

答疑惑

患者面部红斑发作 10 余年,怎么办?

□李邻峰



读者来信:

您好!
我近期接诊了1位中老年女性患者,主要症状为面部红斑反复发作10余年,中途自行用药若干,能自行减轻甚至消退,但进食刺激性食物后红斑又加重。希望皮肤病专家能结合患者的

情况对诊治知识进行讲解。非常感谢!

问题1
患者可能患了什么病?病因有哪些?

解答 患者可能患了难辨认癣,即体癣经糖皮质激素治疗后产生的不典型皮肤表现。

体癣初发皮损为丘疹、丘疱疹或小水疱,米粒至绿豆大小,逐渐由中心向周围蔓延,形成圆形或钱币状红斑,大小不等,数目不定。由于机体免疫力作用,病灶中心症状减轻、自愈,周缘呈活动性,表现为炎性丘疹、水疱、痂皮等,并向四周扩展,可呈环状。有时自愈中心可再次出现新皮损,形成多环形或同心圆形。

使用外用型糖皮质激素治疗时,由于激素有非常强的抗炎作用,不抗真菌,因此患者使用初期(1周左右),非常有效,瘙痒、红斑均可以消退,但随后出现新的皮损。

问题2
该患者确诊需要做哪些检查?

解答 要想确诊难辨认癣,需要进行真菌镜检及真菌培养。

问题3
难辨认癣需要与哪些疾病相鉴别?

解答 需要与皮炎、湿疹、亚急性皮肤红斑狼疮、多发性环状肉芽肿相鉴别。

皮炎湿疹:一般不会呈现圆形或者多环形损害,中心也无消退现象,因此可以排除。

亚急性皮肤型红斑狼疮:皮损除了面部外,多数见于躯干部,

与本例不符。
多发性环状肉芽肿:皮损边缘隆起更明显。

问题4
对于难辨认癣,如何做规范处理?

解答 患者应该口服抗真菌药物治疗。

问题5
患者生活中应注意什么?预后如何?

解答 患者生活中应注意避免搔抓,及时治疗。本病一般预后良好。

(作者供职于首都医科大学附属北京友谊医院皮肤科)

治疗类风湿的五个贴敷疗法

贴敷疗法历史悠久,治疗的疾病种类较多,效果也较为明显。在类风湿关节炎患者选用这种疗法之前,要特别注意:有过敏体质和有皮肤过敏现象的患者慎用。

风邪痹阻证

治则治法:祛风散寒,温经通络。

组成:雄黄90克(研细),天雄120克(生的,去皮,脐),硫磺90克,朱砂90克,附子120克,人参90克,当归90克,细辛90克,防风90克,八角枫根80克,肉桂90克,干姜90克,川芎90克,川椒90克,独活90克,菖蒲90克,川大黄90克,藜本90克,白术90克,吴茱萸90克,松脂250克。

制用法:将以上药物切细,用酒浸泡24小时,然后再取生地黄250克,捣取汁,一同放在猪油中,慢火煎之,直到药味尽为止,用棉布滤去渣滓,后下松脂、雄黄、硫磺、朱砂等,直到成为膏状,放在瓷盒中,摊贴在患处。

湿邪痹阻证

治则治法:祛风除湿,通络止痛。

组成:松香1500克(第一次用姜汁煮,第二次用葱汁煮,第三次用白凤仙花煮,第四次用烧酒煮,第五次用闹羊花汁煮,第六次用商陆根煮,第七次用红醋煮),桐油1500毫升,川乌、草乌、苍术、桂枝、干姜、白芥子、蓖麻子各200克,血余400克。

制用法:用川乌、草乌等8味药放入桐油,熬至药枯发焦,滴水成珠,滤去渣滓,放入牛皮膏200克炼化,用前制过的松香,渐渐收之,加樟脑50克、麝香10克,用厚纸摊之,贴患处。

寒邪痹阻证

治则治法:温经散寒,祛风除湿。

组成:生川乌、草乌各54克,生南星54克,乌蛇54克,全蝎24克,蜈蚣30条,活蝎4个,麻油2500毫升,广丹1250克。

制用法:除了广丹外,诸药与麻油同时放在铁锅中,蝎死后放入,共熬,等到药枯焦后捞出,再炼油直到滴水中不散开时,放入广丹至滴水成珠就好了,摊成布膏药外用。

组成:狼毒60克,甘遂15克,马钱子15克,当归90克,土鳖虫36克,川芎45克,木鳖子30克,生南星60克,生川乌60克,生草乌60克。

制用法:摊成布膏药外用。

组成:黄荆子100克,紫荆皮240克,全当归、五加皮、木瓜、丹参、羌活、赤芍药、白芷、片姜黄、独活各60克,甘草18克,秦艽30克,天花粉60克,怀牛膝60克,川芎30克,连翘24克,威灵仙60克,粉防己60克,防风60克,马钱子60克。

