

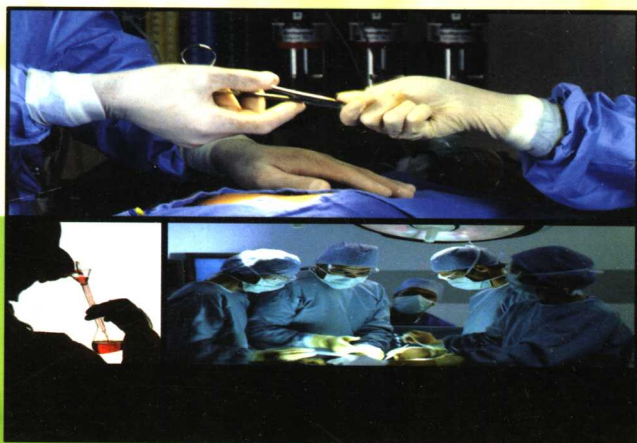


中国医师协会专科医师培养继续教育用书  
《中国临床新难诊疗技术规范教程》系列丛书

# 皮肤科疾病 临床诊疗规范教程

*Desk Reference  
to the Diagnostic Criteria  
and Therapeutics  
of Skin Disease*

主编 郑志忠



北京大学医学出版社

中国医师协会专科医师培养继续教育用书  
《中国临床新难诊疗技术规范教程》系列丛书

# 皮肤科疾病临床诊疗规范教程

主 编 郑志忠

副主编 王宝玺 郑 敏

审 阅 朱学骏 彭振辉

编 委(按姓氏汉语拼音排序)-

陈明华 高天文 高兴华 郝 飞 刘全忠 孙建方

王家俊 项蕾红 曾凡钦 张建中 张正华 郑 捷

秘 书 严淑贤

北京大学医学出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

皮肤科疾病临床诊疗规范教程/郑志忠主编. —北京:  
北京大学医学出版社, 2007. 5  
中国医师协会专科医师培养继续教育用书  
《中国临床新难诊疗技术规范教程》系列丛书  
ISBN 978-7-81116-237-0

I. 皮… II. 郑… III. 皮肤病—诊疗—规范—教材  
IV. R751-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 034112 号

## 皮肤科疾病临床诊疗规范教程

---

主 编: 郑志忠

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷: 北京地泰德印刷有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 简 一 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 19.75 字数: 505 千字

版 次: 2007 年 5 月第 1 版 2007 年 5 月第 1 次印刷 印数: 1-3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-237-0

定 价: 49.90 元

版权所有 不得翻印 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 整套丛书专家委员会

总 编：殷大奎 杨 镜

副 主 编：谢启麟

编辑部主任：梅春林

专家委员会主席：王忠诚院士 郭应禄院士 高润林院士

专家委员会委员：（按姓氏汉语拼音排序）

党耕町	丁宗一	顾 江	郭启勇
韩德明	胡大一	黄晓军	纪立农
贾赤宇	贾建平	康熙雄	郎景和
冷希圣	李世荣	李学旺	梁万年
刘景汉	刘 进	刘新光	栾文民
石远凯	唐 杰	万 峰	王 辰
王茂斌	王天佑	王 岩	于 欣
于学忠	张奉春	张澍田	张阳德
张玉琪	赵家良	郑志忠	支修益
朱学骏	朱宗涵		

## 序

为了配合专科医师培养和准入制度的建立，中国医师协会新难诊疗规范项目办公室，以专科医师培养标准为基础，组织编辑出版《中国临床新难诊疗技术规范教程》系列丛书。历时一年多的筹备和实施，终于陆续和广大临床医学工作者见面了。

在卫生事业深化改革、实现跨越式发展之年，中国专科医师培养从课题研究到全国试点工作的逐步开展，标志着我国的临床医学教育进入了一个新的发展阶段。本系列丛书作为专科医师培养继续教育用书，是专科医师培养教材的补充教材。针对临床疾病的新点、难点，推广规范的诊疗方案。指导专科医师在临床诊疗过程中使用规范的、科学的方法。因而集实用性、学术性、规范性于一身。考虑到携带的方便，特制成“口袋书”的版式，希望成为广大的专科医师临床诊疗工作中不可缺少的工具书。

