

3 讨论

对比JDM与ADM的诊断:首发症状均以皮炎最多,主要临床表现(包括眼周或面部水肿性紫红斑,Gotttron丘疹、肌无力、肌痛)的发生率、主要实验室检查(包括肌酸磷酸激酶升高,肌电图示肌源性损害)的阳性率均无差异。但心脏损害、恶性肿瘤、肺部感染、瘙痒的发生率JDM低于ADM,且心脏损害有显著差异,以上结果与国内文献报道基本一致^[2]。文献报道JDM肌萎缩、关节挛缩、胃肠道症状和钙质沉着的发生率均比ADM高,本文JDM缺乏这些特点,未发现钙质沉着病例,可能与病程较短、早期治疗有关^[3]。

对比JDM与ADM的治疗:初始激素量基本相同,重症者均可先用甲基泼尼松龙冲击治疗。对治疗效果较差或不能耐受激素者,ADM可联合免疫抑制剂治疗,因考虑到其骨髓抑制及对生殖系统的影响,JDM应慎用。卢燕等^[4]随访证明,多数JDM经

长期治疗可获缓解。治疗过程中复发是常见问题,激素停药过早、减量过快是重要原因。一般JDM应用泼尼松每日2 mg/kg(症状轻者可用每日1 mg/kg)至少4~8周,待肌力有所恢复、肌酶下降,方可考虑缓慢减量。总疗程应在2年以上,治疗期间复发者,应增加泼尼松的剂量,延长治疗时间。

[参 考 文 献]

[1] Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis [J]. N Engl J Med, 1975, 292(7): 344 - 347.

[2] 胡晓莉,范利,林达,李卉,林国书,刘盛秀,等. 儿童皮炎与成人皮炎患者临床和实验室资料对比分析[J]. 临床皮肤科杂志,2002, 31(5): 294 - 295.

[3] Pachman LM, Hayford JR, Chung A, Daugherty CA, Pallansch MA, Fink CW, et al. Juvenile dermatomyositis at diagnosis: clinical characteristics of 79 children [J]. J Rheumatol, 1998, 25(6): 1198 - 1204.

[4] 卢燕,马松春,何晓琥. 小儿皮炎的预后及随访[J]. 中华风湿病学杂志,1999, 3(2): 115 - 116.

(本文编辑:吉耕中)

先天性梅毒肺部 X 线表现在诊疗方面的意义

周北燕¹,卢光进¹,张凯中²,叶贞志¹

(深圳宝安妇幼保健院 1. 新生儿监护中心; 2. 放射科,广东 深圳 518101)

[中图分类号] R759.1;R445.4 [文献标识码] D [文章编号] 1008 - 8830(2004)01 - 0069 - 02

近年来,先天性梅毒(CS)的发病率有明显增加趋势,其骨骼和肺部改变的X线表现及其临床意义受到重视。我院自1999年9月至2003年2月共收治先天性梅毒患儿35例,对资料较为完整的30例患儿的X线胸片进行分析,结合临床资料报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

30例中男21例,女9例。出生年龄0.5 h至37 d。本组早产儿9例,过期产儿2例,足月产儿19

例。出生体重<2 500 g 10例,≥2 500 g 20例。

1.2 临床表现

皮肤、粘膜损害 15例,表现为肢端皮肤暗红色丘疹或疱疹,手足大块片状脱皮;呼吸困难7例,其中3例为肺透明膜病;黄疸6例;肝脏肿大5例;贫血4例;合并颅内出血3例;重度窒息伴中度缺氧缺血性脑病2例;先天性心脏病1例。合并股骨远端干骺炎1例。

1.3 实验室检查

30例患儿梅毒螺旋体血凝试验(TPHA)均阳性;1例脑脊液TPHA阳性。母亲梅毒血清阳性者

[收稿日期] 2003 - 07 - 25; [修回日期] 2003 - 09 - 19
[作者简介] 周北燕(1963 -),女,大学,主治医师。主攻方向:新生儿感染性疾病。

