

滤泡性淋巴瘤合并脾梗死一例

· 病例报告 ·

刘瑞婷, 何 斌, 华宝来, 谢晓艳, 钱玲玲, 顾 健

作者单位: 116000 辽宁, 大连医科大学研究生院; 225001 扬州, 苏北人民医院血液科

作者简介: 刘瑞婷(1991-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 血液病学。E-mail: 1573095928@qq.com

通讯作者: 何 斌(1969-), 女, 医学硕士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 恶性血液病的诊治。E-mail: yzhebin2013@qq.com

[关键词] 脾梗死; 滤泡性淋巴瘤; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 733.4 [文章编号] 1674-3806(2020)03-0300-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.03.23

滤泡性淋巴瘤(follicular lymphoma, FL)是来源于滤泡生发中心 B 细胞的惰性非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma, NHL), 发病率仅次于弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), 大约占新诊断 NHL 的 22%^[1], FL 多以无痛性浅表淋巴结肿大为主要临床表现^[2], 但合并脾梗死, 国内及国外文献报道很少。本文报道 1 例 FL 合并脾梗死, 并结合文献进行总结和分析, 以提高临床诊治水平。

1 病例介绍

患者, 女, 67 岁, 因“反复发热伴左上腹痛、腹胀半月”于 2018-05-12 入院。体检: 体温 39.0℃, 神清, 贫血貌, 皮肤黏膜无出血点, 双侧腹股沟扪及肿大的淋巴结, 最大直径约 3 cm, 质硬, 无压痛, 心肺听诊无特殊, 脾肋下 8 cm, 质硬, 压痛明显。实验室检查, 血常规: 血红蛋白 79 g/L, 白细胞计数 $3.32 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 60.3%, 淋巴细胞比率 27.7%, 单核细胞比率 11.4%, 血小板计数 $82 \times 10^9/L$ 。血沉 23 mm/h。凝血酶原时间 14.50 s, 活化部分凝血酶时间 40.10 s, 凝血酶时间 17.70 s, 纤维蛋白原 2.66 g/L, 抗凝血酶Ⅲ 59.0%, D-二聚体 20.00 mg/L, 血管性血友病因子 198.0%。C-反应蛋白 75.30 mg/L。铁蛋白 228.50 ng/ml, 降钙素原 0.36 ng/ml, 柯萨奇病毒阳性, 单纯疱疹病毒抗体、EB 病毒抗体阴性, 血培养阴性, 免疫球蛋白 G(IgG) 13.20 g/L, IgA 2.84 g/L, IgM 2.61 g/L。免疫固定电泳、自身抗体、抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)阴性。糖类抗原 125(CA125) 32.01 U/ml, 生化检查提示白蛋白 30.4 g/L, 球蛋白 28.5 g/L, 谷丙转氨酶 15 U/L, 谷草转氨酶 38 U/L, 乳酸脱氢酶 645 U/L。Coombs' 阴性。腹部增强 CT 示脾脏增大, 增强后脾内见片状、楔形低密度影, 尖

