

# 以急性化脓性扁桃体炎为主要临床表现的 传染性单核细胞增多症 1 例

郭欣然,刘涛,郭邓微,周长明

(延安大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科,陕西延安 716000)

中图分类号:R766.18

急性扁桃体炎为耳鼻咽喉科常见疾病,大多为细菌感染,致病菌主要为乙型溶血性链球菌或者葡萄球菌,扁桃体肿大为主要症状。传染性单核细胞增多症(infectious mononucleosis, IM),也简称传单,是机体单核-巨噬细胞系统增生性疾病,多为急性,自限性疾病,以不规则发热、咽峡炎、淋巴结肿大、扁桃体肿大为主要临床表现,临床上很多IM只以扁桃体肿大为首要症状,因其发病率不及扁桃体炎高,这导致临床医师极易误诊为急性扁桃体炎,本文对IM与扁桃体炎进行鉴别诊断以减少临床中的误诊率,提高确诊率。

## 1 临床资料

患者,女,18岁,自诉咽痛、咽异物感、头痛3d,无发热、寒战,无咳嗽、咳痰,自服头孢丙烯片、蒲地蓝消炎口服液、维c银翘软胶囊,3d后感症状加重,查体:体温36.4℃,脉搏64次/min,呼吸20次/min,血压132/66 mmHg,急性面容,全身皮肤黏膜未见黄染、皮疹、出血点,双侧颈部淋巴结肿大,无触痛,活动度差,余浅表淋巴结未触及肿大,咽腔黏膜充血、肿胀,双侧扁桃体Ⅲ°肿大,表面不平,双侧扁桃体可见少量脓性分泌物附着,隐窝口可见脓点,压舌板挤压后可见少量干酪样物溢出。门诊查血常规:白细胞 $14.4 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞百分比31.1%,淋巴细胞百分比55.3%,单核细胞百分比13.2%,淋巴细胞绝对值 $8.0 \times 10^9/L$ ,单核细胞绝对值 $1.9 \times 10^9/L$ ,行颈部B超示双侧颈部淋巴结肿大,入院诊断为急性化脓性扁桃体炎,给予抗炎、雾

化吸入、口服桉柠蒎、康复新液药物治疗,患者自感症状未缓解,复查血常规:C反应蛋白定量7.2 mg/L,白细胞计数 $12.1 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞百分比33.5%,淋巴细胞百分比49.0%,单核细胞百分比16.6%,淋巴细胞绝对值 $5.9 \times 10^9/L$ ,单核细胞绝对值 $2.0 \times 10^9/L$ ,行细菌培养阴性,外周血异常细胞检测:中性杆状核粒细胞6.0%,中性分叶核粒细胞31.0%,嗜碱性分叶核粒细胞1.0%,单核细胞4.0%,淋巴细胞41.0%,异形淋巴细胞17.0%,EB病毒抗体检测:EB病毒早期抗原IgM(EB-EA-IgM)1.5,EB病毒衣壳抗原IgM(EB-VCA-IgM)>160.0,EB病毒衣壳抗原IgG(EB-VCA-IgG)17.5,EB病毒核心抗原IgG(EB-NA-IgG)1.9,EB病毒DNA定量 $2.5 \times 10^3$ ,查腹部B超示:脾大,肝左叶所见片状回声增强区,脂肪浸润?入院连续6d检测患者体温,最高体温38.6℃,结合上述临床症状、实验室及影像学检查,修正诊断为传染性单核细胞增多症,给予患者雾化、吸氧、止痛药物的基础上加用抗病毒药物、改善肝功能药物、激素等治疗,患者自觉上述症状有所缓解,请感染科会诊后将患者转入感染病科。

## 2 讨论

IM是由EB病毒(Epstein-Barr virus, EBV)感染所引起的急性单核巨噬细胞系统增生性疾病,该病在发展中国家多见于儿童和少年,成人患病率相对较低<sup>[1]</sup>,IM的发病率数据显示,每年10~19岁人群发病率最高(6~8例/1000人),10岁以下和

基金项目:延安市耳鼻咽喉-头颈外科创新团队(2015CXTD-10)。  
第一作者简介:郭欣然,女,在读研究生,住院医师。  
通信作者:刘涛,Email:Hxh002@163.com

