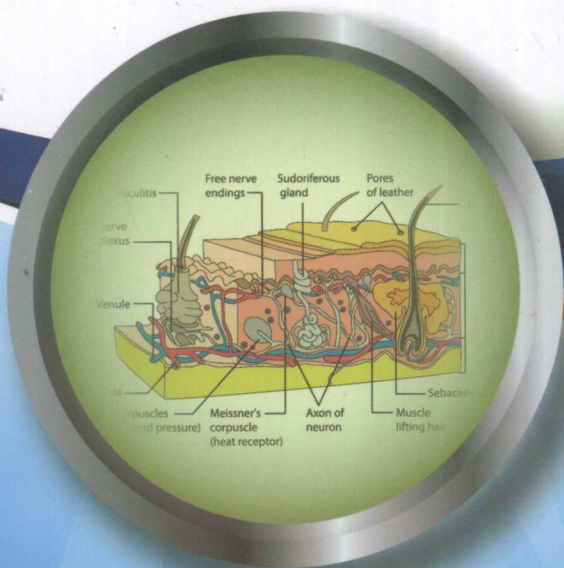


XIN BIAN PI FU XING BING XUE

新编皮肤性病学

主编 夏秀娟 赵学福



天津科学技术出版社

新编皮肤性病学

主编 夏秀娟 赵学福

图书在版编目(CIP)数据

新编皮肤性病学/夏秀娟,赵学福主编. —天津:
天津科学技术出版社,2011.5
ISBN 978-7-5308-6364-0

I. ①新… II. ①夏…②赵… III. ①皮肤病学②性
病学 IV. ①R75

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 099159 号

责任编辑:郑东红

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332695(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 18.5 字数 430 000

2011 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编	夏秀娟	赵学福				
副主编	陈先进	李 迎	王际杰	朱爱青	孙雪梅	张小芳
	孙吉伟	黄贤明				
编 委	金外淑	邵 娟	韩春玉	任 宏	初美华	曲维英
	吴庆娜	邢艳芳	杨 磊	常丽丽	黄人霖	姜妮红

前 言

皮肤性病是严重影响人类健康的常见病和多发病。近年来随着医学科技的飞速发展,皮肤性病的基础理论研究、诊断技术及防治水平等也有了很大的提高。因此,不断总结经验,传承中发扬光大,已成为皮肤性病工作者义不容辞的责任。为了帮助皮肤科医师和皮肤病病人能够合理治疗,我们组织了具有丰富经验的临床皮肤病专家与学者共同编写了这本《新编皮肤性病学》。

全书共分二篇十九章。第一篇总论,重点介绍了皮肤性病的诊断、常用实验室检查和治疗。第二篇各论,以皮肤性病常见病、多发病为主,理论与实践侧重于门诊、急诊及出诊的诊疗方法,按章节进行简短明了的叙述。全书集系统性、科学性、实用性和新颖性于一体,重视读者临床思维能力的培养与训练,具有很高的临床使用价值。

在本书的编写过程中,我们力求实用、扼要、新颖,但限于我们的水平,加之时间紧迫,书中可能仍有不尽人意之处,祈望同行专家和广大读者批评指正。

烟台毓璜顶医院 夏秀娟

2011年3月

目 录

第一篇 总论

第一章 皮肤性病的诊断	1
第一节 皮肤性病的临床表现	1
第二节 皮肤性病的诊断	3
第二章 皮肤性病常用实验室检查	5
第一节 真菌检查	5
第二节 变应原检测	5
第三节 紫外线检测	7
第四节 性病检测	8
第五节 蠕形螨、疥螨和阴虱检查	17
第三章 皮肤性病的治疗	19
第一节 内用药物治疗	19
第二节 外用药物治疗	27
第三节 物理疗法	30
第四节 皮肤外科治疗	35

