



# 目錄

|                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 皮膚科・濕疹及皮膚炎                                                                 | 3   |
| 本章基礎                                                                       | 3   |
| 2.1 原發性病灶 (Primary Lesions)                                                | 3   |
| 2.2 繼發性病灶 (Secondary Lesions)                                              | 3   |
| 異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis)                                                 | 3   |
| 濕疹與其他皮膚炎 (Eczema and Other Dermatitis)                                     | 7   |
| 接觸性皮膚炎 (Contact Dermatitis)                                                | 10  |
| 脂漏性皮膚炎 (Seborrheic Dermatitis)                                             | 13  |
| 蕁麻疹 (Urticaria)                                                            | 15  |
| 嚴重皮膚藥物反應與藥物疹 (Severe Cutaneous Adverse Reactions and Drug Eruptions)       | 17  |
| 多形性紅斑與反應性紅斑 (Erythema Multiforme and Reactive Erythemas)                   | 22  |
| 化膿性汗腺炎 (Hidradenitis Suppurativa)                                          | 26  |
| 其他發炎與代謝性皮膚病 (Miscellaneous Inflammatory and Metabolic Dermatoses)          | 28  |
| 皮膚血管炎與系統性發炎皮膚病 (Cutaneous Vasculitis and Systemic Inflammatory Dermatoses) | 35  |
| 皮膚科・感染                                                                     | 39  |
| 細菌性皮膚與軟組織感染 (Bacterial skin and soft tissue infections)                    | 39  |
| 皮膚黴菌感染 (Fungal skin infections)                                            | 46  |
| 病毒性皮膚感染 (Viral skin infections)                                            | 51  |
| 疥瘡 (Scabies)                                                               | 54  |
| 皮膚科・腫瘤                                                                     | 58  |
| 蟹足腫 (Keloid)                                                               | 58  |
| 良性皮膚腫瘤與病變 (Benign Skin Tumors and Lesions)                                 | 60  |
| 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma)                                               | 66  |
| 鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma)                                            | 70  |
| 黑色素瘤 (Melanoma)                                                            | 72  |
| 卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma)                                                    | 75  |
| 蕈樣肉芽腫 (Mycosis fungoides)                                                  | 77  |
| 皮膚血管肉瘤 (Cutaneous angiosarcoma)                                            | 80  |
| 皮膚科・自體免疫疾病                                                                 | 83  |
| 紅斑性狼瘡 (Lupus Erythematosus)                                                | 83  |
| 自體免疫水皰病 (Autoimmune Blistering Diseases)                                   | 87  |
| 皮肌炎 (Dermatomyositis)                                                      | 91  |
| 全身性硬化症 (Systemic Sclerosis)                                                | 93  |
| 皮膚科・色素疾病                                                                   | 96  |
| 色素性疾病 (Pigmentary Disorders)                                               | 96  |
| 皮膚科・角化異常                                                                   | 101 |
| 本章基礎                                                                       | 101 |
| 1.1 皮膚分層                                                                   | 101 |
| 1.2 表皮細胞                                                                   | 101 |
| 1.3 皮膚附屬構造                                                                 | 101 |
| 乾癬 (Psoriasis)                                                             | 101 |
| 遺傳性皮膚病與神經皮膚症候群 (Genodermatoses and Neurocutaneous Syndromes)               | 107 |

# 皮膚科・濕疹及皮膚炎

正文：HikariMusic 《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

## 本章基礎

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 二、皮膚原發性與繼發性病灶

### 2.1 原發性病灶 (Primary Lesions)

| 病灶             | 定義                   |
|----------------|----------------------|
| Macule (斑)     | 平坦、< 1 cm、顏色改變       |
| Patch (斑片)     | 平坦、≥ 1 cm、顏色改變       |
| Papule (丘疹)    | 隆起、< 1 cm、實質性        |
| Plaque (斑塊)    | 隆起、≥ 1 cm、平頂         |
| Nodule (結節)    | 隆起、≥ 1 cm、較深 (真皮/皮下) |
| Vesicle (水疱)   | < 1 cm、透明液體          |
| Bulla (大疱)     | ≥ 1 cm、透明液體          |
| Pustule (膿疱)   | 含膿液                  |
| Wheal (膨疹/蕁麻疹) | 暫時性、水腫性隆起            |
| Cyst (囊腫)      | 含液體/半固體的封閉囊          |

### 2.2 繼發性病灶 (Secondary Lesions)

| 病灶                    | 定義             |
|-----------------------|----------------|
| Scale (鱗屑)            | 角質堆積脫落         |
| Crust (痂皮)            | 血清/血液/膿液乾燥     |
| Erosion (糜爛)          | 表淺表皮缺損，不留疤     |
| Ulcer (潰瘍)            | 深達真皮或以下，會留疤    |
| Excoriation           | 搔抓造成的表淺損傷      |
| Fissure (裂隙)          | 線狀裂開           |
| Lichenification (苔蘚化) | 長期摩擦致皮膚增厚、紋理加深 |
| Atrophy (萎縮)          | 皮膚變薄           |

### 異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis)

★★ 穩定考點 考過 11/20 梯次：107-1、107-2、108-2、109-1、109-2、110-1、111-1、112-2、113-1、113-2、114-2

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 三、濕疹與皮膚炎 (Eczema / Dermatitis)

#### 3.1 異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis, AD)

- 最常見的兒童慢性皮膚病
- 機轉：Th2 為主的免疫失衡 (IL-4、IL-13、IL-31) + 表皮屏障缺損；血清 IgE 常升高但非單純 Type I hypersensitivity 疾病
- 常合併氣喘、過敏性鼻炎、食物過敏 (atopic march)
- Filaggrin 基因突變為重要危險因子 → 表皮屏障缺損

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 三、濕疹與皮膚炎 (Eczema / Dermatitis) > 3.1 異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis, AD)

## 年齡分期

| 年齡           | 好發部位                                  | 特徵     |
|--------------|---------------------------------------|--------|
| 嬰兒期 (<2 歲)   | 臉頰、頭皮、四肢伸側                            | 滲出性、結痂 |
| 兒童期 (2-12 歲) | 四肢屈側 (antecubital/popliteal fossa)、頸部 | 苔蘚化    |
| 成人期          | 手部、四肢屈側、眼周                            | 苔蘚化、乾燥 |

## 診斷

- 主要標準：搔癢、典型形態與分布、慢性反覆、個人/家族過敏史
- 次要標準：乾皮症 (xerosis)、眼下皺褶 (Dennie-Morgan fold)、hyperlinear palms、白色皮膚劃痕 (white dermographism)、keratosis pilaris
- 實驗室：血清 IgE 升高、嗜酸性球增多

## 治療

- 基礎：保濕 (最重要) + 避免觸發因子
- 急性/一般：topical corticosteroids (依部位選強度)
- **Topical calcineurin inhibitors** (Tacrolimus、Pimecrolimus)：臉部、眼周、皺褶處首選；無皮膚萎縮副作用
- Topical PDE4 inhibitor：Crisaborole
- 嚴重/頑固：phototherapy (NB-UVB)、systemic agents (Cyclosporine、Methotrexate)；避免長期口服類固醇 (停藥後反彈)
- 生物製劑：**Dupilumab** (anti-IL-4Ra，阻斷 IL-4 和 IL-13) → 中重度 AD 的重要新選擇
- JAK inhibitors：Baricitinib、Upadacitinib (口服)；Ruxolitinib (外用)

## 併發症

- Eczema herpeticum (HSV 廣泛感染，嚴重 → IV acyclovir)
- 細菌二次感染 (S. aureus 最常見)

## ★ 國考重點 (本站講義)

- 好發部位與年齡特徵
- 診斷標準與特徵表現
- 致病機轉與細胞激素
- 繼發感染與微生物
- 治療選擇與禁忌
- 鑑別診斷與相關疾病

## ⚠ 易混與陷阱

| 比較項目              | 異位性皮膚炎特徵 / 正確觀念                                                      | 易混淆概念 / 臨床陷阱                                             |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 年齡與病灶分布           | 嬰幼兒期好發於面部、軀幹與四肢伸側；兒童及成人期轉至肢體屈側或慢性手部濕疹〔110-1、112-2〕                   | 誤以為嬰幼兒期即以肢體屈側為主（屈側為兒童/成人特徵）〔112-2〕                       |
| 劃紋症與掌紋            | 呈現白色劃紋症（White dermatographism）與手掌紋路增加（Palmar hyperlinearity）〔108-2〕  | 誤記為紅色劃紋症（常見於蕁麻疹）或掌紋變少〔108-2〕                             |
| 角質層脂質成分           | 神經醯胺（Ceramide）為最主要脂質（約50%），缺乏與AD密切相關〔107-2〕                          | 膽固醇（約25%）與游離脂肪酸（約15%）非最主要成分；三酸甘油酯來自皮脂腺〔107-2〕            |
| 免疫細胞動態演變          | 急性期以 Th2 為主；慢性期 Th1（IFN- $\gamma$ 、IL-12）角色增加，與 Th2/Th22 共同作用〔109-1〕 | 誤以為慢性期 Th1 細胞參與度下降〔109-1〕                                |
| 血清與血液指標           | 血清 IgE 上升與嗜酸性球（Eosinophils）增加；IgE 非診斷必備（20% 患者正常）〔108-2、109-2、111-1〕 | 誤認為嗜中性白血球（Neutrophils）增加，或將 IgE 視為診斷的必要生物標記〔109-2、111-1〕 |
| 外用 Calcneurin 抑制劑 | Tacrolimus / Pimecrolimus，抑制 T 細胞及 IL-2，不會引起皮膚萎縮〔108-2〕              | 誤以為會引起皮膚萎縮（皮膚萎縮為外用類固醇之副作用）〔108-2〕                        |
| 系統性類固醇使用          | 嚴格避免長期口服類固醇（長期使用副作用大）〔114-2〕                                         | 誤將口服類固醇列為中重度患者之長期控制選擇〔114-2〕                             |
| 繼發感染鑑別            | 病灶突發惡化伴刺痛感與水泡：疱疹性濕疹（HSV）；結痂為蜜黃色：膿痂疹（細菌）〔113-2〕                       | 將病灶惡化刺痛誤診為細菌性膿痂疹或葡萄球菌皮膚燙傷樣症候群〔113-2〕                     |
| 共病與先天異常鑑別         | 合併血小板低下與免疫缺陷：Wiskott-Aldrich syndrome (WAS)〔113-1〕                   | 將 WAS 表現單純視為一般嚴重型異位性皮膚炎〔113〕                             |

### 精選考題 (3/16)

#### 第 1 題〔114-2 醫學四 第 34 題〕

下列何者不適合用在異位性皮膚炎（atopic dermatitis）的治療？

- (A) 免疫抑制劑（immunosuppressants）
- (B) 長期口服類固醇（long term oral corticosteroid）
- (C) 外用類固醇（topical corticosteroid）
- (D) 窄波紫外線 B 光（narrow band UVB）

#### 答案 B

##### A. 免疫抑制劑（immunosuppressants）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：嚴重異位性皮膚炎可使用環孢靈素、甲氨蝶呤等免疫抑制劑，通常用於頑固型或嚴重病例。

##### B. 長期口服類固醇（long term oral corticosteroid）

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：口服類固醇副作用多，長期使用易致庫欣氏症、骨質疏鬆等，應盡量避免，僅用於短期緩解嚴重發作。

##### C. 外用類固醇（topical corticosteroid）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：外用類固醇是治療輕中度異位性皮膚炎的基石，依病情選擇不同強度與劑型。

##### D. 窄波紫外線 B 光（narrow band UVB）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：窄波 UVB 光療為中重度異位性皮膚炎的選項，能有效抑制發炎，改善皮膚病灶。

**第 2 題** [113-1 醫學四 第 34 題]

關於異位性皮膚炎 (atopic dermatitis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 第二型輔助 T 細胞 (T helper 2 cells, Th2 cells) 在致病機轉上扮演重要角色
- (B) 病灶可能合併有金黃色葡萄球菌 (Staphylococcus aureus) 或單純性疱疹病毒 (Herpes simplex virus) 感染
- (C) 絕大多數患者有絲聚蛋白 (filaggrin) 基因突變
- (D) 若患者有濕疹樣病灶合併血小板低下及免疫功能異常，則需考慮 Wiskott-Aldrich syndrome 之可能

**答案 C**

**A. 第二型輔助 T 細胞 (T helper 2 cells, Th2 cells) 在致病機轉上扮演重要角色**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：第二型輔助 T 細胞 (Th2 cells) 過度活化是異位性皮膚炎 (atopic dermatitis, AD) 致病機轉的核心，導致 IgE 生成增加、嗜伊紅性球浸潤與發炎反應。

**B. 病灶可能合併有金黃色葡萄球菌 (Staphylococcus aureus) 或單純性疱疹病毒 (Herpes simplex virus) 感染**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：AD 患者皮膚屏障功能受損，易繼發感染。金黃色葡萄球菌 (Staphylococcus aureus) 是常見共生菌，亦是重要感染源；單純性疱疹病毒 (Herpes simplex virus) 可引起嚴重的 eczema herpeticum。

**C. 絕大多數患者有絲聚蛋白 (filaggrin) 基因突變**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：絲聚蛋白 (filaggrin, FLG) 基因突變是 AD 的重要危險因子，尤其在特定族群，但並非「絕大多數」AD 患者皆有突變，約 30-50% 的西方患者帶有，亞洲族群比例較低。

**D. 若患者有濕疹樣病灶合併血小板低下及免疫功能異常，則需考慮 Wiskott-Aldrich syndrome 之可能**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Wiskott-Aldrich syndrome (WAS) 是一種 X 染色體隱性遺傳病，典型三聯徵為濕疹樣皮膚炎、血小板低下 (常伴小血小板) 及免疫功能異常，是需與嚴重 AD 鑑別的疾病。

**第 3 題** [110-1 醫學四 第 35 題]

關於異位性皮膚炎診斷的主要依據，下列何者錯誤？

- (A) 皮疹於嬰幼兒時期主要出現在臉部及四肢伸側
- (B) 通常伴隨難以控制的癢感
- (C) 通常有家族或個人藥物過敏史
- (D) 通常呈現慢性且反覆發作病程

**答案 C**

**A. 皮疹於嬰幼兒時期主要出現在臉部及四肢伸側**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：異位性皮膚炎在嬰兒期好發於臉部 (頭皮、頰部) 及四肢伸側，隨年齡增長皮疹漸轉向皺褶處 (flexural area)，敘述正確故此非本題錯誤選項。

**B. 通常伴隨難以控制的癢感**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：搔癢 (pruritus) 是異位性皮膚炎診斷的核心指標，甚至是 diagnostic criteria 的必要條件 (essential feature)，敘述正確。

**C. 通常有家族或個人藥物過敏史**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：異位性皮膚炎通常與個人或家族的「異位性體質 (atopy)」有關，包括過敏性鼻炎、氣喘、異位性皮膚炎三聯徵，而非直接伴隨「藥物過敏史」。

**D. 通常呈現慢性且反覆發作病程**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：異位性皮膚炎是一種慢性 (chronic)、復發性 (relapsing) 的發炎性皮膚病，病程反覆是其臨床特徵，敘述正確。

本考點其他考題 (13 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                                         |
|-------|---------|--------------------------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q35 | MRSA skin soft tissue infection            |
| 107-2 | 醫學四 Q43 | ceramide atopic dermatitis                 |
| 108-2 | 醫學四 Q35 | topical calcineurin inhibitors             |
| 108-2 | 醫學四 Q37 | atopic dermatitis                          |
| 109-1 | 醫學四 Q36 | pityriasis alba                            |
| 109-1 | 醫學四 Q38 | atopic dermatitis pathogenesis             |
| 109-2 | 醫學四 Q40 | atopic dermatitis                          |
| 110-1 | 醫學四 Q37 | erythema multiforme                        |
| 111-1 | 醫學四 Q34 | atopic dermatitis                          |
| 111-1 | 醫學四 Q35 | exfoliative dermatitis                     |
| 112-2 | 醫學四 Q34 | atopic dermatitis distribution             |
| 113-2 | 醫學四 Q38 | eczema herpeticum                          |
| 114-2 | 醫學四 Q36 | prurigo nodularis lichen simplex chronicus |

## 濕疹與其他皮膚炎 (Eczema and Other Dermatitis)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：106-2、107-2、108-2、109-1、114-2

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 三、濕疹與皮膚炎 (Eczema / Dermatitis)

### 3.4 其他濕疹

- 錢幣狀濕疹 (Nummular eczema)：圓形/錢幣形斑塊，好發四肢，需與 tinea corporis 鑑別
- 汗疱疹 (Dyshidrotic eczema / Pompholyx)：手掌、腳掌、指側深層小水疱；極癢；與壓力、流汗相關
- 鬱滯性皮膚炎 (Stasis dermatitis)：下肢靜脈回流不良 → 腳踝內側紅腫脫屑、色素沉著 (hemosiderin)、脂肪皮膚硬化症 (lipodermatosclerosis)、可進展為靜脈性潰瘍

### ★ 國考重點 (本站講義)

#### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 情況                                   | 核心致病機轉與臨床特徵                              | 關鍵治療與應對原則                                             | 鑑別診斷與陷阱                                           |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 口周炎 (Perioral dermatitis)                 | 好發於 20-40 歲女性；常因長期於面部使用外用類固醇引發           | 首要處置為停用外用類固醇；一線口服 doxycycline / minocycline；避免 SLS 牙膏 | ✗ 切勿繼續給予外用類固醇<br>⚠ 口服 doxycycline 具光致敏性，需提醒病人防曬   |
| 缺脂性皮膚炎 (Asteatotic dermatitis)            | 冬季寒流好發於老年人雙小腿；皮膚角質層水份與皮脂大量流失             | 第一線使用潤膚劑 (洗澡後立即塗抹)；提高室內濕度；發炎時用低效能類固醇                  | ✗ 禁忌鼓勵多洗澡/沖熱水 (會加速皮脂喪失而惡化病情)                      |
| 靜脈滯留性皮膚炎 (Stasis dermatitis)              | 雙下肢靜脈曲張與長期水腫引發靜脈高壓，致搔癢、紅腫、傷口癒合不良         | 平常穿著彈性襪、抬高下肢以減少靜脈高壓；合併感染時給予抗生素                        | ✗ 非周邊動脈阻塞疾病 (PAOD) (PAOD 為動脈缺血，特徵為間歇性跛行、靜息痛、脈搏減弱) |
| 濕疹組織病理 (Eczema histopathology)            | 表皮內水疱：表皮層海綿狀病變 (細胞間水腫)；真皮血管周圍淋巴球及嗜伊紅性球浸潤 | 慢性期可出現表皮層不規則棘狀增生 (苔蘚化)                                | ✗ 絕不出現表皮下水疱 (表皮下水疱見於大疱性類天皰瘡、皰疹樣皮膚炎等)              |
| 結節性癢疹 / 慢性單純性苔癬 (Prurigo nodularis / LSC) | 劇烈搔癢引發反覆搔抓與摩擦，導致角質化、結節與苔蘚化 (癢-抓-癢循環)     | 控制搔癢源頭，打破搔抓循環                                         | ⚠ 若發生於異位性皮膚炎患者，各年齡層 (含兒童) 皆可發生，非僅限年長者             |

## 精選考題 (3/5)

## 第 4 題 [109-1 醫學四 第 77 題]

一位 75 歲男性，沒有糖尿病，但雙下肢皆有靜脈曲張（varicose vein），下肢水腫的情形有多年，至急診主訴雙下肢癢和紅腫，並有傷口癒合不良的情形，如圖，下列敘述何者錯誤？



- (A) 懷疑是 stasis dermatitis
- (B) 這是周邊動脈阻塞疾病（peripheral arterial occlusion disease, PAOD）的臨床徵候
- (C) 若合併感染，則需使用抗生素
- (D) 病患平常需使用彈性襪，並將下肢抬高以減少下肢的靜脈高壓（venous hypertension）

## 答案 B

## A. 懷疑是 stasis dermatitis

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：患者雙下肢靜脈曲張、長年水腫、合併癢紅腫與傷口癒合不良，完全符合 stasis dermatitis（靜脈滯留性皮膚炎）的臨床表現。

## B. 這是周邊動脈阻塞疾病（peripheral arterial occlusion disease, PAOD）的臨床徵候

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：PAOD（周邊動脈阻塞病）病因為動脈粥樣硬化，臨床表現為動脈缺血徵象（間歇性跛行、靜息痛、皮膚蒼白、毛髮脫落、脈搏減弱）。本患者表現為靜脈功能不全相關症狀，非 PAOD。

## C. 若合併感染，則需使用抗生素

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Stasis dermatitis 併發感染時（cellulitis、lymphangitis），需使用抗生素治療，為標準處理原則。

## D. 病患平常需使用彈性襪，並將下肢抬高以減少下肢的靜脈高壓（venous hypertension）

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：彈性襪（compression therapy）與肢體抬高為 venous stasis disease 的核心保守治療，可有效減少靜脈高壓、促進靜脈回流、預防潰瘍發生或復發。

## 第 5 題 [107-2 醫學四 第 34 題]

下列何者是濕疹（eczema），在病理下通常不會出現的特徵？

- (A) 表皮層出現海綿狀病變（spongiosis）
- (B) 真皮層血管周圍出現淋巴球和嗜伊紅性球
- (C) 表皮下出現水疱（subepidermal vesicle）
- (D) 表皮層出現不規則的棘狀增生變化（irregular acanthosis）

## 答案 C

**A. 表皮層出現海綿狀病變 (spongiosis)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：海綿狀病變 (spongiosis) 是濕疹最典型、最特徵性的病理改變，由表皮細胞間水腫引起。濕疹**確實會出現**此特徵。

**B. 真皮層血管周圍出現淋巴球和嗜伊紅性球**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：濕疹的真皮層典型出現淋巴球 (主要 CD4+ T cells) 和嗜伊紅性球浸潤，環繞血管周圍。此為濕疹標準發炎反應，**會出現**。

**C. 表皮下出現水疱 (subepidermal vesicle)**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：濕疹的水疱位置在**表皮內** (intraepidermal vesicles)，由 spongiosis 導致。Subepidermal vesicle (表皮下水疱) 見於 bullous pemphigoid、dermatitis herpetiformis 等自體免疫疾病，不是濕疹的典型特徵。

**D. 表皮層出現不規則的棘狀增生變化 (irregular acanthosis)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：慢性濕疹會出現 acanthosis (表皮增厚)，特別是在皮膚苔蘚化時；即使表現為不規則增厚，濕疹仍**會出現**此變化。

**第 6 題** [108-2 醫學四 第 34 題]

45 歲男性，兩年來在足背逐步形成搔癢的皮疹，如圖所示，最適合的診斷為何？



- (A) 急性濕疹 (acute eczema)
- (B) 慢性濕疹 (chronic eczema)
- (C) 尋常性乾癬 (psoriasis vulgaris)
- (D) 類澱粉症苔癬 (lichen amyloidosis)

**答案 B****A. 急性濕疹 (acute eczema)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：急性濕疹特點為快速發生、紅腫、滲出、明顯急性發炎反應，病程通常數天至數週。題幹「兩年來逐步形成」不符合急性時間進程。

**B. 慢性濕疹 (chronic eczema)**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：慢性濕疹特徵為長期病程、苔蘚化 (lichenification)、皮膚增厚、色素沉著。「兩年來逐步形成搔癢皮疹」符合慢性濕疹進行性發展，足背為好發部位。

**C. 尋常性乾癬 (psoriasis vulgaris)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：尋常性乾癬特點為銀白色鱗屑、清楚邊界、Auspitz sign (刮除鱗屑點狀出血)。題幹未提及特徵性鱗屑，且在足背慢性濕疹比乾癬更常見。

**D. 類澱粉症苔癬 (lichen amyloidosis)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：類澱粉症苔癬為罕見病，特徵為褐色、結節狀，多見脛部和足部但臨床表現與足背慢性濕疹差異大，不符合逐步形成搔癢皮疹的進程。

**本考點其他考題 (2 題，未收錄)**

| 梯次    | 題目      | 主題                            |
|-------|---------|-------------------------------|
| 106-2 | 醫學四 Q38 | perioral dermatitis           |
| 109-1 | 醫學四 Q34 | asteatotic eczema winter itch |

**也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)**

| 梯次    | 題目      | 收在                                    |
|-------|---------|---------------------------------------|
| 109-1 | 醫學四 Q36 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis) |
| 114-2 | 醫學四 Q36 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis) |

**接觸性皮膚炎 (Contact Dermatitis)**

★★ 穩定考點 考過 8/20 梯次：107-1、107-2、108-1、111-1、112-1、113-2、115-1、115-2

TWMLE・皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 三、濕疹與皮膚炎 (Eczema / Dermatitis)

**3.2 接觸性皮膚炎 (Contact Dermatitis)**

| 類型             | 機制                                      | 特徵                          |
|----------------|-----------------------------------------|-----------------------------|
| 刺激性 (Irritant) | 非免疫性，直接化學損傷                             | 最常見 (80%)；任何人暴露足夠量即可發生；界限清楚 |
| 過敏性 (Allergic) | Type IV (delayed-type) hypersensitivity | 需先致敏；48-72 hr 後發作；可超越接觸範圍   |

- **Patch test (貼布試驗)**：過敏性接觸性皮膚炎的診斷金標準；48 hr 後判讀
- 最常見過敏原：**Nickel** (耳環、皮帶扣)、poison ivy/oak (urushiol)、fragrance、preservatives
- 治療：避免接觸 + topical corticosteroids；嚴重 → 短期 systemic steroids

TWMLE・皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十六、嬰幼兒皮膚病

**16.2 尿布疹 (Diaper Dermatitis)**

- 最常見原因：**刺激性接觸性皮膚炎** (尿液、糞便中酵素/氨刺激)
- 若皺褶處 (fold) 特別嚴重 → 考慮 **Candida** (衛星狀膿疱 = satellite pustules)
- 治療：勤換尿布 + barrier cream (Zinc oxide)；Candida → topical Nystatin/Azole

**★ 國考重點 (本站講義)**

- 過敏性與刺激性分類比較 [113-2] [112-1、113-2、115-1]
- **ACD 免疫機轉** [107-1、107-2、112-1] [111-1]
- 抗原呈現與效應細胞 [111-1]
- 致敏期與臨床反應期 [111-1、113-2] [107-1、112-1]
- 病灶分佈與臨床表現 [112-1] [107-1、115-1] [115-1] [113-2]
- 常見致敏原與刺激物鑑別 [107-1、115-1、115-2] [107-1]
- **貼膚試驗 (Patch Test)** [107-2、108-1、113-2、115-1] [108-1、112-1、113-2] [108-1]
- 其他皮膚檢驗工具鑑別 [107-2] [107-2] [107-2]

### ⚠ 易混與陷阱

| 比較項目   | 刺激性接觸性皮炎 (ICD)        | 過敏性接觸性皮炎 (ACD)                             |
|--------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 病因與機轉  | 非免疫反應 (直接化學/物理毒性損傷)   | 第四型過敏反應 (Type IV Hypersensitivity, T 細胞介導) |
| 流行率    | 較常見                   | 較少見                                        |
| 先前暴露致敏 | 不需要                   | 需要 (致敏期約 10-14 天, 通常無症狀)                   |
| 症狀發作速度 | 較快 (接觸後數分鐘至數小時)       | 較慢 (再次接觸後 24-72 小時)                        |
| 病灶分佈範圍 | 嚴格局限於暴露/接觸部位          | 可擴散至暴露處周圍甚至全身                              |
| 主要診斷方式 | 臨床表現與接觸病史 (抽血與貼膚試驗無效) | 貼膚試驗 (Patch Test) 為診斷黃金標準                  |

| 檢查名稱                     | 主要檢測目的與適用疾病             | 免疫/病理機轉                          | 臨床判讀時間 / 特徵        |
|--------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------|
| 貼膚試驗 (Patch Test)        | 診斷過敏性接觸性皮炎 (ACD), 找出致敏原 | 第四型過敏反應 (Type IV, Cell-mediated) | 貼敷 48-72 小時後觀察過敏反應 |
| 針刺試驗 (Prick Test)        | 診斷立即型過敏疾病 (如蕁麻疹、過敏性鼻炎)  | 第一型過敏反應 (Type I, IgE-mediated)   | 接觸後數分鐘至數小時內快速呈現陽性  |
| KOH 鏡檢 (KOH Examination) | 診斷皮膚真菌感染 (如皮癬菌、念珠菌)     | 顯微鏡下觀察真菌菌絲或孢子                    | 即時鏡檢               |
| Tzanck 抹片 (Tzanck Test)  | 診斷疱疹病毒感染 (如 HSV、VZV)    | 抹片刮取病灶觀察多核巨細胞                    | 即時抹片染色鏡檢           |

### 精選考題 (3/9)

#### 第 7 題 [112-1 醫學四 第 35 題]

對於刺激性接觸性皮炎 (irritant contact dermatitis) 與過敏性接觸性皮炎 (allergic contact dermatitis) 的比較, 下列敘述何者較不適當?

- (A) 刺激性接觸性皮炎在接觸後症狀發作的速度較快
- (B) 過敏性接觸性皮炎較可能會擴散至暴露處周圍甚至全身
- (C) 過敏性接觸性皮炎是屬於第四型過敏反應 (type IV hypersensitivity reaction)
- (D) 抽血驗過敏原是診斷刺激性接觸性皮炎的主要方法

#### 答案 D

##### A. 刺激性接觸性皮炎在接觸後症狀發作的速度較快

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: 敘述不當。刺激性接觸性皮炎 (irritant contact dermatitis, ICD) 是直接毒性反應, 接觸後數分鐘至數小時發作; 過敏性接觸性皮炎 (allergic contact dermatitis, ACD) 為 Type IV 遲發反應, 首次接觸後 24-72 小時才發作。所以 A 的比較正確。

##### B. 過敏性接觸性皮炎較可能會擴散至暴露處周圍甚至全身

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: 敘述正確。ACD 由於全身淋巴球致敏化, 可擴散至暴露部位周圍甚至全身 (autoeczematization); ICD 通常限於接觸部位。

##### C. 過敏性接觸性皮炎是屬於第四型過敏反應 (type IV hypersensitivity reaction)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: 敘述正確。ACD 為 Type IV 超敏反應 (cell-mediated immunity), 由致敏 T 淋巴球介導, 是教科書標準定義。

##### D. 抽血驗過敏原是診斷刺激性接觸性皮炎的主要方法

✓ 正確 [P1 夯]

詳解: 敘述不適當。ICD 為非免疫反應 (純化學刺激), 不涉及過敏原特异性免疫反應, 故抽血驗過敏原無診斷價值。ICD 診斷主靠臨床症狀與接觸史; patch test 或血清特异性 IgE 應用於 ACD 診斷, 不是 ICD。

**第 8 題**〔115-2 醫學四 第 34 題〕

染髮劑引起接觸性皮膚炎最常見的過敏原為下列何者？

- (A) 鎳 (nickel)
- (B) 對次酚二胺 (para-phenylenediamine, PPD)
- (C) 鉻 (chromium)
- (D) 環氧樹脂 (epoxy resin)

**答案 B****A. 鎳 (nickel)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Nickel (鎳) 為飾品、硬幣與金屬物件中最常見的金屬過敏原，並非染髮劑的主要成分。

**B. 對次酚二胺 (para-phenylenediamine, PPD)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：PPD (para-phenylenediamine, 對苯二胺) 為持久型染髮劑主要發色劑，為引起染髮劑 ACD (Allergic Contact Dermatitis, 過敏性接觸性皮膚炎) 最常見過敏原。

**C. 鉻 (chromium)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Chromium (鉻) 主要存在於皮革鞣製與水泥中，為常見工業與職業性過敏原，與染髮劑無關。

**D. 環氧樹脂 (epoxy resin)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Epoxy resin (環氧樹脂) 常見於工業黏著劑與塗料，為職業性接觸性皮膚炎過敏原，非染髮劑成分。

**第 9 題**〔111-1 醫學四 第 36 題〕

有關過敏性接觸性皮膚炎 (allergic contact dermatitis) 的免疫機轉敘述，下列何者正確？

- (A) 接觸過敏原其分子量多大於 500 Daltons 的親水性物質
- (B) 表皮的抗原表現 (antigen-presenting) 角色主要由藍格罕氏細胞 (Langerhans cells) 擔任
- (C) 淋巴結中的 T 細胞在受到抗原刺激後會分化成 Mast cells，並且會回到皮膚中
- (D) 致敏期 (sensitization phase) 大約需要 30~35 天，且此時期症狀嚴重

**答案 B****A. 接觸過敏原其分子量多大於 500 Daltons 的親水性物質**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：過敏原分子量通常小於 500 Da (非大於)，且為親脂性小分子 (非親水性)。小分子 hapten 需與皮膚蛋白結合才能形成完整抗原；敘述分子量和親脂性皆相反。

**B. 表皮的抗原表現 (antigen-presenting) 角色主要由藍格罕氏細胞 (Langerhans cells) 擔任**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Langerhans cells (LC) 是表皮樹突狀細胞，為專職抗原呈遞細胞 (APC)。在 ACD 致敏期，LC 攝取 hapten-protein 複合物並遷移至局部淋巴結呈遞抗原予 T 細胞，此為致敏化的關鍵步驟。

**C. 淋巴結中的 T 細胞在受到抗原刺激後會分化成 Mast cells，並且會回到皮膚中**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：T 細胞不會分化成 Mast cells；兩者源自不同造血系統。T 細胞分化為 effector T cells (主要 CD8+、CD4+ T cells)，部分成為組織駐留 T 細胞回到皮膚，但不會轉分化成 Mast cells。

**D. 致敏期 (sensitization phase) 大約需要 30~35 天，且此時期症狀嚴重**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：致敏期通常需 10-14 天 (30-35 天偏長)；關鍵錯誤是致敏期通常無症狀或症狀輕微。症狀嚴重發生於再次暴露後的臨床反應期 (elicitation phase)，時間和症狀敘述皆錯誤。

本考點其他考題 (6 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                                      |
|-------|---------|-----------------------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q38 | allergic contact dermatitis PPD         |
| 107-2 | 醫學四 Q35 | contact dermatitis patch test           |
| 108-1 | 醫學四 Q37 | patch testing contact dermatitis        |
| 113-2 | 醫學四 Q36 | contact dermatitis allergic vs irritant |
| 113-2 | 醫學四 Q78 | phytophotodermatitis contact dermatitis |
| 115-1 | 醫學四 Q35 | contact dermatitis                      |

## 脂漏性皮膚炎 (Seborrheic Dermatitis)

★★ 穩定考點 考過 7/20 梯次：106-1、108-1、110-1、110-2、112-1、113-2、114-1

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 三、濕疹與皮膚炎 (Eczema / Dermatitis)

### 3.3 脂漏性皮膚炎 (Seborrheic Dermatitis)

- 好發部位：頭皮、眉毛、鼻唇溝、耳後、前胸
- 嬰兒：**cradle cap** (頭皮乳痂)
- 與 **Malassezia** 相關
- **HIV/AIDS** 患者特別嚴重且廣泛
- **Parkinson disease** 亦常見
- 治療：抗黴菌洗劑 (ketoconazole shampoo)、低效 topical steroids、calcineurin inhibitors

#### ★ 國考重點 (本站講義)

- 致病機轉與微生物 [106-1、108-1、110-2、113-2、114-1] [113-2]
- 好發族群與部位 [108-1] [106-1、108-1、110-1] [106-1]
- 全身性疾病關聯
- 帕金森氏症 (**Parkinson's disease**) [110-1、110-2、114-1]
- 愛滋病毒感染 (**HIV infection**) [106-1、108-1、110-2、112-1、114-1]
- 鑑別診斷與組織學
- 治療原則 [108-1、110-2]

#### ⚠ 易混與陷阱

| 鑑別項目 / 疾病 | 脂 漏 性 皮 膚 炎<br>( <b>Seborrheic Dermatitis</b> ) | 乾 癬 ( <b>Psoriasis</b> ) | 異位性皮膚炎 ( <b>Atopic Dermatitis</b> ) | 缺 脂 性 皮 膚 炎<br>( <b>Asteatotic Dermatitis</b> ) |
|-----------|-------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 典型好發部位    | 皮脂腺豐富處 (頭皮、眉毛、鼻翼、耳後)                            | 四肢伸側、頭皮、軀幹               | 屈側、四肢伸側 (嬰兒期)                       | 下肢 (常見於冬季、皮膚乾燥缺脂)                               |
| 關節炎伴隨     | 極少伴隨關節炎                                         | 常 伴 隨 關 節 炎<br>(10-25%)  | 無關節炎相關                              | 無關節炎相關                                          |
| 致病因素/微生物  | 馬拉色菌 ( <i>Malassezia</i> )<br>過度生長與免疫反應         | 自體免疫 / 角質過度增生            | 家族過敏體質、皮膚障<br>壁異常                   | 皮脂及水分缺乏、過度<br>清潔                                |
| 全身疾病關聯    | HIV 感染 (嚴重難治)、<br>帕金森氏症 (皮脂增加)                  | HIV 感染 (病灶嚴重惡<br>化)      | 氣喘、過敏性鼻炎                            | 無顯著神經/免疫病毒<br>關聯                                |

| 微生物關聯分類                          | 疾病名稱                                                                      |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 馬拉色菌 ( <i>Malassezia</i> ) 相關皮膚病 | 脂漏性皮膚炎、汗斑 (Pityriasis versicolor)、新生兒頭部膿疱病 (Neonatal cephalic pustulosis) |
| 非馬拉色菌相關 (細菌感染)                   | 凹陷性角質溶解症 (Pitted keratolysis, 主要由 <i>Kytococcus sedentarius</i> 等棒狀桿菌引起)  |

### 精選考題 (3/7)

#### 第 10 題 [110-2 醫學四 第 39 題]

有關脂漏性皮膚炎 (seborrheic dermatitis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 治療中不會考慮到使用外用抗黴菌製劑
- (B) 遇到難以控制的脂漏性皮膚炎患者，醫師須考慮病人感染 HIV 的可能性
- (C) 遇到難以控制的脂漏性皮膚炎患者，醫師須考慮病人罹患乾癬的可能性
- (D) Parkinson's disease 可能會加重脂漏性皮膚炎的臨床症狀

#### 答案 A

##### A. 治療中不會考慮到使用外用抗黴菌製劑

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：脂漏性皮膚炎由馬拉色菌 (*Malassezia*) 過度增殖引起，外用抗黴菌製劑 (如 ketoconazole 2% 乳液、miconazole) 是標準治療選項，與類固醇並用效果更佳。「不會考慮」的敘述錯誤。

##### B. 遇到難以控制的脂漏性皮膚炎患者，醫師須考慮病人感染 HIV 的可能性

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：HIV/AIDS 患者脂漏性皮膚炎發生率與嚴重度顯著增加，難治性脂漏性皮膚炎是 HIV 檢測的臨床指標，需評估患者感染風險。

##### C. 遇到難以控制的脂漏性皮膚炎患者，醫師須考慮病人罹患乾癬的可能性

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：脂漏性皮膚炎與乾癬 (psoriasis) 臨床表現相似但病因不同，難以控制的患者需鑑別診斷；也可能合併診斷 sebopsoriasis (介於兩者間的混合型皮膚炎)。

##### D. Parkinson's disease 可能會加重脂漏性皮膚炎的臨床症狀

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：帕金森氏病患者皮脂分泌增加，脂漏性皮膚炎發生率與嚴重度均升高，是已知的神經皮膚學關聯。

