

·病例报告·

肺炎支原体引起传染性单核细胞增多 综合征 1 例诊治分析

张晓敏,伍淑雯,付四毛,张志培

(中山市博爱医院儿科,广东 中山 528403)

[中图分类号] R512.7 [文献标识码] E

女,1岁,因咳嗽、间断发热20 d,皮疹半天入院。20 d前无明显诱因出现阵发性连声咳嗽,非痉挛性,痰少,无喘憋;发热无规律,体温最高38℃;半天前出皮疹,从耳后、发际、渐蔓延至躯干四肢。伴流涕,偶有进食后呕吐,非喷射性,解黄色水样便,每日3~4次,纳差,小便正常。已接种麻疹疫苗。体格检查:T 37.9℃,R 30次/min,P 120次/min,体重9.5 kg,神志清楚,无三凹征及发绀,全身散在麻疹样红色斑丘疹,以躯干为多,疹间皮肤正常。颈部淋巴结肿大,约3 cm×2 cm及1.5 cm×1.2 cm,活动度好。眼睑结膜稍充血,有分泌物,咽充血,双肺呼吸音粗,可闻及散在粗湿罗音,心脏未见异常,肝脾不大,神经系统正常。血WBC $10.6 \times 10^9/L$,L 0.49。胸片:两下肺见小点片状阴影,边界欠清,诊断支气管肺炎。予静脉点滴红霉素每日30 mg/kg,仙力素每日80 mg/kg,控制感染,对症处理。住院第2天体温正常,但皮疹明显增多,呈麻疹样皮疹,口腔粘膜粗糙,无麻疹斑。第3天皮疹减少变淡,疹退后有少许色素沉着,无皮肤脱屑,末梢血细胞学检查:中性分叶粒细胞0.19,成熟淋巴细胞0.59,异淋0.21,成熟单核0.01,肝功正常。拟诊“传染性单核细胞增多症”,予静脉滴注5%丙种球蛋白100 ml,1次/d,共4 d,更昔洛韦5 mg/kg,共用7 d。住院6 d后血WBC $6.4 \times 10^9/L$,嗜中性分叶粒细胞0.02,嗜酸分叶粒细胞0.04,嗜碱分叶粒细胞0.01,成熟淋巴细胞0.86,异淋0.04,成熟单核细胞0.03。住院第7天血MP-IgM 1:640,EB-IgM、EB-IgG均阴性,传单抗体阴性,麻疹病毒IgM阴性。第15天痰培养为肺炎支原体。确诊肺炎支原体肺炎,传染性单核细胞增多综合征。住院12 d

临床治愈出院,门诊继用希舒美治疗2周。

讨论:传染性单核细胞增多症(简称传单)是由疱疹病毒群的EB病毒引起。巨细胞病毒可引起类似传单的表现称为巨细胞病毒性单核细胞增多症。传染性单核细胞增多综合征亦称类传染性单核细胞增多症^[1],由其他病毒和细菌感染、药物过敏反应等引起,该症特征为EB病毒抗体阴性,血清嗜异性凝集试验阴性或嗜异抗体能被豚鼠肾所吸收。三者临床表现除单核细胞增多外,还有许多共同点。虽然临床表现相近,但病原体、治疗、预后完全不同,临床上必须注意加以鉴别。本例曾拟诊传染性单核细胞增多症皮疹型,并予相应治疗。经病原检查确诊为肺炎支原体肺炎,传染性单核细胞增多综合征。

本病特点为咳嗽,间断发热20 d,出现皮疹半天后入院;无呼吸增快及三凹征,肺可闻散在不固定粗湿罗音;淋巴结肿大;胸片小点片状阴影;淋巴+单核细胞比例增高,异淋21%;血清MP-IgM 1:640,痰培养为肺炎支原体,肺炎支原体肺炎诊断明确。同时有皮疹,淋巴结肿大,淋巴+单核细胞比例增高,异淋21%,故传染性单核细胞增多综合征诊断成立。肺炎支原体是小儿呼吸道感染的常见病原体,肺炎支原体感染近年有增多趋势,临床表现不典型,有多系统损害,易误诊,已引起临床重视^[2]。检测血清MP-IgM是目前诊断支原体感染最有效的方法,呼吸道分泌物培养支原体需时间长,对临床快速诊断帮助不大^[3]。国外文献^[4]报道2例淋巴结病、肝功能不良、而无肺炎表现的肺炎支原体感染,其中1例诊断为传染性单核细胞增多症样综合征。肺炎支原体引起类似传染性单核细胞增多症表现是一个新的临床问题应引起临床医生重视,注意鉴别

[收稿日期] 2003-02-18; [修回日期] 2003-05-06
[作者简介] 张晓敏(1963-),男,大学,副主任医师。主攻方向:小儿心血管疾病。

诊断。异型淋巴细胞增高,但持续时间短,麻疹样皮疹,疹退后有少许色素沉着,可能是肺炎支原体感染的一种特殊表现。

【参考文献】

- [1] 丁训杰,沈迪,林宝爵,林修基.实用血液病学[M].上海:上海医科大学出版社,1991,165-167.
[2] 贾彩娥.100例小儿支原体肺炎及并发症分析[J].北京医学,

2002,22(5):279-280.

