



上海科技专著出版资金资助

P I F U B I N G
Z H E N G Z H U A N G
J I A N B I E Z H E N D U A N X U E

皮肤 病 症 状 鉴 别 诊 断 学

◎ 陈明 顾军 著



第二军医大学出版社

上海科技专著出版资金资助

皮肤病症状鉴别诊断学

陈明 顾军 著



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

皮肤性病学是一门形态学极强的学科,而且病种之多是所有学科都无法比拟的,很多不同的疾病有时会有相似的皮肤症状,许多皮肤科医生能掌握典型的皮肤性病的诊治,而对一些症状、皮损相似但不同类型的疾病,极易造成误诊。因此,本书从这一切切入点进行阐述,从皮损形态学出发,将似是而非的疾病进行了横向的比较,为临床医生拓展了思路,为该领域的研究者提供了很好的实用和研究价值。

本书非常适于皮肤科专业的学生、临床医生及基础研究者学习与借鉴,也可作为其他相关科室的医生等人士的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

皮肤病症状鉴别诊断学/陈明,顾军著. —上海:第二军医大学出版社,2014.8

ISBN 978-7-5481-0653-1

I. ①皮… II. ①陈…②顾… III. ①皮肤病—鉴别诊断 IV. ①R751.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 172187 号

本书出版由上海科技专著出版资金资助

出 版 人 陆小新

责任编辑 许 悦 刘 向

皮肤病症状鉴别诊断学

陈 明 顾 军 著

第二军医大学出版社出版发行

(上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433)

www.smmup.cn

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏南通印刷总厂有限公司印刷

开本:787×1092 1/16 印张:18.25 字数:450千字

2011年8月第1版 2011年8月第1次印刷

ISBN 978-7-5481-0653-1/R·1429

定价:59.00元

序

陈明医师从事皮肤病的临床工作数十年,具有扎实的基础理论知识及丰富的临床和教学经验。我与他一道工作了较长的时间。他为人纯朴、忠厚,对工作认真负责,治学严谨,受到同仁们的赞扬。近几年来,他认真地把多年从事皮肤病临床工作的经验予以整理,编写成这本《皮肤病症状鉴别诊断学》,初稿即受到广大皮肤科工作者的欢迎,特别是为培养军队皮肤科医师起了很大的作用。

本书在原稿的基础上修订使用,要我为本书写序,我很高兴。

皮肤病的分类复杂,有些病的分类也较困难。该书从症状学方面对皮肤病进行分类,加以鉴别,进行诊断,是国内同类书中较独特者。本书能把与皮肤病有关的其他科的一些疾病都尽量予以联系,并从病原学方面、症状学方面和鉴别诊断方面都作了较详细的描述,涉及面广。我读全书后深受裨益,认为是一本较好的皮肤病学参考书,将丰富皮肤科知识。我相信从事皮肤科的医师及其他科的医师们读后也有同感。希望广大读者进一步对此书提出意见,以便将来再版时修订,以促进我国皮肤科学水平的提高和进步。

于光元

1986年3月

前 言

皮肤病的各种病变虽然主要表现在人体表面,易于观察,然而,很多种皮肤病往往具有相似的皮损表现,使初学者常常混淆不清,因此给诊断带来很大的困难。《皮肤病症状鉴别诊断学》的编写,就是希望能对广大皮肤科医生在临床时有所帮助。

本书为著者 60 多年来根据医疗、教学工作中的经验积累所编写的一本医学参考书,主要以皮肤损害为出发点,重点讨论了常见皮肤病的鉴别诊断,同时也兼顾了较少见皮肤病及具有皮肤症状的其他科疾病。各种疾病均有病因、临床症状及实验室检查等内容,有关内容前后呼应。故本书不仅应为皮肤科医生所具备,而且也可供其他各临床科医生参考。

本书曾作为皮肤科讲义,几经修订后于 1986 年在全军内部发行,迄今已有 20 多个年头。在这 20 多年中,医学发展很快,无论是在发病机制方面,或是在实验室检查与药物治疗方面,均屡有突破。回顾原书,内容已显陈旧。本次公开出版之际,编者对文字内容进行了全面修订,增加了一些过去未曾遇到过的新疾病,如 AIDS、移植物抗宿主病等。虽然如此,本书中错漏之处,仍在所难免,希望广大读者予以指正。

本书初次内部印刷时,恩师于光元教授已 88 岁高龄,亲写序言,使我深深感动。现本书正式出版,仍保留其原序,作为永恒的怀念。而今余亦早已为耄耋老人矣!喜看全国皮肤科事业蓬勃发展,队伍日益壮大,希望本书能对皮肤科医生在临床时有所帮助,则吾愿足矣!

