

- 280(5361):243-248.
- [12] 董宁,姚咏明,曹玉珏,等.大面积烧伤脓毒症患者 T 淋巴细胞免疫功能的变化及临床意义[J].中华烧伤杂志,2007,23(2):84-87.
- [13] Jobin N, Garrel D, Bernier J. Increased serum-soluble interleukin-2 receptor in burn patients: characterization and effects on the immune system[J]. Hum Immunol, 2000, 61(3):233-246.
- [14] Sayeed MM. Signaling mechanisms of altered cellular responses in trauma, burn, and sepsis: role of  $Ca^{2+}$  [J]. Arch Surg, 2000, 135(12):1432-1442.
- [15] Choudhry MA, Haque F, Khan M, et al. Enteral nutritional supplementation prevents mesenteric lymph node T-cell suppression in burn injury[J]. Crit Care Med, 2003, 31(6):1764-1770.
- [16] 张淑文,孙成栋,文燕,等.血必净注射液对脓毒症大鼠血清内毒素及脾脏特异性免疫功能的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2007,14(2):91-94.
- [17] Muller Kobold AC, Tulleken JE, Zijlstra JG, et al. Leukocyte activation in sepsis: correlations with disease state and mortality[J]. Intensive Care Med, 2000, 26(7):883-892.
- [18] Venet F, Pachot A, Debard AL, et al. Human  $CD4^{+}CD25^{+}$  regulatory T lymphocytes inhibit lipopolysaccharide-induced monocyte survival through a Fas/Fas ligand-dependent mechanism[J]. J Immunol, 2006, 177(9):6540-6547.
- [19] 张畔,曹书华,崔克亮,等.血必净对多脏器功能障碍综合征单核细胞 HLA-DR 表达影响的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(1):21-23.

(收稿日期:2008-03-09 修回日期:2008-04-11)

(本文编辑:李银平)

## • 病例报告 •

## 坏死性淋巴结炎并发重症感染伴多器官功能衰竭死亡 1 例

肖东 刘艳 窦清理 牛新荣

【关键词】 淋巴结炎,坏死性; 感染,重症; 多器官功能衰竭

坏死性淋巴结炎(HNL)病程迅速进展,并发感染伴多器官功能衰竭(MOF)者可死亡,现就 1 例报告如下。

## 1 病历简介

患者女性,34 岁,自诉发现下颈淋巴结肿大,伴低热 1 个月,经抗炎治疗 10 d 无明显缩小,局麻下行颈下淋巴结摘除术。患者术后出现高热,伴咳嗽,有消化道症状。经抗炎、对症治疗 1 d 效果差,出现精神萎靡、口唇发绀、呼吸急促,血压、脉搏血氧饱和度( $SpO_2$ )下降,转入重症加强治疗病房(ICU),用多巴胺维持血压,身体出现大片瘀斑和散在出血点,双肺底可闻及湿啰音,手术创口局部无红肿、无分泌物;血气示重度低氧血症、代谢性酸中毒,中心静脉压  $5.5 \text{ cm H}_2\text{O}$  ( $1 \text{ cm H}_2\text{O} = 0.098 \text{ kPa}$ )。引流咖啡色胃液。立即行气管插管、机械通气,辅助/控制呼吸(A/C)模式,参数设置为潮气量( $V_T$ )480 ml,呼吸频率(f)14 次/min,呼气末正压(PEEP)8  $\text{cm H}_2\text{O}$ 。实验室检查示:血象高,血小板减少,肝、肾功能损害,凝血功能障碍,心肌酶谱明显升高。免疫功能检测:免疫球蛋白 IgG、IgM 明显降低,CD3 总

T 淋巴细胞、CD4 T 辅助/诱导细胞、CD8 T 抑制/杀伤细胞、CD4/CD8 比值均明显降低,降钙素原  $>10 \mu\text{g/L}$ ,抗核抗体、抗心磷脂抗体、病毒全套检测均为阴性。早期连续送检血、尿及痰培养无阳性结果;后期痰培养为阴沟肠杆菌、嗜麦芽窄食单胞菌、白色假丝酵母菌。X 线胸片示两肺纹理增多,可见斑片状、小片状模糊影并相互融合,两中下肺野明显,提示两肺炎症。病理结果为 HNL。

诊断考虑:①HNL、淋巴结摘除术后;②重症肺炎,急性呼吸窘迫综合征;③严重脓毒症、脓毒性休克、急性肾功能不全、弥散性血管内凝血(DIC)、中毒性肝炎、肝内胆汁淤积症、急性胃黏膜病变;④左上肢深静脉血栓形成、骨筋膜室综合征。

治疗及结果:给予容量复苏,用血管活性药物维持循环稳定后逐渐减量至停用;用甲泼尼龙、乌司他丁、胸腺肽抑制炎症反应,保护器官功能,调节免疫功能;急性肾功能不全无尿者行持续床旁血液滤过,加强血滤超滤减轻组织水肿;严重低蛋白血症补充白蛋白;肝功能不全、胆汁淤积性黄疸给予保肝、退黄治疗;上消化道出血给予止血、抑酸、保护胃黏膜;静脉泵入胰岛素控制血糖;稳定内环境,维持水、电解质平衡;抗生素选用美罗培南联合万古霉素;抗真菌治疗

加用达扶康及伏立康唑;骨筋膜室综合征给予解除外部压力、抬高患肢、保持局部清洁干燥。经过积极治疗,患者病情一度好转,体温、血象、心肌酶谱、尿量恢复,肝、肾功能得到改善,双肺病灶吸收消散,氧合明显改善并脱机,全身出血倾向好转,凝血功能指标基本恢复正常,左上肢肿胀消退及水疱破溃吸收,功能恢复。但 20 d 后病情反复并进行性恶化,主要表现为感染反复,体温不升,白细胞计数最高达  $112.9 \times 10^9/L$ ,头颅 CT 示颅内多发出血,对各种治疗反应差,最终死于 MOF。

## 2 讨论

本例患者以淋巴结肿大、低热为早期表现,经病理证实为 HNL,后病程迅速进展,伴发感染、多器官功能障碍,经积极治疗病情一度好转,各器官功能有所恢复,最终以难以控制的感染、MOF 而死亡。说明本病临床表现多样、缺乏特异性,感染严重反复、难以控制,可能与存在自身免疫缺陷有关。本例患者伴发重症肺炎、脓毒性休克、MOF,病程发展过程中尤以急性肾功能不全及 DIC 为突出表现,同时存在严重毛细血管渗漏、全身组织水肿、左上肢骨筋膜室综合征,在临床上实属少见,值得进一步探讨。

(收稿日期:2008-08-29)

(本文编辑:李银平)