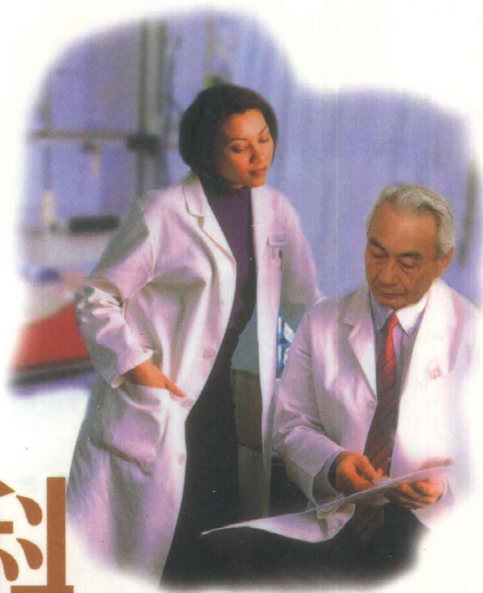


 临床思维指南



皮肤性病科

典型病例分析

科学的临床思维方法是正确临床决策的基础。凝聚着国内资深医学专家的经验 and 智慧，通过对历经多年积累的典型及疑难病例的综合分析，书中所展示的精炼的思维方法和清晰的诊断思路，将引领勤奋好学的临床医生们走进探索成功的殿堂。

● 陆 春 朱国兴 主 编

Pífu Xíngbǐngkē Diǎnxíng Bìnglì Fēnx

 科学技术文献出版社

637

R75
187



临床思维指南

皮肤性病科

典型病例分析

主编	陆 春	朱国兴			
主审	顾有守	徐广坤			
编委	陆 春	朱国兴	刘 毅	苏向阳	万苗坚
	黄怀球	冯佩英			
摄影	苏向阳				
秘书	朱国兴				

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

皮肤性病科典型病例分析/陆春,朱国兴主编.-北京:科学技术文献出版社,2002.10

(临床思维指南)

ISBN 7-5023-4074-2

I. 皮... II. ①陆...②朱... III. 皮肤病-病案-分析 IV. R751

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 041511 号

出 版 者:科学技术文献出版社

地 址:北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话:(010)68514027,(010)68537104(传真)

图书发行部电话:(010)68514035(传真),(010)68514009

邮 购 部 电 话:(010)68515381,(010)68515544-2172

网 址:<http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn;stdph@public.sti.ac.cn

策 划 编 辑:张金水

责 任 编 辑:张金水

责 任 校 对:唐 炜

责 任 出 版:刘金来

发 行 者:科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者:北京国马印刷厂

版 (印) 次:2002 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

开 本:787×960 16 开

字 数:488 千

印 张:27.25 彩插 6 面

印 数:1~8000 册

定 价:43.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。



本书以培养临床思维为特色,从临床实际出发,将皮肤性病学知识融会渗透到实际病例之中,按照临床上解决问题的思路,首先分析患者的临床特点、提出初步诊断及诊断依据,然后作鉴别诊断,并对该疾病作全面的阐述,最后提出治疗方法;另外对诊疗过程的注意事项亦作详细的阐述,帮助读者在临床实践中能够在纷繁复杂的临床资料中抓住主要矛盾,找准突破点,以培养正确、严谨、全面的临床思维。书后附有部分典型病例的临床图谱,以加深印象。

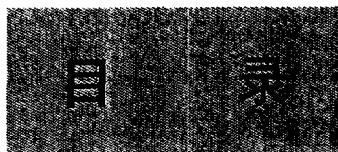
本书可供临床医生、研究生、进修医生、医学生等阅读参考。

本书在编写过程中,参阅了国内外相关书籍和专业期刊的有关内容,得到了顾有守教授和徐广坤教授的审阅和指导,同时还得到我科全体工作人员的大力支持和配合,在此一并表示感谢。

