

## · 短篇论著 ·

## 急性泛发性发疹性脓疱病四例

荣在丽 赵兴云 魏春波 伦文辉

急性泛发性发疹性脓疱病(acute generalized anaphenatous pustulosis, AGEP)是一种较少见的红斑脓疱性、发疹性并具有自限性的皮肤病,通常由药物所致,近年来其发病率呈上升趋势,且易被误诊、误治,现报告4例病例如下。

## 一、临床资料

1. 病例1:患者,男,34岁,于2011年11月5日来本院就诊,发疹3 d,1周前因感冒发热口服阿司匹林后出现全身痒,因身起皮疹增多来诊。查体:一般情况尚可,系统检查未见异常;皮肤科查体:躯干、四肢见多数水肿性红斑,红斑基础上有1个或3~4个粟粒或稍大脓疱,轻痒。实验室检查:血常规:白细胞 $9.6 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比率为80%;肝肾功能正常,入院后停用解热镇痛类药物,静脉滴注维生素C 3 g/d和葡萄糖酸钙1 g/d;氯雷他定10 mg/d,口服;外用炉甘石洗剂。给予静脉点滴阿莫西林舒巴坦钠1.5 g/次,2次/d,抗炎治疗1 d,皮肤科会诊后停用。3 d后患者无新发皮疹,原有的皮疹呈暗红斑,脓疱开始干枯结痂。

2. 病例2:患者,女,65岁,主因肺部感染于2011年7月10日入院,既往有克林霉素过敏史,入院后静脉滴注克林霉素3 h后发热至39℃。查体:躯干、四肢红斑基础上见针尖大小脓疱,部分融合;双肺呼吸音粗,可闻及细湿啰音;心律齐;腹软,无压痛。实验室检查:血常规:白细胞 $14.0 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比率为90%;尿常规检查,肝肾功能均正常。立即停用克林霉素,静脉滴注地塞米松5 mg/d,疗程为3 d,口服盐酸西替利嗪10 mg,1次/d。治疗1周后,患者皮疹干燥脱屑痊愈。

3. 病例3:患者,女,63岁,主因肺炎于2010年5月15日入院,静点阿莫西林舒巴坦钠3.0 g,2次/d,疗程为1周,患者病情得到控制。因全身脓疱伴发热,请皮肤科会诊。查体:体温38.3℃;双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音;躯干、四肢大片红斑,上有多数粟粒大小脓疱。实验室检查:血常规:白细胞 $11.0 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比率为80%,嗜酸粒细胞水平正常;尿常规正常;肝肾功能正常。诊为急性泛发性发疹性脓疱病,停用阿莫西林舒巴坦。静脉滴注地塞米松5 mg/d,同时口服氯雷他定10 mg/d,1周后痊愈。

4. 病例4:患者,女,20岁,因身起皮疹伴痒1周余于2009年7月2日来本院诊。1周前,患者身起红斑,伴痒,有发热,体温不详。就诊前自口服“皮肤病血毒丸”及静脉滴注头孢呋辛钠2 d,症状加重后来本院就诊,给予复方甘草酸苷片及氯雷他定等口服抗过敏治疗2 d,症状并未得到控制,

皮疹进一步加重。查体:一般情况尚可,咽红,余系统检查未见异常。皮肤科检查:躯干四肢可见片状红斑,躯干、四肢近端红斑大部融合,红斑基础上可见粟粒大小、非毛囊性小脓疱,尼氏征(-),脓疱未见融合,面部浮肿性红斑,覆少许鳞屑;口腔黏膜等未见异常。实验室检查:血常规,白细胞及中性粒细胞水平均轻度升高,肝肾功能、血糖、尿常规正常,嗜酸粒细胞计数正常。病理检查:患者皮肤角化不全,角质层下可见脓疱形成,真皮浅层可见炎性细胞浸润,真皮轻度水肿。给予复方甘草酸苷针剂60 ml及10%葡萄糖酸钙10 ml及维生素C 3 g静脉滴注,1次/d;外用炉甘石洗剂等。2 d后患者躯干、四肢皮疹好转,脓疱消退,但面部红斑及水肿较前加重,改用甲基强的松龙40 mg/d,静脉滴注3 d,病情明显好转,红斑水肿消退,后改用氯雷他定、复方甘草酸苷片等抗过敏治疗,皮疹渐消退。

