

• 病例报告 •

中西医结合治疗慢性肾功能衰竭合并剥脱性皮炎 1 例

韩存恩

(雅安市中医医院内二科, 四川雅安)

摘要: 慢性肾功能衰竭合并剥脱性皮炎临床较罕见, 其临床治疗除应用大量激素外, 其它治疗方法多不理想。反而因剥脱性皮炎及大量激素均会导致肾功能进一步恶化, 故一旦发生则预后极差; 本文采用中西医结合治疗该病 1 例, 取得满意疗效。本文旨在对该病引起重视, 积累经验。

关键词: 中西医结合; 肾功能衰竭; 剥脱性皮炎

中图分类号: R334+1

文献标识码: B

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.76.158

本文引用格式: 韩存恩. 中西医结合治疗慢性肾功能衰竭合并剥脱性皮炎 1 例 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(76): 276.

1 病例资料

患者, 女, 69 岁, 住院号: 201802328, 于 2018 年 03 月 27 日就诊, 患者入院前 3 天因“头晕、头痛、咳嗽、咳痰”在院外服用诊所医生自配感冒药物(可能含有磺胺类药物)后约半小时后出现全身皮肤瘙痒、潮红, 尤以颈部及前胸部潮红较明显, 自行服用西利替嗪片后未见好转, 瘙痒症状逐渐加重伴皮肤破损及水泡形成。遂就诊于雅安职业技术学院附属医院皮肤科, 诊断为“药物性剥脱性皮炎”, 患者为求中西医结合治疗遂来我科住院治疗。入院后复查: 肾功: BUN 25.96 mmol/L, CREA 451.60 μmol/L, eGFR 9.8 mL/min, UA 557 μmol/L; hsCRP > 10 mg/L; 血常规: WBC $3.56 \times 10^{12}/L$, NEU% 70.4%, HGB 97 g/L; 肝功、血脂、电解质及大便常规解质等指标未发现异常。入院后中医诊断为药毒(湿热蕴肤); 西医诊断: 1、药物性剥脱性皮炎; 2、慢性肾功能衰竭(肾衰竭期)肾性贫血。

2 治疗经过及转归

嘱患者停用一切可疑药物, 予以甲泼尼龙注射液 80 mg/d、葡萄糖酸钙 20 mL/d、维生素 C 3.0 g/d、盐酸左西替利嗪片 5 mg/d、中药先后予以五味消毒饮合黄连解毒汤、清营汤合增液汤(日一剂)、康复新液、洁悠神交替外搽皮损处 3 次/d。治疗后 8 d, 复查肾功: BUN 30.28 mmol/L, CREA 304.60 μmol/L, UA 442 μmol/L, hsCRP 0.5 mg/L; 治疗 12 d 后, 患者面部及全身皮损颜色逐渐变淡, 水泡逐渐干涸结痂, 未有新的皮损发生, 皮肤瘙痒、烧灼症状消失, 遂将甲泼尼龙注射液减为 60 mg/d, 患者症状逐渐减轻; 治疗 18 d 后将甲泼尼龙注射液减为 40 mg/d 后患者突然出现颜面部发红、瘙痒, 考虑为激素减量过快所致, 请皮肤科会诊后加用复方甘草酸苷 80 mg/d 抗炎、抗过敏治疗后颜面部发红、瘙痒症状消失; 治疗 27 d 时, 患者皮肤潮红、瘙痒症状未再复发, 将甲泼尼龙注射液改为甲泼尼龙片 24 mg/d 治疗(每周减 1 片)。患者于 4 月 26 日好转出院。出院后 2 周来院复诊, 皮损完全消失。

3 讨论

剥脱性皮炎又称红皮病^[1], 为一种严重的药物性皮炎, 表现为全身皮肤呈弥漫性潮红、肿胀, 颜色为鲜红色到棕红色, 以后大量脱屑且伴有严重的全身症状, 如不及时治疗严重者因继发感染或全身衰竭而危及生命。慢性肾功能衰竭患者原本各系统、脏器功能已有不同程度受损, 加之由于肾小球滤过率下降, 药物半衰期延长, 排泄缓慢, 因此在此基础上再发生剥脱性皮炎, 则危险性更大、死亡率也更高^[2]。