制用法:研为细末,用蜜或醋调成厚糊状,敷于患处。

风湿热郁证

治则治法:清热祛湿,宣痹通络。

成分:麻油330毫升,当归6克,白芷3克,独活3克,穿山甲2片,蜈蚣1条,血余15克,红丹60克,杭粉60克,轻粉1.5克,碱式碳酸铜0.6克,白蜡4.5毫升。

制用法:将前7味药煎枯,去渣,放入红丹、杭粉、轻粉、碱式碳酸铜、白蜡,共熬为膏,用的时候摊贴在患处。

组成:羌活、白芷、独活、良姜、川乌、草乌、麻黄、苍术各60克。

制用法:取上药,用麻油3000毫升,加鲜侧柏叶4000克,松毛尖4000克,生天雄500克,炸至枯黑去渣,熬沸,下黄丹960克,搅匀,成膏后加肉桂末480克,共成膏3905克。大张36克,中张24克,小张15克。溶化贴患处。

寒热错杂证

治则治法:温经散寒,清热除湿。

组成:豆油1500克,樟丹500克,红辣椒1000克,雄黄100克,马钱子面50克,先熬豆油,炸辣椒至黑色,捞出。再熬油至滴水不散为止,再下樟丹,搅匀直至滴水成珠,离火,搅凉,再下雄黄搅匀成膏状。放凉,在水中拉开,然后用滑石粉包起备用。用时将药膏剪下一块放在消毒白布上压平,再将少许马钱子面放在膏上,贴在患处。

(王子君)

治疗带状疱疹该不该用激素

□邮飞

对带状疱疹患者使用糖皮质激素(以下简称激素),在医学界一直有争议。传统上认为,带状疱疹早期给予激素可有效减轻炎症,减少带状疱疹后遗症——神经痛的产生,因而成为临床上常规的治疗手段。随着医学的发展,特别是循证医学的应用,研究人员发现在带状疱疹治疗中激素的使用价值被夸大,甚至存在滥用现象。

多中心大样本临床研究证实,激素对预防带状疱疹后遗神经痛作用缺乏明确有效的证据,但可促进带状疱疹急性期皮损的愈合,减轻急性期皮损的疼痛。因此主张在没有禁忌证情况下,可选择性使用。

50岁以上的患者,皮损较重、疼痛明显时,特别是伴发听力障碍或面瘫的患者,在无严重的高血压病、糖尿病、感染等情况下,可适当使用激素。起始剂量:成人,泼尼松,每日三四次,分两三次口服,以后每7天减少10毫克左右,3周为1个疗程。

激素使用应权衡利弊
使用时注意以下几个方面:

激素需要与足量的抗病毒药联合使用,防止因单纯使用激素引起病毒扩散。

理论上讲,激素可以减轻炎症、缩短皮损愈合的时间。

(作者供职于第三军医大学西南医院皮肤科)



但如果皮肤已经发生糜烂或溃疡,不合理的长疗程较大剂量应用激素反而影响创面的愈合。

部分带状疱疹患者恢复呈良性自限性,特别是中青年患者,疼痛较轻,常规使用激素没有必要;重症患者也常存在各种并发症,如高血压病、糖尿病、慢性感染等,此类患者疼痛不明显时,如果权衡利弊官目使用激素,就会加大激素的不良反应风险。

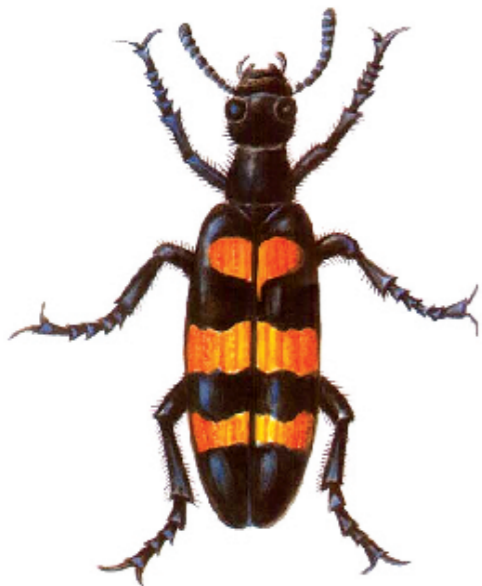
目前,在临床上使用激素时存在药物剂型、剂量、疗程不规范问题。例如,选择缓释剂型看似十分方便,提高了患者依从性;但早期阶段的剂量不足属于不合理用药,显然没有真正起到应有的作用。

