

# 2 型糖尿病伴 Sweet 综合征 1 例

楼大钧 朱麒钱 斯徐伟 俞钟明

**【提要】** 本文报道 1 例 53 岁女性 T2DM 伴 Sweet 综合征患者,因“血糖升高 4 年,双下肢皮肤皮疹、溃烂 1 周”入院。既往有高血压病、亚急性甲状腺炎史。查体发现双下肢可见皮疹、溃烂。糖耐量试验确诊 T2DM。皮肤活检病理报告示真皮浅层皮肤附件及小血管周围见较多中性粒细胞浸润,血管扩张。胰岛素及糖皮质激素治疗有效。T2DM 伴 Sweet 综合征的发生可能与炎症因子、免疫功能变化有关。

**【关键词】** 糖尿病, 2 型; Sweet 综合征

doi:10.3969/j.issn.1006-6187.2012.02.020

**Type 2 diabetes mellitus with Sweet's syndrome: A case report and literature review** LOU Da-jun, ZHU Qi-qian, SI Xu-wei, et al. Department of Endocrinology and Metabolism, Shaoxing People's Hospital, Zhejiang Shaoxing 312000, China

Corresponding author: ZHU Qi-qian, E-mail: sxzqq@126.com

**【Summary】** A 53-year-old woman complained of hyperglycemia for 4 year, skin rash and ulceration of lower extremity for 1 week before hospitalization. She had hypertension and subacute thyroiditis, skin rash and ulceration of lower extremity. Oral glucose tolerance test showed a diagnosis of type 2 diabetes mellitus. Pathological report on the skin showed that diffuse inflammatory infiltrate of neutrophils in the superficial layer of dermis, surrounding small vessels vasodilatation can be observed in cutaneous lesions. Insulin and glucocorticosteroid therapy were effective. Sweet's syndrome may be associated with both inflammatory factors and changes of immunological function in patient with type 2 diabetes mellitus.

**【Key words】** Diabetes mellitus, type 2; Sweet's syndrome

## 一、一般资料

患者,女,53 岁,因“血糖升高 4 年,双下肢皮肤皮疹、溃烂 1 周”于 2011 年 2 月 26 日收入我院内分泌代谢科。患者 4 年前我院门诊体检时发现血糖升高,行 OGTT 诊断为 T2DM,当时无明显多尿多饮口干等症状,体重较前逐渐下降约 6kg,偶感视物模糊及手足麻木,无皮肤瘙痒,平时饮食控制,不规律口服降糖药物,半年前因血糖控制不佳开始服用拜唐苹至今,偶测空腹血糖 7mmol/L 左右,未监测餐后血糖。1 周前双下肢无明显诱因出现针尖大小皮疹,无瘙痒及疼痛,无光敏脱发,无关节疼痛,当时未重视,后皮疹逐渐变大,融合、溃烂,双下肢浮肿,疼痛明显,昨至我院门诊检查尿常规示:葡萄糖++,尿蛋白+,尿红细胞++,随机血糖 13.2mmol/L。为进一步治疗以 T2DM 收住入院。患者 2 年前确诊高血压病,最高 180/100mmHg,未治疗。有亚急性甲

