



医药学院 610212044472

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

皮肤科疾病 临床诊疗思维

主编 高兴华

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维



医药学院 610212044472

皮肤科疾病 临床诊疗思维

主 编 高兴华
副主编 肖 汀
主 审 陈洪铎
编 委 (按姓氏笔画排序)

万学峰 (新疆医科大学第一附属医院)	肖 汀 (中国医科大学附属第一医院)
马慧群 (西安交通大学医学院第二附属医院)	肖 嵘 (中南大学湘雅二医院)
王文氢 (河北医科大学第四医院)	肖生祥 (西安交通大学第二附属医院)
王亮春 (中山大学孙逸仙纪念医院)	冶 娟 (青海大学附属医院)
王惠平 (天津医科大学总医院)	张士发 (沈阳军区总医院)
木其日 (内蒙古自治区人民医院)	陈爱军 (重庆医科大学附属第一医院)
邓丹琪 (昆明医学院第二附属医院)	金英姬 (延边大学附属医院)
吕中法 (浙江大学医学院附属第二医院)	袁 伟 (遵义医学院附属医院)
刘全忠 (天津医科大学总医院)	耿松梅 (西安交通大学第二附属医院)
刘晓明 (大连医科大学附属第一医院)	晋红中 (北京协和医院)
刘跃华 (北京协和医院)	夏建新 (吉林大学第二医院)
杜 鹏 (北京大学人民医院)	徐宏慧 (中国医科大学附属第一医院)
李东宁 (辽宁医学院附属第一医院)	高兴华 (中国医科大学附属第一医院)
李邻峰 (北京大学第三医院)	涂彩霞 (大连医科大学附属第二医院)
李春英 (第四军医大学西京皮肤医院)	曹先伟 (南昌大学第一附属医院)
杨希川 (第三军医大学西南医院)	蒋 献 (四川大学华西医院)
杨 勇 (北京大学第一医院)	蔡绥勋 (浙江大学医学院附属第二医院)
杨 斌 (广东省皮肤病防治中心)	

学术秘书 邱 里 吴 剑

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

皮肤科疾病临床诊疗思维/高兴华主编. —北京:

人民卫生出版社, 2012. 9

(国内临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-16112-1

I. ①皮… II. ①高… III. ①皮肤病-诊疗
IV. ①R751

中国版本图书馆CIP数据核字 (2012) 第137680号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

皮肤科疾病临床诊疗思维

主 编: 高兴华

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 23

字 数: 573千字

版 次: 2012年9月第1版 2012年9月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16112-1/R·16113

定 价: 116.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|---------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维 | 主编 姜洪池 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 廖玉华 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴福兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 高兴华 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利等 |

序言

《皮肤科疾病临床诊疗思维》为人民卫生出版社组织出版的国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书之皮肤病学分册。该书由国家重点学科中国医科大学附属第一医院皮肤科主任、长江学者特聘教授高兴华教授任主编，教育部新世纪优秀人才肖汀教授任副主编。为保证该书质量，高教授和肖教授还邀请了全国30余位皮肤科专家参编。这些编者临床经验较丰富，并培养了大批年轻皮肤科医生。该书注重临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，有助于临床思维的构建。因此我向五年制、七年制和八年制的高年级学生、临床型研究生及住院医师推荐，相信该书会使这些年轻的学生和医师受益良多。

高兴华 教授

中国工程院院士

卫生部免疫皮肤病学重点实验室主任
中华医学会皮肤性病学分会名誉主任委员

2012-3-2

前 言

就目前的国内医学教育(包括长学制学生和五年制学生等)而言,前期课堂教学阶段主要是基本知识和基本思维方法的培养;而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养。我们组织全国29家医院的35位皮肤科专家学者编写了由陈洪铎院士主审的《皮肤科疾病临床诊疗思维》,该书以临床常见、多发病例为基础,包括典型和不典型的、复杂和简单的、治疗成功和治疗失败的病例。通过展现作者从接诊病人到患者出院(或处方后随访)全过程的诊疗思维,启发和引导皮肤病与性病专业人员建立科学缜密的临床思考方式。感谢各位编委精心选择并提供的病例,也感谢由编委指导的年轻皮肤科医生或研究生在材料收集和整理中所付出的辛劳,他们是袁景奕、朱健伟、王涛、刘静、向海炼、俞晨、游弋、罗娜、薛汝增、乔菊、姜红岩、李惠、赵丽萍、赵卓、李周娜、安倩、祝立丽、邱里等。由于时间仓促,能力有限,难免挂一漏万,真诚希望使用该书的广大师生们提出宝贵意见和建议。