本书各病在主要叙述部分均附有英文病名,其他涉及部分不再重复。对以外国人名(日文除外)、地名命名的病名、体征等均用英文而不用中译名,如 Addison 病、ECHO 病毒疹等。但对人们已经接受了的的中译外文名称,则仍采用中译名,如挪威疥等。

陈 明

2014 年 2 月

目 录

第1章 红斑性疾病	(1)
1 猩红热样红斑性疾病	(1)
2 麻疹样红斑性疾病	(3)
3 玫瑰疹样红斑性疾病	(5)
4 多形红斑样红斑性疾病	(7)
5 环状或回状红斑性疾病	(10)
6 其他局限性红斑性疾病	(13)
第2章 红斑鳞屑性疾病	(18)
1 局限性红斑鳞屑性疾病	(18)
2 泛发性红斑鳞屑性疾病	(22)
第3章 红皮病	(28)
1 先天性红皮病	(29)
2 感染性红皮病	(29)
3 继发于一些皮肤病的红皮病	(30)
4 恶性肿瘤引起的红皮病	(33)
5 原因不明的红皮病	(34)
第4章 丘疹性疾病	(35)
1 炎症性丘疹性疾病	(35)
2 非炎症性丘疹性疾病	(41)
第5章 水疱性疾病	(47)
1 成簇性水疱性疾病	(47)
2 散在性水疱性疾病	(49)
第6章 大疱性疾病	(54)
1 天疱疮类疾病	(54)
2 非天疱疮类大疱性疾病	(59)
第7章 脓疱性疾病	(66)
1 新生儿脓疱性疾病	(66)
2 急性脓疱性疾病	(67)
3 慢性复发性脓疱性疾病	(70)
第8章 结节性疾病	(74)
1 非炎性结节性疾病	(74)
2 炎性结节性疾病	(77)

第9章 荨麻疹类疾病	(87)
1 荨麻疹	(87)
2 丘疹性荨麻疹	(90)
3 血清病	(90)
4 荨麻疹性血管炎	(91)
5 色素性荨麻疹	(91)
第10章 湿疹皮炎类疾病	(93)
1 普通湿疹皮炎类疾病	(93)
2 具有湿疹皮炎样症状的其他疾病	(100)
第11章 肢端皮炎	(104)
1 急性肢端皮炎	(104)
2 慢性复发性肢端皮炎	(106)
第12章 面部丘疹脓疱性疾病	(109)
1 主要见于婴幼儿的面部丘疹脓疱性疾病	(109)
2 主要见于成年人的面部丘疹脓疱性疾病	(109)
第13章 皮肤角化性疾病	(114)
1 弥漫性角化症	(114)
2 毛囊性角化症	(116)
3 肢端角化症	(121)
4 散发性角化症	(126)
第14章 皮肤萎缩性疾病	(130)
1 局限性皮肤萎缩性疾病	(130)
2 全身性皮肤萎缩性疾病	(134)
3 类似皮肤萎缩的疾病	(135)
第15章 皮肤苔藓化及硬化性疾病	(138)
1 皮肤苔藓化疾病	(138)
2 皮肤硬化性疾病	(140)
第16章 毛细血管扩张症	(149)
1 先天性毛细血管扩张症	(149)
2 原发性毛细血管扩张症	(150)
3 继发性毛细血管扩张症	(151)
第17章 皮肤溃疡与坏疽	(152)
1 皮肤溃疡	(152)
2 皮肤坏疽	(168)
第18章 皮肤出血性疾病	(171)
1 血管因素引起的皮肤出血性疾病	(171)
2 血小板因素引起的皮肤出血性疾病	(176)
3 血浆因素引起的皮肤出血性疾病	(178)

第 19 章 皮肤色素障碍性疾病	(180)
1 皮肤色素加深性疾病	(180)
2 皮肤色素减退性疾病	(189)
3 其他皮肤色素异常	(193)
第 20 章 发绀	(195)
1 全身性发绀	(195)
2 肢端发绀	(195)
第 21 章 毛发疾病	(200)
1 毛发生长过盛	(200)
2 毛发稀少	(201)
3 毛发结构异常	(207)
4 毛发色素异常	(209)
第 22 章 甲病	(210)
1 甲畸形	(210)
2 甲变色	(213)
3 甲沟炎	(214)
4 嵌甲	(215)
5 脓疱性角化不全病	(215)
第 23 章 黏膜疾病	(216)
1 口腔疾病	(216)
2 外阴疾病	(222)
3 黏膜白斑及其类似疾病	(225)
第 24 章 皮肤肿瘤	(228)
1 皮肤囊肿	(228)
2 表皮肿瘤	(230)
3 间叶组织肿瘤	(239)
4 色素痣和恶性黑素瘤	(252)
5 淋巴瘤及造血系统肿瘤	(256)
中英文病名索引	(260)

第1章 红斑性疾病

红斑性疾病系指其皮损以红斑为主要表现的皮肤病。这一类皮肤病很常见,而且与临床其他各科的关系甚为密切,因此,在叙述本类疾病的时候,不能不涉及到有关其他科的一些疾病。