诚然，本系列丛书由于编撰时间有限，和理想的水平还有一定的差距，需要一个实践、探索、总结、完善的过程，希望广大的医学工作者能提出宝贵的意见，使我们的工作有更大的改进。

本系列丛书在编辑出版的过程中得到了多位院士和专家的大力支持，并在百忙当中挤出时间完成了编写工作，在此向他们的辛勤劳动表示深深的谢意，感谢他们为中国专科医师培养事业作出的杰出贡献。

希望所有致力于医学教育的发展和人民健康的同志们，为专科医师培养事业继续做出不懈的努力！

**《中国临床新难诊疗技术规范教程》  
系列丛书 编辑部**

## 前 言

皮肤性病学是一个古老而年轻的医学科学。早在我国春秋战国时期，医书上就有皮肤病的记载，而现代皮肤病学的兴起也就是近百年来的事情。随着科学技术的迅猛发展，诊断和治疗的手段不断更新，也将皮肤性病学科的诊治水平提高到一个新的高度。我国在一些疑难疾病的诊治、遗传性皮肤病的基因检测、性病防治等方面都已接近或达到了国际先进水平，也涌现了一批卓有成绩的以中青年为主的皮肤性病学家。

但在我国这样一个幅员辽阔、人口众多的发展中国家，临床医学的水平和发展还很不平衡，尤其是老少边穷地区的医疗水平还亟待提高。另外，社会上还有极少数的庸医，对保护老百姓的皮肤健康非常不利。为了“一切以病人中心”，让广大人民群众享受到最好的医疗服务，也为了规范和提高全国皮肤性病科临床医生的诊疗水平，而系统有效地开展医学诊疗规范对保证临床诊疗措施的科学性极为重要，临床诊疗措施的规范与否直接关系到患者的生命健康。为此，我们特地请全国皮肤性病学界的专家编写了《皮肤科疾病临床诊疗规范教程》。该书对皮肤科疾病的诊断规范进行系统的阐述，将为各级医院临床一线的医师进行医疗活动提供参考，并促进皮肤科疾病的诊断和治疗的规范化。本书的唯一目的就是规范医疗行为，提高医疗水平。

限于编写时间的紧迫，编者写法各有特长，本书会有很多不足。真诚希望广大读者谅解并提出宝贵意见。我们将在今后的工作中不断加以改进。

郑志忠

2007年4月

# 目 录

<b>第一章 细菌性皮肤病</b> .....	1
一、脓疱疮.....	1
二、毛囊炎、疖、疖病.....	5
三、化脓性汗腺炎.....	9
四、丹毒.....	12
五、类丹毒.....	14
六、皮肤炭疽.....	16
七、皮肤结核病.....	19
八、麻风.....	23
九、棒状杆菌癣样红斑.....	29
十、腋毛棒状杆菌病.....	31
<b>第二章 疱疹性皮肤病</b> .....	33
一、单纯疱疹.....	33
二、带状疱疹.....	38
三、传染性软疣.....	42
四、疣.....	46
五、疣状表皮发育不良.....	54
六、手足口病.....	57
七、小儿丘疹性肢端皮炎.....	60
八、急性发热性皮肤黏膜淋巴结综合征.....	62
<b>第三章 真菌病</b> .....	66
一、皮肤癣菌病.....	67
二、花斑癣.....	76
三、糠秕孢子菌毛囊炎.....	78
四、念珠菌病.....	79

五、孢子丝菌病 .....	82
六、皮肤着色芽生菌病 .....	84
七、暗色丝孢霉病 .....	86
八、组织胞浆菌病 .....	88
九、马尔尼菲青霉病 .....	93
十、足菌肿 .....	96
<b>第四章 皮炎和湿疹 .....</b>	<b>99</b>
一、接触性皮炎 .....	99
二、湿疹 .....	106
三、特应性皮炎 .....	112
四、自身敏感性皮炎 .....	119
五、尿布皮炎 .....	119
六、慢性静脉功能不全和淤积性湿疹 .....	120
七、汗疱疹 .....	126
八、系统性接触性皮炎 .....	127
<b>第五章 荨麻疹类皮肤病 .....</b>	<b>129</b>
一、荨麻疹 .....	129
二、丘疹性荨麻疹 .....	137
三、血管性水肿 .....	138
四、遗传性血管性水肿 .....	140
<b>第六章 药 疹 .....</b>	<b>142</b>
<b>第七章 瘙痒性皮肤病 .....</b>	<b>152</b>
一、瘙痒病 .....	152
二、妊娠性瘙痒病 .....	154
三、慢性单纯性苔藓 .....	154
四、痒疹 .....	156
五、结节性痒疹 .....	157
六、妊娠性痒疹 .....	158
<b>第八章 红斑鳞屑性皮肤病 .....</b>	<b>160</b>
一、多形红斑 .....	160