高兴华

目 录

病例1	左眼睑、额部出现红斑、水疱,伴疼痛5天	1
病例2	右耳水疱伴疼痛5天,右口角歪斜2天	4
病例3	左侧额面部水疱、脓疱伴疼痛4天,泛发2天	9
病例4	躯干四肢散在淡红斑半年	14
病例5	躯干四肢暗红斑块2月余	18
病例6	躯干四肢多发斑疹结节破溃伴关节畸形3年,眉毛脱落1年	23
病例7	躯干散在结节10个月	28
病例8	全身反复起红斑、脓疱伴疼痛8年,加重1周	32
病例9	下颌外伤4天,全身红斑伴疼痛、发热2天	37
病例10	面颈部浸润性红斑、肿胀,伴疼痛、发热3天	43
病例11	左足浸润性红斑、肿胀,伴疼痛、发热5天	46
病例12	右胫前水肿性红斑伴疼痛1天	49
病例13	左侧面颊水肿性红斑伴疼痛2天	52
病例14	头皮、右耳前、右手多个指间关节、右外踝多发性无痛性包块半年余	55
病例15	鼻孔内结节伴鼻翼损毁13年、面部红斑8年,左眼赘肉样增生并失明3年	59
病例16	四肢末端反复起丘疹、脓疱伴疼痛20年	63
病例17	左足背暗红斑块10余年,加重伴疼痛5个月	68
病例18	躯干、四肢散在黄豆大小结节,无痛痒半个月	73
病例19	鼻部红斑、结节,无痛痒3个月	76
病例20	口腔、外阴黏膜糜烂,口周肉芽肿性斑块伴痒15年	79
病例21	全身起红斑、水疱伴瘙痒4天,加重伴表皮剥离、发热1天	83
病例22	全身起红斑、水疱、表皮剥离伴发热5~6天	87
病例23	全身弥漫性红斑伴发热3天	91
病例24	头面部红斑、肿胀、渗出伴瘙痒8天	95
病例25	四肢红斑、丘疹伴瘙痒1周	99
病例26	染发后皮肤起红斑、肿胀、糜烂渗出伴剧烈瘙痒3天	103
病例27	手背皮肤红斑、丘疹、浸润肥厚伴剧烈瘙痒3年	108
病例28	全身反复糜烂、渗出、结痂、干燥伴瘙痒13年,加重2周	113
病例29	右小腿湿疹2个月,全身弥漫丘疱疹、渗出1周	118

病例30	全身风团伴胸闷、瘙痒1天	122
病例31	全身风团伴瘙痒5天,加重伴呼吸困难1天	126
病例32	躯干风团伴瘙痒3天,泛发全身1天	131
病例33	皮肤起风团、瘙痒1周,面部肿胀2天	134
病例34	全身起风团、瘙痒4天,加重伴胸闷、气短2天	138
病例35	躯干及四肢泛发紫红色丘疹、斑块伴痒半年	143
病例36	下唇、龟头环状皮疹1年	148
病例37	全身皮肤瘙痒2年余,再发伴红肿、脱屑3月余	152
病例38	头皮、周身反复鳞屑性皮炎伴痒10余年,加重2个月	157
病例39	反复躯干、四肢红斑鳞屑性皮炎10年,加重伴水疱半个月	160
病例40	反复周身鳞屑性斑块8年,双下肢疼痛7个月	164
病例41	周身反复红斑、丘疹、水疱、渗出伴痒20余年,加重3个月	168
病例42	反复周身红斑、脱屑10年,加重伴发热、下肢肿胀10天	172
病例43	外阴破溃4周,躯干四肢红斑3天	176
病例44	外阴破溃伴轻度痒痛3周	180
病例45	肛周起菜花状团块伴瘙痒1月余	184
病例46	双手指甲增厚16年,双足趾甲增厚,双足趾及足底水疱、 糜烂,伴疼痛、行走困难13年	187
病例47	全身红斑3个月,上肢肌肉疼痛声音嘶哑1个月	190
病例48	颜面躯干红斑2个月,四肢无力1个月	195
病例49	颜面红斑5个月,四肢肌痛肌无力2个月	199
病例50	面、头皮、V型区红斑及水疱伴发热反复发作半年,伴关节痛、 口腔黏膜糜烂20天	203
病例51	发热、咳嗽半月余,面部蝶形红斑,肌痛、乏力10余天	208
病例52	面部、双手足红斑15年	214
病例53	发现雷诺现象6年,脱发、皮疹1年,发热2个月,精神障碍4天	217
病例54	双上肢红斑丘疹20余天,加重并起水疱1周	221
病例55	双小腿及足踝处反复瘀斑、溃疡伴疼痛2年	226
病例56	双小腿起棕红色环状斑疹3个月	230
病例57	双小腿起红色斑、丘疹、紫癜伴痒1年余,累及大腿、臀部2月余	234
病例58	双下肢皮肤瘀点、瘀斑7天,加重3天	238

