

DEPARTMENT OF DERMATOLOGY,
PEKING UNIVERSITY FIRST HOSPITAL

CRITICAL THINKING AND PROBLEM SOLVING
IN CLINICAL DERMATOLOGY



北京大学第一医院 皮肤科临床思维教程

——以问题为中心的探讨

涂 平 陈喜雪 编著



北京大学医学出版社

北京大学第一医院皮肤科 临床思维教程

——以问题为中心的探讨

涂 平 陈喜雪 编 著

北京大学医学出版社

BELJINGDAXUE DIYIYIYUAN PIFUKE LINCHUANG SIWEI JIAOCHENG

图书在版编目 (CIP) 数据

北京大学第一医院皮肤科临床思维教程：以问题为中心的探讨 / 涂平, 陈喜雪编著. —北京：北京大学医学出版社, 2014. 9

ISBN 978-7-5659-0901-6

I. ①北… II. ①涂…②陈… III. ①皮肤病—诊疗—教材 IV. ①R751-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 161217 号

北京大学第一医院皮肤科临床思维教程

编 著：涂 平 陈喜雪

出版发行：北京大学医学出版社（电话：010—82802230）

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址：<http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：北京强华印刷厂

经 销：新华书店

责任编辑：王智敏 责任校对：金彤文 责任印制：李 喏

开 本：889mm×1194mm 1/24 印张：12 字数：319 千字

版 次：2014 年 9 月第 1 版 2014 年 9 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978-7-5659-0901-6

定 价：85.00 元

版权所有，违者必究

（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

本书由

北京大学医学科学出版基金

资助出版

作者简介



涂平，1960 年生于北京。1984 年获北京医学院（现北京大学医学部）医疗系学士学位，1989 年获北京大学第一医院皮肤病学硕士学位，1993 年获日本爱媛大学医学博士学位。1984 年至今一直在北京大学第一医院皮肤科工作。现为皮肤科副主任、教授、博士生导师；中央保健局会诊专家、中华医学会皮肤性病学分会皮肤病理学组副组长；国内多家专业杂志编委。经过 30 年的探索和实践，对复杂、疑难和重症皮肤病形成了独特的诊治风格。获得多项国家级和部委级科研基金。主编《中国皮肤病与性病图鉴》等多部专著。



陈喜雪，1970 年生于重庆。1993 年获北京医科大学（现北京大学医学部）医疗系学士学位，1999 年获北京大学第一医院皮肤病学博士学位。1993 年至今一直在北京大学第一医院皮肤科工作。现为主任医师、硕士生导师；中华医学会皮肤性病学分会皮肤性病治疗学组委员，中华医学会皮肤性病学分会北京地区青年委员。通过二十余年的学习和工作，在自身免疫性大疱性皮肤病及皮肤病理学方面积累了较多经验，并且长期负责科室研究生和住院医师临床技能培训工作以及皮肤病理学习班的主讲，在临床教学方面颇有心得。曾获得三项省部级科技进步奖以及全国优秀中青年皮肤科医师奖。主编《皮肤性病学学习指导》《皮肤性病学》（第 2 版）等，参编多部皮肤科学教材及专著。

前 言

目前国内外出版的皮肤病学著作种类繁多，有各种教科书、鸿篇巨著，也有各种图谱和手册式的“口袋书”，可谓琳琅满目，各具特色。为医学生和各年资的皮肤科医生提供了多种选择。

我们从事皮肤病临床医疗和教学多年，接触过全国许多皮肤科医生，特别是基层的初级和中级医生。发现很多皮肤科医生对皮肤病基本损害的认识和把握存在明显不足，特别是从皮疹入手进行诊断和鉴别诊断，而这正是制约大多数皮肤科医生临床水平提高的“瓶颈”所在。究其原因，主要是缺乏有关方面的教学和指导。浏览众多的皮肤病学著作，涉及皮肤病皮疹的诊断和鉴别诊断分析，要么蜻蜓点水、一带而过，要么脱离临床实际，从理论到理论，为鉴别而鉴别。真正结合实际地系统阐述此类专题的著作很少。

北京大学第一医院（以下简称“北大医院”）皮肤科在我国皮肤科学界享有崇高的学术声誉。我们有幸在此从事医疗、教学和科研工作多年，经过其深厚底蕴的长期熏陶，形成了对皮肤病和皮疹独特的理解；经过长时间的探索和实践，集合了北大医院皮肤科集体智慧的结晶，建立了很好的诊断和鉴别诊断的临床思维模式。在全国学术会议等多种场合上我们做的有关临床思维方面的专题讲课大受欢迎，很多医生反映对提高临床诊断鉴别水平很有裨益。因此，把北大医院皮肤科的有关经验系统化、理论化形成学术著作，一定会对培养中青年医生正确的临床思维很有帮助。

