

临床住院医师规范化培训教材

皮肤性病学

主 审 朱 钵 傅世珍

主 编 张书岭



河南医科大学出版社

临床住院医师规范化培训教材

皮肤性病学

主 审 朱 钵 傅世珍

主 编 张书岭

副主编 于建斌 王 瑛

河南医科大学出版社

· 郑州 ·

临床住院医师规范化培训教材

皮肤性病学

主 审 朱 钵 傅世珍

主 编 张书岭

责任编辑 陈建章

责任监制 何 芹

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路40号

邮政编码450052 电话(0371)6988300

黄河水利委员会印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 13.75印张 326千字

1997年10月第1版 1997年10月第1次印刷

印数:1~3 150

ISBN 7-81048-220-3/R·212

定 价 15.10 元

临床住院医师培训
高临床人员素质

刘金喜
一九九七年
九月

编 委 (以姓氏笔画为序)

于建斌 王 璞 王予平 尹光文 冯曼君 余蜀丹
李 峰 李冬芹 张书岭 张守民

临床住院医师规范化培训教材

编 审 委 员 会

主 任 刘全喜

副主任 张广兴 王玉玲 李克勤

委 员 (以姓氏笔画为序)

王广田	王玉玲	王春华	王留美	王淑梅	田 涛
石爱梅	刘全喜	乔玉环	闫学儒	李仁发	李克勤
李俊秀	李荣轩	杜作栋	谷 红	宋 昌	张 杰
张广兴	张月丽	张书岭	陆常东	陈幸运	孟 玮
赵善龙	郎鸿志	姜秀琴	郭希让	郭茂华	高城璋
高恩民	梁秀芳	盛光耀	黄钊奇	董明敏	董富银

前 言

随着医学科学技术的发展和医学模式的转变,传统的一次性教育观念被终身教育观念所替代,形成了学校基本教育——毕业后医学教育——继续医学教育三阶段的医学教育连续统一体。毕业后医学教育是医学生完成学校基本教育接受某一学科规范化的专业培养,是医学专业所特有的教育阶段。它对培养高层次医学卫生人才起着承上启下的作用,其中包括研究生教育和住院医师、专科医师培训两种培养途径。临床住院医师培训是在可行的制度及措施下,通过指导和规范要求,对住院医师进行职业道德、医学理论知识和临床基本技能的培训,为培养专科医师甚至更高层次的医师打下坚实的基础。

国家卫生部十分重视住院医师培训工作,于1993年下发了“关于实施《临床住院医师规范化培训试行办法》的通知”,组织编写了供全国参考使用的《临床住院医师规范化培训大纲》。河南省卫生厅于1996年下发了《河南省临床住院医师规范化培训试行办法》,并按照卫生部制定的《大纲》,组织了河南医科大学第一附属医院、第二附属医院、省人民医院等单位的临床医学专家编写了此套教材,共包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、口腔科学、眼科学、耳鼻咽喉科学和皮肤性病学8个临床学科的临床住院医师规范化培训教材。相信这些基础性工作,对我省临床住院医师培训向规范化发展,进一步完善毕业后医学教育制度将起着积极的推动作用。

临床住院医师培训工作是一项开拓性工作,我们编写此类教材还缺乏经验,恳请同道们批评指正。

临床住院医师规范化培训教材

编 审 委 员 会

1997年10月

编写说明

本教材是根据卫生部下发的《临床住院医师规范化培训大纲》中的“皮肤病与性病科细则”编写而成,供住院医师在接受规范化培训时使用,也可作为中青年医师工作中的参考书。

本教材既不同于大学本科教材,又不同于“手册”和“新进展”。皮肤性病学是一门研究发生在皮肤、粘膜以及与皮肤、粘膜有关疾病的学科。它不仅是一门独立的临床医学,同时也涉及其他学科和基础理论的各个方面。它与临床各科既有密切联系,又有一定自身特点。因此,皮肤病与性病科专科住院医师的培养目标是:要求掌握较扎实的本专业基础理论知识和操作技能,了解和熟悉本专业外其他相关学科的基本知识,在未来工作中,具有推动本学科不断发展的潜力。本着上述宗旨,本书共编写6章,30余万字。在编写过程中,力求结合实际,既有本专业基础理论知识和操作技能,又编有相关学科的基本知识。在疾病诊断的论述中,着重叙述了疾病的鉴别诊断。对于皮肤性病学有关的科技进展,也予以扼要地阐述。