病例59	双下肢瘀点、瘀斑伴关节痛1个月,加重10天	243
病例60	双下肢瘀点、瘀斑,伴腹痛、关节痛半个月	247
病例61	双下肢皮肤红色结节伴疼痛1个月	252
病例62	双下肢红斑、紫癜、坏死2周,加重5天伴疼痛	256
病例63	双下肢反复出现紫癜、血疱,伴破溃、结痂2年, 加重并泛发全身1个月	260
病例64	四肢红斑、潜行性溃疡、疼痛反复发作8年,加重1个月	265
病例65	面颈部及躯干部丘脓疱疹、溃疡伴疼痛,腹泻、脓血便1个月	269
病例66	躯干、四肢、手足红斑伴瘙痒2个月,手足水疱20天	273
病例67	躯干四肢反复红斑伴痒半年,起水疱、大疱1个月	276
病例68	头面、躯干、四肢水疱2个月	281
病例69	全身片状红斑、斑块20年	287
病例70	双侧腋下、上肢红斑伴瘙痒6年,泛发周身伴肿胀、脱屑2年	291
病例71	阴囊淡红色斑片伴痒5年,加重10天	295
病例72	右大腿部黑色肿物缓慢增大4年,术后5天	299
病例73	后背肿物半年,无痛痒、破溃半个月	303
病例74	躯干、头面部黄豆至鸽卵大结节2个月	307
病例75	鼻左侧蚕豆大小淡红结节,无痛痒2个月	311
病例76	鼻背左侧红色结节,无痛痒2个月	315
病例77	面部黑色丘疹2年,电灼后复发、增多1年	318
病例78	面部斑块3年	323
病例79	胸部皮疹1年	326
病例80	左面部结节、斑块5个月,全身丘疹、结节、斑块2周	328
病例81	周身皮肤瘙痒25年,躯干、四肢皮肤出现丘疹15年	332
病例82	双下肢水肿,伴沉重感6年,双小腿反复红、肿、热、痛6个月	337
病例83	全身皮肤摩擦后起水疱15年	340
病例84	四肢为主的皮肤干燥,脱屑28年	342
病例85	左上肢多发性结节2年,破溃伴疼痛4个月余	345
病例86	全身水肿性红斑、水疱伴瘙痒10余天	349
病例87	反复全身丘疹伴瘙痒3年,加重1个月	352
病例88	全身红斑、丘疹、渗出伴瘙痒1个半月	355
附:	病例诊断结果	358

病例1 左眼睑、额部出现红斑、水疱，伴疼痛5天

患者女性，78岁，于2010年4月13日入院。

一、主诉

左眼睑、额部出现红斑、水疱，伴疼痛5天。

二、病史询问

思维提示：患者为老年女性，出现单侧的水疱性皮炎伴有疼痛，首先考虑带状疱疹。带状疱疹发生率随年龄而增加，在老年及免疫低下的人群发病率增加。问诊主要围绕诱因、皮损特点、疼痛程度、伴随症状等方面展开，注意与其他可能的疾病鉴别以进一步明确诊断。

（一）问诊内容及目的

1. 起病前是否有上呼吸道感染、劳累、上火、悲伤、外伤史等？有无接触史？带状疱疹发病前常有上呼吸道感染、劳累、着急上火、情绪悲伤等诱因。是否为接触外源性物质导致的炎症性反应，与接触性皮炎鉴别。

