

药疹与发疹性疾病的鉴别诊断

阎伯龄 段昕所 编著

李世荫 夏应魁 审校

北京出版社

R751.04
YBL
121701

药疹与发疹性疾病的鉴别诊断

阎伯龄 段昕所 编著
李世荫 夏应魁 审校

北京出版社

药疹与发疹性疾病的鉴别诊断
YAOZHEN YU FAZHENXING BING DE JIANBI ZHEN DUAN

陶伯龄 殷斯所 编著

北京：人民卫生出版社，1981

（北京三里河中路）

（邮政编码：100054）

北京：人民卫生出版社，1981

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

1981年7月第1版

（北京三里河中路）

ISBN 7-117-0156-5

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

（北京三里河中路）

目 录

一、概说	(1)
二、鉴别诊断要点	(1)
(一) 药疹与用药时间的关系	(1)
(二) 发疹性疾病热后皮疹出现时间	(1)
(三) 药疹的形态学特征	(2)
(四) 感染性发疹性疾病的形态学特征	(3)
三、鉴别诊断步骤	(5)
(一) 从形态上判断	(5)
(二) 从用药上推论	(5)
(三) 体内试验	(5)
四、药疹与感染性发疹性疾病鉴别诊断探讨	(6)
(一) 与幼儿急疹的鉴别	(6)
(二) 与肠道病毒感染的鉴别	(7)
(三) 与风疹的鉴别	(11)
(四) 与腺病毒感染的鉴别	(13)
(五) 与传染性单核细胞增多症的鉴别	(14)
(六) 与肠伤寒的鉴别	(14)
(七) 与甲型链球菌咽峡炎的鉴别	(15)
(八) 与猩红热及金黄色葡萄球菌咽峡炎的鉴别	(15)
(九) 与川崎病的鉴别	(17)
(十) 与新生儿中毒性红斑的鉴别	(17)
(十一) 与脓毒败血症之皮疹的鉴别	(17)
五、药疹及发疹性疾病的鉴别图谱	(19)

一、概 说

本文所说的药疹，是专指麻疹样发疹及猩红热样发疹，即所谓发疹型药疹。该型药疹与某些由于病毒或细菌引起的发疹性疾病极易混淆，鉴别颇为困难。因为原发疾病的固有症状与药疹的伴随症状交织重叠在一起较难分辨，不仅皮疹初起尚未形成稳定的形态时难以判断，即使形成稳定的形态，其发疹性疾病之皮疹与药疹也极易混淆；在发病早期，原发疾病的主要症状未及全部显示出来，采取有关病原学及血清学的实验手段亦难以检测出有意义的结果，因而不能充分提供诊断及鉴别诊断的依据；尽管体外的淋巴细胞转化试验及白细胞趋化抑制试验对药疹的诊断有一定帮助，但无绝对特异性，而且尚未达到实用阶段。因此，在药疹与发疹性疾病之间仍需依靠皮疹的形态学特征以及有关临床症状等进行鉴别。为此，有必要熟悉两者各自的发生发展规律及其特点以及它们的发生频度，了解其鉴别要点，从而能够及时做出较为符合实际的诊断。

二、鉴别诊断要点

药疹的致敏期、发疹性疾病热后皮疹出现时间、药疹与发疹性疾病的形态学特征，通常可用以作为鉴别诊断的依据。

（一）药疹与用药时间的关系

据统计，机体未被致敏的初发药疹的致敏期从6天到4个月，其中多数为6~12天，平均9天，约占初发药疹的82%；机体已经被致敏的复发药疹的反应时间为6~48小时，其中多数为12~24小时，约占复发药疹的73.3%。但是，有时它又与某些发疹性疾病的发疹时间重合，因而失去鉴别诊断的价值。