严格地讲,红斑性疾病不应当包括除红斑以外的其他皮损成分,如鳞屑、结痂,更不应有出血或水疱。当然,这都是相对而言,因为疾病是在发展的。譬如,一些红斑性疾病的晚期,可能有脱屑或色素的变化,这只能是病程的演变,而非其固有的皮损成分。不少学者惯于把伴有红斑的结节性皮损也包括在红斑性疾病的范围之内,这样就容易混淆本类疾病的概念,徒然增加鉴别诊断的困难,故为本书所不取。

红斑性疾病的分类非常复杂,迄今尚无一致的意见。有的按致病原因分类,有的按病理变化分类,也有的按发病部位分类,然均不能概括全貌。从鉴别诊断观点出发,本书按照皮损特点将其分为6类,即猩红热样红斑、麻疹样红斑、玫瑰疹样红斑、多形红斑样红斑、环状或回状红斑以及其他局限性红斑。

1 猩红热样红斑性疾病

猩红热样红斑的皮损特点是弥漫性皮肤潮红,猩红色,多为全身性,皱褶处皮肤尤为显著,且可有出血点。其主要发病因素是细菌感染,包括链球菌与葡萄球菌,尤其是链球菌,多见于小儿;另一个重要发病因素是变态反应,可以是对药物或食物的过敏,也可以是对真菌或其他代谢产物的过敏,多见于成年人;少数为病毒感染以及某些血管扩张药物的大剂量应用或其他中毒;近年来也见于急性期移植物抗宿主病。

猩红热样红斑与麻疹样红斑、玫瑰疹样红斑都为急性发病,且常表现为全身性,多与内部因素或其他疾病有关,因而有人又把它们统称为全身性红斑(generalized erythema),尤其是猩红热样红斑与麻疹样红斑,所以在临诊时须注意加以鉴别,见表1-1。

表 1-1 猩红热样红斑与麻疹样红斑、玫瑰疹样红斑的鉴别

鉴别点	猩红热样红斑	麻疹样红斑	玫瑰疹样红斑
皮损特点	弥漫性红斑,猩红色	淡红色斑疹,疹与疹之间皮肤正常	黄红色斑疹或斑丘疹,稀疏散在
分布部位	全身性,皱褶部皮肤尤著	全身性,面及躯干部较著	多为全身性,或仅限于躯干
发病原因	多为细菌感染,其次为药物或食物过敏,少数为病毒感染,偶见于移植物抗宿主病	多为病毒感染,其次为药物或食物过敏,偶见于移植物抗宿主病	多为特殊感染,少数为药物过敏

1.1 猩红热(scarlet fever)

本病系由 A 族 B 型溶血性链球菌引起。链球菌多经飞沫传播,最常见者为咽峡部;其次,也可自外伤创口中进入体内,如此,则患者可无咽部症状。潜伏期 2~5 天,急性发病,有高热、呕吐、咽痛、头痛、脉速、呼吸急促及咽峡部红肿,扁桃体有渗出物或假膜,软腭充血、肿胀,或可有出血点。发热后第 2 天出现皮疹,先见于颈、胸或腋下,并迅速扩展至全身。皮肤弥漫性潮红,而口周常呈苍白色。腋窝、肘窝、腹股沟等皱褶处皮肤发红较显著,且常有出血点。有时于四肢伸侧及背部可见粟粒大小毛囊性丘疹,状如鸡皮。由于瘙痒,故常见抓痕、血痂。舌乳头红肿,舌苔初厚白,后剥脱,故早期称为草莓舌,晚期称为杨梅舌。皮损于 2 天内发展至高峰,随后逐渐消退,全身症状亦渐趋平复。愈后皮肤脱屑,在躯干部者如糠状,在手足部者常呈大片状。

实验室检查 白细胞总数及中性粒细胞数显著升高,晚期嗜酸性粒细胞数升高。由咽峡炎引起者,其鼻咽部分泌物细菌培养大都有溶血性链球菌生长。

1.2 葡萄球菌性红斑(staphylococcus erythema)

本病系由金黄色葡萄球菌产生的红斑毒素所致。患者先有葡萄球菌感染性病灶,如疖、淋巴结炎、深部脓肿等。全身中毒症状较猩红热严重而咽峡炎症状轻微。其皮损出现较晚,多在发病后 3~5 天出现,在形态上与猩红热并无区别,但持续时间较短,消退较快,愈后常无明显脱屑。

实验室检查 白细胞总数及中性粒细胞数显著升高。自化脓性病灶的分泌物中可培养出金黄色葡萄球菌。

1.3 药物或食物过敏(drug or food allergy)

由药物或食物变态反应引起的猩红热样红斑颇为多见。常见的致敏药物有安替比林、酚麻美敏、巴比妥酸盐、青霉素、头孢哌酮、氧氟沙星、磺胺类药物、汞剂、洋地黄等;致敏食物有鱼类、贝类、酒类等。一般来说,其皮损与猩红热相似,然全身症状较为轻微,无舌及咽峡部症状,自觉瘙痒或刺痛较著,并可同时伴有风团、皮肤划痕征等现象。如不及时除去过敏原,由药物所致者可迅速加剧,并有引起剥脱性皮炎之虞。

