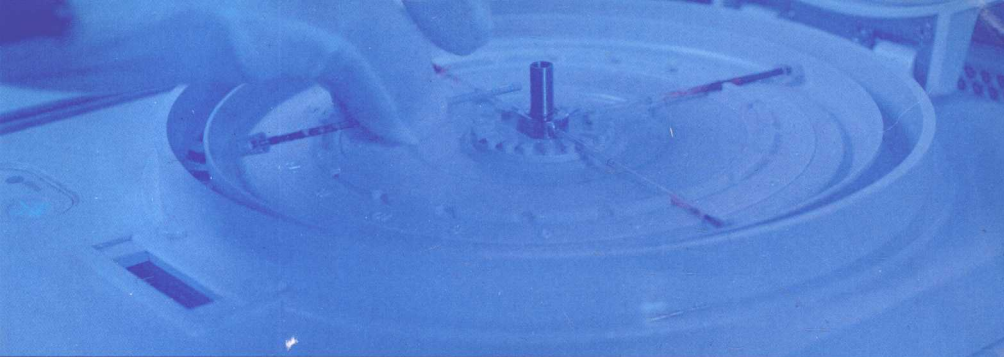




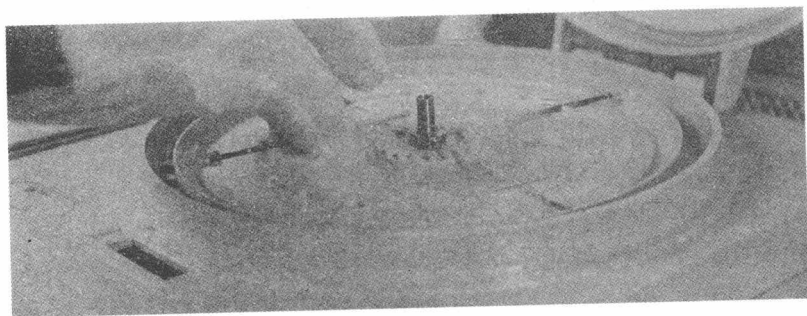
常见皮肤病 诊治新进展

元秀丽 李秀芹 司红 王英 刘镜 赵静 主编

*Advances in diagnosis and
treatment of common skin diseases*



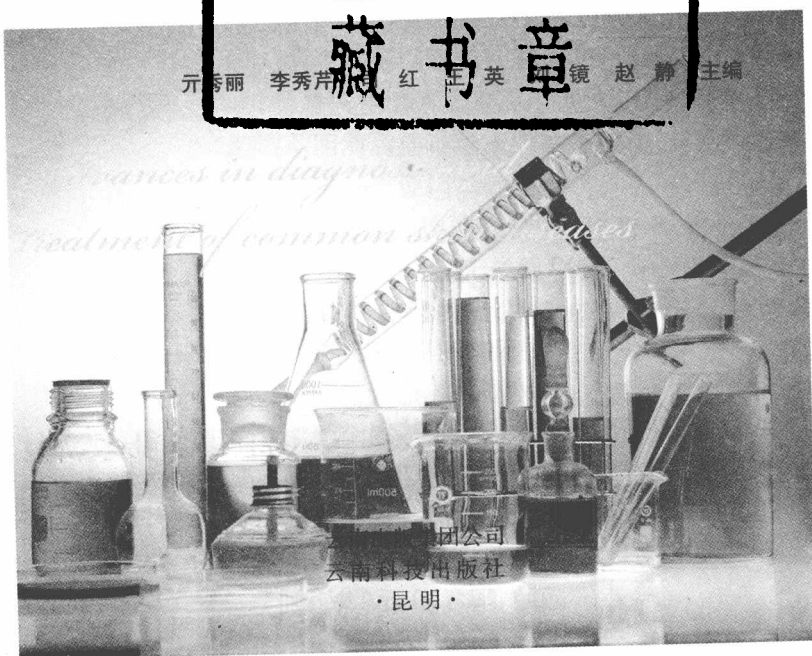
云南出版集团公司
云南科技出版社



常见皮肤病

江苏工业学院图书馆
藏书章

元秀丽 李秀芹 红 英 章 镜 赵 静 主编



云南科技出版社
· 昆明 ·

图书在版编目(CIP)数据

常见皮肤病诊治新进展/仝秀丽,李秀芹,司红编著.