#### 第 11 題 [112-1 醫學四 第 34 題]

有關乾癬 (psoriasis) 與脂漏性皮膚炎 (seborrheic dermatitis) 的敘述與比較，何者錯誤？

- (A) 皮膚切片不一定可以區分乾癬與脂漏性皮膚炎
- (B) 脂漏性皮膚炎較常伴隨關節炎一起發生
- (C) 乾癬患者若有 human immunodeficiency virus (HIV) 感染，可能以乾癬病灶嚴重惡化作為臨床表徵
- (D) human immunodeficiency virus (HIV) 感染者若有脂漏性皮膚炎，其脂漏性皮膚炎會比較嚴重

#### 答案 B

##### A. 皮膚切片不一定可以區分乾癬與脂漏性皮膚炎

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：組織學鑑別有重疊。乾癬特徵包括規則 acanthosis、層狀 parakeratosis、消失的 granular layer、Munro microabscesses；脂漏性皮膚炎則為局灶性 acanthosis、保留的 granular layer；但非典型病例確實難以區分。敘述正確。

##### B. 脂漏性皮膚炎較常伴隨關節炎一起發生

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：此選項錯誤。乾癬 (psoriatic arthritis) 常伴隨關節炎，發生率 10-30%；脂漏性皮膚炎很少伴隨關節炎。題目問「何者錯誤」，此為關鍵鑑別點，敘述顛倒正確病機。

**C. 乾癬患者若有 human immunodeficiency virus (HIV) 感染，可能以乾癬病灶嚴重惡化作為臨床表徵**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：敘述正確。HIV (human immunodeficiency virus) 感染導致乾癬嚴重惡化是教科書所知，乾癬為 HIV 常見皮膚表現，病灶廣泛且難治療。

**D. human immunodeficiency virus (HIV) 感染者若有脂漏性皮膚炎，其脂漏性皮膚炎會比較嚴重**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：敘述正確。脂漏性皮膚炎在 HIV 感染者中常見且更嚴重，易誘發、廣泛、難治療，是 AIDS 早期常見皮膚表現。

## 第 12 題 [106-1 醫學四 第 40 題]

有關脂漏性皮膚炎 (Seborrheic dermatitis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 嬰兒期脂漏性皮膚炎需與異位性皮膚炎鑑別診斷
- (B) 致病機轉可能與 Malassezia 相關
- (C) 好發部位為四肢伸側及背部
- (D) HIV 感染可能伴隨脂漏性皮膚炎

### 答案 C

**A. 嬰兒期脂漏性皮膚炎需與異位性皮膚炎鑑別診斷**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：嬰幼兒脂漏性皮膚炎需與異位性皮膚炎 (atopic dermatitis) 鑑別。兩者都可發生於嬰兒期，臨床表現相似，但病程、治療反應、預後不同；此為重要臨床鑑別診斷。

**B. 致病機轉可能與 Malassezia 相關**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Malassezia (馬拉色菌) 與脂漏性皮膚炎的致病機轉密切相關。該酵母菌為皮膚常駐菌，但在遺傳易感者引發異常免疫反應，導致皮膚發炎；抗真菌治療有效證實此機轉。

**C. 好發部位為四肢伸側及背部**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：脂漏性皮膚炎好發於油脂分泌旺盛的部位：頭皮、眉毛、眼皮、耳朵、面部、胸部中線、腋窩等。四肢伸側 (extensor surfaces) 並非典型好發部位，反為異位性皮膚炎與銀屑病的特徵位置。

**D. HIV 感染可能伴隨脂漏性皮膚炎**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：HIV 感染患者脂漏性皮膚炎發生率明顯升高，且病灶通常更廣泛、更嚴重、更難治療。脂漏性皮膚炎可為 HIV 進展的臨床指標之一，此為已確立的臨床關聯。

### 本考點其他考題 (4 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                              |
|-------|---------|---------------------------------|
| 108-1 | 醫學四 Q34 | seborrheic dermatitis           |
| 110-1 | 醫學四 Q36 | seborrheic dermatitis parkinson |
| 113-2 | 醫學四 Q37 | malassezia related skin disease |
| 114-1 | 醫學四 Q36 | seborrheic dermatitis           |

## 蕁麻疹 (Urticaria)

★ 偶考 考過 4/20 梯次：106-1、111-2、113-2、114-2

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 九、紅斑與血管反應性疾病

### 9.1 蕁麻疹 (Urticaria)

- 膨疹 (wheals)：暫時性真皮水腫；單一膨疹持續時間 < 24 小時
- 急性 (< 6 週) vs. 慢性 (≥ 6 週)

- 急性：多有明確觸發因子（食物、藥物、感染）
- 慢性：多為 **idiopathic**（慢性自發性蕁麻疹）
- 可伴隨 **血管性水腫（angioedema）**：真皮深層/皮下水腫，好發眼周、嘴唇
  - **ACE inhibitor** 引起：bradykinin 介導（非組織胺）→ 抗組織胺無效 → 停藥
  - **遺傳性血管性水腫（HAE）**：C1-esterase inhibitor 缺乏
- 治療：
  - 第二代 H1 antihistamines（Cetirizine、Loratadine、Fexofenadine）
  - 加量至 4 倍標準劑量
  - 加 H2 blocker 或 leukotriene antagonist
  - 頑固慢性蕁麻疹：**Omalizumab（anti-IgE）**
  - Anaphylaxis：**Epinephrine IM**

#### ★ 國考重點（本站講義）

- 病程分類〔106-1、113-2〕
- 機轉與病理〔106-1、113-2〕
- 臨床表現與症狀〔106-1、113-2、114-2〕
- 治療原則〔111-2、113-2〕
- 過敏臨床觀念〔114-2〕

#### ⚠ 易混與陷阱

| 比較項目 / 疾病                  | 臨床特徵與時間軸                               | 關鍵鑑別點與病理                                |
|----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 蕁麻疹（Urticaria）             | 極癢膨疹（wheal），單一病灶 < 24 小時內消退            | 肥大細胞脫顆粒；血管周圍水腫（perivascular edema），非血管炎 |
| 血管性水腫（Angioedema）          | 局部腫脹感（常在唇、舌、顏面）                        | 影響深及真皮層（dermis）與皮下組織                    |
| 多型性紅斑（Erythema multiforme） | 虹膜樣病變（iris lesion），常見於 HSV 或藥物反應後數天至一週 | 非進食後數小時內快速發作                            |
| 蜂窩性組織炎（Cellulitis）         | 細菌感染，局部疼痛、紅腫熱                          | 非以發癢為主要表現                               |
| 體癬（Tinea corporis）         | 黴菌感染，發病緩慢（數週至數月），環狀斑塊伴鱗屑               | 慢性邊界清楚鱗屑斑塊                              |

| 慢性蕁麻疹治療位階 | 推薦藥物                                     | 臨床決策說明                        |
|-----------|------------------------------------------|-------------------------------|
| 第一線治療     | 第二代 H1 抗組織胺（H1 antihistamine）            | 臨床首選（如 cetirizine、loratadine） |
| 第二線治療     | Omalizumab（抗 IgE 單株抗體）、環孢素（cyclosporine） | 抗組織胺失效或難治性患者使用                |
| 不建議常規使用   | 長期口服類固醇（long term oral corticosteroid）   | 副作用（感染、骨質疏鬆、代謝併發症）風險過大        |

#### 精選考題（2/5）

##### 第 13 題〔113-2 醫學四 第 34 題〕

下列關於蕁麻疹（urticaria）的敘述，何者錯誤？

- (A) 臨床上急性與慢性蕁麻疹的區分以六週做為分界
- (B) 蕁麻疹可能與血管性水腫（angioedema）一起出現
- (C) 與第一型過敏反應（type I hypersensitivity）相關
- (D) 慢性蕁麻疹的第一線治療為環孢素（cyclosporine）

答案 D

**A. 临床上急性與慢性蕁麻疹的區分以六週做為分界**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：急性蕁麻疹定義為持續時間少於六週，慢性蕁麻疹則為持續六週或更長。此為臨床診斷的標準分界點。

**B. 蕁麻疹可能與血管性水腫 (angioedema) 一起出現**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：蕁麻疹與血管性水腫常合併出現，兩者皆可能由組織胺等介質引起，影響皮膚及皮下組織，為常見的臨床表現。

**C. 與第一型過敏反應 (type I hypersensitivity) 相關**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：許多蕁麻疹病例與過敏反應相關，特別是第一型過敏反應，即 IgE 介導的肥大細胞活化釋放組織胺。

**D. 慢性蕁麻疹的第一線治療為環孢素 (cyclosporine)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：慢性蕁麻疹第一線治療為高劑量非鎮靜型第二代 H1 抗組織胺。環孢素為免疫抑制劑，屬於對標準治療無效時的二線或後線選項。

**第 14 題 [114-2 醫學四 第 78 題]**

急診常見的皮膚過敏性反應，下列敘述何者錯誤？

- (A) 蕁麻疹皮膚病灶表現為邊緣容易界定的皮疹，常帶有極度搔癢感
- (B) 血管水腫的反應與蕁麻疹類似，但影響深及真皮層
- (C) 如曾經使用過 Penicillin 無過敏反應，再度使用時不會產生致死性的過敏性反應
- (D) 針劑比口服的 Penicillin 更容易產生嚴重致死的過敏反應

**答案 C****A. 蕁麻疹皮膚病灶表現為邊緣容易界定的皮疹，常帶有極度搔癢感**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：蕁麻疹 (Urticaria) 的典型皮膚病灶是膨疹 (wheals)，特徵為邊緣清晰、隆起、發紅，且常伴隨劇烈搔癢感。

**B. 血管水腫的反應與蕁麻疹類似，但影響深及真皮層**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：血管水腫 (Angioedema) 是影響真皮層與皮下組織的深層腫脹，常與蕁麻疹並存，表現部位可能包含唇、舌、顏面等。

**C. 如曾經使用過 Penicillin 無過敏反應，再度使用時不會產生致死性的過敏性反應**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：過去對盤尼西林無過敏反應，不保證未來使用就不會產生過敏。過敏反應可能在初次使用後發展，再次使用時仍可能引發嚴重的、甚至致命的過敏性休克 (anaphylaxis)。

**D. 針劑比口服的 Penicillin 更容易產生嚴重致死的過敏反應**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：一般而言，針劑給藥 (parenteral) 的盤尼西林因吸收快速，血中藥物濃度快速升高，比口服 (oral) 給藥更容易引發全身性嚴重過敏反應，包含致死性的過敏性休克。

**本考點其他考題 (3 題，未收錄)**

| 梯次    | 題目      | 主題                          |
|-------|---------|-----------------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q34 | urticaria                   |
| 106-1 | 醫學四 Q38 | acute urticaria             |
| 111-2 | 醫學四 Q34 | chronic urticaria treatment |

**嚴重皮膚藥物反應與藥物疹 (Severe Cutaneous Adverse Reactions and Drug Eruptions)**

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、107-1、108-1、110-1、110-2、111-1、112-2、113-1、114-2、115-2

## 7.1 藥物疹類型

| 類型                         | 特徵                                         | 常見致因藥物                                                            |
|----------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 斑丘疹型 (Morbilliform)        | 最常見藥疹；對稱、廣泛紅色斑丘疹；用藥後 7-14 天（首次）或 1-3 天（再次） | Amoxicillin（特別是 EBV 感染時）、sulfonamides、allopurinol、anticonvulsants |
| 蕁麻疹型 (Urticarial)          | 膨疹、血管性水腫                                   | Penicillin、NSAIDs、ACE inhibitors (angioedema)                     |
| 固定藥疹 (Fixed drug eruption) | 同一位置反覆出現紅斑/水疱 + 用藥後色素沉著                    | Sulfonamides、NSAIDs、Tetracycline、Phenolphthalein                  |
| 光敏感型 (Photosensitivity)    | 日光暴露部位                                     | Tetracycline、Thiazides、Fluoroquinolones、Amiodarone、NSAIDs         |
| 藥物引發痤瘡                     | 單型態膿疱 (monomorphic)                        | Corticosteroids、Lithium、Phenytoin、Isoniazid                       |
| Lichenoid drug reaction    | 類似 lichen planus                           | ACEi、Thiazides、金製劑、Antimalarials                                  |
| Drug-induced lupus         | ANA(+)、anti-histone Ab(+)                  | <b>Hydralazine</b> （最常見）、Procainamide、INH、Minocycline             |

TWML · 皮膚科 > 皮膚科 > 七、藥物不良反應 (Drug Eruptions) > 7.2 Stevens-Johnson Syndrome (SJS) / Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)

### 定義

- 嚴重藥物反應，危及生命
- **SJS**：表皮剝離 < 10% BSA
- **SJS/TEN overlap**：10-30% BSA
- **TEN**：表皮剝離 > 30% BSA
- 機轉：藥物特異性 **CD8<sup>+</sup> T 細胞** 造成廣泛角質細胞凋亡

### 高風險藥物

- **Allopurinol**（與 **HLA-B\*58:01** 強烈相關，漢人帶原率高 → 用藥前建議基因檢測）
- **Carbamazepine**（與 **HLA-B\*15:02** 相關，限漢人/東南亞族群 → 用藥前檢測）
- **Abacavir**（與 **HLA-B\*57:01** 相關 → 用藥前檢測）
- **Phenytoin**、**Lamotrigine**
- **Sulfonamides**（如 **TMP-SMX**）
- **NSAIDs**（**oxicam** 類）
- **Nevirapine**

### 臨床

- 前驅症狀：發燒、倦怠、上呼吸道症狀
- 皮膚：atypical target lesions（中央暗紫/壞死）→ 表皮剝離 → Nikolsky sign (+)
- 黏膜侵犯：口腔、眼結膜（嚴重可致失明）、泌尿生殖道
- 病理：full-thickness epidermal necrosis（大量角質細胞凋亡）

### 治療

- **立即停用可疑藥物（最重要）**
- 支持療法（如燒傷照護）：轉至加護或燒傷單位
- 眼科會診（避免結膜粘連）
- Cyclosporine（可能有效）；IVIG（有爭議）
- **SCORTEN** 評分系統：預測死亡率

TWML · 皮膚科 > 皮膚科 > 七、藥物不良反應 (Drug Eruptions)

## 7.3 Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)

- 又稱 Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome (DIHS)
- 用藥後 **2-8 週** 發病（比一般藥疹晚）
- 臨床三聯徵：廣泛皮疹 + 發燒 + 內臟侵犯
  - 皮疹：廣泛斑丘疹，常累及面部（facial edema 特徵性）
  - 血液學：嗜酸性球增多 ± atypical lymphocytes
  - 內臟：肝炎（最常見、最致命）、腎炎、肺炎、心肌炎、甲狀腺炎
- 與 **HHV-6** 再活化密切相關
- 治療：停藥 + systemic corticosteroids（緩慢減量）

- 停藥後數週至數月仍有可能出現自體免疫後遺症（甲狀腺炎、第一型糖尿病）

#### 7.4 Acute Generalized Exanthematous Pustulosis (AGEP)

- 用藥後 24–48 小時內急性發作（快速）
- 廣泛的無菌性非毛囊性膿疱，在紅斑基底上
- 高燒 + 嗜中性球增多
- 病理：subcorneal / intraepidermal spongiform pustules with neutrophils
- 最常見致因：β-lactam 抗生素、Macrolides
- 停藥後通常 2 週內自行緩解
- 與 SJS/TEN 的鑑別：AGEP 以膿疱為主、發作更快、預後較好

#### ★ 國考重點（本站講義）

##### ⚠ 易混與陷阱

#### 1. 高風險藥物與 HLA 基因型對照表

| 藥物名稱          | 相關 HLA 基因型   | 主要引發之嚴重不良反應                       |
|---------------|--------------|-----------------------------------|
| Carbamazepine | HLA-B*1502   | SJS / TEN（東亞族群風險增加大於 100 倍）       |
| Allopurinol   | HLA-B*5801   | SJS / TEN / 嚴重皮膚不良反應              |
| Abacavir      | HLA-B*5701   | 藥物過敏反應（Hypersensitivity Reaction） |
| Hydralazine   | 無主要 HLA 基因關聯 | 藥物誘發型紅斑狼瘡（DILE）                   |

#### 2. 水疱性疾病與 SJS/TEN 之 Nikolsky Sign 鑑別表

| 疾病名稱               | Nikolsky Sign | 病理機轉與水疱位置                                 |
|--------------------|---------------|-------------------------------------------|
| Pemphigus Vulgaris | 陽性            | 自體抗體攻擊 Dsg3/Dsg1，棘層分離（Acantholysis），表皮內裂隙 |
| SSSS               | 陽性            | 金黃色葡萄球菌外毒素攻擊 Dsg1，顆粒層上方表皮分離               |
| SJS / TEN          | 陽性            | 藥物誘發角質細胞凋亡，表皮-真皮交界層廣泛壞死                   |
| Bullous Pemphigoid | 陰性            | 自體抗體攻擊半橋粒（BP180/BP230），表皮下水疱，表皮完整         |

#### 3. SJS 與 TEN 之體表面積（BSA）鑑別表

| 疾病名稱         | 表皮壞死剝落之體表面積（BSA）範圍 | 臨床特徵             |
|--------------|--------------------|------------------|
| SJS          | 1% 至 10%           | 急性藥物反應、黏膜潰爛、表皮壞死 |
| SJS / TEN 重疊 | 10% 至 30%          | 介於兩者之間           |
| TEN          | 大於 30%（如 40%）      | 大面積表皮壞死剝落、死亡率高   |

## 4. 常考藥物疹類型與陷阱特徵表

| 藥物疹 / 疾病類型    | 誘發藥物 / 因素              | 關鍵特徵與臨床陷阱                   |
|---------------|------------------------|-----------------------------|
| 固定藥物疹 (FDE)   | Diclofenac (NSAIDs)    | 同一部位反覆出現單一或少數紅斑             |
| 多形性紅斑 (EM)    | 感染 / 藥物                | 手腳掌靶心病灶；須檢查口腔眼睛黏膜與鑑別二期梅毒    |
| AGEP          | Macrolides, Quinolones | 對磨部位無毛囊性膿皰；關節炎非主要特徵（僅約 20%） |
| 手足皮膚反應 (HFSR) | Sorafenib              | 標靶藥物常見副作用，伴隨手足反應及落髮         |
| 藥物型 SCLE      | 多種藥物                   | 潛伏期長（數週至數月，非一週內）            |
| Penicillin 過敏 | Penicillin             | 過往無過敏史不代表安全；針劑致死過敏風險高於口服    |

## 精選考題 (3/8)

## 第 15 題 [111-1 醫學四 第 76 題]

50 歲男性最近服用 allopurinol，2 週後突然出現全身性紅斑及水泡、黏膜潰爛與表皮剝落壞死，身體檢查發現有 40% 的體表面積受到影響。關於此病人的診斷，下列何者最有可能？

- (A) 史蒂文強生氏症候群 (Stevens-Johnson syndrome)
- (B) 毒性表皮溶解症 (toxic epidermal necrolysis)
- (C) 多形性紅斑 (erythema multiforme)
- (D) 尋常型天疱瘡 (pemphigus vulgaris)

## 答案 B

## A. 史蒂文強生氏症候群 (Stevens-Johnson syndrome)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Stevens-Johnson syndrome (SJS) 定義為表皮壞死涉及 1-10% 體表面積。此例 40% BSA 超過 SJS 上限，應診斷 TEN。

## B. 毒性表皮溶解症 (toxic epidermal necrolysis)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Toxic epidermal necrolysis (TEN) 定義為表皮壞死 > 30% BSA，此例 40% 符合。Allopurinol 為已知誘因。臨床表現黏膜潰爛、大片表皮剝落壞死，完全符合 TEN 特徵。

## C. 多形性紅斑 (erythema multiforme)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Erythema multiforme (多形性紅斑) 通常 < 10% BSA，特徵為靶形損傷。此例大面積表皮壞死剝落，遠超 EM 典型範圍，不符診斷。

## D. 尋常型天疱瘡 (pemphigus vulgaris)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Pemphigus vulgaris (尋常型天疱瘡) 為自體免疫疾病 (抗 Dsg3)，病理為棘層內裂隙。此例藥物誘發、發作急性 (2 週)、表現為大片表皮壞死，機轉與病理俱不符。

**第 16 題** [115-2 醫學四 第 37 題]

48 歲男性，因為痛風服用 allopurinol 後，出現高燒且全身（含生殖器及口腔黏膜）水疱潰瘍，皮膚科醫師 確診為 Stevens-Johnson syndrome，下列敘述何者錯誤？

- (A) 皮膚病理切片可見到表皮層和真皮層的裂解，表皮細胞明顯壞死
- (B) 皮膚組織直接免疫螢光檢查 (direct immunofluorescence test) 呈現表皮層和真皮層之間線狀分布的免疫 堆積
- (C) 常侵犯眼睛黏膜
- (D) 若無感染的症狀，不必常規使用抗生素，且以支持性療法為主

**答案 B**

**A. 皮膚病理切片可見到表皮層和真皮層的裂解，表皮細胞明顯壞死**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SJS (Stevens-Johnson syndrome) 病理切片特徵為全層表皮細胞壞死 (full-thickness epidermal necrosis) 與真皮交界處裂解 (dermo-epidermal separation)。敘述正確，非本題所求。

**B. 皮膚組織直接免疫螢光檢查 (direct immunofluorescence test) 呈現表皮層和真皮層之間線狀分布的免疫 堆積**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：SJS (Stevens-Johnson syndrome) 為 T 細胞媒介之細胞毒性反應，DIF (direct immunofluorescence) 通常為陰性；表皮真皮交界線狀免疫堆積係 BP (Bullous Pemphigoid) 特徵。本項敘述錯誤，為正確答案。

**C. 常侵犯眼睛黏膜**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SJS (Stevens-Johnson syndrome) 超過 90% 伴隨黏膜侵犯，常嚴重影響眼睛黏膜造成結膜炎與潰瘍黏連。敘述正確，非本題所求。

**D. 若無感染的症狀，不必常規使用抗生素，且以支持性療法為主**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SJS (Stevens-Johnson syndrome) 治療以立即停藥與支持性療法 (supportive care) 為主；若無感染跡象不建議常規使用預防性抗生素。敘述正確，非本題所求。

**第 17 題** [113-1 醫學四 第 35 題]

關於藥物所引起的皮膚反應，下列敘述何者正確？

- (A) acute generalized exanthematous pustulosis 的發生，常和 macrolide 及 quinolone 等抗生素有相關，會在軀幹及對磨部位 (intertriginous region) 出現膿疱，也會引發關節炎
- (B) tetracycline 主要是引起黏膜的色素沉著，不會發生在 sun-exposed areas
- (C) 藥物所引起的 subacute cutaneous lupus erythematosus，通常在用藥後平均一週內，就會引發此皮膚症狀
- (D) sorafenib (signal transduction inhibitors) 會引發手足皮膚反應 (hand-foot skin reaction) 及落髮 (alopecia)

**答案 D**

**A. acute generalized exanthematous pustulosis 的發生，常和 macrolide 及 quinolone 等抗生素有相關，會在軀幹及對磨部位 (intertriginous region) 出現膿疱，也會引發關節炎**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：AGEP (急性全身性發疹性膿疱症) 表現是膿疱，關節炎非主要特徵，約 20% 病例出現，故非最正確敘述。

**B. tetracycline 主要是引起黏膜的色素沉著，不會發生在 sun-exposed areas**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：四環黴素 (tetracyclines) 引起光敏感反應，好發於陽光曝曬區，選項所述「不會發生在 sun-exposed areas」為錯誤。

**C. 藥物所引起的 subacute cutaneous lupus erythematosus，通常在用藥後平均一週內，就會引發此皮膚症狀**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：藥物引起 SCLE (subacute cutaneous lupus erythematosus) 潛伏期通常為數週至數月，而非平均一週。

**D. sorafenib (signal transduction inhibitors) 會引發手足皮膚反應 (hand-foot skin reaction) 及落髮 (alopecia)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Sorafenib 為多激酶抑制劑，常引發手足皮膚反應 (HFSR) 及落髮 (alopecia)，為常見且重要副作用。

## 本考點其他考題（5 題，未收錄）

| 梯次    | 題目      | 主題                                 |
|-------|---------|------------------------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q43 | toxic epidermal necrolysis drugs   |
| 107-1 | 醫學四 Q43 | carbamazepine TEN HLA-B*1502       |
| 108-1 | 醫學四 Q39 | Nikolsky sign blistering disorders |
| 110-2 | 醫學四 Q34 | fixed drug eruption                |
| 112-2 | 醫學四 Q39 | HLA-B1502 carbamazepine SJS        |

## 也考本考點的題目（2 題，收在其他考點）

| 梯次    | 題目      | 收在                                    |
|-------|---------|---------------------------------------|
| 110-1 | 醫學四 Q37 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis) |
| 114-2 | 醫學四 Q78 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，蕁麻疹 (Urticaria)            |

## 多形性紅斑與反應性紅斑 (Erythema Multiforme and Reactive Erythemas)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：107-2、109-2、110-1、113-1、114-1

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 九、紅斑與血管反應性疾病

### 9.3 多形性紅斑 (Erythema Multiforme, EM)

- 最常見觸發因子：HSV 感染
- 其他：Mycoplasma pneumoniae、藥物（較少見）
- 特徵性病灶：**Target lesion** → 3 個同心環（中央暗/紫，中間蒼白水腫，外環紅斑）
- EM minor：限於皮膚，少或無黏膜侵犯
- EM major：有黏膜侵犯（但與 SJS 是不同疾病）
- 病理：interface dermatitis、角質細胞壞死
- 治療：治療 HSV；短期口服 steroids；反覆發作 → 預防性 acyclovir

### 9.4 結節性紅斑 (Erythema Nodosum)

- 最常見的脂肪織炎 (panniculitis)
- 位於脛前的紅色疼痛結節；通常對稱
- 脂肪中隔炎 (septal panniculitis) without vasculitis
- 常見觸發因子：
  - 感染：**Streptococcal infection**（最常見）、TB、Yersinia、Coccidioidomycosis
  - 藥物：OCP、Sulfonamides
  - 全身性疾病：**Sarcoidosis**、IBD（尤其 Crohn's disease）、Behçet disease
  - 懷孕
- 治療：治療根本病因；NSAIDs；抬高患肢；通常 6–8 週自行緩解
- 比較：

|    | Erythema Nodosum          | Erythema Induratum        |
|----|---------------------------|---------------------------|
| 病理 | Septal panniculitis，無血管炎  | Lobular panniculitis，伴血管炎 |
| 潰瘍 | 不潰瘍                       | 會潰瘍                       |
| 關聯 | Strep、Sarcoidosis、IBD 等多種 | 結核 (TB)                   |

### ★ 國考重點（本站講義）

### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病名稱                                 | 典型臨床表徵與觸發因子                                                             | 病理與機轉特徵                     | 國考常見陷阱與鑑別點                                                      |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 多形性紅斑 (Erythema Multiforme, EM)      | 標靶病灶 (三層結構)、四肢與掌足紅斑；黏膜受累 (重型 EM)；最常由單純疱疹病毒 (HSV) 誘發 [109-2、113-1、114-1] | 界面皮膚炎、基底層壞死、淋巴球浸潤 [109-2]   | 誤選真皮纖維化 (纖維化為慢性病變)；手足紅斑需驗 VDRL/HIV 鑑別二期梅毒，非異位性皮膚炎 [109-2、110-1] |
| 火激紅斑 (Erythema Ab Igne)              | 長期反覆局部熱敷/熱刺激；網狀色素沉著，無水疱或燙傷潰瘍 [107-2]                                    | 中等熱度致慢性血管擴張、真皮黑色素沉著 [107-2] | 誤以為由紫外線引起；繼續熱敷會加重病情，長期可併發皮膚鱗狀上皮細胞癌 (SCC) [107-2]                |
| 結節性紅斑 / 隔間性脂膜炎 (Septal Panniculitis) | 下肢疼痛性紅斑結節；常見誘因包含感染 (鏈球菌)、藥物 (磺胺類)、自體免疫疾病 [114-1]                        | 病理為隔間性脂膜炎，主要為中性球浸潤 [114-1]  | 誤以為常伴隨血管炎或許多漿細胞浸潤；病理與表現不同於狼瘡脂膜炎或汗疱疹 [114-1]                     |

### 精選考題 (3/5)

#### 第 18 題 [109-2 醫學四 第 35 題]

關於多形性紅斑 (erythema multiforme) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 病理組織檢查常見真皮纖維化
- (B) 典型表徵為標靶病灶 (target lesion)
- (C) 部分病人和單純疱疹病毒的感染相關
- (D) 發病部位可包括黏膜

#### 答案 A

##### A. 病理組織檢查常見真皮纖維化

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：多形性紅斑的典型病理特徵為 interface dermatitis (表皮-真皮界面炎症) 與 basal cell necrosis (基底層壞死)，真皮浸潤為淋巴球為主的急性反應，而非纖維化。真皮纖維化乃慢性皮膚病或長期刺激之結果，非 EM 之特徵。

##### B. 典型表徵為標靶病灶 (target lesion)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：標靶病灶 (target lesion) 為多形性紅斑之經典表徵，具三層結構：中央壞死層、環繞紅斑、外圍淡色暈。此乃診斷 EM 之關鍵病徵，教科書標準。

##### C. 部分病人和單純疱疹病毒的感染相關

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：單純疱疹病毒 (HSV-1、HSV-2) 為多形性紅斑最常見之觸發因子，約 50% EM 病例與 HSV 感染相關，特別是復發性 HSV 感染。

##### D. 發病部位可包括黏膜

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：多形性紅斑可累及口腔、生殖器黏膜，黏膜表現包括水泡、糜爛。當多處黏膜明顯受損時，部分病例可分類為 EM Major，黏膜受累乃公認臨床表現。

**第 19 題** [114-1 醫學四 第 34 題]

30 歲女性，在軀幹及四肢出現靶心狀病灶及水疱，同時伴隨口腔糜爛，眼結膜紅腫以及會陰部糜爛。下列何者為



最可能之診斷？

- (A) 多型性紅斑 (erythema multiforme)
- (B) 梅毒 (syphilis)
- (C) 汗疱疹 (pompholyx)
- (D) 結節性紅斑 (erythema nodosum)

**答案 A****A. 多型性紅斑 (erythema multiforme)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：靶心狀病灶、口腔、眼結膜、會陰部黏膜侵犯是典型的多型紅斑 (erythema multiforme major) 表現，這是最符合臨床描述的診斷。

**B. 梅毒 (syphilis)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：梅毒二期皮疹多樣，但通常不呈現典型的靶心狀病灶，且黏膜侵犯表現亦不同。

**C. 汗疱疹 (pompholyx)**

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：汗疱疹 (pompholyx) 是一種濕疹，主要影響手腳，表現為深層水疱，與全身性靶心狀病灶及廣泛黏膜侵犯無關。

**D. 結節性紅斑 (erythema nodosum)**

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：結節性紅斑 (erythema nodosum) 是皮下脂肪組織炎，表現為疼痛的紅色結節，主要在小腿，與此題的病灶型態及部位顯著不同。

**第 20 題** [107-2 醫學四 第 42 題]

曾接受腹部手術後的病人，因腸胃不適，常長期局部熱敷減輕症狀，皮膚出現如圖所示的色素沉著，下列敘述何者



正確？

- (A) 因為紫外線所引起之黑色素細胞增生
- (B) 因為患部燙傷起水疱後發炎所留下
- (C) 患部皮膚可併發皮膚鱗狀上皮細胞癌
- (D) 繼續局部熱敷可促進色素消散

**答案 C****A. 因為紫外線所引起之黑色素細胞增生**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Erythema ab igne 由重複熱刺激引起，不是紫外線。熱引起血管擴張及慢性發炎，導致 melanin 沉著於真皮；紫外線相關色素沉著機制完全不同。

**B. 因為患部燙傷起水疱後發炎所留下**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Erythema ab igne 為中等溫度慢性接觸所致，不會達到燙傷程度引起水疱。典型表現是網狀色素沉著，無水疱或潰瘍；水疱是急性高溫燙傷特徵。

**C. 患部皮膚可併發皮膚鱗狀上皮細胞癌**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Erythema ab igne 的重要併發症為長期反覆熱刺激導致皮膚萎縮、纖維化，增加皮膚鱗狀上皮細胞癌 SCC 風險。此為經典教學要點，國考頻出考題。

**D. 繼續局部熱敷可促進色素消散**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：繼續熱敷會加重色素沉著並增加癌變風險。正確做法是停止熱敷、加強防曬；色素通常逐漸消散但改善緩慢。

**本考點其他考題（2 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                                   |
|-------|---------|--------------------------------------|
| 113-1 | 醫學四 Q41 | erythema multiforme hsv              |
| 114-1 | 醫學四 Q41 | erythema nodosum septal panniculitis |

**也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）**

| 梯次    | 題目      | 收在                                       |
|-------|---------|------------------------------------------|
| 110-1 | 醫學四 Q37 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎<br>(Atopic Dermatitis) |

## 化膿性汗腺炎 (Hidradenitis Suppurativa)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：112-2、114-1、115-1

TWMLE・皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十三、痤瘡、酒糟與皮膚附屬器疾病

### 13.3 化膿性汗腺炎 (Hidradenitis Suppurativa, HS)

- 慢性反覆發炎性疾病，累及含 apocrine 汗腺的毛囊
- 好發部位：腋下、腹股溝、臀部、乳房下
- 臨床：深層疼痛性結節/膿瘍 → 反覆破裂 → 竇道 (sinus tracts) + 瘻痕
- 危險因子：肥胖、吸菸、女性
- Hurley staging：I（膿瘍無竇道）→ II（反覆膿瘍 + 竇道）→ III（瀰漫性竇道/瘻痕）
- 長期併發症：SCC（慢性竇道內）、心理社會影響
- 治療：
  - 輕度：topical Clindamycin；口服 Tetracycline
  - 中重度：口服 Clindamycin + Rifampicin；**Adalimumab (anti-TNF-α)**
  - 手術：I&D（急性膿瘍）；嚴重 → wide excision

**★ 國考重點（本站講義）**

- 好發性別與比例〔112-2〕
- 好發部位與分布〔112-2、115-1〕
- 致病機轉與本質〔114-1、115-1〕
- 體重因子〔115-1〕
- 嚴重度分期〔114-1〕
- 輕度病患治療〔114-1〕
- 中重度與免疫治療〔114-1、115-1〕
- 廣泛性病灶手術〔112-2〕
- 長期併發症風險〔112-2、114-1〕

**⚠ 易混與陷阱**

| 比較項目    | 正確概念 / 臨床事實                                                                | 常見錯誤觀念 / 考試陷阱     |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 好發性別    | 女性較多（女性：男性約 3:1 以上）〔112-2〕                                                 | 誤認為男性較常見          |
| 好發部位    | 腋下、腹股溝、臀部、乳下（富含大汗腺處，常呈對稱）〔112-2、115-1〕                                     | 誤認為好發於頭頸部或不易發生於腋下 |
| 致病機轉    | 源於毛囊閉鎖與免疫系統失調引起之發炎性疾病〔114-1、115-1〕                                         | 誤認為最初由大汗腺細菌感染引起   |
| 體重影響    | 體重過重（肥胖）為已知惡化因子〔115-1〕                                                     | 誤認為體重過輕是惡化因子      |
| 免疫抑制劑使用 | 屬發炎失調，中重度可用類固醇、cyclosporin 及 anti-TNF- $\alpha$ (adalimumab) 〔114-1、115-1〕 | 誤認為細菌感染所致故禁用免疫抑制劑 |
| 長期併發症   | 長期發炎與無法癒合之病灶有併發鱗狀上皮細胞癌 (SCC) 風險〔112-2、114-1〕                               | 忽視慢性病灶併發惡性腫瘤之可能   |

### 精選考題 (2/3)

#### 第 21 題 〔114-1 醫學四 第 42 題〕

25 歲女性發現雙側腋下及腹股溝出現反覆發炎疼痛之結節並有膿樣的分泌物，經診斷為化膿性汗腺炎 (hidradenitis suppurativa)。下列有關化膿性汗腺炎之敘述，何者錯誤？

- (A) 在病灶處若有長期無法癒合的傷口，可能是鱗狀上皮細胞癌
- (B) 嚴重度可用 Hurley stage 評估
- (C) 對於嚴重度較輕之病患，首選治療為口服 tetracycline 或塗抹 clindamycin 藥膏
- (D) 為細菌感染所致，故不可給與環孢素 (cyclosporin) 或類固醇等免疫抑制藥物

#### 答案 D

**A. 在病灶處若有長期無法癒合的傷口，可能是鱗狀上皮細胞癌**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：慢性、無法癒合的化膿性汗腺炎病灶，有發展成鱗狀上皮細胞癌的風險，是需要警惕的罕見併發症。

**B. 嚴重度可用 Hurley stage 評估**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Hurley 分期系統 (I, II, III) 是國際公認的化膿性汗腺炎嚴重度臨床分級標準。

**C. 對於嚴重度較輕之病患，首選治療為口服 tetracycline 或塗抹 clindamycin 藥膏**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：對於輕度化膿性汗腺炎 (Hurley Stage I)，首選治療通常包括外用 clindamycin 或口服四環黴素類抗生素。

**D. 為細菌感染所致，故不可給與環孢素 (cyclosporin) 或類固醇等免疫抑制藥物**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：化膿性汗腺炎本質上是發炎性疾病，涉及免疫系統失調，非單純細菌感染。環孢素或類固醇等免疫抑制劑可用於中重度病患。

#### 第 22 題 〔115-1 醫學四 第 41 題〕

關於化膿性汗腺炎 (hidradenitis suppurativa)，下列敘述何者正確？

- (A) 體重過輕是惡化因子之一
- (B) 臨床上好發於頭頸部，不易發生於腋下與胯下
- (C) 疾病的最初起因是來自於大汗腺的細菌感染
- (D) anti-TNF- $\alpha$  (adalimumab) 單株抗體是核准的治療方式之一

#### 答案 D

**A. 體重過輕是惡化因子之一**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：體重過重（肥胖）是化膿性汗腺炎（HS）的已知惡化因子，而體重過輕並非典型的惡化因素。

**B. 臨床上好發於頭頸部，不易發生於腋下與胯下**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：化膿性汗腺炎（HS）好發於富含大汗腺的區域，如腋下、鼠蹊部、乳房下方，頭頸部並非常見部位。

**C. 疾病的最初起因是來自於大汗腺的細菌感染**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：化膿性汗腺炎（HS）的確切病因未明，但認為與毛囊閉鎖、慢性發炎反應及免疫失調有關，並非最初由細菌感染引起，二次感染可能發生。

**D. anti-TNF- $\alpha$  (adalimumab) 單株抗體是核准的治療方式之一**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Adalimumab (Humira) 是第一種獲美國 FDA 核准用於治療中至重度化膿性汗腺炎（HS）的生物製劑，透過抑制 TNF- $\alpha$  來減少發炎。**本考點其他考題（1 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                       |
|-------|---------|--------------------------|
| 112-2 | 醫學四 Q42 | hidradenitis suppurativa |

**其他發炎與代謝性皮膚病（Miscellaneous Inflammatory and Metabolic Dermatoses）**

★★★ 常青必掃 考過 13/20 梯次：106-2、107-1、107-2、108-1、108-2、109-1、110-1、111-1、111-2、112-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE · 皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 五、扁平苔蘚與相關疾病