二、远心性环状红斑 .....	163
三、银屑病 .....	165
四、副银屑病 .....	191
五、红皮病 .....	194
六、白色糠疹 .....	198
七、玫瑰糠疹 .....	198
八、扁平苔癣 .....	200
九、光泽苔癣 .....	206
十、线状苔癣 .....	207
十一、硬化萎缩性苔癣 .....	209
<b>第九章 结缔组织病</b> .....	<b>213</b>
一、红斑狼疮 .....	213
二、皮炎炎 .....	241
三、硬皮病 .....	252
四、重叠综合征 .....	266
五、混合性结缔组织病 .....	268
六、干燥综合征 .....	273
<b>第十章 大疱性皮肤病</b> .....	<b>282</b>
一、天疱疮 .....	282
二、大疱性类天疱疮 .....	293
三、疱疹样皮炎 .....	300
四、获得性大疱性表皮松解症 .....	302
<b>第十一章 血管性皮肤病</b> .....	<b>305</b>
一、过敏性紫癜 .....	305
二、变应性皮肤血管炎 .....	309
四、白塞病 .....	318
五、色素性紫癜性皮肤病 .....	327
六、急性发热性嗜中性皮病 .....	329
七、雷诺病 .....	334
八、荨麻疹性血管炎 .....	338

<b>第十二章 皮肤附属器疾病</b> .....	343
一、痤疮.....	343
二、脂溢性皮炎.....	352
三、酒渣鼻.....	356
四、口周皮炎.....	358
五、斑秃.....	360
六、雄激素源性秃发.....	365
七、白发.....	370
八、毛发结构异常.....	371
九、多汗症.....	372
十、臭汗症.....	374
十一、色汗症及血汗症.....	375
十二、甲病.....	376
<b>第十三章 色素性皮肤病</b> .....	379
一、白癜风.....	379
二、无色素痣.....	384
三、白化病.....	385
四、黄褐斑.....	387
五、雀斑.....	389
六、黑变病.....	390
七、文身.....	391
八、斑驳病.....	391
<b>第十四章 遗传性皮肤病的诊断与治疗</b> .....	393
一、鱼鳞病.....	393
二、毛囊角化病.....	410
三、掌跖角化病.....	415
四、遗传性大疱性表皮松懈症.....	428
五、家族性慢性良性天疱疮.....	439
六、汗管角化症.....	443
七、遗传性对称性色素异常症.....	449

八、色素失禁症·····	452
九、着色性干皮病·····	458
十、进行性对称性红斑角化症·····	466
十一、展望·····	469
<b>第十五章 营养与代谢障碍性疾病·····</b>	<b>471</b>
一、维生素缺乏症·····	471
二、肠病性肢端皮炎·····	480
三、淀粉样变病·····	484
四、黄瘤病·····	489
五、胫前黏液性水肿·····	493
六、皮肤卟啉病·····	494
七、痛风·····	499
<b>第十六章 皮肤肿瘤·····</b>	<b>505</b>
一、良性皮肤肿瘤·····	505
二、癌前期皮肤病·····	535
三、恶性皮肤肿瘤·····	540
<b>第十七章 性传播疾病·····</b>	<b>569</b>
一、梅毒·····	569
二、淋病·····	578
三、非淋菌性尿道炎·····	584
四、尖锐湿疣·····	589
五、生殖器疱疹·····	596
六、艾滋病·····	605

