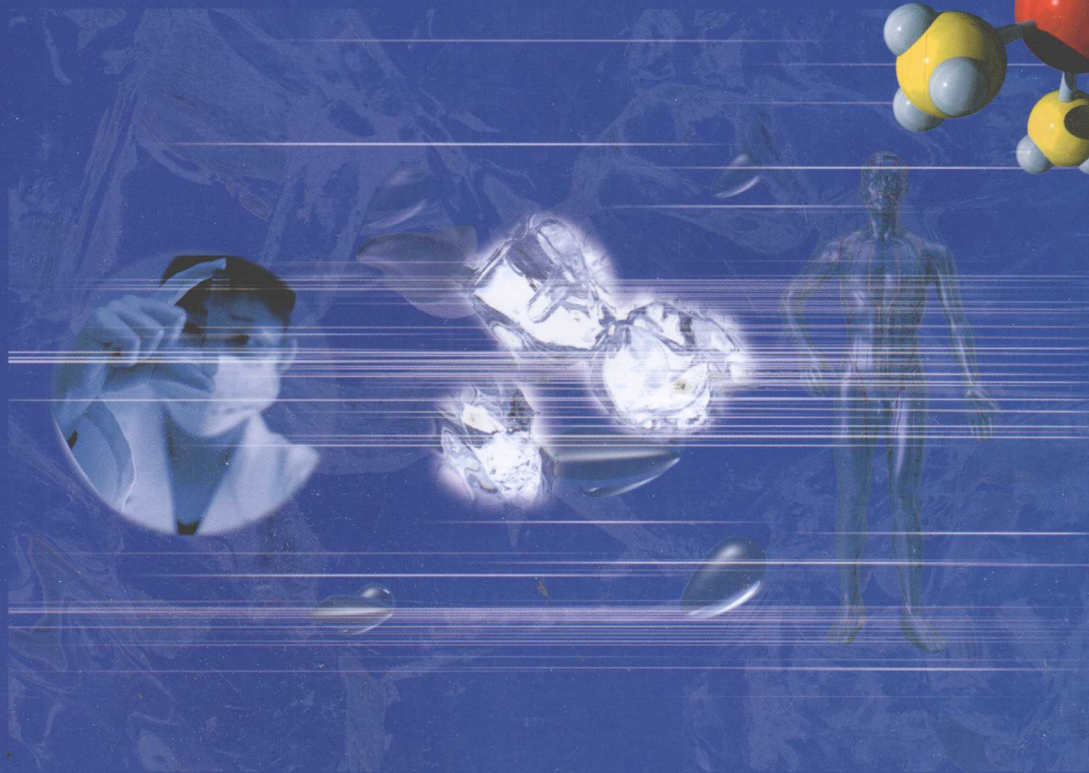
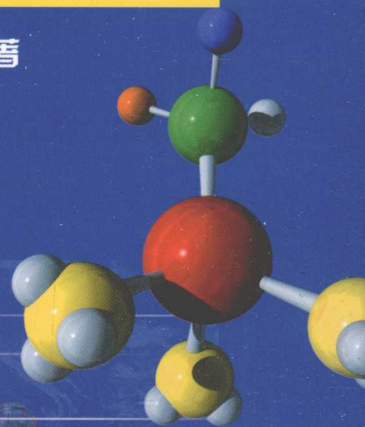


