

卫生部规划教材

全国中等卫生学校教材

供医士专业用

皮肤科学

第二版

石必忠主编

人民卫生出版社

全国中等卫生学校教材

供医士专业用

皮 肤 科 学

第 二 版

石必忠 主编

(按姓氏笔画为序)

康志 石必忠 张怡源 编写

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

皮肤科学/石必忠主编. -北京:人民卫生出版社,1994

ISBN 7-117-00114-3

I. 皮… II. 石… III. 皮肤病学-中等专业学校-教材 IV. R75

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 02499 号

皮肤科学

第二版

石必忠 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 $6\frac{3}{4}$ 印张 148千字

1987年9月第1版 1996年9月第2版第12次印刷

印数:823 561—916 560

ISBN 7-117-00114-3/R·115 定价:5.90元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究。

第二版说明

全国中等卫生学校11个专业使用的77种教材系卫生部1983年组织编写,于1985~1987年出版发行。

为进一步提高中等卫生学校的教材质量,培养合格的中等卫生人才,1992年11月决定对这套教材进行小修订。

这次修订基本维持原教材体系,只更正其中的错误和不当之处,在总字数不增加的前提下,修改的幅度一般不超过20%。主要修订的有:改正错误的内容、数据、图表等;删除淘汰的35种临床检验项目与方法;使用国家公布的名词与法定计量单位等;更新陈旧的内容,如不符合《中华人民共和国药典》的内容,不符合医学模式转变的内容等;删除针对性不强,对中等卫生学校不适用的内容等。

本次修订由主编负责。因为时间紧,改动范围不大,部分教材未能邀请第一版全体编者参与工作,特此说明。

卫生部教材办公室

1993年6月

第二版前言

《皮肤科学》自 1986 年使用至今已经 7 年。由于科学技术的发展,本教材已不完全适应中等卫校教学需要,根据卫生部的统一安排,现进行二版修订。

本版中吸收了新的诊疗方法,增添了性病的内容及卫生部防疫司颁布的诊疗方案,淘汰和更新了部分陈旧的内容。由于原版图片大部皆已丢失,本次图片大多为重新收集,在收集中得到同济医科大学协和医院皮肤科大力支持,江敏莉、杨辉国同志协助绘制和翻印,石珊、卢卫同志帮助抄写和校对,谨此一一致谢。

在再版修订完成之际,我们更加缅怀本书第一版的主审、尊敬的老师于光元教授。鉴于第一版主编张怡源教授已调离中专教学工作,因此本版主编由我担任。由于本人水平所限,加之时间紧迫,缺点在所难免,恳望广大师生及读者提出宝贵意见。

湖北黄石卫生学校 石必忠

1993 年 8 月

目 录

第一篇 总论	1
第一章 皮肤的组织学	1
第二章 皮肤的生理学	3
第三章 皮肤病的症状学和诊断学	4
第一节 皮肤病的症状	4
第二节 皮肤病的诊断	6
第四章 皮肤病的预防和治疗学	8
第一节 皮肤病的预防原则	8
第二节 皮肤病的治疗	8
第二篇 各论	16
第五章 变态反应性皮肤病	16
第一节 接触性皮炎	16
第二节 药疹	17
第三节 湿疹	20
第四节 自身敏感性皮炎	21
第五节 异位性皮炎	22
第六节 荨麻疹	23
第七节 丘疹性荨麻疹	26
第六章 职业性皮肤病	26
第一节 工业性皮肤病	26
第二节 稻田皮炎	28
第七章 球菌感染性皮肤病	29
第一节 脓疱疮	29
第二节 毛囊炎	31
第八章 分支杆菌感染性皮肤病	31
第一节 麻风	31
第二节 皮肤结核病	34
第九章 病毒性皮肤病	36
第一节 单纯疱疹	36
第二节 带状疱疹	38
第三节 疣	39
第四节 传染性软疣	41
第五节 传染性红斑	41
第十章 真菌病	42
第一节 头癣	42

