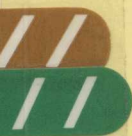


皮肤性病诊疗 新进展

郑庆虎等◎主编



皮肤性病诊疗新进展

郑庆虎等◎主编

图书在版编目（C I P）数据

皮肤性病诊疗新进展 / 郑庆虎等主编. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2017.9
ISBN 978-7-5578-3279-7

I. ①皮… II. ①郑… III. ①皮肤病—诊疗②性病—
诊疗 IV. ①R75

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第229716号

皮肤性病诊疗新进展

PIFUXING BING ZHENLIAO XINJINZHAN

主 编	郑庆虎等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陈绘新
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	280千字
印 张	17.75
印 数	1—1000册
版 次	2017年9月第1版
印 次	2018年3月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	978-7-5578-3279-7
定 价	65.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编委会

主 编:郑庆虎 中国人民解放军第一五三中心医院

刘洪元 内蒙古满洲里市扎区中蒙医院

陈祯祥 中国人民解放军第一五三中心医院

罗浩杰 浙江省湖州市第一人民医院

(湖州师范学院附属第一医院)

副主编:潘 芳 中国人民解放军第一五三中心医院

刘 萍 中国人民解放军第一五三中心医院

李 璇 中国人民解放军第一五三中心医院

伦宪鹏 中国人民解放军第一五三中心医院

编 审:刘 萍 中国人民解放军第一五三中心医院



郑庆虎,男,1971年06月出生,中国人民解放军第一五三中心医院皮肤性病科主任,医学硕士,副主任医师,毕业于第二军医大学,担任国家科技部重大专项基金(2009ZXJ09004-XXX)课题组成员,《现代临床皮肤性病诊治精要》、《现代临床皮肤性病治疗实践》主编,《皮肤科合理用药》、《实用临床皮肤性病综合治疗学》副主编,在国家I类医学期刊上发表论文近20篇,荣立个人三等二次。现任全军皮肤科专委会青年委员,河南省医学会皮肤病学分会委员,河南省医学会性与性病学会分会委员,河南省医师协会皮肤与性病医师分会委员,河南省郑州市中医学会男性科委员。长期从事皮肤性病临床工作,多次在长海医院、华山医院等读研、进修、培训学习,具有较深厚的理论基础和丰富的临床诊治经验,擅长采用中西医结合的方法治疗银屑病、白癜风、特应性皮炎、带状疱疹后遗神经痛、结节性红斑、过敏性紫癜、老年性皮肤瘙痒症、面部多发性扁平疣、黄褐斑等皮肤科顽症。



刘洪元,汉族,中共党员,1970年1月出生,出生于内蒙古满洲里市,1993年毕业于黑龙江中医学院,现任内蒙古满洲里市扎区中蒙医院皮肤科主任、副主任医师,曾进修于中国中医研究院广安门医院、北京空军总医院皮肤科。在20多年的临床工作实践中,始终重视中医的整体观念,强调辨证施治的同时坚持中西医结合的道路,擅治银屑病、大疱性疾病、变态反应性疾病等常见及疑难皮肤病、性病的诊断和治疗。近年来,尤其对治疗银屑病、颜面损容性皮肤病更有独特的见解,取得了理想效果,深受当地及周边地区患者的好评。



陈祯祥,男,35岁,主治医师,毕业于新疆医科大学,硕士,从事皮肤科多年,有较扎实的理论基础,积累了丰富的临床诊疗经验,诊断细致、准确,用药规范、科学,擅长诊治银屑病、痤疮、白癜风、皮炎、湿疹、斑秃、带状疱疹、荨麻疹、神经性皮炎、性传播疾病等皮肤科常见病,在光动力治疗尖锐湿疣方面有独到之处,对于激光在皮肤科医学美容领域的应用亦有较丰富的临床经验,熟练掌握皮肤科各种治疗技术,如激光、冷冻、光疗、电灼、微波治疗、光动力等在皮肤科的临床应用。多次应邀参加有影响力的学术会议,至今已在国家级核心刊物上发表多篇论文,并主编皮肤科专著一部。

