

• 疑难个案 •

(文章编号) 1007-0893(2021)21-0195-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.21.077

2 例菊池病的诊治并文献回顾

詹文材 黄旭杰 石伟成 刘 勇

(武警广东省总队医院, 广东 广州 510507)

〔摘要〕 **目的:** 探讨菊池病的发病规律、临床表现、病理学特征和诊疗方法, 提高对该病的认识及早期诊治。**方法:** 回顾性分析 2 例菊池病患者的临床资料, 并对以往文献进行回顾。**结果:** 2 例患者中 1 例无症状患者发病后 3 个月随访阳性体征(颈部淋巴结肿大)消失, 3 个月内未复发; 1 例患者有发热、颈部肿大淋巴结疼痛症状, 经泼尼松等对症治疗后体温正常, 肿大淋巴结缩小, 泼尼松逐渐减量并随访 5 个月无复发。**结论:** 菊池病为临床少见病, 患者多以浅表淋巴结肿大为首发症状, 部分伴有发热, 临床表现缺乏特异性, 容易造成误诊误治, 确诊需要依靠淋巴结活检联合病理检查, 确诊后根据有无症状分别给予相应治疗, 糖皮质激素为目前首选治疗药物。

〔关键词〕 菊池病; 淋巴结炎; 糖皮质激素

〔中图分类号〕 R 551.2 **〔文献标识码〕** B

菊池病也被称为组织细胞坏死性淋巴结炎(histiocytic necrotizing lymphadenitis, HNL), 这是日本学者菊池和藤本在 1972 年首次报道的, 这是临床上较为罕见的非肿瘤自限性疾病, 属于淋巴结反应性增生, 主要临床表现为浅表淋巴结肿大、发热和外周血白细胞减少, 少数重症患者可能有多系统受累, 常被误诊为恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病等^[1]。该疾病虽然在临床上较为罕见, 但现代医务人员需要对这种疾病有充分的认知, 在对患者进行诊断时, 需要了解这种疾病的具体症状表现以及诊断特点, 通过合理的分析来对患者的疾病进行明确, 以便患者的后续治疗工作能够更为顺利地展开。本院 2017 年收治确诊菊池病 2 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2 例患者均因发现颈部淋巴结肿大来院诊治, 住院后经淋巴结活检联合病理检查确诊, 29 岁男性 1 例于 2017 年 5 月 4 日入院; 53 岁女性 1 例于 2017 年 6 月 5 日入院。

1.2 临床表现

(1) 发热: 男性患者无发热症状; 女性患者有反复发热, 且发热模式为不规则或弛张性发热, 多为低烧, 最高体温为 38.7℃, 发热伴有疲劳和头晕、纳差等症状。(2) 淋巴结肿大: 2 例患者均有颈部淋巴结肿大, 质地中等, 活动度可, 伴有轻压痛; 男性患者右侧颈部多个淋巴结, 呈长椭圆形, 其中较大个约 22 mm×11 mm; 女性患者双侧颈部内多个肿大淋巴结, 右侧最大约 19 mm×9 mm; 左侧最大约 21 mm×5 mm, 呈长椭圆形, 呈串珠状排列。(3) 本研究

中 2 例患者均存在肝脾肿大的情况。(4) 在其他研究中, 1 例患者因多处口腔黏膜溃疡住院, 对患者进行为期 1 周的针对治疗后, 患者的病情得到有效控制。

1.3 辅助检查

1.3.1 血常规检查 男性患者就诊时白细胞减少, 为 $3.5 \times 10^9 \cdot L^{-1}$; 女性患者血常规显示正常。

1.3.2 血生化检查 男性患者血生化检查均正常, 女性患者谷丙转氨酶(alanine aminotransferase, ALT)、谷草转氨酶(aspartate aminotransferase, AST)均轻度增高, C 反应蛋白增高明显 $44.1 \text{ mg} \cdot L^{-1}$ 。

1.3.4 病理活检结果 2 例患者的淋巴结活检结果与菊池病的变化一致, 即皮质旁区出现局灶性或大面积碎屑状坏死, 边界清晰。坏死灶内有颗粒状或凝固性坏死及各种反应性增生细胞。坏死灶周围有淋巴细胞、免疫母细胞和浆细胞样单核细胞。非坏死区的淋巴结结构仍然存在, 伴有或不伴有反应性滤泡增生。见封三图 1。

