

亚热带 野战皮肤病学

陈明 关鹏举 主编

解放军出版社

出 版 说 明

本书是总后勤部卫生部根据对越防御作战中，由于地理气候环境因素的影响和阵地生活卫生条件的限制，部队指战员皮肤病患病率较高，而基层部队医务人员又普遍缺乏皮肤病防治知识的情况下，组织我军几位曾在云南、广西前线为指战员进行过皮肤病普查和防治工作的专家编写的。本书结合前线实际情况和防治经验，对亚热带野战皮肤病的病因、发病规律、临床表现、诊断治疗方法及防治对策进行了详细的论述，可供参战部队医务人员和全体官兵学习。现将本书发至部队，希望通过学习本书，进一步提高医务人员诊断、治疗常见皮肤病的技术水平，提高广大指战员的自防能力，确保部队人员健康。

总后卫生部人民军医出版社

1988年7月

序

近些年，云南、广西前线部队指战员在对越防御作战中，英勇顽强，能攻善守，屡建战功，受到全国人民和全军将士的赞誉和尊敬。由于作战地区处于亚热带，气候炎热，潮湿多雨，草木茂密，虫类孳生，加上前线阵地生活卫生条件差，参战部队指战员极易患各种皮肤病，对健康影响较大。军委和总部首长对此十分关心。军委洪学智副秘书长等领导同志多次指示，要求抓好前线皮肤病防治工作。遵照军委、总部首长的指示精神，从1984年至今，总后卫生部先后9次从各总医院、军医大学和军事医学科学院等单位抽调了皮肤病专家和骨干组成的防治组，分赴云南、广西前线为指战员防病治病。

四年多来，专家们多次冒着敌人炮火深入到云南、广西前线90%以上的前沿阵地、哨所、猫耳洞，来回奔波五万余公里，为前线广大指战员普查了皮肤病，并对查出的三万多名病人进行了就地治疗，绝大多数在短期内得以治愈。专家们还对前线皮肤病发病的自然环境和卫生条件进行了实地考察，从人体、动物、用具、猫耳洞等处搜集了5000余份标本，进行了很有价值的科学研究。主任军医马复先，多次在自己身上做试验，证实了新发现癣菌对人的致病性。年过花甲的教授陈明，为了观察新药疗效，多次脱掉上衣，让蚊蠓叮咬；为了尽快减轻指战员痛苦，他毫不保留地将新药处方公开，手把手地教基层卫生人员配制和使用，受到部队的一

致称赞。

经过专家们的艰苦工作和前线部队指战员、卫生人员的共同努力，前线皮肤病防治取得了可喜的进展，首次查清了亚热带山岳丛林地带常见皮肤病的种类、特点以及发病原因，研究出了有效的防治方法，筛选出高效多能的防治药物，大幅度降低了皮肤病发病率，为亚热带山岳丛林地区部队的卫勤保障及皮肤病防治提供了科学依据。

为确保部队人员健康，专家们将亚热带皮肤病防治经验系统整理，并加以科学的探讨和论述，写成了《亚热带野战皮肤病学》一书。我希望全军各级卫生部门都要重视研究亚热带野战皮肤病防治的理论和方法，勇于实践，善于总结，进一步提高亚热带野战皮肤病防治工作水平。

总后勤部卫生部部长 韩光

一九八八年七月

目 录

序

第一章 绪论.....	(1)
第二章 病毒性皮肤病.....	(4)
第一节 疣及传染性软疣.....	(4)
第二节 带状疱疹.....	(8)
第三章 化脓性皮肤病.....	(11)
第一节 脓疱病.....	(12)
第二节 深脓疱病.....	(15)
第三节 毛囊炎.....	(16)
第四节 疖与疖病.....	(17)
第五节 痈.....	(20)
第六节 丹毒.....	(21)
第七节 蜂窝织炎.....	(23)
第四章 真菌病.....	(25)
第一节 浅部真菌病.....	(25)
第二节 皮肤念珠菌病.....	(24)
第三节 孢子丝菌病.....	(36)
第五章 虫类皮炎.....	(38)
第一节 蚊子叮咬.....	(38)
第二节 蠓皮炎.....	(40)
第三节 毛虫皮炎.....	(43)
第四节 隐翅虫皮炎.....	(45)
第五节 疥疮.....	(46)
第六节 蜂螫伤.....	(48)

