

胰腺恶性肿瘤患者湿疹伴皮肤感染误诊为重症药疹1例

余巧¹, 王佳艺¹, 郝平生^{2*}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院皮肤科, 四川 成都

收稿日期: 2025年11月3日; 录用日期: 2025年11月26日; 发布日期: 2025年12月2日

摘要

本文报告一例60岁女性胰腺恶性肿瘤患者湿疹伴皮肤感染误诊为重症药疹的诊疗过程。患者因“全身散在红斑丘疹伴瘙痒2年, 加重伴皮肤疼痛、下肢水肿伴糜烂1周”入院, 初步诊断重症药疹, 经实验室及病理学检查后修正诊断为“湿疹伴皮肤感染”, 本病例通过及时调整治疗方案(抗感染 + 皮肤屏障修复)实现好转, 印证了精准诊断的重要性, 结合临床表现与病理检查分析误诊原因, 旨在为临床鉴别此类皮肤病变提供参考, 避免诊疗延误。

关键词

湿疹, 皮肤感染, 重症药疹, 胰腺恶性肿瘤, 病例报道

Eczema with Skin Infection Misdiagnosed as Severe Drug Eruption in a Patient with Pancreatic Malignant Tumor: A Case Report

Qiao Yu¹, Jiayi Wang¹, Pingsheng Hao^{2*}

¹Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

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

Received: November 3, 2025; accepted: November 26, 2025; published: December 2, 2025

Abstract

This article reports the diagnosis and treatment process of a 60-year-old female patient with

*通讯作者。

文章引用: 余巧, 王佳艺, 郝平生. 胰腺恶性肿瘤患者湿疹伴皮肤感染误诊为重症药疹 1 例[J]. 医学诊断, 2025, 15(6): 556-562. DOI: 10.12677/md.2025.156075

pancreatic malignant tumor who had eczema complicated by skin infection, which was initially misdiagnosed as severe drug eruption. The patient was admitted to the hospital due to “diffuse erythematous papules all over the body with pruritus for 2 years, aggravated with skin pain, lower extremity edema and erosion for 1 week”. She was initially diagnosed with severe drug eruption, and the diagnosis was revised to “eczema with skin infection” after laboratory and pathological examinations. The patient achieved improvement through timely adjustment of the treatment plan (anti-infection + skin barrier repair), which confirms the importance of accurate diagnosis. By analyzing the causes of misdiagnosis based on clinical manifestations and pathological examinations, this case aims to provide reference for clinical differentiation of such skin lesions and avoid delays in diagnosis and treatment.

Keywords

Eczema, Skin Infection, Severe Drug Eruption, Pancreatic Malignant Tumor, Case Report

Copyright © 2025 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. 引言

湿疹作为临床常见炎症性皮肤病，在肿瘤患者中因皮肤屏障功能受损更易继发感染，表现为红斑、渗出及黏膜受累，与重症药疹的临床表现存在重叠。重型药疹是一组可能危及生命的严重药物不良反应，主要指以下 3 种类型[1]：Stevens-Johnson 综合征(SJS)/中毒性表皮坏死松解症(TEN)、伴嗜酸粒细胞增多和系统症状的药物反应(DRESS)、急性泛发性发疹性脓疱病(AGEP)，可出现广泛皮疹、黏膜损害及全身症状，需及时停用致敏药物救治；而肿瘤相关湿疹继发感染的治疗核心为抗感染与皮肤屏障修复，二者诊疗方向截然不同。临床中，胰腺恶性肿瘤患者常因化疗、对症治疗使用多种药物，易误导医师优先考虑药疹诊断，导致误诊误治。本文报道 1 例胰腺恶性肿瘤患者湿疹伴皮肤感染误诊为重症药疹的病例，结合临床表现与病理检查分析误诊原因，旨在为临床鉴别此类皮肤病变提供参考，避免诊疗延误。

2. 病例摘要

2.1. 基本资料

患者，女，60 岁，因“全身散在红斑丘疹伴瘙痒 2 年，加重伴皮肤疼痛、下肢水肿伴糜烂 1 周”入院。患者 2 年内反复出现全身散在红斑、丘疹伴有轻微瘙痒，病情反复时自行予“卤米松乳膏”及“夫西地酸乳膏”外用，未予系统诊疗。2025 年 9 月 16 日患者出现全身红斑、丘疹增多，瘙痒加重，患者遂自购“枸地氯雷他定片”口服，服药后患者瘙痒无明显缓解。9 月 25 日因病情加重收入住院。既往史：平素健康状况较差，“胰头恶性肿瘤病史”5 年，保守治疗，近 2 年长期口服中药；“2 型糖尿病”病史 10 年，规律服用降糖药物，血糖控制不详。余无特殊。

