

鲍温病发展为具侵袭的鲍温病,有其细胞学特征^[4]。

2.4 诊断及鉴别诊断 临床外观可见典型的边界不清的过度角化斑块,而病理学检查确诊该疾病的主要方式^[5]。在临床上需要与相关类似疾病相鉴别,(1)肛周 Paget 病:主要表现为边界清楚的浸润性红斑样皮疹,其上附有少许鳞屑,并有不同程度的瘙痒。病理学表现为表皮全层单个或成巢的 Paget 细胞。(2)鲍温样湿疹病:主要发生在 30 岁左右的青年男女,好发在外生殖器,表现为外生殖器部位多发性红褐色、黑色等丘疹,表面光滑或天鹅绒样,部分呈环状或融合成斑块,其病理学表现为棘层中下部棘层细胞排列紊乱,并有大量“风吹倒”样不规则的细胞核。而此疾病大多数学者认为与病毒感染有关,主要是人乳头瘤病毒(HPV)、巨细胞病毒(CMV)、单纯疱疹病毒(HSV)。(3)肛周鳞癌:常常出现单发或结节性斑块,呈暗红色或肉色,其中央区常可见破溃,出现菜花样的增生。其病理学表现为病变中可见角化或角化不良细胞,有角化珠形成。而肛周湿疹仅局限在肛门口,表现为肛周皮肤黏膜稍红肿、湿润及增厚,奇痒难忍,很少有渗出。

2.5 治疗 目前,鲍温病的治疗还没有统一的方案,而且其治疗方法是多种多样的^[6]。根据病灶的部位和大小决定是否可切除,大多数鲍温病外科手术治疗是作为首选的治疗方法,而微创手术、冷冻治疗、电灼烧和刮除法、局部使用免疫调节剂、激光治疗、放射治疗、光动力疗法等已知疗法也是临床较为常用的治疗方法。虽然选择手术切除是必需的,且不行手术切除有着潜在的复发概率,但手术可能导致疤痕挛缩致皮肤功能障碍,可能影响美观。而光动力疗法被认为是一种无侵袭治疗且不影响美观,但是年龄较大和病灶细胞重度异形性患者使用该疗法后可能会引起治疗失败^[7]。

2.6 展望 随着,医务工作者对疾病认识的不断提高。对于肛周的皮肤疾病,需警惕鲍温病的可能,若怀疑该疾病并经过病理检查得到证实,应尽早并及时进行多学科综合性治疗;与此同时,在得到确诊后的患者行全身检查,治疗后的长期随访

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.09.044

是很重要的,相信将来多学科综合的治疗模式会成为治疗该病的治疗常规,也希望能有更多的医务工作者报道该疾病的诊疗相关模式,为人类疾病的发展做出自己的贡献。

参考文献

- [1] Vasani RJ. Bowen's disease on the dorsum of hand[J]. Indian Dermatol Online J, 2015, 6(1): 62-63.
- [2] Kim S, Sun GS, Wright TS. Periungual bowen's disease in a 4-year-old girl[J]. Pediatr Dermatol, 2014, 31(1): E22-E23.
- [3] Leonard D, Beddy D, Dozois EJ. Neoplasms of anal canal and perianal skin[J]. Clin Colon Rectal Surg, 2011, 24(1): 54-63.
- [4] Mii S, Amoh Y, Tanabe K, et al. Nestin expression in Bowen's disease and Bowen's carcinoma associated with human papillomavirus[J]. Eur J Dermatol, 2011, 21(4): 515-519.
- [5] Gandhi AK, Laviraj MA, Kashyap L, et al. Recurrent bowen's disease of scalp treated with high dose rate surface mold brachytherapy: a case report and review of the literature[J]. J Contemp Brachytherapy, 2014, 6(4): 389-394.
- [6] Morton CA, Birnie AJ, Eedy DJ. British association of dermatologists' guidelines for the management of squamous cell carcinoma in situ (bowen's disease) 2014[J]. Bri J Dermatol, 2014, 170(2): 245-260.
- [7] Westers-Attema A, Lohman BG, Van Den Heijkant F, et al. Photodynamic therapy in bowen's disease: influence of histological features and clinical characteristics on its success[J]. Dermatology, 2015, 230(1): 55-61.