（二）发疹性疾病热后皮疹出现时间

发疹性疾病之皮疹通常在患者发热后一定时间出现，而且发疹顺序是比较有

规律的。如风疹，通常在患者发热当天出皮疹，循面、颈、躯干、四肢呈顺向性发疹；猩红热，在患者发热后第二天出疹，循胸、背、颈、四肢呈离心性发疹；肠道病毒（埃可病毒与柯萨奇病毒的若干血清型）感染，多在患者发热后第三或第四天出皮疹；幼儿急疹，通常在患儿发热后第四天出皮疹，同时热退，即所谓热退疹出，循躯干、颈、四肢呈离心性发疹；麻疹之发疹，亦出现在患者发热后第四天，循头面、颈、躯干、四肢呈顺向性发疹；非典型麻疹，在患者发热后2~4天出皮疹，据文献记载，其皮疹始见于手足末梢，向躯干扩展，呈向心性发疹，但笔者见到的多数病例其皮疹先发于躯干进而向四肢扩展；斑疹伤寒，患者在发热后第五天出疹，循躯干、四肢呈离心性发疹；肠伤寒，在患者发热后第六天或第六天以后出皮疹，其皮疹局限于胸背部。

(三) 药疹的形态学特征

1. **皮疹分布呈相对对称性**：一般地讲，药疹在身体两侧的分布是不匀称的，通常是一侧偏重、皮疹较密，而另一侧偏轻、皮疹较稀，称之为相对对称性（图1、2）。其敏感性为87·5%，特异性为85·36%。感染性发疹性疾病之皮疹，分布一般都是绝对对称。甲型链球菌引起的咽峡炎，其皮疹也可呈相对对称性，可视为例外。

2. **皮疹呈疏密相间状态**：这是指药疹在某局部可见稀疏皮疹与密集皮疹交互存在（图3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13、14）。其敏感性为100%，特异性为90·9%。感染性发疹性疾病的皮疹，在同一部位上的分布是比较均匀的，即使能见到疏密不均现象也有一定规律可循，如近心端密集而远心端稀疏或与此相反，但也不见奇疏奇密现象，而且位置固定，不象药疹那样随处可见。

3. **皮疹分散与融合交错存在**：药疹可见分散皮疹与融合皮疹在同一部位上交错存在（图12、13、14、15、16、17、18、19、20、21、22、23、24、25、26）。其敏感性为95%，特异性为82·6%。感染性发疹性疾病虽也可见此种现象，但位置比较固定，如风疹的融合皮疹见于面颊且对称，幼儿急疹的融合皮疹见于腰骶部，只有甲型链球菌引起的咽峡炎其融合皮疹无固定位置，但能见到簇集性点丘疹混杂其间，可资鉴别。

4. **疹间浮肿现象**：药疹之疹间皮肤呈现浮肿现象，但程度不等（图27、28、29）。其敏感性为85%，特异性为82·92%。绝大多数感染性发疹性疾病之疹间

皮肤是正常的。

5.多形态皮疹：其敏感性为 27·5%，特异性为 68.75%。主要表现：(1) 分散与融合性红斑夹杂有风团样损害（图 30）；(2) 麻疹样发疹伴湿疹样皮损（图 31）；(3) 麻疹样发疹同时出现紫癜，但甲型链球菌引起的咽峡炎亦可见到此种损害；(4) 麻疹样发疹伴湿疹样皮损及紫癜（图 32、33、34），该三种皮损混于一体，多见于药物热，皮疹与发热同步。

6.皮疹移位现象：这是指瘙痒性分散皮疹与融合皮疹在某处隐退后，随后又在另处复起，即所谓皮疹呈无定位的迁徙现象。其敏感性虽只有 12.5%，但特异性达 100%，主要见于药物热，皮疹与发热同步。此种皮疹的无定位迁徙现象与感染性发疹性疾病所固有的发疹顺序显然是不同的。

(四) 感染性发疹性疾病的形态学特征

1.麻疹：其皮疹为暗红色斑丘疹，大小不甚均匀，少有融合倾向（图 35、36、37）。皮疹一般始发于患者发热后第四天，即伴随第二高峰热出现，先见于额部发际及耳后，循面、颈、躯干及四肢之顺序呈顺向性发疹。

依据皮疹状态，体温 $>38.3^{\circ}\text{C}$ ，有明显的卡他症状（图 38）、粘膜斑，白细胞总数及淋巴细胞数均偏低，并参考流行季节可做出临床诊断。双份血清抗体升高 4 倍以上或检测出特异性 IgM 抗体可做出决定诊断。

