

婴儿湿疹 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E5_A9_B4_E5_84_BF_E6_B9_BF_E7_c22_307517.htm 名称婴儿湿疹所属科室儿科病因婴儿湿疹的病因较复杂，其发病与多种内外因素有关，有时很难明确具体的病因。患儿往往由消化道摄入食物性变应原如鱼、虾、牛羊肉、鸡蛋等致敏因素，使体内发生 I 型变态反应。婴儿湿疹的高度发病率主要是由于患儿皮肤角质层薄，毛细血管网丰富，以及内皮含水及氯化物较多，因而轻易发生变态反应。此外，机械性摩擦如唾液和溢奶经常刺激，也是本病的诱因。护理不当如过多使用较强的碱性肥皂，过高营养，以及肠内异常发酵等也可引起本病。有些婴儿，尤其在新生儿时期，由于母体雌激素通过胎盘传给胎儿，以致新生儿皮脂增多，易致脂溢性湿疹。有些婴儿有遗传过敏素质（异位性素质），家族中也有异位性皮炎、鱼鳞病、哮喘或过敏性鼻炎等病史，患儿对食物过敏，血中 IgE 数值增高，嗜酸细胞增高。随着年龄增长，皮肤损害逐渐局限于四肢屈侧处（肘窝、窝），往往剧烈抓痒、反复不愈，直至儿童期甚至延续到成人期。某些外在因素如日光、紫外线、严寒、湿热等物理因素，接触丝织品或人造纤维，外用药物以及皮肤细菌感染等，均可引起湿疹或加重其病情。病理急性期同接触性皮炎。慢性期时表皮角化亢进及角化不全，棘层肥厚，表皮突增宽下延，真皮乳头层增厚，浅层血管四周有淋巴细胞，组织细胞及少许嗜酸性细胞浸润。临床表现起病大多在生后 1~3 月，6 个月以后逐渐减轻，1 1/2 岁以后大多数患儿逐渐自愈。一部分患儿延至幼儿或儿童期。病情轻重不一。皮疹多见于头面部，如额部、双颊、头顶部，以

后逐渐蔓延至颊、颈、肩、背、臀、四肢，甚至可以泛发全身。初起时为散发或群集的小红丘疹或红斑，逐渐增多，并可见小水疱，黄白色鳞屑及痂皮，可有渗出、糜烂及继发感染。患儿烦躁不安，夜间哭闹，影响睡眠，常到处搔痒。由于湿疹的病变在表皮，愈后不留瘢痕。临床上可按发病过程分为三期：1.急性期起病急，皮肤表现为多数群集的小红丘疹及红斑，基底水肿，很快变成丘疱疹及小水疱，疱破后糜烂，有明显的黄色渗液或覆以黄白色浆液性痂，厚薄不一，逐渐向四面蔓延，外围可见散在小丘疹，也称卫星疹。面部皮肤可有潮红及肿胀。间擦部位如腋下、鼠蹊部、**四周等处可以受累并合并擦烂。如护理不当常有继发感染可泛发全身。此期患儿夜不能眠、烦躁不安，合并感染者可有低热。

2.亚急性期急性湿疹的渗出、红肿、结痂逐渐减轻，皮肤以小丘疹为主，时有白色鳞屑或残留少许丘疱疹及糜烂面。此时痒感稍见轻，可持续时间很长。可由急性期演变或治疗不当而来。

3.慢性期反复发作，多见于1岁以上的婴幼儿。皮疹为色素沉着，皮肤变粗稍厚，极少数可发生苔癣样化。分布在四肢，尤其四窝处较多。若发生在掌跖或关节部位则发生皸裂而疼痛。假如治疗不当，或在一定诱因下，随时可以急性复发，自觉剧烈搔痒。又可按皮肤损害分为三型：1.脂溢型多见于1~3月的小婴儿，其前额、颊部、眉间皮肤潮红，被覆黄色油腻性鳞屑，头顶部可有较厚的黄浆液痂。以后，颊下、后颈、腋及腹股沟可有擦烂、潮红及渗出。其母孕期经常有脂溢性皮炎或较严重的痤疮。患儿一般在6个月后改善饮食时可以自愈。

