

【引文格式】 李园园,施东雯,孙淑娟,等. 165 例红皮病临床分析[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2020,27(3):160-163, 167. DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2020.03.005.

· 论著 ·

165 例红皮病临床分析

李园园, 施东雯, 孙淑娟, 邵丽芳

(空军特色医学中心皮肤科,北京 100142)

【摘要】 目的:分析红皮病的病因、诱因、临床特点、治疗方法及疗效。方法:回顾性分析 2017 年 1 月至 2019 年 1 月我院 165 例红皮病患者的临床资料。结果:165 例患者中,男 116 例,女 49 例,男女比例为 2.37:1;平均年龄(53.46 ± 18.58)岁;93.33% 继发于原有皮肤病,3.03% 继发于药物过敏,1.21% 继发于肿瘤,2.42% 不明原因;最常见诱因为不规范使用糖皮质激素;针对不同病因,给予相应方法治疗,有效率达 72.73%。结论:红皮病以中老年男性多见,病因主要为继发于银屑病,其次为湿疹。红皮病的治疗、预后与原发疾病相关。临床上应根据不同病因采取不同治疗方法,同时给予对症支持治疗,提高患者生存率。

【关键词】 红皮病; 病因; 治疗

【中图分类号】 R758.67 【文献标识码】 A DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2020.03.005

Clinical analysis of 165 cases of erythroderma

Li Yuan-yuan, Shi Dong-wen, Sun Shu-juan, Shao Li-fang

(Dermatology Department, Air Force Medical Center, Beijing 100142, China)

Corresponding author: Shao Li-fang, E-mail:slifang0305@163.com

【Abstract】 **Objective:** To analyze the etiology, triggering factors, clinical characteristics and therapeutic outcomes of erythroderma. **Methods:** The clinical data of 165 inpatients with erythroderma treated in our department from January 2017 to January 2019 were retrospectively analyzed. **Results:** These patients included 116 males and 49 females, with mean age of (53.46 ± 18.58) years. Erythroderma secondary to skin disorders, drug allergy and tumors accounted 93.33%, 3.03%, and 1.21%, respectively. The etiologies of the rest cases were unknown. The most common triggering factor was non-standardized use of glucocorticoids. Etiology-based treatment regimens yielded effective rate of 72.73%. **Conclusions:** Erythroderma occurs mainly in aged males. Psoriasis is the most common cause of erythroderma, followed by eczema. The treatment and prognosis of erythroderma are associated with the primary disease. Etiology-based therapy and symptomatic support can improve the survival rate.

【Keywords】 erythroderma; cause; treatment

红皮病是一种严重的全身性皮肤病,发病率约为 0.000 1% ~ 0.000 2%^[1],严重危害患者的健康。为了解红皮病常见的病因、诱发因素、临床特征、治疗及转归,本研究对我科收治的 165 例红皮病患者的临床资料进行回顾性分析,现将结果

报告如下。

1 资料与方法

资料来源于 2017 年 1 月至 2019 年 1 月我院皮肤科收治的 165 例红皮病患者,所有患者均符合《中国临床皮肤病学》红皮病的诊断标准^[2],排除临床资料不完整者。对患者的一般情况、病因、

诱发因素、临床表现、合并症、实验室检查、治疗方法及疗效等临床资料进行回顾性分析。疗效判断标准:治愈:临床症状消失,皮损完全消退;显效:临床症状消失,皮损消退 70% ~ <100%;好转:临床症状部分消失,皮损消退 50% ~ <70%;无效:临床症状改善不明显,皮损消退 <50%。有效率 = (治愈例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

2 结果

2.1 一般资料

165 例患者中男 116 例,女 49 例,男女比例为 2.37 : 1;年龄 7 ~ 94 岁,平均(53.46 ± 18.58)岁;其中 ≤ 20 岁 10 例(6.06%),21 ~ 40 岁 27 例(16.36%),41 ~ 60 岁 57 例(34.55%),>60 岁 71 例(43.03%);入院前病程 14 天 ~ 40 年,平均(3.93 ± 7.21)年。20 例患者因反复发作 3 次以上住院。

