

骨髓涂片诊断输入性黑热病 1 例

魏万敏^{1,2} 赵华锋^{1,3} 陈万新¹

[关键词] 黑热病;杜利小体;骨髓涂片;诊断

[中图分类号] R531.6 [文献标志码] D [文章编号] 1004-2806(2013)12-0892-02

A case of imported kala-azar diagnosed with bone marrow smears

Summary Kala-azar is a rare disease at present which is hard to diagnose in the process of clinical diagnosis. This paper analyzes a case of kala-azar in the diagnostic process. The objective is to discover the role of bone marrow smears and the precautions in the diagnosis of the disease. Check the bone marrow smears of the patients twice. Check the smears carefully to find to the original worm body. Dooley bodies were found and the patients were diagnosed as kala-azar. The patients recovered after treatment. Checking bone marrow smears is one of the powerful methods to diagnose kala-azar and other diseases alike. The smears need checking carefully to find out the worm bodies. Meanwhile, take care to embody a theoretical principle into the clinical practice and be familiar with the detailed medical conditions and history of the patients to support the diagnosis.

Key words kala-azar; dooley bodies; bone marrow smears; diagnose

黑热病即内脏利什曼病,是由雌性白蛉传播的杜氏利什曼原虫引起。我国 1950 年多数地区已基本上消灭了黑热病,近年来,在新疆、甘肃、内蒙、陕西、山西和四川等 6 省出现当地感染的黑热病^[1-2]。由于该病相对少见,容易误诊,其诊断很大程度上归功于骨髓涂片找到了利杜小体。现报告 1 例输入性黑热病的骨髓像特征及诊断过程,并结合文献对该病的诊断及误诊原因进行分析讨论。

1 病例资料

患者,男,24 岁。湖北孝感人,在山西太原从事室内装修工作。诉 6 月 7 日晚上无明显诱因出现发热症状伴头昏,无恶心呕吐,无其他特殊不适,持续 3~4 d 后于太原某区人民医院就诊,体温高达 39.5℃,B 超示“肝、脾肿大”,经治疗后体温略有下降,持续 37~38℃,当日晚 22:00 又因突发无明显原因的腹痛,以左侧腹痛为重,不伴恶心呕吐,不伴腹泻,于太原某大医院就诊,以腹痛待查行对症支持治疗,无明显好转。患者于 6 月 13 日回湖北孝感某医院住院治疗 13 d,住院期间行中医治疗,治疗后腹痛症状缓解。出院后患者又前往山西打工,仍有间断发热,体温最高 39℃,7 月 7 日在太原当地医院就诊 3 d 无明显好转;于 7 月 10 日来武汉协和医院就诊,临床初步诊断为“淋巴瘤”,建议在血液科就诊。因床位原因于 7 月 13 日入住我院中医科,治疗期间体温一直未降至正常,最高达 40.5℃,发热时伴有出汗、畏寒。患者自发病 2 个月来持续不规则发热,伴有食欲不振,精神萎靡,体重减轻

8 kg。有乙肝小三阳病史 10 年。辅助检查:WBC $2.39 \times 10^9/L$,RBC $3.84 \times 10^{12}/L$,Hb 96 g/L,PLT $77 \times 10^9/L$,C-反应蛋白 50.3 mg/L,白蛋白 31.3 g/L,球蛋白 40.3 g/L。

患者于 7 月 16 日行骨髓穿刺检查示:粒系细胞占 40.0%,其中原始粒细胞 1.0%,早幼粒细胞 2.5%,嗜中性中幼粒细胞 5.5%,嗜中性晚幼粒细胞 10.5%,嗜中性杆状核粒细胞 19.5%,嗜中性分叶核粒细胞 0.5%,嗜碱性粒细胞 0.5%;有核红细胞占 46.0%,其中原始红细胞 1.0%,早幼红细胞 2.0%,中幼红细胞 18.5%,晚幼红细胞 24.5%;浆细胞比值偏高,占 6.5%,为成熟浆细胞,部分浆细胞可见 Russell 小体。见巨核细胞 365 个/片,分类 25 个,其中颗粒巨 15 个,产板巨 9 个,裸核 1 个,偶见淋巴样小巨核细胞;血小板散在、小丛可见。可见少量利杜小体样微生物(仅部分可见团基样结构,细小杆状,圆形或者模糊不清),主要分布于吞噬细胞内,少量散在分布于涂片中(图 1,2)。铁染色:外铁(+),内铁(<1%)诊断:黑热病可能性大,建议复查骨髓像,做原虫培养及完善相关血清学检查。

于 7 月 19 日再行骨髓穿刺检查示:粒系细胞占 54.0%,其中原始粒细胞 0.5%,早幼粒细胞 3.0%,嗜中性中幼粒细胞 12.5%,嗜中性晚幼粒细胞 17.5%,嗜中性杆状核粒细胞 17.0%,嗜中性分叶核粒细胞 3.5%;有核红细胞占 34.5%,其中早幼红细胞 1.5%,中幼红细胞 14.0%,晚幼红细胞 19.0%,部分幼红细胞类巨幼变,可见双核、三核中幼红细胞;浆细胞比值偏高,占 2.5%,主为成熟浆细胞。见巨核细胞 56 枚/片,分类 25 枚,其中幼稚巨细胞 1 枚,颗粒型巨细胞 11 枚,产板型巨细胞 12

