CHINA MEDICAL ABSTRACT OF DERMATOLOGY

中国医学文摘
皮肤科学

ZHONGGUO YIXUE WENZHAI PIFUKEXUE

ISSN 1001-8077 CN 61-1101/R

2016年12月 第33卷 第6期

"药疹"专刊

我是如何处理重型药疹的

重症药疹的基因机制

药疹的实验室检查

儿童药疹的特点

表皮坏死型药疹的液体治疗

ISSN 1001-8077

9 771001 807165 12>

中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊

中国期刊全文数据库全文收录期刊

中华人民共和国教育部 主管 西安交通大学 主办

中国医学文摘·皮肤科学

Zhongguo Yixue Wenzhai Pifukexue

双月刊　1984年8月创刊　2016年第33卷第6期 总第172期　2016年12月出版

目　次

·本期寄语·

药疹防治亟待加强……施辛(675)

·专家笔谈·

677 我是如何处理重型药疹的
◎郑捷

郑捷教授,上海交通大学医学院附属瑞金医院皮肤科、临床免疫科主任,主任医师,博士生导师,上海交通大学皮肤病学重点学科带头人,瑞金-耶鲁皮肤淋巴瘤治疗中心主任;上海市教育委员会"曙光学者"、"曙光跟踪"和"上海市卫生系统百人计划"(优秀学科带头人)。1982年毕业于上海第二医学院(现为上海交通大学医学院)后在附属瑞金医院皮肤科工作至今。先后师从张传鈞、陈顺乐教授获皮肤病学硕士与内科(风湿病)学博士学位,1992年破格晋升副主任医师,1997年晋升主任医师。北美皮肤科医师协会荣誉会员,中华医学会皮肤性病学分会主任委员,上海市医学会风湿病专业委员会顾问,上海市疾病控制中心专家委员会委员。国内多家专业杂志副主编,British Journal of Dermatology 编委,New England Journal of Medicine 等期刊审稿人。以主编、副主编编写著作12部,近五年发表学术论文92篇,主持多项国家自然科学基金和多项市、部级课题。获上海市科技进步二等奖和上海医学三等奖各1项。专业特长为自身免疫性疾病的诊断与治疗,如红斑狼疮、皮肌炎与多肌炎、硬皮病等结缔组织病,白塞氏病等各种类型的血管炎和天疱疮等大疱性皮肤病及银屑病、银屑病性关节炎等炎症性皮肤与关节疾病和皮肤淋巴瘤的治疗。在国内率先提出以尽可能少的糖皮质激素治疗系统性红斑狼疮等各种自身免疫病,首次采用非"化疗"方法治疗皮肤淋巴瘤。

[内容简介]　重型药疹主要包括Stevens-Johnson综合征(SJS)和中毒性表皮松解坏死症(TEN)、高敏综合征(DRESS)。它们的共同特点是发病急、多器官受累、治疗过程中易有反复、并发症多、死亡率高。导致重型药疹发生并发症和后遗症的主要因素是大剂量、长时期的使用糖皮质激素(GC),在导致患者死亡的原因中除了疾病本身的因素外,GC的不恰当使用也是主要原因之一。重症药疹的病因不同,处理也要不同。作者在2000年就提出重型药疹的处理要做到"三个零":即零死亡率、零并发症和零后遗症。现在对重型药疹中的DRESS还应提出新的要求,即长期随访,观察有无DRESS后的自身免疫病发生,总结经验,如何避免。重型药疹的处理,首当其冲的处理是停用致敏药物,多饮水或静脉补液以加速致敏药物排泄,同时根据病情采取措施保护器官损害,缓解症状和抗炎的治疗等。

·专家笔谈·

681 重症药疹的基因机制

◎杨凡萍，骆肖群

骆肖群教授，复旦大学附属华山医院皮肤科主任医师、博士生导师，免疫实验室主任。上海市变态反应协会副主任委员，中华医学会皮肤病学分会免疫皮肤病组委员，中国医师协会皮肤科医师分会过敏与临床免疫亚专业委员，上海市医学会皮肤病分会免疫学组副组长。作为项目负责人承担国家自然科学基金项目3项。发表SCI论文9篇，申请国家发明专利4项，Pharmacogenomics等杂志的Peer Reviewer。擅长痤疮、银屑病、湿疹、荨麻疹、药物性皮炎、白癜风、脱发、SLE、自身免疫性大疱病的诊治。

