



中山大學

皮肤性病学临床见习指导手册

适用于八年制临床医学专业

(试行)

中山大学教务部印制

目 录

第一章 皮肤性病的临床表现与诊断·····	(1)
第二章 皮肤病的外用药物疗法·····	(3)
第三章 皮肤科门诊病历书写·····	(5)
第四章 皮炎和湿疹·····	(6)
第五章 瘙痒性皮肤病·····	(11)
第六章 荨麻疹·····	(13)
第七章 药 疹·····	(15)
第八章 病毒性皮肤病·····	(18)
第九章 细菌性皮肤病·····	(22)
第十章 真菌性皮肤病·····	(25)
第十一章 疥疮·····	(30)
第十二章 红斑及红斑鳞屑性皮肤病·····	(31)
第十三章 结缔组织病·····	(34)
第十四章 大疱性皮肤病·····	(37)
第十五章 皮肤附属器疾病·····	(38)
第十六章 白癜风·····	(40)
第十七章 梅毒·····	(41)
第十八章 淋病、非淋菌性尿道炎·····	(43)
第十九章 尖锐湿疣·····	(45)
第二十章 皮肤科常见临床技能见习·····	(46)
第二十一章 参考资料·····	(47)

第一章 皮肤性病的临床表现与诊断

一、目的要求

- (一) 基本掌握皮肤性病常见的症状和体征。
- (二) 基本掌握皮肤性病的一般诊断步骤和方法。

二、指导内容

(一) 自觉症状：患者主观感觉到的症状，与皮肤性病的性质、严重程度以及患者个体差异有关。常有瘙痒、疼痛、烧灼、麻木等。特别要认识瘙痒的特点及影响瘙痒的因素。瘙痒的特点可持续、间断、全身性、局限性。影响瘙痒的因素：疾病的种类、个体敏感差异、环境、天气等。

(二) 他觉症状：可用视觉或触觉检查出来的客观病变。

1、原发疹：由皮肤性病的组织病理变化直接产生的皮肤损害。对皮肤性病的诊断与鉴别诊断有特别重要的价值。常见皮疹有斑疹、斑块、丘疹、风团、水疱、脓疱、结节、囊肿。

2、继发疹：是原发性损害自然演变或由治疗及机械性损伤所致。常见有鳞屑、痂、糜烂、溃疡、抓痕、瘢痕、皲裂、萎缩、苔藓样变、浸渍等。

着重皮疹之间的区别与相互之间的关系如糜烂进一步发展则可变溃疡。

(三) 诊断

1、病史：一般资料、主诉、现病史、个人史（特别注意性活动史）、既往史（注意药物、食物过敏史）、家族史。

2、体格检查：注意光线、温度，必要时可借助放大镜、皮肤镜等仪器对皮肤进行认真细致的检查，包括视诊、触诊及其他必要的临床检查。伴系统性损害的皮肤病，还需按内科要求进行系统检查。

①视诊：了解皮肤损害的性质、大小、数目、颜色、边缘、界限、形状、表面、基底、内容、部位、分布、排列等。

②触诊：了解皮损是坚实或柔软，是浅表或深在，与皮下组织是否粘连，局部温度是否异常，有无压痛，有无浸润增厚、萎缩变薄，有无感觉过敏或减低，附近淋巴结有无肿大、触痛或粘连等。

③其他特殊手段

a、斑片压诊：主要用于寻常狼疮的结节检查。

b、皮肤划痕试验：用钝器以适当压力划过皮肤出现三联反应，常用于检查人工性荨麻疹。

c、棘层松解征即尼氏征 (Nikolsky Sign):用手指将疱轻轻加以推、压，可使疱壁扩展水、疱加大；或稍用力推擦水疱之间视为正常的皮肤，可使其表皮

脱落；或牵扯已破损的水疱壁时可见水疱以外的外观正常皮肤一同剥离，称尼氏征阳性，常用于检查天疱疮等。

d、薄膜现象：常用于检查银屑病的皮疹，轻刮皮疹的鳞屑后可见半透明薄膜，此为薄膜现象。

④实验检查

a、真菌检查

(1) 真菌直接镜检：10%KOH法，可在低倍的光镜下找到真菌菌丝或孢子。

(2) 真菌培养：取病变物质直接接种于葡萄糖蛋白琼脂培养基上，置室温或37℃下培养1~3周以鉴定菌种。

b、革兰氏阴性菌检查：主要用于淋病的病原菌初筛。

采用革兰氏染色方法，在光镜下可以检查有无细胞内革兰氏阴性双球菌，阳性可初步诊断，阴性不能排除，培养阳性可确诊。

c、疥螨的检查：用于诊断疥疮。

采用刮片法、针挑法，取疥疮的丘疹、丘疱疹、水疱，最好采集疥疮隧道盲端，光镜下寻找虫体、卵、虫卵碎片或疥虫粪便。

d、毛囊虫的检查：用于检查毛囊虫皮炎、痤疮、酒糟鼻、脂溢性皮炎等。

采用刮片、挤压法、粘贴等方法采集上述疾病的丘疹、粉刺等，10%KOH制片，直接光镜下寻找毛囊虫虫体。

第二章 皮肤病的外用药物治疗法

一、 目的要求:

- (一) 了解皮肤病外用药物的种类和剂型。
- (二) 基本掌握外用药治疗原则与使用方法。

二、 指导内容

(一) 外用药物种类

1、清洁剂：用来清除皮损上的渗出物、鳞屑、痂和残留药物，常有溶液、油剂和软膏等，可以直接洗涤或封包后再洗涤。

2、保护剂：具有保护皮肤、防止外来刺激和减少摩擦作用，常用滑石粉、氧化锌粉、炉甘石、植物油或护肤霜等。

3、止痒剂：主要对感觉神经末梢起麻醉作用或因清凉而减轻痒的作用，不宜大量及大面积应用。

4. 抗菌剂、抗真菌剂及抗病毒剂：具有杀灭或抑制细菌、真菌或病毒的作用。

5. 糖皮质激素制剂：有抗炎、止痒和抗增生作用，按作用强度可分超强、强、中、弱效四类。

6. 角质促成剂：能促进表皮角质层正常化，常伴有收缩血管、减轻炎症作用，常用 3%~5% 硫磺软膏。

7. 收敛剂：能凝固蛋白、减少渗出，常用 0.2%~0.5% 硝酸银。

8. 角质剥脱剂：促进角化过度的角质层细胞松解脱落，常用 5%~10% 水杨酸软膏。

9. 腐蚀剂：能破坏和去除增生的肉芽肿组织及赘生物。如 30%~50% 三氯醋酸。

10. 遮光剂：能吸收或阻止紫外线穿透皮肤，有遮光和防晒作用。

(二) 外用药物的剂型

1. 溶液 2. 酞和酞剂 3. 粉剂 4. 振荡剂(洗剂) 5. 油剂 6. 乳剂 7. 软膏 8. 糊剂 9. 硬膏 10. 涂膜剂 11. 凝胶 12. 气雾剂

(三) 外用药的治疗原则

1、正确选择外用药的剂型：按炎症的临床症状及皮损特点选择。急性期渗出多时选用溶液湿敷，渗出不多时可选用糊剂，无渗出时可选用粉剂或洗剂；亚急性期渗出不多者，可用油剂、糊剂或乳剂；慢性期可用乳剂、软膏、硬膏、酞剂或涂膜剂等。

2、正确选择外用药物的种类：根据病因、发病机制及自觉症状而选择。

3、注意事项与湿敷方法

(1) 药物浓度。(2) 性别、年龄及部位。(3) 开放性冷湿敷方法：将 6~8 层纱布浸泡药液内，取出拧至半干，放置皮损处，一般每日湿敷 2~3 次，每次 30 分钟，为防止药液蒸发可定时加滴药液于敷料上保持湿度。

第三章 皮肤科门诊病历书写

一、目的要求

(一) 病历是对病人进行诊断和治疗的依据，其内容必须真实、详细和客观，书写要有较好的条理性、逻辑性和科学性。

(二) 掌握皮肤科门诊病历书写的格式，文字通畅清楚。

二、指导内容

(一) 示范病史询问：包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史和流行病学史。

(二) 示范体格检查：重点检查专科情况和必要的系统检查。

(三) 示范书写一份专科门诊病历：应包括病史、体格检查、实验室检查、初步诊断、处理方案、医生签名和日期。

附： 皮肤科门诊示范病历

患者 XXX，男，23 岁。

主诉：全身皮肤起风团伴瘙痒 1 天。

现病史：患者昨天中午进食海鲜后始于双上肢出现少量风团，伴瘙痒，自服“扑尔敏一片”后无好转，皮疹逐渐增多并扩及全身，昨晚在外院静脉推注“地塞米松 10mg”后皮疹曾大部分消退，但今晨起床后皮疹再发伴剧烈瘙痒，遂来诊。发病以来，患者无发热、头晕、胸闷、气促，无腹痛、腹泻，精神食欲好，二便正常。

既往史、个人史、家族史无特殊。

体查：Bp120/80mmHg，一般情况好，面、躯干、四肢散在大量风团，大小不等，钱币至成人手掌大小，形态不规则，呈淡红色或苍白色，部分皮疹表面呈橘皮样外观，无抓痕、结痂等。

初步诊断：急性荨麻疹

处理：

1、苯海拉明注射液	20mg×1	
维丁胶性钙注射液	2ml×1	

用法：各 1 支 肌注 每天 1 次

2、氯雷他定片 10mg×3

用法：10mg 每天 1 次

3、嘱禁食易致敏食物，不适随诊。

XXX 医师

2015. 4. 17

第四章 皮炎和湿疹

第一节 接触性皮炎

一、目的要求

- (一) 熟悉本病的病因及发病机理。
- (二) 基本掌握本病临床表现与防治方法。

二、指导内容

(一) 接触性皮炎的定义

皮肤粘膜接触某些外源性物质后,在接触部位发生的急性或慢性炎症反应。

(二) 病因及发病机理

1. 病因: 接触物可为动物性、植物性或化学性。
2. 发病机理: (1) 原发性刺激; (2) 变态反应: IV型变态反应。

(三) 临床表现及诊断要点

1. 发病前有刺激物或致敏物接触史。
2. 皮疹部位与接触部位一致。
3. 急性接触性皮炎的临床表现: 境界清楚的水肿性红斑、丘疹、水疱或大疱,严重者可出现糜烂或溃疡;亚急性和慢性接触性皮炎的临床表现: 亚急性皮损可表现边界不清的红斑、丘疹,慢性皮损呈苔藓样变。
4. 特殊类型接触性皮炎: 化妆品皮炎、尿布皮炎、漆性皮炎和空气源性接触性皮炎。

