

皮肤病中西医特色治疗丛书

总主编 何清湖 杨志波

疔疮痈毒

中西医特色治疗

主编 杜锡贤

DINGCHUANG YONGDU
ZHONGXIYI TESE ZHILIAO

中华中医药学会皮肤科分会、中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会
十余位知名专家倾力编著。

中医、中西医结合皮肤性病优势病种的学术成果集中展现。



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

皮肤病中西医特色治疗丛书

疗疮痈毒中西医特色治疗

DINGCHUANG YONGDU ZHONGXIYI TESE ZHILIAO

主 编 杜锡贤

副主编 张晓杰 宋业强 耿立东

编 者 (以姓氏笔画为序)

王国颖 杜锡贤 陈会苓 张晓杰

宋业强 范 玉 赵 颖 耿立东



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

疔疮痈毒中西医特色治疗/杜锡贤主编. —北京:人民军医出版社, 2011. 5

(皮肤病中西医特色治疗丛书)

ISBN 978-7-5091-3321-7

I. ①疔… II. ①杜… III. ①疔—中西医结合疗法②痈—中西医结合疗法 IV. ①R632

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 229274 号

策划编辑:黄建松 高爱英 文字编辑:袁朝阳 责任审读:张之生

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8172

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京国马印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:8.375 字数:212千字

版、印次:2011年5月第1版第1次印刷

印数:0001~5000

定价:20.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

丛书编委会名单

总 主 编 何清湖 杨志波

编 委 (按姓氏笔画排序)

刘 巧 刘红霞 刘韶清 杜锡贤

李 斌 杨志波 何清湖 张 明

范瑞强 周小勇 段逸群 龚小红

蔡念宁

学术秘书 刘朝圣

内 容 提 要

疗疮痈毒是一类严重危害人类健康的常见病,中西医对其治疗各有特色,本书重点介绍了带状疱疹、疣(寻常疣、扁平疣、跖疣、传染性软疣)、脓疱疮、疖与疔病、痈、丹毒、寻常狼疮、冻疮、压疮 9 种常见病。每种病主要从病因、发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、西医治疗、中医治疗、预防与护理、名家医案、方药分析、研究进展等方面进行了较为详细的介绍。本书内容丰富、实用,适合皮肤科医师、基层医务人员及疗疮痈毒患者阅读参考。

序

皮肤性病是临床的常见病、多发病,其中不少也属于疑难病,这些疾病长期治疗不愈可极大的影响患者的身心健康,或损害病人的容貌。对皮肤性病的诊治,西医有许多先进的方法,而中医重视整体观念,强调辨证论治,中医和西医各有优劣,如能取长补短、优势互补,一定能提高皮肤性病的诊疗效果。实际上在临床很多皮肤科医生均采用中西医结合特色疗法治疗皮肤病,取得了很好的疗效。但由于目前临床上缺乏系统介绍中西医结合的特色疗法治疗皮肤性病的书籍,致使临床上采用中西医结合特色疗法治疗皮肤性病时存在着原则把握不准,思路不清,方法、药物使用不当等诸多问题。为此,我们在中华中医药学会皮肤病分会和人民军医出版社的大力支持下,组织国内从事中西医结合特色疗法治疗皮肤性病的相关专家编写了此套丛书。

该丛书共分银屑病、皮炎湿疹、白癜风、红斑狼疮、手足癣、性病、疔疮痈毒荨麻疹中西医结合特色疗法 7 本,每本书分为若干章节,系统介绍这些皮肤性病的概述、流行病学、病因、发病机理、临床表现、实验室检查、诊断与鉴别诊断、西医治疗、中医治疗、预防与护理、名家医案用方分析、研究进展等内容,目的在于使临床皮肤性病医生能够较快掌握和熟悉皮肤性病中西医结合的特色疗法,提高皮肤性病的诊疗效果。同时,也可为皮肤性病患者的家属提供与疾病诊疗的相关指导。

