维普资讯 http://www.cqvip.com

高嗜酸性粒细胞综合征 1 例报告

第一医院内科　娄陵生　白俊兰　刘小珊　杨　军

中图分类号 R557.3

1 病史摘要

患者，女，49 岁，司机。因反复浮肿 1 年余，加重伴面部皮疹、发热、心悸 2 月于 1994 年 7 月 13 日入院。

1 年余前（1993 年 4 月），无明显诱因出现右侧面部浮肿，向颈及左面部，并发现左面部约鸽蛋大包块一个，无疼痛，当时唇舌肿胀，住当地某医院，行块物切除活检，疑诊"麦——罗氏综合征"。给予强的松治疗半月，肿消退出院。出院后，仍有浮肿发生，自行间断服泼尼松，肿时服药，消退后停药。

近 2 月来（1994 年 5 月），自觉耳鸣，听力下降，浮肿明显加重，延至全身，伴乏力、酸软，面部出现红色皮疹，瘙痒，反应迟钝，不能胜任工作，于 1994 年 6 月 18 日收住入某院。次日开始发热，体温 37℃～40℃，持续至今，偶有咳嗽，伴少量白色粘液痰，左耳前出现小包块一个，穿刺涂片送检，见纤维细胞、嗜酸性粒细胞及部分淋巴细胞，胸片正常，心电图为窦性心动过速。住院 20 天，因诊断不明转我院。

否认肺吸虫、血吸虫、血丝虫等流行区疫水接触史，无药物过敏史，无哮喘发作史及皮肤过敏性疾病史。

体检：T 39.8℃，P 150/min，R 23/min，BP 12/9kPa，神清合作，平卧，反应迟钝，表情淡漠，听力下降，全身呈非凹陷性肿胀，以面、四肢为重，面部皮下扪时似有增厚感，尤以下颌最明显。整个面部散在约 1～3mm 直径大小的红色丘疹，压之不退色，部分有结痂或营养改变，巩膜皮肤无黄疸，全身浅表淋巴结无肿大，压软，颈静脉不怒张，甲状腺不肿大，心界向左略增大，律齐，心率 150/min，各瓣膜区未闻病理性杂音，腹平软，肝肋下 2cm，剑下 3cm，质软，无触痛，脾未扪及，四肢肿胀，躯干及四肢未见皮疹。神经系统检查发现，说话口齿不清，听力下降，舌唇微肿，未见面瘫，舌无阴凝舌改变，未见明确神经损害，听觉诱发电位测定结果：右耳听通路电活动差，右耳正常。面神经潜速率测定结果：左侧面神经潜速率减慢，右侧正常。

实验室检查：Hb 131g/L，WBC 9.1×10⁹/L，分类 N 0.65、L 0.14、E 0.21，PLT 167×10⁹/L，多次大便常规正常，未见寄生虫卵。尿常规、血糖、肾功、电解质、血培养、免疫球蛋白及蛋白电泳均正常。血沉 7mm/h，未找到 SLE 细胞，肝功 TB 46g/L ALB 2qg/L A/G=1.71 余均正常，三对除 HBSAg，抗 HBe、抗 HBC 阳性外余为阴性。胸片见双肺纹理增多、心影普大，心包积液。超声心动图为心包积液，左房略大余正常。B 超诊断：胆囊结石、肝瘀血。ECG 为心房扑动（2:1 房室比例）。心包积液常规：李凡他阳性，细胞总数 4900×10⁶/L，白细胞 2450×10⁶/L，其中单核 0.35、多核 0.65（未涂片分类）。积液生化 TB 38g/L，ALB 24g/L，TBIC 18.0mmol/L，该积液培养无细菌生长。血吸虫、肺吸虫皮肤试验均为阴性。血涂片未找到血丝虫及微丝蚴。嗜酸性粒细胞计数 2870×10⁶/L，骨髓检查发现成熟嗜酸性粒细胞占 35.5%，外周血片中嗜酸性粒细胞占 58%，余均正常。下颌部皮下组织活检见"大量嗜酸性粒细胞浸润，胶原纤维变性断裂"，病理诊断为高嗜酸性粒细胞综合征。于 1994 年 7 月 28 日大会诊讨论确诊。次日用强的松 60mg/日治疗，2 天后体温降至正常，5 日后嗜酸性粒细胞计数降至 1034×10⁶/L，白细胞计数 6.8×10⁹/L，其中 E 0.07，一周后浮肿明显消退，心包积液消失，听力恢复，心电图仍为心房扑动（3:1 下传）。治疗 10 天后，自觉好转，要求带药回家治