麻疹与发疹型药疹不易混淆，除非麻疹患者本身伴发药疹，一般无需进行鉴别。

2.非典型麻疹：其皮疹亦为暗红色斑丘疹，大小参差不齐，不融合（图 39、40）。偶见丘疱疹及紫癜样损害，此种损害多局限于四肢末梢。据文献记载，皮损先起于四肢末梢，向躯干扩展，呈向心性发疹。但笔者遇到的多数病例，其皮疹却始发于头面，向躯干及四肢扩展，呈顺向性发疹。

非典型麻疹的卡他症状不明显，缺乏粘膜斑。依据皮疹形态、体温 $38.5\sim 40.5^{\circ}\text{C}$ 、有时并发大叶性肺炎或间质性肺炎，参考暴露于自然麻疹之后及接受过灭活麻疹疫苗或减毒活疫苗接种可做出临床诊断。抗体滴度达 1: 256 以上，可做出决定诊断。

3.猩红热：患者遍体充血呈弥漫性猩红色，皮肤皱褶处如乳房下皱襞以及腋窝、肘窝、阴股部和腘窝等处尤呈明显紫红色（图 41、42、43）。胸、背及四肢较厚皮肤尚可见集簇性点丘疹（图 44），侧胸及后背等处还能见到 Pastia 线（图

45)。皮疹一般始发于患者发热后第二天，先见于上胸部，后逐渐扩展到下肢，呈离心性发疹。

依据皮疹形态、口围苍白、杨梅舌、苍白压迹（图 46）、高热以及头痛、肌痛、关节痛等较重笃的中毒症状和剧烈的咽峡炎症状可做出临床诊断。白细胞总数升高、核左移以及咽拭子培养 60% 有乙型溶血性链球菌生长可进一步支持诊断。

猩红热与发疹型药疹不易混淆，一般无需进行鉴别。

4.金黄色葡萄球菌咽峡炎：其皮疹分布及形态酷似猩红热，惟其分布不若猩红热那样广泛，色泽也较淡，故习惯上称为亚猩红热。皮肤皱褶处如腋窝、阴股部呈桃红色（图 47、48），可视为其特征。

依据皮疹形态、发热以及头痛、关节痛等中毒症状和咽峡炎症状可做出临床诊断。白细胞总数及中性粒细胞数均偏高、咽拭子培养有金黄色葡萄球菌生长可进一步支持诊断。

5.软组织感染与外伤性猩红热：通常由葡萄状球菌感染所致，其中以金黄色葡萄球菌感染机会较多，偶见与链球菌混合感染。其皮疹为大小不等的红斑，早期沿感染灶或受创部位向外周扩展（图 49），诊断不难。但当疾病进展到一定程度，皮疹扩展范围很大，加之已经应用了大量抗生素及磺胺等药物之后，则诊断困难。皮疹不甚瘙痒可视为其特征，结合患者有畏寒、发热、头痛、肌痛、关节痛等中毒症状以及白细胞总数升高、核左移等可资诊断。

6.甲型链球菌咽峡炎：甲型链球菌是条件致病菌，但有时可以引起咽峡炎并伴发皮疹。其皮疹形态与药疹颇为相象，在身体两侧之分布不匀称，稀疏皮疹与密集皮疹交互存在，融合机会虽少但仍能见到，惟有集簇性点丘疹可视为其特征。皮疹出齐后患者四肢可见紫癜样改变，主要是瘀点（图 50、51、52、53）。皮疹通常伴有剧烈瘙痒，因而与药疹进行鉴别更加困难。

患者发热后 12~72 小时内出皮疹，初起皮疹无固定部位，随处均可先发。皮疹扩展亦无规律性之顺序。与皮疹同时可见咽峡特别是咽腭弓及舌腭弓呈暗红色且伴有程度不同的水肿，扁桃体陷窝虽亦红肿但不见脓点。咽拭子培养有甲型链球菌生长。咽峡虽红肿但不甚疼痛亦不影响进食，是谓“无痛性咽峡炎”。其咽峡红肿与皮疹同步，一般病程为一周左右，咽峡红肿消退后重复咽拭子培养多能阴转。

