

• 病例报告 •

嗜酸粒细胞增多症伴多器官功能衰竭 1 例并文献复习

钟建华 张朝晖 傅德建 瞿星光

443000 湖北宜昌,三峡大学第一临床学院 & 宜昌市中心人民医院 ICU

通讯作者:张朝晖, Email: 27008946@qq.com

DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2016.02.018

Hypereosinophilic syndrome complicated by multiple organ failure: a report of one case and literature review

Zhong Jianhua, Zhang Zhaohui, Fu Dejian, Qu Xingguang

Department of Intensive Care Unit, First College of Clinical Medicine, Three Gorges University & Yichang Central People's Hospital, Yichang 443000, Hubei, China

Corresponding author: Zhang Zhaohui, Email: 27008946@qq.com

嗜酸粒细胞增多症是一组病因不明,以血液和(或)骨髓嗜酸粒细胞(EOS)持续增多,伴组织中EOS大量浸润为特征的疾病,全身各个器官系统均可累及,临床表现多种多样,涉及皮肤、心脏、肺、胃肠道、肝脾及神经系统的病变均有报道^[1-4],以皮肤、心脏、神经系统最常受累,其中心脏受累约占40%,为该病致死的主要原因^[5-6]。EOS增多时可浸润心脏三层组织结构、传导系统及冠状动脉(冠脉)血管,引起心肌损伤及冠脉痉挛、闭塞等^[7-9]。现报道本科近期收治的1例嗜酸粒细胞增多症伴多器官功能衰竭(MOF)病例如下。

1 临床资料

患者女性,34岁。3年前出现支气管哮喘间断发作,吸入糖皮质激素能缓解;2013年8月3日于本院就诊,查血常规显示EOS计数 $1650 \times 10^6/L$,EOS比例0.162。2015年5月11日患者因“间断腹痛、腹胀1周”入住本院消化内科。入院时生命体征正常,查体无特殊。血常规:白细胞计数(WBC) $19.41 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数(NEUT) $7.86 \times 10^9/L$,EOS计数 $9210 \times 10^6/L$,EOS比例0.475,淋巴细胞比例(LY) 0.083,单核细胞计数(MONO) $0.69 \times 10^9/L$;胸部CT考虑双肺感染伴双侧胸腔积液;腹部CT平扫、心脏彩超及心电图均正常。5月20日复查血常规:WBC $28.29 \times 10^9/L$,红细胞计数(RBC) $3.72 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb) 117 g/L,血小板计数(PLT) $174 \times 10^9/L$,EOS计数 $22.96 \times 10^9/L$,EOS比例0.812,C-反应蛋白(CRP) 25.33 mg/L;血清寄生虫全套检查阴性;FIP1样基因1/血小板源性生长因子受体 α (FIP1L1/PDGF α)融合基因定性检测阴性;骨髓细胞学穿刺提示髓象及外周血EOS比例增高,分别为0.470及0.850。给予护胃治疗。6月3日起患者逐渐出现胸闷,阵发性呼吸困难;6月6日静脉滴注(静滴)甲泼尼龙40 mg 1次,给予解痉平喘及利尿治疗,效果不明显;6月7日患者出现胸闷心悸,呼吸困难,端坐呼吸,大汗淋漓,心率较快,双肺散在湿啰音,由消化内科转入重症加强治疗病房(ICU)。

入ICU后查体:意识清楚,心率150次/min,呼吸频率40次/min,血压70/40 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);双肺呼