第二节	手癣、足癣和甲癣	44
第三节	体癣和股癣	46
第四节	花斑癣	47
第五节	念珠菌病	48
第十一章	性病	49
第一节	梅毒	50
第二节	淋病	53
第三节	尖锐湿疣	54
第四节	艾滋病	55
第十二章	昆虫引起的皮肤病	56
第一节	疥疮	56
第二节	昆虫皮炎	57
第三节	虱病	58
第十三章	理化因素皮肤病	59
第一节	光感性皮肤病	59
第二节	夏令皮炎	60
第三节	冻疮	60
第四节	手足皲裂	61
第十四章	神经性皮炎和瘙痒性皮肤病	61
第一节	神经性皮炎	61
第二节	瘙痒症	62
第三节	结节性痒疹	64
第十五章	红斑、丘疹、鳞屑性皮肤病	64
第一节	银屑病	64
第二节	玫瑰糠疹	67
第三节	单纯糠疹	68
第四节	多形红斑	68
第五节	扁平苔藓	70
第十六章	皮肤血管炎	71
第一节	变应性皮肤血管炎	71
第二节	结节性红斑	71
第三节	结节性血管炎	72
第十七章	结缔组织病	73
第一节	红斑狼疮	73
第二节	硬皮病	75
第十八章	皮肤附属器疾病	76
第一节	脂溢性皮炎	76
第二节	寻常痤疮	77
第三节	酒渣鼻	78

第四节 斑秃	79
第十九章 皮肤良性肿瘤	80
第一节 瘢痕疙瘩	80
第二节 血管瘤	81
第二十章 其他皮肤病	82
第一节 白癜风	82
第二节 鱼鳞病	83
第三节 天疱疮	84
附录一 常见皮肤病鉴别表	87
附录二 常用外用药处方	89
附录三 本书收用的中药古验方	97

第一篇 总 论

第一章 皮肤的组织学

皮肤是人体的最大器官,被覆于身体表面,在体表各腔口处与粘膜相移行。皮肤表面满布沟嵴,凹者称皮沟,凸者为皮嵴,在掌、跖和指、趾末端的屈面,沟嵴构成皮纹,其形状由遗传因素所决定。成人皮肤表面积约 $1.2 \sim 2.2\text{m}^2$ 。人体各处皮肤的厚薄不同,除去皮下组织,约在 $1.5 \sim 4.0\text{mm}$ 间。皮肤的颜色与种族、个体及外界环境等因素有密切的关系。皮肤由表皮、真皮、皮下组织及其附属器所组成(图 1-1)。

