

· 病例报告 ·

中西医结合治疗紫色毛癣菌所致成人脓癣 1 例报告

周梦云 王彦红 夏修蛟 刘泽虎 单筠筠

脓癣主要见于儿童,成人患者少见,多是由皮肤癣菌感染所致,临床容易被误诊^[1]。笔者 2019 年 5 月采用中西医结合治疗 1 例紫色毛癣菌感染的成人头部脓癣,取得较好治疗效果,现报告如下。

病例简介 患者,女性,61 岁,农民。因“头皮散在红斑、丘疹、渗液、瘙痒 1 年,加重 10 天”于 2019 年 5 月 3 日来本院皮肤科就诊。自述 1 年前无明显诱因头皮出现红斑、丘疹,明显瘙痒,偶有胀痛,伴有脓疱、糜烂、渗液、结痂等,因无发热、胸闷、腹痛、腹泻等不适,故未予重视,自行在药店购买艾洛松乳膏(拜耳医药有限公司,规格、批号不详)外用。后皮疹加重,于 2019 年 3 月 29 日到当地医院就诊,予“甲强龙针(规格、生产批号具体不详) 60 mg 静脉滴注,每日 1 次;头孢噻肟针(华北制药河北华民药业,规格、批号不详)2 g 静脉滴注,每日 2 次”治疗 10 天,用药后皮疹明显好转。10 天前无明显诱因下头皮红斑、丘疹增多,渗液加重。患者既往体健,无足癣、甲癣、体癣病史。皮肤科检查:头皮大小不等片状红斑和丘疹,部分皮疹融合成大片,伴脱屑、结痂、抓痕,局部可见脓疱、糜烂、渗液,无溃疡、结节,无血疱。面部无红斑、油腻,手足无红斑脱屑,指、趾甲无变形(图 1)。实验室及辅助检查:血常规:红细胞 $3.79 \times 10^{12}/L$,单核细胞百分比 10.7%,单核细胞绝对值 $0.64 \times 10^9/L$,血小板压积 0.29%,C 反应蛋白 7.0 mg/L。糖类抗原(carbohydrate antigen, CA) 199+甲状腺功能八项:CA199 55.98 U/mL,游 T3 11.07 pmol/L, T3 4.67 nmol/L。肝、肾功能,抗核抗体+抗中性粒细胞胞浆抗体+抗心磷脂抗体、类天疱疮单克隆抗体+天疱疮单克隆抗体,尿、便常规均正常。脓疱细菌培养:阴性。真菌检查:在头部具有散在红斑、丘疹、脓疱区域,取鳞屑及病发,滴加 20% 氢氧化钾液行真菌镜检,可见排列成串或成堆的真菌孢子,在病发内可见大量的孢子。真菌培养:刮取皮损处头皮屑及拔病发数根置培养基中,

25 ℃,培养 10 天,可见菌落生长缓慢、湿润,呈紫红色,表面褶皱不规则,高出培养基表面。镜下见分支分隔的菌丝,菌丝粗、有凸起。结合真菌直接镜检结果,培养物菌落大小、形态、色泽和镜下结构,鉴定为紫色毛癣菌。皮肤病理:毛囊上皮及周围淋巴细胞浸润,毛囊破坏消失。皮肤镜检查:可见黑点征、黄点征、断发及脓疱。西医诊断为脓癣[参照中国头癣诊断和治疗指南(2018 修订版)^[2]];中医诊断为肥疮(风湿毒聚证,参照《中医外科学》^[3])。



图 1 治疗前头皮病变

治疗经过 给予特比萘芬片(每片 125 mg,齐鲁制药有限公司,生产批号:8M0011DJ2) 250 mg 口服,每日 1 次,治疗 2 个月。外用湿敷 3 号方(本院协定方,组成:金银花 10 g 菊花 10 g 马齿苋 30 g)水煎 250 mL 湿敷,每日 2 次,每 1 个月复诊 1 次,治疗 2 个月。结果:皮疹消退,头发生长良好(图 2),真菌镜检及培养均为阴性,依据治疗指南^[2]给予停药。肝、肾功能检查正常,血、尿、便常规正常。停药后每月复诊 1 次,真菌镜检及培养均为阴性,随访 3 个月未复发。