本教材在编写过程中,主要参阅了如下书刊:王光超主编《皮肤性病学》、杨国亮等主编《现代皮肤病学》、赵辨主编《临床皮肤病学》、吴志华等主编《皮肤性病学》、陈锡唐等主编《实用皮肤组织病理学》、潘伯平等主编《皮肤病病理诊断指南》、李林峰主编《接触性皮炎》、傅志宜主编《皮肤病症状鉴别诊断》、廖万清主编《真菌病学》、叶顺章等主编《性传播疾病实验诊断手册》,以及《新药特药手册》、《中华皮肤科杂志》、《临床皮肤科杂志》、《中国皮肤性病学杂志》、《国外医学皮肤性病学分册》等,在此深表谢意。鉴于篇幅所限,不能将参阅书刊全部列出,敬请谅解。

在参照本书指导临床实践过程中,亦应同时参考其他有关资料,因个体差异较大,特别在药物治疗时应予以注意。

虽然参加本教材编写人员大都具有高级职称,并有一定临床经验,但由于时间仓促,编写水平有限,教材中难免有遗漏及不足之处,诚望读者及专家不吝雅正。

张书岭

1997年8月

目 录

第一章 规范化的病历书写	1
第一节 病历书写的意义	1
第二节 规范化病历的书写	2
第二章 皮肤性病的鉴别诊断	5
第一节 急性发疹性传染病的鉴别	5
第二节 面部红斑性皮肤病的鉴别	7
第三节 结节及斑块性皮肤病的鉴别	14
第四节 鳞屑性皮肤病的鉴别	20
第五节 无菌性小脓疱的鉴别	24
第六节 大疱性皮肤病的鉴别	27
第七节 毛囊角化性皮肤病的鉴别	36
第八节 皮肤硬化的鉴别	40
第九节 皮肤白斑的鉴别	44
第十节 生殖泌尿器部位疾病的鉴别	47
第三章 皮肤性病学专题讲座	53
第一节 皮肤病免疫学	53
第二节 性激素受体与皮肤病	59
第三节 细胞凋亡与皮肤和皮肤病	63
第四节 皮肤衰老及影响因素的研究	66
第五节 黑素代谢的生理病理	69
第六节 免疫抑制剂在皮肤科的应用	71
第七节 维甲酸类药物的内服和外用	74
第八节 疱疹后神经痛的治疗	77
第九节 皮肤结核病的再认识	79
第十节 甲真菌病的新概念	83
第十一节 接触性皮炎的研究进展	85
第十二节 光线性皮肤病的新治疗	94
第十三节 银屑病的外用疗法	96
第十四节 扁平苔藓的治疗	100
第十五节 外源性痤疮	103
第十六节 黄褐斑的分类及治疗	105
第十七节 白癜风的研究进展	108
第十八节 皮肤血管痣的治疗进展	110
第十九节 恶性黑素瘤的诱发因素及早期诊断	112

第二十章 系统性疾病皮肤表现	115
第四章 皮肤性病学的诊断技术	131
第一节 一般诊断技术	131
第二节 斑贴试验	135
第三节 皮肤病理学检查	136
第四节 真菌病的实验室检查	147
第五节 性病实验室检查	152
第五章 皮肤性病学的常用治疗技术	161
第一节 病房的卫生宣教	161
第二节 常规护理	161
第三节 常见皮肤病的护理	163
第四节 放射性敷贴疗法	166
第五节 紫外线疗法	166
第六节 光化学疗法	168
第七节 红外线疗法	169
第八节 液氮冷冻疗法	170
第九节 组织破坏疗法	171
第十节 音频电疗法	172
第十一节 菌苗疗法	173
第十二节 封闭疗法	175
第十三节 组胺球蛋白疗法	176
第十四节 皮肤化学剥脱术	176
第十五节 拔毛术	177
第十六节 刮疣术	177
第十七节 酒渣鼻划破术	179
第十八节 激光疗法	180
第六章 皮肤科常用新药	183
附录一 实验室检查正常参考值	189
附录二 培训大纲	203
附录三 培训内容与要求	205