2.2. 临床症状

形体消瘦，全身泛发红斑丘疹，见图 1，散在色素沉着，躯干可见部分皮损渗液、糜烂，外阴可见溃疡，双下肢中度非凹陷性水肿，足部、眼睑、唇周皮肤可见水疱，部分水疱破溃、糜烂、可见脓性分泌物，双眼有黄色分泌物，发热，最高体温 38℃，自觉乏力，视物模糊，全身皮肤疼痛，双下肢皮肤尤甚，

口腔内疼痛，未见口腔溃疡。皮损面积约占全身 60%，渗液面积约 20%。纳差，眠差，偶有恶心呕吐，大便干，小便频。



Figure 1. Upper body skin (photographed on September 26, 2025)
图 1. 上半身皮肤(拍摄于 2025 年 9 月 26 日)

2.3. 辅助检查

(1) 检验：血常规 + C 反应蛋白 + 血型鉴定：淋巴细胞数 $0.94 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 76.1%，淋巴细胞百分比 15.2%，红细胞 $1.35 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 37 g/L，红细胞压积 12.5%，平均红细胞血红蛋白浓度 296 g/L，红细胞分布宽度变异系数 15.6%，红细胞分布宽度 54.6 fL，全血 C 反应蛋白 93.17 mg/L，ABO 血型 A 型，Rh 血型阳性(+)。DIC 检测：活化部分凝血活酶时间 36.9 sec，D-二聚体 2.51 ug/ml FEU，纤维蛋白(原)降解产物 9.25 ug/ml，血浆纤维蛋白原 6.53 g/L。肝功能 + 肾功能 + 电解质 + 血脂：钾 3.17 mol/L，钙 2.03 mmol/L，肌酐 33.1 $\mu\text{mol}/L$ ，尿酸 89 $\mu\text{mol}/L$ ，葡萄糖 8.21 mmol/L，总蛋白 51.7 g/L，白蛋白 27.3 g/L，白/球蛋白比值 1.1，胆碱脂酶 341 IU/L，总胆汁酸 16.6 $\mu\text{mol}/L$ ，高密度脂蛋白胆固醇 0.93 mmol/L，载脂蛋白 A1 1.15 g/L，载脂蛋白 B 0.34 g/L，磷酸肌酸激酶 30 U/L，前白蛋白 102 mg/L，B 型钠尿肽前体 194.8 pg/mL。体液免疫：免疫球蛋白 M0.29 g/L，补体 C40.5 g/L，总免疫球蛋白 E 1990 IU/mL。肿瘤标志物全套(女性 14 项)：铁蛋白 646.3 ng/ml，非小细胞肺癌抗原 21 ng/l~13.59 ng/l，肿瘤相

关抗原 72 U/mL~49.4 U/mL, 鳞状细胞癌相关抗原 46 ng/ml。糖化血红蛋白、感染标志物、自身免疫抗体谱 + 抗核抗体、二便常规: 未见明显异常。

(2) 检查: 心电图: 窦性心律, QRS 波电轴左偏, 肢导联低电压趋势, T 波: I、avL、V7-V9 平坦。双下肢动/静脉彩超: 双下肢动脉管壁钙化请结合临床。胸部 CT 平扫 + 薄层扫描: 1) 双肺通气不均表现, 右肺上叶肺大泡, 双肺少许纤维灶。2) 心脏增大, 心包少量积液; 肺动脉干增粗。3) 扫及胆囊影大, 胆囊多发结石。4) 扫及肝内低 - 稍低密度灶, 大者大小约 7.3 cm*7.2 cm, 肿瘤性病变? 5) 扫及胰头可疑增大, 上腹胃小弯后下方囊性低密度灶, 大者长径 3.7 cm。6) 扫及脾脏内低密度灶。腹部所见, 建议 CT 增强检查。肝胆胰脾彩超检查: 肝内实性团块: 肿瘤性病变? 肝囊肿, 胆囊结石, 胆囊体积增大, 胃后方囊性占位, 以上请结合其他增强影像学检查。