5. 患者自觉有瘙痒或灼痛感。
6. 脱离接触后,病程有自限性。
7. 可作斑贴试验检测可疑过敏物。
8. 注意与湿疹相鉴别。

(四) 治疗和预防

治疗原则: 寻找病因、迅速脱离接触物并积极对症处理。

1. 系统药物治疗: 可给予抗组胺药物或钙剂,严重者可使用糖皮质激素。
2. 外用药物治疗: 急性期: 红肿无糜烂、渗出者用炉甘石洗剂,有糜烂、渗出者用3%硼酸溶液湿敷;亚急性期: 氧化锌油或糖皮质激素糊剂外用;慢性期: 糖皮质激素软膏或硬膏外用。有感染时可加用外用抗生素。
3. 避免再次接触致敏原,以免复发。

第二节 湿疹

一、目的要求

- (一) 了解湿疹的定义及可能的致敏因素。
- (二) 基本掌握各期湿疹的临床特点。
- (三) 基本掌握各期湿疹的治疗方法及应用原则。

二、指导内容

(一) 湿疹的定义

是由多种内、外因素引起的表皮及真皮浅层的炎症，有对称性、多形性皮损，急性期有渗出倾向，慢性期以苔藓样变为主，易反复发作。

(二) 病因

1. 内因：神经精神因素、内分泌及代谢障碍、血液循环障碍、慢性感染病灶及遗传因素等。
2. 外因：食物、吸入物、生活环境（气候、干燥）、搔抓、摩擦、动物皮毛、各种化学物质（洗涤用品、化妆品、人造纤维）等刺激诱发或加重。

(三) 各期湿疹的临床特点

1. 急性期：水肿性红斑、丘疹、丘疱疹，严重者可出现小水疱、糜烂、渗出，皮疹常边界不清。
2. 亚急性期：由急性期转化而来，红肿、渗出减轻，皮疹以丘疹、鳞屑、结痂为主。
3. 慢性期：皮疹表现为浸润肥厚、苔藓样变。

(四) 特殊类型湿疹的临床特点

1. 手部湿疹：角化性斑块、皲裂、鳞屑，以指背、掌面为多，常与洗涤剂刺激有关。
2. 乳房湿疹：乳头、乳晕、乳房暗红斑、丘疹、丘疱疹、糜烂、渗出或鳞屑、皲裂，常见于哺乳妇女。
3. 外阴、阴囊和肛门湿疹：瘙痒剧烈，可表现为红肿、糜烂，或局部浸润肥厚、苔藓样变、色素沉着。
4. 钱币状湿疹：表现为亚急性期改变，皮疹为钱币大小的红斑、丘疹、丘疱疹，表面轻度糜烂、渗出、鳞屑或结痂。

(五) 诊断与鉴别诊断

1. 诊断：主要根据瘙痒剧烈，皮疹具有多形性、渗出性、对称性、复发性的特点诊断。
2. 鉴别诊断：急性湿疹与急性接触性皮炎鉴别；慢性湿疹与慢性单纯性苔

癣鉴别；手足湿疹应与手足癣鉴别。

（六）治疗原则

1. 避免各种可疑致病因素。
2. 全身治疗：（1）抗组胺药物或钙剂，因湿疹病因较复杂，应慎用糖皮质激素。（2）继发感染者，可加用抗生素。
3. 局部治疗：根据外用药使用原则选择合适的药物及剂型。

急性期：红肿无糜烂、渗出者用炉甘石洗剂，有糜烂渗出者用 3%硼酸溶液湿敷；亚急性期：氧化锌油或糖皮质激素乳剂、糊剂外用；慢性期：糖皮质激素软膏、硬膏或局部糖皮质激素封闭治疗。

第三节 感染性湿疹样皮炎与自身敏感性皮炎

一、目的要求

- （一）了解这两种皮炎的概念。
- （二）基本掌握其临床表现及治疗原则。

二、指导内容

（一）感染性湿疹样皮炎

1. 定义：发生在感染性病灶周围皮肤，因病灶脓性分泌物外流，使周围皮肤对细菌毒素或组织分解产物致敏而发生湿疹样改变。

2. 临床表现

- （1）感染性病灶周围皮肤红斑、丘疹、水疱、脓疱、糜烂、渗出或结痂。
- （2）瘙痒剧烈，伴局部淋巴结肿大，严重者可发热及全身不适。

3. 治疗原则

- （1）积极抗感染治疗。
- （2）可短期小剂量使用糖皮质激素。
- （3）余同湿疹治疗原则。

（二）自身敏感性皮炎

1. 定义：因原有皮肤的湿疹或皮炎病变处理不当或搔抓等，使患者对自身组织产生的某种物质敏感性增高而引起的病变附近或远隔部位的全身性、泛发性、对称性的皮肤炎症反应。

2. 临床表现

- （1）原有皮疹加剧，范围扩大。
- （2）数日后全身对称性、泛发性散在或群集性丘疹、丘疱疹、水疱及脓疱。
- （3）瘙痒剧烈，严重者伴全身不适及发热等。

3. 治疗原则

- (1) 积极治疗原发病灶。
- (2) 瘙痒明显者可内服抗组胺药，严重者可短期使用小剂量糖皮质激素。
- (3) 局部处理同湿疹治疗原则。

第四节 特应性皮炎

一、目的要求

- (一) 了解本病的遗传因素及变应原。
- (二) 熟悉本病各期的临床表现及诊断标准。
- (三) 基本掌握本病的治疗原则。

二、指导内容

(一) 病因

1. 遗传因素：家族中常有过敏素质。
2. 免疫功能紊乱：皮损 Th2 细胞升高，外周血 IgE 水平升高及嗜酸性粒细胞增多等。
3. 环境因素：对吸入变应原或外来刺激过敏。

(二) 临床表现

1. 婴儿期：称婴儿湿疹
 - A. 额、面颊部红斑、斑丘疹、小水疱、糜烂、渗出、结痂。
 - B. 严重者发展至全身。
2. 儿童期：常由婴儿期转变来，亦可直接发病。
 - A. 多发于肘窝、腘窝。
 - B. 皮疹与亚急性、慢性湿疹相似，为红斑、干燥、鳞屑或苔藓样变。
3. 青年及成人期：
 - A. 由前两期转变而来或直接在青春期后发病。
 - B. 皮疹表现为慢性湿疹或泛发性神经性皮炎。
 - C. 皮疹广泛，以屈侧为重。
4. 伴发症状：

幼年白内障、鱼鳞病、眶周黑晕、干皮症、掌纹症、毛周角化等。

(三) 诊断依据

Williams 诊断标准：具有持续 12 月以上的皮肤瘙痒，加上以下 5 条中的 3 条或 3 条以上：

1. 身体屈侧皮肤受累（包括肘窝、腘窝、踝前或颈部，10 岁以下儿童包括颊部）；

2. 个人有其他过敏性疾病如哮喘或过敏性鼻炎史（或在 4 岁以下儿童的一级亲属中有过敏性疾病史）；
3. 全身皮肤干燥史；
4. 身体屈侧可见湿疹样皮损（或 4 岁以下儿童在面颊部/前额和四肢伸侧可见湿疹）；
5. 2 岁前发病（适用于 4 岁以上患者）。

（四）鉴别诊断：与湿疹、慢性单纯性苔藓、婴儿脂溢性皮炎鉴别。

（五）治疗原则

1. 避免诱发和加重因素；恢复和保持皮肤屏障功能。
2. 内用疗法

（1）抗组胺药物和细胞膜稳定剂：根据不同的病情和用药对象可选择第一代或第二代抗组胺药。

（2）抗感染药物：合并感染者，可短期给予抗感染药物。

（3）变应原特异性脱敏疗法。

3. 外用疗法：同湿疹。

第五章 瘙痒性皮肤病

第一节 慢性单纯性苔藓 (神经性皮炎)

一、目的要求

- (一) 基本掌握慢性单纯性苔藓的临床特点。
- (二) 基本掌握慢性单纯性苔藓的治疗方法。

二、指导内容:

- (一) 扼要阐述本病的病因及病情加重的诱因。
- (二) 临床特点

1. 好发部位: 颈项部、背部、腰骶部、四肢伸侧、会阴、阴囊及肛周等部位。
2. 皮疹为苔藓样变。
3. 瘙痒较剧烈, 呈阵发性。
4. 临床分为局限性和播散性二种类型。
5. 慢性病程, 反复发作。

(三) 诊断和鉴别诊断

本病根据典型临床表现容易诊断。需与慢性湿疹、特应性皮炎、扁平苔藓、皮肤淀粉样变等鉴别。

(四) 治疗

1. 避免搔抓、摩擦等各种刺激, 辅以心理治疗
2. 外用药物治疗: 根据皮损的类型、部位等, 合理选用药物种类和剂型。可考虑局部糖皮质激素封闭治疗。
3. 系统药物治疗: 可口服抗组胺药物、钙剂、维生素 C; 严重者可用普鲁卡因静脉封闭, 皮损泛发者可口服雷公藤多苷片。

第二节 急性单纯性痒疹 (丘疹性荨麻疹)

一、目的要求

- (一) 了解本病的病因。
- (二) 熟悉本病的临床表现。
- (二) 基本掌握本病的诊断依据与鉴别诊断。
- (三) 熟悉本病的防治。

二、指导内容

(一) 病因：与节肢动物如蚤、螨、蠓、臭虫等叮咬、肠道寄生虫及某些食物有关。

(二) 临床表现：易于温暖季节发病，多见于儿童，好发于腹、腰背、臀及双小腿，皮损为淡红色梭形风团样丘疹，中央可有小水疱，自觉瘙痒，1-2周消退，可遗留暂时性色素沉着。

(三) 诊断要点

1. 与昆虫叮咬、肠道寄生虫及某些食物有关，多见于儿童。
2. 多发于腰背、腹、臀和小腿。
3. 皮损为典型的梭形风团样丘疹，遗留色素沉着。

(四) 鉴别诊断：与荨麻疹、水痘鉴别。

(五) 治疗

1. 去除各种致病因素（如虫咬、胃肠道功能紊乱等）。
2. 系统药物治疗：可口服抗组胺药，严重者可短期使用小剂量糖皮质激素。
3. 外用药物治疗：以止痒、消炎为主，可局部外涂1%炉甘石洗剂或糖皮质激素霜。

