

新生儿蓝莓斑2例

武辉 王国华 严超英

(吉林大学第一医院新生儿科,吉林 长春 130021)

[中图分类号] R722.13 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2011)07-0600-02

病例1,男,5 d,因皮疹5 d入院。患儿系第1胎第1产,足月,剖宫产,出生体重3.4 kg,否认出生窒息,羊水、胎盘、脐带正常,出生时即发现全身散在皮疹,大小不等,米粒至花生米大小,呈紫蓝色,分布于颜面、躯干及四肢。无发热,生后3 d开始出现皮肤黄染,二便正常,进乳良好。母孕期否认疾病史。否认家族性遗传性疾病史。入院体查:头围34 cm,皮肤黄染,全身散在略突出皮肤表面大小不等紫蓝色斑丘疹,压之不褪色,见图1。心、肺未见异常,肝右肋下1.5 cm,脾无肿大,四肢肌张力正常,原始反射正常。入院血常规示WBC $9.5 \times 10^9/L$, L 0.40, N 0.50, M 0.09, RBC $3.33 \times 10^{12}/L$, HB 120 g/L, PLT $57 \times 10^9/L$;肝功能检查示AST 18.4 U/L, ALT 8.5 U/L, TP 45.9 g/L, ALB 21.4 g/L, TBIL 231.9 $\mu\text{mol/L}$, IBIL 224.3 $\mu\text{mol/L}$;凝血常规正常;TORCH 阴性;巨细胞病毒PP65抗原(+ +),乙肝两对半阴性,丙肝抗体阴性,梅毒TPPA 阴性;C反应蛋白5.01 mg/L,血培养阴性;眼底检查正常。患儿住院5 d,临床诊断为宫内巨细胞病毒感染、新生儿贫血、新生儿血小板减少症、高间接胆红素血症。入院后给予丙种球蛋白和更昔洛韦静滴1 d,家长主动要求出院。出院时皮肤紫蓝色斑仍很明显,血小板仍未恢复正常;血常规示WBC $8.5 \times 10^9/L$, L 0.45, N 0.41, M 0.09, RBC $3.56 \times 10^{12}/L$, HB 119 g/L, PLT $100 \times 10^9/L$ 。20 d、60 d时复查血常规示血小板正常,60 d左右皮疹消失,肝功能正常,生后3.5个月时无黄疸,无皮疹,生长发育尚可,二便正常。

病例2,女,4 d,因皮疹伴反应差4 d入院。患儿系第2胎第1产,足月,剖宫产,羊水少,混浊,出生体重2.3 kg,胎盘、脐带正常,出生时即发现皮疹,开始为全身红色皮疹,逐渐增多,且颜色转为紫蓝色,于生后3 d皮疹最多,二便正常,进乳良好。母孕前曾患妇科疾病,未系统治疗,具体不详。否认家

族性遗传性疾病史。入院体查:头围33 cm,体重1.94 kg,皮肤苍白,全身散在突出皮肤表面大小不等蓝紫色瘀点瘀斑,压之不褪色,面部为重,心、肺未见异常,肝右肋下3.0 cm,质韧,边钝,脾无肿大,四肢肌张力增高,原始反射正常。血常规示WBC $15.1 \times 10^9/L$, L 0.52, N 0.36, M 0.13, RBC $4.02 \times 10^{12}/L$, HB 125 g/L, PLT $23 \times 10^9/L$;肝功能检查示AST 97 U/L, ALT 33 U/L, TP 51.4 g/L, ALB 31.2 g/L, TBIL 56.8 $\mu\text{mol/L}$, IBIL 39.2 $\mu\text{mol/L}$;凝血常规正常;TORCH 阴性,人巨细胞病毒PP65抗原(+ + +),乙肝两对半阴性,丙肝抗体阴性,梅毒TPPA 阴性;入院血糖低至测不出;C反应蛋白12.5 mg/L,血培养阴性;眼底检查正常,NBNA评分35分;头部MRI检查示双侧侧脑室旁白质内可见异常信号影,T1呈低信号,T2呈高信号。入院后临床诊断为宫内感染/巨细胞病毒感染、新生儿贫血、新生儿血小板减少症、足月小样儿、低血糖。入院后给予更昔洛韦静滴及补充葡萄糖等治疗。住院7 d,家长主动要求出院,出院时血小板尚未恢复正常,皮疹尚未消失,但皮疹较入院时减少,颜色转淡,30 d血小板恢复正常,皮疹消失。3个月未再出现皮疹,血小板正常,贫血纠正,肝功能正常,生长发育良好。