限于作者的水平,加之时间仓促和篇幅所限,书中缺点和错误在所难免,诚恳希望专家和读者提出批评、指正。

陆 春 朱国兴

于广州中山大学附属第三医院皮肤性病科



第 1 章 皮肤病临床诊断概论	(1)
第 2 章 病毒性皮肤病	(16)
病例 1 泛发性带状疱疹	(16)
病例 2 Kaposi 水痘样疹	(23)
病例 3 传染性单核细胞增多症	(26)
病例 4 成人麻疹	(31)
第 3 章 细菌性皮肤病	(35)
病例 1 下疳样脓皮病	(35)
病例 2 丘疹坏死性结核疹	(39)
病例 3 丹毒	(43)
病例 4 坏死性筋膜炎	(47)
第 4 章 真菌性皮肤病	(52)
病例 1 背部浸润斑块型孢子丝菌病	(52)
病例 2 着色芽生菌病	(58)
病例 3 足菌肿	(63)
第 5 章 性传播疾病	(68)
病例 1 一期梅毒	(68)
病例 2 二期梅毒	(79)
第 6 章 光感性皮肤病	(85)
病例 1 多形性日光疹	(85)
病例 2 慢性光化性皮炎	(89)
病例 3 光线性肉芽肿	(93)

第 7 章 变态反应性皮肤病	(97)
病例 1 固定型药疹	(97)
病例 2 重症多形红斑型药疹	(100)
病例 3 剥脱性皮炎型药疹	(106)
病例 4 大疱性表皮坏死松解型药疹	(111)
病例 5 异位性皮炎	(115)
病例 6 湿疹	(123)
病例 7 化妆品接触性皮炎	(131)
第 8 章 结缔组织疾病	(137)
病例 1 盘状红斑狼疮	(137)
病例 2 系统性红斑狼疮	(142)
病例 3 狼疮性肾炎	(163)
病例 4 儿童大疱性系统性红斑狼疮	(168)
病例 5 新生儿红斑狼疮	(172)
病例 6 儿童皮炎	(177)
第 9 章 角化性皮肤病	(182)
病例 1 汗孔角化症	(182)
病例 2 可变性红斑角化症	(185)
病例 3 进行性指掌角皮症	(188)
病例 4 疣状肢端角化症	(191)
第 10 章 红斑鳞屑性皮肤病	(194)
病例 1 寻常型银屑病	(194)
病例 2 泛发性脓疱型银屑病	(206)
病例 3 关节病型银屑病	(212)
病例 4 红皮病型银屑病	(220)
病例 5 扁平苔藓	(227)
病例 6 类天疱疮样扁平苔藓	(233)

病例 7 毛发红糠疹	(237)
病例 8 硬化性萎缩性苔藓	(243)
第 11 章 大疱和无菌性脓疱性皮肤病	(250)
病例 1 寻常型天疱疮	(250)
病例 2 增殖型天疱疮	(257)
病例 3 落叶型天疱疮	(261)
病例 4 红斑型天疱疮	(265)
病例 5 IgA 天疱疮	(269)
病例 6 家族性良性慢性天疱疮	(273)
病例 7 大疱性类天疱疮	(277)
病例 8 角层下脓疱性皮肤病	(284)
病例 9 急性泛发性发疹性脓疱病	(288)
病例 10 嗜酸性脓疱性毛囊炎	(293)
第 12 章 皮肤血管炎、脉管性疾病	(299)
病例 1 变应性皮肤血管炎	(299)
病例 2 过敏性紫癜	(304)
病例 3 结节性红斑	(310)
病例 4 持久性隆起红斑	(314)
病例 5 急性发热性嗜中性皮病	(317)
病例 6 坏疽性脓皮病	(322)
病例 7 白塞病	(329)
第 13 章 皮肤肿瘤	(337)
病例 1 汗管瘤	(337)
病例 2 Bowen 病	(340)
病例 3 乳房外 Paget's 病	(345)
病例 4 基底细胞癌	(350)
病例 5 恶性黑色素瘤	(354)