**5.1 扁平苔蘚（Lichen Planus）**

- **5P**：Pruritic（癢）、Purple、Polygonal、Planar、Papules
- 好發部位：手腕屈側、腳踝、口腔黏膜、生殖器
- 口腔 LP：最常見的黏膜侵犯 → Wickham striae（白色網狀條紋）；有惡變 SCC 之風險
- **Koebner phenomenon**（+）
- 病理：
  - Interface dermatitis（基底層液化變性）
  - Band-like（帶狀）淋巴球浸潤，緊貼表皮-真皮交界
  - Civatte bodies（colloid bodies / apoptotic keratinocytes）
  - 楔形顆粒層增厚（hypergranulosis）
  - 鋸齒狀表皮突起（saw-tooth rete ridges）
- 關聯：**HCV（C 型肝炎）** → 需檢測
- 治療：potent topical steroids；嚴重 → systemic steroids、Acitretin、phototherapy
- 通常 1-2 年自行緩解，但口腔型可持續更久

**5.2 硬化性萎縮苔蘚（Lichen Sclerosus）**

- 白色萎縮性斑塊
- 好發：女性外陰部（最常見）→ 搔癢、性交困難
- 外陰 LS：SCC 風險增加（4-5%）
- 男性：龜頭（balanitis xerotica obliterans）→ 包皮過緊
- 病理：表皮萎縮、真皮上層均質化（homogenization of collagen）、帶狀淋巴球浸潤
- 治療：super-potent topical steroids（Clobetasol）→ 長期追蹤

TWMLE · 皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 九、紅斑與血管反應性疾病

## 9.2 肥大細胞增生症 (Mastocytosis)

- 肥大細胞異常增生於皮膚或全身
- 皮膚型 (Urticaria pigmentosa)**：最常見形式；紅棕色斑丘疹
- Darier sign (+)**：搔刮病灶 → 局部膨疹/潮紅（肥大細胞釋放 histamine）
- 單發性：兒童常見 **mastocytoma** → 通常自限性
- 全身型：骨髓侵犯，需檢測 c-KIT (D816V) 突變；血清 tryptase ↑
- 治療：抗組織胺；避免觸發肥大細胞脫顆粒的因素（摩擦、極端溫度、特定藥物）

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 十、色素異常與痣

## 10.3 黑色棘皮症 (Acanthosis Nigricans)

- 皮膚增厚、天鵝絨樣、色素沉著 → 好發頸部、腋下、腹股溝
- 與胰島素阻抗/第二型糖尿病/肥胖高度相關
- 惡性型：突然出現且快速進展 → 懷疑內臟惡性腫瘤（尤其胃腺癌）
- 治療：控制基礎疾病（減重、血糖控制）；外用 tretinoin/ammonium lactate

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 十三、痤瘡、酒糟與皮膚附屬器疾病

## 13.1 痤瘡 (Acne Vulgaris)

- 最常見的皮膚病之一
- 致病四因子：
  - 皮脂腺分泌增加 (androgen 刺激)
  - 毛囊角化異常 (follicular hyperkeratinization)
  - Cutibacterium acnes** (痤瘡丙酸桿菌) 增殖
  - 發炎反應
- 分級與治療：

| 嚴重度                | 病灶                                  | 治療                                                                    |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 輕度 (comedonal)     | 開放性粉刺 (blackhead)、閉鎖性粉刺 (whitehead) | <b>Topical retinoid</b> ( Adapalene、Tretinoin)                        |
| 輕中度 (inflammatory) | 發炎性丘疹、膿疱                            | Topical retinoid + <b>Benzoyl peroxide</b> (BPO) ± topical antibiotic |
| 中重度                | 大量丘疹膿疱                              | 口服抗生素 ( <b>Doxycycline</b> 首選) + topical retinoid + BPO               |
| 重度 (nodulo-cystic) | 囊腫、結節、疤痕                            | <b>Isotretinoin</b> (口服 A 酸)                                          |

- Isotretinoin 重要副作用：
  - 致畸胎 (**Teratogenic**) → 女性須避孕
  - 乾燥 (皮膚、嘴唇、眼睛)
  - 高三酸甘油酯血症
  - 肝功能異常
  - 骨骼異常 (長期高劑量)
  - 夜間視力下降

## 13.2 酒糟 (Rosacea)

- 好發 30–50 歲淺膚色者；中臉部位 (頰、鼻、額、下巴)
- 亞型：

| 亞型                       | 特徵                                             |
|--------------------------|------------------------------------------------|
| Erythematotelangiectatic | 持續性臉部潮紅 (flushing)、微血管擴張                       |
| Papulopustular           | 類似痤瘡的丘疹膿疱 (但無粉刺 comedone)                      |
| Phymatous                | 皮膚增厚、結節狀 → 鼻贅 ( <b>Rhinophyma</b> , 鼻子肥大)；男性好發 |
| Ocular                   | 眼睛乾澀、灼熱、結膜炎、瞼板腺炎                               |

- 觸發因子：日曬、熱、酒精、辛辣食物、壓力、Demodex (蠕形蟎)

- 治療：
  - 避免觸發因子 + 防曬
  - Erythema：topical Brimonidine ( $\alpha_2$ -agonist 收縮血管)
  - Papulopustular：topical Metronidazole / Azelaic acid / Ivermectin
  - Rhinophyma：手術 (CO<sub>2</sub> laser、電燒刮除)
  - 禁忌：Topical corticosteroids → 會惡化酒糟

### 13.4 脫髮 (Alopecia)

| 類型                          | 特徵                                                                                                          |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 雄性禿 (Androgenetic alopecia) | 最常見脫髮原因；DHT 介導；男性前額/頂部、女性瀰漫；治療：Minoxidil (外用)、Finasteride (口服，男性)                                           |
| 圓禿 (Alopecia areata)        | 自體免疫攻擊毛囊；圓形/橢圓形邊界清楚脫髮斑；exclamation point hairs (驚嘆號毛髮)；關聯：甲狀腺疾病、vitiligo；嚴重型：alopecia totalis / universalis |
| 休止期落髮 (Telogen effluvium)   | 壓力事件/手術/生產/發燒/減重後 2-3 個月瀰漫性落髮；可自行恢復                                                                         |
| 拔毛癖 (Trichotillomania)      | 自行拔毛 → 不規則脫髮斑；斷裂不等長毛髮                                                                                       |

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 十六、嬰幼兒皮膚病

### 16.3 其他新生兒/嬰幼兒皮膚病

- Erythema toxicum neonatorum**：新生兒最常見良性皮疹 (24-48 hr 內出現)；紅斑 + 小膿疱；嗜酸性球浸潤 → 自行消退
- Transient neonatal pustular melanosis**：出生時即有；膿疱破裂後留色素沉著；嗜中性球浸潤；深膚色新生兒好發
- Miliaria** (汗疹/熱疹)：eccrine 汗管阻塞 → crystallina (角質層)、rubra (表皮內)、profunda (真皮)
- Milia** (粟粒疹)：新生兒鼻頭/臉頰白色小丘疹 (角質囊腫) → 數週內自行消退
- Sebaceous hyperplasia**：鼻部黃色小丘疹 (母體雄性素刺激) → 自行消退
- Mongolian spot** (蒙古斑)：先天性真皮黑色素細胞增生 → 臀部/腰薦部藍灰色斑 → 通常數年內消退

#### ★ 國考重點 (本站講義)

- 玫瑰糠疹 (Pityriasis rosea) [106-2]
- 扁平苔癬 (Lichen planus) [107-1、115-1]
- 癩皮病 / 糙皮病 (Pellagra) [107-1]
- 鋅缺乏症 (Zinc deficiency) [107-2]
- 類澱粉性苔癬 (Lichen amyloidosis) [108-1]
- 成人史迪爾氏病 (Adult-onset Still's disease, AOSD) [108-2]
- 類肉芽腫 (Sarcoidosis) [109-1]
- 舍格倫氏症候群 / 干燥症 (Sjögren's syndrome) [109-1]
- 口服異維 A 酸 (Isotretinoin) [110-1]
- 糖尿病性硬腫病 (Scleredema diabeticorum) [110-1、114-2]
- 感染性心內膜炎 (Infective endocarditis, IE) 之皮膚眼底表徵
- 奧斯勒節點 (Osler node) [111-1]
- 詹姆斯病灶 (Janeway lesion) [111-1]
- 羅特斑 (Roth spot) [111-1]
- 雄性禿 (Androgenetic alopecia) [111-2]
- 黑色棘皮症 (Acanthosis nigricans) [112-1]
- 男樣多毛症 (Hirsutism) [115-1]
- 休止期落髮 (Telogen effluvium) [115-2]

### ⚠ 易混與陷阱

| 鑑別項目        | 疾病 / 表徵 A                  | 疾病 / 表徵 B                        | 核心鑑別點與陷阱                                                                             |
|-------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 感染性心內膜炎末梢病灶 | 奧斯勒節點 (Osler node)         | 詹 姆 斯 病 灶 ( Janeway lesion)      | Osler node 位於指/趾末端且有壓痛(痛)；Janeway lesion 位於掌/跖且無痛。眼底 Roth spots 為視網膜出血，非指甲床病灶。       |
| 毛髮異常        | 男樣多毛症 (Hirsutism)          | 毛髮增多症 (Hypertrichosis)           | Hirsutism 限於女性之雄性素依賴區(如上唇)；Hypertrichosis 為全身性非雄性素依賴毛髮增生。兩者不可混為一談。                   |
| 脫屑紅斑與分佈     | 玫瑰糠疹 (Pityriasis rosea)    | 多 形 性 紅 斑 ( Erythema multiforme) | 玫瑰糠疹沿 Langer's line 呈聖誕樹狀，手掌腳掌正常；多形性紅斑呈靶形病灶，常累及手掌腳掌。                                 |
| 背部/頸部皮膚硬化   | 糖 尿 病 性 硬 腫 病 (Scleredema) | 硬 化 性 黏 液 水 腫 (Scleromyxedema)   | 硬腫病無症狀，病理為全層真皮增厚伴粗大膠原束被黏蛋白分隔，與糖尿病相關；硬化性黏液水腫常伴發癢且與單株蛋白血症相關。                           |
| 自體免疫特异性抗體   | 抗 SSB/La 抗體                | 抗 U1-RNP / 抗 Scl-70 / 抗 Jo-1     | 抗 SSB/La 為舍格倫氏症候群 (Sjögren's) 特异性標誌；抗 U1-RNP 見於 MCTD/SLE；抗 Scl-70 見於硬皮症；抗 Jo-1 見於肌炎。 |

| 落髮型態                      | 誘發時序                | 病灶特徵                |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| 休止期落髮 (Telogen effluvium) | 重大生理壓力或急遽減重後 2-3 個月 | 瀰漫性落髮，頭皮無發炎，毳毛無增加   |
| 生長期落髮 (Anagen effluvium)  | 化學治療或毒物暴露後數天至數週     | 快速大量落髮              |
| 圓禿 (Alopecia areata)      | 自體免疫攻擊毛囊            | 邊界清晰的斑塊狀落髮          |
| 紅斑性狼瘡相關落髮                 | 慢性病程                | 伴頭皮發炎、鱗屑、盤狀皮疹或瘢痕性落髮 |

## 精選考題 (5/18)

## 第 23 題 [111-1 醫學四 第 78 題]

一位 50 歲男性，5 年前做過心臟二尖瓣膜手術，至急診主訴發燒 10 日，這 2 天逐漸出現喘與胸悶的情形，身體檢查出現一些皮膚與眼睛病灶如圖，下列敘述何者錯誤？



- (A) 手指或腳趾出現小而壓痛的腫塊病灶稱為 Osler node
- (B) 指甲床出現病灶為 Roth spots
- (C) 結膜、口腔黏膜和四肢可見瘀血點
- (D) 手掌或腳掌出現小而無痛的出血性斑塊病灶稱為 Janeway lesions

## 答案 B

**A. 手指或腳趾出現小而壓痛的腫塊病灶稱為 Osler node**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Osler node（奧斯勒節點）定義為手指或腳趾出現小而壓痛的腫塊，是 IE（infective endocarditis）古典皮膚表現，發生率 5-10%，機轉為免疫複合體沉積。選項描述完全正確。

**B. 指甲床出現病灶為 Roth spots**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Roth spot（羅特斑）是視網膜出血伴中央白點，眼底檢查所見，非指甲床病灶。指甲床下出血稱 splinter hemorrhage（縱向出血線）。選項混淆 Roth spot 與 splinter hemorrhage 之位置，為錯誤描述。

**C. 結膜、口腔黏膜和四肢可見瘀血點**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Petechiae（瘀血點）是 IE 常見皮膚表現（10-40% 患者），可見於結膜、口腔黏膜及四肢，由栓塞或血管炎引起。選項描述正確。

**D. 手掌或腳掌出現小而無痛的出血性斑塊病灶稱為 Janeway lesions**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Janeway lesion（詹姆斯病灶）為手掌或腳掌出現無痛、出血性斑塊，與有痛的 Osler node 區別。IE 古典表現，發生率 5-10%。選項描述正確。

**第 24 題** [115-1 醫學四 第 42 題]

下列有關男樣多毛症 (hirsutism) 之敘述，何者錯誤？

- (A) 亦稱為毛髮增多症 (hypertrichosis)
- (B) 上唇為常見的位置
- (C) 檢測血液可能有雄性素升高的現象
- (D) 若男樣多毛症的症狀在短時間內出現，應考慮腎上腺或卵巢腫瘤

**答案 A****A. 亦稱為毛髮增多症 (hypertrichosis)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Hirsutism 指女性在雄性素依賴區域（如臉、胸）出現男性化毛髮；Hypertrichosis 則是全身性毛髮異常增生，兩者不同疾病。

**B. 上唇為常見的位置**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：女性臉部，特別是上唇、下顎、頸部，是雄性素過多時毛髮增生的典型部位，符合 hirsutism 表現。

**C. 檢測血液可能有雄性素升高的現象**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：多毛症常與多囊性卵巢症候群 (PCOS) 或卵巢/腎上腺腫瘤相關，這些情況常導致雄性素（如總/游離睪固酮、DHEA-S）升高。

**D. 若男樣多毛症的症狀在短時間內出現，應考慮腎上腺或卵巢腫瘤**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Hirsutism 症狀若於短時間內急速出現並伴隨 virilization，高度懷疑為分泌雄性素的卵巢或腎上腺腫瘤，需立即檢查。

**第 25 題** [110-1 醫學四 第 40 題]

55 歲男性慢性糖尿病病患，上背皮膚出現如圖所示無症狀的增厚硬化病灶，最有可能是下列何種 疾病？



- (A) 庫欣氏症候群 (Cushing syndrome)
- (B) 硬腫病 (scleredema)
- (C) 硬化性黏液水腫 (scleromyxedema)
- (D) 皮肌炎 (dermatomyositis)

**答案 B**

**A. 庫欣氏症候群 (Cushing syndrome)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：庫欣氏症候群主要皮膚表現為紫紋、皮膚變薄、易瘀青、面部浮腫等，不是上背無症狀的局部增厚硬化。與糖尿病無直接機轉關聯。

**B. 硬腫病 (scleredema)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：scleredema (硬腫病) 典型表現為對稱性、無凹陷的皮膚增厚硬化，經典部位為頸部、肩膀、上背；scleredema diabeticorum 與糖尿病密切相關，通常無症狀，組織病理顯示膠原增厚。

**C. 硬化性黏液水腫 (scleromyxedema)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：scleromyxedema (硬化性黏液水腫) 通常表現為丘疹性或結節性病變、面部硬化；常伴隨瘙癢症狀，與糖尿病無特定關聯，病因多與單株蛋白血症相關。

**D. 皮肌炎 (dermatomyositis)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：dermatomyositis (皮肌炎) 皮疹典型位置為指關節背側、肘部 (Gottron's papules)、眼周 (heliotrope rash)；病患通常有肌肉無力症狀，不符合無症狀的上背硬化表現。

**第 26 題** [109-1 醫學四 第 41 題]

下列何種自體抗體為 Sjögren's syndrome 特異性標示抗體？

- (A) 抗 SSB/La 抗體
- (B) 抗 U1-RNP 抗體
- (C) 抗 Jo-1 抗體
- (D) 抗 Scl-70 抗體

**答案 A****A. 抗 SSB/La 抗體**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：anti-SSB/La (抗 SSB/La 抗體) 是 Sjögren's syndrome 最特異性的自體抗體，陽性率 50-60%，特異度 >95%。SSB/La antigen 在 Sjögren's 幾乎獨有，是疾病最強的特異性標誌。

**B. 抗 U1-RNP 抗體**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：anti-U1-RNP (抗 U1-RNP 抗體) 是 MCTD 與 SLE 的標誌性抗體，並非 Sjögren's 特異性標誌。

**C. 抗 Jo-1 抗體**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：anti-Jo-1 (抗 Jo-1 抗體) 屬肌炎特異性抗體 (myositis-specific antibody)，見於 dermatomyositis 與 polymyositis，不與 Sjögren's 相關。

**D. 抗 Scl-70 抗體**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：anti-Scl-70 (抗拓撲異構酶—抗體) 是硬皮症 (systemic sclerosis) 的標誌性抗體，不見於 Sjögren's syndrome。

**第 27 題** [115-2 醫學四 第 42 題]

28 歲的女性因每日落髮大於 150 根而至皮膚科就診。經詢問後發現，其 3 個月前開始減肥並實行嚴格的卡路里控管，體重減少約 15 公斤。仔細觀察頭皮並沒有發炎的現象，毳毛（vellus hair）也沒有增加。此病患落髮的原因最有可能為下列何者？

- (A) 休止期落髮 (telogen effluvium)
- (B) 生長期落髮 (anagen effluvium)
- (C) 圓禿 (alopecia areata)
- (D) 紅斑性狼瘡 (lupus erythematosus)

**答案 A****A. 休止期落髮 (telogen effluvium)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Telogen Effluvium（休止期落髮）常在重大生理壓力或急遽減重（如 3 個月前嚴格控管卡路里減重 15 公斤）後 2 至 3 個月發生，表現為瀰漫性每日落髮大於 150 根，且頭皮無發炎徵象。

**B. 生長期落髮 (anagen effluvium)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Anagen Effluvium（生長期落髮）主因化學治療或毒性物質破壞生長期毛囊，數天至數週內快速大量落髮；病患無化療或毒物暴露史，臨床時序不符。

**C. 圓禿 (alopecia areata)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Alopecia Areata（圓禿）為自體免疫攻擊毛囊，典型表現為邊界清晰的斑塊狀落髮（patchy hair loss），非急遽減重後誘發之瀰漫性落髮。

**D. 紅斑性狼瘡 (lupus erythematosus)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lupus Erythematosus（紅斑性狼瘡）引起的落髮多伴隨頭皮發炎、鱗屑、盤狀皮疹或瘢痕性落髮（scarring alopecia），本題病患頭皮無發炎徵象。

**本考點其他考題（13 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                              |
|-------|---------|---------------------------------|
| 106-2 | 醫學四 Q34 | psoriasis                       |
| 107-1 | 醫學四 Q34 | lichen planus                   |
| 107-1 | 醫學四 Q37 | pellagra niacin deficiency      |
| 107-2 | 醫學四 Q37 | zinc deficiency dermatitis      |
| 108-1 | 醫學四 Q36 | lichen amyloidosis              |
| 108-2 | 醫學四 Q39 | adult onset still disease       |
| 109-1 | 醫學四 Q40 | cutaneous sarcoidosis           |
| 110-1 | 醫學四 Q34 | isotretinoin contraindication   |
| 111-2 | 醫學四 Q42 | androgenetic alopecia           |
| 112-1 | 醫學四 Q41 | acanthosis nigricans            |
| 112-1 | 醫學四 Q42 | acanthosis nigricans etiology   |
| 114-2 | 醫學四 Q41 | scleredema diabetes association |
| 115-1 | 醫學四 Q36 | lichen planus                   |

## 皮膚血管炎與系統性發炎皮膚病（Cutaneous Vasculitis and Systemic Inflammatory Dermatoses）

★ 偶考 考過 4/20 梯次：106-1、107-2、111-1、115-2

### 9.5 壞疽性膿皮症 (Pyoderma Gangrenosum, PG)

- 非感染性嗜中性球性皮膚病
- 快速進展的疼痛性潰瘍，邊緣呈 undermined、紫色/藍色
- **Pathergy phenomenon**：外傷/手術後在傷口處出現新病灶 → 避免不必要的清創
- 關聯疾病：**IBD (尤其 UC)**、RA、血液惡性腫瘤、MGUS
- 治療：systemic corticosteroids、Cyclosporine、Dapsone；局部：Tacrolimus

### 9.6 血管炎

- **IgA 血管炎 (Henoch-Schönlein Purpura, HSP)**：
  - 最常見兒童血管炎；上呼吸道感染後
  - 四聯徵：**可觸及紫斑 (palpable purpura)** + 關節痛 + 腹痛 + 腎炎 (IgA nephropathy)
  - 病理：leukocytoclastic vasculitis (小血管壁嗜中性球碎裂)；DIF：IgA 沉積
  - 通常自限性
- **Leukocytoclastic vasculitis (LCV)**：
  - 可觸及紫斑 (palpable purpura) → 下肢好發
  - 病理：小血管壁嗜中性球浸潤 + nuclear dust (核碎片)

## ★ 國考重點 (本站講義)

### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 比較項目                    | 主要血清學 / 表現類型               | 臨床關鍵鑑別與特徵                                       |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| GPA (Wegener granulomatosis) | c-ANCA (PR3) 陽性最高 (90-95%) | ANCA 相關血管炎中 c-ANCA 比例最高者 [106-1]                |
| MPA & EGPA (Churg-Strauss)   | p-ANCA (MPO) 陽性為主          | MPA (60-80%)、EGPA (40-60%) [106-1]              |
| IgA 血管炎 (HSP)                | IgA 免疫複合物血管炎               | ANCA 通常為陰性 [106-1]                              |
| 史格連氏症候群皮膚表現                  | 可觸摸紫斑、雷諾氏現象、皮膚乾燥           | 不包含後天性魚鱗癬 (後者提示內科惡性腫瘤) [107-2]                  |
| 落屑性皮膚炎 (紅皮症)                 | 全身廣泛性紅斑與脫屑                 | 由乾癬、異位性皮膚炎、皮膚 T 細胞淋巴瘤引起；毛囊炎僅為局限性發炎不屬於此類 [111-1] |

## 精選考題 (2/3)

**第 28 題** [115-2 醫學四 第 36 題]

12 歲男性，下肢出現紅疹（如附圖），同時伴有腹痛及關節痛症狀。在皮膚紅疹出現前，曾發生過感冒。對於此



病症相關的臨床檢查，下列何者較不需要？

- (A) 皮膚切片併免疫螢光染色檢查
- (B) 紅血球沉降速率
- (C) 尿液檢查
- (D) 血清免疫球蛋白 E (IgE)

**答案 D****A. 皮膚切片併免疫螢光染色檢查**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Skin biopsy with direct immunofluorescence（皮膚切片併免疫螢光染色）可證實真皮小血管壁有 IgA 沉積與白血球破裂性血管炎，為診斷 HSP 的重要檢查，故非較不需要之項目。

**B. 紅血球沉降速率**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ESR（Erythrocyte Sedimentation Rate，紅血球沉降速率）為急性發炎指標，常用於評估 HSP 血管炎活性與全身性發炎程度，臨床屬於合理輔助檢查。

**C. 尿液檢查**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Urinalysis（尿液檢查）為 HSP 必要追蹤項目，用以早期診斷紫斑性腎炎（HSP nephritis）之血尿與蛋白尿，其腎臟受累攸關預後，非常需要。

**D. 血清免疫球蛋白 E (IgE)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Serum IgE（血清免疫球蛋白 E）主要參與 Type I 過敏反應。HSP 致病機轉為 IgA 免疫複合物沉積之 IgA vasculitis，檢查 IgE 對診斷無幫助，故較不需要。

**第 29 題**〔107-2 醫學四 第 41 題〕

Sjogren's syndrome 常見的皮膚病變，下列何者錯誤？

- (A) cutaneous vasculitis
- (B) acquired ichthyosis
- (C) Raynaud phenomenon
- (D) erythema multiforme

**答案 B****A. cutaneous vasculitis**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Sjogren's syndrome 常見血管炎表現，呈現 palpable purpura，屬於皮膚小血管炎。

**B. acquired ichthyosis**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Acquired ichthyosis 作為臨床診斷，通常提示內科惡性腫瘤（lymphoma、lung cancer 等），不是 Sjogren's 特徵表現。雖 Sjogren's 患者可有 xeroderma（皮膚乾燥），但不會診斷為 acquired ichthyosis。

**C. Raynaud phenomenon**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Raynaud phenomenon 在 Sjogren's syndrome 常見，尤其在伴隨其他結締組織病特徵時更顯著。

**D. erythema multiforme**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Erythema multiforme 雖罕見，但 Sjogren's 患者若有其他觸發因子（如 HSV 感染）仍可出現，不是錯誤。

**本考點其他考題（1 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                |
|-------|---------|-------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q35 | c-ANCA vasculitis |

**也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）**

| 梯次    | 題目      | 收在                                       |
|-------|---------|------------------------------------------|
| 111-1 | 醫學四 Q35 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎<br>(Atopic Dermatitis) |

# 皮膚科・感染

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

## 細菌性皮膚與軟組織感染 (Bacterial skin and soft tissue infections)

★★★ 常青必掃 考過 14/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-1、108-2、109-2、110-2、111-1、111-2、113-1、113-2、114-1、115-1

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 八、感染性皮膚病 > 8.1 細菌感染

### 膿痂疹 (Impetigo)

- 最常見兒童細菌性皮膚感染
- 非水疱型：**S. aureus** > GAS → 蜜黃色痂皮 (honey-colored crust)，好發口鼻周圍
- 水疱型：**S. aureus** (exfoliative toxin) → 鬆弛薄壁水疱
- 治療：局部 Mupirocin；廣泛者 → 口服抗生素 (Cephalexin)
- 併發症：GAS 引起的可致急性腎絲球腎炎 (但不會引起風濕熱)

### 蜂窩性組織炎 (Cellulitis) 與丹毒 (Erysipelas)

|     | Cellulitis    | Erysipelas |
|-----|---------------|------------|
| 深度  | 真皮深層 + 皮下     | 真皮淺層 + 淋巴管 |
| 邊界  | 不清楚           | 清楚、隆起      |
| 致病菌 | S. aureus、GAS | <b>GAS</b> |
| 好發  | 下肢            | 臉、下肢       |
| 治療  | 口服或 IV 抗生素    | 口服或 IV 抗生素 |

### 葡萄球菌燙傷樣皮膚症候群 (SSSS, Staphylococcal Scalded Skin Syndrome)

- **S. aureus** 產生 **exfoliative toxin** → 攻擊 **Desmoglein 1** (Pemphigus foliaceus 目標)
- 好發新生兒/幼兒 (腎臟代謝毒素能力不足)
- 廣泛紅斑 → 鬆弛水疱 → 大面積表皮剝離；Nikolsky sign (+)
- 與 **TEN** 鑑別：SSSS → 裂隙在顆粒層 (subcorneal)，病理無壞死角質細胞；TEN → full-thickness necrosis
- 治療：抗葡萄球菌抗生素 + 支持療法 (不要給 systemic steroid)

### 壞死性筋膜炎 (Necrotizing Fasciitis)

- Type I：多菌種 (polymicrobial)，常見於 DM、免疫低下
- Type II：單一菌種 (**GAS**)，可發生於健康人
- 臨床：**pain out of proportion to physical findings**、crepitus、皮膚壞死、sepsis
- 診斷：臨床為主；CT 可見 gas in soft tissue
- 治療：緊急外科清創 (最重要) + 廣效抗生素 (GAS → Penicillin + Clindamycin)

### 紅癬 (Erythrasma)

- **Corynebacterium minutissimum** 感染
- 好發皺褶處 (腋下、腹股溝、趾間)；界限清楚的紅棕色斑片
- **Wood's lamp**：珊瑚紅螢光 (coral-red fluorescence) → 診斷特徵 (coproporphyrin III)
- 治療：topical/oral Erythromycin
- 鑑別：tinea cruris (KOH 有菌絲)、intertrigo

### 梅毒 (Syphilis)

- **Treponema pallidum** 感染
- 一期 (Primary)：硬下疳 (chancre) → 無痛性、邊緣隆起、基底乾淨的潰瘍；好發生殖器；具高度傳染性；3-6 週自行消退

- **二期 (Secondary)**：感染後 6–8 週；**全身性對稱紅棕色斑丘疹**（含手掌足底）；**扁平濕疣**（condylomata lata，肛周/會陰灰白色濕潤斑塊）；mucous patches（口腔）；全身性淋巴結腫大；moth-eaten alopecia（蟲蛀狀脫髮）
- **三期 (Tertiary)**：**梅毒腫 (gumma)** → 肉芽腫性破壞性病灶，可侵犯皮膚、骨骼、內臟
- **診斷**：暗視野顯微鏡；血清學 → 非特異性（RPR/VDRL）+ 特異性（FTA-ABS/TPHA）
- **治療**：**Benzathine Penicillin G IM**

### ★ 國考重點（本站講義）

- **紅癬 (Erythrasma)**〔110-2、111-1、115-1〕
- **凹陷性角質溶解症 (Pitted keratolysis)**〔113-2、114-1〕
- **恙蟲病 (Scrub typhus / Tsutsugamushi disease)**〔106-1〕
- **麻風病 (Leprosy)**〔106-1、106-2〕
- **梅毒 (Syphilis)**〔106-2、107-2、108-2〕
- **創傷弧菌壞死性筋膜炎 (Vibrio vulnificus Necrotizing fasciitis)**〔111-2〕
- **壞死性筋膜炎 (Necrotizing fasciitis)** 與軟組織感染〔111-2、113-1、113-2〕
- **葡萄球菌感染與毒性休克症候群 (Toxic shock syndrome, TSS)**〔107-1、108-1、109-2〕
- **Nikolsky 徵象 (Nikolsky sign)**〔108-1〕

### ⚠ 易混與陷阱

| 鑑別項目             | 病原體 / 致病機轉                    | 臨床特徵 / 診斷關鍵                                   | 關鍵處置或鑑別點                          |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|
| 紅癬 (Erythrasma)  | 微細棒狀桿菌（革蘭氏陽性桿菌）               | 腋下/胯下紅棕色斑塊，KOH 陰性；伍氏燈呈珊瑚紅螢光                   | 外用/口服抗生素治療（外用抗黴菌藥或類固醇無效）          |
| 股癬 / 體癬 (Tinea)  | 皮膚真菌 (Dermatophytes)          | 邊界隆起脫屑斑塊，KOH 陽性（可見菌絲）；伍氏燈無珊瑚紅螢光               | 抗真菌藥物治療                           |
| 凹陷性角質溶解症         | 沉澱庫球菌等棒狀桿菌（細菌）                | 好發於穿軍靴/密閉靴者， <b>腳底小點狀凹陷與惡臭</b>                | 與馬拉色菌（真菌）無關                       |
| 壞死性筋膜炎           | 多菌種、創傷弧菌或 GAS                 | <b>疼痛程度與外觀不相符</b> 、暗黑色出血性水泡、皮下氣體              | <b>立即外科清創 + 廣效抗生素</b> （不可等待抗生素反應） |
| 蜂窩性組織炎           | A 群鏈球菌或金黃色葡萄球菌                | 真皮與皮下組織發炎，界線不清晰，無筋膜壞死                         | 無菌血症之健康成人可門診口服抗生素治療               |
| 丹毒 (Erysipelas)  | A 群鏈球菌 (GAS) 為主               | 表淺真皮與淋巴管發炎， <b>鮮紅且病灶界線清晰高起</b>                | 首選 Penicillin 或頭孢菌素類              |
| 毒性休克症候群 (TSS)    | S. aureus / S. pyogenes 超抗原毒素 | 高燒、猩紅熱樣皮疹、掌蹠脫屑、休克、多器官衰竭                       | 非綠膿桿菌所致；綠膿桿菌無剝脫性毒素                |
| 二期梅毒             | 梅毒螺旋體 (Treponema pallidum)    | <b>手掌腳掌無症狀脫屑丘疹、扁平濕疣、蟲蝕狀禿髮</b>                 | 監測療效靠 <b>非特異性試驗 (RPR/VDRL 滴度)</b> |
| 三期梅毒             | 梅毒螺旋體 (Treponema pallidum)    | <b>結節性梅毒腫 (nodular gumma)</b> ，感染後 3 至 15 年出現 | 特異性試驗 (FTA-ABS) 終生陽性，不可用於監測療效     |
| Nikolsky sign 陰性 | 大皰性類天皰瘡 (BP)                  | <b>表皮下水皰</b> （自體抗體破壞半橋粒 BP180/BP230）          | 表皮層結構完整，機械按壓不致表皮剝離                |
| Nikolsky sign 陽性 | SSSS、天皰瘡 (PV)、SJS             | 表皮內水皰或表皮真皮交界壞死（顆粒層上分離/棘層鬆解）                   | 機械按壓易導致表皮大片剝離                     |

## 精選考題 (5/16)

## 第 1 題 [111-2 醫學四 第 78 題]

60 歲漁夫過去病史有糖尿病與肝硬化，因處理魚鰭不慎刺傷左手，隔天出現發燒，手掌與手背出現暗黑色出血的水泡，檢傷時生命徵象如下：體溫 38.1°C，心跳 140/min，呼吸 24/min，血壓 80/54 mmHg，此病人的病因與處置，下列何者最正確？

- (A) 最有可能感染的致病菌是 A 群鏈球菌 (group A streptococcus)
- (B) 抗生素可以合併使用 ceftriaxone 和 doxycycline
- (C) 廣效的抗生素給與後如反應不佳，再照會外科執行清創
- (D) 血管收縮劑如 norepinephrine 不適合用在此病人身上

## 答案 B

**A. 最有可能感染的致病菌是 A 群鏈球菌 (group A streptococcus)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：A 群鏈球菌引起的 necrotizing fasciitis 多見陸地環境皮膚破損。本案例漁夫接觸海鮮、暗黑色出血性水泡為 *Vibrio vulnificus* 的病理特徵；此菌為海洋菌，尤其在肝硬化、糖尿病患者致病性強。

**B. 抗生素可以合併使用 ceftriaxone 和 doxycycline**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：*Vibrio vulnificus* necrotizing fasciitis 標準治療：ceftriaxone (第三代 cephalosporin，覆蓋 Gram-negative 菌) + doxycycline (tetracycline 類，對 *Vibrio* 有效)。此組合為國際指引推薦的一線療法。

**C. 廣效的抗生素給與後如反應不佳，再照會外科執行清創**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Necrotizing fasciitis 是外科急症，需立即進行外科清創，不能延遲等抗生素反應。*Vibrio vulnificus* 死亡率 30-50%，每延遲數小時死亡率倍增；應併行抗生素與緊急手術，不是「反應不佳後」再清創。

**D. 血管收縮劑如 norepinephrine 不適合用在此病人身上**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：患者處於 septic shock (BP 80/54、HR 140、RR 24)，norepinephrine 是標準 vasopressor 支持藥物，不僅適合使用、更是必需。Septic shock 治療指引強烈建議早期使用血管收縮劑維持灌流壓力。

## 第 2 題 [108-1 醫學四 第 40 題]

有關 Toxic shock syndrome 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 臨床上表現包括大面積皮膚紅腫疼痛或是膿疱、以及皮膚廣泛性脫屑現象
- (B) 初期會出現皮膚疼痛現象，大部分是因為術後傷口感染或是腹腔感染引起
- (C) 病患會出現發燒、喉嚨痛、肌肉痠痛、嘔吐或是腹瀉，嚴重時會造成低血壓以及多重器官衰竭
- (D) 主要致病機轉為 *Pseudomonas* 製造的 exfoliative toxin 所引起

## 答案 D

**A. 臨床上表現包括大面積皮膚紅腫疼痛或是膿疱、以及皮膚廣泛性脫屑現象**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：TSS 經典皮膚表現包括猩紅熱樣皮疹、膿疱及掌蹠脫屑，敘述符合臨床特徵。

**B. 初期會出現皮膚疼痛現象，大部分是因為術後傷口感染或是腹腔感染引起**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：術後傷口感染與腹腔感染確為 TSS 常見來源；皮膚疼痛為早期表現，特別在感染部位。

**C. 病患會出現發燒、喉嚨痛、肌肉痠痛、嘔吐或是腹瀉，嚴重時會造成低血壓以及多重器官衰竭**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：TSS 全身症狀包括高燒、肌肉痠痛、胃腸道症狀、喉嚨痛，嚴重可進展至低血壓與多重器官衰竭。

**D. 主要致病機轉為 *Pseudomonas* 製造的 exfoliative toxin 所引起**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：TSS 主要致病菌為金黃色葡萄球菌或化膿性鏈球菌，產生超抗原毒素（TSST-1、腸毒素、SPEs）；Pseudomonas 不是 TSS 病原，其 exfoliative toxins 導致 SSSS 而非 TSS。

### 第 3 題 [106-2 醫學四 第 40 題]

關於 Leprosy 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 致病菌為絕對胞內寄生的 *Mycobacterium leprae*
- (B) *Mycobacterium leprae* 是唯一侵犯周邊神經的細菌
- (C) Tuberculoid leprosy (TT) 臨床上表現常見為單一病灶，同時伴隨有局部神經麻痺現象，但有時仍會因免疫力下降轉變成 borderline tuberculoid leprosy (BT)
- (D) Jopling's type I reaction 特別常見於 borderline lepromatous leprosy，Jopling's type II reaction 多數發生在 lepromatous leprosy

#### 答案 B、C

##### A. 致病菌為絕對胞內寄生的 *Mycobacterium leprae*

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案。*Mycobacterium leprae* (麻風桿菌) 確實為絕對細胞內寄生菌 (obligate intracellular pathogen)，至今無法在人工培養基上培養，須仰賴犛狨 (armadillo) 或鼠足墊接種繁殖。本敘述本身正確，於「何者錯誤」題型中並非該選的答案。

##### B. *Mycobacterium leprae* 是唯一侵犯周邊神經的細菌

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一，且臨床上確為錯誤敘述。*M. leprae* 並非「唯一」侵犯周邊神經的細菌——*M. leprae* 確實對周邊神經 Schwann cell (許旺細胞) 具高度親和性、是其特徵，但 *Corynebacterium diphtheriae* (白喉桿菌外毒素致周邊神經脫髓鞘)、*Borrelia burgdorferi* (萊姆病) 等亦可侵犯神經。「唯一」一詞使本敘述成為錯誤，故為本題正解之一（考選部公告 B、C 均給分）。

##### C. Tuberculoid leprosy (TT) 臨床上表現常見為單一病灶，同時伴隨有局部神經麻痺現象，但有時仍會因免疫力下降轉變成 borderline tuberculoid leprosy (BT)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：本題為考選部送分更正題，公告「B、C 均給分」，作答本選項予以計分。就臨床而言，Tuberculoid leprosy (TT) 屬高細胞免疫 (high CMI) 端，確實常見單一或少數邊界明確病灶並伴局部神經麻痺；當免疫力下降時，疾病亦可朝 borderline tuberculoid (BT) 端漂移。此敘述本身大致正確——由於官方最終將 C 一併納入給分範圍（推測因「轉變成 BT」於部分版本被視為方向 / 用詞不夠精確而生爭議），作答 C 亦計分。

