

· 短篇及病例报道 ·

小儿淋巴瘤细胞白血病并骨髓坏死 1 例报道

董显燕, 黄郁波, 廖林英

(江西省赣州市人民医院儿科 341000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.02.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)02-0207-01

1 临床资料

患儿,男,12岁,因“全身疼痛10d”入院,时有发热,无寒颤盗汗。查体:体温37.3℃,脉搏100次/分,呼吸23次/分,血压90/60mmHg。神志清楚,全身皮肤黏膜无黄染、皮疹及出血点,全身浅表淋巴结未触及,全身骨骼压痛明显,以下肢为甚,胸骨压痛明显,肝脾肋下未触及,各关节无活动障碍,无红肿。入院后血常规示:白细胞 $25.27 \times 10^9/L$,中性粒细胞70.7%,淋巴细胞23.1%,红细胞 $5.28 \times 10^{12}/L$,Hb144g/L,血小板 $153 \times 10^9/L$;外周血涂片可见浆细胞及网状细胞;心肌酶谱示:LDH696.60U/L,CK59.60U/L,CK-MB8.43U/L,HBDH620.40U/L;肝功能示:TBIL54.51 $\mu\text{mol/L}$,IBIL34.11 $\mu\text{mol/L}$,DBIL20.40 $\mu\text{mol/L}$,ALT43.20U/L,AST43.90U/L,CRP116.27mg/L;ANA1:100;腹部B超示:肝脾大,肝门部低回声结节,考虑为淋巴结,腹腔少量积液,双肾未见异常;多部位骨髓穿刺骨髓像均示有核细胞分辨不清,结构破坏,细胞核及细胞膜模糊不清,考虑骨髓坏死;骨髓穿刺活检示:造血组织增生极度活跃,脂肪细胞消失,间质纤维素样渗出物,骨小梁遭破坏,粒细胞系、红细胞系及巨核细胞系均受抑制,淋巴细胞极度增生,弥漫分布,其胞体较小,核深染,核仁不明显,胞质少,嗜伊红染色,Gomori(++++),免疫组化示:CD99(+),KI-67(5%+),CD3(-),PAX5(-),CD5(-),CD20(-),CD117(-),CD34(-),考虑淋巴瘤细胞白血病。家属考虑患儿病情及预后,放弃治疗,自动出院。

2 讨论

淋巴瘤细胞白血病又称淋巴瘤肉瘤细胞白血病,是淋巴瘤病程中发生骨髓广泛转移,即所谓恶性淋巴瘤的白血病期,临床中易发生淋巴瘤白血病的主要为中高度恶性非霍奇金淋巴瘤,淋巴瘤细胞白血病患者大部分临床表现为发热、贫血、肝脾大、浅表淋巴结肿大。而以骨关节疼痛为首发症状且伴骨髓坏死者少见报道。骨髓坏死是指骨髓中造血细胞发生原位死亡和基质的大面积坏死。1924年Graham在镰状细胞贫血的患者尸检中首次发现骨髓坏死。1982年以来,国内陆续有报道,病

因和病种在增多,常在其后隐藏着不少恶性疾病,预后较差。由于初始表现不典型,易误诊或漏诊,因此应引起重视。骨髓坏死的原发病主要有三大类^[1-5]:(1)肿瘤:如白血病、淋巴瘤、骨髓转移瘤等;(2)感染:特别是革兰阴性杆菌感染;(3)溶血。其中以肿瘤疾病最多见。骨髓坏死的机理一般有以下几方面:(1)微循环障碍;(2)毒物和药物对骨髓的损伤;(3)微循环的缺氧或营养不足;(4)骨髓中静脉血窦受压;(5)免疫系统疾病、溶血、实体瘤等。骨髓坏死临床表现无明显的特征性,据报道85%的患者以骨骼疼痛为主要临床症状,其诊断主要靠骨髓穿刺活检确诊,特别是多部位骨髓穿刺对发现骨髓涂片(BMN)非常重要。而放射性核素及磁共振检查在诊断和确定骨髓坏死的范围时可能较为重要。BMN预后较差,死亡率高,且多在确诊后短期内死亡。近年来多数学者认为,BMN的预后主要取决于基础疾病的情况,而与坏死程度无关。应在积极控制原发病的基础上应用维生素D₃、糖皮质激素和抗贫血、抗感染及对症支持治疗,才能使坏死骨髓得以修复。若基础疾病能治愈,则BMN常可获得痊愈。

参考文献:

- [1] Bemejo A. Bone marrow necrosis[J]. Am J Hematol, 1995,50(1):65-66.
- [2] Ranaghan L, Morris TCM, Desai IR. Bone marrow necrosis[J]. Arr J Hematol, 1994,47(3):225-228.
- [3] 韩洁英,邵念贤,郑迪辉. 骨髓坏死1例报道:附文献复习[J]. 上海医学,1992,15(1):65-66.
- [4] Faolo JC, Zangari M, Seremetis S. Ait in the bone in a case of bone marrow necroses associated with escherichiacioli septice mia[J]. Am J Hematol, 1995,12(1):48-58.
- [5] 林萍尔,凌柱三,沈泽霜,等. 骨髓坏死9例临床分析[J]. 中华血液学杂志,1986,7(10):600-602.

(收稿日期:2011-07-18 修回日期:2011-08-15)

· 短篇及病例报道 ·

难治性乳糜泻 1 例报道

陈 静

(重庆市第五人民医院儿科 400062)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.02.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)02-0207-02

1 临床资料

患儿,男,6岁,因“反复腹泻伴呕吐5年,吐泻加重1d”于2009年10月1日入院。入院前5年,即患1岁左右开始出现腹泻,每日大便约3~4次,严重时可达10余次,多为黄稀水便,时为乳糜样便,量多,有恶臭,伴呕吐,呈非喷射状,为胃内容物,无胆汁和咖啡色样物质,无发热、咳嗽,无头昏、头痛,无腹痛,无不洁饮食史,无热带地区旅游史。患儿系G₁P₁,孕37周顺产,出生体质量3100g,母乳喂养至8个月,后以配方奶

喂养,1岁时体质量9kg,2岁时体质量8.9kg,入院时体质量10kg(封3图1A)。家族中无慢性腹泻患者。曾多次于重庆医科大学附属儿童医院和第三军医大学大坪医院就诊,诊断为“慢性腹泻、慢性胃炎、十二指肠炎、营养不良、维生素缺乏、贫血”等病,疗效不佳,患儿腹泻无明显好转,日渐消瘦。入院前1d患儿吐泻再次加重,尤进食后明显,未诉头昏、头痛、腹痛等不适,无发热、咳嗽。查体:T36.5℃,P60次/分,R24次,体质量10kg,身高95cm,头围49.5cm,胸围50cm,血压102/56