本书的特色是从皮肤科临床实际出发，模拟皮肤科医生诊治患者的真实过程：即首先获得的是患者的皮疹表现及其临床经过，通过一个个以某种代表性皮疹为特征的中心病例，着重指导医生从基本损害入手，通过对皮疹的分布、大小、颜色、

表面、境界、质地、演化等进行分析获得正确的诊断并进行鉴别诊断，培养医生正确的临床诊断思维模式，提高临床诊断和鉴别诊断水平。与以往的皮肤病学著作不同，本书不是皮肤病的百科全书，而是一本专门教授皮肤科医生临床思维的著作；这本书不是要告诉读者某种疾病的表现是什么，而是要告诉读者这种皮疹为什么要考虑此病，而不是彼病。

为了尽可能贴近临床实际，本书以某一类基本损害为切入点，选择了典型和不典型的皮疹和病例，通过横向的分析比较，阐述正确的临床思维方法和模式。因为篇幅有限，只对部分具有代表性的皮疹和疾病进行了分析。如果在本书的阅读和使用过程中，读者需要更多的有关示教分析，我们可以考虑推出本书的第二辑、第三辑甚至更多，以呈现给大家更丰富的病例分析演示。

为了确保编写质量，本书的全部章节均由涂平医生和陈喜雪医生分别亲自执笔编写，以使读者体会到纯正的北大医院皮肤科的诊治风格。尽管如此，我们仍然担心不能完整地反映出北大医院皮肤科临床学术思想。同时，我们要感谢北大医院皮肤科的全体员工，包括医生、护士、研究人员和技术人员，正是他们的辛勤工作和长期不懈的努力，创造出得以传承的北大医院皮肤科的学术思想。

本书主要是作为初级和中级皮肤科医生的临床参考用书，特别适用于住院医师、主治医师和各级进修医生培训，也可以作为高级职称医生教学的辅导用书。希望读者结合临床实际进行学习，并且希望通过本书，能够促进我国皮肤科医生的临床诊断和鉴别诊断水平的提高。

鉴于我们水平有限，本书中一定会有错误和不足，我们也真诚地希望广大读者给予批评指正，并提出宝贵意见，以便此后我们进行补正，共同提高。

涂平 陈喜雪
2014年4月 于北京

目 录

第一部分 丘疹 / 丘疱疹性皮肤病	1
病例 1 泛发性丘疹	3
病例 2 泛发性红丘疹	8
病例 3 泛发性红丘疹, 少许脱屑	11
病例 4 反复丘疹、脱屑、坏死	15
病例 5 全身红斑丘疹	20
病例 6 躯干多发红色丘脓疱疹	24
病例 7 面部多发皮肤色丘疹	27
病例 8 全身红斑丘疹	32
病例 9 小腿前反复红丘疹、结痂	37
病例 10 面部、手足背、躯干多发红褐色扁平丘疹	41
第二部分 红斑 / 斑块性皮肤病	45
病例 11 多发性红色斑块伴明显鳞屑	47
病例 12 多发性暗红色斑块, 少许鳞屑	51
病例 13 慢性红斑片 / 斑块	55
病例 14 面部、躯干慢性红斑、结痂、糜烂	61
病例 15 龟头慢性红斑	66
病例 16 单发性慢性斑块	71
病例 17 腹股沟区慢性斑块、糜烂结痂	76
第三部分 结节 / 斑块性皮肤病	81
病例 18 面颈部暗红斑块伴萎缩	83

病例 19	多发性环状隆起性结节	89
病例 20	单侧上肢线状结节, 结痂	94
病例 21	面部慢性环状红斑块, 有鳞屑	101
病例 22	下肢褐红色斑块	105
病例 23	肛门周围结节	109
病例 24	广泛多发性皮肤色小结节	114
病例 25	小腿多发性红色结节	119
病例 26	双上臂结节、萎缩	124
病例 27	腹部浸润红斑	129
第四部分	水疱 / 脓疱性皮肤病	135
病例 28	口腔、全身水疱、明显渗出性糜烂	137
病例 29	老年人全身大疱, 干燥性糜烂面	143
病例 30	局限性水疱、大疱	147
病例 31	多发性弧形排列红斑和水疱	151
病例 32	反复躯干多发性小脓疱	156
第五部分	水肿性红斑性皮肤病	161
病例 33	全身风团样皮疹	163
病例 34	躯干多发性水肿性红斑	166
病例 35	躯干、上肢水肿性红斑	170
病例 36	面部水肿性红斑	175
病例 37	下肢水肿性斑块	179
第六部分	色素改变性皮肤病	185
病例 38	躯干多发性白斑	187
病例 39	外阴白色斑片, 发亮	193
病例 40	面部灰褐色斑片	198
病例 41	双颧骨区点状灰褐色斑疹	203
第七部分	糜烂 / 溃疡性皮肤病	207
病例 42	龟头溃疡	209
病例 43	小腿溃疡	214
病例 44	口腔、眼结膜糜烂、粘连	221