病例 6	鳞状细胞癌	(358)
病例 7	Kaposi 肉瘤	(363)
病例 8	蕈样肉芽肿	(368)
病例 9	局限型线状表皮痣	(373)
第 14 章	系统性疾病的皮肤表现	(377)
病例 1	白血病的皮肤表现	(377)
病例 2	皮肤转移性肿瘤	(382)
病例 3	移植物抗宿主病的皮肤表现	(386)
第 15 章	综合练习	(392)
综合练习 1	发热、皮疹、咽部溃疡、突眼、尺神经炎	(392)
综合练习 2	踝部紫癜、痛性溃疡、色素减退性萎缩、网状青斑	(398)
综合练习 3	颜面红斑、全身不自主运动、精神症状	(403)
综合练习 4	颜面红斑、光敏、吞咽困难	(409)
综合练习 5	Raynaud 现象、全身皮肤硬化、吞咽困难、肌力下降	(418)
参考文献		(426)
附录:部分病例临床彩色图谱		(427)

皮肤病临床诊断概论

一、皮肤病的基本损害

皮肤损害(皮损)是指可以用视觉或触觉检查出来的皮肤黏膜病变。皮肤损害常分为原发性损害和继发性损害,但两者有时是不能截然分开的,有些损害可以是原发的,也可以是继发的,如色素沉着和脓疱等。

原发性皮肤损害又称原发性皮疹,是指由皮肤病本身的特殊病理变化而直接产生的皮肤黏膜改变。继发性皮肤损害是指由原发性损害转变而来,或在疾病的发展过程中、治疗过程中或机械性损害而引起的皮肤黏膜改变。

(一)原发性皮肤损害

1. 斑疹(macule, spot) 为皮肤黏膜局限性的色素改变,既不凸起也不凹陷,只是局部皮肤颜色的改变。一般直径不超过 1cm,若直径超过 1cm 者,即称为斑片(patch)。斑疹可分为两种 ①炎症性斑疹:可因感染、化学物质或物理性刺激而使真皮内血管暂时性扩张而引起皮肤颜色的改变,多呈红色,压之颜色可暂时变淡或消退;②非炎症性斑疹:可由于皮肤色素的改变、皮肤血管发育的异常、皮肤内注入染料和皮内出血等原因引起。若色素消失,则为白斑;色素沉着则为色素斑。

血管增生如血管痣,血管扩张如毛细血管扩张;若为血管出血为紫红色斑,小的称瘀点,大的称瘀斑,压之均不退色。

2. 丘疹(papule) 为局限性隆起性的实质性损害。高出皮面、可触摸、比较坚实的局限性突起,一般直径小于0.5cm,若直径大于0.5cm,即为斑块(plaque)。丘疹的顶部可以是尖的、圆的、扁平的或是中间有凹陷的;底部可以是圆形、多角形或不规则形;颜色可以是红色、紫色、黄色或白色等。若丘疹发生在毛囊部位,可称毛囊性丘疹;若在丘疹上又发生水疱或脓疱,可分别称为丘疱疹和脓疱丘疹;而介于斑疹和丘疹之间者称为斑丘疹。丘疹可分为炎症性和非炎症性丘疹,炎症性丘疹可呈淡红色至暗红色,基底潮红、紫红色;非炎症性丘疹多呈正常皮肤颜色,基底不潮红,也可呈棕黑色、黄白色和蓝青色。

3. 水疱(vesicle)和大疱(bulla) 水疱为高出皮面含有液体的局限性隆起性损害,直径不超过0.5cm,如直径超过0.5cm者则为大疱。疱的位置可位于角质层下、颗粒层或表皮上部,或在表皮下部甚至真皮层;水疱可以变为脓疱或大疱;分布可以是散在,也可是群集性;形态可以是半圆形、圆锥形、扁形或不规则形,有的中间有小凹陷;其疱壁可以是紧张性或松弛性;其内容物可以是血浆、血液或淋巴液;疱周可有或无红晕;可发生在炎症皮肤上或正常皮肤上,疱内可以是单腔或多腔。

4. 脓疱(pustule) 为高出皮面含有脓液的局限性皮肤隆起。脓疱可以位于角质层下、表皮内或表皮下,中央有毛囊穿过者为毛囊性脓疱;脓疱大小不一,可呈圆形、球形、圆锥形或中央有凹陷;因内容物不同,可呈白色、黄色或黄绿色,脓疱周围常有红晕。

5. 脓肿(abscess) 为脓液局限积聚于原先并不存在的腔隙中,常常表现为红肿热痛,成熟时有波动感。脓肿多由化脓性细菌引起,冷性脓肿则多由结核病、梅毒等引起。

