

中国体癣和股癣诊疗指南(2018 修订版)

中国体癣和股癣诊疗指南工作组

【关键词】 体癣;股癣;诊断;治疗;指南

【中图分类号】 R 756.2 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-3827(2019)14-0001-03

1 定 义

体癣(*tinea corporis*)指发生于除头皮、毛发、掌跖和甲板以外的浅表部位的皮肤癣菌感染。股癣(*tinea cruris*)则特指发生于腹股沟、会阴部、肛周和臀部的皮肤癣菌感染,属于特殊部位的体癣^[1]。

2 病原学与易感因素

体股癣的致病真菌为皮肤癣菌,共同的特点是亲角质。皮肤癣菌约有 40 余种,其中可引起人或动物致病的约有 20 余种。国内各地区及不同医院的流调资料显示,体癣和股癣的病原菌大致相同,最常见的是红色毛癣菌,其他包括须癣毛癣菌、犬小孢子菌和石膏样小孢子菌等。动物源性的体癣则以犬小孢子菌感染最为多见^[2]。皮肤癣菌可以在人与人、动物与人、污染物与人以及人体不同部位之间传播。患者体质和环境因素在发病中起一定作用,如湿热地区和高温季节是体股癣高发的诱因,穿着不透气及过紧衣物、肥胖多汗者或司机易患股癣;饲养宠物、糖尿病、密切接触感染者及污染物、自身患有手足癣或甲真菌病等其他部位真菌感染易感染体癣。长期局部外用或者系统应用糖皮质激素及免疫抑制剂者可使皮损不典型,形成“难辨认癣”。既往认为阴囊少有皮肤癣菌感染,近年来发现并报道的阴囊癣明显增多,多见于青少年,石膏样小孢子菌和红色毛癣菌为主要致病菌。体癣中的特殊类型还包括叠瓦癣,是由同心性毛癣菌引起的慢性浅部皮肤真菌感染,可由人与人密切接触传染,多见于南太平洋、东南亚、中南美洲等高温潮湿地区,在我国近年罕见报道。

3 临床表现

3.1 体癣

原发损害为丘疹、水疱或丘疱疹,由中心逐渐向周围扩展蔓延,形成环形或多环形红斑并伴脱屑,其边缘微隆起,炎症明显,而中央炎症较轻或看似正常,伴不同程度瘙痒。

3.2 股癣

可单侧或双侧发生,基本损害与体癣相同,由股内侧向外发展的边界清楚、炎症明显的半环形红斑,上覆鳞屑,自觉瘙痒。

3.3 特殊类型

难辨认癣(*tinea incognita*) 临床表现多样,常表现为鳞屑较少,界限不清,无边缘隆起,中央可见脓疱、水疱,无自愈倾向,部分患者瘙痒明显^[3]。

阴囊癣(*tinea of the scrotum*) 阴囊单纯性感染多由石膏样小孢子菌所致,表现为特征性的上覆黄白色痂皮的斑片,而由红色毛癣菌引起阴囊及其邻近部位感染的临床表现与股癣相似^[4]。

叠瓦癣(*tinea imbricata*) 表现为泛发性同心圆样或者板层样鳞屑性斑片,一般不累及毛囊,少有瘙痒等自觉症状。

4 实验室检查

4.1 真菌镜检

刮取皮损边缘鳞屑进行真菌镜检。难辨认癣应避免炎症较为剧烈的水疱、脓疱区域,刮取相对干燥的鳞屑或者疱壁。标本置于载玻片上,加 10%氢氧化钾(KOH)溶液后覆上盖玻片,放置数分钟或者稍微加热后置于显微镜下观察。阳性表现为有折光、细长、平滑、分支分隔菌丝和/或关节

孢子。荧光染色法即滴加真菌荧光染液后覆上盖玻片,在荧光显微镜下观察,真菌成分(孢子或菌丝)呈现蓝色或绿色荧光,能显著提高真菌镜检阳性率和准确性。

4.2 真菌培养与菌种鉴定

刮取皮损边缘鳞屑接种于含氯霉素和放线菌酮的沙堡弱葡萄糖琼脂培养基(SDA)可以减少培养过程中的细菌和其他腐生丝状真菌的污染,25℃~28℃培养 14~28 d。根据菌落形态、镜下结构及生理生化试验进行皮肤癣菌表型鉴定。对表型难以鉴定的菌株可以采用 rDNA-ITS 分子测序鉴定,基质辅助激光解析电离飞行时间质谱(MALDI-TOF MS)亦有助于皮肤癣菌种水平的快速鉴定^[5]。