讨论 急性泛发性发疹性脓疱病(AGEP)初起多为猩红热样红斑,发展和播散均较快,多呈急性发作,为非毛囊性、脓疱性少见皮肤病。本病由Beylot等首次报道,该病约90%由药物所诱发,其致病药物以抗菌药物为主(80%),以β-内酰胺类抗菌药物引起者多见<sup>[1-2]</sup>,也有病毒、蜘蛛咬伤<sup>[3]</sup>以及药物与病毒感染共同引起者<sup>[4]</sup>。AGEP发病机制尚未明确,近来有研究发现,AGEP患者外周血中Th17细胞和其产生的细胞因子IL-22显著升高,而IL-17和IL-22协同刺激角质细胞产生IL-8,IL-8可引起中性粒细胞在表皮中的聚集,从而引起相应的临床表现<sup>[5]</sup>。本研究4例患者中,3例是由药物引起,分别为阿司匹林、克林霉素和阿莫西林舒巴坦钠,其中1例患者既往有应用克林霉素诱发AGEP病史,而当时可能被误诊,再次应用后AGEP再次发作;1例可能由呼吸道感染所致。

AGEP临床特征为发病前大多有用药史或感染史;常伴发热,一般体温38℃以上;基本损害为大片红斑的基础上出现小脓疱,多数患者外周血白细胞及中性粒细胞增多;组织病理表现为真皮乳头层水肿及管周嗜酸粒细胞浸润<sup>[1]</sup>。小脓疱通常是非毛囊性、浅表性、无菌性,但重症患者形成脓疱可继发细菌感染,重症AGEP可表现为中毒性表皮坏死松解症<sup>[6]</sup>;研究认为本病具有自限性,病程一般不超过15 d。本病除有明确的病因外,在组织学上显示真皮乳头层水肿及管周嗜酸粒细胞浸润,有助于与脓疱性银屑病相鉴别<sup>[1]</sup>。本研究中有1例患者行病理检查,镜下表现为角化不全,角质层下可见脓疱形成,真皮浅层可见炎性细胞浸润,真皮轻度水肿。目前本病治疗以抗组胺药和糖皮质激素为主,Sidoroff等<sup>[7]</sup>主张若无明确且显著的感染征象,一般不给予抗菌药物治疗。本研究中4例患者发病时出现发热、白细胞及中性粒细胞水平升高,多考虑疾病本身或药物反应所致,其中2例患者伴有肺部感染,治疗方面除停用可疑药物、抗过敏处理

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2012.03.019

作者单位:航空总医院皮肤科(荣在丽);首都医科大学附属北京地坛医院(赵兴云、魏春波、伦文辉)

通讯作者:魏春波,Email:weichunbo2008@163.com

外,还应调整抗菌药物治疗其原发疾病。本病属药疹的少见类型,发病率较低,易被误诊、误治,但临床中屡有报道,应引起重视。

参 考 文 献

1 Mashiah J, Brenner S. Asystemic patch testing for the reaction to the evaluation of acute exanthematous generalized pustulosis. Arch Dermatol,2003,139(9):1181-1183.

2 王侠生,廖康煌主编. 杨国亮皮肤病学. 1版. 上海科学技术文献出版社. 2005:433.

3 Ermertcan AT, Demirer O, Inanir I, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis with lymphangitis triggered by a spider bite. Cutan Ocul Toxicol,2010,29(1):67-69.

4 Calistru AM, Lisboa C, Cunha AP, et al. Acute generalized

exanthematous pustulosis to amoxicillin associated with parvovirus B19 reactivation. Cutan Ocul Toxicol,2012. [Epub ahead of print]

5 Kabashima R, Sugita K, Sawada Y, et al. Increased circulating Th17 frequencies and serum IL-22 levels in patients with acute generalized exanthematous pustulosis. J Eur Acad Dermatol Venereol,2011,25(4):485-488.

6 王云,陈剑,吴艳,等. 表现为中毒性表皮坏死松解症的急性泛发性发疹性脓疱病. 临床皮肤科杂志,2004,33(5):286-287.

7 Sidoroff A, Halevy S, Bavinek JN, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)—a clinical reaction pattern. J Cutan Pathol,2001,28(3):113-119.

(收稿日期:2012-01-28)

(本文编辑:孙荣华)

荣在丽,赵兴云,魏春波,等. 急性泛发性发疹性脓疱病四例[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2012,6(3):251-252.