(收稿日期:2015-08-11 修回日期:2015-12-06)

头孢噻肟钠致粒细胞缺乏伴高热 1 例报道

胡昌伦, 廖涌[△]

(武警重庆总队医院内分泌科, 重庆 400061)

[中图分类号] R978.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)09-1287-02

尽管头孢类抗菌药物安全性较高,但时常也有粒细胞降低的情况发生。现将本院收治的 1 例头孢噻肟钠致粒细胞缺乏伴高热患者报道如下。

1 临床资料

患者,女,68 岁,因“血糖升高 15 年,四肢肢端麻木 2 年”于 2014 年 4 月 15 日入住本院。既往有高血压病史 15 年,长期口服“施慧达 2.5 mg、安利博 150 mg”控制血压,自诉血压控制尚可。否认食物、药物过敏史。入院查体:体温 36.6℃,血压 130/80 mm Hg,双下肢轻度凹陷性水肿。血常规:白细胞(WBC)10.07×10⁹/L,红细胞(RBC)2.8×10¹²/L,血红蛋白(Hb)79.0 g/L,中性粒细胞 6.8×10⁹/L,尿常规:尿潜血+,中性粒细胞比+++ ,蛋白质+++ ,红细胞 117/μL,白细胞满

视野/μL,上皮细胞 56/μL,滴虫、真菌未见;肝功能正常;肾功能:尿素氮 15.27 mmol/L,肌酐 306 μmol/L,肾小球滤过率(GFR)25.6 mL/min;胸片:双肺间质性改变,心影增大,胸主动脉迂曲硬化;膀胱残余尿测定 88 mL。诊断:2 型糖尿病,糖尿病肾病(IV 期),糖尿病神经源性膀胱,慢性肾功能不全,肾性贫血,高血压 2 级高危组,泌尿系感染;治疗方案:甘精胰岛素联合诺和锐控制血糖,施慧达降压,以及改善微循环、护肾等对症支持治疗。

完善尿培养联合药敏试验(3 次)结果均提示:大肠埃希菌革兰阴性杆菌(纯培养);结合患者尿培养联合药敏结果给予头孢噻肟钠 1 g(按药品说明书根据肾功能使用较小剂量)+0.9%生理盐水 100 mL 静脉滴注,每天 2 次抗感染治疗。12 d 后患

者突发高热、寒战,体温最高达到 39.2℃,急查血常规:WBC $0.4 \times 10^9/L$,RBC $2.5 \times 10^{12}/L$,Hb 72.0 g/L,中性粒细胞 $0.00 \times 10^9/L$ 。肾功能电解质:尿素氮 8.60 mmol/L,肌酐 183.00 $\mu\text{mol}/L$,钾 4.3 mmol/L;为避免检验误差,再次复查血常规:WBC $0.35 \times 10^9/L$,RBC $2.5 \times 10^{12}/L$,Hb 70.0 g/L,中性粒细胞 $0.00 \times 10^9/L$,仍提示粒细胞缺乏。考虑抗生素引起的药物不良反应。立即停用头孢噻肟钠,并给予降温、退热对症处理,并完善骨髓涂片观察骨髓象:粒系增生活跃,以中晚期细胞为主,成熟延迟,中毒颗粒阳性,其余无特殊。骨髓穿刺后给予重组人粒细胞集落刺激因子治疗,同时治疗基础疾病,发热期间患者体温均波动在 37~39℃,每日复查血常规粒细胞恢复缓慢,积极治疗 10 d 后患者体温恢复正常。观察 3 d 未出现发热,复查血常规:WBC $7.12 \times 10^9/L$,RBC $2.5 \times 10^{12}/L$,Hb 70.0 g/L,中性粒细胞 $3.54 \times 10^9/L$,肝功能正常;肾功能电解质:尿素氮 9.88 mmol/L,肌酐 244.00 $\mu\text{mol}/L$,钾 3.6 mmol/L;尿常规:尿潜血阴性,中性粒细胞比阴性,蛋白质+++,红细胞 0/ μL ,白细胞 1/ μL ,上皮细胞 0/ μL ,滴虫、真菌未见;遂办理出院手续。出院后电话随访未出现发热、寒战,1 个月后门诊随访血常规、肝功能正常,尿常规:尿潜血阴性,中性粒细胞比阴性,蛋白质+,红细胞 1/ μL ,白细胞 2/ μL ,上皮细胞 0/ μL ,滴虫、真菌未见;肾功能:尿素氮 8.50 mmol/L,肌酐 268.00 $\mu\text{mol}/L$,钾 3.8 mmol/L。未诉其他特殊不适。