前 言

皮肤病是发生于人体皮肤、黏膜及皮肤附属器的疾病。性传播疾病是通过性接触而传染的疾病。伴随着生活节奏的加快,饮食结构的变化,气候与环境的改变,皮肤病的发病有所增加,同时人们越来越重视自己的外在形象,对美容有关的疾病也提出了治疗要求。此外,各种性病的流行,使得皮肤性病的诊治需求也逐渐上升。但许多皮肤病非常顽固难以治愈,作为皮肤科相关医务人员,需要不断提高皮肤性病治疗水平和专业工作能力,以更好地帮助患者摆脱疾病困扰。

本书共分为十四章,内容涉及皮肤性病基础以及临床常见疾病的诊断与治疗,包括:皮肤病性病常用检查方法、皮炎、湿疹、荨麻疹性皮肤病、细菌性皮肤病、病毒性皮肤病、真菌性皮肤病、动物性皮肤病、物理性皮肤病、大疱及疱疹性皮肤病、结缔组织病、皮肤血管炎、色素障碍性皮肤病、红斑鳞屑性皮肤病以及性传播疾病。

为了进一步提高皮肤性病科医务人员的临床诊疗水平,本编委会人员在多年皮肤性病诊治经验基础上,参考诸多书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医务人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多皮肤性病相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负临床诊治工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高医务人员诊疗水平的目的。

《皮肤性病诊疗新进展》编委会

2017年9月

目 录

第一章 皮肤病性病常用检查方法	(1)
第一节 真菌镜检和培养	(1)
第二节 麻风杆菌检查	(2)
第三节 疥虫检查	(3)
第四节 毛囊虫检查	(3)
第五节 阴虱虫卵检查	(3)
第六节 最小红斑量测定	(4)
第七节 皮肤点刺试验	(5)
第八节 皮肤斑贴试验和光斑贴试验	(6)
第九节 免疫荧光检查	(8)
第十节 Wood 灯检查	(9)
第十一节 皮肤镜检查	(10)
第十二节 反射式共聚焦显微镜	(10)
第十三节 性病检查	(11)
第二章 皮炎、湿疹	(16)
第一节 接触性皮炎	(16)
第二节 湿疹	(19)
第三节 特殊类型湿疹	(22)
第四节 遗传过敏性皮炎	(24)
第五节 脂溢性皮炎	(28)
第六节 汗疱疹	(30)
第七节 淤积性皮炎	(31)
第八节 药物性皮炎	(32)
第九节 神经性皮炎	(38)
第十节 瘙痒症	(39)
第十一节 痒疹	(40)
第十二节 口周皮炎	(43)
第三章 荨麻疹性皮肤病	(45)
第一节 荨麻疹	(45)
第二节 血管神经性水肿	(49)
第四章 细菌性皮肤病	(51)
第一节 脓疱疮	(51)
第二节 毛囊炎、疖和痈	(53)
第三节 丹毒	(55)
第四节 蜂窝织炎	(56)

第五节	麻风	(57)
第六节	皮肤结核病	(62)
第七节	皮肤非典型分枝杆菌感染	(64)
第五章	病毒性皮肤病	(67)
第一节	风疹	(67)
第二节	麻疹	(68)
第三节	幼儿急疹	(70)
第四节	单纯疱疹	(71)
第五节	水痘和带状疱疹	(74)
第六节	手足口病	(78)
第七节	传染性红斑	(84)
第八节	疣	(86)
第九节	传染性软疣	(89)
第六章	真菌性皮肤病	(92)
第一节	头癣	(93)
第二节	体癣和股癣	(96)
第三节	手癣、足癣及甲癣	(98)
第四节	癣菌疹	(100)
第五节	花斑癣	(101)
第六节	糠秕孢子菌毛囊炎	(102)
第七节	念珠菌病	(102)
第八节	孢子丝菌病	(105)
第九节	皮肤着色真菌病	(106)
第七章	动物性皮肤病	(109)
第一节	疥疮	(109)
第二节	隐翅虫皮炎	(111)
第三节	毛虫皮炎	(112)
第四节	虱病	(113)
第五节	其他虫咬皮炎	(114)
第六节	水生生物所致皮炎	(116)
第八章	物理性皮肤病	(118)
第一节	痱	(118)
第二节	夏季皮炎	(119)
第三节	冻疮	(120)
第四节	放射性皮炎	(121)
第五节	日晒伤	(122)
第六节	多形性日光疹	(123)
第七节	慢性光化性皮炎	(125)
第八节	植物日光性皮炎	(127)

