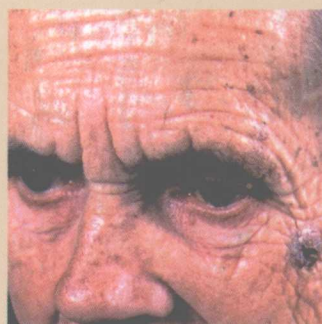
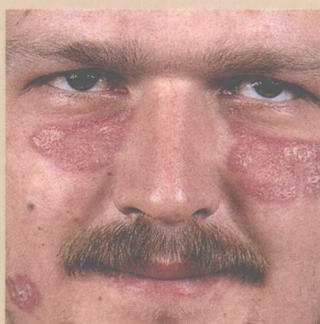


第 5 版

Fitzpatrick

临床皮肤病学彩色图谱

Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of
Clinical Dermatology



原 著 Klaus Wolff
Richard Allen Johnson
Dick Suurmond

主 译 邵长庚
副主译 吴晓初



人民卫生出版社

Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱

Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology

第 5 版

原 著 Klaus Wolff
Richard Allen Johnson
Dick Suurmond

主 译 邵长庚

副主译 吴晓初

译 者 (以姓氏笔画为序)

王洪生 冯素英 刘 毅 李筱芳
陈先进 宋亚丽 吴建兵 尚淑贤
姜祎群 顾黎雄



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

人民卫生出版社

McGraw-Hill

A Division of The McGraw-Hill Companies



Klaus Wolff, et al.

Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology

ISBN: 0-07-144019-4

Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Simplified Chinese translation edition jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) Co. and People's Medical Publishing House.

Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱

本书中文简体字翻译版由人民卫生出版社和美国麦格劳-希尔(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可,不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

图书在版编目(CIP)数据

Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱 / 邵长庚主译.

—北京: 人民卫生出版社, 2008.1

ISBN 978-7-117-09298-2

I. F… II. 邵… III. 皮肤病学—图谱

IV. R751-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第152715号

图字: 01-2006-1351

Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱

主 译: 邵长庚

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

邮 编: 100078

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 705 × 1000 1/16 印张: 64

字 数: 1805千字

版 次: 2008年1月第1版 2008年1月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09298-2/R · 9299

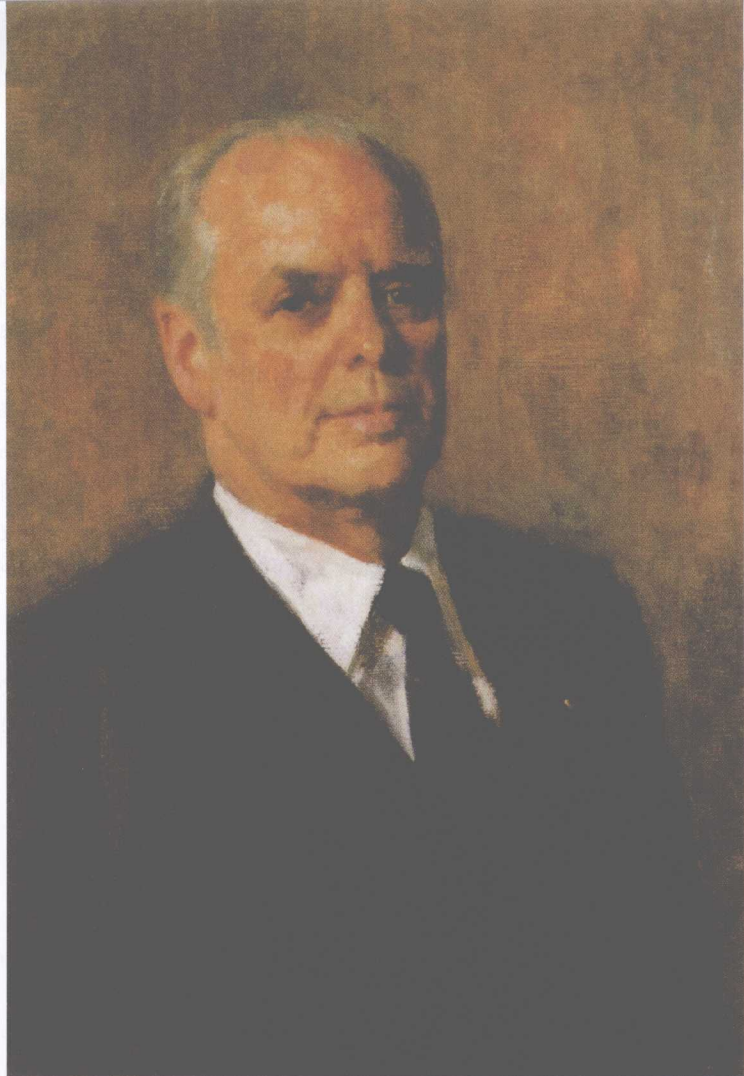
定 价: 325.00元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

敬 告

本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书内容而直接或间接导致的事故与损失负责。



THOMAS BERNARD FITZPATRICK

1919. 12. 19 — 2003. 8. 16

谨以《Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱》第 5 版献给 Thomas B. Fitzpatrick，他是创始编辑和前四版的主编。2003 年 8 月 16 日，Thomas B. Fitzpatrick 死于疾病，他曾与疾病作勇敢的斗争。Thomas B. Fitzpatrick 是一位伟人，他的卓越贡献是推动世界皮肤病学前进，在 20 世纪所创造的业绩是向未来皮肤科学的一个挑战。

Thomas B. Fitzpatrick 的名字与许多里程碑有关，如：黑素小体和酪氨酸酶，表皮黑素单位，皮肤光分型，黑素瘤，PUVA 光化学疗法，日光防护因子等。划时代书籍《Fitzpatrick 综合医学中的皮肤病学》和这本《Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱》就是他创造的里程碑。