第二篇 各论

第四章 病毒性皮肤病	37
第一节 单纯疱疹	37
第二节 水痘和带状疱疹	38
第三节 手-足-口病	43
第四节 疣	44
第五节 传染性软疣	47
第六节 传染性单核细胞增多症	47
第七节 麻疹	50
第八节 皮肤黏膜淋巴结综合征	53
第五章 细菌性皮肤病	59
第一节 新生儿脓疱病	59
第二节 脓疱疮	60
第三节 毛囊炎、疖和痈	62
第四节 急性蜂窝织炎	65

第五节 丹毒	66
第六节 化脓性大汗腺炎	67
第七节 麻风病	68
第八节 猩红热	72
第九节 炭疽	76
第六章 真菌性皮肤病	80
第一节 头癣	80
第二节 体癣和股癣	81
第三节 手癣和足癣	81
第四节 甲真菌病	82
第五节 花斑癣	84
第六节 念珠菌病	84
第七节 隐球菌病	90
第八节 曲霉病	96
第九节 孢子丝菌病	100
第七章 动物性皮肤病	102
第一节 疥疮	102
第二节 隐翅虫皮炎	103
第三节 桑毛虫皮炎	104
第四节 松毛虫皮炎	105
第五节 海蜇皮炎	106
第六节 蝎蜇伤	106
第七节 蜈蚣咬伤	107
第八节 蜂蜇伤	108
第九节 水蛭咬伤	108
第十节 莱姆病	109
第十一节 丘疹性荨麻疹	112
第八章 变态反应性皮肤病	114
第一节 接触性皮炎	114
第二节 湿疹	115
第三节 药物性皮炎	117
第四节 急性荨麻疹	121
第九章 职业性皮肤病	125
第一节 光敏性皮炎	125
第二节 接触性荨麻疹	126
第三节 职业性痤疮	128
第四节 职业性皮肤溃疡	129
第五节 职业性黑变病	129

第六节	职业性白斑	130
第十章	瘙痒性皮肤病	131
第一节	神经性皮炎	131
第二节	皮肤瘙痒症	132
第十一章	自身免疫性皮肤病	134
第一节	红斑狼疮	134
第二节	皮炎	149
第三节	硬皮病	154
第四节	口-眼-生殖器综合征	158
第五节	干燥综合征	166
第六节	混合性结缔组织病	178
第七节	天疱疮	183
第八节	类天疱疮	186
第九节	疱疹样皮炎	188
第十二章	红斑鳞屑性皮肤病	189
第一节	银屑病	189
第二节	玫瑰糠疹	192
第三节	多形性红斑	193
第四节	扁平苔藓	195
第十三章	物理性皮肤病	197
第一节	光线性皮肤病	197
第二节	痱子	198
第三节	冻疮	198
第四节	鸡眼与胼胝	200
第五节	手足皲裂	201
第六节	压疮	202
第十四章	血管性皮肤病	206
第一节	过敏性紫癜	206
第二节	结节性红斑	208
第十五章	皮肤脉管性疾病	210
第一节	遗传性出血性毛细血管扩张症	210
第二节	血栓闭塞性脉管炎	210
第三节	雷诺病	214
第四节	血栓性浅静脉炎	217
第五节	静脉血栓形成	218
第六节	手足发绀症	222
第七节	网状青斑	222
第八节	红斑性肢痛症	224

第十六章	皮肤附属器疾病	226
第一节	痤疮	226
第二节	脂溢性皮炎	229
第三节	酒渣鼻	230
第四节	斑秃	231
第五节	多汗症	232
第六节	臭汗症	232
第十七章	色素障碍性皮肤病	235
第一节	白癜风	235
第二节	雀斑	239
第三节	黄褐斑	239
第十八章	皮肤良性增生及肿瘤	241
第一节	皮肤良性增生及浅表肿瘤	241
第二节	瘢痕与瘢痕疙瘩	247
第三节	皮肤恶性肿瘤	250
第十九章	性传播疾病	256
第一节	淋病	256
第二节	梅毒	262
第三节	生殖道衣原体感染	268
第四节	尖锐湿疣	270
第五节	生殖器疱疹	272
第六节	软下疳	273
第七节	腹股沟肉芽肿	274
第八节	性病性淋巴肉芽肿	274
第九节	艾滋病	275
第十节	细菌性阴道病	283
第十一节	滴虫病	285
205	.....	章一第
206	.....	章二第
210	.....	章正十第
212	.....	章一第
218	.....	章二第
219	.....	章三第
219	.....	章四第
219	.....	章五第
222	.....	章六第
229	.....	章七第
239	.....	章八第