第一章 规范化的病历书写

第一节 病历书写的意义

病历书写是医疗工作中的重要环节,它是临床医师在对病人情况进行充分的调查研究后,进行综合分析和整理而写成的记录。完整、规范的病历对医疗、教学、科研、法律及书写人员的综合评价都有重要的作用。

一、医疗

病历是诊疗全过程中的观察记录。它既是确定诊断、进行治疗、落实预防措施的资料,也是病人再次患病时诊断与治疗的重要参考材料。通过临床病历的回顾,可以从中汲取经验教训,提高医疗质量。

二、教学与科研

病历是教学和临床研究的生动教材和主要的素材。通过病历的书写、阅读、总结和分析,可以将所学的医学理论和医疗实践结合起来,发现、筛选新的医疗技术和共识,推动医学的发展。一份完整的优秀病历会使我们对疾病的发生、发展有一个详细的了解,是我们深入研究疾病时必不可少的原始资料。只有高质量的原始病历,才会有高质量的病例分析报告和对疾病发生发展的准确认识。所以,一份病历可以说是一份讲稿,是一篇研究论文。

三、对书写人员的评价

书写病历是临床医师的职责和必须掌握的技能。书写病历的过程是培养和提高临床医师诊治疾病的正确思维方法的过程,病历不仅是评价书写人员医疗质量的依据,而且还体现着书写人员的学术水平,体现着书写人员分析问题、认识问题和解决问题的能力,体现着书写人员对病人和疾病的态度,所以是医生真实形象的反映和表现。

四、法律

病历是处理医疗事故和医疗纠纷的法律依据。因此,病历是有效地保护病人和医务人员合法权益的重要文件。

总之,病历既是临床实践工作的总结,又是探索疾病规律及处理医疗纠纷的法律依据。因此,临床医师在书写病历时,要实事求是,科学严谨,认真细致。

第二节 规范化病历的书写

一、皮肤性病学病历书写的特点

皮肤性病学病历的书写应按照内科病历的内容和要求书写,还应突出皮肤性病科的特点。

(一) 主诉是患者就诊的原因,除记述主要症状(自觉症状和他觉症状)和时间外,还

应说明发病的主要部位。有时对其主要症状还需加以必要描述,说明其性质和程度等。因为主诉是现病史的高度概括和提炼,应突出重点,通过主诉基本上能看出患了什么病,或者大致属于哪一类病。

(二) 现病史除记述病因或可能的诱因外,主要记载疾病的发生、发展与转归。皮肤性病科要重点记述皮损发生和演变的过程,以及诊疗的经过和疗效,与疾病无关的繁琐过程应于避免或尽量简化,力求通过现病史能反映出疾病的全貌。

(三) 在既往史、个人史、婚姻史及家族史中,要重点突出与皮肤性病有关的一些内容,如过敏、药物反应,不洁性交史、遗传及重要脏器的疾病等。

(四) 体格检查中各项除与内科病历相同外,要充分注意与皮肤病相关情况的描述。描述要以认真全面的体检为基础,切忌只听信病人述说而不作检查的马虎态度。

(五) 皮肤科情况是本学科病历的一项重要内容。应针对其皮肤损害做出客观记载,不要记叙病人述说的自觉症状(如疼痛、瘙痒等)。书写时应首先记述什么部位发生什么样的皮疹,进而对皮疹的性质、分布、排列、形态、大小、颜色、数目,表面与基底等一一描述。最后记述一些相关的有诊断或鉴别诊断意义的物理检查项目,如皮肤划痕试验、Auspitz征、尼氏征等。