4.3 组织病理

除非疑诊皮肤癣菌肉芽肿,一般不做。活检组织经过碘酸雪夫染色(PAS)和(或)六胺银染色(GMS)可见角质层中有与表皮平行分布的分隔分支菌丝、关节孢子等^[6]。

4.4 其他实验室诊断方法

体股癣的皮肤镜检查通常表现为红色基底上沿皮纹分布的点状血管,边缘可见环状薄层白色卷曲状鳞屑,有时观察到毳毛受累,呈螺旋状或条形码样改变^[7]。反射式共聚焦显微镜(RCM)在体股癣环状鳞屑性红斑部位可见真菌菌丝结构^[8],作为辅助检查手段。

5 诊断与鉴别诊断

体股癣诊断的主要依据为:①典型临床表现;②真菌镜检阳性和/或培养分离到皮肤癣菌。

鉴别诊断:股癣需要与念珠菌性间擦疹、细菌所致红癣、反向银屑病、慢性家族性良性天疱疮等疾病进行鉴别,体癣需要和湿疹、银屑病、脂溢性皮炎、玫瑰糠疹、多形性红斑、环状肉芽肿、固定性药疹等疾病进行鉴别;难辨认癣临床易误诊为亚急性湿疹、脂溢性皮炎、过敏性皮炎、红斑狼疮、酒渣鼻、多形性日光疹、单纯疱疹、梅毒等多种疾病。叠瓦癣注意和离心性环状红斑、匍行性回状红斑、二期梅毒疹等疾病鉴别。阴囊癣需要与阴囊湿疹、慢性单纯性苔藓、反向银屑病、扁平苔藓、固定性药疹、烟酸缺乏症等疾病鉴别。病原学检查有助于明确诊断。

6 治 疗

治疗原则:治疗目标是清除病原菌,快速缓解

症状,清除皮损,防止复发。外用药、口服药或二者联合均可用于体股癣的治疗,强调个体化用药。

6.1 局部治疗

外用抗真菌药物为首选^[9],一般为每日 1~2 次,疗程 2~4 周。外用药以咪唑类和丙烯胺类药物最常用。咪唑类药物包括咪康唑、益康唑、联苯苄唑、酮康唑、克霉唑、硫康唑、舍他康唑、卢立康唑等。丙烯胺类药物包括特比萘芬、布替萘芬和萘替芬等。其他还有阿莫罗芬(吗啉类)、利拉萘酯(硫代氨基甲酸酯类)、环吡酮胺(环吡酮类),以及咪唑类和丙烯胺类复合制剂等。

同时含有抗真菌药物和糖皮质激素的复方制剂,可用于治疗炎症较重的体股癣患者,但应注意避免糖皮质激素的不良反应,建议限期应用 1~2 周,随后改为外用单方抗真菌药物至皮损清除。对于股癣,特别要注意外用剂型的选择,避免刺激反应。

6.2 系统治疗

外用药治疗效果不佳、皮损泛发或反复发作以及免疫功能低下患者,可用系统抗真菌药物治疗。常用特比萘芬和伊曲康唑。特比萘芬成人量为 250 mg/d,疗程 1~2 周。伊曲康唑 200~400 mg/d,疗程 1~2 周。如患者合并有足癣和/或甲真菌病,建议一并治疗(参见相应诊疗指南)。

6.3 特殊类型体股癣的治疗

难辨认癣 治疗与体股癣基本一致。早期炎症剧烈阶段避免使用刺激性较大的剂型。面积大时需系统抗真菌药物治疗。

阴囊癣 治疗与体股癣基本一致。首选外用抗真菌药物,建议以乳膏剂为主,避免使用刺激性较大的剂型。局部治疗失败病例,可以根据病原菌种类选择口服抗真菌药。

叠瓦癣 该病复发率较高。局部治疗效果较差,建议系统与局部抗真菌药联合治疗。

6.4 特殊人群体股癣的治疗^[10]

老年人 除了感染部位及受累面积外,还需要考虑合并症和药物相互作用等因素。如果感染面积较大且不宜采用系统治疗时,局部治疗应适当延长疗程。如果需要系统抗真菌药时,宜选择药物相互作用较少的药物。