2.2 病因

继发于其他皮肤病 154 例(93.33%),药物过敏 5 例(3.03%),肿瘤 2 例(1.21%),不明原因 4 例(2.42%)。详见表 1。

表 1 165 例红皮病患者病因分析

Tab.1 Etiological analysis of 165 patients with erythroderma

病因	例数(例)	构成比(%)
继发于其他皮肤病	154	93.33
银屑病	82	49.70
湿疹	42	25.45
嗜酸性粒细胞增多性皮肤病	12	7.27
毛发红糠疹	6	3.64
副银屑病	4	2.42
日光性皮炎	3	1.82
玫瑰糠疹	1	0.61
染发皮炎	1	0.61
特应性皮炎	1	0.61
荨麻疹	1	0.61
鱼鳞病	1	0.61
药物过敏	5	3.03
卡马西平	1	0.61
长春新碱	1	0.61
丙基硫氧嘧啶	1	0.61
头孢西汀	1	0.61
扑热息痛	1	0.61
肿瘤	2	1.21
T 细胞淋巴瘤	1	0.61
肺癌	1	0.61
不明原因	4	2.42
合计	165	100

2.3 诱发因素

有明确诱因者 110 例:不规则应用糖皮质激素 50 例(30.30%);口服中药 26 例(15.76%);外用刺激药物 8 例(4.85%),包括中药外洗 5 例、药酒 2 例、绵羊油 1 例;上呼吸道感染 6 例(3.64%);口服偏方 5 例(3.03%);停免疫抑制剂 4 例(2.42%);其他 11 例(6.67%),包括饮酒 6 例、日晒 2 例、食用海鲜、光疗及情绪波动各 1 例。

2.4 临床表现及实验室检查

所有患者皮疹面积均超过全身体表面积 90%。76 例(46.06%)急性发病,皮损以全身弥漫潮红、水肿、渗出为主;89 例(53.94%)亚急性或慢性发病,以皮肤弥漫性肥厚、潮红、糠秕样脱屑为主。部分患者伴有发热、粘膜损害(口腔粘膜破溃、糜烂)、浅表淋巴结肿大(颈部、腋窝、腹股沟淋巴结至少一个部位肿大)、双下肢凹陷性水肿、指(趾)甲改变(混浊、增厚、凹陷、顶针样改变、脱落)等。实验室检查异常主要表现为白细胞升高、嗜酸性粒细胞升高及肝肾功异常等,详见表 2。

表 2 临床表现及实验室检查异常情况分布

Tab.2 Distribution of clinical manifestations and laboratory abnormalities

项目	例数(例)	构成比(%)
临床表现		
潮红、肿胀、渗出	76	46.06
弥漫性肥厚、糠秕样脱屑	89	53.94
皮肤瘙痒	123	74.55
发热	86	52.12
浅表淋巴结肿大	69	41.82
双下肢水肿	67	40.61
指甲受累	54	32.73
掌跖角化过度	41	24.85
粘膜损伤	32	19.39
关节肿痛	6	3.64
实验室检查		
血白细胞计数升高	98	59.39
血嗜酸性粒细胞升高	75	45.45
血红蛋白降低	43	26.06
C-反应蛋白升高	47	28.48
血沉升高	51	30.91
蛋白尿	10	6.06
肝功能异常	35	21.21
肾功能异常	24	14.55
白蛋白降低	69	41.82
血脂升高	67	40.61
电解质紊乱	38	23.03
尿酸升高	52	31.52