第九节 种痘样水疱病	(128)
第十节 光线性角化病	(129)
第十一节 鸡眼	(130)
第十二节 胼胝	(131)
第十三节 手足皲裂	(132)
第十四节 摩擦性苔藓样疹	(133)
第九章 大疱及疱疹性皮肤病	(134)
第一节 天疱疮	(134)
第二节 疱疹样天疱疮	(138)
第三节 大疱性类天疱疮	(139)
第四节 疱疹样皮炎	(141)
第五节 线状 IgA 大疱性皮肤病	(143)
第六节 家族性良性慢性天疱疮	(144)
第十章 结缔组织病	(146)
第一节 红斑狼疮	(146)
第二节 皮炎	(153)
第三节 硬皮病	(156)
第四节 Sjogren 综合征	(160)
第五节 混合性结缔组织病	(163)
第六节 重叠综合征	(165)
第七节 嗜酸性筋膜炎	(166)
第八节 抗磷脂综合征	(168)
第九节 类风湿关节炎	(171)
第十节 成人 Still 病	(174)
第十一节 复发性多软骨炎	(177)
第十一章 皮肤血管炎	(181)
第一节 结节性红斑	(181)
第二节 过敏性紫癜	(183)
第三节 色素性紫癜性皮肤病	(186)
第四节 变应性皮肤血管炎	(187)
第五节 结节性血管炎	(189)
第六节 雷诺病	(190)
第七节 网状青斑	(191)
第十二章 色素障碍性皮肤病	(193)
第一节 雀斑	(193)
第二节 黄褐斑	(194)
第三节 咖啡斑	(196)
第四节 Riehl 黑变病	(198)
第五节 摩擦黑变病	(199)

第六节	炎症后黑变病	(200)
第七节	色素性化妆品皮炎	(201)
第八节	色素性口周红斑	(202)
第九节	特发性多发性斑状色素沉着症	(203)
第十节	雀斑样痣	(204)
第十一节	蒙古斑	(206)
第十二节	太田痣	(207)
第十三节	白化病	(209)
第十四节	斑驳病	(212)
第十五节	贫血痣	(213)
第十六节	无色素痣	(214)
第十三章	红斑鳞屑性皮肤病	(216)
第一节	银屑病	(216)
第二节	扁平苔藓	(240)
第三节	多形红斑	(245)
第四节	红皮病	(248)
第十四章	性传播疾病	(253)
第一节	梅毒	(253)
第二节	淋病	(259)
第三节	非淋菌性尿道炎	(262)
第四节	尖锐湿疣	(263)
第五节	生殖器疱疹	(265)
第六节	软下疳	(267)
第七节	性病性淋巴肉芽肿	(268)
第八节	艾滋病	(269)
参考文献		(274)

第一章 皮肤病性病常用检查方法

第一节 真菌镜检和培养

一、直接镜检

1. 标本的取材 头癣可用镊子拔取脆而无光泽或带有白色菌鞘的病毛;手足癣及体股癣宜用钝刀轻轻刮取损害部边缘或指(趾)间皮屑,花斑癣刮取褐色的皱纹皮屑;甲癣可用小刀刮取病损指(趾)甲深层碎屑。皮肤及指甲病损部位,如先用1:10000苯扎溴铵(新洁尔灭)消毒后再刮取标本更好。注意取到足够量的标本,同时为防止标本污染,尽量无菌操作。

2. 标本片制备 取标本少许于载玻片上,加1滴10%氢氧化钾溶液,覆盖一盖玻片,置酒精灯上微微加热,待标本溶解、透明化,轻轻加压使其成薄片,驱去气泡,用滤纸吸去周围溢液。毛发标本勿加热及加压过甚,以保持其原形,利于鉴别。亦可使用真菌染色法:取洁净的载玻片,加染液(结晶酚20g,乳酸20ml,甘油40ml,蒸馏水20ml,加温溶解后,加入棉蓝0.05g混匀即成)1滴,然后取标本少许置于其中,用接种针将其推匀,加盖玻片,微微加温并稍压盖玻片除去气泡后镜检;结果真菌呈蓝色。