常见 皮肤性病检验与诊疗

CHANGJIAN PIFUXINGBING JIANYAN YU ZHENLIAO

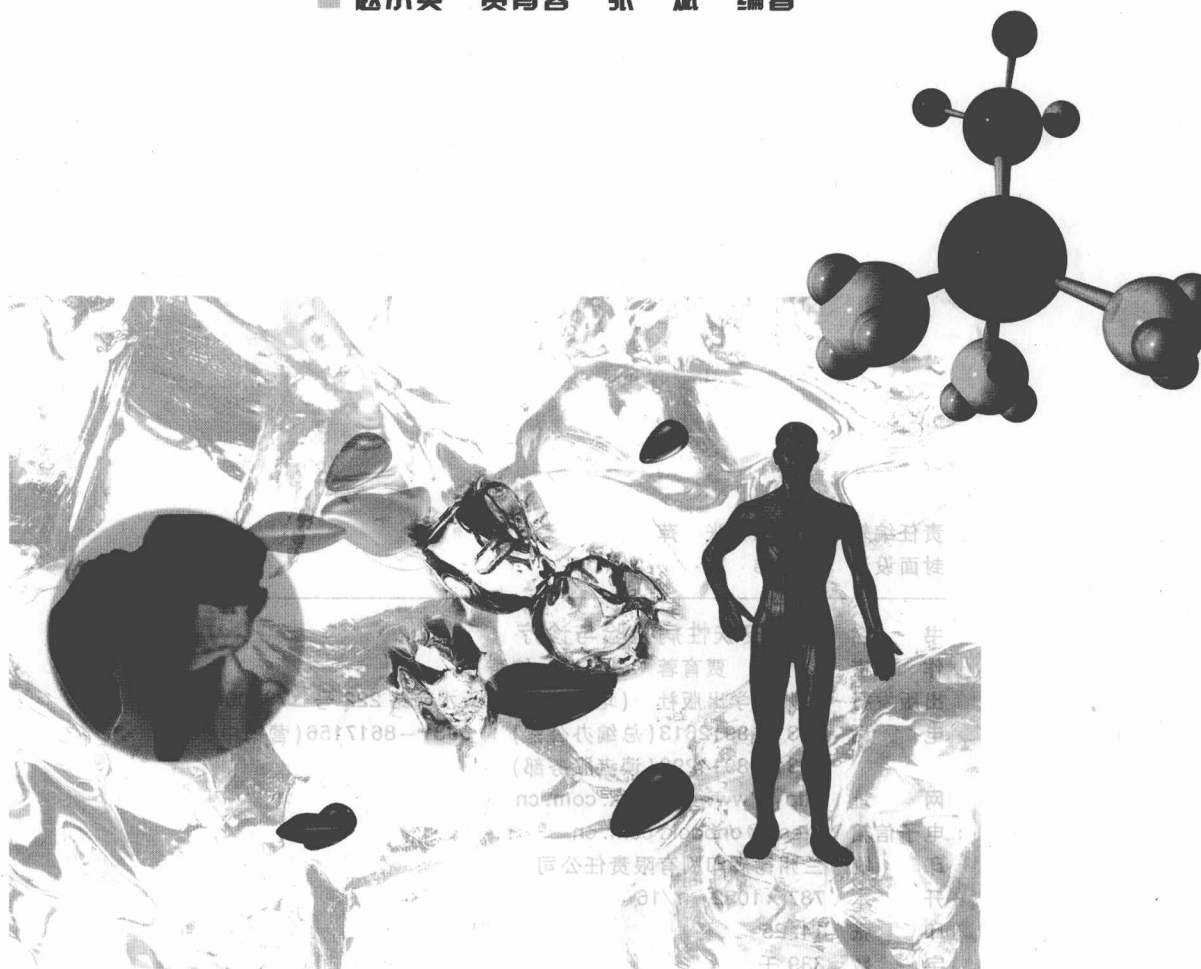
■ 赵小英 贾育蓉 张 斌 编著



兰州大学出版社

常见 皮肤性病检验与诊疗

赵小英 贾育蓉 张 斌 编著



兰州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见皮肤性病检验与诊疗/赵小英,贾育蓉,张斌
编著. —兰州:兰州大学出版社,2010.6

ISBN 978-7-311-03572-3

I. ①常… II. ①赵… ②贾… ③张… III. ①皮肤
病—诊疗 IV. ①R751

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 118596 号

责任编辑 佟玉梅 张 萍
封面设计 管军伟

书 名	常见皮肤性病检验与诊疗
作 者	赵小英 贾育蓉 张 斌 编著
出版发行	兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路 222 号 730000)
电 话	0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心) 0931-8914298(读者服务部)
网 址	http://www.onbook.com.cn
电子信箱	press@onbook.com.cn
印 刷	兰州德辉印刷有限责任公司
开 本	787×1092 1/16
印 张	14.25
字 数	339 千
版 次	2010 年 6 月第 1 版
印 次	2010 年 6 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-311-03572-3
定 价	28.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

前 言

皮肤病是指发生于人体皮肤、黏膜及皮肤附属器的疾病。性传播疾病是指通过性接触而传染的疾病。很多皮肤病不仅造成患者机体上的痛苦,而且往往给患者带来思想上的负担和工作上的影响,尤其性病对人类危害极大,已引起我国政府和广大医务工作者以及全社会的广泛重视。

皮肤病和性病的病因复杂,受多方面因素的影响。与先天、遗传、免疫、内分泌、个体素质、宿主的反应状况及年龄、性别、社会经济地位等内外因素都有着密切的关系。有的因素本身不引起疾病或与疾病无关,但对皮肤性病的发生发展有一定影响或成为病情加重的原因。另外,皮肤性病中的一些疾病有时无明显临床症状或症状轻微未引起重视,有些可累及内脏器官,有的皮肤病变是内脏疾病的外在表现,如不早期诊断和治疗则可能导致严重的后果。因此掌握一些皮肤性病相关检验及组织病理知识显得尤为重要。

全书共有 22 章,每一章节依次分为概述、诊断要点、鉴别诊断、治疗及预防,并重点强调理化检查及皮肤组织病理在皮肤性病诊断中的重要作用。本书第一、三、四、七、九、十二、十三章节由贾育蓉编写;第二、五、六、八、十、十一、十四章由张斌编写;第十五至二十二章由赵小英编写,其中各章节的检验部分由赵小英指导共同编写。本书内容实用、言简意赅,对常见皮肤性病诊疗方法作了较全面的阐述,适合皮肤科临床医务人员、基层医务人员和相关科室人员参考学习。

随着分子生物学、细胞生物学、免疫学及其相关的诊疗水平的提高,皮肤性病学的发展也是日新月异,尽管编著者在编写过程中已竭尽全力,书中难免存在不少缺点和错误,望广大读者批评指正。