第六章 荨麻疹

一、目的要求

- (一) 了解本病的定义。
- (二) 熟悉本病的诱发因素及发病机理。
- (三) 基本掌握本病的临床表现。
- (四) 基本掌握各种物理性荨麻疹及特殊类型荨麻疹的临床表现。
- (五) 基本掌握本病的诊断依据与鉴别诊断。
- (六) 熟悉本病的治疗原则。

二、指导内容

(一) 定义：是由于皮肤粘膜小血管反应性扩张及渗透性增加而产生的一种局限性水肿反应。

(二) 诱发因素：食物、药物、感染、物理因素、呼吸道吸入物及皮肤接触物、精神因素及全身疾病等方面。发病机理：免疫性（I 型、II 型和 III 型超敏反应）和非免疫性机制。

(三) 临床表现

1. 急性荨麻疹：起病急。患者皮肤突然发痒，很快于瘙痒部位出现大小不等，形态不规则淡白、淡红风团，数小时后可消退，不留痕迹，但新风团陆续发生，此起彼伏，不断发生。病情严重者可出现过敏性休克、胃肠道及呼吸道黏膜受累症状，感染引起者可出现高热、寒战等全身中毒症状。

2. 慢性荨麻疹：风团时多时少，反复发生，全身症状轻，病程超过 6 周以上。

3. 物理性荨麻疹：皮肤划痕征、冷性荨麻疹、热性荨麻疹、压力性荨麻疹、日光性等麻疹、震颤性荨麻疹。

4. 特殊类型荨麻疹：胆碱能性荨麻疹、接触性荨麻疹、水源性荨麻疹、运动性荨麻疹等。

(四) 检查：皮肤划痕征、冰块试验、致敏原检查等。

(五) 诊断要点

1. 常有诱发因素。
2. 皮肤反复出现风团，伴有瘙痒。
3. 病情严重时可出现过敏性休克、胃肠道及呼吸道黏膜受累症状。
4. 风团反复发作 6 周以上则可诊断慢性荨麻疹。
5. 皮肤划痕征、冰块试验、致敏原检查等有助于物理性及特殊类型荨麻疹的诊断及确定荨麻疹的病因。

(六) 鉴别诊断：应与多形红斑、丘疹性荨麻疹及荨麻疹性血管炎等鉴别。

(七) 治疗和预防

本病治疗原则为去除病因，抗过敏及对症治疗。

1. 详细询问病史，去除诱发因素。
2. 抗组胺药物：首选第二代 H1 受体制剂（必要时可两至三种联合使用），必要时联合使用抗 H2 受体制剂。
3. 非特异性抗过敏：可选用葡萄糖酸钙，胶性钙，VitC，硫代硫酸钠等。
4. 糖皮质激素：适用于皮疹广泛、全身症状较重及有过敏性休克患者。
5. 过敏性休克、喉头水肿及呼吸困难者，应立即抢救：皮下或肌肉注射 0.1% 肾上腺素 0.5~1ml；糖皮质激素肌肉注射或静脉注射；支气管阵挛者可静脉注射氨茶碱；喉头水肿可行气管切开，心跳呼吸骤停，应行心肺复苏。

第七章 药疹

一、目的要求

- (一) 了解药疹的定义、病因及发病机理。
- (二) 熟悉引起药疹的常见药物。
- (三) 基本掌握药疹的临床特点及诊断要点。
- (四) 基本掌握药疹的治疗和预防措施。

二、指导内容

(一) 定义

药物通过各种途径进入人体后引起的皮肤、粘膜炎症反应，可累及机体其他系统。

(二) 病因

临床常见引起药疹的药物有：1. 抗生素类；2. 解热镇痛类；3. 催眠镇静及抗癫痫药；4. 中草药；5. 异种血清制剂及疫苗。

(三) 发病机理

变态反应（I型、II型、III型及IV型）和非变态反应（药理作用、过量反应、蓄积作用、个体某些代谢酶缺陷或抑制及光毒性反应）。

(四) 临床表现

常见下列类型：

1. 固定型药疹

- (1) 常见、最轻的一种类型。
- (2) 好发于口腔和生殖器皮肤粘膜交界处。
- (3) 典型皮疹为局限性圆形或类圆形边界清楚的鲜红或紫红色水肿斑，中央色深，可形成水疱或大疱，停药后一周红斑消退，遗留蓝灰色斑，经久不退。
- (4) 再次服药，在原药疹处发痒，并出现同样皮疹。

2. 荨麻疹型药疹

- (1) 常见。
- (2) 皮疹为广泛、鲜红色风团，可同时伴有血清病样症状，如发热、关节疼痛、淋巴结肿大甚至蛋白尿。

3. 麻疹型或猩红热型药疹

- (1) 常见。
- (2) 皮疹从躯干开始，可波及全身，鲜红、密集针头大小的斑疹或斑丘疹，类似麻疹，或鲜红斑，相互融合，类似猩红热，停药后1~2周，皮疹颜色

变淡，继之糠状脱屑，可向重型药疹发展。

(3) 全身症状轻。

4. 多形红斑型药疹

(1) 皮疹对称分布于四肢末端、掌跖、四肢伸侧和躯干。常累及口腔、眼部、生殖器和肛周粘膜。

(2) 皮疹为圆形、类圆形的水肿性红斑，边缘鲜红，中央紫红呈虹膜样，或有水疱大疱，可出现糜烂、疼痛。

(3) 严重者可伴全身症状如高热、肝肾损害。

5. 大疱性表皮松解型药疹

(1) 发病急骤，病情凶险，死亡率高。

(2) 皮疹泛发，常累及粘膜。

(3) 皮疹由潮红斑迅速转变为深红、暗紫红色，表面出现水疱、大疱、血疱，疱壁松弛，易破。尼氏征阳性。

(4) 全身中毒症状重，可出现高热、疲乏、水电解质平衡失调，肝、肾、心脏及神经系统损害，严重者常可死亡。

6. 剥脱性皮炎型药疹

(1) 潜伏期长（20天左右）。

(2) 全身皮肤弥漫潮红肿胀，2周左右后出现大量片状脱屑，手足部皮肤呈手套或袜套状剥脱，头发和指趾甲可出现脱落，皱褶部位可出现水疱糜烂，唇和口腔粘膜可出现糜烂，眼结膜充血，眼睑外翻。

(3) 伴明显全身症状，如发热，浅表淋巴结肿大，中毒性肝炎，心、肾功能受损，严重则可导致全身衰竭或继发感染而死亡。

7. 药物超敏反应综合征

(1) 急性发病，发热，淋巴结肿大。

(2) 皮疹持续时间较长。

(3) 嗜酸粒细胞 $\geq 1000/L$ 或异型淋巴细胞阳性。

(4) 器官受损（肝、肾、心、肺等）

(三) 诊断依据

1. 有明确服药史，一定的潜伏期。

2. 临床表现：除固定型药疹外，皮疹多对称分布，颜色鲜红，发展迅速，全身中毒症状轻，以及具有各型药疹的临床特点。

3. 停药后症状好转。

4. 排除其他发疹的传染病（麻疹、风疹、幼儿急疹、登革热、猩红热等）和内科疾病。

5. 根据过去药敏史，本次服药与发病的关系，常见引起药疹的药物、皮疹类型综合分析，判断何种药物引起，目前尚没有理想试验方法确定致敏药物。

（四）治疗原则

1. 及时停用致敏药物。
2. 多饮水或补液，以加速致敏药物排泄。
3. 对症治疗，加强护理，注意预防和治疗合并症。
4. 注意交叉过敏或多价过敏，用药尽量简单。

轻型药疹：

1. 一般给予抗组胺药、钙剂或 10%硫代硫酸钠等，必要时可系统使用中小剂量糖皮质激素，待皮疹消退后逐渐减量以至停药。

2. 局部一般保持清洁干燥，如有糜烂、渗出可用 3%硼酸溶液湿敷。

重型药疹：

包括剥脱性皮炎型药疹、重症多形红斑型药疹、大疱性表皮松解型药疹及药物超敏反应综合征等。

1. 及早足量应用糖皮质激素：一般系统使用氢化可的松、地塞米松、甲基泼尼松尼等。待皮疹变淡，无新发疹，症状缓解后开始逐渐减量，并逐步改为口服。

2. 防治继发感染：是关键措施之一。有明确感染或高度怀疑感染者应及时积极控制感染，抗菌素选用广谱，与致敏药物结构不同的药物，尽量避免选用青霉素、磺胺类等易致敏的药物。

3. 加强支持疗法：给予高热量、易消化饮食，少量多次输入新鲜血液或血浆。

4. 静脉注射丙种球蛋白：一般 400mg/kg/d，连用 3~5 天。

5. 加强护理及外用药治疗：对大面积糜烂皮损，有条件尽量以暴露疗法，室温保持 28℃ 左右，可给予 1/5000PP 浴或淀粉浴，糜烂面可外用消毒凡士林纱布或皮维碘纱覆盖，或 0.2%硝酸银液、紫草油外涂，使皮损保持清洁干燥为宜，注意消毒隔离；口腔糜烂者可用 2%碳酸氢钠溶液或朵贝氏溶液漱口；眼粘膜受损可选用生理盐水冲洗。

（五）预防

1. 有明确用药指征，防止滥用药物。
2. 用药前询问以往药物过敏史。
3. 注意药疹前驱症状，及时停药。
4. 严格操作规程（对应作皮试药物，使用前严格执行）。
5. 填写药物过敏卡，并告知病人。

第八章 病毒性皮肤病

概述

1. 病毒性皮肤病的概念。
2. 分类：根据皮疹表现分为红斑发疹型、新生物型和疱疹型；根据感染病毒类型分为 RNA 病毒感染和 DNA 病毒感染。
3. 发病情况：发病与机体免疫功能有一定的关系。

第一节 单纯疱疹

一、目的要求

- (一) 了解单纯疱疹的概念。
- (二) 熟悉口唇疱疹（颜面疱疹）的临床特点。
- (三) 熟悉生殖器疱疹的临床表现及其传染途径。
- (四) 熟悉两型单纯疱疹的治疗原则。