[内容简介] 重症药疹(SDRs，包括Stevens-Johnson综合征、中毒性表皮坏死松解症、药物反应伴嗜酸性粒细胞增多和系统症状以及急性泛发性发疹性脓疱病)。一旦罹患，不仅影响患者原发疾病的临床治疗，而且因其死亡率高、后遗症多，给患者及社会带来巨大损失。近年来关于重症药疹的基因研究有了重大突破：特定的人类白细胞抗原(HLA)基因目前已被证实与阿巴卡韦、卡马西平、别嘌呤醇、柳氮磺胺吡啶等临床常见药物所致药疹相关；药物/药物代谢产物-HLA分子-T细胞受体(TCR)复合物的形成与重症药疹的发病密切相关；非HLA基因如药物代谢相关酶基因、功能性细胞因子基因多态性亦被发现参与药疹发病。这些研究一方面为药疹发病机制的阐明提供了新的线索；另一方面，进行临床用药前易感HLA等位基因的筛查能很大程度上保证用药的安全性。

·专家笔谈·

688 斑丘疹型药疹

◎陈金波，陈柳青，段逸群，王富玺

陈金波教授，武汉市第一医院皮肤科副主任医师、美国北卡罗莱纳大学博士后、硕士研究生导师。武汉医师协会青年医师委员会常务理事，武汉医师协会皮肤科医师分会第一届委员会委员兼干事，武汉市医学会皮肤性病学分会委员兼秘书。武汉中青年医学骨干人才，武汉市政府博士资助对象。主要研究方向为自身免疫性大疱性皮肤病、药疹、光动力治疗等。主持国家自然科学基金及省市课题4项。发表论文20余篇。获中华医学会皮肤性病学分会优秀研究生和中国皮肤科医师年会优秀论文奖。

[内容简介] 斑丘疹型药疹(MPE)是药疹中最常见的一种类型，常不伴系统受累，病程良性，停药后可缓解，属于轻型药疹。其发病机制主要与IVb及IVc型变态反应有关，效应细胞主要为$CD4^+$ T细胞中的Th1细胞。病毒感染在MPE型药疹的发生发展中起重要作用，MPE型药疹的发病具有遗传易感性，氧化应激可加重MPE药疹。MPE型药疹需要与病毒疹鉴别，同时需警惕是否为重症药疹的早期表现。治疗主要采取支持疗法。停用致敏药物是首要的治疗原则，可外用润肤剂。MPE型药疹往往比病毒性发疹性疾病恢复更快。

·专家笔谈·

693 中毒性表皮坏死松解型药疹

◎余晚玲，晋红中

晋红中教授，北京协和医学院皮肤性病学系主任，北京协和医院皮肤科主任、主任医师、博士生导师。中华医学会皮肤科分会委员、银屑病学组委员，中国医师协会皮肤科分会常委兼免疫亚专业主任委员、北京医师协会皮肤科分会副会长兼总干事。长期工作在临床第一线，注重于皮肤组织病理及免疫性皮肤病的研究。承担多项科研项目，获北京市科技进步三等奖1项。发表学术论文100余篇，主编专著、主译书籍等6部。

[内容简介] 中毒性表皮坏死松解型药疹是一种严重、致命的皮肤黏膜疾病，大部分由药物引起，少部分与感染相关。其发病率低，但致死率高，是皮肤科的危急重症。患者具有一定的遗传易感性，其体内的细胞毒性T细胞、NK细胞异常活化增殖后直接或间接通过分泌毒性蛋白杀死角质形成细胞。临床上主要表现为广泛的表皮剥脱、坏死、黏膜糜烂，累及面积>30%。组织学特点为表皮不同程度或全层坏死、水疱形成。治疗方面，应立即停用致敏药物，迅速进行强有力的支持治疗，系统应用糖皮质激素或静脉丙种球蛋白(IVIG)、环孢素、抗肿瘤坏死因子-α(TNF-α)单克隆抗体。