编 者

2010 年 5 月

目 录

04	第一节 单纯疱疹	1
14	第二节 带状疱疹	3
14	第三节 水痘	5
02	第四节 Kaposi水痘样疹	7
02	第五节 传染性软疣	8
52	第六节 疣	10
42	第七节 疣状表皮发育不良	13
22	第八节 手足口病	15
02	第九节 传染性单核细胞增多症	16
02	第十节 风疹	18
02	第十一节 麻疹	19
02	第十二节 小儿丘疹性肢端皮炎	22
02	第十三节 传染性红斑	23
02	第十四节 幼儿急疹	24
18	第十五节 急性发热性皮肤黏膜淋巴结综合征(川崎病)	25
02	第二章 球菌性皮肤病	27
02	第一节 脓疱疮	27
02	第二节 毛囊炎	30
02	第三节 疖与疖病	31
02	第四节 痈	33
02	第五节 须疮	33
02	第六节 丹毒	34
02	第七节 蜂窝织炎	36
02	第八节 脓肿性穿掘性头部毛囊周围炎	37
02	第九节 化脓性汗腺炎	37
02	第十节 猩红热	39
02	第三章 杆菌性皮肤病	42
02	第一节 皮肤结核病	42
02	第二节 类丹毒	45

第三节	红癣	46
第四节	腋毛癣	47
第五节	硬红斑	47
第四章	真菌性皮肤病	50
第一节	头癣	50
第二节	体癣和股癣	52
第三节	手癣和足癣	54
第四节	甲癣和甲真菌病	56
第五节	癣菌疹	59
第六节	花斑癣	60
第七节	着色芽生菌病	62
第八节	糠秕孢子菌毛囊炎	63
第九节	孢子丝菌病	65
第十节	足菌肿	66
第十一节	组织胞浆菌病	68
第十二节	放线菌病	70
第十三节	诺卡菌病	71
第十四节	念珠菌病	72
第十五节	隐球菌病	75
第十六节	曲霉病	77
第十七节	接合菌病	78
第五章	寄生虫、昆虫及动物性皮肤病	80
第一节	皮肤猪囊虫病	80
第二节	钩虫皮炎	81
第三节	匍行疹	82
第四节	皮肤丝虫病	83
第五节	虫咬皮炎	84
第六节	桑毛虫皮炎	84
第七节	隐翅虫皮炎	85
第八节	恙螨叮咬	86
第九节	疥疮	87
第六章	物理性皮肤病	88
第一节	冻疮	88
第二节	粟粒疹	89
第三节	日晒性皮炎	90
第四节	植物光化性皮炎	91
第五节	鸡眼	92
第六节	胼胝	93

第七节 多形性日光疹	93
第七章 皮炎湿疹类皮肤病	96
第一节 接触性皮炎	96
第二节 湿疹	98
第三节 婴儿湿疹	100
第四节 药物性皮炎	101
第五节 荨麻疹	103
第六节 神经性皮炎	107
第八章 红斑鳞屑性皮肤病	109
第一节 银屑病	109
第二节 多形红斑	113
第三节 玫瑰糠疹	115
第四节 毛发红糠疹	116
第五节 红皮病	118
第六节 扁平苔藓	120
第九章 大疱性皮肤病	122
第一节 天疱疮	122
第二节 大疱性类天疱疮	125
第三节 疱疹样皮炎	126
第四节 家族性良性慢性天疱疮	127
第十章 皮肤炎症性血管病	129
第一节 过敏性紫癜	129
第二节 结节性红斑	130
第三节 皮肤变应性血管炎	132
第十一章 色素障碍性皮肤病	134
第一节 白癜风	134
第二节 黄褐斑	135
第三节 黏膜白斑	135
第十二章 皮脂腺及汗腺疾病	137
第一节 痤疮	137
第二节 酒渣鼻	139
第三节 斑秃	141
第四节 皮脂溢性皮炎	142
第十三章 结缔组织病	144
第一节 红斑狼疮	144
第二节 皮炎	148
第三节 硬皮病	150
第四节 混合结缔组织病	152

89	第五节 白塞病	154
89	第六节 干燥综合征	155
	第十四章 性传播疾病	158
89	第一节 梅毒	158
100	第二节 淋病	162
101	第三节 非淋菌性尿道炎	165
101	第四节 尖锐湿疣	168
101	第五节 软下疳	170
101	第六节 性病性淋巴肉芽肿	173
101	第七节 生殖器疱疹	175
111	第八节 艾滋病	178
	第十五章 单纯疱疹病毒感染实验室检查法	181
	第十六章 真菌感染实验室检查法	185
111	第一节 常见皮肤癣菌检查法	185
120	第二节 念珠菌感染检查法	187
122	第三节 新型隐球菌检查法	191
122	第四节 曲霉菌属检查	192
122	第五节 毛霉菌和根霉菌检查	192
129	第六节 荚膜组织胞浆菌检查	193
	第十七章 沙眼衣原体感染实验室检查法	194
	第十八章 支原体感染实验室检查法	198
	第十九章 梅毒实验室检查法	201
	第二十章 淋球菌实验室检查法	208
	第二十一章 性病检查常用培养基和染液	212
	第二十二章 皮肤组织病理检查	217
131	风疔白	章一第
131	斑疹黄	章二第
131	斑白黧痣	章三第
131	章二十第	章二十第
131	斑疹	章一第
131	鼻雀斑	章二第
141	斑疹	章三第
141	斑疹	章四第
141	章三十第	章三十第
141	斑疹	章一第
141	斑疹	章二第
120	斑疹	章三第
122	斑疹	章四第