Thomas B. Fitzpatrick 于 1919 年 12 月 19 日出生于威斯康星州麦迪逊市。在威斯康星大学肄业后，获得艺术学士学位，1945 年，他毕业于哈佛大学医学院，1952 年在明尼苏达州大学获哲学博士学位，

同年得到美国皮肤科学部证书。32岁时，Fitzpatrick被任命为教授，并任俄勒冈大学皮肤科主任，39岁时，他任Edward Wigglesworth教授和哈佛大学医学院皮肤科主任，马萨诸塞州综合医院和哈佛医学院皮肤科主任，直到1990年退休。他是许多科学团体的成员，在美国艺术科学协会和国家科学协会，医药研究所享有崇高的声誉；17个科学协会赠与他名誉会员称号。他是皮肤病学基金会的发起人，1971-1973年担任基金会主任；1959-1960年担任皮肤病学研究学会主任委员。他是世界卫生组织黑素瘤规划组和国家科学院的改变深奥学科领域影响委员会成员，是国家科学院人体健康财务小组主席。他在环境保护机构科学咨询委员会和美国皮肤科委员会任职，1961-1969年是新英格兰医学杂志编辑部委员。他被授予Fitzpatrick博士Myron Gordon杰出著作奖；Dohi国际交流讲师职务；Stephen Rothman金奖；1986年日本天皇授予他太阳勋章；皮肤病研究学会名誉会员；获新英格兰皮肤科协会皮肤病学杰出职业奖。1990年，他被任命为美国皮肤科协会皮肤科专家，世界卫生组织授予他皮肤黑素瘤领域杰出成就奖。皮肤科协会国际联盟授予他皮肤科学术委员会和科学研究终生成就奖证书。马萨诸塞州联邦管理者宣布1994年5月2日定为Thomas Bernard Fitzpatrick博士日。

Thomas B. Fitzpatrick是一位富有创造力的科学家和多产作家。他发现的突破点是：

- 确定黑素沉着的主要成分：首先证实人体的酪氨酸酶；分离和黑素沉着代谢单位特征，他称之为黑素小体；开发表皮黑素单位的概念，认识在色素沉着过程中，黑素细胞和角质形成细胞的合作关系。
- 制定早期发现皮肤恶性黑素瘤的临床标准；应用科学方法合理发展外用遮光剂，确定和使用光防护因子；提出皮肤光分型的概念，现在全世界仍将此作为评估光诱导肿瘤危险因素，评估光作为黑素瘤病因的作用。
- 证实叶状斑点图形作为最早期结节性硬化症的体征。
- 证实β-胡萝卜素为红细胞生成原卟啉症的光防护剂，首先在体内系统应用光防护剂治疗人体疾病。
- 介绍补骨脂素进入20世纪医药中，同UVA一道作为色素沉着剂使用，用来治疗白癜风并开发光化学疗法的概念。从20世纪70年代到80年代，PUVA成为治疗银屑病和蕈样肉芽肿的最有效的方法，现仍然在全世界广泛应用。

Tom Fitzpatrick是一位伟大的科学家和杰出的临床皮肤病学家，是有着热情和富有同情心的医师，不但是与他有过接触的人了解他，而且世界许多社区的人们也知道他。他是一位慈爱的老师，Tom诙谐、善解人意，非常好奇，他的好奇成为创造的源泉，他的好奇具有感染力，和同情心一道，表现出对人民深深的热爱。对他而言，每个患者都是他的注意重点。Thomas B. Fitzpatrick已经成为皮肤科学界的偶像，赢得人们广泛的赞誉和爱戴。

译者序

很早就知道美国著名皮肤病学家T. B. Fitzpatrick所写的 *Dermatology in General Medicine* 是一本好书, 后来才知道他还编了另外一本 *Color Atlas and Synopsis in Clinical Dermatology*, 而且已出版四版。作者在2003年已故去, 为纪念这位皮肤科学界的伟人, 他的同事Klaus Wolff等编写以Fitzpatrick命名的《Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱》第5版(2005年), 奉献给他和他的家人。阅读此书第5版, 觉得非常新颖且精彩, 鉴于国内尚无此书的中文译本, 又有人民卫生出版社的大力支持, 就组织此书的翻译。

全书共分为33章, 概括了皮肤病学的广泛领域, 既有常见病, 又有少见病。本书从疾病的概念、流行病学、发病机制、临床特点、实验室检查、处理、预防等方面对每一种皮肤病进行描述, 既有经典的概念, 又有学科中发展的进展, 不是简单的重复。更可贵的是, 在一般书中常被忽略的内容或一些模糊的概念从书中总能找到满意的答案, 通过大量列表的方式使疾病的鉴别诊断、疾病的分类、病因等一目了然。另外, 顾名思义, 本书有857幅精美的彩色临床图谱, 不少是我们不够熟悉的疾病, 使我们大开眼界。部分照片十分珍贵, 对临床医生在较短时间内掌握该病的临床表现和诊断很有帮助; 另外, 由于作者曾获艺术学士学位, 所拍摄的图片从艺术角度来看, 也是珍品, 图像清晰, 立体感强, 所反映的皮肤病皮损十分逼真, 没有常见图片的用光污染。书中的概要说明配合图谱也使我们增长见识。本书有以下特点:

1. 与其他学科联系广泛: 就西医而言, 本来皮肤科是从内科划分出来的, 实际上, 在系统疾病中就有很多皮肤损害的表现。比如性传播疾病, 既有皮疹, 又有泌尿科、妇产科、眼科、内分泌科、传染病等其他科等疾病。因此, 皮肤科医生有必要具备其他科知识, 在此书中加强体现皮肤科与相关学科的联系, 可供读者学习。

2. 有独到之处: 此书文字概要简单明了, 又切中皮肤病的关键所在。如关于头癣的类型, 特别是发内型和发外型, 其发生的机制和表现, 配合示意图, 阐述得很清楚。又如肛门瘙痒, 作者强调瘙痒多由残余粪便刺激所引起, 因此需要便后清洗干净, 清洗后不用油膏, 最好用粉剂以保持干燥, 文字叙述精辟又简洁。

