重,宫腔镜手术难度增加,可能发生子宫穿孔、经尿道前列腺电切(TURP)综合征、术中出血等并发症[8]。本组124例月经恢复正常率71.77%,无术中、术后并发症发生。

许多流产术后月经异常尤其是月经量少的患者并未引起医患双方足够重视,往往被认为流产后内分泌异常而行甾体类药物或中药治疗,最终因疗效欠佳才行宫腔镜检查,而此时因为黏连时间延长,陈旧的黏连带结缔组织化,形成肥厚且致密的瘢痕,耽误了最佳治疗时机,必须行宫腔黏连电切术,手术风险明显增加,预后较差,费用也明显增加。本资料显示,流产后宫腔镜检查时间越迟,重度宫腔黏连发生率越高;而诊治越及时,月经恢复率越高。因此,我们认为,流产后宫腔镜检查的时机与宫腔黏连的程度及治疗效果密切相关,对流产术后尤其是反复宫腔操作后月经异常的患者,应高度怀疑宫腔黏连,在排除内分泌异常后尽早行宫腔镜检查,有利于早期诊断治疗,从而改善患者预后。

**关键词**:宫腔镜检查;时机;宫腔黏连
**中图法分类号**:R713.4 **文献标识码**:B

**参考文献**:

[1] 夏恩兰. 宫腔镜学及图谱[M]. 第2版. 郑州:河南科学技术出版社, 2009: 164-170.
[2] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 103-107.
[3] 葛春晓. 宫腔镜诊治宫腔黏连的评价[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21(7): 394-397.
[4] 袁超燕. 宫腔镜与气囊导尿管在宫腔黏连致不孕治疗中的联合应用[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(1): 4, 17.
[5] 祝文峰, 朱雪莲, 胡卫中. 应用宫腔镜诊治人工流产术后闭经和月经过少[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(8): 67-68.
[6] 杨 菁, 徐望明, 龙 文. 宫腔镜诊断与手术图谱[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 65-73.
[7] 冯缵冲, 陈俊康. 宫腔镜在不孕症中的应用[J]. 国外医学: 计划生育分册, 1993, 12(2): 82-84.
[8] 夏恩兰. 重视宫腔镜手术的安全性[J]. 中华妇产科杂志, 2009, 44(2): 99-102.

(编辑 汪勤俭)

文章编号:1000-5404(2009)24-2499-02

经验交流

# 以双下肢神经肌肉症状为主要表现的嗜酸性粒细胞增多症4例

朱丽丹,尹晓林,孔佩艳,曾东风,李杰平,熊竹娟,向茜茜,秦先念 (第三军医大学新桥医院血液科,重庆 400037)

嗜酸性粒细胞增多症病因多种多样,但以神经肌肉症状为主要表现的嗜酸性粒细胞增多症临床少见,易引起误诊误治[1]。现将我院近年来收治的以双下肢神经肌肉损害为主要表现的4例嗜酸性粒细胞增多症病例报告如下。

## 1 病例资料

病例1:男性,63岁。因双下肢进行性酸痛麻木伴无力1个月余于2006年2月27日入我院神经内科。患者于2006年1月初因受凉后出现双下肢腓肠肌酸痛,活动时加重,之后渐出现双下肢踝关节以下麻木,以右下肢明显,并出现双下肢对称性高出皮肤的皮疹,偶有发作性腹痛及腹泻症状。体格检查:心肺查体未见异常,双下肢肌力Ⅲ~Ⅳ级,袜套样浅感觉减退,跟腱反射减退,病理反射未引出。入院后查MRI、CT、脑脊液均未见异常,肝功能、肾功能、血糖正常。血常规:WBC $13.4\times10^9$/L,Hb 99 g/L,PLT $170\times10^9$/L。考虑多发性神经炎,予营养神经、活血化瘀、强的松15 mg/d等治疗,症状略有改善。因患者伴有双下肢皮疹,考虑"过敏性紫癜"于2006年4月10日转入血液科,查血常规示WBC $14.7\times10^9$/L,Hb 79 g/L,PLT $256\times10^9$/L,嗜酸性粒细胞23.8%($3.49\times10^9$/L);骨髓像示"嗜酸性粒细胞占26.5%,骨髓内外铁减低"。查大便常规未见寄生虫,肿瘤标志物CEA:32.9 μmol/L,胃镜示胃体、胃窦广泛炎性改变;诊断嗜酸性粒细胞增多症(病因考虑嗜酸细胞胃肠炎可能),缺铁性贫血,予强的松30 mg/d及口服及补铁、胃黏膜保护、制酸及对症等治疗,症状逐步缓解出院。