第一章 病毒性皮肤病

第一节 单纯疱疹

单纯疱疹(herpes simplex)是由疱疹病毒(HSV)中的人类单纯疱疹病毒引起的感染,该病毒分为两型,即单纯疱疹病毒Ⅰ型(HSV-Ⅰ)和单纯疱疹病毒Ⅱ型(HSV-Ⅱ)。HSV-Ⅰ型病毒感染后常引起生殖器以外的皮肤、黏膜(口腔黏膜)和器官(脑)的感染,如疱疹性口炎、疱疹性角膜炎、疱疹性湿疹、疱疹性甲沟炎等。常反复发作,易在发热、劳累、月经期等机体抵抗力低下的情况下复发。妊娠期妇女感染后,病毒可经胎盘侵犯胎儿,诱发流产、早产、死胎、先天性畸形(如小头、小眼、发育迟缓和智力低下)。HSV-Ⅱ型主要引起生殖器部位皮肤黏膜感染。病毒经呼吸道、口腔、生殖器黏膜以及破损皮肤进入体内,潜居于人体正常黏膜、血液、唾液及感觉神经节细胞内。当机体抵抗力下降时,如发热、胃肠功能紊乱、月经、妊娠、病灶感染和情绪改变时,体内潜伏的HSV被激活而发病,并且此病毒感染与唇癌、宫颈癌、阴茎癌及前列腺癌的发生密切相关,故应引起重视。

人是单纯疱疹病毒唯一的自然宿主,此病毒存在于病人、恢复者或者是健康带菌者的水疱液、唾液及粪便中,传播方式主要是直接接触传染,亦可通过被唾液污染的餐具而间接传染。

【诊断要点】

一、临床特点

本病分为原发性和继发性感染,临床表现为:

- 1.原发性单纯疱疹感染主要为婴幼儿的疱疹性龈口炎或女婴阴道炎。损害为孤立性小水疱,破溃后形成糜烂或浅溃疡。
- 2.继发性感染由HSV-Ⅰ型病毒引起的,皮损好发于口唇、眼睑、鼻周;由HSV-Ⅱ型病毒引起的,皮损常见于生殖器、阴茎、阴唇和臀部。
- 3.典型损害为红斑基础上簇集分布的粟粒至绿豆大水疱,薄壁,内容澄清,破溃后结痂,愈后可遗留暂时性色素沉着。
- 4.自觉症状轻微、微痒或灼热感。一般无明显全身症状。
- 5.本病有自限性,一般1~2周可自愈。
- 6.皮疹易在同一部位复发,又称复发性单纯疱疹。

二、实验室检查

对非典型皮疹,特殊类型和内脏感染时需作实验室检查判断,病毒分离阳性即可明确诊断,此法为HSV诊断的金标准,但病毒培养与接种要求条件较高。用免疫组化法和血清特异性抗体检测可区别HSV-I和HSV-II。

1. 细胞学检查:

(1) 疱液涂片检查。取疱疹疱液涂片,用Giemsa染色可见气球变性细胞,细胞核中有包涵体。

(2) 疱疹刮取物涂片镜检。可见多核巨细胞和核内嗜酸性包涵体。涂片镜检阳性率约为50%,阳性结果可初步判定为疱疹病毒感染,但不能鉴别是哪种病毒感染。

2. 病毒学检查:皮损处采样或血液、脑脊液、唾液等标本接种细胞培养基进行体外培养,作进一步检查,复发性疱疹早期疱液培养阳性率为80%~90%,发病48 h后疱液病毒培养的假阴性率升高。

3. 免疫荧光检查:疱疹刮取物涂片进行直接荧光抗体检查,敏感性较高且迅速,只适用于早期损害。

4. 血清抗体测定:对原发性单纯疱疹患者,测定血清中的抗体有助于诊断。常用方法有酶联免疫吸附试验(ELISA)或免疫印迹法(WB)检查血清中的HSV特异性体,可区别HSV-I和HSV-II感染。

5. 免疫组织化学检查:固定的标本作免疫组织化学染色,可区别HSV-I和HSV-II感染。

6. PCR检查法:此法检查特异性HSV核酸片段,灵敏度很高,但易出现假阳性反应。

7. 脑脊液检查:对疱疹性脑膜炎,CSF的典型改变是淋巴细胞增多,糖含量比血糖高50%,利用免疫印迹法检测脑脊液的HSV-IgG抗体可能是较好的辅助诊断方法;对脊髓神经根病变者,CSF中的白细胞增多甚至脓性,蛋白增加,糖含量下降。肌电图示神经传导减缓及纤维颤动,本病是女性原发性感染的主要并发症。

8. 组织病理:表皮内水疱,起初为网状变性形成的多房性水疱,以后聚合为单房性水疱,水疱周围可见气球变性细胞,核内可见嗜酸性包涵体。真皮乳头层水肿有炎性细胞浸润。

根据簇集性水疱好发于皮肤、黏膜交界处及易复发等特点,一般可作出诊断。

皮肤处刮片作细胞学检查,如见到多核巨细胞和核内嗜酸性包涵体,或用PCR检测疱液中HSV-DNA有助于本病的诊断;病毒培养鉴定是确诊HSV感染的金标准;血清HSV-IgM型抗体检测有辅助诊断价值,尤其是被HSV感染的新生儿,而IgG型抗体对诊断价值不大,可用于流行病学调查。

