

皮肤性病

诊断治疗指南

pi fu xing bing

zhen duan zhi liao zhi nan

吴绍熙 主编

中国协和医科大学出版社

皮肤性病诊断治疗指南

主 编 吴绍熙

副主编 周 华 林 麟 顾 恒

陈志强 王千秋 郭宁如

编者 (以姓氏笔画为序)

王千秋	刘训荃	刘维达	吴绍熙
吴志华	李 岷	李慧珠	杨 帆
周 华	陈志强	林 麟	范 敏
侯幼红	洪福昌	胡兹嘉	席丽艳
郭宁如	顾 恒	贾 虹	崔盘根
曹元华	曾序春	赖伟红	颜 艳

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

皮肤性病诊断治疗指南/吴绍熙主编. - 北京: 中国协和医科大学出版社, 2001. 12
ISBN 7-81072-238-7

I. 皮… II. 吴… III. ①皮肤病-诊疗②性病-诊疗 IV. R75

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 074617 号

皮肤性病诊断治疗指南

主 编: 吴绍熙
策 划: 张忠丽
责任编辑: 张继林

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开
印 张: 21.75
字 数: 537 千字
版 次: 2002 年 2 月第一版 2002 年 2 月第一次印刷
印 数: 1-3000
定 价: 38.00 元

ISBN 7-81072-238-7/R·233

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

本书由中国医学科学院、中国协和医科大学皮肤病研究所著名皮肤性病专家吴绍熙主编，作者将近半个世纪的千余万例临床病例加以总结、整理，并结合卫生部皮肤性病诊断治疗标准编写而成。全书共分8章，重点介绍我国常见皮肤病、性病的诊断和治疗方法，既有传统方法，又有先进技术，突出实用性，是临床医师，特别是皮肤性病科和全科医生的必备参考书。

11p59/10

前 言

世纪更迭，岁序换新，中国医学科学院、中国协和医科大学皮肤病研究所建所已近 50 年。近半个世纪以来，虽历经周折和动迁，但诊疗业务始终未辍，估计已诊治皮肤病、性病患者千万例，积累了许多临床经验，加以每年都进行继续医学教学，并作为国际、国内的咨询和培训基地。教学相长、学以致用，不断更新和丰富皮肤性病方面的诊治知识，并帮助卫生行政管理部门制订了许多诊疗方案，总结了不少实践经验，现特加整理。为了避免闭门造车，故步自封，特邀请南方一些省、市皮肤性病科同道共同参加。本书以实用为主，其中既有传统经验，更有最新技术，撰写成书，以飨读者。但由于时间仓促，加上编写人员较多，难免见仁见智、风格不一，而存在一些问题，还请海内外同道不吝赐教，以臻更孚大家的要求而更利于临床参考。

本书重点介绍我国常见皮肤病、性病的诊断和治疗方法，可供临床医师尤其是皮肤性病科和全科医师学习参考。成书过程中一些研究生和同仁曾协助工作，在此特表感谢。并以本书纪念老所长胡传揆教授百岁诞辰。

吴绍熙

2001 年 12 月

目 录

第一章 皮肤病病史记录	(1)
第一节 门诊病人病史	(1)
第二节 住院病人病史	(1)
第二章 皮肤病患者体格检查	(3)
第三章 皮肤病的诊断技术	(4)
第一节 皮肤试验	(4)
1.1 斑贴试验	(4)
1.2 划痕试验	(4)
1.3 皮内试验	(5)
1.4 结核菌素试验	(5)
1.5 麻风菌素试验	(6)
1.6 光斑贴试验	(6)
第二节 皮肤组织病理检查	(7)
第三节 抗核抗体间接免疫荧光检查	(8)
第四节 真菌检查	(9)
第五节 疥螨检查	(10)
第四章 皮肤科处方	(11)
第一节 处方书写规范	(11)
第二节 处方质量标准	(11)
第五章 皮肤病治疗	(13)
第一节 药物治疗法	(13)
1.1 内用药物治疗法	(13)
1.2 外用药物治疗法	(24)
1.3 外用药主要剂型、使用原则	(32)
第二节 物理疗法	(34)
2.1 X线疗法	(34)
2.2 放射性同位素疗法	(36)
2.3 紫外线与光化学疗法	(36)
2.4 电解疗法	(38)
2.5 电灼疗法	(38)
2.6 冷冻疗法	(38)
2.7 激光治疗	(39)
2.8 针灸疗法	(41)