第六章 物理性皮肤病	(50)
第一节 粟粒疹.....	(50)
第二节 浸渍足.....	(52)
第三节 日光性皮炎.....	(56)
第七章 变态反应性皮肤病	(58)
第一节 接触性皮炎.....	(58)
第二节 湿疹.....	(63)
第三节 荨麻疹.....	(68)
第八章 其他常见皮肤病	(77)
第一节 斑秃.....	(77)
第二节 玫瑰糠疹.....	(78)
第三节 银屑病.....	(80)
第四节 维生素B ₂ 缺乏症.....	(85)
附录1 常用外用药处方	(88)
附录2 亚热带野战皮肤病防治暂行规定	(93)

第一章 绪 论

我国云南、广西、广东、海南、福建诸省位于亚热带和热带地区。这里常年日照时长，雨量充沛，夏有酷暑，冬无严寒，是我国皮肤病的高发地区。由于气温高、湿度大，为各种病原菌的繁殖创造了有利条件；林木茂密，杂草丛生，有利于蚊、蠓等有害昆虫的孳生；一线部队卫生条件相对较差，生活用水供应不足，给传染性皮肤病的蔓延造成可乘之机；广大指战员对皮肤病防治知识不足，不适当的治疗和乱用药物，又加重了病情，延误了治疗。因此，历年来皮肤病的发病率很高，如云南地区某部的皮肤病患病率一度曾高达82.16%，给指战员的身心带来很大痛苦。近几年来总后卫生部多次从各总医院、军医大学和军事医学科学院等单位抽调皮肤病专家和医生组成皮肤病防治组赴亚热带边防前线开展防治工作，对前线海、陆、空三军部队指战员进行了普查和防治，使滇、桂前线皮肤病的发病率有大幅度的下降。但由于一线边防部队生活在亚热带自然环境中，一些阵地供水问题目前尚未得到彻底解决，所以决不能掉以轻心，否则，皮肤病的发病率必将回升。

亚热带前线皮肤病有如下的特点和基本规律：

1. 亚热带前线地区主要是3种皮肤病，即皮肤癣菌病占80%，虫类皮炎占5%，化脓性皮肤病占8%，三种病的发生率占整个皮肤病的95.4%。所谓“烂裆”实际上主要是严重阴股部癣。这些疾病共同特点是病情重，发病部位广泛。

2. 皮肤病的患病率一般是一线部队高于二线部队，尤其是那些战训紧张、供水困难的地区。

3. 3种皮肤病的高发季节为5月至10月份。北方籍或由城市入伍的战士由于不适应当地环境，所以在此季节内患皮肤病者特多。

4. 根据老山前线皮肤真菌嗜动物性宿主的调查，前线野鼠、犬、猫皆可为传染媒介，猫耳洞内棕垫、防潮被及其他生活用品亦可成为传染源。

5. 化脓性皮肤病大多继发于各种瘙痒性皮肤病，尤其是癣和虫类皮炎，是造成部队非战斗减员的重要原因之一。

做好前线皮肤病的防治，归纳起来有以下几点：

1. 领导重视：军政领导和各级卫勤领导在部队进驻亚热带地区前，应了解亚热带地区地理环境的特点及友邻部队历年来的皮肤病发病情况；军政领导应分工有专人负责，动员所属部队积极开展皮肤病防治工作，认真检查督促；各级卫勤组织要当好领导的参谋，及时提出防治措施；组织好各级卫生防疫网络，从集团军到基层连队层层有人负责，切实加强皮肤病防治的组织领导。