·专家笔谈·

700 急性泛发性发疹性脓疱病

◎王丽玮，徐浩翔，崔盘根

崔盘根教授，主任医师，硕士生导师，工作于中国医学医科院皮肤病研究所。江苏省“135”工程重点学科学科带头人，江苏省青年联合会省委委员。参与申请并完成了国家自然科学基金资助课题、法国欧莱雅国际合作研究基金资助课题、江苏省人事厅“六大人才高峰”项目、本院重点科研基金课题等。主持新药I、II、III期临床观察数十项，参与20余项。发表学术论文30余篇；参编著作3部。

[内容简介] 急性泛发性发疹性脓疱病(AGEP)为急性发生的、全身泛发的脓疱性皮肤病，药物是其最主要病因，其次为感染。AGEP为T细胞介导的疾病，与基因突变亦有相关性。其主要临床表现为间擦部位起始、逐渐泛发全身的水肿性红斑基础上密集细小脓疱，可累及黏膜，部分伴发热、白细胞和中性粒细胞以及C-反应蛋白升高等系统症状，病理特征为角质层下和(或)表皮内脓疱伴乳头水肿；需与脓疱型银屑病及其他脓疱性皮肤病鉴别，可结合病史、临床表现及组织病理学改变，或借助EuroSCAR团队AGEP诊断评分诊断。AGEP急性病程可于15d左右自行缓解，主要的治疗原则是停用致病药物，加强对症支持治疗；系统使用糖皮质激素、环孢素并无可缩短病程的确切证据；使用抗生素应有感染证据，并避免使用可疑致病药物。

·专家笔谈·

710 分子靶向抗肿瘤药物的新型药疹

◎张美华

张美华教授，主任医生，硕士生导师，江苏省皮肤科医疗美容主诊医师，江苏省人民医院盛泽分院皮肤科主任。中华医学会皮肤性病学分会治疗学组委员，江苏省医学会皮肤性病学会皮肤病理学组副组长，苏州市医学会皮肤性病专业委员会顾问。曾任南京医科大学第一医院皮肤科副主任，中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会中青年研究会、中国中西医结合学会皮肤病专业老年与儿童皮肤病学组、江苏省中西医结合学会皮肤科专业委员会、南京市医学会皮肤性病分会副主任委员。擅长皮肤病理，对皮肤科常见病、多发病、疑难危重病的诊治有较丰富的临床经验。发表学术论文60余篇，参编著作30余部，副主编6部。参与国家自然科学基金6项，主持院、校、省级课题5项；曾获省科技进步奖1项。

［内容简介］ 近年来很多靶向抗肿瘤药物被越来越多地用于治疗晚期实体瘤和血液系统恶性肿瘤。因为皮肤中也有靶向分子如表皮生长因子受体(EGFR)和血管内皮细胞生长因子受体(VEGFR)，靶向抗肿瘤药常引起皮肤不良反应。EGFR和VEGFR，RAS/RAF/MEK/ERK信号通路抑制剂、mTOR抑制剂及CTLA-4单克隆抗体均引起皮肤不良反包括因影响毛囊皮脂腺单位的丘疹脓疱疹；因皮肤屏障功能改变引起的如瘙痒、皮肤干燥皲裂、光敏、色素改变；皮肤附件改变如甲沟炎、睫毛粗长、毛发改变、脱发，面部多毛；水肿、色素减退；手足皮肤反应、角化过度症、新发生皮肤良恶性肿瘤，如角化棘皮瘤、鳞癌。根据皮损范围及患者的不适程度采用局部和/或系统治疗。局部处理可减轻症状；对严重的或持续性剂量依赖性表现可减少剂量或暂时停药。

·专家笔谈·

723 药物过敏的实验室检查

◎姚煦

姚煦，主任医师，博士研究生导师，中国医学科学院皮肤病研究所过敏与风湿免疫科主任。中华医学会变态反应学分会委员，中华医学会皮肤性病学分会免疫学组委员，中国医师协会皮肤科医师分会变态反应亚专业委员会副主任委员，江苏省医学会变态反应学分会委员和南京医学会变态反应学分会委员。临床专长为过敏性和自身免疫性皮肤病的诊治。主要科研方向为过敏性疾病的免疫学发病机制研究。主持国家级和省部级科研课题10项，发表学术论文50余篇。多家杂志的通信编委和审稿专家。

