

面部不典型复发性带状疱疹误诊为丹毒一例

唐苏为,汪青良,宋 勋,谢韶琼

(上海市皮肤病医院,上海 200443)

【关键词】 带状疱疹;丹毒;不典型带状疱疹;误诊

【中图分类号】 R752.1*2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2015)05-0767-02

典型带状疱疹表现为沿周围神经呈带状分布呈群集状疱疹,复发性带状疱疹患者多发生于老年人,发病时无典型的皮损症状,易被误诊。本个例报道患者,面部复发性带状疱疹无典型皮损表现,同时伴有发热,因故误诊为丹毒治疗。特此报道以资同行提高警惕认识。

1 病例简介

患者,女,82岁。因“发热4 d,右面部发疹伴疼痛3 d”入院。患者2013年8月4日起无明显诱因下出现发热,体温38℃,伴全身关节酸痛、头痛,无鼻塞、流涕、咳嗽等感冒症状。患者次日发热至39.7℃,右面部发疹,为水肿性红斑,境界较清,伴疼痛,抗拒触碰,肿胀感及灼热感强烈。患者至当地医院就诊,考虑“丹毒”,给予头孢西丁静滴抗感染治疗2 d后体温退至38℃,皮疹未见明显好转,且皮疹范围有所扩大,边界欠清。患者遂于2013年8月8日于我院门诊就诊,询问病史,发病前无皮肤黏膜破损,无刺激物接触史。患者此次发病前4个月曾患“左面部带状疱疹”,当时皮疹以红斑及簇状小水疱为主,伴疼痛,口服抗病毒、营养神经等药物,外用炉甘石洗剂10 d后痊愈。否认药物食物过敏史。体格检查:神清,精神可,右耳前淋巴结稍肿大,心肺腹无殊。皮肤科检查:右面部及耳前可见鲜红色水肿性斑片,边界欠清,其上可见数个散在丘疹,无溃破,无渗液,无结痂(见图1),皮温升高,触痛(+)。舌质红,苔黄,脉弦数。实验室检查,(8月6日于当地医院)血常规:白细胞 $8.72 \times 10^9/L$,中性粒细胞70.9%↑,淋巴细胞24.4%,C反应蛋白(CRP)23.0 mg/L↑。(8月9日于我院)血常规:白细胞 $5.91 \times 10^9/L$,中性粒细胞43.9%↓,淋巴细胞46.5%,CRP 22.0 mg/L↑。红细胞沉降率31.00 mm/h↑。肝肾功能基本正常。入院西医诊断为带状疱疹,中医诊断为蛇串疮。入院后予伐昔洛韦口服抗病毒,腺苷钴胺肌注营养神经,丹参注射液静滴凉血活血,炉甘石洗剂外涂等治疗7 d后,患者皮疹基本消退,疼痛感明显减轻。痊愈出院。嘱患者出院后继续口服维生素B₁营养神经及血府逐瘀

口服液理气活血通络两周。患者出院后回访6个月无反复。



图1 患者右面部及耳前可见鲜红色水肿性斑片,边界欠清,其上可见数个散在丘疹,无溃破,无渗液,无结痂,皮温升高,触痛(+).

2 讨论

带状疱疹是由水痘-带状疱疹感染引起的急性疱疹性皮肤病,本病常突然发生,表现为成群的密集性小水疱,延一侧周围神经作带状分布,长伴有神经痛和局部淋巴结肿痛,预后极少复发,祖国医学称为“蛇串疮”、“蛇丹”^[1]。

典型带状疱疹表现为急性炎性皮肤损害,呈群集状疱疹沿体表一侧的周围神经呈带状分布。不典型带状疱疹有4种:(1)顿挫型:不出现皮损仅有神经痛;(2)不全型:仅出现红斑或丘疹而不发生水疱即消退;(3)泛发型:同时累及1~2个神经节产生对侧或同侧多个区域皮损;(4)播散型:病毒经血液播散传播,产生广泛性水痘样疹并侵犯脑和肺等器官。

复发性带状疱疹病人多发生于老年人,老年人多伴有内科疾病,全身免疫水平也有下降。老年患者发病时症状较为不典型,可有表现为高热及无典型的皮损症状,易被误诊^[2],此类发热且无典型皮损症状的患者容易在临床上被误诊为细菌感染的病例,此类患者应用抗生素治疗后皮损症状多会逐渐显现出不典型带状疱疹的皮损表现。此个例患者面部复发性带状疱疹无典型皮损表现有红斑、丘疹这样不全型的表现,并伴高热,易误诊为丹毒。因此,不能单纯的以发热、血象白细胞水平来简单排除老年人复发性不典型带

ICD 植入前后反复心室电风暴一例

赵旭¹,李波²,冯怡²,刘杰¹

(湖北医药学院附属人民医院ICU¹、心血管内科²,湖北 十堰 442000)