实验室检查 血象变化不大,过敏试验可为阳性。

1.4 皮肤癣菌疹(dermatophytid)

部分癣病患者在其病程中可出现猩红热样红斑,并伴有全身症状如低热、厌食等,但通常较猩红热轻。当原发病治愈后,其皮损亦随之消退。

实验室检查 白细胞总数及中性粒细胞数常轻度升高。癣菌素皮内试验可为阳性。

1.5 柯萨奇病毒疹(Coxsackie virus eruption)

这是由 A 组或 B 组 Coxsackie 病毒引起的皮损,少数可呈猩红热样发疹,有时亦可为麻疹样红斑或疱疹,唯其全身症状较猩红热为轻,且皮损消退较快。

实验室检查 白细胞总数常减少或正常,淋巴细胞数相对增高。自咽分泌物、血及粪便

中可分离出病毒。

1.6 病毒性出血热(viral haemorrhagic fever)

这是由病毒感染所引起出血热的总称,国内有流行性出血热(epidemic hemorrhagic fever)、登革出血热(dengue fever)与新疆出血热3型,各病均有一定的流行区。其临床表现虽各有差异,但基本上都有发热、出血性皮疹等症状。通常发病均较急速,表现为:畏寒、发热、极度虚弱、头痛、全身痛,同时,面、颈及上胸部皮肤弥漫性潮红,似醉酒,眼结膜充血,咽红。2~3天后,可有皮肤及黏膜瘀点,重者出现瘀斑、呕血、便血。以后循序进入低血压期、少尿期、多尿期及恢复期,皮损亦随之逐渐脱屑消退。

实验室检查 早期除血小板减少外,白细胞总数及分类基本正常。

1.7 中毒性红斑(toxic erythema)

此指原因不明或由其他毒素所引起的皮肤弥漫性红斑,常见于食物、药物过敏,其次为其他疾病,如天花、弓形体病、传染性单核细胞增多症、多发性骨髓瘤、移植物抗宿主病等发病时出现的红斑均属此类。由于发病原因不同,因而其临床表现及实验室检查也互不相同。

某些血管扩张性药物的大剂量应用也可引起皮肤弥漫性发红,如阿托品类药物中毒,患者有高热、口干、瞳孔扩大、视物模糊、脉速、兴奋不安,甚至惊厥、昏迷等。停用药物后可很快恢复。实验室检查常无任何变化。此类疾病的诊断主要依靠病史的详细询问与体征的细致检查。

1.8 新生儿中毒性红斑(erythema toxicum neonatorum)

本病病因不明。患儿在出生后的3~4天内出现皮肤大片发红,皱褶部位尤为显著,然常无全身症状。有时可有丘疹、脓疱。1周后皮损脱屑消退,不留痕迹。

实验室检查 无异常。

2 麻疹样红斑性疾病

麻疹样红斑的发病因素主要是病毒感染,多见于儿童;另一种发病因素是变态反应,可由药物或食物引起,多见于成年人;少数可为癣菌疹的一型或其他因素;在移植物抗宿主病的急性期,也常表现为麻疹样红斑。

2.1 麻疹(measles)

本病由麻疹病毒引起,潜伏期11~14天。前驱期出现病毒血症症状:发热、头痛、纳差、乏力、腹泻;同时有黏膜的浆液性炎症症状:眼结膜充血,畏光流泪,眼睑肿胀,眼分泌物增多,流泪、喷嚏及干咳。病后2~3天,口腔出现麻疹斑,呈0.5~1mm直径大小的灰白色斑点,微微隆起,周围红晕。病后第4天出现皮疹,先自额部、耳后开始,渐扩及全身,呈0.5~1cm直径大小的淡红色斑,孤立散在或融合成片,疹与疹之间皮肤正常。重症患者可为出血性皮损,甚至出现大疱。发疹时全身症状及黏膜的浆液性炎症进一步加剧。再经3~4天,皮损按发疹次序渐趋消退,由浅红色变为黄褐色,可有轻微脱屑。此时,全身症状及浆液性炎症症状亦随之减退。

实验室检查 白细胞总数初期增高,以后减少,淋巴细胞数相对增高。

2.2 风疹(rubella)

本病又称德国麻疹(German measles),由风疹病毒引起,潜伏期 14~21 天。前驱期很短或者没有。全身症状有:低热,耳后及枕部淋巴结肿大。皮疹先自面部开始,数小时后即扩及全身,呈淡红色斑疹或斑丘疹,直径 0.5~1 cm,与麻疹很难区别,但黏膜内疹少见,且无黏膜的浆液性炎症症状。

实验室检查 白细胞总数常减少,淋巴细胞数相对增高。

2.3 幼儿急疹(exanthema subitum)

