

全国医学专科学校试用教材

◀供医学专业用▶

皮肤科学

赣南医学专科学校 主编

人民卫生出版社

全国医学专科学校试用教材

(供医学专业用)

皮 肤 科 学

主 编 单 位

赣南医学专科学校

编 写 单 位

承德医学专科学校

南充医学专科学校

赣南医学专科学校

审 阅 单 位

北 京 医 学 院

人 民 卫 生 出 版 社

一九八一年十二月

皮 肤 科 学

赣南医学专科学校 主编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区天坛西里10号)

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷
新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092毫米16开本 8印张 8插页 185千字

1981年9月第1版第1次印刷

印数：1—26,400

统一书号：14048·3980 定价：1.20元

编写说明

本教材由卫生部组织赣南医学专科学校、承德医学专科学校和南充医学专科学校皮肤病学教研室集体编写，由北京医学院皮肤病学教研室审阅，供全国医学专科学校医学专业试用。

本教材内容分总论、各论二大部分。总论四章，简要介绍皮肤科学的基础内容，包括皮肤结构、功能，皮肤病的症状诊断、预防治疗原则等；各论 13 章，分述 64 种皮肤病的发病原因、临床表现、诊断要点、鉴别诊断、预防和治疗；并以常见、多发皮肤病和严重皮肤病为重点，适当介绍了比较有效的中西医结合诊疗方法和国内外的新进展；书末附录汇集了常用的内服中药方剂 34 个和常用的外用药物处方 47 个；配备插图 76 幅，以便帮助理解课文内容。

初稿承蒙部分兄弟院校提出许多宝贵意见，谨表示感谢，但限于我们的业务水平，教材中难免有缺点和错误，我们热情地希望同志们随时提出批评和指正，以便使本教材不断改进、充实和提高。

编 者

1980 年 7 月

目 录

第一篇 总论 1	第二节 螨虫皮炎..... 49
第一章 皮肤的结构和功能 1	第三节 皮肤蝇蛆病..... 50
第一节 皮肤的结构..... 1	第四节 蠓虫皮炎..... 50
第二节 皮肤的功能..... 4	第五节 隐翅虫皮炎..... 51
第二章 皮肤病的症状和诊断 7	第六节 虱病..... 51
第一节 皮肤病的症状..... 7	第六章 物理性皮肤病 53
第二节 皮肤病的诊断..... 9	第一节 冻疮..... 53
第三章 皮肤病的中医辨证施治..... 12	第二节 夏令皮炎..... 54
第一节 辨证要点..... 12	第三节 光感性皮肤病..... 54
第二节 施治要点..... 13	第四节 尿布皮炎..... 56
第四章 皮肤病的防治 15	第七章 皮炎、湿疹类皮肤病 57
第一节 皮肤病的预防..... 15	第一节 接触性皮炎..... 57
第二节 皮肤病的治疗..... 15	第二节 特应性皮炎..... 58
第二篇 各论 24	第三节 湿疹..... 60
第一章 病毒性皮肤病 24	第四节 婴儿湿疹..... 62
第一节 疣..... 24	第八章 血管炎性皮肤病 64
第二节 传染性软疣..... 26	第一节 变应性皮肤血管炎..... 64
第三节 单纯疱疹..... 26	第二节 过敏性紫癜..... 64
第四节 带状疱疹..... 27	第三节 结节性红斑..... 65
第二章 细菌性皮肤病 29	第四节 结节性血管炎..... 66
第一节 脓疱疮..... 29	第九章 荨麻疹和药疹 67
第二节 毛囊炎..... 30	第一节 荨麻疹..... 67
第三节 麻风..... 31	第二节 丘疹性荨麻疹..... 69
第四节 皮肤结核病..... 36	第三节 药疹..... 69
第五节 类丹毒..... 37	第十章 神经性皮炎和瘙痒症 73
第三章 螺旋体性皮肤病 39	第一节 神经性皮炎..... 73
梅毒..... 39	第二节 瘙痒症..... 74
第四章 真菌性皮肤病 41	第十一章 红斑鳞屑性皮肤病 76
第一节 头癣..... 41	第一节 银屑病..... 76
第二节 手足癣、甲癣..... 43	第二节 玫瑰糠疹..... 78
第三节 体癣及股癣..... 45	第三节 单纯糠疹..... 78
第四节 花斑癣..... 45	第四节 多形性红斑..... 79
第五节 念珠菌病..... 46	第十二章 职业性皮肤病..... 81
第六节 孢子丝菌病..... 48	第一节 工业性皮肤病..... 81
第五章 动物性皮肤病 49	第二节 农业性皮肤病..... 82
第一节 疥疮..... 49	第十三章 皮肤附属器疾病 85
	第一节 皮脂溢出症和脂溢性皮炎..... 85