［内容简介］ 药物过敏约占整个药物不良反应的5%～10%，是敏感个体对药物本身或者辅料产生的免疫学反应，是由免疫学机制介导的超敏反应。大多数药物过敏是由速发型或迟发型超敏反应引发，其诊断主要包括在体诊断、体外诊断和药物激发试验。其中，药物点刺/皮内试验是临床上最常用的检测方法；药物特异性IgE检测是最常见的速发型

药物过敏反应体外诊断方法；药物斑贴试验是诊断迟发型药物过敏反应的诊断方法；一些新的体外诊断方法包括嗜碱性粒细胞活化实验、药物特异性淋巴细胞增殖/活化试验，ELISA 方法/流式细胞技术/ELISpot 方法检测药物诱导的相关细胞因子也显示出较高的特异性，但仍需大样本深入研究。药物过敏实验室诊断方法的敏感性并非100%，必要时仍需要药物激发试验。

·专家笔谈·

734 药物性皮炎分级应用糖皮质激素和精准医疗

◎胡刚，冯捷

冯捷教授，西安交通大学医学院第二附属医院皮肤科主任医师、博士生导师，享受政府特殊津贴。曾任中华医学会皮肤性病学分会常委、陕西省医学会皮肤性病学分会主任委员、全国高等医药院校新世纪课程教材第五版《皮肤性病学》编委。留学于美国斯坦福大学医学院。承担多项“国家863基金、国家自然科学基金、卫生部基金、陕西省自然科学基金及卫生部临床重点课题”等。先后研制五种新药。发表学术论文80余篇。多次获陕西省政府科技进步一、二、三等奖和卫生部优秀新产品一、二等奖。被选为国家基金委同行评议人及国务院学位委员会学科评议组成员。

[内容简介] 药物性皮炎是常见的药物不良反应。糖皮质激素（简称激素）是治疗药物性皮炎的首选药物，遵循原则为早期、足量，但在治疗量时常常伴随一些副作用，并随用药剂量增大而增加，重则危及生命。目前临床上通常根据受累皮肤体表面积和是否伴有全身症状及内脏损害为依据分为轻型药物性皮炎、中型药物性皮炎和重型药物性皮炎。通过激素抑制炎症的机制从分子层面研究认为激素能激活多种抗炎基因，通过检测GR受体的基因多态性，可以提前预测糖皮质激素抵抗的发生几率。探讨糖皮质激素在不同程度药物性皮炎中的分级应用，及可能出现的并发症和应对措施，并结合目前基因组研究大数据中有关的药物和疾病易感基因，以求达到精准医疗的目的。

·专家笔谈·

743 重型药疹的静脉注射用丙种球蛋白治疗

◎曾抗

曾抗教授，南方医科大学南方医院皮肤科主任、教研室主任、博士生导师 。广东医学会皮肤性病学分会主任委员，中国医师协会皮肤性病专业委员会常务委员，中华医学会皮肤性病学分会委员，第一、二届广东省医师协会皮肤性病专业委员会副主任委员，第一届广东省中西结合美容学会副主任委员，第4届广东省中西结合学会皮肤性病专业委员会副主任委员，国内多家杂志的副主编、编委，国家基金函审评委。主持4项国家自然基金、3项省重点基金（共18个基金项目），主编专著4部，发表学术论文近400篇。擅长于系统性红斑狼疮、天疱疮、尖锐湿疣、痤疮等各种重症、难治性皮肤病，性病以及皮肤病美容的诊治。