向脾门。提示脾肿大、脾脏多发梗死灶。肝门部、腹膜后多发淋巴结增大。PET-CT 示: (1) 脾大伴氟代脱氧葡萄糖(FDG)代谢异常增高, 双侧颌下、胸锁乳突区内侧、锁骨区、纵隔内、双侧内乳、双侧腋窝、肝肾间隙、肝门区、腹膜后胰腺周围、脾门区、腹主动脉旁、髂总血管分叉处、盆腔两侧、双侧腹股沟区多发淋巴结及腹盆腔腹膜增厚伴多发结节形成, PET 示 FDG 代谢异常增高, 淋巴瘤不排除。(2) 脾(外侧包膜下)多发低密度影伴 FDG 代谢减低, 考虑为脾多发梗塞灶(见图 1)。骨髓象: 有核细胞增生活跃, 粒系 44%, 红系 38%, 巨核细胞 44 个。骨髓活检: 少量骨髓组织, 淋巴细胞多见。染色体: 46, xx。于 2018-05-23 行右侧腹股沟淋巴结切除术, 病理活检示淋巴结结构可见, 滤泡增大变形, 滤泡间区淋巴细胞增生, 窦内见炎细胞浸润(见图 2)。免疫组化(I20181655): 淋巴细胞 LCA(+); 滤泡内细胞 CD20(+), Pax-5(+), CD10(+), Bc-6(灶区+), Ki67(约 80%+); 滤泡间区 CD3(+), CD43(+), Ki67(约 30%+); 套区细胞 BcL-2(+); 滤泡树突细胞 CD21(+), CD23(+)。病理诊断: 淋巴结慢性炎。遂于 2018-06-05 又行脾切除术, 病理活检示脾脏结构消失, 见大片异型弥散分布的圆形、卵圆形瘤细胞, 细胞大小、形态稍不一致, 并见多灶结节形成, 灶区见梗死(见图 3)。脾门处 3 枚淋巴结均见肿瘤累及。免疫组化(I20181818): 瘤细胞 CD45(+), CD20(+), Pax-5(+), CD43(+), CD10(+), Bcl-2(+), Bcl-6(+), Mum-1(+), CD21(+), CD23(+), Ki67(约 40%+); CD3(T 细胞+), CD5(T 细胞+), CyclinD1(-)。原位杂交(Y2018080): EBER × 2(-)。病理诊断: FL 2 级, 滤泡为主型。患者诊断为 FL(Ⅲ期 B 组, FLIPI-1 高危), 予依诺肝素钠注射液 4000 AXa IU qd 持续 2 周及华法林 2.5 mg qd 抗凝治疗, 因患者体质弱, 予 3 次

减量 R-CVP(美罗华 500 mg d0, CTX 750 mg d1, VDS 4 mg d1, 强的松 60 mg d1-5)化疗, 患者因经费困难, 予以复查淋巴结 B 超, 提示获得部分缓解, 患者未能继续化疗, 2019-05 疾病进展, 2019-06 去世。

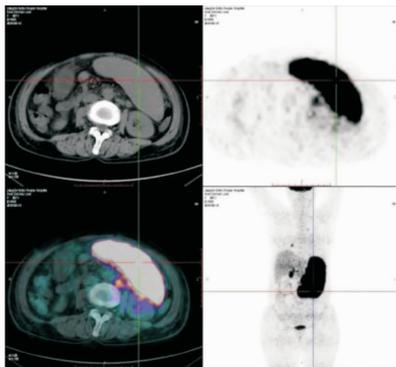


图1 PET-CT 图像

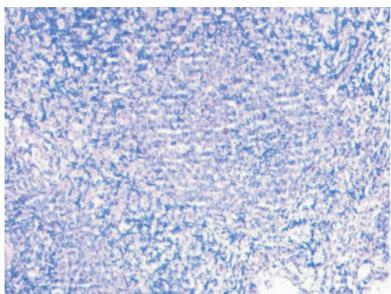


图2 右侧腹股沟淋巴结苏木精-伊红染色照片(×100)

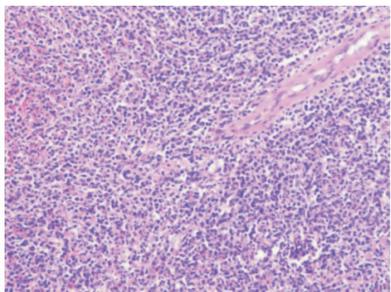


图3 脾脏组织苏木精-伊红染色照片(×100)

2 讨论

2.1 脾梗死是由于脾动脉或其分支阻塞而导致的缺血坏死, 脾动脉是腹腔干最大的分支且吻合支少, 易发生血栓及栓塞, 因缺乏特征性症状且部分可以自愈, 临床上较少见, 容易被漏诊和误诊。目前文献报道脾梗死的发病率尚不清楚。1986年, Jaroch 等^[3]和 O'Keefe 等^[4]根据尸检结果发现脾梗死的生前诊断率仅为 10%。据以色列一项大型研究^[5]报道, 脾梗死在入院就诊的患者中的发生率仅为 0.016%。常见病因有多种^[5-7], 可见于血液病, 如淋巴瘤、白血病等; 心脏疾病, 如心律失常、心脏瓣膜病等; 感染性疾病, 如传染性单核细胞增多症及肺炎等; 肿瘤及

