

新生儿剥脱性皮炎二例报告

附属儿童保健院外科 薛品荣

新生儿剥脱性皮炎又称新生儿角质分离症或 Ritter病⁽¹⁾，是一种发生于新生儿的皮肤急性弥漫性化脓菌感染的疾病。本病发展迅速，预后不良，因此，对获得早期诊断及及时治疗显得更为重要。现将我院收治的二例报告于下：

例一、男婴，住院号45509，系11天新生儿，因口腔粘膜糜烂伴全身脱皮5天于1962年11月13日入院。患儿系第1胎足月顺产，出身时全身皮肤未发现皮疹。生后第5天开始吃奶有困难。第6天发现口腔糜烂，伴有脓性分泌物；并发现颜面及耳后有脱皮现象，继之涉及两手、两足底及胸背等处，呈现广泛的红色湿润面。于入院前几天，口腔糜烂更甚，以致不能吃奶。家属否认有冶游史，家属中亦无其他化脓性皮肤病患者。

体检：一般情况尚佳，体重3公斤，体温正常，哭声响亮，反应良好。心肺无异常发现。腹软平坦，肝脾未触及。颜面、颈肩、胸、背、四肢皮肤均有大片状脱皮，呈红色湿润面。在腋窝、腹股沟区等皮肤皱褶处病变更为严重。全身创面约在90%以上。口腔舌下有溃烂积脓，其下为肉芽。鼻腔有黄色结痂及分泌物。

实验室检查：血红蛋白10.8克，红细胞366万，白细胞27,400，淋巴57%，中性40%，嗜酸性3%。鼻腔分泌物培养有金黄色葡萄球菌生长；皮肤创面培养及血培养均为阴性；口腔脓液培养有大肠杆菌生长。

治疗经过：住院后严格消毒，隔离。给予红霉素30毫克静脉滴注每8小时一次，链霉素0.1克肌注每天二次，并给予大剂量维生素B₁、丙等。由于吸吮有困难，乃自口腔导管滴入1:1牛奶60毫升，每3小时一次。经上述治疗，3天后，皮肤创面明显好转，仅腹股沟及颈肩部皱褶处创面仍显湿润，口腔脓性分泌物逐渐减少。至第6天改为红霉素口服。10天后，创面干燥，口腔溃烂好转而出院。

例二、女婴，住院号45737，系12天新生儿。因全身出现红斑、起疱及大片状脱皮9天于1962年12月8日入院。患儿系第2胎足月顺产，出生时哭声响亮，未见皮疹，于出生后第3天发现口腔周围有小白疱、脱皮，数天后发现颜面、颈部及躯干、四肢皮肤广泛发红，脱皮。经用呋喃西林外敷无效。近几天来因食欲减退、哭声低微而急诊入院。父母否认有冶游史，家属中亦无其他化脓性皮肤病患者。

体检：重病容，一般情况差，体温不升，哭声低微，心音低钝，心率104/分，呼吸浅促。腹不胀，因该部分创面皮肤有严重剥脱未行触诊检查。全身皮肤呈广泛红斑及湿润面，渗液较多，Никольский征阳性。部分创面的基底部有感染，色黄，并有水泡及大片皮肤脱落。创面总面积达90%以上。

实验室检查：血象，血红蛋白12克，红细胞403万；白细胞3,600，淋巴68%，中性32%。创面分泌物中找到Gram阳性球菌，创面脓液培养有金黄色及白色葡萄球菌生长。

治疗经过：入院后给予静脉补液，红霉素150毫克及维生素丙500毫克静脉滴入每天一次，并在消毒隔离室内将创面暴露行红外线照射。第2天，一般情况好转，但创面渗液仍较多，皮肤因摩擦而大片剥脱，乃给予5%红细胞软膏加四霉素眼膏涂敷包扎，输血50毫升，并加用氯化考的松5毫克每天二次。经上述处理后，创面迅速好转，渗液停止。第4天因静脉滴注有困难，改为金霉素及去氢皮质酮口服，2天后创面干燥，停药；但翌日、面、耳、前胸又有散在性皮疹及水泡出现，再给予静脉滴注红霉素及输血，感染终于被控制。住院15天，痊愈出院。

讨 论

新生儿剥脱性皮炎的病源菌主要是金黄色葡萄球菌及链球菌，但目前文献报导^(2~4)认为前者多见，本文报导2例亦同样培养出金黄色葡萄球菌。因此，对本病的治疗，首先应考虑使用对葡萄球菌有抑制作用的抗菌素。根据王家斌⁽⁵⁾及赵乃福⁽⁶⁾等报告，应用大剂量青霉素治疗本病效果较好，但近年来由于抗菌素的广泛应用而出现了不少抗青霉素的葡萄球菌菌株。戴自英⁽⁷⁾报告，根据国内外文献的记载，葡萄球菌对青霉素的敏感率分别为8.2%和3%，而对红霉素敏感率则较高（32.2%和30%）。据许月如⁽⁸⁾等1963年报告，金黄色葡萄球菌对青霉素有抗药性者占71.1%，而对红霉素有抗药性者仅占1~4%（高度敏感者为80%）。鉴于上述资料及我们在临床治疗上的体会，初步认为，红霉素抗葡萄球菌的作用，远比青霉素强，因此，在治疗本病的开始就应使用较大剂量的红霉素以便控制感染（必要时可加用其他抗菌素）。以后可根据培养结果用药。高宫箴⁽⁴⁾报告“抗菌素与考的松合并应用有降低死亡率与缩短疗程的作用”。本文中例二病情较严重，经用此法，亦获得良好效果。其它一般全身支持疗法也很重要，如输血、补液、维生素的应用等。在局部处理上可应用抗菌素药膏涂敷，创面暴露或包扎均可，但在易摩擦处以包扎为佳。