依据皮疹形态，特别是它的集簇性点丘疹和四肢末梢之瘀点，结合咽峡炎症状可做出临床诊断。

三、鉴别诊断步骤

(一) 从形态上判断

首先观察全身皮疹分布状态。如皮疹分布是绝对的对称，则提示可能是发疹性疾病，从而排除药疹的可能性；如皮疹是相对的对称，则提示可能是药疹。

其次，观察某局部一、二处皮疹分布状态。如皮疹分布较为均匀，则提示可能是发疹性疾病；如皮疹分布呈疏密相间状态以及分散皮疹与融合皮疹交互存在，则提示可能是药疹，假如在此基础上能见到皮疹之疹间浮肿、多形态皮疹以及皮疹移位现象等三个形态学特征之一，药疹的致敏期也符合，则药疹的临床诊断当可成立。

(二) 从用药上推论

详细询问并查阅发疹前患者的用药情况，如药物名称、剂量、方法、起止时间以及用药过程中有无异常感觉与既往用药有无反应等。一般应追查至发疹前 28 天，最低限度也要追查至发疹前 14 天。研讨药物与发疹在时间上的联系，从而判断是否符合药疹的致敏期。

引起发疹型药疹的药物颇多，归纳起来计有青霉素类 (30%)、头孢菌素类 (21%)、其它抗生素 (5%)、磺胺及化学抗痨药 (5%)、镇痛解热药 (12%)、解痉药 (4%)、抗精神病药 (2%)、噻嗪及其他非噻嗪类利尿剂 (2.5%)、降压药 (3%)、抗肿瘤药 (5%)、其他 (10.5%)。如果发疹前患者所用药物经核实确属易致敏药，则药疹的临床诊断将进一步得到支持。

(三) 体内试验

药疹的决定诊断须待药疹的症状及体征完全消退以后经体内试验加以证实，依靠回顾性诊断予以确认，既往有明确药物过敏史者可视作例外。选择什么时机做体内试验较为合适，没有一致的意见。我们是在症状及体征完全消退 14 天或 14 天以后进行。斑贴试验阳性率只有 21.2%，因此阴性结果也不能轻易否定药疹。模仿原先用药的方法、途径做激发试验 (图 54、55、56)，阳性率高也较为可靠，

但有一定危险性。除绝对需要者外，一般不主张轻易地做激发试验。激发试验的用药剂量一般从原剂量的 $1/8$ 或 $1/4$ 开始，如无反应则增到原剂量的 $1/2$ 或原剂量，间隔 72 小时或略长一点时间。如疑为多种药物过敏，则从可疑性较小的药物开始依次进行，以便逐个地排除可疑药物，筛选出致敏药物。根据我们的经验，激发试验较易于诱发皮疹再现但未发展成为剥脱性皮炎，文献上也未见诱发剥脱性皮炎的报道。即使发生剥脱性皮炎，应用类固醇激素也可控制，不象 I 型变态反应那样诱发过敏性休克时后果难以预测。尽管如此，仍应谨慎从事，因为激发试验有可能引起药物热、白细胞减少与粒细胞减少乃至粒细胞消失，后果堪虑。

四、药疹与感染性发疹性疾病鉴别诊断探讨

药疹的临床诊断确立之后，仍应与相应的感染性发疹性疾病进行对比、鉴别，以便从反面为药疹的临床诊断提供依据，从而使其诊断更具可信性。

通过前述三个步骤搜集的资料仍不能满足药疹的临床诊断时，自然要与感染性发疹性疾病进行鉴别。那么，在众多的感染性发疹性疾病中首先从哪里着手呢？一般地讲，应从当时（季节）当地最为流行或散发的感染性发疹性疾病着手，然后逐渐地扩展延伸到其它相应的感染性发疹性疾病，逐个地进行对比、鉴别，以期做出符合实际的诊断。

（一）与幼儿急疹的鉴别

病例举例：××，男性，7 个月龄。1984 年 6 月 6 日起发热，腹泻 3 次，当日肌注安痛定 1ml 并口服新霉素 0.1 / 共 4 次。次日腹泻停止，但仍发烧，体温波动于 $38.4 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间，一直持续到 6 月 9 日夜间退热，其间患儿精神状态一直良好。6 月 7 日起肌注青霉素 40 万单位及链霉素 0.25，均为日两次，连续注射到 6 月 9 日退热前共注射 6 次。与热同时起皮疹，先见于上胸部，循前胸后背向耳后扩展而且还有继续扩展倾向。6 月 10 日，见上述部位分散玫瑰色斑点及斑丘疹，参差不齐，较大的略高出皮面（图 57、58）。除皮疹外尚见软腭上有数个小滤泡并伴有红晕，枕淋巴结肿大，白细胞数及分类在正常范围内。患儿足月顺产，既往健康，父母无药物过敏史与过敏性疾病史。