2. 有无基础疾病？是否长期应用皮质类固醇激素及免疫抑制剂？患有糖尿病、风湿免疫性疾病、恶性肿瘤的患者及应用皮质类固醇激素、接受放疗的患者，带状疱疹发病率高。

3. 前驱症状、皮损的变化及特点？带状疱疹发生前常有低热、食欲减退、周身不适等症状，要发疹部位的皮肤常有皮肤过敏、灼热、神经痛等症状。一至数天后在一定神经分布区域出现红斑，继而出现水疱。

4. 疼痛的程度如何？单纯疱疹疼痛常不剧烈，带状疱疹的神经痛常剧烈。

5. 有无其他伴随症状？因患者的皮损部位在额部及眼睑，注意询问有无头痛、恶心、呕吐等颅内高压症状及眼痛、畏光、视力减退等青光眼的症状，以与之鉴别。

6. 曾经有无类似情况？单纯疱疹易复发；带状疱疹再发几率很低。

（二）问诊结果及分析

患者发病前较劳累，未出现低热、全身不适等症状，5天前左侧眼睑及额部出现针刺样疼痛，数小时后在疼痛部位出现红斑及水疱，疼痛剧烈，发疹前皮损部位未接触外源性物质，无发热及头痛，无畏光及视力下降，无恶心及呕吐，未治疗。之前没有类似皮疹出现。糖尿病史11年，平时规律应用胰岛素降血糖，无肿瘤病史，未应用皮质类固醇激素及免疫抑制剂。患者发病前有劳累的诱因，有糖尿病史，免疫力低下，先有疼痛，随后出现皮疹，患者没有其他的伴随症状，考虑疼痛由皮损引起。

三、皮肤科查体

（一）检查内容

水疱的大小，内容是澄清、浑浊、脓性或血性，有无坏死，皮疹是否沿某一神经呈带状分布、发生于身体一侧、不超过中线，有无局部淋巴结肿大。

(二) 查体结果及分析

左侧眼睑、额部带状分布的红斑和黄豆大小的簇集性水疱，疱液澄清，部分水疱破溃后留有糜烂面，沿三叉神经眼支分布，不超过正中线，左眼睑结膜充血。左侧耳前、耳后、颈部的淋巴结未触及。

四、实验室及影像学检查

(一) 初步检查项目及目的

1. 血常规、尿常规、大便常规；
2. 肝肾功能、电解质、血糖、血脂；
3. 感染性疾病的筛查(肝炎、梅毒、艾滋病等)；
4. 血沉、C-反应蛋白，明确有无合并感染或炎症性疾病；
5. T细胞亚群、免疫球蛋白检测患者免疫功能；
6. 胸片、心电图。

根据患者病情可选择血清肿瘤标记物，创面细菌涂片、培养及药物敏感试验等检查。

(二) 检查结果及分析

血常规：单核细胞比例11.3% (3%~8%)，血沉：60 (0~20) mmH₂O，其他检查未见异常。

五、初步诊断

带状疱疹。

六、治疗方案

1. 膦甲酸钠，2.4g，每日2次，静脉滴注，嘱患者足量饮水；
2. 营养神经药物及免疫调节剂：甲钴胺，500 μg，隔日1次，肌肉注射；匹多莫德，0.8g，日2次，口服；
3. 局部治疗 皮损处给予重组人干扰素α-2b喷雾剂，日3次，外用；左氧氟沙星滴眼液，日4次，点眼；更昔洛韦眼膏，日4次，点眼；
4. 给予胰岛素控制血糖。

思维提示：带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的病毒性皮肤病。临床治疗常用抗病毒、营养神经、止痛、对症等治疗。阿昔洛韦是常用的治疗带状疱疹的核苷类抗病毒药，近年来静脉滴注阿昔洛韦引起急性肾功能不全的报告较多，耐阿昔洛韦病毒株也时有报告。在免疫缺陷或免疫妥协的个体，水痘-带状疱疹病毒有时会对依赖胸苷激酶(TK)的抗病毒药物产生耐药，膦甲酸钠是非核苷类广谱抗病毒药物，针对病毒DNA多聚酶的抗病毒药物，不依赖病毒胸腺嘧啶核苷激酶启动，因此对耐阿昔洛韦的病毒株也有效。膦甲酸钠最主要的不良反应是肾损害。国内资料报道，膦甲酸钠治疗带状疱疹，可于较短时间内止疱、止痛，病程明显缩短。其他的抗病毒药物泛昔洛韦、伐昔洛韦、干扰素等也可应用。必要时可选用非甾体类抗炎药、三环类抗抑郁药、加巴喷丁等镇痛剂。维生素B₁、维生素B₆等可用于营养神经治疗。对皮疹发生于躯干部位的可用紫外线、氩氦激光等治疗。

