

因腹胀就诊消化科的多发性骨髓瘤一例

· 病例报告 ·

王翠华, 岳妍

作者单位: 300093 天津, 天津中医药大学中医内科脾胃方向 2013 级硕士研究生(王翠华); 300193 天津, 天津中医药大学第一附属医院脾胃科(岳妍)

作者简介: 王翠华(1988-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医临床消化疾病诊治。E-mail: water9290@163.com

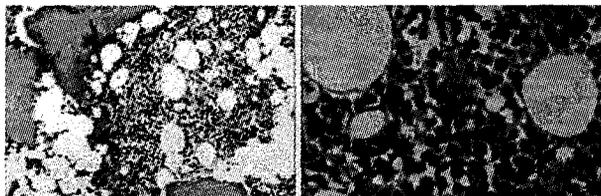
[关键词] 腹胀; 多发性骨髓瘤

[中图分类号] R 735 [文章编号] 1674-3806(2014)10-0963-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.10.23

1 病例介绍

患者,男,75岁,因腹部胀满不适1月余就诊,患者自诉于入院1月余前因进食冷藏草莓后出现胃脘部胀满不适,大便4d未行,遂就诊于某医院,查血常规示红细胞(RBC) $2.78 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白(HGB) 80 g/L, 余正常,提示正细胞正色素贫血,予中药汤剂治疗,服用后症状未见明显缓解。查立位腹平片后诊断为肠梗阻(可疑)、双侧髋髂关节退行性变、腰椎退行性变。为进一步明确诊断而转诊本院,入院时患者神清,精神可,腹胀,怕凉,腰痛明显,双下肢乏力。查体无特殊异常,否认药物过敏史、家族遗传史等。入院电子胃镜示食管炎(LA-A),糜烂性胃炎。予抑酸、保护胃黏膜为主治疗后,腹胀症状缓解,腰痛症状未见明显缓解。电解质检查,钠 128.9 mmol/L,二氧化碳结合力 20.6 mmol/L,提示电解质紊乱;肾功能检查,尿素氮 10.52 mmol/L,肌酐 123.40 $\mu\text{mol}/L$,提示肾功能不全;生化检查,球蛋白 76 g/L, A/G:0.3,血钙 2.05 mmol/L,结合贫血、腰痛、肾功能不全,亦不排除多发性骨髓瘤(multiple myeloma, MM)的可能。后进一步查尿 β_2 -微球蛋白为 1.740 mg/L。血 β_2 -微球蛋白为 10.760 mg/L,均明显升高;两次尿本周氏蛋白阴性(-)。免疫全项:Ig G 187g/L,提示明显升高。后转至中国医学科学院血液病医院进一步检验确诊为多发性浆细胞骨髓瘤 Ig G 型(见图 1),经积极进行放化疗,目前一般状况尚可。



HE 及 PAS 染色示骨髓增生活跃(60%),可见异常浆细胞广泛增生

图 1 骨髓活检镜下所见图像

2 讨论

2.1 MM 是一种恶性浆细胞病,其肿瘤细胞起源于骨髓中的浆细胞,其特征为骨髓浆细胞异常增生伴有单克隆免疫球蛋白或轻链(M 蛋白)过度生成,MM 常伴有多发性溶骨性损害、高钙血症、贫血、肾脏损害。MM 虽是血液科的常见病、多发病,但其总体发病人数在我国仍为少见,对非血液科医师来说仍为较少见的疾病,而且 MM 起病时表现多样,患者往往就诊于血液科以外的其他科室,临床医师对其认识不足,容易误诊^[1]。骨痛是 MM 早期主要临床表现且随病情发展而加重,疼痛多发生于腰骶部、胸廓及四肢,骨病是 MM 最常见的并发症,关于 MM 骨病的发病机理尚未完全清楚,可能是由于破骨细胞引起的骨重吸收增加而成骨细胞引起的新骨形成受抑制所致^[2]。MM 临床表现缺乏特异性,容易造成误诊,本例患者曾在外院因腰痛诊断为骨质疏松、骨关节退行性变,诊治 1 月余,症状无改善,以腹胀为主诉来本院就诊。多种原因均可引起腹胀,而消化道疾病是最主要的病因,但是对这种情况消化科医师不能只关注消化道疾病,而忽视其他可能性疾病,所以,医师接诊时应充分了解患者表现,不要忽略任何症状,也不要局限于本科室疾病。本例患者虽然以腹胀为主要症状,但是经过抑酸、保护胃黏膜等对症支持治疗后腹胀症状虽有好转,但腰痛症状并未缓解,结合贫血、肾损害、球蛋白升高等表现,后经进一步轻链测定、骨髓活检等得以明确诊断。

2.2 MM 早期临床表现形式多种多样,进展缓慢,给临床诊断带来一定困难,因此对中老年患者出现以下症状应警惕本病:(1)原因不明的胸背部、腰背部或其他部位疼痛,全身广泛骨质疏松,病理性骨折,特别是伴有贫血和红细胞沉降率(ESR)增快者;(2)原因不明的水肿、蛋白尿、肾脏损害,特别是伴