第一篇 总 论

第一章 皮肤性病的诊断

第一节 皮肤性病的临床表现

皮肤性病的临床表现是诊断和鉴别各种皮肤性病的非常重要的依据。临床表现包括自觉症状和皮肤损害。

一、自觉症状

指患者主观感觉到的症状,包括瘙痒、疼痛、刺痛、烧灼、蚁行、异物、麻木感、对温度及接触刺激的敏感性增加或降低等感觉。自觉症状对疾病的诊断有帮助,但自觉症状有个体差异。

二、皮肤损害

皮肤损害指可被视觉或触觉检查出来的皮肤、黏膜上的客观的病变,简称皮损或皮疹。皮损是皮肤性病的最重要的体征,是诊断各种皮肤性病的重要依据。皮损有原发性和继发性之分。有时两者不能截然分开,如色素沉着斑和脓疱可以是原发损害(疹),也可以是继发损害(疹)。

(一)原发损害

1. 斑疹 斑疹是局限性皮肤颜色的改变,既不隆起,也不凹下。直径大于2cm者称斑片。斑疹可分为4种。

(1) 红斑:由于毛细血管充血或扩张引起,压之褪色。分为炎症性和非炎症性两种,前者略肿胀,局部温度稍高;后者局部皮温不高,也不肿胀,可呈不规则片状,如鲜红斑痣。

(2) 出血斑:由于血液外渗至真皮组织所致,压之不褪色。皮疹开始鲜红色,渐变为紫红色及黄褐色,经1~2周可消退。直径小于2mm者称瘀点,大于2mm者称为瘀斑。

(3) 色素沉着斑:由于表皮或真皮内色素增多所致,呈现褐色或黑色。人为的皮肤内注入外源性色素称文身。

(4) 色素减退斑及色素脱失斑:局部皮肤黑素减少或脱失所致。前者呈灰白色或苍白色,如白色糠疹;后者呈乳白色或瓷白色,如白癜风。

2. 丘疹 为局限性、实质性、高出皮面的皮损,直径小于0.5cm。多数是表皮或真皮上部局限性炎症浸润、表皮细胞增生和真皮乳头代谢物聚集所致,如湿疹、皮肤淀粉样变等。直径介于0.5~1cm,稍隆起皮面的损害称斑丘疹;丘疹顶端有水疱或脓疱者称丘疱

疹或丘脓疱疹;丘疹扩大或相互融合呈扁平隆起,直径在1cm以上者称斑块;丘疹位于毛囊口者称毛囊性丘疹。

3. 斑块 直径大于1cm的实性隆起性皮损,由丘疹扩大或数个丘疹融合而成。

4. 风团 真皮浅层血管扩张,血浆外渗引起的隆起性易消退的皮损。其形态和大小不同,持续数小时后消退,消退后皮肤外观正常。风团的颜色有红色(血管扩张为主)、苍白色(水肿为主)及正常皮色。

5. 水疱 局限性含有液体的隆起性皮损。水疱的位置可在角层下、表皮内及表皮下。其位置及疱内所含的细胞成分的不同对诊断疾病有一定的意义。水疱直径大于1cm称为大疱。

6. 结节 为局限性、实质性的深在性损害,病变发生在真皮下部或皮下组织。以触诊检查结节更易被查出,如结节性红斑。有时结节可由表皮局限性显著增厚所致,隆起皮面且直径大于0.5cm,如结节性痒疹。

