

· 病例报告 ·

手足口病并发多形红斑一例

张玉凤 符佳 徐鹏飞 刘瑞清 王军 邓慧玲

【摘要】目的 分析临床收治的手足口病合并多形红斑的病例, 为临床诊疗提供依据。**方法** 回顾性分析1例手足口病合并多形红斑患儿的临床资料、诊疗经过和预后。**结果** 经抗病毒、抗过敏、局部抗炎等治疗5 d后患儿皮疹消退出院, 无后遗症。**结论** 肠道病毒感染出现典型手足口病皮疹的同时可以并发多形红斑, 对不典型皮疹应引起临床医生重视。

【关键词】 手足口病; 多形红斑; 肠道病毒

A case of hand, foot and mouth disease complicated with erythema polyformis Zhang Yufeng, Fu Jia, Xu Pengfei, Liu Ruiqing, Wang Jun, Deng Huiling. The 2nd Department of Infectious Diseases, Xi'an Children's Hospital, Xi'an 710003, China

Corresponding author: Deng Huiling, Email: denghuiling70@126.com

【Abstract】Objective To investigate a case with hand, foot and mouth disease (HFMD) with polymorphic erythema and to provide evidence for the clinical diagnosis. **Methods** The clinical data, diagnosis and treatment, and prognosis of the case of HFMD complicated with polymorphic erythema were analyzed, retrospectively. **Results** After 5 days of antiviral, anti-allergic and local anti-inflammatory treatment, the rash disappeared and the case discharged without sequelae. **Conclusions** Typical rash of HFMD could be accompanied by polymorphic erythema when enterovirus infection occurs, and clinical doctors should pay attention to atypical rash.

【Key words】 Hand, foot and mouth disease (HFMD); Erythema polyformis; Intestinal virus

单纯疱疹病毒、细菌、真菌以及支原体等感染均可以诱发多形红斑, 但肠道病毒感染诱发多形红斑较为罕见。本文对2017年就诊于西安市儿童医院的1例手足口病合并多形红斑患儿的诊治经过报道如下, 旨在引起临床医生对不典型皮疹诊治的重视。

一、病例资料

1. 一般资料: 患儿, 男, 1岁4月, 以“皮疹3 d”代诉入院。患儿3 d前出现皮疹, 始于臀部, 为米粒大小的红色斑丘疹, 之后皮疹逐渐蔓延至颜面、四肢及手足, 口腔可见疱疹, 无发热、咳嗽, 无呕吐, 无易惊、肢体抖动, 本院门诊给予“苯扎氯铵溶液、湿痒气雾剂、夫西地酸乳膏”外用治疗2 d, 皮疹无减轻, 进一步查肠道病毒通用型核酸检测结果为阳性, 遂以“手足口病(hand, foot and mouth disease, HFMD)”收治。该患儿近期有手足口病接触史, 无用药史, 无食物、药物过敏史。

2. 入院查体: 体温: 37.6℃, 呼吸: 26次/min, 脉搏: 110次/min, 血压: 85/50 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。神志清楚, 精神可, 面色红润, 眼睑无充血红肿, 手、足及臀部可见较多红色的斑丘疹及疱疹, 颜面、耳廓、四肢多处散在对称分布大小不等红斑, 部分红斑中央可见水疱, 有痒感, 伴手足肿胀。浅表淋巴结无肿大。口唇红润, 口腔黏膜可见一枚疱疹, 麻疹黏膜斑(一), 咽部无充血, 心、肺查体无异常, 腹平软, 无压痛, 肝脾肋下未及。神经系统查体未见异常。

3. 实验室指标检查: 白细胞: $11.09 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率为61%, 淋巴细胞比率为32%, 单核细胞比率为5.1%, 嗜酸性粒细胞比率为4.1%, 红细胞: $4.89 \times 10^{12}/L$, 血小板 $441 \times 10^9/L$ 。超敏C反应蛋白 $< 5 \text{ mg/L}$; 未见异型淋巴细胞; EB病毒抗体系列均阴性; 肠道病毒通用型核酸检测阳性(本院检测报告); 肠道病毒通用型核酸检测阳性(西安市疾控中心检测报告), 进一步分型为非肠道病毒71 (enterovirus 71, EV71)、柯萨奇病毒A16 (Coxsackievirus A16, CoxA16)、柯萨奇病毒A6 (Coxsackievirus A6, CoxA6)的其他肠道病毒; 结核分枝杆菌抗-LAM、16 KD抗体及38 KD抗体3项指标均阴性; 体