七、治疗过程

治疗3天后,患者神经痛症状缓解,水疱干燥,患者出现恶心、呕吐胃内容物症状,无耳鸣、耳聋,外耳道未见疱疹,请耳鼻喉科会诊检查前庭、耳蜗功能,听阈测定等,均正常,考虑带状疱疹可能性小;无头痛,无眼震、颈强等,神经系统查体未见异常,不考虑神经系统病变;考虑为膦甲酸钠的不良反应,将抗病毒药改为泛昔洛韦0.25g,日3次口服,患者仍有恶心、呕吐症状,入院第7天复查肾功能,血肌酐为 $286\mu\text{mol/L}$,诊断为急性肾功能不全,患者皮损已结痂,停用泛昔洛韦,请肾内科会诊,给予改善肾功能药物治疗,患者恶心及呕吐症状缓解,入院第16天,肌酐降至正常范围,皮损治愈,无后遗症,准予出院。

八、治疗过程中需要注意的问题

注意观察患者皮损情况,原有水疱是否干燥结痂、有无新发水疱、疼痛是否缓解等,应用有肾毒性抗病毒药物时注意每日监测患者24小时尿量,尿常规、肾功能的改变(至少应每3天复查1次),静脉滴注时注意输注速度、分次给药、用药前水化等问题,避免与其他肾毒性药物(如氨基糖苷类、环孢素等)配伍应用。一旦发现异常应立即停药并及时请相关科室会诊给予对症处理,使患者尽快恢复。

(肖汀 邱里)

参考文献

1. 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 第3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 300-302.
2. Stfrin S, Berger TG, Gilson I, et al. Foscarnet therapy in five patients with AIDS and acyclovir resistant varicella zoster virus infection. *Ann Inter Med*, 1991, 115 (1) :19-21.
3. 赵凤莲. 膦甲酸钠治疗带状疱疹74例. *中国麻风皮肤病杂志*, 2003, 19 (5) :439.
4. 王威, 张华黎. 膦甲酸钠治疗带状疱疹疗效观察. *中国误诊学杂志*, 2005, 5 (11) :2089-2090.
5. 魏文国, 曾三武, 纪黎明. 可耐治疗带状疱疹疗效观察. *实用临床医药杂志*, 2007, 11 (2) :75-78.

病例2 右耳水疱伴疼痛5天，右口角歪斜2天

患者男性,32岁,于2009年8月7日入院。

一、主诉

右耳水疱伴疼痛5天,右口角歪斜2天。

二、病史询问

思维提示:患者为中青年,急性起病,主要表现为受凉后出现右耳水疱伴疼痛,呈间断性刺痛,无耳鸣,首先考虑带状疱疹。尽管带状疱疹好发于老年人群,但是在中青年人群中也有发生。问诊内容主要围绕发病诱因、皮损特点、疼痛特点及伴随症状等方面展开,注意与其他可能的疾病鉴别,以进一步明确诊断。

(一) 问诊内容及目的

1. 起病前有无急性上呼吸道感染、劳累、受凉、外伤或手术史等? 有无局部特殊接触史? 带状疱疹发病前常有急性上呼吸道感染、劳累、受凉、外伤或手术史等诱因,结合该患者发病前有受凉病史。同时应询问有无局部特殊接触史,是否因接触外源性特殊物质导致的炎症性变态反应;发病前有无发热、乏力等全身症状;临床上带状疱疹应与单纯疱疹、急性接触性皮炎鉴别。

2. 有无基础疾病? 是否长期应用皮质类固醇激素或免疫抑制剂? 患糖尿病、自身免疫性疾病、恶性肿瘤的患者及长期应用皮质类固醇激素、免疫抑制剂的患者,带状疱疹的发病率较普通人群高。