【鉴别诊断】

1. 带状疱疹:发病前一侧牵扯性神经痛,一般较严重,有多处群集性水疱性斑片,沿神经分布排列呈带状,病程2周左右,可获终身免疫,一般不易复发。

2. 接触性皮炎:有明显接触史,局部水疱较大,正常皮肤无触痛。

3. 丹毒:面部单纯疱疹有时要与面部丹毒鉴别,丹毒主要表现为局部红、肿、热、痛,压痛明显,血象检查白细胞及中性粒细胞升高。

4. 口角炎:红斑、脱屑、细小皲裂,无水疱,两侧口角均发,多见于儿童和青少年。

【治疗】

一、局部治疗

1. 3%硼酸溶液或生理盐水:用于水疱或局部红肿明显者,湿敷至损害消退。

2. 莫匹罗星软膏:用于溃破者,外涂患处,一日2次。

3. 3%阿昔洛韦软膏:局部涂敷,一日数次。

4. 0.5%新霉素软膏:局部涂擦。

二、全身治疗

1. 丙种球蛋白,每次3 mL,肌肉注射,隔日1次,共3~4次。

2. 西咪替丁:每次口服0.2 g,一日3~4次,连用5 d。

3. 口服维生素C、维生素B₂或复合维生素B。

4. 阿昔洛韦:每次口服0.2 g,一日5次。严重病例可静脉注射给药,将阿昔洛韦0.2~0.3 g加入5%葡萄糖注射液中静脉滴注,一日2~3次,连用5 d。

5. 继发感染者用抗菌素(青霉素,头孢类抗生素)。

【预防】

原发性单纯疱疹感染均因接触了单纯疱疹患者引起。单纯疱疹病毒可经口、呼吸道传播,也可通过皮肤、黏膜、眼角膜等疱疹病灶处传染。单纯疱疹病毒的活动感染患者与无症状的排毒者,他们的唾液、粪便中皆有病毒存在,故本病患者应避免接触其他儿童与幼婴。复发性单纯疱疹感染的发生是由于体内潜伏的单纯疱疹病毒被激活以后引起的,目前尚无理想的预防复发的方法,主要应消除诱使复发的刺激因素。

单纯疱疹的病程一般为1周,即使不治疗,只要没有继发细菌感染,1周以后也会痊愈。但此病极易复发,重症可引起邻近淋巴结肿大。

第二节 带状疱疹

带状疱疹(herpes zoster)由水痘—带状疱疹病毒引起。本病仅发生于过去有水痘病史的人。初次感染表现为水痘,常见于儿童及中老年人,发病儿童在水痘病愈后,病毒可长期潜伏在脊髓后根神经节中,当机体抵抗力下降,免疫功能减弱或一些诱发因素,如寒冷、热、压迫、X线照射和白血病等的作用下,水痘—带状疱疹病毒可再度活动,生长繁殖,沿周围神经而波及皮肤,出现皮疹,即带状疱疹。患带状疱疹后患者一般可获得对该病毒的终生免疫。

【诊断要点】

一、临床特点

1. 皮疹特点:基本损害为不规则的片状红斑,继之出现群集的水疱,粟粒至绿豆大小,有的中央可有脐窝,水疱在红斑的基础上出现,排列成带状。疱内容物清亮,严重时呈血性,水疱彼此融合,可发生坏死溃疡。皮疹的单侧分布为该病的一大特点,可见数堆水疱沿周围

神经支配的皮肤节段呈带状分布。

2.神经痛为本病又一特征,可在发疹前或伴随皮损发生。往往年龄愈大疼痛愈为显著,有时疼痛可剧烈难忍。疼痛发生在皮疹出现前,表现为患处皮肤感觉过敏,轻触之就诱发疼痛。疼痛也常持续至皮疹完全消退后,有时可持续数月之久。

3.本病有自限性,病程一般为半个月左右。水疱可自行干瘪、结痂,愈后遗留少许色素沉着,除非发生坏死溃疡,一般不留瘢痕。愈后获终身免疫,一般不易复发,免疫力低下者例外。

4.好发于春、秋两季,患者以中老年居多,也发于长期服用类固醇皮质激素或免疫抑制剂者。常发于肋间神经及三叉神经可支配的皮肤区域。

5.几个发生在特殊部位的带状疱疹:

(1)发生在三叉神经眼支支配区域的带状疱疹:单侧面的额部、头皮红斑水疱,眼周可明显肿胀。结膜潮红充血,在结膜乃至角膜上出现水疱,可发生溃疡性角膜炎,愈后形成角膜云翳而影响视力,严重时可致失明。疼痛比较剧烈。

(2)耳带状疱疹:由于病毒侵犯面神经及听神经所致,表现为患侧面瘫,耳鸣、耳聋等听觉症状,在外耳道及鼓膜上有疱疹。

(3)内脏带状疱疹:病毒由脊髓后根神经节侵及交感神经及副交感神经的内脏神经纤维,引起胃肠道及泌尿道症状,也可发生节段性胃肠炎及单侧性膀胱黏膜溃疡。当侵犯腹膜、胸膜时,则可在这些部位发生刺激甚至积液等症状。

(4)带状疱疹性脑膜炎:病毒从脊髓神经节后根向上侵及中枢神经系统,表现为头痛、呕吐、惊厥或其他进行性感觉障碍,尚可有共济失调及其他小脑症状等。

(5)泛发性带状疱疹:多见于免疫功能低下的人,如患有HIV感染、恶性肿瘤(特别是淋巴瘤)或服用免疫抑制剂的人,病毒通过血行播散,全身泛发水痘样皮疹,伴高热,肺、脑等全身中毒症状,病情严重,可导致死亡。