昆明:云南科技出版社,2009.8

(医学诊疗新进展丛书/刘珂主编)

ISBN 978-7-5416-3359-1

I. 常… II. ①仝…②李…③司… III. ①皮肤病—诊疗
IV. R751

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 135079 号

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码:650034)

昆明锦润印刷有限公司印刷 全国新华书店经销

开本:889mm×1194mm 1/32 印张:10.125 字数:250 千字

2009 年 8 月第 1 版

2009 年 8 月第 1 次印刷

定价:125.00 元(共五册)

编委会名单

主 编 亓秀丽 李秀芹 司 红
王 英 刘 镜 赵 静

副主编 王庆华 吕朝霞 张务伟
周 刚

编 委 李家庆 尚 霞 李 红
朱纪红 史 云 李西军

前 言

皮肤病是临床常见病,影响着人们的身心及身体健康,如何降低皮肤病的发病率、提高治愈率,改善患者的生存质量,加强最新诊断与临床治疗,愈来愈显示突出地位。本书内容主要以编著者的临床经验为主,参考国内外主要相关文献,对诊断与治疗皮肤病方面作了重点叙述,其中对慢性皮肤病的治疗如:银屑病、红斑狼疮、白癜风等病作了详尽的论述,力求做到提高皮肤病的防治水平的目的。

全书共分十五章,分别论述了临床常见皮肤病的最新诊断与治疗,如病毒性皮肤病、球菌性皮肤病、杆菌性皮肤病、真菌性皮肤病、动物性皮肤病、物理性皮肤病、神经功能障碍性皮肤病、过敏性皮肤病、红斑丘疹鳞屑性皮肤病、结缔组织疾病、大疱性皮肤病、色素障碍性皮肤病、血管性皮肤病、遗传性皮肤病、口腔黏膜疾病的诊断与治疗作了全面论述。尤其对新的临床诊断措施和治疗过程等作了详尽的论述,较全面地反映了国内皮肤病临床治疗工作的新进展。在编写过程中我们力求做到理论联系实际,重视经验总结及临床经验,便于读者理解和掌握。

由于我们知识和实践水平有限,书中难免有不少缺点甚至错误,诚恳希望同仁谅解并指正。

编者



第一章 病毒性皮肤病

第一节 单纯疱疹

单纯疱疹 (herpes simplex) 是因感染人类单纯疱疹病毒引起的、发生在皮肤粘膜交界处的群集性疱疹。单纯疱疹病毒分为 I 型和 II 型。I 型主要感染腰以上的部位, 如颜面部等; II 型主要感染腰以下的部位, 如外生殖器。本节只讲述主要由 I 型病毒感染所致的颜面部的单纯疱疹。主要由 II 型病毒所致的生殖器疱疹参见性传播疾病部分。本病主要通过直接接触传染, 病毒经口腔、鼻咽部、眼结膜及破损皮肤侵入人体, 约 90% 的人不出现临床症状 (亚临床型), 只有约 10% 的人有临床表现 (原发型单纯疱疹)。随后机体产生抗体, 消除大部分病毒。少数病毒侵入周围神经, 沿神经轴索移行至三叉神经节或感觉神经节, 潜伏在神经细胞内。某些诱因可使本病复发 (复发型单纯疱疹)。本病的主要病理变化为表皮细胞气球状变性、网状变性和凝固性坏死, 表皮松解形成水疱。细胞内可见病毒包涵体。真皮乳头轻度水肿, 血管周围有炎性细胞浸润。

