# 2025年度皮肤病防治工作总结1（小文档整理）

来源：网络 作者：静水流深 更新时间：2025-06-02

*第一篇：2024年度皮肤病防治工作总结1（小文档网整理）东沙河镇二〇一一年度皮肤病防治工作半年总结为全面贯彻落实滕州市卫生局关于皮肤病防治工作的精神，推动我镇皮肤病防治工作的全面实施，进一步巩固和提高皮肤病防治工作成果，降低皮肤病的发病率...*

**第一篇：2025年度皮肤病防治工作总结1（小文档网整理）**

东沙河镇二〇一一年度皮肤病防治工作半年总结

为全面贯彻落实滕州市卫生局关于皮肤病防治工作的精神，推动我镇皮肤病防治工作的全面实施，进一步巩固和提高皮肤病防治工作成果，降低皮肤病的发病率、致残率，提高治愈率，保障社会稳定，构建和谐社会，促进我镇经济快速发展，完成了2025年上半年工作，为了查找不足，总结工作经验。现将半年工作总结如下：

一、指导原则

坚持“预防为主、防治结合、重点干预、广泛覆盖、依法管理”的原则，建立了“政府领导、部门合作、社会参与”的工作机制，加强了皮肤病防治队伍建设，开展了重点皮肤病的治疗与康复，逐步把防治工作的重点转移到村居，建立健全三级皮肤病防治网络，对全镇皮肤病人登记入册，实行动态管理，不断探索符合我镇实际的皮肤病防治工作发展思路，预防和减少了皮肤病的发生，最大限度地满足了人民群众的需求。

二、工作目标

到2025年底，我镇普通人群皮肤病防治知识知晓率达到90％以上，完成麻风病人线索调查工作，完成皮防站安排的其他任务。

三、组织领导

（一）落实领导责任。切实负起了责任，保证了皮肤病防治工作顺利开展，争取政府支持，建立了部门协调工作机制，把皮肤病防治工作列入了经济和社会发展计划，纳入了政府议事日程。根据工作开展需要，制定了皮肤病防治工作规划和工作制度，组织实施，抓好了落实。

（二）加强部门协作。在政府具体领导下，会同教育、公安、民政、司法、财政、残联、共青团、妇联等部门、单位和团体，落实了皮肤病的防治康复任务。根据各自的职责范围，为政府当参谋，提供决策依据，为相关部门做宣传、解释和协调工作，争取了他们的理解、配合和支持，逐步提高了全社会对皮肤病防治工作的重视程度。

（三）营造社会氛围。利用了各种宣传媒体普及皮肤病防治知识，印发了宣传材料，提高了全镇人民群众的皮肤病防治知识水平，消除社会了对皮肤病患者的偏见。

四、加强皮肤病的治疗与康复工作

（一）建立健全了皮肤病防治服务体系。进一步提高了皮肤病防治工作的认识，建立健全了“皮肤病防治领导小组”、“皮肤病康复技术指导小组”，把皮肤病防治工作列入到重要议程上来。制定皮肤病防治工作规划和工作制度，成立了以政府负责、卫生牵头，教育、公安、民政、司法、残联、共青团、妇联等多部门参与合作的皮肤病防治工作服务体系，确保皮肤病防治工作的顺利开展。

（二）加强皮肤病网络体系建设。巩固和发挥了村、镇（街）、市三级防治网络的功能作用，我们了固定一名专（兼）职皮肤病防治医生，负责对本辖区皮防工作的指导和业务培训。各村级卫生所（室）明确了一名皮防人员，负责各项工作的具体实施和落实。

（三）加强皮肤病人的属地管理。按照有关法律法规规定，明确监护人的作用和管理措施，明确皮防人员承担的责任和义务，做到了对本辖区的新发和现症病人及时掌握和了解，熟知各种皮肤病的发病数和患病数，能够初步诊断治疗，提供康复 技能指导。能够及时掌握皮肤病人的监护和治疗措施，确保一方平安，安居乐业。

（四）加强质量控制。建立健全了各类皮肤病人的资料档案，皮防专（兼）职医生及时将信息反馈到村卫生所（室）皮防人员，建立了皮肤病人管理登记薄，随时登记和管理，负责皮肤病人的防治和监护。

（五）加强疫情报告制度。新发皮肤病人通过三级防治网的功能作用，逐级或直接上报市皮防站，做到了重点监护，跟踪观察，及时治疗，早日康复，皮防专（兼）职人员定期上门随访，各网点新发皮肤病人的上报率、监护率达到了90%以上。

五、依法保护皮肤病患者的合法权益

依法维护了皮肤病患者的合法权益，维护皮肤病患者及监护人的知情同意权，保障了皮肤病患者就诊的合法权益，任何人不得以任何借口或方式歧视皮肤病人及侵害皮肤病患者的合法权益。加强了对经皮肤病患者的监管和治疗工作，强化了对皮肤病防治工作的行政执法监督、禁止各种形式的非法执业活动。