(6)坏疽性带状疱疹:多见于老年人或营养不良的患者,水疱中心出现坏死,愈后留有瘢痕。

二、实验室检查

在临床上不作为常规检查,一般用于非典型带状疱疹的诊断。

1.组织培养:可发现带状疱疹病毒。

2.细胞学检查:疱液涂片可见多核气球状细胞。

3.免疫荧光检查:可见血清中有特异性的抗体,水疱中含有补体结合抗原。

4.血清C_{3a}、C_{4a}含量升高,血清C_{3a}、C_{4a}含量与带状疱疹的严重程度呈一定正相关。

5.组织病理:显示表皮中有网状变性水疱,水疱边缘部可见多核巨细胞,空腔中可见气球样细胞,偶可在核内找到嗜酸性包涵体。

【鉴别诊断】

1.单纯疱疹:好发于皮肤与黏膜交界处,分布无一定规律,水疱较小,易破,疼痛不显著。常易复发。

2.接触性皮炎:有接触史,皮疹与神经分布无关。自觉烧灼、剧痛,无神经痛。

【治疗】

以抗病毒消炎、止痛和局部对症治疗为主。

一、全身疗法

1. 抗病毒药物:阿昔洛韦(无环鸟苷)口服或静脉滴注;阿糖胞苷,静脉滴注;聚肌胞每次2 mg,1周2~3次,肌肉注射。
2. 止痛剂:可选用消炎痛、卡马西平、甲氰咪胍等,亦可选用中成药七叶莲片(野木瓜),严重的尚可作普鲁卡因局部封闭,维生素B₁、B₁₂等亦可酌情应用。
3. 免疫调节剂:转移因子、 α -干扰素、胸腺肽或丙种球蛋白等可酌情选用,以减轻症状,缩短疗程。
4. 皮质激素:对老年和眼受累患者,早期给予中等剂量的强的松20~40 mg/d,有缩短病程、缓解神经痛的作用。
5. 针刺:发于上肢及胸部者取合谷、曲池,发于下肢者取阳陵泉、足三里、三阴交,亦可用耳针,均具止痛效果。

二、局部疗法

以干燥消炎为主,若疱疹未破时可外涂硫黄炉甘石洗剂或无环鸟苷霜,一日2~3次;若疱疹已破溃,需酌情以3%硼酸液湿敷或外涂莫匹罗星软膏、0.5%新霉素软膏等,一日2~3次;若疱疹性角膜结膜炎,可用0.1%疱疹净或病毒唑、无环鸟苷及干扰素等滴眼液滴眼。

三、物理疗效

氦氖激光照射,紫外线照射及频谱电疗等均有一定的消炎、止痛效果。

第三节 水 痘

水痘(varicella)是由水痘一带状疱疹病毒引起的感染,传染性强。主要好发于儿童,一般感染后可获终身免疫,但病毒可潜伏于脊髓后根神经节内,待机体抵抗力低下时,可引起神经皮肤再感染,表现为带状疱疹。水痘一带状疱疹病毒感染后,大约经2周潜伏期后全身皮肤出现斑丘疹、水疱疹,可发展为脓疱疹。皮疹向心性分布,躯干皮疹多于面部、四肢。一般水痘呈自限性和良性经过,但成年人首次感染水痘一带状疱疹病毒者,常发生病毒性肺炎,一般病情较重,病死率亦高。孕妇患水痘的表现亦较严重,并可引起胎儿畸形、流产或死产。在细胞免疫缺陷和机体抵抗力低下时可引起特殊类型的水痘及播散性水痘。

【诊断要点】

一、临床特点

1. 冬、春季发病为主,好发于1~10岁的儿童。潜伏期2周左右,起病较急,可有发热、头痛、全身倦怠等前驱症状。儿童较轻微,发热一般在39℃以下,在发病24 h内出现皮疹,皮疹先发于躯干,逐渐波及头面部及四肢,呈向心性分布。

2.皮损特征为同时存在有丘疹、水疱、结痂性损害,皮疹绿豆大小,周围绕有红晕,疱液清,疱壁薄,易破,常有瘙痒。经2~3 d水疱干瘪结痂,痂脱落一般不留瘢痕,但在继发细菌感染时愈后可留有瘢痕。

3.自觉症状微痒,黏膜可发疹。口腔、咽部、眼结膜、外阴、肛门等处黏膜亦常受累。早期为红色小丘疹,迅速变成水疱,破溃形成浅表性溃疡,有疼痛。

4.本病多为自限,一般病程为2~3周。

二、实验室检查

在皮损不典型时,可根据实验室检查来作出综合判断。

1.疱疹刮片:刮取新发水疱基底组织涂片,作Giemsa染色可见多核巨细胞及核内包涵体,此法不能区别疱疹病毒类型,可通过特异性荧光标记抗体进行鉴别。

2.病毒分离:对缺乏皮疹的脑炎或肺炎患者,可采集脑脊液、痰液或其他标本接种到人胚肺成纤维细胞进行培养,以分离病毒。

3.电镜检查:直接检查疱液中的病毒可初步诊断,但不能区别疱疹病毒类型。

4.血清学检查:可用酶联免疫吸附试验(ELISA)和直接免疫荧光法或凝集试验查疱液中的抗原,也可检查血清中的水痘一带状疱疹病毒抗体。病程中抗体效价升高4倍以上具有诊断意义。