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2018.05.019

基金项目: 西安市科学技术局医疗卫生研究项目 (No. 2016052SF/YX08); 陕西省科技统筹创新工程计划项目 (重点产业创新链) (No. 2016KTZDSF02-04)

作者单位: 710003 西安市, 西安市儿童医院感染二科

通信作者: 邓慧玲, Email: denghuiling70@126.com

液免疫3项指标: IgG、IgM、IgA水平大致正常; 总IgE: 258.00 IU/ml; 单纯疱疹病毒IgM抗体阴性; 肝肾功能以及心肌酶水平均正常。

4. 诊疗经过: 入院后诊断为手足口病, 过敏性皮疹? 予干扰素雾化, 维生素C对症、氨基酸支持及补液等综合对症治疗。入院后口腔疱疹渐愈合, 无新增皮疹, 部分原有皮疹中央颜色变黑, 可见瘀斑(见图1), 周围颜色变淡, 可见靶形红斑, 部分红斑中央可见水泡(见图2), 无发热。皮肤科会诊后考虑多形红斑(斑疹-丘疹型)。

修正诊断: ①手足口病(普通型), ②多形红斑(斑疹-丘疹型)。继续干扰素抗病毒, 补液对症, 并给予丁酸氢化可的松软膏和夫西地酸软膏涂抹皮疹处, 盐酸西替利嗪滴剂口服抗过敏。经治疗3 d后原有皮疹颜色逐渐变淡, 部分消退, 疱疹干燥结痂, 双足肿胀较前减轻。治疗5 d后原有皮疹明显消退, 局部皮肤无红肿, 手足肿胀消失, 无表皮溃剥脱, 临床治愈出院。

5. 随访: 患儿出院后定期复诊, 原有皮疹完全消退, 无色素沉着, 2个月内未再发皮疹。



注: 患儿皮疹中央颜色变黑, 可见瘀斑

图1 患儿肘部皮疹



注: 患儿红斑周围颜色变淡, 可见靶形红斑, 部分红斑中央可见水泡

图2 患儿下肢皮疹

讨论 本例患儿年龄小, 为手足口病好发年龄, 病前有手足口病接触史, 病程中手足、臀部可见典型手足口病样皮疹, 口腔有疱疹, 本院查肠道病毒通用型核酸及西安市疾控中心肠道病毒通用型核酸检测均为阳性, 故诊断手足口病成立。该患儿入院时颜面、耳廓、四肢多处散在分布大小不等红斑, 对称性分布, 部分红斑中央可见水泡, 有痒感, 伴手足肿胀, 病程中可见典型靶形红斑, 结合皮肤科会诊意见, 诊断多形红斑成立。

多形红斑是由多原因诱发的变态反应性皮肤病, 有自限性, 多为急性起病。皮疹可在原发病当天或者数天内出现。皮疹好发于手足背, 前臂及小腿等部位, 皮疹具有多形性, 可表现为红斑、丘疹、风团及水泡等, 特征性的皮肤损伤为靶形损伤即表现为虹膜状的皮疹, 伴有不同程度的黏膜受损, 少数可有内脏的损害。由于病变处的组织内有较多的渗出液, 故该病又名多形渗出性红斑或者渗出性多形红斑^[1]。本病病因可为感染(主要为单纯疱疹病毒^[2]、细菌^[3]、真菌、原虫支原体等感染), 药物(磺胺药、水杨酸类^[4], 抗菌药物尤其是青霉素^[5-6]、红霉素、头孢类^[7], 抗惊厥药物^[8], 抗精神药物^[9], 抗结核药^[10]), 食物(如腐败食品鱼虾等), 物理因素(如寒冷、气候变化和X线照射等), 某些疾病(风湿^[11]、自身免疫病^[12])等。儿童多形红斑常有明确诱因, 继发于手足口病少见^[13-14]。Laga等^[15]报道了3例CoxA6感染导致具有多形性红斑的手足口病患儿, 而在本研究中肠道病毒经进一步分型后明确为非EV71、CoxA16、CoxA6的其他肠道病毒, 提示除CoxA6可引起多形性红斑外, 非CoxA6的其他肠道病毒也可以引起多形性红斑, 目前尚无报道。

