

性肠炎的发病季节相一致,并且在患儿的脑脊液、血液、咽拭子和粪便中检测到了轮状病毒基因组和抗轮状病毒 IgG 抗体,因此认为可能是轮状病毒感染所致的轻微脑炎。赖宏^[1]认为本病是婴幼儿在急性胃肠炎、菌血症或病毒血症的状态下,惊厥阈降低而出现的与状态相关的发作。

婴幼儿轮状病毒性肠炎合并良性惊厥多数不需特殊治疗,恢复时间从几天至一个月不等,一般预后较好,无明显后遗症,但也有少数发生后遗症和死亡的病例报道^[5]。我科收治的 14 例均在 10 天内治愈出院,病情恢复快,无明显后遗症,惊厥停止后未行抗癫痫治疗,随访中尚未发现有复发惊厥病例。推测轮状病毒经病毒血症侵犯入脑,其损伤过程可能

多为一过性。轮状病毒在中枢神经系统的发病机制以及对中枢神经损伤的病理改变尚不完全清楚,仍有待进一步研究。

[参 考 文 献]

- [1] 赖 宏. 轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥 8 例临床分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2005, 20 (2): 96-98.
- [2] 许东宝, 陈寿伟. 轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥 14 例临床分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 24(1): 54-55.
- [3] 顾亚明. 轮状病毒肠炎与肠外脏器损害因素探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2006, 10(2): 95-96.
- [4] 吴家骅, 刘 寅, 曹丽华, 等. 轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥临床研究[J]. 中国实用儿科杂志, 2002, 17(4): 216-218.
- [5] 李 宁. 轮状病毒的肠道外感染[J]. 国外医学·儿科学分册, 1999, 26(5): 253-256.

[文章编号] 1000-2200(2008)02-0202-02

· 临床医学 ·

坏疽性脓皮病 2 例及文献复习

谢长好, 陈琳洁, 王 涛, 李志军

[关键词] 脓皮病; 坏疽; 皮肤溃疡

[中国图书资料分类法分类号] R 753.7

[文献标识码] B

坏疽性脓皮病(pyoderma gangrenosum, PG)是一种病因不明的、以皮肤破坏性溃疡为特征的反应性炎症性皮肤病,多见于成年人,常并发系统性疾病。临床少见,其发病率在我国无确切数字报道,现报道 2 例。

1 临床资料

1.1 一般资料 例 1: 女, 42 岁。因“四肢皮肤多发性溃疡 7 个月”于 2004 年 11 月 17 日入我科。患者于 2004 年 4 月在蚊虫叮咬后右胫前皮肤出现脓疱, 无发热, 脓疱持续扩大, 直径约 5~6 cm, 并有疼痛。在外院查多种抗体均阴性, 给予某种外用药物治疗, 溃疡逐渐缩小至约 2 cm。2004 年 10 月, 患者上述溃疡逐渐增大, 并有双足背第一跖趾关节处皮肤、双手多处近端指间关节伸侧皮肤、双肘关节屈侧皮肤出现脓疱, 并部分逐渐溃破成溃疡。患者逐渐出现发热, 体温最高 39~40℃, 并有溃疡剧烈疼痛。入我科查体: 右小腿有长约 20 cm、围绕小腿一周的溃疡, 溃疡深达肌层, 底部有脓血性分泌物, 溃疡边缘清楚, 并隆起呈潜行性, 边缘部位皮肤青紫色, 周围为潮红区, 双手第一、三近端指间关节伸侧皮肤有直径约 4 cm 的椭圆形脓疱, 双肘关节屈侧皮肤出现直径约 2 cm 的椭圆形脓疱, 部分溃破, 双足背第一跖趾关节处皮肤有直径约 4 cm 溃疡。血常规: WBC $20.6 \times 10^9/L$, Hb 82 g/L, BPC $464 \times 10^9/L$, 尿常规: 蛋白(+); 肝功能: 白蛋白 22.4 g/L, 球蛋白(GLB) 28.4 g/L; 肾功能正常; 血沉(ESR) 91 mm/h; 乙肝五项(-), 丙肝抗体(-), 抗 HIV(-), 梅毒螺旋体

抗体(-), 抗核抗体(ANA)(-), 抗 dsDNA(-), ANA 谱(印迹法包括 anti-nucleosomes、anti-SSB/La、anti-histones、anti-Sc170、anti-smD1、anti-centromere、anti-U1snRNP、anti-Jo1、anti-SSA/Ro52、anti-PO、anti-SSA/Ro60)(-), 抗中性粒细胞抗体(ANCA)(-), 结核菌素试验(PPD)(-), 胸片(-), 溃疡分泌物培养(-)、找真菌(-), 骨髓普通细菌及 L 型培养(-)。溃疡边缘活检: 真皮内以中性粒细胞为主的混合性炎性细胞浸润。