本套丛书的编写,由于时间匆促,我们的水平有限,缺点和疏漏之处在所难免,恳请广大读者和同仁批评指正。

何清湖 杨志波

2008 年 7 月 15 日于北京

前 言

疔疮痈毒是一类严重危害人类健康的常见病,中西医对其治疗各有特色,特别是中医治疗这类疾病历史悠久,经验丰富,疗效显著。临证如果采用具有特色的方法进行治疗,优势互补,取长补短,将会大大提高疗效。

祖国医学远在周代就已经有疾医、疡医、食医、兽医之分,疡医后来发展成外科。正如明代汪机在《外科理例》中说:“……以其痈疽疮疡皆见于外,故以外科名之。”皮肤病是发生于人体皮肤、黏膜及皮肤附属器的疾病,故古代有关皮肤病的记载多见于外科医籍中。

随着时代的发展,疾病谱发生了变化。一些感染性皮肤病如蜂窝织炎、皮肤结核等在临床上已较少见,相应的颇具特色的一些中医治疗方法与制剂也已罕用。虽然疾病谱发生了改变,但感染性皮肤病如由病毒引起的带状疱疹、疣,球菌引起的脓疱疮、疖、丹毒等仍然常见。为了提高临床治疗效果,更好地为广大患者服务,编者根据多年来的临床实践经验,参考了大量文献资料,将疔疮痈毒类疾病中具有显著疗效、独特疗法的疾病编辑成册,取名为《疔疮痈毒中西医特色治疗》,以飨读者。

在编写过程中,编者广撷精华,力求内容先进,科学实用。但由于编者水平有限,纰缪之处,敬请同道与读者批评赐教。

杜锡贤

于山东中医药大学附属医院皮肤科

2009年7月

目 录

第 1 章 病毒性皮肤病	(1)
第一节 带状疱疹	(1)
第二节 疣	(34)
第 2 章 细菌性皮肤病	(69)
第一节 脓疱疮	(69)
第二节 疖与疖病	(91)
第三节 痈	(115)
第四节 丹毒	(161)
第五节 寻常狼疮	(190)
第 3 章 物理性皮肤病	(210)
第一节 冻疮	(210)
第二节 压疮	(233)

第1章 病毒性皮肤病

第一节 带状疱疹

一、概述

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮肤病。本病常突然发生,表现为成群的密集性小水疱,沿一侧周围神经呈带状分布,常伴有神经痛和局部淋巴结肿痛,愈后极少复发。祖国医学因其多带状分布,状如蛇形,簇集水疱,常发于腰肋之间,故有“蛇串疮”“缠腰火丹”“甌带疮”“蜘蛛疮”“缠腰龙”“火带疮”“串腰龙”等多种称谓。

本病在中医古代文献中的记载最早见于隋·《诸病源候论·甌带疮候》,说:“甌带疮者,缠腰生,状如甌带,因以为名。”明·王肯堂《证治准绳·疡医·卷四·缠腰火丹》中说:“或问绕腰生疮,累累如贯珠,何如?曰:是名火带疮,亦名缠腰火丹。”明·申斗垣《外科启玄·蜘蛛疮》说:“此疮生于皮肤间,与水窠相似,淡红且痛,五七个成攒,亦能荫开。”清·祁坤《外科大成·缠腰火丹》称:“俗名蛇串疮,初生于腰,紫赤如疹,或起水疱,痛如火燎。”《医宗金鉴·外科心法要诀·腰部·缠腰火丹》说:“此证俗名蛇串疮,有干、湿不同,红黄之异,皆如累累珠形。干者色红赤,形如云片,上起风粟,作痒发热。此属肝、心二经风火,治宜龙胆泻肝汤;湿

者色黄白,水疱大小不等,作烂流水,较干者多痛,此属脾肺二经湿热,治宜除湿胃苓汤。若腰胁生之,系肝火妄动,宜用柴胡清肝汤治之,其间小疱,用线针穿破,外用柏叶散敷之。