2.5 其他检查

心电图异常 26 例(15.76%):窦性心动过速 10 例,窦性心律不齐 4 例,室性早搏 4 例,完全性右束支传导阻滞 3 例,左室高电压 2 例,T 波改变、短 P-R 间期、Q-T 间期延长各 1 例。胸片异常 28 例(16.97%):肺部炎症 15 例,间质性改变 5 例,肺纤维化 2 例,左侧胸腔积液 2 例,双侧胸膜增厚粘连 2 例,肺结节 1 例,肺癌 1 例。腹部超声异常 47 例(28.48%):脂肪肝 21 例,肝囊肿 9 例,肾囊肿 7 例,肾结石 5 例,胆囊息肉 2 例,脾大、肾功能不全、肝血管瘤各 1 例。

2.6 皮肤组织病理及骨髓穿刺

50 例行组织病理检查,其中 24 例(48.00%)为非特异性皮炎改变,9 例(18.00%)符合银屑病改变,7 例(14.00%)符合嗜酸性粒细胞增多性皮肤病改变,3 例(6.00%)毛发红糠疹,3 例(6.00%)副银屑病,2 例(4.00%)药物超敏反应综合症,1 例(2.00%)细胞性 T 细胞淋巴瘤,1 例(2.00%)为肿瘤引起的皮肤反应。9 例行骨髓穿刺检查,其中 5 例(55.56%)符合嗜酸性粒细胞增多性皮肤病,1 例(11.11%)符合非霍奇金血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤,3 例(33.33%)无异常。

2.7 并发症

红皮病起病前合并高血压 36 例,2 型糖尿病 11 例,冠心病 9 例,脑梗死 6 例,支气管哮喘 2 例,结核性胸膜炎 2 例,甲状腺功能减退 2 例,强直性脊柱炎、慢性乙型病毒性肝炎、肺气肿、陈旧性肺

结核及肺癌各 1 例。治疗过程中出现肺部感染 12 例,高血压 11 例,一过性血糖升高 8 例,泌尿系感染 5 例,菌血症 4 例。

2.8 治疗及转归

所有患者入院后均给予对症支持治疗,如降温、止痒、利尿消肿、保肝肾、预防继发感染、纠正电解质紊乱及低蛋白血症等,加强皮肤及粘膜护理,根据皮损情况选择外用药物:炉甘石洗剂、糠酸莫米松乳膏、黄连氧化锌霜、润肤霜、硼酸软膏、硼酸溶液等。加强饮食,嘱患者高蛋白、高维生素饮食。注意病房消毒隔离。及时查明病因,给予对因治疗,如继发于药物过敏者首先停用可疑致敏药物,早期给予足量糖皮质激素、抗组胺药物,效果不佳者可联合免疫球蛋白;继发于湿疹、皮炎者,应用雷公藤多甙片、羟氯喹片等联合抗组胺药物及复方甘草酸苷注射液,病情较重者可给予激素治疗;继发于嗜酸性粒细胞增多性皮肤病者给予小剂量激素、雷公藤多甙片,联合抗组胺药物及复方甘草酸苷注射液;继发于银屑病及毛发红糠疹者,如无禁忌症给予阿维 A、雷公藤多甙片及复方甘草酸苷注射液等。原因不明及肿瘤患者给予对症治疗,其中 1 例联合激素治疗。治疗过程中根据疾病严重程度,多选用 2 种或 2 种以上药物联合应用。165 例患者住院时间 5~58 天,平均(18.96±9.35)天。共治愈 31 例(18.79%)、显效 89 例(53.94%)、好转 32 例(19.39%)、无效 13 例(7.88%),有效率 72.73%。详见表 3。

表 3 各组患者治疗效果比较 例(%)