东沙河卫生院 2025年6月30日

东沙河二〇一一年度 皮肤病防治工作半年总结

东沙河卫生院 2025年6月30日

**第二篇：二0一一年新化县皮肤病防治院工作计划**

二0一一年新化县皮肤病防治院

工作计划

2025年我院在县委、县政府的正确领导下，在县卫生局的直接指导下，以

‘麻风防治’及‘消灭麻风’为宗旨。紧紧围绕“以皮肤病防治为导向，创新经营及经营理念，坚持以人为本，树立‘专科”意识，有效增强医院综合实力“的总体思路。号召全院干部职工团结一心，开拓进取，以良好的精神状态，卓有成效地完成各项工作。全年门诊业务创历史最高。为使医院再上新水平，再登新台阶，主要从以下几个方面做起：

一，继续深入地开展好创先争优活动，认真贯彻双创工作各项要求

2025年我院在2025年的基础上继续深入开展创先争优活动，让创先争优活动成为我院促进发展，保障和谐的动力，继续增强创先争优意识，提高工作水平，创

造一流业绩。认真贯彻双创工作各项要求，在双创工作中确保工作扎实推进。

二，进一步加强专科建设，完善化验室，打造特色专科

医院要生存，要发展，要在竞争日益激烈的医疗市场中立于不败之地，必须继续发扬本院专科特色，2025年我院成功开展过敏源检测，创造了经济效益，社会效益双丰收。下一步继续拓展化验室，开展麻风杆菌检查，使其成为娄底市麻风病唯一实验室确诊单位，实现麻风病人早发现，早诊断，早治疗。其次加大人才培养力度，用特色专科去拓宽市场，服务患者，力争使其成为娄底市乃至湖南的品牌。

三，提高医院业务收入，开展好新型农村合作医疗

2025年我院通过新型农村合作医疗的门诊补偿，让病人真正感受到了惠农

政策的温暖，同时也为我院带来了长远的经济与社会效益。2025年继续申请扩大门诊补偿范围，同时把麻风病人作为特殊群休加入新农合当中来。

四，进一步做好麻风宣传和麻风普查工作

在省市CDC以“关注麻风，消灭麻风”指导思想下，利用广播，电视等多

种宣传渠道，播放麻风病防治科普知识。通过广泛宣传，提高人民群众对麻风病的认识，消除对麻风病的恐惧感和歧视感。力争在全县29个乡镇（林场，开发区）范围内进行全面普查。

五，继续关心驻村病人

提高驻村麻风病人生活质量，建立建全医护人员随访制度，让他们老有所养，老有所依，在2025年的基础上适当提高生活补贴和病人医药费用。

六，争取立项，在新化县城建立一所专科医院

作为全市唯一一家皮肤病防治专科医院，承担全市皮肤病防治以及麻风病普

查工作。我院医疗综合楼为土，（砖）木混合结构，历经50多年风雨已是破旧不堪，墙体已出现许多裂缝，严重威胁着病人和医院职工的生命财产安全。针对这栋危房进行维修的同时，争取各级部门对我院进行人才，医疗设备的添置以及政策，经费上的倾斜，将我院列入改建项目范围，争取在县城建一所皮肤病专科医院，更好地受惠于人民群众。

**第三篇：2025病防治工作总结**

大新庄中学2025年关于近视、龋齿、肥胖和营养不良防治工作总结

为响应创建卫生城市的号召，加强我校卫生工作，提高学生的健康水平，我校在上级领导的关心支持下，在全体师生的共同努力配合下，已对近视、龋齿、肥胖和营养不良的防治工作取得较好的成绩。现将我校防治工作成绩汇报如下：

一、开展预防近视、龋齿、肥胖和营养不良知识讲座。学期定期向学生讲解近视、龋齿、肥胖和营养不良形成原因，如何预防近视、龋齿、肥胖和营养不良的发生及治疗知识，使所有学生都能够了解近视、龋齿、肥胖和营养不良知识，二、每学期对学生进行近视、龋齿、肥胖和营养不良普查。

每学期聘请医生对我校学生进行近视、龋齿、肥胖和营养不良普查，争取做到及时发现及时治疗。

三、培养学生良好的生活习惯。

① 教师必须及时纠正每一位学生的不良坐姿，督促学生做眼保健操，告诫学生不要在过暗的光线下看书，看书时间不要过长，不用脏手揉眼，争取使每一位学生养成良好的卫生习惯；

② 不吃生菜，蔬菜、瓜果吃时要洗干净，饭前、饭后要

洗手，不偏食、挑食，使每一位学生都养成良好的生活饮食习惯；

③ 加强体育锻炼。使每一位学生都有健康的体魄。

四、为学生创造良好的生活、学习环境。

① 生活方面。营养师每天配备学生生长发育所需的三餐，保证学生营养均衡，使每一位学生都能够健康生长。

② 良好的学习环境。教室要有足够的采光及照明设施，黑板板面必须平坦、无光泽、不反光；

③ 善居住条件。生活老师应该保持学生居住环境干净、舒适，并经常为学生晾晒被褥。

我校通过近视、龋齿、肥胖和营养不良知识讲座，定期普查，培养良好的生活习惯，以及改善学习习惯，使我校的近视、龋齿、肥胖和营养不良等问题的发展率，逐年减少。今后我校在防治方面会不断努力，力争做出更好更突出的成绩