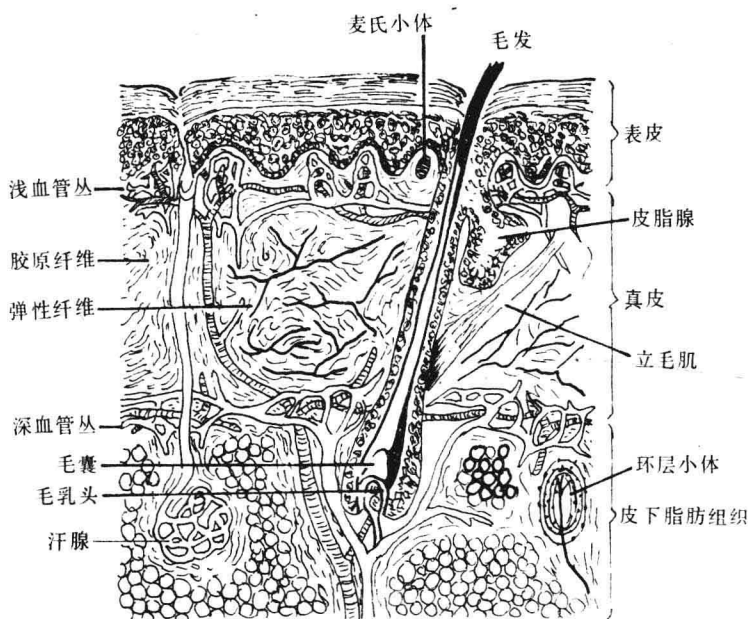


图 1-1 皮肤的结构模式图

一、表 皮

成人的表皮是由三种基本细胞型即角质形成细胞、黑素细胞和郎格汉斯细胞所组成。此外,尚有一未定型的细胞,可能为黑素细胞的前体或未成熟的郎格汉斯细胞。

(一) 角质形成细胞 也称角蛋白形成细胞,具有合成角质蛋白的功能,自表皮基底逐渐向上分化,依次为基底层、棘层、颗粒层、透明层和角质层,最终形成角质蛋白而脱落。各层的名称,反映了角质形成细胞分化为角化细胞时不同阶段的形态变化。在正常情况下,表皮细胞每 $3 \sim 4$ 周完全更换一次,这个演变所需的时间即表皮细胞的生长周期。

1. 基底层 位于表皮的基底。有分裂再生的作用,也称生发层。为单层的圆柱状细胞所组成,排列呈栅状。其下与真皮交织成波浪状,上方则通过桥粒与棘细胞相邻。基底细胞内有数量不等的黑素小体。

2. 棘层 位于基底层之上。由6~8层多角形细胞所构成,细胞间有许多棘突,藉桥粒互相接近,形成细胞间隙,为淋巴液的循环和物质交换的场所。

3. 颗粒层 为多角形向梭形移行的细胞。约2~3层,但在角质层厚的部位可多达10层。胞浆内有多数嗜碱性的透明角质颗粒,一般认为是角质的前质。

4. 透明层 为扁平无核细胞。2~3层,在掌跖部位较为明显,皮肤薄的部位可以缺如,常规染色切片中呈无色透明带状。对水和电解质的透入有屏障作用。

5. 角质层 位于表皮的最外层。为扁平无核细胞,互相重叠成板状,是角质形成细胞分化的最终阶段,厚薄因部位而异。有保护作用。

(二)黑素细胞 起源于神经嵴,是一种树枝状细胞,位于基底细胞间。不同肤色的种族,其黑素细胞的数目是相等的,约每10个基底细胞中占有1个。黑素细胞有合成黑素小体的能力,通过树枝状突的顶端将黑素小体传送至邻近的角质形成细胞。黑素小体有反射紫外线的作用,其颗粒的数量和大小,决定种族肤色的差异。

(三)郎格汉斯细胞 起源于骨髓,为表皮中另一种树枝状细胞,常出现在棘层。它含有溶酶体结构,具有吞噬清除来自角质层和真皮的变应原物质,在皮肤迟发型超敏反应中起到重要的作用。

基底膜带 用PAS染色在光学显微镜下可见。是表皮结构的支架,位于表皮和真皮之间,藉此使表皮和真皮紧密连接;它也是一种“多孔的”半过滤器,为体液和细胞交换的通道;有许多免疫反应的物质也常出现在此处。

二、真 皮

位于表皮和皮下组织之间。由胶原纤维、弹性纤维、网状纤维等结缔组织所组成,其中胶原纤维占90%。此外还有基质及细胞成分。按部位深浅,又分乳头层和网状层。前者与表皮呈乳头状相嵌连,含有丰富的毛细血管网和神经末梢;网状层位于乳头层下,有密集粗大的纤维束,故有较大的弹性和抗拉力。

三、皮 下 组 织

位于真皮下方,有大量的脂肪细胞散布,为疏松的结缔组织纤维网分成小叶状,也称皮下脂肪层。

四、皮肤的血管、淋巴管、神经和肌肉

表皮内无血管,真皮乳头层内有浅血管丛,它与位于皮下组织的深血管丛交通,藉此营养皮肤和调节体温。皮肤的淋巴管与血管伴行行走,并汇入淋巴结,组成淋巴系统。淋巴系统有滤过淋巴液和参与免疫的功能。皮肤有来自脊髓的感觉神经,司触、痛、压和温度等感觉;又有来自植物神经的运动纤维,有调节血管、汗腺和立毛肌的机能。皮肤的肌肉主为平滑肌,分布于立毛肌、血管壁、乳晕及汗腺周围,受上述植物神经的支配;面部皮肤内的表情肌属横纹肌,为面神经所管辖。