2. 培训骨干，普及皮肤病防治常识。部队在进驻亚热带地区前，宜采取逐级层层培训的办法，对各级医务人员，包括连卫生员，进行皮肤病知识的培训，掌握亚热带地区常见皮肤病的诊断和治疗方法。广大医务人员要针对各个战区的特点，采用各种宣传方法，向广大指战员宣传皮肤病防治常识，使广大指战员重视皮肤病的防治和掌握合理应用防治药物的方法。只有做好卫生宣传工作，皮肤防治工作才能落到实处。

3. 改善阵地卫生条件，尽量保证生活用水。前线皮肤病

的防治工作涉及到卫勤组织、卫生管理、生活用水、饮食营养和药物供应等方面的问题，要想从根本上降低皮肤病的发病率，必须发挥部队的整体力量，进行综合治理方能奏效。进入阵地后应立即开展阵地卫生整顿，包括清除垃圾、疏通排水道、填平蚊蝇孳生地、喷洒杀虫药、改善居住条件等。要采取一切措施保证水的供应，条件艰苦的阵地，每人每天生活用水供应争取达到3公斤。前线猫耳洞内公用垫和防潮被是传播传染性皮肤病的媒介，应定期更换或拆洗消毒。

4.掌握发病规律，早预防，早发现，早治疗。要根据各地区皮肤病的特点和规律，早期开展预防工作。如每年5~8月份是虫类皮炎的高发季节，为了防止虫类皮炎的发生，必须采取挂防蚊门帘，喷洒杀虫药，值勤人员应穿长袖衣服，暴露皮肤涂蚊怕水等防护措施，才能有效地防止蚊、蠓叮咬，减少虫类皮炎的发病率。对阵地上发生的皮肤病患者，卫生人员应予以早期治疗，争取在阵地上早期治愈，不因皮肤病而造成非战斗减员。要利用部队轮换间隙组织小体检，突击治疗皮肤病患者。

5.优先保障一线阵地药材供应。前线皮肤病的防治工作重点在条件最艰苦的一线阵地，各级卫勤领导应经常深入了解情况，切实保证药材供应。雨季对重点阵地要加大微型浴包及治癣药物的供应。鉴于前线阵地条件艰苦，应尽量发放高效、多效、速效、使用和携带方便的药物。

总之，防治前线皮肤病要调动各方面的积极性，采取综合治理措施，广泛开展群防群治的活动，抓住重点，兼顾全局，把搞好皮肤病的防治工作当作是增强部队战斗力的重要措施来抓，千方百计把前线皮肤病的发病率降下来，才能保障广大指战员的身心健康。

（蔡瑞康）

第二章 病毒性皮肤病

病毒的种类很多，引起人皮肤病变的临床类型大致可以分为3型：（1）水疱型：如单纯疱疹、带状疱疹、水痘等；（2）赘生物型：如各种疣；（3）发疹型：如麻疹、风疹等。部队中病毒性皮肤病很为常见，但危害性不大。本章只对部队中最常见的两类病毒性皮肤病——疣及带状疱疹予以叙述，其他从略。

第一节 疣及传染性软疣

Verrucae and Molluscum Contagiosum

疣通常包括寻常疣、扁平疣、跖疣及尖锐湿疣4种。各种疣及传染性软疣均好发于青少年，因而在以青年战士为主要成员的部队中，疣是一种常见病多发病。疣通常无自觉症状，只是跖疣在作业训练时可引起足跖部的剧烈疼痛。

【病因】

疣是由人类乳头瘤病毒（HPV）感染引起的，而传染性软疣则由传染性软疣病毒所致。

据最新研究确定HPV有40多种不同类型，他们能够引起不同的临床类型，如引起寻常疣的为HPV 2 a-e，扁平疣为HPV 3 a, b, HPV 10 a, b, 跖疣为HPV 1 a-c到HPV 4, 尖锐湿疣为HPV 6 a, HPV 11 a, b等。

