

短篇报道

儿童色素性荨麻疹1例

丁晨,张佳丽,王以可,李保强*

(承德医学院附属医院皮肤性病科,河北承德 067000)

关键词: 儿童;肥大细胞增生症;色素性荨麻疹

中图分类号: R 758.24

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2024)02-0158-02

患者男,15岁,躯干、四肢起红棕色斑疹13年。13年前无明显诱因躯干、四肢起斑疹、斑丘疹伴瘙痒,发病以来,无发热、腹痛、腹泻、关节痛等不适,未予正规治疗。既往体健,家族中无类似疾病患者。体格检查:一般情况良好,系统检查未见异常。皮肤科检查:躯干、四肢弥散分布多发的圆形、椭圆形棕色斑疹、斑丘疹及散在色素沉着斑,结痂,Darier征阳性。实验室检查:血常规、凝血五项、感染四项均无异常。组织病理检查:真皮浅层血管周围肥大细胞的浸润。甲苯胺蓝染色(+)。诊断:色素性荨麻疹。予以玉屏风颗粒5g日3次口服,地氯雷他定干混悬剂2.5mg日1次口服及富马酸酮替芬片1mg日1次口服,治疗1周后瘙痒较前减轻,继续用药治疗1个月,电话随访皮疹颜色较前变暗,无新发皮疹。

讨论 色素性荨麻疹(urticaria pigmentosa, UP)又称斑丘疹型皮肤肥大细胞增生病,是肥大细胞增生病最常见一种类型。该病好发于儿童,94%的患者在2岁以前发病^[1]。UP的发病机制可能与c-kit基因的点突变有关,但也有很多儿童不表达c-kit的突变^[2]。UP皮疹表现为红棕色的、圆形或椭圆形的斑疹、斑丘疹,还可出现大疱、斑块、结节等皮损形态,伴瘙痒、潮红等皮肤症状。UP患儿皮肤受累越广泛,血清类胰蛋白酶水平越高,皮肤症状越多,越易出现全身症状,如腹痛、腹泻、恶心、呕吐、骨痛、过敏反应等^[1]。摩擦皮肤或其他机械压力会诱发一种称为Darier征的荨麻疹反应,这是色素性荨麻疹的一种特异性诊断体征。有研究表明,嗜酸性细胞浸润可能参与了Darier征的荨麻疹反应^[3]。UP组织病理学表现为真皮血管周围肥大细胞浸润^[4]。UP皮损可累及全身,颜面和掌跖部位少见,但有报道一例51岁女性色素性荨麻疹的患者

皮疹仅位于手掌和足底^[5]。本病患儿有自愈倾向,成人多持续终生且合并系统受累,常见于骨髓、肝、脾、淋巴结也有受累,其内均可见很多肥大细胞浸润。色素性荨麻疹每年的治愈率为1.9%^[6]。治疗上,H1受体拮抗剂被认为是控制皮肤肥大细胞增多症患者症状的首选治疗选择,在抗组胺药疗效欠佳的情况下,奥马珠单抗被认为可作为一种替代治疗的选择,但这仍需要更多的研究^[7]。UP患儿的家长对患儿接种疫苗常抱有疑问,相关研究表明,常规疫苗接种和诱发症状之间可能存在关系,但它们是轻微的,建议患儿遵循计划免疫指南接种疫苗^[8]。

本例为青少年男性,幼年起病,皮疹主要表现为红棕色斑丘疹和色素沉着斑,病理表现为真皮浅层肥大细胞浸润,在治疗上,应用玉屏风颗粒调节人体免疫功能,富马酸酮替芬和地氯雷他定干混悬剂起稳定肥大细胞膜、抑制肥大细胞脱颗粒及拮抗H1受体的作用,从多个途径抑制炎症,患儿治疗效果较为显著。目前,针对色素性荨麻疹尚无根治的方法,对症处理、缓解症状、避免严重并发症的发生是该病的治疗原则。此外,UP皮损形态多样,当表现为斑疹、斑丘疹时应与玫瑰糠疹、副银屑病、雀斑等鉴别。Darier征阳性及组织病理学表现有助于临床医生鉴别诊断此病。

参考文献

- [1] Gurnee EA, Johansen ML, Phung TL, et al. Pediatric maculopapular cutaneous mastocytosis: Retrospective review of signs, symptoms, and associated conditions[J]. *Pediatr Dermatol*, 2021, 38(1): 159-163.
- [2] Demain JG, Carter MC. Urticaria Pigmentosa in a Child: Special Considerations for Vaccines, Dietary Concerns, and Other Mana-