**第四篇：敏感性皮肤**

敏感性肌肤

一．特征

1.看上去皮肤较薄，容易泛红血丝。

2.皮肤容易泛红，一般温度变化，过冷或过热皮肤都容易泛红、发热。

3.容易受环境、季节变化及面部保养品刺激，并有可能伴有全身敏感。

二、困扰

1.受刺激会泛红、发热、瘙痒、刺痛。

2.红肿，皮疹。

3.褪去后容易留下印痕或斑点。

三、原因

1.在外，由于角质层太薄，皮肤滋润度不够，导致皮肤屏障功能过于薄弱，无法抵御外界刺激。

2.在内，神经纤维经常受到外界刺激，过于亢奋，从而以产生发热、瘙痒、刺痛、红疹等不适。通常敏感性肌肤由遗传导致，另外环境污染，不良化妆品以及保养方式不当都会导致敏感肌肤产生。

四、保养重点

特别要注重保湿等基本保养工作。增加肌肤含水量和加强肌肤屏障功能，增强肌肤抵抗力，减少外界物质对皮肤的刺激。

五、注意事项

1.慎重使用化妆品，用惯了的化妆品最好不要随时更换，若要用新的化妆品先要做皮肤测试，方法是将化妆品少量用于而后，留置一晚或2-3天，观其反应，若出现异常反应，如发炎、泛红、起斑疹等，停止使用。

2.平常要用温水清洗脸部，在春季花粉飞扬的地区，尽量减少外出，避免引起花粉过敏，可于早晚使用润肤霜，保持滋润，防止干燥、脱屑等。

3.在饮食上要多食用新鲜水果、蔬菜。饮食要均衡，最好多吃些含维C丰富的水果蔬菜，以及含维B丰富的食物。饮用大量的纯净水，能滋润皮肤。（平常自制一些营养面膜，黄瓜面膜，丝瓜面膜，加蛋清蜂蜜面膜等逐步改善肌肤）

4.使用抗过敏、温和和安抚镇定肌肤作用的护肤精华面霜和乳液、敏感修复霜。

六、敏感性肌肤跟过敏性肌肤的区分

1.过敏性皮肤从医学角度讲，过敏性皮肤主要是指当皮肤受到各种不良反应如劣质化妆品、化学试剂、花粉、某些食品、污染的空气等等，导致皮肤出现红红肿、发痒、脱皮及过敏性皮炎等不良现象。敏感性肌肤可以说是一种不安定的肌肤，是一种随时处在高度警戒中的皮肤。其护理要特别留意。过敏症研究专家认为，最有效的措施是寻找过敏诱发因子，避免再接触这种物质。2.过敏是一种机体的变态反应，是人对过敏源的一种不正常的反应。当过敏源接触到过敏体质的人群才会发生过敏。过敏源有花粉、粉尘、蛋白质、化学物质、紫外线等几百种，有些过敏甚至查不到过敏源。过敏性疾病的发病率大约占人口的20%，从新生儿到中老年人各年龄段都有发生，没有明显的性别特征，但有明显的遗传性特征。

卉雨，您的肌肤贴心宝贝！

**第五篇：皮肤总结**

一、荨麻疹

1、Urticaria：Urticaria is a very common disease and is a vascular reaction of the skin characterized by the appearance of wheals, white or red evanescent plaques generally surrounded by a red halo or flare and associated with severe itching, stinging, or pricking sensations.（荨麻疹是由于皮肤黏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；病因：食物、药物、感染等。）

2、Dermatographism（皮肤划痕症）： Dermatographism is also known as factitious urticaria and is a sharply localized edema or wheal with a surrounding erythematous flare occurring within seconds to minutes after the skin has been scratched.3、病情严重者（休克)抢救：

① Immediate injection with 0.1% adrenalin at 0.5ml by subcutaneous part.肾上腺素；

② Inspiring with oxygen.吸氧；

③ Intravenous injection with hydrocortisone at 0.2 to 0.3g in 500ml glucose.氢化可的松；

④ After about 15 minutes, 0.1% adrenalin at 0.5ml can be used again.重复肾上腺素；

⑤ 0.2g aminophylline is used for cases with bronchospasm.氨茶碱。

4、急性荨麻疹治疗：①H1受体拮抗剂

②维生素C

③抗组胺药

④解痉药

5、特殊类型荨麻疹分类：皮肤划痕症（人工荨麻疹）、寒冷性、胆碱能性、日光性、压力性荨麻疹。

二、药疹

1、药疹(drug eruption)：又称药物性皮炎(dermatitis medicamentosa)，是药物通过各种不同的途径（内服、注射、吸入、灌注、栓剂等）进入人体后，在皮肤黏膜上引起炎症反应，严重者可累及机体的其他系统。

2、药疹病因：抗生素类、解热镇痛类、催眠镇静抗癫痫药、异种血清剂及疫苗、各种生物制剂、中药。

3、药疹特点：

①、发生药疹的人只是少数；

②、病情的轻重与药物的药理及毒理、剂量无相关性；

③有一定的潜伏期：初次用药一般为4~20天，多数7~8天，已致敏者再次用药，数分钟至4小时内即可发生；

④、可发生交叉过敏和多价过敏；

⑤、皮疹形态各式各样，很少有特异性；

⑥、糖皮质激素治疗有效。

4、交叉过敏：机体被某种药物致敏后，可能同时对与该种药物化学结构相似或存在共同化学基团的药物产生过敏。

5、多价过敏：机体处于高敏状态下，可能对平常不过敏、与致敏药物化学结构不同的药物也产生过敏。

6、固定性药疹特点：同一部位反复发作；好发与皮肤粘膜交界之处；单个多，也可多个；紫红斑，剧烈可有水疱，治愈留色素沉着。

7、猩红热型药疹特点：最常见，又称发疹型药疹；致敏药物1周内出现，发病突然；不及时治疗，可转变为重型药疹；可伴有发热，一般较轻。（与麻疹鉴别：麻疹粘膜斑、杨梅状舌是重要的鉴别诊断依据）

