维普资讯 http://www.cqvip.com

Stevens-Johnson综合征12例报告

第一医院皮肤科 赖松青

中图分类号 R758.25

Stevens-Johnson综合征(SJS)是皮肤科一种较少见而严重的疾病，我科从1973～1989年共收治12例，现总结分析如下。

一般资料：12例中女性7例，男性5例，年龄8～46岁，平均24.5岁。初发症状至初诊日期：最短3天，最长10天，平均6天。发病季节：2月1例，5月2例，9～11月8例，12月1例。

发病原因：7例发病前有用药史，药物有青霉素、能量合剂、异菸肼、A.P.C、土霉素、SMZ_{co}、泛影葡胺。5例无明显原因。

临床症状：

初发症状：眼红肿4例，发热头痛3例，四肢皮疹2例，发热、皮疹、口腔糜烂同时发生3例。从初发症状至全身广泛皮肤粘膜受累大多为1～2天(8例)，2例为6天（这2例病情轻）

皮疹：所有病例皮疹均广泛累及全身（包括掌跖），以四肢为重。皮疹为粟粒、豌豆至核桃大小的水肿性红斑，有的还见水疱、大疱、血疱，皮疹散在或群集、融合。2例有典型虹膜状损害，2例面、颈、躯干、双上肢及臀部皮肤弥漫性红肿，表皮坏死松解。

粘膜损害：口腔受累12例(100%)，颊、舌及唇粘膜红肿糜烂、进食困难。眼受累10例(83%)，结膜明显充血、睑缘红肿糜烂、脓性分泌物多。鼻腔受累4例(33%)，鼻粘膜糜烂结痂。外生殖器受累8例(67%)，外阴粘膜红肿糜烂。肛周糜烂1例(8%)。同时有眼、口腔、外生殖器粘膜损害者8例，占67%。

全身症状：发热11例(92%)，其中37.4～38℃4例，38.2～38.6℃ 2例，39.5～40.5℃ 5例。8例(67%)有头痛、乏力、全身不适等症状，其中1例嗜睡，并发生中毒性休克、呼吸循环衰竭。4例无明显全身症状。

实验室检查：白细胞增高6例，正常3例，降低3例。查Hb5例，其中10克以上2例，10g以下3例。查血沉4例，1例正常，3例升高。查尿常规11例，正常4例，蛋白（±）3例，蛋白十～廿4例，其中1例有颗粒及细胞管型。查肝功5例，正常3例，异常2例(GPT分别为40u、74u)，其中1例A/G为19.8g/25g/L，总胆红质为161.42μmol/L，直接胆红质为109.44μmol/L，3周后恢复正常。查肾功6例均正常。查抗"O" 3例均正常。查ANA 2例，均为阳

剧，并使机体耗能及耗氧增加，应采取一些预防措施，如保持温暖的环境，注意给病人保暖，麻醉前给予镇静安定剂可降低寒战发生率。本组寒战发生率显著低于其它作者的报道[1,2,3]，可能与采取上述措施有一定关系。

总之，我们认为硬膜外麻醉中引起寒战的原因较复杂，不能归因于局麻药的毒性反应或病人紧张，应结合具体情况分析，采取相应的措施加以预防。

参考文献

[1] Ponte J, et al. Acta Anesthesiol Scand 1986; 30(7):584

[2] webb PJ, et al. Anesthesiology 1987; 55(6):706

[3] 徐建国，等．临床麻醉学杂志1990; 6(1):9

（收稿日期1991—02—26）

维普资讯 http://www.cqvip.com

性，滴度分别为1:640、1:160。查补体 C_4 2例均正常。

治疗：所有病例均用皮质类固醇治疗，病情较轻者口服给药，病情重者静脉给药。用量（均折合为强的松量）：30～45mg/d4例，60～110mg/d6例，200mg/d1例，240mg/d1例。3例各输血2次，5例同时用抗菌素治疗。

转归：11例痊愈，无后遗症。皮疹多在入院3天时出现好转，10天左右消退。眼及口腔粘膜损害好转慢，损害重者需1月左右才痊愈。体温于1～7天内恢复正常。死亡1例，病死率为8%。该患者为产后17天，肝、肾均受累，入院后尽管用较大剂量皮质激素（每天用地塞米松10mg静脉注射加强的松45mg口服）病情无好转，持续高热40℃左右，WBC下降为2.5×10^9/L，于入院第6天死于中毒性休克及呼吸循环衰竭。

讨　论

SJS的发病原因目前尚不明确，不过大多数与药物有关。本组12例中，7例发病前有用药史，发病季节以秋季为最高(67%)，值得进一步研究。曾有报告SJS患者具有遗传易感性，他们的 $HLA\text{-}B_{44}$ 及 $HLA\text{-}B_{12}$ 亚组明显增加。Fisher等报告了SJS发生在两例双胞胎患者，其外祖母亦发生过SJS[1]。SJS的发生还可能与多种感染有关。Stutman报告从几例SJS的疱液及口咽分泌物中培养出肺炎支原体，因而认为SJS发病与肺炎支原体有关[2]。8例脑肿瘤接受脑部放射及苯妥英钠治疗后发生了SJS，若单独用其中一种疗法则不发生，其发病可能与免疫功能有关[3]。所有患者均有广泛皮疹，主要为水肿性红斑，并可有大疱、血疱、表皮坏死松解。腔口粘膜受累多较严重，尤以口腔及眼最易受累。常伴有严重的全身症状，本组12例中11例（92%）有发热，其中高热5例(46%)。肝、肾亦可受累。所有患者均采用皮质类固醇治疗，严重者同时采用输血等支持疗法，11例治愈，无后遗症，1例死亡，病死率为8%。

本病需与金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征（SSSS）及中毒性表皮坏死松解症(TEN)鉴别。SSSS多发生于儿童，无粘膜损害，表皮剥脱表浅，炎症轻、抗生素治疗愈合快[4]。SJS与TEN之间有很多相似点，两病都有较明显的粘膜损害，在1至几天内产生皮疹，开始很象多形性红斑损害，并可有典型靶状损害，以后由于大疱性靶状损害融合形成大片坏死区域，两种损害常常同时存在，四肢为靶状损害，躯干为坏死松解。因而有的人认为SJS与TEN是同一疾病的临床异型，TEN是较严重的SJS，建议以坏死松解的面积来分，大于10%者为TEN，小于10%者为SJS[4]。但也有的人认为SJS与TEN有关，TEN具有明显的皮肤触痛，组织学为无真皮浸润的广泛坏死。而SJS常可见到真皮的炎症细胞浸润及血管壁的免疫球蛋白沉积[5]。本组部份病例亦具有SJS与TEN的混合损害。

对本病治疗应抓紧时机，及时应用皮质类固醇激素，用量视病情轻重而定，同时应加强支持疗法及损坏局部的处理，以降低病死率。

参　考　文　献

[1] Roujeau JC. Arch Dermatol 1987; 123:1171

[2] Stutman HR. J Pediatr 1987; 111:845

[3] Delattre JY. Neurology 1988; 38:194

[4] Revuz J. Arch Dermatol 1987; 123:1160

[5] Goldstein SM. Arch Dermatol 1987; 123:1153

（收稿日期1990—12—03）