诊。腰椎旁原发性化脓性肌炎临床较为少见, 局部疼痛症状与腰椎间盘突出症相似, 临床容易误诊或漏诊。2019 年 1—10 月, 我们收治 2 例腰椎旁原发性化脓性肌炎患者, 现报告如下。

患者, 女, 65 岁。因右侧腰部疼痛 2 周来我院就诊。患者 2 周前无明显诱因出现右侧腰部剧烈疼痛, 伴有腰部活动受限及下肢跛行, 无发热症状, 于当地医院住院治疗; 腰椎 MRI 检查显示 L₂ 至 S₁ 椎间盘轻度膨出; 住院期间腰部夜晚疼痛明显, 应用依托考昔、盐酸布桂嗪镇痛, 效果不明显, 肌肉注射盐酸哌替啶后疼痛缓解; 诊断为腰椎间盘突出症, 拟采用手术方法治疗。患者为求进一步诊断, 遂来我院。就诊时患者生命体征平稳, 无发热症状。仔细观察当地医院 MRI 后发现, 轻度椎间盘膨出无法解释患者的腰痛症状, 拟入院治疗, 完善相关检查。专科查体示: L₂ ~ L₅

椎体棘突及右侧椎旁压痛明显、叩击痛阳性, 右侧髋关节外展外旋试验阳性, 双下肢直腿抬高试验阴性, 双下肢皮肤感觉正常、病理反射未引出。因患者疼痛明显而未进行肌力检查。髋关节 X 线检查未见明显异常。患者有糖尿病史 30 余年, 平素采用皮下注射胰岛素治疗, 血糖控制欠佳。入院空腹血糖 13.5 mmol · L⁻¹, 糖化血红蛋白 9.0%。入院当日夜晚腰部疼痛剧烈, 体温 37.7 °C。白细胞计数 14.6 × 10⁹ 个 · L⁻¹, 血清 C 反应蛋白含量 8.81 mg · L⁻¹, 红细胞沉降率 28 mm · h⁻¹。考虑为感染性疾病, 采用左氧氟沙星注射液(500 mg)治疗, 次日腰痛症状明显减轻。腰椎 MRI 检查显示: L₃ ~ L₅ 椎体棘突右侧呈高信号改变, 腰椎右侧软组织内有片状异常高信号影, 增强扫描后呈明显环形强化(图 1)。考虑为感染性疾病伴脓肿形成, 采用脓肿穿刺术治疗, 抽出 1 mL 黄色脓液, 细菌培养结果为溶血链球菌。最终诊断为腰椎旁原发性化脓性肌炎。继续采用左氧氟沙星注射液治疗, 每日 1 次, 每次 500 mg。治疗 2 周后, 患者腰部疼痛症状消失。