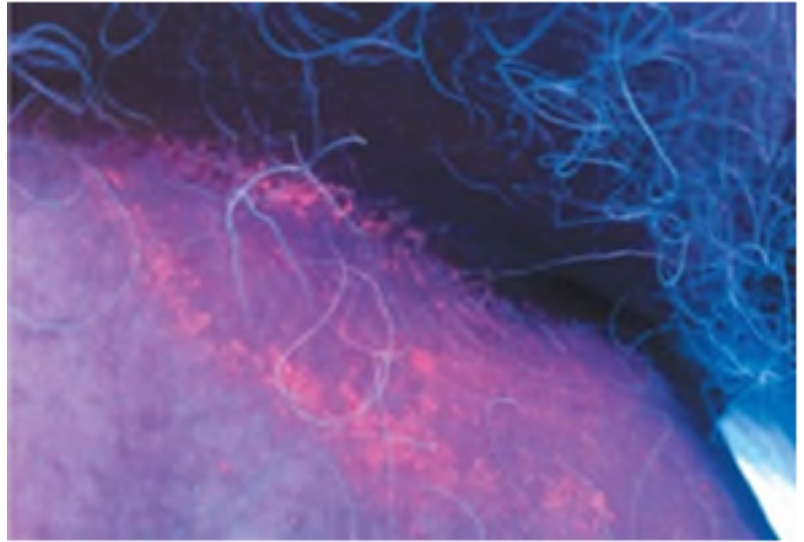
##### D. Jopling's type I reaction 特別常見於 borderline lepromatous leprosy，Jopling's type II reaction 多數發生在 lepromatous leprosy

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項並非送分採計的答案。Jopling type I reaction (reversal reaction) 為細胞免疫波動，好發於 borderline (含 BT/BB/BL) 譜系；type II reaction (erythema nodosum leprosum, ENL) 為免疫複合體病變，多見於 lepromatous (LL) 及高菌量 BL 患者。本敘述符合臨床事實，於「何者錯誤」題型中非該選的答案。

**第 4 題** 〔115-1 醫學四 第 38 題〕

55 歲男性因胯下出現搔癢的紅疹來就診，病人提到工作時常流汗，其病灶如圖一所示。伍氏燈（Wood lamp）的



圖一



圖二

檢查結果如圖二所示。最可能的診斷為何？

- (A) 紅癬 (erythrasma)
- (B) 股癬 (tinea cruris)
- (C) 對磨疹 (intertrigo)
- (D) 念珠球菌感染 (candidiasis)

**答案 A****A. 紅癬 (erythrasma)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：紅癬由 *Corynebacterium minutissimum* 引起，在伍氏燈下會發出特徵性的珊瑚紅色螢光，為診斷關鍵。病灶部位與潮濕誘因亦高度符合。

**B. 股癬 (tinea cruris)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：股癬為黴菌感染，伍氏燈下通常無螢光反應，或僅微弱藍綠色螢光，與紅癬的珊瑚紅螢光不同。

**C. 對磨疹 (intertrigo)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：對磨疹為皮膚皺褶處發炎，常因潮濕摩擦，伍氏燈檢查無特異性螢光反應，非主要診斷依據。

**D. 念珠球菌感染 (candidiasis)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：念珠菌感染通常無特異螢光，或僅有微弱藍綠色螢光。診斷需依賴臨床表現及鏡檢。

**第 5 題** 〔114-1 醫學四 第 38 題〕

25 歲男性志願役士兵，平常在軍隊整天穿著軍靴，此次因腳底會散發異味的問題來就診，病灶如圖 所示，最可能



的診斷為何？

- (A) 足癬 (tinea pedis)
- (B) 異汗性濕疹 (dyshidrotic eczema)
- (C) 凹陷性角質溶解症 (pitted keratolysis)
- (D) 掌蹠膿疱症 (palmoplantar pustulosis)

**答案 C****A. 足癬 (tinea pedis)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：足癬 (tinea pedis) 為黴菌感染，常有脫屑、搔癢。題幹提及的凹陷病灶與軍靴環境，指向細菌感染。

**B. 異汗性濕疹 (dyshidrotic eczema)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：異汗性濕疹 (dyshidrotic eczema) 以水泡、脫屑、搔癢為主，與腳底異味、軍靴環境關聯性低。

**C. 凹陷性角質溶解症 (pitted keratolysis)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：凹陷性角質溶解症 (pitted keratolysis) 是細菌感染，好發於密閉鞋（如軍靴）者，引起腳底異味及凹陷病灶，符合描述。

**D. 掌蹠膿疱症 (palmoplantar pustulosis)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：掌蹠膿疱症 (palmoplantar pustulosis) 的特徵是膿疱，與腳底異味或凹陷病灶關聯性低，非此案例主要考量。

| 梯次    | 題目      | 主題                                          |
|-------|---------|---------------------------------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q41 | leprosy complications                       |
| 106-1 | 醫學四 Q77 | scrub typhus eschar                         |
| 106-1 | 醫學四 Q78 | scrub typhus treatment                      |
| 106-2 | 醫學四 Q35 | secondary syphilis                          |
| 107-2 | 醫學四 Q39 | secondary syphilis                          |
| 108-2 | 醫學四 Q38 | secondary syphilis cutaneous manifestations |
| 109-2 | 醫學四 Q36 | staphylococcus aureus skin infections       |
| 110-2 | 醫學四 Q40 | erythrasma Wood lamp                        |
| 111-1 | 醫學四 Q38 | erythrasma                                  |
| 113-1 | 醫學四 Q78 | soft tissue infection                       |
| 113-2 | 醫學四 Q76 | necrotizing fasciitis imaging               |

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

| 梯次    | 題目      | 收在                                                                              |
|-------|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q35 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis)                                           |
| 113-2 | 醫學四 Q37 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，脂漏性皮膚炎 (Seborrheic Dermatitis)                                       |
| 108-1 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，嚴重皮膚藥物反應與藥物疹 (Severe Cutaneous Adverse Reactions and Drug Eruptions) |

## 皮膚黴菌感染 (Fungal skin infections)

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、106-2、107-2、110-2、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、115-1

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 八、感染性皮膚病 > 8.3 黴菌感染

### 皮癬菌感染 (Dermatophytosis / Tinea)

- 致病菌：Trichophyton (最常見)、Microsporum、Epidermophyton
- 只感染角質化組織 (角質層、毛髮、指甲)

| 部位 | 名稱                            | 特徵                               |
|----|-------------------------------|----------------------------------|
| 頭皮 | Tinea capitis                 | 兒童好發；斷髮、鱗屑；Kerion (嚴重型)<br>須口服治療 |
| 體幹 | Tinea corporis                | 環狀紅斑 + 邊緣隆起 + 中央清除               |
| 鼠蹊 | Tinea cruris                  | 男性好發；腹股溝對稱紅斑                     |
| 足部 | Tinea pedis                   | 最常見黴菌感染；趾間浸軟型、水泡型、角化型            |
| 指甲 | Tinea unguium (Onychomycosis) | 甲增厚、變色、碎裂；須口服治療                  |
| 手部 | Tinea manuum                  | 常單手 → Two feet-one hand syndrome |

- **KOH 準備**：分支分隔菌絲 (septate hyphae)
- **Wood's lamp**：Microsporum 感染頭髮 → 綠色螢光
- 治療：
  - 體表：topical antifungals (Terbinafine cream、Azoles)
  - 頭癬/甲癬：口服 **Terbinafine** (首選) 或 Griseofulvin (兒童頭癬傳統用藥)

- **Griseofulvin**：Microsporum 感染較有效；須與脂肪餐同服增加吸收

### 皮膚念珠菌症（Cutaneous Candidiasis）

- 致病菌：Candida albicans 最常見
- 好發皺褶處（intertrigo）、口腔（鵝口瘡/thrush）、陰道、尿布區、甲周（paronychia）
- **KOH**：假菌絲（pseudohyphae）+ 酵母菌（budding yeast）
- 慢性黏膜皮膚念珠菌症 → 考慮 T 細胞免疫缺陷
- 治療：topical/oral Azoles（Fluconazole）、Nystatin

### 汗斑（Pityriasis Versicolor / Tinea Versicolor）

- 致病菌：**Malassezia furfur / Malassezia globosa**
- 好發年輕人、潮濕炎熱氣候
- 上胸背、肩膀 → 多彩斑（hypo- or hyperpigmented macules with fine scale）
- **KOH**：**Spaghetti and meatballs**（短菌絲 + 圓形酵母菌）
- **Wood's lamp**：金黃色螢光
- 治療：topical Ketoconazole shampoo / Selenium sulfide；廣泛者 → oral Fluconazole/Itraconazole

#### ★ 國考重點（本站講義）

- 皮膚念珠菌感染（cutaneous candidiasis）〔106-1〕〔110-2〕
- 汗斑 / 變色糠疹（pityriasis versicolor）〔106-1、106-2、111-2、112-1〕
- 馬拉色菌（Malassezia）相關疾病〔112-1、113-2〕
- 體癬（tinea corporis）與足癬（tinea pedis）〔106-1、107-2〕〔107-2〕
- 頭癬（tinea capitis）〔115-1〕〔115-1〕
- 甲癬 / 灰指甲（onychomycosis / tinea unguium）〔112-2〕〔113-1〕
- 抗黴菌藥物選擇與陷阱〔111-2、112-1、113-1〕
- 皮膚脫色斑鑑別診斷〔106-2〕

#### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病名稱                             | 主要致病原類型                  | KOH 顯微鏡檢特徵           | 伍氏燈（Wood's lamp）螢光反應 |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 皮膚念珠菌感染（cutaneous candidiasis）   | 念珠菌（Candida）             | 短假菌絲 + 芽殖酵母菌         | 無螢光（邊緣呈散在性膿疱與衛星疱）    |
| 汗斑 / 變色糠疹（pityriasis versicolor） | 馬拉色菌（Malassezia）         | 短菌絲 + 球形酵母菌（義大利麵與肉丸） | 金黃色至黃綠色螢光            |
| 體癬 / 足癬（dermatophytosis）         | 髮癬菌屬（Trichophyton spp.）  | 分隔菌絲 + 孢子            | 通常無螢光（無螢光不可排除體癬）     |
| 頭癬 / 寵物體癬                        | 髮小芽孢菌屬（Microsporum spp.） | 分隔菌絲 + 孢子            | 黃綠色 / 藍綠色螢光          |
| 白斑（vitiligo）                     | 黑色素細胞喪失（非感染）             | 無黴菌（DOPA 染色陽性細胞減少）   | 明亮螢光白色               |

| 疾病類別                      | 標準首選治療                                        | 考題常見錯誤陷阱藥物                  |
|---------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| 汗斑（pityriasis versicolor） | 外用 ketoconazole；口服 itraconazole 或 terbinafine | 口服 griseofulvin（療效差，非首選）    |
| 甲癬（onychomycosis）         | 口服 terbinafine 或 itraconazole                 | 口服 griseofulvin（指甲穿透力差，非首選） |
| 頭癬（tinea capitis）         | 口服抗黴菌藥（如 terbinafine）                         | 僅使用外用抗黴菌藥膏或洗劑               |

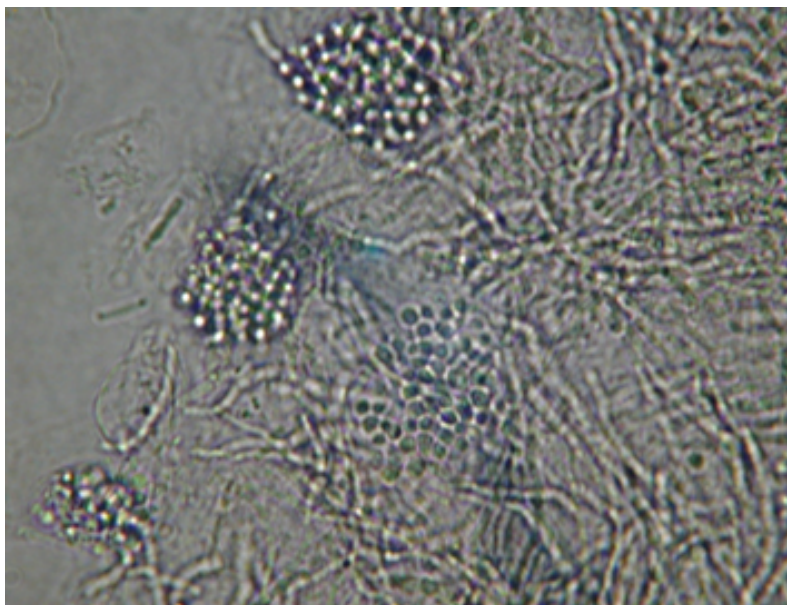
| 類別                              | 包含疾病 / 致病機轉                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 馬拉色菌 ( <i>Malassezia</i> ) 相關疾病 | 汗斑 (pityriasis versicolor)、馬拉色菌毛囊炎 ( <i>Malassezia</i> folliculitis)、脂漏性皮膚炎 (seborrheic dermatitis)、新生兒頭部膿疱病 (neonatal cephalic pustulosis) |
| 非馬拉色菌相關 (足部細菌感染)                | 凹陷性角質溶解症 (pitted keratolysis, 主要由 <i>Kytococcus sedentarius</i> 等棒狀桿菌引起)                                                                    |

| 疾病名稱                 | 最常見且最具特異性之指甲變化                     | 考題錯誤配對陷阱                  |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------|
| 甲癬 (tinea unguium)   | 指甲下角質增厚 (subungual hyperkeratosis) | 配對正確，非常常見                 |
| 乾癬 (psoriasis)       | 點狀凹痕 (pitting)、油滴狀變色 (oil spot)    | 點狀凹痕最常見                   |
| 扁平苔癬 (lichen planus) | 指甲萎縮 (nail atrophy)                | 嚴重者經典表現                   |
| 圓禿 (alopecia areata) | 點狀凹痕、指甲幾何改變                        | 油滴狀變色 (oil spot) 極少見/最不常見 |

### 精選考題 (3/9)

#### 第 6 題 [112-1 醫學四 第 37 題]

35 歲女性體育老師主訴背上出現許多略癢的白色斑塊，視診發現其表面有局部脫屑，KOH 檢查的結果如圖所示，



下列敘述何者正確？

- (A) 此病人應為念珠菌 (*candida*) 感染
- (B) 若病人有足癬 (*tinea pedis*)，則其身上的病灶與足癬應為同一致病原
- (C) 若使用含有 ketoconazole 成分的外用藥，對於此疾病沒有療效
- (D) 同樣的致病原也可能侵犯毛囊造成毛囊發炎

#### 答案 D

**A. 此病人應為念珠菌 (*candida*) 感染**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Pityriasis versicolor 由 *Malassezia furfur* (馬拉色菌) 引起，非 *Candida*。KOH 檢查會見 spaghetti and meatballs (菌絲與酵母菌混合)，不是念珠菌。

**B. 若病人有足癬 (*tinea pedis*)，則其身上的病灶與足癬應為同一致病原**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：*Tinea pedis* 通常由皮癬菌 (如 *Trichophyton mentagrophytes*、*T. rubrum*) 引起，與 pityriasis versicolor 的致病原 *Malassezia furfur* 不同，應為不同致病原。

**C. 若使用含有 ketoconazole 成分的外用藥，對於此疾病沒有療效**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Ketoconazole（酮康唑）對 pityriasis versicolor 療效佳，為標準一線外用治療。選項說「沒有療效」明顯錯誤。

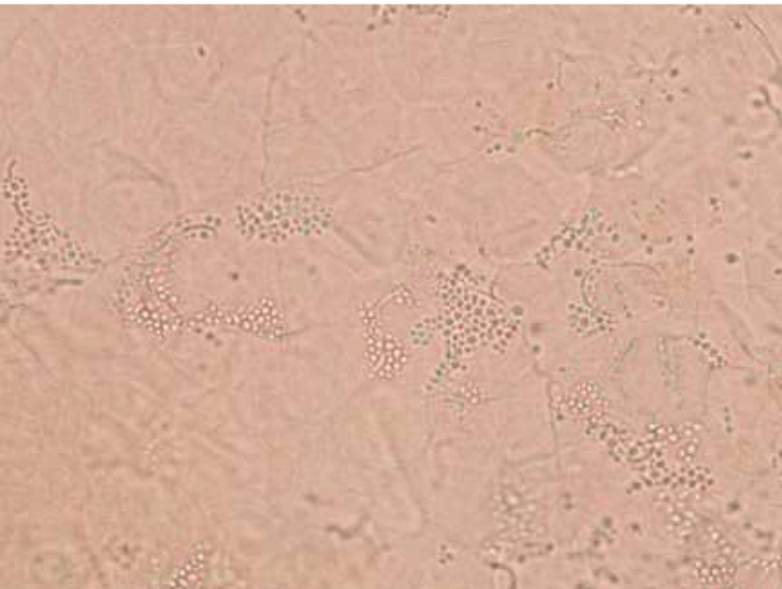
**D. 同樣的致病原也可能侵犯毛囊造成毛囊發炎**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Malassezia furfur 可引起 malassezia folliculitis（毛囊炎），與 pityriasis versicolor 為同一致病原造成的不同臨床表現。此菌能侵犯毛囊引發發炎。

### 第 7 題 [106-1 醫學四 第 36 題]

70 歲臥床男性，在腹股溝和大腿內側出現如圖 A 的紅色斑塊，周圍有散在性膿疱，KOH 鏡檢如圖 B，診斷為何？



- (A) 股癬 (tinea cruris)
- (B) 皮膚念珠菌感染 (cutaneous candidiasis)
- (C) 陰部單純性疱疹 (herpes simplex genitalis)
- (D) 汗斑 (pityriasis versicolor)

**答案 B**

**A. 股癬 (tinea cruris)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：股癬（tinea cruris）由皮癬菌引起，臨床特徵為邊界清楚的紅斑、中心可淡色、脫屑明顯。膿疱並非主要表現。KOH 顯微鏡下為分隔的菌絲（segmented hyphae），與題目所述的膿疱環繞特徵不符。

**B. 皮膚念珠菌感染（cutaneous candidiasis）**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：皮膚念珠菌感染在臥床患者腹股溝等皮膚皺褶處高發。臨床呈紅色、潮濕的斑塊，周圍環繞散在性膿疱與衛星疱為其典型表現。KOH 顯微鏡下見短分枝菌絲（pseudohyphae）與芽殖酵母菌細胞混合，符合題目描述。

**C. 陰部單純性疱疹（herpes simplex genitalis）**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：陰部單純性疱疹（herpes simplex genitalis）初期為紅色丘疹，迅速演變為集簇小疱而非膿疱。患者通常訴說疼痛明顯。KOH 檢查對病毒感染無診斷價值，無法看到病原體。

**D. 汗斑（pityriasis versicolor）**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：汗斑（pityriasis versicolor）由馬拉色菌引起，臨床特徵為褪色斑塊（淺色或褐色），而非活躍的紅斑與膿疱。KOH 顯微鏡呈「大米和麵包」樣（短菌絲+球形酵母菌）與假菌絲+酵母菌混合型態不同。

**第 8 題** [115-1 醫學四 第 37 題]

下列關於頭癬（tinea capitis）的敘述，何者錯誤？

- (A) 不注意個人衛生是可能的危險因子之一
- (B) 若是懷疑頭癬感染，可以考慮伍氏燈（Wood lamp）、KOH 檢查、黴菌培養或切片檢查，以幫助診斷
- (C) 若是在伍氏燈（Wood lamp）下看到頭髮上有黃綠色螢光，則可確定是髮癬菌屬（Trichophyton species）的感染
- (D) 在確定診斷後，口服抗黴菌藥是治療首選

**答案 C**

**A. 不注意個人衛生是可能的危險因子之一**

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：個人衛生不良可增加傳播風險，尤其是在多人共用物品時。

**B. 若是懷疑頭癬感染，可以考慮伍氏燈（Wood lamp）、KOH 檢查、黴菌培養或切片檢查，以幫助診斷**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：伍氏燈、KOH 檢查、黴菌培養是診斷頭癬的標準輔助方法，有助於確立診斷。

**C. 若是在伍氏燈（Wood lamp）下看到頭髮上有黃綠色螢光，則可確定是髮癬菌屬（Trichophyton species）的感染**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：伍氏燈下黃綠色螢光提示髮小芽孢菌（Microsporum spp.）感染，而非髮癬菌（Trichophyton spp.）。

**D. 在確定診斷後，口服抗黴菌藥是治療首選**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：口服抗黴菌藥（如特比萘芬）是治療頭癬的首選，尤其對確定感染的病例。

**本考點其他考題（6 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                                   |
|-------|---------|--------------------------------------|
| 106-2 | 醫學四 Q44 | discoid lupus                        |
| 107-2 | 醫學四 Q38 | tinea corporis diagnosis             |
| 110-2 | 醫學四 Q41 | candidiasis immunocompromised        |
| 111-2 | 醫學四 Q36 | pityriasis versicolor                |
| 112-2 | 醫學四 Q41 | nail changes in dermatologic disease |
| 113-1 | 醫學四 Q37 | onychomycosis                        |

**也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）**

| 梯次    | 題目      | 收在                                        |
|-------|---------|-------------------------------------------|
| 113-2 | 醫學四 Q37 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，脂漏性皮膚炎 (Seborrheic Dermatitis) |

## 病毒性皮膚感染 (Viral skin infections)

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：107-1、108-1、109-2、111-1、112-1、113-1、113-2、114-1、114-2、115-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 八、感染性皮膚病 > 8.2 病毒感染

### 疣 (Warts / Verruca)

#### • HPV (Human Papillomavirus) 感染

- Common wart (Verruca vulgaris)：HPV 2, 4 → 手部；乳頭狀角化丘疹
- Plantar wart (Verruca plantaris)：HPV 1 → 足底，向內生長，壓痛
- Flat wart (Verruca plana)：HPV 3, 10 → 臉/手背；扁平小丘疹
- Condyloma acuminatum (尖圭濕疣/菜花)：HPV 6, 11 → 外生殖器/肛周病灶
- 癌症相關：HPV 16, 18 → 子宮頸癌、肛門癌、口咽癌
- 病理：acanthosis、papillomatosis、hyperkeratosis、koilocytes (核周空泡)
- 治療：液態氮冷凍、水楊酸、Imiquimod、Podophyllotoxin、電燒、手術

### 傳染性軟疣 (Molluscum Contagiosum)

#### • Poxvirus (Molluscipoxvirus) 感染

- 兒童常見；成人若廣泛分布 → 考慮 HIV/免疫低下
- 皮膚色/珍珠色丘疹，中央臍凹 (umbilicated)
- 病理：Henderson-Patterson bodies (molluscum bodies) → 大的嗜伊紅包涵體
- 通常自限性；治療：cryotherapy、curettage

### 帶狀疱疹 (Herpes Zoster / Shingles)

- VZV 再活化 (潛伏於背根神經節/cranial nerve ganglia)
- 好發老年人、免疫低下
- 臨床：沿單一皮節 (dermatome) 分布的群聚水疱，不跨越中線；疼痛 → 出疹
- Ramsay Hunt syndrome：VZV 侵犯膝狀神經節 → 耳周水疱 + 顏面神經麻痺 + 耳痛 ± 聽力喪失/眩暈
- 眼帶狀疱疹：V1 (ophthalmic branch) → Hutchinson sign (鼻尖水疱 → 鼻睫神經受侵犯 → 角膜侵犯風險高) → 眼科急會診
- 帶狀疱疹後神經痛 (PHN)：最常見併發症，高齡者風險 ↑
- 免疫低下者：多皮節侵犯、播散型
- 治療：Valacyclovir 或 Acyclovir (72 小時內開始效果最佳)；止痛
- 預防：Shingrix (重組帶狀疱疹疫苗) → 50 歲以上建議接種

### 單純疱疹 (Herpes Simplex)

- HSV-1：口唇/口腔 (herpes labialis)；HSV-2：生殖器 (genital herpes)
- 初次感染較嚴重，之後反覆發作
- Eczema herpeticum：AD 患者的 HSV 廣泛感染 → 急症
- Herpetic whitlow：手指的 HSV 感染
- Erythema multiforme 的最常見觸發因子
- Tzanck smear：multinucleated giant cells (HSV 和 VZV 都可見)
- 治療：Acyclovir / Valacyclovir

#### ★ 國考重點 (本站講義)

#### ⚠ 易混與陷阱

| 鑑別項目                | 病原體 / 致病機轉    | 臨床特徵與鑑別要點                                 |
|---------------------|---------------|-------------------------------------------|
| 蹠病毒疣 (Plantar wart) | 人類乳突病毒 (HPV)  | 破壞/中斷皮膚脊紋構造，削去角質可見點狀出血 (黑點)，側向捏痛 > 直接按壓痛。 |
| 雞眼 (Corn)           | 局部焦點壓力 (如高跟鞋) | 錐形硬核，不破壞脊紋構造，無點狀出血，直接按壓劇痛。                |
| 胼胝 (Callus)         | 廣泛慢性摩擦或壓力     | 瀰漫性角質增厚黃白斑塊，無硬核，邊界不明顯，無痛或輕微不適。            |

| 疾病名稱                            | 致病原 (病原體)               | 經典臨床表徵與特色                                              |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|
| 多形性紅斑 (Erythema multiforme, EM) | HSV 最常見 (約 50%)         | 三層結構標靶病灶，病理為界面炎症與基底層壞死 (無真皮纖維化)。                       |
| 疱疹性濕疹 (Eczema herpeticum)       | HSV                     | 異位性皮膚炎患者既有病灶惡化，出現刺痛水疱與發燒。                              |
| 帶狀疱疹 (Herpes zoster)            | VZV                     | 單側沿皮節成簇水疱、神經痛 (夜間加重)。Tzanck 抹片可見多核巨細胞，但無法區分 HSV 或 VZV。 |
| 傳染性軟疣 (Molluscum contagiosum)   | 痘病毒科 (Molluscipoxvirus) | 免疫正常者可自發消退；異位性皮膚炎患者病灶較多且持久。非 HPV 引起。                   |
| 卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma)         | HHV-8 (KSHV)            | 免疫抑制患者 (HIV/AIDS) 血管內皮惡性增殖，形成紫紅色結節。                    |
| 感染性紅斑 (Erythema infectiosum)    | Parvovirus B19          | 臉頰似遭摑打 (Slapped cheek) 紅疹。                             |
| 尖圭濕疣 (Condyloma acuminatum)     | HPV-6、HPV-11            | 性傳染病，外用 Imiquimod (TLR7 激動劑) 機轉為增強宿主免疫反應。              |

| 觀念 / 藥物        | 正確臨床認知                      | 國考常見錯誤陷阱                                    |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
| Tzanck 抹片檢查    | 可見多核巨細胞，確認為疱疹病毒感染。          | ✗ 認為 Tzanck 抹片可區分 HSV 與 VZV (需靠 PCR 或病毒培養)。 |
| Imiquimod 作用機轉 | TLR7 激動劑，誘導干擾素/細胞激素，增強宿主免疫。 | ✗ 誤認為去角化、直接毒殺病毒或直接抑制病毒複製。                   |

| 帶狀疱疹相關徵象             | 侵犯神經                                              | 臨床意義                           |
|----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| Hutchinson sign      | CN V1 鼻睫枝 (Trigeminal nerve, ophthalmic branch)   | 鼻頭出現水疱，預示眼部併發症風險高、預後較差 [115-2] |
| Ramsay Hunt syndrome | CN VII 於膝狀神經節 (Facial nerve, geniculate ganglion) | 耳朵水疱合併耳痛耳鳴；非三叉神經受侵犯 [115-2]    |

### 精選考題 (3/9)

#### 第 9 題 [115-2 醫學四 第 38 題]

下列關於帶狀疱疹 (herpes zoster) 的敘述，何者正確？

- (A) 若病灶侵犯 L2 dermatome，則病人很可能會有排泄功能的異常，如排尿困難
- (B) 帶狀疱疹若在鼻頭出現水疱則為 Hutchinson sign，此時病人預後較佳，不易有併發症
- (C) 臉部的帶狀疱疹若在耳朵也出現水疱且合併耳痛耳鳴，須小心 Ramsay Hunt syndrome 的可能性，其原因為第五對腦神經的侵犯導致
- (D) 帶狀疱疹後神經痛 (postherpetic neuralgia) 是指皮膚病灶癒合後仍有神經痛的情況，年紀大的病人發生機率較高

答案 D

**A. 若病灶侵犯 L2 dermatome，則病人很可能會有排泄功能的異常，如排尿困難**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：排尿異常等神經因性膀胱症狀多源自 S2-S4 Sacral dermatome（薦皮節）受侵犯，L2 Dermatome（腰神經皮節）病灶主要影響大腿前側皮節，不易引起排尿障礙。

**B. 帶狀疱疹若在鼻頭出現水疱則為 Hutchinson sign，此時病人預後較佳，不易有併發症**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Hutchinson sign（赫欽森氏徵象）代表侵犯 CN V1（Trigeminal Nerve Ophthalmic Branch，三叉神經第一支）鼻睫枝，預示 Eye complications（眼部併發症）風險高，預後較差。

**C. 臉部的帶狀疱疹若在耳朵也出現水疱且合併耳痛耳鳴，須小心 Ramsay Hunt syndrome 的可能性，其原因為 第五對腦神經的侵犯導致**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Ramsay Hunt syndrome（雷姆賽亨特氏症候群）為 CN VII（Facial Nerve，第七對腦神經）在 Geniculate ganglion（膝狀神經節）再活化造成，而非 CN V（Trigeminal Nerve，第五對腦神經）。

**D. 帶狀疱疹後神經痛（postherpetic neuralgia）是指皮膚病灶癒合後仍有神經痛的情況，年紀大的病人發生 機率較高**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：PHN（Postherpetic Neuralgia，帶狀疱疹後神經痛）定義為皮膚病灶癒合後持續疼痛，Age（年齡）為最重要的 Risk factor（風險因子），高齡者發生率與嚴重度均顯著增加。

#### 第 10 題 [114-2 醫學四 第 37 題]

Imiquimod 用於治療尖圭濕疣（condyloma acuminatum）的主要機轉為：

- (A) 去角化作用
- (B) 直接毒殺病毒
- (C) 抑制病毒複製
- (D) 增強宿主免疫反應

答案 D

**A. 去角化作用**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Imiquimod 屬於免疫反應調節劑，非角質層溶解劑，其作用機制與去角質無關。

**B. 直接毒殺病毒**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Imiquimod 係藉由活化免疫系統來對抗病毒，而非直接殺死病毒。

**C. 抑制病毒複製**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Imiquimod 主要作用為誘導宿主免疫反應，非直接抑制病毒在細胞內的複製。

**D. 增強宿主免疫反應**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Imiquimod 誘導細胞激素與干擾素，藉由活化 T 細胞與 NK 細胞，增強對 HPV 感染的宿主免疫反應。

#### 第 11 題 [114-1 醫學四 第 37 題]

下列關於皮膚的病毒感染之敘述，何者錯誤？

- (A) 感染性紅斑（erythema infectiosum）是 parvovirus B19 感染所導致，典型是像 slapped cheek 的 臉部紅疹
- (B) 水痘（varicella）的疫苗保護力極佳，打過疫苗的人就不可能再被 varicella-zoster virus（VZV）感染而長出水痘
- (C) 手足口病（hand-foot-mouth disease）其致病原的主要感染途徑是糞口傳染
- (D) 尖圭濕疣（condyloma acuminatum）主要的致病原為 HPV-6 及 HPV-11

答案 B

**A. 感染性紅斑 (erythema infectiosum) 是 parvovirus B19 感染所導致，典型是像 slapped cheek 的 臉部紅疹**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：感染性紅斑 (erythema infectiosum)，又稱第五病，是由 parvovirus B19 引起，其典型症狀為臉頰出現「似遭摑打」的紅疹 (slapped cheek appearance)。

**B. 水痘 (varicella) 的疫苗保護力極佳，打過疫苗的人就不可能再被 varicella-zoster virus (VZV) 感染而長出水痘**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：水痘疫苗 (Varicella vaccine) 雖能提供極佳保護力，大幅降低感染機率，但並非 100% 有效，少數接種者仍可能感染水痘，或發生帶狀疱疹 (VZV 活化)。

**C. 手足口病 (hand-foot-mouth disease) 其致病原的主要感染途徑是糞口傳染**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：手足口病 (Hand-foot-mouth disease) 主要由腸病毒 (如 Coxsackievirus A16, Enterovirus 71) 引起，最常見的傳播途徑為糞口傳染，亦可經由呼吸道飛沫或接觸傳染。

**D. 尖圭濕疣 (condyloma acuminatum) 主要的致病原為 HPV-6 及 HPV-11**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：尖圭濕疣 (condyloma acuminatum) 是性傳染疾病，主要由人類乳突病毒 (HPV) 感染引起，其中 HPV-6 和 HPV-11 是最常見的致病型別，佔所有病例的 90% 以上。

本考點其他考題 (6 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                         |
|-------|---------|----------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q39 | corn versus callus         |
| 108-1 | 醫學四 Q45 | HHV-8 Kaposi sarcoma       |
| 111-1 | 醫學四 Q37 | herpes zoster              |
| 112-1 | 醫學四 Q36 | molluscum contagiosum      |
| 114-2 | 醫學四 Q38 | herpes zoster Tzanck smear |
| 115-2 | 醫學四 Q39 | molluscum contagiosum      |

也考本考點的題目 (4 題，收在其他考點)

| 梯次    | 題目      | 收在                                                                  |
|-------|---------|---------------------------------------------------------------------|
| 113-2 | 醫學四 Q38 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis)                               |
| 109-2 | 醫學四 Q35 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，多形性紅斑與反應性紅斑 (Erythema Multiforme and Reactive Erythemas) |
| 113-1 | 醫學四 Q41 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，多形性紅斑與反應性紅斑 (Erythema Multiforme and Reactive Erythemas) |
| 109-2 | 醫學四 Q36 | 皮膚科・感染，細菌性皮膚與軟組織感染 (Bacterial skin and soft tissue infections)      |

## 疥瘡 (Scabies)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：109-1、110-1、112-2、113-1、115-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 八、感染性皮膚病 > 8.4 寄生蟲感染

### 疥瘡 (Scabies)

- *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* (人疥蟲) 感染
- 極癢 (夜間更甚)；密切接觸傳播

- 好發部位：指間、手腕屈側、腋下、腰帶線、生殖器、乳暈（嬰兒可侵犯頭臉）
- 特徵性病灶：**疥道 (burrow)** → 灰白色細線
- **Norwegian scabies**：免疫低下/老年人 → 大量結痂（蟲量極多）→ 傳染力極強
- 診斷：刮取鏡檢（顯微鏡下見蟲體、卵、糞便）
- 治療：
  - **Permethrin 5% cream**：首選，全身（頸以下）塗抹過夜
  - **Ivermectin**（口服）：crusted scabies 首選；可與 topical 合併
  - 所有同住者同時治療；衣物寢具高溫洗滌
  - **Post-scabetic itch**：治療成功後搔癢可持續數週 → 非治療失敗

### 蝨病 (Pediculosis)

- 頭蝨 (P. capitis)：兒童，後枕部；蟲卵黏附髮幹
- 體蝨 (P. corporis)：流浪/衛生不佳；蟲住在衣服 → 改善衛生為主
  - 可傳播 Rickettsia (epidemic typhus)、Borrelia (relapsing fever)
- 陰蝨 (P. pubis)：性傳染；眼睫毛亦可感染
- 治療：Permethrin lotion/shampoo、Ivermectin

### ★ 國考重點（本站講義）

#### ⚠ 易混與陷阱

| 藥物 / 臨床型態                 | 機轉 / 特性 / 適用情況                                               | 禁忌與陷阱 / 臨床鑑別重點                                                |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 百滅寧 (Permethrin 5% cream) | 目前最有效的一線外用藥，塗抹頸部以下全身皮膚；挪威型疥瘡可聯合口服 Ivermectin [110-1、113-1]   | Crotamiton 10% 治癒率較低，非最有效藥物 [113-1]                           |
| 林丹 (Lindane 1% lotion)    | 舊型外用藥，因抗藥性與毒性疑慮已非一線首選 [110-1、113-1]                          | 具 <b>神經毒性</b> （抽搐、顫抖）， <b>禁用</b> 於孕婦、哺乳婦女及 < 2 歲幼童 [110-1]    |
| 伊維菌素 (Ivermectin)         | 口服抗疥藥，挪威型疥瘡 (Norwegian Scabies) 可與外用 Permethrin 聯合使用 [113-1] | 缺乏充足人體安全資料， <b>孕婦不宜使用</b> [113-1]                             |
| 典型疥瘡 vs. 挪威型疥瘡            | 典型好犯指縫、腋下等皺褶皮內隧道；挪威型常見於免疫不全或糖尿病患者，呈高度角質化斑塊與痂皮 [112-2]        | 肚子與成人頭面部 <b>非</b> 典型好犯位置；離體在室溫下可存活 3-10 天（非數小時） [109-1、112-2] |

### 精選考題 (3/5)

#### 第 12 題 [113-1 醫學四 第 38 題]

關於疥瘡 (scabies) 的治療藥物，下列何者正確？

- (A) 老人及小孩，建議使用 lindane 做為第一線外用藥物
- (B) 孕婦可以安全使用口服 ivermectin
- (C) crotamiton 10% cream 目前被認為是最有效的外用藥物
- (D) permethrin 藥膏可與口服 ivermectin 一起用於挪威型疥瘡 (Norwegian scabies) 之治療

#### 答案 D

**A. 老人及小孩，建議使用 lindane 做為第一線外用藥物**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Lindane 1% lotion is generally not recommended as first-line due to neurotoxicity and resistance concerns. Permethrin or ivermectin are preferred.

**B. 孕婦可以安全使用口服 ivermectin**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Oral ivermectin is generally not recommended during pregnancy due to insufficient safety data. Topical treatments are preferred.

**C. crotamiton 10% cream** 目前被認為是最有效的外用藥物

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Permethrin 5% cream is the most recommended first-line topical treatment. Crotamiton has lower cure rates and is less effective.

**D. permethrin 藥膏可與口服 ivermectin 一起用於挪威型疥瘡（Norwegian scabies）之治療**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Norwegian scabies requires aggressive treatment. Combination therapy with topical permethrin and oral ivermectin is a standard approach for this severe infestation.