7. 脓疱 为高出皮面含有脓液的疱。疱内脓液混浊,可稀薄或黏稠,疱周多有红晕。浅在性脓疱破后呈糜烂面,干涸后结成脓性痂,愈后不留瘢痕;深在性脓疱破后呈溃疡面,愈后留有瘢痕。脓疱可为感染性,如脓疱疮,也可为非感染性,如脓疱型银屑病。

8. 囊肿 为含有液体、黏稠分泌物或半固体物质的囊性皮损,多位于真皮或皮下组织。囊肿呈圆形或椭圆形,可隆起或位于皮内,触之有弹性或有波动感,常见的如皮脂腺囊肿、多发性脂囊瘤。

9. 肿块 非炎性细胞增生所致,多高出皮面或位于皮内仅能触及。肿块的大小、形状、颜色、软硬度及深浅因病变的性质不同而异。

(二)继发损害 由原发性皮损自然演变而来,或由于搔抓、烫洗等机械性损伤和治疗引起。

1. 鳞屑 角化正常的角质形成细胞的积聚或角化不全的角质形成细胞的脱落。鳞屑可有多种形态,如糠秕状鳞屑(单纯糠疹)、云母状或蛎壳状鳞屑(银屑病)、大片状鳞屑(剥脱性皮炎)。

2. 浸渍 皮肤长时间浸泡于水中或处于潮湿状态,角质层含水量增多,皮肤变软变白,甚至起皱,称为浸渍。浸渍可导致表皮强度减弱,摩擦后表皮易脱落而露出糜烂面,容易继发感染。

4. 糜烂 为表皮或黏膜上皮的缺损,露出红色湿润面。常由水疱或脓疱破溃,浸渍表皮脱落或丘疱疹表皮的破损等损伤所致。因损害表浅,尚有部分基底细胞未受损害,故愈后不留瘢痕。

5. 溃疡 溃疡为皮肤或黏膜深层真皮或皮下组织的局限性缺损。其形态、大小及深浅,可因病因和病情轻重而异。溃疡面常有浆液、脓液、血液或坏死组织。主要由结节或肿块破溃,或外伤后而形成,愈合后可形成瘢痕。

6. 裂隙 也称皲裂。皮肤出现线状裂口,可单纯累表皮,也可深达真皮,引起疼痛、出血。常因皮肤干燥或慢性炎症导致皮肤弹性减弱,并受牵拉而引起。好发于掌跖、指趾、口角等处。

7. 瘢痕 为真皮或深层组织缺损后,由新生结缔组织修复所致。瘢痕可高出或低于

周围正常皮肤,前者称肥厚性瘢痕,后者称萎缩性瘢痕。

8. 表皮剥脱 又称抓痕,为局部经搔抓或其他机械性摩擦后致表皮浅在性缺损。多呈条索状或点片状,常伴有脱屑、血痂、继发感染。长期搔抓会出现片状皮肤粗糙、增厚、色素沉着。

9. 苔藓样变 皮肤局限性增厚粗糙,皮嵴隆起,皮沟加深。由于瘙痒长期搔抓或摩擦所致。

10. 萎缩 即构成皮肤的组织减少。表皮萎缩时可见表皮变得菲薄,半透明,可见真皮的血管。真皮及皮下组织萎缩可出现皮肤表面的凹陷。

11. 痂 为覆盖于创面上的由渗液与脱落的皮肤组织、细菌、外用的药物等混合凝结而成的物质。痂可薄可厚,可有脓痂(黄绿色)、浆液性痂(淡黄色)、血痂(暗红或黑褐色)等。

(夏秀娟)

第二节 皮肤性病的诊断

一、病史

(一)一般资料 患者的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、出生地及婚姻状况等。有些疾病有地域性,有些疾病与年龄、职业有关,了解上述资料有助于诊断。