病例2:女性,53岁。因左上腹、双踝关节疼痛半月余,发现双下肢皮疹3 d于2005年10月8日入我院。患者既往有过敏性鼻炎病史9年,哮喘病史5年。2005年9月下旬服阿奇霉素后出现上腹隐痛不适,自服"洛赛克"等,后出现双踝关节疼痛,左侧明显,未引起重视。10月5日发现双小腿散在、对称皮疹,逐渐增多入院。起病期间,无哮喘及鼻炎发作。入院时体格检查:双小腿片状红色斑疹,部分发紫。神经系统检查未见异常。入院后查血常规:WBC $15\times10^9$/L,嗜酸性粒细胞55%($8.25\times10^9$/L),胃镜及涂片检查示念珠菌性食管炎。嗜酸性粒细胞增多考虑过敏性疾病所致,予对症等治疗无显效,故于11月11日经全院会诊,考虑嗜酸性粒细胞增多症,建议予强的松30 mg/d后症状缓解,且嗜酸性粒细胞计数逐步降至正常出院。出院诊断:嗜酸性粒细胞增多症、念珠菌性食管炎、支气管哮喘、过敏性鼻炎。

病例3:男性,21岁。因双小腿肌肉酸痛40 d,伴双下肢麻木20 d于2007年12月24日入我院神经内科。患者于2007年10月底无明显诱因出现双小腿肌肉酸痛,未予重视;于后出现双下肢麻木,伴少量咳嗽,当地医院查胸片报告"右上肺结

**基金项目**:重庆市重点医学学科基金(2006C028)
Supported by the Fund for Key Medical Subjects of Chongqing(2006C028)
**作者简介**:朱丽丹,女,重庆市璧山县人,医师,主要从事血液学临床方面的研究。电话:(023) 68774309, E-mail: zhulidanhappy@126.com
**通信作者**:孔佩艳,电话:(023)68774309,E-mail:peiyankong@yahoo.com.cn
**收稿日期**:2009-06-22;**修回日期**:2009-07-13

核”,予“异烟肼、乙胺丁醇、利福平”三联抗痨治疗,症状无明显好转。于12月10日出现双下肢踝关节以下肿胀,外院查血管超声示“双侧腘静脉新鲜血栓”,抗凝治疗无显效,入住我院。入院时查体示右下肢踝关节以下痛觉、触觉减退,左下肢足底痛觉减退;血管超声未查见血栓。血常规示 WBC $7.5\times10^9$/L,嗜酸性粒细胞46%($3.46\times10^9$/L)。考虑周围神经病变,予营养神经等治疗效果欠佳,经会诊讨论后考虑神经症状与嗜酸性粒细胞增多症相关,故于2008年1月4日开始在抗痨基础上联合应用强的松 50 mg/d,症状迅速改善,2周后复查血常规:WBC $6.35\times10^9$/L,嗜酸性粒细胞0.6%($0.04\times10^9$/L)。

病例4:男性,36岁。因确认慢性粒细胞性白血病22个月,异基因外周血干细胞移植术后1年,双下肢疼痛2个月于2006年12月6日入院。患者2005年10月确诊慢性粒细胞性白血病,11月行 HLA 全相合亲缘外周血造血干细胞移植术。预处理方案为 CY + TBI,移植后造血重建顺利,+35 d 查短串核重复序列 STR 为供者完全嵌合,移植后无急性移植物抗宿主病(GVHD)。患者于2006年10月起出现双下肢疼痛,逐渐加重伴行走困难,期间查骨髓示增生性骨髓像,嗜酸性粒细胞增高,为进一步检查收住我科。入院后查体:双下肢肌力无减退,感觉无异常,病理反射未引出,双下肢未见皮疹。查肝功能正常,血常规示 WBC $3.91\times10^9$/L,嗜酸性粒细胞21.5%($0.84\times10^9$/L)。考虑慢性 GVHD、嗜酸性粒细胞增多症,12月12日开始予强的松 60 mg/d,症状迅速减轻,2周后复查血常规:WBC $9.6\times10^9$/L,嗜酸性粒细胞0.3%($0.03\times10^9$/L)。

## 2 讨论

嗜酸性粒细胞增多症是指外周血嗜酸性粒细胞计数 > $0.5\times10^9$/L,临床较为常见,常继发于过敏性疾病、寄生虫感染及结缔组织病等[2]。无明显继发因素者统称为嗜酸性粒细胞增多综合征(hypereosinophilia syndrome, HES),包括特发性嗜酸粒细胞增多症、胃肠道嗜酸粒细胞增多症、Churg-strass 综合征、家族性嗜酸粒细胞增多症、肺浸润嗜酸粒细胞增多症、慢性嗜酸性粒细胞性白血病等。关于特发性嗜酸粒细胞增多症(idiopathic hypereosinophilia syndrome, IHES)诊断,迄今仍沿用 Chusid 等提出的诊断标准[1]:外周血嗜酸性粒细胞计数 > $1.5\times10^9$/L,并持续6个月以上;有器官受累症状或体征;未明确导致嗜酸性粒细胞增多的原因(即除外继发性、反应性及肿瘤性的原因)。本组4例均符合嗜酸性粒细胞增多症的诊断,其中例1、例3无明显诱因,而例3的肺部改变可能系嗜酸性粒细胞增多引起的肺浸润,而非结核引起;例2可能与其原有的过敏性疾病相关;例4于移植1年后出现,考虑系异基因移植后慢性 GVHD 的相关表现。