二、流行病学资料

本病好发于夏春季节,8月最多,12月最少,发病率为1.4‰~4.8‰,并且有增加的趋势。成人多见,男女之比约为3:2。国外报道70%超过50岁,60岁以上超过30%。而年龄愈小则发病率愈低。本病传染性小,部分病例于发病前有本病或水痘接触史。带状疱疹愈后遗留神经痛是带状疱疹最常见的并发症。关于带状疱疹后遗神经痛的发病率,文献报道不尽相同。有报道称,患带状疱疹后,小于40岁的人群发生率约为2%,40~60岁的人群发生率约为21%,大于60岁的人群发病率为40%。也有报道称,≥60岁的人群中有50%人会患带状疱疹后遗神经痛。在众多相关因素中,年龄是发生带状疱疹后遗神经痛唯一的确定因素。随着年龄的增加,其发病率也随之升高。

三、病因病机

本病由水痘-带状疱疹病毒(VZV)感染所致,该病毒有亲神经和皮肤的特性。水痘-带状疱疹病毒在不同免疫力的人群中,引起两种独立的临床疾病。在无或低免疫力的人群中(多数为儿童)与这种病毒接触后引起原发感染即为水痘,约30%的儿童不出现临床症状。任何患过水痘的人都可以发生带状疱疹,但通常发病年龄都在50岁以上。随着年龄的增长,发生率也增加。在免疫缺陷时更易发生带状疱疹。自从艾滋病出现以来,发病率有所上升。

水痘-带状疱疹病毒感染后病毒进入皮肤的感觉神经末梢,沿着脊髓后根或三叉神经节的神经纤维向中心移动,持久地潜伏于脊神经或脑神经的感觉神经节的神经元中。当机体免疫力低下

时,如患某些传染病(如感冒)、疲劳、精神创伤、恶性肿瘤(如白血病、淋巴肿瘤)、烧伤、外伤大手术后、放射治疗、服用某些药物(如砷剂、免疫抑制药)等,均可引起病毒的生长繁殖,使受侵犯的神经节发炎或坏死,产生神经痛。同时,再活动的病毒可从一个或数个邻接的神经节沿相应的感觉神经纤维传播到皮肤,引起复发感染,即在皮肤上产生带状疱疹所特有的节段性水疱。偶尔病毒播散到脊髓前角细胞及运动神经根,引起肌无力或相应部位的皮肤发生麻痹。

机体对 VZV 的特异性免疫主要是细胞免疫,即辅助性 T 淋巴细胞减少,抑制性 T 淋巴细胞增多,IL-2 低于正常人,从而导致诱生 NK(自然杀伤细胞)和 LAK(淋巴因子激活的杀伤细胞),细胞毒性活性功能降低,对 VZV 易感性增强。带状疱疹病人机体的补体系统也被激活,补体活化将产生许多致炎因子,引起组织损伤,产生一系列临床症状。

带状疱疹患者可产生抗 VZV 抗体,此抗体与带状疱疹的神经痛程度与持续时间直接相关。老年人易产生高滴度的 VZV 抗体,因而许多高龄患者神经疼痛剧烈,持续时间长,并常遗留神经痛。

带状疱疹多发生在先前患过水痘而有部分免疫的宿主。与水痘或带状疱疹患者接触过的成人也有可能被直接感染而发生带状疱疹,但这些患者在多数情况下有细胞免疫缺陷。临床中常发现有些小儿接触了带状疱疹患者后发生水痘,而有些成人接触了水痘患者后患带状疱疹。目前认为带状疱疹病人也具有传染性,通过直接接触有传染性的水疱而在易感者中引起水痘。通过空气示踪研究及流行病学调查证明,带状疱疹可经空气传播引起水痘。但由于病毒排出体外前,部分被患者体内的特异性抗体所中和,以及衣物的遮盖作用,所以带状疱疹传染性往往很小。

