

技术·思维

乏脂性湿疹的诊治

□闫会昌

乏脂性湿疹亦称干性湿疹、裂纹性湿疹、皮肤干燥症,是一种因表皮脂质和(或)亲水性物质含量降低导致的炎症性瘙痒性皮肤病,严重影响患者的生活质量。对于老年人群,乏脂性湿疹是最常见的湿疹类型。该病冬季多发,常累及60岁以上人群,但是年轻人亦可发病。无潜在病者,多治疗反应良好,但在冬季及其他危险因素未去除时易复发。部分伴潜在基础病者,治疗相对抵抗,同时需要积极治疗原发病。现就乏脂性湿疹的临床特点、诊断、鉴别诊断等进行阐述。

临床病例

2周前,一位75岁的男性患者,以“双小腿红斑、干燥、皲裂、脱屑伴瘙痒1周”为主诉就诊。查体:双小腿皮肤干燥,双小腿前外侧泛发网状淡红色细裂纹

纹、脱屑。患者有高血压病史10年,现口服硝苯地平缓释片,血压控制较好,往年有类似病情发作史,冬季发作,夏季缓解,被诊断为乏脂性湿疹。

病因学

乏脂性湿疹的发生受各种内源性及外源性触发或加重因素的影响。

- 内源性因素**
 - 1.皮肤病变更
 - 生理性功能减退:老年人随着年龄增长,皮脂腺及汗腺功能减退。
 - 炎症性皮肤病:特应性皮炎、接触性皮炎、药疹、银屑病、脂溢性皮炎等。
 - 遗传性皮肤病:鱼鳞病等。
 - 感染性皮肤病:各种浅部真菌病、疥疮等。
 - 肿瘤性皮肤病:蕈样肉芽肿等。
- 2.系统病变**
 - 内分泌和代谢紊乱:慢性肾脏病、糖尿病、肝病(药物性胆汁淤积等)、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症等。
 - 自身免疫性疾病:类风湿疾病、谷胶敏感性肠病等。
 - 感染性疾病:乙肝、丙肝、HIV(人类免疫缺陷病毒)感染、寄生虫感染等。

- 激素变化:孕期、更年期等。
- 恶性肿瘤:骨髓增殖性疾病(真性红细胞增多症等)、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等。
- 伴出汗减少的神经系统疾病。
- 3.其他因素
 - 精神因素:强迫症(过度的皮肤清洁)、厌食、酗酒等。
 - 营养因素:水分摄入不足、维生素缺乏(维生素A、维生素D、烟酸等)、锌缺乏、铁缺乏等。
- 外源性因素**
 - 环境、气候因素:冷、干燥、紫外线暴露等。
 - 职业因素:湿性环境、接触刺激性职业因素(美容美发、护理人员、家政人员)等。
 - 皮肤清洁:经常长时间用热水洗浴、使用碱性肥皂及清洁剂等。
 - 药物:利尿剂、降脂药、钙通道阻滞剂、β受体阻滞剂、维A酸类药物、抗风湿药、避孕药、抗雄激素药、抗肿瘤药等。
 - 物理治疗:放疗、光疗等。

病理生理学

人体皮肤为保持角质层的完整性,需要10%~20%的含水量,含水量过高或过低均可导致皮肤屏障功能受损,经皮水分丢失增加而导致角质层龟裂、皲裂。部分深度皲裂可累及真皮毛细血管,发生出血。干燥亦可引起瘙痒,让人搔抓。搔抓可导致表皮剥脱、水肿性斑片及苔藓样变等。变应原及细菌亦可穿过这些裂隙而诱发过敏性接触性皮炎、刺激性接触性皮炎、或感染。

健康皮肤细胞的正常更替中,浅层衰老的角质形成细胞逐渐脱落并由深层新生的角质形成细胞替代,在此过程中原

本承担细胞间连接作用的桥粒结构的程序化溶解作用很关键;但是,乏脂性湿疹患者皮损处发生这种进程障碍,临床上表现为皮肤表面形成粉末状鳞屑。游离水含量为桥粒结构程序化溶解过程所必需,足量脂质量有助于维持皮肤游离水含量,而乏脂性湿疹患者兼有经皮水分丢失增加及脂质分泌不足。