第二节	痤疮·····	87
第三节	酒渣鼻·····	87
第四节	斑秃·····	88
第五节	汗疱疹·····	89
第十四章	色素障碍性皮肤病·····	90
第一节	白癜风·····	90
第二节	黄褐斑·····	90
第十五章	大疱性皮肤病·····	92
第一节	天疱疮·····	92
第二节	类天疱疮·····	93
第三节	疱疹样皮炎·····	94
第十六章	结缔组织病·····	96

第一节	红斑性狼疮·····	96
第二节	硬皮病·····	99
第三节	皮炎·····	101
第十七章	皮肤肿瘤·····	104
第一节	血管瘤·····	104
第二节	瘢痕疙瘩·····	105
第三节	博温病·····	105
第四节	基底细胞上皮瘤·····	106
第五节	鳞状细胞癌·····	106
附录一	常用内服中药方剂·····	108
附录二	常用外用药物处方·····	114

第一篇 总 论

第一章 皮肤的结构和功能

皮肤是身体的一个器官，覆盖在机体的表面，起着保护机体免受外界物理的、化学的、生物的伤害和侵入，并参与机体的代谢过程。

成年人皮肤面积约为 1.5~2.0 平方米，厚度随年龄、性别、部位等而不同，除皮下组织外，约为 0.5~4 毫米。皮肤表面凸凹不平形成皮纹，隆起的称为皮嵴，凹下的称为皮沟。

第一节 皮肤的结构

皮肤由表皮、真皮和皮下组织构成，含有附属器(汗腺、皮脂腺、毛发、指甲、趾甲)、血管、淋巴管、神经、肌肉等(图 1)。

一、表皮 (Epidermis) 来源于外胚叶，是皮肤最外面的一层，平均厚度为 0.2 毫米，根据细胞的不同发展阶段和形态特点，由外向内，可分为五层。

(一) 角质层 (Stratum Corneum) 由数层核已消失的角化细胞组成，含有角蛋白，

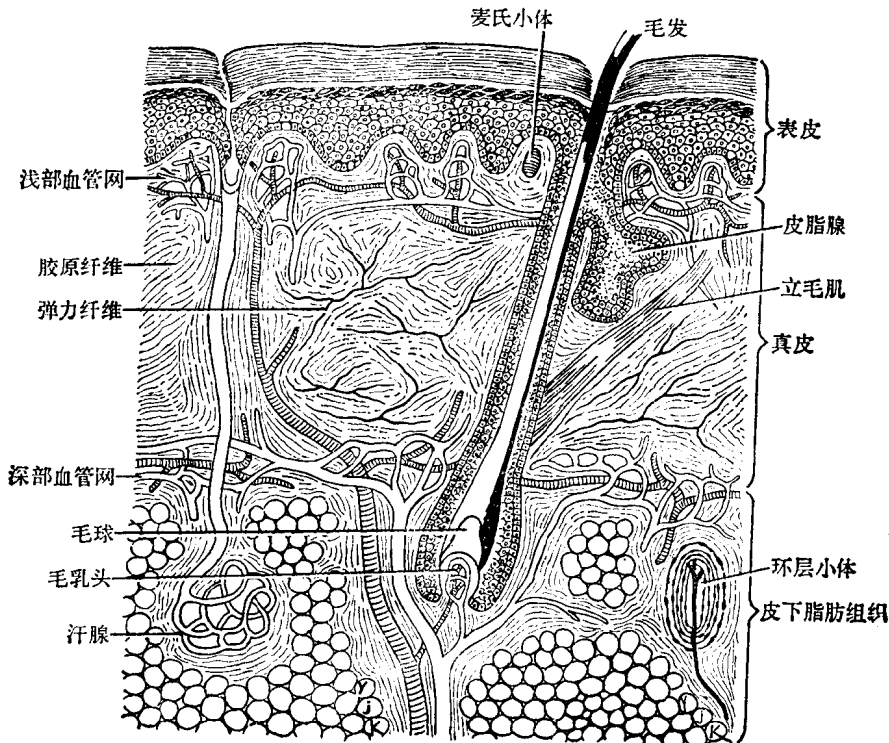


图 1 皮肤的结构模式图

能抵抗摩擦，防止体液外渗和化学物质内侵。角蛋白吸水力较强，一般含水量不低于10%，以维持皮肤的柔润，如低于此值，皮肤则干燥，出现鳞屑或皲裂。由于部位不同，其厚度差异甚大，如眼睑、包皮、额部、腹部、肘窝、腘窝等部位较薄，掌、跖部位最厚。若角质层异常增厚，称为角化过度（Hyperkeratosis）；若角质层有细胞核残存，称为角化不全（Parakeratosis）。

（二）透明层（Stratum Lucidum）由2~3层核已消失的扁平透明细胞组成，含有角母蛋白。能防止水分、电解质和化学物质的透过，故又称屏障带。此层于掌、跖部位最明显。

（三）颗粒层（Stratum Granulosum）由2~4层扁平梭形细胞组成，含有大量嗜碱性透明角质颗粒。颗粒层细胞由正常的2~4层增至多层时，称为粒层肥厚（Hypergranulosis），常伴有角化过度；颗粒层消失，常伴有角化不全，但正常粘膜无颗粒层（硬颚及舌背除外）。