外伤等, 如胰腺癌、腹部外伤、主动脉夹层、脾动脉扭转等。国内外文献报道淋巴瘤合并脾梗死较少见, 仅为个案报道^[8,9], 而 FL 合并脾梗死的报道更为罕见。

2.2 血栓形成的 3 个因素为血管壁内皮损伤、血流瘀滞和血液成分改变。有研究表明体循环高凝状态易形成血栓, 反复的血栓形成是诱发脾梗死的危险因素之一^[10]。夏绍友等^[11]分析, 脾动脉管壁硬化伴血流状态发生改变时, 脾动脉弯曲使血流更加不畅, 流速减慢更易诱发脾梗死。本例 FL 患者, 伴脾肿大, 分析其原因可能是(1)肿瘤所致高凝状态; (2)由于肿瘤负荷, 脾脏增长过大, 导致局部组织灌注不足, 继发脾梗死。

2.3 脾梗死临床表现多样且非特异性, 最常见的症状是左上腹痛, 其他常见症状包括发热寒战、恶心呕吐和左肩放射痛^[5], 常与消化道疾病及心血管疾病相混淆, 易误诊为肠梗阻^[12]、急性心肌梗死^[13]等。淋巴瘤最常见的表现是淋巴结肿大, 但同时会合并发热、出汗、体重减轻、腹部肿胀、早饱、胸痛和呼吸急促^[14]等症状, 这些症状许多是非特异性的, 若非先行 CT 扫描显示脾梗死, 很容易将脾梗死漏诊。目前认为脾梗死诊断首选 CT 增强扫描^[11]。CT 扫描不仅可以显示梗死灶大小和有无血栓形成, 有时还可以显示梗塞的来源, 此外还可用于鉴别诊断。脾动脉造影可确定阻塞的部位及范围, 是诊断脾梗死的金标准^[11]。本例患者临床表现为发热、腹痛、腹胀、脾肿大、淋巴结肿大, 经 CT 增强及 PET-CT 确诊为脾梗死。

2.4 脾梗死一般无需特殊处理, 主要是针对基础病的治疗; 部分患者需要抗凝、溶栓治疗; 如伴发休克、脾血肿、脾破裂及脾脓肿等^[3], 则应尽早手术。本例患者无休克、脾血肿、脾破裂及脾脓肿等并发症, 但因淋巴结活检未能明确诊断淋巴瘤, 所以予脾切除, 术后病理确诊为 FL, 患者予 R-CVP 化疗及抗凝治疗后获得部分缓解。淋巴瘤并发血栓时, 以静脉血栓为主^[15], 其生存期明显缩短; 淋巴瘤合并脾动脉血栓者, 文献报道少, 本例患者为 FL 合并脾梗死, 预后的评估有待于进一步扩大病例数。

通过本病例介绍并结合文献复习, 淋巴瘤多以无痛性浅表淋巴结肿大为主要临床表现, 并发脾梗死在临床上较为少见, 容易发生漏诊和误诊。且脾梗死临床表现多样、涉及科室众多, 具有多学科性、交叉性和渗透性, 如出现不明原因的左上腹痛或者腹胀时, 应考虑是否并发脾梗死, 早诊断、早治疗是关键。

参考文献

1 A clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of non-Hodgkin's lymphoma. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project[J]. *Blood*, 1997,89(11):3809-3918.

2 中华医学会血液学分会,中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会. 中国滤泡性淋巴瘤诊断与治疗指南(2013年版)[J]. *中华血液学杂志*, 2013,34(9):820-824.

3 Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction[J]. *Surgery*, 1986,100(4):743-750.