3. 显微镜检查 先用低倍镜检查,检查有无真菌菌丝或孢子,后用高倍镜观察菌丝和孢子的特征。皮屑及甲屑阳性标本常可查见分支菌丝。毛发标本若为小孢子菌属感染,可见毛发外围有许多圆形孢子,形体较小,以镶嵌状排列;毛癣菌属紫色癣菌或断发癣菌感染,常可见发内有多量呈链状排列的孢子;黄癣感染,则发内常见有不规则孢子菌丝及气沟、气泡,花斑癣菌可见香蕉形短粗钝圆菌丝及成群圆形或卵圆形厚壁孢子。

4. 注意事项

(1)检查真菌及孢子时,应注意与各种假菌丝,如纤维、表皮细胞间隙及气泡、油点等的鉴别。

(2)镜检找到菌丝或孢子,常可确立癣症的诊断,但1次检查结果阴性,并不能完全排除感染,有时须做多次检查。

(3)取材前皮损部位应用抗真菌药物会影响检查结果。

(4)除少数菌种外,大部分真菌根据镜下形态不能确定菌种,需进一步做真菌培养。

二、真菌培养

1. 方法 取标本于70%乙醇浸泡数分钟杀死杂菌后,以无菌操作接种于沙氏葡萄糖琼脂(SDA),置于25~27℃温箱孵育4~6周。某些标本应分别置于37℃和25℃培养。如疑为放线菌,需用不加抗生素的培养基,且需厌氧培养,观察至少2~3周。菌落出现后,需经常观察和检查。

2. 菌种鉴定 根据菌落生长速度、大小、表面形态、质地、颜色是否产生色素、有无下沉、边缘形状、镜下结构,特别是孢子和产孢结构的特点可鉴定菌种;有时需配合其他鉴别培养基和生化反应方法决定。念珠菌病:奶油色酵母样菌落;隐球菌病:乳白色酵母样菌落,而后为

橘黄色,质地呈黏液样;孢子丝菌病:棕色至棕黑色菌落;曲霉菌病:黄绿色毛状菌落;芽生菌病:真菌相为白色棉花样菌落,酵母相为奶油色或棕色菌落;暗色丝孢霉病:棕黑色菌落。

3. 注意事项

- (1)严格无菌操作,尽量避免污染。
- (2)培养阳性既可确立癣症的诊断,阴性者需孵育 4 周后方可报告。
- (3)同时培养数管或多次培养,以确保菌种的可靠性。
- (4)可与镜检结果综合进行判断。

(李璇)

第二节 麻风杆菌检查

麻风杆菌检查为麻风病诊断的重要手段之一。麻风患者以瘤型为主的皮肤和黏膜内常含有数量较多的麻风杆菌,凡疑为麻风或确诊麻风者均应查菌。

一、取材部位

一般主张查 6~8 处,其中包括眶上、耳垂、颧部和颌部的皮肤。皮损取材应选活动性损害,如浸润显著,色黄、红黄或红色处,必要时做鼻黏膜查菌。一般取皮肤损害 6 处,加两鼻孔黏膜共 8 处,称为标准检查法。

二、操作方法

取材部位以乙醇或碘伏消毒后,用左手拇指与食指捏紧皮肤,使皮肤呈苍白色,右手持消毒小尖刀,在捏紧的皮肤上切开一长约 5mm,深 2~3mm 的切口,然后用刀尖刮取切口底部和边缘的组织液,立即涂于载玻片上成一圆形薄膜,干燥固定后抗酸染色镜检。切口用干棉球止血。

三、鼻黏膜菌法

取材部位以鼻中隔前下部较为适宜。首先用生理盐水擦净鼻腔,可事先用 1:20000 肾上腺素滴鼻以防止出血;为避免疼痛,可应用普鲁卡因等麻醉药。用小刀刮取少量黏膜组织,以不含血液为宜,然后涂片,干燥固定抗酸染色后镜检。消毒干棉球止血。

四、临床意义

在可疑皮损处查到革兰阴性麻风杆菌,配合病史及体征,可以确定麻风的诊断。结核样型麻风(反应期除外)查菌常阴性,故查菌阴性不能排除麻风。

五、注意事项

查菌时应戴手套,手术完毕后,所有器械应严格消毒。

(李璇)