（四）棘细胞层（Stratum Spinosum）由4~8层多角形的棘细胞组成，由下向上渐趋扁平，细胞间借桥粒互相连接，形成所谓细胞间桥。如桥粒分解，细胞间结合力减弱，互相分离，称为棘层松解（Acantholysis）。细胞间有一定间隙，内有组织液回流，参与表皮的代谢。若表皮细胞间水肿，细胞间隙增宽，细胞间桥清晰可见，状如海绵，称为海绵形成（Spongiosis）。若细胞内水肿，则细胞内出现空泡，称为腔状改变（Alteration Cavitaire）。若棘细胞层增厚，则称为棘层肥厚（Acanthosis）。

（五）基底层（Stratum Germinativum）由一层排列呈栅状的圆柱状细胞组成。此层细胞不断分裂（经常有3~5%的细胞进行分裂），逐渐向上推移、角化、变形，形成表皮其他各层，最后角化脱落。基底细胞分裂后到脱落的时间，一般认为是28天，称为更替时间（Turnover Time），其中自基底细胞分裂后到颗粒层最上层为14天，通过角质层到最后脱落为14天。

基底细胞间夹杂一种来源于神经嵴的黑色素细胞（又称树枝状细胞、明细胞），占整个基底细胞的4~10%，能产生黑色素（色素颗粒），决定着皮肤的颜色。若基底细胞因某种原因变成空泡或境界消失，称为基底细胞液化变性（Liquefaction Degeneration of the Basal Cells）。

在基底细胞下面，即表皮与真皮之间有一条用过碘酸-锡夫氏（PAS）染色呈阳性反应的均质带状结构，称为基底膜（Basement Membrane），借此膜表皮和真皮紧密结合。此外，表皮与真皮呈波浪式结合，表皮伸入真皮的部分，称为表皮突，真皮以同样形式伸入表皮的部分，称为真皮乳头。

二、真皮（Dermis） 来源于中胚叶，由纤维、基质和细胞构成。接近于表皮之真皮乳头称为乳头层，又称真皮浅层；其下称为网状层，又称真皮深层，两者无严格界限。

（一）纤维（Fibers）有胶原纤维、弹力纤维和网状纤维三种。

1. 胶原纤维（Collagenous Fibers）为真皮的主要成分，约占95%，集合组成束状。在乳头层纤维束较细，排列紧密，走行方向不一，亦不互相交织。在网状层纤维束较粗，排列较疏松，交织成网状，与皮肤表面平行者较多。由于纤维束呈螺旋形，故有一定伸缩性。

2. 弹力纤维 (Elastic Fibers) 在网状层下部较多, 多盘绕在胶原纤维束上及皮肤附属器官周围。除赋予皮肤弹性外, 也构成皮肤及其附属器的支架。

3. 网状纤维 (Reticular Fibers) 被认为是未成熟的胶原纤维, 它环绕于皮肤附属器及血管周围。

(二) 基质 (Ground Substance) 是一种无定形的、均匀的胶样物质, 充塞于纤维束间及细胞间, 为皮肤各种成分提供物质支持, 并为物质代谢提供场所。

(三) 细胞 (Cells) 主要有以下几种:

1. 成纤维细胞 (Fibroblast) 能产生胶原纤维、弹力纤维和基质。

2. 组织细胞 (Histiocytes) 是网状内皮系统的一个组成部分, 具有吞噬微生物、代谢产物、色素颗粒、异物等的功能, 起着有效的清除作用。

3. 肥大细胞 (Mast Cell) 存在于真皮和皮下组织中, 以真皮乳头层为最多。其胞浆内的颗粒, 能贮存和释放组织胺及肝素等。

三、皮下组织 (Subcutaneous Tissue) 来源于中胚叶, 在真皮的下部, 由疏松结缔组织和脂肪小叶组成, 其下紧临肌膜。皮下组织的厚薄依年龄、性别、部位及营养状态而异。有防止散热、储备能量和抵御外来机械性冲击的功能。

四、附属器

(一) 汗腺 (Sweat Glands)

1. 小汗腺 (Eccrine Glands) 一般称为汗腺。位于皮下组织和真皮网状层。除唇红部、龟头、包皮内面和阴蒂外, 分布全身。而以掌、跖、腋窝、腹股沟等处较多。汗腺分泌汗液, 调节体温, 由胆碱能交感神经支配, 其肌上皮则由肾上腺素能交感神经支配。

2. 大汗腺 (Apocrine Glands) 主要位于腋窝、乳晕、脐窝、肛周、外生殖器等部位。青春期后分泌旺盛, 其分泌物由细菌分解, 产生特殊臭味, 是臭汗症的原因之一。大汗腺受肾上腺素能及胆碱能交感神经的双重支配。