6. 风团(wheel, hive) 为高出皮面的局限性水肿性的隆起性损害。病理上为真皮浅层的急性暂时性水肿。风团数目不一,大小不等,小的直径仅3~4mm,大的可超过10cm,形态可为圆形、类圆形、环形、回形或不规则形等,可有伪足,颜色可为红色、淡红色或苍白色。特点为骤起骤落,此起彼伏,消退后不留痕迹。如发生于真皮深层或皮下组织,肿胀明显,消退迟缓者,称为血管性水肿。

7. 结节(nodule) 为可触及的圆形、类圆形或椭圆形的局限性实质性损害。多位于真皮内或皮下组织,直径超过1cm,与丘疹的不同点是其病变范围比丘疹深而大,有时结节位置较深而仅能触及而看不见,因而其表面颜色可为皮色或红色、淡红色不等。结节可完全吸收而不留痕迹,或溃烂形成溃疡。

8. 囊肿(cyst) 为含有液体或半液体的囊状损害。呈圆形或椭圆形,触之有弹性,深浅不一,可在真皮内或皮下,表面颜色可为皮色或红色、淡红色及蓝色等。最常见的有表皮囊肿和皮脂腺囊肿。

9. 肿瘤(tumor) 为或软或硬和可活动性或不可活动性的、形态和大小(直径多超过2cm)不一的皮内或皮下组织新生物。其可呈圆形、不规则形或蒂形,表面可为皮色、红色或黑色,有的是良性,有的是恶性,可持续存在,或逐渐扩大,或溃破形成溃疡。

10. 水肿(edema) 液体在血管外的组织中过多集聚者。水肿可呈局限性或全身性分布,指压之能凹陷的为凹陷性水肿,指压之不凹陷的为非凹陷性水肿。

(二)继发性皮肤损害

1. 鳞屑(scale) 为或干燥或油腻脱落的表皮细胞。因新陈代谢表皮角质层每天都在脱落,只是细小而薄而不引起人们的注意;但在皮肤病的病理过程中,由于角化过度、角化不全及水疱的干枯等,可产生明显的脱屑。鳞屑可有多种多样,可为糠秕样、云母状或牡蛎状、大片状等,颜色也不一样,一般多为灰白色,亦可为深浅不等的褐色、灰色甚至黑色。

2. 痂(crust) 是皮肤病发生发展过程中所产生的浆液、血液、脓液及各种细胞、治疗中的药物等干枯后所形成的附着物。痂可柔软或脆,并且与皮肤粘连,颜色可为黄色、绿色或黄绿色、棕色或暗红色。

3. 浸渍(maceration) 为皮肤长时间浸水或处于潮湿状态,皮肤角质层的水量增多,引起皮肤特别是指、趾缝皮肤变软发白甚至起皱,容易剥脱的现象。浸渍剥脱后形成潮红糜烂面。

4. 糜烂(erosion) 是皮肤表皮层的部分或全部缺损而露出的潮红面。多见于水疱、大疱、脓疱或浸渍等的表皮脱落后,或丘疹、小结节的表皮破损后,其形态、大小视原发损害和部位而定。如受摩擦可有痛感,因损害在表皮,愈后不留瘢痕。

5. 溃疡(ulcer) 是深达真皮层或以上的皮肤缺损。其大小、形态、颜色、边缘、基底、分泌物及发展过程视病因的不同而不一致,愈后有瘢痕。

6. 坏疽(gangrene) 为边缘鲜明的紫黑色损害。常继发于各种原因引起的组织坏死,其大小视坏死组织的病变而定。

7. 表皮抓破或抓痕(excoriation or scratch mark) 由于瘙痒等原因用手等机械性搔抓而引起的表皮点状或线状缺损。表面因血清或血液渗出,干燥后可形成黄色痂或血痂。如搔抓仅达表皮或真皮乳头部分,愈后不留瘢痕,而抓到真皮深层

或更深,则愈后可有瘢痕形成。

8. 碎裂(cracked) 由于干燥而使皮肤出现的裂纹和很薄的黏着性鳞屑。像轻度的鱼鳞病,鳞屑不易脱落,但剥之可剥下一部分,主观无不适,稍加滋润后可自行消失。

9. 皲裂或裂隙(fissure or rhagade) 由于皮肤干燥或慢性炎症,致皮肤弹性减低或消失,加上外力作用而形成的皮肤线状哆裂。常发生于手掌、足跟、口角及肛门周围,可引起疼痛,甚至出血。