第六章 感染性皮肤病	(42)
第一节 病毒性皮肤病	(42)
1.1 单纯疱疹和生殖器疱疹	(42)
1.2 带状疱疹	(47)
1.3 水痘	(49)
1.4 水痘样疹	(49)
1.5 寻常疣	(50)
1.6 扁平疣	(51)
1.7 跖疣	(52)
1.8 传染性软疣	(52)
1.9 小儿丘疹性肢端皮炎	(53)
1.10 手足口病	(54)
1.11 幼儿急疹	(54)
第二节 细菌性皮肤病	(55)
2.1 脓疱疮	(55)
2.2 毛囊炎	(56)
2.3 疖与疖病	(56)
2.4 丹毒	(57)
2.5 寻常狼疮	(58)
2.6 麻风	(59)
第三节 真菌性皮肤病	(70)
3.1 手足癣	(70)
3.2 甲癣及甲真菌病	(73)
3.3 体股癣	(75)
3.4 叠瓦癣	(76)
3.5 头癣	(77)
3.6 花斑癣	(81)
3.7 糠秕孢子菌性毛囊炎	(81)
3.8 须癣	(83)
3.9 念珠菌病	(83)
3.10 掌黑癣	(87)
3.11 发结节菌病	(87)
3.12 癣菌疹	(88)
3.13 耳真菌病	(89)
3.14 孢子丝菌病	(89)
3.15 隐球菌病	(91)
3.16 着色芽生菌病	(93)
第四节 寄生虫、昆虫性皮肤病	(95)

4.1 疥疮	(95)
4.2 挪威疥	(96)
4.3 猪螨皮炎	(96)
4.4 谷螨皮炎	(96)
4.5 鼠螨皮炎	(97)
4.6 鸡螨皮炎	(97)
4.7 恙螨皮炎	(98)
4.8 蝎螫皮炎	(98)
4.9 蜘蛛螫伤皮炎	(99)
4.10 蜈蚣螫伤皮炎	(99)
4.11 蚰蜒皮炎	(100)
4.12 桑毛虫皮炎	(100)
4.13 松毛虫皮炎	(100)
4.14 刺毛虫皮炎	(101)
4.15 蚊叮皮炎	(101)
4.16 蠓叮皮炎	(102)
4.17 蚋叮皮炎	(102)
4.18 虻叮皮炎	(102)
4.19 蝇蛆皮炎	(102)
4.20 虱咬皮炎	(103)
4.21 蜂螫皮炎	(103)
4.22 隐翅虫皮炎	(104)
第七章 非感染性皮肤病	(105)
第一节 变态反应性皮肤病	(105)
1.1 接触性皮炎	(105)
1.2 尿布皮炎	(105)
1.3 湿疹	(106)
1.4 自家过敏性皮炎	(106)
1.5 遗传性过敏性(特应性、异位性)皮炎	(107)
1.6 荨麻疹	(108)
1.7 血管性水肿	(109)
1.8 皮肤划痕症	(109)
1.9 丘疹性荨麻疹	(110)
1.10 多形红斑	(110)
1.11 药疹	(111)
第二节 物理因素引起的皮肤病	(113)
2.1 晒斑	(113)
2.2 多形日光疹	(114)

2.3	痱子	(115)
2.4	夏季皮炎	(115)
2.5	冻疮	(116)
2.6	鸡眼	(116)
第三节	神经功能障碍性皮肤病	(117)
3.1	瘙痒症	(117)
3.2	神经性皮炎	(118)
3.3	痒疹	(119)
第四节	红斑、丘疹、鳞屑性皮肤病	(120)
4.1	单纯糠疹	(120)
4.2	玫瑰糠疹	(120)
4.3	银屑病	(121)
4.4	扁平苔藓	(124)
4.5	红皮病	(126)
第五节	皮肤附属器病	(127)
5.1	脂溢性皮炎	(127)
5.2	寻常痤疮	(128)
5.3	晚发性痤疮	(130)
5.4	酒渣鼻	(131)
5.5	多汗症	(132)
5.6	臭汗症	(133)
5.7	汗疱疹	(134)
5.8	秃发症	(135)
第六节	色素障碍性皮肤病	(137)
6.1	黄褐斑	(137)
6.2	雀斑	(138)
6.3	黑变病	(139)
6.4	白癜风	(140)
第七节	血管性皮肤病	(141)
7.1	过敏性紫癜	(141)
7.2	色素性紫癜性皮肤病	(142)
7.3	皮肤变应性结节性血管炎	(143)
7.4	郁积性溃疡	(143)
7.5	血栓性静脉炎	(144)
7.6	肢端青紫症	(144)
7.7	网状青斑	(145)
7.8	雷诺征和雷诺病	(145)
7.9	肢端红痛症	(146)