3. 有实用价值: 医务人员, 特别是皮肤科医师在进行皮肤病教学时, 可参考此书, 作为教学大纲, 提纲挈领很方便。如对银屑病的治疗, 作者首先提出影响选择治疗的因素, 包括年龄、银屑病的类型、波及的部位和程度、过去的治疗和并发症等, 提醒选择治疗时不要简单从事。书中语言表达准确, 便于读者理解。

总之, 本书中精辟之处颇多, 可以说作者是从一个崭新的角度对皮肤病做了很好的诠释, 在某些方面填补了现有的皮肤科出版物中的空白, 在此不再一一举例, 读者阅读后可以亲身体会。

本书的译者是以博士为主的青年皮肤科医生, 他们朝气蓬勃, 虽然平时临床和研究工作繁忙, 但是非常重视这项任务, 本着“学而时习之, 不亦悦乎”的精神, 克服困难, 直译全文, 以示全貌。

本书各章使用缩略语颇多, 为了方便读者, 在书后列了缩略语表, 供读者参考。最后, 还要说明, 限于译者水平, 译文中难免有不妥或疏漏之处, 请读者不吝指正。

邵长庚

中国医学科学院皮肤病研究所

前 言

“时间就是变化；我们用事情的改变来测量它的过程”。

Nadine Gordimer

1983年本书第一版出版，统一拓展二十余年皮肤病学主要进展。皮肤病学是医学专业中最具探索的学科之一，因为皮肤病的负担是巨大的，许多创新疗法吸引大批患者。

《Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱》提供给医师、皮肤科医师、内科医师和其他卫生工作者所利用，主要因为它提供大量的皮损彩色图谱，同时提供皮肤病的简明摘要大纲和全身疾病的皮肤体征，促进皮肤病诊断。

第5版已彻底修改了过去的版本，有50%以上的内容重写，附有857幅图，扩展了有关的最新处理和治疗内容。图谱的前一版已经翻译为多种文字。

介 绍

《Fitzpatrick 临床皮肤病学彩色图谱》作为“领域指南”来认识皮肤病及其治疗。皮肤通常是临床识别重要损害的宝库。皮损形状的大体形态学仍是皮肤病学诊断的核心，因此本书有 857 幅皮肤病彩色插图，包括内脏疾病、感染、肿瘤的皮肤表现，以及任何健康人体偶然的皮肤损害。我们努力在书中包括有关性别的皮肤病和大量的图片显示不同种族人群皮肤病的资料。本图谱涵盖临床皮肤病学的整个领域，但不包含罕见综合征或罕见皮肤病。

本书计划提供给全体医师和其他卫生工作者，包括医学生、皮肤科住院医师、内科医师、肿瘤科医师、感染病专家去治疗有皮肤表现的疾病。对于非皮肤科医师，从本书以下的“皮肤科诊断入门”和“皮肤病诊断概要”开始阅读是适当的，从而熟悉皮肤病的命名原则和思路。

本图谱四篇 33 章，有 3 个短附录。每章有彩色标签，在每页的顶部用彩条来表示，有助于读者在浏览本书时可快速查找，同样，在每章的首页有表示该章所介绍疾病特点的小照片方便查找。

每种疾病用小符号标记提供第一眼信息，发病率是正方形小格（□），死亡率是圆形小圈（○）。

- 罕见 ○ 低发病率
- 不常见 ● 高发病率
- 常见 ● 严重

例如，黑素瘤处符号 ■● 表示黑素瘤是常见和严重的。符号也有变化，例如，□→■ 表示该病罕见，但在特殊人群、大流行地区或流行时可能常见，另一符号 ●→● 表示该病可引起很高发病率且病情可变为严重。

皮肤病诊断入门

皮肤改变的性质有两种不同临床情况：

I. 常规体检时，注意到健康个体可偶然发生皮肤改变。

A. “红斑和痕迹”：许多无症状损害在医学上是无关紧要的，可见于健康个体，也是不必去看医生的；每一个全科医生应有可能识别这些损害的差异以鉴别无症状的、重要的，例如，恶性的，皮损。

B. 患者未注意到的重要皮损，医生不能忽略：例如，不典型痣，黑素瘤，基底细胞癌，鳞状细胞癌，von Recklinghausen 病的牛奶咖啡色素斑，黄瘤。

II. 皮肤改变是患者的主诉

A. “小”问题：例如，局部瘙痒疹，“疹”，腹股沟疹，结节，如痣和脂溢性角化病。

B. “4-S”：严重患者的严重皮肤体征见于

1. 泛发红疹伴发热

a. 病毒疹

b. 立克次体疹

c. 药疹

d. 伴毒性产物的细菌感染

2. 泛发红疹伴水疱明显的口腔损害

a. 多形性红斑（多见）

- b. 中毒性表皮坏死
- c. 大疱性类天疱疮
- d. 药疹
- 3. 泛发疹不红伴水疱，糜烂和口腔损害
 - a. 天疱疮
- 4. 泛发红疹伴脓疱
 - a. 脓疱性银屑病 (von Zumbusch 型)
 - b. 药疹
- 5. 泛发疹伴水疱
 - a. 播散性单纯疱疹
 - b. 泛发性带状疱疹
 - c. 水痘
 - d. 药疹
- 6. 泛发红疹伴全身脱屑
 - a. 剥脱性红皮症
- 7. 泛发性风团和软组织水肿
 - a. 荨麻疹和血管性水肿
- 8. 泛发紫癜
 - a. 血小板减少
 - b. 暴发性紫癜
 - c. 药疹
- 9. 泛发性可触及紫癜
 - a. 血管炎
 - b. 细菌性心内膜炎
- 10. 多发性皮肤坏死
 - a. 脑膜炎菌血症
 - b. 淋球菌菌血症
 - c. 弥漫性血管内凝血
- 11. 局部皮肤坏死
 - a. 钙沉积症
 - b. 闭塞性动脉硬化
 - c. 动脉粥样硬化栓子形成
 - d. 华法林坏死
 - e. 抗磷脂抗体综合征
- 12. 面部炎性水肿伴发热
 - a. 丹毒
 - b. 红斑狼疮