该病例不具备诊断为药疹的条件：（1）既往健康，说明接触药物的机会不

多，因而也就缺乏致敏过程；(2) 应用青霉素与链霉素仅 3 天，致敏期似嫌不足，一般地讲致敏期应有 9 天左右的时间；(3) 皮疹形态不符合药疹应具有形态学特征；(4) 皮疹与发热不同步，通常情况下发热患者出现药疹时其体温不仅不下降反而上升；(5) 从父母情况看似也不存在遗传素质。

患儿持续高热但精神状态一直良好，第 4 天退热同时起皮疹即所谓“热退疹出”，结合患儿年龄以及同一时期见到相同的散发病例等条件，应考虑为幼儿急疹。

药疹与幼儿急疹的鉴别诊断要点见表 1。

表 1 药疹与幼儿急疹的鉴别诊断要点

鉴别项目		药疹	幼儿急疹
皮 疹	出现时间	符合致敏期	发热后第 4 天热退疹出
	发疹顺序	无规律	胸背先发，向颈及四肢呈离心性扩展，24 小时出齐
	形态特征	6 个形态学特征具备 3 个以上	淡红色斑点及斑丘疹，疹径 2~3mm，分散，偶见腰骶部融合皮疹
粘 膜 疹		除非并发白细胞及粒细胞减少可有咽峡炎症状外，一般无变化	发热期可见软腭及悬雍垂上有分散或集落性小滤泡且伴有红晕，皮疹出现后便消失
年 龄		不定	6 月~18 个月龄小儿居多，12 个月龄者最易感
季 节		不定	四季可见，冬春季较集中

(二) 与肠道病毒感染的鉴别

病例举例：××，女孩，1 岁。1983 年 8 月 13 日腹泻，8 月 14 日发热伴轻度上呼吸道炎症，查体见扁桃体充血，肌注青霉素 40 万单位及链霉素 0.25，均为每日两次，连续注射到 8 月 16 日共注射 5 次。8 月 14 日就诊当天，服小儿解热散一

包(阿斯匹林 0.06, 苯甲酸钠咖啡因 0.05), 8月15日肌注安痛定 1ml。用药期间患儿体温一直波动于 37.5~38.5℃ 之间; 腹泻未能控制, 平均每天 2~3 次稀便, 一直延续到起皮疹以后。8月17日退热同时起皮疹, 循面、颈、躯干之顺序向四肢扩展。躯干皮疹密集且细小, 夹杂有墨汁涸纸样红斑, 四肢皮疹稀疏但较大(图 59、60、61)。患儿生后两个月曾因发烧注射青霉素, 一次为 3 天, 另一次为 4 天。6 周前亦因发烧做青霉素皮试 (+)、链霉素皮试 (-), 改注卡那霉素 4 天。其母对咳平、青霉素、链霉素及镇痛解热药俱过敏。

该病例有两点符合药疹的诊断条件: (1) 既往间断地应用过青霉素, 而且 6 周前青霉素皮试阳性; (2) 具有遗传素质。但是, 不能完全满足药疹的诊断条件: (1) 此次应用青霉素前皮试必然为阴性, 况且皮试一般只用于检测立即型变态反应, 6 周前虽然青霉素皮试阳性但不能排除技术上的因素; (2) 致敏期不符, 假如机体已经被致敏则皮疹应起于用药后 6~48 小时内, 再假如机体仅在此次用药过程中被致敏则皮疹应起于用药后第 9 天前, 解热散及安痛定亦然; (3) 皮疹不具有药疹的形态学特征; (4) 皮疹与发热不同步。

患儿持续中等程度发热, 虽被疑诊为上呼吸道感染, 但腹泻症状明显。皮疹已经出现稳定形态, 除分散斑点及斑疹伴以贫血晕外, 夹杂有数片宛如墨汁涸纸那样的红斑, 这种皮疹在秋季流行性腹泻患儿中常见。尽管患儿也是在第四天热退疹出, 但适逢秋季腹泻流行, 仍应考虑肠道病毒感染而不考虑幼儿急疹。