第八节 结缔组织病	(147)
8.1 红斑狼疮	(147)
附:SLE 诊断标准(ARA,1997 年修订)	(149)
8.2 硬皮病	(149)
8.3 皮炎	(150)
8.4 混合性结缔组织病	(151)
第九节 营养代谢障碍性皮肤病	(152)
9.1 核黄素缺乏病	(152)
9.2 烟酸缺乏病	(154)
9.3 原发性皮肤淀粉样变	(155)
9.4 黄瘤病	(156)
9.5 卟啉病	(157)
第十节 遗传性角化性皮肤病	(160)
10.1 鱼鳞病	(160)
10.2 掌跖角化病	(162)
10.3 进行性掌跖角皮症	(162)
10.4 毛孔角化症(毛周角化病)	(162)
10.5 毛发红糠疹	(163)
10.6 汗管角化病	(165)
10.7 大疱性表皮松解症	(166)
10.8 神经纤维瘤病	(167)
第十一节 疱疹性皮肤病	(168)
11.1 天疱疮	(168)
11.2 类天疱疮	(173)
11.3 疱疹样皮炎	(176)
11.4 无菌性脓疱病	(177)
第十二节 粘膜疾病	(179)
12.1 剥脱性唇炎	(179)
12.2 光化性唇炎	(179)
12.3 腺性唇炎	(180)
12.4 龟头包皮炎	(180)
12.5 干燥闭塞性龟头炎	(182)
12.6 坏疽性龟头炎	(182)
12.7 粘膜白斑和粘膜白色角化	(183)
12.8 皮脂腺异位病	(184)
第十三节 皮肤肿瘤	(184)
13.1 色素痣	(184)
13.2 粟丘疹	(185)

13.3 皮样囊肿	(185)
13.4 多发性皮脂囊肿	(185)
13.5 日光性角化病	(186)
13.6 脂溢性角化病	(186)
13.7 疣状痣	(187)
13.8 皮赘及软纤维瘤	(188)
13.9 皮肤原位癌	(188)
13.10 湿疹样癌	(189)
13.11 基底细胞癌	(190)
13.12 鳞状细胞癌	(191)
13.13 汗管瘤	(191)
13.14 血管脂肪瘤	(192)
13.15 瘢痕疙瘩	(192)
13.16 皮肤纤维瘤	(193)
13.17 皮肤血管瘤	(193)
13.18 恶性黑素瘤	(195)
13.19 蕈样肉芽肿及皮肤 T 细胞淋巴瘤	(196)
13.20 肥大细胞增生病	(197)
第十四节 皮肤病综合征	(198)
14.1 Behcet 综合征	(198)
14.2 Melkersson - Rosenthal 综合征	(201)
14.3 急性发热性皮肤粘膜淋巴结综合征	(202)
14.4 色素沉着 - 息肉 (Peutz - Jeghers) 综合征	(204)
14.5 Sweet 综合征	(205)
14.6 干燥 (Sjögren) 综合征	(206)
14.7 黄甲综合征	(207)
14.8 Cockayne 综合征	(208)
14.9 骨肥大静脉曲张综合征	(209)
14.10 糙皮病 - 小脑共济失调 - 氨基酸尿综合征	(210)
14.11 脑 - 三叉神经血管瘤综合征	(211)
14.12 先天性皮肤异色综合征	(212)
14.13 局灶性真皮发育不全综合征	(212)
14.14 基底细胞痣综合征	(213)
14.15 多发性错构瘤综合征	(214)
14.16 歌舞伎化妆综合征	(215)
14.17 Bloom 综合征	(216)
14.18 Refsum 综合征	(218)
14.19 Sneddon 综合征	(219)