一、诊断

1. 临床表现

临床上可分为原发型和复发型两类。

(1) 原发型单纯疱疹: 可分为常见类型和特殊类型。

① 常见类型: 如疱疹性龈口炎、疱疹性结膜角膜炎。



疱疹性龈口炎:临床上最常见,可发生于任何年龄,以1~5岁儿童好发。其特点是在唇红、口周、颊粘膜、上腭等处发生米粒大小的小水疱,水疱易破溃形成糜烂或者溃疡,在口腔粘膜可表现为白点或白斑,局部炎症显著,有剧痛,影响进食。同时齿龈潮红、肿胀,易出血。可伴流涎、口臭以及发热、倦怠、食欲不振等全身症状。在小儿可发生脱水、酸中毒。除了营养不良或免疫缺陷者,一般经3~5日体温恢复正常,糜烂、溃疡逐渐愈合,整个病程约2周。

疱疹性结膜角膜炎:结膜炎表现为球结膜和睑结膜充血、水肿,有时可见小水疱。常合并眼睑单纯疱疹。角膜病变可表现为树枝状溃疡、地图状溃疡或盘状角膜炎,可留下瘢痕,影响视力。此时若局部应用皮质类固醇激素可致角膜穿孔、前房积脓,甚至导致失明。

②特殊类型:在少数病人,由于疱疹病毒的接种或扩散,引起接种性疱疹、疱疹样湿疹、脑膜脑炎、播散性单纯疱疹等。

接种性疱疹:由于单纯疱疹病毒直接接种于擦伤或正常皮肤所致,故皮疹可发生于任何部位。一般潜伏期5~7天,在接种部位出现硬性丘疹、水疱或大疱,伴局部淋巴结肿大。全身症状轻微,可有低热。若接种于指端,发生深在性水疱或融合成蜂窝状大疱,局部红肿伴剧痛,称疱疹性瘰疽。

疱疹样湿疹:多发于5岁以内的患有遗传过敏性皮炎或湿疹的儿童。偶发于患脂溢性皮炎、脓疱疮、落叶性天疱疮、毛囊角化病的成人。在感染单纯疱疹病毒后,经过5~19天潜伏期,在原有皮损部位及其周围皮肤突然出现密集成群的脐窝状水疱,疱壁紧张发亮,并很快转变为脓疱,可伴高热、全身不适等症状。多数预后良好,1~2周后皮疹干燥结痂而脱落,少数病人可并发角膜炎、脑炎或内脏损害。

脑膜脑炎:单纯疱疹病毒经过血源性扩散,出现发热、头痛、颈项强直、精神紊乱、意识不清甚至昏迷等症状,脑脊液检查:淋巴细



胞升高,红细胞和蛋白阳性,聚合酶联反应 (polymerase chain reaction, PCR) 扩增出单纯疱疹病毒或免疫印迹法检测出单纯疱疹病毒 IgG 抗体可确诊。本病死亡率高,存活者常遗留严重神经系统后遗症。

播散性单纯疱疹:好发于 6 个月至 3 岁的儿童,或者免疫功能缺陷者如营养不良、血液系统肿瘤、酒精中毒、妊娠、严重烧伤和使用免疫抑制剂等。初起多为疱疹性龈口炎,继之全身泛发脐窝状水泡,同时发生病毒血症,累及内脏。

其中食管最常累及,据尸检报告,发生率为 0.5% ~ 6%。常为单器官受累。生前被确诊的极少。食管炎可以由口咽部感染蔓延导致,也可通过迷走神经病毒复活引起。表现为吞咽痛、吞咽困难、胸骨后和胸骨下痛、消瘦、发热,部分病例症状不明显。内镜检查见潮红的基础上有多发性卵圆形溃疡,有或无白色假膜。远端食管最常累及。内镜检查对于诊断最敏感,确诊有赖于活检标本或吸出物的培养或细胞学检查。

尸检发现单纯疱疹病毒下呼吸道感染的发生率为 0.3% ~ 1%,表现为气管支气管炎或肺炎。感染途径为口唇疱疹蔓延,或血源播散,或神经源性播散。临床和 X 线检查为非特异性表现,包括发热、咳嗽、呼吸功能不全、肺部局灶性或弥漫性浸润。死亡率高,部分自发缓解,后者机制尚不清楚。诊断根据肺部组织学检查及病毒分离,支气管镜检查可发现呼吸道粘膜溃疡,可用冲洗及刷取物做细胞学检查,或者活检,也可作感染组织的直接免疫荧光或酶标试验。