维普资讯 http://www.cqvip.com

疗。出院半年后，信访，患者健存。

2 讨论

本病例诊断主要根据：1. 外周血嗜酸性粒细胞增高超过 1500×10^9/L，且骨髓涂片见成熟嗜酸性粒细胞增高。2. 皮下组织活检见大量嗜酸性粒细胞浸润，胶原纤维变性断裂。3. 临床有多个组织或脏器受累，难用其它疾病解释，本例的主要表现有：发热、皮肤丘疹样红斑、小包块、皮下组织受累、全身浮肿、心包积液、心肌受损、传导障碍，肺纹增多，听力下减等，并随糖皮质激素治疗后好转。4. 排除寄生虫、变态反应性疾病和肿瘤引起的嗜酸性粒细胞增高。根据 1975 年 Chusid 提出的诊断标准，本例缺乏嗜酸性粒细胞持续增高超过半年的资料，为此，我们借阅外院病理切片，发现 1 年前左面部包块切片中已有成堆嗜酸性粒细胞浸润，但当时病历中五次血常检查均未反映出有嗜酸性粒细胞增高，估计可能当时血常规检查时，白细致分类未用油镜观察，以至延误诊断。建议，对有多个系统受累的疾病，白细胞分类应细致观察，如已有嗜酸性粒细胞浸润组织或脏器的证据患者，不一定要嗜酸性细胞持续增高超过半年，也可诊断。

关于该病的发病率，本例为我院建院 37 年来首例，根据冯光辉在 17 年内的 15 例报告。回顾过去临床工作中，也常遇有原因不明的嗜酸性粒细胞增多患者，由于对本病认识不足，未能进一步检查、随访，可能有造成漏误的情况因而对其发病率和预后的判断，很难统计。尚待今后提高对本病的检出率而定。本例病程已近 2 年，同时有心包、心肌损害、心律失常嗜酸粒，白细胞计数超过 100×10^9/L，据 Chusid 报告，上述改变提示预后不良。Chusld 复习文献 5 例，同时总结 14 例共 65 例患者，平均生存期 9 个月，冯光辉报告的 15 例病例，最长的生存期 57 个月，本例较前者报告的生存期长，但较冯氏报告的短，患者目前尚存活，尚需随访。

参 考 文 献

1. Chusid MJ, et al. Medicine (Baltimoe) 1975; 54 (1): 1 - 65
2. 冯光辉，等. 中华血液血杂志 1984; 5(4): 220 - 222
3. Hardy WR, et al Ann Intern Med. 1968; 68: 1220
4. 王风飞，等. 中华内科杂志 1990; 29(4): 237
5. 杜长春，等. 中华病理学杂志 1992; 21(1): 61

（收稿日期 1995 - 04 - 28）

（上接第 338 页）

5. Kitukawa K, et al. J antimicrob Chemother 1991; 27: 343
6. Neu H, et al. Drugs 1993; 45(sppl 3): 54
7. Vasgeuz J, et al. J Antimicrob Chemother 1993; 32: 715
8. Johnson JH, et al. Antimicrob Agent Chemother 1992; 36: 2444
9. Massias L, et al. Abstract no. 533, 18th ICC Stockholm, 1993
10. Sorgel F, et al. Abstract no. 97, 4th International Symposium, New Quinolones, Munich, 1992
11. Takazawa T, et al. Abstract no. 1253, 30th ICAQC 1990, Altanta
12. Tagagi K, et al. Antimicrob Agent Chemother 1991; 35: 1137
13. Carbon C, et al. Sparfloxacin monograph, Adis, Chester, England 1994
14. Dodo M, et al. Pharmacometrics 1991; 41: 147 - 155
15. Nakatsuji K, et al. Pharmacometrics 1991; 41: 486

（收稿日期 1994 - 10 - 26）