3. 前驱症状、皮损的变化及特点? 带状疱疹发病前常有低热、食欲减退、全身乏力等症状,发疹部位皮肤症状常表现为瘙痒、烧灼感、针刺样疼痛等症状。多数患者表现为发疹部位的皮肤不适,1~3日后在皮肤不适区域出现红斑,继而其上出现群集性丘疱疹、水疱,甚至血疱、皮肤坏死。皮疹分布多为单侧,主要以某一周围神经分布,侵犯1~2个神经节分布区,偶尔累及多个连续的神经节分布区,排列成带状。

4. 疼痛的特点及程度? 带状疱疹的疼痛表现为间断发作的针刺样、刀割样、触电样剧烈疼痛,其发作无规律性,常突然发作,数分钟后可自行缓解,但夜间发作相对频繁,严重影响患者睡眠,衣物接触皮损部位也可引起疼痛的发作。

5. 有无其他伴随症状? 患者皮损部位局限于右耳,应注意询问有无头痛、恶心、呕吐及颈项强直等颅内高压等症状;同时患者出现口角歪斜,临床上注意询问有无原发面神经麻痹等相关疾病。同时,由于带状疱疹可发生于身体各个部位,其中以三叉神经和肋间神经最为常见。临床上在带状疱疹早期阶段,仅表现为受累神经区域的疼痛,尚未见皮疹发作,应注意与相应部位的疾病鉴别,如肋间神经炎、心绞痛、阑尾炎、胆囊炎、肩周炎等疾病。因此应着重询问上述疾病的相关症状,有利于疾病的鉴别。

6. 既往有无类似情况? 群集性水疱皮损还可见于单纯疱疹,该病的发病诱因也与带状疱疹类似,如劳累、感冒、发热或其他感染性疾病的转归期等,但是单纯疱疹易反复发作,而带状

疱疹再次发病的几率很低。

(二) 问诊结果及分析

患者发病前有受凉病史,无低热、乏力及全身不适等症状,5天前右侧颈部、耳部出现间断发作的针刺样疼痛,右耳部出现红斑、水疱伴剧烈疼痛。否认发疹前局部皮损部位特殊接触史,无发热、恶心、呕吐、头痛等全身症状,未治疗。既往该部位无类似皮损出现。否认糖尿病、慢性感染性疾病、自身免疫性疾病及恶性肿瘤等系统性疾病病史,无使用皮质类固醇激素及免疫抑制剂等药物史。患者疼痛的同时伴发皮损,无其他伴随症状,考虑疼痛由皮损引起。

思维提示: 通过问诊可以明确,患者既往体健,否认系统性疾病,此次发病前有受凉病史,疾病表现为急性起病,右颈部及右耳部疼痛,继而疼痛区域出现皮疹,否认发疹前特殊异物接触史及发热、恶心、呕吐等症状,因而可以明确疼痛部位与皮疹发作相关,皮疹的性质、症状及分布特点有助于疾病的诊断。

三、系统查体

(一) 检查内容

颈部有无抵抗或强直,神经系统相关检查。

(二) 查体结果及分析

颈软,无抵抗;神志清晰,精神、记忆力、定向力及计算能力正常,无幻觉,步态正常,言语正常,头颅外形及检查正常。面神经检查示右眼裂变小,右侧鼻唇沟变浅,右口角下垂,右眼闭目不紧,右侧额纹变浅,右侧鼓颊、吹哨不能(图2-1)。余脑神经检查未见异常。感觉及运动系统检查未见异常。

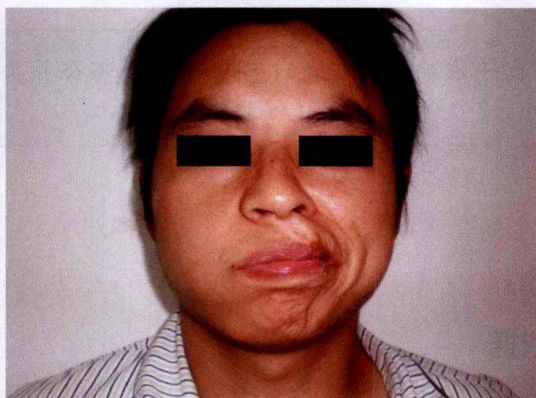


图2-1 Ramsay-Hunt 综合征: 面瘫表现

四、皮肤科查体

(一) 检查内容

首先关注皮损的性质,即水疱的大小,内容物是澄清、浑浊、血性或脓性,有无坏死,群集性或散在;其次皮损的分布是否沿某一神经节段呈带状分布,皮损是否位于身体的一侧,不超过中线;有无局部淋巴结肿大。

