维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2004)04-0558-01

急性淋巴细胞性白血病并发多器官功能衰竭 1 例

陈建斌[1], 郑君议[1], 任洪碧[2], 黄宗千[1]

(1.重庆医科大学临床学院血液科,重庆 400016;2.四川维尼纶厂职工医院内科 401254)

【中国图书分类法分类号】R733.7 【文献标识码】B 【收稿日期】2003-01-14

1 临床资料

患者,女,53 岁,因发热 9 天,呕吐、气促 1 天入院。入院前 9 天无明显诱因出现发热,体温最高达 39.9℃,伴畏寒、头疼。在当地医院多次查血常规,白细胞(WBC)在 15.0×10^9~20.0×10^9/L 之间,分类不详。予抗感染、对症等治疗 4 天,体温下降,症状缓解出院。1 天前发生非喷射性呕吐,呼吸急促急诊入院。查体:神清,对答切题。体温 37℃,呼吸 20 次/min,脉搏 82 次/min,血压 108/63mmHg。轻度贫血貌,双侧瞳孔等大,0.4cm,皮肤粘膜无黄染,无淤斑、淤点,浅表淋巴结不大,胸骨无压痛,心肺阴性,肝脾未及,神经系统无阳性体征。实验室检查:WBC 26.0×10^9/L,中性粒细胞 39%,成熟淋巴细胞 29%,幼稚淋巴细胞 29%,血小板(BPC)74.0×10^9/L,血红蛋白 105g/L;尿素氮 2.6mmol/L,肌酐 59μmol/L。凝血酶原时间(PT)23.2s,部分凝血活酶时间(APTT)49.9 s,纤维蛋白原(FBG)含量 3.5 g/L。胸片双肺纹理稍增多。骨髓涂片示细胞增生极度活跃,淋巴细胞异常增生,原始和幼稚淋巴细胞占 85%,以大细胞为主,过氧化物酶染色阴性,糖原染色可疑阳性。骨髓流式细胞仪检测示 β 型淋巴细胞。临床诊断急性淋巴细胞性白血病 L2 型,以 VDP 方案化疗(长春地辛 4mgd_1,米托蒽醌 8mg $d_{1\sim3}$,强的松 50mg $d_{1\sim7}$)。首日化疗结束后约 3h,患者出现呼吸困难。查体:大汗,面色苍白,呼吸 42 次/min,双肺无明显干湿罗音。血气分析示代谢型酸中毒合并呼吸性碱中毒,呼吸衰竭,即经鼻气管插管,呼吸机辅助呼吸。病情无好转,进行性加重,口咽部、鼻腔渗血,血压下降(最低 53/40mmHg),少尿(360ml/24h),心率增快(120~150 次/min)。BPC 降低(37×10^9/L),PT、APTT 明显延长(分别为 36.4s 和 62.2s),FBG 含量下降(1.6g/L),D-二聚体阳性,尿素氮、肌酐升高(分别为 21.2mmol/L、284μmol/L),肌酸激酶及同功酶、肌钙蛋白正常。考虑并发急性呼吸衰竭、弥漫性血管内凝血(DIC)、循环衰竭、急性肾功能衰竭。虽经积极抗休克、纠正 DIC,持续性机械通气等措施治疗,患者仍于发生呼吸衰竭后 49h 死亡。

2 讨 论

急性淋巴细胞性白血病并发急性多器官功能衰竭(MOF),临床罕见,且未见相关文献报道。DIC 多见于急性髓细胞性白血病 M_3 型,而急性淋巴细胞性白血病极少发生。长春地辛、米托蒽醌对肺损伤小,且该患者入院前即有呼吸困难表现,表明呼吸衰竭的发生可能主要与原发病肺损伤有关。患者于首日化疗后迅速出现呼吸衰竭、DIC、循环衰竭及肾功能衰竭,说明本次化疗是促使 MOF 发生的重要诱因。化疗后大量白血病细胞破坏、胞内容物释放和炎性介质的激活是导致 MOF 发生的重要病理生理基础。回顾分析病史,该患者入院前即有呼吸急促,入院时 PT 轻度延长,提示对该类患者应注意观察病情,密切随访相关实验室指标,警惕 DIC、急性呼吸衰竭和 MOF 的发生。

作者介绍:陈建斌(1965-),男,副教授。
主要研究方向:血液肿瘤性疾病。