图1 皮肤蓝莓斑 颜面、躯干及四肢散在分布大小不等紫蓝色略突出皮肤表面斑丘疹,压之不褪色。

[收稿日期]2010-08-04;[修回日期]2010-10-30
[作者简介]武辉,女,博士研究生,副教授。

讨论:巨细胞病毒为宫内感染中较常见的病原体,其中10%在出生时有先天性感染表现,包括贫血、黄疸、肝脾肿大、水肿、肺炎、血小板减少、粒细胞减少等;中枢神经系统异常如小头畸形、颅内钙化、脉络膜视网膜炎及神经性耳聋、智力低下甚至死亡等,皮疹主要以出血点、蓝莓斑、紫癜为主要表现。以蓝莓斑为主要皮疹表现较少见,国外有报道,国内未见报道。

血小板减少临床可以表现血小板减少性紫癜,导致皮下出血,表现皮肤出血点、瘀点、瘀斑,但新生儿巨细胞病毒感染导致的皮肤蓝莓斑不同于血小板减少性紫癜,蓝莓斑是髓外造血,为真皮内造血的一种表现,其皮疹特点是大小不等,略凸出皮面,呈现紫蓝色,压之不退色,故称为蓝莓斑。本文报道的两例病例均明确诊断为宫内巨细胞病毒感染,两例患儿均出生时发病,以皮疹入院,皮疹表现为蓝莓斑,同时伴有贫血、血小板减少,其中1例患儿伴有肝脏肿大,且为小于胎龄儿、血糖低,提示该患儿宫内发育迟缓。蓝莓斑为真皮红细胞生成岛,而不是皮下出血导致的瘀点瘀斑,皮肤病理可证实为髓外造血^[1],皮肤切片可见皮肤真皮层及皮下组织色调微红的骨髓前体细胞红细胞、白细胞、T细胞、B细胞,是髓外造血的一种表现。新生儿蓝莓斑分为两类,第一类为真皮红细胞髓外造血:病因往往是先天性感染,尤其是宫内巨细胞病毒感染和风疹病毒感染^[1],也可见于Rh溶血病^[2],双胎输血综合征^[3],遗传性球形红细胞增多症;另外国外报道一种罕见的常染色体隐性遗传性脑病 Aicardi-Goutieres 综合

征^[4],该病例皮肤表现蓝莓斑样皮疹,有低血糖,血小板减少,小头畸形,头部电脑断层扫描显示颅内钙化、脑室扩大, TORCH 等广泛宫内病毒学检查均阴性,皮肤切片示髓外造血,该病有家族遗传病史。第二类为非炎症性细胞浸润性疾病导致的蓝莓斑^[5],包括婴儿先天性神经母细胞瘤(肝、皮下转移)和先天白血病、勒雪氏病、郎格罕细胞组织细胞增生症等。这些蓝莓斑是由皮肤浸润肿瘤细胞组成。

综上,新生儿蓝莓斑皮肤表现特殊,可能是皮肤髓外造血的一种特殊表现,亦可能是皮肤肿瘤浸润的临床表现,如临床发现这种特殊的皮肤表现应考虑到此病。

[参 考 文 献]

[1] Silver MM, Hellmann J, Zielenska M, Petric M, Read S. Anemia, blueberry-muffin rash, and hepatomegaly in a newborn infant[J]. J Pediatr, 1996, 128(4):579-586.

[2] Hebert AA, Esterly NB, Gardner TH. Dermal erythropoiesis in Rh hemolytic disease of the newborn[J]. Pediatrics 1985, 107(5):799-801.

[3] Schwartz JL, Maniscalco WM, Lane AT, Currao WJ. Twin transfusion syndrome causing cutaneous erythropoiesis[J]. Pediatrics, 1984, 74(4):527-529.

[4] Brisman S, Gonzalez M, Morel K. Blueberry muffin rash as the presenting sign of Aicardi-Goutières syndrome[J]. Pediatr Dermatol, 2009, 26(4):432-435.

[5] Gottesfeld E, Silverman RA, Coccia PF, Jacobs G, Zaim MT. Transient blueberry muffin appearance of a newborn with congenital monoblastic leukemia[J]. J Am Acad Dermatol, 1989, 21(2):347-351.

(本文编辑:王庆红)