10. 角化(keratosis) 为皮肤角质细胞在皮肤上的堆集。角化可位于表皮、毛孔,表皮角化可于皮面平行排列如鳞屑,或垂直排列如棘刺。可分为 ①正常角化:网状的如花斑癣的糠秕性鳞屑,层状的如鱼鳞病或脂溢性角化病,或紧密的如掌跖角化病;②角化不全:可融合的如银屑病,或点状的如毛囊角化病和汗管角化病。

11. 苔藓(化)样变(lichenification) 为角质形成细胞及角质层增殖和真皮炎症细胞浸润而形成的斑块状结构。由反复搔抓摩擦所引起,表现为皮肤局限性浸润肥厚,皮沟加深,皮嵴隆起,表面粗糙,硬如皮革,边缘清楚。常为中央较厚大、外围较小的多角形丘疹,而其边缘上可见散发的、典型的、微发亮的扁平苔藓样丘疹。

12. 硬化(sclerosis) 为局限性或弥漫性的皮肤变硬。可由真皮和皮下组织水肿、细胞浸润和胶原纤维增殖所引起。

13. 萎缩(atrophy) 为一种退行性损害,可原发或继发,可发生于表皮、真皮或皮下组织,或相连的两层同时受累。表皮萎缩中,若如老年人由于表皮细胞层数减少变薄者,皮纹未变,因盘状红斑狼疮等疾病或外伤而发生的萎缩者,可失去皮纹;在真皮萎缩者,由于乳头层或网状层结缔组织减少,皮肤可有凹陷,但表面外观正常,皮纹存在;表皮、真皮均萎缩者,表皮菲薄透明,皮纹完全消失。

14. 瘢痕(scar) 为新生的结缔组织代替因外伤或疾病所被破坏或缺损的真皮或甚至一部分皮下组织。瘢痕有两种 ①萎缩性瘢痕:较周围正常皮肤表面低凹;②增生性瘢痕:高于周围正常皮肤表面。瘢痕一般表皮甚薄,无正常皮纹和皮肤附属器。

15. 瘢痕疙瘩(keloid) 新生结缔组织代替缺损的皮肤甚至皮下组织,并且侵犯周围正常皮肤者。

16. 黑头(comedo) 皮脂腺毛囊孔充满角质栓塞,表面呈黑色者。角栓含有角化细胞、皮脂、断发和微生物等,黑头为痤疮的主要损害。

17. 隧道(burrow) 由疥虫钻进表皮内活动而形成的细线状损害,位于表皮

的角层或棘层,常见于指缝和腕屈面,长约5~15mm,微弯或呈螺旋状,带黑色或灰色,是疥疮的特征,用针挑可查见疥虫。

18. 皮肤异色(poikiloderma) 为同时伴有皮肤色素沉着、萎缩及毛细血管扩张的损害。

19. 乳头瘤样增殖(papillomatosis) 皮肤表面呈多数聚集的肉刺样,其表面干燥粗糙,或有少量渗液,为表皮角质层和棘细胞层过度增生所致。

二、皮肤损害的基本特点及描述

1. 皮疹的性质 在检查时,首先要明确皮疹的性质,是原发性皮疹或是继发性皮疹中的哪一种类型,是单一种皮疹或还是多种皮疹同时存在。

2. 皮疹的部位 在确定皮疹的性质后,就要明确皮疹主要发生在机体的哪一部位。由于某些皮肤病常有某些好发部位,因而,明确皮疹主要分布的部位,对皮肤病的诊断意义很大。注意皮疹是发生于有毛或无毛部位、是在暴露或隐匿、皱褶部位,是躯体的伸侧或屈侧、是外侧或内侧、是背部或掌跖部位,或是在毛囊孔、汗孔、腔口外缘及发缘等。

