

· 短篇及病例报道 ·

以重症水痘为首发表现的儿童艾滋病 1 例

李渝华, 文 静, 石晓莉, 赵 静
(重庆市合川区人民医院儿科 401520)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.061

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1679-02

免疫缺陷病毒(HIV)感染患者临床症状多样,发生在儿童患者更易造成误诊漏诊。本文报道 1 例以重症水痘为首发表现的儿童艾滋病病例,为临床提供参考。

1 临床资料

农村患儿,女,8岁。因“全身皮疹伴头痛 4 d,发热 1 d”就诊。4 d 前患儿无明显诱因出现面部水疱状皮疹,伴头痛。就诊于当地诊所(治疗用药不详,诉仅给予口服药),后面部皮疹逐渐增多,躯干部也渐出现,1 d 前患儿出现反复发热,体温最高达 39℃。为进一步治疗,遂来本科,门诊以(1)水痘;(2)病毒性脑炎?收入住院。自患病来,患儿精神、食欲较差,体质量变化不明显,大小便正常。否认血制品输注史。父亲死于“肝癌、结肠癌”,母亲死于“肺癌”。有一同父异母妹妹,死于“皮肤长疮”。以上部分病史由家属代述。

体格检查:体温 37.6℃,脉搏 92 次/分,呼吸 23 次/分,血压 100/65 mm Hg,体质量 22 kg。发育正常,体型偏瘦,面色稍苍白。神志清,精神稍差。浅表淋巴结无肿大。面部皮肤肿胀明显,全身多处密集水疱样皮疹,粟粒至黄豆大小,少许已结痂,部分破溃伴脓点,触痛明显。口腔黏膜及舌体少许疱疹,咽部充血。颈阻(一)。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。脑膜刺激征及其他病理反射征均阴性。

实验室检查:血白细胞 $7.57 \times 10^9/L$,中性细胞比率 77.7%,中性细胞计数 $5.89 \times 10^9/L$,淋巴细胞比率 11.4%。C 反应蛋白 14.1 mg/L。心肌酶谱低密度脂蛋白(LDH) 1 360 U/L,磷酸肌酸激酶(CK) 388 U/L,CK-MB 阳性。梅毒螺旋体(TP)(-),丙型肝炎病毒(HCV)(-),HIV 初筛及确诊均为(+)。诊断:艾滋病;重症水痘;心肌损害。



图 1 治疗前

治疗:予系统抗病毒、抗感染、营养心肌等治疗,局部炉甘

石洗剂外擦等治疗。经治疗后患儿一般症状明显改善,见图 1~2,因家庭原因,放弃艾滋病系统治疗,出院后失访。



图 2 治疗后

2 讨 论

艾滋病主要见于青壮年,由人类 HIV 感染引起,近年来在世界各地均呈现发病率上升趋势。育龄妇女 HIV 感染者的增加使儿童 HIV 感染的概率相应增加^[1]。儿童 HIV 感染主要是通过母婴传播方式^[2]。随着预防措施的加强,儿童 HIV 感染母婴传播比例得到了明显控制^[3]。儿童 HIV 感染临床症状是非特异性的,这给临床诊断增加了难度。与成人不同,儿童 HIV 感染常见临床症状为:生长发育迟缓,持续腹泻,反复发热,反复细菌、病毒感染,口腔溃疡,病毒性皮肤病等。本例患儿,由于免疫力低下,感染水痘-带状疱疹病毒后,以面部皮疹为始,迅速进展为全身皮损,甚至并发了心肌损伤。根据皮损特征,临床诊断为重症水痘,后经初筛及确证实验证实为艾滋病患者。患儿虽然没有血制品输注史,但其父母及同父异母妹妹死因高度可疑。研究表明,有较高比例 HIV 感染者存在水痘-带状疱疹病毒感染^[4]。因此,水痘可能是 HIV 感染患儿的首发临床表现之一。虽然这在成人已有报道,但在儿科临床却是不多见的。由于临床症状的非特异性,加之其他多种因素,HIV 感染患儿易被误诊漏诊^[5]。因此,儿科临床医务工作者应提高对该病的认识,防止误诊漏诊,防止医源性感染。

参考文献:

- [1] 赵燕,郭万申,贾曼红,等.中国六省儿童 HIV 感染者的流行病学调查[J].中国医学科学院学报,2006,28(5):655-657.
- [2] Chin J. Current and future dimensions of the HIV/AIDS

pandemic in women and children[J]. Lancet, 1990, 336 (879):221-224.

- [3] Birlea M, Arendt G, Orhan E, et al. Subclinical reactivation of varicella zoster virus in all stages of HIV infection [J]. J Neurol Sci, 2011, 304(1/2):22-24.

• 短篇及病例报道 •

治疗 Möbius 综合征 1 例报道

李恩耀^{1,2}, 赵鹏举², 姜元俊², 郭鑫², 史华², 介小素²

(1. 郑州大学一附院脑神经科, 郑州 450001; 2. 河南省中医院小儿康复科, 郑州 450003)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.062