(二)主诉 患者的发病部位、主要症状及持续时间。

(三)现病史 本次疾病发生、发展的经过(包括发病的诱因、部位、疾病演变的过程及局部和全身症状)以及治疗用药和疗效等。

(四)既往史 患者曾患过的疾病,特别是与此次疾病有关联的疾病。有无药物过敏史、其他过敏史,有无输血史。

(五)个人史 生活习惯、个人嗜好、女性的月经生育史、性病患者的性接触史。

(六)家族史 家族中有无类似疾病,有无遗传病史。

二、体格检查

主要是检查全身皮肤及附属器、黏膜上的皮损,包括视诊、触诊及其他特殊手段的检查。系统检查同内科。

(一)视诊 最好应在自然光下,其次是日光灯下检查;明确皮损的性质,原发疹还是继发疹,一种皮损还是多种皮损;皮损的部位,暴露或覆盖部位,摩擦部位,脂溢部位等,皮损的数目及大小,数目可用单发、多发或数字表示,大小可用实物描述,如粟粒、绿豆、黄豆、核桃、鸽卵、手掌大小等;皮损的分布,是否对称性,局限性或全身泛发性,是否沿神经或血管分布;排列,孤立或群集,线状、带状、环状可不规则;皮损的颜色,如红、黄、黑或白等;边缘及界限,是否清楚,整齐与否,隆起或凹下等;形状,如圆形、椭圆形、多角形等;表面情况,干燥、潮湿与扁平与隆起(乳头状、菜花状、半球状等)、粗糙与光滑,中央是否有脐凹,基底的宽窄,有无蒂等;内容,主要指水疱、脓疱及囊肿损害时。

(二)触诊 主要了解皮损是坚实或柔软,是浅在或深在,有无浸润增厚、萎缩变薄、松弛或凹陷,局部温度是正常、升高或是降低,是否与周围组织粘连,有无压痛,有无感觉

过敏、减低或异常,附近淋巴结有无肿大、触痛或粘连等。

棘层松解征又称尼氏征(Nikolsky sign),是某些皮肤病发生棘层松解(如天疱疮)时的触诊表现,可有四种阳性表现:①手指推压水疱一侧,水疱沿推压方向移动;②手指轻压疱顶,疱液向周围移动;③稍用力在外观汇常皮肤上推擦,表皮即剥离;④牵扯已破损的水疱壁时,可见水疱周边的外观正常皮肤一同剥离。

(三)其他特殊手段

1. 玻片压诊试验 用玻片按压红斑时,可使红色消退,当玻片松开后红色复现。如为瘀点、瘀斑,则玻片按压后颜色不变。寻常狼疮结节压诊时呈现特有的苹果酱色。

2. 皮肤划痕试验 用钝器如:压舌板划压皮肤,在1~3分钟内如局部出现条状风团者为皮肤划痕征阳性,见于某些荨麻疹患者。

(夏秀娟)

(陈香夏)