（二）查体结果及分析

右侧外耳道内群集性绿豆大小的水疱、血疱，无糜烂及溃疡，触痛明显(图2-2)。右侧耳前、耳后、颈部淋巴结未触及肿大。

思维提示：系统查体有助于排除其他神经系统相关疾病，确定受累神经；专科检查表现为单侧分布的群集性水疱、血疱，局部触痛明显，通过体格检查，可以明确诊断。

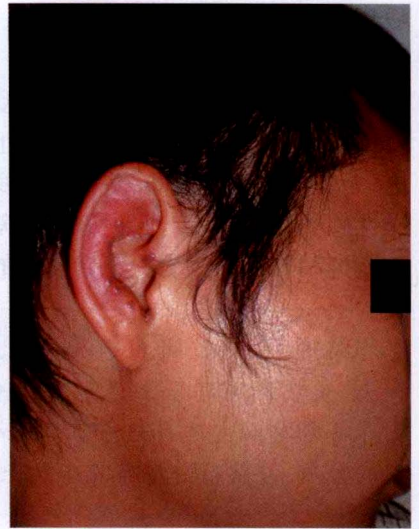


图2-2 Ramsay-Hunt 综合征：外耳道水疱、血疱

五、实验室及影像学检查

（一）初步检查项目及目的

1. 血常规、尿常规、大便常规：入院常规；
2. 生化检查包括肝肾功能、电解质、血糖、血脂：入院常规；
3. 感染性疾病筛查(肝炎、梅毒、艾滋病等)；
4. 血沉、C-反应蛋白，明确有无合并感染或炎症性疾病；
5. T细胞亚群、免疫球蛋白检测患者免疫功能；
6. X线胸片、心电图。

根据患者病情必要时选择头颅CT或MRI检查，了解有无中枢神经系统受累。

（二）检查结果及分析

辅助检查未见明显异常。

思维提示：辅助检查有助于准确判断患者的免疫功能，是否合并其他系统性疾病及相关神经系统疾病。

六、确定诊断

Ramsay-Hunt 综合征。

七、治疗方案及依据

（一）治疗方案

1. 抗病毒治疗 阿昔洛韦注射液，10~15mg/(kg·d)，分两次，静脉滴注，嘱患者适当多饮水。
2. 营养神经药物及免疫调节剂 甲钴胺注射液，500 μg，日1次，肌肉注射；胸腺肽注射液，100mg，日1次，静脉滴注。
3. 镇痛治疗 非甾体类抗炎药物塞来昔布胶囊，200mg，日1次，口服；三环类抗抑郁药物盐酸阿米替林片，25mg，日2次，口服，使用3日后无不适反应，加量至50mg，日2次。
4. 系统使用皮质类固醇激素 泼尼松片，10mg，日3次，口服，连用1周。
5. 局部治疗 皮损处外用喷昔洛韦乳膏，日3次；紫外线、氩氦激光等物理治疗。