[内容简介] 重型药疹临床上以大面积皮肤和黏膜红斑、水疱，甚至糜烂、渗出为主要表现，常伴发各种感染、水/电解质代谢紊乱以及重要器官功能障碍等。其治疗包括大剂量糖皮质激素、静脉注射丙种球蛋白(IVIG)以及环磷酰胺、环孢素、肿瘤坏死因子α拮抗剂、血液透析、血浆置换等。大多数研究认为使用IVIG治疗重型药疹是安全有效的，且应在病程的早期使用或联合糖皮质激素治疗，IVIG总量应≥2g/kg，对于TEN的使用剂量应该更大。IVIG应用于儿童重型药疹的预后较成人好，建议在衡量IVIG治疗重型药疹的疗效时，应将儿童和成人分开考虑。IVIG治疗重型药疹的不良反应较少见且较轻微，极少数患者会发生过敏性休克、急性肾功能衰竭等严重不良反应。目前IVIG治疗重型药疹的循证医学证据尚不充足，加之丙种球蛋白价格昂贵，治疗时需要个体化选择。期待更大样本的随机对照研究来确定其确切疗效和合理使用剂量。

·专家笔谈·

751 表皮坏死型药疹的液体治疗

◎陈玲玲，施辛

陈玲玲教授，苏州市立医院皮肤科副主任医师，南京医科大学硕士生导师，获得Mayo Clinic博士后学位。中国医师学会皮肤科发展委员会委员，江苏省变态反应分会委员会委员，苏州市变态反应学会常委，苏州市中西医结合皮肤专业委员会青年委员及青年学组副组长。《中国皮肤性病学杂志》通讯编委，《中华皮肤科杂志》审稿专家。主要研究方向是梅毒的临床研究及皮肤变态反应。发表学术论文27篇，参编著作1部。参与并完成科研课题4项。获苏州市新技术引进奖1项。

[内容简介] 药物引起的Stevens-Johnson综合征、中毒性表皮坏死松解症以及两者的重叠，均有表皮坏死和剥脱，通常被称为表皮坏死型药疹(EN型药疹)。其发病率低，病情严重，系统性炎症反应将引发低容量血症、低白蛋白血症、器官低灌注和高凝状态。液体治疗是EN型药疹支持治疗中基础部分，对预后有重要影响。EN型药疹的液体治疗在皮肤科领域无研究报告，可借鉴重症烧伤患者的液体治疗方案。最常用方案是Parkland方案和Muir-Barclay方案。大多数烧伤中心在最初的24h内给予的晶体液量在2~4mL/kg/% TBSA之间。根据尿量等调整补液量，成人维持在0.5~1.0mL/kg/h；体重<30kg的儿童为1.0~1.5mL/kg/h。临床应用过程中需注意EN型药疹与重度烧伤的差异：手掌法不适合EN型药疹受累面积的估算，动态估算受累体表面积更加困难；疼痛通常较轻，对液体治疗的影响较小；EN型药疹的低血容量血症、低白蛋白血症、器官低灌注和高凝状态发生稍晚，程度也可稍轻，但可持续更久；EN型药疹患者的能量需要比烧伤患者要少1/3。

·专家笔谈·

761 肿瘤坏死因子拮抗剂与致死性药疹

◎经晶，施辛

施辛教授，苏州大学附属第二医院（核工业总医院）主任医师。中国医师协会皮肤科分会常务委员，中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会委员和环境与职业性皮肤病学组副组长，中华医学会皮肤性 病分会免疫学组委员，苏州市医学会皮肤性病专业委员会主任委员. 苏州市医学会变态反应专业 委员会顾问。毕业于第二军医大学。从事皮肤性病临床工作30年，对梅毒和神经梅毒、皮肤变态反应和结缔组织疾病有较深入研究。

［内容简介］ 致死性药疹主要包括 Stevens-Johnson 综合征/中毒性表皮坏死松解症（SJS/TEN）、药物超敏反应综合征（DIHS）、剥脱性皮炎型药疹（ED）以及急性泛发性发疹型脓疱病（AGEP）等。其救治主要是系统应用糖皮质激素，但国外对此仍有争议。TNF-α 在重症药疹的发病中发挥重要的促炎、促凋亡作用，因此理论上使用 TNF-α 拮抗剂将使病人获益，并且现已有多篇文献报道了其在致死性药疹中的成功应用。实践也证明应用 TNF-α 拮抗剂靶向阻断 TNF-α 可快速有效控制病情（尤其对于表皮坏死型药疹），同时避免了激素相关的副作用。尽管应用 TNF-α 拮抗剂也有继发感染之虞，但靶向 TNF-α 的治疗较为精准，其仍具有很好的应用前景。