另外,丝聚蛋白代谢障碍和角质形成细胞大小、数量、排列的改变会影响皮肤的物理屏障功能。年龄、遗传、季节、饮食、洗漱习惯、药物等因素亦影响皮肤屏障功能。

组织病理学

最常见的是亚急性海绵水肿性皮炎,伴不同程度炎症浸润,角

化过度、棘层增厚及淋巴细胞浸润亦可见。

临床表现

乏脂性湿疹以老年人多见,年轻人亦可发病,冬季多发;皮损可累及所有皮肤,皮脂腺分布较少部位尤其严重。双小腿前外侧最常见,背部、躯干、双上肢等亦可累及,腋窝、腹股沟及头面部或可免于受累。皮损多局限于肢体,但也有泛发全身者。皮损泛发且治疗抵抗者,提示存在潜在病可能。

皮损以干燥、龟裂、皲裂、皮纹加重等为典型特征,皮肤弹性降低、质地粗糙、有皱纹。起初皮肤干燥,随着干燥加重与搔抓可出现淡红色网状斑、细碎鳞屑、细龟裂皲裂等。皲裂与鳞屑呈多角形或曲线状分布。随着疾病的发展与搔抓,皲裂深达真皮毛细

诊断

乏脂性湿疹属于临床性诊断。乏脂性湿疹患者的病史采集应包括病程(急性发病、慢性发病、连续、间歇)、发病

时间(冬季更常见)、触发因素、特异性疾病史、外源性因素(洗澡频次、使用肥皂的类型、饮食及药物等)及内源性

鉴别诊断

乏脂性湿疹需要与老年瘙痒症、接触性皮炎、钱币状湿疹、胫前黏液性水肿、淤积性皮炎等相鉴别,具体如下:
老年瘙痒症:与皮脂腺功能减退相关,但临床上无明显的原发性皮损。
接触性皮炎:由外源性接触物的变应性或刺激性反应

所致,发病前多有相对明确的接触史,皮损局限于接触部位。
钱币状湿疹:以四肢受累为主,皮损呈钱币大小且簇集性分布红斑、丘疹、丘疱疹等,急性期以渗出为主,慢性期以苔藓样变为主。
胫前黏液性水肿:又称局限

治疗与管理

乏脂性湿疹的治疗以修复皮肤屏障、止痒、抗炎、积极治疗原发病为主。

- 基础保湿**
 - 以保湿、促进皮肤屏障修复为主。所用润肤剂应含亲脂性(补脂性、成膜性)、亲水性(再保湿)成分。神经酰胺、胆固醇、游离脂肪酸、菜籽油、羊毛脂、蜂蜡等脂质可补充细胞间脂质成分,增强皮肤屏障功能。凡士林、液体石蜡等因为高分子量而无法渗透皮肤,常用于皮肤表面形成薄层亲脂层。应用尿素、氨基酸、甘油、透明质酸、各种糖及糖醇类物质等,可减少经皮水分丢失,改善皮肤屏障功能。
 - 依据症状的轻重(如脱屑、皲裂、红斑、瘙痒等)及并发症的情况等,选择合适的护肤品,改善皮肤的含水量,促进皮肤屏障功能恢复。在急性炎症期,优选基质含水量较高者,皮肤干燥严重者优选脂质含量更高者。不推荐长期应用纯脂质/油类制剂。至于
- 润肤剂**,应每天2次及洗澡后立即应用。
- 生活方式调整**
 - 生活方式的调整有助于规避乏脂性湿疹相关触发/加重因素,具体如下:
 - 1.避免搔抓。
 - 2.减少洗澡频次,使用温水洗浴,尽量缩短洗澡时间。
 - 3.每天洗脸不超过2次。
 - 减少或避免使用碱性的香皂、肥皂、沐浴液等。
 - 4.避免使用刺激性皮肤清洁剂。
 - 5.洗浴后即刻外涂润肤剂。
 - 6.避免洗脸巾、粗糙衣物及研磨剂的摩擦。
 - 7.建议穿宽松的棉质衣物,避免羊毛、化纤等材质。
 - 8.避免食用柑橘类水果;避免摄入热、辣等刺激性食物;避免热饮与酒精。
 - 9.在干燥环境中使用加湿器。
 - 10.避免强光暴露。
 - 11.戒烟戒酒。