1.4 治疗及预后

2 例患者在住院前未经抗菌药物治疗, 男性患者因无不适症状, 予以出院观察, 未行强的松治疗, 出院后 3 个月随访肿大淋巴结消失, 复查血常规白细胞正常, 半年后无复发。女性患者入院后采取二代头孢治疗, 效果不佳, 经确诊后经强的松治疗, 5 d 后无发热, 肿大淋巴结无压痛, 予以出院, 继续口服强的松治疗 1 个月后逐渐减量至停用, 随访 2 个月肿大淋巴结逐渐减小至消失, 随访半年病情无复发。

1.5 小结

本报道的 2 例菊池病主要临床表现为浅表淋巴结肿大, 以颈部淋巴结肿大最常见, 可伴疼痛或触痛, 部分伴有发热、

〔收稿日期〕 2021 - 08 - 04

〔作者简介〕 詹文材, 男, 主治医师, 主要研究方向是肺部疾病。

白细胞低。该病相对罕见，常误诊，现将所诊治病理及复习相关文献，加强对该病发病机制、临床特征、诊断、治疗的认知，提高诊疗水平。

2 讨论

2.1 发病机制

菊池病是一种罕见的非肿瘤淋巴结疾病。病因尚不清楚，可能与病毒感染或自身免疫有关。病毒感染侵入淋巴结并导致淋巴结坏死。有研究表明菊池病与人类疱疹病毒、巨细胞病毒、爱泼斯坦-巴尔病毒、细小病毒 B19 和副流感病毒及耶尔森菌或布鲁菌等有关^[2]。菊池病可通过对不同病原体产生过度免疫反应而导致淋巴细胞变形和淋巴结坏死，然后被组织细胞吞噬和降解。病原体可能是微生物、物理和化学试剂、新生物或异物。也有报道称菊池病可能与成人斯蒂尔病和系统性红斑狼疮、混合性结缔组织病、银屑病等自身免疫疾病有关^[3]。在临床研究发现菊池病的发生不仅仅是各种病毒的感染，部分细菌以及寄生虫均有可能导致这种病症的发生，常见感染菌包含布鲁氏菌、弓形虫和耶尔森氏菌^[4]。此外，肿瘤或人造乳房等异物均有可能导致菊池病的发生。菊池病的发生，可能是由于患者机体的淋巴细胞对于不同的病原体或者外界入侵体产生不同的过度免疫反应从而导致患者淋巴结中的 T 淋巴细胞变性和坏死，然后被组织细胞吞噬和降解，而该疾病的病原菌可能是微生物、外界理化因素以及异物等。也有临床研究发现，菊池病的发生与系统性红斑狼疮等多种病症均有可能出现并发的状况，所以菊池病与患者自身的机体免疫力有较为密切的关联^[5]。

2.2 临床特征及鉴别诊断

菊池病患者的主要临床表现为浅表淋巴结肿大，可能疼痛或触痛，最常见于颈部后三角，也见于腋窝、纵隔、腹股沟和腹主动脉。一般来说，质地中等，表面光滑，流动性可接受，直径大多为 8~20 mm。反复低烧也是该疾病的一个突出症状，可持续数周。此外，它可能伴有盗汗、皮疹、腹泻和关节痛。在实验室检查中，约 60% 的患者可出现白细胞减少或贫血，淋巴细胞比例升高，血清转氨酶可升高，红细胞沉降率轻至中度升高，血培养检查阴性，骨髓穿刺结果可见巨噬细胞数量增加。淋巴结活检是诊断本病的唯一可靠依据。菊池病可与自身免疫性疾病伴发，易误诊为恶性组织细胞增生症、霍奇金淋巴瘤、非霍奇金淋巴瘤、淋巴结转移等^[3]。菊池病的临床症状和实验室检查结果无明显特异性，均需要对患者进行淋巴结取样活检，才能确认患者的疾病。在部分学者认为菊池病的基本形式是患者淋巴结中的浆液细胞表现为单核，带有核碎片和新月形组织细胞^[6]。本研究中 2 例患者的淋巴结病变的病理特征经检测与上述特征一致，所以在对患者进行诊断时，患者的病理机制需要与恶性淋巴瘤、淋巴结以及猫抓病等多种免疫性疾病或者恶性疾病相区别。