### 第 13 題 [112-2 醫學四 第 78 題]

一位 85 歲中風臥床的男性病人，平時住在安養中心，這幾天於指縫、腋下和鼠膝部出現紅疹合併癢的情形，其他同室住民也有類似症狀，下列敘述何者錯誤？

- (A) 接觸病人時必須做好接觸隔離
- (B) 皮內隧道（burrow）是此皮膚病的特徵，最常出現在肚子的皮膚上
- (C) 刮取少許隧道（burrow）的皮屑，在顯微鏡下觀察是否有疥蟲或是蟲卵可幫助診斷
- (D) 免疫不全者或是糖尿病人，可出現高度角質的斑塊或是痂結

#### 答案 B

**A. 接觸病人時必須做好接觸隔離**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：接觸隔離是疥瘡（scabies）管理的標準做法。疥蟲透過皮膚接觸傳播，特別在擁擠機構環境中容易爆發。隔離患者並加強手衛生是必要的感控措施。

**B. 皮內隧道（burrow）是此皮膚病的特徵，最常出現在肚子的皮膚上**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Burrow（皮內隧道）是疥瘡的典型特徵，但最常出現在手指間、腕部、腋窩、肘部、腹股溝等部位，不是肚子。肚子並非 burrow 的典型位置。此選項地點描述錯誤。

**C. 刮取少許隧道（burrow）的皮屑，在顯微鏡下觀察是否有疥蟲或是蟲卵可幫助診斷**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Burrow scraping 是疥瘡診斷的經典方法。取出隧道內的皮屑，於顯微鏡下可見疥蟲、蟲卵或糞便，有助確診。此為標準診斷技巧。

**D. 免疫不全者或是糖尿病人，可出現高度角質的斑塊或是痂結**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Crusted scabies（痂皮性疥瘡）常見於免疫不全患者（HIV/AIDS、器官移植、免疫抑制治療）及糖尿病人等免疫功能受損者。表現為大量角質性斑塊與痂皮。此描述正確。

### 第 14 題 [115-2 醫學四 第 78 題]

75 歲男性安養院住民，因半夜全身搔癢被送到急診，理學檢查發現下腹、腋下、肚臍與生殖器處有多處丘疹與指甲抓痕，該病人最有可能的診斷為何？

- (A) 疥瘡（scabies）
- (B) 蕁麻疹（urticaria）
- (C) 乾癬（psoriasis）
- (D) 異位性皮膚炎（atopic dermatitis）

#### 答案 A

**A. 疥瘡（scabies）**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：疥瘡 (scabies) 常見於安養院機構群聚，典型症狀為 night itch (夜間劇癢)，好發於皮膚皺褶處如 lower abdomen (下腹)、axilla (腋下)、umbilicus (肚臍) 與 genitalia (生殖器)，與題幹表現完全符合。

#### B. 蕁麻疹 (urticaria)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：蕁麻疹 (urticaria) 典型表現為致癢性 wheal (風疹塊)，病灶具游走性且通常在 24 小時內消退，不會固定分佈於特定皮膚皺褶處，亦無安養院群聚及夜間劇癢之典型病史。

#### C. 乾癬 (psoriasis)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：乾癬 (psoriasis) 為慢性自體免疫疾病，典型表現為帶有 silvery scale (銀白色脫屑) 的 erythematous plaque (紅斑性塊餅)，好發於伸側如肘、膝，而非腋下或生殖器等皺褶處，亦無夜間劇癢或機構群聚特性。

#### D. 異位性皮膚炎 (atopic dermatitis)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：異位性皮膚炎 (atopic dermatitis) 多發病於嬰幼兒或青少年，成人典型病灶好發於屈側 (flexural area) 及面部，常伴隨 atopy (過敏體質) 病史，不會突發於 75 歲機構長者且呈特異度高之皮膚皺褶分佈。

#### 本考點其他考題 (2 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                |
|-------|---------|-------------------|
| 109-1 | 醫學四 Q35 | scabies elderly   |
| 110-1 | 醫學四 Q77 | scabies treatment |

# 皮膚科・腫瘤

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

## 蟹足腫 (Keloid)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：106-1、106-2、108-2

### ★ 國考重點（本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點）

- **好發部位與機轉**：好發於皮膚張力較大處（如前胸、肩膀、背部、肩胛骨、關節、耳垂）；高張力會刺激成纖維細胞（fibroblast）過度增生，形成超越原始傷口邊界（wound boundary）且逐漸長大的異常瘢痕。顏面與腹部之發生機率相對較低〔106-1、108-2〕。
- **誘發因子與高危險群**：任何皮膚外傷（如穿耳洞、穿刺、手術、燒燙傷、痤瘡）皆可能引發；膚色越深者好發率越高（黑人與亞洲人發生率約 4.5-15%，遠高於白人的 0.5-1.5%）〔106-1、108-2〕。
- **臨床症狀**：病灶常合併癢癢（pruritus）與疼痛（pain）症狀〔106-1、106-2〕。
- **治療禁忌與原則**：單獨手術切除（**surgical excision**）為最不適當治療/非最佳選擇，單獨切除之復發率高達 40-50%，必須搭配輔助治療〔106-2、108-2〕。
- **有效處置選項**：局部注射皮質類固醇（intralesional corticosteroid injection）、液態氮冷凍治療（cryotherapy，可併用其他療法）、局部貼敷矽膠（silicone gel sheet）及染料雷射（dye laser）皆為可行治療；術後 2 週內實施放射治療（radiation therapy，如電子束 electron beam 或 X-ray）可有效降復發率至 5-10%〔106-1、106-2、108-2〕。

### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病名稱                            | 生長速度與病程特徵    | 臨床鑑別與病因方向                              |
|---------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| 蟹足腫 (Keloid)                    | 逐漸長大、進展性異常增生 | 超越原始傷口邊界，好發於高張力處（如穿耳洞、前胸），深膚色好發，常伴隨痛與癢 |
| 化膿性肉芽腫 (Pyogenic granuloma)     | 快速出現         | 血管增生性腫瘤，呈鮮紅色且極易出血                      |
| 上皮囊腫 (Epidermal inclusion cyst) | 生長緩慢         | 邊界清楚之囊腫結構                              |
| 皮膚纖維瘤 (Dermatofibroma)          | 病灶穩定、不呈逐漸長大  | 良性腫瘤，與穿耳洞無明確因果關係                       |

| 治療方式                                   | 臨床定位與考量陷阱                                                 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 單獨手術切除 (Surgical excision)             | 最不適當處置/錯誤選項；單獨切除復發率高達 40-50%，絕不可單獨實施                      |
| 術後輔助放射治療 (Radiation therapy)           | 標準輔助療法；術後 2 週內使用電子束 (electron beam) 或 X-ray，可降低復發率至 5-10% |
| 局部皮質類固醇注射 (Intralesional injection)    | 常用局部處置，可減輕症狀與抑制增生                                         |
| 液態氮冷凍治療 (Cryotherapy)                  | 可用於治療（非不能使用），常與其他療法併用                                     |
| 矽膠貼敷 / 染料雷射 (Silicone gel / Dye laser) | 屬保守或輔助治療選項，臨床可接受                                          |

## 精選考題 (2/4)

## 第 1 題 [108-2 醫學四 第 42 題]

穿耳洞後在耳垂出現逐漸長大之皮膚病灶如圖所示，下列何者為最可能的診斷？



- (A) 化膿性肉芽腫 (pyogenic granuloma)
- (B) 蟹足腫 (keloid)
- (C) 上皮囊腫 (epidermal inclusion cyst)
- (D) 皮膚纖維瘤 (dermatofibroma)

## 答案 B

## A. 化膿性肉芽腫 (pyogenic granuloma)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：化膿性肉芽腫 (pyogenic granuloma) 為血管增生性腫瘤，呈鮮紅色、易出血，臨床通常快速出現而非「逐漸長大」。穿耳後的漸進性長大更符合 keloid 的臨床表現。

## B. 蟹足腫 (keloid)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：蟹足腫 (keloid) 是穿耳洞最常見的並發症，特徵為超越原始 wound boundary 的異常瘢痕增生，逐漸長大。耳垂屬高皮膚張力部位，特別容易發生 keloid。

## C. 上皮囊腫 (epidermal inclusion cyst)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：上皮囊腫 (epidermal inclusion cyst) 通常邊界清楚、生長緩慢。雖穿耳可誘發囊腫形成，但「逐漸長大的進展性增生」更符合 keloid 的臨床經過。

## D. 皮膚纖維瘤 (dermatofibroma)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：皮膚纖維瘤 (dermatofibroma) 為穩定良性腫瘤，不呈「逐漸長大」。且穿耳洞與皮膚纖維瘤無明確因果關係。

**第 2 題**〔108-2 醫學四 第 43 題〕

承上題，對此皮膚病灶的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 手術切除是治療最佳選擇
- (B) 膚色越深的人種越好發
- (C) 好發於皮膚張力較大處
- (D) 放射治療是治療方法之一

**答案 A****A. 手術切除是治療最佳選擇**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：keloid 單獨手術切除復發率達 40-50%，必須搭配術後輔助治療（類固醇注射、放射治療、冷凍等）才有效。故「手術切除是治療最佳選擇」此敘述不當。

**B. 膚色越深的人種越好發**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：keloid 在深色人種（非洲黑人、亞洲人）的發生率約 4.5-15%，遠高於白人的 0.5-1.5%。膚色越深者 keloid 好發率越高，此為經典流行病學知識。

**C. 好發於皮膚張力較大處**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：keloid 好發於皮膚張力較大的部位，如肩部、胸部前方、腰部等。傷口部位張力高會刺激 fibroblast 過度增生，是 keloid 形成的重要因素。

**D. 放射治療是治療方法之一**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：放射治療是 keloid 術後標準輔助療法，通常於手術後 2 週內實施 electron beam 或 X-ray，可有效降低復發率至 5-10%。

**本考點其他考題（2 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題               |
|-------|---------|------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q42 | keloid           |
| 106-2 | 醫學四 Q36 | pityriasis rosea |

## 良性皮膚腫瘤與病變（Benign Skin Tumors and Lesions）

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、107-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-1、115-2

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 十、色素異常與痣 > 10.1 痣 (Nevi)

**黑色素細胞痣（Melanocytic Nevi）**

- 黑色素細胞的良性增生
- 依位置分類：
  - Junctional nevus：黑色素細胞在表皮-真皮交界 → 平坦、深色
  - Compound nevus：交界 + 真皮 → 略隆起
  - Intradermal nevus：僅真皮 → 隆起、膚色/淡色（dome-shaped）
- 先天性黑色素細胞痣（Congenital Melanocytic Nevus, CMN）：
  - 出生時即存在
  - Giant CMN（> 20 cm）→ 黑色素瘤風險顯著升高（約 5-10%）→ 需密切追蹤或考慮預防性切除
  - 大型者亦有 neurocutaneous melanosis 風險
- Dysplastic nevus（atypical nevus）：
  - 不規則邊界、顏色不均 → 黑色素瘤的 marker / precursor
  - 多發性 + 家族史 → dysplastic nevus syndrome → 黑色素瘤風險極高
- Spitz nevus：兒童/年輕人，紅色/粉色圓頂狀丘疹；病理上可模擬 melanoma

**皮脂腺母斑 (Nevus Sebaceus)**

- 出生時即有的頭皮/臉部黃色蠟樣無毛斑塊
- **三階段**：嬰幼兒期平坦 → 青春期增厚疣狀 → 成人期有繼發腫瘤風險
- 最常見的繼發腫瘤：**trichoblastoma**（良性）；亦可發展 BCC
- 處理：青春期前後考慮預防性切除

TWMLE · 皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十一、皮膚良性腫瘤

**11.1 良性腫瘤**

| 腫瘤                                | 特徵                                            | 備註                                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 脂漏性角化症 (Seborrheic keratosis, SK) | 最常見良性皮膚腫瘤；「stuck-on」外觀；蠟樣/疣狀；horn pseudocysts | Leser-Trélat sign：突然大量出現 SK → 內臟惡性腫瘤（胃腸道腺癌） |
| 皮膚纖維瘤 (Dermatofibroma)            | 堅硬丘疹，下肢好發； <b>Dimple sign</b> （側壓凹陷）          | 良性，通常觀察即可                                   |
| 脂肪瘤 (Lipoma)                      | 皮下軟性可動結節                                      | 多發性 → Gardner syndrome (FAP 變體)             |
| 表皮囊腫 (Epidermal cyst)             | 最常見皮膚囊腫；含 keratin；中央 punctum                  | 若破裂 → 異物反應性發炎                               |
| 皮脂腺囊腫 (Pilar/Trichilemmal cyst)   | 頭皮好發                                          | 與 epidermal cyst 不同：角化不含顆粒層                 |
| 櫻桃血管瘤 (Cherry angioma)            | 鮮紅小丘疹；隨年齡增多                                   | 良性，無需治療                                     |
| 化膿性肉芽腫 (Pyogenic granuloma)       | 快速生長的紅色結節，易出血；與創傷/懷孕相關                        | 並非化膿性也非肉芽腫；lobular capillary hemangioma     |

TWMLE · 皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十一、皮膚良性腫瘤 &gt; 11.2 癌前病變

**日光性角化症 (Actinic Keratosis, AK)**

- **最常見的癌前病變**
- 慢性日光暴露 → 表皮角質細胞不典型增生
- 好發：頭臉頸、手背等光暴露區域、淺膚色人種
- 臨床：粗糙鱗屑丘疹/斑塊，皮膚色至紅棕色；觸診如砂紙
- 病理：角化不全 (parakeratosis) + 基底層角質細胞不典型增生
- 可進展為 **Squamous Cell Carcinoma (SCC)**（約 1–10%）
- 治療：cryotherapy（少數幾個）、topical 5-Fluorouracil、Imiquimod、Diclofenac、photodynamic therapy（多數）

TWMLE · 皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十六、嬰幼兒皮膚病

**16.1 血管腫瘤與血管畸形**

|     | 嬰兒血管瘤 (Infantile Hemangioma)       | 血管畸形 (Vascular Malformation)                                    |
|-----|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 出生時 | 通常不存在（出生後數週出現）                     | 出生時即存在                                                          |
| 生長  | 增殖期 (0–1 歲) → 退縮期 (1–5 歲) → 大多自行消退 | 與身體等比例生長，不會消退                                                   |
| 細胞學 | GLUT-1 (+)、細胞增殖                    | GLUT-1 (-)、正常內皮細胞                                               |
| 例子  | Strawberry hemangioma              | Port-wine stain (capillary malformation)、lymphatic malformation |

- 嬰兒血管瘤：大多觀察；需治療時 → **Propranolol**（口服，首選）
  - 治療適應症：威脅視力（眼周）、呼吸道阻塞（聲門下）、潰瘍、肝臟/大面積
- **Kasabach-Merritt phenomenon**：大型血管腫瘤 → 血小板捕獲 → 消耗性凝血病變
  - 通常與 kaposiform hemangioendothelioma 或 tufted angioma 相關

★ 國考重點（本站講義）

- 脂漏性角化症 (Seborrheic keratosis) [107-2、111-1]
- 皮脂腺母斑 / 脂漏痣 (Nevus sebaceous) [106-1、107-2]
- 角化棘皮瘤 / 角質棘皮瘤 (Keratoacanthoma, KA) [110-1、110-2]
- 日光性角化症 (Actinic keratosis, AK) [109-2]
- 表皮囊腫 (Epidermal cyst) 與 Gardner 氏症候群 (Gardner syndrome) [111-1]
- 先天性母斑與色素斑塊
- 太田氏母斑 (Nevus of Ota) [106-1]
- 蒙古斑 (Mongolian spot) [106-1]
- 先天性黑色素細胞痣 (Congenital melanocytic nevus) [106-1]
- Sturge-Weber 氏症候群 (Sturge-Weber syndrome) [109-1]
- 靜脈湖 (Venous lake) [111-2]
- 後天性指纖維角化瘤 (Acquired digital fibrokeratoma) [112-1]
- 黏液樣偽囊腫 (Myxoid pseudocyst) [115-2]
- 皮膚纖維瘤 (Dermatofibroma) [115-2]

### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 病徵 (Disease / Sign)                  | 典型外觀與位置特徵 (Clinical Features & Site)    | 關鍵鑑別點 / 轉惡性風險 / 併發症 (Key Pitfalls & Risk)                       |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 角化棘皮瘤 (Keratoacanthoma)                   | 臉頰或日曬區；暗紅色結節，2-3 個月內快速成長                | 中央呈現火山口狀 (Crater-like) 陷凹並填塞角質 [110-1、110-2]                    |
| 日光性角化症 (Actinic keratosis)                | 頭頸、手背等日曬部，男性多                           | 屬癌前期病徵，不治療會進展為鱗狀細胞癌 (SCC) 而非黑色素細胞癌 [109-2]                      |
| 脂漏性角化症 (Seborrheic keratosis)             | 老年人最常見良性角化腫瘤，日曬相關                       | 屬良性絕非原位癌；短時間突發大量病灶稱為 Leser-Trélat 徵象 (需排查胃癌等內臟腫瘤) [107-2、111-1] |
| 皮脂腺母斑 (Nevus sebaceous)                   | 頭皮肉色隆起斑塊；嬰幼兒平坦、青春期末增厚                   | 標誌特徵為無毛或極少毛 (非多毛)；成年後不會自然消失，有產生基底細胞癌 (BCC) 風險 [106-1、107-2]     |
| Sturge-Weber 氏症候群 (Sturge-Weber syndrome) | 三叉神經 (V1/V2) 分布區出現酒色斑 (Port-wine stain) | 酒色斑為良性毛細血管畸形 (非惡性血管瘤)；易併發癲癇 (75-80%) 與青光眼 (40%) [109-1]         |
| Gardner 氏症候群 (Gardner syndrome)           | 多發性表皮囊腫、纖維瘤、骨瘤                          | 伴隨大腸息肉 (轉惡性風險高) 與甲狀腺癌 [111-1]                                   |
| 靜脈湖 (Venous lake)                         | 老年人下唇；直徑 0.5-1 cm 暗紫色、有彈性可壓縮無痛丘疹        | 病理為膨脹血管腔 (Dilated venules)，非黑色素瘤或基底細胞癌 [111-2]                  |
| 黏液樣偽囊腫 (Myxoid pseudocyst)                | 中老年手指近心端甲緣圓形微凸結節伴壓痛                     | 壓迫甲矩陣致指甲縱向凹痕；MRI 見與遠端指關節相通之囊腫 [115-2]                           |
| 觸診徵象                                      | 誘發手法                                    | 相關疾病                                                            |
| 酒窩徵象 (Dimple sign)                        | 兩側掐捏病灶邊緣，中央出現凹陷                         | 皮膚纖維瘤 (Dermatofibroma) [115-2]                                  |
| 鈕扣孔徵象 (Buttonhole sign)                   | 垂直按壓，病灶向皮下下陷                            | 神經纖維瘤 (Neurofibroma) [115-2]                                    |
| 滑脫徵象 (Slippage sign)                      | 按壓推擠時可感覺病灶滑動                            | 脂肪瘤 (Lipoma) [115-2]                                            |

## 精選考題 (3/14)

## 第 3 題 [106-1 醫學四 第 44 題]

對於先天性母斑 (congenital nevus) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 太田氏母斑 (nevus of Ota) 多為單側，好發於三叉神經第一或第二分支處
- (B) 蒙古斑 (Mongolian spot) 隨著年紀增長會逐漸淡化或消失
- (C) 皮脂腺母斑 (nevus sebaceous) 常伴隨皮膚增厚及多毛的現象
- (D) 先天性黑色素細胞痣 (congenital melanocytic nevus) 通常範圍越大者其轉變成惡性腫瘤機率就越高

## 答案 C

**A. 太田氏母斑 (nevus of Ota) 多為單側，好發於三叉神經第一或第二分支處**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：太田氏母斑確實多為單側，好發於三叉神經第一分支（眼支）及第二分支（上頷支）分布區，表現為藍灰色至褐色色素沉著斑。

**B. 蒙古斑 (Mongolian spot) 隨著年紀增長會逐漸淡化或消失**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：蒙古斑為真皮層黑色素沉著，常見於亞洲及非洲裔新生兒。通常隨年齡增長逐漸淡化，大多在青春期或成人期消退。

**C. 皮脂腺母斑 (nevus sebaceous) 常伴隨皮膚增厚及多毛的現象**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：皮脂腺母斑確實伴隨皮膚增厚，但其標誌性特徵是無毛或極少毛髮，不是多毛。青春期後因油脂分泌增加而變明顯。

**D. 先天性黑色素細胞痣 (congenital melanocytic nevus) 通常範圍越大者其轉變成惡性腫瘤機率就越高**

✓ 正確 [P1 夯]

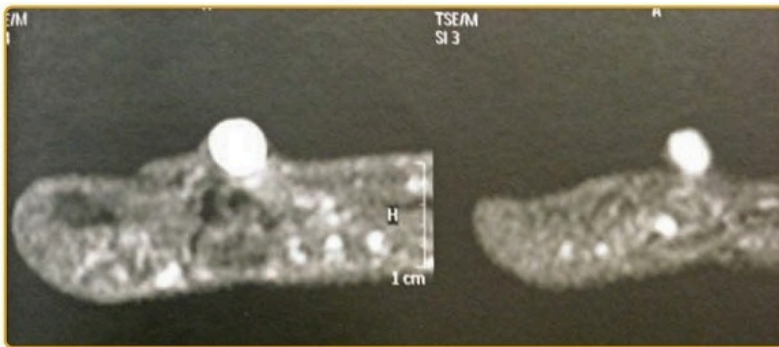
詳解：先天性黑色素細胞痣的惡性轉變風險與大小成正相關。大型先天性黑色素細胞痣（直徑 > 20 cm）惡性轉變風險約 5-10%，遠高於小型痣。

**第 4 題** [115-2 醫學四 第 40 題]

60 歲婦女，主訴近一年來發現手指指甲出現如圖一所示之縱向的凹痕，並且此指甲凹痕近心端的甲緣皮膚可 以看到一個圓形鼓起的結節，微感壓痛。磁振造影檢查結果如圖二。下列何者是最可能的診斷？



圖一



圖二

- (A) 血管球腫瘤 (glomus tumor)
- (B) 波文氏病 (Bowen's disease)
- (C) 黏液樣偽囊腫 (myxoid pseudocyst)
- (D) 甲下外生骨 (subungual exostosis)

**答案 C****A. 血管球腫瘤 (glomus tumor)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Glomus tumor (血管球腫瘤) 典型表現為劇烈疼痛、冷敏感與觸痛，多位在甲床下方呈藍紅色斑塊；而非近心端甲緣的囊腫結節及繼發性指甲縱向溝槽。

**B. 波文氏病 (Bowen's disease)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Bowen's disease (波文氏病) 為原位鱗狀細胞癌，表現為角化性或鱗屑狀斑塊、甲周潰瘍或病變，而非平滑的近心端軟組織囊腫與 MRI 亮訊號囊腫影像。

**C. 黏液樣偽囊腫 (myxoid pseudocyst)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Myxoid pseudocyst (黏液樣偽囊腫) 好發於近心端甲緣，因壓迫 nail matrix (甲矩陣) 導致指甲出現縱向凹痕，MRI 會顯示位於近心端與遠端指關節相關的囊腫。

**D. 甲下外生骨 (subungual exostosis)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Subungual exostosis (甲下外生骨) 為甲床下方良性骨質增生 (好發於足大拇趾)，X 光可見骨突病灶，而非近心端甲緣軟組織囊腫。

**第 5 題** [111-1 醫學四 第 39 題]

30 歲男子發現大腿內側有一個逐漸長大之皮膚腫瘤如圖所示，下列何者為最可能的診斷？



- (A) 表皮囊腫 (epidermal cyst)
- (B) 皮脂腺囊腫 (steatocystoma)
- (C) 黏液囊腫 (mucous cyst)
- (D) 纖毛囊腫 (vellus hair cyst)

**答案 A****A. 表皮囊腫 (epidermal cyst)**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：表皮囊腫為最常見皮膚囊腫 (>90%)，可發生於身體任何部位。大腿內側因衣著摩擦易形成，逐漸長大為典型病史。臨床診斷首要考慮。

**B. 皮脂腺囊腫 (steatocystoma)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：皮脂腺囊腫雖可逐漸長大，但好發於胸部、腋窩、腹股溝，常呈多發。大腿內側較不典型；表皮囊腫遠較此常見。

**C. 黏液囊腫 (mucous cyst)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：黏液囊腫典型位置為手指末節背側，與指關節相鄰。大腿內側為極罕見部位，診斷機率低。

**D. 纖毛囊腫 (vellus hair cyst)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：纖毛囊腫為含細毛髮之囊腫，臨床罕見。診斷需病理確認；臨床優先考慮表皮囊腫。

本考點其他考題 (11 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                               |
|-------|---------|----------------------------------|
| 107-2 | 醫學四 Q44 | nevus sebaceous diagnosis        |
| 107-2 | 醫學四 Q45 | nevus sebaceous management       |
| 109-1 | 醫學四 Q39 | sturge weber syndrome            |
| 109-2 | 醫學四 Q39 | actinic keratosis                |
| 110-1 | 醫學四 Q38 | keratoacanthoma                  |
| 110-2 | 醫學四 Q36 | keratoacanthoma                  |
| 111-1 | 醫學四 Q40 | Cowden syndrome hereditary tumor |
| 111-1 | 醫學四 Q42 | seborrheic keratosis             |
| 111-2 | 醫學四 Q38 | venous lake lip lesion           |
| 112-1 | 醫學四 Q38 | acquired digital fibrokeratoma   |
| 115-2 | 醫學四 Q41 | dermatofibroma dimple sign       |

## 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma)

★★ 穩定考點 考過 7/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、109-2、110-2、115-1

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 十二、皮膚惡性腫瘤

### 12.1 基底細胞癌 (Basal Cell Carcinoma, BCC)

- 最常見的皮膚惡性腫瘤 (也是人類最常見的惡性腫瘤)
- 好發：臉部 (鼻子最常見)、日光暴露區、淺膚色
- 極少轉移 (< 0.1%) 但局部侵犯破壞力強
- 亞型：

| 亞型                       | 特徵                                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Nodular (結節型)            | 最常見；珍珠色丘疹/結節，表面有微血管擴張 (telangiectasia)、捲邊 (rolled border)、中央潰瘍 |
| Superficial              | 軀幹好發；紅色薄斑塊，邊界清晰                                                |
| Morpheaform / Sclerosing | 蒼白硬化斑塊，邊界不清 → 最具侵襲性亞型、復發率高                                     |
| Pigmented                | 含色素，與 melanoma 鑑別                                              |

- 病理：basaloid cells 形成巢狀/索狀，周圍有 palisading + retraction artifact
- 治療：
  - 手術切除 (standard excision)
  - **Mohs micrographic surgery**：高風險部位 (臉/鼻/眼/耳)、復發型、morpheaform 亞型 → 治癒率最高 (99%)
  - Superficial 型或不適合手術：Imiquimod、5-FU、cryotherapy、PDT
  - 晚期/無法手術：**Vismodegib / Sonidegib** (Hedgehog pathway inhibitor)
- 相關症候群：
  - **Gorlin syndrome (Basal Cell Nevus Syndrome)**：AD, PTCH1 mutation → 多發 BCC (年輕發病) + odontogenic keratocysts + skeletal anomalies + calcified falx cerebri + medulloblastoma + palmar pits

#### ★ 國考重點 (本站講義)

- 流行病學與好發 [106-1、107-1、110-2、115-1]
- 危險因子 [106-2、110-2、115-1]
- 臨床特徵 [107-1]
- 生物特性與轉移率 [106-2、109-2、110-2、115-1]
- 神經周圍侵犯 (Perineural invasion, PNI) [109-2]

- 治療選擇〔110-2、115-1〕
- 相關病灶（皮脂腺痣）〔107-2〕

### ⚠ 易混與陷阱

| 比較項目      | 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma, BCC)                     | 鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma, SCC) | 黑色素細胞癌 (Melanoma)                              |
|-----------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| 發生率排名     | 第 1 名 (最常見, 約 75–85%)<br>〔106-1、115-1〕                | 第 2 名 (約 15–30%) 〔106-1、107-1〕       | 較罕見 (約 5–10%)，但致死率高 〔106-1、107-1〕              |
| 遠端轉移率     | 極低 (小於 0.1% 至 0.5%)，極少轉移至內臟 〔106-2、109-2、110-2、115-1〕 | 略高於 BCC 但仍低於 Melanoma 〔106-2〕        | 遠端轉移風險高，常需配合化學治療或標靶/免疫治療 〔106-2、115-1〕         |
| 典型臨床與預後特徵 | 珍珠光澤結節、中央潰瘍 (Rodent ulcer)、毛細血管擴張 〔107-1〕             | 銀紅色鱗屑斑塊或潰瘍性病變 〔107-1〕                | 符合 ABCDE 原則 (不對稱、邊界不規則、多色、直徑大於 6mm、演變) 〔107-1〕 |
| 核心治療原則    | 手術切除為主，高危部位首選莫氏顯微外科手術 〔110-2、115-1〕                   | 手術切除 〔106〕                           | 手術切除及系統性治療 〔106、115-1〕                         |

| 觀念陷阱項目                 | 正確觀念 (考點真相)                                   | 常見錯誤陷阱選項                                    |
|------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 進展與轉移部位                | 主要為局部侵犯破壞；極少遠端轉移，若發生常在肺、骨、皮膚 〔106-2、109-2〕    | 誤以為「容易遠端轉移」或「常轉移至腦部與肝臟」 〔106-2、109-2、110-2〕 |
| 神經周圍侵犯 (PNI)           | 發生率約 5–40% (非很常見)，但與復發、腫瘤大小/時間、眼窩侵犯相關 〔109-2〕 | 誤以為「PNI 很常見」 〔109-2〕                        |
| 皮脂腺痣 (Nevus sebaceous) | 成年後會持續增厚 (不會自然消失)，有 0.5–8% 機率產生 BCC 〔107-2〕   | 誤以為「成年後病灶會自然消失」 〔107-2〕                     |

### 精選考題 (3/6)

#### 第 6 題 〔115-1 醫學四 第 39 題〕

關於基底細胞癌 (basal cell carcinoma)，下列敘述何者錯誤？

- (A) 為最常見的皮膚惡性腫瘤
- (B) 手術切除為治療選擇之一
- (C) 轉移機率甚高，常需配合化學治療
- (D) 可能與日光曝曬有關

#### 答案 C

##### A. 為最常見的皮膚惡性腫瘤

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：基底細胞癌 (Basal Cell Carcinoma, BCC) 是最常見的皮膚惡性腫瘤，佔所有皮膚癌診斷的絕大多數。其發生與長期紫外線曝曬密切相關，通常生長緩慢。

##### B. 手術切除為治療選擇之一

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：手術切除是基底細胞癌 (BCC) 的主要治療方式，包括標準切除、莫氏手術 (Mohs surgery) 等，可達高治癒率。對於早期病灶，治癒率可達 90% 以上。

##### C. 轉移機率甚高，常需配合化學治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：基底細胞癌 (BCC) 轉移機率極低 (小於 0.1%)，非治療的主流考量。化學治療通常用於晚期或轉移性黑色素瘤，對 BCC 較少使用，局部侵犯或復發時可考慮，但非「常需配合」。

**D. 可能與日光曝曬有關**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：長期且大量的日光曝曬，特別是紫外線 (UV) 曝曬，是基底細胞癌 (BCC) 最重要的危險因子。UVB 射線尤其與 BCC 的發生有關。

**第 7 題**〔109-2 醫學四 第 42 題〕

有關基底細胞癌 (basal cell carcinoma) 的生物特性，下列何者正確？

- (A) 生長緩慢、大多數進展惡化以遠端轉移為主，較少局部侵犯
- (B) 神經周圍侵犯 (perineural invasion) 很常見
- (C) 遠端轉移部位最常發生位置是腦部與肝臟
- (D) 神經周圍侵犯 (perineural invasion) 與復發病灶、腫瘤時間長短、腫瘤大小、眼窩侵犯有關

**答案 D**

**A. 生長緩慢、大多數進展惡化以遠端轉移為主，較少局部侵犯**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：BCC 特徵為生長緩慢但主要表現為局部侵犯與破壞，遠端轉移極少見 (<0.5%)。選項誤指遠端轉移為主要進展方式。

**B. 神經周圍侵犯 (perineural invasion) 很常見**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：BCC 中神經周圍侵犯 (PNI) 雖是重要預後指標，但並非「很常見」，發生率約 5-40% 視病理亞型而異。選項高估 PNI 發生率。

**C. 遠端轉移部位最常發生位置是腦部與肝臟**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：BCC 遠端轉移罕見且預測位置有限。若發生遠端轉移常見部位為肺、骨及皮膚，而非腦部與肝臟。

**D. 神經周圍侵犯 (perineural invasion) 與復發病灶、腫瘤時間長短、腫瘤大小、眼窩侵犯有關**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：PNI 是 BCC 重要的侵犯性指標，與復發率升高、腫瘤慢性進展、腫瘤較大、眼窩侵犯等嚴重程度密切相關，提示更積極的治療策略。

**第 8 題** [107-1 醫學四 第 41 題]

80 歲 男 性 出 現 如 圖 所 示 病 灶 ， 下 列 何 者 是 最 可 能 的 診 斷 ？



- (A) 鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma)
- (B) 黑色素細胞癌 (Melanoma)
- (C) 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma)
- (D) 皮脂腺細胞癌 (Sebaceous carcinoma)

**答案 C****A. 鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma) 是第二常見皮膚癌，但在  $\geq 70$  歲患者中發生率顯著低於基底細胞癌，約佔皮膚癌 20-30%。臨床表現通常為銀紅色鱗屑斑塊或潰瘍性病變，侵襲性高於 BCC 但發生率更低。

**B. 黑色素細胞癌 (Melanoma)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：黑色素細胞癌 (Melanoma) 符合 ABCDE 原則 (不對稱、邊界不規則、多色、直徑  $> 6\text{mm}$ 、演變)。雖然致命性最高，但在老年患者皮膚癌中發生率遠低於 BCC，約佔 5-10%。

**C. 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：基底細胞癌 (Basal cell carcinoma) 在  $\geq 70$  歲患者中是最常見皮膚惡性腫瘤 (佔 70-80%)。典型臨床表現為珍珠光澤結節、中央潰瘍 (rodent ulcer)、邊界隆起、毛細血管擴張。預後相對良好，轉移罕見。

**D. 皮脂腺細胞癌 (Sebaceous carcinoma)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：皮脂腺細胞癌 (Sebaceous carcinoma) 極其罕見，全身皮膚癌發生率  $< 1\%$ 。通常發生於眼瞼周圍 (60% 案例)，非眼周病變時罕見。在 80 歲患者皮膚癌鑑別中優先度最低。

**本考點其他考題 (3 題，未收錄)**

| 梯次    | 題目      | 主題                   |
|-------|---------|----------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q37 | basal cell carcinoma |
| 106-2 | 醫學四 Q37 | basal cell carcinoma |
| 110-2 | 醫學四 Q35 | basal cell carcinoma |

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

| 梯次    | 題目      | 收在                                                   |
|-------|---------|------------------------------------------------------|
| 107-2 | 醫學四 Q45 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變<br>(Benign Skin Tumors and Lesions) |

## 鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：107-2、109-2、110-1、110-2、114-1

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十一、皮膚良性腫瘤 > 11.2 癌前病變

### Bowen Disease (SCC in situ)

- 全層表皮不典型增生，但未穿透基底膜
- 臨床：界限清楚的紅色鱗屑斑塊，緩慢擴大
- 與 HPV (尤其 16)、arsenic exposure 相關
- 治療：手術切除、cryotherapy、5-FU、PDT

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十二、皮膚惡性腫瘤

### 12.2 鱗狀細胞癌 (Squamous Cell Carcinoma, SCC)

- 第二常見皮膚惡性腫瘤
- 較 BCC 更具轉移潛力 (約 2-6%)
- 危險因子：紫外線 (最重要)、免疫抑制 (器官移植後風險大幅 ↑ → SCC > BCC)、慢性傷口/瘡痕 (Marjolin's ulcer)、砷暴露、HPV、放射線
- 臨床：角化性結節或斑塊，可有潰瘍、結痂
- 病理：不典型鱗狀上皮細胞穿透基底膜侵入真皮；keratin pearls → 分化較好的 SCC
- 治療：
  - 手術切除 (含足夠 margin)
  - 高風險部位：Mohs surgery
  - 轉移性/晚期：放療 ± 化療；Cemiplimab (anti-PD-1 immunotherapy)
- 特殊亞型：
  - Keratoacanthoma (角化棘皮瘤)：快速生長的火山口狀結節 (dome-shaped with central keratin plug)，可能自行消退，但臨床上通常按 well-differentiated SCC 處理
  - Marjolin's ulcer：慢性傷口/燒傷疤痕中發展的 SCC (aggressive, high metastasis rate)

### 12.4 Merkel Cell Carcinoma

- 罕見但高度惡性的神經內分泌腫瘤
- 好發老年人、免疫低下；與 Merkel cell polyomavirus (MCPyV) 相關
- 快速生長的無痛紅色/紫色結節；好發頭頸部
- 免疫組織化學：CK20 (+)、chromogranin、synaptophysin
- 治療：wide excision + SLNB + adjuvant RT；晚期 → anti-PD-L1 (Avelumab)

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 臨床實體                          | 病因 / 機轉與發展路徑                              | 典型臨床與外觀特徵                                                          | 國考鑑別重點與陷阱                                                        |
|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 日光性角化症 (Actinic keratosis, AK)     | 長期 UV (特別是 UVB) 曝曬, 源自角質細胞 (Keratinocyte) | 癌前期病徵 (Precancerous lesion), 好發於頭頸與手背等日曬部, 男性較多                    | 未治療可進展為 <b>SCC</b> ; 選項寫進展為黑色素細胞癌 (Melanoma) 為典型陷阱 [109-2]       |
| 火紅斑 (Erythema ab igne)             | 長期局部重複熱刺激 (非 UV, 未達燙傷起水泡程度)               | 慢性網狀色素沉著、皮膚萎縮與纖維化                                                  | 長期慢性熱傷害會增加皮膚 <b>SCC</b> 併發風險; 正確處理為停止熱敷並加強防曬 [107-2]             |
| 角質棘皮瘤 (Keratoacanthoma, KA)        | 好發於老年人日光曝露部位                              | 數週至 3 個月內快速增生, 暗紅色結節、周圍隆起、中央凹陷呈火山口狀 ( <b>Crater-like</b> ) 並填塞堆積角質 | 火山口狀 + 中央角質堆積為 KA 特異標誌, 非 SCC、BCC 或 Melanoma 的典型特徵 [110-1、110-2] |
| 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma, BCC)  | 生長緩慢 (數月至數年)                              | 珍珠狀丘疹伴毛細血管擴張、中央潰爛                                                  | 增長緩慢, 無火山口狀外觀與中央角質堆積 [110-1、110-2]                               |
| 惡性黑色素瘤 (Malignant melanoma)        | 源自黑色素細胞 (Melanocyte)                      | 多色病灶 (黑、棕、紅、藍混合), 符合 ABCDE 規則                                      | 邊界不規則與色素不均, 無火山口樣角質填塞; 亦非 AK 的進展方向 [109-2、110-2]                 |
| 史特基-韋伯氏症候群 (Sturge-Weber syndrome) | 先天血管異常疾病 (影響皮膚與腦部)                        | 葡萄酒色斑 (Port-wine stain) 等血管病變                                      | 與皮膚 <b>SCC</b> 風險增加無關; XP、Werner 及白化症才會增加 SCC 風險 [114-1]         |

### 精選考題 (1/1)

#### 第 9 題 [114-1 醫學四 第 39 題]

某些遺傳性症候群的患者由於先天性基因的缺失, 往往造成其皮膚發生鱗狀上皮細胞癌的機率較常人高。這些症候群不包括下列何者?