第三节 疥虫检查

疥虫有在皮肤角质层内挖掘隧道的特性,因此可在隧道的盲端或水疱中找到疥虫、虫卵或疥粪。

一、方法

一般选择手指间、腹股沟等处未经搔抓的皮损,用消毒针尖或刮刀类将疱挑破或把隧道盲端的小白点挑出;如未见隧道或小白点,可用刮刀轻轻刮出可疑角质层组织。将其置于载玻片上,加1滴10%~20%氢氧化钾溶液,覆以盖玻片,微加热,再将盖玻片压紧。用棉棒吸去周围多余溶液,用低倍显微镜检查。

二、临床意义

镜检发现疥虫、虫卵或疥粪,即可确定疥疮诊断。疥虫检查阴性,而临床症状及体征符合疥疮,则不能除外该诊断。

(李璇)

第四节 毛囊虫检查

一、方法

多选取面部鼻翼部位皮损;如果鼻部无皮损,则选择潮红、丘疹、脓疱及毛细血管扩张等症状严重处皮损。先用乙醇消毒,后用刮刀轻轻刮取或用粉刺挤压器挤出毛囊内的皮脂样本,置于载玻片上,加1滴10%~20%氢氧化钾溶液,覆以盖玻片上,微加热,再将盖玻片压紧,用棉棒吸去周围多余的溶液。在低倍镜下检查,注意每个视野毛囊虫条数。

二、临床意义

毛囊虫阳性,可指导临床有效的治疗酒渣鼻、毛囊虫皮炎。如果镜检中偶见毛囊虫或数量很少,可认为是正常的寄生物,不必治疗。若数量多,则需予以治疗。

(李璇)

第五节 阴虱虫卵检查

一、方法

于患部毛发或皮面发现卵圆形灰色或红色的虱,或灰白色虱卵后,用针尖挑起虱或拔下体毛,将其置于载玻片上,覆以盖玻片,用低倍镜直接观察。

二、临床意义

发现虱或虱卵即可确定阴虱的诊断。

(李璇)

第六节 最小红斑量测定

最小红斑量(minimal erythematol dose, MED)测定指能产生肉眼所见最弱红斑所需要的紫外线照射时间或剂量,它有助于测定皮肤对所接受的紫外线的敏感程度。

一、方法

1. 照射光源 有荧光灯、高压卤素灯、高压汞灯和水冷式石英灯等,为诊断光敏性疾病,最好选用日光模拟器;为了确定紫外线光疗的初次照射剂量,则测试用的照射光源要与治疗光源一致。

2. 照射部位 选择避光部位的皮肤区域,如腹部、背部、前臂内侧,预备一块有 6 个长方形小孔格的布,孔格为 0.8cm×1.5cm,间距为 0.8cm。

3. 照射方法 光源垂直照射与试验区皮肤相隔 25cm,将事先备好的有孔布平铺于照射区皮肤并固定,其上再平覆一完整的布遮住全部孔格,照射时将该布逐格移动(按倍增剂量 15s、30s、45s、60s、75s、90s)照射各孔。

二、结果

照射后 24h 在充足的自然光线下观察,以肉眼所见与孔格一致、轮廓清楚、色泽均匀的最弱红斑所需照射时间判定为 MED 时间;同时观察照射孔格内皮肤有无其他损害。紫外线剂量=照射时间×辐照强度。

三、临床意义

1. MED 越小,表明皮肤对紫外线的敏感性越强;反之则敏感性越弱,耐受性越强。皮肤对紫外线敏感性增高常见于多种光敏性皮肤病,如红斑狼疮、外源性光敏性皮炎、慢性光化性皮炎、痘疮样水疱病、皮肤卟啉病等。

2. 日光性荨麻疹患者在照射后几分钟即可见瘙痒、红斑、风团等皮损。

四、注意事项

1. MED 的测定值与个体差异、皮肤色泽深浅、照射部位、受试季节及灯源的光谱不同等多种因素相关,为准确起见临床应同时以正常人作为对照。

2. 若测量 MED 的时间不在 15~90s,可适当缩短或延长照射时间选择另一试验部位重新测定。

(李璇)

第七节 皮肤点刺试验

皮肤点刺试验常用于检测引起 I 型变态反应的变应原。

一、皮肤点刺试验的原理

皮肤点刺试验的原理是当有某种变应原进入皮肤时,对某些物质有 I 型变态反应的患者,立即特异性地引起皮肤内的肥大细胞脱颗粒,释放组胺等活性物质,导致局部毛细血管扩张(红斑),毛细血管通透性增强(水肿、风团),阳性者表示对该抗原过敏。该方法采用组胺作阳性对照,以计算相对的反应强度,是一种有效测定过敏性皮肤病的特应性(对一种或多种变应原敏感)的方法。