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1680-01

Möbius 综合征 (Möbius syndrome, MS) 是一种罕见的先天性遗传疾病, 发病率约为 0.002%, 首先由德国神经学家 Möbius 于 1888 年报道, 主要病理基础为面部及外展神经麻痹, 临床上以患者无法微笑、皱眉、吸吮、眨眼、横向移动眼睛等为特征, 一般认为此征无特殊治疗方法^[1-2]。作者采用以水针穴位点注射为主的综合康复治疗 1 例 Möbius 综合征, 效果较满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患儿, 女, 生后即发现右足内翻, 尖足, 面无表情, 双眼内斜, 睡觉时双眼不能完全闭合, 伴吸吮无力、溢奶、易惊等症状。6 个月大时在郑州大学一附院脑神经科住院治疗。患儿系第 1 胎第 1 产, 足月, 因羊水早破、浑浊行剖宫产, 出生体质量 2.85 kg。母孕期 3 周至 5 个月时反复感冒、发热, 患霉菌性阴道炎, 曾用阿司匹林、青霉素针 5 d; 给予碳酸氢钠阴道冲洗 12 d。曾因胎动明显, 行 B 超检查未见异常。患儿出生后母乳喂养 1 个月, 食奶量少。入院检查: 神清, 全身散在分布有 5 处血管瘤 (直径 1.5~5.0 cm, 头部 4 处)。头围 43 cm, 前囟 1.3 cm, 前额高, 面具脸, 眼距略宽, 双目呆滞内聚, 眼睑不能闭合, 鼻梁低平, 缩颌, 张口呼吸, 张口受限, 逗笑时口角下垂, 哭声嘶哑。头控制欠佳, 左侧歪。心、肺、腹、脊柱无畸形, 未见通贯掌, 右手食指远端指节短小, 右足向内收内翻, 跖屈旋后畸形, 双踝关节活动差, 尖足, 内翻, 扶走跛行。反应迟, 双手无抓物意识, 坐位前倾, 扶立位双下肢支持力差, 肌张力偏低, 足跟耳征阳性, 腱反射可引出。眼科检查: 角膜映光法双眼固定于内斜视, 右 +20°, 左 +15°。眼球运动: 双眼不能向内、外转, 欲外转时有轻度集合伴瞳孔收缩, 向上、下转受限, Bell's 现象正常, 需要侧方视时则转动头位。眼睑闭合不拢, 见睑裂右 1.5 mm, 左侧 2.0 mm, Bell's 现象正常重复。双角膜径正常, 瞳孔大小正常, 对光反射好; 双眼屈光介质清, 视乳头边色正常。右足 X 线示足马蹄内翻。神经电生理: 面神经运动传导波幅减低, 双侧瞬目反射呈传出型阻断, R1、R2 波均消失。脑干诱发电位: 脑干听觉诱发电位 (BAEP)、体感诱发电位 (SEP) 正常, 视觉诱发电位 (VEP) 双侧 III-V 波均延长。遗传代谢检查未见异常, 染色体核型分析未见异常。头颅 MRI 示: 额颞叶蛛网膜下腔及双侧脑室增宽。智力测试 (CDCC): 50 分。患儿父母非近亲婚配, 父母染色体检查未见异常。

1.2 治疗方法 入院后康复治疗方: 选用四神聪、百会、四

- [4] 邓燕艺, 马晓红, 李霞, 等. 小儿艾滋病误诊 3 例 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2010, 24(4):379-380.

(收稿日期: 2013-10-18 修回日期: 2014-01-25)

神聪、丝竹空、鱼腰、瞳子髎、太阳、球后、翳风、夹车、下关、合谷、地仓、背部华佗夹脊穴、内翻点、解溪、承扶、委中、阳陵泉、三阴交、风市、环跳。水针穴位点注射及针灸交替进行, 均为每周 3 次, 穴位药物选用维生素 B₁ 200 mg、维生素 B₁₂ 1 mg, 加生理盐水 100 mL 稀释, 每个穴位 1.0~1.5 mL。10 次为 1 个疗程, 每疗程间隔 7~10 d。给予腰部竖脊肌中频肌兴奋理疗、改善腰部力量, 每天 1 次。双下肢腓肠肌蜡疗、功能训练推拿, 提高患儿的运动能力, 每天 1 次。康复治疗 6 疗程至 1 岁。

1.3 治疗效果 CDCC: 90 分。能认人, 听懂日常用语, 能说出“爸爸”、“妈妈”、“欢迎”、“再见”等词, 但构音不清, 口唇欠灵活, 闭合音尤其含混。会独坐, 双手可灵活捏物。双足内翻畸形明显改善, 踝关节活动正常, 尖足消失, 肌力肌张力基本正常。面部症状有改善。视眼位: 角膜映光法双眼固定于内斜视, 右 +10°, 左 +5°。眼球运动: 双眼能部分向内、外转, 企图外转时仍有轻度集合伴瞳孔收缩, 向上、下转基本不受限, 角膜映光法需要侧方视时则转动头位。眼睑闭合时见睑裂右 0.5 mm, 左侧 1.0 mm。

2 讨论

MS 多为胚胎第 4~5 周时外胚叶和中胚叶先天发育异常引起, 出现脑神经、中央纵行束、橄榄体和锥体束等神经发育不良、萎缩, 又称先天性第 6、7 颅神经麻痹, 同时伴有眼外肌纤维化及全身发育畸形等现象。本例患儿具备该特点, 且支持外胚叶学说, 其病因或许与其母孕早期反复“感冒”有关。

根据祖国医学经络学说及针灸原理, 治疗取穴以眼周围穴位为主, 辅以四肢部位穴位。用水针穴位点注射小剂量维生素 B₁、B₁₂, 配合针灸治疗, 延续针刺效能, 改善脑电活动、脑血循环, 促神经修复、提高肌力, 从而改善智力、运动发育。

参考文献:

- [1] Verzijl HT, van der Zwaag B, Cruysberg JR, et al. Möbius syndrome redefined: a syndrome of rhombencephalic maldevelopment [J]. Neurology, 2003, 61(3):327-333.
- [2] Lima LM, Diniz MB, dos Santos-Pinto L. Moebius syndrome: clinical manifestations in a pediatric patient [J]. Pediatr Dent, 2009, 31(4):289-293.

(收稿日期: 2013-10-04 修回日期: 2014-01-18)