3. 皮疹的形态 可多种多样,有圆形、椭圆形、卵圆形、多角形、环形、多环形、蝶形、虹膜形等,也可呈叠瓦状、念珠状、钱币状、条状、线状、带状、点状、盘状、网状、地图状等,形态可整齐、规则或不规则,但某些皮肤病可具有某种特殊的形态,如系统性红斑狼疮在面部典型的表现为蝶形红斑,虹膜状(或靶形)损害为多形红斑的典型皮疹等。

4. 皮疹的大小 可以用一些常见的物品或直径多少等来形容,一般来说,对于有三维外观的皮疹如丘疹、斑块、肿瘤等,可以使用相似外观的物品表示:针头、芝麻、绿豆、黄豆、蚕豆、樱桃、核桃、鸡蛋等;若是平面性质的皮疹如斑疹等,既可用上述的具体物品表示,也可用直径多少毫米、厘米等表示。

5. 皮疹的数目 皮疹数目较少时,可以直接用具体数字表示;数目多时,可用较多、甚多表示。

6. 皮疹的颜色 在不同时间、不同温度、不同病程时,同一皮疹可有不同的色差,但应以在充足的自然光和适宜室温下检查时所见进行描述。皮疹颜色可有:正常皮肤颜色、淡红色、玫瑰红色、暗红色、深红色、紫红色、苹果酱色、牛肉色、淡黄色、金黄色、橘黄色、淡白色、银白色、苍白色、灰白色、黑色、褐色、褐黑色、青色、青紫色、棕色等,皮疹的颜色若是炎症性或充血性时,压之退色,若为色素沉着或皮下

出血者,压之不退。

7. 皮疹的边缘和界限 皮疹的边缘多样性:整齐/规则、不整齐/不规则、弥漫性、潜行性、高起、卷起、凿缘、锐利等,而皮疹的界限可以是清楚的,也可以是不清楚的。

8. 皮疹的基底 宽或窄、有无蒂等。

9. 皮疹的表面 皮疹表面的形状可为光滑、粗糙、扁平、尖锐或隆起,也可呈刺状、乳头状、菜花状、半球形、圆锥形、珍珠样、绒毛样等,有的中央有脐窝样凹陷或为高低不平;另外,应注意皮疹表面有无光泽、糜烂、溃疡、渗液或脓性物、出血及结痂、鳞屑等。

10. 皮疹的硬度 可有木板样、钮扣样、软骨样、橡皮样或柔软等,也可有弹性,压之有抵抗力、波动感等,有的可为松弛或紧张,或浸润、易碎、细腻等。

11. 皮疹的高度 以皮肤表面为基准,皮疹是否与皮面平行、凹陷、凸起,或是略高出皮面还是明显高出。

12. 皮疹的厚度 可用厚、薄、萎缩等形容,也可用深、浅等来描述。一般来说,描述如鳞屑或痂皮等时可用厚、薄表示,而描述如溃疡等可用深、浅来形容。

13. 皮疹的湿度 皮疹的含水量,有潮湿、干燥、浸渍或水肿性等。

14. 皮疹的内容物 皮疹如为水疱、脓疱、囊肿等时,应注意其内容物是清澈、浑浊、血性、浆性、黏液、脓液、皮脂、角化物、钙化物或异物等。

15. 皮疹的分布 注意皮疹是单侧性或对称性分布,是局限性或全身性、广泛性、播散性分布,是散在性或相互融合,是孤立性或是群集性,是单一散发或是密集等。

16. 皮疹的排列 主要注意皮疹排列有无特殊性,特殊性的排列有相当高的鉴别诊断价值。皮疹排列可有沿血管、神经分布区排列、线状、带状、环状、弧状排列等。某些特殊排列常见的一些原因:

(1)线状排列可见于:①银屑病、扁平苔藓、扁平疣等因同形反应或自身接种所引起者;②线状痣、色素失禁等先天性皮肤疾患;③孢子丝菌病、结节性血管炎、血栓性静脉炎、淋巴管炎等沿血管淋巴管分布的疾病;④线状苔藓、线状神经性皮炎、线状硬皮病等其他疾病。