有些基层医生错误地认为,应用激素是有效预防带状疱疹后遗神经痛的重要措施;而事实上,早期积极规范地应用抗病毒药才是有效阻止其发生的关键。

(作者供职于第三军医大学西南医院皮肤科)

识本草

斑蝥



【性味功能】 味辛,性热;有大毒。破血消癥,攻毒蚀疮,发泡冷灸。

【主治用法】 用于癰疽疔毒、顽癣、瘰疬、赘疣、疔疮恶疮。炮制后人丸散或煎服;外用研末或浸酒、醋涂患处,不宜大面积应用。

【用量】 0.03~0.06克;外用适量。

蜂房

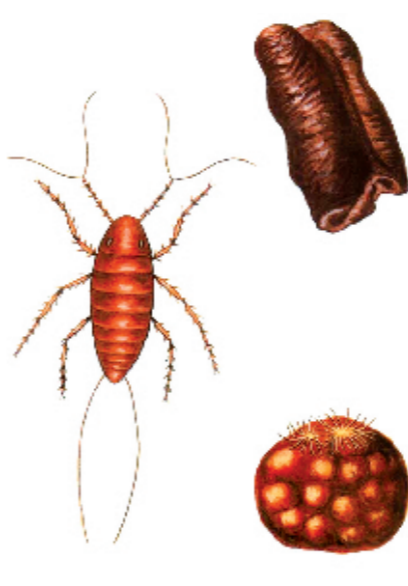


【性味功能】 味甘,性平,祛风,攻毒,杀虫,止痛。

【主治用法】 用于龋齿牙痛,疮疡肿毒、乳痈、瘰疬、皮肤顽癣、鹅掌风、风湿痹痛、疥虫、蛔虫。水煎服,外用研末油调敷或煎水熏洗。

【用量】 2.5~4.5克;外用适量。

紫草茸



【性味功能】 味苦,性寒,清热,凉血,解毒。

【主治用法】 用于麻疹、斑疹、产后血暈、带下、疮疡肿毒。内服煎汤或研末;外用时研末撒敷。

【用量】 1.5~6克;外用适量。
(摘自《中国本草彩色图鉴》)

合理用药

缓释及控释制剂

怎么使用才算合理

缓释制剂是指用药后能在较长时间内缓慢地释放药物,以达到在体内延长药物作用时间、减少服药次数的目的。

与缓释制剂的非恒速释放药物不同,控释制剂能恒速或接近恒速释放药物。

缓释控释制剂与相应普通制剂相比,每24小时内用药次数可从三四次减少至一两次。

缓释控释制剂能在较长时间内维持一定的血药浓度,可以克服血药浓度的峰谷现象,使血药浓度保持在比较平稳持久的有效范围内,有利于减少药物的不良反应。

控释制剂通常由两部分组成,上层为活性药物层,下层为无药活性的多聚物推动层,药片外层包裹一层半透膜,半透膜只允许水分子通过,药物分子不能通过。在半透膜靠近药物层处有一个激光微孔,药物可由此微孔从药片中释放出来。

患者服药后药物进入胃肠道,胃肠道的水分透过半透膜进入药片,使推动层吸水膨胀,产生稳定的压力,持续推进药物分子以稳定的速率从激光微孔释放出来。

还有一点需要注意的是,活性药物释放完毕后,药物的不溶性外壳会随粪便排出体外。患者如果注意到这个情况,则无须担心。

缓释(控释)制剂因其制剂的特殊性,使用时应注意以下几点:

一是严格遵医嘱服药,用药剂量及次数不宜过多或过少。

如非洛地平缓释片,每日早晨服用1次即可,而有些患者每天服用两三次,血药浓度过高可引起不良反应增加。

另外,缓释(控释)制剂的价格比普通片剂高,这种用法无疑使患者的治疗费用增加。

二是缓释(控释)制剂不宜掰开或嚼碎服用,应整片吞服。

掰开或嚼碎后失去了缓释功能,使药物在短时间内大量释出,血药浓度大大增高,可能引起毒性反应,故应避免。

有个别缓释(控释)制剂采用特殊技术使其可分成半片服用,其目的是方便患者调整用药剂量。

(张萍)



