

粒细胞缺乏症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E7_B2_92_E7_BB_86_E8_83_9E_E7_c22_307612.htm 名称粒细胞缺乏症所属科室血液内科病理粒细胞缺乏症可继发于药物反应、化学药物中毒、电离辐射、感染或免疫性疾病，亦可原因不明，但最常见的病因是药物反应。药物引起者的发病机理可能是：

- 药物对骨髓多能干细胞的毒性，致细胞代谢障碍。毒性强弱与药物剂量和用药时间有关；
- 药物在机体内引起异常免疫反应，使粒细胞及前体细胞破坏。此种反应与药物的剂量无关。此型的免疫机理有以下几类：
 - 半抗原型：药物本身为半抗原，与敏感者粒细胞膜蛋白结合成复合体，即全抗原，刺激机体产生抗粒细胞抗体 - 白细胞凝集素与白细胞溶解素，引起粒细胞破坏与溶解。一旦再次给药，膜面被复之抗体又被激活；
 - rdquo.型：药物先与血浆蛋白结合成抗原，刺激机体产生IgM抗体，后者与抗原形成免疫复合物，非特异地吸附于中性粒细胞膜表面，激活补体而破坏粒细胞；
 - 蛋白载体型：药物先与血浆蛋白相结合，再吸附于粒细胞的膜蛋白上，三者形成复合体（全抗原），刺激机体产生抗粒细胞抗体，在补体参与下导致粒细胞破坏；
 - 自身抗体型：也称膜损伤型，药物或其代谢产物与粒细胞膜结合，使膜抗原决定簇改变，激发自身抗体形成，直接破坏粒细胞。上述抗体不仅可破坏循环池中粒细胞，也可破坏骨髓中各期幼稚细胞，对CFU - GM的增殖亦有抑制作用。临床表现发病前多数患者有某种药物接触史。起病急骤、高热、寒战、头痛、极度衰弱、全身不适。由于粒细胞极度缺乏，机体抵抗力明显下降，感染成为主要合并症。牙龈、口腔粘膜、软腭、咽

峡部发生坏死性溃疡，常覆盖灰黄或淡绿色假膜。皮肤、鼻腔、***、子宫、直肠、***均可出现炎症。局部感染常引起相应部位淋巴结肿大。肺部的严重感染引起咳嗽、呼吸困难、紫绀。发生败血症时可伴肝损害，出现肝大、黄疸。严重者可伴中毒性脑病或中枢神经系统感染，出现头痛、恶心、呕吐、意识障碍，甚至昏迷。药物过敏者可发生剥脱性皮炎。若短期内不恢复，死亡率极高。检查一、血象白细胞明显减少，常低于 $2 \times 10^9 / L$ 以下。分类仅占1~2%，甚至缺如，余绝大多数为淋巴细胞和单核细胞。红细胞和血小板变化不大。二、骨髓象细胞增生不良，分类中红系、巨核系细胞正常。粒系细胞视病因而定。再生障碍型粒细胞缺乏症，其粒系各阶段细胞均明显减少，有时仅见少数早幼粒和原始粒细胞。免疫型粒细胞缺乏症的粒系细胞比例可能不减少，但有成熟障碍。恢复期细胞增生高度活跃，并有一过性原始粒细胞和早幼粒细胞增多，但数日内比例恢复正常，可与急性白血病相鉴别。三、其他血沉增快，严重感染者可伴肝功异常，主要是总胆红素定量升高。治疗诊断一俟成立，必须积极抢救，严密观察。一、停用引起或可能引起粒细胞缺乏的各种药物。二、病人应隔离在单人病房，条件答应时住进无菌层流病室，做好消毒隔离，包括口腔、***、外阴等易感部位的局部清洗。三、合理使用抗生素，尽量在用药前仔细寻找病灶，做咽拭子、血液、尿液、大便等细菌培养。在细菌培养和药物敏感试验回报前，应联合应用抗生素，非凡兼顾针对G+球菌和G-杆菌感染，待明确病原和药物敏感情况后，应针对性选择敏感抗生素，无感染者可预防性注射青霉素、链霉素。抗生素用药时间不宜过短，待体温正常，感染控制

，粒细胞开始上升一周后，方可停药。疑有深部霉菌病时，需用有效的抗霉菌药物，如酮康唑，200mg/d，顿服。严重感染者亦可400mg/d；达可宁（咪康唑）10～20mg/kg/d静脉输注或滴注，每次输注的最大剂量不得超过600mg；大扶康（氟康唑）50～100mg/d，顿服。四、肾上腺皮质激素适用于免疫型粒缺乏患者，并可改善全身中毒症状。但由于本药具有免疫抑制作用，招致感染及掩盖感染症状。疗程宜短，待细胞数回升后逐步停药。五、粒细胞输注适用于粒细胞持续在极低水平且伴严重感染，输入粒细胞数至少 $5 \times 10^9/\text{kg}/\text{d}$ ，皮下注射。七、全身支持治疗加强营养，补充液体，保证足够热量。有肝损害时可用大剂量维生素C等护肝治疗。预防及预后在抗生素问世前，死亡率高达90～95%，自应用抗生素后，已下降至20%，但仍需早期诊断、早期治疗。无菌层流室护理和成份输注粒细胞使一些严重患者获救，2～3周后可逐渐恢复。再障型预后差，常因难以控制的感染致死。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com