状腺炎病史 1 年,已治愈。均无特殊个人史及家族史。入院查体:体温 38.5℃,脉搏 72 次/min,呼吸 21 次/min,血压 170/95mmHg, BMI 为 24.2kg/m<sup>2</sup>,神志清,精神良好,无突眼,双侧甲状腺未触及肿大,双下肢可见散在大小不等红斑,压痛明显,胫前皮疹部分融合呈大片,呈环状向周围扩大,分别可见 5cm×3cm 及 4cm×2cm 大小两处皮肤破损,无明显渗血渗液(图 1)。双膝腱反射减弱,双足背动脉搏动良好。辅助检查:双侧股动脉腘动脉多普勒、心电图、胸部 CT、上腹部 CT、肝胆脾胰 B 超、泌尿系 B 超、神经传导速度未见异常。血常规:WBC 9.4×10<sup>9</sup>/L[中性粒细胞(N) 0.854,淋巴细胞(L) 0.062,单核细胞(M)0.075,嗜酸性粒细胞(E) 0.006,嗜碱性粒细胞(B) 0.003],RBC 2.63×10<sup>12</sup>/L, HGB 125 g/L,PLT 106 ×10<sup>9</sup>/L。OGTT 血糖结果分别为:FBG 为 6.85mmol/L、30min 时为 17.24 mmol/L、60min 时为 18.83 mmol/L、2hBG 为 16.47mmol/L、180min 时为 13.67mmol/L。胰岛素释放试验结果分别为:FIns 为 2.4μU/ml、30min 时为 6.2μU/ml、60min 时为 14.4μU/ml、2hIns 为 11.1μU/ml、180min 时为 11.6μU/ml。C 肽释放试验结果为:FC-P

作者单位:312000 浙江省绍兴市人民医院,浙江大学绍兴医院内分泌代谢病科

通讯作者:朱麒钱, E-mail: sxzqq@126.com

为 0.85ng/ml, 30min 时为 2.24ng/ml, 60min 时为 3.64ng/ml, 2hC-P 为 4.14 ng/ml, 180min 时为 4.52ng/ml。HbA<sub>1c</sub> 为 7.3%。尿常规:尿葡萄糖+, 尿蛋白+, 尿红细胞++, WBC +/HP; ESR 30mm/h, hsC-RP 17.39mg/L, FBS 为 6.95mmol/L, 尿白蛋白为 277mg/L; 凝血谱 FIB 5.09g/L; 粪常规、抗核抗体谱、肿瘤全套、免疫功能未见明显异常。抗中性粒细胞胞浆抗体、抗心磷脂抗体测定阴性。皮肤活检病理报告示真皮浅层皮肤附件及小血管周围见较多中性粒细胞浸润, 血管扩张(图 2)。入院诊断: T2DM、Sweet 综合征、糖尿病肾病、高血压病。



图 1 双下肢皮疹

Fig 1 Skin rashes over lower extremities

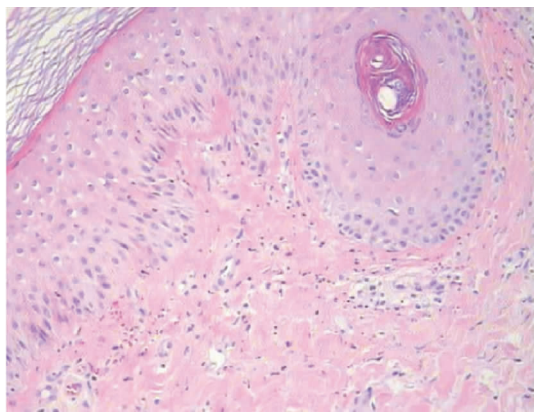


图 2 皮肤活检病理(HE×100)

Fig 2 Pathologic changes in skin biopsy (HE×100)

治疗: 给与拜唐苹、门冬胰岛素 30 降糖, 厄贝沙坦片降压、钙尔奇 D、阿法 D3 胶丸、雷公藤片及糖皮质激素综合治疗 3d 后, 双下肢皮疹、溃烂症状较前明显改善, 继续住院治疗 1 周, 双下肢皮肤皮疹、溃烂基本消失, 皮损变平、颜色变淡、结痂, 无新皮疹出现。血常规、C-RP 恢复正常, 血糖控制良好, 病情稳定后出院。出院后继续拜唐苹、门冬胰岛素 30 针降。出院后 3 周皮损愈合, 复查肝功能、血常规正常 2 个月, 病情未见反复。