5.病毒DNA检查:应用PCR等检测病毒DNA。

6.组织病理:表皮深部多房性水疱,有气球状变性,水疱内表皮细胞或变性细胞核中可见到嗜酸性核内包涵体。真皮乳头肿胀,毛细血管扩张,血管、毛囊及神经周围有多形核白细胞、淋巴细胞或浆细胞浸润。

【鉴别诊断】

1.丘疹性荨麻疹:突然发生的绿豆至花生米大小红色风团样或丘疹样损害。顶端有水疱,皮损可数个成片状分布,剧痒。患者无前驱症状,口腔内无损害,头皮上无损害。

2.带状疱疹:疱疹呈带状排列,沿身体一侧的皮肤周围神经分布,有局部疼痛。

3.脓疱疮:本病好发于鼻周围和四肢暴露部位,起初为水疱,易形成脓疱和黄色厚痂,经挠抓而播散,全身症状不明显。

4.其他病毒感染:单纯疱疹病毒感染下也可引起水痘样皮损,这类播散性的单纯疱疹病毒感染常继发于异位皮炎或湿疹等皮肤病,确诊需依赖病毒分离结果。近年来发现肠道病毒,尤其是柯萨奇病毒A组可引起广泛的水痘样皮疹,通常发生于肠道病毒高发的夏末和初秋时,常伴有咽部、手掌和足底部皮损,这一点有助于水痘与肠道病毒感染的鉴别。

【治疗】

一、全身疗法

水痘为良性自限性疾病,患病后应隔离患儿,注意护理,预防并发症,发热可卧床休息,口服抗组胺药可控制剧烈瘙痒,有高热者可酌情给予退热剂。病情严重且有并发症者以及2~12岁的儿童患者,早期服用阿昔洛韦20 mg/(kg·d),可减轻病情,促使皮疹很快结痂,缩短病程。青少年患者可口服阿昔洛韦,每日5次,每次800 mg,5~7 d;伐昔洛韦(万乃洛韦),每日2次,每次300 mg,7 d;喷昔洛韦,每日3次,每次50 mg,7 d。对阿昔洛韦耐药者可用膦甲酸

400 mg/(kg·d), 静脉滴注, 每日3次, 直至治愈。对重症大疱型出血型、坏疽型新生儿水痘, 亦可早期静脉滴注阿昔洛韦(无环鸟苷)、阿糖腺苷、干扰素等。

二、局部疗法

局部外用1%含酚炉甘石洗剂、0.5%酞丁安(酞丁胺)搽剂、1%喷昔洛韦霜, 有继发感染者外用莫匹罗星(百多邦)软膏。水痘性角膜炎可用0.1%碘苷(疱疹净)眼药水或利巴韦林(病毒唑)眼药水点眼。

【预防】

患者应呼吸道隔离至全部疱疹干燥结痂为止。在集体机构中, 对接触病人的易感者应隔离3周(可自接触后第11天起观察)。被病人呼吸道分泌物或皮疹内容物污染的空气、被服和用具, 应利用通风、紫外线照射、曝晒、煮沸等方法消毒。国外有报道对免疫缺陷、患水痘的孕妇和新生儿可应用水痘特异性免疫球蛋白(VZIG)预防。胎盘球蛋白或水痘痊愈期血清(水痘消失1个月内收集)仅限于体弱者或原有慢性疾病者应用, 胎盘球蛋白效果不肯定。

因一般水痘症状较轻, 过去认为不太需要水痘一带状疱疹病毒疫苗预防。后来发现白血病患者易死于水痘并发症, 因此, 为白血病患者使用水痘一带状疱疹病毒疫苗可取得较满意的效果。近年由于并发甲组链球菌感染使水痘患儿的病情危重, 病死率高, 因此, 美国已于1995年实行对没有患过水痘的婴儿、儿童、少年和成人必须接受水痘一带状疱疹病毒疫苗来预防水痘的措施。

第四节 Kaposi水痘样疹

Kaposi水痘样疹(Kaposi's Varicelliform eruption)是指在原有的皮肤病(多为遗传过敏性皮炎或湿疹)基础上感染单纯疱疹病毒或牛痘病毒而发生的一种皮肤病, 又称为疱疹样湿疹、种痘性湿疹及柯萨奇湿疹等, 主要表现为原有炎症性皮肤病的基础上突然发生多数脐窝状水疱和脓疱。

【诊断要点】

一、临床特点

1. 好发于5岁以下患湿疹的婴幼儿, 多有种痘或接触单纯疱疹感染者史。此病潜伏期1~2周。
2. 皮损为在原有皮损上突然发生的多数密集扁平水疱, 很快变为脓疱, 疱中央有脐凹, 周围有红晕, 约1~2周后干燥结痂。
3. 患儿可伴有高热、食欲下降等全身症状, 伴局部淋巴结肿大。
4. 大多数患儿预后良好, 极少数可并发脑炎及内脏损害。

二、实验室检查

1. 血常规检查: 发病早期白细胞总数升高, 发疹后则减少, 而淋巴细胞相对增多。
2. Tzank细胞学检查: 疱底涂片可见有巨细胞。
3. 组织病理: 表皮内或表皮下可见水疱或脓疱, 并有明显的网状和气球状变性, 有的可