单纯疱疹病毒引起的病毒性肝炎(疱疹性肝炎)罕见。临床表现为发热、腹痛、腹部压痛、肝肿大、黄疸、出血倾向,实验室检查示胆红素及谷丙转氨酶升高。生前不易诊断,大多于 1 ~ 2 周后因循环衰竭和严重出血死亡。确诊有赖于肝活检组织的病毒培养或组织学检查。



(2)复发型单纯疱疹:原发感染以后,在某些诱因如急性传染病、高热、药物过敏、月经来潮、消化不良、日晒、风吹、外伤、焦虑、妊娠等影响下常复发。多见于成人,特别是青年。常在同一部位反复发作,多无全身症状。初起局部皮肤灼热、瘙痒、潮红,继之出现密集成群的针头大小的小水疱,较原发型的水疱小而簇集,疱液透明,周围绕以红晕,以后水疱破裂糜烂,干燥结痂而愈合。病程7~10天,预后不留瘢痕。在同一部位多次复发以后,可能出现毛细血管扩张、淋巴水肿、色素沉着或者瘢痕。损害最好发于口角、唇周(口唇疱疹),其次是鼻孔附近、颊、耳以及面部其他部位。复发型单纯疱疹可伴有神经痛,尤其是面部疱疹。其他如疱疹性龈口炎、疱疹性结膜角膜炎、接种性疱疹、疱疹样湿疹、脑膜脑炎均可复发。

2. 实验室检查

当临床难以确诊时,可做一些实验室检查以帮助诊断。单纯疱疹病毒感染的实验室诊断技术包括对单纯疱疹病毒的检测及单纯疱疹病毒抗体的检测。

(1)检测单纯疱疹病毒:有多种方法可选用。

①病毒培养:是检测单纯疱疹病毒的最好方法。

②病毒接种。

③细胞学法(Tzanck涂片):刮取新鲜水疱底的疱液涂片,用Wright—Giemsa染色或者Papanicolaou染色,光镜下观察,可见初期感染的细胞中细胞核略增大,核膜增厚;感染进展期细胞融合成典型的多核巨细胞,核染色质呈独特“毛玻璃”样外观,核轮廓“刻蚀”,并可见核内包涵体。新鲜水疱阳性率较高,其次为脓疱,结痂、溃疡阳性率低。此法快速、价廉、技术要求低,但敏感性(40%~50%)低于培养法,且不能与其他种类的病毒感染相区别。

④电子显微镜:快速显示疱液中染色阴性的病毒体(可见细胞内病毒颗粒),但价格高,敏感性低,亦不能与其他疱疹病毒区别。



⑤直接免疫荧光抗体试验:此法迅速,敏感性较高,且具病毒特异性,但只适用于早期损害。

⑥单纯疱疹病毒 DNA 检测法:用 DNA 杂交技术,快速检测单纯疱疹病毒。

⑦PCR:是检测单纯疱疹病毒最好的方法,尤其是诊断疱疹性脑膜炎最好的方法,较培养及脑脊液单纯疱疹病毒抗体检测更敏感,具病毒特异性。

(2)检测单纯疱疹病毒抗体的血清学技术:不能进行病毒培养或取材不合适时,对原发感染的病人测定急性期和恢复期血清抗体,相差4倍以上可诊断。其次,可用于诊断无症状患者。

