

表2 血清学检查结果

病人血清 稀释液	5 倍稀 释 待检菌 (ml)	结果
2 ×	0.1	+++
4 ×	0.1	+++
8 ×	0.1	+++
16 ×	0.1	+++
32 ×	0.1	+++
64 ×	0.1	++
128 ×	0.1	++
256 ×	0.1	++
512 ×	0.1	+
对照 (盐水)	0.1	—

## 讨 论

念珠菌为人体正常菌群组成之一, 而内源性感染为深部念珠菌病的主要感染途径<sup>[1]</sup>。由输液和导管插等引起的感染并不少见<sup>[3,4]</sup>。本患者阑尾脓肿引流术后继发肝脓肿和右膈下脓肿的脓液中分离出一株类酵母型真菌, 经染色形态、玻片培养、芽管形成试验、生化检查与动物试验结果证实为克柔氏念珠菌。

## • 病例报告 •

## 播散性嗜酸细胞胶原病并发金葡败血症 ——附 1 例报告

佟菊贞 吴小凡

(附属第一医院皮肤科 中医科)

张 玉

(海南第一农垦医院皮肤科)

本病于1956年被Eugfeldt等人报告, 并命名为播散性嗜酸细胞胶原病(Disseminated Eosinophilic Collagen Disease 简称DECD), 亦称嗜酸细胞增多综合征(Hypereosinophilic Syndrome简称HES)<sup>[1-5]</sup>, 为极罕见疾病, 迄今国内报告10余例<sup>[3]</sup>, 按Chusid等人对DECD诊断标准<sup>[1]</sup>本例是符合的, 现报告如下。

## 病例报告

男, 46岁, 曾两次入院, 约首次入院前一年余, 无明显诱因发现手足皮肤干燥, 皲裂, 脱屑伴有剧痒按“癣病”治疗未能完全控制, 于87年12月因皮疹向全身、头面扩散, 并有少量糜烂, 渗出, 低热, 乏力, 关节痛, 体重减轻, 间有咳嗽入院。

第一次住院体检 T38.1℃, P120次/分, R22次/分, BP134/96mmHg, 神清, 平卧, 巩膜不黄, 全身表浅淋巴结肿大, 不硬, 无压痛, 可推动, 双肺底

关于真菌的感染来源, 一方面可能来自阑尾即内源性感染, 另一方面亦可能来自于引流管即外源性感染。

国外对深部真菌感染标本的分离鉴定报道较多, 机会感染发病率不断增加而日益重视。国内孙氏等人<sup>[5]</sup>曾报道深部和浅部念珠菌的分离鉴定, 但从肝脓肿的脓液中分离出念珠菌是国内首次。

## 参 考 文 献

- [1] 秦启贤, 等. 念珠菌条件致病性的进一步探讨——健康人和住院病人念珠菌带菌率调查. 上海医学 1983;6(4):196.
- [2] 李仲兴, 等. 临床细菌学. 第一版, 人民卫生出版社 1986年.
- [3] Montgomrtie JZ, et al. Association of infection due to candida albicans with intravenous hyperalimentation. J Infect Dis 1978;137:197.
- [4] Toala P, et al. Candida at boaton city hospital. Arch Intern Med 1970;126:938.
- [5] 孙鸿祺, 等. 上海地区致病性念珠菌的分离鉴定. 中华医学检验杂志 1988;11(2):92.

可闻粗大湿啰音及干性喘鸣音, 心率122次/分, 心尖可闻频发早搏, 肝肋下1cm, 质软, 脾大2cm, 腹水征(-), 双下肢见压陷性水肿, 无病理神经反射。

皮肤情况 全身皮肤及头皮呈弥漫紫红, 面部对称性肿胀, 并有淡红色丘疹及褐色痂皮, 腹背四肢则有数目极多淡褐色丘疹, 或丘疱疹, 小风团, 双掌趾, 指趾皮肤增厚, 干燥皲裂, 掌心有少许针尖大小脓疱, 甲厚, 色灰。

实验室检查 白细胞总数39193~59983/立方毫米, 嗜酸细胞占50~70%, 直接计数2840~5786/μL, SR25~80cmm/hr, 转氨酶120~190U, 表皮分泌物培养: 金葡球菌, 淋巴转化率16~21%, 血清IgG, IgE均升高, 骨髓, 痰培养致病菌阴性而类风湿因子、ANA、DNA、LE细胞、血生化、心功、尿常规AFP均正常, 大便常规找虫卵阴性, 手足鳞屑找真菌

阴性。X线胸片：双肺中下叶纹理增多。关节照片未见异常，心电图：多源性频发室性早搏，室性心动过速，B型超声波：肝脾大。肝内未见占位性病变、腹膜后淋巴结未见肿大。骨髓穿刺：嗜酸性粒细胞明显增生，未见寄生虫及转移癌细胞。