(二) 皮脂腺 (Sebaceous Glands) 位于真皮内, 靠近毛囊。除掌、跖外, 分布全身, 而以头皮、面部、胸部、肩胛间、阴阜等处较多。唇红部、乳头、龟头、小阴唇等处的皮脂腺直接开口于皮肤表面, 其余开口于毛囊上部。皮脂腺分泌皮脂, 润滑皮肤和毛发, 青春期以后分泌旺盛。

(三) 毛发 (Hair) 分长毛、短毛和毳毛三种。毛发在皮肤表面以上的部分称为毛干, 在毛囊内的部分称为毛根, 毛根下段膨大的部分称为毛球, 突入毛球底部的部分称为毛乳头。毛乳头含丰富的血管和神经, 以维持毛发的营养和生长, 如发生萎缩, 则毛发脱落。

毛发呈周期性地生长与休止, 但全部毛发并不处在同一周期, 故人的头发是随时脱落和生长的。不同类型毛发的周期长短不一, 头发的生长期 (Anagen) 约为 5~7 年, 接着进入退行期 (Catagen), 约为 2~4 周, 再进入休止期 (Telogen), 约为数个月, 最后毛发脱落。此后再过度到新的生长期, 产生新发。故平时洗头或梳发时, 少量头发脱落, 乃是生理现象。

(四) 甲 (Nails) 可分为甲板和甲根两部分, 露出部分为甲板, 近端半月形白色区称为甲半月, 被皮肤覆盖的部分为甲根。甲板深面是甲床, 相当于棘细胞层和基底层。

甲床的最后部分为甲母，是甲的发生区。围绕甲板两侧和后部的皮肤皱褶，称为甲皱襞。指甲的生长速度较趾甲为快。

五、血管、淋巴管、神经和肌肉

(一) 血管 (Blood Vessels) 表皮无血管。动脉进入皮下组织后分支营养皮下组织，上行至皮下组织与真皮交界处形成深部血管网，分支营养乳头、汗腺、神经和肌肉。再上行至真皮网状层与乳头层交界处形成浅部血管网，分支成毛细血管，营养毛囊、皮脂腺等。毛细血管在真皮乳头内形成毛细血管袢。乳头内毛细血管汇合成小静脉，下行逐渐增粗，和动脉伴行，共同形成浅、深血管网。

此外，在指(趾)尖、甲床的真皮内，有一种动静脉短路连通结构，称为血管球体，对减少热的散失有一定的作用。

(二) 淋巴管 (Lymph Vessels) 起于真皮乳头层内的毛细淋巴管盲端，沿血管走行，至浅部和深部血管网处，形成浅部和深部淋巴管网，逐渐汇合成较粗的淋巴管，流入所属的淋巴结。淋巴管是辅助循环系统，可阻止微生物和异物的入侵。

(三) 神经 (Nerves) 分感觉神经和运动神经两种。感觉神经来自脊神经和脑神经，为有髓神经，其末端失去髓鞘，成为游离神经末梢，接受各种刺激。有的游离神经末梢终止于特殊的感觉末梢装置，如在真皮内有司冷觉的克劳小体(Krause Corpuscle)、司触觉的麦氏小体 (Meissner's Corpuscle)，在皮下组织内有司温觉的鲁菲尼小体 (Ruffini Corpuscle)、司压觉的环层小体 (Paccini Corpuscle)。但近年来研究表明，神经传导的速度与神经的直径成正比，不同刺激引起的神经冲动，其传导亦与此有关，如直径大于10微米，神经传导为30~60米/秒，对触觉、压觉等机械性刺激传导较好；中等直径的神经纤维，传导速度为10~20米/秒，对温度刺激传导较好；直径小于5微米的神经纤维，传导速度为1~2米/秒，与痛觉和痒觉的传导有关。

运动神经来自植物神经系统，为无髓神经，分布于皮肤的血管、平滑肌和汗腺，并调节其功能。

(四) 肌肉 (Muscles) 皮肤的肌肉除少数横纹肌外，主要为平滑肌。平滑肌中，主要是立毛肌，收缩时毛发竖立，对皮脂排出等起着重要作用。阴囊和乳晕的肌肉，均为平滑肌，血管壁、汗腺周围也为平滑肌，面部表情肌为横纹肌。

第二节 皮肤的功能

皮肤主要是参与整个机体的平衡及与外界环境的统一。

一、保护作用 皮肤覆盖在人体的表面，表皮坚韧柔软，真皮富有弹性，皮下组织具有软垫作用，故能缓冲机械性的冲击。角质层和透明层是电的不良导体，并能抵抗轻度酸、碱的刺激和阻止水分、细菌的侵入。角蛋白和黑色素能将大部分日光折射，并能吸收紫外线光谱，从而保护机体免受日光的损伤。

二、感觉作用 皮肤内有大量感觉神经末梢，能接受外界刺激，通过神经传导和大脑皮层的分析，产生冷、热、触、压、痛、痒等感觉。

瘙痒一般认为是由于机体产生的某些化学介质如组织胺、激肽和蛋白酶等刺激表皮内和真皮浅层的游离神经末梢而引起。痒觉与痛觉的关系还不清楚，加重痛觉可以遮断痒觉，但吗啡能止痛而不能止痒。