第二章 皮肤检查

皮肤检查

皮肤检查是皮肤科诊断的重要手段,包括视诊、触诊、刮诊、压诊、划痕试验等。

一、视诊 视诊是皮肤检查的第一步,主要通过肉眼观察皮肤的颜色、形态、分布等。

二、触诊 触诊是通过手指触摸皮肤,了解皮肤的质地、温度、湿度等。

三、刮诊 刮诊是用刮板刮擦皮肤,观察刮出的皮屑、鳞屑等。

四、压诊 压诊是用手指按压皮肤,观察皮肤的颜色变化。

五、划痕试验 划痕试验是用钝器划擦皮肤,观察是否出现风团。

六、皮肤镜检查 皮肤镜检查是用皮肤镜观察皮肤的细微结构。

七、伍德灯检查 伍德灯检查是用伍德灯照射皮肤,观察荧光反应。

八、组织病理检查 组织病理检查是用组织病理学方法检查皮肤组织。

九、免疫组化检查 免疫组化检查是用免疫组化方法检查皮肤组织。

十、基因检测 基因检测是用基因检测技术检测皮肤的基因变异。

十一、皮肤活检 皮肤活检是用手术方法取皮肤组织进行病理检查。

十二、皮肤移植 皮肤移植是用手术方法将皮肤组织移植到患者身上。

十三、皮肤激光治疗 皮肤激光治疗是用激光技术治疗皮肤疾病。

十四、皮肤冷冻治疗 皮肤冷冻治疗是用冷冻技术治疗皮肤疾病。

十五、皮肤电离子治疗 皮肤电离子治疗是用电离子技术治疗皮肤疾病。

十六、皮肤射频治疗 皮肤射频治疗是用射频技术治疗皮肤疾病。

十七、皮肤微波治疗 皮肤微波治疗是用微波技术治疗皮肤疾病。

十八、皮肤超声治疗 皮肤超声治疗是用超声技术治疗皮肤疾病。

十九、皮肤光动力治疗 皮肤光动力治疗是用光动力技术治疗皮肤疾病。

二十、皮肤干细胞治疗 皮肤干细胞治疗是用干细胞技术治疗皮肤疾病。

第二章 皮肤性病常用实验室检查

第一节 真菌检查

一、标本的采集

浅部真菌病常采取鳞屑、菌痂、毛发和甲屑等。深部真菌病,根据病情采取脓液、痰、尿、粪、口腔、阴道分泌物以及各种穿刺液和病变组织等。

二、直接镜检

将采取的标本置于载玻片上,通常滴上 1~2 滴 10%~20% 氢氧化钾溶液后盖上盖玻片,放置数分钟或在火焰上微加温以加速角质溶解,然后轻轻压紧盖玻片,驱除空气泡,吸去周围溢液,以免沾污盖玻片而妨碍镜检。

三、真菌培养

在无菌条件下,将标本接种于沙氏培养基上,浅部真菌置 25℃ 温箱内培养,一般 1 周左右即见菌落生长;一深部真菌置 37℃ 下培养,观察 3~4 周。根据菌落的形态、颜色、结构、边缘、生长速度、繁茂程度、下沉现象及显微镜下形态,有时需配合其他鉴别培养基和生化反应尚能确定。

临床意义:培养阳性,尤其确定菌种后对诊断和治疗均有重要临床意义。

注意事项:无菌操作,避免污染;每份标本培养 3 管或多次培养,以确保菌种的可靠性;菌落生长开始,应每天观察和记录生长情况。

(夏秀娟)

第二节 变应原检测

一、斑贴试验

斑贴试验已经被证明可以用于接触性过敏的诊断以及过敏物质的检测。同时对于一些慢性,不明原因的湿疹患者的检测也有帮助(如手、足皮肤病)。它也是唯一体内可以复制小部分疾病的方法,因为过敏可以累及全身,导致在任何皮肤部位诱发疾病。斑贴试验是短期内局部小剂量使用试验物质,故比“使用试验”简单而安全。

(一)方法 根据受试物品的性质配制成适当浓度的溶液、软膏作试剂,放入斑试器内,贴放在前臂屈侧或背部,以胶布固定,48 小时揭下斑试器,在 48、72、96 小时各观察结果一次,并做记录。