8、多型红斑型药疹特点：靶型损害为其特征性改变。表皮松解小于10%。

9、大疱性表皮松解型药疹特点：弥漫性紫红色或暗红色斑片，松弛性大疱,表皮坏死松解（大于30%），尼氏征+，触痛显著如浅表 二度烫伤（抢救及时，二周左右可痊愈，否则数日内可死亡）。

10、尼氏征阳性：

①用手指推压水疱一 侧，可使水疱沿推压方向移动； ②在水疱上挤压，疱内液体向周边渗透； ③牵拉破溃之疱壁，周围表皮进一步剥脱； ④外观正常皮肤用力摩擦可剥脱。

11、剥脱性皮炎型药疹特点：初为麻疹样或猩红热样，逐渐加剧全身弥漫性红肿，二周左右红肿减轻，继以全身皮肤反复大量脱屑，呈鱼鳞状或落叶状，手足可呈手套或袜套状剥脱，严重者毛发、指、趾甲亦可脱落。

12、药疹与发疹性疾病的鉴别：

①缺乏发疹性疾病的全身中毒症状②皮疹颜色鲜艳、对称；③瘙痒明显；④缺乏发疹性疾病的其他体征。

13、药疹诊断依据：

①发病前有用药史；②有一定的潜伏期；③除固定型和荨麻疹型外，多数药疹的皮疹对称泛发；④能除外皮疹类似的传染病或皮肤病。

14、药疹与发疹性疾病的鉴别：

①缺乏发疹性疾病的全身中毒症状；②皮疹颜色鲜艳、对称；③瘙痒明显；④缺乏发疹性疾病的其他体征

15、重型药疹治疗：①一切可以药物停用，加速药物排泄，缩短药物在体内停留时间；②早期使用糖皮质激素；③防止感染和并发症；④对症治疗，加强护理。

三、银屑病

1、银屑病：是一种常见的原因不明的皮肤病，基本损害为具有特征性成层银白色鳞屑的丘疹、斑丘疹，病程慢性，易于复发。

2、分型：寻常型银屑病、脓疱型银屑病、关节病型银屑病、红皮病型银屑病。

3、寻常型银屑病：

基本损害： 银白色鳞屑的炎性丘疹或斑丘疹；

特征性损害：蜡滴现象、薄膜现象、点状出血现象（即Auspitz征）、束状发。蜡滴现象：皮损表面被覆多层银白色鳞屑，如蜡滴，周围可有红晕。薄膜现象：剥开鳞屑之后，淡红色发光半透明的薄膜。Auspitz征：剥去薄膜之后，出现小出血点（真皮乳头顶部迂曲扩张的毛细血管被刮破）。临床特征：①好发于青壮年；②慢性反复发作，可自愈，易复发；③一般冬重夏轻；④常在头皮和四肢伸侧，可全身发病；⑤数目多少不一，有的患者可在较短时间皮损泛发全身，有的只有少数皮损，可多年不变；⑥本病可有不同程度的瘙痒；⑦头皮损害界限清楚，发呈束状，但不脱落；⑧粘膜：唇、颊粘膜、龟头等均可发病；⑨甲(指、趾）甲表面可呈顶针状凹陷或不平，也可变黄、增厚，甲板与甲床分离，其游离缘可破碎或翘起。

临床分期：①进行期：皮损多呈点滴状，鳞屑较少，损害增大、增多、周围有红晕，容易发生同形反应；②静止期：静止期的皮损基本不变；③退行期：皮损缩小变薄，周围有色素减退晕。