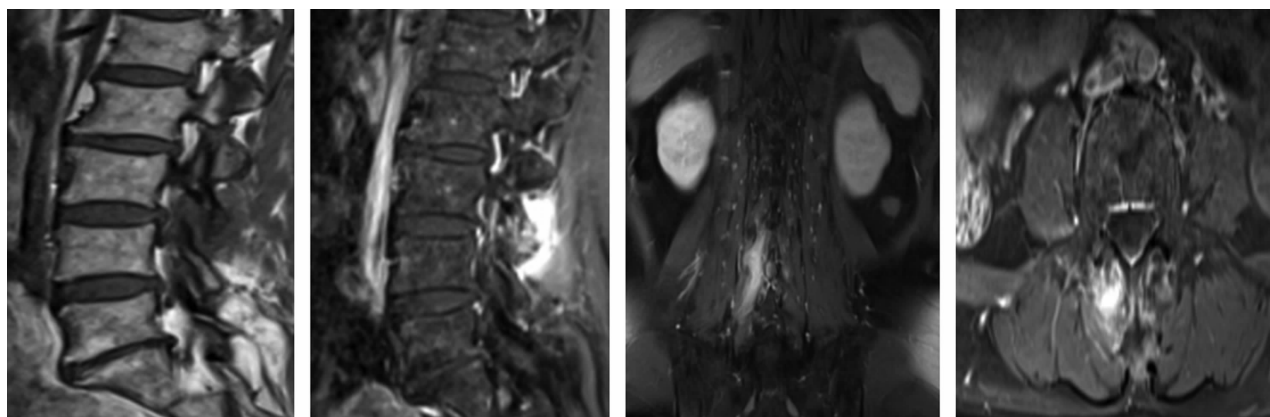


图 1 病例 1 腰椎 MRI

患者,男,47岁。因右侧腰部疼痛1周来我院就诊。患者有糖尿病史10余年,平素血糖控制不佳。1周前因调整血糖于当地医院住院治疗,治疗期间出现右侧腰部、臀部剧烈疼痛,夜晚疼痛症状加重,伴有腰部活动受限;腰椎MRI检查显示L₄₋₅椎间盘突出,且合并腰椎管狭窄,诊断为腰椎间盘突出症,拟采用手术治疗。患者为求进一步诊断,遂来我院。就诊时患者生命体征平稳,无发热症状。专科查体示:L₃至S₁椎体右侧压痛明显、叩击痛阳性,右侧直腿抬高试验阴性,双下肢皮肤感觉正常、病理反射未引出、肌力正常。入院空腹血糖13.8 mmol·L⁻¹,糖化血红蛋白13.8%。白细胞计数22.5×10⁹个·L⁻¹,血清C反应蛋白含量239 mg·L⁻¹,红细胞沉降率59 mm·h⁻¹,血清降钙素原含量0.689 ng·L⁻¹。腰椎MRI检查显示:L₂~L₅椎体两侧软组织内有多发片状异常高信号影,增强扫描后呈明显环形强化(图2)。考虑为感染性病变伴脓肿形成,采用脓肿穿刺术治疗,抽出3 mL黄色脓液,细菌培养结果为金黄色葡萄球菌。最终诊断为腰椎旁原发性化脓性肌炎。采用莫西沙星注射液进行抗感染治疗,每日1次,每次400 mg。治疗2周后,患者腰部疼痛症状缓解。

讨 论

化脓性肌炎可累及深部横纹肌组织,伴或不伴有脓肿形成^[4-8],根据病因可分为原发性和继发性两种。原发性化脓性肌炎于1885年首次报道,多发生于热带地区^[1-3],是指体内有潜在性感染源经血行传播至肌肉而引起的短暂性菌血症,最常见的致病菌是金黄色葡萄球菌和溶血链球菌,其次是肺炎球菌、流感嗜血杆菌和大肠埃希菌等^[9-12]。原发性化脓性肌炎的发病机制目前尚不明确,诱发因素主要包括营养不良、寄生虫、创伤、糖尿病及感染人类免疫缺陷病毒

等^[13-14]。糖尿病是临床常见病,近年来该病的发生率呈逐渐增高趋势^[15]。若糖尿病患者的血糖控制不佳,高浓度的血糖在代谢过程中可以抑制白细胞的表达、趋化、移动和吞噬等功能^[16-17],导致机体防御能力下降,从而引起各个系统的感染,这不仅是诱发化脓性肌炎的潜在危险因素,也是导致糖尿病患者死亡的主要原因,因此早期诊断并积极治疗原发性化脓性肌炎具有重要的临床意义。