2.3 鉴别诊断

在近年来部分临床研究中发现菊池病可能与患者自身存在的免疫性疾病有较高的连接性，而如果不对患者进行有效的治疗，菊池病可能会发展为系统性红斑狼疮或者银屑病等自身免疫性疾病，这类免疫性疾病与菊池病之间有较高的关联性，并且即使是不同的免疫疾病患者的病理表现，也可能出现一定的相似性，例如淋巴结肿大、发热或皮疹等^[7]。并且患者在发病时具有相似的高发病率，因为红斑狼疮以及菊池病的治疗和愈后存在一定的差异，并且临床上系统性红斑狼疮的发病率相较于菊池病来说更高，所以在对菊池病进行诊断时，首先需要排除患者是否存在系统性红斑狼疮，了解患者的病情，对于病情反复或者抗核抗体呈现阳性的患者应当密切监控并做好患者的血清学随访，这样才能保证患者的康复和鉴别诊断。

2.4 治疗及预后

菊池病目前还没有有效的治疗方法，但大多数患者都有自我限制和症状体征通畅 1~5 个月内缓解。症状明显的可予糖皮质激素治疗及对症治疗，抗菌药物治疗多数无效，但确诊前应避免使用糖皮质激素，以免掩盖或加重病情。菊池病大多预后良好，但有复发的可能，据报道，该病在国外的复发率约为 3%~4%，激素治疗对复发病例仍然有效，如大剂量的糖皮质激素合并注射免疫球蛋白^[8]。

菊池病虽然病情较为严重，但具有一定的自限性，大多数患者在治疗完成后愈后良好，但由于这种病症具有复发性，所以还需要护理人员对患者的状况引起重视，在患者出现复发征兆时，立即呈报给医师接受后续治疗。临床研究表明，菊池病的复发率大约在 10.0%，部分患者可能会出现较为少见的并发症，例如胸膜炎、无菌性脑膜炎和神经痛等状况^[9]。本研究中有 1 例患者在治疗完成后并发脑膜炎，但尚不知此病症是否与菊池病有一定的关联。

3 结论

菊池病虽然发病率低，但临床上遇到淋巴结肿大、低热、白细胞低患者应及时行淋巴结活检病理检查，并充分鉴别，提高诊断率，避免漏诊、误诊，确诊后有症状的及时对症治疗及应用糖皮质激素治疗^[11]。

〔参考文献〕

- (1) 张继屏, 刘越祥, 范静平. 菊池病的诊治(附 5 例报告并文献回顾)(J). *中国现代医学杂志*, 2015, 25(17): 42-45.
- (2) 王宁, 王尧, 王晓, 等. 51 例菊池病患者临床资料回顾性分析(J). *内科理论与实践*, 2019, 14(4): 214-218.
- (3) 杨贵芳, 彭文, 赵琴, 等. 菊池病 1 例. (J). *疑难病杂志*, 2014, 13(6): 641.
- (4) Moon JS, Kim GI, Koo YH, et al. Kinetic tremor and cerebellar

- ataxia as initial manifestations of Kikuchi-Fujimoto's disease (J). *J Neurol Sci*, 2009, 277(1-2): 181-183.
- (5) 邓科兰, 杨道锋. 菊池病 1 例报道 (J). *中国现代医生*, 2011, 49(6): 110, 132.
- (6) Lin DY, Villegas MS, Tan PL, et al. Severe Kikuchi's disease responsive to immune modulation (J). *Singapore Med J*, 2010, 51(1): e18-21.
- (7) 朱晓峰, 韩永胜, 周莉, 等. 菊池病 1 例并文献复习 (J). *安徽医药*, 2015, 19(7): 1337-1338.
- (8) 胡冰竹, 杨道锋. 金黄色葡萄球菌骨髓炎并脓毒血症继发川崎病合并菊池病 1 例 (J). *内科急危重症杂志*, 2017, 23(4): 350-352.
- (9) 赵立聪, 贾建伟, 赵洁. 1 例菊池病并文献复习 (J). *临床与病理杂志*, 2020, 40(5): 1337-1342.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)21-0197-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.21.078