4、同行反应：在针刺、搔抓或外伤处发生新的皮损，也称为Koebner现象。

5、脓疱型银屑病：

泛发型脓疱型银屑病的特点：①发病急骤，全身症状重；②皮损为红斑基础上密集的无菌性小脓疱，呈周期性发作，进行性加剧；③预后差。

限局性脓疱型银屑病：①皮疹限于掌、跖部，类似泛发型；②指、趾甲常被累及呈混浊、肥厚，有嵴状隆起；③无全身症状。

6、组织病理特征：角化不全；粒层变薄或消失；棘层肥厚；真皮乳头延长，兼有水肿和毛细血管扩张；中性粒C移行至表皮内，形成munro微脓肿。

7、鉴别诊断：

扁平苔藓：散在多角形扁平紫红色丘疹、斑块； 常见黏膜受累；典型组织学改变。

二期梅毒疹：躯干玫瑰疹、掌跖角化性斑丘疹；梅毒血清反应阳性。

慢性湿疹：剧烈瘙痒；浸润肥厚、苔藓样变。

脂溢性皮炎：皮损位于皮脂溢出部位；黄色油腻性鳞屑。

8、治疗原则：

①寻常型不轻易采用激素或抗肿瘤药物治疗；②进行期的寻常型及其它类型不能使用具有刺激作用的外用药；③局限性损害以局部治疗为主；④治疗方案因人而宜。

9、全身疗法：免疫抑制剂、维甲酸、抗生素、皮质类固醇激素、环孢菌素A

10、治疗方法：一般治疗、外用药物疗法、全身疗法、中药治疗、物理疗法（浴疗、光疗、光化学疗法、PUVA疗法、准分子激光）

11、PUVA疗法：内服8-甲氧补骨脂素（8-MOP）后照射长波紫外线（UVA320~400nm，又称黑光），以引起光化学反应。

四、结缔组织病

1、结缔组织病：是一组累及多器官系统中疏松结缔组织的自身免疫性疾病，临床表现、组织病理和免疫学方面有共同特征。血清中可查到多种自身抗体，糖皮质激素及免疫抑制剂治疗有效。

2、盘状红斑狼疮（DLE）皮疹特点：扁平或微隆起的盘状红斑或斑块，附有粘着性鳞屑,剥去鳞屑有毛囊角栓和扩大的毛囊口，中央渐萎缩、伴色素减退及毛细血管扩张。

3、免疫病理（狼疮带试验LBT）：皮损表皮－真皮交界处IgG、IgM、C3线性沉积形成颗粒状荧光带。（①

DLE 与 SLE 鉴别：正常皮肤（+）为 SLE；② 有助于与其他疾病鉴别： 非特异性SLE皮损；③

有助于无皮损的SLE诊断）

4、SLE特征性皮疹：蝶形红斑、DLE皮损（盘状红斑）、手足指趾末端血管炎样损害、粘膜病变（口、鼻粘膜溃疡）、脱发（狼疮发）。

5、SLE诊断标准： 临 床（7项）：蝶形红斑、盘状红斑、光敏感、口腔溃疡、关节炎、浆膜炎、神经系统病变； 实验室（4项）：① 血液学异常；②尿蛋白>0.5g/d或有管型；③ANA（+）：除外药物性狼疮所致；④抗dSDNA(+)、或抗Sm抗体（+）、抗心磷脂抗体（+）三者中具备１项； \*\*11项中具备4项即可诊断SLE。

6、SLE主要治疗药物：泼尼松、甲泼尼松、免疫抑制剂、免疫增强剂。

7、皮肌炎：是一种主要累及皮肤和横纹肌的自身免疫性结缔组织病。

8、皮肌炎特征性皮疹：眶周紫红色斑、Gottron丘疹、皮肤异色症

9、皮肌炎诊断：①典型皮疹； ②对称性四肢近端肌群和颈部肌无力；③血清肌酶升高；④肌电图呈肌源性损害；⑤肌肉活检符合肌炎病理改变；

10、鉴别诊断：

SLE：皮疹（蝶形红斑）；内脏损害（多器官、肾脏明显）；实验室（血液学异常、尿常规异常）；免疫检查（狼疮带试验阳性）；

皮肌炎：皮疹（以上眼睑为中心紫红斑、Gottron征）；内脏损害（肌肉为主）；实验室（血清肌酶↑、肌电图异常,肌活检有改变）；免疫检查（狼疮带试验阴性）；

11、Gottron丘疹：指关节、掌指关节伸侧的扁平紫红色丘疹，多对称分布，表面附着糠状鳞屑。

12、皮肌炎主要治疗药物：泼尼松、免疫抑制剂、蛋白同化剂、抗生素、免疫调节剂。

五、天疱疮

1、天疱疮：是一组自身免疫性慢性大疱性皮肤病。主要累及皮肤、粘膜，以松驰性水疱、大疱和糜烂，尼氏征阳性为特点。组织病理为表皮内水疱，血清中和表皮细胞间有天疱疮抗体。

2、分类：寻常型天疱疮、增殖型天疱疮、落叶型天疱疮、红斑型天疱疮、特殊类型天疱疮。

3、寻常型天疱疮（pemphigus vulgaris,PV)皮疹特点： 松驰性水疱、大疱，疱易破，形成大片縻烂，不易愈合。可有渗液、结痂，尼氏征阳性。好发于胸背、头颈部，重者泛发全身。

4、组织病理：基本病理变化——棘层松解形成表皮内水疱或裂隙，可见棘层松解细胞。直接免疫荧光:棘细胞间荧光；间接免疫荧光:天疱疮抗体。

5、天疱疮与大疱性类天疱疮鉴别：

天疱疮：皮肤松驰易破的大疱、口腔粘膜反复糜烂，尼氏征（+）；好发于口腔、胸背及头面等部位；组织病理特征（表皮内水疱）；免疫病理特征（棘细胞间网状沉积）。

大疱性类天疱疮：临床表现：中老年多见，厚壁张力性大疱或血疱，疱不易破,易愈合，尼氏征（-），组织病理（表皮下水疱），直接免疫荧光（基底膜带线状沉积）。

6、糖皮质激素: 为治疗本病的首选药物。

六、性病

1、性传播疾病（Sexually transmitted disease，STD）:指主要通过性行为、类似性行为或间接传播的一组传染性疾病，主要病变发生在泌尿生殖器，也可通过淋巴系统及血行播散侵犯全身组织和器官。