二、方法

1 点刺工具 采用一次性点刺针。

2. 试剂 变应原点刺液包括:组胺(阳性对照液)、生理盐水(阴性对照液)、屋尘螨、粉尘螨、羽毛、花、海蟹、海鱼、胶乳、香烟、黄鳝、牛奶等。

3. 操作步骤

(1)选择左前臂掌侧皮肤进行点刺。

(2)用记号笔在左臂中部标记所用点刺液名称,两种点刺液间的距离不小于 5cm,以防止反应红晕融合;消毒皮肤。

(3)自下而上滴各种点刺液 1 小滴(比针尖大即可)。

(4)用一次性消毒点刺针垂直点在每一液滴中,轻压刺破皮肤(以不出血为度),1s 后提起弃去,5min 后将全部液滴擦去,30min 后观察并记录皮肤反应。

(5)阳性结果判断标准,以变应原及组胺(阳性对照液)所致风团面积比而定其反应级别:

- 1)无反应或与阴性对照相同者为(-);
- 2)比值为组胺风团(阳性对照)1/4 以上者为(+);
- 3)等于或大于阳性对照范围的 1/2 为(++);
- 4)与阳性对照相等的为(+++);
- 5)大于阳性对照范围 2 倍者为(++++)。

三、注意事项

1. 试验前患者需要停用抗组胺药 3d 以上,停用系统应用糖皮质激素 1 周以上。
2. 如果处于疾病的急性发作期,例如急性哮喘发作、急性荨麻疹等不适宜做皮肤试验。
3. 患有进展期银屑病、白癜风,严重心脑血管疾病或其他严重疾病的患者不能做进行试验。妊娠期尽量避免检查。
4. 有过敏性休克史者禁止行此类试验。
5. 应准备肾上腺素注射液等急救药物,以抢救可能发生的过敏性休克。
6. 诊断结果必须与病史相结合。

(李璇)

第八节 皮肤斑贴试验和光斑贴试验

斑贴试验是用于测定Ⅳ型变态反应的一种皮肤试验方法。根据迟发型皮肤变态反应原理,将可疑致敏物贴敷于受试者皮肤上,以诱发出变态反应性接触性皮炎的临床症状。此试验是确定皮炎湿疹类皮肤病外源性致病原因的常用辅助诊断手段之一。光斑贴试验是通过在皮肤表面直接敷贴,并同时接受一定剂量适当波长紫外线照射的方法,用于检查对某些光敏剂的光毒性或光变应性反应的一种皮肤试验。患光线过敏性皮肤病时为了证实有无光感物质存在应做光线斑贴试验。特别是对外因性光敏物质有用。

一、斑贴试验

1. 试验物制备

(1)斑贴试验(斑试)标准筛选抗原系列的制备

因为环境中可引起接触性皮炎的物质很多,有些患者又不能提供可疑致敏原,所以不同国家或地区根据对周围环境中常见的致敏原的调查分析,组合成斑试抗原系列并实行标准化,称为标准筛选抗原系列,供临床医生应用。我国部分地区已制备了此抗原系列。

(2)可疑物品过敏试验物的制备

1)必须根据患者提供的可疑致敏物的化学性质,用梯度浓度稀释法进行斑试。例如使用原接触物 0.1%~1%浓度斑试,若阴性,再逐渐提高浓度斑试。如为刺激性物质,宜从更低浓度做起。

2)对日常接触物,如护肤化妆品及外用药制剂等,用原物直接斑试。

3)对纺织品、皮革及皮毛等,应将原物剪成碎屑,蒸馏水浸湿后直接应用。

4)稀释剂的选择,水溶性物质用蒸馏水,脂溶性物质宜用植物油或石蜡物。粉末则使用医用白凡士林。

2. 应用

(1)试验部位常规选择上背部脊柱两侧正常皮肤,有时用前臂屈侧。

(2)斑贴过筛试验,将加有抗原的斑试器胶带贴于上背部脊柱两侧皮肤,并做标记。

(3)将受试物置于叠成 4 层 1cm² 大小的纱布块上,贴敷于上背部脊柱两侧皮肤或前臂屈侧。在纱布块上盖以 4cm² 大小的玻璃纸,然后四边用胶布固定于皮肤上。每两个斑试之间的距离至少应为 4cm,同时应设对照。

