

参考文献:

[1] 胡亚美,江载芳.实用医学杂志[M].北京:人民卫生出版社,2002:1800-1802.

[2] 邵晓珊,杨锡强,赵晓东.不典型川崎病的诊断[J].中国实用儿科杂志,2008,23(11):853-854.

[3] 陈桃,杜娟,陈书琴,等.2003~2008 年泸州医学院附属医院住院患儿川崎病临床调查及分析[J].重庆医学,2010,39(18):2495-2496.

[4] Satou GM,Giamelli J,Gewitz MH. Kawasaki disease:diag

nosis,management,and long-term implications[J].Cardiol Rev,2007,15(4):163-169.

[5] Burgner D,Harnden A. Kawasaki disease:what is the epidemiology telling us about the etiology[J].Int J Infect Dis,2005,9(4):185-194.

[6] 张乾忠.不典型川崎病的临床表现和诊断[J].中国实用儿科杂志,2006,21(10):728-730.

(收稿日期:2011-03-09 修回日期:2011-07-12)

• 短篇及病例报道 •

新生儿重型药疹 1 例

罗吉平<sup>1,2</sup>,华子瑜<sup>1</sup>

(1.重庆医科大学附属儿童医院新生儿诊治中心 400014;2.四川省西昌市人民医院儿科 621500)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.36.050 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2011)36-3744-01

1 临床资料

患儿,女,17 d,因全身皮疹 5 d 入院。入院前 5 d,患儿于当地医院住院期间出现红色斑丘疹,初为颜面部,后逐渐延及躯干、四肢、手足心,部分为黄色结痂,颜面部肿胀明显,伴发热,体温最高 38.8℃,无咳嗽、气促、发绀,无腹泻,血常规白细胞明显增高,先后予美洛西林、头孢米诺、头孢硫脒、五水头孢唑啉抗感染,予复方甘草酸苷注射液 10 mL、地塞米松 3 mg、钙剂 1 次对症处理,体温下降,皮疹仍明显,转入本院,门诊以麻疹样红斑收入院。查体:体温 37℃,呼吸 47 次/分,心率 140 次/分,体质量 3 500 g,神清,面部、躯干、四肢密集分布浸润性红斑(封 3 图 1),边界清楚,心、肺、腹无阳性体征,四肢肌张力可,原始反射顺利引出。否认家族过敏性疾病史。辅助检查:入院后多次血常规检查白细胞均高(20~30×10<sup>9</sup>/L),嗜酸性粒细胞高达 27%,余基本正常;肝功能及血清 IgG、IgA、IgM、IgE、C<sub>3</sub> 基本正常;自身抗体、抗核抗体、抗 SS-A 抗体、抗 Ro-52 抗体均弱阳性;血培养阴性;入院时皮疹印片,找到成堆的组织细胞;胸片示双肺纹理增多;HIV(+)、梅毒(+)及 TB 阴性;Coombs 实验(-);骨髓图文分析,刺激性骨髓象;治疗后皮肤活检,皮肤、真皮乳头中较多组织细胞浸润,体积中等,未见核沟,未见嗜酸性粒细胞浸润。

治疗经过:入院后,经皮肤科、免疫科、感染科、血液科等会诊,考虑患儿皮疹原因为患儿高敏体质基础上引起麻疹样红斑可能性大,故停用青霉素及头孢类抗生素,给予甲泼尼龙 0.5 mg/kg 静脉滴注 3 d、IVIG 1 mg/kg 静脉滴注 2 次、阿奇霉素预防感染 3 d、继续用复方甘草酸苷注射液及异丙嗪抗过敏、同时加强皮肤护理、外用樟霜及丁酸氢化可的松等治疗,皮疹渐好转,住院约 20 d 转为亚急性湿疹样皮疹,继续加强皮肤护理、局部保湿、复方松馏油乳膏及艾乐松乳膏交替外用,住院 32 d 病情明显好转出院(封 3 图 2)。

2 讨论

药疹亦称药物性皮炎,是药物通过各种途径进入人体后引起的皮肤、黏膜的炎性反应,严重者尚可累及机体其他系统<sup>[1]</sup>。大多药疹发病机制尚不清楚。药疹是药物反应的一种表现形式,不是简单的药物变态反应,而是由药物代谢的多样性、免疫状态、伴发疾病和同时使用的其他药物共同作用引起的<sup>[2]</sup>。药疹是药物治疗中常见不良反应,是医源性疾病的最常见原因之一。近年调查显示,最易引起小儿药疹的药物为抗生素,以青霉素类最多,其次为头孢类。目前,儿科医生为了提高治疗效果,对感染较重的患儿,尤其新生儿,常采用青霉素和头孢类药

物联合用药的方法;而且,新品种增多、较严重的药品滥用<sup>[3]</sup>是小儿药疹发生率增加的原因,应引起儿科医生的高度重视。

小儿药疹的致敏期,初次用药一般为 4~20 d,平均 7~8 d,皮疹表现形态多样,可同药异疹或异药同疹,如麻疹样皮疹或湿疹样皮疹、猩红热样皮疹等,可伴黏膜受损,口周放射状皲裂,高热,皮肤颜色鲜红,同时白细胞增高,重型药疹需联用甲泼尼龙及丙种球蛋白治疗方有效。本文患儿皮疹发展、治疗经过及疗程(两次住院)均符合上述特点。此时需与麻疹、猩红热等鉴别,麻疹有呼吸道感染症状及麻疹黏膜斑及咳嗽、流涕、流泪等卡他症状;猩红热常 3~7 岁发病,有流行病学史,潜伏期 1~7 d,伴有扁桃体红肿、化脓、杨梅舌。总之,本文患儿临床诊断重型药疹成立。本文患儿出院后 2 个月,因呼吸道感染再次于当地医院治疗,给予青霉素及头孢类抗生素治疗,患儿亦出现皮疹,性质同前,遂来本院,停用青霉素及头孢类抗生素,给予甲泼尼龙及丙种球蛋白治疗,加强皮肤护理,治愈出院。

在患儿病初未考虑到药疹,频繁更换抗生素,使皮疹增多,高热,病情危重,所以,小儿药疹一旦确诊,应立即停药,并积极采取相应的治疗措施,避免不良后果的发生。对重型药疹,应尽早采用足量糖皮质激素治疗,可使用丙种球蛋白,并注意维持水、电解质平衡,预防继发感染,加强皮肤及黏膜损害的治疗和护理及对症支持治疗。本文患儿入本院后停用青霉素及头孢类抗生素,给予甲泼尼龙及丙种球蛋白治疗,加强皮肤护理,治愈出院。

综上所述,应提高对儿童药疹尤其是新生儿药疹的正确认识,严格掌握用药指征,合理用药,尽可能减少用药种类,是预防小儿药疹最有效的方法。因此,治疗过程中,如患儿出现皮疹或皮肤瘙痒,即便无明显药物过敏史或药物使用前皮试阴性,仍应警惕药疹和出疹性疾病,以免延误诊治。

参考文献:

[1] 张学军,何春淦,郑捷.皮肤性病学[M].6 版.北京:人民卫生出版社,2004:111.

[2] 刘晓雁,陈大坤.儿童药疹[J].中国临床医生,2005,33(2):21-23.

[3] 姜若兰,孙鲁梅.肠易激综合征[J].中国实用内科杂志,2001,21(10):8.

(收稿日期:2011-01-02 修回日期:2011-07-15)