二、指导内容

(一) 口唇疱疹（颜面疱疹）

1. 病史：包括病程、发病次数、发病部位及自觉症状。
2. 检查：包括皮疹部位、形态、数量、分布及实验室检查。
3. 诊断：
 - (1) 多由人类单纯疱疹病毒 I 型引起。
 - (2) 可见于任何年龄。
 - (3) 常见于口唇或单侧颜面。
 - (4) 临床表现为群集的小丘疹、丘疱疹、水疱或糜烂，周围有红晕，局部有灼热感。
 - (5) 病程 1~2 周，易复发。
 - (6) 实验室检查：疱液病毒培养，细胞学检查，免疫荧光和 PCR 检查，血清抗体检测。
4. 鉴别诊断
与带状疱疹、脓疱疮、接触性皮炎等鉴别。
5. 治疗
治疗原则为缩短病程、防止继发细菌感染和全身播散、减少复发和传播机会。
 - (1) 系统抗病毒治疗：可用核苷类、阿昔洛韦、泛昔洛韦、伐昔洛韦药物。
 - (2) 局部外用药物治疗：以收敛、干燥和防止继发感染为主。

（二）生殖器疱疹

1. 病史：包括病程、发病次数、发病部位及自觉症状。
2. 检查：同口唇单纯疱疹
3. 诊断：
 - （1）多由人类单纯疱疹病毒 II 型引起。
 - （2）可见任何年龄，以青中年多见。
 - （3）常见于生殖器及附近皮肤。
 - （4）主要通过性接触传染。
 - （5）临床表现为群集性小丘疹、丘疱疹、水疱、糜烂、周围有红晕、局部有灼热感。
 - （6）病程 1~2 周，易复发。
 - （7）实验室检查：疱液病毒培养，细胞学检查，免疫荧光和 PCR 检查，血清抗体检测。
4. 鉴别诊断：与软下疳、硬下疳、念珠菌性外阴炎等鉴别。
5. 治疗原则：同口唇单纯疱疹。

第二节 带状疱疹

一、目的要求

- （一）了解带状疱疹的定义和病因。
- （二）基本掌握带状疱疹的临床表现。
- （三）基本掌握带状疱疹的诊断要点及鉴别诊断。
- （四）熟悉带状疱疹的治疗原则。

二、指导内容

- （一）病史：包括诱因、病程、发病部位及自觉症状。
- （二）检查：包括皮疹部位、形态、数量、排列及分布。
- （三）诊断
 - （1）由水痘-带状疱疹病毒引起，当全身及局部抵抗力下降时容易诱发。
 - （2）多见于成人，春秋季节多发。
 - （3）沿周围神经单侧皮肤分布，尤多见于三叉神经第一支、肋间神经及腰骶神经支配的区域。
 - （4）皮疹为红斑基础上簇集性丘疹、丘疱疹及紧张性水疱。
 - （5）神经痛为本病的特征之一，老年患者常较剧烈。
 - （6）病程约 2~3 周，部分患者可有后遗神经痛。

(7) 实验室检查参见单纯疱疹。

(四) 鉴别诊断

皮疹需与单纯疱疹、接触性皮炎、虫咬皮炎等鉴别，神经痛而无皮疹时需与肋间神经痛、胸膜炎、阑尾炎、坐骨神经痛等鉴别。

(五) 治疗原则

- (1) 抗病毒。
- (2) 营养神经。
- (3) 止痛。
- (4) 防治继发感染。
- (5) 糖皮质激素的合理应用。
- (6) 局部皮疹处理。

第三节 传染性软疣

一、目的要求

- (一) 了解传染性软疣的病因及传染方式。
- (二) 熟悉传染性软疣的临床表现。
- (三) 基本掌握传染性软疣的治疗。

二、指导内容

- (一) 病史：包括好发年龄、发病部位及自觉症状。
- (二) 检查：主要为皮疹发生部位、形态及数量。
- (三) 诊断
 - (1) 由传染性软疣病毒引起，主要通过直接接触传染。
 - (2) 多见于儿童、性活跃人群及免疫功能低下者。
 - (3) 好发生于躯干、四肢及面部（儿童），会阴、生殖器、臀部（性活跃人群）。
 - (4) 皮疹为散在分布的半球状蜡样光泽的丘疹，中央有脐窝，挑破后可挤出白色乳酪状物（软疣小体）。
 - (5) 实验室检查：病理检查有特征性。
- (四) 治疗原则：以物理治疗为主，可采用刮除、冷冻、激光、电灼等治疗。

第四节 疣（寻常疣、跖疣、扁平疣）

一、目的要求

- (一) 认识各种疣的病因及传染方式。
- (二) 熟悉各种疣的临床表现。

(三) 基本掌握各种疣的诊断与鉴别诊断。

(四) 基本掌握各种疣的治疗。

二、指导内容

(一) 病史：包括起病时间、病程及部位。

(二) 检查：包括皮疹部位、分布、形态及数量等。

(三) 诊断

(1) 由人乳头瘤病毒、HPV 感染引起。

(2) 多见于青少年。

(3) 主要通过直接接触传染。

(4) 寻常疣多见于四肢远端，皮疹为大小不等，独立或融合的坚实丘疹，表面粗糙或呈菜花状增生，或呈指状、丝状。

(5) 跖疣为寻常疣的一种特殊类型，发生于足底的圆形粗糙菜花状的角质斑块，周围有角质环，削去表层有陈旧性出血点，可有压痛。

(6) 扁平疣好发生于面部、手背，皮疹为淡褐色多角或圆形扁平坚实丘疹，表面光滑，可有同形反应。

(7) 部分病人可自愈。

(8) 病理有助诊断。

(9) 跖疣需与鸡眼及胼胝鉴别，扁平疣需与毛发上皮瘤及汗管瘤鉴别。

(四) 治疗

1、全身治疗：目前尚无确切有效的抗 HPV 治疗药物，可试用免疫调节剂。

2、物理治疗：适用于皮损数目较少者，包括激光、刮除、冷冻、电灼等。

3. 外用药物治疗：适用于皮损较大、较多及不适合物理治疗者，可选用维 A 酸软膏、5-FU 软膏、3%酞丁胺霜、5%咪喹莫特乳膏及平阳霉素等。

第九章 细菌性皮肤病

第一节 脓疱疮

一、目的要求

- (一) 了解脓疱疮的定义及病因。
- (二) 基本掌握脓疱疮的类型及各型脓疱疮的临床特点。
- (三) 熟悉脓疱疮的诊断及鉴别诊断。
- (四) 基本掌握脓疱疮的治疗原则及治疗方法。

二、指导内容

(一) 一般情况

1. 致病菌主要为金黄色葡萄球菌和/或乙型溶血性链球菌。
2. 易在儿童中流行。
3. 多发生于炎热的夏秋季节。

(二) 脓疱疮的类型及各型临床特点

1. 寻常型脓疱疮

金黄色葡萄球菌和/或乙型溶血性链球菌直接接触传染。多见于学龄前儿童，易发于暴露部位。皮疹可表现为水疱、脓疱及覆盖淡黄色痂的糜烂面。局部症状轻微，皮疹较广泛者可有发热等全身症状，严重者可并发败血症及急性肾炎等。

2. 大疱型脓疱疮

主要由噬菌体 II 组 71 型金葡菌引起，为散在大疱，约黄豆至蚕豆大小或更大，周围红晕不显著，疱壁先紧张后松弛，破裂后干涸结清漆样痂。

新生儿脓疱疮是大疱性脓疱疮的一种异型，表现为突发红斑，大脓疱，尼氏征阳性，很快累及全身，伴有高热、厌食、呕吐、腹泻，可伴发败血症、肺炎及脑膜炎而危及性命。

3. 葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征

与新生儿脓疱疮相同，只是由于金葡菌所产生的表皮剥脱毒素的作用，患儿全身广泛充血潮红，在红斑基础上出现松弛水疱，尼氏征阳性，局部疼痛并伴有高热、呕吐、腹泻等全身症状，也可并发败血症、肺炎而危及性命。

4. 深脓疱疮

由乙型溶血性链球菌引起，偶可合并金葡菌感染，可由寻常型演变而来，向深部发展，中央坏死、结黑色硬痂，多见于营养不良、卫生状况差的小儿或老人，好发于臀部或小腿。

(三) 诊断与鉴别诊断

1. 根据流行季节、发病年龄、好发部位及各型临床表现可给予诊断。
2. 作细菌学培养及药物敏感试验。
3. 应与丘疹性荨麻疹、水痘、天疱疮及遗传性大疱表皮松解症鉴别。

（四）治疗

以外用药物治疗为主，皮损泛发或病情严重患者可辅以系统药物治疗。

1. 系统药物治疗：皮疹广泛、症状严重的病人应给予敏感抗生素治疗。同时应注意水电解质平衡，必要时可输注血浆或人血丙种免疫球蛋白。
2. 外用药物治疗：以杀菌、消炎、干燥为原则。清洁创面，酌情选用抗生素糊剂、油剂或乳剂。

第二节 丹毒和蜂窝织炎

一、目的要求

- （一）了解丹毒和蜂窝织炎的定义、病因及诱因。
- （二）基本掌握丹毒和蜂窝织炎的临床特点。
- （三）熟悉丹毒和蜂窝织炎的诊断及鉴别诊断。
- （四）基本掌握丹毒和蜂窝织炎的治疗方法。

二、指导内容

（一）定义、病因和诱因

丹毒是由乙型溶血性链球菌感染引起的皮肤、皮下组织内淋巴管及其周围组织的急性炎症，足癣、趾甲真菌病、小腿溃疡、鼻炎、慢性湿疹等可诱发本病；蜂窝织炎是由溶血性链球菌和金黄色葡萄球菌感染所引起的皮下疏松结缔组织急性弥漫性化脓性炎症，常继发于外伤、溃疡或其他局限性化脓性感染。

（二）临床特点

1. 丹毒好发于足背、小腿及面部等处，单侧，皮疹为界限清楚的水肿性红斑，可伴有全身中毒症状和附近淋巴结肿大。特殊类型包括水疱型、大疱型、脓疱型、坏疽型、游走型和复发型。
2. 蜂窝织炎好发于四肢、面部、外阴和肛周等部位，皮疹为界限不清的弥漫性、水肿性、浸润性红斑，局部皮温增高，可伴有疼痛、高热、寒战和全身不适，淋巴结炎甚至败血症。

（三）诊断及鉴别诊断

根据典型的临床表现，结合全身中毒症状和外周血白细胞计数升高，以中性粒细胞为主即可确诊。

需与接触性皮炎、类丹毒、癣菌疹鉴别。

（四）治疗方法

1. 内用药物：早期、足量使用高效抗生素。
2. 外用药物：25%-50%硫酸镁溶液或 0.5%呋喃西林溶液湿敷，并外用抗生素软膏。
3. 寻找并积极治疗诱发因素。