【关键词】 心室;电风暴;埋藏式心律转复除颤器(ICD)

【中图分类号】 R541.7 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003—6350(2015)05—0768—02

电风暴又称交感风暴、室速风暴、ICD 风暴、儿茶酚胺风暴^[1]。2006 年“室性心律失常的诊疗和心源性猝死预防指南”首次对“电风暴(ES)”明确定义为 24 h 内自发 2 次或 2 次以上的伴血流动力学不稳定的室速和或室颤,通常需要电转复和电除颤紧急治疗的临床症候群^[2]。随着埋藏式心律转复除颤器(ICD) 的出现,ES 现在定义为 24 h 内 3 次以上室速/室颤不同事件的发生,需要除颤器的干预(抗心动过速起搏或电击)^[3-4]。

1 病例简介

患者,男,51 岁,因“发作性胸痛半年,再发伴意识丧失 1 次”于 2013 年 5 月 27 日入院。既往有慢性浅表性胃炎、胃溃疡病史,有“糖尿病”病史 13 年,目前使用诺和灵 30R 早 26 U、晚 22 U 皮下注射,血糖控制欠佳。入院查体:血压(BP)130/90 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),神志清楚,双肺呼吸音清晰,未闻及明显干湿性啰音,心率 74 次/min,可闻及早搏,心音有力,未闻及明显病理性杂音,腹软,剑突下深压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及,肝颈静脉回流征阴性,双肾区无叩击痛,双下肢无水肿。门诊资料:2013 年 5 月 26 日于当地医院心电图示:窦性心律,频发室性早搏。2013 年 5 月 28 日我院心脏彩超示:升主动脉增宽,左房扩大[主动脉内径(AO)升部 35 mm, AO 窦部 38 mm,左房内径(LA)前后 38 mm,舒张末期内径(LVd)前后 51 mm,右房内径(RA)35 mm,左右心室内

径(RV) 35 mm,室间隔厚度(IVS) 11 mm,左室后壁厚度(LVPW) 11 mm,左室射血分数(LVEF) 60%,缩短分数(FS) 30%,E 峰与 A 峰比值(E/A)>1]。胸部 CT 示:右肺中叶索条影。血常规示:白细胞(WBC) 12.13 g/L,中性粒细胞(N) 77.5%,血小板(PLT) 364 g/L。动态心电图(Holter)示:窦性心律,偶发房性早搏(单发 9 次),频发室性早搏(单发 813 次),ST-T 改变,心率变异性(HRV)三角指数降低。动态血压监测(ABPM)示:白天平均血压 136/93 mmHg,晚上平均血压 136/92 mmHg,全天平均血压 134/96 mmHg,全天共有 16 次收缩压高于正常,最高 163 mmHg,全天舒张压共有 28 次高于正常,最高达 120 mmHg,大部分时间段高于正常。

入院后给予抗心律失常、营养心肌(葛根素注射液、极化液)、降脂(立普妥)、抗聚(拜阿司匹林)、降糖(诺和灵 30R)、抑酸护胃促胃肠动力(泮托拉唑、铝镁加、莫沙必利)、降压(洛丁新、氨氯地平)等对症支持治疗。急查肌钙蛋白、脑钠肽、肾功能、电解质、凝血功能未见明显异常。患者于 2013 年 5 月 27 日临晨 3:50 左右出现胸部不适,急查心电图提示室性心动过速,心室率 240 次/min 左右,血压维持在 130~140 mmHg,患者精神状态差,有小便失禁,立即予以可达龙 75 mg 静推后,行 200J 双向波同步电复律,未能成功转复,再次予以 200J 双向波同步电复律后,转为窦性心律,复查心电图可见有频发的室早,同时给予果糖静滴营养心

通讯作者:刘杰。E-mail:28799898@qq.com

状疱疹的诊断可能。考虑到老年人免疫水平的特殊性,应更密切关注病情变化、皮损变化,做出准确的判断。

中医认为本病由于情志内伤,肝气郁结,久而化火,肝经火毒蕴积,夹风邪上窜头面而发;或夹湿邪下注,发于阴部及下肢;火毒炽盛者多发于躯干。年老体弱者,常因湿热毒蕴,血虚肝旺,致经络阻塞不通,气血凝滞,以致疼痛剧烈,病程迁延。本病初期以湿热火毒为主,后期是正虚血瘀夹湿为患。此患者经过

初期的西药抗病毒结合中医清热解毒、活血治疗,病情好转,皮损减轻,疼痛基本消失。出院后继续就血瘀征象给予血府逐瘀口服液理气活血通络两周,患者随访病情平稳。

参考文献

- [1] 王使生,廖康煌,杨国亮皮肤病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,2005:299.
- [2] 蔺苏琴.首发症状变异的老年带状疱疹 5 例[J].中国老年学杂志,2013,33(8):1955-1956.

(收稿日期:2014-09-12)