糖尿病合并原发性化脓性肌炎的文献报道,国内较为少见,而有关腰椎旁原发性化脓性肌炎的文献报道则更是少见。本研究中的2例患者,均有长期糖尿病史,且平素血糖控制均不佳,存在诱发化脓性肌炎的危险因素,再结合实验室检查及影像学检查结果即可明确诊断^[18-20]。原发性化脓性肌炎根据疾病的进展可分为侵袭期、化脓期、败血症期3期:侵袭期(1~3周)主要表现为局部隐匿性钝痛或痉挛痛、低热,无脓肿形成,容易漏诊或误诊,可采用MRI检查辅助诊断;化脓期(3周后)多表现为全身和局部感染症状,伴有严重的肌肉疼痛、僵硬,部分可形成具有波动感的脓肿,约90%的患者于该阶段被明确诊断,可采用抗感染药物及脓肿穿刺术等治疗;若化脓期患者病情加重,会发展至败血症期,出现高热甚至多器官功能衰竭^[1-3,13,18]。笔者认为,部分腰椎旁原发性化脓性肌炎患者,可能因为存在腰椎间盘突出症的影像学表现而进行椎间盘手术治疗,在围手术期应用抗生素的情况下被治愈,因此临床不容易发现。

腰椎旁原发性化脓性肌炎,应注意与腰椎间盘突出症进行鉴别诊断。本研究中的2例患者,均有腰部疼痛、活动受限及局部压痛、叩击痛等临床表现(因深部肌肉组织感染而无典型的局部皮肤红、肿、热等表现),与腰椎间盘突出症的临床表现十分相似,且腰椎

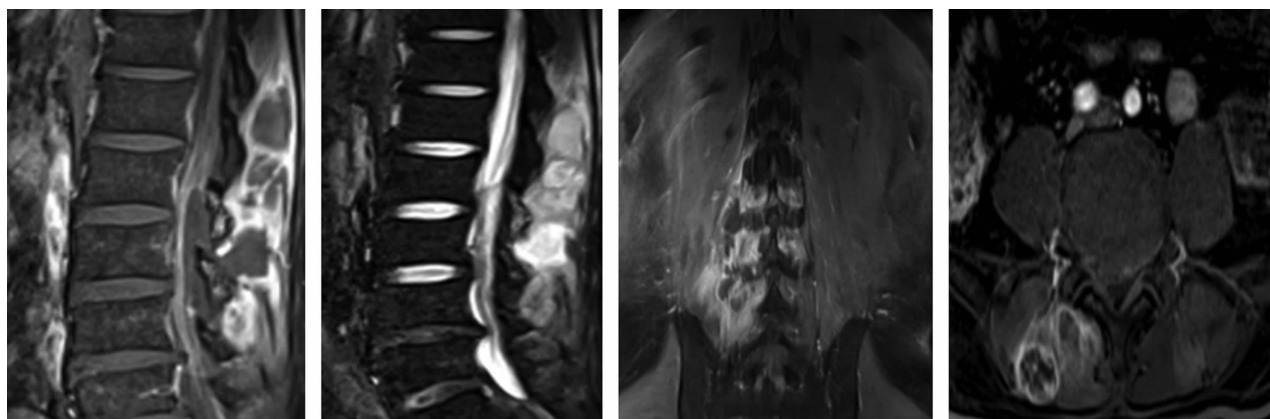


图2 病例2腰椎MRI

MRI 检查提示有腰椎间盘突出或膨出,因此容易漏诊或误诊为腰椎间盘突出症。患者的髋关节外展外旋试验阳性,可能因为椎旁肌肉牵拉所致。2 例患者均无下肢皮肤感觉异常,且病理反射均未引出。临床若遇到腰部疼痛、炎症指标升高的糖尿病患者,应注意了解其血糖控制情况,考虑椎旁化脓性肌炎的可能,通过 MRI 等检查明确诊断^[13,16,19,21]。若普通 MRI 检查提示椎旁有异常信号影,但无法解释患者的腰痛症状,应进行增强扫描,以便早期诊断,及时进行抗感染等治疗,避免延误病情而出现败血症,甚至引起患者死亡。