14.20 酒渣鼻样上皮瘤综合征	(220)
第八章 性病诊治指南	(221)
第一节 梅毒	(221)
第二节 淋病	(250)
第三节 非淋菌性尿道炎	(266)
第四节 软下疳	(273)
第五节 性病性淋巴肉芽肿	(276)
第六节 尖锐湿疣	(282)
第七节 艾滋病	(287)
第八节 细菌性阴道病	(297)
第九节 外阴阴道念珠菌病	(303)
第十节 生殖器疱疹(见第六章 1.1)	
附录	
第一部分 皮肤科常用西药	(311)
第二部分 皮肤科常用中成药	(324)
第三部分 皮肤科常用外用制剂	(327)

第一章 皮肤病病史记录

第一节 门诊病人病史

1.1 病史

简明扼要记述主要症状，皮疹发生发展过程、累及部位、病期及以往治疗过程与效果。有关的过去史、个人史及家族史。

1.2 体格检查

重点是皮疹的性质、特点及其分布。

1.3 实验室检查

检查结果记录在病史卡上。

1.4 诊断与治疗

初步诊断，处方药物、剂量及用法。

经治医师签名或盖章。复诊时记录病情变化及治疗效果。

第二节 住院病人病史

2.1 病史要求与格式

姓名	住址
性别	出生地
年龄	入院日期
民族	采病史日期
婚姻	供病史者及可靠性

2.1.1 主诉 主要症状及病期

2.1.2 现病史 主要症状，皮疹的发生发展过程、发展速度及顺序；主要累及的部位；局部及全身症状；发病的可能原因或诱因；发病后的治疗情况及治疗反应。

2.1.3 过去史 手术、外伤史；药物过敏史；传染病史；预防接种史。

系统回顾：包括循环系统，呼吸系统，消化系统，泌尿系统，血液系统，内分泌系统，神经系统，运动系统。

2.1.4 个人史 个人嗜好史，入疫区史，婚姻史，妇女应包括月经、妊娠及生育史。

2.1.5 家族史 近亲及远亲中有无类似本病患者。

2.2 体格检查

系统检查参照内科病史。皮肤科检查：包括：①皮疹性质、特点，如颜色、大小、质地等；②皮疹的分布。

2.3 实验室检查

血、尿、粪常规检查及病情有关的实验室检查。

2.4 小结、讨论及初步诊断

结合病史、体检及实验室检查，总结本病例特点，作鉴别诊断讨论，最后作出初步诊断，并由书写病史者签名。

2.5 诊疗计划

尚未确诊者，订出进一步检查项目；已确诊者，订出治疗计划。

2.6 病程录

2.6.1 首次病程录 于24小时内完成，将前述病史重点扼要书写。

2.6.2 病情变化、治疗反应等应及时记录，一般3~4天记录一次，如病情危重应随时记录。

2.6.3 上级医师及会诊医师查房、讨论时发表的意见需如实记录。

2.6.4 每一个月作一次病情阶段小结。

2.6.5 做好交、接班小结记录。

2.7 出院总结

在病员出院时应作全面总结，包括该病例特点、治疗效果和反应、病情变化、出院时的情况及出院医嘱，最后写明出院诊断，并由负责经治医师签名。

2.8 采集、记录病史中的注意事项

2.8.1 医师态度要诚恳、和蔼、耐心，以便病员如实反映病情，为诊治疾病创造有利条件。

2.8.2 皮疹性质的描写必须准确、客观、全面。

2.8.3 询问及记录病史，要主次分明，有条理，文字要精练，字迹书写要端正清楚。

第二章 皮肤病患者体格检查

皮肤病的体格检查除系统检查外，主要是皮肤、粘膜的检查。皮肤损害即皮疹，为疾病的主要表现，是诊断皮肤病的主要依据。根据皮疹的发生、发展及病理基础，可将皮疹分为原发性和继发性两大类。

1.1 原发性皮疹

1.1.1 斑疹 为局限性皮肤颜色或光泽的改变，既不隆起，也不凹陷，直径不超过 1 cm，如斑疹扩大或互相融合成大片，称之为斑片。可有炎症性的红斑；出血性的瘀斑；色素障碍性的色素沉着斑或色素减退斑。

1.1.2 丘疹 为高出皮面的局限性实质性隆起，直径一般不超过 1 cm，形态可不一，如扁平、尖形、多角形、脐形等。多由皮肤炎症浸润或表皮细胞增生引起，少数由于代谢产物的堆积所成。丘疹顶端有小水疱者为丘疱疹。多数丘疹融合而成的片状损害称为斑块。