例 2: 男, 23 岁。因“下肢复发性溃疡 4 年”, 于 2006 年 11 月 9 日入院。患者于 2002 年 6 月被摩托车尾气灼伤右下肢胫前皮肤, 烧伤面积 5 cm × 4 cm, 当地医院给予植皮, 术后伤口愈合出院。2003 年 10 月无明显诱因在双下肢踝关节上方出现丘疹, 初起皮肤痒痛, 后皮肤逐渐软化, 皮下有渗液伴有异味, 随后破溃成溃疡, 溃疡进展迅速, 直径最大 6 cm 左右。在外院给予抗生素、糖皮质激素应用及局部换药后 1 个月好转出院。其后每年发作 2~3 次, 溃疡面位于胫前, 给予抗生素、局部换药均可好转, 如加用激素可加快愈合速度。2006 年 9 月底溃疡再次发作, 双下肢小腿伸面各可见一直径约 4 cm 溃疡, 溃疡边缘不整齐, 轻度红肿。溃疡面有少许坏死物和脓液渗出, 触痛明显。血常规: WBC $8.91 \times 10^9/L$, RBC $4.1 \times 10^{12}/L$, Hb 114 g/L, BPC $234 \times 10^9/L$, 尿常规、生化常规均无异常, ESR 25 mm/h, 乙肝五项(-), 丙肝抗体(-), 抗 HIV(-), 梅毒螺旋体抗体(-), ANA、抗 dsDNA、ANCA 均为阴性, ANA 谱分析(-), 免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 及补体 C3、C4 正常, ASO、RF 均为阴性, 肌酶谱检查无异常。溃疡边缘活检: 真皮内以中性粒细胞为主的混合性炎性

[收稿日期] 2007-03-01

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 风湿免疫科, 安徽蚌埠 233004

[作者简介] 谢长好(1972-), 男, 主治医师。

细胞浸润,血管周围淋巴细胞浸润。

1.2 治疗方法 本文2例,根据临床表现、实验室检查及病理,排除其它疾病后诊断为坏疽性脓皮病。给予局部冲洗、换药,以及甲泼尼龙80 mg/d,第1例考虑有继发感染,同时加用抗生素,患者当天疼痛明显减轻,2~3天后体温正常,1周后改为泼尼松 $1\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$,以后逐渐减量,1年后皮肤溃疡愈合,留下筛状瘢痕。第2例经治疗6个月后,皮肤溃疡已明显缩小。

2 讨论

PG是由Burnsting等^[1]于1930年首先报道,可发生在任何年龄,以20~50岁最多见,女性更常见^[2,3]。儿童和青少年仅占PG的4%,老年人偶有报道^[4]。其病因不明,创伤和外伤史在其发病的诱因中占不可忽视的比例,约25%~50%的PG患者在皮损区出现病理性反应^[5]。第1例患者有蚊虫叮咬史,第2例患者有灼伤和手术史,可能是PG的诱因。PG的发病机制尚未明了,早期非溃疡性皮损一般为无菌性,且单用抗生素治疗无效。目前认为本病可能属于免疫介导性疾病,患者有细胞免疫损伤和中性粒细胞功能障碍^[6]。

PG的皮损可发生于任何部位,最常见的是下肢,以胫前最易受累;该病的早期皮损表现为无菌性丘疹、水疱、脓疱或结节,周围皮肤潮红发硬,皮损中央部出现坏死,边缘不断向四周扩大,而形成溃疡。充分发展的溃疡边缘清楚、不整齐,边缘隆起呈潜行性,溃疡边缘部位皮肤青紫色,基底有脓性分泌物。溃疡深浅不一,深者可露出肌肉,甚至骨骼;溃疡形态不定,有圆形、卵圆形,大小不等。溃疡在早期和进展期疼痛和触痛十分明显,与皮损大小不成比例^[6,7]。本文2例,第1例以脓疱起病,然后溃疡逐渐扩大,大的溃疡长约20 cm,围绕小腿一周的溃疡,溃疡深达肌层,第2例以丘疹起病,直径约4 cm。

约半数PG可合并系统性疾病,其中常见的为炎症性肠病、关节炎以及血液系统肿瘤^[5]。约30%PG患者有炎症性肠病,约2%炎症性肠病患者出现PG;偶尔,皮肤病变在炎症性肠病之前出现^[8]。约25%的PG患者有关节炎,大多为类风湿因子阴性的类风湿关节炎,关节炎活动程度与PG不相关。与PG相关的血液系统肿瘤中,最常见的是白血病,通常为急性髓细胞性白血病^[10]。我们报道的此2例患者未发现合并有系统性疾病。