五、皮肤的附属器

皮肤有毛发、皮脂腺、汗腺和指(趾)甲等附属器。毛发有长毛、短毛及毳毛之分。其露出皮肤表面的部分称毛干,埋入皮肤为毛囊所包裹的部分称毛根,毛囊根部的凹陷处为毛乳头。除掌跖、唇、乳头、龟头、阴蒂、小阴唇等处外,全身皮肤皆有毛发被覆。人类头发生长的速度,每日约0.37mm。皮脂腺开口于毛囊,排泄皮脂润泽毛发和皮肤。青春期功能旺盛,老年期活动减少。汗腺分小汗腺和大汗腺,前者遍布全身,分泌汗液;后者仅限于腋窝、肛周、外阴及外耳道等处。甲为坚硬的角化上皮,其露出的部分为甲板,近端被皮肤覆盖的部分为甲根;甲床在甲板之下,其近端部分称甲母质,为甲的生发区。指甲每日约生长0.1mm。

(张怡源)

第二章 皮肤的生理学

皮肤为人体最大的器官,也参与全身的机能活动,以维持内外环境的平衡。现将皮肤的主要生理机能概述如下。

一、屏障作用

皮肤为一天然屏障,对人体有保护的作用。由于皮肤具有柔韧、弹性、抗拉、以及衬垫等特点,故可缓冲机械作用对机体的损伤;皮肤表面的皮脂有润泽皮肤的作用,其分解的游离脂酸也有抑制微生物的能力;角质蛋白和黑素小体能有效地防御紫外线对人体的伤害;完整的表皮对弱酸、弱碱和水分的透入也有一定的屏障作用。

二、调节体温作用

在体温调节中枢的控制下,皮肤通过辐射、对流、蒸发、传导等方式达到散热或保温的作用。尤其是辐射,为皮肤调节体温的主要形式。

三、分泌排泄作用

小汗腺通过分泌汗液调节体温,同时兼有排泄部分代谢产物的作用;皮脂腺排泄皮脂润泽毛发和保护皮肤。

四、吸收作用

完整的皮肤对某些化学物质没有显著的吸收作用,但嫩薄和潮湿的皮肤则较易通过;此外,药物的结构和性质不同,其穿透皮肤而被吸收的情况也异,如类脂质和脂溶性物质(包括重金属及其盐类)以及皮质类固醇激素等较易吸收,钠、钾、溴等离子能透入皮肤,水及水溶性的物质则吸收较差。这些作用对于维持身体健康和治疗上选择用药都是很重要的。

五、感 觉 作 用

外界对皮肤的各种刺激通过各自的神经末梢和不同的感受器传入中枢神经系统,在大脑皮层形成温度、触、痛等感觉,再由传出神经产生各种反应。关于痒的神经传导及其产生的机理,目前尚未完全阐明,但实践证明痒可受大脑皮层的控制,此点在临床治疗上甚有意义。

六、代 谢 作 用

皮肤含有水、电解质、蛋白质、糖和脂类,并参与这些物质的代谢。皮肤的含水量仅次于脂肪(占体重 18%~20%),对维持皮肤内环境和调节身体水份的代谢有重要的作用。皮肤中的元素,对调节皮肤的生理和一些酶的活性具有重要的意义,而硫则是角质蛋白的重要组成部分。皮肤含有纤维性蛋白、非纤维性蛋白和球蛋白 3 种,为表皮细胞和酶的重要组成部分。皮肤中的糖类,主要是供给细胞代谢的能量;同时也是细胞的组成成份,如粘多糖是构成结缔组织基质的物质;糖在表皮分解成乳酸,对维持表面的酸性反应起到一定的作用。脂肪主要分布于皮下组织,是贮存和供给能量的物质;类脂是细胞的必要成分;皮肤中不饱和脂肪酸有抑制某些真菌的作用;7-脱氢胆固醇经紫外线照射后可转化为维生素 D₃。

(张怡源)

第三章 皮肤病的症状学和诊断学

第一节 皮肤病的症状

各种皮肤病虽有其自身的特点,但不同的皮肤病,也常有一些基本共同的表现。因此,掌握皮肤病基本的临床症状,是诊断、治疗和研究皮肤病的重要基础。皮肤病的症状一般可分为自觉症状和他觉症状。