三、调节体温作用 皮肤是热的不良导体，以保持体温的恒定。外界气温降低时，皮肤的毛细血管收缩，汗液减少，以防止体内热量外散；外界气温升高时，血管扩张，汗液分泌增多（每蒸发1毫升汗液需0.5仟卡热量），以利散热。此外，体表周围空气的对流和传导作用，对体温的调节也有一定意义。

四、分泌和排泄作用

（一）汗液的分泌 受体温调节中枢控制，平时成人不显性发汗每24小时可达500毫升左右，当气温升高、精神紧张、焦虑恐怖等可立即引起发汗，大量发汗可使钠、钾排出，造成电解质紊乱。在肾功能不全时，发汗量可相应地增加，以协助排泄体内代谢后的产物。汗液呈酸性反应，其中水分占99%以上，其他为钠、钾、氯、乳酸、尿素等。

（二）皮脂的排泄 皮脂的排泄不受神经的控制，皮脂呈酸性反应，含有脂肪酸、胆固醇等。皮脂在皮脂腺内积聚，到一定程度时，导管内压力增加，使皮脂从毛囊口排出到体表。在体表与汗液和体表水分形成一层乳化膜，产生抗皮脂排出的反压力，这种反压力和乳化膜的厚度及皮脂的粘稠度有关。这两种压力的相互作用，调节着皮脂的排出。因此，当头皮皮脂排泄过多时，越用热水和肥皂洗头，皮脂排泄也就越多。此外，乳化膜还能使皮肤柔润，防止水分的过度蒸发和透入，中和碱性物质，抑制细菌、真菌的生长，起到保护皮肤的作用。

五、吸收作用 皮肤具有一定的吸收作用，吸收的主要途径是渗透入角质层细胞，再经表皮其他各层到达真皮而被吸收；此外，尚可通过毛囊、皮脂腺和汗腺导管而被吸收。至于吸收程度和角质层厚度、单位面积内皮肤附属器数量、皮肤含水量、药物的剂型和浓度等有关。如掌、跖角质层较厚吸收作用就较差，耳后角质层较薄、附属器数量较多吸收就较强，皮肤被水浸软后吸收作用也就较强，水溶性物质不易被吸收，而脂溶性物质如维生素A、D、K及酚类化合物、激素等则较易被吸收。所以，在使用外用药物时，要注意药物被吸收而引起中毒。

六、代谢作用 皮肤除储藏大量的水分和脂肪外，还有蛋白质、糖、维生素等，这些物质都参与整个机体的代谢，所以，当机体的代谢发生障碍时，可影响皮肤的正常代谢，导致某些皮肤病的发生。反之，皮肤的代谢发生障碍时，也可影响整个机体的代谢。

皮肤是身体储藏水分的重要器官，约占人体水分的18~20%。在皮肤有炎症时，一般可引起钠和水的增加，因此，限止水和盐的摄入，对疾病有一定好处。

脂肪在代谢中起到重要作用，如在营养缺乏时，可氧化产生必需的能量，表皮内的7-脱氢胆固醇（7-Dehydrocholesterol）经紫外线照射后能转化为维生素D₃。

蛋白质的代谢对表皮细胞的分裂和分化，起重要作用。角质层含有丰富的角蛋白，如因患病而大量脱落时，则蛋白质也大量丢失。

糖原在正常表皮细胞中含量较少，但在银屑病等时，细胞分裂加速，糖原也增加。表皮中葡萄糖含量相当于血浆中含量的 $\frac{1}{3}$ 左右。糖尿病患者皮肤中葡萄糖含量增加，易发生化脓性和真菌性感染，如疖、体癣、念珠菌病等。在表皮中，糖分解成乳酸，这对皮肤的酸性反应起一定的作用。

维生素的代谢与皮肤的关系也很密切，维生素缺乏时，常先在皮肤上发生变化，如

维生素A缺乏时，可产生角化过度，引起蟾皮病等。

七、免疫作用 皮肤作为变态反应的场所是很重要的。不少皮肤病的发病机制，往往有不同程度的变态反应参与，所以研究各种皮肤病的发病机制和研究变态反应的情况，都需要在皮肤上进行，因而皮肤成了研究变态反应或一些免疫现象不可缺少的器官。例如有关细胞免疫(迟发变态反应)及体液免疫(即刻变态反应)的情况、抗原的证明、抗体的形成与反应状态等，均须作有关皮肤的试验。

(编写 阎伯令 审阅 陈集舟)

第二章 皮肤病的症状和诊断

第一节 皮肤病的症状

皮肤病在发生发展过程中所出现的临床症状，是认识和诊断皮肤病的重要依据，我们必须认真学习，正确掌握。某些其他组织或内脏疾病的症状，有的也可通过皮肤表现出来，所以，学习时还要有整体观念。