二、书写的具体要求及举例

(一) 书写要求

1. 病历应用钢笔书写,词句应通顺、完整、简练、准确,标点符号正确,不得涂改或粘贴。
2. 不准滥用各种符号及自创中英文词组,如白C(细胞)、颈V(颈静脉)。
3. 书写病历时应运用医学术语,避免用方言、土语。主诉不直接用诊断名称。
4. 大学本科毕业1年,大专毕业1年半以上的医师应书写住院记录(住院病历)。

(二) 时间要求 住院病历应在病人入院24 h内完成。上级医师应在48 h内认真修改并签字。病程记录的书写:一般病人至少每3 d记录1次,长期慢性病人至少每周记录1次,急危重病人及其他病人的重要病情变化、处理过程及实验室检查等内容,应及时准确记录。

(三) 举例 皮肤科住院病历:

病历

皮肤科

病 历 首 页

门诊号:015536

床号: 2

住院号:382166

姓名	林××	性别	男	年龄	56	职业	干部	婚否	已	籍贯	河南省	巩义	市
入院日期	97.4.6.9Am		现在地址 或单位		河南省冶金厅铝业公司				电话 号码	5972636			
联系人姓名	赵××		与病人的关系		夫妻		联系人地址		河南省印刷物质公司				
病史采集日期	97.4.6.10Am		病史叙述者		患者	可靠程序		可靠	民族	汉			

皮肤科首次住院病历

主诉 左胸疼6天,左后背及腋下出水疱3天。

现病史 6天前患者劳累后感全身困倦、乏力,时觉左胸隐疼。2天后疼痛加重,有时衣服接触局部皮肤也出现疼痛。3天前发现左后背及腋下有2~3片群集水疱,周围发红,局部锐疼,尤以夜间疼痛难以忍受。今晨左前胸又见群集水疱,左后背及腋下水疱增多连成带状。今来我科门诊以“带状疱疹”收入院。发病以来,自觉低热、活动减少,饮食尚可,睡眠欠佳,大小便正常。

既往史 平素体健。患“肩周炎”6年。无肝炎、肺结核等传染病病史,无手术、外伤史。无药物过敏史。

个人史 生于原籍,1962年来郑工作至今。无长期外地居住史,无烟酒嗜好。

婚姻史 26岁结婚,配偶体健,夫妻关系和睦,婚后育二子一女,身体健康。

家族史 母健在,父7年前患“肺心病”病故,一弟二妹身体健康。家族中无类似病史及遗传病病史。

体 格 检 查

T 37.5℃ P 82次/min R 20次/min BP 14.9/9.3 kPa

发育正常,营养中等,神志清晰,表情痛苦。自动体位,检查合作。

全身皮肤无黄染,表浅淋巴结不肿大。

头颅大小正常,毛发头皮无异常,眼睑轻度水肿。巩膜无黄,角膜透明,双侧瞳孔等大,对光与调节反射存在,外耳道无脓性分泌物,乳突无压痛,鼻旁窦无压痛。咽后壁稍红,扁桃体不肿大。

颈软,左右对称,气管居中,双侧甲状腺无肿大。

胸廓对称,胸式呼吸为主。触诊双侧语颤正常。叩诊呈清音,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性罗音及胸膜摩擦音。心率 82 次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾未触及。无移动性浊音,肠鸣音存在。

脊柱四肢无畸形,活动自如。

肛门生殖器未查。

神经系统:腱反射存在,病理反射未引出。

皮肤科情况:左肩及左腋下及胸部有 5 片不规则红色斑片,大致呈带状排列。其上有簇集状红色丘疹及水疱,如绿豆大小,疱液透明,疱壁紧张。水疱周围绕以红晕。尼氏征阴性。

实验室检查

血常规:Hb 108g/L RBC $3.96 \times 10^{12}/L$ WBC $3.8 \times 10^9/L$ (中性 0.52 淋巴 0.46 嗜酸性 0.01 单核 0.01)

尿常规:比重 1.020 尿蛋白:(-) 尿糖(-)

心电图:正常心电图

X 线胸透:心肺无病变发现

初步诊断:带状疱疹(左胸背部)

诊断依据:

1. 起病急。
2. 自觉疼痛呈进行性加重。
3. 左胸背部带状分布簇集性水疱。

处理意见:

1. 抗病毒药物的应用,抑制病毒播散。
2. 镇静止痛。
3. 皮质激素早期短时间应用,预防后遗症神经痛。
4. 应用维生素 B₁、B₁₂,辅助治疗。
5. 局部配合物理疗法,如音频电疗等。
6. 皮损处湿敷及外用收敛剂,干燥剂。

住院医师:XXX

主治医师:XXX

(张书岭 王予平)

第二章 皮肤性病的鉴别诊断

第一节 急性发疹性传染病的鉴别

急性发疹性传染病应属小儿科或传染病科范畴。但是,这些病常以发疹为明显特征,在不少情况下前来皮肤科就诊。此外,就皮疹而言,有时需与药物性皮炎、猩红热样红斑、麻疹样红斑、中毒性红斑等皮肤病进行鉴别。因此,皮肤科医生对这些传染病必须具备诊断和鉴别诊断能力。

一、猩红热

猩红热(*scarlatina*)是在弥漫性皮肤潮红的基础上,出现广泛性粟粒大小或点状红斑,伴有急性扁桃体炎和咽炎。猩红热在皮疹出现前,有突然发热($38^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$)、头痛,全身无力,咽部肿痛,扁桃体肿大,甚至有白色渗出物,同时颈淋巴结肿大,有压痛。在发热的第二天,皮疹自颈面部出现,迅速蔓延到上胸、躯干、上肢至下肢,在潮红的皮肤上,广泛出现粟粒大小或点状红斑,呈猩红色斑,压之退色,斑点之间无正常皮肤(为本病特征),斑点可以融合成片。有时斑点稍隆起,成为小的斑丘疹或丘疹,分布略与毛囊一致。在肢体的皱褶处,皮疹沿皮纹呈线状发生,甚至形成线状出血点,压之不退色,称为线状疹(*Pastia*征)。发疹期间面部潮红,口周苍白,形成较明显的口周苍白环(为本病特征)。发疹早期口腔软腭粘膜可见猩红斑或出血点。几天后舌乳头红肿、增大,呈草莓状舌。束臂试验可呈强阳性。全身皮疹经过5~7d开始消退,消退时皮肤有糠状或成片薄屑脱落,尤其掌跖更明显,约2周而愈。个别严重病人,有高热、呕吐、咽喉肿烂,皮疹呈暗紫红色和出血,昏迷谵语等中枢神经系中毒症状,病程延长,甚至死亡。本病儿童多见,好发年龄2~8岁,有阳性接触史。发热时白细胞增高,中性白细胞比例增加,咽培养为乙型溶血性链球菌,青霉素有较好的治疗效果。

猩红热与猩红热样红斑、猩红热样药疹、风疹、败血症猩红热样表现相似,但本病除皮疹特点外,尚具有草莓舌,束臂试验阳性,白细胞总数增高,咽培养乙型溶血性链球菌生长等其他特征性表现,这是其他具有猩红热样皮疹的疾病所不具备的。

二、麻疹

麻疹(*measles*)是在正常皮肤上,出现密集的粟粒至绿豆大小玫瑰色斑丘疹,伴有高热及上呼吸道卡他症状。在麻疹出疹前,有发热、咳嗽、流涕、畏光、流泪,结合膜充血,咽红等类似上呼吸道感染。于发热第4d,皮疹自耳后和颈部渐波及面部、肩、胸、背、腹,最后累及四肢,严重者掌跖也可发疹。皮损在正常皮肤上发生,逐渐增多泛发全身,呈玫瑰色或暗红色斑丘疹,大小不一,约粟粒至绿豆大小,压之退色,也可互相融合变大,疹间可见正常皮肤(为本病特征)。重症者皮疹可变为出血性,同时可伴有鼻、口腔及内脏出血,偶见斑丘疹变成丘疱疹,出现小水疱,疱液清,疱壁紧张,周围绕以红晕。皮疹一般经过3d左右达到高潮,体温及全身中毒症状也随之达最高峰,其后皮疹按出现的顺序消退,体温