本病又称幼儿玫瑰疹(roseola infantum),由人类疱疹病毒 6 型或 7 型引起,潜伏期 10~15 天。患儿突有高热、腹泻、呕吐、表浅淋巴结肿大等全身症状,然精神状态颇佳,亦无黏膜浆液性炎症症状。经 3~4 天后热退,并出现皮疹。皮疹较麻疹细小,且颜色亦较鲜红。皮疹于 1 天内发展至全身,以躯干部较密集,四肢较稀少,而后渐次消退,不留痕迹。

实验室检查 白细胞总数正常或稍低,淋巴细胞数相对增高。

2.4 ECHO 病毒疹(ECHO virus exanthema)

本病由 ECHO 病毒引起。患儿先有发热、头痛等先驱症状,1~2 天后发疹。其发疹过程及皮损形态均不能与麻疹相区别,有时亦可有疱疹或瘀点,然无黏膜的浆液性炎症症状,而常伴有肠炎或脑膜炎。由 ECHO₁₆ 病毒感染者,常有咽、腭等处的多发性丘疹或小溃疡。

实验室检查 白细胞总数正常或减少,淋巴细胞数相对增高。

对于成年人发生的麻疹样红斑,如有高热、淋巴结肿大、关节痛、腹泻等,尚应考虑 AIDS(获得性免疫缺陷综合征)的可能。

以上病毒性疾病的诊断主要根据临床表现,结合血象检查,白细胞计数正常或减少。如有条件,可进行病毒的实验室检查,如病毒分离、血清学检查(中和试验、补体结合试验、病毒红细胞凝集抑制试验),以及电子显微镜检查等。

2.5 药物或食物过敏

可引起麻疹样红斑反应的药物有阿司匹林、安替比林、巴比妥酸盐、别嘌呤醇、氯普马嗪、甲丙氨酯(眠尔通)、链霉素、灰黄霉素、普鲁卡因、磺胺类药物等,食物有贝类、鱼类等,患者常伴有程度不等的全身症状。对于药物变态反应,如不能及时除去过敏原,常可导致严重的全身反应。再次摄入该种过敏原,可致再发。

2.6 皮肤癣菌疹

不论是浅部真菌病,还是深部真菌病,有时可在其病程中出现麻疹样红斑,然全身症状常较麻疹为轻,且有活动性原发病灶可寻。

2.7 遗传性胸腺发育不良症(hereditary thymic dysplasia)

在其病程中可出现特殊类型的麻疹样红斑。患儿由于先天性胸腺发育不良,T 淋巴细

胞减少,因而缺乏迟发性变态反应,以致常有慢性念珠菌感染,且对病毒特别敏感,可出现持久性麻疹样红斑,也可有暴发性出血性水痘或全身性种痘疹。此种麻疹样红斑可能为麻疹病毒的慢性感染,也可能为移植物对宿主的反应,因为患儿在病程中常接受免疫活性细胞的输注。这些免疫活性细胞抗宿主组织,能引起一种致死性反应,即侏儒综合征(runting syndrome),出现麻疹样红斑、腹泻、肝与脾肿大、溶血性贫血与全血细胞减少。

3 玫瑰疹样红斑性疾病

玫瑰疹样红斑表现为稀疏散在的淡红色斑疹或斑丘疹,消退后不留痕迹,多分布于躯干,常指对某些特殊感染性疾病引起的皮损而言,有时亦可为药物疹的表现形态。皮损的数量、大小、形态及分布,常依原发疾病而异。临诊时宜密切结合全身症状及病史特点,并需辅以特殊的实验室检查。

3.1 传染性单核细胞增多症(infectious mononucleosis)

本病由EB病毒引起,多发生于儿童及青壮年。潜伏期成人 33~49 天,儿童为 10 天。起病缓慢,前驱期症状有头痛、倦怠、发热,常持续 5~10 天或更久。少数病人于病后 4~6 天出现红色斑疹或斑丘疹,主要位于躯干或上肢,也可累及面部与下肢,部分呈麻疹样或猩红热样红斑或风团状皮损。此时可有咽峡炎、扁桃体炎、腭部出血,或在扁桃体上出现白色斑点,全身表浅淋巴结,尤其是颈淋巴结常有肿大。此外,尚可有肝与脾肿大、肺炎或神经系统症状,偶可伴发血小板减少性紫癜、自体溶血性贫血、脑膜脑炎或心肌炎。

AIDS 患者的急性感染期常出现类似症状,需加以鉴别。

实验室检查 白细胞总数升高,淋巴细胞数及单核细胞绝对数增多,异形淋巴细胞在 10% 以上。异嗜性凝集试验的阳性率常随病程而增高。荧光抗体检查有时可发现抗 EB 病毒的特殊抗体。鼻咽部拭子培养可获 EB 病毒。

3.2 伤寒(typhoid fever)