Tab. 3 Comparison of treatment efficacy between the two groups Case(%)							
病因	例数	平均住院时间($\bar{x} \pm s, d$)	治愈	显效	好转	无效	有效率(%)
继发于其他皮肤病	154	17.98±7.73	28(18.18)	86(55.84)	28(18.18)	12(7.80)	74.03
药物过敏	5	27.20±17.38	1(20.00)	2(40.00)	1(20.00)	1(20.00)	60.00
肿瘤	2	15.00±6.00	1(50.00)	0	1(50.00)	0	50.00
不明原因	4	23.50±12.50	1(25.00)	1(25.00)	2(50.00)	0	50.00

3 讨论

红皮病临床表现为大于体表面积 90% 以上的皮肤出现弥漫性潮红,伴有不同程度的脱屑^[3],常合并代谢紊乱及内脏损伤,病情较重,国内死亡率高达 11.4% 左右^[2]。本组病例中男性发病数高于女性,比例为 2.37:1,40 岁以上患者发病率 77.58%,与既往国内文献报道基本一

致^[4-5]。红皮病病因复杂,国内外文献^[6-7]报道常见病因包括继发于其他皮肤病、药物过敏、肿瘤及不明原因,其中继发于其他皮肤病及药物过敏为主要原因。本组资料中 93.33% 继发于其他皮肤病,其次是药物过敏(3.03%)、肿瘤(1.21%),不明原因占 2.42%,与既往文献^[8]报道原因构成基本一致,比例稍有不同。继发于其他皮肤病中银

屑病与湿疹最常见,分别为 49.70% 及 25.45%,可能与这两种疾病发病率高、多数患者常年不愈、盲目就医、治疗不规范等因素有关。3.03% 病因为药物过敏,发生率低于饶燕等^[9]对 106 例红皮病患者分析结果,考虑与区域及入组病例选择有关。原因不明引起的红皮病又称为原发性红皮病。张媛媛等^[10]报道原发性红皮病比例高达 8.42%,本组病例原发性红皮病发生率为 2.42%。Akhyani 等^[11]认为引起原发性红皮病的原因包括老年特应性皮炎、药物过敏、淋巴瘤的前期皮疹及潜在的恶性肿瘤。其中皮肤 T 细胞淋巴瘤在老年性原发性红皮病中最常见^[12]。故对不明原因的红皮病患者,治疗过程中应合理用药,避免使用易过敏药物加重病情,并长期随访,定期进行系统性检查及多次多部位组织病理学检查,以做到早期诊断,及时治疗。

本组病例中最常见诱因为不规则应用糖皮质激素、口服中药及外用刺激性药物,这与常见病因为银屑病、湿疹有关,两者均为常见的慢性炎症性皮肤病,反复发作,常年不愈,患者根治心态急迫,多就诊于私人诊所或网购药物,追求短期疗效,不规范使用激素,起效后骤然停药可引发红皮病。分析大部分患者服用中药发现多含有蝉蜕、乌蛇、僵蚕及全蝎等,此类中药成分为动物蛋白,既可诱发药物性红皮病,亦可加重原发病进展成为红皮病。且银屑病、湿疹患者因长期外用药物治疗,大部分患者存在皮肤屏障功能受损,外用刺激性药物易加重原发病,诱发红皮病。因此对于银屑病、湿疹等慢性炎症性皮肤病患者应加强宣教,科普相关知识,缓解患者焦虑情绪,避免轻信网络、电视广告的误导性宣传,引导患者正规就医,专病专治,科学规范用药。

红皮病是一种综合病症,常伴有发热、水肿、淋巴结肿大、感染、低蛋白血症、电解质紊乱及肾功能异常等^[2]。本组病例中 74.55% 的患者感到不同程度的瘙痒,考虑与红皮病患者存在泛发的皮肤炎症,引起皮肤屏障功能受损,皮肤经皮失水率增加,皮肤含水量减少,皮肤干燥、脱屑有关。发热者占 52.12%,其中大部分患者为中低热,考虑与皮肤屏障功能受损、吸收毒素及皮肤散热机能异常有关^[13]。大部分患者淋巴结肿大与红皮病病情相关,为反应性增生,病情缓解后可消退。红皮病患者大量脱屑、进食少、高代谢,可引起贫