传染性软疣病毒与天花病毒相似，属于痘病毒。

【临床表现】

寻常疣 (Verruca Vulgaris): 本病可见于任何年龄, 而以青少年最为多见。任何部位均可发病, 而以手及手指为好发部位, 少数可见于唇部、鼻孔、外耳道、甲周或甲下。皮损为高起的圆形赘生物, 初呈正常皮色, 以后渐变浅灰、污黄或污褐色, 表面角化、粗糙, 犹如菜花状或棘刺状, 故俗称“刺瘡”。搔抓或摩擦时易于出血。通常为单发, 也可多发。本病无自觉症状, 病程慢性, 有的病例经2~3年后可自愈。

跖疣 (Verruca Plantaris): 本病在部队中有很高的发病率, 几乎所有年青战士足部痛性角化性疾病都是跖疣, 只有少数是鸡眼或其他病。跖疣可发生于足跖的任何部位, 不一定是受压、摩擦部位。通常为单发, 也可多发, 有时数十或数百个疣集聚在一起, 称为镶嵌疣 (Mosaic Warts)。病变开始多为角化性小丘疹, 渐增大, 表面粗糙, 但不高起, 有时可见角刺, 周围有角质环包绕, 污黄色或污灰色。如用小刀削去表面角质层, 则可露出疣之乳头状结构, 常见点状出血, 甚为丰富, 有时可见凝成黑色的陈旧性小出血点。压迫时有剧烈痛感, 常影响行军、作战和劳动。

扁平疣 (Verruca Plana): 本病常见于青年人, 故又名青年扁平疣。好发部位为面部和手背, 有时也可见于二小腿伸侧, 对称性分布。皮损为1~3mm直径大小, 光滑, 扁平, 微微隆起于皮面。新发皮疹常是淡红色, 自觉瘙痒。陈旧性皮损则呈棕褐色或灰褐色, 一般不痒。皮损有在抓痕上扩散的倾向, 故有时可呈条状分布, 在新发疹时尤其明显。病程慢性, 可达数月或数年, 有时亦可自行消退, 不留痕迹。

尖锐湿疣 (Condyloma Acuminata): 本病好发于外

生殖器部或肛门周围,偶可见于腋窝、脐窝或趾间。国外本病多由性交传播,故将其归属于性传播性疾病。本病在部队中罕见。皮损初为小的高起疣状物,渐增大、增殖呈簇状,更大时可呈菜花状、蕈样或乳头状,红色或污灰色,根部有蒂。疣之表面湿润柔软,易发生糜烂渗液,触之很易出血。在乳头裂隙间常有脓性分泌物郁积而发出恶臭。

传染性软疣 (Molluscum Contagiosum): 本病多见于青少年,好发于躯干部,一般均为多发性。皮损为圆形或圆顶形,皮色、粉红色或珍珠色蜡样光亮的小丘疹,一般为2~5mm直径大小。其最大特点是在疣之中央有脐状凹陷,从中可挤出豆渣样物,即软疣小体,具传染性。本病不仅可自家接种,而且也容易传染给他人,因而,经常可以看到在一个班内有多人发病。自觉症状为瘙痒,常因抓破继发感染而有红肿疼痛。

【诊断及鉴别诊断】

根据各种疣的皮损特点及好发部位,诊断并不困难。但有时扁平疣需与老年疣(脂溢性角化病)相鉴别。后者常见于中年以上患者,皮损除好发于面部外,尚可见于胸部、头皮及四肢等处,灰褐色及棕黑色,表面有油腻性鳞屑或结痂。跖疣与鸡眼、胼胝有时不易鉴别,须特别注意,其鉴别诊断见下表。(第7页)

【治疗】

疣通常有一定的自限性,经过2~3年后往往可以自行消退,故如数目不多,痛苦不大时,不必做过激的治疗。如果采用过激的治疗措施,可能会造成疤痕,终身不愈,结果适得其反。尤其是跖疣,经常可以遇到被误诊为鸡眼而进行手术切除的,手术后的疤痕走路时更加疼痛,却又被认为是手术

