

药物过敏 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E8\\_8D\\_AF\\_E7\\_89\\_A9\\_E8\\_BF\\_87\\_E6\\_c22\\_302587.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_8D_AF_E7_89_A9_E8_BF_87_E6_c22_302587.htm) 名称药物过敏所属科室风湿免疫科病因毋庸置疑，引起药物反应的直接原因当然是药物。据本科60年代统计资料分析，引起药疹的药物主要有以下4类：即磺胺药（占21.6%）、解热镇痛药(占14.3%)、抗生素(占12.3%)及镇静安眠药（占11%），总计占致病药物的近60%。据1983～1992年住院的104例重型药疹分析，致病药物的前4类主要是：抗生素、抗痛风药（各26例，分别占25%），解热镇痛药（20例，占19.2%）及磺胺药（12例外占11.5%），与以往资料相比，致病药物主次序列及种类均有不小变化，如磺胺药致病比数则明显减少，且仅为复方SMZ一种；抗痛风药跃居首位，均为别嘌醇；抗生素中以头孢菌素类为主。近几年，报导较多尚有痢特灵、噻嗪类药物、非类固醇抗炎剂、异菸进、对氨基水杨酸、氯丙嗪、卡巴西平、免疫抑制剂、抗癌药物、血清生物制品以及中草药非凡是一些中成药制剂。病理由药物反应引起的组织病理变化与非药物引起的大多相似，缺乏特异性，亦无诊断价值，故此处从略。临床表现由于药物反应可累及到各个系统和器官，范围广，有全身的亦有局部的。本节只讨论部分典型的药疹和少数非凡类型的药物反应。（一）变应性药疹 这是药疹中种类最多且最常见的一种类型。根据其潜伏期、发生发展情况、皮疹表现及转归等，至少可分为10多个亚型，如固定性红斑、猩红热样红斑、麻疹样红斑、荨麻疹样、多形红斑样、结节红斑要、玫瑰糠疹样、紫癜形及大疱性表皮坏死松解形等。它们具有下列一些共同点： 有一定潜伏期，一般为4

~ 20日，平均7~8日，如已被致敏，再次用同样药物，常在24小时，平均7~8小时内即可发病。最短者仅数分钟，迟者亦不超过72小时；多数起病忽然，可先有畏寒、不适、发热等前驱症状；皮疹发生发展，除固定红斑外，照例呈泛发性和对称性分布；常伴轻重不一的全身性反应，轻者可有不明显，重者可头痛、寒战、高热等；病程有一定自限性，轻者在一周左右，重者亦不超过一月；除在疱性表皮坏死松解形预后严重外，余均较好。以下分别介绍几种有代表性的亚型。

1.固定性红斑（固定疹）是药疹中最常见的一种，据统计占药疹的22%~44%，本科909例药疹中有318例为本形，占34.98%。常见的致病药物为磺胺类（以长效磺胺占首位）、解热镇痛药、四环素类及镇静水肿性斑片，圆形或椭圆形，边缘清楚，重者斑上有一至数个水疱或大疱。红斑数一至数片不等，分布不对称。可发生在任何部位，常好发于口唇及外生殖器皮肤粘膜交界处，常因磨擦引起糜烂。如复发，通常仍在原处发作，与前一次留下的色素斑完全或部分重叠，且常较前一次扩大、增多。皮损局部可伴瘙痒，皮损广泛者间有不同程度的发热。红斑消退后常留下明日煌紫褐色色素斑，多年不退尽，具有诊断价值。少数不带紫色的水肿性红斑，则消退快，且可不留痕迹。个别病例可伴发多形红斑样、荨麻疹样或麻疹样红斑。

2.猩红热样红斑 皮疹发生忽然，常伴以寒战、发热（38℃以上）、头痛、全身不适等。皮疹开始为大、小片红斑，从面颈、躯干、上肢向下肢发展，24小时即可遍布全身，分布对称，呈水肿性、鲜红色，压之可退色。以后皮疹增多扩大，相互融合，可累及整个皮肤，酷似猩红热。但患者一般情况良好，而无猩红热