病例 45 面部单发浅表溃疡	227
第八部分 出血性皮肤病	233
病例 46 下肢多发性出血性斑丘疹	235
病例 47 眶周瘀斑	240
病例 48 老年人头皮瘀斑	245
第九部分 毛发指甲疾病	251
病例 49 头皮不规则脱发, 伴萎缩	253
病例 50 头皮断发	259
病例 51 甲板增厚、发黄	262
病例 52 单一甲下黑条带	266
主要参考文献	271

病例

1

泛发性丘疹

(嗜酸细胞增多性皮炎；鉴别泛发型湿疹、药疹、多形性类天疱疮、疥疮)

病例介绍

患者，女性，59岁。

主诉：全身反复皮疹伴瘙痒半年。

现病史：患者6个月前开始，胸背出现红色皮疹，瘙痒明显。自认为于1周前吃感冒药物过敏，未就医。但皮疹1个月后仍不见好转，去附近医院就医，考虑皮肤过敏，给予氯雷他定、外用炉甘石洗剂等1周，没有效果。又到一家中医院就诊，医生诊断为脾胃不合的湿热，给予汤药14付，并外用黄连膏等，皮疹仍无好转，并且不断有新皮疹出现；再次去该医院，医生给“脱敏针”注射一次，几天后，皮疹明显好转，瘙痒减轻，2周左右基本痊愈，患者自行停止各种治疗。但接近4周时皮疹又逐渐加重，瘙痒剧烈。自认为是1周前吃羊肉等过敏，又去另一家医院就医。医生对其进行过敏原检查，发现对多种肉类、鱼虾、花粉、金属、香料等过敏。此后一直避免接触有关过敏物质，但病情没有改善。又到当地一些医院治疗，使用多种药物（具体不详），没有明显效果，病情时轻时重，迁延不愈。

既往史和家族史无特殊。

体格检查：一般情况好，心、肺、腹物理检查无异常发现。

皮肤科检查：躯干、四肢广泛、多发性小丘疹，3~5mm大小，散在分布，部分皮疹结痂，有抓痕（图1.1、图1.2）。



图 1.1 躯干丘疹结痂



图 1.2 小腿丘疹结痂

Q: 根据照片中皮疹，经常要考虑的疾病有哪些？

A: 皮疹特点为小丘疹，广泛分布，临床需要考虑的疾病包括：泛发性湿疹、自敏性皮炎、癣菌疹、疥疮、药疹、多形性类天疱疮等。

Q: 皮疹结合病史后, 上述考虑的疾病有哪些取舍?

A: 病史中没有手足先有皮疹, 没有水疱和指 / 趾缝间糜烂和渗出过程, 而且皮疹持续半年, 所以一般不考虑自敏性皮炎和癣菌疹等诊断。关于药疹, 种类和疹型多样, 发疹型一般为急性红斑丘疹, 水肿性, 停药后 2 周左右可以缓解, 不会持续数月不退。关于湿疹样药疹, 非常少见, 皮疹多由于局部使用药物而诱发, 所以皮疹一般较为局限, 很少全身泛发, 该患者皮疹和疾病过程都不符合。至于疥疮, 多以散在性小丘疹为主, 与该患者病情有些相似, 所以需要在检查中特别关注好发部位和特殊损害。

再次检查患者, 腋下、手腕、外阴等皮肤细嫩和皱褶处未见皮疹。

Q: 根据上述分析, 多数鉴别性疾病都排除了, 是否可以确诊湿疹了呢?