一、自 觉 症 状

系指患者主观感觉的症状。痒为最普遍的主观症状,其程度与个体的耐受性有关,同一疾病,有的患者感觉轻微,而有的则瘙痒难忍。但如指导患者发挥主观作用,经过合理治疗,避免不良刺激,痒也是可以制止的。其他如痛、烧灼、紧张、干燥、迟钝、麻木等异常感觉也可产生,但远较痒为少见。此外,某些皮肤病尚可伴发畏寒、发热及其他一些全身的症状。

二、他 觉 症 状

即皮肤、粘膜异常的表现,可通过视、触或其他检查而获得的体征,通常称为损害,或叫皮疹。一般分原发和继发两种。

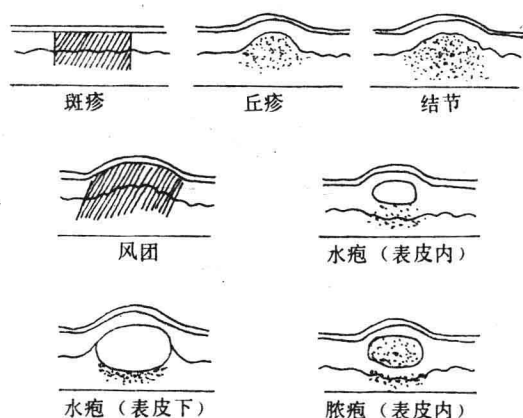


图 3-1 原发性皮损模式图

(一)原发性损害 为皮肤病病理变化所直接产生的原始皮疹,是诊断皮肤病的重要根据。常见者有下列数种(图 3-1)。

1. 斑疹 皮肤仅有局限性颜色的改变,既不高起,也不凹下。有不同的大小、颜色和形状。由皮肤充血引起者称红斑,压之退色;因皮内出血所致者呈紫红色,压之颜色不退,大者称瘀斑,小者为瘀点;色素增加或减少者,分别称色素沉着斑和色素减退斑。

2. 丘疹 为位于表皮和真皮浅层的病理改变。临床表现一般为直径小于

0.5cm 的充实性隆起,形状、颜色和大小不一。多为炎症反应引起。

3. 结节 为位于真皮或皮下的实性损害。可高出皮面或隐埋于皮下,直径一般多超过 0.5cm,颜色因病种而异,触之有浸润感。常见于有细胞浸润或增生性疾病。

4. 水泡和大疱 为位于角层下、表皮内或表皮下的腔隙性损害。内含液体,表面多隆起。直径在 0.5cm 以内者称水泡,大于 0.5cm 者为大疱。多见于炎症反应性疾病。