¹华中科技大学同济医学院附属协和医院血液科(武汉,430022)

²湖北省谷城县人民医院病理科

³湖北省当阳市中医院检验科

通信作者:陈万新,E-mail:wanxinxbx@yahoo.com.cn

枚,裸核型巨核细胞 1 枚,血小板散在、小丛可见。可见少量利杜小体样微生物,主要分布于吞噬细胞内,少量散在分布于细胞外。利杜小体较小,大小较一致,呈椭圆形,胞质呈淡蓝色,细胞核呈圆形,紫红色,动基体细小杆状,圆形或者模糊不清(图 3, 4)。骨髓像诊断:考虑黑热病。

后经湖北省传染病防治中心主任桂熙恩教授会诊确诊为黑热病,给以葡萄糖酸锑钠治疗,治疗第 5 天发热控制,后继续用药 7 d,无发热,复查 B 超示肝脾较之前缩小。随访情况:患者至今未再出现发热,无其他不适。

2 讨论

黑热病是中国五大寄生虫病之一^[2-3]。是对人体危害严重的人畜共患寄生虫病。患者、病犬以及某些野生动物为主要传染源。中华白蛉是中国黑热病主要传播媒介,主要通过白蛉叮咬传播,偶可经破损皮肤和黏膜、胎盘或输血传播。人群普遍易感,病后持久免疫力,健康人也可具有不同程度的自然免疫性。当受感染白蛉叮咬人时,将前鞭毛体注入皮下组织,少部分被中性粒细胞破坏,大部分被网状内皮系统的巨噬细胞所吞噬并在其内以利杜小体形式繁殖、增生;然后,破坏巨噬细胞释放出利杜小体,随血流至全身,又被其他单核-巨噬细胞所吞噬;导致机体单核-巨噬细胞大量增生,以肝、脾、骨髓、淋巴结的损害为主。黑热病的潜伏期长短不一,10 d~9 年,平均 3~6 个月。本例患者发病时为不规则发热及腹痛,在黑热病疫区就诊时

当地医院未考虑此病,亦未做骨髓细胞学检查,导致了治疗的延误;转入非疫区治疗后,诊断医生曾拟诊为淋巴瘤,也未考虑黑热病的可能。本例骨髓涂片中利杜体数量少,形态不典型,很容易漏诊,其确诊得益于骨髓涂片中发现了可疑的黑热病病原体。发热病人很多,引起发热的原因很多,临床医生有可能会想到常见的寄生虫(如疟原虫)但很少见的寄生虫可能会漏掉,特别是在少见寄生虫的非疫区。对于发热的患者,做骨髓细胞形态学检查的阅片医生应仔细寻找有无病原体,如疟原虫、利杜小体、组织胞浆菌、马尔尼菲青霉菌等。此外,在骨髓涂片中,病原体的形态不典型的情况下要注意询问其疾病的传染源、传播途径、易感人群及地域分布等相关的信息;临床医生在检查申请单上,应将临床资料尽可能的填写全面,以供阅片医生参考;如果临床资料填写不全面应及时与临床沟通,了解临床症状及相关资料,以便于佐证诊断。

参考文献

- [1] 陈建平,杨斌斌,徐佳楠,等.我国黑热病流行现状[C].四川省动物学会第九次会员代表大会暨第十届学术研讨会论文集,2012:129-129.
- [2] 王红筱,梁俊,鲁雅诵.骨髓发现杜氏利什曼原虫小儿黑热病 2 例[J].武警医学院学报,2008,4(17):336-336.
- [3] 黄先豹,杨赣萍,杨新平,等.黑热病一例报告[J].江西医学院学报,2005,45(5):158-158.

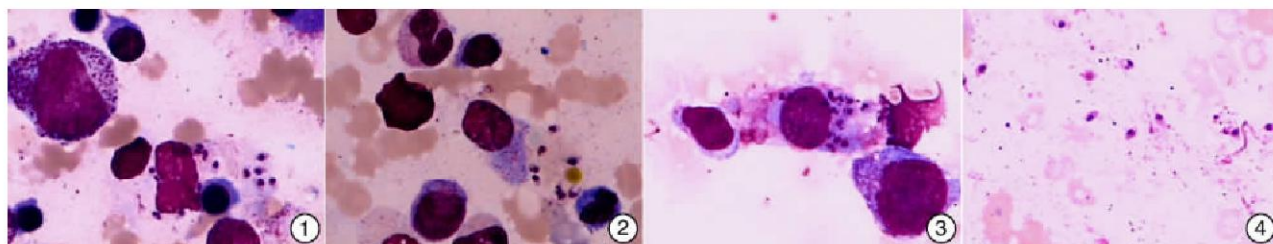


图 1 示巨噬细胞胞质内外的利杜小体样微生物,部分微生物可见动基体;图 2 示涂片中散在分布的利杜小体样微生物,部分微生物动基体不明显;图 3 示巨噬细胞内的利杜小体,大部分可见动基体;图 4 示利杜小体散布于细胞外,大部分动基体不明显

(收稿日期:2013-02-19)