2、梅毒（syphilis）是由梅毒螺旋体(Treponema pallidum, TP)引起，主要经过性接触、血液传播或胎盘传播，侵犯多系统多脏器的慢性传染病。

3、特点：细长螺旋形微生物，长4~14um，宽0.2um，有8~14个螺旋，螺旋体透明不易着色-苍白螺旋体，运动方式特殊：旋转、蛇行、伸缩。横断分裂生殖，每30~33小时繁殖一次，厌氧微生物；体外、高温、消毒药物容易死亡，对寒冷抵抗力强，-78℃，经数年不丧失传染性。

4、硬下疳(chancre)：一期梅毒的特点之一，好发于外生殖器，圆形或椭圆形无痛性溃疡，软骨样硬度，含大量TP，传染性极强。

5、梅毒疹：二期梅毒的特点之一，泛发、对称，含大量TP，传染性强

6、扁平湿疣（condyloma latum）：二期梅毒的特点之一，好发于肛周、外生殖器、会阴、腹股沟及股内侧，扁平丘疹、斑片，含大量TP，传染性强。

7、梅毒性树胶肿：三期梅毒标志，破坏性最强的皮损，单发无痛性结节渐形成穿凿性溃疡，树胶状分泌物。

8、潜伏梅毒（latent syphilis）：有梅毒感染史，无临床表现或临床表现已消失，除梅毒血清学试验阳性外无任何阳性体征，并且脑脊液检查正常者。

9、检查方法：TP检查、血清检查、脑脊液检查。

10、梅毒血清实验：

非梅毒螺旋体抗原血清反应（初筛试验）常用方法：性病研究试验室玻片试验VDRL、血清不需加热反应素玻片试验USR、快速血浆反应素环状卡片试验RPR、甲苯胺红不加热血清试验TRUS。

梅毒螺旋体抗原血清反应（确诊试验）常用方法：荧光螺旋体抗体血清试验FTA-ABS、梅毒螺旋体血凝试验TPHA、梅毒螺旋体颗粒凝集试验TPPA。

11、梅毒血清固定：梅毒患者经过治疗6～9个月后滴度无明显下降或2年后血清仍未转阴。

12、前带现象（prezone phenomenon）：抗体过多，导致抗原抗体结合不能形成大的复合物，抑制可见的反应出现，导致假阴性，将抗体适当稀释可避免。

13、早期梅毒治疗：首选药物：青霉素；替代疗法：头孢曲松钠（对青霉素过敏者）。

随访：至少坚持三年。第一年、3月/次；第二年、半年/次；第三年末复查一次。

14、吉-海反应——首次使用青霉素治疗梅毒的病人，由于TP被迅速杀死，释放出大量的异种蛋白，引起急性变态反应，在治疗后数小时出现寒战、高热、头痛、肌肉骨骼疼痛、皮肤潮红、恶心、心悸、多汗等全身症状，或者各种原有梅毒损害的症状也加重，严重的梅毒患者甚至发生主动脉破裂。（为避免吉海反应，青霉素注射前一天口服泼尼松）

15、淋病（Gonorrhea）——由淋球菌引起的泌尿生殖系统的化脓性感染，也包括眼、咽、直肠感染和播散性淋球菌感染。（潜伏期短、传染性强；人是唯一天然宿主；对单层柱状上皮和移行上皮细胞的黏膜有特殊亲和力）

16、淋病首选药头孢曲松。

17、淋病判愈标准：治疗结束后2周，无性接触史的情况下①症状、体征均消失；②治疗结束后4-7天，淋球菌涂片和培养（-）。

18、生殖道衣原体感染：沙眼衣原体（CT）感染所致；治疗首选阿奇霉素或多西环素；

判愈标准：症状、体征消失，可不作病原微生物培养。

19、尖锐湿疣（condyloma acuminatum，CA）：由人类乳头瘤病毒引起的性传播疾病，常发生在肛门及外生殖器等部位，主要通过性接触直接传染。（人是唯一宿主）

主要致病亚型：HPV-6、11、16、18

致癌高危亚型：HPV-16、18、45、56 20、尖锐湿疣皮损特点：柔软淡红色或污灰色赘生物，可呈乳头状、菜花状、鸡冠状等。

21、生殖器疱疹（genital herpes，GH）——是由单纯疱疹病毒（HSV）感染泌尿生殖器及肛周皮肤黏膜而引起的一种慢性、复发性、难治愈的STD，主要通过性接触传播。（HSV-2占主要）

22、STD病原体种类很多：病毒、衣原体、支原体、螺旋体、细菌、真菌、寄生虫等。传染主要是通过性行为，间接接触、血液或血液制品及母婴垂直，以及医源性、器官移植、人工受精、昆虫等途径而感染，本病的传播不受自然因素的干扰。

23、玫瑰疹：表现为玫瑰色或褐红色、圆形或椭圆形的斑疹，直径1到2cm，压之褪色，皮损数目多，互不融合，好发于躯干四肢近端。

七、外用药

1、外用药治疗原则：

A、正确选择剂型—根据临床症状及皮损特点：

急性期

1.无糜烂渗出的红斑丘疹（乳剂、粉剂、洗剂）

2.渗出较多或伴水肿、糜烂（溶液湿敷)

