

紊乱有关。当相当细胞因炎症而受损时,细胞活动旺盛,免疫活性介质使淋巴细胞转化,在激活补体的同时使炎症加剧,造成 β_2 -MG合成增加,提示肺炎患儿可能存在细胞免疫抑制。

IL-2 主要是在免疫应答中由活化的 $CD4^+$ 细胞产生,其作用主要是刺激T、B淋巴细胞增生,增强NK细胞活性和吞噬细胞杀伤活性^[2]。本文中有肺炎患儿血清IL-2活性水平降低,与对照组比较有显著性差异($P < 0.01$),提示肺炎患儿T细胞的增殖和分化受到抑制,CD细胞数量或功能低下,导致IL-2减少,从另一方面表明肺炎患儿细胞免疫功能

较健康儿童低下。

本文结果提示,肺炎患儿血清 β_2 -MG和IL-2水平在一定程度上可反映其免疫状态,对临床治疗具有一定的指导意义。

[参 考 文 献]

- [1] 冯益真,张瑞凤,谢容银.实用儿科呼吸病学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1995,244-246.
- [2] 腾云.细胞因子对甲状腺机能的影响[J].国外医学儿科学分册,1997,24(4):186-187.

(本文编辑:吉耕中)

病例报告 ·

Weber-Christian 综合征 1 例

郑杰¹,刘海燕¹,冯殿芹²

(潍坊益都中心医院 1. 儿内科; 2. 皮肤科,山东 潍坊 262500)

[中图分类号] R758.73 [文献标识码] E

患儿,男,1岁,因全身皮肤结节2月,皮肤出血点1周入院,患儿近2月来全身皮肤出现结节,成批出现,大小不等,近1周来全身出现出血点,伴发热,体温 $38.5 \sim 40$,呈不规则热。既往身体健康,无其它药物服用史。查体:T 38.7 ,神志清,精神可,面色苍白,口唇粘膜苍白,全身散在结节,以四肢为多,不高出皮面,直径约 0.5 cm ,色泽与皮肤颜色一致,中等硬度,无压痛,左颞部见 $4.5\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$ 肿物,与边缘分界清楚,高起皮面,表面皮肤潮红,活动度小。全身散在针尖大小出血点,全身浅表淋巴结未触及肿大,双肺呼吸音清,无罗音,心音有力,腹软,肝脾不大。外周血:WBC $2.7 \times 10^9/\text{L}$,Hb 82 g/L ,PLT $89 \times 10^9/\text{L}$ 。肝肾功能正常。头颅颞部拍片示颅盖骨皮质线光滑连续,颞枕部有 $4.5\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$ 的类圆形高密度影,骨髓报告示血小板减少性紫癜,病理活检:皮下脂肪组织内散在炎细胞浸润,以淋巴细胞、组织细胞为主。确诊后经抗感染、激素及对症治疗2周后复查外周血WBC $4.1 \times 10^9/\text{L}$,Hb 97 g/L ,PLT $330 \times 10^9/\text{L}$,体温正常,皮肤结节大部分消

失,颞部肿物较前缩小,质地变软,患儿带药回家继续治疗。

讨论:Weber-Christian综合征又称结节性脂膜炎,是原发于脂膜层的一种少见的脂肪病变,呈急性或亚急性发作,各年龄均可发生,婴儿偶见,脂膜层炎症不仅限于皮下,亦可发生于内脏、腹膜和大网膜,临床上出现多脏器损害症状。本病可能与下列因素有关:脂肪代谢障碍或影响脂肪代谢的酶异常;变态反应;自身性免疫反应;药物因素。皮下结节是本病的主要症状,可伴有发热、内脏损害等。如骨髓侵犯可出现骨髓抑制,伴有严重内脏损害者预后较差,可死于循环衰竭、出血、败血症和肾功能衰竭。应注意与败血症、多发性脓肿、结核病、结缔组织病鉴别。本病目前仍无满意的治疗方法。首先应去除体内感染病灶,停用可疑的致敏药物,选用适当抗生素控制感染,可应用水杨酸盐和皮质类固醇激素等,减量或停用后,部分病例可复发。用静脉封闭疗法、黄体酮治疗也有一定疗效。

(本文编辑:吉耕中)