5. 脓疱 可为原发,也可继发于水泡。内含脓液,周围可有红晕。多见于感染性疾病。

6. 风团 系真皮浅层血管扩张和渗出所致的暂时性水肿性隆起。呈粉红或苍白色,大小和形状不一。发疹急骤,常于一日内消退。伴剧痒。多为变态反应所致。

上述有些损害,如斑疹和丘疹,丘疹和水泡,在其演变的过程中也可重叠存在。此等情况,可分别称斑丘疹和丘疱疹。

(二)继发性损害 凡由原发皮疹演变而来,或为治疗的结果以及机械损伤等所致的损害,均属此类皮疹(图 3-2)。

1. 鳞屑 为脱落的角质层细胞。在病理情况下由于角化异常,故鳞屑增多。其形状、大小和厚薄不一。多由红斑、丘疹或水泡演变而来。

2. 糜烂 为表皮的局限性缺损。病变在基底层以上,愈后不遗留瘢痕。多由浅在性水泡演变而来。

3. 溃疡 皮肤缺损深达真皮以下者称溃疡。其形状和深浅随病变性质而异。因病变已毁及真皮,故愈后遗留瘢痕。多由结节、坏死或糜烂等病变演变而来。

4. 痂 为皮肤破损处的浆液、脓液或血液与组织碎屑干燥凝结而成的损害。粘着于患

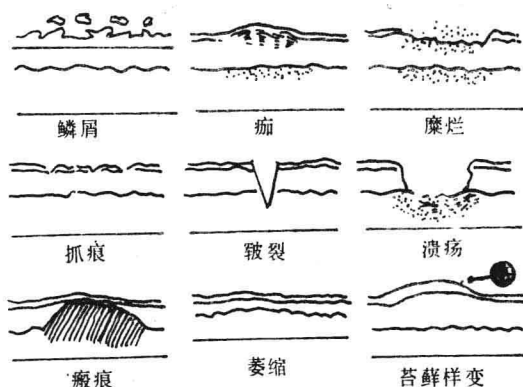


图 3-2 继发性皮损模式图

处。颜色、厚薄与病变的性质有关。分血痂、血清痂、脓痂和混合痂等。

5. 抓痕 为搔抓或摩擦所致的真皮浅层以上的损害。常呈线条状,真皮受损者表面覆以条状血痂。

6. 皸裂 为顺皮纹方向呈切口状的裂隙。可限于表皮或深达真皮。因皮肤干燥、弹性降低所致,故多在皮肤受牵拉时发生。常见于关节、掌跖、口角等处。

7. 皮肤萎缩 为表皮或(和)真皮的萎缩性病变。特点为皮肤变薄,表面平滑而略低陷,干燥易皱,有时可失去正常纹理,患处附属器也常受累。

8. 瘢痕 溃疡或深达真皮以下的组织缺损经新生的结缔组织修复而成瘢痕。患处完全失去正常的组织结构。分萎缩性和增生性两种。

9. 苔藓样变 由于慢性皮肤炎症或长期机械作用的刺激,使患处皮肤肥厚,皮嵴增高,皮沟加深,表面粗糙,状如皮革,称苔藓样变或苔藓化。患处常伴色素加深或色素减退,兼有少许鳞屑。

第二节 皮肤病的诊断

皮肤病的诊断是防治工作的依据。它是在询问病史、体格检查以及完成某些实验室检查项目的基础上,对所得资料进行分析,最后才能作出正确的诊断。方法步骤如下。

一、病 史

询问病史的方法同内科。一个完整的病史应包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史及家族史。应当记住,皮疹的发生往往是全身情况在皮肤的表现,因此必须认真全面地询问,注意查问发疹与全身情况的关系。应有目的地询问发病时间、皮疹成份、发疹部位、发疹经过及其与治疗的关系;还应特别查找有关可疑的因素如服药史、接触史、传染史、饮食史、周围及家庭成员的患病情况等。一个客观完整的病史对诊断皮肤病具有极其重要的意义。

二、体 格 检 查

包括系统检查和皮肤科检查。前者同内科。检查皮疹时光线要充足,应充分暴露,不可遗漏,必要时可使用放大镜。检查时应着重注意下列各点。

(一) 种类 为原发或继发,是单一或多形,若同时有 一种以上的原发皮疹存在则称多形损害。

(二) 形态 如丘疹可为圆形、半圆形、圆锥形、脐凹状或多角形等;表面是光滑或粗糙,为增殖或萎缩,系干燥或湿润以及有否角化过度等,均应注意。

(三) 颜色 可以实物作对比。如酱油色、咖啡色,也可用各种颜色加以形容。

(四) 大小 可用某种实物比较,或用 cm 估量。

(五) 边缘 是整齐或不规则,清楚或不明显;也可用地图状、回纹状等图案形象来描绘。

(六) 部位 如暴露部、覆盖部、伸或屈侧、皮肤、粘膜或其交界处等,对于分析病

因十分重要，但在记述时应按解剖部位来描写。

(七) 分布 是局限或全身，对称或单侧，簇状或分散等。

(八) 排列 如带状、线条状、念珠状等，有否沿神经或血管排列。

(九) 基底 是宽或窄，有否呈蒂状，如系溃疡则应具体描述基底情况。

(十) 触诊 主要看其范围、深度、硬度、活动度以及有关感觉等情况。

三、有关皮肤试验

(一) 斑贴试验 用于接触性皮炎和职业性皮肤病的病因诊断。先将试验物用稀释剂稀释至适当的浓度。然后用 1cm^2 大小的纱布 4 层，浸湿试液，置于左前臂内侧或背部无皮疹处皮肤，再盖上 1.5cm^2 的塑料薄膜或油纸，四周用胶布固定。如试验物为粉尘，则将其撒在已浸湿了蒸馏水的纱布上；若为固体，则应先行溶解或研末后依上法进行；对羽毛和纺织品等物，可将原物贴于试验部，再加封盖。一般经 24~48 小时观察结果，但如局部已有反应，应随时除去试验物，并用清水洗净。反应结果可根据国际接触性皮炎研究小组的记录标准标记如下。