其实, 幼儿急疹就是肠道病毒感染之一, 只不过它是作为一个独立疾病存在比肠道病毒感染被认识早 40 年, 所以临床上遵循习惯仍将该病单独列出。

“热退疹出”这个特征也见于肠道病毒感染, 甚至也见于腺病毒感染。一般地讲, 患者除高热外, 精神状态一直良好, 则倾向于诊断为幼儿急疹。反之, 高热伴有较重笃的全身症状(如头痛、肌痛或伴发无菌性脑膜炎), 并且于退热及发疹后精神状态依然萎靡, 或仍有较重笃的全身症状, 则倾向于诊断为肠道病毒感染。

肠道病毒, 是指柯萨奇病毒和埃可病毒, 其中柯萨奇病毒 A 组及埃可病毒感染可有将近三分之一病例发生皮疹。在已知的总共 71 个血清型中能够引起皮疹的至少有 26 个(见表 2), 因而其皮疹的性质、形态、色泽、数量及分布等变异很大(图 62、63、64、65、66、67), 症状轻重亦颇悬殊, 并发症复杂, 需要依靠病毒学及血清学手段做出最后诊断。然而健康者带毒率不低, 非从水疱及腔液中分离出病毒不足为据。恢复期即起病 3~4 周以后, 血清中出现抗体或抗体效价上升到 4 倍以上, 其中以中和试验较可靠。但是, 拖到这时凭借血清学手段已无助于鉴别诊断。故病毒学及血清学手段只能为回顾性诊断提供依据, 假如能够随访进行检

测，对检验临床诊断的准确性和积累经验仍有裨益。

表 2 肠道病毒感染及其皮疹形态

病毒及其血清型	皮 疹	并 发 症							季节及流行性
		结膜炎	疱疹性咽峡炎	脑膜炎及脑炎	心肌炎	胸痛肌痛	呼吸道炎	腹 泻	
柯 萨 奇 病 毒	A2	极少见。发热期斑丘疹全身散发	++	+					散发
	A3	极少见。发热期斑丘疹全身散发	口炎						
	A4	少见。退热时起斑丘疹，偶见猩红热样皮疹，从胸背延及到颈面部，但臀部绝不见皮疹	+++	+				+	散发或流行
	A9	多见。发热期起斑丘疹，偶见水疱、风团及瘀点，从面颈、四肢伸侧向掌跖扩展	++	++			+	+	夏季大流行
	A23	斑丘疹		+					
	B1	少见。热起时风疹样皮疹或疱疹从面颈向四肢扩展	+	++	+	+		+	散发
	B2	发热期斑丘疹仅见于腹部，偶见水疱及瘀点	口腔溃疡	++	+	++	++ (流行性)	+	散发
	B3	发热期斑丘疹见于面及背部，水痘样皮疹见于躯干、肩、腹、手指及下腿，全身还可见荨麻疹	+	+++	++	+++		+++	夏季流行或散发
	B4	少见。发热期斑丘疹见于躯干，偶见瘀斑点及风团	+	+	+	+		+	散发
	B5	退热期斑丘疹见于躯干及面部，偶见瘀斑、风团及多形红斑	+	+	++	+	+	+	流行或散发

续表

病毒及其血清型	皮 疹	并 发 症							季节及流行性
		结膜炎	疱疹性咽峡炎	脑膜炎及脑炎	心肌炎	胸痛肌痛	呼吸道炎	腹 泻	
埃 可 病 毒	1	斑丘疹	+	+					散发
	2	少见。发热期起丘疹，红色乃至红铜色，从腰腹向颈部及四肢扩展	++	+(散发)			+	+	小流行
	3	斑丘疹	+	+					散发
	4	多见。热起时或双相热第二峰时斑丘疹（橙红伴紫色）从颊向躯干及掌跖扩展，偶见瘀点、风疹样疹及水疱	+	++ (大流行)				++	小流行
	5	少见。发热 2~3 天起丘疹(淡红色)，四肢及臀部为群集的，面部及躯干为孤立的	+	+(散发)				++	小流行
	6	斑丘疹（粉红色至棕红色）从面向躯干扩展，偶见瘀点及瘀斑	+	++ (大流行)				+	散发
	7	少见。发热期斑丘疹及瘀斑见于躯干部		++			+	++	散发
	9	多见。见于双相热或三相热第二峰，也见于退热时，斑丘疹（淡红至棕红色）以及风疹样和麻疹样皮疹，也可见到瘀斑	+	+++	++	+		+	大流行
	11	无热。斑丘疹或小疱及多形红斑，为全身性，可波及面及掌跖		++ (大流行)			++	++	散发或小流行