皮肤病诊断大纲

相对于其他临床医学领域，患者在诉说病史之前应该作检查，因为患者可以看见自己的皮损，所以，常在病史中有缺陷地自己解释皮疹的来源和原因。而且无先入之见进行客观检查时，诊断准确性较高。许多皮疹具有特征，开始不需要诉说病史。然而，只是在视觉和身体检查期间或检查后，应当询问病史，根据客观发现来诊断。

身体检查

外观

不适，“中毒”，健康

重要体征

脉搏，呼吸，体温

皮肤：“学会认”

应当检查全身皮肤，包括黏膜，生殖器和肛门，头发、甲及其周围淋巴结。读皮肤像是读一篇课文。基本皮损像是字母表中的字母：结合它们的形状，颜色，边缘和其特点可作为词，它们的位置和分布可作为句子和段落。皮肤病诊断的首要条件是识别 (1) 皮损类型，(2) 颜色，(3) 边缘，(4) 硬度，(5) 形状，(6) 排列和 (7) 皮损的分布。

识别字母：皮损型别

● **斑** 是一种局限的皮肤颜色改变，无突起或凹陷，因此不能触及。斑是界限清楚或不清楚的。斑可以是任何大小或颜色（示意图 I-1）。例如，白色见于白癜风，褐色见于咖啡牛奶色素斑（A）；蓝色见于蒙古斑（B）；红色见于持久性血管异常，比如鲜红斑痣（C）；由于炎症引起毛细血管扩张（红斑，D）。将载玻片压在红斑边缘是一种简单而可靠的检查红细胞溢出的方法。如果在玻片压力下，红斑仍然红，该损害是紫癜；如果红斑消失，该损害是血管扩张。皮疹包含斑称作斑疹。

● **丘疹** 一种表浅、坚实损害，通常直径 $< 0.5\text{cm}$ ，大多数高出皮肤，而不深于皮内（示意图 I-2）。丘疹是可触及的，界限清楚或不清楚。代谢或局部产物堆积引起的丘疹高出皮面（A），局部有细胞浸润（B），局部细胞成分增生（C）。表浅的丘疹界限清楚。由细胞浸润引起的较深的真皮丘疹边缘不清楚。当损害的表皮细胞数量增加（C），丘疹边缘清楚。丘疹可以是半球形，圆锥形或扁平顶（如扁平苔藓），或包括多个、小、紧密排列、高出皮面称为增殖物（C）。皮疹包含丘疹称为丘疹性发疹。丘疹可呈簇状（苔藓样），或者扩散（分散）。丘疹融合导致较大、通常平顶、局限、高原样高起，称为斑块（见下面）。

● **斑块** 高出皮面的板状物，与皮肤上的高度相比，占据相对比较大的表面（图 I-3）。通常界限是清楚的。常由诸多丘疹融合而成，比如银屑病。苔藓化界限较不清楚，大斑块，该处皮肤出现增厚，皮纹加深（图 I-3）。苔藓化见于特异性皮炎，湿疹皮炎，银屑病和蕈样肉芽肿。

● **结节** 一种可触及的，坚硬，圆形或椭圆形的损害，比丘疹存在时间长（示意图 I-4），可累及表皮（B），真皮（A），或皮下组织。结节比丘疹大，浸润深。结节是由于炎症浸润（A），新生物（B）或代谢物在真皮或皮下组织沉积所引起。结节界限清楚（B），或不清楚（深）；如果局限于皮下组织，触及感比看到更容易。触诊时结节坚硬或柔软，呈圆顶