3. 结果判断。在贴敷斑试物后,48h 揭除试验物,于 48h、72h 和 96h 各观察 1 次结果,必要时 1 周后再次观察结果,结果判断标准如下:

(1)一(阴性反应):贴敷部位无反应;

(2)±(可疑反应):仅有微弱的(不清楚的)红斑;

(3) +(弱阳性反应):红斑,浸润,可能有小丘疹;

(4) ++(强阳性反应):红斑、浸润、丘疹及小水疱;

(5) +++(极强阳性反应):红肿并有大疱;

(6) IR(不同类型的刺激反应)。

4. 临床意义

(1) 阳性反应: 通常表示患者对试验物过敏。真正的变态反应, 在试验物除去后 24~48h 一般是增强而不是减弱。如果试验物除去后, 反应很快消退则为假阳性。

(2) 阴性反应: 通常表示对试验无敏感性, 但亦存在假阳性。

5. 应用范围 此试验通常用于接触性皮炎、原因不明的皮炎湿疹或继发皮炎、职业性皮肤病及特殊工种的招工体格检查。

6. 注意事项

(1) 配制的受试物质, 需质地纯净、浓度精确, 且由低到高使用。所用斑试物浓度对正常人应不引起反应。不用高浓度及有原发刺激的物质做试验。

(2) 敷贴部位应无皮损。斑试期间不可洗澡、饮酒及搔抓斑试部位。不宜过度活动, 出汗太多可导致斑试物移位或脱落。

(3) 斑贴试验宜在皮炎急性期过后 2 周以上进行。患者受试前 2 周及受试期间不要内服皮质类固醇激素, 试验前 3d 内及受试期间停用抗组胺类药物。

(4) 观察及判断结果时应力求及时、正确且详细记录, 结果的判断应有统一标准, 注意区别假阳性及假阴性反应。

(5) 受试期间, 若敷贴局部发生剧烈的瘙痒或刺激, 应及时去除受试物, 并用清水清洗, 对症处理。

二、光斑贴试验

1. 变应原 国际上还没有统一的光斑贴变应原, 不同国家根据其地理位置、生活习惯的不同建立了各自的标准光斑贴变应原。变应原的种类在不断发生改变, 但总体上可分为: 抗生素、防晒霜、香料和其他类型的化学产品, 包括患者自己提供的可疑变应原。变应原的赋形剂最好采用凡士林, 以减少假阳性, 如患者自己能提供引起光敏的可疑物质, 可以单独应用而不需加用赋形剂。

2. 照射光源 大多数学者认为, 光变应性接触性皮炎的致病光谱是长波紫外线(UVA), 照射时使用 UVA 即可, 但是也有学者建议最好加上 UVB。目前大多数国家在进行光斑贴试验时仅采用 UVA 作为照射光源。但如果 UVB 的 MED 异常, 或已知该化合物能吸收 UVB, 在光斑贴试验时最好加照 UVB, 以免漏诊。合并用药也会产生一定影响, 一般认为试验之前应至少停用糖皮质激素类药物 1 周, 免疫抑制剂 2 周, 抗组胺药 2~3d。

3. 试验步骤和结果判断

(1) 试验步骤

1) 测定患者对 UVA 的最小红斑量, 即 MED。

2) 将可疑光敏物于患者背部同时做 2 处斑贴试验。

3) 24h 后除去斑试物, 一处用遮光物覆盖, 避免光线照射, 另一处用 UVA 照射。如果 MED 在正常范围, 可照射 $5\sim 10\text{J}/\text{cm}^2$, 如果 $\text{MED} < 10\text{J}/\text{cm}^2$, 则照射 0.5MED。

4) 于照射后 24h、48h、72h 分别观察结果, 必要时在 5d、7d 观察。

(2) 结果判定: 主要观察是否有红斑、水肿、丘疹或水疱, 用 0~4 级表示反应强度。0 级为无反应, 1 级为轻度红斑, 2 级为中度红斑, 3 级为红斑、丘疹、水肿, 4 级为红斑、水疱、糜烂, 大于 1 级为阳性结果。