1.1.3 疱疹 为高出皮面、内含液体的腔隙性损害，液体清澈透明，称水疱；为脓性物称脓疱；为血性物称血疱；直径大于 0.5 cm，称大疱。根据其病理位置，可分为表皮内和表皮下两类。

1.1.4 风团 为短暂局限性水肿性隆起，呈淡红、鲜红或苍白色，经数小时或十几小时可消退，不留痕迹。

1.1.5 结节 为发生于真皮或皮下组织的实质性块状物，可高出皮面或埋于皮下，仅能扪及，大小不一。结节扩大或相互融合形成斑块。可为炎症性、肿瘤性或代谢性。

1.1.6 囊肿 为发生于真皮或皮下组织的内含液体形或其他成分的囊样损害，可隆起或仅可触及，触之有弹性感。

2.1 继发性皮疹

2.1.1 鳞屑 为脱落的表皮角质层，可呈不同大小及颜色，如糠状、鱼鳞状、大片状、云母状；黄色、白色或黑色。

2.1.2 痂 为皮疹表面的渗出物、脓液、坏死的上皮细胞及微生物等凝结而成的片状物，有浆液性、脓性及血性等，常覆盖于糜烂或溃疡表面。

2.1.3 糜烂 为表皮破损形成红色而湿润的创面，如水疱破裂可形成糜烂，愈后一般不留瘢痕。

2.1.4 溃疡 为深至真皮或真皮以下组织的缺损，愈后留有瘢痕。

2.1.5 抓痕 为搔抓引起的线状表皮剥脱，其上可覆血痂。

2.1.6 裂隙 为皮肤的线形裂口，深浅长短不一，深达真皮时，常伴疼痛和渗血。

2.1.7 瘢痕 为新生的结缔组织代替溃疡局部组织缺损而成，表面平滑无皮纹，失去正常结构。有肥厚性和萎缩性两种。

第三章 皮肤病的诊断技术

第一节 皮肤试验

皮肤试验是用来测定被试者是否对某些物质（如药物、食物、化学品、花粉、微生物等）过敏、是否感染了某种传染病的检查方法之一。被试物质（变应原）可分为特异性和非特异性两种，后者常用于测定机体的免疫功能。比较常用的试验有如下几种。

1.1 斑贴试验

是测定机体迟发型变态反应的一种诊断方法，常用于检测接触性致敏原，通常在试验后48~72小时判定结果，根据被试物的不同也可在试验后4~7天进行判定，但对于接触性荨麻疹则可在试验后15~30分钟判定。

1.1.1 操作方法 根据被试物的性质配制成适当浓度的溶液、软膏、油剂、粉剂或原物，浸湿或置于4层1 cm×1 cm的纱布上，然后贴于前臂或上臂屈侧或背部皮肤上，其上用大于纱布的玻璃纸覆盖并用胶布固定，24~48小时后取下被试物并观察、记录结果。

1.1.2 结果的判定和记录方法 受试部位无反应者为阴性（-），呈微红和微痒者为可疑（±），出现红斑和瘙痒者为弱阳性（+），水肿性红斑、丘疹为中等阳性（++），红肿性丘疹或水疱者为强阳性（+++），水疱破溃、糜烂者为超强阳性（++++）。

1.1.3 临床意义 阳性尤其是中等阳性以上反应通常表示患者对被试物过敏。阴性反应一般提示患者对被试物无敏感性，但应注意到有时会出现假阳性反应和假阴性反应。假阳性反应通常在去除被试物后，反应很快消失，而真的阳性反应则在被试物去除的24~48小时内一般是反应增强。假阴性反应有被试物浓度或接触皮肤的时间不够、患者处于低敏感状态等，应综合分析并作出正确判断。

1.1.4 注意事项 操作者必须充分了解被试物的性质和配制成合适的浓度，并向被试者说明试验的意义和可能出现的反应，如试验中出现明显或严重的刺激症状，应及时取下被试物并清洗或作适当处理。如果同时作多个不同被试物时，每两个被试物之间的距离应大于4 cm。