无论何种原因出现的嗜酸性粒细胞增多,均可出现多系统受累表现,其中包括心脏(58%)、皮肤(56%)、神经系统(54%)、胃肠(23%)、肺(49%)和血液系统(49%)等[3-5]。由此看出,嗜酸性粒细胞增多症患者的神经症状并非罕见,临床易误诊可能系临床医生对此缺乏足够的认识。本组4例均以下肢疼痛和感觉异常为首发和主要表现,其中2例在病程中伴有皮疹,1例有双下肢水肿,另1例为单纯双下肢疼痛,而其他系统的表现并不显著,故易误诊为神经系统的病变而延误治疗。本组4例中误诊3例,分别误诊为多发性神经炎、过敏性紫癜和周围神经病变;自起病至确诊时间分别为3个月、1个月余、2个月;自入院至确诊分别为42、34 d 和29 d。病例4因原发病即为血液系统疾病,故在检查过程中得以及时确诊。

嗜酸性粒细胞增多症是否出现器官受累,与嗜酸性粒细胞绝对计数有关。当外周血嗜酸性粒细胞计数超过 $2.052\times10^9$/L 时,器官受累明显增加;相反,则器官受累罕见。本组4例中3例嗜酸性粒细胞计数超过 $2.052\times10^9$/L。嗜酸性粒细胞增多患者出现下肢神经肌肉症状的机制,可能与以下因素有关:①嗜酸性粒细胞直接浸润肌肉。Cantarini 等[6]对7例因嗜酸性粒细胞增多出现肌肉损伤患者行活检,常规组织学检查并未发现嗜酸性粒细胞浸润,但以细胞免疫化学方法检测时,可在肌肉组织中发现由嗜酸性粒细胞释放的特异性颗粒——主要碱性蛋白(main basal protein, MBP),且细胞外亦有 MBP 分布,同时伴随 $CD4^+$、$CD68^+$、$CD8^+$ 细胞增多,提示嗜酸性粒细胞浸润肌肉后通过直接毒性作用及释放、趋化炎症细胞而引起局部组织破坏和炎症。②动脉闭塞。Kim 等[7]报道1例 HES 患者,以为双下肢水肿和疼痛为首发症状,血管造影发现广泛的下肢末端血管闭塞,组织活检发现真皮和皮下组织大量嗜酸性粒细胞浸润。③静脉栓塞。嗜酸性粒细胞可引起广泛的血管炎,在此基础上出现静脉栓塞、引起下肢症状。本组例3即有明确有双侧腘静脉新鲜血栓。④神经病变。嗜酸性粒细胞颗粒内包含神经毒性蛋白、MBP,均可导致神经毒性。

总之,以下肢神经肌肉症状为首发的嗜酸性粒细胞增多症临床较易致误诊,对有此类症状的患者应警惕本症的可能,并及时做含嗜酸细胞百分比和绝对计数的五分类血常规检查,以及时确诊和正确治疗,避免因误诊误治带来的痛苦和损失。

**关键词**:嗜酸粒细胞增多症;下肢神经肌肉症状;误诊
**中图法分类号**:R557.3 **文献标识码**:B

## 参考文献:

[1] 沈 悌. 特发性嗜酸性粒细胞增多综合症[M]//张之南, 沈 悌. 血液病诊断与疗效标准. 第3版. 北京: 科学出版社, 2007: 155-156.
[2] 李敦臣, 姜荣燕. 40例儿童嗜酸性粒细胞增多症临床分析及远期随访[J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志, 2009, 14(3): 141-142.
[3] Weller P F, Bubley G J. The idiopathic hypereosinophilic syndrome [J]. Blood, 1994, 83(10): 2759-2779.
[4] 宋小军, 刘昌伟. 特发性嗜酸性粒细胞增多症累及周围血管治疗体会[J]. 临床外科杂志, 2008, 16(11): 778-779.
[5] 郑琴芳, 梁列新, 梁荣新. 以消化道症状为主要表现的嗜酸性粒细胞增多症14例[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(11): 1686-1687.
[6] Cantarini L, Volpi N, Carbotti P, *et al*. Eosinophilia-associated muscle disorders: an immunohistological study with tissue localisation of major basic protein in distinct clinicopathological forms[J]. J Clin Pathol, 2009, 62(5): 442-447.
[7] Kim S H, Kim T B, Yun Y S, *et al*. Hypereosinophilia presenting as eosinophilic vasculitis and multiple peripheral artery occlusions without organ involvement[J]. J Korean Med Sci, 2005, 20(4): 677-679.

(编辑 张 维)