

• 短 篇 •

小剂量强的松等短期治疗

隐翅虫皮炎

杨洪, 李锦

1 资料与方法

1.1 临床资料 69 例为 2002 年 6 月~ 2003 年 9 月本院门诊隐翅虫皮炎患者, 其中男 45 例, 女 24 例; 年龄 7~ 67 岁, 平均 28.6 岁; 病程 24~ 72 h。皮损单发于面颈部 11 例, 躯干 7 例, 四肢 14 例, 多部位并发 37 例, 均符合诊断标准^[1]。26 例皮损面积达体表面积的 3%~ 6%, 其中 5 例体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$, 7 例合并一侧眼睑水肿, 14 例有全身不适症状, 列为 A 组; 43 例皮损面积 $< 3\%$, 除局部烧灼感外, 无其他不适, 列入 B 组。

1.2 治疗方法 A 组口服强的松 0.6~ 0.8 mg/(kg·d) 和罗红霉素 0.3 g/d, 均分 2 次服, 共 3 天, 第 4 天起改服西替利嗪 10 mg/d 共 4 天, 治疗第 4、8 天复诊。B 组口服西替利嗪 10 mg/d 共 7 天, 第 8 天复诊。两组大疱、脓疱均穿刺引流, 初以 1: 8 000 高锰酸钾液冲洗, 继以冷湿敷; 红斑涂抹皮炎平软膏。

1.3 疗效判定标准 痊愈为皮损完全消退; 显效为皮损减少 $\geq 60\%$, 仍有红斑; 进步为皮损减少 $\geq 30\%$, 有糜烂、红斑或继发细菌感染; 无效为皮损减少 $< 30\%$ 。

2 结果

A 组全部按时复诊, 48 h 内眼睑水肿消退, 72 h 内水疱、脓疱普遍结痂, 体温正常。B 组 30 例复诊, 12 例电话回访, 1 例失访。治疗结果见表 1。

表 1 两组疗效比较 例 (%)

组别	例数	痊愈	显效	进步	无效
A 组	26	24(92.3)	2(7.7)	0	0
B 组	42	28(66.7)	9(21.4)	5(11.9)	0

注: 两组痊愈率比较 $\chi^2 = 4.53, P < 0.05$, 差异有显著性。

3 讨论

隐翅虫皮炎是南方地区夏秋时节的常见病之一, 病情轻重不一, 目前分类尚无明确的界定。笔者借用烧伤面积计算法, 结合全身情况区别治疗。值得提出的是, A 组无论皮损面积还是病情均超过 B 组, 痊愈率却高于 B 组 ($P < 0.05$), 无一继发细菌感染。短期小剂量皮质类固醇激素及抗生素治疗较重隐翅虫皮炎, 简便易行, 安全可靠。

[参 考 文 献]

[1] 冉玉平. 隐翅虫皮炎[A]. 见: 张学军. 皮肤性病学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 86.

[中图分类号] R 757.4 [文献标识码] B

[文章编号] 1001- 7089(2004)05- 0311- 1A

[收稿日期] 2003-09-22 [修回日期] 2004-01-07

[作者单位] 自贡市第一人民医院皮肤科, 四川 自贡 643000

维胺酯胶囊治疗头皮脓肿穿凿性

毛囊周围炎 2 例

赵国庆, 刘晓坤, 颜秀美

头皮脓肿穿凿性毛囊炎(PCAS)是一种原因不明的头部慢性化脓性疾病, 主要特点是头皮波动性结节、结节间相互连接的窦道、瘢痕性脱发等^[1]。现有的治疗方法大多难以取得满意疗效, 笔者应用维胺酯治疗 2 例 PCAS 患者均取得了较好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料 2 例患者均为男性, 例 1, 20 岁, 发病已 4 年; 例 2, 30 岁, 病史 2 年; 均为头皮顶部反复出现红色结节, 结节直径 1~ 2 cm 左右, 破溃后流血性或脓性液体, 经久不愈, 常一处皮损消退后, 旁边又有新的结节产生。2 例患者均反复应用多种抗生素内服治疗, 例 1 还经过多次外科切开引流治疗, 均无效。体检: 2 例皮损均位于头皮顶部, 例 1 范围较大, 可见数个淡红结节, 有轻度压痛, 结节相互连接, 并有瘢痕性脱发, 部分瘢痕裂隙处有毛发再生, 探针穿刺可穿入结节间窦道中数厘米。2 例患者血常规、生生化检查结果均无异常。对 2 例患者均抽取结节中脓液进行细菌培养, 均未见细菌生长。

2 治疗及结果 2 例均口服维胺酯胶囊(重庆华邦制药股份有限公司生产)治疗, 同时不外用任何药物, 剂量为 2.5 mg/(kg·d), 6 周后皮损逐渐好转, 每 2 周减少 25 mg, 逐渐减量至 50 mg/d 时不再减量, 再连续应用 6 个月, 皮损完全消退, 随访半年无复发。