表 1

跖疣与鸡眼、胼胝鉴别表

项 目	跖 疣	鸡 眼	胼 胝
病 因	病毒感染	足畸形,机械压迫	长期摩擦,负重
形 态	圆形或椭圆形。削去表面角质,中有角质软芯或黑色点状出血,周围有角质环	圆形。削去表面角质,中有锥形角质栓,质地坚硬	大片角质斑片,中无角质栓或软芯
部 位	足跖任何部位	足缘或趾背突出而易受挤压的部位	足跖经常受摩擦部位
数 目	开始单发,以后渐增多,可达数十个或更多	单发,亦可多发	少
压 痛	明显	很明显	不明显

不彻底而多次手术。有时,在治疗上也会遇到另一种情况,即当去除一个最大的“母疣”后,其他较小的“子疣”也会随之消退。

寻常疣:最简单的治疗方法是采用刮除术。有时也可采用电灼术、液氮冷冻术或CO₂激光治疗,然这些疗法的缺点是不易掌握,操作过深可以产生疤痕。

一般外用药治疗方法如下。

弹性火棉胶:在弹性火棉胶中加入5~10%水杨酸或5~10%碘酊,每日涂药一次,较为方便。用后瓶盖必须盖紧,并放置于阴暗处。

5-氟尿嘧啶涂膜剂:处方:5-氟尿嘧啶5g,水杨酸10g,二甲基亚砷2g,成膜材料加至100.0。用时以火柴棒蘸药水小心地涂在疣上,当局部发生炎症反应时即可见效。

鸡眼羔:用水杨酸80.0,石炭酸20.0调成糊状敷在疣

上，待其坏死脱落。在野战条件下也可简单地以盐水将高锰酸钾粉调成糊状敷于患部。

对于顽固性疣可选择以下几种注射疗法。

平阳霉素10mg，以1%奴佛卡因10ml稀释，在每个疣的基底部注射0.5ml，一般一次注射的治愈率可达80%。如一次未愈，一周后可再注射一次。

其他如9%高渗盐水、75%酒精或2.5%碘酊也可用作疣基底部注射，但注射部疼痛较剧，一般患者不易忍受。

跖疣：可以采用上述方法之一来治疗。其中，以刮除术及平阳霉素疣基底部注射效果较佳。对多发性跖疣可用5%佛尔马林溶液或1%新洁尔灭溶液泡足，每天一次，每次15~30分钟，疣可逐渐干涸脱落。

扁平疣：常用的方法有50%板蓝根注射液4ml肌注，每日一次，10~20天为1疗程，聚肌胞（Poly I:c）肌注，每次2~4ml，每日一次，20次为一疗程。

中药治疣汤有一定疗效，方用：桃仁、红花、熟地、当归、赤芍、白芍各9g，川芎、白术、首乌、山甲各6g，板蓝根、夏枯草各15g加減。

尖锐湿疣：可用刮除术或涂用0.1%肽丁胺霜。

传染性软疣：最简单而有效的方法是用锐匙将疣刮除，然后涂以碘酊或三氯化铁酊。最近有人报告口服异丙肌苷每日2次，每次2.5~5g，治疗有效。

第二节 带 状 疱 疹

Herpes Zoster

带状疱疹俗称“缠腰火丹”，是皮肤科的常见病，部队

中发病率不高，但由于其常具有剧烈的疼痛，可以影响作战与训练。

【病因】

带状疱疹系由水痘-带状疱疹病毒引起，与水痘是同一病毒感染所引起的不同临床表现。水痘为原发感染，感染后病毒以潜伏形式存在于脑或脊髓后根的神经原中。当机体抵抗力降低，如感冒、外伤、过劳、肿瘤或应用某些免疫抑制药时，潜在的病毒乘机复活，在临床上即表现为带状疱疹。

【临床表现】

带状疱疹可发生于任何部位，但以躯干部（肋间神经）和头面部（三叉神经）最常被侵犯。多数患者只侵犯一根神经，少数可同时侵犯邻近的2~3根神经，机体抵抗力很低时，偶可侵犯多根神经。