也逐渐下降,全身症状好转,最后以糠麸状脱屑并遗留浅褐或棕色色素沉着而愈,病程9~14 d。在发热开始后第2~3 d(早于皮疹),口腔颊粘膜出现针头大小(直径0.5~1 mm)灰白色小点,围绕以红晕,数目多少不定,第5~7 d消退,称 Koplik 斑,这是早期诊断和鉴别诊断的重点之一。接受过自动免疫和被动免疫的患儿,仍能发病,但病情轻,无 Koplik 斑,无合并症,预后好。患病一次,则终生免疫。本病在高潮期或疹后可有肺炎、喉炎、脑炎等严重合并症,并易招致死亡。好发年龄6个月~5岁,以1~3岁最多(注意比猩红热发病年龄小),偶见成人患病。常在冬春季节流行,有阳性接触史,白细胞低,淋巴细胞相对增高。

麻疹应与风疹,幼儿急疹,麻疹样药疹相鉴别。与猩红热之不同点在于麻疹皮疹间可见正常皮肤,猩红热则在弥漫潮红的基底上发疹,麻疹发热4 d发疹, Koplik 斑,高热,白细胞低,淋巴细胞相对增高,而猩红热的草莓舌, Pastia 征,咽炎,白细胞增高。

三、风疹

风疹(rubella)是在正常皮肤上出现淡红色斑疹及斑丘疹,伴有发热(一般为中低度发热)、上呼吸道卡他症状及耳后、枕部淋巴结肿大(具特征性)。风疹出疹前常有发热(38℃~39℃)、咳嗽、流涕、咽红、咽痛、结合膜充血等类似上呼吸道感染症状,但较麻疹明显为轻。发热1~2 d,一般在第2 d,皮疹自面部和颈部出现,迅速波及躯干和四肢,1 d内即可出齐,而掌跖无皮疹。皮损发生在正常皮肤上,为逐渐增多的圆形或椭圆形斑疹及斑丘疹,呈淡红色,直径约2 mm(比猩红热大,比麻疹小些)。也可互相融合变成较大片稍隆起的斑丘疹,疹间有正常皮肤,可伴有轻度瘙痒。第3~4 d皮疹消退(比麻疹消退快),无色素沉着和脱屑,也偶见细薄糠状鳞屑者。在发疹前或发疹期内,耳后及枕部淋巴结肿大,有轻度压痛,是诊断的特征之一,其他处浅在淋巴结也可稍肿大,但特异性不大。在发病早期,软腭及咽部有针尖至绿豆大小红斑或出血斑,但颊粘膜无 Koplik 斑,是本病另一特征。发疹期血象检查白细胞低,淋巴细胞相对增高。多见于5个月至5岁儿童。

孕妇在妊娠的前4个月患风疹,生产的婴儿可能患有先天性白内障(常双侧)、视神经萎缩、小眼球或青光眼、先天性耳聋、前庭神经障碍及耳畸形、心脏先天性畸形(如室间隔缺损、动脉导管未闭)。皮肤上可见紫癜、色素沉着、网状红斑等。还可有小头、肾畸形等其他先天性异常,称为先天性风疹综合征。

风疹很象轻型麻疹,应从下述几点鉴别。发热较低,第1~2 d发疹,第3~4 d消退,耳后及枕部淋巴结肿大,无 Koplik 斑。另外,与幼儿急疹、药疹及猩红热也需鉴别。

四、幼儿急疹

幼儿急疹(exanthema subitum)又称婴儿玫瑰疹,其皮疹可以是风疹样或麻疹样,出现于高热下降后或下降时。幼儿急疹在发疹前无前驱症状,患儿突然高热,可达39℃~40℃以上,少数患儿可伴有惊厥、呕吐及腹泻等,一般高热持续3~4 d,骤然下降(12~24 h内),同时发生针尖至绿豆大小浅红色、玫瑰色或暗红色斑疹及斑丘疹,可互相融合变大,似风疹样、麻疹样,或者少数为猩红热样,有时皮疹周围有红晕。损害多在颈部及躯干,而面部及四肢较少,掌跖和粘膜不发疹。皮疹在1~2 d消退,无色素沉着及脱屑。偶尔见枕淋巴结轻度肿大。发疹时周围血白细胞总数下降至 $3\sim 5\times 10^9/L$,淋巴细胞相对增高达0.7~0.8。好发于6个月~2岁内婴幼儿,冬季发病较多。