血管而出血。揉搓、搔抓可导致抓痕、糜烂、水肿性红斑、钱币状湿疹、苔藓样变(皮革样)、结痂等继发性皮损。继发感染者可出现脓液、痂屑堆积。患者经常诉说有不同程度的瘙痒、紧绷感,部分伴疼痛、烧灼感等。另外,因基础病不同,会出现相应的皮肤及系统性临床表现。

疾病史与轻重程度等。尽量确认相关触发或加重因素及潜在病,以便指导下一步诊疗方案的制定。

限性黏液性水肿。常伴发甲状腺功能亢进症,累及双小腿胫骨前部,呈棕红色、圆形或卵圆形、质韧。
淤积性皮炎:与下肢静脉曲张相关,多累及双踝及小腿下1/3,呈暗褐色斑疹、斑片,部分可继发水疱、渗出、糜烂、溃疡等。

局部治疗

- 轻症者,以对症治疗为主,可考虑使用含皮肤舒缓成分(如维生素A、维生素E、烟酰胺等)、止痒成分(薄荷醇、樟脑、N-棕榈酰乙醇胺等)的制剂、弱效激素(如地奈德、氢化可的松)等。中重度者,可考虑角质剥脱剂、激素类(如氟轻松、曲安奈德、倍他米松)等外用药物应用。另外,钙调磷酸酶抑制剂(0.03%或0.1%他克莫司软膏、1%吡美莫司软膏)、非甾体抗炎药(如氟芬那酸丁酯软膏、乙氧苯柳胺软膏)、部分中药(如除湿止痒膏)的外用制剂,可依病情在医生的指导下选用。
- 系统治疗**
 - 皮损面积大、苔藓样变、伴严重瘙痒者可考虑加用系统药物,如抗组胺药、雷公藤、小剂量激素等。对于有潜在基础病者,应该进行对应治疗。
 - (作者供职于洛阳市东方人民医院皮肤科)

临床笔记

按照布里斯托粪便性状分类方法,大便可以有7种形态,分别是:1.呈硬球状;2.呈表面凹凸不平的腊肠状;3.呈柱状,表面有轻微裂纹;4.呈成熟香蕉的样子;5.呈松散状;6.呈稀糊状;7.呈水状。其中3和4属于正常大便,1和2属于便秘,5、6、7属于腹泻。按照这样的分类,怎么会因为便秘而引起腹泻呢?真有这样的情况,我就碰到一个这样的病例。

这是一位老太太,今年80多岁。老太太痴迷于各种保健品,根本不听别人的劝告。老太太的儿女很孝顺,经常劝老太太别乱吃保健品,她就是不听。结果,老太太的糖尿病控制效果不佳,心脏病越来越严重,腹部越来越胀,并且发生了心力衰竭。家人赶紧把老太太送到河南省人民医院心内科抢救。经过精心治疗,老太太的心力衰竭得到了控制,可是腹胀仍然严重。于是,医生给老太太开了乳果糖。老太太服药之后,多次排便,她本来就有痔疮,又发生了便血。

老太太成了疑难危重患者。针对她的情况,医生应用介入方法,为她治疗痔疮,她的便血停止了。
医生让老太太做了腹部增强螺旋CT(计算机层析成像)检查,结果显示腹胀,肠管里有很多气体,没有明显的肠梗阻。对老太太进行对症治疗。老太太的病情有所好转,可是仍然腹胀,仍然腹泻不止。

老太太所在病区的医生问我怎么办。针对老太太的病情,我建议加强支持治疗,建议对老太太输注白蛋白以纠正低白蛋白血症,建议输注红细胞以纠正贫血,可以考虑用点益生菌,并且建议进行粪便检查,看老太太有没有艰难梭菌感染。但老太太的腹泻没有改善,而且又发生了便血。老太太所在病区请我会诊。