一、自觉症状 患者自己感觉到的症状称为自觉症状，有局部症状和全身症状两种。

局部症状 常见的有瘙痒、疼痛、灼热、麻木、蚁走感、感觉迟钝、感觉过敏等，其中以瘙痒为最常见。由于个体感受性、局部反应性、精神状态、健康状况等的不同，对瘙痒的耐受性也不同，同样刺激，有的感觉轻微，有的则剧烈难以忍受，有的为间歇性，有的则为持续性或阵发性。

全身症状 常见的有发热、畏寒、食欲减退、全身乏力、关节疼痛等，和一般内科疾病相同。

二、他觉症状 可以看到或摸到的症状称为他觉症状，通常称为皮肤损害，简称皮损。其大小、颜色、形状等在皮肤病的诊断上是一个重要依据，对其他某些疾病的诊断也有参考意义。皮损一般可分原发性和继发性两种。原发性皮损是皮肤病理变化直接产生的初期表现；继发性皮损则由原发性皮损转变而来，也可由治疗或机械性损伤(如搔抓等)所引起。

(一) 原发性皮损(又称原发疹)(图2)

1. 斑疹(Macules) 为皮肤局限性的颜色改变，既不高起，也不凹下，看得见，摸不到，可有不同的大小、颜色和形状，如直径大于3~4厘米，常称为斑片。由炎症或血管扩张引起的呈红色或淡红色，称为红斑(Erythema)，压之退色，如长期存在或有郁血现象时则呈暗红色。由色素脱失引起的呈白色，称为色素脱失斑或白斑；如色素部分脱失则呈淡白色，称为色素减退斑。由色素增加、痣细胞增生或外来物质等引起的呈黑色、浅黑色、褐色等，称为色素沉着斑。由血管壁(小动脉和毛细血管交接处)破裂，血液进入皮肤或粘膜引起的呈紫红色，称为紫癜(Purpura)，压之不退色；由针尖至瓜子大小的称瘀点(Petechia)，如直径大于0.5~1厘米的称瘀斑(Ecchymoses)，后期呈黄褐色，有时由于出血较多，可略高出皮面。

2. 丘疹(Papules) 为实质性、局限性的突起，直径一般小于0.5厘米，位于表皮或真皮浅层，颜色、形状、硬度等多种多样。可由炎性浸润(如湿疹)、表皮细胞增生(如扁平疣)、代谢产物聚集(如皮肤淀粉样变)等引起，也可由斑疹演变而成，在演变的中间阶段，即介于斑疹和丘疹之间稍隆起的皮损称斑丘疹(Maculopapules)。

3. 结节(Nodules) 为实质性、局限性的皮损，直径一般大于1厘米，常位于真皮或皮下组织内，较丘疹为深，多为圆形或类圆形，小的需触诊才能查出，较大的可隆起。可由炎性浸润(如结节性红斑)、肉芽肿性浸润(如寻常性狼疮)等引起。一些丘疹或

结节可扩大或融合成局限性、片状、扁平隆起的皮损称斑块 (Plaques)。

4. 肿瘤 (Tumors) 为发生于皮内或皮下组织的新生物, 大小不一, 呈圆形、卵圆形、蒂形或不规则形, 或硬或软, 或高出皮面, 或仅可触及, 一般为正常肤色, 可逐渐扩大, 很少自消, 有良性与恶性两种。

5. 风团 (Wheals) 为暂时性、局限性、水肿性的扁平隆起, 大小不一, 形状不定, 常呈淡红色或苍白色, 多突然发生, 迅速消退, 不留痕迹。由毛细血管扩张、渗出和真皮水肿引起。

6. 水疱 (Vesicles) 和大疱 (Bullae) 水疱为含有浆液的局限性、腔隙性突起, 一般小于豌豆, 位于表皮内或表皮下, 炎性较重时周围常绕以红晕。可由表皮细胞间水肿或细胞变性、真皮炎症等引起, 也可由丘疹转变而成, 在转变的过渡阶段, 即丘疹中心出现水疱时, 则称为丘疱疹 (Papulovesicles)。水疱如大于豌豆则称为大疱。

7. 脓疱 (Pustules) 为含有脓液的局限性、腔隙性突起, 周围常有红晕。可由丘疹、水疱转变而成, 或发生时即为脓疱。多为细菌、病毒等感染引起, 但亦有无菌性脓疱。

8. 囊肿 (Cysts) 为真皮或皮下组织内的腔状结构, 有囊壁, 内容由囊肿性质而定。

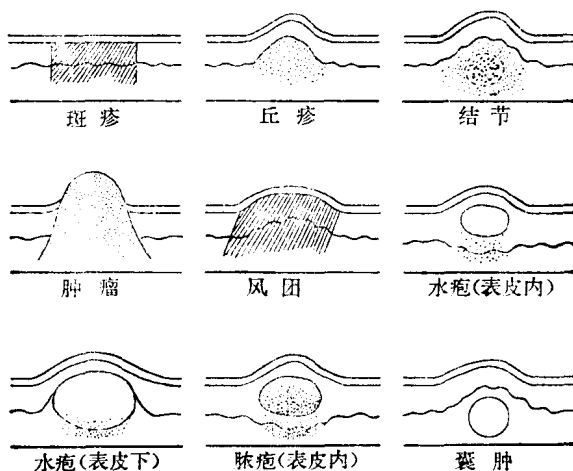


图 2 原发性皮损模式图

(二) 继发性损害(又称继发疹)(图 3)