参考文献

- [1] MANIKANDAN V, MEHROTRA S, ANAND S, et al. Tropical pyomyositis: revisited[J]. Indian J Surg, 2017, 79(1): 33-37.
- [2] CHOU H, TEO H E, DUBEY N, et al. Tropical pyomyositis and necrotizing fasciitis[J]. Semin Musculoskelet Radiol, 2011, 15(5): 489-505.
- [3] BARBOT R, MORAND C, SKOPINSKI S, et al. Pyomyositis of adductor muscles caused by *Escherichia coli* in an immunocompetent patient living in a temperate climate[J]. Rev Med Interne, 2010, 31(3): e9-e12.
- [4] BOWEN D K, MITCHELL L A, BURNETT M W, et al. Spinal epidural abscess due to tropical pyomyositis in immunocompetent adolescents[J]. J Neurosurg Pediatr, 2010, 6(1): 33-37.
- [5] ELZOHAIY M M. Primary pyomyositis in children[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2018, 104(3): 397-403.
- [6] KITARA D L, BWANGAMOI P O, WABINGA H, et al. High prevalence of malnutrition among the above thirteen with primary pyomyositis in northern uganda[J]. Br J Med Res, 2015, 6(8): 814-822.
- [7] SHARMA A, KUMAR S, WANCHU A, et al. Clinical characteristics and predictors of mortality in 67 patients with primary pyomyositis: a study from North India[J]. Clin Rheumatol, 2010, 29(1): 45-51.
- [8] MILLER N J, DUNCAN R D, HUNTLEY J S. The conservative management of primary pyomyositis abscess in children: case series and review of the literature[J]. Scott Med J, 2011, 56(3): i-181.
- [9] GARCÍA C, HALLIN M, DEPLANO A, et al. *Staphylococcus aureus* causing tropical pyomyositis, Amazon Basin, Peru[J]. Emerg Infect Dis, 2013, 19(1): 123-125.
- [10] NTUSI N B, KHAKI A. Primary multifocal pyomyositis due to *Staphylococcus aureus*[J]. QJM, 2011, 104(2): 163-165.
- [11] AMOOZGAR B, KAUSHAL V, GARSONDIYA B. Primary pyomyositis; contact sports as the rare risk factors[J]. Case Rep Infect Dis, 2019, 2019: 5739714.
- [12] PONGCHAROEN S, CHANSANTOR W, SUPALAP K, et al. Impaired interleukin-1 β expression by monocytes stimulated with *Staphylococcus aureus* in diabetes[J]. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2011, 42(5): 1197-1203.
- [13] KUMAR S, BHALLA A, SINGH R, et al. Primary pyomyositis in North India: a clinical, microbiological, and outcome study[J]. Korean J Intern Med, 2018, 33(2): 417-431.
- [14] AGARWAL V, CHAUHAN S, GUPTA R K. Pyomyositis[J]. Neuroimaging Clin N Am, 2011, 21(4): 975-983.
- [15] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(10): 893-942.
- [16] 陈培红. 糖尿病合并尿路感染 54 例临床分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(16): 2055-2057.
- [17] YOUNG N, BHALLY H. Bilateral neck pyomyositis caused by *staphylococcus capitis* and *staphylococcus saccharolyticus* in a diabetic adult[J]. Case Rep Infect Dis, 2017, 2017: 3713212.
- [18] MITSIONIS G I, MANOUDIS G N, LYKISSAS M G, et al. Pyomyositis in children: early diagnosis and treatment[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44(11): 2173-2178.
- [19] MITCHELL L A, ROOKS V J, MARTIN J E, et al. Paraspinal tropical pyomyositis and epidural abscesses presenting as low back pain[J]. Radiol Case Rep, 2015, 4(3): 303.
- [20] COMEGNA L, GUIDONE P I, PREZIOSO G, et al. Pyomyositis is not only a tropical pathology: a case series[J]. J Med Case Rep, 2016, 10(1): 372.
- [21] KONDO T, TAKADA T, TERADA K, et al. Paraspinal pyomyositis associated with radiculopathy[J]. Intern Med, 2013, 52(12): 1417-1418.

(收稿日期: 2019-12-24 本文编辑: 郭毅曼)