中医认为本病主要是由于情志内伤,饮食失调,肝胆不和,气滞湿郁,化热化火,湿热火毒,郁阻经络,外攻皮肤所致。本病初

起多为湿热困阻,中期多为湿毒火盛,后期多为火热伤阴,气滞血淤或脾虚湿阻,余毒未清。

1. 湿热困阻 湿邪有内湿和外湿之分。内湿多为七情内伤、饮食失调、脾失健运所致;外湿从外感受所得。湿邪郁积化热阻于经络肌肤而引起成簇水疱、疼痛灼热。

2. 湿毒火盛 火为热之盛,湿热之邪化火化毒,壅阻经络而致水疱大而鲜红,痛如火燎。

3. 气滞血淤 病之后期,邪毒渐去,经络受损,血行不畅,气滞血淤,以致痛如针刺,入夜尤甚,日久不止。

四、临床表现

在典型症状发生前,常有轻度全身症状,如低热、全身不适、食欲缺乏等。在将要发疹的部位,往往有神经痛、痒感或皮肤感觉过敏,而以神经痛最为突出,其中绝大多数于神经痛后 1~4d 发出皮疹。3% 患者可无任何自觉症状,尤以儿童多见。但亦有无前驱表现即发疹者。少数患者先有皮疹而后有痛或痒感。

在全身或局部前驱症状 1~4d 后,局部皮肤初起不规则的红斑,继则出现数片成群但不融合的粟粒至绿豆大小的丘疹、丘疱疹,迅即变为水疱,疱液澄清,疱壁紧张、发亮,周围有红晕。常先形成一个水疱群,每群水疱约有数个至数十个,然后再发生第二群。新旧疱疹群依次沿着所属的周围神经分布,常分批发出,沿神经近端发展,晚发的损害常在皮疹发展未成熟时即消退。损害少的只有 1~2 群,多的达 20 余群,常排列成带状,各簇水疱群之间隔以正常皮肤,有时可互相融合而成为弥漫的一大片损害。附近淋巴结常肿痛,数日后水疱内容可浑浊化脓,或部分破裂,形成糜烂面,最后干燥结痂,痂脱而愈,可留有暂时性淡红色斑或色素沉着。若无继发感染,愈后不留瘢痕。

皮损常发生在身体的一侧,沿某一周围神经分布区排列,一般不超过中线,但有时可略超过中线。分布以胸段(肋间神经)最

为多见,皮疹排列方向系沿一侧肋间神经从后上方向前下方伸展。其次为腰段、颈段及三叉神经分布区,后者以第1支最为多见,尤其多见于老年人,症状较严重,疼痛剧烈,可合并角膜、结膜炎,甚至可损害眼球各部而引起全眼球炎,以至失明。当侵犯三叉神经眼支时,鼻尖常见水疱。累及三叉神经上颌支时于腭垂、扁桃体部位产生水疱。下颌支被累及时,则在舌前部及颊黏膜等处出现水疱。病毒感染如累及前角运动神经元,可引起肌无力或相应部位的皮肤发生麻痹,可持续几周至几个月,但大部分可恢复。膝状神经节受累时,影响面神经的运动纤维,产生周围性面瘫、耳郭及外耳道疱疹,伴有耳和乳突的深部疼痛,常伴有唾液腺和泪腺分泌减少,上述表现多为单侧性。有时出现内耳功能障碍,如眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤、听力障碍等。偶尔可影响其他脑神经。

当病毒本身直接从脊髓神经前、后根向上侵犯中枢神经系统时,可引起带状疱疹性脑脊髓炎及脑膜炎,表现为头痛、呕吐、惊厥或其他进行性感觉障碍,间有共济失调及小脑症状等。当病毒由脊髓后根神经节侵入交感神经及副交感神经的内脏神经纤维时,可引起胃肠道及泌尿道症状。当侵犯腹膜、胸膜时,则可引起刺激性,甚至积液等症状。

由于机体免疫状态的不同,本病在临床上常有不典型的表现:免疫功能较强,可不出现皮疹,仅有神经痛者称“无疹型带状疱疹”。仅出现红斑、丘疹而不发生水疱即消退者称“顿挫型”或“不全型”带状疱疹。上两者总共不足5%。免疫功能低下如年老、患恶性肿瘤或长期使用抗癌药物者可发生大疱,称大疱性带状疱疹。疱液内容呈出血性或形成血痂,称出血型带状疱疹。某些老年人或营养不良的患者皮疹中心可坏死,结成黑褐色痂皮者,称坏疽型带状疱疹。偶见同时累及两个以上神经节分布区的损害。双侧性带状疱疹相当少见。有个别免疫功能低下者,可通过血行播散遍及身体各处,产生广泛性水痘样皮疹,称“泛发性或