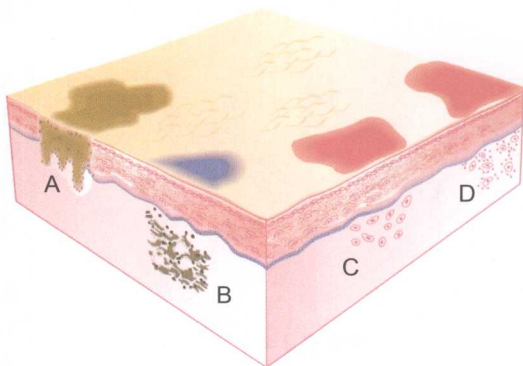


示意图 I-1

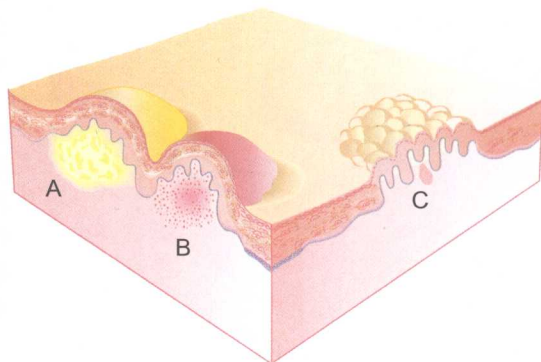


示意图 I-2

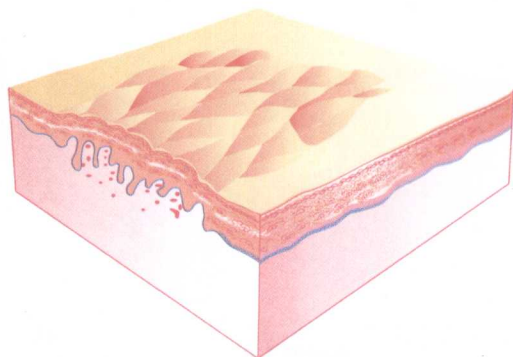


示意图 I-3

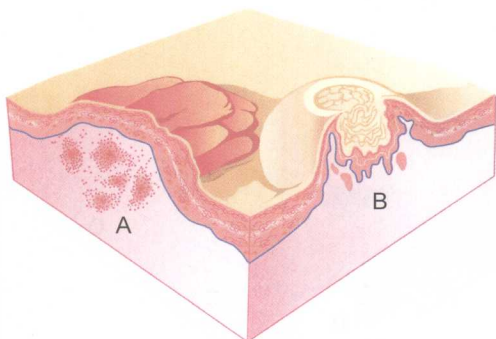


示意图 I-4

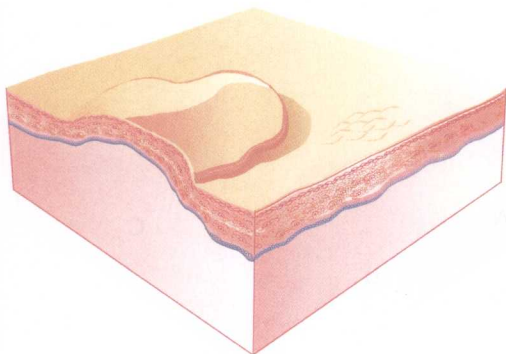


示意图 I-5

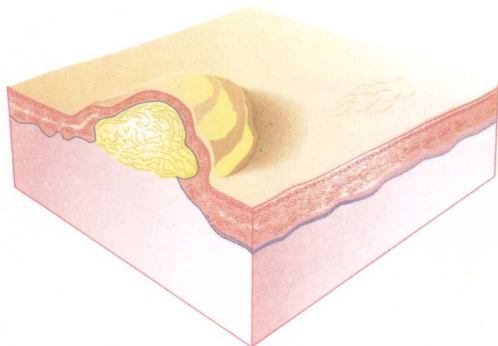


示意图 I-6

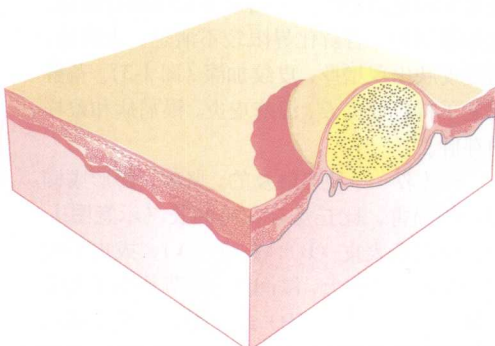


示意图 I-7

形和平滑，可有疣样表面或呈火山口样的中心凹陷。

• **风团** 一种圆形，平顶的浅红色丘疹或斑块，特征是易消失，24~48小时内消退（示意图 I-5）。风团是由于真皮乳头层水肿，可呈圆形、环形或有伪足的不规则形——因为乳头水肿移位，风团大小和形态迅速变化。由风团组成的皮疹称为荨麻疹。

• **水疱-大疱** 水疱（ $<0.5\text{cm}$ ）或大疱（ $>0.5\text{cm}$ ）一种内有液体，局限、高起、浅表空腔（示意图 I-6）。水疱/大疱的顶很薄，透明，腔中可见血清或血液。含有血清的水疱是黄色的；含有血液的从红色到黑色。水疱和大疱起于表浅皮肤不同水平的裂隙，裂隙可发生于角质层下或表皮内（例如，表皮内疱）或在表-真皮交界处（例如，表皮下），见示意图 I-6。水疱形成的皮疹称为水疱疹，大疱形成的皮疹称为大疱疹。

• **脓疱** 一种局限，浅表皮腔含有脓性渗出液（示意图 I-7），可呈白色、黄色、黄绿色，或出血性的疱。脓疱可起于毛囊或独立存在，大小和形状可有不同；通常呈圆顶或多个中心。毛囊性脓疱总是圆锥形的，疱中央常含有毛发。单纯疱疹和带状疱疹病毒感染的水疱损害可成为脓疱。由脓疱形成的皮疹称为脓疱疹。

• **痂** 由皮肤表面血清、血液或脓性渗出液干涸所致（示意图 I-8）。痂可薄而细小和易碎（A），或厚而附着（B）。干性血清形成的痂呈黄

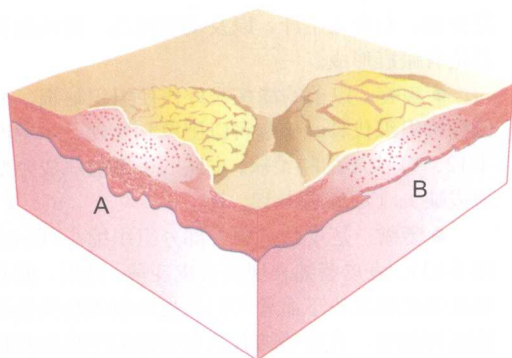


示意图 I-8

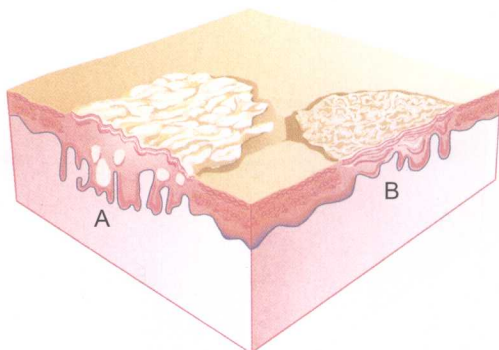


示意图 I-9

色；脓性渗出液形成的痂呈黄绿色，血液形成的痂呈褐色、黑红色或黑色。浅痂表面呈蜜黄色、细小光亮的小颗粒状（A），在脓疱疮中最典型。当渗出液累及全表皮时，痂厚而附着（B），伴随深部组织坏死（例如真皮），此病称为深脓疱。

