

## Q Fever

### 一、前言

在台灣，對一般醫師來講，若提起 Q Fever 這個病可能會感到陌生，然而 Q Fever 在台灣的確存在。過去在恆春地帶，已被發現至少有 5, 6 例之多的急性病患，而慢性之病患也有數例(註一)。去年高雄榮總也發現了一個病案，這些病案都是經過衛生署預防醫學研究所鑑定之傳染病。所以對一般醫師來講，面對一個發燒感染的病人，有時候可能就是這種病。

### 二、病原

Q Fever，一種由立克次體，*Coxiella burnetii*，所引起來之熱病，是在 1937 年首次在澳洲被提出來。不久之後便在世界各地有報告此疾病。凡有飼養大量牛羊等動物的地方，常常在牠們的排泄物或乳汁中會分離出這種病原體。與其他大多數立克次體之傳播方式不同的在於它不是經由昆蟲為媒介來傳播。人是經由吸入這病原體而產生症狀。最典型之症狀便是上呼吸道之感染。症狀通常是經過 9-20 天之潛伏期後產生，但也有經過一個月才產生的。有報告證明在微生物實驗室中工作的人員因培養這種細菌而得到感染，可見這種病原之感染力很強，不得不小心處理。

### 三、臨床表徵

典型之急性 Q Fever 除了會有發燒不退，頭痛及肺部有感染等情形外，一部份病人並會有肝功能異常。甚至更有一部份病人有心內膜炎，溶血性貧血，骨髓壞死、腦膜炎，關節炎，腎炎及睪丸炎等現象。若一旦成爲慢性之 Q Fever：，病人往往會因心內膜炎及肝功能異常而死亡。臨床上，病人鮮有發疹之現象。

### 四、診斷

主要是靠病原體之分離以及血清檢查。由於前者會造成工作人員之感染，因此今日大部份方法是用血清學方面之技術來作診斷。最常用的便是 CF, IFA 與 ELISA 等方法，其中以 ELISA 方法較爲敏感。通常在發病後第 2 至第 4 週便可測出抗體，若相隔兩週之血清抗體濃度有四倍增加，則幾乎可斷

定爲此疾病。至於詳細之測定方式，必須要與衛生署預防醫學研究所接洽(註二)。

## 五、治 療

雖然急性之 Q Fever 會自動痊癒，臨床上可針對各種症狀而給予治療。但爲了縮短病人發燒之時間以及避免一部份病人演變成慢性之 Q Fever，可給予 2 星期之 Tetracycline 治療。有時 Chloramphenicol 也可以用來治療，尤其是在兒科病人方面一旦演變成慢性之 Q Fever，則需給予長時期之 Tetracycline，必要時可合併 Lincomycin, Bactrium 或 Rifampin 來治療。

## 六、預 防

對於暴露於高危險區域的人，醫學界正試著發明一些疫苗來預防 Q Fever，其結果正在試驗當中。在台灣對一個臨床醫師來講，一個發燒多日，加上有頭痛及呼吸道感染的病人，有時在所有診斷無法確立時，不妨要想到，此 Q Fever 可能爲其最終之診斷。

**撰稿者：**藍志堅(屏東基督教醫院內科)

註一：資料由恆春基督教醫院黃新明醫師提供

註二：醫院中常用來測定立克次體疾病之 Weil - Felix 則無法用來測 Q Fever

**編者註：**自民國 80 年 1 月起至 81 年 12 月止，由各醫療院所送至衛生署預防醫學研究所待測之急性熱性疾患之配對血清檢體共 579 例，以間接免疫螢光法(IFA)做 *Coxiella burnetii* phase I 及 phase II 之螢光抗體篩檢，結果有 48 例屬急性 Q 熱病例，在 48 例 Q 熱病例當中僅 1 例是登革熱 IgM 陽性，其他 47 例不論登革熱或恙蟲病均爲陰性，而 Q 熱之發病地區以台南，屏東及高雄等三縣最多，男女比例爲 47:1，罹病年齡以 41 ~ 50 歲者最多，發病月份集中在 6 月份。臨床醫師於發現 Q 熱的疑似病患時，可採急性期血清(發病七日內)及間隔二週以上的恢復期血清，送至衛生署預防醫學研究所病毒組，以間接免疫螢光法(IFA)測定患者血清中的 Q 熱抗體螢光價來予以確認，如果 phase II 的 IgG + A + M 總抗體價有四倍以上上升，或測得有 IgM 抗體價，且 Phase III 與 phase I 比值 > 1，可判爲急性 Q 熱病例，但若 Phase II 與 Phase I 的比值 < 1，則可判爲慢性 Q 熱病例。