PG无特征性的实验室检查,但应做必要的检查以确定有无PG合并的系统性疾病,并排除与PG相似的疾病。PG的皮损组织病理学特点无特异性,主要表现为以中性粒细胞为主的混合性炎症细胞浸润^[7]。本文2例PG的皮损溃疡活检病理学特点均符合上述特点。PG诊断的原则是根据皮损特点,同时排除各种与PG皮损相似的皮肤疾病。

PG的治疗包括局部治疗和系统治疗。局部治疗的目的是缓解疼痛、预防或治疗继发性细菌感染。局部治疗方法有多种,包括每天用无菌盐水冲洗或湿敷、激素皮损内注射、外用色甘酸钠溶液以及环孢素皮损内注射等^[10]。在PG的系统性治疗中,糖皮质激素是最有效的,可作为首选。通常初始剂量给予高剂量的糖皮质激素,相当于泼尼松60~

120 mg/d^[12],无效则迅速加量,不宜采用小剂量逐渐加量法。PG对糖皮质激素的治疗常反应迅速,全身症状如发热可在1~2天内消失。疾病控制后,可缓慢减量,若减量过快,容易引起疾病复发。如果常规剂量糖皮质激素无效,患者条件许可,可考虑用甲泼尼龙1 000 mg/d冲击治疗,连用3~5天^[11,12]。免疫抑制剂一般是作为系统应用皮质激素的辅助措施或用于对糖皮质激素副作用不能耐受者,常用的免疫抑制剂有环孢素A、环磷酰胺等,其中环孢素A是最常选择的免疫抑制剂,通常剂量为3~5 mg·kg⁻¹·d⁻¹^[13]。本文2例,均给予盐水冲洗及激素治疗,很快控制症状,未用免疫抑制剂。最近,有报道用抗肿瘤坏死因子 α 制剂如英夫利昔单抗、依那西普来治疗PG,并取得较好疗效^[14,15]。

[参考文献]

- [1] Burnsting LA, Goeckman WH, O'Leary PA. Pyoderma (ecthyma) gangrenosum: Clinical and experimental observations in five case occurring in adults[J]. *Arch Dermatol*, 1930, (22): 655-690.
- [2] von den Driesch P. Pyoderma gangrenosum: A report of 44 cases with follow-up[J]. *Br J Dermatol*, 1997, 137(6): 1 000-1 005.
- [3] Graham JA, Hansen KK, Rabinowitz LG, et al. Pyoderma gangrenosum in infants and children[J]. *Pediatr Dermatol*, 1994, 11(1): 10-17.
- [4] Dick DC, Mackie RM, Patrick WJ, et al. Pyoderma gangrenosum in infancy[J]. *Acta Derm Venereol*, 1982, 62(4): 348-350.
- [5] Bennett ML, Jackson JM, Jorizzo JL, et al. Pyoderma gangrenosum. A comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. Case review of 86 patients from 2 institutions[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2000, 79(1): 37-46.
- [6] Su WP, Davis MD, Weenig RH, et al. Pyoderma gangrenosum: clinicopathologic correlation and proposed diagnostic criteria[J]. *Int J Dermatol*, 2004, 43(11): 790-800.
- [7] Boh EE. Painful non-healing leg ulcers[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2004, 51(5): 847-849.
- [8] Callen JP. Pyoderma gangrenosum [J]. *Lancet*, 1998, 351(9 102): 581-585.
- [9] Duguid CM, Powell FC. Pyoderma gangrenosum[J]. *Clin Dermatol*, 1993, 11(1): 129-133.
- [10] 赵敬军,刘维达.坏疽性脓皮病治疗的现状[J].中国麻风皮肤病杂志,2000,16(2):110-112.
- [11] Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, et al. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: An evidence-based review of the literature based on more than 350 patients[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2005, 53(2): 273-283.
- [12] Johnson RB, Lazarus GS. Pulse therapy. Therapeutic efficacy in the treatment of pyoderma gangrenosum[J]. *Arch Dermatol*, 1982, 118(2): 76-84.
- [13] Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum[J]. *BMJ*, 2006, 333(7 560): 181-184.
- [14] Regueiro M, Valentine J, Plevy S, et al. Infliximab for treatment of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease [J]. *Am J Gastroenterol*, 2003, 98(8): 1 821-1 826.
- [15] McGowan JW 4th, Johnson CA, Lynn A. Treatment of pyoderma gangrenosum with [J]. *J Drugs Dermatol*, 2004, 3(4): 441-444.