有贫血者；(3)反复感染，尤其发生呼吸道、泌尿系统和消化系统感染者；(4)原因不明的血沉快，球蛋白异常增高者；(5)原因不明的乏力、肢体麻木，出现心脏、肝脏等器官功能损害及神经系统症状者。临床医师对此类患者的表现要有充分的认识，才能提高诊断率，避免误诊，使患者得到及时的治疗，延长生存期^[1]。

参考文献

1 吴弘英,戴红艳,郝鲁梅,等.多发性骨髓瘤 32 例首发症状分析[J].慢性病学杂志,2010,12(3):268-269.
 2 关晶,付蓉,阮二宝,等.84 例多发性骨髓瘤骨病发病及其相关因素研究[J].中国肿瘤临床,2008,35(3):135-138.
 [收稿日期 2014-06-03][本文编辑 韦所苏]

以喘息为首发症状的肺栓塞一例

· 病例报告 ·

王凯歌, 谭芬, 徐兴祥

作者单位: 411000 长沙,中南大学湘雅二医院呼吸内科

作者简介: 王凯歌(1987-),男,在读硕士研究生,住院医师,研究方向:呼吸内科疾病诊治。E-mail:532951643@qq.com

通讯作者: 徐兴祥(1967-),男,博士研究生,主任医师,研究方向:呼吸内科-肺癌疾病诊治。E-mail:xuwx63@sina.com

[关键词] 喘息; 肺栓塞

[中图分类号] R 56 [文章编号] 1674-3806(2014)10-0964-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.10.24

1 病例介绍

患者,女,72岁,因“喘息胸闷2个月”入院,患者2个月前无诱因下出现喘息胸闷,喘息呈阵发性,休息后可缓解,胸闷呈持续性,有胸口压榨感,在当地行肺部CT平扫检查阴性,诊断为支气管哮喘,给予抗感染、平喘等对症治疗后无好转,遂入我院。查体:体温36.5℃,脉搏82次/min,呼吸22次/min,血压132/88 mmHg,双肺布满呼吸双相哮鸣音,心律齐,无杂音,腹部未见异常。查血常规:白细胞 $8.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞比值0.84,血红蛋白129 g/L;血沉、C反应蛋白、心肌酶、降钙素原、肝肾功能、血清IgE、心电图均未见异常。凝血检查:D二聚体6.2 ng/L;N端脑钠肽前体6522 pg/ml。动脉血气分析(未吸氧):pH 7.38,二氧化碳分压($PaCO_2$)27 mmHg,氧分压(PaO_2)56 mmHg,实际碳酸氢根(HCO_3^-)23 mmol/L。

肺功能检查:(1)轻度阻塞性通气功能障碍,扩张试验阴性,吸入万托林后一秒用力呼气容积(FEV1)增加5.5%,绝对值增加6 ml;(2)肺弥散功能重度损害。心脏彩超:右心大,三尖瓣反流(最大反流速度3.5 m/s),肺动脉高压(间接估测肺动脉收缩压59 mmHg)。双下肢深静脉彩超:阴性。肺动脉CT血管造影及肺部高分辨CT示双肺多发动脉栓塞(见图1,2)。诊断:肺栓塞(pulmonary embolism, PE),肺源性心脏病(代偿期)。给予低分子肝素钙4100 U 1次/12 h皮下注射+华法林2.5 mg抗凝治疗,4 d后症状好转,复查血气分析(鼻导管吸氧21 min)示pH 7.45, $PaCO_2$ 33 mmHg, PaO_2 82 mmHg, HCO_3^- 25 mmol/L;查体:双肺哮鸣音明显减少,胸闷减轻,予出院,出院1个月后随访,患者诉无气喘症状。

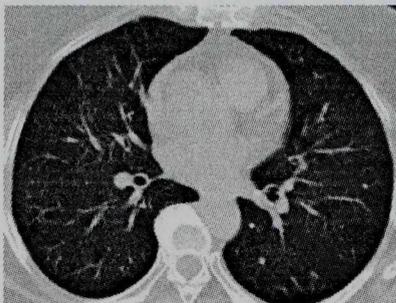


图1 肺部高分辨CT未见异常

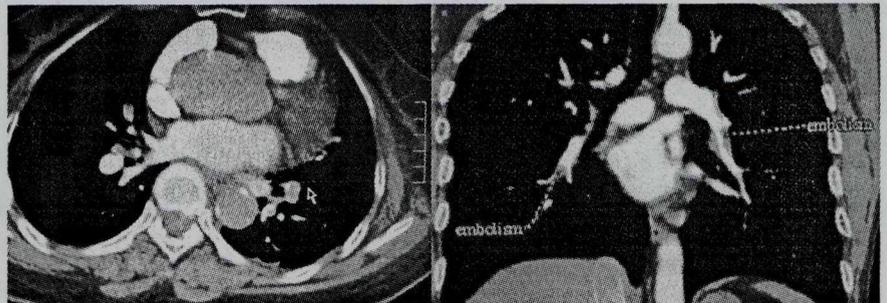


图2 肺部CTA示双肺多发肺动脉栓塞(充盈缺损处)