皮肤及淋巴结活检 病理均显示基本一致，表皮组织鳞状增生，真皮水肿，灶性胶原纤维变性，血管周围有灶性较多嗜酸性粒细胞浸润，夹有少量组织细胞，附件周围炎症。直接免疫荧光检查，IgG, IgA, IgM, C<sub>3</sub>, Clg 均为阴性。淋巴结活检，组织增生，有较多嗜酸性粒细胞浸润，未见淋巴瘤，组织细胞增生改变。

第一次住院经过 确诊后，口服强的松 30mg/日，硫唑嘌呤 50mg/日，两周后病情改变不明显，皮疹加剧，改用地塞米松 6mg/日，并同时做血培养，找到金葡球菌，即按治疗败血症原则，把强的松减至每日 20mg，加用广谱，高效抗菌素，输血，血浆，中药治疗。中医辨证，认为可分两个阶段，早期属血热风燥，进一步发展为气血受阻，瘀血内生、脏腑受邪，给清热解毒，凉血活血，采用犀角地黄汤合五味消毒饮加减，到最后阶段瘀湿化成瘰疬，由于余热未清，气血两虚，故以益气养阴扶其正，以瘀消痼选用生脉散加赤芍，乳香，没药，鳖甲、龟板、桃仁等。经过多种办法治疗，全身情况明显好转，血培养三次阴性，皮疹也变光滑，但四肢远端则出现较硬小结节，色素沉着，出院。

第二次住院经过 两个月后，又以疲倦，乏力，发烧咳嗽，皮疹加重再次入院，入院后全面复查，除胸部X片为支气管肺炎，不能排除嗜酸性细胞浸润，其余各项检查未有新的发现，经一个余月抗菌素，强的松 20~30mg/日，DDS 50mg/日、中药。淀粉浴一次/日，皮疹明显好转，苔藓化变薄，小结节缩小到消失，咳嗽也得改善，病人要求出院，出院时白细胞计数 71 832/立米毫米，嗜酸性细胞占 70%。

### 讨论

本例具有持续半年以上周围血白细胞高达  $3 \times 10^4 \sim 5 \times 10^4$ /立方毫米，嗜酸性细胞占 50~70%，SR 高，表现皮肤、心肺、肝脾、关节，淋巴结等多个系统受累，伴有轻度功能障碍，皮肤病理所见为淋巴细胞、嗜酸性粒细胞浸润，结缔组织变性，未能查出常引起嗜酸性粒细胞增多原因，故可确诊本病<sup>[1,4,6,7]</sup>而本例皮肤损害较突出，文献报道占 27%<sup>[3]</sup>，瘙痒性斑疹

丘疹，结节，风团，血管水肿故常见，亦可见水疱，手掌趾角化过度。鳞屑，色素沉着<sup>[2~5,7]</sup>，本例始溃疡，角化过度，皲裂，继而全身性丘疹、丘疱疹、糜烂、苔藓化，结节，色素沉着，皮疹改变多形性，可变性，但无特异性，因而必须结合系统检查，皮肤活检才能确诊。

DECD 治疗比较困难<sup>[6,8]</sup>一般对激素，免疫抑制药物均不甚敏感，本例在治疗中加用 DDS，中药，淀粉浴，多次小量输血，血浆，起到良好作用。

DECD 死亡率极高<sup>[1,3,5,8]</sup>，其死亡原因多为肝肾功能衰竭，本例尽管并发金葡败血症，但脏器功能尚好，鉴于积极抢救治疗，病情得到缓解出院，随访病人，约出院后半年死亡严重肺部感染。

### 参 考 文 献

- [1] Chusid MJ, et al. The Hypereosinophilic syndrome [analysis of fourteen cases with review of the literature. *Medicine* 1975;54:1.
- [2] 钱伯源, 等. 高嗜酸性粒细胞综合症的皮肤表现 (附 1 例报告). *临床皮肤科杂志* 1982;1: 24~25.
- [3] 董作仁, 等. 播散性嗜酸性细胞胶原病 (附 1 例报告和文献复习). *天津医药* 1982;11: 678~679.
- [4] 王淑水, 等. 嗜酸性粒细胞过多综合征 (2 例报告附文献复习). *中华血液杂志* 1983;4: 197.
- [5] 孙亦新, 等. 播散性嗜酸性细胞胶原病 1 例报告, *中华皮肤科杂志* 1982;15:41.
- [6] Bush RK, et al. Response to Corticosteroids in the hypereosinophilic syndrome. Association with increased serum IgE levels. *Arch Inter Med* 1978;1244.
- [7] Kazmierowski, et al. Dermatologic manifestations of the hypereosinophilic syndrome. *Arch Dermatol* 1978;114:531.
- [8] Parrillo JE, et al. Therapy of the hypereosinophilic syndrome. *Ann Intern Med* 1987;89:167.