亚急性期

1.少量渗出且有厚痂（糊剂、油剂）

2.无渗出或干燥鳞屑为主（乳剂）

慢性期

1.泛发性（乳剂、软膏）

2.局限性（乳剂、软膏、硬膏）

3.单纯瘙痒（乳剂、酊剂）

B、正确选择药物（性能）— 根据病因、病理变化、自觉症状； C、正确用法及注意事项，有不良反应应立即停药复诊；

八、皮肤总论

1、皮肤功能： 皮肤屏障功能、皮肤的免疫功能、皮肤的感觉功能、皮肤的体温调节功能、皮肤的吸收功能、皮肤的分泌和排泄功能、皮肤的代谢功能。

2、皮肤分为角质层（占表皮细胞的80％以上）、透明层、颗粒层、棘层、基底层。

3、表皮通过时间：细胞从基底层到颗粒层14天，从颗粒层到角质层14天，共28天。

4、真皮由基底膜带与表皮连接，分乳头层和网状层（磨皮术不穿透网状层就不会产生疤痕）

5、毛发生长：生长期、退行期、休止期，以头发为例分别约为3年、3周、3月。

6、指甲每3个月1cm，脚趾甲每9个月1cm。

7、皮肤功能：皮肤屏障功能、皮肤的免疫功能、皮肤的感觉功能、皮肤的体温调节功能、皮肤的吸收功能、皮肤的分泌和排泄功能、皮肤的代谢功能。

8、原发性损害(primary lesions)：皮肤病或性病病理变化的直接结果

9、继发性损害(secondary lesions)：由原发性损害转变（演变）而来或经治疗、刺激等转变而来。

10、斑疹或斑片：局限性皮肤颜色的改变，与皮肤表面相平的损害。（〉1cm为斑片）

11、丘疹：局限性实质性隆起皮面的损害。（〈1cm）

12、斑块：丘疹的扩大或融合，直径大于1cm的隆起性扁平皮损，中央可有凹陷。

13、水疱（vesicle）： 局限性、隆起性内含液体的腔隙性损害，大于1cm为大疱（bulla）。

14、脓疱（pustule）：局限性、隆起性内含脓液的腔隙性皮损。

15、结节（nodule）：局限性、实质性及深在性损害，常呈圆形，比丘疹深而大，触诊更易发现，如血管炎、痛风；少数特别突出皮面如皮赘。

16、风团（wheal or hive）：为真皮浅层急性水肿所致的暂时性局限性扁平隆起损害，起退均快，退后不留痕迹，常伴剧痒。

17、鳞屑(scale)：指脱落或即将脱落的异常角质层细胞（角化不全或角化过度），有糠秕状、云母状、苔癣状。

18、痂(crust)：由皮损表面渗出液与脱落组织、药物等干涸而成的附着物。有浆痂、脓痂、血痂及焦痂。

19、糜烂(erosion)：指表皮缺损，愈合无瘢痕形成。如水疱、大疱破后露出红色湿润面。20、溃疡(ulcer)：指皮肤或粘膜缺损形成的创面，可达真皮或更深的位置，愈后留有瘢痕。

21、苔癣样变(lichenification)：指皮肤局限性肥厚斑块，常伴色素改变。如湿疹、皮炎长期搔抓后。

22、萎缩(atrophy)：指皮肤组织一种退行性变所致皮肤变薄。有表皮或真皮萎缩。

23、皮肤划痕试验：荨麻疹患者皮肤表面用钝器以适当压力划过，会出现三联反应，称皮肤划痕实验阳性。①划后3到5秒，划过出出现红色线条；②15到45秒，红色线条两侧出现红晕（麻风皮损无此变化）；③1到3分钟，划过出出现隆起、苍白色风团装线条。

九、带状疱疹

1、带状疱疹：Herpes zoster is caused by Varicella Zoster virus(VZV)（人是唯一宿主）, which is characterised by a unilateral, painful, vesicular rash with a dermatomal distribution（由水痘-带状疱疹病毒引起，沿单侧周围神经分布的簇集性小水泡为特征，常伴明显的神经痛）。

2、典型表现：发疹前乏力、低热、纳差，患处皮肤灼热灼痛，持续1到5天，好发部位依次为肋间神经、颈神经、三叉神经、腰骶神经支配区域，患处首先出现潮红斑，很快出现粟粒至黄豆大小丘疹，簇状分布，不融合，继之迅速变为水泡，皮损沿神经分布，多单侧，不超过正中线。

3、带状疱疹后遗神经痛（PHN）：带状疱疹发疹前，发疹时以及皮损痊愈后均可伴有神经痛，统称带状疱疹相关性疼痛（ZAP），如果皮损消退后神经痛仍然存在，则称为PHN。