1. 鳞屑 (Scales) 即将脱落或已脱落的表皮角质层碎屑, 称为鳞屑, 小如秕糠, 大可成片。在正常情况下, 脱落小而少, 不易察觉; 在病理情况下, 由于表皮细胞形成加速或正常角化过程发生障碍, 鳞屑就明显增多。

2. 痂 (Crust) 皮损表面的浆液、脓液或血液干燥凝固形成痂, 常含有表皮细胞、细菌、真菌、灰尘等, 大小、颜色、厚薄等视皮损性质而不同。如主要由浆液而成的为淡黄色, 称浆痂; 由脓液而成的为黄绿色, 称脓痂; 由血液而成的为红褐色, 后转黑褐色, 称血痂。

3. 糜烂 (Erosion) 多由水疱、大疱或脓疱破裂所致, 亦可因搔抓或其他外伤

引起的局限性表皮缺损，露出鲜红色湿润面称为糜烂，愈后无瘢痕。

4. 抓痕(表皮抓破)(Excoriation) 由搔抓引起表皮剥脱，称为抓痕，多呈线状或点状，常覆以痂，如只深及表皮，愈后无瘢痕，如深达真皮，可引起出血，愈后甚至留有瘢痕。

5. 皲裂(Fissures) 皮肤线状裂伤，深达真皮，称为皲裂，常和皮纹一致，多见于四肢关节和活动部位，一般长约1厘米左右，有疼痛，甚至出血。主要由皮肤干燥、慢性炎症、角质层增厚等使皮肤弹性降低，加上活动、牵拉等所引起。

6. 溃疡(Ulcers) 组织毁灭所发生的缺损深达真皮或深层组织时，称为溃疡，治愈后留有瘢痕。主要由皮肤病或外伤引起。

7. 瘢痕(Scars) 新生的结缔组织和上皮细胞修复深达真皮或皮肤深层组织的缺损，形成瘢痕。缺乏弹性，无真皮乳头及正常皮纹，皮肤附属器减少或消失，故表面干燥、光滑，早期为红色或淡红色，逐渐变淡，并有光泽，很少有色素沉着。有的瘢痕菲薄、柔软、凹陷、无收缩，称萎缩性瘢痕；有的肥厚、变硬、隆起、收缩明显，称肥厚性瘢痕，但不向周围组织伸展。

8. 萎缩(Atrophy) 皮肤变薄柔软、皮纹消失、光滑干燥，称为萎缩，如老年皮肤萎缩。系皮肤各层退行性变的结果。

9. 苔藓样变(Lichenification) 皮肤肥厚、皮纹明显、干燥粗糙、类似皮革，称为苔藓样变，常伴有色素沉着。多由长期搔抓、摩擦所引起。

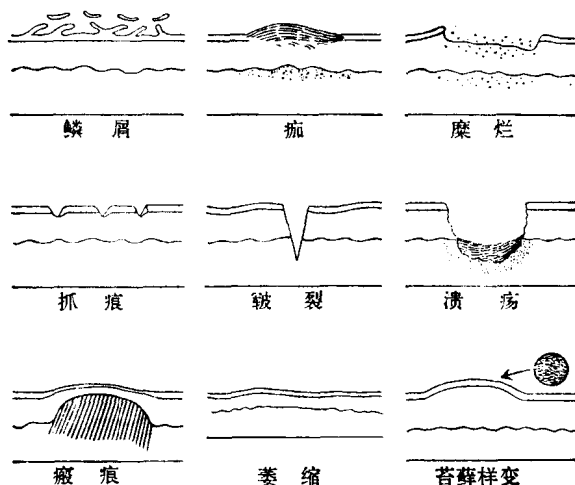


图3 继发性皮损模式图

第二节 皮肤病的诊断

皮肤病的症状主要表现在皮肤上但相同的症状可由不同的病因引起，而相同的病因也可引起不同的症状，这是诊断上应注意的。

一、询问病史

(一) 主诉 即患者就诊时的主要诉述，也就是患者就医的目的，包括患病部位、疾

病症状和发病时间，要简单明了。

(二) 现病史 即现病的发生原因、发展情况、治疗经过等，要详细、正确记录。

(三) 既往史 记录既往有无同样病史或其他有关病史，有无传染病史、过敏史等，特别是药物过敏史。

(四) 个人史 包括出生地点、生活经历、生活习惯、饮食嗜好、工作性质、情绪变化、婚姻史等。女性患者还应了解月经、妊娠、生育等情况。儿童还应了解麻疹和水痘病史。

(五) 家族史 记录家族中和亲属中有无同样病史或有关病史，有无传染病史及近亲结婚史等。

二、体格检查

(一) 皮肤粘膜检查 皮损是皮肤病的客观反映，是诊断的重要依据，要仔细观察，正确识别。检查时室内光线要充足，以自然光线最理想，但不宜在直射阳光下检查；温度要适宜，过冷或过热都会影响皮损颜色；有时，要从不同角度和远近距离比较观察或作全身检查；较小皮损要用放大镜检查；结节等要用手指检查其硬度、深浅、压痛、波动感等，甚至要用玻片压迫观察；有感觉障碍时，还需作感觉检查。检查后应正确描述、记录，兹将皮损描述时的有关各点，简介于下：