- [3] 黄建军.支原体感染血清学检测及其临床意义[J].中国当代儿科杂志,2001,3(6):699-701.
[4] Narita M, Yamada S, Nakayama T, Sawada H, Nakajima M, Sageshima S. Two cases of lymphadenopathy with liver dysfunction due to Mycoplasma pneumoniae infection with Mycoplasma bacteraemia without pneumonia [J]. J Infect, 2001, 42(2): 154-156.

(本文编辑:吉耕中)

·病例报告·

婴儿溃疡性结肠炎1例

郭晓清,蒲秀红,李茜,裘晓霞,邱萌

(解放军第309医院儿科,北京 100091)

【中图分类号】R574.62 【文献标识码】E

患儿,男,8月,于生后23d无明显诱因出现腹泻,8~10次/d,黄绿色稀糊状便,无脓血,无呕吐、发热等伴随症状,纳差,精神较好,自服思密达、乐托尔等无效,于3个月时腹泻加重,出现粘液便及脓血便,约10余次/d,反复查大便常规:粘液脓血便, WBC(++~++++),多次查大便培养无致病菌生长。先后予静脉点滴磷霉素、头孢哌酮钠、头孢曲松等抗生素治疗无效,腹泻时轻时重,脓血便与黄绿色稀便交替出现,营养发育较差,轻度贫血貌,心肺无异常,肝脾无肿大,肛周潮红糜烂,较重肛裂及肛痿。血常规:WBC $8.7 \times 10^9/L$, RBC $3.62 \times 10^{12}/L$, HGB 86 g/L, N 0.488, L 0.512;大便常规:黄色粘液便, WBC满视野, RBC 8~12/HP;反复大便培养阴性;大便未查出阿米巴滋养体及兰氏贾第鞭毛虫; PPD 试验阴性;结核抗体阴性;肥达氏、外斐氏反应阴性; HIV 阴性;血生化、肝肾功能正常;5个月及8个月2次钡灌肠示:横结肠、左半结肠粘膜呈颗粒状改变,肠管边缘毛糙呈锯齿状改变,诊断溃疡性结肠炎(见图1~4)。予爱迪沙(5-氨基水杨酸,苏州中凯生物药业有限公司出品)250 mg口服,3次/d、疗程3月;中药青黛、枯矾、乳香、没药、儿茶(各10g),白芨、白头翁炭(12g)研细粉混匀,取5g加生理盐水30 ml保留灌肠,每日1次,2周为1个疗程,共用3个疗程,用药2周后患儿食欲好转,面色转红润,

大便性状明显好转,大便次数减少,5次/d、黄色糊状便,大便常规 WBC 0~2/HP,血常规 WBC $6.9 \times 10^9/L$, RBC $3.96 \times 10^{12}/L$, Hb 108 g/L, N 0.405, L 0.595;3周时大便2次/d,黄色软便,无脓血,大便常规正常;完成疗程停药3月、6月复查大便常规、血常规、肝肾功能正常。

讨论:溃疡性结肠炎可发生在任何年龄,但多见于20~40岁者,儿童发病率较低。本病因尚未完全明确,目前认为本病主要是由于免疫机制异常,并与氧自由基损伤、遗传因素等有关。结肠镜检查、稀钡灌肠检查可明确诊断^[1]。儿童及婴幼儿溃疡性结肠炎发病率低,且婴幼儿更受语言表达所限,极易误诊。临床常按细菌性或阿米巴痢疾等治疗,当溃疡性结肠炎继发感染予抗感染治疗获一定疗效时更易混淆。长时间用抗生素可导致肠道菌群失调、加重病情。艾迪沙可抑制黄嘌呤氧化酶或白细胞介素的氧自由基形成,消除炎症;合并使用传统止涩、生肌中药保留灌肠取得了满意疗效。

(全部图片见封II)。

【参考文献】

- [1] 王松.婴儿溃疡性结肠炎1例[J].实用儿科杂志,2001,16(2):78.

(本文编辑:吉耕中)

【收稿日期】2003-02-14; 【修回日期】2003-04-29

【作者简介】郭晓清(1963-),男,大学,副主任医师。主攻方向:小儿内科呼吸、消化系统。