

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.21.052

1 例儿童重型多形红斑案例报道

盛巧妮, 王君霞, 张圆圆

(西南医科大学附属中医医院儿科, 四川泸州 646600)

关键词: 多形性红斑; 重症; 儿童

中图分类号: R725

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2018)21-3319-02

1 临床资料

患儿,男,9岁4个月,因“咳嗽1周,发热,咽痛2d”入院。入院前1周,患儿因受凉后出现咳嗽,咯黄色黏痰,流涕,无畏寒、寒战、发热、皮疹等。当地医院予以口服头孢类抗菌药物及其他药物(具体用药不详)治疗,咳嗽缓解。入院前2d,患儿出现发热,呈中-高度发热,测得最高体温40.2℃,口服布洛芬混悬液后体温可降至正常,但不久后复升。同时阵发性咳嗽,咽痛,以进食时明显,伴流涎,为进一步诊治,遂来本院。既往史、个人史、家族史无特殊。查体:T:39.8℃,神清,精神差,全身皮肤黏膜无淤点、淤斑,无皮疹,双眼结膜无充血,口唇红干,口腔颊黏膜充血,咽部充血,扁桃体Ⅰ度肿大,表面可见白色分泌物,未见脓点。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心率108次/分,律齐,未闻及杂音。腹软,未扪及包块,肝脾未扪及,肠鸣音正常。辅助检查:入院时血常规示白细胞计数(WBC): $14.84 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N):0.839,淋巴细胞(L):0.094,C反应蛋白(CRP):15.6 mg/L。入院诊断:急性上呼吸道感染。入院后予以头孢唑林钠抗感染,补液支持治疗。于住院第2天出现双眼结膜充血,分泌物增多,伴双眼干涩、疼痛,无法睁眼,口唇皲裂,口腔颊黏膜红肿糜烂,进食及吞咽困难。仍反复高热,于住院第3天全身逐渐出现较多针尖至米粒大小红色斑丘疹,压之褪色,抚之碍手,皮疹主要分布于外耳廓、前胸、后背部、双下肢,皮疹处有触痛,周围伴有红晕,后部分斑疹呈靶形,边缘发红,中间逐渐出现青紫;双眼睑结膜、球结膜,口腔黏膜渗出、糜烂进行性加重,且出现尿痛,排尿困难,尿道黏膜渗出糜烂。精神萎靡,四肢凉,皮肤出现花斑花纹,血压下降,尿少。急查肝功能、肾功能、电解质、血气分析正常,复查血常规正常,血培养、口腔、眼部及尿道分泌物培养均无细菌生长。根据皮损特点及临床表现,诊断为儿童重型多形红斑(EMM)。立即予以扩容,静注人免疫球蛋白(IVIG)400 mg·kg⁻¹·d⁻¹,连用5d,同时予以甲泼尼龙琥珀酸钠每次2 mg/kg,q 12 h,连用3d后体温逐步下降,精神明显好转,后将甲泼尼龙琥珀酸钠改为2 mg·kg⁻¹·d⁻¹,连用2d,停药。双眼结膜、尿道黏膜肿胀消退,分泌物减少,口腔黏膜糜烂面逐步愈合,

皮疹色泽变淡,水疱萎陷,渐干涸,于住院11d后痊愈出院。

2 讨论

多形性红斑(EM)是多种原因引起的,是一种与免疫有关的急性非化脓性炎症,以皮肤、黏膜多样化表现为特征和不同程度的内脏器管功能损害,包括轻症(EM minor)和 EMM^[1]。

EMM 目前病因尚不清楚,多数学者认为是由多种诱因激发的皮肤黏膜,甚或全身内脏器官的超敏反应损伤所致^[2]。皮肤活检证实 EMM 是一种免疫相关的急性非化脓性炎症。其致敏诱因包括感染、药物、肿瘤、预防接种及其他因素。有学者指出:病毒感染在 EMM 致病诱因中起主要作用,尤其疱疹病毒与支原体感染与儿童 EMM 发病明显相关^[3-4]。本例患儿在出现皮肤、黏膜损害之前,有呼吸道感染临床表现,虽然入院时查血常规提示血象高,以 N 为主,CRP 高,可考虑为广泛皮损或黏膜损害基础上继发细菌感染的可能。因反复多次做分泌物培养均无细菌生长,故致病诱因系病毒或支原体感染的可能性大。但由于患儿在病程中和皮损出现前给予了头孢类抗菌药物及其他药物治疗,因此也不能完全排除系药物所致的可能。

文献^[1]报道该病男性发病率高于女性,本病黏膜受累主要表现为口腔黏膜糜烂、溃疡,眼、口、鼻、生殖器等多部位黏膜渗出及糜烂。严重者可伴有中毒性休克、急性心肌炎、心力衰竭、肺炎、肺不张、呼吸困难、胸腔积液、肾炎、肾衰竭等。若内脏受累严重时可导致死亡,病死率为5%~15%,主要死于肺部炎症与肾衰竭^[5]。该患儿系男性,多处皮肤、双眼结膜、口腔及尿道黏膜多处受累,虽未出现急性肺炎、胸腔积液、肺不张、心肌炎、心力衰竭、肾衰竭等临床表现,但在病程中伴精神萎靡,四肢凉,皮肤出现花斑花纹,血压下降,尿少等中毒性休克的表现,故诊断为儿童 EMM 明确。