1. 部位 皮肤病常有一定的好发部位，往往有助于诊断，应正确描述、记录，必要时绘图表明。

2. 分布 有全身性、局限性、对称性、单侧性、密集、散在、不规则等。

3. 数目 有单个、少数、多数等。

4. 大小 以实物表达，如针头、绿豆、鸽卵、钱币、手掌等，或以毫米、厘米等表达直径长短。

5. 颜色 有淡红、鲜红、红色、紫红、暗红、黄色、橙黄、白色、淡白、褐色等。

6. 形状 有圆形、椭圆形、球形、半球形、梭形、蝶形、多角形、点状、滴状、地图状、条状、带状、网状等。

7. 边缘 有清楚、不清楚、规则、不规则、隆起等。

8. 表面 有高起、凹陷、干燥、湿润、光滑、粗糙、鳞屑、痂、糜烂、分泌物、脐窝、疣状、乳头状、菜花状、蜡样光泽等。

9. 硬度 有坚硬、柔软等。

10. 基底 有蒂状、粘连等。

11. 感觉 有减退、消失、过敏等。

(二) 全身检查 同内科，见《诊断学基础》。

三、实验室检查 必要时应作实验室检查，如皮肤免疫试验、细菌和真菌检查或培养、康氏或乏色曼氏反应、动物接种试验等。常用的皮肤免疫试验有以下几种：

(一) 斑贴试验 (Patch Test) 将可疑致敏物配成适当浓度的试液或软膏，用1平方厘米的纱布四层浸湿试液或涂上软膏，贴于前臂屈面或背部正常皮肤上，盖上1.5平方厘米不通气的玻璃纸或蜡纸，再用较大的胶布封固，同时以基质在对侧同一部位作对照试验。如同时作几个试验，则每两个间的距离不少于4厘米，且都应作对照试验。

24、48、72 小时观察反应，如反应过于强烈，应立即除去。阳性时局部有红肿、丘疹、水疱等。阳性反应不能完全肯定真实的致敏物，阴性也不能完全排除，需结合病史考虑。适用于第Ⅳ型变态反应，如接触性皮炎、职业性皮炎等，但急性期不宜进行。

(二) 划破试验 (Scratch Test) 先用酒精消毒前臂屈面试验区皮肤，再用蒸馏水或生理盐水洗净，干后用消毒针尖划破 2~3 条，每条长约 0.5 厘米，以不出血为度，将适当浓度试液滴上轻擦之，如为粉剂则先滴 1 滴 1/10N(当量)氢氧化钠溶液或生理盐水，再将粉剂撒上轻擦之，同时以基质在对侧同一部位作对照试验。如同时作几个试验，则每两个间的距离不少于 4~5 厘米，且都应作对照试验。15~30 分钟后，将试物用生理盐水洗去，观察反应。阳性时局部出现风团，并有伪足，反应轻微为阴性，也可能为迟发反应，次日应再观察。适用于第Ⅰ型变态反应，也可用于第Ⅳ型变态反应，如药疹、荨麻疹等。

(三) 皮内试验 (Intradermal Test) 在常规消毒下，用结核菌素注射器于前臂屈面皮内注射适当浓度试液 0.1 毫升，使产生直径约 3~4 毫米大小的皮丘。即刻反应一般于 15~30 分钟内出现，阳性时有红斑或风团，严重时可发生过敏性休克，故有过过敏性休克史者，避免作皮内试验，一般先作划破试验，阴性时再作皮内试验；迟发反应一般于几小时或 24~48 小时后出现，阳性时有浸润性结节。适应证同划破试验。

(四) 皮肤活检 (Skin Biopsy) 选择具有代表性的典型皮损，如水疱或脓疱，要选早期，环状皮损要选择边缘部分，有数种基本皮损时应各选一典型皮损。常规消毒时动作要轻，不要擦去皮损表面的鳞屑或痂。局部麻醉时麻药不要注射到所取组织中。按无菌操作，手术时镊子夹住组织一端，不要夹住组织中央，切下 1~1.5 厘米长、0.5 厘米宽、深达皮下组织并稍带一部分正常皮肤的梭形组织块，然后缝合包扎。所取组织块用 10% 福尔马林或 75% 酒精固定，作病理切片检查。

(编写 陈大用 审阅 陈集舟)