+? (可疑) 仅轻微发红。

+ (弱阳性) 红斑、浸润、伴有丘疹。

++ (强阳性) 红肿、丘疹、浸润、小水疱。

+++ (极强阳性) 大疱。

- (阴性) 无反应。

试验结果可供诊断参考，但应排除假阳性和假阴性反应的可能。

本法一次可同时验证多种物质。依上法将各种试验物排列成行，贴于受试的皮肤，上下左右距离各 5cm，做好记录，并以溶剂在右前臂作对照试验。当疾病处于急性或痊愈阶段时均不宜进行本试验。

(二) 其他检查 如皮肤划痕症、玻片压诊、Auspitz 征等分别见第五、八和十五章。对某些难以确诊的病例，还可作皮肤活体组织检查等。

四、其他临床检查

如肺部或骨的 X 射线检查，对皮肤结核和骨梅毒的诊断也有一定的帮助。

五、实验室检查

(一) 真菌直接检查法 用以协助真菌感染性疾病的诊断。取病发、痂、损害边缘鳞屑或病甲碎屑分别置载玻片上，然后滴 10% 氢氧化钾溶液 1~2 滴，覆盖玻片。再点燃酒精灯，于火焰上徐徐加热，直至角质溶解呈云雾状为止。又轻压盖玻片，用棉纤吸去多余的氢氧化钾溶液，最后进行显微镜检查。先以低倍镜检查，如有可疑的孢子或菌丝，再用高倍镜观察，即可证实。但阴性结果也不能排除真菌病的可能。

(二) 其他有关实验室检查 如血生化检查，化脓球菌检查，抗酸杆菌检查，梅毒螺旋体检查，疥虫检查和免疫学检查等。

(张怡源)

第四章 皮肤病的预防和治疗学

第一节 皮肤病的预防原则

本章只介绍皮肤病一般的预防原则，有关具体的预防措施将在各论中叙述。

一、养成良好的卫生习惯

如夏日应勤洗澡，勤换衣服；冬季则须注意润泽保护皮肤，勤晒被褥；对于皮脂过多的人，可适当清洗，但水温不可过高（38~40℃为好），最好采用中性肥皂，而皮肤干燥者则不宜过多洗涤，尤应避免使用碱性较大的肥皂。上述措施对于预防一般皮肤病的发生都具有重要的意义。

二、提倡体育锻炼，增强体质

可根据不同的季节和对象选择体育锻炼的项目。如健身操、游泳、跑步、适度的日光浴等都能改善新陈代谢，增强体质，对于提高皮肤的抗病能力都是有利的。

三、寻找病因，清除病因

皮肤病的病因比较复杂，如变应性皮肤病、职业性皮肤病和感染性皮肤病等都有其各自的病因，均应详细查找。只有消除病因，才能从根本上获得治愈。

四、积极治疗，避免各种不良刺激

有些皮肤病虽一时尚未找到病因，但如能积极治疗，避免搔抓和洗烫，不进辛辣、鱼虾和酒类等食物，也可收到治疗效果。但如拖延治疗或处理不当，以致反复发作，常可演变成慢性，增加治疗的困难。

五、认真做好隔离工作

对有传染性的皮肤病如脓疱疮、疥疮、麻风等，都应做好隔离治疗工作，避免传染他人。

第二节 皮肤病的治疗

一、内用药物治疗法

（一）抗组胺药 本药能与组织胺竞争组胺受体，使组织胺不能与相应受体结合而失去作用，以收到治疗效果。因受体不同分为：

1. H_1 受体拮抗剂 常用的有：

（1）苯海拉明（苯那君 benadryl） 成人每次口服 25~50mg，每日 2~3 次；针剂每次 20mg，肌注。小儿 2~4mg/kg·d，可配制成 0.2% 糖浆服用。对中枢神经系统有