祖国医学对剥脱性皮炎虽无相似病名的文献记载, 而有“药毒”之说^[2]; 中医学认为药毒发疹, 必郁于内外, 内外因相互作用而发病^[3]。本病发病机制多为先天禀赋不足, 脾运失司, 血热内蕴, 毒入营血, 加之误用刚剂热药, 火毒内攻, 两阳相搏, 气血两燔, 蕴蓄肌肤而发病, 导致皮肤瘙痒和剥脱^[4]。本病初起来势凶险, 以皮肤黏膜出现红斑、肿胀、水泡、糜烂流滋为主要表现, 治宜清热解毒, 凉血燥湿, 方选五味消毒饮合黄连解毒汤加减(金银花 30 g,

连翘 20 g, 野菊花 15 g, 蒲公英 15 g, 赤芍 15 g, 黄连 10 g, 黄芩 15 g, 黄柏 15 g, 生地黄 20 g, 牡丹皮 15 g, 地骨皮 15 g, 射干 15 g, 地肤子 15 g, 白鲜皮 30 g 水煎服, 每日 1 剂, 分 3 次服)。病程中后期证属热燔营血, 营阴耗伤, 兼有湿热蕴蒸肌肤, 治宜凉血解毒、养阴生津、清热利湿, 故予增液汤合清营汤加减(玄参、麦冬、生地黄、银花、泽泻、连翘、黄芩、茯苓各 15 g, 丹参 20 g, 水牛角、牡丹皮各 15 g, 苦参、黄柏各 10 g)。中西医结合治疗本病具有标本兼顾、缓急并举, 并能减轻激素用量及副作用的优点。正如陈明岭等^[5]报道, 重症药疹运用足量激素治疗的同时, 运用五味消毒饮合黄连解毒汤加减辅助治疗, 可取得良好疗效。另外, 有研究报道^[6]中药的黄连、黄芩、黄柏能抑制变态反应, 雷公藤、甘草有类似激素作用, 而无激素不良反应, 可减少激素用量。

笔者认为, 在重症剥脱性皮炎发病急性期, 正确使用足量激素可控制病情, 挽救患者生命; 同时应从整体着手, 辨证施治, 中西药并用, 发挥各自优势, 方能取得满意疗效。激素减量不能以应用时间为标准, 而应根据患者的病情发展, 尤其对于重型药疹, 激素减量应讲一个“稳”字, 以免病情反复。临床上治疗该病应注意以下几点: ①早短期足量使用激素, 迅速控制病情后以较快速度减量, 这样可以缩短病程, 降低激素总用量, 减少了并发症的发生, 但应监测糖皮质激素的急性不良反应^[7], 如果激素减量过早, 可加用复方甘草酸苷而减少激素用量; ②在没有明确感染迹象症状的情况下, 原则上不推荐预防性给予广谱抗生素, 若合并感染, 需及早使用副作用较小的广谱高效抗生素, 剂量足, 但疗程不宜过长; 复方甘草酸苷有类似糖皮质激素样作用, 有抗炎抗、过敏作用, 且对肝脏又有保护作用, 与糖皮质激素联用可降低糖皮质激素用量, 减少激素不良反应, 故可以使用, 但提示临床注意监测相关不良反应^[8]。

参考文献

- [1] 邵长庚, 靳培英. 红皮病的治疗进展 [J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(3): 186-188.
- [2] 陆玮, 单剑萍, 朱汉威. 慢性肾功能衰竭患者口服别嘌醇致剥脱性皮炎 4 例临床分析 [J]. 实用医学杂志, 2005, 21(5): 724-725.
- [3] 屈双擎. 中西医结合治疗皮肤病. 第 14 讲. 药疹的诊断与治疗 [J]. 中国临床医生, 2010, 38(2): 29-31.
- [4] 欧阳恒, 杨志波. 新编中医皮肤病学 [M] 北京: 人民军医出版社, 2000: 282-285.
- [5] 陈明岭, 邓婧靓, 霍艳丹, 等. 中西医结合治疗左氧氟沙星致大疱性表皮松解型药疹 1 例 [J]. 四川中医, 2010, 28(5): 110.
- [6] 赵秘密, 贺羽, 周汛. 重症药疹的临床治疗进展 [J]. 现代医药卫生, 2016, 32(24): 3793-3796.
- [7] 郑曙光. 药源性剥脱性皮炎临床诊治分析 [J]. 医药论坛杂志, 2009, 30(10): 61-62.
- [8] 高慧, 马琳, 桂婵. 临床药师参与 1 例剥脱性皮炎型药疹患者会诊的体会 [J]. 中国药师, 2014, 17(11): 1914-1916.

作者简介: 韩存恩 (1982-), 男, 汉, 山西忻州, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 中西医治疗肾脏疾病。