第十章 真菌性皮肤病

一、目的要求

(一) 基本掌握几种常见的浅部真菌病及少数常见深部真菌病的临床特点、诊断和治疗。

(二) 了解致病性真菌的直接镜检和培养技术。

二、指导内容

(一) 头癣

1. 临床分型及表现

黄癣

(1) 以毛发为中心的碟形、有鼠臭味的黄癣痂。

(2) 病发色暗无光泽，愈后常有永久性秃发和瘢痕。

白癣

(1) 灰白色鳞屑性斑片，病发距头皮 2~4mm 处折断，外周白色菌鞘。

(2) 青春期后可自愈，不留瘢痕。

黑点癣

病发露出头皮即折断，呈黑点状，愈后可有永久性秃发和瘢痕。

脓癣

常为一群集性毛囊小脓疱组成斑块，毛发易拔出，愈后常有永久性秃发和瘢痕。

2. 实验室检查

(1) 真菌直接镜检

黄癣：病发见发内菌丝和关节孢子，黄癣痂见鹿角状菌丝。

白癣：病发外圆形孢子。

黑点癣：病发内链状排列的圆形大孢子。

(2) 滤过紫外线 (Wood 灯) 检查

黄癣：病发显示暗绿色荧光。

白癣：病发显示亮绿色荧光。

黑点癣：病发无荧光。

3. 诊断

根据临床表现，真菌直接镜检和滤过性紫外线检查可确诊。

4. 鉴别诊断

应与头皮脂溢性皮炎、头皮银屑病、头皮脓肿及头皮糠疹鉴别。

5. 治疗

采取综合治疗方案，服药、搽药、洗头、剪发、消毒等五条措施联合治疗。

(1) 服药：灰黄霉素，儿童 10~20mg/kg. d，成人 600~800mg/d，分 2~3 次口服，疗程 2~3 周。亦可选用伊曲康唑或特比萘芬，疗程 4~8 周。

(2) 搽药：应用 5%~10%硫磺软膏、1%联苯苄唑溶液或霜剂、1%特比萘芬霜等外涂，每日 2 次，连用 8 周。

(3) 洗头：硫磺皂或 2%酮康唑洗剂洗头每日 1 次，连用 8 周。

(4) 剪发：尽可能剪除病发，每周一次，连续 8 周。

(5) 消毒：患者使用过用具如毛巾、帽、枕套、梳子等煮沸消毒。

(6) 脓癣切忌切开引流。

(二) 体癣和股癣

1. 临床表现

(1) 股癣发生于腹股沟部位，也常见于臀部。

(2) 初发为粟粒大小红色丘疹、丘疱疹、水疱，由中心向四周扩展形成环形或多环形，边缘隆起呈堤围状，中央炎症减轻，可有色素沉着。

(3) 夏季发作加重，冬季减轻或消退。

2. 实验室检查

真菌直接镜检可见癣菌菌丝和孢子。

3. 诊断

根据临床表现和真菌直接镜检可确诊。

4. 鉴别诊断

应与离心性环状红斑、玫瑰糠疹、湿疹、神经性皮炎、擦烂红斑等鉴别。

5. 治疗

(1) 以外用药物为主，可酌情外搽复方苯甲酸搽剂、复方雷锁辛搽剂、3%咪康唑、1%克霉唑、酮康唑、特比萘芬霜，联苯苄唑霜，皱褶多汗部位选用复方硼酸粉，疗程 2 周以上。

(2) 对皮损广泛或单用外用药物疗效不佳者可同时内服伊曲康唑或特比萘芬，选用其中一种，疗程 1~2 周。

(三) 手癣和足癣

1. 临床表现

(1) 足癣好发足跖、足跟、足侧缘或第四、五趾间。手癣好发掌心、指间。

(2) 皮疹可分为三型

水疱鳞屑型：深在性、密集小水疱，疱干后脱屑。

浸渍糜烂型：第三、四和四、五趾间浸渍，剥脱后露出鲜红糜烂及渗液，

易继发感染。

角化过度型：足跟及掌跖部角质层明显增厚，表面干燥脱屑，易发生皲裂。

2. 实验室检查

自体、股癣。

3. 诊断

根据临床表现和真菌直接镜检可确诊。

4. 鉴别诊断

与汗疱疹、湿疹、接触性皮炎、掌跖脓疱病、掌跖角化症等鉴别。

5. 治疗

(1) 本病以外用药物治疗为主，按不同类型皮疹选用不同剂型抗真菌外用药物，疗程一般需1~2月。

(2) 伴发细菌感染或湿疹样病变者均应先作相应处理，如抗感染、抗过敏治疗。

(3) 鳞屑水疱型：选用刺激性小的搽剂或霜剂。

(4) 浸渍糜烂型：选用低浓度、比较温和的抗真菌外用药物，同时加用复方硼酸粉使局部保持干燥。

(5) 角化过度型：选用霜剂或软膏，必要时可包封疗法。

(6) 角化过度型或外用药物疗效不佳者，可考虑系统药物治疗：内服伊曲康唑或特比萘芬，疗程2~4周。

(四) 甲真菌病

1. 临床表现

甲下型：甲侧缘前缘开始，甲板增厚变脆、变形、分离，残缺不整，失去光泽。

浅表型：从甲面开始，白色混浊斑。

全甲毁损型：各型甲真菌病的发展最终结果，表现为整个甲板的破坏。

2. 诊断

根据临床表现、真菌直接镜检或培养。

3. 鉴别诊断

与甲营养不良及银屑病、湿疹、扁平苔癣等所引起的甲病鉴别。

4. 治疗

(1) 外用药物治疗：可选用30%冰醋酸、5%碘酊、8%环吡酮、5%阿莫罗芬甲涂剂等擦患甲，手术拔甲因痛苦及损伤大，较少用。

(3) 系统药物治疗：外用药物欠佳或病情严重者可内服伊曲康唑或特比萘芬，其中伊曲康唑0.2 Bid×7天/月为一疗程，指甲受累需2-3个疗程，趾甲

受累需 3-4 个疗程;特比萘芬 0.25 qd,指甲受累需 6 周~8 周,趾甲受累需 12-16 周。

(五) 花斑糠疹(花斑癣)

1. 临床表现

多见青壮年男性。好发于前胸、肩背、面颈、上臂、腋窝等皮脂腺丰富部位,皮疹以毛孔为中心,呈点状,淡褐、淡红或淡白斑疹,表面有粉末状鳞屑,皮疹可融合。春夏季发病或加重,冬季减轻。

2. 实验室检查

皮损鳞屑处真菌直接镜检见弧形菌丝和成簇圆形厚壁孢子,Wood 灯皮损显示黄色荧光。根据临床表现及实验室检查。

3. 诊断和鉴别诊断

根据临床表现及实验室检查可确诊,应与白癜风、玫瑰糠疹、脂溢性皮炎、麻风等鉴别。

4. 治疗

以局部外用疗法为主,可选用各种抗真菌外用制剂如 1/2 复方苯甲酸搽剂、复方雷锁锌搽剂、联苯苄唑霜或 40%硫代硫酸钠溶液等,疗程 2~4 周。对皮损面积大、外用药疗效不佳者可同时口服伊曲康唑 0.2 qd×1~2 周。

(六) 念珠菌病

1. 临床表现

(1) 皮肤念珠菌病

①念珠菌性间擦疹

多见于肥胖多汗者和糖尿病患者的腹股沟、会阴、腋窝、乳房下等皱褶部位和长期从事潮湿作业的人的第三、四指间,皮疹为浸渍发白,基底潮红,少量渗液。

②丘疹型念珠菌病

多见肥胖儿童,好发胸背、臀、会阴、颈。皮疹如痱子样扁平红色丘疹,边缘有白色领圈状鳞屑。

③念珠菌性甲沟炎及甲真菌病

多见于长期从事潮湿作业者和糖尿病患者。甲沟红肿,不化脓,甲板混浊变形。病程慢性。

(2) 粘膜念珠病

①口腔念珠菌病(鹅口疮)

多见于婴幼儿或免疫力低下者。好发于颊部、咽、舌或牙龈等黏膜部位,乳块样假膜,外周红晕,去膜可见红色湿润基底。

②生殖器念珠菌病

好发于男性龟头包皮、女性阴道，男性表现为龟头包皮潮红，多个散在或密集针帽大小红色伴领圈鳞屑性丘疹。女性表现为阴道壁上乳白色假膜，白带粘稠，呈豆腐渣样、凝乳块状或水样。

2. 诊断

结合临床表现及真菌学检查。真菌直接镜检见假菌丝和芽孢。假菌丝可说明处于致病状态。

3. 鉴别诊断

与化脓性甲沟炎、尿布皮炎、红痒、细菌性阴道炎等鉴别。

4. 治疗

(1) 外用药物治疗

丘疹型念珠菌病可选用含制霉菌素的炉甘石洗剂外涂（10 万 U/ml），鹅口疮选用制霉菌素甘油。念珠菌阴道炎可选用栓剂如制霉菌素、达克宁栓剂。间擦型念珠菌病可选用抗真菌溶液或霜剂。

(2) 系统药物治疗

主要用于面积大、念珠菌性甲沟炎及甲真菌病、复发性生殖器念珠菌病、内脏念珠菌病，可选用伊曲康唑、氟康唑。

第十一章 疥疮

一、目的要求

- (一) 熟悉疥疮的定义和病因。
- (二) 了解人型疥螨的生活史及传染途径。
- (三) 基本掌握疥疮的临床表现。
- (四) 基本掌握疥疮的诊断与鉴别诊断。
- (五) 基本掌握疥疮的防治方法。

二、指导内容

- (一) 病史：近期全身皮肤瘙痒，密切接触者同患。
- (二) 检查

部位：常见于皮肤薄嫩部位，多见于指间、下腹、股内侧及生殖器等。

表现：多对称性，表现为丘疹、丘疱疹及隧道，继发感染可有小脓疱，在生殖器或婴幼儿常见红色结节（疥疮结节）。感觉神经病变或严重体残者容易发生结痂性疥疮（挪威疥疮），表现为鳞屑、结痂、红皮病或疣状斑块，传染性极强。