·专家笔谈·

771 药物性肝损伤

◎李雪梅，张锡宝

张锡宝教授，主任医师，硕士生导师，广州医科大学皮肤病研究所所长、皮肤性病学系主任。国务院政府特殊津贴专家。中华医学会医疗鉴定专家库专家，中华医学会皮肤性病学分会委员、银屑病学组副组长，中国医师协会皮肤性病专业委员会常务委员，中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会全国环境与职业皮肤病学组副组长，国际皮肤病协会会员（IAD）。广东省医师协会皮肤性病专业委员会主任委员，广东省医学会皮肤性病专业委员会副主任委员，广东省麻风防治协会副会长。主要从事银屑病、遗传角化性皮肤病遗传机制和致病基因、发病机理方面的研究。主持14项国家及省级科研基金课题，发表学术论文150余篇，主编及参编专著15部；任《中国皮肤性病学杂志》等多种专业杂志编委。获省部级科技奖11项。

［内容简介］ 药物性肝损伤（DILI）是指人体暴露于常规或高剂量药物后，因药物本身或其代谢产物对肝脏的直接毒性，或人体对药物或其代谢产物产生过敏或特异质反应从而导致的肝脏损伤，是肝生化异常的常见原因之一。DILI 可出现无症状性肝酶升高、急性肝炎或者急性肝衰竭等一系列表现。DILI 在临床上已经引起人们的高度关注，除了常见的化学结构药物之外，中成药、中药饮片导致 DILI 同样引起人们的重视。在 DILI 的研究过程中，除了药物的作用外，对患者个体的病毒感染状态、遗传特征的研究也取得了一定的进展，研究结果显示除了

药物的剂量，化学特性之外，DILI 有明显的个体差异性。另外，DILI 往往并不是机体发生的孤立事件，同时多伴发其他器官的损伤，无论在诊断或是治疗过程中，必须予以全面的考虑。

·专家笔谈·

777 重症药疹的肾脏损害

◎张茜，丁小强

丁小强教授，复旦大学附属中山医院肾内科主任、上海市肾病与透析研究所所长、上海市肾脏疾病与血液净化重点实验室主任、上海市血液透析质控中心主任。国际血液透析学会理事，中华医学会肾脏病分会常委，中国医师协会肾脏内科医师分会副会长，上海市医学会肾脏病分会前任主任委员，上海医师协会肾脏内科医师分会副会长。长期从事肾脏病学医、教、研工作，在急性肾损伤发病机制和临床防治、血液净化疗法、IgA 肾病等开展系统深入工作。承担国家自然科学基金、科技部课题等30余项。获得上海市领军人才、上海市优秀学科带头人等计划。主编、主译专著6部，参编20余部。发表论文200余篇。担任卫生部委托制订“血液净化标准操作规范”副主编，起草“血液透析标准操作规范”、“急性肾损伤临床路径”、“维持性血液透析临床路径”（卫生部）、“上海市连续性肾脏替代治疗管理规范”等6部；参与制定共识和规范12部。

[内容简介] 药疹是最常见的药物不良反应，重症药疹常伴肾脏损害。药物肾损伤可分为四种临床类型：急性肾损伤、肾小球损伤、肾小管-间质损伤和肾石症/结晶尿。临床常见的肾毒性药物有抗生素、非甾体类抗炎药、造影剂、抗肿瘤药、中草药等。药物肾损伤的易感因素有体质因素、药物化学特性、制剂、给药途径、用量与疗程、外界环境等。药物肾损伤是肾功能减退的常见病因，且经常被漏诊。临床工作中应仔细询问过敏史，严格掌握各种药物适应证。在用药过程中严密观察药物不良反应，一旦发现肾损伤，应及时停药或更换药物，同时促进药物排泄，保护肾功能，必要时应用糖皮质激素等，严重的肾功能衰竭患者应及时行肾脏替代治疗。