● **鳞屑** 表皮细胞每 27 天更新一次。这个全过程的最终产物是角质层，皮肤的最外层，不知不觉地脱落。随着表皮细胞的增殖速率加快（例如银屑病），角质层形成异常，皮肤的外层脱屑，即临床上见到的鳞屑（示意图 I-9）。鳞屑是角质层的薄片，可大如薄膜，小如尘埃，可呈糠疹样，粘着或疏松。浓密粘着鳞屑有沙砾样感觉（像砂纸），由局部角质层增厚引起，是日光性角化病的特征之一（B）。有鳞屑的丘疹称为丘疹鳞屑性皮肤病。

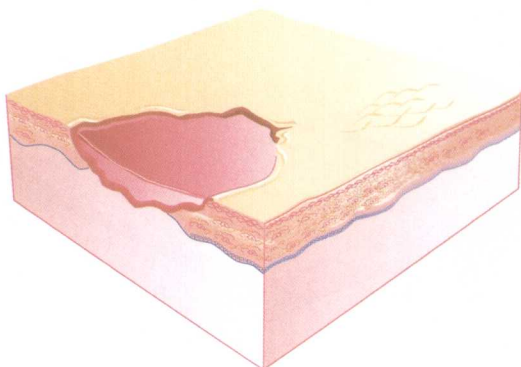


示意图 I-10

● **糜烂** 仅是表皮缺失，不累及真皮（示意图 I-10）；与溃疡相比，溃疡愈合有瘢痕（见下面），糜烂愈合无瘢痕。糜烂界限清楚，有红色渗出。浅表糜烂见于角质层下或全层表皮水疱，深糜烂的基底是真皮乳头层（示意图 I-10）。除自然磨损外，糜烂总是由表皮内和表皮下裂隙所致，像来自水疱或大疱的裂隙。

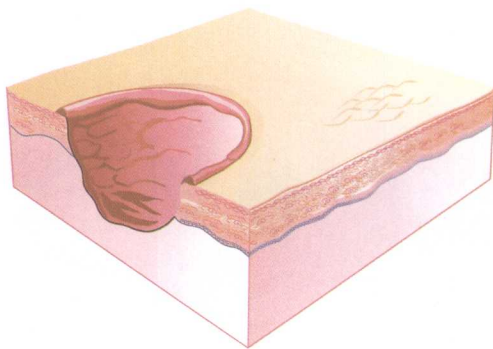


示意图 I-11

● **溃疡** 皮肤缺损延至真皮或真皮下（示意图 I-11）直至皮下，发生于病理学变化的组织。因此，溃疡是继发现象。发生病理学改变的溃疡组织见于溃疡边缘或基底，有助于确定病因。另一个有助于这方面的特征是溃疡边缘抬高（示意图 I-11），潜行，硬或湿润；溃疡的位置；渗出；有关的部位特征，例如，结节，剥蚀，静脉曲张，毛

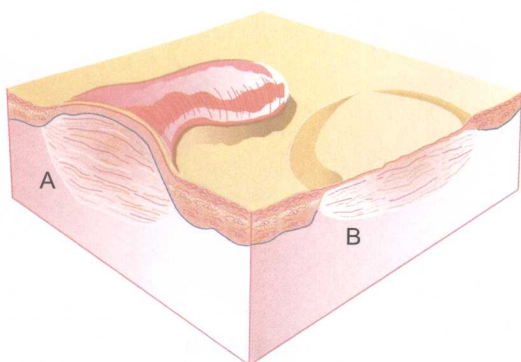


示意图 I-12

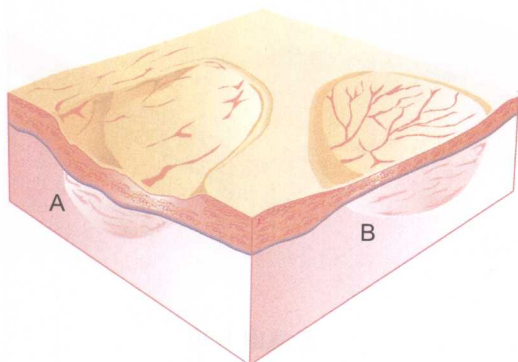


示意图 I-13

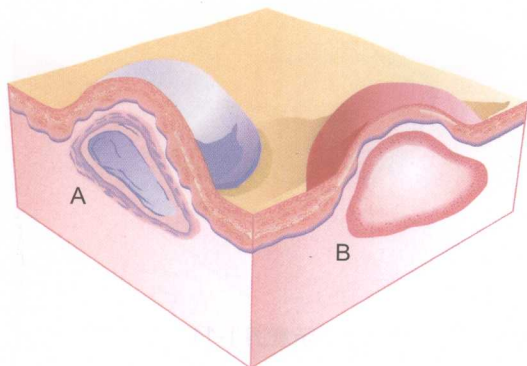


示意图 I-14

发分部, 有或无出汗, 以及动脉搏动。溃疡愈合总是有瘢痕形成。

● **瘢痕** 以前的溃疡或外伤使组织缺损, 继以纤维组织代替。瘢痕可以肥厚和发硬 (示意图 I-12, A) 或萎缩和柔软, 皮肤的全部组织成分变薄或缺失 (示意图 I-12, B)。

● **萎缩** 是皮肤全层或部分组织缩小 (示意图 I-13)。表皮萎缩表现为表皮变薄, 透明, 能看见乳头层和乳头下血管 (B); 皮肤组织缺失呈香烟纸样起皱。真皮萎缩有真皮结缔组织缺失和损害凹陷 (A)。

● **囊肿** 腔中含有液体或固体、半固体 (示意图 I-14) 物质, 可浅表或深在。可见囊肿像一个球形, 常呈半球形的丘疹或结节, 触之有弹性。有一上皮衬里, 常有纤维囊腔; 根据其内容物囊肿可呈皮肤色, 黄色, 红色或蓝色。表皮囊肿产生角蛋白物质 (A), 毛发囊肿有多层的上皮衬里, 见示意图 I-14。