## 二、讨论

Sweet 综合征又称急性发热性嗜中性粒细胞皮病, 最早由

Sweet 于 1964 年提出, 病因及发病机制不清, 可能与某些特殊药物有关。最典型的组织病理学特征: 真皮浅层密集的中性粒细胞浸润, 为弥漫性浸润或血管周围浸润, 并常见核尘。在深部结节性皮损中, 中性粒细胞浸润可达皮下组织。真皮乳头水肿, 内皮细胞肿胀, 小血管轻度扩张。在与髓性白血病相关的 Sweet 综合征中, 皮损中可见有白血病细胞的浸润是一种少见的特发性疾病, 主要表现为发热、疼痛性隆起性红斑、外周血中性粒细胞增多, 组织学上有真皮乳头高度水肿及致密的中性粒细胞浸润, 常伴有系统损害。其发病机制不明, 可能与感染、自身免疫、炎症反应、肿瘤、药物有关<sup>[1-2]</sup>。

本例患者基础病为 T2DM 和高血压病, 无明显诱因下出现双下肢皮肤皮疹, 发热, 外周血中性粒细胞增多, 发病前均未使用易引起 Sweet 综合征的药物。系统检查和出院随访尚未发现肿瘤标志物异常, 通过其独特的皮疹形态、组织病理学检查及相关检查符合 Sweet 综合征。

特发性 Sweet 综合征诊断依据最早由 Su 和 Liu<sup>[3]</sup> 提出, 2011 年由 Dabade<sup>[4]</sup> 提出修订的诊断标准。Sweet 综合征的皮损如不治疗可持续数周至数月不退。糖皮质激素治疗是 Sweet 综合征最主要的治疗方法, 开始剂量为每天 1 mg/kg, 于清晨顿服, 在 4~6 周内减量至 10 mg/d。其他可系统使用的一线药物包括碘化钾、秋水仙碱。用于治疗 Sweet 综合征的二线药物包括雷公藤片、吡喹酮、氯法齐明、环孢素以及氨苯砜等<sup>[5-7]</sup>。

Sweet 综合征的病因至今尚不清楚, 推测一些引起或促使糖尿病发生的炎症因子如核因子- $\kappa$ B (NF- $\kappa$ B)、TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-6 等和免疫功能变化有关<sup>[8]</sup>。国内外少对 Sweet 综合征与糖尿病的相关报道。本例患者通过活检证实 Sweet 综合征, 使用糖皮质激素有效, 因此认为 Sweet 综合征可能与糖尿病也存在一定关联。

## 参 考 文 献

- [1] Makis A, Stavrou S, Chaliasos N, et al. Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome) in a child, associated with a rotavirus infection; a case report. *J Med Case Reports*, 2010, 4: 281.
- [2] Carvalho R, Fernandes C, Afonso A. Drug-induced Sweet's syndrome by aceclofenac. *Cutan Ocul Toxicol*, 2011 Apr 21. [Epub ahead of print].
- [3] Wojcik AS, Nishimori FS, Santamaria JR. Sweet's syndrome: a study of 23 cases. *An Bras Dermatol*, 2011, 86: 265-271.
- [4] Dabade TS, Davis MD. Diagnosis and treatment of the neutrophilic dermatoses (pyoderma gangrenosum, Sweet's syndrome). *Dermatol Ther*, 2011, 24: 273-384.
- [5] Kim MJ, Choe YH, Epon YM. Sweet syndrome. *Eur J Pediatr*, 2010, 169: 1439-1444.
- [6] Yi S, Bhat C, Schwartz RA. Sweet's syndrome: an update and review. *G Ital Dermatol Venereol*, 2009, 144: 603-612.
- [7] Fazili T, Duncan D, Wani L. Sweet's syndrome. *Am J Med*, 2010, 123: 694-696.
- [8] Sawicki J, Morton RA, Ellis AK. Sweet syndrome with associated systemic inflammatory response syndrome: an ultimately fatal case. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2010, 105: 321-323.

(收稿日期: 2011-05-05)

(本文编辑: 董兵)