·专家笔谈·

784 重症药疹的后遗症

◎熊喜喜，鲁严

鲁严教授，主任医师，硕士生导师，南京医科大学第一附属医院皮肤科主任、皮肤性病学教研室主任。亚洲色素病学会首届理事，江苏省医学会皮肤性病学分会和南京市医学会皮肤科分会副主任委员，中华医学会皮肤性病学分会青年委员，江苏省皮肤科临床质量控制中心和江苏省制冷学会低温医学专业委员会主任委员，中国医师协会皮肤科美容亚专业委员会和中国中西医结合学会皮肤科色素病学组委员，中华医学会皮肤性病学分会免疫学组成员，江苏省医学会激光学会皮肤科学组副组长，中国医师协会皮肤科分会“优秀中青年医师奖”获得者，国内外杂志编委或审稿专家。擅长各种皮肤科常见及复杂疑难皮肤病的诊治。主编专著1部。发表学术论文70余篇，获国家发明专利1项，获省级科技进步奖多项。

［内容简介］ 重症药疹包括 Stevens-Johnson 综合征（SJS）、中毒性表皮坏死症（TEN）、药物超敏反应综合征（DIHS）即伴发嗜酸性粒细胞增多及系统症状的药疹（DRESS）。其病程中可能伴发脏器损害，例如，SJS/TEN 可能发生败血症或肺炎、DIHS/DRESS 可能发生肝炎或肾衰竭；累及内分泌及自身免疫系统，还可发生硬皮病样移植物抗宿主病样皮损、EB 病毒感染、巨细胞病毒感染等。除了药疹本身引起的后遗症，激素的应用还可能引起类固醇源性糖尿病、青光眼、骨质疏松等后遗症，需要临床医师多观察、多思考，做到病前预防、病中积极治疗，改善患者预后。

·专家笔谈·

789 中药制剂所致药疹的特点

◎荆方轶，贾淑琳，范瑞强

范瑞强教授，主任医师、博士生导师、学科带头人。广东省中医院皮肤科主任，中国中医药研究促进会皮肤性病学分会主任委员，中华中医药学会皮肤科分会副主任委员，世界中医药学会联合会皮肤科专业委员会副会长兼秘书长，中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会性病学组组长，广东省中医药学会皮肤病专业委员会主任委员，广东省中西医结合学会皮肤性病专业委员会副主任委员。国内多家杂志编委。主持多项国家自然科学基金、国家科技支撑计划等国家级科研课题和获得省级科技成果奖。获“羊城好医生”、“岭南名医”称号。

［内容简介］ 中药致药疹的机制可以分为个人体质和药物毒理两方面的因素。在药物毒理机制中，一些中药制剂因其本身的毒性导致药疹的高发。另外，中药制剂一般由多味药物组成，每味药又含有多种成分，而且多为蛋白质、多肽、多糖等大分子物质，它们既具有免疫原性，又具有免疫反应性。还有配制剂时常加入一些辅助剂，它们之间有可能引起交叉感染。在部分中药注射剂制备过程中，掺杂了添加剂或未完全提纯，致中药制剂本身的质量安全亦成为其引发药疹的原因之一。部分医护人员未按照安全计量用药，也会引发药疹。建议临床用药在不影响治疗效果的前提下，尽量少采用注射给药；加强制剂的管理，严格制药的工艺流程，提高中草药针剂的质量，也是减少过敏反应发生的一个方面。

·专家笔谈·

793 儿童药疹的特点

◎钱华

钱华教授，苏州大学附属儿童医院皮肤科主任，副主任医师，美容主诊医师，博士在读。中华医学会皮肤性病学分会皮肤肿瘤研究中心会员，中国医师协会皮肤科医师分会儿童皮肤病亚专业委员会委员，苏州市医学会变态反应专业委员会委员。研究方向：激光医学、慢性荨麻疹和光皮肤病学。

［内容简介］ 儿童药疹的诊断对于临床医生来说非常具有挑战性。一方面儿童因其体重及年龄特点，对药物不良反应更敏感；另一方面药疹可能模仿儿童其他皮肤病，常与儿童发疹性疾病混淆，尤其是某些发疹性疾病早期伴有发热，而原发疾病的主要症状未全部出现或症状不典型，使用抗生素或解热镇痛药后又出现新皮疹的患儿，鉴别诊断尤为重要。儿童药疹需结合病原学、血清学及实验室检查，并依靠皮疹的形态特征、临床症状综合分析、判断。同时要充分与患儿家属沟通，仔细阐明药疹和疾病的关系，尤其是重症药疹，应仔细交代可能出现的并发症与不良后果，获得患儿家属的理解与支持。如明确药疹的诊断，则需要交代患儿家属避免再次使用此类药物。