将字母形成词: 鉴定损害的进一步特征

● **颜色** 粉红色, 红色, 紫色 [紫癜皮损用载玻片压不能变白 (玻片压诊法)], 白色, 褐色, 棕色, 黑色, 蓝色, 灰色, 黄色。这些颜色可以是均匀一致或呈斑驳色。

● **境界** 清楚 (可用铅笔尖画出踪迹), 不清楚。

● **形状** 圆形, 椭圆形, 多边形, 多环形, 环状 (环形), 虹膜状, 匍行形 (蛇行样), 脐形。

● **触诊** 考虑 (1) 硬度 (柔软, 坚实, 硬, 波动, 木板样); (2) 温度 (热, 冷); (3) 活动度: 注意存在触痛, 估计损害的深度 (例如, 真皮或皮下)。

成形句子和理解正文: 评估排列, 形式和分布

● **数目** 单一或多个损害。

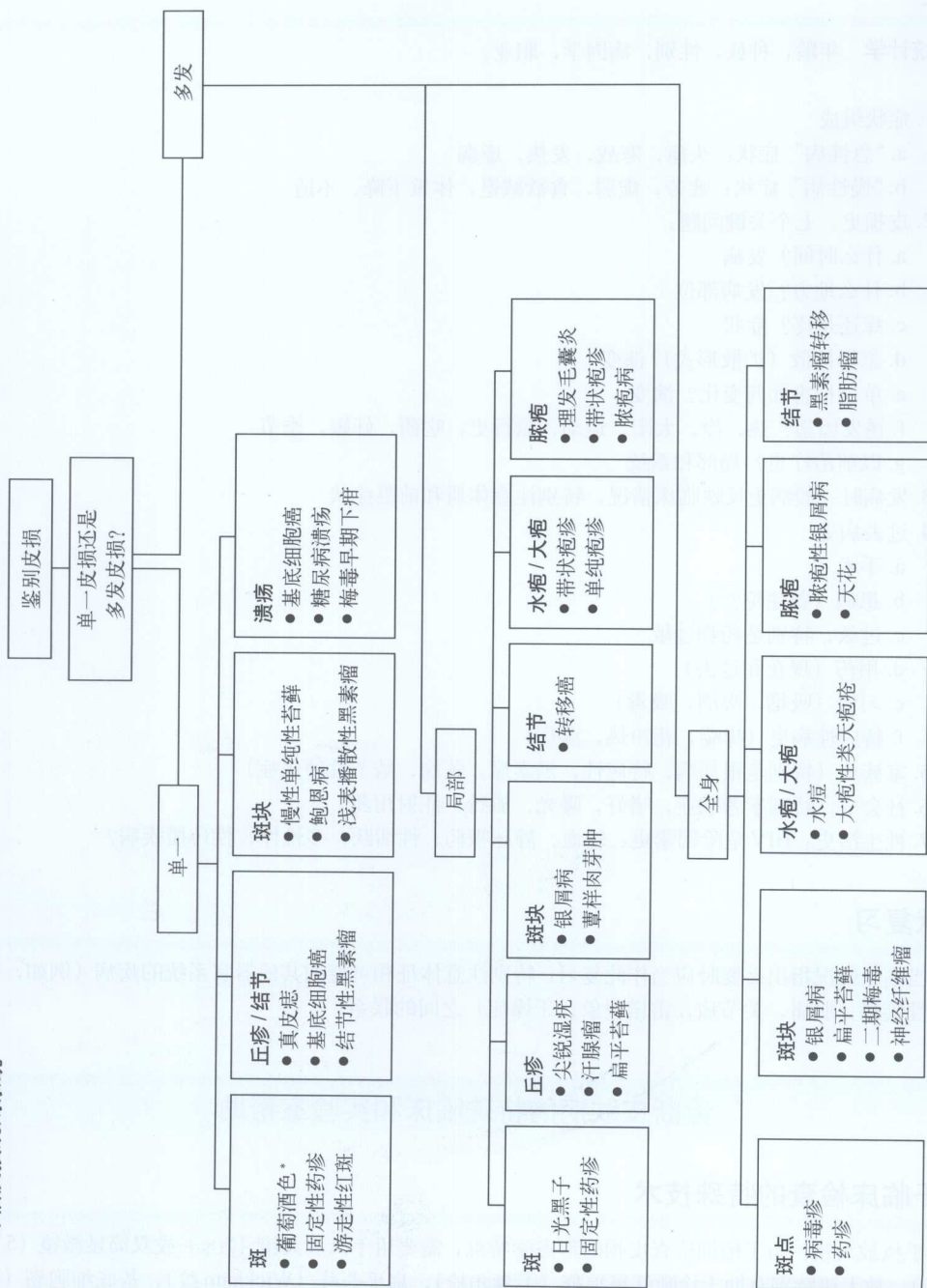
● **排列** 多个损害可以 (1) 成簇: 疱疹样, 弓形, 环形, 网形 (网状), 线性, 匍行形 (蛇形); (2) 播散: 散在孤立损害。

● **融合** 有或无。

● **分布** 考虑 (1) 范围: 孤立 (单一损害), 局限, 局部, 全身, 泛发; (2) 形式: 对称, 暴露部位, 压力部位, 间擦部位, 毛囊部位, 随机, 伴随着皮区或 Blaschko 线。