- (A) 著色性乾皮症 (xeroderma pigmentosum)
- (B) 韋爾納症候群 (Werner syndrome)
- (C) 史特基-韋伯氏症候群 (Sturge-Weber syndrome)
- (D) 眼皮膚白化症 (oculocutaneous albinism)

#### 答案 C

##### A. 著色性乾皮症 (xeroderma pigmentosum)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: 著色性乾皮症 (Xeroderma Pigmentosum) 因 DNA 修復缺陷, 對紫外線極度敏感, 顯著增加皮膚鱗狀上皮細胞癌 (SCC) 風險。

##### B. 韋爾納症候群 (Werner syndrome)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: 韋爾納症候群 (Werner Syndrome) 為早衰症, 與多種癌症風險增加相關, 包括皮膚鱗狀上皮細胞癌 (SCC)。

##### C. 史特基-韋伯氏症候群 (Sturge-Weber syndrome)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解: 史特基-韋伯氏症候群 (Sturge-Weber syndrome) 為血管異常疾病, 主要影響皮膚、腦部及其他器官, 與皮膚鱗狀上皮細胞癌 (SCC) 風險增加無關。

##### D. 眼皮膚白化症 (oculocutaneous albinism)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: 眼皮膚白化症 (Oculocutaneous albinism) 造成皮膚色素缺乏, 增加紫外線敏感性, 故皮膚鱗狀上皮細胞癌 (SCC) 風險升高。

也考本考點的題目 (4 題, 收在其他考點)

| 梯次    | 題目      | 收在                                                                  |
|-------|---------|---------------------------------------------------------------------|
| 107-2 | 醫學四 Q42 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，多形性紅斑與反應性紅斑 (Erythema Multiforme and Reactive Erythemas) |
| 109-2 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變 (Benign Skin Tumors and Lesions)                   |
| 110-1 | 醫學四 Q38 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變 (Benign Skin Tumors and Lesions)                   |
| 110-2 | 醫學四 Q36 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變 (Benign Skin Tumors and Lesions)                   |

## 黑色素瘤 (Melanoma)

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：106-2、107-1、109-2、110-1、113-1、115-1

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十二、皮膚惡性腫瘤

### 12.3 黑色素瘤 (Melanoma)

- 皮膚癌中死亡率最高
- ABCDE 早期辨識：
  - **A**symmetry (不對稱)
  - **B**order irregularity (邊緣不規則)
  - **C**olor variation (顏色不均勻)
  - **D**iameter > 6 mm
  - **E**volution (形狀/大小/顏色變化)
- 亞型：

| 亞型                    | 特徵                           | 佔比      |
|-----------------------|------------------------------|---------|
| Superficial spreading | 最常見 (西方 70%)；水平生長期長 → 預後較好   | 70%     |
| Nodular               | 垂直生長為主 → 較早轉移、預後較差；深色/黑色結節   | 15-30%  |
| Lentigo maligna       | 老年人臉部；日光損傷皮膚；最長的水平生長期 → 預後最好 | 5-15%   |
| Acral lentiginous     | 手掌、足底、甲下；非裔/亞洲人/台灣最常見亞型      | 亞洲人較高比例 |

- 甲下黑色素瘤：**Hutchinson sign** (色素延伸到近端甲褶 → 高度警覺 melanoma)
- 預後因子：
  - **Breslow thickness (厚度)**：最重要的預後因子 (< 1 mm 極佳；> 4 mm 預後差)
  - Clark level (侵犯深度/層次)：已較少使用
  - 其他不良因子：潰瘍 (ulceration)、高有絲分裂率、lymph node 轉移
- 處理：
  - 初步：excisional biopsy (完整切除送病理，不做 shave biopsy)
  - Wide local excision margin 根據 Breslow thickness：
    - In situ：0.5-1 cm
    - ≤ 1 mm：1 cm
    - 1.01-2 mm：1-2 cm
    - > 2 mm：2 cm
  - Sentinel lymph node biopsy (SLNB)：如果 Breslow > 0.8 mm 或有不良因子

▸ 轉移性治療：

- Immunotherapy：Nivolumab / Pembrolizumab (anti-PD-1) 、Ipilimumab (anti-CTLA-4) → 一線
- Targeted therapy：BRAF V600E mutation → Vemurafenib / Dabrafenib (BRAF inhibitor) + Trametinib (MEK inhibitor)

★ 國考重點（本站講義）

- 皮膚黑色素細胞癌（Cutaneous melanoma）診斷 ABCD 口訣〔106-2〕
- 【現行標準 | ABCDE 篩檢 mnemonic | 依據：NCI；查核：2026-08-05 | 未對應歷屆】
- 肢端黑痣型黑色素瘤（Acral lentiginous melanoma, ALM）〔107-1、110-1〕
- 甲下黑色素瘤（Subungual melanoma）與 Hutchinson 徵象（Hutchinson sign）〔107-1、113-1〕
- 表淺擴散型黑色素瘤（Superficial spreading melanoma, SSM）〔107-1、110-1〕
- 其他臨床亞型特徵〔107-1、110-1〕
- 主要危險因子〔115-1〕
- 病理來源與癌前病變鑑別〔109-2〕

精選考題（3/6）

第 10 題〔107-1 醫學四 第 36 題〕

40 歲男性，在右大腳趾出現如圖所示之表徵，有一年之久，最適切之診斷為：



- (A) subungual hematoma
- (B) subungual melanoma
- (C) subungual pigmented nevus
- (D) friction induced melanonychia

答案 B

**A. subungual hematoma**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Subungual hematoma（甲下血腫）通常由外傷引起，隨甲片生長逐漸向指尖移動最終脫落，不會持續一年保持不變。題幹未提外傷史。

**B. subungual melanoma**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Subungual melanoma（甲下黑色素瘤）是甲床惡性腫瘤，特徵為單側黑色縱紋逐漸擴大（Hutchinson sign），常見於 40 歲以上及下肢大拇趾部位，一年病程符合臨床進展。

**C. subungual pigmented nevus**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Subungual pigmented nevus（甲下色素痣）為良性病灶，通常邊界清晰、寬度 > 3 mm、色澤多樣。高年紀伴單側進行性病灶應優先考慮惡性病變。

**D. friction induced melanonychia**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Friction induced melanonychia（摩擦引起黑甲症）多呈褐色邊界模糊分布廣泛，通常與不合適鞋履或外傷相關，題幹未提及此類致病因素。

**第 11 題**〔106-2 醫學四 第 41 題〕

有關判斷是否為皮膚黑色素細胞癌（cutaneous melanoma）的 ABCD 口訣敘述，下列何者正確？

- (A) A：不對稱（asymmetry）：病灶左右上下不對稱
- (B) B：邊緣（border）：規則的邊緣
- (C) C：顏色（color）：病灶色澤均勻
- (D) D：直徑（diameter）：小於 6 mm 時要特別考慮是黑色素細胞癌

**答案 A****A. A：不對稱（asymmetry）：病灶左右上下不對稱**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：ABCD rule 中 A 代表 asymmetry（不對稱）。Melanoma 的特徵是病灶左右上下不對稱，即若將病灶中線分割，兩邊形狀明顯不一致；良性痣則多呈對稱分布。

**B. B：邊緣（border）：規則的邊緣**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：ABCD rule 中 B 代表 border irregularity（邊緣不規則），而非規則邊緣。Melanoma 特徵為邊緣呈鋸齒狀、參差不齊、有突出與內凹；良性痣邊緣規則。選項方向反。

**C. C：顏色（color）：病灶色澤均勻**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：ABCD rule 中 C 代表 color variation（顏色不均勻），而非色澤均勻。Melanoma 常見黑、棕、紅、白等多色混合；良性痣色澤通常單調均勻。選項概念相反。

**D. D：直徑（diameter）：小於 6 mm 時要特別考慮是黑色素細胞癌**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：ABCD rule 中 D 代表 diameter（直徑）：直徑 ≥ 6 mm 時應特別警惕 melanoma，而非 < 6 mm。6 mm 為臨界值，越小越傾向良性；選項閾值反轉。

**第 12 題**〔115-1 醫學四 第 40 題〕

有關皮膚黑色素細胞癌（cutaneous melanoma）的危險因子，下列何者最正確？

- (A) 持續少量日曬的人
- (B) 深色皮膚的人
- (C) 天生紅髮或金髮的人
- (D) 易曬黑不易曬傷的人

**答案 C****A. 持續少量日曬的人**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：間歇性強日曬引發曬傷是主要風險，長期少量日曬風險相對較低。

**B. 深色皮膚的人**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：深色皮膚因黑色素保護，對 UV 傷害抵抗力較強，罹患黑色素瘤風險較低。

**C. 天生紅髮或金髮的人**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：紅髮/金髮、易曬傷者有較高黑色素瘤風險，是經典的重要危險因子。

**D. 易曬黑不易曬傷的人**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：易曬黑不易曬傷代表皮膚對日曬抵抗力較強，非主要危險因子。

**本考點其他考題（3 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                                         |
|-------|---------|--------------------------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q40 | cutaneous melanoma subtypes                |
| 110-1 | 醫學四 Q39 | acral lentiginous melanoma taiwan          |
| 113-1 | 醫學四 Q39 | acral lentiginous melanoma hutchinson sign |

**也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）**

| 梯次    | 題目      | 收在                                                   |
|-------|---------|------------------------------------------------------|
| 109-2 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變<br>(Benign Skin Tumors and Lesions) |

**卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma)**

★ 偶考 考過 2/20 梯次：108-1、113-1

TWMLE・皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十二、皮膚惡性腫瘤

**12.5 卡波西肉瘤 (Kaposi Sarcoma)**

- **HHV-8 (Human Herpesvirus 8)** 相關的血管腫瘤
- 四型：Classic（老年地中海男性，下肢）、Endemic（非洲）、Iatrogenic（器官移植後）、**AIDS-associated**（最常見型；CD4 低時出現）
- 臨床：紫紅色斑塊/結節/斑片；可侵犯皮膚、口腔、內臟（肺、GI）
- 病理：梭形細胞增殖 + slit-like vascular spaces + 紅血球外滲
- 治療：AIDS 型 → ART（免疫重建）；局部放療/冷凍；廣泛型 → 化療（doxorubicin）

**★ 國考重點（本站講義）**

- 致病病毒〔108-1〕
- 好發族群與背景〔108-1、113-1〕
- 臨床表現〔108-1、113-1〕
- 典型病理特徵〔108-1、113-1〕

⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 病毒名稱                                   | 病理 / 臨床鑑別特徵                                                                                      | 考點關聯                                                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma)                     | 病理顯現篩板狀血管增生 (sieve-like vascular spaces)、裂隙狀血管腔 (slit-like vascular spaces) 與紡錘狀細胞浸潤；臨床常見下肢紫色斑塊。 | 屬 HHV-8 相關之血管惡性增生，常與免疫抑制 (如腎移植、AIDS) 或高齡相關 [108-1、113-1] |
| 血管肉瘤 (Angiosarcoma)                         | 病理呈不規則血管增生伴內皮細胞異型性；惡性度高、進展迅速，較常見於非免疫抑制個體。                                                        | 無篩板狀或裂隙狀血管特徵，臨床進展與病理機轉均不同 [108-1、113-1]                  |
| 血管角化瘤 (Angiokeratoma)                       | 病理呈淺層血管增生伴上表皮增厚與角化；臨床多呈小丘疹。                                                                      | 無篩板狀血管結構 [108-1]                                         |
| 竇狀血管瘤 (Sinusoid hemangioma)                 | 病理呈大竇狀血管腔覆蓋單層內皮之良性血管瘤。                                                                           | 無篩板狀血管結構 [108-1]                                         |
| 隆凸性皮膚纖維肉瘤 (Dermatofibrosarcoma protuberans) | 為真皮層纖維肉瘤，病理特徵為膠原蛋白纖維增生與紡錘狀細胞。                                                                    | 無裂隙狀血管腔結構 [113-1]                                        |
| 鬱血性皮膚炎 (Stasis dermatitis)                  | 與靜脈功能不全 (venous insufficiency) 相關。                                                               | 病理非血管增生病變 [113-1]                                        |
| HHV-8                                       | 主要致病病毒，引發血管內皮細胞惡性增生。                                                                             | 卡波西氏肉瘤之主要致病原 [108-1]                                     |
| EBV                                         | 主要與鼻咽癌、霍奇金淋巴瘤 (Hodgkin lymphoma)、伯基特氏淋巴瘤 (Burkitt lymphoma) 及 EBV 陽性淋巴增生疾病相關。                    | 非卡波西氏肉瘤致病原 [108-1]                                       |
| HPV                                         | 主要導致宮頸癌、肛門癌、咽喉癌等鱗狀細胞癌。                                                                           | 非卡波西氏肉瘤致病原 [108-1]                                       |
| HSV-2                                       | 主要導致生殖器皰疹 (genital herpes)。                                                                      | 非卡波西氏肉瘤致病原 [108-1]                                       |

### 精選考題 (1/2)

#### 第 13 題 [113-1 醫學四 第 40 題]

46 歲男性，左腳出現紫色斑塊與丘疹約半年，皮膚切片檢查顯示真皮層紡錘狀細胞浸潤 (spindle cell infiltration)，以及裂隙狀血管腔 (slit-like vascular spaces)。病人於五年前接受腎臟移植，其皮膚病灶之最可能診斷是：

- (A) 血管肉瘤 (angiosarcoma)
- (B) 隆凸性皮膚纖維肉瘤 (dermatofibrosarcoma protuberans)
- (C) 卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma)
- (D) 鬱血性皮膚炎 (stasis dermatitis)

#### 答案 C

##### A. 血管肉瘤 (angiosarcoma)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：血管肉瘤 (angiosarcoma) 是惡性血管腫瘤，但典型病理特徵與卡波西氏肉瘤不同，且在非免疫抑制者較常見。

##### B. 隆凸性皮膚纖維肉瘤 (dermatofibrosarcoma protuberans)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：隆凸性皮膚纖維肉瘤 (dermatofibrosarcoma protuberans) 是真皮層纖維肉瘤，病理特徵為膠原蛋白纖維增生與紡錘狀細胞，非裂隙狀血管腔。

##### C. 卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：病患免疫抑制史 (腎臟移植)，病理切片見紡錘狀細胞及裂隙狀血管腔，是卡波西氏肉瘤 (Kaposi sarcoma) 的典型特徵。

**D. 鬱血性皮膚炎 (stasis dermatitis)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：鬱血性皮膚炎 (stasis dermatitis) 與靜脈功能不全相關，病理非血管增生，臨床表現也不同于病患的紫色斑塊。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題             |
|-------|---------|----------------|
| 108-1 | 醫學四 Q44 | Kaposi sarcoma |

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

| 梯次    | 題目      | 收在                                     |
|-------|---------|----------------------------------------|
| 108-1 | 醫學四 Q45 | 皮膚科・感染，病毒性皮膚感染 (Viral skin infections) |

**蕁樣肉芽腫 (Mycosis fungoides)**

罕考 考過 1/20 梯次：114-1

TWMLE・皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十二、皮膚惡性腫瘤

**12.7 蕁狀肉芽腫 (Mycosis Fungoides, MF)**

- 最常見的原發性皮膚 T 細胞淋巴瘤 (CTCL)
- 好發中老年人；CD4+ T cells 為主
- 進展緩慢：patch (斑) → plaque (斑塊) → tumor (腫瘤)
- 好發不暴露部位 (bathing trunk distribution)
- 病理：表皮內 atypical T lymphocytes (epidermotropism)、**Pautrier microabscesses** (表皮內異常 T 細胞聚集)
- **Sézary syndrome**：MF 的白血病型 → erythroderma + 淋巴結腫大 + 血液中 Sézary cells (cerebriform nucleus)
- 治療：早期 → topical steroids、NB-UVB、PUVA、nitrogen mustard；晚期 → systemic chemotherapy、Bexarotene (retinoid)、Mogamulizumab (anti-CCR4)

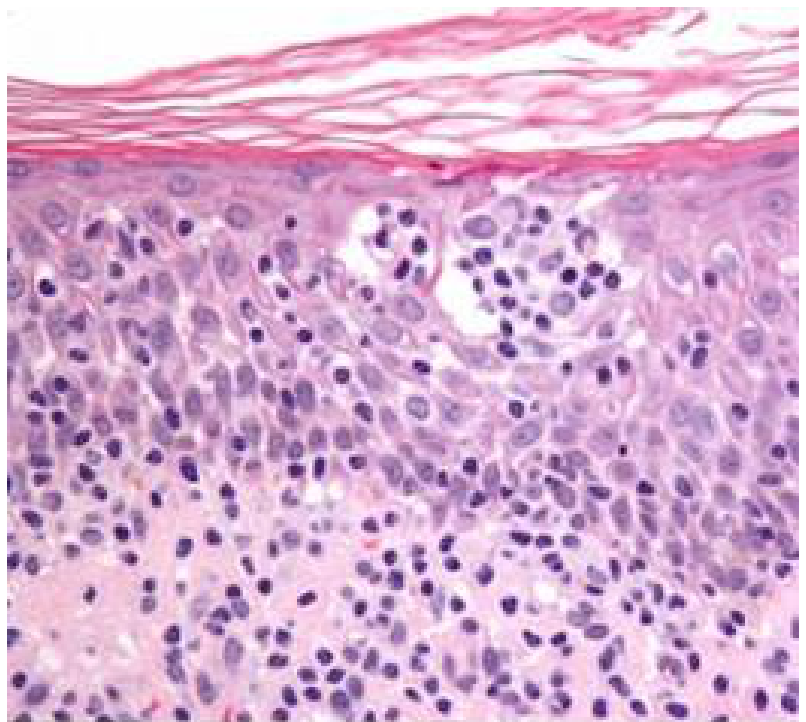
**★ 國考重點 (本站講義)****⚠ 易混與陷阱**

| 疾病名稱                      | 臨床表現與症狀特徵                        | 病理特徵與鑑別重點                                          |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 蕁樣肉芽腫 (Mycosis fungoides) | 軀幹及四肢無症狀紅色斑塊、脫屑，後期形成結節；KOH 檢查無黴菌 | 最常見皮膚 T 細胞淋巴瘤；表皮層有異常細胞浸潤                           |
| 類肉瘤 (Sarcoidosis)         | 皮膚呈現結節或斑塊                        | 病理主要為非乾酪性肉芽腫 (non-caseating granuloma)，較少見表皮異常細胞浸潤 |
| 蟹足腫 (Keloid)              | 與皮膚創傷歷史相關的隆起疤痕                   | 膠原蛋白 (collagen) 過度增生造成的疤痕組織，無浸潤性異常細胞               |
| 結節性癢疹 (Prurigo nodularis) | 伴隨劇烈搔癢後形成的結節                     | 與長期搔抓相關，患者有明顯癢感，病理無表皮異常細胞浸潤                        |

## 精選考題 (1/1)

**第 14 題** [114-1 醫學四 第 40 題]

55 歲男性，自兩年前在軀幹與四肢陸續出現許多無症狀的紅色斑塊，並合併輕微脫屑（如圖所示），經 KOH 檢查並未發現有黴菌感染；最近數週發現有些病灶形成結節。皮膚切片之病理檢查結果顯示表皮中有許多異常細胞浸潤



如附圖。此患者最可能的診斷為下列何者？

- (A) 蕁狀肉芽腫 (mycosis fungoides)
- (B) 類肉瘤 (sarcoidosis)
- (C) 蟹足腫 (keloid)
- (D) 結節性癢疹 (prurigo nodularis)

**答案 A****A. 蕈狀肉芽腫 (mycosis fungoides)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：蕈狀肉芽腫 (Mycosis Fungoides) 為最常見的皮膚 T 細胞淋巴瘤。典型表現為軀幹及四肢的紅色斑塊、脫屑，後期可形成結節。表皮浸潤的異常細胞是其病理特徵，與患者病史及切片結果高度吻合。

**B. 類肉瘤 (sarcoidosis)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：類肉瘤 (Sarcoidosis) 的皮膚表現為結節或斑塊，但病理上主要為非乾酪性肉芽腫，較少見表皮浸潤的異常細胞。患者的皮膚切片結果與此不同。

**C. 蟹足腫 (keloid)**

× 錯誤 [P5 拉完了]

詳解：蟹足腫 (Keloid) 是過度膠原增生造成的疤痕組織，與創傷有關，其外觀及病理特徵與患者描述的病灶不符，且非浸潤性異常細胞。

**D. 結節性癢疹 (prurigo nodularis)**

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：結節性癢疹 (Prurigo Nodularis) 的特徵是劇烈搔癢後形成的結節，患者無症狀，且病理檢查顯示表皮浸潤的異常細胞，與此診斷不符。

**皮膚血管肉瘤 (Cutaneous angiosarcoma)**

罕考 考過 1/20 梯次：114-2

TWMLE · 皮膚科 &gt; 皮膚科 &gt; 十二、皮膚惡性腫瘤

**12.6 血管肉瘤 (Angiosarcoma)**

- 高度惡性的血管內皮腫瘤；預後極差
- 好發：老年人頭皮/臉部（瘀青樣斑塊）；慢性淋巴水腫肢體（**Stewart-Treves syndrome** → 乳癌根治術後長期上肢淋巴水腫）；放射線照射後
- 病理：異型內皮細胞 + irregular anastomosing vascular channels
- 治療：手術 + 放療；晚期 → 化療 (Paclitaxel)

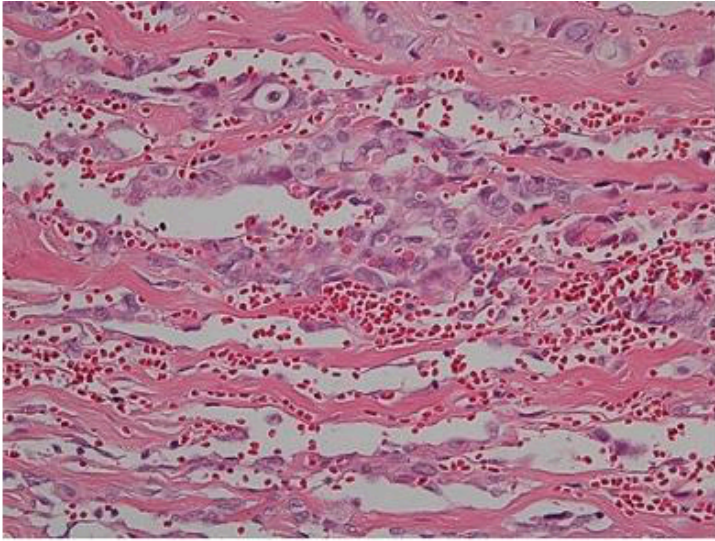
**★ 國考重點 (本站講義)****⚠ 易混與陷阱**

| 疾病名稱                                 | 好發部位             | 典型臨床外觀特徵                             | 瘀傷狀與疼痛表現                             |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 血管肉瘤 (Angiosarcoma)                  | 老年人頭皮、頭頸部曝曬區     | 紫紅色、快速生展之斑塊或結節                       | 典型呈現「瘀傷狀 (Bruise-like)」，常伴隨疼痛〔114-2〕 |
| 基底細胞癌 (Basal cell carcinoma, BCC)    | 頭頸部曝曬區           | 珍珠樣丘疹 (Pearly papule)、邊緣隆起、微血管擴張、疤痕狀 | 較少呈瘀傷狀，通常無疼痛〔114-2〕                  |
| 鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma, SCC) | 頭頸部曝曬區           | 增生性丘疹、潰瘍 (Ulceration)、結痂 (Crusting)  | 可能伴隨疼痛，但「瘀傷狀」外觀非典型〔114-2〕            |
| 皮脂腺癌 (Sebaceous carcinoma)           | 眼瞼 (Eyelids)、頭頸部 | 黃色或皮膚色結節、斑塊                          | 不典型為瘀傷狀，疼痛非主要早期症狀〔114-2〕             |

## 精選考題 (1/1)

## 第 15 題 [114-2 醫學四 第 40 題]

89 歲的老先生，過去兩年來頭皮上陸續出現多個類似瘀傷的斑塊（如圖所示），最近病灶出現疼痛的症狀，因此求診並接受皮膚切片手術。病理圖像如附圖（H&E stain, 400X）。下列何者為最可能的診斷？



- (A) 基底細胞癌 (basal cell carcinoma)
- (B) 血管肉瘤 (angiosarcoma)
- (C) 皮脂腺癌 (sebaceous carcinoma)
- (D) 鱗狀細胞癌 (squamous cell carcinoma)

## 答案 B

## A. 基底細胞癌 (basal cell carcinoma)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：基底細胞癌 (BCC) 雖常見於頭皮，但典型表現為珍珠樣丘疹、邊緣隆起、表面有微血管擴張，或扁平疤痕狀，較少呈現瘀傷狀斑塊且通常不伴隨疼痛。

## B. 血管肉瘤 (angiosarcoma)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：血管肉瘤 (Angiosarcoma) 好發於頭頸部陽光曝曬區，尤其老年人頭皮。典型表現為快速生長、紫紅色、瘀傷狀或結節狀病灶，常伴隨疼痛，符合題目描述。

## C. 皮脂腺癌 (sebaceous carcinoma)

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：皮脂腺癌（Sebaceous Carcinoma）較常見於眼瞼，頭頸部亦可見，但通常表現為結節或斑塊，不典型為瘀傷狀，且疼痛非主要早期症狀。

**D. 鱗狀細胞癌（squamous cell carcinoma）**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：鱗狀細胞癌（SCC）常見於頭皮，常呈增生性丘疹、潰瘍或結痂，可能疼痛。但「瘀傷狀」外觀不如血管肉瘤典型。

# 皮膚科・自體免疫疾病

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

## 紅斑性狼瘡 (Lupus Erythematosus)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：107-2、108-2、109-1、111-1、111-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十四、結締組織疾病之皮膚表現

### 14.1 紅斑性狼瘡 (Lupus Erythematosus)

| 分型                                  | 皮膚表現                                                                        | 備註                                                            |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Acute cutaneous LE (ACLE)</b>    | 蝴蝶斑 (Malar/butterfly rash)：頰部及鼻梁紅斑，不侵犯鼻唇溝 (與酒糟/脂漏性皮膚炎鑑別)；光敏感                | 幾乎都有 SLE                                                      |
| <b>Subacute cutaneous LE (SCLE)</b> | 環狀或乾癬樣 (psoriasiform) 紅斑，光暴露區                                               | 高度關聯 anti-Ro/SSA Ab；藥物誘發型常見 (Hydrochlorothiazide、Terbinafine) |
| <b>Chronic cutaneous LE (DLE)</b>   | 圓盤狀紅斑 (discoid)：紅斑 → 角化 → 萎縮性疤痕 + 色素異常 + 毛囊堵塞 (follicular plugging) → 瘢痕性脫髮 | 僅 5-10% 進展為 SLE                                               |

- SLE 其他皮膚表現：光敏感、口腔潰瘍、Raynaud's phenomenon、脫髮 (non-scarring)、livedo reticularis
- 病理：interface dermatitis、basement membrane thickening、mucin deposition
- **DIF (lupus band test)**：基底膜帶 IgG、IgM、IgA、C3 顆粒狀沉積 (granular pattern)；DLE 僅在病灶皮膚 (+)；SLE 在非病灶皮膚亦可 (+)

#### ★ 國考重點 (本站講義)

- 皮膚紅斑性狼瘡亞型表現與病理
- 急性皮膚紅斑性狼瘡 (Acute Cutaneous Lupus Erythematosus, ACLE) [108-2、111-2]
- 亞急性皮膚紅斑性狼瘡 (Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus, SCLE) [108-2、111-1]
- 慢性皮膚紅斑性狼瘡 (Chronic Cutaneous Lupus Erythematosus, CCLE) [109-1]
- **DLE** 切片與免疫螢光診斷特徵 [111-1]
- 其他 **CCLE** 亞型發病機轉與好發部位 [109-1]
- 結締組織病與自體免疫抗體鑑別
- 混合性結締組織病 (Mixed Connective Tissue Disease, MCTD) [107-2]
- **SLE** 抗體特异性 [107-2]
- 全身性硬化症 (Systemic Sclerosis, SSc) 與皮膚肌炎 (Dermatomyositis, DM) [107-2]
- **SLE** 皮膚診斷標準 [111-2]

⚠ 易混與陷阱

| 狼瘡皮膚亞型與疾病              | 典型皮膚表現 / 好發部位                                | 關鍵組織病理、免疫螢光與機轉特徵                                 |
|------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 急性 (ACLE)              | 兩側臉頰蝴蝶斑 (Malar Rash)、光敏感性                    | SLE 經典診斷標準表現，多伴隨系統性症狀                            |
| 亞急性 (SCLE)             | 丘疹鱗屑性 (Papulosquamous)、環形 (Annular) 病變；好發於軀幹 | 無毛孔角質痙攣，DIF 陽性率較 DLE 低                           |
| 盤狀/慢性 (DLE/CCLE)       | 脫屑性萎縮皮疹、圓盤狀斑塊；好發頭頸部                          | 毛孔角質痙攣 (鑑別 SCLE)、基底細胞液樣變性、IgG 線性沉積；演變成 SLE 僅約 5% |
| 肥厚型 (Hypertrophic DLE) | 肥厚/疣狀皮疹                                      | 表皮增厚與真皮纖維化造成 (非黏液素沉積)                            |
| 腫脹型 (LE Tumidus)       | 腫脹狀紅斑                                        | 真皮黏液素 (Mucin) 沉積所致                               |
| 凍瘡型 (Chilblain LE)     | 冬季低溫發作，好發末梢區域 (耳、手腳指)                        | 血管痙攣與末梢循環相關 (非軀幹好發)                              |

| 疾病名稱                       | 特异性血清學抗體                                      | 典型臨床或組織病理鑑別點                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 混合性結締組織病 (MCTD)            | 高效價 Anti-U1 RNP (陽性率 95%)                     | 雷諾氏現象、關節痛、顏面紅斑；無特异性 SLE 抗體                   |
| 全身性紅斑狼瘡 (SLE)              | Anti-dsDNA、Anti-Sm (Anti-U1 RNP 僅 30-40%)     | 蝴蝶斑、光敏感、圓盤疹為診斷特徵；尋麻疹非特异性表現                   |
| 全身性硬化症 (SSc)               | Anti-centromere、Anti-topoisomerase I (Scl-70) | 皮膚纖維化，Anti-U1 RNP 極少 (< 5%)                  |
| 皮膚肌炎 (DM)                  | Anti-Jo-1、Anti-Mi-2                           | 近端肌無力、Gottron 丘疹、Heliotrope 疹                |
| 皮膚淋巴瘤 (Cutaneous Lymphoma) | DIF 通常陰性                                      | 組織切片見 Pautrier 微膿瘍 (Pautrier Microabscesses) |
| 皮膚類肉瘤 (Sarcoidosis)        | DIF 通常陰性                                      | 組織切片見非乾酪性上皮樣肉芽腫，無毛孔角質痙攣                      |

### 精選考題 (3/5)

#### 第 1 題 [107-2 醫學四 第 40 題]

35 歲女性主述於 2 年前，手部遇冷會出現指端變紫黑色的情形，另外也抱怨顏面紅斑及多發性關節痛。最近 1 年，工作時容易疲勞，實驗室檢查 Anti-U1 RNP 抗體為 1:1280。最可能的診斷為：

- (A) 全身性硬化症 (systemic sclerosis)
- (B) 系統性紅斑狼瘡 (systemic lupus erythematosus)
- (C) 皮膚肌炎 (dermatomyositis)
- (D) 混合性結締組織病 (mixed connective tissue disease)

#### 答案 D

##### A. 全身性硬化症 (systemic sclerosis)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：全身性硬化症 (systemic sclerosis) 特異抗體為 Anti-centromere 或 Anti-topoisomerase I (Scl-70)，Anti-U1 RNP 在 SSc 中罕見 (< 5%)。SSc 重點是皮膚纖維化，題目未提及。

##### B. 系統性紅斑狼瘡 (systemic lupus erythematosus)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：SLE (systemic lupus erythematosus) 可有 Raynaud's、顏面紅斑、關節痛，但特異抗體為 Anti-dsDNA、Anti-Sm；Anti-U1 RNP 僅 30-40% SLE 患者陽性且通常與 Anti-dsDNA 共存。高效價 Anti-U1 RNP 單獨陽性更符合 MCTD。

##### C. 皮膚肌炎 (dermatomyositis)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：皮膚肌炎（dermatomyositis）特異抗體為 Anti-Jo-1、Anti-Mi-2；Anti-U1 RNP 罕見。DM 核心特徵為近端肌無力與典型皮疹（Gottron papules、heliotrope rash），題目未提及。

**D. 混合性結締組織病（mixed connective tissue disease）**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：MCTD（mixed connective tissue disease）診斷核心為高效價 Anti-U1 RNP（此患者 1:1280）。臨床表現完全符合：Raynaud phenomenon（手指冷時變紫）、非蛀蝕性關節痛、顏面紅斑、系統性疲勞。Anti-U1 RNP 在 MCTD 中 95% 陽性、特異度最高。

**第 2 題** 〔111-2 醫學四 第 39 題〕

下列何者不是診斷全身性紅斑性狼瘡（systemic lupus erythematosus）的重要皮膚特徵？

- (A) 兩側臉頰的蝴蝶斑
- (B) 皮膚具有光敏感性
- (C) 蕁麻疹時常發作
- (D) 圓盤狀皮膚疹

**答案 C**

**A. 兩側臉頰的蝴蝶斑**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：兩側臉頰蝴蝶斑（malar rash）是 SLE 最經典的急性皮膚表現，對稱分布於臉頰和鼻樑，是 SLE 診斷標準的重要項目。

**B. 皮膚具有光敏感性**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：光敏感性（photosensitivity）皮疹是 SLE 的重要特徵，紫外線照射後引發或惡化皮膚症狀，列入 SLE 診斷標準。

**C. 蕁麻疹時常發作**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：蕁麻疹是非特異性皮膚病，雖可出現於 SLE 患者但並非 SLE 特徵性皮膚表現；SLE 典型皮疹為蝴蝶斑、圓盤狀、光敏感皮膚疹，不以蕁麻疹為特徵。

**D. 圓盤狀皮膚疹**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：圓盤狀皮膚疹（discoid lupus）呈邊界清楚的紅色斑塊，中央萎縮、邊界色素沉著，是 SLE 慢性皮膚表現之一，具診斷價值。

**第 3 題**〔111-1 醫學四 第 41 題〕

45 歲男性，頸部皮膚出現脫屑性萎縮皮疹已有半年，皮屑 KOH 染色為陰性。皮膚切片發現表皮萎縮、毛孔角質痙塞、基底細胞液樣變性（hydropic degeneration）、毛囊周圍淋巴球浸潤，直接免疫螢光染色在表皮真皮交接處出



現 IgG 線性沈積。何者為最可能的診斷？

- (A) 皮膚淋巴瘤（cutaneous lymphoma）
- (B) 皮膚類肉瘤（sarcoidosis）
- (C) 盤狀紅斑性狼瘡（discoid lupus erythematosus）
- (D) 亞急性皮膚紅斑性狼瘡（subacute cutaneous lupus erythematosus）

**答案 C****A. 皮膚淋巴瘤（cutaneous lymphoma）**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：皮膚淋巴瘤（如蕈菌型肉芽腫細胞瘤）特徵為表皮內淋巴球浸潤及 Pautrier microabscesses，直接免疫螢光多為陰性。題目的表皮真皮交接處 IgG 線性沈積不符。

**B. 皮膚類肉瘤（sarcoidosis）**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：皮膚類肉瘤表現為非乾酪性上皮樣肉芽腫，缺乏基底細胞液樣變性和毛孔角質痙塞，直接免疫螢光通常陰性。病理學特徵不符。

**C. 盤狀紅斑性狼瘡（discoid lupus erythematosus）**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：盤狀紅斑性狼瘡（DLE）特徵性發現：表皮萎縮、毛孔角質痙塞（最關鍵區分點）、基底細胞液樣變性、毛囊周圍淋巴球浸潤，及直接免疫螢光在表皮真皮交接處 IgG 線性沈積。臨床位置（頸部）與慢性限局性病變亦符合。

**D. 亞急性皮膚紅斑性狼瘡（subacute cutaneous lupus erythematosus）**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：亞急性皮膚紅斑性狼瘡（SCLE）通常無毛孔角質痙塞（DLE 特徵性），好發部位多在軀幹而非頸部，直接免疫螢光陽性率亦低於 DLE。毛孔角質痙塞是兩者鑑別的關鍵。

本考點其他考題（2 題，未收錄）

| 梯次    | 題目      | 主題                                     |
|-------|---------|----------------------------------------|
| 108-2 | 醫學四 Q40 | subacute cutaneous lupus erythematosus |
| 109-1 | 醫學四 Q42 | chronic cutaneous lupus erythematosus  |

## 自體免疫水疱病 (Autoimmune Blistering Diseases)

★★ 穩定考點 考過 7/20 梯次：107-1、108-1、109-2、110-2、112-1、113-1、115-2

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 六、自體免疫性水疱病 (Autoimmune Blistering Diseases)

### 6.1 天疱瘡 (Pemphigus)

- 表皮內水疱 (intraepidermal blister)
- 自體抗體攻擊角質細胞間的 desmosomes → 棘層鬆解 (acantholysis)

| 類型                              | 自體抗體目標                            | 水疱位置               | 臨床特徵                           |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| <b>Pemphigus vulgaris (PV)</b>  | <b>Desmoglein 3</b> ( $\pm$ Dsg1) | 棘層上方 (suprabasal)  | 最常見、最嚴重；口腔黏膜糜爛常為首發；鬆弛薄壁水疱易破    |
| <b>Pemphigus foliaceus (PF)</b> | <b>Desmoglein 1</b>               | 顆粒層下方 (subcorneal) | 表淺、無黏膜侵犯；鱗屑痂皮為主                |
| Paraneoplastic pemphigus        | 多種 (包括 plakin family)             | 混合型                | 合併惡性腫瘤 (淋巴瘤最常見)；嚴重口腔糜爛 + 多形性皮疹 |

- **Nikolsky sign (+)**：指壓正常皮膚即可使表皮剝離
- 病理：棘層鬆解 (acantholysis)；PV → suprabasal split → **tombstoning** (基底層細胞附著在真皮上如墓碑狀)
- **DIF**：IgG 和 C3 沉積在角質細胞間 → **魚網狀/網狀 (intercellular/fishnet pattern)**
- 血清學：anti-Dsg 抗體 (ELISA)
- 治療：**systemic corticosteroids** + steroid-sparing agents (Azathioprine、Mycophenolate、**Rituximab**)

### 6.2 類天疱瘡 (Pemphigoid)

- 表皮下水疱 (subepidermal blister)
- 自體抗體攻擊基底膜的 hemidesmosomes

| 類型                              | 自體抗體目標                               | 臨床特徵                                                                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bullous pemphigoid (BP)</b>  | <b>BP180 (BPAg2)</b> > BP230 (BPAg1) | 最常見的自體免疫水疱病；好發老年人；張力性大水疱、搔癢；黏膜少侵犯；可先以搔癢/蕁麻疹樣紅斑表現數月 (pre-bullous stage)；salt-split skin 呈表皮側 (epidermal side)                              |
| Linear IgA bullous dermatosis   | <b>LAD-1 / LABD97</b> (BP180 的裂解片段)  | 成人或兒童 (chronic bullous disease of childhood)；環狀排列水疱 ( <b>string of pearls</b> )；IgA 線性沉積；藥物誘發常見 ( <b>Vancomycin</b> )；治療首選 <b>Dapsone</b> |
| Epidermolysis bullosa acquisita | <b>Type VII collagen</b>             | 外傷部位水疱、癒後粟粒疹與疤痕；DIF 線狀但 salt-split skin 呈真皮側 ( <b>dermal side</b> )                                                                       |

- **Nikolsky sign (-)**：因為是表皮下水疱，表皮完整
- 病理：表皮下裂隙，嗜酸性球浸潤
- **DIF**：IgG 和 C3 沿基底膜帶 → **線狀 (linear pattern)**
- 治療：potent topical steroids (輕度)；systemic steroids + Dapsone/Doxycycline (中重度)

### 6.3 疱疹樣皮膚炎 (Dermatitis Herpetiformis, DH)

- 與 **Celiac disease** 高度相關 (幾乎 100% 有小腸病變)