全身性带状疱疹”，甚至可引起带状疱疹性腮腺炎、肺炎和脑脊髓膜炎。此型带状疱疹极为罕见。

神经痛为本病的特征之一，老年患者常疼痛剧烈，难以忍受，可整夜不能入眠，有时皮损可完全消退，而后遗神经痛可持续数个月至数年，这可能是由于老年人的神经组织修复过程较慢，因此疼痛亦较持久。

本病病程有自限性，一般 2~3 周，平均为 16~17d。愈后极少复发，复发率在 0.2% 以下。严重病例、泛发性患者以及偶见有复发者常伴高热等全身症状，往往提示免疫功能有缺陷或有潜在的恶性疾患。

五、实验室检查

1. 血常规检查 半数患者白细胞总数在 $5 \times 10^9/L$ 以下，白细胞计数偏低的患者在好转期或痊愈后可以恢复正常。

2. 免疫荧光检查 血清中可见有水痘-带状疱疹病毒抗体，水疱中含有补体结合抗原。

3. 疱液涂片检查 可见多核气球状细胞。

4. 组织培养 可发现水痘-带状疱疹病毒。

5. 组织病理检查 毛囊上皮细胞有气球样变性；受累的神经和神经节有炎症反应及神经细胞破坏。

6. 透视或 X 线摄片 胸段带状疱疹宜作，因 1/3 以上病例可发现结核等肺部病变。

7. 脑脊液检查 少数患者可有蛋白增高及白细胞增多。

六、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

典型病例根据单侧性发疹，多数水疱簇集成群、沿周围神经分布而排列成带状及伴有神经痛等特点，诊断多不困难。但对无水疱、无神经痛及其他特殊类型，应按具体情况作综合分析才能

明确诊断。其诊断要点如下：

1. 病起突然或先有痛感 损害为在炎性红斑上群集性绿豆大小的发亮水疱，各群之间皮肤正常，排列成带状，间有出现丘疹、大疱、出血、坏疽者。主观有程度不等疼痛感。

2. 皮疹沿周围神经作单侧分布 亦偶有对称者，以肋间神经和三叉神经区多见。后者偶有累及眼部，影响视力。

3. 局部淋巴结常肿大，有压痛 严重者可伴发热等。

4. 病程常为2~3周 能自愈，一般愈后不复发，但神经痛则有时持续至1~2个月或更久。

(二)鉴别诊断

1. 单纯疱疹 好发于皮肤黏膜交界处，多单簇，水疱可互相重叠，易擦破糜烂。自觉局部灼热或轻痒，不伴神经痛。多见于发热性疾病的过程中，且常有反复发作史。但发生于臀部的单纯疱疹有时可表现为带状分布的簇集性水疱，并伴有神经痛，称“带状疱疹”，需经病毒分离鉴定方可确诊。

2. 接触性皮炎 有明显的接触史，皮疹与神经分布无关，自觉烧灼、剧痒，无神经痛。

3. Kaposi 水痘样疹 因患有湿疹、异位性皮炎及脓疱病的婴幼儿接触单纯疱疹病毒或牛痘病毒引起，突然发病。发生于原有皮损的基础上，皮疹多形性，无神经痛，多对称分布，全身症状明显。

4. 其他 疱疹未出现前，应与肋间神经痛等鉴别。

七、诊疗方案

(一)诊断标准

1. 中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》中带状疱疹的诊断标准如下。

(1)皮疹出现前，常先有皮肤刺痛或灼热感，可伴有周身轻度不适、发热。

(2)皮损多为绿豆大小的水疱,簇集成群,疱壁较紧张,基底色红,常单侧分布,排列成带状。严重者,皮损可表现为出血性,或可见坏疽性损害。皮损发于头面部者,病情往往较重。

