维普资讯 http://www.cqvip.com

425 Felty综合征、脾梗死、门脉高压症 (35)

第23卷 第4期 重庆医科大学学报 Vol.23 No.4
1998 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1998

Felty综合征伴门脉高压1例

临床学院消化内科 高 青* 唐承薇

R593.220.6
R657.34

中图分类号 R953.22

Felty综合征是类风湿性关节炎的一种少见类型，临床上伴有脾肿大及粒细胞缺乏症。Felty综合征伴门脉高压尚未见报道。本院曾收治1例，现报告如下：

患者，女，46岁，已婚。因双手指间关节疼痛10年余，伴腹胀、双下肢间歇性瘀斑1年，于1998年5月4日入院。10年前，因反复双手指间关节红肿、疼痛，逐渐感活动受限，经X光诊断为类风湿性关节炎。1年前感腹胀、腹部膨隆、少尿，伴双下肢间歇性瘀斑和鼻衄，但未进行诊治。近3月感食欲下降，自觉消瘦明显，肝脾B超显示：门脉高压、脾大、腹水。既往无肝炎病史，家族中无类似疾病。体格检查T37℃，p80次/分，R20次/分，BP 12/8.5kPa。神清，贫血貌。巩膜未见黄染，颈部及双侧腋下均可扪及肿大的淋巴结，质中，无压痛。心肺(－)。腹软，肝未扪及，脾肋下12cm，质中等，腹水征(+)。双下肢可见散在瘀斑，双手指关节明显梭状畸形，活动受限。病理征(－)。实验室检查：血红蛋白73g/L、红细胞1.83×10^{12}/L、白细胞1.6×10^{9}/L、血小板79×10^{9}/L。粪尿常规正常。肝功TP 82 g/L、ALB 24 g/-L、A/G＝0.4、AST20u/L、ALT11u/L。胃功正常。HBsAg(－)、HBeAg(－)、抗HBs(+)、抗HBe(－)、抗HBc(－)。类风湿因子(+)。骨髓检查：增生性骨髓象。两次淋巴结活检均为反应性增生。两次腹部B超：脾大，门静脉主干内径1.5～1.7cm，胰后脾静脉内径1.1～1.5cm，腹腔积液。全消化道钡餐：未见食道及胃底静脉曲张。患者入院后，因巨脾、脾功能亢进，而转入外科行脾切除术。术中见腹腔中等量草黄色腹水，肝脏正常大小，表面光滑、质软、无结节。脾脏38cm×25cm×25cm大小，质中，表面光滑，脾静脉1.5cm，胃底、胃短动静脉未见曲张。脾门区及胰脾上缘有多具松、软、肿大的淋巴结，大者约3cm×2cm×3cm，小者约1×1×0.5cm，未融合成团。切除脾脏、脾门区淋巴结和少许肝组织一起送检。病理报告：1.慢性脾瘀血；2.淋巴结反应性增生；3.正常肝组织。术后患者外周血三系恢复正常，腹水消退，病情好转出院。

讨论 Felty综合征约占类风湿关节炎的5%，以女性40～50岁多见，常伴脾肿大和白细胞减少。Sienknecht等提出其诊断标准为[1]：1.符合类风湿性关节炎诊断标准；2.查体或同位素扫描发现脾肿大；3.白细胞总数小4000或血小板小于10万；4.无其它原因解释脾肿大或粒细胞减少。本例患者符合上述诊断标准。

由于脾肿大及免疫复合物吸附于白细胞表面而造成损伤，抗粒细胞抗体的细胞毒效应及脾脏和炎症性小静脉的"阻留作用"，可能是Felty综合征粒细胞减少的主要原因[2]。一般认为Felty综合征的脾肿大与淋巴滤泡增生有关[3]。本例Felty综合征患者脾门及胰腺上缘肿大淋巴结压迫脾静脉、门静脉，引起门脉高压。提示Felty综合征的脾肿大原因除与淋巴滤泡增生有关外，还可能有门脉高压的参与。由于伴有门脉高压的Felty综合征易与门脉性肝硬化，淋巴瘤等疾病混淆，在诊断时需加以鉴别。

参考文献

1.Sienknecht, et al. Ahn Rheum Dis 1977;36:500
2.曾庆余，等.类风湿性关节炎的临床 第一版 北京华夏出版社 1988;40
3.顾月英，等.实用内科学 第10版，人民卫生出版社 1997;2082

(收稿日期 1998－09－01)

* 男，1963－12出生，主治医师