儿童 儿童皮肤更新速度较快,局部治疗可能比成人患者有更好的临床疗效。皮损面积过大或者有明显的毳毛受累时,可以考虑联合口服抗真菌药,

特比萘芬和伊曲康唑治疗儿童体股癣均安全有效。

妊娠及哺乳期 根据国家食品药品监督管理总局(CFDA)的妊娠期药物安全分级标准,目前归入 B 类的抗真菌药包括克霉唑、奥昔康唑、特比萘芬、萘替芬、环吡酮胺等药物,在大剂量的动物安全性研究中没有发现生殖毒性。克霉唑和咪康唑在多项大样本的妊娠早期及中后期的临床研究中表现出很好的安全性,未发现明确与之相关的胎儿异常的报告。上述药物可在权衡利弊后酌情用于妊娠期体股癣的局部治疗。

在哺乳期药物安全分级中,克霉唑、酮康唑、咪康唑、特比萘芬等外用抗真菌药被列入 L2 级(较安全,在有限数量的对哺乳母亲用药研究中,没有证据显示其副作用增加,和/或哺乳母亲使用该种药物有危险性的证据很少)。系统用特比萘芬和氟康唑亦列入 L2 级。哺乳期的体股癣,建议以 L2 级抗真菌药物的局部治疗为主。

免疫缺陷人群 建议局部与系统抗真菌药物联合治疗,疗程适当延长并个体化,同时积极纠正免疫缺陷状态。对于部分持续存在免疫功能缺陷的患者,可能需要长期维持治疗。

7 疗效评定标准

红斑、丘疹、鳞屑完全消退,真菌镜检和/或培养为阴性,可视为痊愈。部分患者皮损消退后局部可留有暂时性色素沉着。

8 预防与健康教育

建议患者贴身穿着吸汗透气的棉质衣物,避免和其他人混用衣物毛巾,内衣应定期洗晒煮烫等消毒处理。肥胖患者鼓励更频繁更换衣物,积极控制体重,易出汗部位可以使用粉剂保持局部干燥,易复发患者可以采用抗真菌粉剂进行预防。家庭成员有类似感染时,应同时治疗,合并足癣及甲真菌病时应积极治疗。如果系接触宠物感染所致,应对宠物进行真菌学检查并治疗,同时对宠物接触过的

家庭物品进行消毒处理。

参加本指南制定的专家为(按姓氏汉语拼音排序):顾军、李春阳、李福秋、李若瑜、刘维达、冉玉平、王爱平、温海、席丽艳、余进、章强强、朱红梅、朱敏。执笔:吕雪莲

参考文献

- [1] 张学军,郑捷. 皮肤性病学[M]. 第九版.北京:人民卫生出版社,2018:86.
- [2] Cai W, Lu C, Li X, et al. Epidemiology of superficial fungal infections in Guangdong, southern China: a retrospective study from 2004 to 2014[J]. Mycopathologia, 2016, 181(5-6): 387-395.
- [3] 唐芹芹,刘海霞,徐江媚,等.难辨认癣的临床进展[J].实用皮肤病学杂志, 2018, 11(3): 168-170.
- [4] 尹颂超,李美荣,魏玲,等.阴囊皮肤癣菌病患者临床及真菌学分析[J].中国微生态学杂志, 2018, 30(5):553-555,563.
- [5] Suh SO, Grosso KM, Carrion ME. Multilocus phylogeny of the *Trichophyton mentagrophytes* species complex and the application of matrix-assisted laser desorption/ionization-time-of-flight (MALDI-TOF) mass spectrometry for the rapid identification of dermatophytes[J]. Mycologia, 2018, 110(1):118-130.
- [6] Park YW, Kim DY, Yoon SY, et al. "Clues" for the histological diagnosis of tinea: how reliable are they[J]? Ann Dermatol, 2014, 26(2):286-288.
- [7] Knöpfel N, del Pozo LJ, Escudero Mdel M, et al. Dermoscopic visualization of vellus hair involvement in tinea corporis: a criterion for systemic antifungal therapy[J]? Pediatr Dermatol, 2015, 32(5):e226-227.
- [8] Hui D, Xue-cheng S, Ai-e X. Evaluation of reflectance confocal microscopy in dermatophytosis[J]. Mycoses, 2013, 56(2):130-133.
- [9] El-Gohary M, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, et al. Topical antifungal treatments for tinea cruris and tinea corporis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, (8):CD009992.
- [10] Kaul S, Yadav S, Dogra S. Treatment of dermatophytosis in elderly, children, and pregnant women[J]. Indian Dermatol Online J, 2017, 8(5):310-318.

[收稿日期] 2019-02-12

[本文编辑] 卫凤莲