# 第一章 细菌性皮肤病

## 一、脓疱疮

### 【概述】

1. 定义 脓疱疮 (impetigo) 是一种常见的、可传染的、浅表的皮肤化脓性感染, 主要由葡萄球菌、链球菌或两者混合感染所致。

2. 流行病学 本病各年龄组均可发生, 但学龄前儿童占 80%~90%, 以 1~5 岁为高发年龄。一年四季均可以发病, 以夏季为主, 占全年发病总数的 2/3 以上。潮热和高温环境易发病。接触是本病传播的主要方式。儿童感染主要来源于宠物、指甲以及学校或托儿所儿童相互接触, 尤其是在拥挤的居住环境下易于传播。成人主要通过剃须刀、游泳池、美容用具等感染。脓疱疮可以继发于疥疮、单纯疱疹、昆虫叮咬、湿疹或其他渗出性瘙痒性皮肤病。

3. 病因及发病机制 20 世纪 70 年代以前, 链球菌为脓疱疮的主要病原菌, 70 年代末金黄色葡萄球菌成为优势致病菌。大多数研究表明, 约 70% 患者由金黄色葡萄球菌所致, 其余可以由链球菌或链球菌和葡萄球菌混合感染所致。B 族链球菌与新生儿脓疱疮有一定关联, 相对于 A 族链球菌和 D 族链球菌很少引起脓疱疮。

本病的发生有一定的诱因, 主要是机体抵抗力下降或皮肤屏障发生破坏, 给致病化脓性细菌入侵提供了条件。这些诱因可见于机体衰弱、瘙痒性皮肤病、与职业相关的各种皮肤刺激、皮肤外伤、小儿解剖生理的缺陷等。大疱性脓疱疮主要由噬菌体 II 型葡萄球菌所致, 也可以见于 I、III 和 IV 型葡萄球菌, 且噬菌体型别与其产生表皮松解毒素的类型密切相关。研究表明, 金黄色葡萄球菌产生的

表皮松解毒素可作为丝氨酸蛋白的水解酶，选择性地降解桥粒芯糖蛋白 I，使细胞间黏附力缺损，产生角质层下水疱，导致金黄色葡萄球菌在表皮内增殖扩散。近年动物研究发现，剥脱毒素可以上述相同机制分别引起 Ritter 病（新生儿剥脱性皮炎）、猩红热样发疹、大疱样脓疱样疹及金葡萄型中毒性表皮松解症（toxic epidermal necrolysis, TEN），这一类由毒素引起的疾病统称为金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征（staphylococcal scalded skin syndrome, SSSS）。

4. 危险因素 大多数脓疱疮患儿呈自限性经过，但由于 A 族  $\beta$  溶血性链球菌可以导致链球菌感染后的肾小球肾炎（poststreptococcal glomerulonephritis, PSGN），常在感染后 1~3 周发病，发生率为 1%~5%，在致肾炎的链球菌感染的脓疱疮患儿中可高达 10%。PSGN 可发生于各个年龄段，常见于儿童，特别是 6~10 岁年龄段，1.5 岁以下婴儿很少继发肾炎。金黄色葡萄球菌无引起肾炎的证据。

#### 【临床表现】

脓疱疮临床上有两种类型即大疱性脓疱疮和非大疱性脓疱疮。

1. 非大疱性脓疱疮（nonbullous impetigo） 非大疱性脓疱疮是最常见的一型，也是儿童皮肤细菌感染最主要的类型，又称接触传染性脓疱疮（impetigo contagiosa）。皮疹开始表现为小水疱或脓疱，疱壁破裂后暴露红色、潮湿基底。在较早期的皮损周围可见不对称分布的卫星状皮损。随着皮损进展，其渗液干燥后形成的结痂可紧密黏着，形成米黄色至棕白色厚痂，边缘有轻度的红晕。本病主要累及暴露部位，尤其是鼻、口周和四肢，但手掌和跖部一般不受累。

本病有自限性，脓疱经 4~7 天逐渐消退，但因搔抓及分泌物的流出不断使细菌扩散到其他部位，以至于有新的皮损不断发生，使病程迁延数周或数月。大多数皮损痊愈后不留瘢痕。

2. 大疱性脓疱疮（bullous impetigo） 由金黄色葡萄球菌所致。病初皮损为散在小的水疱，1~2 天后水疱增大并形成脓疱，

周边有红晕。脓疱丰满紧张，数日后疱壁松弛。当疱内脓液减少后，脓液沉积于疱的下部，呈半月形的积脓形象，成为本型脓疱疮的特征之一。由于疱壁薄而松弛，大疱中央部分常破溃先结痂，而周边脓液可向四周渗出，在四周形成新的水疱或脓疱，排列成环状或链环状，称环状脓疱病（impetigo circinata）。本病好发于面部。自觉瘙痒，一般无全身症状。