续表

病毒及其血清型	皮 疹	并 发 症							季节及流行性
		结膜 炎	疱疹 性咽 峡炎	脑膜 炎及 脑炎	心 肌 炎	胸 痛 肌 痛	呼 吸 道 炎	腹 泻	
14	斑丘疹		+	+				+	散发
16	多见。发热期或热退时，斑丘疹（棕红至紫色）及出血点从面及躯干向四肢扩展，掌跖可被累及，为分散或融合皮疹	+	+++ 峡粘 膜斑	++ (大流行)		+		+	散发或 流行
17	斑丘疹		+	+					
18	热退时，斑丘疹为全身性			+				++	散发（在新生儿室引起腹泻大流行）
19	发热2~3天起斑疹及斑丘疹，分布于面、颈、上半身且可见融合						+	+	散发
25	少见。发热期或退热时起斑丘疹，分布于面、四肢及躯干，偶见水疱		+	++			++	+	散发
30	发热末期或退热时起斑丘疹，分布于面、四肢甚至全身，偶见水疱	+	+	++ (大流行)	+				散发
32	散在性斑丘疹							+	散发

(三) 与风疹的鉴别

病例举例：××，女孩，两岁半。1983年4月22日因发热（体温37.7℃），上呼吸道炎症明显，结膜囊水肿充盈而就诊，被疑诊为上呼吸道感染。肌注青霉

素 40 万单位及链霉素 0.25。推药毕刚拔出针头，患儿烦躁不安，呼吸急促，流泪及鼻塞加重，体温上升到 38℃，两颊潮红，耳后起皮疹为细小红斑点，颈部也见隐约的稀疏皮疹，脉速但充实，血压正常。据家属介绍，1 年多以前因上呼吸道感染肌注青霉素及链霉素 3 天半（共 7 针）后，面部及胸背部曾出现稀疏斑丘疹，疑为药疹而停药，但迅速转为肺炎，经用红霉素、庆大霉素以及给氧，历经 21 天治愈。

该病例似乎符合药疹的诊断条件：(1) 1 年前注射青霉素及链霉素后曾出现过皮疹并疑为药疹而停药；(2) 此次注射青霉素及链霉素之后又起皮疹；(3) 呼吸道症状及精神症状随之加重；(4) 体温随皮疹同时上升。但是，又不完全符合药疹的诊断条件：(1) 此次注射青霉素及链霉素前皮试必然阴性，而皮试一般是用于预测 I 型变态反应的；(2) 在注射青霉素及链霉素过程中立刻出现皮疹不大可能是药疹，除非是荨麻疹或过敏性休克有这种可能，就是说它的致敏期不符，即便机体在以往已经被致敏，最短也要在用药后 6 小时才能起皮疹。

观察室观察过程中，患儿迅速安静下来，呼吸平稳，体温上升到 39℃，淡红色均匀一致的细小斑疹遍及面、颈、躯干及四肢，逐渐地表现出风疹的皮疹特征（图 68、69）。白细胞数 ($4.9 \times 10^9 / L$) 及其分类（杆状核 3%、分叶核 41%、大单核 5%、浆细胞 2%、淋巴细胞 49%）也支持风疹的临床诊断。

风疹患儿一般是在发热当天起皮疹，24 小时内出齐。其皮疹为淡红色均匀一致的麻实样斑疹（图 70、71），循面、颈、躯干及四肢之顺序扩展，面部及四肢之皮疹可融合，掌跖很少受累。依据突然发烧、暂短的前驱期、轻微的上呼吸道感染和较为典型的皮疹形态以及易感年龄和流行规律等较容易做出临床诊断。从其恢复期血清中检测出抗风疹病毒的特异性抗体可做出决定诊断，但是除非有特殊需要，一般无需检测。