2.4. 诊断及治疗

2.4.1. 初步诊断及治疗

(1) 初步诊断: ① 重症药疹; ② 胰头恶性肿瘤; ③ 2 型糖尿病; ④ 重度贫血; ⑤ 低钾血症; ⑥ 双眼结膜炎。

(2) 治疗: 予以吸氧, 监测血糖, 特大换药(1.5%硫酸镁溶液、40%聚维酮碘溶液交替湿敷, 每日各一次), 卤米松乳膏及复方多黏菌素 B 软膏外用, 输注悬浮红细胞, 补钾, 控糖, 左氧氟沙星滴眼液、妥布霉素滴眼液、小牛血去蛋白眼用凝胶改善眼部炎症。因患者病情重、基础疾病多, 且血糖控制不详, 考虑患者可能存在肿瘤转移、糖尿病皮肤并发症等可能, 与患者及家属沟通后暂未予激素治疗, 并积极完善皮肤活检术, 完善病理及免疫荧光染色检查。

2.4.2. 修正诊断及治疗

(1) 根据病理(见图 2)及免疫荧光染色诊断(四项)(见图 3)结果回示: “上肢皮肤”皮肤切除样本: 表皮角化不全, 棘层水肿, 层次改变不明显, 真皮浅、深层毛细血管周围见少许淋巴细胞及个别嗜酸性粒细胞、肥大细胞浸润, 另见游离中性粒细胞聚集; 免疫荧光染色: IgN(-)、IgA(-)、IgG(-)、C3(-); 请结合临床综合考虑。并结合细菌涂片及培养回示: 细菌涂片检查: 革兰氏阳性球菌: 4+, 细菌培养及鉴定: 金黄色葡萄球菌。真菌培养鉴定 + 真菌涂片检查: 无异常。修正诊断为: ① 湿疹伴皮肤感染。

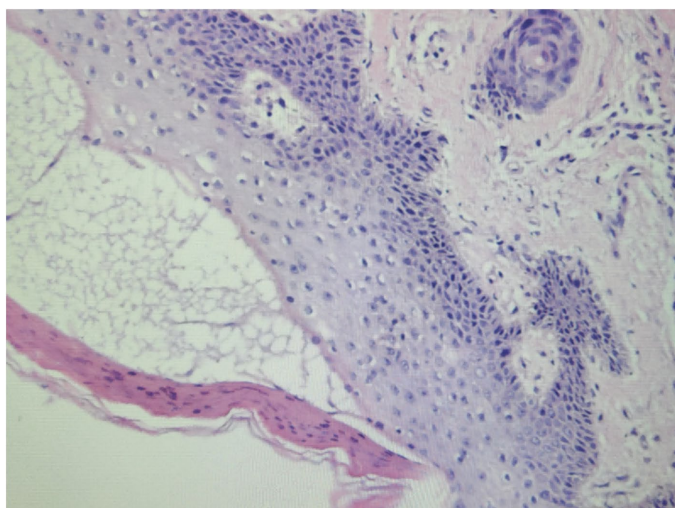


Figure 2. Pathological findings (H & E, $\times 100$, skin of the right forearm)

图 2. 病理(H & E, $\times 100$, 右前臂皮肤)