表 I-1 提供如何着手进行评估皮损规则系统图。

表 I -1 评估皮损规则系统



*表示举例

病史

人口统计学 年龄，种族，性别，病因学，职业。

病史

1. 症状组成
 - a. “急性病”症状：头痛，寒战，发热，虚弱
 - b. “慢性病”症状：疲劳，虚弱，食欲减退，体重下降，不适
2. 皮损史。七个关键问题：
 - a. 什么时间？发病
 - b. 什么地方？发病部位
 - c. 痒还是疼？症状
 - d. 怎样扩散（扩散形式）？演变
 - e. 单个损害如何变化？演变
 - f. 诱发因素？热，冷，太阳，运动，旅行史，吃药，妊娠，季节
 - g. 以前治疗史？局部和系统
3. 发病时一般病史反映临床情况，特别注意体质和前驱症状
4. 过去病史
 - a. 手术
 - b. 患病（曾住院？）
 - c. 过敏，特别是药物过敏
 - d. 用药（现在和过去）
 - e. 习惯（吸烟，喝酒，吸毒）
 - f. 特应性病史（哮喘，花粉热，湿疹）
5. 家族史（特别是银屑病，特应性，黑素瘤，黄瘤，结节性硬化症）
6. 社会史，特别参考职业，嗜好，曝光，旅行，注射用药
7. 性生活史：HIV 危险因素史：输血，静脉吸药，性活跃，多性伴，性传播疾病？

症状复习

当临床情况指出必要时应当作此复习，特别注意体征和可能的其他器官系统的疾病（例如，主诉风湿性疾病，肌痛，关节痛，雷诺现象，干燥症）之间的联系。

诊断皮肤病的特殊临床和实验室帮助

用于临床检查的特殊技术

手执放大镜：为了精细检查皮损的形态学特点，需要用手执放大镜（7×）或双筒显微镜（5×到40×）。放大镜特别有助于诊断红斑狼疮（毛囊角栓），扁平苔藓（Wickham 纹），基底细胞癌（半透明度和毛细血管扩张），黑素瘤（颜色变化敏感，特别是灰色和蓝色）；滴一滴矿物油后，看得最清楚。下面讨论皮肤镜的用处（见“皮肤镜”）。

坐在黑暗房间里,皮损处斜光常需要轻度抬高或降低来检查,使皮损表面结构看得见,有助于估计皮疹的范围。

检查房间弱光能增强局限的色素减少和色素增加皮损与正常皮肤的对比。

Wood灯(长波紫外线光,“黑”光)诊断某些皮肤病和毛发疾病以及卟啉病有价值。用Wood灯(360nm)可看见荧光素和黑素沉着的微小色差。Wood灯在检出毛干(黄绿色)红癣(珊瑚红色)的荧光特别有用。如果用Wood灯在尿中检出桃红色荧光,再加入稀释盐酸增强荧光可疑诊断卟啉病。Wood灯还有助于评估正常皮肤深肤色和浅肤色与皮损的亮度变异;例如,可见到结节性硬化症和花斑癣是低黑素的,不如白癜风无黑素皮损那样白。局限黑素沉着病,例如,雀斑和黄褐斑病,在Wood灯下很明显(更深一些)。相比之下,真皮黑素,比如蒙古斑,在Wood灯下不会加深。因此,使用Wood灯可能找到黑素的部位;然而,在棕色或黑色皮肤患者中,较困难或不可能。

玻片压诊法包括一张载玻片或一把玻璃压舌板压在皮损上。检查者会发现这项操作特别有用,检测斑或丘疹的红色,由于毛细血管扩张(红斑)会变白或血液溢出(紫癜)不变白色。玻片压诊法对于检出肉样瘤,皮肤结核病,淋巴瘤和环状肉芽肿的玻片的黄褐色外观也有用。

皮肤镜(也称为上部发光显微镜)。有内部照明和放大 $10\times\sim 30\times$ 的手执放大镜被称为皮肤镜,允许非侵袭性检查深层皮肤(真皮-表皮连接处和远处)。对于区别色素性皮损的良性和恶性生长类型特别有用。数字皮肤镜特别用于监测色素性皮损,因为,随后,影像可回放和检查,可以随着时间检测到改变并进行定性和定量对比。数字皮肤镜使用计算机影像分析程序提供(1)客观测量变化;(2)快速储存,回放和传递影像,给专家作进一步讨论(远程皮肤镜);(3)提出形态学特征去作数字分析。皮肤镜和数字皮肤镜需要特殊训练。

临床体征

用一工具如钝圆的钢笔末端强烈摩擦皮损后,褐色斑或色素性荨麻疹(肥大细胞增生病)的小丘疹成为可触及风团,此时Darier征是“阳性”。该风团5~10分钟不消失。

轻度搔抓或刮刮鳞屑皮损显示皮损中有点状出血,此时Auspitz征“阳性”。建议考虑银屑病,但不是特异的。

用手指按压,表皮横向离开真皮,引起糜烂,此时Nikolsky现象阳性。是皮肤棘层松解病的重要诊断体征,例如,天疱疮或葡萄球菌烫伤样皮肤(SSS)综合征,或其他疱病或疾病表皮坏死疾病,例如中毒性表皮坏死松解症。

临床试验

斑贴试验用于确诊变应性接触性敏感和鉴定过敏原。试验物质置于浅杯中(Finn小室)放在皮肤上,用一根带子固定,保留24~48小时。当观察试验结果时,接触过敏者在48~72小时内出现丘疹水疱反应。它是小比例复现体内疾病的惟一方法,因为过敏可影响所有皮肤,所以可以在任何皮肤部位引出敏感反应。斑贴试验比“使用试验”(用可疑过敏原)容易而安全,低浓度试验物质短时间可在皮肤的小范围内应用(见第2章)。

光斑贴试验是斑贴试验联合试验部位紫外线照射,用于证实光过敏(见第10章)。

针刺试验用来检测I型变态反应。一滴含有极小浓度的过敏原液体放在皮肤上,用一根针通过此滴穿刺。穿刺不超过乳头层。20分钟内出现风团为阳性。该患者必须观察,因为可能有过敏反应。

醋酸白试验有助于发现亚临床的阴茎和女阴疣。用5%醋酸(白醋)液浸透纱布包裹龟头或用于宫颈和肛门处。5~10分钟后,用 $10\times$ 手镜检查阴茎或女阴,疣像小白丘疹样。