疥虫检查：针挑或刮检法显微镜下示疥虫。

(三) 诊断和鉴别诊断

根据病史、发病部位、皮损特点可诊断，找到疥虫或虫卵可确诊。

鉴别诊断：与痒疹、瘙痒症、虱病、湿疹等鉴别。

(四) 治疗

一旦诊断应立即隔离，并煮沸消毒衣服和寝具。治疗以外用药治疗为主，瘙痒严重者可辅以镇静止痒药物，继发感染者可用抗生素。

1. 外用药物治疗：酌情选用 5%~20%硫磺软膏、1% γ -666 霜、10~25%苯甲酸苄酯乳剂等。对疥疮结节可外用或结节内注射糖皮质激素、冷冻或手术切除。
2. 系统药物治疗：对常规外用药物无效、挪威疥疮者可口服伊维菌素。

第十二章 红斑及红斑鳞屑性皮肤病

第一节 银屑病

一、目的要求

- (一) 熟悉各型银屑病的临床表现。
- (二) 熟悉银屑病的常见治疗方法。

二、指导内容

(一) 临床表现

1. 寻常型银屑病

好发于头皮、四肢伸侧、膝前肘后、腰骶部。皮损为红色丘疹，斑丘疹或斑块，上覆银白色鳞屑。典型皮损具有三大征象，即蜡滴现象、薄膜现象和 Auspitz 征。头发呈束状，甲板可见顶针状小窝、变形。病程经过一般分为进行期、静止期和退行期，在进行期可出现同形反应。

2. 脓疱型银屑病

可分为局限型和泛发型。

局限型：皮损局限于掌跖部位，皮损为红斑基础上出现深在性无菌性小脓疱，成批出现，1~2 周后干涸、脱屑，一般无全身症状。连续性肢端皮炎是局限性脓疱型银屑病的一种罕见类型，发生在指端。

泛发型：皮损泛发全身，脓疱融合成“脓湖”，部分病人脓疱消退后可转为红皮病型，病情严重，常伴有明显全身症状，呈周期性复发，病程慢性；患者可因感染、全身衰竭而死亡。

3. 关节病型银屑病

常在寻常型银屑病基础上发生，除皮损外，还表现为非对称性外周小关节炎，以手、腕、足、指趾关节多发，早期关节红肿疼痛，长期病变后可发生变形，类风湿因子多为阴性，X 线检查可见受累关节边缘被侵蚀，趾骨末端有侵蚀性破坏或骨端消失，骨膜可有绒毛状骨膜炎。

4. 红皮病型银屑病

本型多因寻常银屑病的进行期治疗不当，应用刺激性较强的外用药或长期大量服用糖皮质激素药物过程中骤然停药或减量方法不当所致，或脓疱型银屑病脓疱消退后出现。临床表现为全身弥漫性潮红、浸润，表面有大量糠状鳞屑，其间可有片状正常皮肤（皮岛），伴有发热、浅表淋巴结肿大等全身症状，容易并发感染，预后不良。

(二) 诊断

根据各型临床表现，必要时可结合组织病理检查。

（三）鉴别诊断

主要与脂溢性皮炎、慢性湿疹、扁平苔藓、玫瑰糠疹、梅毒疹、体癣、头癣、神经性皮炎、类风湿关节炎等鉴别。

（四）治疗

现有各种疗法，只能达到近期疗效，不能防止复发。

治疗原则：

1. 寻常型银屑病进行期、红皮病型和泛发脓疱型银屑病，不宜使用具有刺激性外用药，应选用温和、有安抚性外用药，避免热水、肥皂擦洗。

2. 泛发脓疱型、红皮病型、关节病型银屑病以及寻常型银屑病进行期应用其他方法治疗无效时，可考虑系统使用糖皮质激素和免疫抑制剂，其他病人不宜选用。

常用治疗方法：

（1）一般治疗：应重视心理治疗，避免上呼吸道感染、精神紧张等诱发或加重因素。

（2）外用药疗法：角质促成剂、皮质类固醇激素、钙泊三醇软膏、维 A 酸霜剂、他克莫司软膏等。

（3）全身疗法：免疫抑制剂、维 A 酸、环孢霉素 A、生物制剂等。

（4）物理疗法：浴疗、光疗、光化学疗法

（5）中医疗法

第二节 玫瑰糠疹

一、目的要求

（一）基本掌握本病的临床特点。

（二）了解本病的治疗方法。

二、指导内容：

（一）本病病因未明，可能与病毒感染有关。

（二）临床特点

1. 好发于青壮年，春秋季节。

2. 先有母斑，1~2 周后出现子斑，表现为躯干、四肢近端出现椭圆形红斑，淡红色或玫瑰红色，皮疹长轴与皮纹走向一致，边缘有领套样鳞屑，稍痒或不痒。

3. 本病有自限性，多在 2~3 个月内消退，愈后一般不复发。

（三）诊断与鉴别诊断

主要依靠临床特点，注意与体癣、药疹、二期梅毒疹、花斑癣、脂溢性皮炎

鉴别。

（四）治疗

本病有自限性，治疗目的主要是减轻症状和缩短病程。

1. 外用药物治疗：局部可外用炉甘石洗剂或糖皮质激素。
2. 系统药物治疗：瘙痒明显者可口服抗组胺药物，病情严重或病程较长者可口服糖皮质激素。
3. 物理治疗：中波紫外线照射。

第十三章 结缔组织病

一、目的要求

- (一) 熟悉红斑狼疮 (SLE、SCLE 与 DLE)、皮炎、硬皮病皮肤损害特征。
- (二) 基本掌握红斑狼疮、皮炎、硬皮病的诊断标准和鉴别诊断。

二、指导内容

(一) 红斑性狼疮

是一种自身免疫性结缔组织病，可分为盘状红斑狼疮、亚急性皮肤型红斑狼疮和系统性红斑狼疮。

1. 皮疹特征

(1) 盘状红斑狼疮

- ① 多见中年男女。
- ② 好发于颧、颊、鼻、唇、耳、颈、上胸、手背、指背。
- ③ 皮损初发为暗红小丘疹，渐扩大呈斑块，边界清楚，表面粘附一较紧密的鳞屑，剥取鳞屑可见其下方有刺状毛囊角栓，日久皮损中央萎缩呈盘状，伴毛细血管扩张，色素脱失，边缘色素沉着，如发生头部则局部头发脱落。

(2) 亚急性皮肤型红斑狼疮

主要有两种皮疹类型

① 丘疹鳞屑型

初发红色小丘疹，渐扩大成斑块，表面附有少许鳞屑。

② 环形红斑型

初发为红斑或丘疹，渐向外扩大，皮损中央消退，边缘水肿浸润呈环形，表面少许鳞屑，可伴色素沉着及毛细血管扩张，无萎缩及毛囊角栓。皮损具有光敏性。

(3) 系统性红斑狼疮

① 典型特征性皮疹

蝶形红斑：对称分布于双颊和鼻梁，水肿性鲜红或紫红色斑，界清或不清，表面可见少许灰白鳞屑，消退后无萎缩。

② 无特征性，但对诊断有参考价值皮疹

甲周红斑：指趾端红斑或出血点，陈旧性皮疹有角化增厚、萎缩；耳垂及大小鱼际红斑；狼疮发（额顶部或弥漫头发参差不齐，毛发稀疏变黄，无光泽，易折断）。

其他：雷诺现象、血栓性静脉炎、网状青斑、多形红斑、荨麻疹性血管炎、紫癜等。

2. 诊断标准和鉴别诊断

诊断标准

盘状红斑狼疮的诊断主要根据典型皮损特点，必要时作病理组织检查，应与扁平苔癣、多形红斑、银屑病、脂溢性皮炎、冻疮、多形性日光疹等鉴别。

亚急性皮肤型红斑狼疮的诊断主要根据皮疹特点，其中丘疹鳞屑型应与银屑病、玫瑰糠疹鉴别，环形红斑型应与体癣、多形红斑、离心性环状红斑、sweet病鉴别。

系统性红斑狼疮的诊断目前采用 1997 年 ARA 标准，即（1）蝶形红斑；（2）盘状红斑；（3）光敏感；（4）口腔溃疡；（5）关节炎；（6）浆膜炎；（7）神经系统病变；（8）溶血性贫血或白细胞减少或淋巴细胞减少或血小板减少；（9）肾脏损害：持续蛋白尿（尿蛋白 $>0.5\text{g/d}$ 或 $>+++$ ）或有细胞管型；（10）抗核抗体阳性；（11）抗 dsDNA 抗体或抗 Sm 抗体阳性或抗心磷脂抗体阳性。以上 11 项中，同时或相继出现任何 4 项即可以诊断。

鉴别诊断

应与皮炎、日光性皮炎、酒渣鼻、多形红斑、冻疮、扁平苔癣鉴别。

（二）皮炎

1. 皮疹特征

（1）以双上眼睑为中心的水肿性紫红斑，可扩展至额、颧、颊、耳前、头皮、颈、胸上部。

（2）Gottron 丘疹：指关节、掌指关节及肘膝关节伸侧散在扁平紫红色小丘疹，表面少许鳞屑。

（3）皮肤异色症：在同一部位同时存在色素沉着、点状色素脱失、皮肤萎缩及毛细血管扩张等。

2. 诊断标准

- （1）典型皮疹。
- （2）肌无力和肌肉疼痛。
- （3）血清肌酶升高。
- （4）肌电图呈肌源性损害。
- （5）肌肉活检特征性病理改变。

确诊皮炎需典型皮疹加上述 3~4 项标准。

3. 鉴别诊断

与系统性硬皮病、日光性皮炎、SLE 等鉴别。

（三）硬皮病

1. 皮疹特征

局限性硬皮病

(1) 斑块状硬皮病（硬斑病）

①好发于躯干。

②圆形、椭圆形或不规则形，初发水肿性、淡红色硬性斑块，渐转为淡黄或象牙白色，出现皮革样硬度，最后萎缩变薄。

③皮损数目多，累及四肢、躯干及臀部者称泛发性硬斑病。

(2) 线状硬皮病

①多见于儿童和青少年。

②皮疹常在单侧肢体或头额部呈线状或带状分布，可累及皮肤、皮下脂肪、肌肉及筋膜，最终硬化并与下方组织粘连，可引起肢体挛缩及骨发育障碍。

系统性硬皮病

(1) 肢端型硬皮病

对称性从指趾开始，初发症状为雷诺现象（苍白、发冷、麻木，后变青紫，再转为潮红），指趾活动受限，非凹陷性肿胀，变硬，渐向前臂肘部发展。

面部皮肤绷紧变薄，缺乏表情，呈假面具样，出现张口困难，皮肤肿胀变硬，皮纹消失，表面蜡样光泽，不能用手捏起，晚期皮肤硬化减轻，出现萎缩，伴色素弥漫增加，杂有色素减退及毛细血管扩张。

