

银屑病 - 皮肤炎重叠综合征合并肺间质病变1例

田 晔^{1,2*}, 杨 璠³, 杨 珂^{1,2}, 邱 越^{1,2}, 郝平生^{4#}, 李天浩^{4#}

¹四川省中医药研究院中医研究所皮肤科, 四川 成都

²四川省第一中医医院皮肤科, 四川 成都

³重庆市璧山区中医院皮肤科, 重庆

⁴成都中医药大学附属医院皮肤科, 四川 成都

收稿日期: 2026年7月18日; 录用日期: 2026年8月11日; 发布日期: 2026年8月19日

摘 要

患者男, 75岁, 全身红斑、丘疹、脱屑、面部浮肿8月, 四肢乏力伴吞咽困难2月。前期先后使用阿普米司特、依奇珠单抗 + 大剂量泼尼松疗效不佳, 完善肌活检、肌电图、皮肤活检等确诊银屑病 - 皮肤炎重叠综合征, 合并间质性肺病、重度低钾及营养不良等并发症。予糖皮质激素、环孢素、静脉滴注免疫球蛋白联合抗感染、补钾营养支持综合治疗, 并辅以中医疗法, 患者皮肤及肌肉症状显著改善。本例提示阿普米司特单药对银屑病合并皮肤炎患者疗效有限, 激素 + 钙调磷酸酶抑制剂 + IVIG、辅以中医疗法多靶点联合方案可有效控制重叠综合征全身炎症, 为同类难治病例提供临床参考。

关键词

银屑病 - 皮肤炎重叠综合征, 肺间质病变, 糖皮质激素, 环孢素, 静脉注射免疫球蛋白, 中医疗法

A Case of Psoriasis-Dermatomyositis Overlap Syndrome with Pulmonary Interstitial Disease

Ye Tian^{1,2*}, Fan Yang³, Ke Yang^{1,2}, Yue Qiu^{1,2}, Pingsheng Hao^{4#}, Tianhao Li^{4#}

¹Department of Dermatology, Institute of Traditional Chinese Medicine of Sichuan Academy of Chinese Medicine Sciences, Chengdu Sichuan

²Department of Dermatology, Sichuan First Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

³Department of Dermatology, Bishan District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing

⁴Department of Dermatology, Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

*第一作者。

#共同通讯作者。

文章引用: 田晔, 杨璠, 杨珂, 邱越, 郝平生, 李天浩. 银屑病-皮肤炎重叠综合征合并肺间质病变 1 例[J]. 临床医学进展, 2026, 16(8): 1624-1628. DOI: 10.12677/acm.2026.1682942

Received: July 18, 2026; accepted: August 11, 2026; published: August 19, 2026

Abstract

A 75-year-old male patient presented with a generalized red rash, papules, desquamation, and facial edema for 8 months, followed by limb weakness and dysphagia for 2 months. Initial treatments with apremilast and the combination of ixekizumab plus high-dose prednisone yielded poor responses. Following comprehensive diagnostic evaluations, including muscle biopsy, electromyography, and skin biopsy, the patient was diagnosed with psoriasis-dermatomyositis overlap syndrome, complicated by interstitial lung disease, severe hypokalemia, and malnutrition. A multidisciplinary therapeutic regimen was subsequently implemented, comprising glucocorticoids, cyclosporine, intravenous immunoglobulin, anti-infective therapy, potassium supplementation, nutritional support, and adjunctive traditional Chinese medicine. This combined approach resulted in significant improvement in both cutaneous and muscular symptoms. This case suggests that apremilast monotherapy has limited efficacy in patients with psoriasis complicated by dermatomyositis. A multi-target combination strategy involving corticosteroids, calcineurin inhibitors, intravenous immunoglobulin, and adjunctive traditional Chinese medicine may effectively control systemic inflammation in overlap syndrome, providing a clinical reference for similar refractory cases.

Keywords

Psoriasis-Dermatomyositis Overlap Syndrome, Interstitial Lung Disease, Steroids, Cyclosporine, Intravenous Immunoglobulin, Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 病例资料