1.2 划痕试验

主要用于测定产生速发型变态反应的变应原。对被测变应原高度敏感者有一定的危险性，应慎重。

1.2.1 操作方法 通常在前臂屈侧皮肤进行，亦可将上臂外侧或背部作为试验部位，局部皮肤消毒后，用消毒过的注射针尖在皮肤上划0.5~1 cm长的条痕，以不出血为度，将被试物滴于划痕上，再用针柄轻擦压一下。在对侧相应部位用生理盐水作阴性对照试验。20~30分钟后观察结果。

1.2.2 结果判定和记录方法 阴性（-）：与对照实验相同，局部无反应。可疑阳性

(±): 水肿性红斑或风团, 直径小于 0.5 cm。弱阳性 (+): 风团有红晕, 直径等于 0.5 cm。中等阳性 (++) : 风团伴有明显红晕, 直径在 0.5 ~ 1 cm 之间, 但无伪足出现。强阳性 (+++) : 风团伴有明显红晕, 并出现伪足, 直径大于 1 cm。

1.2.3 临床意义 用于测定荨麻疹、特应性皮炎、药物性皮炎及食物过敏等速发型变态反应的过敏原。阳性通常表示患者对被试物有不同程度的过敏, 但应注意假阳性反应。

1.2.4 注意事项 抗组胺类药物或皮质激素可减弱试验的反应, 故应在停药 48 小时后进行测试。对被试物有过敏性休克史者, 禁止做本试验。试验时应备有抢救过敏性休克的药物及相应措施。

1.3 皮内试验

原理和适应证与划痕试验大致相同, 用于检测 I 型或 IV 型变态反应, 前者如青霉素试验, 后者如麻风菌素实验。但需注意到皮内实验的危险性比划痕实验更大, 试验时必须作好处理严重反应的急救准备。

1.3.1 操作方法 前臂屈侧皮肤常规消毒, 将被试物稀释成不同浓度, 通常从低稀释度开始, 用注射器抽取被试液, 向皮内注射 0.1 ml, 使之形成 0.3 ~ 0.4 cm 大的皮丘, 对侧相应部位设阴性对照。

1.3.2 结果判定 可分为即刻反应和迟发反应两种。即刻反应: 通常于 15 ~ 30 分钟出现, 如出现风团即为阳性, 结果判断和记录同划痕试验。即刻反应阳性提示患者对被试物过敏。迟发反应: 常在试验的 24 小时后出现, 其结果的判断和记录及临床意义见结核菌素实验和麻风菌素试验。

1.4 结核菌素试验

可协助结核病的诊断。常用的被试物有旧结核菌素和纯蛋白衍生物 (PPD)。

1.4.1 操作方法 常用皮内注射法。先将旧结核菌素用含 0.3% 石炭酸的生理盐水稀释成 1:100、1:1000、1:10 000、1:100 000 的不同浓度, 通常第一次试验从 1:10 000 的浓度开始, 但若怀疑患者可能对旧结核菌素高度敏感或有严重的活动性结核, 则开始的浓度以 1:100 000 为宜。若用 PPD 作试验, 第一次的浓度为每 ml 中含 PPD 0.0002 mg, 这相当于旧结核菌素 1:10 000 的浓度。注射后 48 ~ 72 小时观察结果, 对于阴性者应再作高一级浓度的试验, 直至 1:100 的浓度为止。

1.4.2 结果判定和记录 阴性 (-): 局部无反应。可疑 (±): 红晕及硬节直径小于 0.5 cm。弱阳性 (+): 红晕及硬节直径为 0.5 ~ 0.9 cm。中等阳性 (++) : 红晕及硬节直径为 1 ~ 1.9 cm。强阳性 (+++) : 红晕及硬节直径大于 2 cm。超强阳性 (++++) : 除红晕及硬节外, 尚可见疱疹或坏死。

1.4.3 临床意义 机体在感染了结核杆菌后的 2 ~ 10 周开始出现结核菌素试验阳性, 并将持续存在。本实验有助于结核病的诊断。皮肤结核的反应通常较内脏结核的反应强, 特别是丘疹坏死性皮肤结核、硬红斑及瘰疬性苔藓。但全身性粟粒型皮肤结核患者的免疫力低下, 反应可为阴性。

1.4.4 注意事项 在某些病理情况下机体的迟发型变态反应可非特异性地降低, 使本试验的反应强度降低, 如急性病毒性感染、大剂量皮质激素或免疫抑制剂的应用、恶性营养不良、恶性肿瘤及艾滋病等。尚有 5% 的结核病患者对中等剂量的结核菌素不起反应, 其原