CREST 综合征为肢端型硬皮病的特殊类型，表现为皮肤钙化（C）、雷诺现象（R）、食管功能异常（E）、肢端硬化（S）和毛细血管扩张（T）。

(2) 弥漫性硬皮病

皮肤损害从躯干开始向四肢、面部发展，多在 2 年内发生全身皮肤及内脏（胃肠道、肺、心、肾等）的广泛硬化，预后差。

2. 诊断

主要根据皮肤硬化特征，局限性硬皮病应与硬化萎缩性苔藓、类脂质渐进性坏死等鉴别，系统性硬皮病应与硬肿病、SLE、皮肌炎和混合性结缔组织病等鉴别。

第十四章 大疱性皮肤病

一、目的要求

- (一) 了解天疱疮与大疱性类天疱疮的病因。
- (二) 熟悉天疱疮与大疱性类天疱疮的皮肤损害特征以及实验室检查。
- (三) 基本掌握寻常型天疱疮与大疱性类天疱疮的诊断要点和鉴别。
- (四) 了解大疱性皮肤病的治疗方法。

二、指导内容

(一) 病因

天疱疮与大疱性类天疱疮均为自身免疫性疾病，病因未明。天疱疮患者血清中存在抗角质形成细胞间物质（桥粒）的自身抗体，病情的严重程度与抗体的滴度相平行。大疱性类天疱疮患者血清中存在抗基底膜带的自身抗体。

(二) 临床特征

天疱疮皮疹特征为外观正常的皮肤或红斑基础上出现松弛性水疱或大疱，疱壁薄，易破溃形成糜烂面，难愈合，尼氏征阳性，常有口腔粘膜损害，好发于中年人。临床常分四种类型：寻常型、增殖型、落叶型、红斑型，特殊类型有：药物性、副肿瘤性、IgA 型以及疱疹样型。

大疱性类天疱疮皮疹特征为外观正常的皮肤或红斑基础上出现紧张性水疱或大疱，疱壁厚，不易破溃，尼氏征阴性，少伴口腔粘膜损害，好发于 50 岁以上的中老年人。

(三) 实验室检查

需做组织病理和免疫病理。天疱疮组织病理表现为棘层松解，表皮内裂隙和水疱，直接免疫荧光显示 IgG、IgA、IgM 或 C3 在角质形成细胞间呈网状沉积，间接免疫荧光显示约 80% 的患者血清存在抗天疱疮抗体，大多是 IgG 型；大疱性类天疱疮病理表现为表皮下水疱，直接免疫荧光显示 IgG 和/或 C3 在基底膜带沉积，偶见 IgA、IgM 沉积，皮肤盐裂试验显示 IgG 和/或 C3 沉积在表皮侧，间接免疫荧光显示患者血清存在抗基底膜带抗体。

(四) 诊断和鉴别诊断

根据临床表现，结合组织病理和免疫病理可以诊断。天疱疮与大疱性类天疱疮需鉴别，此外尚需与其他大疱性皮肤病如获得性大疱表皮松解症、重症多形性红斑等鉴别。

(五) 治疗

正确使用糖皮质激素及其他免疫抑制剂，注意防止并发症，加强支持治疗和局部护理。

第十五章 皮肤附属器疾病

第一节 寻常痤疮

一、目的要求

- (一) 基本掌握寻常痤疮的病因与发病机制。
- (二) 基本掌握寻常痤疮的临床表现。
- (三) 基本掌握寻常痤疮的治疗原则。

二、指导内容:

(一) 病因与发病机制

1. 本病是多发于青春期男女的慢性毛囊皮脂腺炎症性疾病，发病与雄激素及皮脂增加、毛囊皮脂腺开口处角化过度、痤疮丙酸杆菌感染及继发炎症反应等因素有关。

2. 青春期雄激素的产生增加，皮脂腺增大，皮脂分泌增多。毛囊口阻塞，皮脂堆积形成粉刺。毛囊内微生物分解皮脂成游离脂肪酸，引起炎症。

(二) 临床表现

1. 皮疹多发于面部，也见于胸、背等皮脂腺丰富部位，表现为白头粉刺、黑头粉刺、小丘疹、脓疱、结节、囊肿和瘢痕。痤疮的严重程度分 I ~ IV 度。

2. 好发于青春期。

3. 特殊类型的痤疮：聚合性痤疮、播散性痤疮、婴儿痤疮、月经前痤疮、药物性痤疮、化妆品痤疮、夏季痤疮、职业性痤疮等。

4. 应与酒渣鼻、颜面播散性粟粒性狼疮等鉴别。

(三) 治疗

治疗原则：去脂、溶解角质、杀菌及调节激素水平。

1. 一般治疗：忌高糖、高脂及刺激性食物，注意清洁，避免挤压。

2. 外用药物治疗：维 A 酸霜、过氧化苯甲酰、抗生素、壬二酸、二硫化硒等

3. 系统药物治疗：抗生素如四环素类、红霉素类，异维 A 酸，抗雄激素类药物如达因-35、螺内酯、西咪替丁，小剂量糖皮质激素等。

4. 物理疗法：光疗、激光治疗等。

第二节 斑秃

一、目的要求

- (一) 了解斑秃的病因。
- (二) 基本掌握斑秃的临床表现。
- (三) 基本掌握斑秃的治疗原则。

二、指导内容

(一) 病因

1. 病因不明，可能与遗传、精神因素、自身免疫等因素有关。
2. 可合并桥本甲状腺炎、糖尿病、白癜风等自身免疫性疾病。

(二) 临床表现

1. 局部脱发斑，大小、数目不等、边界清楚、形状不一，表面皮肤光滑，无鳞屑、萎缩和瘢痕。
2. 分为进展期：脱发斑边缘头发易拔出（轻拉试验阳性），拔出的头发呈上粗下细的惊叹号（！）样。静止期：脱发斑边缘头发不易拔出。恢复期：脱发斑有新发长出。
3. 秃发扩展至全部头发称全秃，累及眉毛、胡须、腋毛、阴毛称普秃。

(三) 治疗

1. 一般治疗：去除可能诱发因素，全秃和普秃患者可戴假发以减轻心理负担。
2. 外用药物治疗：可选用 5%米诺地尔溶液、10%辣椒酊、10%芥子酊等，脱发区可用泼尼松龙混悬液或复方倍他米松注射液作局部封闭。
3. 系统药物治疗：可根据病情给予镇静剂、维生素 B 族、胱氨酸等，对广泛脱发包括全秃和全秃可口服糖皮质激素。
4. 也可以协同应用电火花、梅花针、中药等治疗。

第十六章 白癜风

一、目的要求

- (一) 了解白癜风的可能发病因素。
- (二) 基本掌握白癜风的皮疹特点。
- (三) 了解白癜风的治疗方法。

二、指导内容

(一) 病因

白癜风是一种常见的后天性色素脱失性皮肤病，目前病因尚不完全明了，有以下学说：1. 自身免疫学说；2. 神经化学因子学说；3. 黑素细胞自身破坏学说；4. 遗传学说。

(二) 临床表现

1. 可发生任何年龄，任何部位的皮肤粘膜。
2. 皮损为局限色素脱失斑，呈乳白色，患处的毛发可变白，边缘色素加深，皮损中可见散在以毛囊为中心的岛状色素区，表面光滑无鳞屑。在病程进展期可有同形反应。
3. 病程慢性，可持续终身，亦有自行缓解。

(三) 鉴别诊断

应与贫血痣、花斑癣、麻风、无色素痣、单纯糠疹、炎症后色素减退等鉴别。

(四) 治疗

目前比较困难，常用方法有：

1. 外用药物治疗：外用钙调神经磷酸酶抑制剂、维生素 D3 衍生物、糖皮质激素等。
2. 系统药物治疗：对进展期白癜风可考虑系统应用糖皮质激素治疗。
3. 光化学疗法和光疗法。
4. 自体表皮移植及黑素细胞移植。

第十七章 梅毒

一、目的要求

- (一) 基本掌握梅毒的病因、传染途径及分期。
- (二) 基本掌握一期、二期梅毒的临床表现、诊断和鉴别诊断。
- (三) 基本掌握梅毒实验室检查的临床应用。
- (四) 基本掌握一、二期梅毒的治疗及随访。
- (五) 了解三期梅毒、先天梅毒、潜伏梅毒的临床特征。

二、指导内容

(一) 病史采集

1. 多有性乱史或性伴侣有性传播疾病史。
2. 一般有 3~4 周潜伏期，也可长达 3 个月。
3. 患者可以一期梅毒表现或二期梅毒表现就诊，一期梅毒多以外生殖器部位发现单个无痛性溃疡或硬结就诊；二期梅毒多以躯干、四肢、掌跖部位泛发性红斑、丘疹或斑丘疹就诊，也可以外阴发现多个扁平隆起性斑块（扁平湿疣）就诊。
4. 三期梅毒：一般发生在感染二年后，皮肤主要表现为梅毒树胶肿或结节性梅毒疹，亦可侵犯神经、骨骼及其他脏器。
5. 先天梅毒一般是孕妇患有未经治疗的梅毒，胎儿出生后检查梅毒血清反应阳性并有梅毒的临床表现。
6. 潜伏梅毒：患者没有梅毒的症状和体征而梅毒血清反应阳性并且脑脊液检查正常者。

(二) 体格检查

1. 一期梅毒：在外生殖器部位见单个无痛性溃疡或硬结，基底少许浆液性分泌物，少数可同时见 2~3 个皮损；单侧淋巴结肿大，不溃破。皮损可在 3~4 周后自行消退。
2. 二期梅毒：皮肤损害：躯干、四肢见大量广泛分布的红斑（少数可以是丘疹或脓疱），掌跖部位也见鳞屑性红斑；扁平湿疣：外生殖器、肛周见多个隆起性斑块；粘膜损害：外生殖器或口腔粘膜见灰白色斑片称粘膜白斑；全身浅表淋巴结肿大。
3. 三期（晚期）梅毒：皮肤损害：结节性梅毒疹或梅毒树胶肿；内脏损害：可累及眼、骨、心血管及中枢神经系统。
3. 早期先天梅毒皮疹可见斑疹、丘疹、脓疱，口周放射状皸裂，老人状面貌。

4. 晚期先天梅毒可侵犯皮肤粘膜、眼、耳、骨及中枢神经系统。皮肤损害与后天三期梅毒相似。

（三）实验室检查

1. 一期梅毒硬下疳及二期梅毒扁平湿疣可在皮损部直接找螺旋体。

2. 应做梅毒血清学检查（包括 RPR 和 TPHA 等）。怀疑神经梅毒时，应做脑脊液检查。X 线、彩超、CT 和 MRI 检查分别用于骨关节、心血管及神经梅毒的辅助诊断。