的其他表现。皮疹发展至高潮后，红肿渐消，继以大片脱屑，体温之后鳞屑即逐渐变薄变细变少，似糠秕状，皮肤恢复正常，全病程不超过一个月，一般无内脏损害。若皮疹象麻疹，则称玫瑰糠疹形药疹；余类推。

### 3.重症多形红斑

(Stevens-Johnson syndrome) 此系严重的大疱性多形红斑，除皮肤损害外，眼、口、外生殖器等出现严重的粘膜损害，有明显糜、渗出。常伴寒战、高热。亦可并发支气管炎、肺炎、胸腔积液及肾脏损害。眼损害可导致失明。罹患该型药疹者儿童多见。但必须指出，本症候群有时并非药物所引起。

### 4.大疱性表皮坏死松解形药疹

这是我们1958年在国内首次见到的一种药疹类型，临床上比较少见，但相当严重。起病急，皮疹于2~3日内遍及全身。初为鲜红或紫红色斑。有时起病时呈多形红斑样，以后增多扩大，融合成棕红色大片。严重者粘膜同时累及，可谓体无完肤。大片上出现松弛性大疱，形成很多平行的3~10cm长的皱褶，可以从一处推动到另一处。表皮极细薄，稍擦即破，显示明显的棘层松解现象。全身常伴40℃左右的高热。重者可同时或先后累及胃、肠道、肝、肾、心、脑等脏器。曾见一例因本病死亡患者，其鼻饲管壁上密布脱落的粘膜。病程有一定自限性，皮疹常于2~4周后开始消退。如发生严重并发症或某些重要脏器的严重受累，或因处理不当可于2周左右死亡。血液白细胞总数多在 $10 \times 10^9 \sim 20 \times 10^9 / \text{dl}$ 。组织病理似接触性皮炎，无特异性。

### 3.乳头状增生型

多由于长期服用左碘、溴剂等引起。潜伏期常大一月左右。我们曾见2例，在全身红斑形药疹的基础上出现散在分布，不甚规则，显著高出皮面，约3~4cm，直径的蕈样乳头状增殖性肉芽肿，触之相当坚实，主要发生于

躯干部。对症治疗后逐渐消退，全程约3周。

4. 红斑狼疮样反应 自60年代初期发现胍屈嗪可以引起红斑狼疮样反应后，迄今已知道有50多种药物诸如青霉素、普鲁卡因胺、异烟肼、对氨基水杨酸、保泰松、甲基硫氧嘧啶、利血平、灭滴灵及口服避孕药等，可引起这类反应。临床上主要表现为多关节痛、肌痛、多浆膜炎、肺部症状、发热、肝脾和淋巴结肿大、肢端发绀和皮疹等。本症与真正的红斑狼疮不同之处在于发热、管型尿、血尿和氮质嗪引起的，在症状消失后，实验室阳性可持续存在数月以至数年。

5. 真菌病型反应 由于大量抗生素、皮质类固醇和免疫抑制剂的应用，常引起体内环境平衡扰乱和菌群失调，出现真菌病例反应，表现为白念珠菌、菌或皮肤癣菌感染，前两者可有胃肠道、肺或其他内脏感染，可同时累及多个脏器。生前应用免疫抑制剂者尸解中发现严重的全身性真菌感染并非少见。值得注重的是一部分患皮肤癣菌病者，由于上述药物的应用，癣病皮损范围变得更加广泛，且不易治疗，即使治愈亦易复发，造成癣病防治上的困难。

6. 皮质类固醇型反应 若激素应用的剂量较大，时间较久，常可引起多种不良反应，甚至招致死亡。它引起的副作用主要有：

- 继发性细菌或真菌感染：最多见；
- 胃肠道：rdquo.，甚至并发出血、穿孔；
- 中枢神经系统：欣快、易激动、头晕、头痛、失眠等；
- 心血管系统：心悸、血压升高、血栓形成、心律不剂等；
- 内分泌系统：柯兴样症候群、骨质疏松、糖尿症、皮质功能减退及儿童生长发育抑制等；
- 皮肤：痤疮、多毛、毛细血管扩张、瘀斑、皮肤萎缩等；
- 眼：视力模糊、眼压增高、白内障及青光眼等。