(2)环状、弧状损害及排列:①红斑、紫癜或真皮水肿者,包括环状红斑、游走性慢性红斑、风湿性边缘性红斑、Majocchi 环状紫癜及荨麻疹;②真皮肉芽性改变者,包括线状肉芽肿、麻风、寻常狼疮、结节病、梅毒树胶样肿或结节;③表皮真皮均有病变者,包括扁平苔藓、蕈样肉芽肿、玫瑰糠疹、汗孔角化病、银屑病、角层下脓疱

病、二期梅毒玫瑰疹、体癣等。

(3)呈群集性排列:单纯疱疹、疱疹样皮炎、疱疹样脓疱疮等,带状疱疹单个红斑上的水疱也呈群集性排列。

(4)网状排列:主要是血管扩张而呈网状排列,常见的有:火激红斑、网状青斑及白色萎缩等皮肤脉管炎性疾病。

17. 常见毛发损害 注意毛发增多或减少、颜色有无变化、形态有无改变、是断发还是脱发。对毛发脱落部位,注意毛发稀疏情况、是斑状或虫咬样还是片状秃发;对毛发形态的改变,注意毛发有无扭曲、卷起、念珠样、羊毛样、结节样、束状等;并注意若拔出毛发有无感叹号样改变,毛发损害部位的皮肤有无覆有鳞屑、痂皮和皮肤有无红斑浸润等。

18. 常见的指(趾)甲损害 注意有无甲、甲厚薄、颜色变化、形态有无异常等。常见的颜色改变有:点状、线状白甲、全白甲、黄甲、灰甲、黑甲、红甲、蓝甲和绿甲;形态的改变有:甲缺失、甲变薄或萎缩、甲肥厚、小甲或大甲、反甲、甲横沟、甲纵嵴、甲纵沟等;甲凹陷可有点状或顶针样等。同时注意甲周围组织的异常情况。

三、皮肤病的诊断

皮肤性病学诊断,与各临床学科一样,都需经过详细的问诊、全面而仔细的体格检查及各种必要的实验室检查等,经过对主要症状、体征的系统分析,结合实验室等检查结果,进行综合后而得出的。

(一)皮肤病诊断过程中常见的几个误区

1. 病史采集不完整、不真实 病史采集的重要手段就是问诊,问诊的过程就是医师通过对病人或有关人员的系统询问而获得临床资料的一种诊断方法。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医师,常常在单独问诊中就能对许多疾病提出准确的诊断,特别是在某些慢性、复发性疾病时。如果因病人本身的某些隐私问题、对医师本人的信任度,或因医师本人与病人交流的技巧、医师本身的知识所限及责任心不强等原因,不能获取病人疾病发生发展过程的完整、准确的资料,将对疾病的诊断和处理有很大的影响。

2. 检查病人不细心、不仔细 体格检查是医师运用自己的感官或借助传统的检查工具来了解病人身体情况的一组最基本的检查方法。基本的检查方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊,对皮肤性病科医师而言,最重要的是视诊,通过肉眼或

借助放大镜等查看疾病发生的部位、性质、形态等,并能详细描写,对疾病的诊断和鉴别诊断将起着不可替代的作用。如果在检查时,不注意与病人的交流,得不到病人的合作,或检查不全面、不细心,不能获取完全、正确的皮肤病基本皮肤损害,将不可能进行正确的诊断与鉴别诊断。

3. 皮肤损害概念不清或不熟练 对于皮肤科医师而言,皮肤的损害就是其诊断与鉴别诊断的基础,如果医师对各种皮疹的概念不清、掌握不熟练,那么,势必影响到其对皮疹描述的模糊、不准确,这又必然造成对疾病认识的错误,导致误诊、误治。因此,对于皮肤损害的基本概念正确的理解、认识,并能熟练的应用,是作为一个皮肤性病科医师的基本要求,只有正确、准确和熟练地认识、描述皮疹,才能对各种皮肤病作出正确的诊断和处理。

4. 先入为主的思想 先入为主,以自己的意念来进行临床的问诊、体格检查,是临床医师的大忌。我们进行某项活动或思维,都不可避免地将自己的印象、观点渗透到其中,当我们进行病史的采集、皮疹的检查时,也是同时进行紧张的临床思考,该病人的主要症状是这样,那么诊断可能是这个,病人的皮疹特点是这些,那可能的诊断是什么等等的思维,但如果在思考的过程中,不是实事求是地进行询问病史或体格检查,而只依据病人所表现的某些症状或体征,就以可能是某病的观念进行有意识的诱导性问诊,或按自己的意念去体查病人、去描述皮疹等,这种先入为主的临床资料收集,所得到的资料势必是不完整、不真实的,其所得到的诊断也必将是不全面的,甚至是错误的。