18例,其余12例未能取得母亲血液标本。

1.4 X线检查结果

采用日本岛津125 mA,50 KV X光机,床旁拍片,一般曝光条件在0.5 mA,40~45 KV。由两名放射科医生阅片出报告,以减少阅片者的主观性误差。本组30例中胸片异常发现25例,阳性率83.3%,其X线表现为:肺实质阴影13例,其中病变呈斑点状者3例,片状者8例,肺实变含支气管充气征2例;肺间质病变8例,表现为肺纹理增多、增粗、模糊;肺透明膜病3例,表现为肺透亮度降低,混杂颗粒样阴影2例,无结构“白肺”1例;肺过度膨胀1例,肺透亮度增高,肺组织从肋间隙向外膨出。

1.5 治疗与转归

30例患儿均接受正规驱梅治疗,临床治愈出院。

2 讨论

先天性梅毒一般分为有临床症状和无临床症状两类。本组有症状者27例,临床表现复杂、多样化,有多系统多脏器功能受损。其中胸片异常者高达83.3%占首位。国内一般认为先天性梅毒存在肺炎表现(X线片)者占39%^[1]。但也有报道新生儿先天性梅毒以“肺炎”为首诊者占92.9%^[2],这与我们的报道类似。提示肺脏是先天性梅毒主要的受累器官。故对早产、低体重、皮疹、肝脾肿大,同时肺部X线异常患儿,应尽早行梅毒血清学检测,有助于CS的早期诊断。

无临床症状的CS较少见,本文3例,其TPHA阳性。除了潜伏型CS外,还应考虑与母亲孕期予以驱梅治疗或妊娠晚期感染梅毒有关。TPHA是检测血清中的特异性梅毒抗体IgG,由于IgG可通过胎盘进入胎儿体内,有时出现假阳性。进一步应开展暗视野显微镜及19S-IgM-FTA-ABS这两项对确诊CS有价值的辅助检查^[3,4]。当然最终确诊还有赖于发现梅毒螺旋体。

本文先天性梅毒肺部X线表现以肺实质性改变为主。表现为双肺散在斑点状、片状阴影,密度中等、边缘模糊,可有支气管充气征,其次是肺间质性

病变,表现为肺纹理增强、模糊,少数表现为肺透明膜病,提示肺部病变为原发、继发感染或合并症,缺乏特异性。本文除早产儿外,呼吸道症状大多较轻,肺部湿罗音少见(6/30例),多为一过性或局限分布,临床易忽略肺部情况。所以尽早摄X胸片有助于肺部病变的发现。

目前,青霉素仍是先天性梅毒治疗的首选药物,尚未发现有对青霉素耐药的梅毒螺旋体。用量:青霉素G每日5~10万U/kg,静脉滴注10~14d为一疗程。治疗应早期、足量、维持有效血药浓度>0.03 mg/L,如低于该浓度18~24 h,则梅毒螺旋体可继续增殖^[5]。在治疗期间中断1d以上,则整个疗程必须重新开始^[6]。对青霉素过敏者,可选用头孢三嗪。

根据作者的经验,经正规驱梅治疗后,肺部X线病灶多数在1周左右吸收。通过早期的肺部X线复查,有助于治疗效果的判定,对完善治疗措施有较大意义。

我们认为,肺脏是先天性梅毒主要的受累器官,胸部摄片简单易行,阳性率高但没有特异性。临床上凡遇生后“肺炎”表现,伴肝脏肿大、贫血、皮疹患儿应高度怀疑先天性梅毒,尽早进行梅毒血清学检测,可及时发现先天性梅毒。对已确诊先天性梅毒患儿亦应常规摄X线胸片,定时复查,掌握肺部受累情况和胸片动态变化规律,以提高治愈率。

[参 考 文 献]

- [1] 金汉珍,黄德珉,官希吉.实用新生儿学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997,301-304.
- [2] 林宇,陈涵强.新生儿先天性梅毒28例临床分析和治疗[J].中国优生与遗传杂志,1999,7(3):95-96.
- [3] 王丽珍,朱丽萍,钱尚萍.上海市64例早期先天梅毒调查分析[J].中国妇幼保健,2002,17(9):564-566.
- [4] 田庚善,贾辅忠.临床感染病学[M].南京:江苏科技出版社,1998,684.
- [5] 李湘波,廖祥福,徐优良,周格.新生儿先天性梅毒的早期诊断[J].中国当代儿科杂志,2002,4(3):239.
- [6] Rolfs RT. Treatment of syphilis [J]. Clin Infect Dis, 1995, 20 (Suppl): 23-38.

(本文编辑:吉耕中)