见多核的上皮细胞,真皮有大量炎性细胞浸润,其中以中性粒细胞较多。

【鉴别诊断】

根据有单纯疱疹接触史和在原有炎症皮肤上出现多个脐窝状水疱和脓疱等临床特点,伴全身症状即可诊断。

1.牛痘性湿疹:本病有痘或接触痘疮史,组织病理检查,基底层细胞原浆内有牛痘病毒包涵体。

2.水痘:水痘发疹前全身症状轻微,无原发湿疹等皮疹,皮疹散发于全身。

3.脓疱疮:脓疱疮无原发湿疹,特征为浅表脓疱,易破溃形成蜜黄色脓痂,无脐凹状,无明显全身症状。

【防治】

1.对患有湿疹或遗传过敏性皮炎的患儿应避免种痘,防止与单纯疱疹患者接触。

2.加强护理,支持疗法,对症处理。

3.损害广泛者可用丙种球蛋白或胎盘球蛋白,3~6 mL/d,每日1次或隔日1次。

4.有细菌感染者可用抗生素。

5.局部以抗炎、收敛、防止继发感染为原则,可用3%硼酸、0.1%雷夫奴尔或0.05%呋喃西林、1:2 000黄连素溶液湿敷,外用抗菌素软膏。

第五节 传染性软疣

传染性软疣(molluscum contagiosum)是由传染性软疣病毒所致的表皮增生性传染性皮肤病。该病毒属于痘类病毒,好发于儿童和青年人,常通过直接接触和污染的用具(如浴巾)传染。近年来发病有增多趋势,主要表现为单个或多个半球形蜡样光泽的丘疹,顶端脐凹状,可挤出白色乳酪样的软疣小体。有人认为有家族性遗传过敏体质的人对此病毒比较敏感,易于泛发。在免疫功能低下或使用了免疫抑制剂及皮质类固醇时,皮疹可泛发。

【诊断要点】

一、临床特点

1.好发于儿童及青年女性皮肤柔嫩者。

2.潜伏期2~3周。

3.典型损害为米粒至豌豆大小的半球形丘疹,表面呈蜡样光泽,呈灰白或珍珠色,继发感染也可发红。中心有脐凹,质地由坚韧渐变软,从顶端挑破可挤出白色乳酪状物又称“软疣小体”,这是本病的特征性损害。

4.皮损可发生于全身各个部位。儿童及非性接触感染的成人以面部、颈部、躯干、四肢多见,经性接触传染者好发于下腹部、耻骨、腹股沟、生殖器及大腿内侧,同性恋者好发于肛周,无明显自觉症状或微痒。

5.病程缓慢,一般经过6~9个月即可消退,也可持续3~4年,甚至个别皮损可持续5年以

上。病程与数目无关,愈后不留瘢痕。

二、实验室检查

1.组织病理:以表皮病变为主,表现为高度增生,皮突延伸入真皮,真皮结缔组织受压形成假包膜并分为多个梨状小叶。表皮基底细胞胞浆内有均质性圆形或椭圆形、折光性强的病毒包涵体,下方为嗜酸性,逐渐向上为嗜碱性,最后可突破角质层使表面呈火山口状。

2.细胞学检查:皮损刮片显示胞质内有包涵体。

3.免疫荧光抗体:可检测软疣病毒抗原血清,抗体检查还没有公认标准。

4.电镜检查:感染的表皮细胞质内有大量病毒颗粒。

【鉴别诊断】

对于单发的较大的或合并感染的软疣要注意与角化棘皮瘤、化脓性肉芽肿等鉴别,并结合病理检查作出诊断。

【治疗】

一、外治法

1.消毒皮肤后,用消毒镊夹住疣体,将内部软疣小体全部挤出,用2.5%碘酊充分涂抹,压迫止血。

2.用0.1%维甲酸酒精、3%酞丁胺霜外涂。

3.万灵丹腐蚀剂:樟丹1.5 g,水杨酸25 g,普鲁卡因1 g,白糖1.5 g,95%酒精调成糊状,贴敷疣体。

4.鸦蛋子仁捣烂贴患处,每日换药1次,一般2~3次即可治愈;或用鸦蛋子油(鸦蛋子1份,花生油浸泡半月)点涂患处。

5.烧碱加生石灰等量,用2%普鲁卡因溶液调成糊状,外敷疣体,当局部有灼热感时,停止敷药。

6.复方水杨酸火棉胶(水杨酸、乳酸各30 g,弹性火棉100 g),将患处用温水泡5 min,待擦干后,直接用本品涂抹疣体,每日1次。本品为较好的角质溶解剂,为易燃物,应注意保存。

二、注射疗法

1.可用2.5%碘酊0.1~0.2 mL;或用18%盐水酌加2%普鲁卡因溶液,每次0.5~1 mL,注射于疣体底部,1周左右疣体干燥脱落。

2.干扰素0.5~1 mL,疣体注射,每周1次;也可用干扰素溶液局部喷洒。

三、内治法

1.病毒灵0.1 g,每日3次,口服;乌洛托品0.3~0.6 g,每日3次,口服。

2.用10%水杨酸铋油2 mL,肌肉注射;1%酒石酸锑钾3~5 mL,静脉滴注,每周2次;干扰素2~5 mL,肌肉注射,每周1次。

四、其他疗法

可酌情选用冷冻、电灼、激光等方法。