1.1. 主诉

全身红斑、丘疹、脱屑、面部浮肿 8 月，四肢乏力伴吞咽困难 2 月余。

1.2. 现病史

患者 8 月前全身出现散在出现红斑、丘疹，5 月前因全身红斑、丘疹鳞屑伴面部浮肿及甲周红肿 3 月入院，外院诊断斑块状银屑病，病理报告提示：右上肢皮肤组织标本，表皮中央角化过度伴角化不全，灶区见微脓疡，颗粒层变薄、消失；皮突杵状下延，基底层色素增多；真皮浅层见日光性损害，小血管周围见淋巴细胞浸润。皮损镜下形态可符合银屑病。常规治疗无效后予阿普米司特治疗，红斑伴鳞屑症状减轻，面部浮肿及甲根部肿胀未见改善。2 月前出现四肢无力、吞咽困难，遂就诊省人民医院拟诊：皮炎待确诊，斑块状银屑病，予以依奇珠单抗、泼尼松片 80 mg po qd 治疗，经治疗红斑、丘疹伴鳞屑明显好转，面部浮肿、甲根部肿胀，四肢乏力、吞咽困难、呛咳等症状持续加重，为了明确诊断，进一步检查后，肌肉电镜提示肌原纤维灶性紊乱、局灶轻度溶解，患者为了中西医结合治疗，遂今日就诊于我院，入院专科查体：全身大面积紫红斑，面部浮肿、甲根部肿胀、双足红肿，伴四肢近端肌力下降、举手、梳头、穿衣、下蹲、起立、爬楼梯困难，吞咽困难、呛咳，平卧时抬头困难，伴 Heliotrope 征、披肩征、枪

套征，伴咳嗽、咳痰，无关节肿痛、水疱。

1.3. 既往及个人史

75 岁男性，既往体健。吸烟 60 余年，每日 1.5 包，戒烟 2 周；偶饮酒，已戒酒 2 周，无食物药物过敏史、无手术史、传染病史。

1.4. 辅助检查

1.4.1. 影像学检查

胸部 CT：双肺胸膜下间质性纤维化伴感染；双肺上叶胸膜下间隔旁型肺气肿伴肺大疱；右肺下叶基底段胸膜下可疑实性结节。心电图 T 波多导联低平切迹。

1.4.2. 实验室检查

实验室：肌酶谱：乳酸脱氢酶(LDH) 1068 U/L ↑，肌酸激酶(CK) 848 U/L ↑， α -羟丁酸脱氢酶 951 U/L ↑，肌红蛋白 284.6 ng/ml ↑。电解质：钾 2.32 mmol/L (重度低钾)，钠 147.9 mmol/L ↑，钙、镁、磷均偏低。炎症及免疫：全血 C 反应蛋白 22.18 mg/L ↑，铁蛋白 1483 ng/ml ↑，补体 C3 0.62 g/L ↓，总 IgE 853 IU/ml ↑。抗核抗体(ANA)阳性(+)，抗 Ro-52 抗体可疑(±)。肿瘤标志物：神经元特异性烯醇化酶(NSE) 47.56 ng/mL ↑，CA19-9 79.82 U/mL ↑。

1.4.3. 病理及肌电图检查

皮肤活检：右上臂皮肤组织标本，表皮变薄伴角化过度，界面空泡变性，真皮浅层血管周围淋巴细胞浸润，并见色素失禁现象。符合结缔组织病之皮炎改变。

肌电图：右侧三角肌肌源性损害，右侧背侧骨间肌静息状态下可见纤颤电位、正锐波，左侧胫前肌静息状态下可见正锐波。

1.5. 诊断

中医诊断：肌痹(血热证)西医诊断：1. 银屑病 - 皮炎重叠综合征；2. 重度低钾血症；3. 肺部间质性纤维化伴感染；4. 轻度营养不良。

1.6. 治疗经过

入院予综合方案：静脉甲泼尼龙 60 mg ivgtt qd + 口服环孢素 100 mg po bid 抑制免疫炎症；静脉滴注免疫球蛋白 27.5g qd 调节免疫；头孢哌酮舒巴坦抗感染；泮托拉唑、铝碳酸镁抑酸护胃；持续补钾，纠正低钙、低镁血症。口服肠内营养粉剂(安素)改善营养状况；雾化吸入及祛痰治疗并配合中医疗法。激素静滴逐渐减量出院改口服泼尼松 30 mg po qd 维持，复诊缓慢减量。并嘱患者暂时停用依奇珠单抗，经治疗后患者皮疹、肌无力、吞咽不适较前明显缓解，病情好转出院。

2. 讨论

2.1. 病例发病特点与前期治疗反思

本例为老年男性斑块状银屑病合并皮炎的自身免疫重叠病例，患者以全身红斑、鳞屑为首表现，初期外院结合皮肤病理诊断为斑块状银屑病，并怀疑面部浮肿及甲根部肿胀症状可能是皮炎的表现，有报道称阿普米司特对皮炎治疗有效[1]，接诊医生选择阿普米司特治疗，考虑兼顾银屑病及可能的皮炎皮损，治疗后红斑、鳞屑改善，面部浮肿及甲根部肿胀未缓解同时出现了四肢乏力、吞咽困难、呛咳等症状，为了确诊皮炎完善相关检查，并予以依奇珠单抗及大剂量类固醇激素治疗后，皮肤鳞屑症