- 極癢的成群小水疱 → 好發肘、膝、臀、肩伸側（對稱分布）
- 病理：真皮乳頭嗜中性球微膿瘍（neutrophilic microabscesses at dermal papillae）
- DIF：IgA 顆粒狀沉積在真皮乳頭（granular IgA at dermal papillae）
- 治療：Dapsone（快速有效）+ 無麩質飲食（gluten-free diet）（根本治療）

### ★ 國考重點（本站講義）

- 尋常型天疱瘡（Pemphigus vulgaris, PV）
- 淺表型與疣狀型天疱瘡
- 淺表型天疱瘡（Pemphigus foliaceus, PF）〔112-1〕
- 疣狀型天疱瘡（Pemphigus vegetans）〔112-1〕
- 藥物誘發型天疱瘡（Drug-induced pemphigus）
- 預後遠優於自體免疫型天疱瘡〔107-1〕
- 大疱性類天疱瘡（Bullous pemphigoid, BP）
- 常規 H&E 染色無法區分 BP 與後天水皰性表皮鬆解症（Epidermolysis bullosa acquisita, EBA）〔110-2〕
- 水皰性表皮鬆解症（Epidermolysis bullosa, EB）
- Nikolsky sign 鑑別診斷
- 史蒂芬斯-強森症候群（SJS）之直接免疫螢光鑑別〔115-2〕

### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 類型      | 疾病本質與好發族群                                  | 靶抗原與機轉                            | 裂解深度（由淺至深）                     | Nikolsky sign | DIF / 診斷與治療特徵                                           |
|--------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|
| 淺表型天疱瘡（PF）   | 自體免疫水皰病                                    | 抗 Desmoglein 1 抗體                 | 角質層下方 / 顆粒層（最淺）                | 陽性（+）         | 表皮內棘層分離〔112-1〕                                          |
| 尋常型天疱瘡（PV）   | 自體免疫水皰病；好發 30-50 歲，常伴重症肌無力/胸腺瘤             | 抗 Desmoglein 3 及 Desmoglein 1 抗體  | 表皮基底層上方（Suprabasal）            | 陽性（+）         | DIF 顯示 IgG/C3 於棘細胞間質呈棋盤狀沉積〔109-2、110-2〕                 |
| 藥物誘發型天疱瘡     | 藥物引發（含 -S-H 硫醇類，如 Penicillamine、Captopril） | 藥物結合 cysteine 破壞脫粒體，誘發抗 Dsg1/Dsg3 | 表皮內棘層分離                        | 陽性（+）         | 停藥後數週至數月緩解，預後遠優於自體免疫型 PV〔107-1〕                         |
| 大疱性類天疱瘡（BP）  | 自體免疫水皰病；好發 60 歲以上老年人（中位數 65-75 歲），常併發中風    | 抗 BP180 及 BP230（半脫粒體）             | 表皮下（Subepidermal）              | 陰性（-）         | 病理具嗜伊紅球浸潤；H&E 染色無法與 EBA 區分，須靠 DIF/ELISA 鑑定〔108-1、110-2〕 |
| 水皰性表皮鬆解症（EB） | 遺傳性疾病（非自體免疫）；常伴指甲、牙齒、眼、髮異常                 | 基因變異致結構蛋白缺陷                       | EBS（表皮內）→ JEB（基底膜區）→ DEB（基底膜下） | 依亞型而異         | 治療以支持性照顧為主（禁用/非以免疫抑制劑為主）；localized EBS 最常見〔113-1〕       |

## 精選考題 (3/7)

## 第 4 題 [110-2 醫學四 第 42 題]

有關類天庖瘡 (bullous pemphigoid) 的敘述，下列何者正確？

- (A) Pemphigoid 好發於 30-50 歲患者，或是患有腦中風或中樞神經病變之患者
- (B) 重症肌無力 (myasthenia gravis) 或是胸腺瘤 (thymoma) 可能發生在半數 pemphigoid 病患身上，護 而且這些疾病與 pemphigoid 兩者病程進展有高度相關性
- (C) pemphigoid 致病機轉為 desmoglein 3 抗原與自體抗體結合後，導致表皮細胞解離
- (D) bullous pemphigoid 無法藉由皮膚切片 H&E 染色與後天水疱性表皮鬆解症 (epidermolysis bullosa acquisita) 做區分

## 答案 D

**A. Pemphigoid 好發於 30-50 歲患者，或是患有腦中風或中樞神經病變之患者**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：BP (類天庖瘡) 多見於老年人 (平均 >70 歲)，與腦中風等神經疾病相關，但 30-50 歲是 PV (尋常天庖瘡) 的好發年齡。

**B. 重症肌無力 (myasthenia gravis) 或是胸腺瘤 (thymoma) 可能發生在半數 pemphigoid 病患身上，護 而且這些疾病與 pemphigoid 兩者病程進展有高度相關性**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：重症肌無力與胸腺瘤常與 PV (尋常天庖瘡) 相關，而非 BP。

**C. pemphigoid 致病機轉為 desmoglein 3 抗原與自體抗體結合後，導致表皮細胞解離**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：BP 的機轉為抗 BP180/BP230 抗體；Desmoglein 3 為 PV 的致病抗原。

**D. bullous pemphigoid 無法藉由皮膚切片 H&E 染色與後天水疱性表皮鬆解症 (epidermolysis bullosa acquisita) 做區分**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：BP 與 EBA (後天水疱性表皮鬆解症) 皆為基底膜下 (subepidermal) 水疱，且常伴隨嗜酸性球浸潤，H&E 染色無法穩定區分，需靠 DIF 或 ELISA 檢測靶抗原 (BP180/230 vs Type VII collagen)。

## 第 5 題 [113-1 醫學四 第 43 題]

下列有關水疱性表皮鬆解症 (epidermolysis bullosa) 之敘述，何者錯誤？

- (A) 皮膚裂解的位置由淺層至深層排序為 epidermolysis bullosa simplex、junctional epidermolysis bullosa、dystrophic epidermolysis bullosa
- (B) localized epidermolysis bullosa simplex 是最常見的 subtype
- (C) 可能會伴隨指甲、牙齒、眼睛、頭髮之異常
- (D) 為自體免疫水疱疾病之一，治療以免疫抑制劑為主

## 答案 D

**A. 皮膚裂解的位置由淺層至深層排序為 epidermolysis bullosa simplex、junctional epidermolysis bullosa、dystrophic epidermolysis bullosa**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：皮膚裂解位置由淺至深依序為 EB Simplex (表皮內)、Junctional EB (基底膜區)、Dystrophic EB (基底膜下)，此排序正確。

**B. localized epidermolysis bullosa simplex 是最常見的 subtype**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：EB Simplex 是最常見類型，且 localized forms 通常比 generalized forms 更常見，故此敘述正確。

**C. 可能會伴隨指甲、牙齒、眼睛、頭髮之異常**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：EB 常伴隨皮膚外表現，如指甲病變、牙齒釉質發育不全、眼部問題及頭髮異常等。

**D. 為自體免疫水疱疾病之一，治療以免疫抑制劑為主**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：EB 為遺傳性疾病，非自體免疫疾病，治療主為支持性療法，非免疫抑制劑。

### 第 6 題 [108-1 醫學四 第 35 題]

關於類天疱瘡 (bullous pemphigoid) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 常發生於年輕人
- (B) 初期可以搔癢、蕁麻疹樣的病灶表現
- (C) 病灶的病理組織檢查常見嗜伊紅球 (eosinophil) 浸潤
- (D) 治療藥物以口服皮質類固醇和免疫抑制劑為主

#### 答案 A

**A. 常發生於年輕人**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Bullous pemphigoid (類天疱瘡) 好發於 60 歲以上的老年人，發病年齡中位數約 65-75 歲，並非年輕人。這是 BP 最基本的臨床特徵。

**B. 初期可以搔癢、蕁麻疹樣的病灶表現**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：BP 初期常見搔癢、蕁麻疹樣或紅斑樣皮損，稱為 urticarial 或 eczematous stage，之後才發展為典型的緊張性水泡或大疱，這是 BP 的典型臨床演化過程。

**C. 病灶的病理組織檢查常見嗜伊紅球 (eosinophil) 浸潤**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：BP 的病理特徵為 subepidermal bullae (表皮下水泡)，伴隨明顯的嗜伊紅球 (eosinophil) 浸潤，特別在早期病灶；這是區別 BP 與天疱瘡的重要組織病理依據。

**D. 治療藥物以口服皮質類固醇和免疫抑制劑為主**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：BP 治療以口服皮質類固醇為一線藥物，中等至重症患者加用免疫抑制劑（如 azathioprine、mycophenolate mofetil）作為 steroid-sparing agents 以減少長期類固醇副作用。

#### 本考點其他考題 (4 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                           |
|-------|---------|------------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q42 | pemphigus drug-induced       |
| 109-2 | 醫學四 Q37 | pemphigus vulgaris DIF       |
| 110-2 | 醫學四 Q37 | pemphigus vulgaris           |
| 112-1 | 醫學四 Q40 | pemphigus bullous pemphigoid |

#### 也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

| 梯次    | 題目      | 收在                                                                              |
|-------|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 108-1 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，嚴重皮膚藥物反應與藥物疹 (Severe Cutaneous Adverse Reactions and Drug Eruptions) |
| 115-2 | 醫學四 Q37 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，嚴重皮膚藥物反應與藥物疹 (Severe Cutaneous Adverse Reactions and Drug Eruptions) |

## 皮膚炎 (Dermatomyositis)

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：107-2、108-1、109-2、110-1、112-1、113-2

TWMLE · 皮膚科 > 皮膚科 > 十四、結締組織疾病之皮膚表現

### 14.2 皮膚炎 (Dermatomyositis)

- 自體免疫性發炎性肌病 + 特徵性皮膚表現
- 皮膚表現 (常癢)：
  - **Heliotrope rash**：眼瞼紫色/紅色水腫性紅斑
  - **Gotttron papules**：指關節伸側 (MCP、PIP、DIP) 紫紅色丘疹/斑塊 → **最具特異性**
  - **Shawl sign**：後肩/上背 V 型紅斑
  - **V-sign**：前胸 V 型紅斑
  - **Mechanic's hands**：手指側面/掌面龜裂、角化
  - **Nail fold changes**：甲周微血管擴張、cuticle hemorrhage
  - **Calcinosis cutis**：尤其兒童型
- 肌肉：近端肌肉無力、CK ↑
- 惡性腫瘤關聯：卵巢、肺、胃腸道、淋巴瘤 (尤其 **anti-TIF1-γ** 抗體陽性者)
- 自體抗體：anti-Mi-2 (典型 DM、預後好)、anti-Jo-1 (也見於 antisynthetase syndrome)、anti-MDA5 (amyopathic DM + 快速進展 ILD)
- 治療：systemic steroids + steroid-sparing agents (MTX、AZA、IVIG)

#### ★ 國考重點 (本站講義)

- 最具診斷特異性之皮膚表象 [109-2、110-1、112-1]
- 臨床症狀與關鍵檢查 [110-1、113-2]
- 成人皮膚炎併發惡性腫瘤 [108-1、110-1]
- 青年型皮膚炎特徵 [108-1、110-1]
- 特異性抗體鑑別 [107-2]
- 非特異性表現鑑別 [107-2、109-2、112-1]

#### ⚠ 易混與陷阱

| 比較項目                             | 成人皮膚炎 (Adult DM)            | 青年型皮膚炎 (Juvenile DM)                   |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| 惡性腫瘤風險                           | 高 (25-30%)，如卵巢癌、鼻咽癌、乳癌      | 無顯著增加                                  |
| 皮膚鈣化症 (Calcinosis cutis)         | 罕見                          | 常見 (20-40% 至 40-75%)                   |
| 皮膚血管病變 (Vasculopathy)            | 較少強調                        | 常見 (補體媒介毛細血管內皮損傷)                      |
| 疾病名稱                             | 特異性血清抗體                     | 典型臨床與皮膚表現鑑別                            |
| 皮膚炎 (Dermatomyositis, DM)        | Anti-Jo-1、Anti-Mi-2         | Gotttron papules、Heliotrope sign、CK 升高 |
| 全身性硬化症 (Systemic sclerosis, SSc) | Anti-Scl-70、Anti-centromere | 皮膚硬化、食道吞嚥困難、Raynaud phenomenon (> 90%) |
| 混合性結締組織病 (MCTD)                  | 高效價 Anti-U1 RNP (95%)       | Raynaud phenomenon、非蛀蝕性關節痛、顏面紅斑        |
| 系統性紅斑狼瘡 (SLE)                    | Anti-dsDNA、Anti-Sm          | 顏面蝴蝶斑、關節痛、補體下降                         |

## 精選考題 (2/5)

## 第 7 題 [110-1 醫學四 第 41 題]

有關皮肌炎 (dermatomyositis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) Gottron papules 及 heliotrope sign 為皮肌炎典型的皮膚表現
- (B) 病程中大多沒有搔癢症狀
- (C) 成人皮肌炎患者有較高的罹癌風險，例如卵巢癌、鼻咽癌
- (D) 皮膚鈣化 (calcinosis cutis) 較常出現在小兒皮肌炎

## 答案 B

## A. Gottron papules 及 heliotrope sign 為皮肌炎典型的皮膚表現

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Gottron papules 出現在掌指關節背側，heliotrope sign 為眼瞼紫紅色浮腫，二者為皮肌炎的病理診斷標準。

## B. 病程中大多沒有搔癢症狀

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：皮肌炎典型皮膚表現伴有瘙癢感，Gottron papules、紫紅色丘疹、heliotrope 浮腫往往伴中等程度瘙癢或灼痛；「大多沒有搔癢症狀」與臨床事實相反。

## C. 成人皮肌炎患者有較高的罹癌風險，例如卵巢癌、鼻咽癌

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：成人皮肌炎 25-30% 合併惡性腫瘤，卵巢癌、乳癌、肺癌為常見相關癌症；成人患者應積極篩檢惡性腫瘤。

## D. 皮膚鈣化 (calcinosis cutis) 較常出現在小兒皮肌炎

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：皮膚鈣化 (calcinosis cutis) 為小兒皮肌炎的特色併發症，發生率 20-40%；成人患者罕見。

## 第 8 題 [112-1 醫學四 第 39 題]

關於全身性硬化症 (systemic sclerosis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 患者常伴有 Raynaud phenomenon
- (B) 常出現 heliotrope sign
- (C) 可伴有食道吞嚥困難
- (D) 血清 ANA 檢查常呈陽性

## 答案 B

## A. 患者常伴有 Raynaud phenomenon

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：全身性硬化症患者超過 90% 伴有 Raynaud phenomenon，常為首發症狀，表現為冷刺激下手指血管痙攣；此敘述正確。

## B. 常出現 heliotrope sign

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Heliotrope sign (紫紅色眼瞼) 是皮肌炎 (dermatomyositis) 的經典皮膚表現，非全身性硬化症特徵。SSc 皮膚表現為皮膚硬化、指端硬化症、毛細血管擴張、口周縮小；此敘述錯誤。

## C. 可伴有食道吞嚥困難

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SSc 常伴有食道肌肉硬化導致蠕動異常、逆流及吞嚥困難，為 GI tract 常見表現；此敘述正確。

## D. 血清 ANA 檢查常呈陽性

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SSc 患者 ANA 陽性率 70-95%，主要抗體包括 anti-Scl-70 (anti-topoisomerase I)、anti-centromere、anti-RNA polymerase III；此敘述正確。

本考點其他考題 (3 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                           |
|-------|---------|------------------------------|
| 108-1 | 醫學四 Q41 | juvenile dermatomyositis     |
| 109-2 | 醫學四 Q43 | dermatomyositis Gottron sign |
| 113-2 | 醫學四 Q41 | dermatomyositis diagnosis    |

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

| 梯次    | 題目      | 收在                                        |
|-------|---------|-------------------------------------------|
| 107-2 | 醫學四 Q40 | 皮膚科・自體免疫疾病・紅斑性狼瘡<br>(Lupus Erythematosus) |

## 全身性硬化症 (Systemic Sclerosis)

★ 偶考 考過 4/20 梯次：106-2、107-2、112-1、112-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十四、結締組織疾病之皮膚表現

### 14.3 硬皮症 (Scleroderma / Systemic Sclerosis)

- 局限型皮膚硬化 (Limited cutaneous SSc / CREST syndrome) :
  - Calcinosis、Raynaud's、Esophageal dysmotility、Sclerodactyly、Telangiectasia
  - Anti-centromere Ab
  - 預後較好，但有 pulmonary HTN 風險
- 瀰漫型皮膚硬化 (Diffuse cutaneous SSc) :
  - 快速進展的廣泛皮膚硬化
  - Anti-Scl-70 (anti-topoisomerase I) Ab
  - 內臟侵犯：ILD（最常見死因）、renal crisis
- Morphea (局限性硬皮症)：局限於皮膚的硬化斑塊，不侵犯內臟；中央象牙色、周圍紫色環
- Raynaud's phenomenon：白（缺血）→ 藍/紫（發紺）→ 紅（再灌注）

#### ★ 國考重點（本站講義）

- 核心病理與臨床表現〔106-2、112-1〕
- 內臟器官受累〔106-2、112-1〕
- 血清學與特異性抗體〔112-1〕〔107-2、112-1〕
- 抗體鑑別（與 MCTD 區分）〔107-2〕
- 與局限性硬皮病 (Morphea) 之鑑別〔106-2〕
- 各項症狀之對應治療
- 皮膚硬化〔112-2〕
- 手指潰瘍〔112-2〕
- 微血管擴張〔112-2〕
- 皮膚鈣化〔112-2〕

#### ⚠ 易混與陷阱

| 疾病 / 臨床表徵                   | 核心特徵與特異性抗體                                                             | 與全身性硬化症 (SSc) 之鑑別要點                                        |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 全身性硬化症 (Systemic Sclerosis) | Anti-Scl-70、Anti-centromere、Anti-RNA polymerase III                    | 手指硬化、指端潰瘍、食道吞嚥困難、雷諾氏現象 (> 90%)。                            |
| 硬皮病 (Morphea)               | 臨床分類 (Linear, Circumscribed, Generalized)                              | 獨立診斷實體。局限型無指端硬化或內臟受累；泛發型極少轉變為 SSc。                         |
| 皮肌炎 (Dermatomyositis)       | Gottron 氏徵候 (Gottron Sign)、紫紅色眼瞼 (Heliotrope Sign)；Anti-Jo-1、Anti-Mi-2 | Gottron Sign 為關節背側紫斑、Heliotrope Sign 為眼瞼紫紅，無顯著手指皮膚硬化與缺血潰瘍。 |
| 混合性結締組織病 (MCTD)             | 高效價 Anti-U1 RNP (95% 陽性)                                               | Anti-U1 RNP 在 SSc < 5%；高效價單獨陽性高度提示 MCTD。                   |

| SSc 臨床症狀 | 正確治療選擇                                                   | 錯誤 / 陷阱處置                   |
|----------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 早期皮膚硬化   | UVA1 紫外光治療 (UVA1 Phototherapy)                           | 無 (為有效之第二線皮膚軟化療法)           |
| 手指潰瘍     | 全身性血管擴張劑 (Nifedipine, Bosentan, Sildenafil, IV iloprost) | 禁用局部類固醇注射 (無法改善微血管病變)       |
| 微血管擴張    | 脈衝染料雷射 (Pulse Dye Laser)、防曬                              | 慎用或避免口服類固醇 (有誘發腎危象之風險)      |
| 皮膚鈣化     | Diltiazem、Warfarin、手術切除                                  | 物理治療無法溶解鈣化 (物理治療僅用於維持關節活動度) |

### 精選考題 (2/3)

#### 第 9 題 [112-2 醫學四 第 40 題]

有關全身性硬化症 (systemic sclerosis) 各項症狀的治療選擇，下列何者正確？

- (A) 皮膚硬化；UVA1 紫外光治療
- (B) 手指潰瘍；局部類固醇注射
- (C) 微血管擴張；口服類固醇治療
- (D) 皮膚鈣化；復健物理治療 (physiotherapy)

#### 答案 A

##### A. 皮膚硬化；UVA1 紫外光治療

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：UVA1 紫外光治療對全身性硬化症 (systemic sclerosis) 早期皮膚硬化確實有效果，能促進膠原蛋白重塑、減少皮膚硬度，為第二線皮膚軟化治療；已有多項隨機對照試驗支持其療效。

##### B. 手指潰瘍；局部類固醇注射

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：手指潰瘍 (digital ulcers) 治療應用全身性血管擴張劑 (nifedipine、bosentan、sildenafil) 或 IV iloprost，不用局部類固醇注射；局部類固醇無法改善潰瘍根本的微血管病變。

##### C. 微血管擴張；口服類固醇治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：微血管擴張 (telangiectasia) 主要用 pulse dye laser 或避免日光曝曬；全身性硬化症患者應避免或謹慎使用口服類固醇，因有增加腎危象風險的報告。

##### D. 皮膚鈣化；復健物理治療 (physiotherapy)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：皮膚鈣化 (calcinosis cutis) 可考慮 diltiazem 或 warfarin，功能受損時手術切除；復健物理治療主要改善活動度和功能，非直接溶解鈣化沉積的治療。

**第 10 題**〔106-2 醫學四 第 42 題〕

對於硬皮病 (morphea) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 沿著 Blaschko's line 表現的 linear morphea 常出現在小兒患者
- (B) circumscribed morphea 患者身上並不會出現指端硬化現象，也不會有食道硬化等內臟器官影響
- (C) generalized morphea 患者血中 ANA 可能呈現陽性，但與患者預後關聯性仍未明
- (D) generalized morphea 多數病人會轉變為 systemic sclerosis，出現指節腫大，吞嚥困難，以及續發性雷諾氏症候群

**答案 D**

**A. 沿著 Blaschko's line 表現的 linear morphea 常出現在小兒患者**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：線性硬皮病 (linear morphea) 確實沿著 Blaschko's line 表現，好發於小兒患者；此為 morphea 臨床分類中的特徵性表現。

**B. circumscribed morphea 患者身上並不會出現指端硬化現象，也不會有食道硬化等內臟器官影響**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：局限型硬皮病 (circumscribed morphea) 是最常見的 morphea 亞型，侷限於皮膚，不出現指端硬化 (sclerodactyly) 及食道等內臟器官硬化；內臟受累極少見。

**C. generalized morphea 患者血中 ANA 可能呈現陽性，但與患者預後關聯性仍未明**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：泛發型硬皮病 (generalized morphea) 患者血清 ANA (抗核抗體) 可呈陽性，但陽性與否與患者預後、疾病進展的關聯性迄今仍未完全明確。

**D. generalized morphea 多數病人會轉變為 systemic sclerosis，出現指節腫大，吞嚥困難，以及續發性雷諾氏症候群**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：關鍵錯誤：泛發型硬皮病不會「多數」轉變為系統性硬皮病 (systemic sclerosis)。Morphea 與 systemic sclerosis 為兩個獨立診斷實體；縱使 generalized morphea 症狀較多，轉變為 systemic sclerosis 極為罕見，而非多數。

**本考點其他考題 (1 題，未收錄)**

| 梯次    | 題目      | 主題                      |
|-------|---------|-------------------------|
| 106-2 | 醫學四 Q43 | squamous cell carcinoma |

**也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)**

| 梯次    | 題目      | 收在                                     |
|-------|---------|----------------------------------------|
| 107-2 | 醫學四 Q40 | 皮膚科・自體免疫疾病，紅斑性狼瘡 (Lupus Erythematosus) |
| 112-1 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・自體免疫疾病，皮肌炎 (Dermatomyositis)       |

# 皮膚科・色素疾病

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

## 色素性疾病 (Pigmentary Disorders)

★★★ 常考必掃 考過 12/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-1、109-1、109-2、110-2、111-2、113-1、113-2、114-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十、色素異常與痣 > 10.1 痣 (Nevi)

### 真皮黑色素細胞增生

- **太田母斑 (Nevus of Ota)**：藍灰色斑，單側三叉神經 V1/V2 分布（眼周/顴骨/鞏膜）；亞洲人好發；出生或青春期出現；有青光眼及罕見眼/腦膜黑色素瘤之風險
- **Hori's nevus**：雙側顴骨褐色/灰藍色斑點；後天性（20-40 歲女性）；亞洲人常見
- **蒙古斑 (Mongolian spot)**：出生時臀部/腰薦部藍灰色斑 → 通常數年內消退

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十、色素異常與痣

### 10.2 白斑 (Vitiligo)

- 自體免疫性黑色素細胞破壞 → 後天性脫色
- 界限清楚的乳白色斑 (**depigmented macules/patches**)
- 好發部位：眼周、口周、手背、指端、生殖器、皺褶處
- **Koebner phenomenon** (+)
- 關聯自體免疫疾病：甲狀腺疾病 (Hashimoto's、Graves')、Addison disease、Pernicious anemia、DM type 1
- Wood's lamp：脫色區域更明顯 (白色螢光增強)
- 病理：表皮黑色素細胞完全消失
- 治療：potent topical steroids、topical calcineurin inhibitors、NB-UVB phototherapy、excimer laser
- 穩定期：自體黑色素細胞移植

### 10.4 黑斑 (Melasma)

- 臉部對稱棕色斑塊 (頰、額、上唇、下巴)
- 好發：育齡女性、懷孕 (chloasma)、口服避孕藥、日曬
- 治療：防曬 (最重要)、Hydroquinone (局部美白劑)、Tretinoin、Azelaic acid

#### ★ 國考重點 (本站講義)

- 白斑 (Vitiligo) 病理機轉與臨床表徵
- 白斑的診斷與治療
- 診斷方式 [106-2、107-1、114-2] [106-2] [106-2] [106-2]
- 治療選擇 [106-2、100-2] [106-2、109-1、110-2] [106-2] [106-2] [110-2] [110-2]
- 化學性白斑症 (Chemical Leukoderma)
- 肝斑 (Melasma / Chloasma)
- 真皮層黑色素細胞增生疾病 (Dermal Melanocytosis) 與深層色素治療
- 太田母斑 [107-2、111-2]
- Ito 氏母斑 [111-2]
- Hori 氏母斑 [111-2]
- 蒙古斑 [111-2]
- 色素治療原則 [108-1] [108-1] [108-1]
- 全身性與疾病相關色素變異
- 黑色素沉著 (Hypermelanosis) 原因 [108-1] [108-1、113-2]

- 變色糠疹 (Pityriasis Versicolor, 汗斑) [108-1]
- Waardenburg 症候群 (Waardenburg Syndrome) [113-2]
- 神經纖維瘤症第一型 (Neurofibromatosis Type 1, NF-1)
- 咖啡牛奶斑 [109-2]

### ⚠ 易混與陷阱

| 鑑別項目 / 疾病名稱                  | 解剖分布 / 臨床特徵                  | 關鍵診斷依據與陷阱標籤                                    | 治療選擇 / 判斷原則                                                        |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 白斑 (Vitiligo)                | 全身皆可發生, 呈脫色斑塊                | 黑色素細胞遭破壞缺失 (非功能下降); 伍氏燈呈明亮螢光白 (反差加大); 活性期有同形反應 | 侷限型用外用類固醇/308 nm 準分子光; 廣泛型用 311 nm NB-UVB; 禁止用 532 nm 雷射 (此為血紅素色基) |
| 化學性白斑症 (Chemical Leukoderma) | 常發生於手部等職業接觸部位                | 工廠作業員接觸酚 (Phenol) 類化學物質引起黑色素細胞毒性               | 避免接觸毒性化學物質來源                                                       |
| 肝斑 (Melasma)                 | 臉部兩側, 與懷孕、口服荷爾蒙有關            | 與肝功能異常無關; 好發於黃種人/東方女性                          | 首選外用對苯二酚與嚴格防曬; 不宜使用破壞性雷射 (如 CO2 雷射) 以免引發高 PIH 風險與復發                |
| 太田母斑 (Nevus of Ota)          | 臉部三叉神經第一 (V1) 與第二 (V2) 分支分佈區 | 單側; 好發東方女性; 常伴隨同側眼鞏膜黑藍色斑                       | 真皮層黑色素增生, 深層雷射治療 (Nd:YAG 雷射 1064 nm)                               |
| Ito 氏母斑 (Nevus of Ito)       | 肩膀與上臂 (肩胛上神經分佈區)             | 無三叉神經或眼睛鞏膜病灶 (易與太田母斑混淆)                        | 真皮層黑色素增生, 深層雷射治療                                                   |
| Hori 氏母斑 (Nevus of Hori)     | 兩側臉部顴骨區                      | 後天性 (30-50 歲亞洲女性好發), 非先天出生即有                   | 深層真皮色素病灶, 需使用深層雷射治療                                                |
| 蒙古斑 (Mongolian Spot)         | 骶部與臀部 (Sacral & Buttock)     | 好發於有色人種新生兒; 非下腹部                               | 多隨年齡增長自行消退                                                         |
| 表皮層 vs. 真皮層色素治療              | 表皮層呈棕黑色 / 真皮層呈藍灰色            | 伍氏燈: 表皮病灶反差增強變深; 真皮病灶較無反差變化                    | 表皮層用外用對苯二酚 / A 酸; 真皮層首選 Nd:YAG 雷射 (1064 nm), 非脈衝光 (IPL)            |
| NF-1 咖啡牛奶斑                   | 全身軀幹與四肢皮膚                    | 診斷標準: 成人需 ≥ 6 個且直徑 ≥ 15 mm (非 > 30 mm)         | 需定期追蹤 Lisch nodules 及變性風險 (如 Plexiform 惡變為 MPNST)                  |

### 精選考題 (5/15)

#### 第 1 題 [111-2 醫學四 第 40 題]

下列有關真皮層黑色素細胞增生疾病 (dermal melanocytosis), 何者正確?

- (A) 相較於表皮的色素沉澱, 真皮層黑色素細胞增生疾病通常會呈現藍灰色的色澤
- (B) Hori 氏母斑 (nevus of Hori) 較常出現於亞洲女性, 因常見於臉部通常一出生就會被發現
- (C) Ito 氏母斑 (nevus of Ito) 常沿著臉部三叉神經的位置分布, 一部分的患者會伴隨鞏膜色素異常 (scleral pigmentation)
- (D) 蒙古斑 (mongolian spot) 好發於亞洲人等有色人種, 最常見的部位為嬰兒的下腹部

#### 答案 A

A. 相較於表皮的色素沉澱, 真皮層黑色素細胞增生疾病通常會呈現藍灰色的色澤

✓ 正確 [P1 夯]

詳解: 真皮層黑色素因位置較深, 光線通過時散射 (Tyndall effect) 導致呈現藍灰色, 與表皮色素沉澱的棕黑色形成對比。此為所有真皮層 melanocytosis 疾病 (如 nevus of Ota、nevus of Ito、蒙古斑) 的特徵色澤。

**B. Hori 氏母斑 (nevus of Hori)** 較常出現於亞洲女性，因常見於臉部通常一出生就會被發現

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Hori 氏母斑 (ABNOM, acquired bilateral nevus of Ota-like macules) 是獲得性疾病，通常在 30-50 歲女性才出現，不是先天性且一出生就被發現。正確敘述應為後天出現，而非先天性。

**C. Ito 氏母斑 (nevus of Ito)** 常沿著臉部三叉神經的位置分布，一部分的患者會伴隨鞏膜色素異常 (scleral pigmentation)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：敘述混淆 Ota 母斑與 Ito 母斑。Ito 母斑位於肩膀和上臂（沿肩胛上神經分布），而非臉部。「沿臉部三叉神經分布、伴隨鞏膜色素異常」是 Ota 母斑的特徵，非 Ito 母斑。

**D. 蒙古斑 (mongolian spot)** 好發於亞洲人等有色人種，最常見的部位為嬰兒的下腹部

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：蒙古斑最常見部位為骶部和臀部 (sacral and buttock regions)，而非下腹部。這是蒙古斑的典型分布，常見於新生兒臀部區域。

## 第 2 題 [114-2 醫學四 第 42 題]

下列有關白斑 (vitiligo) 之敘述，何者錯誤？

- (A) 約 20% 病患會合併自體免疫疾病，其中最常見的為自體免疫甲狀腺疾病
- (B) 主要因為黑色素細胞 (melanocyte) 功能下降，黑色素 (melanin) 製造減少所致
- (C) 活性期可見 Koebner phenomenon
- (D) 伍氏燈 (Wood lamp) 為一種紫外光，照射於皮膚後可以讓病灶與正常皮膚色差更加明顯，協助診斷白斑

### 答案 B

**A. 約 20% 病患會合併自體免疫疾病，其中最常見的為自體免疫甲狀腺疾病**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：白斑約 20% 合併自體免疫疾病，最常見為自體免疫甲狀腺疾病。

**B. 主要因為黑色素細胞 (melanocyte) 功能下降，黑色素 (melanin) 製造減少所致**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：白斑主因是黑色素細胞被自體免疫破壞、數量減少，非單純功能下降。

**C. 活性期可見 Koebner phenomenon**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：活性期白斑常見 Koebner phenomenon，外傷處易出現新病灶。

**D. 伍氏燈 (Wood lamp) 為一種紫外光，照射於皮膚後可以讓病灶與正常皮膚色差更加明顯，協助診斷白斑**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：伍氏燈 (UV) 能使白斑病灶更明顯，因正常皮膚吸收部分 UV，病灶反射增強。

## 第 3 題 [109-2 醫學四 第 41 題]

有關 neurofibromatosis type 1 (NF-1) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 自體顯性遺傳
- (B) 符合 NF-1 診斷的 café-au-lait spots 病灶大小，在成年人要大於 30mm
- (C) pigmented hamartoma of the iris (Lisch nodules) 是臨床上的重要表徵
- (D) plexiform neurofibromas 可能會出現惡性變化

### 答案 B

**A. 自體顯性遺傳**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：NF-1 確實為自體顯性遺傳，由 NF1 基因突變引起。約 50% 為家族遺傳、50% 為 de novo 突變。敘述正確。

**B. 符合 NF-1 診斷的 café-au-lait spots 病灶大小，在成年人要大於 30mm**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：NIH 診斷標準：成人需 ≥ 6 個咖啡牛奶斑，直徑 ≥ 15 mm (非 > 30 mm)；兒童需 ≥ 5 個、直徑 ≥ 5 mm。題目 30 mm 標準過高，不符官方診斷準則。

**C. pigmented hamartoma of the iris (Lisch nodules) 是臨床上的重要表徵**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lisch nodules 為虹膜的色素性錯構瘤，出現在 95-100% NF-1 成人患者，為 NIH 診斷標準之一，確為重要臨床表徵。敘述正確。

**D. plexiform neurofibromas 可能會出現惡性變化**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Plexiform neurofibromas 可惡性轉變為 malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST)，NF-1 患者 MPNST 終身風險約 8-13%。敘述正確。

**第 4 題** [108-1 醫學四 第 42 題]

關於皮膚黑色素過度沉著 (hypermelanosis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 黑色素細胞增加或黑色素顆粒製造變多，皆會引起皮膚黑色素過度沉著
- (B) 汗斑 (pityriasis versicolor) 只會造成膚色變深，不會變淺
- (C) 轉移性黑色素癌可能造成全身皮膚黑色素過度沉著 (universal melanosis)
- (D) 基因、賀爾蒙、紫外線等因素都可能會造成皮膚黑色素過度沉著

**答案 B****A. 黑色素細胞增加或黑色素顆粒製造變多，皆會引起皮膚黑色素過度沉著**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：黑色素沉著有兩個機制：(1) 黑色素細胞數量增加 (melanocytosis)；(2) 單位黑色素細胞內黑色素顆粒增加 (hypermelanization)。兩者皆能導致皮膚黑色素過度沉著。敘述準確。

**B. 汗斑 (pityriasis versicolor) 只會造成膚色變深，不會變淺**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：汗斑 (pityriasis versicolor) 由 Malassezia 屬真菌引起，可呈現兩種皮損：(1) 淡色斑塊 (hypopigmented，常在深膚人群較明顯)；(2) 深棕色斑塊 (hyperpigmented)。選項宣稱「只會膚色變深、不會變淺」否定了其多形性，錯誤。

**C. 轉移性黑色素癌可能造成全身皮膚黑色素過度沉著 (universal melanosis)**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：黑色素癌轉移至皮膚可引發 universal melanosis (全身皮膚瀰漫性黑色素沉著)，此為黑色素癌罕見但確實存在的臨床表現，機制為轉移性黑色素瘤細胞在皮膚分泌黑色素。

**D. 基因、賀爾蒙、紫外線等因素都可能會造成皮膚黑色素過度沉著**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：皮膚黑色素沉著的多重影響因素：遺傳決定基礎膚色；孕酮增加沉著 (妊娠期肝斑)；ACTH 升高加深膚色 (Addison 病)；紫外線刺激黑色素細胞分泌。多因子模型成立。

**第 5 題** [113-2 醫學四 第 42 題]

下列何種疾病最不可能造成皮膚黑色素沉著 (hypermelanosis) ？

- (A) 愛迪生氏病 (Addison disease)
- (B) 遲發性皮膚紫質症 (porphyria cutanea tarda)
- (C) 維他命 B12 缺乏症 (vitamin B12 deficiency)
- (D) Waardenburg 症候群 (Waardenburg syndrome)

**答案 D****A. 愛迪生氏病 (Addison disease)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Addison disease causes hyperpigmentation via ACTH stimulating melanocytes. Classic sign.

**B. 遲發性皮膚紫質症 (porphyria cutanea tarda)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：PCT causes hyperpigmentation, esp. sun-exposed areas, via photosensitivity and potential hemochromatosis.

**C. 維他命 B12 缺乏症 (vitamin B12 deficiency)**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：B12 deficiency can cause hyperpigmentation on face, oral mucosa, sun-exposed areas, linked to megaloblastic anemia.

**D. Waardenburg 症候群 (Waardenburg syndrome)**

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：Waardenburg syndrome causes depigmentation (e.g., white hair). Significant generalized hyperpigmentation is not a characteristic feature.