3. 诊 断

大多数单纯疱疹病毒感染可根据其临床表现作出诊断。身体任何部位出现红斑基础上的成群的小水疱均提示单纯疱疹。

(1)疱疹性龈口炎的诊断要点:在唇红、口周、口腔粘膜出现小水疱、点状糜烂、溃疡伴剧痛,齿龈红肿。

(2)疱疹性结膜角膜炎:结膜充血水肿,角膜树枝状溃疡,可诊断。若合并眼睑单纯疱疹,可进一步确诊。

(3)接种性疱疹:根据接种史,在接种部位出现硬性丘疹、水疱或大疱,可诊断。

(4)疱疹样湿疹:根据其基础皮肤病史,在原皮损部位出现密集成群的脐窝状水疱可诊断。

(5)复发型单纯疱疹:根据成群的小水疱,好发于皮肤粘膜交界处,自觉灼热、瘙痒或疼痛,反复发作,即可诊断。

若临床表现不典型,根据实验室条件可选择作 Tzanck 涂片、PCR 或病毒培养等以确诊。原发型感染还可检测血清单纯疱疹病毒抗体以帮助诊断。

单纯疱疹病毒性脑膜脑炎、食管炎、肺炎、肝炎靠临床不易诊断,确诊有赖于病原体的检测。



4. 诊断疑点

口唇疱疹易与脓疱病(仅累及唇、鼻部位时)混淆,疱疹性龈口炎需与阿弗他口炎、白喉、柯萨奇病毒感染(疱疹性咽峡炎)鉴别(详见鉴别诊断)。单纯疱疹病毒累及内脏时很难诊断。

5. 鉴别诊断

(1)脓疱病:本病由金黄色葡萄球菌或/和链球菌引起,夏季多发,接触传染性强,基本损害为脓疱,其稻草色脓液及脓痂有特征性。

(2)阿弗他口炎:为口腔粘膜复发性溃疡,伴剧烈烧灼样痛。但此病常倾向于发生在颊粘膜和唇粘膜,溃疡较大、较浅,呈灰色,周围红晕明显,而单纯疱疹首先累及牙龈和腭部,呈白色点状溃疡。

(3)白喉:溃疡持久,边缘隆起,表面附有灰白色或灰褐色假膜。结合流行季节,接触史和细菌学检查,可与本病鉴别。

(4)疱疹性咽峡炎:由柯萨奇A组病毒引起,好发于夏天和早秋,在口腔主要是前腭、软腭、扁桃体、咽、颊部出现直径 $<5\text{mm}$ 的浅灰色浅溃疡。临床鉴别有困难时,可作病毒培养或检测血清抗体以确诊。

二、治疗

1. 常规治疗

以缩短病程、防止继发感染和并发症、减少复发为原则。有多种抗病毒药物可选用,同时辅以局部治疗。

(1)全身治疗:主要是抗病毒化疗,少数病人需要对症治疗。

①抗病毒化疗:重型单纯疱疹如脑膜脑炎、播散性单纯疱疹、疱疹样湿疹,应早期给予抗病毒化疗。核苷类似物如阿糖腺苷(vidarabine)、碘苷(idoxuridine,疱疹净),由于其神经毒性、骨髓毒性及肝毒性太大,目前已不主张全身应用,只配成眼膏、眼液局部使用。目前临床常选用利巴韦林和阿昔洛韦等药物。



利巴韦林(Ribavirin, 病毒唑): 为一种强的单磷酸次黄嘌呤核苷脱氢酶抑制剂, 可阻碍病毒核酸的合成, 对单纯疱疹病毒有抑制作用。用法: 口服每次 0.3g, 每天 3 次; 肌注或静滴剂量为每天每公斤体重 10~15mg, 分两次缓慢滴注。疗程 5 天。本药的主要不良反应是致畸, 故禁用于孕妇和即将妊娠者。此外, 大剂量应用可致心脏损害, 有呼吸道疾患者可致呼吸困难、胸痛。

阿昔洛韦(Aciclovir, 无环鸟苷): 在体内转化为三磷酸化合物, 干扰单纯疱疹病毒 DNA 聚合酶的作用, 抑制病毒 DNA 复制。它可促进皮损愈合, 减轻疼痛及全身症状, 减少病毒排放, 缩短病程, 但不能防止复发。