2 讨论

头孢噻肟钠属于第 3 代头孢菌素,适用于敏感细菌所致的肺炎及其他下呼吸道感染、尿路感染、脑膜炎、败血症、腹腔感染、盆腔感染、皮肤软组织感染、生殖道感染、骨和关节感染等,具有抗菌谱广、作用强等特点。注射给药组织穿透力强,代谢途径主要经肾脏消除。其抗菌作用机制为通过抑制转肽酶在细胞壁合成中的转肽作用导致细菌溶菌死亡。在我国临床应用较为广泛,头孢噻肟不良反应发生率低,仅约 3%~5%^[1]。其中过敏反应、消化道反应较为多见,主要表现为皮疹和药物热、静脉炎、腹泻、恶心、呕吐、食欲不振等。而白细胞减少、嗜酸性粒细胞增多或血小板减少较少见。

本例患者入院时白细胞稍高,因“泌尿系感染”给予头孢噻

·短篇及病例报道· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.09.045

肟钠抗炎治疗 10 d 后出现粒细胞降低,停用抗生素 10 d 白细胞逐渐升高并恢复正常。同时该患者进行了骨髓涂片,排除了血液病引起白细胞降低的可能性,因此考虑为“药源性白细胞减少”^[2]。但该例患者有其特殊性,其基础疾病为糖尿病、高血压,双重机制导致慢性肾功能不全,而头孢噻肟钠主要经过肾脏代谢,可能造成药物的蓄积效应,引起如此严重的粒细胞缺乏、高热,而抗生素导致的白细胞减少等药物不良反应一般停药后 3~5 d 会恢复正常^[3],该患者恢复时间延长同样考虑该原因所致。

尽管应用头孢类抗生素较为安全,但目前由抗生素引起粒细胞减低的病例已有很多,第 3 代头孢菌素类抗生素引发的不良反应发生率又显著高于第 2 代^[4],提示医务工作者在临床应用中需要注意。在一些老年患者,尤其是合并肾功能异常的患者使用时应该适当调整药物的剂量。用药过程中应密切关注患者的症状及体征,定期监测血常规、肾功能等指标,一旦经药物治疗出现白细胞计数减少时,需考虑药源性白细胞减少症,并立即停用可疑药物,给予升白细胞等对症治疗^[5]。这样将会帮助患者争取更好的治疗时机,以免造成更严重的后果。

参考文献

- [1] 傅宏义.新编医院用药大全[M].2版.北京:中国医药科学技术出版社,2003:22-23.
- [2] 陈兴璋,柴富萍.药源性白细胞异常[J].四川医学,1994,15(4):233-234.
- [3] 刘呈华,丁长玲,张念森,等.头孢曲松钠致白细胞和中性粒细胞减少 1 例[J].药物流行病学杂志,2008,17(1),59.
- [4] 吴贵涛.头孢菌素类抗生素临床使用的不良反应及应急对策分析[J].中国医药指南,2012,10(17):223-224.
- [5] 罗璇.白细胞减少症的药物治[J].山东医药,2010,50(39):114-115.

(收稿日期:2015-09-22 修回日期:2015-12-22)

口服大剂量复方甘草片致戒断症状 1 例报道

张宁¹,罗兰霞^{2△},张中伟³

(1.重庆市肿瘤医院重症医学科 400030;2.第三军医大学新桥医院皮肤风湿免疫科,重庆 400037;
3.四川大学华西医院重症医学科,成都 610041)

[中图分类号] R749.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)09-1288-02

服用复方甘草片的常见不良反应为低血钾,戒断症状较少见,现将近期收治的 1 例口服大剂量复方甘草片致戒断症状的患者报道如下。

1 临床资料

患者,女,62 岁,因发现右侧颈部包块 2⁺ 月以“颈动脉体瘤”入院。既往有“慢性支气管炎、高血压”病史。入院后行“右颈动脉体切除、右颈内动脉自体大隐静脉重建术”。术后病理检查示:颈动脉体副神经节瘤,具有恶性生物学行为,遂入住

ICU。术后次日脱离呼吸机即出现精神状态差、嗜睡、流涎、流涕、打哈欠、汗多、肢体震颤,心率每分钟 140 次,血压 180/100 mm Hg,血气分析氧合指数 150 mm Hg,无二氧化碳潴留。经无创呼吸机辅助通气,氧合指数达 200 mm Hg 左右,血压降至 120/80 mm Hg,但上述症状无明显缓解。行肺 CT、头颅 CT、心脏彩超等检查后未见明显异常。经反复追问病史,家属诉患者平素体健,活动无受限,但因慢性支气管炎长期痰多,自行服用复方甘草片 9 年余,并逐渐加量,近 5 年来每日剂量达 100