本病以高热、热退疹出、无粘膜损害、缺少卡他症状等与风疹和麻疹相鉴别。没有服药史与药疹相鉴别。但本病往往在热退疹出后方能明确诊断,注意排除儿科发热性疾病。

五、传染性红斑

传染性红斑(erythema infectiosum)是突然出现在面部两颊的玫瑰红色斑,边缘清楚,表面无鳞屑。有时略带水肿性,呈深红色,似类丹毒样表现。有时在红斑的基底上可见群集的斑丘疹及丘疹。口周、眼睑及颈部通常无皮疹。1~2 d后红斑可以扩展到四肢及躯干,掌跖可以被累及,口腔及生殖器粘膜也可发生暗红色斑疹。一般无自觉症状,或有轻微瘙痒,偶有低热。本病好发于春夏季,有一定的流行性(在幼儿园或家族中),病人绝大多数为儿童,病程1~2周,自愈而不留痕迹。病因可能是由病毒引起,我省少见发病。

传染性红斑应与药疹、多形性红斑、猩红热、接触性皮炎相鉴别。目前主要根据病史、家族中及托儿所中同样患儿,以面部为主的红斑为特点,特别要注意与药疹和多形性红斑相鉴别。

表 2-1 急性发疹性传染病的鉴别

病名	好发部位	临床症状	自觉症状	病因	其他
猩红热	泛发全身,依次为颈,胸,躯干,四肢	弥漫性细小密集红斑以皮肤皱褶处明显,面颊潮红,口周环状苍白圈,重时出现出血性皮疹,“杨梅舌”。	无	β-溶血性链球菌	早期白细胞总数及嗜中性白细胞增高,伴有全身症状
麻疹	全身各部位	初为卡他症状,2~3 d后出现口腔颊粘膜上柯氏斑,尔后颈部、面部、躯干、四肢渐出现斑丘疹。	无	麻疹病毒	5岁以下的儿童发病率最高,伴全身症状。
风疹	全身各部位	初起于面部,出现淡红色斑疹或斑丘疹,24 h内很快遍及躯干、四肢,1~2 d内消退,伴少许脱屑	微痒	风疹病毒	成人、儿童均可,早期白细胞总数可减少。
幼儿急疹	颈、躯干、臀、四肢近端	潜伏期 10~15 d,无前驱症状,突然高热,3~5 d后,体温下降,24 h内降至正常。在热退同时出现淡红色斑丘疹,1~2 d消退。	微痒	柯萨奇病毒 B ₆	好发 2 岁以内儿童,冬春季,全身症状明显。
传染性红斑	面、躯干、臀、四肢	潜伏期 5~14 d,无前驱症状,突然在双侧面部出现水肿性红斑,边界清,1~2 d后,在躯干、臀部等出现网状或花边状斑丘疹	微痒	可能为病毒	好发 4~12 岁儿童,春季多见,全身症状轻
手足口病	手掌、跖、口腔、偶见膝臀部	潜伏期 4~7 d,发疹前有发热头痛等前驱症状,主要表现口腔疼痛性口腔炎,手、足米粒至豌豆大的水疱	疼痛	柯萨奇病毒	好发学龄前儿童,以 1~2 岁多见成人偶发,多在夏秋季,全身症状轻。

(于建斌)