吸音粗糙,满肺湿啰音,各瓣膜期未闻及杂音;腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾未扪及肿大;双下肢无水肿,四肢肌力正常,未引出病理征。血常规:WBC $17.18 \times 10^9/L$,Hb 110 g/L,EOS计数 $10 \times 10^6/L$,EOS比例0.001;肝功能:丙氨酸转氨酶(ALT) 3738 U/L, α -羟丁酸脱氢酶5410 U/L,天冬氨酸转氨酶(AST) 10380 U/L,总胆红素(TBil) 18.68 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBil) 9.83 $\mu\text{mol/L}$,总蛋白(TP) 62.62 g/L,白蛋白(ALB) 29.38 g/L,白蛋白/球蛋白比值(A/G) 0.88;心肌酶谱:肌酸激酶(CK) 720 U/L,乳酸脱氢酶(LDH) 9200 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB) 49 U/L;血生化:Na⁺ 133.0 mmol/L,Cl⁻ 91.1 mmol/L;凝血四项:凝血酶时间(TT) 18.5 s,凝血酶原活动度(PTA) 17.0%,国际标准化比值(INR) 4.49,凝血酶原时间(PT) 41.3 s,纤维蛋白原(Fib) 1.84 g/L,活化部分凝血活酶时间(APTT) 56.4 s。床边心电图:V1~V5深Q波,提示心肌受损;心脏+心功能彩超(胸部,床边正位):二尖瓣少量至中量反流,三尖瓣中量反流,心包少量积液。

临床诊断:①考虑双肺感染,肺水肿不排除,建议治疗后复查或行CT检查;②考虑双侧胸腔积液。

治疗:给予气管插管+机械通气,患者无尿行连续性肾脏替代治疗(CRRT),连续血浆置换3次,每次2000 mL,激素冲击治疗(甲泼尼龙1 g,使用3 d后改为0.5 g,2 d后以0.06 g维持治疗)。完善相关检查:铁蛋白>1650 $\mu\text{g/L}$,EB病毒核酸定量检测阴性。气道吸出物组织细胞学检测提示大量EOS及少许退变的异型细胞。抗中性粒细胞胞质抗体+可提取核抗体(ANCA+ENA)全套阴性,免疫球蛋白G(IgG) 20 g/L;血清蛋白电泳:白蛋白44.6%, α_1 球蛋白5.3%, α_2 球蛋白12.3%, β_1 球蛋白5.2%, β_2 球蛋白8.0%, γ 球蛋白24.6%;免疫固定电泳:血清蛋白电泳上无M蛋白条带。6月16日查血常规:WBC $22.64 \times 10^9/L$,RBC $3.22 \times 10^{12}/L$,Hb 98 g/L,PLT $49 \times 10^9/L$,EOS计数和EOS比例均为0;肝功能:ALT 210 U/L,AST 41 U/L,TBil 73.77 $\mu\text{mol/L}$,DBil 46.83 $\mu\text{mol/L}$;血生化:肌酐(Cr) 148.6 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮(BUN) 12.09 mmol/L, β_2 微球蛋白4.27 mg/L;心肌酶谱提示各指标均在正常范围。

6月17日拔除气管插管,6月24日患者24h尿量逐渐恢复至1000mL,转入血液科继续治疗。至7月中旬,患者精神、饮食尚可,无畏寒发热、咳嗽咳痰、呼吸困难、胸痛、腹痛腹泻等不适症状。血常规:WBC $10.00 \times 10^9/L$, RBC $2.62 \times 10^{12}/L$, Hb 86 g/L, 血细胞比容(Hct) 0.266, 平均红细胞体积(MCV) 101.5 fL, PLT $115 \times 10^9/L$, LY $3.28 \times 10^9/L$, MONO $0.86 \times 10^9/L$, NEUT $5.56 \times 10^9/L$; 肝肾功能大致正常;心电图基本恢复正常。