从中医体质角度探讨带状疱疹复发 3 次 1 例

张鹏飞

(道真自治县人民医院, 贵州 道真 563500)

〔关键词〕 带状疱疹; 蛇串疮; 中医体质

〔中图分类号〕 R 752.1 〔文献标识码〕 B

带状疱疹中医称之为“蛇串疮”“腰缠火丹”“蜘蛛疮”等, 是由水痘-带状疱疹病毒感染所致, 该病毒在初次感染人体后往往潜伏在脊髓后神经节内, 在人体免疫力功能相对低下时再次活化而发病^[1]。一般来讲患过带状疱疹的患者体内可产生免疫球蛋白 G (immunoglobulin G, IgG) 保护型抗体, 愈后能够获得终身的免疫力, 不会再次发作^[2]。但是近些年我国报道的复发性带状疱疹病例逐年增多^[3-4], 相关文献研究显示复发者往往伴有免疫功能缺陷及存在潜在恶性疾病或使用免疫抑制剂、糖皮质激素以及放化疗药物等^[5-7], 研究表明人体内的带状疱疹特异性 T 细胞免疫功能随着年龄的增长呈下降趋势, 但是抗带状疱疹病毒抗体量却没有明显改变, 因此复发性带状疱疹有可能和人体内带状疱疹特异性 T 细胞免疫水平下降有关系, 所以复发性带状疱疹以老年人多见^[8-9]。

笔者在临床上遇见 1 例年轻带状疱疹患者, 无肿瘤及其它慢性疾病病史, 也未使用免疫抑制剂、糖皮质激素、胰岛素和放化疗药物, 其 3 次发作均在不同位置, 目前带状疱疹再次发作的机制尚不完全明确, 笔者从中医体质角度对其复发进行探讨, 现报道如下。

1 病案

患者程某, 男, 27 岁, 因右侧腰腹部红斑水疱伴痛 4 d

于 2020 年 2 月 16 日就诊。查体: 右侧腰腹部红斑基础上簇集性水疱, 未超过正中线, 呈单侧分布。患者诉既往曾患带状疱疹 2 次, 于是门诊行血常规、乙肝五项、丙肝抗体、特异性梅毒抗体、人类免疫缺陷病毒抗体检测, 均未发现异常, 血液生化示肝功能、肾功能、空腹血糖未见异常, 三酰甘油 12.69 mmol·L⁻¹、总胆固醇 7.38 mmol·L⁻¹、C 反应蛋白 334.04 mg·L⁻¹; 甲功五项及肿瘤标志物检查均未见异常。患者既往体健, 否认长期用药史, 诊断目前考虑为带状疱疹 (复发性), 予口服盐酸伐昔洛韦片 (山东罗欣药业集团股份有限公司, 国药准字 H20056674) 0.3 g·次⁻¹, 2 次·d⁻¹; 口服加巴喷丁胶囊 (江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20030662) 0.3 g·次⁻¹, 3 次·d⁻¹; 口服甲钴胺分散片 (卫材 (中国) 药业有限公司, 国药准字 H20030812) 0.5 mg·次⁻¹, 3 次·d⁻¹; 外用阿昔洛韦乳膏 (湖北人福成田药业有限公司, 国药准字 H19999049), 4 次·d⁻¹, 1 周后临床痊愈, 未再发作神经痛。查询患者既往就诊记录显示 2018 年 9 月 11 日曾在本院因左侧腰腹部及左下肢红斑水疱伴痛就诊, 诊断为“带状疱疹”予口服盐酸伐昔洛韦片 0.3 g·次⁻¹, 2 次·d⁻¹; 口服加巴喷丁胶囊 0.3 g·次⁻¹, 3 次·d⁻¹; 口服维生素 B1 片 (华中药业股份有限公司, 国药准字 H42020611) 10 mg·次⁻¹, 3 次·d⁻¹; 外用阿昔洛韦乳膏 4 次·d⁻¹, 1 周后痊愈, 无后遗症。患者自诉

〔收稿日期〕 2021-08-27

〔作者简介〕 张鹏飞, 男, 主治医师, 主要研究方向是皮肤病的防治。