A: 一般而言, 可以诊断湿疹, 但如果我们仔细研究一下该患者皮疹照片, 会发现此“湿疹”与彼湿疹不同。对泛发性湿疹而言, 皮疹常有多形性, 有不同程度的水疱和渗出, 随病情发展, 会聚集融合成片状或盘状 (图 1.3)。而该患者病程半年, 皮疹仍为一致的小丘疹, 分布较均匀, 没有水疱, 没有渗出, 没有融合 (图 1.4)。显然有悖于通常的湿疹表现。



图 1.3 湿疹



图 1.4 小腿一致的小丘疹

Q: 难道这是一种特殊的湿疹抑或是其他疾病？该患者需要做哪些检查？

A: 血常规、皮疹活检病理检查是最基本的。

Q: 检查结果：血常规：白细胞（WBC） $11.8 \times 10^9/L$ ，嗜酸性粒细胞（EO） $1.8 \times 10^9/L$ ；病理检查见真皮浅中层小血管周围灶状淋巴细胞浸润，伴部分嗜酸性粒细胞浸润（图 1.5），未见基底细胞水肿、真皮乳头水肿及表皮下疱。结合这些检查，该患者的诊断如何考虑？

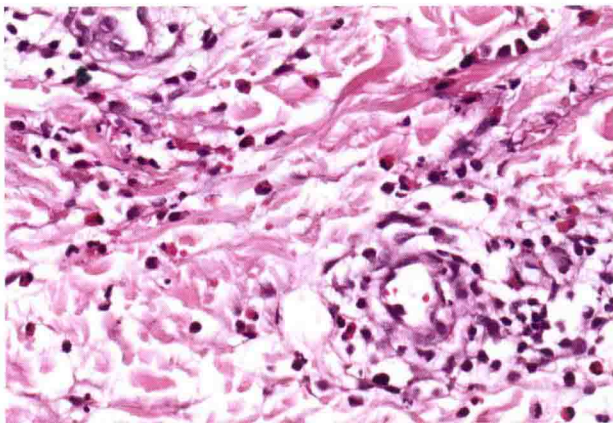


图 1.5 嗜酸细胞增多性皮炎组织病理表现

A: 上述新提供的检查结果，使诊断向嗜酸性粒细胞增多性皮肤病上聚焦。虽然类天疱疮也可以引起真皮和外周血的嗜酸性粒细胞增多，但病理上未显示类天疱疮的特征性改变。

Q: 根据嗜酸性粒细胞增多性皮肤病的分类，该患者还需要补充哪些资料？

A: 需要追问病史中有无反复咳喘、发热；补充全身浅表淋巴结情况；检查胸部 X 线片、腹部 B 超、血 IgE、嗜酸细胞阳离子蛋白（ECP）、骨髓穿刺、心电图、有关寄生虫方面检查等。如有条件可做直接免疫荧光和血清中类天疱疮抗体的检测

以进一步排除多形性类天疱疮。

Q：上述补充检查均没有异常发现，下一步应当如何诊断？

A：根据湿疹样慢性皮疹，皮疹中嗜酸性粒细胞浸润，血液中嗜酸性粒细胞计数情况，目前可诊断为嗜酸性粒细胞增多性皮炎。

Q：此病例是如何治疗的？

A：确诊后，局部外用曲安奈德益康唑乳膏（商品名：派瑞松），每天2次；口服雷公藤多苷，20mg tid。皮疹在3天后开始有轻度减轻，但一直使用了近4周，总体改善不满意。随即改为沙利度胺 50mg bid，连续2周，出现面部肿胀，瘙痒，皮疹无明显缓解，又使用秋水仙碱 1mg qd 连续10天无明显效果。因为患者皮疹较广泛，瘙痒剧烈，严重影响生活质量，所以采用泼尼松 15mg bid，3天后明显好转，10天痊愈。4周后药物减少为 10mg qd，再用1周停药。3周后患者复查时，诉近几天来又有瘙痒，出皮疹。体格检查：躯干、大腿内侧几十个淡红色丘疹，5mm大小，水肿性，无鳞屑。预示病情有早期复发，所以恢复泼尼松 15mg qd，皮疹和瘙痒在1周左右消失。此后泼尼松 12.5mg qd，维持治疗6个月，7.5mg qd 维持1年后，停药至今无复发。

小结



嗜酸性粒细胞增多性皮炎在临床时有遇到，其临床皮疹表现可有多种形态。本病例主要表现为湿疹样，其他常见类型还有荨麻疹样/水肿性红斑样、痒疹样、红皮病样等，因此需要和有关疾病鉴别。关键不是追求此诊断，而是尽量寻找有关原因，如特殊感染、药物反应、恶性肿瘤等。此类疾病治疗困难，顽固或严重患者，最后选择是糖皮质激素系统治疗；如果仍然不能控制病情，还可选择硫唑嘌呤甚至环孢素等。而且疗程长，需要长期维持或巩固治疗。治疗期间要注意药物有关的不良反应。