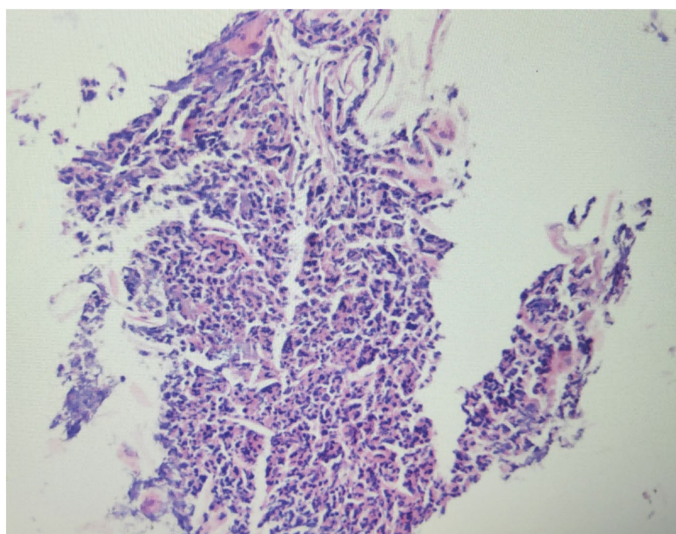


Figure 3. Immunofluorescence
图 3. 免疫荧光

(2) 治疗：左氧氟沙星氯化钠注射液、注射用头孢呋辛钠注射液抗感染，人免疫球蛋白调节免疫、增强机体免疫功能，肠内营养剂、乳清蛋白粉补充能量。

10月2日，患者经治疗后病情明显好转出院，出院1周后门诊复诊，皮肤原渗液、破溃处结痂，部分痂壳脱落，无皮肤疼痛。

3. 讨论

3.1. 病例的核心矛盾

肿瘤相关皮肤病变与重症药疹的临床重叠性。胰腺恶性肿瘤是发现晚、进展快、病情重、预后差的恶性肿瘤之一[2]，临床诊疗常聚焦于原发病及肝、肺等常见转移疾病，但其对机体免疫状态的影响而引发皮肤并发症易被忽视。胰腺恶性肿瘤患者并发皮肤病变的机制复杂，一方面肿瘤引发的免疫功能紊乱会破坏皮肤屏障完整性，导致湿疹等基础皮肤病高发，且因机体抗感染能力下降易继发细菌或真菌感染，表现为红斑、渗出、黏膜受累等症状；另一方面，此类患者常因化疗、对症治疗使用多种药物，符合重症药疹“多药暴露”的高危因素，而重症药疹如 Stevens-Johnson 综合征(SJS)也可出现广泛皮疹、黏膜损害，与感染性湿疹的临床表现高度重叠。

除此之外，此患者有2型糖尿病史，病理性高血糖可降低角质形成细胞和成纤维细胞的活性，影响蛋白质合成、增殖和迁移，引起PH值变化及皮肤稳态平衡紊乱[3]。2型糖尿病患者的皮肤渗透性受损、抗菌保护屏障破坏与晚期糖基化终末产物(advance glycation end products, AGEs)的血清水平升高有关[4]。高血糖环境下，过剩的葡萄糖与蛋白质、脂质和核酸大分子发生非酶糖基化反应，生成的AGEs可使真皮胶原蛋白和弹性纤维失去弹性、角质层水分流失增加[5]，表皮水分流失过多、屏障保护功能下降，增加病原菌和过敏源入侵的风险，皮肤感染的可能性增加。

本病例中，根据药疹基层诊疗指南(2022年)中重症药疹[6]，患者因用药史、泛发性红斑与黏膜受累被初步诊断为重症药疹，正是忽略了肿瘤患者皮肤病变的特殊性——胰腺恶性肿瘤晚期可通过炎症因子释放加重皮肤炎症反应，且长期消耗导致的低蛋白血症会加剧皮肤渗出，这些表现易被误判为药物致敏引发的免疫损伤[7]。此外，二者均可能出现皮肤疼痛、发热等全身症状，进一步增加了鉴别难度。

根据病理及免疫荧光染色诊断(四项)结果回示湿疹,细菌培养提示金黄色葡萄球菌感染,进一步分析患者药物使用情况:引起药疹的常见药物有抗菌药物类、非甾体类解热镇痛抗炎药、抗癫痫及镇静催眠药、抗痛风药物、中草药等[8][9]。患者发病前有明确的中药及枸地氯雷他定片用药史,抗组胺药引起药物性皮炎的概率较小。患者近期口服中药为四君子汤 + 柴胡疏肝散加减,主方已服用超过 6 月,均未出现不适,近 3 月处方中增加药味均为常见植物类药材,引起药疹几率低,因此排除药疹诊断。结合患者既往 2 年内反复出现全身散在红斑、丘疹伴瘙痒,修正为湿疹伴感染。

3.2. 湿疹伴感染与重症药疹鉴别

二者的核心鉴别需围绕病史、体征、检查、治疗反应四个维度展开:(1) 病史层面,湿疹是一个慢性、反复发作性疾病,往往病史较长。而肿瘤相关皮肤病变多有基础皮肤病史,例如湿疹,皮疹进展与肿瘤分期相关;而药疹多在用药后 1 至 3 周甚至更长时间发作,停药后可缓解。(2) 体征层面,湿疹的一般性分类是按皮损表现分为急性、亚急性、慢性三类[10]。其中急性湿疹皮损以对称分布的红斑、丘疹、小水疱瘙痒为主要表现;亚急性湿疹皮损以丘疹、结痂和鳞屑为主,仅见少量丘疱疹及糜烂,但仍伴有剧烈瘙痒;而慢性湿疹则以皮损干燥、增厚为主。感染性湿疹常见于急性或亚急性期,伴局部渗液、脓疱。重症药疹常急性起病,初始症状为发热、眼部刺痛、咽喉疼痛等,可发生于皮肤表现前 1~3 天。皮损先发生于躯干,后延及颈、面及上肢近端,表现为红色/紫色斑点进展为小泡、侵蚀和溃疡,可出现松弛性水疱及表皮松解,Nikolsky 征阳性,黏膜坏死剥脱明显,如口、眼、外阴黏膜常严重受累,且易合并肝肾功能障碍等全身并发症[11]。(3) 检查层面,湿疹的病理表现核心是表皮炎症为主、真皮浅层炎症浸润,不同病程(急性期、亚急性期、慢性期)存在差异,病原学阳性结果支持感染诊断,而病理表现为表皮全层坏死及真皮层炎症细胞浸润、血清特异性 IgE 升高或淋巴细胞转化试验阳性则提示药疹可能性大。(4) 治疗反应层面,湿疹伴感染:在治疗湿疹的基础上,根据感染的病原体类型,给予相应的抗感染治疗,湿疹症状可随感染控制及湿疹治疗而逐渐缓解。重症药疹:立即停用疑似致敏药物是关键,需要系统应用糖皮质激素、免疫球蛋白等进行抗炎抗过敏治疗,预后与是否及时停药及治疗措施是否得当密切相关。