第二节 面部红斑性皮肤病的鉴别

一、系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus SLE)以面部蝶形红斑为皮疹的特征。

这种红斑可出现于全身症状之前,早期两颧及鼻梁处有小片红色斑,随之不断扩大,并相互连接成边缘清楚的蝶形红斑。在整个疾病的不同时期,这种红斑表现不同,可呈丹毒样或多形红斑样,出现红色水肿和浸润的外观;也可是暗红色,表面脱屑和毛细血管扩张,有时还出现丘疹、紫癜,甚至水疱及大疱。红斑消退时有色素沉着或轻度皮肤萎缩。上述红斑等损害也常见于前胸暴露区,手掌,手指,足底,足趾,肘及膝等处,这些部位的红斑对该病的诊断同样具有重要的意义,尤其是手掌和手指掌侧暗红色水肿性红斑常作为诊断的依据之一。其他的皮肤损害可有光敏感、脱发、紫癜和多形红斑样皮疹、雷诺现象、肢端溃疡坏死、眼眶水肿及网状青斑、血管炎样皮损、甲病变等。口腔粘膜可见淤斑、糜烂及溃疡,部分病例可出现眼结合膜炎及鼻粘膜糜烂等。

上述蝶形红斑,暂时性或游走性关节痛和不规则低热(甚或高热)是本病3个主要早期临床表现。全身脏器相继广泛损害。肾脏病变最多见,而且严重,常规剂量的皮质类固醇激素如能控制临床症状,但肾脏损害仍可能继续进展,直至衰竭。肾脏损害表现有腰痛、浮肿、蛋白尿、管型尿、血尿,血中非蛋白氮增高,最后导致肾功能衰竭而死亡。肝脏病变表现肝肿大,麝香草酚浊度增高,球蛋白增高,白蛋白降低,转氨酶升高等。心脏受损表现有心肌炎,心脏扩大、心率快、心电图异常。浆膜受累可呈现胸膜炎及胸腔积液,心包炎及心包积液,腹腔积液等。神经系统损害有头痛、精神异常、癫痫样抽搐、甚至昏迷。肺纤维性变,X线表现纹理加深。消化道症状可表现为腹痛、腹泻、消化道出血等。此外脾大、淋巴结大、眼底渗出及出血、白细胞减少、血小板减少、血色素降低、血沉快、红斑狼疮细胞阳性,抗核抗体阳性,抗双链DNA抗体阳性,总补体下降,部分病人Sm抗体阳性或梅毒血清反应阳性。上述症状及检查尽管在某一病人不能完全齐备,但是发热、关节症状、皮疹及广泛的内脏损害(包括化验的异常)都是诊断本病的重要依据。然而这并不意味着很多具有发热和有些内脏损害,而诊断还不清楚的病人都是红斑狼疮。

本病发病前常有日晒、感染、手术、妊娠、流产、过劳等诱因。男女发病比约1:7至1:9,其中11~30岁占65%;少数病人有遗传因素。常见的死亡原因有尿毒症、败血症、神经系统病变、内出血或多脏器功能衰竭。但通过恰当治疗,部分病例尚能长期缓解,甚至较轻病人也能够治愈。

本病要与皮炎、风湿热、类风湿性关节炎、红斑性天疱疮、红斑狼疮样综合征相鉴别。与皮炎的区别点:①本病是面部蝶形红斑,皮炎是眼部红斑、水肿及皮肤异色症表现;②本病内脏病变明显且严重,尤其是肾脏,皮炎的内脏损害轻;③本病抗核抗体几乎100%阳性(或者说绝大部分阳性),皮炎仅部分阳性;④本病肌肉症状不明显,尿肌酸不高,皮炎肌肉疼痛无力突出,尿肌酸定量显著增高;⑤本病预后较差,皮炎预后较好。红斑狼疮样综合征有服药史而引起一系列症状,停药后症状消失或缓解与系统性红斑狼疮区别。红斑性天疱疮只是类似红斑性狼疮,毕竟以水疱为主,内脏无损害,尼氏征阳性不难区别。

二、系统性红斑狼疮样综合征

系统红斑狼疮样综合征(systemic lupus erythematous like syndrome)又称药物狼疮(drug lupus)。服用某种药物如肼苯哒嗪、甲基多巴、利血平、异烟肼、灰黄霉素、青霉素、PAS、磺胺、四环素、普鲁卡因酰胺、苯妥英钠、保泰松、甲硫氧嘧啶、丙硫氧嘧啶、氯丙嗪、避孕药