我决定去老太太的病区,看一看她是什么情况。前天早晨开完交班会,我来到老太太所在的病区,先认真阅读了老太太的病历资料和各种检查单,然后来到她的病床旁。我简单地问了一下老太太有什么感觉,然后就开始进行腹部体格检查。结果,当我触诊的时候,在老太太的腹部,特别是腹部左侧和中腹部触及许多大小不等的光滑肿块。这会是什么?是肠管?不对,肠管是囊性的,我触到的东西很硬。是癌性肿块?不对,癌性肿块常常不是多发的,而且癌性肿块通常表面凹凸不平,移动性差;如果是癌性广泛转移,腹部常常像冰块一样,而老太太的情况不符合。这样光滑、能移动、多发的东西,很可能是粪块或者是肿大的淋巴结。

当我说可能是粪块的时候,大家都觉得不太可能:老太太每天腹泻不止,怎么可能是粪块呢?我说:“我见过一种情况,就是患者严重便秘,大便滞留在肠道内下不来,可是肠道内的分泌物和黏液,有时候会顺着大便的缝隙,从肛门漏出来,让人们误以为是腹泻。因此,我建议让患者进行彩超检查,看看是不是粪块。”我手把手教几个年轻医师触诊。其中一个年轻医师触及我摸到的肿块。我对他们说:“站在哲学的角度,医生治疗疾病有四大法宝:一是针对性治疗;二是柳叶刀;三是患者自己好了;四是话疗。我建议,给老太太加强支持治疗,输注白蛋白,隔天输注血浆,特别注意盐的摄入量,预防老太太心力衰竭加重。关于老太太发生便血,我的‘底线’是结肠镜检查。虽然老太太的心力衰竭指标(B型钠尿肽)不好,但要争取做结肠镜检查,可以不做肠道准备。如果她的肠道内有干粪块,可以在结肠镜下进行器械粉碎。消化内科医生丁辉会用结肠镜套扎内痔,如果老太太是痔疮引起的出血,用结肠镜也可以解决。”

老太太的彩超检查结果显示,腹部有很多团块回声,像是粪便。丁辉为老太太做了结肠镜检查,发现她的肠道内有多发性硬粪块,那些硬粪块在她的直肠处摩擦出了一个溃疡!对老太太进行直肠冲洗,老太太排出了大量粪块,并且上边的粪块正在向下移动。因为顾及她的心脏,所以停止了结肠镜检查。

老太太的腹胀大大缓解,腹泻也有所好转。这种由严重便秘引起的腹泻,你们见过吗?遇到这样的情况,你们能想到吗?你们的体格检查技能是否过关?能不能通过触诊触及患者肠道内的粪块呢?这些都是临床医生需要思考的问题。

链接

艰难梭菌是一种厌氧菌,通常寄生在人体肠道内。如果过量服用一些抗生素,艰难梭菌的生长速度会加快,引起炎症。艰难梭菌感染会导致腹痛、腹泻,并伴有低血压,严重时可导致患者死亡。症状为每日多次水样腹泻,粪便臭味强烈,部分患者可出现便血、腹部绞痛,通常伴有发热、白细胞增多。在感染艰难梭菌后,患者应停用引起感染的抗生素,还要积极进行营养支持治疗。

另外,可以选择药物治疗的方法。万古霉素可用于抗感染,肠道益生菌可有效调节肠道菌群失调。
对于艰难梭菌感染患者,有以下注意事项:
抗生素使用的严格管理有助于降低艰难梭菌感染的概率;
对于艰难梭菌感染患者在腹泻症状控制之前建议隔离治疗,避免接触;
对于高度疑似而未确诊的艰难梭菌感染患者,应单独隔离或与其他待排查的患者在同一病房内;
无论医务工作者还是来访者,在进入艰难梭菌感染患者或疑似感染患者的病房之前,必须穿戴手套及隔离衣,并及时进行手消毒;
在艰难梭菌感染患者病房内,尽量使用一次性器具,用完即丢弃,统一处理。对于非一次性使用器具,要做到专人专用,使用后必须及时严格消毒处理。

(作者供职于河南省人民医院消化内科)

便秘能引起腹泻?