根据患者的免疫功能及单纯疱疹病毒感染类型不同, 用法有所不同。若免疫功能正常, 对原发型皮肤粘膜感染者, 予口服阿昔洛韦每次 200mg, 每天 5 次, 疗程 10 天或静脉滴注阿昔洛韦每次每公斤体重 5mg, 每天 3 次, 疗程 5~7 天; 复发型剂量同前, 疗程 5 天; 每年复发 ≥ 6 次, 或复发症状严重者, 可用阿昔洛韦抑制疗法, 即口服阿昔洛韦每次 200mg, 每天 2~5 次或每次 400mg, 每天 2 次, 疗程 1~2 年。治疗免疫缺陷者的皮肤粘膜单纯疱疹, 对原发型者给予口服阿昔洛韦每次 200rag, 每天 5 次, 疗程 10 天, 或静脉滴注阿昔洛韦每次每公斤体重 5mg, 每天 3 次, 疗程 7 天; 复发者或慢性者, 需口服阿昔洛韦每次 400mg, 每天 5 次至治愈, 静滴方法同原发型。治疗单纯疱疹病毒性脑膜脑炎、播散性单纯疱疹, 予静脉滴注同昔洛韦每次每公斤体重 10mg, 每天 3 次, 疗程 10~14 天。

阿昔洛韦的不良反应主要是阿昔洛韦结晶尿诱发的肾脏损伤, 常发生于快速静滴、脱水或原有肾脏疾患时。故应缓慢滴注(每次 1 小时以上), 肾功能不全者减量(予静脉滴注阿昔洛韦每公斤体重 5mg, 每天 1~2 次)。其他不良反应有轻度胃肠道反应、皮疹、出汗、低血压、头痛、静脉炎。药物相互作用: 两性霉素和丙磺舒可增加阿昔洛韦的血药浓度, 干扰素和鞘内注射氨甲蝶呤可增



加阿昔洛韦的神经毒性。

②局部治疗:以吸收干燥、防止继发感染为原则。可外用 2% 龙胆紫溶液,严重者用 40% 疱疹净二甲基亚砷溶液湿敷,5% 阿昔洛韦霜,3% 酞丁胺(Ftibamzone)霜外涂。疱疹性结膜角膜炎,选用 0.1% 疱疹净眼液、0.1% 阿昔洛韦眼液或 0.1% 酞丁胺眼液滴眼,每 2 小时一次。无效者改用 0.1% 屈氟尿苷(Trifluridine)眼液可望有效。

2. 治疗难点

单纯疱疹的治疗有两个方面的难点:①阿昔洛韦疗效肯定,但口服生物利用度低(约 15%),若静脉给药则必须住院治疗;②本病极易复发,目前尚无理想的防止单纯疱疹复发的方法。最近用于临床的万乃洛韦(valaciclovir)等新药已解决了前一难题,单纯疱疹病毒灭活疫苗则给预防本病复发带来希望。

3. 新治疗方法和新药

已研制出多种鸟苷衍生物如万乃洛韦等,部分已用于临床。现分述如下:

(1)万乃洛韦:为阿昔洛韦前体药,即阿昔洛韦左旋缬氨酸酯,口服后经胃肠道吸收转化为阿昔洛韦,可将阿昔洛韦的生物利用度提高 3~5 倍。用法:口服每次 0.3g,每天 2 次,疗程 7 天,并可用于复发型疱疹和病毒性脑膜脑炎。不良反应同阿昔洛韦,但较少见。

(2)泛昔洛韦(famciclovir):抗单纯疱疹病毒—I 型活性为阿昔洛韦的 10 倍。不良反应主要是胃肠道反应和头痛。

上述抗病毒药物大多是通过非特异性干扰病毒代谢或非特异性损伤病毒 DNA 结构而发挥作用,因此不可避免地引起正常组织细胞损伤,或者对处于静止期及整合状态的病毒无效。一种新的基因疗法——反义技术在动物实验中已获成功。它是根据碱基互补原理,用人工合成或生物体合成的特定互补的 DNA 片段(反义



寡聚脱氧核苷酸, Antisense oligodeoxynucleotides) 抑制或封闭基因的表达, 具高度特异性, 并有高亲和力, 治疗剂量小, 生理毒性较小。但其药物动力学、毒理学等尚不太清楚, 尚未找到廉价的大量合成的方法, 因此未用于临床。以后随着分子生物学的发展, 反义技术必将进一步完善和发展, 在治疗病毒性皮肤病方面有良好的应用前景。