状明显改善,但四肢近端肌力下降进行性加重,吞咽困难、呛咳,平卧时抬头困难,提示阿普米司特、单一大剂量皮质类固醇激素对难治性的皮炎疗效有限,难以控制多系统广泛炎症。

银屑病与皮炎均为免疫介导的炎症性疾病,存在共同的免疫紊乱发病基础,可发生疾病重叠[2]。患者长期大量吸烟史是重要诱因,吸烟可能影响银屑病的发病和进展[3]。吸烟可打破自身免疫耐受,参与皮炎发生;对于已确诊皮炎患者,长期吸烟显著升高心血管并发症风险,加速间质性肺病的发生与纤维化进展,是皮炎病情持续恶化的关键环境危险因素[4]。

2.2. 三联免疫抑制方案作用、剂量与监测

针对本病例,采用激素 + 环孢素 + 静脉滴注免疫球蛋白(IVIG)强化免疫抑制方案,符合当前难治性皮炎为主要表现的救治策略[5][6],同样方案也有助于银屑病的治疗[7][8],两类疾病炎症通路重叠,单一药物难以兼顾皮肤、肌肉、肺多脏器损伤:单用激素易致银屑病反弹,IL-17抑制剂仅改善皮肤、无法控制肌炎与肺间质病变。三者联用可多通路抑制自身免疫。其中皮质类固醇激素可快速抑制免疫炎症,抑制血管扩张、淋巴细胞浸润,快速阻断皮炎肌纤维坏死、皮肤界面炎症,快速缓解肌无力、眶周水肿红斑;激素作为皮炎治疗的一线用药[6],用于银屑病的治疗并不优先推荐,虽然可以快速抑制炎症,停药或减量后却容易出现潜在恶化,但在以皮炎症状为主的情况下,可以选择使用皮质类固醇激素[9]。在免疫抑制剂的选择上,按照指南优先选择甲氨蝶呤[6],然而甲氨蝶呤有可能加重患者间质性肺病的风险[9],环孢素作为钙调磷酸酶抑制剂,靶向阻断自身免疫持续损伤,选择性抑制T淋巴细胞活化,下调IL-2、IL-17分泌,同时改善银屑病鳞屑皮损与肌组织淋巴细胞浸润,临床常优先选择[10];其有利于快速减量激素、降低长期使用激素的不良反应[11]及停用激素后银屑病的潜在恶化;同时环孢素和皮质类固醇联合应用已被证明对皮炎相关的肺和食管受累的治疗有效[7]。IVIG可中和异常自身抗体、阻断炎症风暴连锁反应,遏制重症肌炎、肺间质炎症,降低脏器纤维化风险。入院后采用激素联合环孢素、IVIG三联治疗,病情稳定后将甲泼尼龙减量至40 mg/d静脉滴注,依托免疫抑制剂、环孢素辅助加速激素减量;后续每1周递减原剂量20%,静脉激素逐步过渡至口服泼尼松30 mg/d出院,门诊长期缓慢阶梯减量,以免复发[12]。用药期间每日监测血压、血糖,每周复查肝肾功能、血清肌酶,每月完善骨密度、眼底检查,排查激素相关并发症。环孢素按照2.5~5 mg/(kg·d)标准以100 mg bid中等剂量口服,血药谷浓度维持在100~150 ng/ml安全有效区间[12],定期复查血药浓度、肾功能及血压。IVIG:按0.4 g/(kg·d)剂量标准以27.5 g qd连续冲击5日[12],输注全过程持续监测心率、血压等生命体征。

2.3. 本病例与既往文献病例的探讨

既往王广进等、王燕等报道银屑病合并皮炎病例[13][14],多无肺部间质受累,仅皮肤、肌肉损伤,单用激素或激素联合甲氨蝶呤即可控制;本病例为75岁高龄,60年长期大量吸烟史,继发间质性肺病、重度低钾、营养不良,脏器受累更广泛,单纯激素、IL-17生物制剂均无法控制全身炎症,与轻症病例存在显著差异性。有报道称,IL-17抑制剂作为银屑病并发皮炎的沉淀因子,使在使用靶向IL23-IL17途径的生物制剂治疗此病时需谨慎[9],接受过IL-17i治疗的银屑病患者发生皮炎的风险明显更高[2],故停用依奇珠单抗。

2.4. 综合对症支持治疗价值

在此核心治疗基础上,联合头孢哌酮舒巴坦控制肺部感染、泮托拉唑与铝碳酸镁抑酸护胃、持续纠正电解质紊乱、肠内营养支持等综合对症治疗,有效阻断炎症激活、内环境紊乱、脏器损伤的恶性循环,稳定患者病情。