血、低蛋白血症及电解质紊乱等。本组病例中 21 例合并感染,患者平均年龄 ≥ 74 岁,其中 8 例合并低蛋白血症,国内文献^[14]报道随着患者年龄的增长及血浆白蛋白的降低,感染率和死亡率明显增加。所以在临床工作中,对红皮病患者,尤其老年患者,要注意监测血清白蛋白,及时纠正低蛋白血症。血尿酸作为一个敏感指标,在红皮病累及肾脏时,早于血尿素氮和血肌酐升高^[15]。本组病例中高尿酸血症患者 52 例,提示对红皮病合并高尿酸患者应警惕是否存在肾脏损伤。

红皮病患者应积极寻找病因,根据病因选择用药,同时给予对症支持治疗。银屑病、毛发红糠疹引起的红皮病,可给予复方甘草酸苷注射液、阿维 A、雷公藤多甙等治疗;继发于湿疹皮炎者给予复方甘草酸苷注射液、雷公藤多甙等药物治疗,根据病情单独或联合用药,尽量避免系统或大面积应用糖皮质激素。复方甘草酸苷具有抗炎、免疫调节作用,同时可护肝、降酶^[16];阿维 A 可促进表皮细胞正常增殖、分化,有效减少脱屑,促进患者角质层变薄,减轻表皮及真皮的炎症,同时具有免疫功能调节作用^[17];雷公藤多甙具有抗炎和调节免疫的作用,拮抗并抑制患者体内炎性介质的释放^[18]。对于急性期患者,阿维 A 应从小剂量开始用药,避免引起过敏反应加重病情。药物过敏引起的红皮病,早期给予足量激素治疗,病情控制后可逐渐减少用量,大部分患者预后较好,本组 1 例药物超敏反应综合征患者单用激素效果不佳,需联合应用免疫抑制剂及免疫球蛋白,减药过程中病情易反复,预后较差,应重视。对于原因不明者,积极查找病因,对症治疗,长期随访。

[参考文献]

- [1] BUKA B, ULIASZ A, KRISHNAMURTHY K. Buka's emergencies in dermatology [M]. New York: Springer, 2013:133-145.
- [2] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:1003-1005.
- [3] TAN T L, CHUNG W M. A case series of dermatological emergencies-erythroderma [J]. Med J Malaysia, 2017, 72 (2):141-143.
- [4] 郑伟军,简仁杰,黄福祥,等. 红皮病 56 例临床分析及药物治疗效果观察 [J]. 海峡药学, 2015, 27 (5):97-98.

[参考文献]

- [1] 贡其星,范钦和,谢军,等. 上皮样血管瘤七例临床病理观察[J]. 中华病理学杂志,2013,42(9):593-598.
- [2] WELLS G C, WHIMSTER I W. Subcutaneous angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia[J]. Br J Dermatol, 1969,81(1):1-14.
- [3] ADLER B L, KRAUSZ A E, MINUTI A, et al. Epidemiology and treatment of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE): a systematic review[J]. J Am Acad Dermatol,2016,74(3):506-512.
- [4] 王翠彦,孙兰,安湘杰,等. 上皮样血管瘤 9 例[J]. 临床皮肤科杂志,2015,44(6):368-370.
- [5] HUSSAIN J A, AL ZAMEL H, NAWAZ B. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (epithelioid hemangioma) of the external auditory canal, an unusual presentation in an adult female: a case report[J]. J Surg Case Rep,2018,7:rjy145. doi:10.1093/jscr/rjy145.
- [6] 钟毅,黄怀球,张晓辉,等. 2 例上皮样血管瘤临床分析及文献复习[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2011,18(6):379-381.
- [7] KIM S M, YOON J, YOON T J. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia on the palm[J]. Ann Dermatol, 2010,22(3):358-361.
- [8] HALTEH P, MAGRO C, LIPNER S R. Angiolymphoid