3.3. 临床启示

临床实践中,对肿瘤患者的皮肤病变应建立“基础疾病 - 用药史 - 病原学”的三维诊断模式:优先完善皮肤分泌物培养与病理检查,避免仅凭用药史主观诊断;同时关注相关实验室指标对皮肤病变的影响,为鉴别诊断提供依据。误诊可能导致两种风险:按重症药疹停用关键治疗药物会延误肿瘤病情,而忽视感染盲目使用激素则会加重皮肤感染。本病例通过及时调整治疗方案(抗感染 + 皮肤屏障修复)实现好转,印证了精准诊断的重要性。胰腺恶性肿瘤患者预后较差,皮肤病变的规范处理可改善生活质量,需避免因误诊加剧病情负担。

伦理声明

对于发表在本文中包含的任何潜在可识别的图像或数据,已获得患者的书面知情同意。

参考文献

- [1] Duong, T.A., Valeyrie-Allanore, L., Wolkenstein, P. and Chosidow, O. (2017) Severe Cutaneous Adverse Reactions to Drugs. *The Lancet*, **390**, 1996-2011. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30378-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30378-6)
- [2] Rahib, L., Smith, B.D., Aizenberg, R., Rosenzweig, A.B., Fleshman, J.M. and Matrisian, L.M. (2014) Projecting Cancer Incidence and Deaths to 2030: The Unexpected Burden of Thyroid, Liver, and Pancreas Cancers in the United States. *Cancer Research*, **74**, 2913-2921. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.can-14-0155>
- [3] Lima, A.L., Illing, T., Schliemann, S. and Elsner, P. (2017) Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus: A Review.

- American Journal of Clinical Dermatology*, **18**, 541-553. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0275-z>
- [4] Kim, J., Yoon, N.Y., Kim, D.H., Jung, M., Jun, M., Park, H., *et al.* (2018) Impaired Permeability and Antimicrobial Barriers in Type 2 Diabetes Skin Are Linked to Increased Serum Levels of Advanced Glycation End-Product. *Experimental Dermatology*, **27**, 815-823. <https://doi.org/10.1111/exd.13466>
- [5] Karadag, A.S., Ozlu, E. and Lavery, M.J. (2018) Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus and the Metabolic Syndrome. *Clinics in Dermatology*, **36**, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.015>
- [6] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会皮肤性病学分会, 等. 药疹基层诊疗指南(2022 年) [J]. 中华全科医师杂志, 2022, 21(9): 804-813.
- [7] Razaqat, S., Khurshid, H., Hafeez, R., Arif, M., Zafar, A., Gilani, M., *et al.* (2024) Role of Interleukins in Pancreatic Cancer: A Literature Review. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, **55**, 1498-1510. <https://doi.org/10.1007/s12029-024-01111-w>
- [8] 杨凡萍, 陈圣安, 朱沁媛, 等. 1883 例住院药疹患者致敏药物分析[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2017, 11(3): 232-240.
- [9] 徐丹丹, 徐丹丹, 关明, 骆肖群. 药疹发病机制及预防诊断相关问题[J]. 中华预防医学杂志, 2021, 55(5): 574-582.
- [10] 韩晶. 关于湿疹的研究综述[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(1): 191-192.
- [11] 中华医学会皮肤性病学分会. 2025 年重症药疹防治中国专家共识解读[EB/OL]. <https://taodocs.com/p-1228586377.html>, 2025-10-29.