4 O'Keefe JH Jr, Holmes DR Jr, Schaff HV, et al. Thromboembolic splenic infarction[J]. *Mayo Clin Proc*, 1986,61(12):967-972.

5 Schattner A, Adi M, Kitroser E, et al. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome[J]. *Medicine*, 2015,94(36):e1363.

6 求伟玲,王颖硕,陈志敏.肺炎支原体肺炎合并脾梗死一例[J]. *中华儿科杂志*, 2017,55(9):705-706.

7 Khan S, Saud S, Khan I, et al. Epstein Barr Virus-induced Antiphospholipid Antibodies Resulting in Splenic Infarct: A Case Report [J]. *Cureus*, 2019,11(2):e4119.

8 Ghersin I, Leiba A. An unusual cause of acute abdomen; splenic infarction[J]. *Arq Bras Cir Dig*, 2017,30(4):289-290.

9 康磊,付占立,范岩,等. 肝脾T细胞淋巴瘤伴脾梗死的¹⁸F-FDG PET-CT表现1例[J]. *中国肿瘤临床*, 2018,45(17):915-916.

10 Antopolsky M, Hiller N, Salameh S, et al. Splenic infarction: 10 years of experience[J]. *Am J Emerg Med*, 2009,27(3):262-265.

11 夏绍友,李荣,李晨,等. 脾梗死的基础解剖与临床研究[J]. *中华肝胆外科杂志*, 2013,19(10):738-741.

12 魏伟荣,雷梦觉,涂燕平,等. 老年心房颤动并发脾梗死误诊为肠梗阻1例[J]. *实用老年医学*, 2014,28(3):260.

13 李秀芹,郝军强,王建军,等. 脾梗死误诊为急性心肌梗死[J]. *临床误诊误治*, 2007,20(8):106-107.

14 段晓晖,王健红,郝彩霞,等. 滤泡型淋巴瘤患者临床特征及预后因素分析[J]. *现代肿瘤医学*, 2018,26(23):3841-3845.

15 Caruso V, Di Castelnuovo A, Meschengieser S, et al. Thrombotic complications in adult patients with lymphoma: a meta-analysis of 29 independent cohorts including 18 018 patients and 1149 events[J]. *Blood*, 2010,115(26):5322-5328.

[收稿日期 2019-07-16][本文编辑 刘京虹 韦所苏]

护理研讨

聚焦解决模式对耐多药肺结核病患者心理状态及服药依从性的影响

韦燕芳, 谭肖燕, 岑瑞贤, 廖雅怡, 邝浩斌

基金项目: 广州市医药卫生科技重大项目(编号:2015A031002)

作者单位: 510095 广东,广州市胸科医院肺内结核科

作者简介: 韦燕芳(1971-),女,大学本科,主任护师,研究方向:临床护理。E-mail:weiyangfang1971@163.com

通讯作者: 邝浩斌(1966-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:耐药结核病的诊治。E-mail:kuanghaobin@163.com

[摘要] **目的** 探讨聚焦解决模式对耐多药结核病(multidrug resistant tuberculosis, MDR-TB)患者心理状态及服药依从性的影响。**方法** 选取84例MDR-TB患者,随机分为对照组和观察组,每组42例。对照组患者按常规护理方法进行心理护理和健康教育指导,观察组在此基础上使用聚焦解决模式进行心理护理和健康教育,在护理干预后采取Morisky服药依从性量表和凯斯勒心理困扰量表对两组患者的干预效果进行评价。**结果** 护理干预后观察组Morisky服药依从性量表评分高于对照组,凯斯勒心理困扰量表评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 聚焦解决模式应用于MDR-TB患者能减轻其心理困扰,同时能提高患者的服药依从性。

[关键词] 耐多药肺结核病; 心理状态; 服药依从性; 聚焦解决模式

[中图分类号] R 473.52 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2020)03-0302-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.03.24

《2018年全球结核病报告》^[1]提示2017年全球范围有1 000万例新发结核病患者。中国估计有

88.9万的新发病例,其中约有55.8万例为耐福平耐结核病(rifampicin resistant tuberculosis, RR-TB),