此外, 在外用药方面, 有人用 2.5% 利多卡因霜、布比卡因霜外搽单纯疱疹, 发现在水疱停止新发、止痛方面优于无环鸟苷霜, 认为局麻药对单纯疱疹的作用可能是因为阻断了由病毒活化引起的炎症反应所致的皮肤局部轴突反射, 或干扰与病毒穿透有关的病毒膜相互作用, 或者因为毛细血管通透性受抑制, 局麻药也可干扰病毒经淋巴毛细管扩散。

(3) 特殊用药: 严重单纯疱疹如疱疹样湿疹、脑膜脑炎、播散性疱疹, 除应用上述治疗外, 还可选用干扰素 (Interferon)、干扰素诱导剂、转移因子 (Transfer factor) 等免疫增强剂。

干扰素药理: 干扰素能增强免疫功能, 具有广谱抗病毒活性, 机制如下: ①调节机体的免疫监视、防御和稳定功能, 使自然杀伤细胞、T 淋巴细胞的细胞毒杀伤作用增强; ②增强吞噬细胞活力; ③诱导外周血中单核细胞的 2', 5' - 寡腺苷酸合成酶的活性; ④增加或诱导细胞表面主要组织相容抗原的表达。临床应用: 临床常用 α 干扰素, 因其吸收率较高; β 、 γ 干扰素吸收率低。口服干扰素不吸收。可选用重组 $\alpha - 2\alpha$ 干扰素 (interferon alfa_{2a}), 300 万单位肌注, 隔天一次; 精制干扰素, 100 万单位肌注, 每天一次。注意事项: ①常见不良反应为发热、疲乏、食欲下降、头晕、流感症状, 偶见抑郁、呼吸困难、肝功损害、白细胞下降、过敏。②严重心、肝、肾功能障碍、骨髓抑制者禁用。③孕妇、哺乳妇女慎用。

聚肌苷酸 - 聚胞苷酸 (polyinosinic acid - polycytidylic acid) 又名聚肌胞。药理: 为一种高效干扰素诱导剂, 具有广谱抗病毒及免



免疫调节作用。临床应用:1mg 或 2mg 肌注。注意事项:注射后少数人有一过性低热。

转移因子又名正常人白细胞转移因子。药理:转移因子是从健康人的白细胞提取的小分子肽类物质,可将细胞免疫活性转移给受体以提高后者的细胞免疫功能。临床应用:2ml 皮下注射,每周 1~2 次。注意事项:-20℃ 以下保存。

免疫核糖核酸(immune RNA)药理:使未致敏的淋巴细胞转变为免疫活性细胞。临床应用:1mg 皮下注射,每天 1 次。注意事项:由于制备过程不同,有的产品含微量蛋白,应注意有无过敏反应。0℃ 以下保存。

丙种球蛋白(1-globulin)药理:含健康人血清所具有的各种抗体,有增强机体抵抗力、预防感染的作用。临床应用:以人血丙种球蛋白常用,静脉制剂:2.5~5.0g 静滴,每天 1 次,肌注制剂:4mg 肌注,每天 1 次。注意事项:有肌注、静注制剂,注意给药途径;大量注射时有局部疼痛、暂时性体温升高。

左旋咪唑(levamisole)为一种驱虫药,最近发现对免疫功能有作用。药理:能使免疫缺陷或免疫抑制的宿主恢复其免疫功能,可提高宿主对细菌及病毒感染的抵抗力。临床应用:每次 25~50mg,每天 2~3 次;注意事项:偶有头晕、恶心、呕吐、腹痛、食欲不振、发热、嗜睡、乏力、皮疹、瘙痒等,停药后自行缓解。个别病人可有白细胞减少、剥脱性皮炎及肝功损伤。

单纯疱疹病毒疫苗是预防病毒感染和复发最有效的方法。单纯疱疹病毒疫苗尚在研制当中,还未获批准用于临床。

第二节 水 痘

水痘(varicella)是由水痘一带状疱疹病毒引起的、皮肤粘膜分



批出现水疱呈向心性分布为特征的、具高度传染性的疾病。病毒存在于患者的血液、疱液、口腔分泌物中,经飞沫或直接接触疱液而传染。一般冬春季发病率较高,秋季也有发生,没有夏季流行的报道。原发感染多为隐性感染,少数发病表现为水痘,复发感染则表现为带状疱疹。本病病理变化主要是棘层细胞气球状变性,内含嗜酸性包涵体。