低血糖诊治的“八项注意”

□王建华



注意一:低血糖是“症”不是“病”

低血糖不是一个独立的疾病,而是一组由多种原因引起的血糖浓度过低产生的综合征。因此,仅仅确诊低血糖不是一个完整的诊断,还应搞清楚导致低血糖的确切病因。只有明确病因,才能有的放矢地治疗和预防。

注意二:“糖尿病患者”和“非糖尿病患者”低血糖的诊断标准不同

对于糖尿病患者,只要血糖 ≤ 3.9 毫摩尔/升,便可诊断为低血糖;而对于非糖尿病患者,血糖 ≤ 2.8 毫摩尔/升方可诊断为低血糖。

注意三:症状不特异,表现多样化

低血糖的典型症状通常表现为心悸、出冷汗、饥饿感、四肢颤抖、全身软弱无力等,大家都比较熟悉,临床上也比较容易识别。但是,老年人、婴幼儿以及重度低血糖患者症状往往不典型。

例如,老年人低血糖发作时,常以精神失常、行为怪异、抽搐惊厥、偏瘫昏迷等脑功能障碍作为突出表现,很容易被误诊为脑动脉硬化症、精神病、癫痫或脑血管意外等;婴幼儿低血糖发作时,可表现为嗜睡、多汗、抽动、呼吸窘迫等。因此,对低血糖临

床表现的多样化一定要有充分的认识,对于不明原因出现意识障碍、昏迷的患者(尤其是老年人)一定要想到低血糖的可能,及时给患者检测血糖。

注意四:两类低血糖,要格外当心

它们分别是“无症状性低血糖”和“夜间低血糖”,前者在不知不觉中发生,后者在患者夜间熟睡时发生。由于其发病隐蔽,很容易被漏诊,患者常常在不知不觉中陷入昏迷,非常凶险。

“无症状性低血糖”多见于病史较长的老年糖尿病患者,由于其自主神经功能受损或者使用了 β 受体阻滞剂,患者在发生低血糖时往往没有明显的交感神经兴奋症状而难以被及时发现,血糖持续下降,导致昏迷甚至死亡。

发生“夜间低血糖”的患者,其空腹血糖常常反跳性升高,如果患者夜间经常做噩梦、内衣被汗水浸湿、晨起后头痛,常常提示夜间曾发生过低血糖。动态血糖监测有助于发现“无症状性低血糖”和“夜间低血糖”。

注意五:“低血糖反应”也必须按低血糖处理

“低血糖”有以下3种情况:

低血糖反应:有临床症状,血糖大多较低,但亦可不低;低

血糖;血糖低,多有症状,但亦可无;低血糖症:既有低血糖,又有临床症状。

临床上经常会遇到这样的情况:有些长期血糖较高的患者,经过治疗后,血糖短时间内显著下降,患者随之出现头晕、出虚汗、面色苍白、心慌等低血糖症状,但当时血糖检测结果并不低,临床把这种现象叫“低血糖反应”,这是由于机体对血糖急速下降不适应所引起的一种相对缺糖状态。此时,尽管患者的血糖尚未达到低血糖的诊断标准,但也应按照低血糖处理。

注意六:低血糖治疗应该分秒必争

脑代谢所需的能量几乎全部来自血液中的葡萄糖,低血糖对脑组织的损害也最严重,如果低血糖持续时间过长(超过6小时),即使生命得救也会造成脑组织出现不可逆性损害。因此,对低血糖的救治一定要分秒必争,哪种补糖方法起效快就采取哪种方法。

注意七:时刻提防低血糖“卷土重来”

长效的胰岛素或磺脲类降糖药(如优降糖、消渴丸等)所致低血糖,经过治疗血糖恢复正常后可能再次降低。因此,这类患者需要连续监测血糖变化,持续静脉补充葡萄糖,以防止低血糖卷土重来。

注意八:不是所有低血糖患者吃主食都能迅速见效

α 糖苷酶抑制剂(如拜唐平)单独应用时极少发生低血糖,但与胰岛素或磺脲类药物合用时,也可发生低血糖。医生在治疗时要注意,这种患者吃馒头、饼干等主食纠正低血糖往往效果较差,必须给患者口服或静脉补充葡萄糖。这是因为 α 糖苷酶抑制剂会抑制肠道对碳水化合物的消化,而葡萄糖可以直接被肠道吸收,不受 α 糖苷酶抑制剂的影响。

(作者供职于山东省济南医院糖尿病诊疗中心)

本版图片均为资料图片