·专家笔谈·

801 AIDS/HIV 感染患者的药疹特点

◎陈官芝

陈官芝教授，主任医师，博士生导师，青岛大学附属医院皮肤科主任。中华医学会皮肤性病学分会真菌学组委员，中国医师协会皮肤科医师分会委员，山东省医学会皮肤性病学分会副主任委员，山东省医师协会皮肤科医师分会副主任委员，多家杂志编委。研究方向为真菌感染等生物源性皮肤病、过敏性皮肤病及银屑病等。发表学术论文40余篇，参编专著5部。先后主持及参与山东省科技攻关、省自然基金、国家自然基金及青岛市科技局等课题十余项。所主持的课题曾获山东省科技进步三等奖2项，山东省软科学优秀成果二等奖、三等奖、医学科技奖等5项。

［内容简介］ 近年来，AIDS/HIV 感染患者生存率逐年提高的同时，其治疗中常用药物所引发的药疹也渐渐引起了临床医师的关注。其药疹特点亦与常见药疹有很大不同，如潜伏期较 HIV 阴性人群更长，发病率更高，且重型药疹如 SJS 和 TEN 的发病率也远远高于 HIV 阴性人群。女性 AIDS/HIV 感染患者或 $CD4^+$T 细胞计数较高的患者可能具有更高的罹患药疹风险等。轻型药疹患者往往不需要停药，加用抗过敏药物及糖皮质激素，皮疹可逐渐消退；重型药疹或多系统受累患者，常需要立即停药。AIDS/HIV 感染患者发生药疹机制也是由免疫机制介导的，主要有半抗原学说和危险信号学说。AIDS/HIV 感染患者药疹高发的原因可能与以下因素有关：①抗病毒治疗所需服药剂量大，因而患者发生药疹的几率更高；②患者需要服用大剂量抗感染药物如复方磺胺甲(噁)唑来预防或治疗肺孢子菌肺炎；③患者特殊的遗传背景；④患者体内存在 EB 病毒、HHV-7 等人类疱疹病毒活动性感染，促进了药疹的发生与发展；⑤体内药物代谢模式异常。

808 · 外文文献 ·

Drug Eruptions …… (808)

814 · 中文文献摘要 ·

药疹的病理生理学 …… (814)
药疹的病因学 …… (816)
重症药疹及其护理 …… (820)
大疱性表皮坏死松解型药疹 …… (822)

676 · 消息 ·

欢迎订阅、邮购《中国医学文摘 · 皮肤科学》…… (676)
《中国皮肤性病学杂志》微信公众平台开通 …… (709)
致读者 …… (742,760)
《中国皮肤性病学杂志》征订征稿启事 …… (750)
参考文献著录用符号 …… (800)

欢迎关注《中国皮肤性病学杂志》微信公众平台

为了增强编辑部与广大读者、作者以及专家的互动交流以及信息反馈，《中国皮肤性病学杂志》微信公众平台已正式开通。

本平台会通过手机微信的形式为大家提供本刊编辑部最新动态以及《中国皮肤性病学杂志》、《中国医学文摘·皮肤科学》最新的载文信息、书讯、全国学术会议最新消息等资讯。同时，为方便作者和读者，本平台目前已开通投稿指南、稿件查询、当期导读、过刊浏览、杂志订阅等功能，欢迎广大皮肤科学界同仁加入！

如果您有任何关于《中国皮肤性病学杂志》、《中国医学文摘·皮肤科学》或微信公众平台的建议或意见，可直接通过微信留言。

欢迎关注

《中国皮肤性病学杂志》微信公众平台：

微信号：zgpfxbxzz

名称：中国皮肤科学工作者圈

同时您也可以扫描下方二维码直接关注！

扫一扫

更多交流只为你

国内统一刊号:CN61-1101/R　邮发代号:52-72　广告经营许可证号:6101004002005　定价:30.00元