药疹与风疹不易混淆，容易鉴别，但是在发疹伊始尚未形成稳定的皮疹形态时也有这种棘手的问题。该病例既然已经排除药疹，并确定为风疹，那么一年前注射青霉素及链霉素过程中出现的皮疹究竟是不是药疹呢？鉴于没有原始资料可查，只能做如下分析：(1) 假如当时机体已经被致敏，则药疹应该发生在用药后 12~24 小时，最迟也要在 48 小时内出现，反之，如机体事先未被致敏，其皮疹应该出现在第 9 天前，而该患儿皮疹出现在 3 天半（96 小时），这个时间是不符合药疹致敏期的；(2) 停青霉素及链霉素之后改用庆大霉素与卡那霉素，从理论上讲不通，因为该两种药物与链霉素具有共价抗原性，说明当时疑为药疹根据并不充分。

(四) 与腺病毒感染的鉴别

病例举例: ××, 女孩, 1岁。1984年10月11日因发热、上呼吸道感染就诊, 被疑诊为上呼吸道感染。肌注安痛定 1.2ml 并服解热散; 同时服螺旋霉素 0.1 克, 每日 4 次, 直到 10 月 15 日, 共服 20 次。发病次日即 10 月 12 日, 上呼吸道感染加重, 加注庆大霉素 2 万单位, 每日两次, 直到 10 月 15 日, 共注射 8 次。10 月 14 日, 左眼出现结膜炎, 同时起皮疹; 皮疹先见于面部, 及至 10 月 16 日皮疹还在扩展, 为玫瑰色斑点及斑丘疹, 大小比较均匀, 面部皮疹密集, 四肢稀疏, 躯干零星分散 (图 72、73)。发病以来, 患儿体温波动于 38~40℃ 之间, 无退热倾向。起皮疹后咽峡红肿明显, 扁桃体肿大, 浅表淋巴结肿大, 肝脏在肋下 1cm 及剑突下 1.5cm 可触知, 脾不肿, 白细胞数 $7.3 \times 10^9 / L$, 杆状核 4%, 分叶核 15%, 酸细胞 4%, 硷细胞 1%, 大单核 5%, 淋巴细胞 71%。4 个月以前, 患儿因上呼吸道感染曾肌注安痛定并服用新诺明及 APC。第 2 天起加注青霉素 40 万单位, 每日两次, 连用两天共 4 次, 后因起皮疹 (仅存续 1 天) 而停药, 改注庆大霉素 2 万单位, 每日两次, 共注射 6 次无反应。此前多次注射青霉素亦无反应。

该病例以前多次应用青霉素虽无反应, 但是不能排除已被致敏, 4 个月前注射青霉素两天起皮疹, 怀疑是药疹不无道理。此次注射庆大霉素后 48 小时内起皮疹, 可视为机体处于多元过敏状态, 何况 4 个月前也曾注射过庆大霉素而具有潜在的预致敏过程的可能性。但是, 作为药疹仅存续 1 天便消退实属少见, 除非流感与副流感可出现一过性皮疹, 因此不能认定 4 个月前注射青霉素后所起的皮疹就是药疹。

对该病例此次出现的皮疹, 只能从皮疹形态上加以鉴别, 其皮疹分布对称, 大小均匀一致, 缺乏药疹所应具有形态学特征, 是可以排除药疹的。依据患儿发烧、上呼吸道感染较重以及单侧结膜炎与皮疹形态及其发疹顺序, 结合浅表淋巴结肿大以及易感年龄和发病季节, 宁可考虑是腺病毒感染的固有皮疹而不考虑药疹, 白细胞数特别是它的分类似乎也支持病毒感染。

腺病毒感染在我国北方主要是 3 型及 7 型腺病毒引起的咽结合膜热。患者发热第 4 天前后起皮疹, 为玫瑰色斑疹及斑丘疹, 主要分布在面颊、耳后及上胸等处 (图 74), 四肢偶见零散、孤立的皮疹。患者可有咽炎、呼吸道炎、胃肠炎以及结膜炎, 且多为单侧, 易合并肺炎。6~24 个月婴幼儿易感, 结合冬春两季呈散发或小流行等条件大体上可加以判断。