3. 结论

银屑病-皮炎重叠综合征临床罕见, 早期常仅表现单一银屑病皮损, 随病情进展逐步出现皮炎特征性皮肤、肌肉甚至肺部损害, 临床易漏诊、误诊; 对于常规银屑病靶向治疗效果不佳、合并眶周水肿红斑、四肢近端肌无力的患者, 需尽早完善肌酶、肌电图、皮肤及肌肉活检, 排查重叠综合征。

针对高龄、长期吸烟、合并间质性肺病的银屑病-皮炎重叠综合征患者, 单一糖皮质激素、IL-17抑制剂、阿普米司特均难以全面控制多系统炎症; 现有本病例临床观察提示, 中等剂量糖皮质激素联合中等剂量环孢素、短期 IVIG 冲击的多靶点联合方案, 可同时改善皮肤鳞屑病变、肌炎损伤及肺部间质炎症, 且有利于减少长期激素药物蓄积及不良反应; 该方案安全性与有效性仍需更大样本队列研究进一步验证。老年患者需定期监测胸部 CT、肿瘤标志物, 长期随访问质性肺病及隐匿恶性肿瘤风险。中医辨证论治可作为辅助手段协同改善全身炎症、缓解激素毒副反应, 其远期疗效仍需对照研究证实。

声 明

该病例报道已获得患者的知情同意。

参考文献

- [1] Bitar, C., Ninh, T., Brag, K., Foutouhi, S., Radosta, S., Meyers, J., *et al.* (2022) Apremilast in Recalcitrant Cutaneous Dermatomyositis. *JAMA Dermatology*, **158**, 1357. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2022.3917>
- [2] Chen, M., Tian, N., Cui, R., Zhang, H., Wang, Q., Tong, Q., *et al.* (2025) Increased Risk of Dermatomyositis in Patients with Psoriasis: A Retrospective Cohort Study. *ImmunoTargets and Therapy*, **14**, 139-149. <https://doi.org/10.2147/itt.s500811>
- [3] 沈范玲子, 王瑞平. 吸烟、饮酒与银屑病发病及治疗结局影响的研究进展[J]. 世界临床药物, 2024, 45(1): 88-94.
- [4] El Hasbani, G., Madi, M., Zoghbi, M.A.S.E., Srour, L., Uthman, I. and Jawad, A.S. (2024) The Impact of Tobacco Smoking on Systemic Sclerosis, Idiopathic Inflammatory Myositis, and Systemic Lupus Erythematosus. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders*, **17**, Article 11795441241290522. <https://doi.org/10.1177/11795441241290522>
- [5] Danieli, M.G., Malcangi, G., Palmieri, C., Logullo, F., Salvi, A., Piani, M., *et al.* (2002) Cyclosporin A and Intravenous Immunoglobulin Treatment in Polymyositis/Dermatomyositis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, **61**, 37-41. <https://doi.org/10.1136/ard.61.1.37>
- [6] 罗帅寒天, 龙海, 陆前进. 《成人皮炎诊疗中国专家共识(2022 年)》解读[J]. 皮肤科学通报, 2026, 43(2): 105-110.
- [7] Amor, K.T., Ryan, C. and Menter, A. (2010) The Use of Cyclosporine in Dermatology: Part I. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **63**, 925-946. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.02.063>
- [8] 李承新, 刘玉峰, 王惠依. 人血丙种球蛋白治疗银屑病效果的对照观察[J]. 第四军医大学学报, 1995(4): 312-313.
- [9] Xu, Q. and Xu, N. (2023) JAK Inhibitors as Potential Therapeutic Strategy for the Dilemma of Psoriasis Concurrent with Dermatomyositis in the SARS-CoV-2 Era. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, **16**, 1059-1062. <https://doi.org/10.2147/ccid.s403970>
- [10] 王国春. 特发性炎性肌病相关间质性肺疾病诊治进展[J]. 内科急危重症杂志, 2026, 32(2): 116-120.
- [11] 刘金耀, 焦健, 刘淑兰, 刘永, 魏昭卿. 皮质类固醇激素加环孢素 A(新山地明)治疗难治性皮炎三例[J]. 中华皮肤科杂志, 1997(1): 67.
- [12] Cao, H., Chen, A.J., Cui, Y., *et al.* (2022) Chinese Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Adult Dermatomyositis (2022). *International Journal of Dermatology and Venereology*, **7**, 163-173.
- [13] 王广进, 张新秀, 颜潇潇, 等. 寻常型银屑病合并皮炎 1 例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2014, 30(10): 631-632.
- [14] 王燕, 张玲, 魏羽佳, 等. 寻常型银屑病合并皮炎 1 例[J]. 贵阳医学院学报, 2009, 34(2): 237-238.