2.渗出型多见于3~6月肥胖的婴儿。先出现于头面部。除口鼻四周不易发生外，两面颊可见对称性小

米粒大小红色小丘疹，间有小水疱及红斑，基底浮肿，片状糜烂渗出，黄浆液性结痂较厚。因抓痒常见出血，有黄棕色软痂皮。剥去痂皮后露出鲜红色湿烂面，呈颗粒状，表面易出血。如不及时治疗，可向躯干，四肢及全身蔓延，并可以继发感染。3.干燥型 多见于6个月~1岁小儿，或在急性亚急性期以后。皮肤表现为丘疹、红肿、硬性糠皮样脱屑及鳞屑结痂，无渗出，常见于面部、躯干及四肢伸侧面。往往合并不同程度的营养不良。以上三种类型可以同时存在。三期皮损也可发生于任何一种湿疹，三期可以互相转化和重迭。由于病因复杂难以确定而反复发作。剧烈地抓痒可继发局部及淋巴结感染，极个别病例可发生全身感染、败血症、毒血症，出现高热、腹泻、四周血中性白细胞增高，有时出现中毒颗粒。诊断根据发病年龄、皮疹的多形性表现，显著搔痒和反复发作，不难诊断。耳后、腹股沟、肛周、颈颈部的急性期湿疹应与擦烂鉴别。后者多发生在肥胖婴儿，夏季或流涎、腹泻小儿，不注重局部皮肤清洁者。有时需与接触性皮炎鉴别，此病有接触史皮肤损害发生于接触部位边界清楚。怀疑有接触因素时可用斑贴试验鉴别。但在新生儿期，斑贴试验往往不易表现出。在尿布区域或肛周、腋下等处发生湿疹时，须与尿布皮炎及念珠菌感染相鉴别。前者位于尿布区域会阴、股内侧，境界清楚的弥漫性红斑或少许丘疱疹。勤洗换尿布，保持尿布区域清洁干燥即可治愈。念珠菌感染则为淡红色斑片及扁平小丘疹，边缘隆起，境界清楚，外围散在小斑片，边缘可有少量鳞屑。很轻易查到真菌，同时往往常合并鹅口疮、口角炎等。治疗除具体询问病史，查找诱发因素，予以纠正外，应采用全身、局部中医及西医综合治疗。

全身疗法 1.饮食治理 首先，避免喂哺过量的食物以保持正常消化。如疑牛奶过敏，可较久煮沸，使其蛋白变性，可以减少致敏物。必要时可用羊奶或豆浆（参阅营养篇专节）代替牛奶。如疑蛋白过敏，单给蛋黄，或由少量蛋白开始，逐渐加量。喂奶的母亲可暂停吃鸡蛋。 2.抗组织胺类药物 扑尔敏、非那更、苯海拉明、异丙嗪等单一或轮流内服有较好的止痒和抗过敏效果，并有不同程度的镇静作用。非镇静作用的抗组织胺药，如息斯敏（片剂或口服液）、特非那丁。具有镇静作用的抗组织胺类药优于后者。 3.皮质类固醇激素 无论口服还是静脉注射，都能很快控制症状，有明显的抗炎、止痒作用，但停药后易复发，不能根治，且长期应用后有依靠性和各种不良反应，故应酌情慎用。泛发急性湿疹其它疗法效果不佳者，可短期口服强的松，病情好转逐渐减量。 4.抗生素 仅用于继发局部或淋巴结等感染、白细胞增高和体温增高的患儿。一般采用青霉素肌注或红霉素、复方新诺明口服。

局部治疗 原则上是按照病期分别治疗。 1.急性期 采用1%~4%硼酸溶液或1~4%硼酸溶液加0.1%呋喃西林溶液湿敷或外洗局部15分钟左右之后，外涂雷佛诺尔氧化锌软膏或1%氯霉素氧化锌油。如无明显感染亦可外用40%氧化锌油或15%氧化锌软膏。应用湿敷2~3天即可。 2.亚急性期 用1%~4%硼酸溶液外洗，然后外用炉甘石洗剂或炉甘石呋喃西林洗剂，止痒、消炎。外涂维生素B6软膏及SCL膏（磺松糊剂，参见附录儿科常用药物剂量表），或中药祛湿油。 3.慢性期 外用1/2或1/3肤轻松或丙酸倍氯美松软膏加糠馏油软膏或普连膏，或尿素软膏，然后用薄塑料膜覆盖，绷带包扎，每隔1~2日封包1次，待皮肤恢复原状。至多每周洗浴1~2次，必要时

外涂肤轻松软膏，皮炎平。对慢性局限性肥厚性小片损害可采用醋酸强的松龙，或去炎松混悬液做皮损处的皮内分点注射，每周1次，共2~3次。不宜长期使用，以免发生皮肤萎缩。

中医治疗 中医认为本病多因饮食失调，内蕴湿热，外受风湿热邪所致。临床上分干性（丘疹性）、湿性（糜烂性）两型。常反复发作，并多伴有胃肠道消化障碍症状。临床治疗多用内外兼治法，内服药以清热、解毒、凉血、渗湿为主，外用药根据干性、湿性之不同，予以不同处理。临床证治如下：

1.干性（丘疹性）病例 疹如粟粒大，痒痛相兼，起白屑如疥癣，疹隐红而干燥，此多偏热。内服药：治以清热解毒为主。处方举例：连翘9g、黄柏6g、马齿苋9g、青黛3g、地肤子9g、蝉衣3g、泽泻9g。外用药：一支蒿9g、元明粉3g、败酱草15g，煎浓液外洗，或鲜马齿苋（适量）洗净捣成泥外敷，天天换药1次。

2.湿性（糜烂性）病例 湿疹部浸润渗出液较多，或有脓性分泌物，重者可融合成片或延及全身，有腥味，局部发红且痒甚，此多偏湿。内服药：治以凉血渗湿为主。处方举例：生地9g、青黛3g、败酱草15g、紫草3g、马齿苋9g、荷叶6g、地肤子9g、土茯苓9g。外用药：青黛粉3g、黄柏粉9g、混合外撒，或香油调匀外涂，每日1~2次；或轻粉3g、松花粉9g、黄柏粉9g、青黛粉3g，香油调匀外涂，每日1~2次；或苍术粉、黄柏粉等量，植物油调外敷，每日1~2次。注重事项：湿性时只敷药，忌用热水洗，待其结痂后痂落自愈；干性、湿性均忌食辛辣、鱼腥、刺激性食物。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com