* 通讯作者

- gement[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2021, 9(4): 1761-1762.
- [3] Maehara E, Kido-Nakahara M, Ito T, et al. Darier's sign in urticaria pigmentosa-significance of perivascular eosinophilic infiltration[J]. Allergol Int, 2018, 67(4): 532-534.
- [4] 王晓华, 林尔艺, 饶朗. 色素性荨麻疹13例临床分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2017, 31(3): 288-289, 314.
- [5] Sammut J, Mercieca L, Boffa MM, et al. Palmoplantar maculopapular cutaneous mastocytosis[J]. Int J Dermatol, 2019, 58(4): E79-E80.
- [6] Le M, Miedzybrodzki B, Olynych T, et al. Natural history and treatment of cutaneous and systemic mastocytosis[J]. Postgrad Med, 2017, 129(8): 896-901.
- [7] Tampouratzis L, Kanni T, Katsantonis J, et al. Maculopapular Cutaneous Mastocytosis Successfully Treated with Omalizumab[J]. Acta Dermatovenereol Croat, 2021, 291(1): 60-61.
- [8] Johansen ML, Lawley LP. Assessing vaccination reactions in pediatric patients with maculopapular cutaneous mastocytosis[J]. Pediatr Dermatol, 2021, 38(2): 502-503.
- (收稿日期: 2023-09-07)

嗜铬细胞瘤相关心跳骤停1例

黄 旭

(佛山市南海区公共卫生医院重症医学科, 广东佛山 528226)

关键词: 嗜铬细胞瘤; 心跳骤停; 儿茶酚胺

中图分类号: R 739.4

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2024)02-0159-03

嗜铬细胞瘤(pheochromocytoma, PCC)是罕见的分泌儿茶酚胺的神经内分泌肿瘤, 大多数(85%~90%) PCC位于肾上腺, 而其余10%~15%位于肾上腺外, 其临床表现主要因肿瘤不适当释放儿茶酚胺所致。儿茶酚胺是维持人体生理功能的重要神经递质, 但PCC持续或间断地释放过量的儿茶酚胺则可导致机体功能紊乱^[1,2]。

1 临床资料

患者男, 35岁, 因“气促伴呼吸心跳骤停1小时”经急诊心肺复苏成功入院。既往无特殊病史。入院查体: 体温36.8℃, 脉搏161次/分, 呼吸23次/分, 血压222/129 mmHg, 外周循环差, 双肺呼吸音粗, 闻及大量湿性啰音, 心界无扩大, 心率161次/分, 律齐。

第一阶段:

常规呼吸机参数难以维持, 予高压力支持, 呼气末正压压力支持后氧合好转, 纤支镜吸出大量白色泡沫痰。静推速尿减轻心肺负荷, 舒普深抗感染, 降血压, 氨溴索化痰, 碳酸氢钠纠正酸中毒, 亚低温脑复苏。完善相关检查。

第二阶段:

辅助检查: 呼吸道抗原快速三联检(合胞、腺病毒、

肺支)阴性; 流感筛查两项检验阴性; 白细胞 $15.82 \times 10^9/L$, 血清肌钙蛋白 I 0.11 ng/mL, 总胆固醇5.91 mmol/L, 甘油三酯1.79 mmol/L, 甘油三酯1.79 mmol/L, 血淀粉酶383.20 U/L, 钠149.40 mmol/L, 酸碱度7.389, 二氧化碳分压29.50 mmHg, 氧分压82.40 mmHg, D-二聚体56.66 $\mu g/mL$, 乳酸2.41 mmol/L, B型钠尿肽前体12343.09 pg/mL, 降钙素原100.00 ng/mL, B型钠尿肽前体(化学发光法)8043.74 pg/mL, 肌酐866.3 $\mu mol/L$, 尿素氮25.63 mmol/L, 白蛋白30.7 g/L, 谷丙转氨酶1482.60 U/L。

患者心衰、ARDS症状较前改善, 出现肢体躁动, 肝肾功能、凝血功能、感染指标异常, 出现腹泻, 解绿色水样便, 无尿, 未排除中毒。追问病史, 家属诉患者近期有熬夜, 三餐均与家属共同进食, 无服用特殊药物及毒物。给予CVVH模式CRRT、抗凝、镇静镇痛、抗感染等治疗。完善B超等相关检查。

第三阶段:

辅助检查: 白细胞 $11.84 \times 10^9/L$, B型钠尿肽前体1729.95 pg/mL, 降钙素原检测25.24 ng/mL, 白介素-6 129.18 pg/mL, 二氧化碳31.52 mmol/L, 肌酐336.0 $\mu mol/L$, 尿素氮8.83 mmol/L, 胱抑素C 3.66 mg/L, 葡萄糖7.18 mmol/L, 血清