2 讨论

嗜酸粒细胞增多症是临床并不常见的全身性疾病。本例患者主要以胃肠道症状为首要表现。据文献报道,内镜检查见炎症最常累及胃窦和十二指肠球部,而此类患者多数预后良好^[10]。该病例不仅胃肠道受累,且后期继发心肌受损,瓣膜病变,肺水肿,继而出现呼吸循环衰竭、急性肾功能障碍,危及生命。从文献和本例患者资料可知,通过糖皮质激素结合抗心力衰竭的治疗常常可使EOS增多引起的心脏病变慢性化,心力衰竭症状得以缓解^[11-12]。通过早期及时床边CRRT治疗,患者的急性肾功能障碍也得以逆转^[13-15]。因该病较少见,望通过本病例的总结分析能引起临床医师对该病的重视,开阔诊断思路。

参考文献

- [1] 秦凡, 赵艳红. 慢性嗜酸性粒细胞白血病并发心脏瓣膜病变1例[J]. 临床血液学杂志: 输血与检验, 2014, 27 (8): 718-719. DOI: 10.13201/j.issn.1004-2806-b.2014.08.037.
- [2] 杨志瑜. 嗜酸性粒细胞增多致限制型心肌病1例[J]. 疑难病杂志, 2014, 13 (2): 206-207. DOI: 10.3969/j.issn.1671-6450.2014.02.038.
- [3] 曹春水, 吕农华, 何文华, 等. 嗜酸性粒细胞性胃肠炎并发急性胰腺炎一例报道[J]. 中国全科医学, 2014, 17 (17): 2042-2044. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2014.17.031.
- [4] 谭建军, 黄泗霖, 郭文明. 哮喘、重度嗜酸性粒细胞增多症1例并文献复习[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29 (11): 封3. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0979.2010.11.145.
- [5] 田庄, 方全, 赵大春, 等. 嗜酸性粒细胞增多症患者心脏受累的临床和病理表现[J]. 中华内科杂志, 2010, 49 (8): 684-687. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2010.08.013.
- [6] Aziz M, Khan WS, Ammar T, et al. Hypereosinophilic syndrome: a case series [J]. Biomedica, 2009, 25 (3): 191-196.
- [7] Ogbogu PU, Rosing DR, Horne MK 3rd. Cardiovascular manifestations of hypereosinophilic syndromes [J]. Immunol Allergy Clin North Am, 2007, 27 (3): 457-475. DOI: 10.1016/j.ia.2007.07.001.
- [8] 汪宗昱, 李宏亮, 么改琦, 等. 脓毒症心肌抑制对脓毒性休克患者血流动力学和器官功能及预后的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27 (3): 180-184. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.03.005.
- [9] 赵志伶, 樊巧鹰, 汪宗昱, 等. 脓毒症心肌抑制的临床表现及发病机制研究进展[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26 (7): 525-528. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2014.07.018.
- [10] 李薇, 弓艳霞, 唐艳萍. 嗜酸性粒细胞性胃肠炎临床特点分析[J]. 山东医药, 2014, 54 (2): 70-72. DOI: 10.3969/j.issn.1002-266X.2014.02.028.
- [11] Huntgeburth M, Lindner M, Fries JW, et al. Hypereosinophilic syndrome associated with acute necrotizing myocarditis and cardiomyopathy [J]. Z Kardiol, 2005, 94 (11): 761-766. DOI: 10.1007/s00392-005-0288-0.
- [12] 王虹, 严梅, 魏丽娟, 等. 痰嗜酸性粒细胞增高与COPD加重期糖皮质激素疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11 (15): 3609-3610.
- [13] 孙治平, 孙伏喜, 牛常明, 等. 连续性肾脏替代治疗及其液体负平衡可改善脓毒性急性肾损伤患者的肾功能和预后[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27 (5): 321-326. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.05.001.
- [14] 赵平, 郑瑞强. 连续性肾脏替代治疗严重感染所致急性肾损伤的研究进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20 (2): 118-120. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2013.02.023.
- [15] 林钦汉, 张明, 陈军, 等. 早期连续性肾脏替代治疗对严重脓毒症患者的治疗意义[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21 (1): 46-49. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.01.013.

(收稿日期: 2015-09-28)
(本文编辑: 孙茜, 李银平)