**本考點其他考題 (10 題，未收錄)**

| 梯次    | 題目      | 主題                                 |
|-------|---------|------------------------------------|
| 106-1 | 醫學四 Q45 | melasma                            |
| 106-2 | 醫學四 Q45 | lupus treatment                    |
| 107-1 | 醫學四 Q44 | Wood lamp diagnosis                |
| 107-2 | 醫學四 Q36 | nevus of ota                       |
| 108-1 | 醫學四 Q43 | hyperpigmentation treatment        |
| 109-1 | 醫學四 Q43 | vitiligo                           |
| 109-2 | 醫學四 Q38 | vitiligo follicular repigmentation |
| 110-2 | 醫學四 Q43 | vitiligo phototherapy              |
| 111-2 | 醫學四 Q41 | chemical leukoderma phenol         |
| 113-1 | 醫學四 Q42 | melasma treatment                  |

**也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)**

| 梯次    | 題目      | 收在                                     |
|-------|---------|----------------------------------------|
| 106-2 | 醫學四 Q44 | 皮膚科・感染，皮膚黴菌感染 (Fungal skin infections) |

# 皮膚科・角化異常

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

## 本章基礎

TWMLE・皮膚科

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 一、皮膚基本結構與生理

### 1.1 皮膚分層

- **表皮 (Epidermis)**：由外到內
  - 角質層 (Stratum corneum)：最外層，已死亡的角質細胞，屏障功能
  - 透明層 (Stratum lucidum)：僅見於手掌、腳掌等厚皮膚
  - 顆粒層 (Stratum granulosum)：含 keratohyalin granules (profilaggrin)、lamellar bodies (釋放脂質形成防水屏障)
  - 棘狀層 (Stratum spinosum)：最厚，desmosomes 連結；含 Langerhans cells
  - 基底層 (Stratum basale)：幹細胞增殖層；含 melanocytes、Merkel cells
- **真皮 (Dermis)**：
  - 乳頭層 (Papillary dermis)：薄，type III collagen 為主，Meissner's corpuscle (觸覺)
  - 網狀層 (Reticular dermis)：厚，type I collagen 為主，皮膚強度主要來源
- **皮下組織 (Subcutis/Hypodermis)**：脂肪、Pacinian corpuscle (壓覺/振動覺)

### 1.2 表皮細胞

| 細胞              | 來源                    | 功能         | 備註                                                                       |
|-----------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Keratinocyte    | 外胚層                   | 角化、屏障      | 最多 (占 >90%)                                                              |
| Melanocyte      | 神經脊 (neural crest)    | 合成 melanin | 位於基底層；各種族數量相同，差異在 melanin 含量/分布                                          |
| Langerhans cell | 骨髓 (monocyte lineage) | 抗原呈遞 (APC) | 表皮最重要的免疫細胞；CD1a <sup>+</sup> 、S-100 <sup>+</sup> 、Birbeck granule (網球拍狀) |
| Merkel cell     | 神經脊                   | 觸覺受器       | 與 Merkel cell carcinoma 相關                                               |

### 1.3 皮膚附屬構造

- **毛囊 (Hair follicle)**：毛囊幹細胞位於 bulge region → 皮膚再生重要來源
  - 生長週期：Anagen (生長期，最長) → Catagen (退化期) → Telogen (休止期)
  - 頭髮約 85–90% 處於 anagen
- **皮脂腺 (Sebaceous gland)**：holocrine 分泌；手掌、腳掌無皮脂腺
- **汗腺**：
  - **Eccrine**：全身分布 (手掌足底最多)，溫度調節，直接開口於皮膚表面
  - **Apocrine**：腋下、腹股溝、乳暈，開口於毛囊；青春後發育；與體味相關

### 乾癬 (Psoriasis)

★★★ 常青必掃 考過 14/20 梯次：108-2、109-1、109-2、110-1、111-1、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 四、乾癬 (Psoriasis)

#### 4.1 病理生理

- 慢性、免疫介導的角化異常疾病
- Th1 / Th17 介導**：TNF- $\alpha$ 、IL-17、IL-23 為關鍵細胞激素
- 角質細胞增殖加速：正常 28 天 → 乾癬 **3–5 天**
- 遺傳相關：HLA-Cw6 最強關聯

#### 4.2 臨床分型

| 類型                     | 特徵                                             |
|------------------------|------------------------------------------------|
| 斑塊型 (Plaque)           | 最常見 (80–90%)；銀白色鱗屑、界限清楚的紅色斑塊；好發頭皮、肘膝伸側、薦骨區     |
| 點滴型 (Guttate)          | 小滴狀 (<1 cm) 廣泛分布；常見兒童/年輕人；常在鏈球菌咽喉感染後誘發         |
| 反轉型 (Inverse/Flexural) | 皺褶處 (腋下、腹股溝、乳房下)；光滑紅斑、少鱗屑                      |
| 膿疱型 (Pustular)         | 全身型 → 發燒 + 廣泛無菌性膿疱 → 急症；局限型 (掌跖膿疱症)            |
| 紅皮症型 (Erythrodermic)   | 全身 >90% 體表面積發紅脫屑 → 可致命 (體溫調節失常、蛋白質流失、高心輸出量心衰竭) |

#### 4.3 特殊徵象

- Auspitz sign**：刮除鱗屑後出現點狀出血 (真皮乳頭血管暴露)
- Koebner phenomenon**：外傷處出現新乾癬病灶 (也見於 lichen planus、vitiligo)
- Nail changes**：pitting (最常見)、oil-drop sign、onycholysis、subungual hyperkeratosis
- 乾癬性關節炎 (**Psoriatic arthritis**)：約 30% 乾癬患者；**DIP** 關節好發；dactylitis (香腸指)、enthesitis；X-ray：pencil-in-cup deformity、joint ankylosis

#### 4.4 病理

- 規則性表皮增生 (regular acanthosis with elongated rete ridges)
- 角質層內嗜中性球聚集 (**Munro microabscesses**：角質層；**spongiform pustule of Kogoj**：棘狀層)
- 真皮乳頭延長且血管擴張
- 顆粒層減少或消失 (hypogranulosis)
- 角化不全 (parakeratosis)

TWMLÉ · 皮膚科 > 皮膚科 > 四、乾癬 (Psoriasis) > 4.5 治療

##### 外用治療 (輕度)

- Topical corticosteroids**：一線
- Calcineurin inhibitors**：適用臉部/皺褶處
- Vitamin D analogues** (Calcipotriol)：抑制角化細胞增殖
- Coal tar、Anthralin
- Topical retinoids (Tazarotene)

##### 光照治療 (中度)

- NB-UVB (311 nm)**：首選光療
- PUVA** (Psoralen + UVA)：較強效但長期致癌風險 (SCC)

##### 全身性治療 (中重度)

- Methotrexate**：葉酸拮抗劑；肝毒性、骨髓抑制；避孕 (致畸胎)
- Cyclosporine**：快速有效；腎毒性、高血壓；不宜長期使用 (1–2 年)
- Acitretin** (retinoid)：致畸胎 (女性停藥後需避孕 3 年)；不具免疫抑制
- Apremilast** (PDE4 inhibitor)：口服，安全性較佳

## 生物製劑

| 類別                 | 藥物                                 | 備註                 |
|--------------------|------------------------------------|--------------------|
| Anti-TNF- $\alpha$ | Adalimumab, Etanercept, Infliximab | 需排除 TB             |
| Anti-IL-12/23      | Ustekinumab                        | 抗 p40 subunit      |
| Anti-IL-17A        | Secukinumab, Ixekizumab            | 效果佳；注意 candidiasis |
| Anti-IL-23         | Guselkumab, Risankizumab           | 長效                 |

## ★ 國考重點（本站講義）

- 好發部位與臨床表徵〔109-2、113-2〕〔109-1〕
- 分型與遺傳傾向〔108-2、109-1〕
- 指甲病變 (Nail changes)
- 點狀凹痕 (Nail pitting)〔110-1、112-2〕
- 油點症 (Oil spots / Salmon spots)〔110-1〕
- 併發症與系統性共病 (Comorbidities)
- 乾癬性關節炎 (PsA)〔108-2、111-2、112-1、113-1〕
- 心血管與代謝疾病〔111-2〕
- 紅皮症 (Erythroderma)〔111-1〕
- 免疫機轉與標靶生物製劑 (Pathogenesis & Biologics)
- 病理組織特徵 (Histopathology)
- 藥物加重、禁忌與治療考量
- 加重因子〔108-2、112-1、112-2、114-1〕
- 治療禁忌〔111-2〕
- 致畸胎性〔115-1〕
- 照光治療 (Phototherapy)〔115-1〕
- 鑑別現象〔109-1〕〔114-1〕
- 斑塊型乾癬相關臨床徵象〔115-2〕

## ⚠ 易混與陷阱

| 比較項目   | 乾癬指甲病變：點狀凹痕 (Nail pitting) | 乾癬指甲病變：油點症 (Oil spots) |
|--------|----------------------------|------------------------|
| 病變解剖位置 | 指甲基質 (Nail matrix) 角化異常    | 指甲床 (Nail bed) 病變      |
| 臨床發生率  | 乾癬最常見指甲表現（大於 50%）          | 發生率相對較低（5-40%）         |
| 診斷特徵   | 與發生乾癬性關節炎 (PsA) 具強烈相關性     | 具高度診斷專一性 (Specificity) |

| 鑑別疾病     | 乾癬 (Psoriasis)             | 脂漏性皮膚炎 (Seborrheic dermatitis) |
|----------|----------------------------|--------------------------------|
| 典型好發位置   | 四肢伸側（手肘、膝蓋）、頭皮、背部          | 皮脂腺豐富區（面部 T 字區、頭皮、前胸）          |
| 皮疹與病理    | 銀白色厚屑、切片呈規則棘狀增生與 Munro 微膿瘍 | 黃色油膩性脫屑、切片保留顆粒層                |
| 關節炎併發率   | 高（10-30% 併發 PsA，RF 陰性）     | 極罕見（幾乎不伴隨關節炎）                  |
| HIV 感染影響 | 病情顯著加重且廣泛惡化                | 病情顯著加重且廣泛惡化                    |

|                   |                                                  |                                                       |
|-------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 生物製劑標靶            | IL-17A 抑制劑（如 Secukinumab, Ixekizumab）            | IL-23 抑制劑                                             |
| 免疫作用層級            | 阻斷 Th17 下游核心致炎細胞激素                               | 阻斷上游誘導與維持 Th17 功能之細胞激素                                |
| 適應症特徵             | 可同時有效改善皮膚與關節症狀                                   | 可同時有效改善皮膚與關節症狀                                        |
| IBD 副作用風險         | 較高（可能誘發或加重發炎性腸道疾病）                               | 較低（較不易產生 IBD 副作用）                                     |
| 藥物角色              | 常用有效 / 一線治療藥物                                    | 禁忌 / 易誘發惡化藥物                                          |
| 全身性 / 生物製劑        | 生物製劑（抗 TNF- $\alpha$ 、IL-17A、IL-23）、Methotrexate | 口服類固醇（Systemic steroids）：非首選，易致停藥反彈惡化                 |
| 抗高血壓藥物            | （依臨床需求選用其他降壓藥）                                   | Propranolol（非選擇性 $\beta$ -blocker）：強化 Th1/Th17 機轉加重乾癬 |
| 懷孕 / 備孕管理         | 生物製劑（依醫囑評估）                                      | Acitretin、Methotrexate：具明確致畸胎性（Teratogenic），嚴格禁用      |
| 徵象                | 機轉                                               | 是否為斑塊型乾癬特徵                                            |
| Auspitz sign      | 刮除鱗屑見真皮乳突微血管點狀出血                                 | 是〔115-2〕                                              |
| Woronoff ring     | 病灶消退周圍出現蒼白色素減退環                                  | 是〔115-2〕                                              |
| Köbner phenomenon | 外傷處誘發相同病灶                                        | 是（但非乾癬特異）〔109-1、115-2〕                                |
| Darier sign       | 摩擦病灶誘發風疹塊                                        | 否，為皮膚肥大細胞增生症之特徵〔115-2〕                                |

## 精選考題（5/12）

### 第 1 題〔108-2 醫學四 第 41 題〕

乾癬（psoriasis）是一種常見的慢性皮膚病，下列敘述何者正確？

- (A) 第一型乾癬往往好發於 40 歲以前，與 HLA 遺傳形態有關，而且治療效果往往較差
- (B) 乾癬患者有 10~25% 會併發有乾癬性關節炎
- (C) 乾癬病灶處表皮細胞分泌的抗菌蛋白  $\beta$ -defensin 2 或 cathelicidin（LL37）減少，因此皮表細菌感染機會增加，容易誘發乾癬發作
- (D) HIV 族群中乾癬的盛行率高於一般民眾，且嚴重性較高

### 答案 B

**A. 第一型乾癬往往好發於 40 歲以前，與 HLA 遺傳形態有關，而且治療效果往往較差**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：第一型乾癬確實早發（< 40 歲）且與 HLA 相關，但治療效果反而較好而非較差。晚發型（第二型）對治療反應反而可能不理想。

**B. 乾癬患者有 10~25% 會併發有乾癬性關節炎**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：乾癬患者併發乾癬性關節炎（psoriatic arthritis）約佔 10-25%，是教科書標準答案與乾癬最常見的系統性併發症，臨床需長期監測與管理。

**C. 乾癬病灶處表皮細胞分泌的抗菌蛋白  $\beta$ -defensin 2 或 cathelicidin（LL37）減少，因此皮表細菌感染機會增加，容易誘發乾癬發作**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：乾癬病灶中  $\beta$ -defensin 2 與 cathelicidin(LL37)實際上增加而非減少，反映 Th17 介導之發炎狀態，並非抗菌肽缺乏所引發乾癬。

**D. HIV 族群中乾癬的盛行率高於一般民眾，且嚴重性較高**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：HIV 患者乾癬盛行率與嚴重性確實高於一般民眾（敘述醫學上正確），但在「一般皮膚/乾癬」出題脈絡中，B 為更基礎的併發症統計，故為預期答案。

## 第 2 題 [115-1 醫學四 第 34 題]

26 歲的女性患者罹患中重度乾癬（病灶占全身體表面積 30%）且合併有乾癬性關節炎，對於此患者的治療計畫，下列何者錯誤？

- (A) 建議施打 IL-17A 抑制劑，可同時治療皮膚和關節炎症狀
- (B) 照光治療建議使用在病灶體表面積小於 10% 的患者，所以不是治療選擇
- (C) 患者有懷孕計畫，口服藥物包括 acitretin、methotrexate 都有致畸胎性（teratogenic），需要避免使用
- (D) 相較於 IL-17A 抑制劑，IL-23 抑制劑較不會產生發炎性腸道疾病（inflammatory bowel disease）的副作用

### 答案 B

**A. 建議施打 IL-17A 抑制劑，可同時治療皮膚和關節炎症狀**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：IL-17A 抑制劑（如 secukinumab, ixekizumab）為乾癬和乾癬性關節炎的一線生物製劑，能有效同時改善皮膚與關節症狀。

**B. 照光治療建議使用在病灶體表面積小於 10% 的患者，所以不是治療選擇**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：照光治療（UVB）適用於中度乾癬（BSA 10-30%）。雖然此患者 BSA 30% 且合併關節炎，通常首選生物製劑，但照光仍是選項之一，並非絕對排除。

**C. 患者有懷孕計畫，口服藥物包括 acitretin、methotrexate 都有致畸胎性（teratogenic），需要避免使用**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Acitretin（口服 A 酸）與 Methotrexate 皆為已知的致畸胎藥物，於懷孕或懷孕期間嚴格禁用，此為臨床共識。

**D. 相較於 IL-17A 抑制劑，IL-23 抑制劑較不會產生發炎性腸道疾病（inflammatory bowel disease）的副作用**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：相較於 IL-17A 抑制劑，IL-23 抑制劑引發或加劇發炎性腸道疾病（inflammatory bowel disease, IBD）的風險較低，此為臨床觀察與部分文獻支持。

## 第 3 題 [114-2 醫學四 第 35 題]

下列何種病理特徵最不會在乾癬病灶中表現？

- (A) 角質層出現嗜中性球（neutrophils in corneal layer）
- (B) 表皮層出現規則棘狀增生（regular acanthosis）
- (C) 表皮下出現水疱（subepidermal blisters）
- (D) 真皮層出現增加的單核球（mononuclear cells）

### 答案 C

**A. 角質層出現嗜中性球（neutrophils in corneal layer）**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：乾癬典型特徵之一為 Munro's microabscesses，指角質層堆積大量嗜中性球。

**B. 表皮層出現規則棘狀增生（regular acanthosis）**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：乾癬以表皮增生（acanthosis）及規則拉長的表皮脊（rete ridges）為特徵，是皮膚增厚的主因。

**C. 表皮下出現水疱（subepidermal blisters）**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：表皮下水疱是天疱瘡或類天疱瘡等水疱性疾病的特徵，非乾癬的病理表現。

**D. 真皮層出現增加的單核球（mononuclear cells）**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：真皮層有慢性發炎細胞浸潤，以單核球（淋巴球、巨噬細胞）為主，為乾癬病灶的常見表現。

**第 4 題**〔111-2 醫學四 第 35 題〕

關於乾癬 (psoriasis) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 乾癬病患可合併出現乾癬性關節炎
- (B) 心肌梗塞是乾癬病患可能的共病
- (C) 肥胖是乾癬的危險因子
- (D) 口服類固醇是首選治療

**答案 D****A. 乾癬病患可合併出現乾癬性關節炎**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：乾癬性關節炎 (psoriatic arthritis) 是乾癬常見共病，約 10-30% 患者合併關節症狀，可與皮疹同時或先後發生，屬典型全身性表現。

**B. 心肌梗塞是乾癬病患可能的共病**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：乾癬為系統性發炎疾病，與心血管疾病、心肌梗塞、代謝症候群風險升高相關，乾癬患者心血管死亡率明顯增加。

**C. 肥胖是乾癬的危險因子**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：肥胖為乾癬確立的危險因子，與發病、嚴重度惡化均相關；減重可改善症狀。機轉涉及代謝症候群相關發炎。

**D. 口服類固醇是首選治療**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：全身性類固醇非乾癬首選治療，長期使用甚至可誘發加重或反彈。輕度用局部類固醇；中重度用照光或生物製劑；系統治療首選為 methotrexate 等非類固醇藥物。

**第 5 題**〔109-1 醫學四 第 37 題〕

關於乾癬 (psoriasis) 的敘述，下列何者正確？

- (A) 白種人罹患乾癬的比例比華人低
- (B) Köebner phenomenon 只見於這個疾病
- (C) 部分患者會有家族史
- (D) 不會造成指甲及關節病變

**答案 C****A. 白種人罹患乾癬的比例比華人低**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：乾癬在白種人患病率約 1-3%，遠高於亞洲人的 0.3-0.7%；選項方向倒反，白種人患病比例應為更高而非更低。

**B. Köebner phenomenon 只見於這個疾病**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Köbner phenomenon (外傷後在受傷皮膚出現相同皮膚病變) 雖在乾癬常見，但非乾癬特異，也見於白癜風、扁平苔蘚、疣等多種皮膚病。

**C. 部分患者會有家族史**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：乾癬有明確遺傳傾向，約 30-40% 患者有家族史；一級親屬患病風險 10-15%，兩親都患乾癬則子女風險達 50-70%；遺傳易感性搭配環境觸發因子致病。

**D. 不會造成指甲及關節病變**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：乾癬常引發指甲病變 (點蝕、甲下角化過度、甲剝離)，約 10-15% 患者發展成乾癬性關節炎；可影響周邊及中軸關節，選項敘述完全相反。

本考點其他考題 (7 題，未收錄)

| 梯次    | 題目      | 主題                                   |
|-------|---------|--------------------------------------|
| 109-2 | 醫學四 Q34 | psoriasis vulgaris                   |
| 110-1 | 醫學四 Q43 | psoriatic nail                       |
| 112-2 | 醫學四 Q35 | drug-induced psoriasis exacerbation  |
| 113-1 | 醫學四 Q36 | psoriatic arthritis                  |
| 113-2 | 醫學四 Q35 | psoriasis vulgaris                   |
| 114-1 | 醫學四 Q35 | psoriasis biologics targets          |
| 115-2 | 醫學四 Q35 | plaque-type psoriasis clinical signs |

也考本考點的題目（4 題，收在其他考點）

| 梯次    | 題目      | 收在                                       |
|-------|---------|------------------------------------------|
| 111-1 | 醫學四 Q35 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，異位性皮膚炎（Atopic Dermatitis）     |
| 112-1 | 醫學四 Q34 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，脂漏性皮膚炎（Seborrheic Dermatitis） |
| 114-1 | 醫學四 Q36 | 皮膚科・濕疹及皮膚炎，脂漏性皮膚炎（Seborrheic Dermatitis） |
| 112-2 | 醫學四 Q41 | 皮膚科・感染，皮膚黴菌感染（Fungal skin infections）    |

## 遺傳性皮膚病與神經皮膚症候群（Genodermatoses and Neurocutaneous Syndromes）

★★★ 常青必掃 考過 16/20 梯次：106-1、107-1、108-2、109-1、109-2、110-2、111-1、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 六、自體免疫性水疱病（Autoimmune Blistering Diseases）

### 6.4 表皮分解性水疱症（Epidermolysis Bullosa, EB）

| 類型            | 裂隙位置             | 基因/蛋白缺陷                                        | 遺傳                       |
|---------------|------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
| EB simplex    | 表皮內（基底細胞內）       | Keratin 5 / Keratin 14                         | AD                       |
| Junctional EB | Lamina lucida    | Laminin-332、Integrin $\alpha 6 \beta 4$ 、BP180 | AR（嚴重型 Herlitz → 致命）     |
| Dystrophic EB | Sub-lamina densa | <b>Type VII collagen</b> （anchoring fibrils）   | AD 或 AR（AR 較嚴重）；SCC 風險 ↑ |

TWMLE・皮膚科 > 皮膚科 > 十五、遺傳性皮膚病

## 15.1 魚鱗癬 (Ichthyosis)

| 類型                         | 遺傳 | 蛋白缺陷                           | 特徵                                                                  |
|----------------------------|----|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Ichthyosis vulgaris</b> | AD | <b>Filaggrin</b>               | 最常見；細小白鱗屑；掌紋加深 (hyperlinear palms)；不侵犯皺褶處；與 AD 高度相關                 |
| X-linked ichthyosis        | XR | <b>Steroid sulfatase (STS)</b> | 男性；深色大片鱗屑；不侵犯掌跖、皺褶；關聯： <b>產程延遲</b> (胎盤 <b>sulfatase</b> 缺乏)、隱睪、角膜混濁 |
| Lamellar ichthyosis        | AR | Transglutaminase 1             | 出生時 collodion baby → 大片板狀鱗屑； <b>ectropion / eclabium</b>            |
| Epidermolytic ichthyosis   | AD | Keratin 1 / Keratin 10         | 出生時水疱 → 後期角化增厚；病理 epidermolytic hyperkeratosis                      |

## 15.2 Darier Disease (毛囊角化症)

- **AD 遺傳；ATP2A2 基因突變** (SERCA2 鈣離子幫浦) → 角質細胞間黏附異常
- 好發脂漏區域 (前胸、背部、頭皮、額頭、鼻唇溝)、**夏天/炎熱/流汗時加重**
- 臨床：角化性丘疹、油膩痂皮；指甲有 V-shaped nicking、longitudinal ridges
- 病理：suprabasal acantholysis + **corps ronds** (顆粒層圓形嗜酸性細胞) + **grains** (角質層深染小細胞)
- 治療：口服 retinoids (Acitretin)；輕度 → topical retinoids；避免暴曬/過熱

## 15.3 Hailey-Hailey Disease (家族性良性天疱瘡)

- **AD 遺傳；ATP2C1 基因突變** (SPCA1 鈣離子幫浦) → 角質細胞間黏附異常
- 好發間擦部位 (腋下、鼠蹊、頸部、乳房下) → 摩擦/流汗誘發
- 臨床：反覆糜爛、水疱、滲出性紅斑；疼痛明顯
- 病理：suprabasal acantholysis → **倒塌磚牆 (dilapidated brick wall)** 外觀
- 治療：避免摩擦/過熱、topical corticosteroids / calcineurin inhibitors

## 15.4 神經皮膚症候群 (Neurocutaneous Syndromes)

| 症候群                                   | 遺傳       | 基因                               | 皮膚表現                                                                                    | 重要關聯                                                       |
|---------------------------------------|----------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Neurofibromatosis type 1 (NF1)</b> | AD       | NF1 (neurofibromin)              | ≥ 6 個 <b>café-au-lait macules</b> 、axillary/inguinal freckling、neurofibromas            | Optic glioma、Lisch nodules (虹膜)、骨骼異常、學習障礙、pheochromocytoma |
| <b>Neurofibromatosis type 2 (NF2)</b> | AD       | NF2 (merlin)                     | 較少皮膚表現                                                                                  | <b>Bilateral vestibular schwannomas</b> (最重要)；meningiomas  |
| <b>Tuberous sclerosis (TSC)</b>       | AD       | TSC1 (hamartin) / TSC2 (tuberin) | <b>Facial angiofibromas</b> 、 <b>Ash-leaf spots</b> 、Shagreen patch、periungual fibromas | 癲癇、智能障礙、cardiac rhabdomyoma、renal angiomyolipoma、LAM       |
| <b>Sturge-Weber syndrome</b>          | 非遺傳 (散發) | GNAQ somatic mutation            | V1 分布的 <b>port-wine stain</b>                                                           | Ipsilateral leptomeningeal angioma → 癲癇、青光眼                |
| <b>Von Hippel-Lindau</b>              | AD       | VHL                              | 皮膚表現少                                                                                   | Hemangioblastoma (小腦 / 視網膜)、RCC、pheochromocytoma           |

## 15.5 其他遺傳性皮膚病

- **Ehlers-Danlos syndrome**：AD (多數)；collagen 合成異常 → 皮膚過度延展、關節過度活動、瘀青、atrophic scars
- **Xeroderma pigmentosum (XP)**：AR；DNA 修復缺陷 (nucleotide excision repair, NER) → 極度光敏感 → 早期發生多發性皮膚癌 (BCC、SCC、melanoma)
- **Albinism (白化症)**：AR；黑色素合成障礙 → 全身性 OCA (oculocutaneous albinism) → 皮膚癌風險極高

## ★ 國考重點（本站講義）

- 魚鱗癬 (Ichthyosis) 分型與機轉
- 尋常性魚鱗癬 (Ichthyosis vulgaris) [106-1、112-1] [107-1] [112-1] [112-1]
- X-連鎖魚鱗病 (X-linked ichthyosis) [106-1]
- 層狀魚鱗病 (Lamellar ichthyosis) [106-1]
- 表皮溶解性魚鱗病 (Epidermolytic ichthyosis) [106-1]
- 小丑魚鱗癬 (Harlequin ichthyosis) [111-2]
- 神經皮膚症候群與相關腫瘤症候群 (Neurocutaneous & Tumor Syndromes)
- 第一型神經纖維瘤病 (Neurofibromatosis type 1, NF-1) [109-2、114-1]
- 史特基-韋伯氏症候群 (Sturge-Weber syndrome) [113-2]
- 加德納症候群 (Gardner syndrome) [111-1] [111-1、114-2]
- 多發性內分泌腫瘤 IIb 型 (Multiple endocrine neoplasia type IIb, MEN 2B) [114-2]
- 結節性硬化症 (Tuberous sclerosis) [108-2、114-1]
- 其他水疱與棘層鬆解遺傳病 (Heritable Blistering & Acantholytic Diseases)
- 水疱性表皮鬆解症 (Epidermolysis bullosa, EB) [107-1、113-1] [113-1] [113-1] [113-1]
- 達里埃氏病 (Darier disease) [112-2] [112-2、115-1、115-2] [112-2、115-2] [115-2]
- 海利-海利氏病 (Hailey-Hailey disease) [115-1]
- 癌變風險、遺傳模式與色素異常鑑別
- 增加皮膚鱗狀上皮細胞癌 (SCC) 風險之遺傳病 [114-1]
- 體染色體隱性遺傳 (Autosomal Recessive) [114-1] [111-2]
- 體染色體顯性遺傳 (Autosomal Dominant) [109-2、114-1] [114-1] [114-1] [112-2] [115-1]
- 皮膚黑色素沉著 (Hypermelanosis) [113-2]

## ⚠ 易混與陷阱

## 魚鱗癬 (Ichthyosis) 亞型鑑別

| 疾病名稱                                | 遺傳模式 / 基因突變                   | 典型皮膚與臨床特徵                      | 關鍵鑑別點                      |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 尋常性魚鱗癬 (Ichthyosis vulgaris)        | 常染色體 / <i>FLG</i> (Filaggrin) | 四肢伸側細微脫屑、掌紋增多 (Hyperlinearity) | 最常見，常合併異位性皮膚炎與毛孔角化症，屈側不受影響 |
| X-連鎖魚鱗病 (X-linked ichthyosis)       | X-連鎖 / Steroid sulfatase      | 全身脫屑、伴角膜混濁與隱瞞症                 | 僅男性發病，具眼部與生殖器特異徵象          |
| 層狀魚鱗病 (Lamellar ichthyosis)         | 常染色體隱性 / <i>TGM1</i>          | 出生時呈膠狀膜 (Collodion membrane)   | 病情較尋常性嚴重許多                 |
| 表皮溶解性魚鱗病 (Epidermolytic ichthyosis) | 常染色體 / Keratin 1 或 10         | 嬰幼兒期起水泡糜爛，後期疣狀角化               | 病理特徵為表皮溶解，有水疱期             |
| 小丑魚鱗癬 (Harlequin ichthyosis)        | 常染色體隱性 / <i>ABCA12</i>        | 新生兒全身盔甲狀鑽石形厚角質板                | 最嚴重致死型，易致脫水、低溫、高鈉血症        |

## 神經皮膚與腫瘤症候群鑑別

| 疾病名稱                      | 致病基因 / 遺傳模式           | 典型皮膚特徵                                              | 特殊徵象與核心併發症                                         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 第一型神經纖維瘤病 (NF-1)          | <i>NF1</i> / 體染色體顯性   | 咖啡牛奶斑 (成人 $\geq 6$ 個且 $\geq 15\text{mm}$ )、軀幹軟神經纖維瘤 | 鈕扣孔徵象 (Buttonhole sign)、虹膜 Lisch 結節、叢狀腫瘤易轉變為 MPNST |
| 史特基-韋伯氏症候群 (Sturge-Weber) | <i>GNAQ</i> / 體細胞鑲嵌突變 | 三叉神經 V1/V2 區酒色斑 (Port-wine stain)                   | 良性毛細血管畸形；高率併發癲癇 (75–90%) 與青光眼 (40%)；無 SCC 風險       |
| 加德納症候群 (Gardner syndrome) | <i>APC</i> / 體染色體顯性   | 多發性表皮囊腫 (Epidermoid cysts)、纖維瘤                      | 骨瘤 (Osteomas)、大腸息肉 (極高癌變風險)、甲狀腺乳突癌風險升高             |
| 多發性內分泌腫瘤 IIb 型 (MEN 2B)   | <i>RET</i> / 體染色體顯性   | 黏膜神經瘤 (Mucosal neuromas, 多見於唇、舌、眼瞼)                 | 髓質性甲狀腺癌、嗜鉻細胞瘤、馬凡氏體型 (Marfanoid habitus)            |

## Darier disease vs Hailey-Hailey disease 鑑別

| 比較項目  | 達里埃氏病 (Darier disease) | 海利-海利氏病 (Hailey-Hailey disease)             |
|-------|------------------------|---------------------------------------------|
| 基因與遺傳 | <i>ATP2A2</i> (體染色體顯性) | <i>ATP2C1</i> , 體染色體顯性 (家族性良性慢性天庖瘡)         |
| 好發部位  | 皮脂溢區域、日光曝曬處 (軀幹、頭皮)    | 對擦部位 (雙側腋下、胯下、腹股溝)                          |
| 臨床病灶  | 角化性丘疹與斑塊, 指甲紅白色縱向條紋    | 紅斑與糜爛 (Erosive erythematous plaques), 伴搔癢刺痛 |
| 季節影響  | 夏季熱、汗、潮濕惡化 (冬季乾燥可改善)   | 夏日熱、摩擦易惡化                                   |

## 精選考題 (5/13)

## 第 6 題 [114-1 醫學四 第 43 題]

下列何種疾病之遺傳模式是體染色體隱性遺傳 (autosomal recessive) ?

- (A) 第一型神經纖維瘤病 (neurofibromatosis type I)
- (B) 結節性硬化症 (tuberous sclerosis)
- (C) 著色性乾皮症 (xeroderma pigmentosum)
- (D) Peutz-Jeghers 症候群 (Peutz-Jeghers syndrome)

## 答案 C

## A. 第一型神經纖維瘤病 (neurofibromatosis type I)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：第一型神經纖維瘤病 (Neurofibromatosis type I) 為體染色體顯性遺傳。

## B. 結節性硬化症 (tuberous sclerosis)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：結節性硬化症 (Tuberous sclerosis) 為體染色體顯性遺傳。

## C. 著色性乾皮症 (xeroderma pigmentosum)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：著色性乾皮症 (Xeroderma pigmentosum) 為體染色體隱性遺傳，影響 DNA 修補功能。

## D. Peutz-Jeghers 症候群 (Peutz-Jeghers syndrome)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Peutz-Jeghers 症候群 (Peutz-Jeghers syndrome) 為體染色體顯性遺傳。

**第 7 題**〔106-1 醫學四 第 39 題〕

下列何種基因的突變與 ichthyosis vulgaris 最有相關？

- (A) profilaggrin
- (B) steroid sulfatase
- (C) transglutaminase
- (D) keratin 1 or 10

**答案 A****A. profilaggrin**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Ichthyosis vulgaris 最常見的遺傳學基礎是 filaggrin（絲蛋白）基因 (FLG) 突變。Filaggrin 是角質層的核心結構蛋白，缺陷導致皮膚屏障功能受損、經表皮水分喪失增加、皮膚乾燥脫屑。

**B. steroid sulfatase**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Steroid sulfatase 基因突變與 X-linked ichthyosis（X-連鎖魚鱗病）相關，非 ichthyosis vulgaris。X-linked ichthyosis 臨床表現包含角膜混濁、隱睪症等特異性徵象。

**C. transglutaminase**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Transglutaminase 1 (TG1) 基因突變與 lamellar ichthyosis（層狀魚鱗病）相關，屬更嚴重的遺傳性魚鱗病，出生時常有膠狀膜，臨床表現遠比 ichthyosis vulgaris 重。

**D. keratin 1 or 10**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Keratin 1 和 10 基因突變導致 epidermolytic ichthyosis（表皮溶解性魚鱗病），特點為嬰幼兒期起泡、糜爛，後期形成疣狀角化，與 ichthyosis vulgaris 的臨床病理機轉不同。

**第 8 題**〔115-1 醫學四 第 43 題〕

25 歲男性，青春後開始在雙側腋下及胯下出現搔癢刺痛之紅色斑塊，並伴隨皮膚糜爛（erosive erythematous plaques），尤其在夏天時特別嚴重。經詢問後發現其父親及祖父亦有類似症狀。其最有可能為下列何種疾病？

- (A) Darier disease
- (B) Galli-Galli disease
- (C) Hailey-Hailey disease
- (D) beriberi disease

**答案 C****A. Darier disease**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：遺傳性角化異常。病灶多為增生性丘疹/斑塊，常見於陽光曝曬處，而非腋下/胯下糜爛。

**B. Galli-Galli disease**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：常被視為 Hailey-Hailey disease 的變異型，臨床表現高度相似，但 Hailey-Hailey disease 是標準診斷。

**C. Hailey-Hailey disease**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：遺傳性疾病，好發於腋下、腹股溝等皮脂溢部位，夏日或摩擦易惡化，家族史吻合。此例表現高度符合。

**D. beriberi disease**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：維生素 B1 缺乏症，主要影響心血管及神經系統，皮膚非典型病變，與此處紅斑糜爛病灶無關。

**第 9 題** [114-2 醫學四 第 39 題]

一位皮膚多發性神經纖維瘤（neurofibromatosis）的病患，臨床上看到皮膚有許多摸起來很軟且大小不一的皮膚腫瘤，甚至在皮膚腫瘤的表皮上輕壓時，觸診的指頭可以感覺凹陷進皮膚內。上述的臨床特性稱為下列何者？



者？

- (A) Apple-jelly sign
- (B) Buttonhole sign
- (C) Auspitz sign
- (D) Nikolsky sign

**答案 B****A. Apple-jelly sign**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Apple-jelly sign 指皮膚結節在玻璃壓診時呈半透明的蘋果醬色，常見於皮膚結核（Lupus vulgaris），與神經纖維瘤觸診特徵不同。

**B. Buttonhole sign**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Buttonhole sign 指觸診時，神經纖維瘤可感覺其穿過真皮層並在皮膚表面形成凹陷，彷彿手指穿過鈕扣孔，是軟神經纖維瘤的典型特徵。

**C. Auspitz sign**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Auspitz sign 是乾癬（Psoriasis）的特徵，刮除鱗屑後會出現點狀出血；與神經纖維瘤的觸診特性無關。

**D. Nikolsky sign**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Nikolsky sign 是指表皮可因輕微側向壓力而剝離，常見於天疱瘡（Pemphigus）等水疱性疾病，與神經纖維瘤的觸診表現不同。

**第 10 題** [113-2 醫學四 第 43 題]

下列有關史特基-韋伯氏症候群（Sturge-Weber syndrome）的敘述，何者錯誤？

- (A) 血管病變常發生在單側臉部三叉神經第一分枝支配的皮膚區域
- (B) 病人伴有癲癇症的機率不高
- (C) 單側眼周皮膚發生血管病變時，此眼後續發生青光眼的機率很高
- (D) 發生突變的基因是 EPHB4

**答案 B**

**A. 血管病變常發生在單側臉部三叉神經第一分支配的皮膚區域**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：史特基-韋伯氏症候群（Sturge-Weber syndrome）的血管病變（火焰斑）典型沿著三叉神經第一分支（眼神經）的皮節分佈，通常為單側。

**B. 病人伴有癲癇症的機率不高**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：史特基-韋伯氏症候群（Sturge-Weber syndrome）的癲癇發生率其實很高（約 75–90%），常於嬰幼兒期即出現且可能難治。故「癲癇機率不高」與臨床事實相反，此敘述錯誤，為本題官方答案。

**C. 單側眼周皮膚發生血管病變時，此眼後續發生青光眼的機率很高**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：眼部侵犯，包含青光眼，是常見的併發症，特別是當臉部火焰斑影響到眼周皮膚時，發生率相當高。

**D. 發生突變的基因是 EPHB4**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：史特基-韋伯氏症候群由 GNAQ 基因的體細胞鑲嵌突變（somatic mosaic mutation）引起，EPHB4 與本症無關。嚴格而言此敘述亦不正確，惟官方答案以 B（癲癇機率不高）為唯一正解。

**本考點其他考題（8 題，未收錄）**

| 梯次    | 題目      | 主題                                   |
|-------|---------|--------------------------------------|
| 107-1 | 醫學四 Q45 | ichthyosis                           |
| 108-2 | 醫學四 Q36 | neurofibromatosis                    |
| 110-2 | 醫學四 Q38 | ichthyosis epidermis                 |
| 111-2 | 醫學四 Q43 | harlequin ichthyosis                 |
| 112-1 | 醫學四 Q43 | ichthyosis vulgaris                  |
| 112-2 | 醫學四 Q43 | darier disease                       |
| 114-2 | 醫學四 Q43 | mucosal neuromas MEN 2B              |
| 115-2 | 醫學四 Q43 | Darier disease oral retinoid therapy |

**也考本考點的題目（6 題，收在其他考點）**

| 梯次    | 題目      | 收在                                                 |
|-------|---------|----------------------------------------------------|
| 109-1 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變（Benign Skin Tumors and Lesions）   |
| 111-1 | 醫學四 Q40 | 皮膚科・腫瘤，良性皮膚腫瘤與病變（Benign Skin Tumors and Lesions）   |
| 114-1 | 醫學四 Q39 | 皮膚科・腫瘤，鱗狀細胞癌（Squamous cell carcinoma）              |
| 113-1 | 醫學四 Q43 | 皮膚科・自體免疫疾病，自體免疫水皰病（Autoimmune Blistering Diseases） |
| 109-2 | 醫學四 Q41 | 皮膚科・色素疾病，色素性疾病（Pigmentary Disorders）               |
| 113-2 | 醫學四 Q42 | 皮膚科・色素疾病，色素性疾病（Pigmentary Disorders）               |

題庫來源：中華民國考選部歷屆考題（公資源） <https://www.wq.moex.gov.tw/>；LLM-generated explanations © WLK, Claude Haiku 4.5 + OpenEvidence-validated (CC-BY-4.0)。國考重點框取自本站講義。