（四）鉴别诊断

1. 一期梅毒应与生殖器疱疹、软下疳、固定性药疹、白塞病等鉴别。

2. 二期梅毒应与玫瑰糠疹、银屑病、扁平苔藓、药疹等鉴别。

3. 三期梅毒应与慢性溃疡、深部真菌病、麻风、皮肤结核、皮肤肿瘤等鉴别。

（五）治疗

1. 早期梅毒（包括一、二期及早期潜伏梅毒）

①苄星青霉素，240 万单位，每周肌注一次，连续二周；或普鲁卡因青霉素 G，80 万单位，每天肌注一次，连用十天。

②青霉素过敏者，可用头孢曲松 1.0g/d 静脉注射，连用 10~14 天；或口服四环素类药物（多西环素 100mg，每天两次；米诺环素 100mg，每天两次），连服 15 天；或口服红霉素 0.5 克，每天四次，连服 15 天。

③治疗后随访 3 年，观察临床症状改善及梅毒血清学（RPR）滴度下降情况。

2. 晚期梅毒

①苄星青霉素，240 万单位，每周肌注一次，连续三周；或普鲁卡因青霉素 G，80 万单位，每天肌注一次，连续二十天。

②青霉素过敏者，口服四环素类药物或红霉素，剂量同上，连服 30 天。

3. 神经梅毒：应静滴水剂青霉素。

4. 先天梅毒：普鲁卡因青霉素 G，5 万单位/公斤，每天肌注一次，连续十天，或苄星青霉素 5 万单位/公斤，肌注一次。

5. 为避免吉-海反应，治疗前 1 天口服强的松 0.5mg/(kg. d)，连服三天。

第十八章 淋病、非淋菌性尿道炎

一、目的要求

(一) 基本掌握淋病的病因、传染途径、诊断和鉴别诊断、治疗原则及治愈标准。

(二) 了解非淋菌性尿道炎的主要病因，掌握诊断要点以及与淋病的鉴别，了解治疗原则。

二、指导内容

(一) 病史采集

1. 患者有冶游史，或性伴有性病史，或有间接传染途径（主要为小孩）。

2. 男性淋病：经 2~5 天潜伏期后，尿道口红肿，较多脓性分泌物，伴尿频，尿急、尿痛等尿道刺激征。若治疗不及时或不彻底，可转为慢性，常可并发前列腺炎、精囊炎、附睾炎等。

3. 女性淋病：60% 的患者无症状或症状轻微。可表现为淋菌性尿道炎及淋菌性宫颈炎，前者表现为尿频、尿急、尿痛等尿道刺激症状。后者表现为外阴刺痒及烧灼感，偶有下腹痛，阴道分泌物增多、变黄。少数可并发淋菌性前庭大腺炎或盆腔炎。

4. 男性非淋菌性尿道炎：临床表现与淋病类似但程度较轻。若治疗不及时或不彻底，可并发前列腺炎、精囊炎、附睾炎及 Reiter 综合征等。

5. 女性非淋菌性尿道炎：主要累及宫颈，近半数患者无症状，有症状者也缺乏特异性，仅表现为白带增多，体检可见宫颈水肿、糜烂等。尿道炎可表现为尿道刺激症状。可并发前庭大腺炎或盆腔炎。

(二) 检查：

1. 男性淋病：可见尿道口显著红肿，轻轻挤压尿道见大量脓性分泌物。并发前列腺炎、精囊炎或附睾炎病人有相应体征。

2. 女性淋病：主要见宫颈口红肿，较多脓性或脓血性分泌物。

3. 男性非淋菌性尿道炎：尿道口分泌物浆液性或稀薄脓性。

4. 女性非淋菌性尿道炎：宫颈水肿、糜烂，浆液性或稀薄脓性分泌物。

5. 实验室检查：淋病分泌物涂片可见白细胞内革兰氏阴性双球菌及淋球菌培养阳性。非淋菌性尿道炎可采用病原培养、血清学、免疫学和分子生物学等检查。

(三) 鉴别诊断：主要与非淋菌性尿道炎鉴别

	淋 病	非淋菌性尿道炎
病 因	革兰氏阴性双球菌	沙眼衣原体或支原体
症 状	潜伏期短，2~5 天 起病急，尿频、尿急、尿痛症状明显。 分泌物黄色、粘稠、脓性 严重者有全身症状	潜伏期长，1~3 周 起病缓慢，症状轻 分泌物浆液性或稀薄脓性 全身症状轻
实验室 检 查	淋球菌镜检或培养阳性	①病原体培养 ②免疫学检测 ③核酸检测

(四) 治疗原则

1. 淋病治疗

(1) 可选用头孢曲松、大观霉素、大环内酯类或喹诺酮类药物，应根据不同的类型及是否有并发症选择合适的药物、剂量和疗程。

(2) 治愈标准：治疗结束后两周，在无性接触情况下符合以下标准：临床症状和体征消失；治疗后 4 到 7 天做病原体检查阴性。

2. 非淋菌性尿道炎治疗

(1) 根据病情及药敏试验选用大环内酯类、四环素类或喹诺酮类抗生素口服，疗程一般 7-10 天。

(4) 治愈标准：临床症状和体征消失，尿沉渣无白细胞，细胞涂片也未见衣原体，一般可不做病原微生物培养。

第十九章 尖锐湿疣

一、目的要求

1. 基本掌握尖锐湿疣的病因及传染途径。
2. 基本掌握尖锐湿疣的诊断和鉴别诊断要点。
3. 了解尖锐湿疣的治疗和预后。

二、指导内容：

（一）病史收集

1. 病人多有性乱史或性伴有性病史。
2. 经较长潜伏期后（平均3个月）发病。
3. 主要在外生殖器或肛周出现数量不等、大小不一的赘生物，皮疹逐渐增多、融合，不痛不痒，并发感染有臭味。

（二）体检：在外生殖器或肛周见数量不等、大小不一的丘疹，呈乳头状增生，典型皮疹表现为“鸡冠状”或“菜花状”。醋酸白试验阳性。

（三）鉴别诊断：主要与扁平湿疣鉴别，后者是二期梅毒疹，表面分泌物中含大量螺旋体，梅毒清反应阳性。但要注意的是当梅毒合并尖锐湿疣时鉴别比较困难，必要时取皮损做病理检查。

（四）治疗原则：去除疣体为主，辅助提高免疫功能药物。

1. 物理疗法：如激光、电灼、冷冻等，巨大疣体可手术切除。
2. 光动力治疗：适合疣体较小、尿道口尖锐湿疣及物理或外用药物去除疣体后预防复发。
3. 外用药物：可选用5%咪喹莫特乳膏、5-氟尿嘧啶乳膏等。妊娠患者不宜应用。
4. 系统药物治疗：可选用干扰素、转移因子或胸腺肽等。

第二十章 皮肤科常见临床技能见习

一、目的要求

- (一)了解冷冻治疗的基本原理，适应症及操作方法。
- (二)了解面部综合治疗的适应症及操作。
- (三)了解微波治疗的原理及适应症。
- (四)了解皮肤病理活检取材的方法和注意事项。
- (五)了解皮肤真菌直接镜检和性病取材的方法。

二、指导内容

(一)冷冻治疗基本原理：利用制冷剂产生低温使病变组织坏死以达到治疗目的，常用的制冷剂为液氮（-196℃）。

1. 适应症：各类疣、结节性痒疹、湿疹皮炎等。
2. 操作方法：接触法和喷雾法。

(二)面部综合治疗

1. 适应症：痤疮、脂溢性皮炎等。

(三)微波和电灼治疗

1. 原理：利用高温烧灼皮损达到治疗目的。
2. 适应症：各种疣、体表良性小肿瘤、化脓性肉芽肿等。

(四)皮肤组织病理活检取材

1. 适应症：对皮肤肿瘤、癌前病变、病毒性皮肤病、角化性皮肤病，某些红斑性皮肤病有高度诊断价值；对大疱性皮肤病，肉芽肿性皮肤病，代谢性皮肤病等有诊断价值。

2. 皮损的选择：多选择未经治疗的、成熟的皮损，同时切取一部分皮损周围正常皮肤作比较；环状损取活动性边缘部分；水疱、脓疱应选择早期皮损。

3. 取材方法：手术取材法和钻孔取材法。

4. 注意事项：（1）无菌操作规程 （2）标本固定

(五)真菌直接镜检和性病取材

1. 真菌直接镜检：浅部真菌的标本有毛发、皮屑和痂等，深部真菌的标本有痰、尿液、粪便、脓液、口腔或阴道分泌物、血液、脑脊液、各种穿刺液和活检组织，标本的采集应在无菌操作下进行，主要用于明确真菌感染是否存在，一般不能确定菌种。

2. 性病取材：淋球菌、衣原体的检查男性取尿道拭子或前列腺液，女性取宫颈拭子；梅毒螺旋体检查取病灶组织渗出物、淋巴结穿刺液或组织研磨液。

第二十一章 参考资料

1. 选用教材

全国高等学校教材《皮肤性病学》. 张学军主编. 北京: 人民卫生出版社, 2013年, 第8版。

2. 参考书目

- 1) 《皮肤性病学(教师辅导教材)》. 张学军主编. 北京: 人民卫生出版社, 2003年
- 2) 《杨国亮皮肤病学》. 王侠生主编. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2005年
- 3) 《中国临床皮肤病学》. 赵辨主编. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010年, 第1版
- 4) 《皮肤性病学》. 吴志华主编. 广州: 广东科技出版社, 2002年, 第3版
- 5) 《皮肤病及性病学》. 王光超主编. 北京: 科学出版社, 2002年
- 6) 《皮肤病学》. 朱学骏等主译. 2011年, 第1版
- 7) 《Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology》. William DJ. Timothy BG, Dirk ES. 11th ED. London: Harcourt Publisher Limited, 2011
- 8) 《Clinical Dermatology》. Hunter JAA, Savin JA, Dahl MV. Oxford: Blackwell Science, 2002.
- 9) 《Dermatology》. David JG. 3rd ED. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002

3. 教学网站

- 1) 中华医学会皮肤性病学分会 www.csdnet.org
- 2) 美国皮肤科学会 www.aad.org
- 3) 欧洲皮肤性病学学会 www.eadv.org
- 4) 中国皮肤性病网 www.chinaderma.com