

· 病例报告 ·

幼儿黑热病一例

刘志刚 林晓洁 刘小红 周熙惠

患儿 女, 1 岁 3 个月, 陕西省宝鸡市人, 以“间断发热 2 周”于 2007 年 1 月 24 日入院。患儿入院前 2 周无明显诱因出现发热, 呈不规则发热, 最高体温 39.5℃, 口服布洛芬可退热, 无皮疹及脱屑, 外院按支原体感染诊断、静滴“阿奇霉素”9 d, “更昔洛韦”7 d 及“丙种球蛋白 5”3 d 无效。患儿 8 个月时曾随父母到四川省阿坝藏族自治州居住 6 个月, 回陕西后半个月开始发病。入院查体: 体温 39℃, 脉搏 114 次/min, 呼吸 27 次/min, 体重 10.5 kg, 皮肤略苍白, 无出血点, 全身浅表淋巴结不大, 咽充血, 心肺查体未见异常, 腹软, 肝右肋下未及, 剑突下 2 cm, 脾左肋下 2.5 cm。辅助检查: 血常规: 白细胞 $2.75 \times 10^9/L$, 淋巴细胞 0.709, 中性粒细胞 0.218, 嗜酸性粒细胞 0.004, 红细胞 $2.88 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 69 g/L, 血小板 $95 \times 10^9/L$ 。红细胞沉降率(ESR): 86 mm/h。肝功能: 丙氨酸氨基转移酶 57 U/L, 门冬氨酸氨基转移酶 103 U/L, 碱性磷酸酶 167 U/L, γ 谷氨酰转移酶 13.8 U/L, 总胆红素 7.3 $\mu\text{mol}/L$, 结合胆红素 2.69 $\mu\text{mol}/L$, 总蛋白 74.2 g/L, 白蛋白 36.4 g/L, 球蛋白 37.8 g/L, 白蛋白、球蛋白比值 0.963。结核 IgM (+), 结核 IgG (+), 结核 PCR (-)。TORCH (-)。EB-DNA (-)。类风湿因子(RF): < 10 U/ml。C 反应蛋白(CRP): 13.7 mg/L。结缔组织全套: 抗 UIRNP (+), 抗 SSA 抗体 (+), 胸片: 两肺炎症。两次骨髓涂片检查: 均报告为增生骨髓象伴粒系中毒改变。入院后经 2 次全科、1 次西安市儿科专家会诊, 诊断为“EB 病毒感染、巨细胞病毒感染、结核病、嗜血细胞综合征、婴儿红斑狼疮、黑热病等”, 给予头孢呋辛钠及更昔洛韦治疗 10 d, 口服萘普生 5 d, 以及试验性抗痨治疗 1 周, 患儿仍有高热, 每天 1~2 次, 且肝脾进行性增大, 肝右肋下 4 cm, 脾左肋下 6 cm。入院第 16 天, 经反复阅骨髓涂片, 发现一类不规则形, 浆量较多的网状细胞, 在淡蓝的胞浆中可见吞噬有红色或紫红色、形态与血小板相似的小体, 小体边缘较规则、核大而圆且靠近小体的一侧, 细胞间亦可见到此类小体、初步考虑此小体为利杜小体, 后经寄生虫病学专家确认, 确诊为黑热病。给予葡萄糖酸锑钠 11 日剂量递增疗法治疗, 总量 2750 mg, 用药 5 d 后体温正常。治疗结束后肝右肋下 3 cm, 脾左肋下 5 cm, 复查血常规: 白细胞 $5.8 \times 10^9/L$, 淋巴细胞 0.578, 中性粒细胞 0.404, 红细胞 $3.3 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 82 g/L, 血小

板 $412 \times 10^9/L$ 。肝功能: 丙氨酸氨基转移酶 52 U/L, 门冬氨酸氨基转移酶 91 U/L, 碱性磷酸酶 326 U/L, γ 谷氨酰转移酶 58 U/L, 总胆红素 5.1 $\mu\text{mol}/L$, 结合胆红素 0.1 $\mu\text{mol}/L$, 总蛋白 64.4 g/L, 白蛋白 34.8 g/L, 球蛋白 29.6 g/L, 白蛋白、球蛋白比值 1.2。1 个月后肝右肋下 2.5 cm, 脾左肋下 4 cm。4 个月后随访, 未再发热, 肝脾已恢复至正常大小, 复查血常规: 白细胞 $5.6 \times 10^9/L$, 淋巴细胞 0.65, 中性粒细胞 0.35, 红细胞 $3.8 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 116 g/L, 血小板 $220 \times 10^9/L$, 未再复查骨髓。

讨论: 黑热病是由杜氏利什曼原虫引起的通过白蛉传播的慢性寄生虫病, 婴幼儿诊断困难、报道少见。该病具有地区特点, 在我国主要分布在甘肃、四川北、新疆、蒙古、山西等地。杜氏利什曼原虫进入人体后被单核-吞噬细胞吞噬, 并可随血流到脾、肝、骨髓及淋巴结等器官, 在单核-吞噬细胞内大量繁殖, 可引起巨噬细胞破裂, 利杜体逸出后又被其他巨噬细胞吞噬并在内大量繁殖, 如此反复而引起大量巨噬细胞破坏和增生, 导致内脏病变^[1]。临床主要特点是: ①长期不规则发热: 典型病例为双峰热, 约占 1/3; ②肝脾进行性肿大: 以脾肿大为著, 起病后半个月即可触及, 半年后可达脐部甚至盆腔, 质地硬; ③全血细胞减少: 白细胞最明显, 一般 $(1.5 \sim 3) \times 10^9/L$, 中性粒细胞减少甚至可完全消失, 嗜酸性粒细胞减少; ④血浆球蛋白增高。骨髓涂片检查发现利杜体是确诊本病的可靠方法^[2]。本例患儿有在疫区生活史, 而且恰好是在白蛉繁衍季节(5~9月), 临床症状、体征符合以上特点, 骨髓涂片检查发现利杜体而确诊, 经葡萄糖酸锑钠治疗后好转。我们体会: (1) 婴幼儿若表现为长期发热、肝脾进行性肿大, 三系细胞减低、以粒系减低为主时, 在排除常见病病原体感染后要想到寄生虫的感染; (2) 详细的追问病史、尤其是生活居住史及当地流行病学情况; (3) 主管医师应带着问题认真、仔细、全面地观察骨髓涂片, 比照彩色图谱辨认可疑的细胞形态, 不能仅看骨髓报告。

参 考 文 献

- [1] 吴中兴. 黑热病//胡亚美, 江载芳, 主编. 诸福堂实用儿科学. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1127-1129.
- [2] 王勤环. 黑热病//彭文伟, 主编. 传染病学. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 208-212.

(收稿日期: 2007-04-28)

(本文编辑: 付晓霞)