

川崎病并发肺部病变2例报道

陶亚玲

(附院儿科)

川崎病又称为皮肤粘膜淋巴结综合征 (mucocutaneous lymph node syndrome 简称MCLS), 近年来国内报告较多, 但出现肺部病变的报道很少, 现将本院遇到的两例报告于后。

病例介绍

例1, 女, 2岁, 因发热5天臀部皮疹2天, 于87年12月18日入院。查体: 神志清晰, 体温39.5℃, 臀部皮肤见弥漫性粟粒样皮疹, 口唇红、干燥, 口腔及咽部粘膜弥漫性充血, 扁桃体Ⅱ°肿大, 充血, 心(-), 两肺呼吸音粗糙, 腹平软, 肝肋下2cm, 质软。实验室检查: 白细胞 $11.2 \times 10^9/L$, 中性72%, 淋巴28%, 血红蛋白116.8g/L, 血沉65mm/h。尿常规: 蛋白(±), 白细胞3~5/Hp, 血培养及大便培养均为阴性, 肝功正常, 心电图及二维超声心动检查无异常。胸片示: 两肺纹理增多, 右心膈角见斑片状致密影。入院后给予抗生素及解热镇痛药治疗, 高热不退, 病程第7天出现双眼球结膜明显充血, 无分泌物, 口唇干裂, 皮疹从臀延及会阴及四肢, 并出现双耳、双手指及双足背非凹陷性肿胀。病程第8天开始用地塞米松静脉滴注, 两天后热退, 皮疹渐退, 并出现臀部皮肤片状脱屑。病程第14天出现手足及指趾甲端片状脱屑。患儿共住院22天, 出院时复查血常规及血沉均恢复正常, 复查胸片, 斑片状阴影消失。病程第2周有腹泻5天, 第2~3周有咳嗽10天。

例2, 男, 7月。因间断发热伴皮疹, 咳嗽, 于1989年4月24日入院。查体: 神志清晰, 体温39℃, 躯干部皮肤见红色丘疹, 皮肤粗糙, 口腔粘膜及咽部稍充血, 心(-), 两肺呼吸音粗糙, 可闻及散在干罗音, 腹软, 肝肋下3cm, 质Ⅱ°, 脾未及,

实验室检查: 血常规: 白细胞 $28.4 \times 10^9/L$, 中性59%, 淋巴41%, 血色素106.8g/L, 血小板20.6万/mm³。尿常规: 蛋白(±), 镜检(-), 血C反应蛋白++++, 血沉45mm/h, 第一次血培养: 中间型葡萄球菌, 第二次血培养(-), 肝功正常, 蛋白电泳: 白蛋白51.8%, α_1 球蛋白3.9%, α_2 球蛋白7.1%, β 球蛋白22.7%, γ 球蛋白14.6%。胸片示两肺纹理增多, 增粗, 两中上肺野肺纹理密集, 沿肺纹理轻度渗出征象。心电图及超声心动检查无异常。入院后给予抗生素治疗, 体温在入院第6天降至正常, 但皮疹一直未退, 并出现颈部淋巴结肿大, 约 $2 \times 2 \text{cm}^2$, 腹部皮肤开始脱屑。考虑川崎病的诊断, 给予地塞米松静滴治疗。用激素3天后皮疹消退, 无色素沉着, 5~6天淋巴结缩小至花生米大小, 并出现指趾端甲沟周围片状脱屑全身皮肤由粗糙变光滑。住院23天, 痊愈出院。出院时复查血沉, C反应蛋白及蛋白电泳均恢复正常。

讨论

此病好发于婴幼儿, 病因至今不明, 大多认为与感染及变态反应有关, 病理改变为全身过敏性血管炎, 预后一般佳。但有些病例可在恢复期猝死, 多死于心血管损害。此病的诊断根据日本MCLS研究委员会制订的诊断标准。目前此病合并心血管病变的报道已较多, 而肺部受累的报道较少, 本文2例均有肺部受累, X片提示支气管肺炎改变, 例1肺部斑片状影在20天内吸收。川崎病的肺部受累推测可能是全身血管炎的一部分, 主要是小动脉、小静脉、微血管及周围发炎。但也不能排除病原微生物对肺脏的直接侵袭所致, 对此有待进一步探讨。

(1988年11月14日 收稿)