(二) 病史采集中应注意的问题

1. 善于接触病人,取得病人的信任,是获得真实、全面病史的前提。病人是医师服务的对象,也是医师最大的财富,只有通过对不同病人不同疾病的诊断处理,医师的诊治水平才能不断地提高,因此,我们在进行临床医疗活动时,从病人实际出发,站在病人的角度真正为病人着想,以温和、诚恳、耐心、亲切和热情的态度去接触病人,才能获得病人的信任和尊重,才能获取病人疾病发生发展及治疗过程中最真实的原始资料。

2. 有计划、有目的及有技巧地询问病史,是获得疾病发生、发展规律,了解病情严重程度及预后,明确处理中应注意问题的基础。有计划、有目的地询问,并不是说带有自己诊断性的诱导性询问,而是在问诊过程中,在病人所提供的各种繁杂信息中,理出对疾病诊断及鉴别诊断有意义的线索,并抓住这些线索,有目的、有计划地顺藤摸瓜,去粗取精,去伪存真。因此,一个有经验的医师,在对某一种病人的

有计划性地询问及从病人所介绍的情况里找到一些线索经进一步询问后,常可从中找出疾病发生、发展的规律,明确诊断,并了解到疾病的严重程度和预后,也明确了处理中应注意的问题。

3. 注意对疾病发生、发展过程中各种诱因的询问,包括遗传性、传染性及系统性疾病与皮肤病的关系,以及工种、药物或光过敏史的问诊。疾病的发生、发展,都有其各种可能的原因,在进行皮肤病的病史采集过程中,应注意引起或加重疾病的可能诱因;对于与变态反应性有关的疾病,由于病人的工作、生活环境、所接触的各种物质、起病前后的用药情况,以及家族、个人本身的药物、食物等过敏史,对疾病诊断有着十分重要的意义。

4. 提高对少见病、疾病不典型表现的认识,有助于完整、准确地获取临床资料,提高对疾病的诊治水平。由于疾病本身的复杂性,加之个体的差异、用药干扰、疾病本身的变异,以及疾病在不同阶段的表现不同,致使许多疾病在不同人的身上表现出不同的反应,这就要求医师要对疾病的不典型表现有较深的认识,并在对疾病的诊疗过程中,深入临床,细心观察疾病的变化情况,才能得到正确的临床资料;若对少见病没有了解、认识,即使是少见病有典型的临床表现,也无法获取准确的原始临床资料,更谈不上诊断和治疗。

(三)皮肤损害检查的注意事项

1. 必须在充足的自然光下检查 皮疹的每一微小变化,对诊断和鉴别诊断都有帮助,所以要能够正确地观察皮疹,就必须在充足的自然光条件下。在光线不足或非自然光的地方,观察皮疹的形态、大小、颜色等,是不可能正确、准确和完全的;而皮疹的特点,是皮肤科医师进行诊断与鉴别诊断的重要手段。因此,检查皮疹特点,最好在充足的自然光条件下,如不具备此条件也应在日光灯下进行。

2. 检查时的室温应适宜 皮疹特别是炎症性或充血性皮疹的颜色,在不同的温度下可有一些变化,较热的环境下,某些皮疹颜色可能会深些,在温度较低时可能会浅些,因而,观察皮疹应在温度较适宜的环境下,最好能在恒温(约 25℃)和恒湿的环境下进行。

3. 检查时应尽量充分暴露患处,并进行全面仔细检查,不可以点带面。皮肤科医师在进行皮疹的检查时,应尽量将皮疹发生的部位充分暴露,这样才能够全面准确地观察和描述皮疹,可先从远到近、从上到下、从左到右等多角度观察皮疹的形态、排列、与周围组织的关系等,再对局部皮疹的大小、表面、边缘边界等细微变化进行观察;皮肤是人体最大的器官,某些皮肤病的发生,有其常见的发生部位,但