(3)自觉疼痛明显,可有难以忍受的剧痛或皮疹消退后继发疼痛。

2. 中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》中带状疱疹的证候分类标准如下。

(1)肝经郁热:皮损鲜红,疱壁紧张,灼热刺痛,口苦咽干,烦躁易怒,大便干或小便黄。舌质红,舌苔薄黄或黄厚,脉弦滑数。

(2)脾虚湿蕴:颜色较淡,疱壁松弛,口不渴,食少腹胀,大便时溏,舌质淡,舌苔白或白腻,脉沉缓或滑。

(3)气滞血瘀:皮疹消退后局部疼痛不止。舌质暗,苔白,脉弦细。

(二)治疗方案及原则

(中华医学会. 临床诊疗指南. 皮肤病与性病分册. 北京:人民卫生出版社,2006:3-4)

1. 治疗原则 止痛、抗疱疹病毒和防止继发感染。

2. 局部治疗 1%~5%阿昔洛韦软膏、1%喷昔洛韦软膏等外用。伴感染时用抗生素软膏。眼部损害时应滴0.1%阿昔洛韦眼液等,必要时请眼科医师协助治疗。

3. 系统治疗

(1)抗病毒药物可选用:①阿昔洛韦 500mg,5/d,口服或 5~10mg/(kg·d)静脉滴注,疗程 7~10d;②泛昔洛韦 500mg,3/d,口服,7d 为 1 个疗程。

(2)止痛:可用镇痛药。严重者可做局部神经根封闭治疗。

(3)皮质类固醇:应用有争议,多认为及早合理应用能抑制炎症过程,减轻后根神经节的炎症及其以后的纤维化。老年体健患者如无禁忌证,可用泼尼松 20~30mg/d,分 2~3 次口服,7d 为 1 个疗程,应与有效的抗病毒药物合用。

(4)症状严重或免疫功能明显减弱者,干扰素可作为辅助治疗。

(5)口服或注射维生素 B₁、维生素 B₁₂、维生素 B₆等可营养、保护神经,减轻神经损伤及疼痛。

(6)理疗:可用紫外线、红外线、频谱仪或氦氖激光等。

八、西医治疗

(一)药物治疗

1. 止痛药 可口服吲哚美辛片每次 25mg, 2/d;或加服艾司唑仑,每次 1mg, 3/d。

2. 抗病毒药 目前认为阿昔洛韦、泛昔洛韦、伐昔洛韦是治疗带状疱疹的一线药物,宜早期选择应用。该类药物能抑制病毒复制,促进皮损愈合,减轻疼痛。一些研究表明,阿昔洛韦对后遗神经痛无效;泛昔洛韦能缩短后遗神经痛的时间。

(1)阿糖腺苷:每日每千克体重 10~15mg,静脉注射,连续 10d,早期应用可减少急性痛和后遗神经痛,加速痊愈。

(2)阿昔洛韦:每千克体重 5mg,静脉注射,每 8 小时 1 次,或每次 0.2g,口服, 5/d,连续 5~10d。

(3)万乃洛韦片:每次 0.5g, 2/d,连续 5~10d。

(4)泛昔洛韦片:每次 0.25g, 3/d,连续 5~10d。

(5)伐昔洛韦:300mg, 2/d,共 10d。

(6)干扰素:每次 100 万 U,肌内注射, 1/3d。

(7)聚肌胞注射液:每次 4mg,肌内注射,隔日 1 次,连续 10d。

3. 皮质类固醇 目前尚存在争论,有人主张老年人及发生于耳部、三叉神经分布区者,若无严重禁忌证时,早期给予泼尼松每日 30~40mg,口服,连续 7~10d,可以减轻炎症,阻止对神经节和神经纤维的毒性和破坏作用,减少带状疱疹后遗神经痛及严重并发症的发生,且不影响其特殊免疫球蛋白 IgG 的形成。但亦有报道应用皮质类固醇治疗无效。