本病由伤寒杆菌引起。临床上以持续性发热、相对性缓脉、神经系统中毒症状、脾肿大、玫瑰疹及白细胞减少为其特征。皮疹发生于病后第 6~10 天,分批在胸、腹部出现,呈淡红色斑,直径 2~4 mm 大小,压之褪色,数目大多在 10 个以下,经 3~5 天后隐退,不留痕迹。当皮损出现时,其他全身症状已很明显,易于诊断。此时若作骨髓及血培养可获阳性结果。粪、尿细菌培养则需较晚时间。

实验室检查 白细胞总数减少,然非决定性。伤寒血清凝集试验(Widal 试验)在发病后效价逐渐增高,如“H”在 1:200 以上,“O”在 1:100 以上,即有诊断价值。

3.3 副伤寒(paratyphoid)

其皮损较伤寒少见,但出现较早。副伤寒甲的皮损有时布满全身,比伤寒的玫瑰疹略大,颜色亦较深。副伤寒乙的皮损可呈丘疹状。而副伤寒丙的皮损则罕见。

3.4 斑疹伤寒(typhus)

本病有两型,即流行性斑疹伤寒(epidemic typhus)与地方性斑疹伤寒(endemic typhus),二者均由立克次体引起,但前者以体虱为媒介,后者以鼠蚤为媒介,且症状较轻。起病突然,持续性高热,并常有谵妄、昏迷等中枢神经系统症状。皮疹出现于病后4~7天,先见于肩及胸部,以后迅速扩及全身,但面部常不受累。皮疹为(直径2~5 mm)大小的黄红色斑疹或斑丘疹,圆形、椭圆形或不规则形。其颜色逐渐加深,并大多变为出血性,而终趋消退,病程约2周。

实验室检查 白细胞总数正常或稍高,中性粒细胞数增高,血小板减少,变形杆菌 OX₁₉凝集试验(Weil-Felix 试验)效价多在1:160以上。

3.5 丛林斑疹伤寒(scrub typhus)

本病又称恙虫病(tsutsugamushi disease),由东方立克次体引起,在我国台、闽、粤、滇、桂等省荫蔽潮湿多鼠地区有流行性发病。人被恙虫咬后,经10~14天的潜伏期,突然发病,有高热、相对缓脉、剧烈头痛与全身痛。全身症状可有谵妄、昏迷、脾肿大等。局部虫咬处发生圆形丘疹,顶端脓疱,渐变为棕黑色焦痂,痂下形成溃疡,无自觉症状,然近卫淋巴结肿大、压痛。病后5~6天出现皮疹,自面部、胸部、腹部开始,渐扩及全身,呈暗红色斑丘疹,互不融合。少数患者口腔黏膜也可发疹。经8~10天后,皮损随全身症状的恢复而消失。

实验室检查 白细胞总数减少。变形杆菌 OX_k凝集反应阳性,效价在1:80以上;OX₁₉凝集反应阴性。

3.6 鹦鹉热(psittacosis)

本病又称鸟疫(ornithosis),其病原体为鹦鹉热衣原体。除鹦鹉外,尚有很多种鸟类也可传播此病。潜伏期1~2个月,发病急骤,头痛、发热、胸痛、咳嗽,重者可出现伤寒样玫瑰疹。

3.7 鼠咬热(rat bite fever)

本病系由啮齿类动物咬伤所致。除鼠外,致病动物也可为猫、猪等。病原体有两型,一为鼠螺旋体,另一为念珠状链杆菌,后者亦可不经动物咬伤而由其所污染的食物引起。这两型病原体所致的疾病在临床表现上极为相似,只能依靠病原体的查获来明确诊断。

鼠咬后经过一定的潜伏期,念珠状链杆菌为2~10天,鼠螺旋体为5~30天。原鼠咬处已经愈合但患者突然出现高热、厌食、关节痛等全身症状,且原鼠咬伤口又复发炎,红肿似丹毒,甚至出现水疱、坏死,伴近卫淋巴结炎。部分患者出现皮疹,先自腹部开始,进而扩展至全身,以面、胸部较著,初为淡红色斑,渐扩大成硬性斑块,颜色亦加深成紫红色。上述症状经6~7天后骤然消退,但3~4天后又复发。如此反复发作,但越发越轻,可持续数月。

实验室检查 发热期白细胞总数及中性粒细胞数增高。血液细菌培养(念珠状链杆菌)或动物接种(鼠螺旋体)可证实病原体。

3.8 斑状梅毒疹(macular syphilid)

此种皮损发生于二期梅毒的早期,自下疳出现后4~12周不等。有时下疳尚未消退,二

期梅毒疹即接踵而来。二期梅毒可有全身症状、皮肤病变及黏膜病变。全身症状有低热、头痛、恶心及四肢酸痛,大多数患者都有全身表浅淋巴结肿大。黏膜病变可有咽喉炎及黏膜斑。皮肤病变种类甚多,有斑疹、丘疹、脓疱等。其中,以斑疹型较为常见。其发病隐袭,开始见于躯干两侧、脐周及肢体屈侧,很快波及全身,以肢体屈侧较著,呈大小不等,疹形一致,淡红色至棕红色圆形斑,界限不甚清楚,稍有浸润,互不融合,数小时内即消退,然也可持续较久或愈后复发,或者继发为其他型梅毒疹。局部无自觉症状,消退后不留痕迹。