目前 EMM 的治疗尚无一致的定论,关于糖皮质激素的应用争议很大^[6-7]。本例患儿在综合治疗的基础上加用 IVIG 及糖皮质激素治疗,临床症状较快得到缓解,取得理想疗效。有资料显示,在足量抗感染、支持治疗的同时,早期给予糖皮质激素治疗,能迅速

控制发热及皮疹的发展,减轻内脏器官的进一步损害,从而减少并发症的发生^[8]。关于 IVIG 治疗 EMM 的机制尚不明确,可能与阻断血管内皮的免疫性炎症反应有关,笔者认为 IVIG 与糖皮质激素联合使用可以提高疗效。二者联合使用,IVIG 进入人体后可迅速与体内的抗体、补体和细胞表面受体结合,使机体的病理性免疫反应得到暂时缓解,IVIG 含有 IgM、IgA,可明显对 FC 受体起到抑制作用,但 IVIG 不能抑制机体继续产生大量的抗体,故需要与糖皮质激素等免疫抑制剂联用,这样既可以减少激素的用量,减轻不良反应,又可明显改善患儿病情,抑制过敏抗体机制,降低并发症与病情复发概率,效果更佳。本例患儿采用 IVIG 与糖皮质激素联合治疗,临床症状很快缓解,且糖皮质激素用量小,使用时间短,比单一使用 IVIG 或糖皮质激素疗效更为显著。

综上所述,儿童 EMM 在临床中相对少见,因诱发因素很多,除感染外,药物是常见的一种因素,因此临床医生应注意合理、规范用药,尤其是抗菌药物的应用,要严格把握其使用指征,避免滥用,最大限度降低 EMM 发病率。该病可依据临床表现予以诊断,特别强调应早期识别 EMM,予以早期治疗,防止严重并发症出现而危及生命。在治疗上目前虽尚无一致定论,但由于本病属于变态反应性疾病,结合本例患儿诊治体会,笔者认为 IVIG 联合糖皮质激素治疗效果较单一使用 IVIG 或糖皮质激素治疗效果更佳,但由于收治病例太少,尚需医务工作者不断探索、总结,对该病的发病机制、IVIG 或(和)激素的治疗机理、作用环节及最佳给予时机做进一步的探讨,让该类患儿早

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.21.053

诊断、早治疗,减少并发症,降低病死率。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:691-692.
- [2] 胡杏林.福建地区 107 例重症药疹临床分析[D].福州:福建医科大学,2015.
- [3] LEAUTE-LABREZE C, LAMIREAU T, CHAWKI D, et al. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome[J]. Arch Dis Child, 2000, 83:347-352.
- [4] WESTON W L, MORELLI J G, ROGERS M, et al. Target lesions on the lips: Childhood herpes simplex associated with erythema multiforme mimics Stevens-Johnson syndrome[J]. J Am Acad Dermatol, 1997, 37(5 Pt 2): 848.
- [5] 郑杰,冯佃芹,张芹.儿童重型红斑 10 临床分析[J].中国中西医结合儿科学,2009,1(4):379-380.
- [6] FORMAN R, KOREN G, SHEAR N H. Diagnosis classification and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome [J]. Arch Dis Child, 2000, 83(10):347.
- [7] MARTINEZ A D. High-dose systemic corticosteroids can arrest recurrences of severe mucocutaneous erythema multiforme[J]. Pediatr Dermatology, 2000, 17(2):87.
- [8] 张伟,李秋.儿童重型多形性红斑 19 例[J].重庆医学,2005,34(2):166-167.

(收稿日期:2018-03-15 修回日期:2018-06-28)

1 例成人感染相关性噬血细胞综合征案例报道

税国顺,黄 莺,何代莉

(重庆永荣矿业有限公司总医院检验科,重庆 402460)

关键词:噬血细胞综合征; 金黄色葡萄球菌; 感染

中图法分类号:R559

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2018)21-3320-03

噬血细胞综合征(HPS)又称噬血细胞性淋巴组织细胞增生症(HLH),是一组全身高炎症反应引起多器官损伤的临床综合征。感染相关性噬血细胞综合征(IAHS)是由感染因素引发的 HPS。IAHS 在临床中较其他类型 HPS 更为常见,其中以 EB 病毒感染引起最为多见。现对 1 例由金黄色葡萄球菌感染引起的 HPS 报道如下。

1 临床资料

患者,男,50 岁,提重物时拉伤左肩部,出现左肩关节疼痛,尤以肩关节外展及后旋时为重。在个体诊所予拔火罐、针灸等治疗。患者感觉左肩关节疼痛加

重,左肩关节活动明显受限,诉尿频、尿痛、尿急不适,伴发热。为求进一步治疗,2016 年 3 月 21 日来本院就诊。既往有乙型肝炎病史 10⁺年,口服药物治疗后(具体不详),自诉已治愈。有 2 型糖尿病病史 8⁺年,口服二甲双胍、格列美脲控制血糖,血糖未正规监测,未控制饮食,平时间断测血糖均在 10 mmol/L 以上。查体:体温 37.5 °C,脉搏每分钟 110 次,呼吸每分钟 23 次,血压 119/82 mm Hg。神清,精神差,心肺查体无特殊,全身皮肤黏膜无黄染、淤点、淤斑,全身浅表淋巴结未扪及肿大,肝脾肋下未触及,肝肾区无叩痛。脊柱呈生理性弯曲,无后突侧凸畸形,无压痛、叩击