近年来，随着新药大量涌现，80年代有人提出了rdquo.的概念，

使人们对药物反应有了进一步熟悉。几乎所有新药均可引起各种不同的药物反应。beta.-阻滞剂如何普洛称（心得舒，alprenolol）、氧烯洛尔（心得平，oxprenolol）、普萘洛尔（心得安，propranolol）等长期应用后可出现银屑病样皮疹，部分患者伴掌跖角化过度，还可引起湿疹、苔藓样疹和其他类型性多毛症，还可逆转男性型脱发、也可引起Stevens-Johnson综合征。诊断鉴于药物反应范围广泛，表现复杂，且多于特异性，要确定诊断有时比较困难。对于药疹的诊断，目前仍以临床病史为主要依据，再结合皮疹表现和实验室检查，并除外其他疾病的可能性，进行综合分析判定。实验室检查方面，发皮肤划痕、皮内试验常以检测患者对青霉素或碘化物有无敏感性，对防止过敏性休克反应有一定价值，但对预防药疹的发生意义不大。体外试验以淋巴细胞转化试验及放射变应原吸附试验（radioallergosorbent test, RAST）等已用于致敏原的检测，但仅对部分药物可靠，在有条件情况下可采用，有一定参考价值。治疗由于药物反应发病率高，危害性大，严重者可致死亡，故重视预防有重要的意义，如医生不随便给药，病人不滥用药，药物反应是可以大大减少的。

- 1.在用药前，首先明确诊断，不要在病情未搞清前，采用多种药物围攻，以为总有一种药物会产生效用，这样易出现不必要的药物反应。
- 2.对所用药物的成分、性能、适应证、禁忌证、副作用、配伍禁忌等应全面熟习把握，做到不滥用、错用、多用药物。
- 3.用药前应具体询问患者有无药物过敏史，非凡是对有过敏性体质者更不可忽视。对有过药物过敏反应者，应注重交叉敏感或多源敏感反应的发生。
- 4.用药应有计划性，剂量不宜过大，种类不宜过多

，时间不宜过久，并定期观察，非凡是应用有一定毒性的药物，如免疫抑制剂、抗癌药物等，更应严密观察，经常检查血象等。5.某些器官有功能障碍时，常对某些药物不能耐受，如患肾病者需慎用重金属药物。6.在用药期间应注重一些警告症状或不耐受现象，如皮肤瘙痒、红斑或发热等，一旦出现应考虑立即停药。7.凡已发生过敏性药物反应者，都应发给药物禁忌卡，注明致敏药物名称及反应类型，以供复诊时参考。8.国家医药治理部门必须加强药政治理。药品在出厂投放市场前，必须经过严格的检查，把好的药品质量关。

相关链接：内外预防及预后 由于药物反应发病率高，危害性大，严重者可致死亡，故重视预防有重要的意义，如医生不随便给药，病人不滥用药，药物反应是可以大大减少的。1.在用药前，首先明确诊断，不要在病情未搞清前，采用多种药物围攻，以为总有一种药物会产生效用，这样易出现不必要的药物反应。2.对所用药物的成分、性能、适应证、禁忌证、副作用、配伍禁忌等应全面熟习把握，做到不滥用、错用、多用药物。3.用药前应具体询问患者有无药物过敏史，非凡是对有过敏性体质者更不可忽视。对有过药物过敏反应者，应注重交叉敏感或多源敏感反应的发生。4.用药应有计划性，剂量不宜过大，种类不宜过多，时间不宜过久，并定期观察，非凡是应用有一定毒性的药物，如免疫抑制剂、抗癌药物等，更应严密观察，经常检查血象等。5.某些器官有功能障碍时，常对某些药物不能耐受，如患肾病者需慎用重金属药物。6.在用药期间应注重一些警告症状或不耐受现象，如皮肤瘙痒、红斑或发热等，一旦出现应考虑立即停药。7.凡已发生过敏性药物反应者，都应发给药物禁忌卡，注

明致敏药物名称及反应类型，以供复诊时参考。 8.国家医药治理部门必须加强药政治理。药品在出厂投放市场前，必须经过严格的检查，把好的药品质量关。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)