开始发病多先在受累神经分布区域皮肤有感觉过敏或疼痛，但也有先发生皮损而后始感觉疼痛者。皮疹为在发红的皮肤上出现3~5成簇水疱，沿神经分布。水疱渐增多、增大，绿豆至黄豆大小，疱壁紧张，表面光亮。年老体弱者可出现大疱、出血或坏死。皮疹一般只发生在躯体的一侧，不超越中线，罕有双侧受累者。极少数患者可有播散性发疹，此时，患者可有发热等全身症状，病情严重。极个别患者可伴发脑膜脑炎。

本病自觉症状为神经痛，可呈持续性绞痛、针刺样痛、烧灼痛或电击样痛，夜晚尤甚。一般经过2~4周后水疱逐渐干涸、结痂而消退，疼痛亦随之消失。老年人易发生疱疹后神经痛，坏死性者可后遗疤痕。

本病为终身免疫，愈后不再复发，然机体抵抗力极低的患者偶可复发，且较严重。

【治疗】

带状疱疹的治疗目的是减轻疼痛，缩短病程，促进早日痊愈。

止痛可用阿斯匹林、阿片制剂、布洛芬等。大剂量维生素B₁、B₆、B₁₂应用对抑制神经痛有效。严重神经痛患者可用卡马西平（酰胺咪嗪）100~200mg，每日3次，或3-2酰乌头碱0.3mg肌注。

口服皮质类固醇激素有较好和较快的止痛、消炎作用，对侵犯三叉神经第一支、年老体弱易有后遗神经痛者尤为适用。一般用强的松每日15~30mg即可控制病情。

早期而严重的病例可应用抗病毒药物，如吗啉呱0.1~0.2g，每日3次；三氮唑核苷0.3g每天4次；阿糖胞苷（Ara-c）静脉滴注，1~2mg/kg/日。干扰素及干扰素诱导剂如聚肌胞、泰洛龙（Tilorone）亦可应用。

局部治疗：水疱未破前可用扑粉厚包，3%无环鸟苷软膏、1%消炎痛溶胶等外涂。水疱破后则主要应用消炎、杀菌剂软膏，如氯黄软膏等。

如有条件，也可予以物理疗法，如音频电疗、磁疗、超短波、氦氖激光局部照射等。

对侵犯三叉神经第一支的带状疱疹要加强眼部护理，防止后遗角膜混浊。

（虞瑞尧）

第三章 化脓性皮肤病

化脓性皮肤病或称脓皮病 (Pyoderma)，是由普通化脓球菌引起的皮肤感染。病原菌主要为葡萄球菌、链球菌或二者的混合感染。

葡萄球菌和链球菌广泛分布于自然界，如水及空气中。正常人的皮肤和粘膜上也可寄居有这两类细菌，但通常并不致病，这是由于人体皮肤有保护作用 and 机体有抵抗力所致。但如在皮肤遭受损伤、抗体抵抗力下降、细菌毒力增强或其数量增多的情况下，人体即易于发生化脓性感染。亚热带野战部队由于自然环境恶劣，天气潮湿炎热，生活条件艰苦，个人卫生不良，皮肤易受山石、植物茎叶的损伤以及昆虫的叮刺，因而化脓性皮肤病的发病率常显著增高，并且常常是造成非战斗减员的重要原因。据1986年云南前线阵地一些步兵连的调查，化脓性皮肤病的发病率高达10%。另据“美军在越南战争中发生的皮肤病”一书记载，侵越美军的化脓性皮肤病无论在发病率或引致减员人数方面都仅次于真菌病而居皮肤病的第二位。

化脓性皮肤病的范围通常包括：（1）由葡萄球菌感染引起的脓疱性毛囊炎、单纯性毛囊炎、疖及痈；（2）由链球菌引起的丹毒、蜂窝织炎；以及（3）由这两类细菌单独或混合感染引起的脓疱病与深脓疱病。除此之外的其他一些化脓性疾病在部队中罕见。所有这些化脓性皮肤病尽管其疾病种类不一，发病部位不同，但却有其共同的病理变化和临