(二)结果 敷贴处无反应,为阴性反应(-);仅有轻微红斑但无自觉症状为可疑反应(±);局部有红斑,伴瘙痒为阳性反应(+);局部水肿性红斑、丘疹,伴瘙痒为强阳性反

应(++)；局部显著性红肿、水疱、丘疹，伴痒痛为极强阳性反应(+++)。

(三)临床意义 阴性反应表示患者对受试物无敏感性；阳性反应则显示患者对受试物过敏。要注意原发刺激性或其他因素所致的假阳性。

(四)注意事项

1. 受试物浓度不宜过高，原发刺激物不宜作斑贴试验，急性炎症期不作斑贴试验，正确设置对照。

2. 下列原因可能会导致假阴性结果

(1) 抗原浓度太低或剂量不足。

(2) 不恰当的试验，包括不适当的封闭、不合适的对照、错误的部位、不正确的读数时间或变质的试验物质。

(3) 系统性使用大剂量的皮质激素或近期局部外用皮质激素的抑制反应。

(4) 不能成功复制暴露于过敏原的真实状态，缺少热度、摩擦和创伤。

3. 下列原因可能会导致假阳性结果

(1) 原发性刺激反应。

(2) 胶带反应和压力作用。

(3) 闭合反应：浸渍、痱子和毛囊炎。

(4) 来自其他部位的污染。

(5) 试验物质中存在杂质。

(6) 高敏状态下会出现多种并发的阳性斑贴试验(激惹症状或愤怒症状)。相继的使用个体过敏原进行重复试验可以明确这种反应是否真实。

4. 一旦出现阳性反应，有时会持续数周才会消失。在试验部位局部外用皮质激素会激活或延长炎症反应。试验第2天出现的阳性反应和第2~3天出现的阴性反应经常是原发的刺激反应。

二、点刺试验

(一)方法 一般选择前臂屈侧为受试部位，局部清洁消毒后2分钟，皮肤血流恢复正常后按说明书滴加试液和对照(阳性对照为组胺，阴性对照为生理盐水)并进行点刺，5~10分钟后拭去试液，20~30分钟观察试验结果。

(二)结果 皮肤反应强度与组胺相似为阳性(+++)；较强为(++++)；较弱为(++)或(+);与生理盐水相同为(-)。

(三)注意事项

(1) 宜在临床表现基本消失时进行；

(2) 结果为阴性时，应继续观察3~4日，必要时，3~4周后重复试验；

(3) 有过敏性休克史者禁止进行本试验

(4) 应准备肾上腺素注射液，以抢救可能发生的过敏性休克；

(5) 受试前2天应停用抗组胺类药物；

(6) 妊娠期尽量避免检查。

三、皮内试验

主要用于测试速发型超敏反应，是目前最常用于药物速发型超敏反应的方法。原理、

适应证及注意事项同点刺试验及划破试验。

(夏秀娟)

第三节 紫外线检测

滤过紫外线检查(Wood灯)是一种含有9%镍氧化物的钡硅酸盐,除了320~400nm的光之外,均不能透过。当一种高压的水银柱弧通过这种过滤装置,360nm的辐射传递给Wood灯,荧光管(黑光)发射一种相似的光谱略宽的光波。Wood灯检查真菌感染很重要,而对其他许多疾病的诊断也很有用。由于软膏、渗出液、汁液中的四环素、化妆品、除臭剂和肥皂都会发荧光,所以除非红斑是有疑问需要检查,所有检查前的皮肤都必须彻底清洁。Wood灯检查可以在下列情况下使用。

(一)检查和控制头皮癣菌 奥杜盎小孢子菌、大小孢子菌、扭曲小孢子菌感染的毛发会发亮蓝绿色荧光。发荧光的毛发可以被选作显微镜检查或培养。一种假说认为蝶啶复合物是发荧光的原因。正常毛发会再生,故可以见到一簇没有荧光的毛发出现。但是是一种没有荧光的断发毛癣菌的出现,这种头皮癣菌感染是限制伍氏灯作用的最常见的原因。

(二)检查其他真菌感染 变色的癣可能发金黄色荧光。虽然可能难以觉察,但伍氏灯检查对于伴随的色素改变有鲜明的对比。

(三)检查细菌感染

1. 红癣是一种由微小棒状杆菌引起的擦烂性感染,显明亮的珊瑚红或浅橙色荧光。荧光物质是一种水溶性的卟啉,所以如果检查部位经水冲洗过则不会显荧光。

2. 铜绿假单胞菌感染则因为有绿脓菌素会发出黄-绿色荧光。荧光显色是因为在明显的化脓感染前能检测到荧光素。它对于检测烧伤患者有无感染也有帮助。

(四)区分色素性疾病 长波紫外线能深达真皮层,显白色至蓝白色荧光。表皮中的(而不是真皮)黑色素能够吸收长波紫外线,故不会显“白色”荧光。在伍氏灯下,各种表皮色素异常性疾病(雀斑、黑斑病、白癩风)更加明显。而各种真皮色素异常性疾病(蒙古斑、一些炎症后色素加深)不明显或与可见光下看到的无明显变化。伍氏灯能区分色素与无色素性皮肤病,更重要的是它可将五色素部位与色素减退相区分(后者显白色至蓝白色荧光)。它可用于检测白癩风、白化病、麻风病和其他色素减退性疾病。同时检测对于结节性硬化有提示意义的白色柳叶斑有帮助。