3 讨论 头皮脓肿穿凿性毛囊炎也称头皮分割性蜂窝织炎或 Hoffman 病^[1], 多发于 18~ 40 岁的男性, 而本文例 1 患者 16 岁即发病。本病临床特征及病理表现与化脓性汗腺炎、囊肿性痤疮类似, 毛囊的保留是这三种病的共同特征, 国外一些学者将其称为毛囊闭锁三联征(或四联征, 加上藏毛性囊肿(pilonidal cysts)^[2], 有认为受损的毛囊角蛋白可能是引起肉芽肿性炎症的原因之一, 细菌感染只是继发性的而不是其根本病因^[1], 这从本病大多细菌培养阴性以及抗生素疗效有限反映出来。由于本病治疗困难, 曾有很多治疗方法被试用, 如口服及外用抗生素、口服锌制剂、系统应用糖皮质激素、浅层 X 线照射脱毛、脓肿内冲洗及抗生素注射、广泛切开引流等, 这些方法均已证明疗效有限。维 A 酸类药物对毛囊皮脂腺有各种作用, 它可影响毛囊的角质化过程, 抑制丙酸菌和微球菌, 并有可能逆转 PCAS 可能存在的免疫紊乱^[3]。国外也有一些应用维 A 酸类药物如异维 A 酸治疗 PCAS 成功的报道^[3, 4], 在笔者的观察中, 长程应用维胺酯治疗 PCAS 取得了满意的疗效, 提示维胺酯可作为 PCAS 治疗的一种有效药物。

[参 考 文 献]

[1] Herman A, David M, Pitlik S. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens[J]. Int J Dermatol, 1992, 31(10): 746.

[2] Zisova L, Sakakushev B. Acne tetrad in a family[J]. Folia Med (Plovdiv), 1994, 36(4): 51- 57.

[3] Libow LF, Friar DA. Arthropathy associated with cystic acne, hidradenitis suppurativa, and perifolliculitis capitis abscedens et suffodi-

ens: treatment with isotretinoin[J]. *Cutis*, 1999, 64(2): 87- 90.

[4] Karpouzis A, Giatromanolaki A, Sivridis E, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens successfully controlled with topical isotretinoin [J]. *Eur J Dermatol*, 2003, 13(2): 192- 195.

[中图分类号] R 753. 34 [文献标识码] B

[文章编号] 1001- 7089(2004)05- 0311- 1B

[收稿日期] 2003-11-23 [修回日期] 2004-03-05

[作者单位] 厦门大学医学院第一临床学院暨厦门中山医院皮肤科, 福建 厦门 361004

以水痘样疹为首发表现的播散性 带状疱疹 1 例

毕新岭, 顾军, 刘燕芳, 高春芳

1 资料与方法

1.1 临床资料 患者男, 67 岁。头部、躯干、右股部出现水疱、触痛 3 天, 伴低热。4 个月前患者因右颈部淋巴结无痛性肿大, 诊断为非霍奇金淋巴瘤Ⅱ期, 近 4 个月来先后行化疗 4 次。体检: T 38.5℃, 其他系统检查未见异常。皮肤科情况: 额部见绿豆、黄豆大水疱, 部分皮损中央呈脐凹状, 枕部、胸部、四肢和骶尾部有类似皮损(图 1)。右股前有花生米大血疱, 周围有绿豆大水疱, 疱壁松弛。取胸部水疱活检, 除对症处理外未予特殊治疗, 在随后 5 天内皮损泛发。5 天后检查: 全身皮疹明显增多, 有大量蜜集红斑、丘疱疹、水疱, 多数皮疹绕有红晕。右额相当于三叉神经额支分布区和右股前皮损成簇分布并融合, 双眼肿胀、触痛明显(图 2)。组织病理: 表皮覆疏松角质层, 表皮内有一大疱, 腔内及疱底可见大量气球状变性细胞, 纤维蛋白样渗出及大量嗜中性粒细胞, 疱底真皮内密集嗜中性粒细胞浸润, 提示病毒感染性大疱。诊断: 播散性带状疱疹。

2 结果

予阿昔洛韦 0.5 g 静脉滴注, 1 次/8h, 维生素 B₁₂ 0.5 mg 肌肉注射, 1 次/d, 皮损外用扑粉。6 天后疼痛症状明显减轻, 红斑逐渐消退, 部分水疱开始结痂。治疗半个月后, 全身水疱明显干燥, 除右额、右股部有痂以外, 躯干皮疹脱痂痊愈(图 3)。

3 讨论

播散性带状疱疹表现为泛发性的水痘样疹伴有节段性的皮疹, 主要发生在年老体弱病人及免疫功能受损者。皮损可为



图 2 面部皮损(5 天后)



图 3 治疗半月后

出血性或坏疽性, 出现的水疱或大疱通常不是群集的, 类似水痘样疹常呈脐凹状, 部分病人可出现发热和脑膜刺激症状^[1]。多数播散性带状疱疹患者通常是先有成簇、节段性皮疹出现, 而后出现播散, 所以一般较易诊断。本例患者首发症状为额部、枕部、股部、骶尾部等多处散在的水痘样疹, 发疹前及发疹初期无明显疼痛, 随着病程进展, 患者出现节段、成簇分布的典型皮疹后, 诊断明确。治疗仍以抗病毒、神经营养及对症治疗为主, 局部外用扑粉保护、收敛、防止继发感染至最后痊愈。

[参 考 文 献]

[1] 奥多姆. 安德鲁斯皮肤病学[M]. 第 9 版(英文影印版). 北京: 科学技术出版社, 2001. 478- 488.

[中图分类号] R 752. 12 [文献标识码] B

[文章编号] 1001- 7089(2004)05- 0312- 1A

[收稿日期] 2003-12-12

[作者单位] 第二军医大学长海医院皮肤科, 上海 200433

下疳样脓皮病 1 例

曹家琪, 吕俊霞, 王晓云, 王耀斐, 段刚

1 临床资料

患者男, 75 岁, 以阴茎部皮肤溃疡 1 月余就诊。1 个半月



图 1 额部皮损(泛发前)