（本文经彭崇惠、洪文瀾医师审阅指教，特此致谢）

参考文献

- (1)朱德生编：皮肤病学，人民卫生出版社，北京，1959。
- (2)边天羽等：列脱尔“Ritter”氏新生儿剥脱性皮炎，中华皮肤科杂志2：114，1954。
- (3)谢晶璠：Ritter氏新生儿剥脱性皮炎（附二例报告），中华皮肤科杂志7：392，1959。
- (4)高宫箴：新生儿剥脱性皮炎的2例，小儿科诊疗（昭和33年）21：64~66，1958。
- (5)王家斌：应用抗生素治疗立脱氏（Ritter's）新生儿剥脱性皮炎的几点体会，中华皮肤科杂志4：229，1956。

（下转第81页）

状态,估计此时管壁尚未发生器质性改变;②粘液腺管扩大,表示粘液腺增加分泌而扩张其输出管;③分泌增加。

二、可复性损害期——表现有:①支气管Ⅳ~Ⅶ级的限局性扩张,能在一定时期恢复正常,或在呼吸气相中消失者(图5,6);②邻接支在吸气时分开,呼气时聚拢;③管壁呈轻度锯齿状,这时可能由于管壁内膜有轻度损害。

三、不可复性损害期——表现有:①较小支气管(Ⅳ~Ⅲ级)呈池状扩张;②限局性扩张在呼吸气相比中,口径变化较大,但扩张部始终不消失(图5,6);③明显管壁不规则,甚至有扭曲者。

以上三期不是截然可分的,在同一片中三期表现可以同时存在,划分时当以X线表现偏重于哪一期来决定。

为了给临床处理提供方便,我们建议把一次造影所见的慢性支气管炎归纳为两个类型:

一、收缩型——以各种痉挛性X线征为主的,原则上应采取保守疗法。

二、扩张型——以扩张性表现为主的,原则上应在内科处理下注意追踪观察,考虑手术治疗。

对手术指征,我们提出下述意见:

一、某一局部支气管扩张已达不可复性损害者,原则上应行手术治疗。

二、拟手术截除部分的邻接肺叶或肺段支气管表现正常或在功能性改变期者,手术前应有一定时间药物处理,增强其代偿性。

三、如拟截除部分为中叶或舌叶,其上或下叶X线征虽已表现为不可复性损害期,一般还是可以考虑手术,因此时代偿性膨胀可由上下两叶分担,负担较轻。反之,如截除的是上叶或下叶,则应尽量减少截除部分,或并行胸改,减轻残存肺部的代偿程度,以免引起术后的继发性支气管扩张。

摘 要

作者分析了288例慢性支气管炎造影表现,将所见X线征归纳为:管腔收缩、串珠状、分叉部斜形收缩、分叉部环形收缩,较大支气管扩张、较小支气管扩张、管壁不规则、管壁呈刺状或憩室状突起、分节状充盈及阻断10种表现。最多见的系管腔不规则,最少见者为串珠状表现。各支的X线征出现率以上叶各支最多,第六支最少。

作者还补充观察了10例呼吸相,5例切肺前后及6例不同时期的变化,发现支气管可随病变的发展改变其位置、大小、形态等,这对估计病变的病理基础具有重要意义。又在上述基础上,作者提出了慢性支气管炎的分期分型标准;将X线征表现划为收缩及扩张两型,后者以扩张性表现为主,前者以收缩性表现为主。每一型又可分为功能性改变期,可复性损害期及不可复性损害期三期。最后,作者从分期中引伸出手术指征,阐明手术前应如何考虑截除肺部邻接支气管的改变,然后作出处理决定。

(图1~6见插图1)

(本文部分材料来自中医院及杭市一院,特此向各该院放射科汤鈞主任及姜树铭主任致谢。)

参考文献

(1) George Simon; H. J. B. Galbraith: Radiology of Chronic Bronchitis, Lancet 2: 850—852 Oct., 1953.

(2) Lynne Reid and G. Simon: Pathological Findings and Radiological Changes in Chronic Bronchitis and Emphysema. Brit. J. Radiol. 32: 291, May, 1959.

(3) Atis K. Freimanis and William Molnar: Chronic Bronchitis and Emphysema at Bronchography, Radiol. 74: 194, 1960.

(4) John E. Royl, E. D. Peasley and John T. Joyner: Differential Diagnosis of Bronchiectasis and Bronchitis, Dis. Chest, 39: 591, 1961.

(上接第92页)

(6) 赵乃福等: Ritter氏新生儿剥脱性皮炎六例的分析, 中华皮肤科杂志 7: 391, 1959.

(7) 戴自英: 灼烧后败血症与抗菌素的临床应用, 浙江医学 8: 350~356, 1961.

(8) 许月如等: 烧伤后感染致病菌对各种抗菌素敏感度试验的临床价值, 中华外科杂志 11: 111, 1963.

(9) 仲剑平摘译: 灼烧文摘(2): 41, 上海市科学技术出版社, 1963.