实验室检查 梅毒血清反应阳性。

组织病理检查 真皮毛细血管内皮细胞肿胀,管周有少许慢性炎性细胞浸润,主要为淋巴细胞和浆细胞。

3.9 某些药物所致的玫瑰疹样红斑

一些药物如青霉素、链霉素、磺胺类药物等亦可引起玫瑰疹样红斑,如能作详细的病史询问及体格检查,将能作出正确诊断。关于药物疹的各项实验室检查,如放射变应原吸附试验、嗜碱性粒细胞脱颗粒试验、巨噬细胞游走抑制试验、淋巴细胞转化试验等,均非特异性,而寻找特异性抗体的方法尚未成功。

4 多形红斑样红斑性疾病

多形红斑样红斑与环状或回状红斑在皮损形态上有相似之处,后者可视为前者的单纯型,其鉴别要点见表 1-2。

表 1-2 多形红斑样红斑与环状或回状红斑的鉴别

鉴别点	多形红斑样红斑	环状或回状红斑
皮损特点	多形性,可有红斑、丘疹或水疱,而以红斑为基础。典型皮损呈靶环状	疹型一致,均为红斑,边缘呈环状、回状或多环状
好发部位	手足背,面部,偶可较为广泛,黏膜亦可受累	视疾病种类不同而互异,黏膜很少累及
全身症状	可有	多无

多形红斑样红斑包括 3 种情况,即典型的多形红斑,伴发于其他疾病的症状性多形红斑,以及无论在病因上或组织病理上与典型的多形红斑均不相同的多形红斑样红斑。

4.1 多形红斑(erythema multiforme)

本病病因不明,可能与病毒,尤其是疱疹病毒感染,以及细菌感染或食物过敏有关,寒冷与潮湿亦为发病因素之一。好发于青壮年,春、冬季多见。皮损呈多形性,可有红斑、丘疹或水疱,但常以一型皮损为主,且均以红斑为基础。初发为散在粟粒大小鲜红色斑疹、丘疹或风团,渐扩大成斑片,边缘微微隆起,中央部分轻度凹陷,暗红色,有时或有针头大小水疱或淡褐色血痂。有些皮损可由 2~3 种不同色泽的圆环所组成,状如靶环或彩虹,对称性分布于手足背或面部,广泛时亦可波及前臂、小腿、臀部及口腔黏膜。自觉症状为

轻度瘙痒或灼痛感。有时可有轻度全身症状,如发热、乏力、关节痛及咽痛。病程 2~6 周,但易复发。

组织病理检查 病理变化可分为 3 型,即表皮型、真皮型与混合型。表皮型见于大疱型皮损,表皮细胞有不同程度坏死,真皮炎性浸润轻微。真皮型见于红斑型皮损,表皮变化不著,真皮乳头水肿,甚至水疱形成;管周炎性浸润显著,主要为单形核细胞。混合型见于靶环状皮损,表皮、真皮变化均较显著,且常有红细胞外溢。

另有一型重症多形红斑,其皮损主要为大疱,可参阅本书第 6 章。

4.2 症状性多形红斑

此种红斑可以在多种疾病的基础上发生,其皮损仅为全身性疾病的一部分,而不应视为独立成分。原发性疾病可以有以下几种:

- 1) 细菌感染,如结核病、麻风、兔热病、波浪热、白喉等。
- 2) 深部真菌病,如组织胞浆菌病、球孢子菌病等。
- 3) 原虫感染,如疟疾、滴虫病等。
- 4) 药物变态反应,如青霉素、链霉素、灰黄霉素、碘剂、汞剂、阿司匹林、安替匹林、巴比土酸盐、胍苯哒嗪、药物超敏反应综合征等。
- 5) 恶性肿瘤,如淋巴瘤、骨髓瘤、真性红细胞增多症、Hodgkin 病等。
- 6) 结缔组织病,如红斑狼疮、皮肤炎等。
- 7) 其他疾病,如结节病、血卟啉病、Still 病、皮肤黏膜淋巴结综合征等。

上述疾病的多形红斑性皮损,无论在形态上或好发部位上往往都不能与典型的多形红斑相区别。发病与年龄、性别及季节无关。当原发性疾病治愈时,皮损亦随之消退。现仅对部分疾病加以叙述,其余各病可参阅有关章节。

4.2.1 药物超敏反应综合征(drug-induced hypersensitivity syndrome) 这是一种表现为急性泛发性发疹,伴发热、淋巴结肿大、多脏器受累非典型性淋巴细胞增多等血液学异常为特征的重症全身性药物反应,常见的致敏药物有氨苯砜、磺胺类药物、卡马西平、苯妥英钠等,多在用药后的 1~4 周发病。再次用药,可致再发。其皮疹大都为多形红斑样红斑或其他类型红色斑丘疹,并常伴有面部肿胀、关节痛或肌痛。受累脏器有肝、肾、甲状腺、心脏等。肝功能严重损伤时,可致死亡。