### 【实验室及相关检查】

本病常不做检查可明确诊断。但对少数临床表现不典型，或治疗和判断有无可能并发肾炎等预后，可以做下列检查。

1. 常规检查 白细胞总数升高，可达到  $(10\sim 15)\times 10^9/L$ ，皮损泛发者或伴全身症状者更明显，约 50% 患者中性粒细胞比例增高（>70% 以上）。少数患者血沉增快，尿常规检查尿蛋白轻度升高。

2. 细菌学检查 脓液培养多为金黄色葡萄球菌，也可为链球菌或两者混合存在。噬菌体分型多为 II 型，也可为 I、III 和 IV 型。细菌培养时应同时做药物敏感试验，以指导临床用药。脓液涂片检查，革兰染色显示阳性球菌，也有用免疫学方法对分离的细菌进行链球菌型别鉴定，链球菌型别 2、49、55 和 60 型与肾炎有关。

3. 血清学检查 主要用于预测 PSGN 发生的危险性。由链球菌引起的脓疱疮，抗“O”可以升高，但大多数患者可无明显变化。血浆 C 反应蛋白可以升高。脱氧核糖核酸酶（DNase）抗体和透明质酸酶抗体检测可以升高，此两种抗体可以作为早期预测是否继发 PSGN 的指标。

4. 病理检查 本病病理检查表现为毛囊、皮脂腺漏斗上部有浅表的炎症，角质层下与颗粒层之间形成脓疱，疱内含有较多的中性粒细胞、上皮细胞碎片、纤维蛋白和球菌，真皮有轻度炎症反应，表现为血管扩张、水肿、多形核白细胞浸润。

### 【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断 根据发病年龄、季节和部位，结合典型的皮损改变可以明确诊断，必要时借助细菌学检查以明确病原诊断。

2. 鉴别诊断

(1) 丘疹性荨麻疹 其特征为风团样红斑基础上出现丘疹或小水疱，反复发作，好发于四肢和躯干，伴奇痒。

(2) 水痘 冬春季节好发，起病时可有发热，皮疹为向心性分布，同时可见到斑疹、丘疹、水疱和结痂等各期损害，头皮和口腔黏膜易受累。

(3) 体癣 环状脓疱疮需与体癣鉴别。前者为表浅、十分潮湿的皮损，上覆黄亮色或橙黄色的厚痂，痂的边缘较松软。体癣周边为鳞屑性红斑。必要时真菌检查可以帮助鉴别。

(4) 脓疱性湿疹 本病发生与年龄、季节和部位无关，表现为界限不清的潮红，皮疹呈多形性。

### 【治疗】

1. 治疗原则 依据皮损范围、有无并发症，结合细菌学检查及药敏试验，选用局部或系统抗菌治疗。

2. 局部治疗 应以杀菌、消炎、收敛、干燥为原则。对于抽取疱液后和糜烂、结痂性皮损，可用1%聚维酮碘（povidone iodine）溶液，或1:5000~1:10000高锰酸钾溶液湿敷，对于较厚的痂壳，先软化后加以清除，以方便抗菌药物充分接触创面。外用药物包括：①2%莫匹罗星（mupirocin，百多邦）软膏；②2%夫西地酸（fusidic acid）软膏；③5%聚维酮碘溶液、凝胶或软膏。上述三种外用药物的共同特点是抗菌作用强、抗菌谱广、局部刺激性小，且与其他抗生素无显著的交叉耐药。每日3~4次，疗程7~10天。无全身症状者，仅局部治疗即可。

3. 系统用药 近20年来，由于耐青霉素的金黄色葡萄球菌成为脓疱疮的最常见的原因，故主张开始治疗就选用抗 $\beta$ -内酰胺酶的抗生素如氯唑西林、头孢拉定、阿奇霉素、头孢羟氨苄等，如为耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌，抗生素首选万古霉素。具体使用方法如下：