4、Pamsay-Hunt综合症：耳带状疱疹时，膝状神经节受累同时侵犯面神经的运动和感觉神经纤维时，出现面瘫、耳痛及外耳道疱疹三联征。

十、真菌性皮肤病

1、皮肤癣菌病：包括头癣、体股癣、手足癣、甲癣等。致病菌为皮肤癣菌。包括有以下三属：毛癣菌属（最常见为红色毛癣菌）、小孢子菌属、表皮癣菌属。

2、白癣、黑点癣、黄癣、脓癣的鉴别：

白癣：好发于儿童；小孢子菌属；灰白色鳞屑斑，有卫星状损害，头发出头皮3mm断，有白发鞘；青春期自愈，不留疤痕，易发展为脓癣；发外孢子；亮绿色荧光；服药3周。

黑点癣：好发于儿童及成人；毛癣菌属；散在点状鳞屑斑，头发出头皮断，呈小黑点；部分青春期可愈，不留疤痕；发内密集孢子；无荧光；服药3周。

黄癣：好发于儿童及成人；许兰氏毛癣菌；碟形黄痂，毛发失光，有臭味；青春期不愈，萎缩性疤痕；发内菌丝；暗绿色荧光；服药4周。

脓癣：好发于儿童；小孢子菌属（动物源性）；化脓性毛囊炎，形成溃疡，可继发细菌感染；可遗留疤痕；发外孢子；服药4周，需联合抗菌素、激素。

3、头癣治疗原则：口服药＋外用药、剔头、洗头、消毒；

治愈标准：治疗结束后取患处头发做真菌直接镜检，以后每１－２周复查 一次，连续３次阴性后方可认为治愈；

口服药：

①灰黄霉素：儿童：15-20mg/(kg.d)，成人：0.6-0.8g/d，②伊曲康唑：儿童100mg/d，成人200mg/d，疗程4周③特比奈芬：体重小于20mg：62.5mg/d；

体重20-40kg：125mg/d；

体重大于40kg，250mg/d

外用药：５-１０％的硫磺软膏、各种抗真菌的霜剂；

4、体癣：指发生于除头皮、毛发、掌跖、甲板以外的平滑皮肤上的一种皮肤癣菌感染。

5、股癣：指发生于腹股沟、会阴和肛门周围的皮肤癣菌感染。特殊部位的体癣。

6、手癣和足癣：损害发生在指趾间、掌跖，多由毛癣菌属及表皮癣菌属引起，以春夏季、温暖潮湿的环境下好发，反复发作者存在着个体差异。为最常见的皮肤癣菌感染。

7、手足癣临床特点：

①浸渍糜烂型：多发生在趾间，浸渍、发白，糜烂、破溃，此型瘙痒剧烈，可因搔抓而导致继发感染如丹毒、蜂窝织炎等；

②丘疹水疱型：以足底多见，表现为丘疹、丘疱疹及水疱，伴瘙痒；

③角化皲裂型：手部虎口、足跟部等，为慢性损害，表现为角化、磷屑，皮肤粗糙、肥厚，易 发生皲裂，可同时伴有甲损害；

十一、皮炎和湿疹

1、接触性皮炎（contact dermatitis, CD）：由于接触某些外源性物质后，在皮肤粘膜接触部位发生的急性或慢性炎症反应。

2、刺激性接触性皮炎：①任何人接触后均可发病；②无一定潜伏期；③皮损多位于直接接触部位境界清楚；④停止接触后，可自愈。

变应性接触性皮炎：①有一定的潜伏期 ；②皮损广泛、对称；③易复发；④斑贴试验(+)。

3、急性接触性皮炎：起病急；皮损表现：红斑、丘疹、丘疱疹、水疱，严重者可出现糜烂、坏死；与接触物形状一致，境界清楚；瘙痒或刺痛。

亚急性和慢性接触性皮炎：皮损特点：红斑、丘疹、轻度增生和苔藓样变；境界不清。

4、湿疹（eczema）：由多种内外因素引起的真皮浅层及表皮炎症，临床上急性期皮损以丘疱疹为主，有渗出倾向，慢性期以苔癣样变为主，病情易反复发作（多形性、渗出性、对称性、瘙痒性）。

5、湿疹临床表现：

急性期：红斑基础上针头至粟粒大小丘疹，严重时可出现水泡，境界不清楚，自觉瘙痒剧烈；

亚急性期：急性湿疹炎症减轻或不适当处理后病程较久发展而来，红肿，渗出物减轻，皮损暗红色；

慢性期：暗红斑上有丘疹、抓痕及鳞屑，局部皮肤肥厚、表面粗糙，有不同程度的苔癣样变、色素沉着或减退；

6、急性湿疹与急性接触性皮炎的鉴别：

急性湿疹：病因复杂，可发生与任何部位，皮损多形性，对称，境界不清楚，自觉瘙痒，不伴有疼痛，病程较长，斑贴实验阴性；

急性接触性皮炎：病因多为外因（有接触史），主要发生在接触部位，形态单一，境界清楚，自觉瘙痒疼痛灼热，病程较短，斑贴实验阳性；

7、慢性湿疹与单纯性苔癣样变鉴别：

慢性湿疹：由急性发展而来、有反复发作的亚急性史、急性期现有皮损后有痒感，由各种内外因素引起，好发于任何部位，圆锥状、米粒大小褐色丘疹融合成片、浸润肥厚、有色素沉着，可急性发作、有渗出倾向；

单纯性苔癣样变：多先有痒感，抓后出现皮损，由神经因素引起，好发于颈项、肘膝关节伸侧、腰骶部，多角形扁平丘疹、密集成片、苔癣样变、边缘有扁平发亮丘疹，多为慢性、比较干燥；

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！