

化提示为肿瘤性 T 淋巴细胞。除种痘样水疱病外,本病还需与种痘水疱淋巴瘤样丘疹病、皮下脂膜炎 T 细胞淋巴瘤及血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤等鉴别。

2.2 目前,本病的病因和发病机理尚不明确,可能与 EB 病毒(Epstein-Barr virus,EBV)慢性活动性或潜伏感染及蚊虫叮咬所致的超敏反应有关^[4]。多数患者 EBV 感染相关指标包括 PCR 方法检测皮损或外周血 EBV-DNA,ELISA 检测血清 EBV-IgG/IgM 和皮损内 EBV 原位杂交技术(EBER)阳性,基因重排检测结果阳性,免疫组化示 T 淋巴细胞来源肿瘤。目前,有关该病的治疗方面的文献较少,Barri-
onuevo 等^[10]报道 16 例该病患者中有 8 例接受联合化疗,呈现轻到中度的缓解,随访的 10 例患者 2 年生存率为 36%,平均生存时间为 20 个月。李莹等^[11]采用系统性联合化疗方案及维 A 酸类、干扰素、局部外用药物、物理治疗联合非化疗方案治疗 32 例皮肤 T 细胞淋巴瘤(CTCL),认为系统性联合化疗治疗 CTCL 病情缓解较快;但非化疗方法能获得较长的缓解期、较高的生存率以及较长的总生存期。总之,目前对种痘样水疱病样 T 细胞淋巴瘤的认识仍不够深入,需要更多的临床资料积累,进行更加系统的研究。

参考文献

1 Oono T, Arata J, Masuda T, et al. Coexistence of hydroa vaccini-

forme and malignant lymphoma[J]. Arch Dermatol, 1986,122(11):1306 - 1309.

- 2 渠 涛,王宝玺,马东来,等. 种痘水疱病样皮肤 T 细胞淋巴瘤[J]. 临床皮肤科杂志, 2006, 35(9): 569 - 571.
- 3 祁怀山,郭一峰,陈 洁,等. 种痘水疱病样皮肤 T 细胞淋巴瘤 1 例[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2008, 22(6): 366 - 368.
- 4 宿 斌,王宝玺,渠 涛,等. 种痘水疱病样皮肤 T 细胞淋巴瘤 3 例及文献复习[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2008, 22(6): 341 - 344.
- 5 Ruiz-Maldonado R, Parrilla FM, Orozco - Covarrubias ML, et al. Edematous, scarring vasculitic panniculitis: a new multisystemic disease with malignant potential[J]. J Am Acad Dermatol, 1995, 32(1): 37 - 44.
- 6 顾 恒,钱恒林,常宝珠,等. 重型种痘样水疱病的临床研究[J]. 中华皮肤科杂志, 1994, 27(4): 203 - 205.
- 7 Gupta G, Man I, Kemmett D. Hydroa vacciniforme: A clinical and follow-up study of 17 cases[J]. J Am Acad Dermatol, 2000, 42(2 Pt 1): 208 - 213.
- 8 Wong SN, Tan SH, Khoo SW. Late-onset hydroa vacciniforme: two case reports[J]. Br J Dermatol, 2001, 144(4): 874 - 877.
- 9 廖燕珍,黄干军. 种痘样水疱病伴眼损害 3 例[J]. 临床皮肤科杂志, 1999, 28(4): 259.
- 10 Barrionuevo C, Anderson VM, Zevallos-Giampietri E, et al. Hydroa-like cutaneous T-cell lymphoma: a clinicopathologic and molecular genetic study of 16 pediatric cases from Peru[J]. Appl Immunohistochem Mol Morphol, 2002, 10(1): 7 - 14.
- 11 李 莹,袁卫如,郑 捷,等. 非化疗和化疗治疗皮肤 T 细胞淋巴瘤的临床疗效比较[J]. 临床皮肤科杂志, 2008, 37(2): 91 - 93.

[收稿日期 2011-04-26][本文编辑 刘京虹 韦 颖]

以右上腹痛为表现的扩张型心肌病 1 例

· 病例报告 ·

张 丹

作者单位: 546499 广西,罗城县人民医院心血管内科

作者简介: 张 丹(1978-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:心血管内科疾病诊治。E-mail: zd07788007@163.com

[关键词] 右上腹痛; 扩张型心肌病; 心力衰竭

[中图分类号] R 542.2 [文章编号] 1674-3806(2012)02-0159-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.02.26

1 病例介绍

患者男,32岁,因右上腹部疼痛 20 d 入院。20 d 前无明显诱因下出现右上腹持续性隐胀痛疼痛,疼痛放射至右侧肩胛区,无畏寒、发热、恶心、呕吐等。

自诉平素身体健康,否认高血压、心脏病史。在门诊行腹部 B 超检查提示:胆囊壁增厚、毛糙,腹腔少量积液。上腹部 CT 检查提示:胆囊不大,其内可见小点样阴影,心影增大,两侧胸腔可见新月形低密度水