30岁以上人群的发病率每年不到1例/1 000人<sup>[2]</sup>,EBV病毒可侵犯扁桃体B淋巴细胞,使B淋巴细胞形成的B细胞具备EBV核抗原(EBNA)、EA(早期抗原)、病毒衣壳抗原(VCA)阳性,不断增殖形成异型淋巴细胞<sup>[3]</sup>,经口亲密接触是其主要传播途径,如接吻等,故本病也称为接吻病,而性行为、飞沫、母乳喂养、血液制品等虽也有传播可能,但并不是主要传播途径,发生率较低,小儿潜伏期较短约4~15 d,大多为10 d,青年人较长可达30 d。当患者同时出现发热、咽峡炎、淋巴结及肝脾肿大时,应考虑为IM,确诊有赖于EB病毒抗体测定,诊断标准为<sup>[3]</sup>:①异型淋巴细胞 $\geq 10\%$ 以及伴有眼睑水肿、发热、咽峡炎及淋巴结、肝、脾肿大中的3项;②同时具备以下血清学证据中的任一项:双份血清抗CA-IgG抗体效价4倍以上;②抗CA-IgM抗体阴性,抗CA-IgG抗体阳性;③抗CA-IgM抗体阳性、抗CA-IgG抗体阳性、抗NA-IgG阴性。IM为自限性疾病,无特异性治疗,以对症治疗为主,急性期应卧床休息,加强营养及护理,避免严重并发症,可给予抗病毒治疗,常选用阿昔洛韦,陈淑燕等<sup>[4]</sup>认为在常规治疗的基础上增加阿昔洛韦,能促进症状的改善,并减少咽部排毒,减轻呼吸道梗阻症状,加快血EBV-DNA转阴,继而促进治疗疗效的提升,IM的预后大多良好,病程一般2~4周。IM也可并发细菌感染如咽部、腭扁桃体的溶血性链球菌感染,治疗时可同扁桃体炎治疗一样加用抗菌治疗。

IM应与扁桃体炎进行鉴别,两者都可能有扁桃体炎的临床表现,如咽痛、咽异物感、口咽部黏膜充血、扁桃体红肿,有时可见隐窝口封闭,呈黄白色小点,隐窝口可有脓性分泌物或干酪样分泌物,挤压时分泌物外溢,下颌淋巴结肿大,颈部淋巴结肿大及发热等。而两者的不同在于急性扁桃体炎主要是因为细菌感染,所以血常规检查可见白细胞总数、中性粒细胞分类明显增高,而IM是因为EB病毒感染,所以血常规检查可见淋巴细胞、异形淋巴细胞及单核细胞增高,IM可有肝脾肿大,EB病毒抗体阳性,扁桃体炎不具备这两项阳性特征。

除了扁桃体炎,IM还应与急性巨细胞病毒感染和弓形体病进行鉴别,他们有许多共同的特征,包括肝脾肿大、淋巴细胞增多、异形淋巴细胞增多,所以临床应注意区分EBV感染引起的IM和弓形体病或巨细胞病毒引起的传染性单核细胞增多症样综合征<sup>[2]</sup>。

IM若以咽痛,扁桃体肿大为首要症状,则患者往往会就诊于耳鼻咽喉科,因本病发病率低于扁桃体炎,所以临床医生极易误诊为急性化脓性扁桃体炎,在梁栋等<sup>[5]</sup>的IM的误诊分析中,92例IM患者中共误诊52例,误诊率56.5%,可见IM的误诊率很高,所以当遇到相关症状的患者应当全面综合检查分析,当扁桃体炎保守治疗无效的情况下,应当行血常规、腹部B超、外周血异常细胞检测、EB病毒抗体测定和EB病毒DNA定量检查以减少误诊率,提高确诊率。在诊断明确的情况下对症治疗,抗病毒治疗,请感染科会诊,避免行不必要的扁桃体切除术<sup>[5]</sup>。临床医师一定要鉴别诊断清楚后再给予治疗,而不是自觉保守治疗无效,就行扁桃体切除术。对于IM来说行扁桃体切除术是没有必要的,倘若施行手术治疗、可能会造成患者术后紧张、焦虑等。金丹等<sup>[6]</sup>认为扁桃体切除可能会引发术后感染,术后感染可影响患者生活质量。而扁桃体炎的一般治疗如保持口腔清洁、漱口、雾化和口服对症药物也可用于IM的治疗。但IM的治疗加用抗病毒治疗效果更好。

对急性期IM患者应进行呼吸道隔离,并对患者的呼吸道分泌物进行消毒处理。

#### 参考文献:

- [1] 肖科,彭颖,武正菊,等.成人传染性单核细胞增多症62例临床特点及发生肝损伤的危险因素[J].中国感染与化疗杂志,2021,21(2):148-151.
- [2] Papesch M, Watkins R. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis[J]. Clin Otolaryngol Allied Sci, 2010, 26(1):3-8.
- [3] 乔燕伟.传染性单核细胞增多症研究进展[J].河北医药,2020,42(22):3472-3476.
- [4] 陈淑燕,陈小鸿,许华山.阿昔洛韦治疗EB病毒感染引起的传染性单核细胞增多症的临床效果分析[J].中外医学研究,2021,19(6):39-42.
- [5] 梁栋,王全楚.传染性单核细胞增多症临床特点及误诊分析[J].临床误诊误治,2020,33(2):1-3.
- [6] 金丹,刘伟.慢性扁桃体炎致病菌群分析[J].临床军医杂志,2021,49(3):316-317.

(收稿日期:2021-06-11)

**本文引用格式:**郭欣然,刘涛,郭邓微,等.以急性化脓性扁桃体炎为主要临床表现的传染性单核细胞增多症1例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2022,28(1):116-117. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.20221142