(1) 氯唑西林 每次0.25~0.5g，每日4次口服，或每日2.0~6.0g，分4次肌注或静滴。

(2) 头孢拉定 每次0.5~1.0g，每日4次口服，或每日

2~4g, 静脉注射。

(3) 头孢克洛 每次 375mg, 每日 2 次。

(4) 阿奇霉素 每次 1.0g, 每日 1 次, 口服, 或每日 1.0g, 静滴。

(5) 莫西沙星 每次 400mg, 每日 1 次, 口服, 或每次 400mg, 每日 1 次, 静滴。12 岁以下儿童禁用。

(6) 万古霉素 每日 1~2g, 分 2 次静脉滴注。

上述药物疗程 7~10 天, 或视病情变化而定。

应该指出, 抗菌治疗不论多么及时, 也不论多么确当, 都不太可能减少 PSGN 发生的危险性。

### 【预防】

加强个人卫生, 减少疾病传播, 注意其他皮肤疾病的治疗是防止脓疱疮的关键。必要时可以对鼻前庭带菌状态进行监测, 以防止本病的传播和流行。

## 二、毛囊炎、疖、疖病

### 【概述】

1. 定义 毛囊炎 (folliculitis) 是指原发于毛囊部的急性、亚急性或慢性炎症。

疖 (furuncle) 是指金黄色葡萄球菌侵入毛囊引起的一种急性化脓性深毛囊炎和毛囊周围炎。

疖病 (furunculosis) 是指多发性、复发性疖。

2. 毛囊炎分类 毛囊炎可以是化脓性炎症如单纯性毛囊炎, 也可以是非化脓性炎症如项部瘢痕疙瘩性毛囊炎。通常将毛囊炎按累及毛囊的程度不同, 分为表浅型和深在型。

(1) 表浅型 此型主要累及毛囊口及周围, 主要表现为毛囊口小脓疱, 周边有狭窄的红晕。自觉症状有瘙痒或疼痛, 可呈急性如 Bockhart 脓疱疮, 也可呈慢性经过如痘疮样痤疮、粟粒性坏死性痤疮等。



(2) 深在型 又称深毛囊炎，主要累及毛囊深部结构。急性开始为小脓疱，表现为单纯性毛囊炎，可发展成较深较大的脓肿，即疖。也可呈慢性经过如须部毛囊炎、脱发性毛囊炎、项部瘢痕疙瘩性毛囊炎。

3. 病因及发病机制 疖和疖病主要是由葡萄球菌，尤其是金黄色葡萄球菌引起的化脓性炎症，机体抵抗力低下，或皮肤屏障破坏，可以成为发病的基础，病原菌感染的来源主要来自患者的鼻腔或肛周，故属自身源性感染。

毛囊炎的病因及发病机制极为复杂，可以是感染性，亦可以是非感染性。感染性病因主要有细菌、真菌，特别是金黄色葡萄球菌和糠秕马拉色菌，其他如螺旋体、寄生虫也偶可引起本病。非感染性包括各种化学物质如煤焦油、石蜡、石油等刺激，以及物理因素如搔抓、摩擦、拔毛、剃毛等。

4. 发病危险因素 皮肤病患者如湿疹、疖子、瘙痒症、虱病等瘙痒性皮肤病是常见的患病人群。营养不良、恶病质、贫血、糖尿病、长期使用免疫抑制剂也是发病的重要诱因。皮脂腺分泌旺盛也是致病因素之一，故发病年龄多为18~40岁患者，男性多于女性。

### 【临床表现】

1. 毛囊炎 常见的毛囊炎有以下几种。

(1) 细菌性毛囊炎 (bacterial folliculitis) 本病为毛囊浅部或深部细菌 (主要是金黄色葡萄球菌) 感染。浅部细菌性毛囊炎是发生在毛囊口浅表性炎症，表现为毛囊口炎症性丘疹或脓疱，绿豆至黄豆大小不等，四周绕以红晕，中间有毛发穿过。脓疱干涸或破溃后结成黄痂，痂皮脱落后痊愈。如炎症向深部发展，可以形成瘢痕或永久性脱毛。好发于头皮、颈部、胸部及臀部。局部淋巴结可肿大。

深毛囊炎是通常发生在光滑皮肤上的脱发性毛囊炎。表现为深在性脓疱性毛囊损害，通常在下肢对称出现，痊愈后留下永久性脱毛。脱毛后毛囊炎不再发生。

(2) 急性毛囊炎 (acute folliculitis) 本病又称 Bockhart 脓