一、诊断

1. 临床表现

潜伏期9~23日,一般为14~16日。急性起病,初起有发热、乏力、头痛、咽痛等前驱症状,1~2天后首先在躯干,继之头面部、四肢出现针头大小的红色小丘疹,数小时后发展成绿豆大小的水疱,清澈发亮,壁薄易破,孤立存在,互不融合,周围绕以红晕,常有瘙痒。数天后干燥结痂,2周内痂壳脱落,不留瘢痕。皮疹呈向心性分布,躯干较多,面部、四肢较少,且皮疹分批出现,故可同时见到丘疹、水疱、结痂等不同时期的皮疹。

口腔粘膜尤其是腭部也常发疹,眼结膜、外阴、肛门粘膜偶可见水疱和浅表性小溃疡。

儿童一般发病轻微,皮疹较少,全身症状轻;成人发病多较重,皮疹多,全身症状重,多有高热,病程亦较长。

少数水痘临床表现可不典型,全身泛发大疱、血疱,甚至坏疽,分别称为大疱型水痘、出血型水痘和坏疽型水痘。前者通常见于2岁以下的儿童,后两者则好发于营养不良、淋巴瘤、白血病等使用免疫抑制剂及皮质类固醇激素治疗的病人。

孕妇在妊娠4个月内感染水痘一带状疱疹病毒可能导致先天畸形和自身生命危险。新生儿出现低出生体重、眼缺陷、下颌过小、肢体发育不全、畸形指(趾)、按皮区分布的瘢痕、肺炎、脑膜炎、精神发育迟滞、脉络膜视网膜炎、白内障,称先天性水痘综合征。孕妇在妊娠后期感染水痘一带状疱疹病毒,可导致胎儿发生水痘。



一般在出生前已恢复,胎儿出生时不具有明显临床症状,但是在以后的婴儿期或少年期有发生带状疱疹的倾向。据统计,孕妇在分娩前1~16天感染水痘,25%的新生儿在出生后出现皮疹。

水痘的并发症少见,主要是皮肤、粘膜继发感染,严重者可致败血症或脓毒血症;其次是水痘性肺炎、脑炎、肾小球肾炎;暴发性紫癜、心肌炎、肝炎、角结膜炎、关节炎、脾破裂出血也有报道。

2. 实验室检查

非典型病例,可取水疱液作Tzanck涂片、PCR检查或血清学检测。涂片可见多核气球状细胞和细胞内特征性包涵体;PCR检查可扩增出水痘一带状疱疹病毒,并可区分不同的群,从而判断其传染源;发疹后7~10天血清中可查到中和抗体及补体结合抗体,约在第14天达高峰,持续数周后逐渐下降。中和抗体可持续数年,甚至终生。

3. 诊断

根据皮肤粘膜分批出现丘疹、水疱、结痂,孤立存在,皮疹呈向心性分布,伴发热等临床特点,可诊断。不典型病例,可结合涂片、PCR和血清学检测以确诊。

4. 诊断疑点

特殊类型水痘如大疱型、出血型、坏疽型不易诊断,结合接触史、全身症状及实验室检查可确诊。

5. 鉴别诊断

重型水痘及继发细菌感染时需与下列疾病鉴别:

(1)天花:重型水痘易与轻型天花混淆。前者多有水痘接触史,潜伏期较长(9~23天),前驱期短(1~2天),全身症状较轻,在身体同一部位可出现各期皮疹,皮疹较稀,位置表浅,无坚实感,一般不形成脓疱,皮疹分布呈向心性,多见于躯干,预后不留瘢痕。后者无种痘史或多年未种痘,有天花接触史,潜伏期短(8~12天),前驱期较长(3~4天),在退热期出疹,全身症状很重,在身体