4.2.2 Still 病和成人 Still 病(adult-onset Still's disease) Still 病是指急性全身型起病的幼年型类风湿性关节炎(juvenile rheumatoid arthritis, JRA),而成人 Still 病除发病年龄晚于 16 岁且全身症状较轻外,其余临床表现与 Still 病相同。

Still 病和以前的变应性亚败血症(allergic subsepsis)或称 Wissler 综合征的临床表现相同,所以变应性亚败血症是 JRA 的一个少见类型,即全身型 JRA。变应性亚败血症这一名词现已摒弃不用。

本病病因不明,可能为细菌感染或因其他物质所致的变态反应。临床表现以反复发热、皮损与关节痛为特征。发热为间歇性、弛张热型,但一般情况尚好。关节疼痛、红肿,活动困难,尤其是肩、颈、膝、腕诸关节。皮损多于发热时出现,可有红斑、斑丘疹、丘疹、风团样等多形性皮损,似多形红斑,也可呈麻疹样或猩红热样,好发于面、胸、肘、膝部,对称分布,自觉瘙痒。口腔黏膜有时亦可受累。经数日后皮损消退,不留痕迹。

实验室检查 活动期白细胞总数增高,红细胞沉降率增快,血清黏蛋白与 γ 球蛋白增高。

4.2.3 皮肤黏膜淋巴结综合征(mucocutaneous lymph node syndrome) 又称川崎病。本病病因不明,曾疑为病毒感染,主要症状为发热、皮损、黏膜病变与淋巴结肿大。皮损主要位于躯干部,呈多形红斑样,而早期常有手足硬性水肿。如手足同时也有红斑,此时则须与多形红斑相鉴别,然本病尚伴有其他症状。黏膜病变有:结膜充血,口唇潮红,干燥,杨梅舌,口腔黏膜充血。颈淋巴结肿大。有时有全身症状:心血管系统可有心动过速、心律紊乱、心肌炎、心包炎;消化系统有呕吐、腹泻,偶有轻度黄疸或无菌性脑膜炎。病程数周,恢复期甲床周围有膜性脱屑。

实验室检查 白细胞计数升高,轻度贫血,红细胞沉降率增快,蛋白尿,C反应蛋白及 α_2 球蛋白也可升高。

4.2.4 红斑狼疮(lupus erythematosus) 红斑狼疮的皮损有时颇似多形红斑,但其皮损持续时间长,不易消退,且常伴有全身症状,如低热、乏力、关节痛等。而实验室检查也常有明显异常。可参阅第2章该病的有关内容。

另外,在各型红斑狼疮时,如出现典型的多形红斑样皮损,即应疑为Rowell综合征,其主要诊断标准为:①患者患有SLE、DLE或SCLE;②具有多形红斑样皮损;③斑点型ANA阳性。其次要诊断标准为:①冻疮样皮损;②抗Ro/La阳性;③RF阳性。其诊断依据需同时满足3条主要标准并至少有一条次要标准。

4.2.5 急性发热性嗜中性皮病(acute febrile neutrophilic dermatosis) 又称Sweet综合征。本病病因不明,有人将其归为4类:①经典型,即病因不明类;②伴发炎症性疾病者;③伴发肿瘤者;④伴发妊娠者。然不论病因如何,其临床症状均基本相似,通常夏季多见,发病快。好发部位为面、颈及四肢,呈数目不等、大小不一的红色斑块,边缘由假性水疱组成,触之质地坚实,有浸润。自觉症状不著,但有压痛。经1~2个月后皮损脱屑消退,不留瘢痕,有暂时性色素沉着。部分患者伴发热、关节痛、结膜充血等全身症状。概括地说,其皮损的发病位置,触诊时较多形红斑为深,而较结节性红斑为浅。

实验室检查 疾病早期,白细胞计数及中性粒细胞数增高,红细胞沉降率大都增快。

组织病理检查 真皮乳头水肿,真皮内弥漫性或围管性炎性浸润,以中性粒细胞为主,并可有白细胞碎裂性核尘。

4.2.6 Marshall综合征 本综合征的疾病早期与急性发热性嗜中性皮病的皮损完全相似,然其皮损消退后遗有皮肤松弛,这是由于弹力纤维被破坏所致,且大都发病于儿童。少数患者,也可累及其他含有弹力纤维的器官,尤其是心、肺。有些病例可能伴有 α_1 抗胰蛋白酶的缺乏。

急性发热性嗜中性皮病与多形红斑的鉴别见表1-3。

表1-3 急性发热性嗜中性皮病与多形红斑的鉴别

鉴别点	急性发热性嗜中性皮病	多形红斑
皮损特点	红色斑块,界限清楚,边缘有假性水疱。质地坚实,浸润显著	多形性,有红斑、丘疹、水疱等。典型皮损为靶环状红斑,浸润轻