- hyperplasia with eosinophilia of the nail unit[J]. Dermatol Online J,2017,23(6):13030/qtOWp8p8bb.
- [9] 石冬艳,王怀劬,殷致宇,等. 发生在外阴部位的上皮样血管瘤[J]. 临床皮肤科杂志,2019,48(2):88-90.
- [10] AKDENIZ N, KÖSEM M, CALKA O, et al. Intralesional bleomycin for angiolymphoid hyperplasia[J]. Arch Dermatol,2007,143(7):841-844.
- [11] AHN H J, LEE K G. A clinicopathological study of Kimura's disease and epithelioid hemangioma[J]. Yonsei Med J,1990,31(3):205-211.
- [12] SHON W, BILLINGS S D. Epithelioid vascular tumors: a review[J]. Adv Anat Pathol,2019,26(3):186-197.
- [13] KO J S, BILLINGS S D. Diagnostically challenging epithelioid vascular tumors[J]. Surg Pathol Clin,2015,8(3):331-351.
- [14] TRIVEDI A, NORRIS I, DEWITT C M, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia treated with mohs micrographic surgery[J]. Dermatol Online J, 2019,25(12):13030/qlt75v80t.
- [15] NOUCHI A, HICKMAN G, BATTISTELLA M, et al. Treatment of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) using topical tacrolimus: two cases[J]. Ann Dermatol Venereol,2015,142(5):360-366.

[收稿日期] 2020-03-19

[修回日期] 2020-05-22

(上接第 163 页)

- [5] 刘玉磊,贺伟,王海玲. 红皮病 66 例临床分析[J]. 内蒙古医科大学学报,2019,41(S1):199-201.
- [6] 李凯,陈柳青,杨光艳,等. 182 例红皮病病因与临床特征分析[J]. 中华皮肤科杂志,2011,44(11):786-788.
- [7] SEHGAI V N, SRIVASTAVA G, SARDANA K. Erythroderma exfoliative dermatitis: a synopsis[J]. Int J Dermatol,2004,43(1):39-74.
- [8] 陆燕洪,陈爱明,高亚丽. 红皮病 71 例临床分析[J]. 临床皮肤科杂志,2012,41(5):279-280.
- [9] 饶燕,李彦希,刁庆春. 红皮病 106 例临床分析[J]. 四川医学,2015,36(6):881-883.
- [10] 张媛媛,邓东灵,孔庆涛,等. 红皮病 95 例临床分析[J]. 医学研究生学报,2018,31(7):730-733.
- [11] AKHYANI M, GHODSI Z S, TOOSI S, et al. Erythroderma: a clinical study of 97 cases[J]. BMC Dermatol, 2005, 5:5.
- [12] CÉSAR A, CRUZ M, MOTA A, et al. Erythroderma. A clinical and etiological study of 103 patients[J]. J Der-

- matol Case Rep,2016,10(1):1-9.
- [13] 顾有守. 红皮病[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2006,22(8):682-685.
- [14] 李维勤,黎介寿,全竹富,等. 严重感染病人低白蛋白血症的影响因素与临床意义[J]. 肠外与肠内营养, 2000,7(4):252.
- [15] 王强,佟艳梅,李铁男. 143 例红皮病临床资料分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志,2009,8(2):97-98.
- [16] 褚美琴. 复方甘草酸苷联合阿伐斯汀片治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2015,22(3):241-242.
- [17] 薛如君,陈慧姮,梁晓冬,等. 阿维 A 治疗儿童脓疱型银屑病疗效及安全性观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2017,24(6):377-381.
- [18] 管昕. 阿维 A 联合雷公藤多甙对银屑病的治疗效果[J]. 中国卫生标准管理,2016,7(22):131-133.

[收稿日期] 2020-03-27

[修回日期] 2020-05-27