□梁宝松

反复眩晕,竟是心脏惹的祸

□李慧

郑州大学第二附属医院神经内科收治了一位65岁的女患者。患者王女士,半年来频繁出现短暂性眩晕,有时伴视物旋转,很多时候不超过1分钟,伴胸闷、乏力。她去其他医院就诊后,按照耳石症、颈椎病、贫血等进行治疗,效果不佳,遂来到郑州大学第二附属医院就诊。患者入院后进行心电图检查,医生发现她有明显的窦性心动过缓,心率波动40次/分~45次/分(正常人60次/分~100次/分),同时“捕捉”到她头晕发作时的心电图表现为在窦性心动过缓的基础上频繁出现室性早搏。在排除常见脑血管病、前庭性头晕、颈椎病等原因引起的头晕后,医生诊断她为心源性眩晕。

在多数人的认知中,心脏出现问题,患者多表现为胸闷、胸痛及晕厥;但是,当心血管病患者出现复发性旋转性眩晕时,容易导致误诊,而这可能是病态窦房结

综合征的最初表现。在这种情况下,延误诊疗时机,可能会导致严重的医疗事故,包括心源性猝死和晕厥相关的创伤。

然而,关于心源性眩晕的系统研究一直很少,也没有详细的临床特征或诊断标准。近期,一篇关于心源性眩晕的文章提出了该病的诊断标准(右表)。
这篇文章还指出,心血管病患者在没有晕厥发作的情况下可以反复发作孤立性眩晕,误诊率很高。不幸的是,一位疑似心源性眩晕的患者在评估过程中突然死于心脏骤停。这些结果强调,早期确诊心血管病,对降低心血管病并发症(如栓塞性中风、心脏骤停和晕厥相关的创伤)的发病率和死亡率至关重要。事实上,心源性眩晕患者的一年死亡率约为30%。

心源性眩晕最常见的原因是缓慢性心律失常,包括窦性心动

过缓、心动过速-心动过缓综合征和完全性房室传导阻滞。只有少数患者有快速性心律失常和缺血性心脏病。部分患者并发其他心脏病,包括心房颤动、心绞痛和心脏瓣膜病。

心源性眩晕的病因:心脏不能产生足够的心输出量时,大脑灌注不足,并暂时性功能不全,导致晕厥事件。缓慢性心律失常患者心率太慢,不能产生足够的心输出量,导致大脑灌注不足;而快速性心律失常患者心脏泵血过快,导致心室充盈不足,心输出量也会减少。心血管病引起的短暂或轻微的脑灌注减少,会导致孤立性眩晕,而患者不会失去意识。
心源性眩晕的发病年龄在60岁以上(平均年龄75岁),症状大多是自发的,也可能是由疲劳或体力活动引起的;可为旋转性眩晕,也可为非旋转性眩晕,93%的眩晕持续几秒钟,70%出现伴随症状,包括心悸、恶心、头痛、

手臂抽搐、头重脚轻。
在此提醒广大头晕患者,当出现短暂头晕或眩晕发作,同时

伴心前区不适时,应高度重视,及时就诊,以免延误治疗时机,引起严重后果。

明确的心源性眩晕符合标准A~F(每条均须满足)

- A.自发性旋转性或非旋转性眩晕反复发作。
- B.60岁以上发病。
- C.眩晕持续时间少于1分钟。
- D.眩晕发作时,有心脏病病史。
- E.对心脏适当治疗有反应。
- F.另一种诊断不能更好解释。

可能的心源性眩晕符合标准A~D(每条均须满足)

- A.自发性旋转性或非旋转性眩晕发作。
- B.眩晕持续时间少于5分钟。
- C.有记录的心脏病史。
- D.其他诊断不能更好解释。

(作者供职于郑州大学第二附属医院神经内科)