较强抑制作用，並伴有阿托品样作用。

(2) 扑尔敏(氯屈米通 chlor-trimeton) 为常用抗组胺药。副作用小，适用于老人及儿童。口服每次 4mg，每日 3 次；针剂每次 10mg，肌注。

(3) 安其敏(盐酸氯苯丁嗪 vibazine) 口服每次 25mg，每日 1~3 次，作用时间长。

(4) 克敏嗪(去氯羟嗪 decloxizine) 副作用较小，常用于急、慢性荨麻疹及皮肤划痕症，兼有平喘作用。口服每次 25mg，成人每日 3 次。

(5) 安泰乐(羟嗪 atarax) 兼有抗组胺及安定作用，常用于寒冷性荨麻疹，但有嗜睡、头晕等副作用。口服每次 25mg，成人每日 1~3 次。

(6) 去敏灵(扑敏灵 pyribenzamine) 25mg/片，作用强而持久。不宜嚼碎，外用可引起皮炎。

(7) 赛庚啉(cyproheptadine) 作用较强並有抗 5-羟色胺等作用，但嗜睡、口干、头晕作用亦强，老年体弱者慎用，青光眼患者忌用。口服每次 2~4mg，成人每日 3 次。

(8) 非那更(异丙嗪 phenegan) 作用强而持久，有抗组胺、安定及镇吐作用。大剂量可致兴奋甚至狂躁。肝肾受损及光敏者慎用。25mg/片，针剂 25mg/ml，成人每次 12.5~25mg，一日 3 次。

(9) 阿司咪唑(astemizole，商品名息斯敏 hismanal) 是一种无中枢镇静和抗胆碱能效应的强力及长效的抗组胺药。副作用小，长期服用可引起体重增加。成人每日服 1 片(10mg)，儿童每日 5mg。

(10) 特非那丁(terfenadine) 是一种无中枢镇静、高效的抗组胺药。用于各类型荨麻疹，副作用可有轻度倦怠、头晕。成人每日 2 次，每次 1 片(60mg)。

此外还有脑益嗪、酮替芬、多虑平、仙特敏等药物。

2. H_2 受体拮抗剂 皮肤血管既有 H_1 受体也有 H_2 受体，所以在治疗慢性荨麻疹时常为 H_1 拮抗剂与 H_2 受体拮抗剂联合使用，以取得较好效果。常用的 H_2 受体拮抗剂有甲氰咪胍(西咪替丁 cimetidine) 成人口服每次 0.2~0.4g，每日 1~2 次。甲氰咪胍对老年患者、孕妇及哺乳者慎用，肝肾功能不良者忌用。

(二) 皮质类固醇激素(简称糖皮质激素) 糖皮质激素有抗炎，抗过敏和免疫抑制等作用。适用于重症药疹、急性荨麻疹伴有过敏性休克、血管神经性水肿伴有喉头水肿、重症多形红斑、系统性红斑狼疮、皮炎、天疱疮等疾病。长期使用会发生满月脸、向心性肥胖、痤疮、多毛、低血钾、高血压、糖尿、消化道出血、骨质疏松、感染扩散或二重感染等不良反应和并发症，应注意观察並及时处理。有冠心病、高血压、糖尿病、骨质疏松、活动性肺结核和溃疡病者禁用。

常用的糖皮质激素种类、换算及用量见表 4-1。

各种糖皮质激素药物按每片剂量折合换算。

用法及剂量：根据不同病情采用不同剂量，对危急病例可采用大剂量(强的松每日 100~200mg)，甚至冲击疗法(如地塞米松 150~300mg/d)。对病程有自限性的皮肤病(如药疹)，用不同剂量控制症状后，采用 1 个月左右短程疗法。反复发作或累及多器官的皮肤病(如天疱疮、系统性红斑狼疮)多采用半年到 1 年或更长时间的长程疗法。