多形性红斑的治疗应针对病因进行。对皮损、黏膜病变局部止痒、止痛、抗炎、抗感染治疗, 同时可口服多种维生素及抗组胺药, 重症者应注意补充水分和营养。对重症型病例应早期、短程、系统的使用糖皮质激素可以及时有效的控制病情, 减轻症状。重症型病例可酌情使用免疫球蛋白^[16]。该患儿针对手足口病进行抗病毒治疗, 同时口服盐酸西替利嗪滴剂抗过敏, 丁酸氢化可的松软膏局部抗炎, 夫西地酸软膏局部抗感染治疗后皮疹消退出院。

本例患儿肠道病毒感染后出现多形性红斑, 手足肿胀, 考虑可能是由于肠道病毒感染后机体出现了由免疫复合物介导的血管炎性反应, 导致血管壁的通透性增高, 形成以充血水肿主要临床特征的病理性免疫应答。该病例提示肠道病毒感染后除出现手足口病的典型临床表现, 还可激发机体的变态反应。故接诊医生应该拓展诊疗思路, 详细询问病史, 提高对疾病的诊断和鉴别能力, 避免误诊、误治。

参考文献

[1] 赵辨主编. 临床皮肤病学[M]. 3版. 南京: 江苏科技出版

- 社,2001:750.
- [2] 楼小航, 刘继峰, 吴纪龙, 等. 重症多形红斑与中毒性表皮坏死松解症患者的感染分析[J]. 中华医院感染学杂志,2016,26(10):2281-2283.
- [3] 郭晓艳, 刘小静. 以多型红斑为首发症状的布鲁杆菌病[J]. 临床误诊误治,2014,29(9):48-49.
- [4] 王希香. 复发性重症多形红斑型药疹36例临床分析[J]. 中国实用医药,2016,11(24):172-173.
- [5] 张文竹, 张媛媛, 赵艳. 哌拉西林钠他唑巴坦钠致小儿渗出性多形红斑型药疹[J]. 药物不良反应杂志,2016,18(2):137-138.
- [6] 张艳梅, 程玉媚. 青霉素过敏致多形红斑1例[J]. 人民军医,2015,58(5):548.
- [7] 吴羽琴, 高坚, 刘克洪. 头孢哌酮/舒巴坦钠致重症多形红斑型药疹的护理体会1例[J]. 医药前沿,2015,5(18):271-272.
- [8] 王奎鹏, 夏建华. 卡马西平致重症多形红斑型药疹报告分析[J]. 中国卫生标准管理,2015,6(31):113-114.
- [9] 方晓婷, 魏英. 奥氮平致多形红斑型药疹1例[J]. 神经损伤与功能重建,2016,11(2):190.
- [10] 关克磊, 丁艳霞, 王彦芳. 利福平致重症多形红斑型药疹1例[J]. 中国感染与化疗杂志,2016,16(3):383-384.
- [11] 赵久良, 张雨, 张舒, 等. 临床病例讨论第451例--间断皮疹, 发热, 头痛[J]. 中华内科杂志,2016,55(7):578-581.
- [12] 靳培英主编. 皮肤病药物治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社,2004:316.
- [13] Horsten HH, Kemp M, Fischer TK, et al. Atypical hand, foot, and mouth disease caused by Coxsackievirus A6 in denmark: a diagnostic mimic[J]. Acta Derm Venereol,2018,98(3):350-354.
- [14] Miller PK, Zain-Ul-Abideen M, Paul J, et al. A case of eczema coxsackium with erythema multiforme-like histopathology in a 14-year-old boy with chronic graft-versus-host disease[J]. JAAD Case Rep,2017,3(1):49-52.
- [15] Laga A C, Shroba S M, Hanna J. Atypical hand, foot and mouth disease in adults associated with Coxsackievirus A6: a clinico-pathologic study[J]. J Cutan Pathol,2016,43(11):940-945.
- [16] 马雁南. 419例住院药疹患者回顾性临床分析[D]. 大连医科大学,2017:1-38.

(收稿日期: 2018-02-27)

(本文编辑: 孙荣华)

张玉凤, 符佳, 徐鹏飞, 等. 手足口病并发多形红斑一例[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2018,12(5):518-520.