(五)检测卟啉 尿酸、粪、少数迟发性皮肤卟啉病患者的疱液显明亮的浅橙色。

(六)药物检测 在生长期摄入四环素的儿童,他们的乳牙可显黄色荧光。口服四环素的患者甲床显粉色荧光,而外用治疗的患者在治疗部位显黄色荧光。

(七)其他 化妆品中的荧光原料或成品、药物或化学复合物也可以用伍氏灯检测。

(夏秀娟)

第四节 性病检测

一、淋球菌检查

淋球菌实验室检查包括涂片,培养检查淋球菌、抗原检测,药敏试验及 PPNG 测定,基因诊断。

(一)涂片检查 取患者尿道分泌物或宫颈分泌物,作革兰氏染色,在多形核白细胞内找到革兰氏阴性双球菌。涂片对有大量脓性分泌物的单纯淋菌性前尿道炎患者,此法阳性率在 90% 左右,可以初步诊断。女性宫颈分泌物中杂菌多,敏感性和特异性较差,阳性率仅为 50% ~ 60%,且有假阳性,因此世界卫生组织推荐用培养法检查女病人。慢性淋病由于分泌物中淋球菌较少,阳性率低,因此要取前列腺按摩液,以提高检出率。咽部涂片发现革兰氏阴性双球菌不能诊断淋病,因为其他奈瑟菌属在咽部是正常的菌群。另外对症状不典型的涂片阳性应作进一步检查。

(二)培养检查 淋球菌培养是诊断的重要佐证,培养法对症状很轻或无症状的男性、女性病人都是较敏感的方法,只要培养阳性就可确诊,在基因诊断问世以前,培养是世界卫生组织推荐的筛选淋病的唯一方法。目前国外推荐选择培养基有改良的 Thayer - Martin(TM)培养基和 NewYork City(NYC)培养基。国内采用巧克力琼脂或血琼脂培养基,均含有抗生素,可选择地抑制许多其他细菌生长。在 36℃,70% 湿度,含 5% ~ 10% CO₂(烛缸)环境中培养,24 ~ 48 小时观察结果。培养后还需进行菌落形态,革兰氏染色,氧化酶试验和糖发酵试验等鉴定。培养阳性率男性 80% ~ 95%,女性 80% ~ 90%。

(三)抗原检测

1. 固相酶免疫试验(EIA) 可用来检测临床标本中的淋球菌抗原,在流行率很高的地区而又不能作培养或标本需长时间远送时使用,可以在妇女人群中用来诊断淋球菌感染。

2. 直接免疫荧光试验 通过检测淋球菌外膜蛋白 I 的单克隆抗体作直接免疫荧光试验。但目前在男女二性标本的敏感不高,特异性差,加之实验人员的判断水平,故该实验尚不能推荐用来诊断淋球菌感染。

(四)基因诊断

1. 淋球菌的基因探针诊断 淋球菌的基因探针诊断,所用的探针有:质粒 DNA 探针,染色体基因探针和 rRNA 基因探针。

2. 淋球菌的基因扩增检测 PCR 技术和连接酶链反应的出现进一步提高了检测淋球菌的灵敏性,它具有快速、灵敏、特异、简便的优点,可以直接检测临床标本中极微量的病原体。

目前临床检测淋球菌的基因诊断方法主要采用 PCR 方法,但是该方法在临床检测中应注意几个问题。

(1)引物设计:引物序列应具有特异性。因为细菌的染色体较大,许多基因序列并没有搞清楚;同时细菌之间或近或远有一定的同源性,而且细菌所含质粒序列间也存在同源性,因此设计引物一定要进行基因数据库比较分析,同时进行特异性和灵敏性实验,从中