万方数据

样影。初步诊断为(1)胆囊泥沙样结石伴胆囊炎可能性大;(2)心影增大性质待查;(3)胸、腹腔积液性质待查。收入我院腹外科。入院查体:BP 124/83 mmHg,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音。心界向左下扩大,心率(HR)74次/min,可闻及1~2次/min早搏,二尖瓣区可闻及2/6级收缩期吹风样杂音。右上腹部轻压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及,肝区叩击痛。当时考虑患者右上腹痛为胆囊泥沙样结石伴胆囊炎引起可能性大,入院后予头孢噻肟钠抗感染、对症等治疗,并完善相关辅助检查。次日,患者于下床活动后出现心悸、气促、胸闷、右上腹胀痛、出冷汗等症状,查体:T 37.0℃,R 30次/min,BP 110/80 mmHg。急性病容,半坐卧位、口唇紫绀,双侧颈静脉怒张,两肺呼吸音粗,肺底可闻及少许散在湿啰音。心界向左下扩大,HR 120次/min,心音偏低,偶闻及早搏,二尖瓣区可闻及3/6级收缩期吹风样杂音。腹平软,右上腹及右下腹轻压痛,肝区叩击痛,双下肢轻度水肿,急查心电图示:HR 119次/min,偶发室性早搏,左房负荷过重,TⅡ、avF低平、TⅢ浅倒置。当时考虑存在瓣膜性心脏病、心衰,予吸氧,静注西地兰、呋塞米,口服硝酸异山梨酯片、贝那普利片等治疗。患者心悸、气促症状减轻。予心脏超声检查提示符合扩张型心肌病(DCM)超声改变:左房、左室、右室增大,室壁收缩运动普遍减弱,左室收缩功能测定重度降低(FS:11.7%、EF:41%、SV:24.6 ml/B、CO:5.55 L/min、EDV:254 ml),二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣轻度关闭不全,微量心包积液。胸部X线提示:两肺纹理增多、增浓,心影向两侧增大,心胸比率约0.62,两侧肋膈角变钝。实验室检查结果回报TB-Ab、ASO、RF测定均为阴性,血沉1 mm/h。心肌酶检查示:LDH 302 U/L、CK 453 U/L、CK-MB 40 U/L、HBDH 306 U/L。肝功能检查示:TBIL 24.14 μmol/L、DBIL 7.94 μmol/L、IDBIL 16.20 μmol/L、AST 85 U/L、GGT 116 U/L。根据患者病史、体征、辅助检查结果修正诊断为:DCM,心功能Ⅳ级,胆囊泥沙样结石伴胆囊炎可能性大。转入我院心血管内科,予强心、利尿、扩管、营养心肌、抗感染等治疗。转科后第2天,患者心悸、气促减轻,无胸闷、腹痛等。至转科后第11天,患者无心悸、气促、胸闷、腹痛等,可平卧入睡,口唇无紫绀,双侧颈静脉无怒张,HR 70次/min,心音稍低,偶闻及早搏,二尖瓣区可闻及2/6级收缩期吹风样杂音。腹软,无压痛、反跳痛,双下肢水肿消失。复查胸部

X线示:两肺纹理增多、增浓,心影增大,左下增大为主,心胸比率约0.58,两侧肋膈角略变钝。与原胸片比较患者心影较前缩小,胸水较前减少。复查心肌酶示:LDH 171 U/L、CK 52 U/L、CK-MB 16 U/L、HBDH 186 U/L。患者病情好转稳定。

2 讨论

2.1 DCM是单侧或双侧心腔扩大,心肌收缩功能减退,伴或不伴有充血性心力衰竭为主要特征的一组疾病,其临床表现以充血性心力衰竭、心律失常、血栓栓塞、猝死为主要特征^[1]。病因及发病机制尚不清楚,多起病缓慢,可有无症状的心脏扩大许多年,或表现各种类型的心律失常,逐渐发展出现心力衰竭^[2]。DCM体检时由于心腔扩大,心脏瓣膜区听诊可有相对性二尖瓣或三尖瓣关闭不全所致的收缩期吹风样杂音。此种杂音在心功能改善后减轻。右心衰竭时可有肝大、腹水、水肿等;左心衰竭时可有发绀、双肺底可闻及湿啰音等;心衰晚期或全心衰竭时可出现胸水。各种心律失常都可出现,尚可有脑、肾、肺等处的栓塞。

2.2 本例患者以右上腹痛为主要表现,腹部B超示胆囊壁增厚、毛糙,上腹部CT提示胆囊泥沙样结石可能性大,所以首先针对胆囊泥沙样结石伴胆囊炎进行治疗。但患者在抗感染输液治疗过程中,因下床活动诱发出心悸、气促、右上腹痛加重等症状。复习患者病史,患者心影增大,胸、腹腔少量积液,结合心脏超声检查及其他辅助检查结果,考虑为DCM,并已发展至全心衰竭。患者在最初输液治疗过程中,出现病情加重现象考虑为输液致患者血容量增加,心脏前负荷加重所致。在强心、利尿、扩管、抗感染等治疗后患者病情减轻,次日腹痛症状即消失,提示患者虽不排除有胆囊泥沙样结石伴胆囊炎,但右上腹痛应与右心衰致肝淤血有关。所以对右上腹痛为主要表现,有心影增大的患者要高度怀疑右上腹痛与心脏疾患有关,应仔细采集病史,予以相应检查,尽早做出诊断,以免误诊,延误治疗,加重患者病情。

参考文献

- 1 杨英珍,王齐兵.扩张型心肌病的诊断和治疗研究进展[J].中华心血管病杂志,2003,31(9):645-648.
- 2 郑玲.扩张型心肌病心力衰竭的临床治疗体会[J].中国现代药物应用,2011,5(6):65-66.

[收稿日期 2011-09-19][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]