（二）治疗依据

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染引起的病毒性皮肤病。临床治疗常用抗病毒、营养神经、止痛、对症等治疗。阿昔洛韦是常用的治疗带状疱疹的核苷类抗病毒药物,但近年来有静脉滴注阿昔洛韦注射液引起急性肾功能不全的报告,也有耐阿昔洛韦病毒株的报告。在免疫缺陷或免疫妥协的个体,水痘-带状疱疹病毒有时会对依赖胸苷激酶(TK)的抗病毒药物产生耐药。该患者为中青年,既往无系统性疾病病史,非免疫缺陷或免疫妥协患者,故使用阿昔洛韦注射液抗病毒治疗。此外,目前临床上较常使用的其他抗病毒药物有膦甲酸钠注射液、泛昔洛韦片、伐昔洛韦片。其中膦甲酸钠注射液是非核苷类广谱抗病毒药物,针对病毒DNA多聚酶的抗病毒药物,不依赖病毒胸腺嘧啶核苷激酶启动,因此对耐阿昔洛韦的病毒株也有效,其主要的不良反应也是肾损害。有关系统使用糖皮质激素药物治疗,目前还有较大争议,部分学者认为带状疱疹属于病毒感染性疾病,使用皮质类固醇激素可抑制免疫反应,无益于病毒感染性疾病;也有学者认为水痘-带状疱疹病毒具有嗜神经性,引起神经水肿等炎症反应,疾病早期,在无皮质类固醇激素使用禁忌和积极应用抗病毒药物治疗的情况下,使用皮质类固醇激素可以明显减轻神经水肿等炎症反应,阻止对神经节和神经纤维的毒性和破坏作用,减少带状疱疹后遗神经痛的发生。结合本例患者由于病毒累及膝状神经节导致面瘫,故早期足量系统使用皮质类固醇激素。带状疱疹疼痛的治疗,主要选用非甾体类抗炎药物、三环类抗抑郁药、加巴喷丁等镇痛治疗。带状疱疹后遗神经痛是带状疱疹的常见后遗症,好发于老年患者,临床治疗困难。近年来临床用于治疗癫痫的 γ -氨基丁酸受体阻滞剂普瑞巴林,治疗带状疱疹后遗神经痛具有良好疗效。该药结构与加巴喷丁相似,但具有服药剂量低,服药次数少和不良反应小等优点。B族维生素等可用于营养神经治疗。同时给予紫外线、氦氖激光等治疗。

八、治疗过程

患者入院后,因面瘫表现,经神经内科会诊,建议口服泼尼松片30mg/d,连用半月后减量,疗程2个月。患者入院治疗7日后,神经痛症状明显减轻,右耳部水疱干涸、结痂,面瘫表现有所好转,复查尿常规、肾功能检查无异常。鉴于皮损基本恢复,住院10日后出院,在皮肤科及神经内科门诊定期随访。

九、治疗过程中注意事项

注意观察患者皮损情况,原有水疱是否干涸结痂、有无新发水疱、疼痛症状是否减轻等。临床上使用阿昔洛韦注射液应该注意其肾毒性,其防治措施如下:

1. 静脉滴注药物浓度不宜过高,可予5%葡萄糖注射液500ml+阿昔洛韦注射液0.5g。
2. 分次给药,静脉滴注速度不宜过快。
3. 老年患者因生理性肾功能减退,应相应减少药物剂量。
4. 避免与其他肾毒性药物(如喹诺酮类抗生素、环孢素等)配伍使用。
5. 使用该药物时嘱患者适当多饮水。
6. 注意观察患者每日尿量,住院期间3~5日复查尿常规和肾功能。
7. 用药期间注意观察,患者一旦出现肾区疼痛不适或肾功能损害,应立即停药并及时请相关科室会诊。

十、对本病例的思考

临床上诊断典型的带状疱疹并不困难,主要根据其皮疹、神经痛、单侧分布等特点即可诊断,但是在疾病早期,尤其是尚未表现出皮疹,仅有神经痛表现时,临床诊断相对困难,可能造成误诊。对于特殊类型的带状疱疹如Ramsay-Hunt综合征,疾病早期可能以“面瘫”收神经内科住院,忽视皮疹表现而造成误诊,影响疾病的预后。

(万学峰)

参考文献

1. 赵辨. 中国临床皮肤病学. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 394-398.
2. Stfrin S, Berger TG, Gilson I, et al. Foscarnet therapy in five patients with AIDS and acyclovir resistant varicella zoster virus infection. *Ann Inter Med*, 1991, 115 (1) :19-21.
3. 赵凤莲. 膦甲酸钠治疗带状疱疹74例. *中国麻风皮肤病杂志*, 2003, 19 (5) :439.
4. 魏文国, 曾三武, 纪黎明. 可耐治疗带状疱疹疗效观察. *实用临床医药杂志*, 2007, 11 (2) :75-78.
5. Niv D, Maltsman-Tseikhin A. Postherpetic neuralgia: the never-ending challenge. *Pain Pract*, 2005, 5 (4) : 327-340.
6. Seventer R, Feister HA, Young JP, et al. Efficacy and tolerability of twice-daily pregabalin for treating pain and related sleep interference in postherpetic neuralgia: a 13-week, randomized trial. *Curr Med Res Opin*, 2006, 22 (2) :375-384.