讨论 脓癣是一种由 T 细胞介导的宿主细胞毒反应引起的局部化脓性炎症,而不是细菌感染^[4],其临床表现多种多样,可导致永久性脱发和疤痕^[5]。其临床表现具有多样性和不典型性,毛囊性脓疱的脓癣易被误诊为头皮毛囊炎;当皮损表面渗出、大量结痂时,易被误诊为湿疹;而表现为头皮脓肿的脓癣易与穿凿性毛囊炎、头皮疖肿、痈相混淆,常予抗生素或切开排脓。延误治疗易造成大面积的溃疡、疤痕。故充分认识其皮损的多样性及积极进行真菌检查,有助于脓癣的诊断。朱敏等^[6]研究发现:脓癣与头癣比较,其在

作者单位:浙江省杭州市第三人民医院皮肤科(杭州 310009)

通讯作者:周梦云, Tel: 0571-87823119, E-mail: zhoumengyun001@

126.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20200722. 313



图 2 治疗后结果

不同年龄组的发生率基本相似,平均年龄亦非常接近。头癣发病率女性明显多于男性,尤其是绝经后妇女,免疫力低下及长期口服免疫抑制剂患者,免疫功能正常的成人很少有头癣的发生^[7]。

脓癣多由亲动物性的皮肤癣菌所致,可引起人类皮肤强烈的炎症反应,如犬小孢子菌、须癣毛癣菌等,人可因接触动物而感染。亲人性紫色毛癣菌引起脓癣比较少见^[7]。紫色毛癣菌为亲人性的皮肤癣菌,常引起头皮黑点癣感染^[8]。紫色毛癣菌,更容易侵入发根,它可从童年就一直存在发根,患者无明显不适感,进入成年,当皮脂不能发挥作用时发病。Keisham C 等^[9]报道毛癣菌会引起脱发和瘢痕,与毛癣菌引起炎症有关。

脓癣临床上主要依靠抗真菌药物治疗,目前常用伊曲康唑、氟康唑或特比萘芬,不同的致病菌种对这些抗真菌药物的敏感性存在差异。Khosravi AR 等^[8]报道灰黄霉素、伊曲康唑、氟康唑及特比萘芬均可用于头癣的治疗,特比萘芬对由紫色毛癣菌引起的头癣的治愈率为 93%,而且疗程较短,仅为 2~4 周,效果满意,比由皮肤癣菌引起的真菌病,如灰黄霉素、伊曲康唑和氟康唑疗效要好。考虑脓癣临床症状较重,治疗应适当延长,一般真菌学检查阴性后可以停止口服抗真菌药物,停药后定期复查,连续 2~3 次真菌学检查阴性后方可^[2]。脓癣常合并细菌感染,本患者治疗过程中加用湿敷 3 号方外用,方中金银花、菊花、马齿苋均有清热解毒抗炎的功效,局部外用可以减少渗出,抗感染。湿敷法是利用其物理作用影响末梢血管、淋巴管的舒缩性,达到抑制渗出、止痒及促进浸润吸收的作

用;覆盖的湿敷药液使角质细胞膨胀,有利于药物吸收;湿敷可软化痂皮,吸附分泌物,隔绝外界刺激,起保护及清洁作用^[10]。

由于脓癣有一定传染性,应接受预防措施的教育,患者单独使用梳子、帽子、衣服和其他发饰单独放置,注意个人卫生,毯子和床上用品应单独使用,定期更换,预防传染他人^[11]。

参 考 文 献

- [1] 智慧林,夏修蛟,刘泽虎,等. 杭州某医院 2015—2017 年头癣病原菌分析[J]. 中华皮肤科杂志, 2019, 52 (3): 193-195.
- [2] 中国头癣诊疗指南工作组. 中国头癣诊断和治疗指南 (2018 修订版) [J]. 中国真菌学杂志, 2019, 14 (1): 4-6.
- [3] 陆德铭,谭新华,赵纯修等主编. 中医外科学[M]. 上海:上海科技出版社, 2005: 130-132.
- [4] Isa-Isa R, Arenas R, Isa M. Inflammatory tinea capitis: kerion, dermatophytic granuloma, and mycetoma[J]. Clin Dermatol, 2010, 28(2): 133-136.
- [5] Marlous L, Henry JC. Clinical images: Kerion[J]. Canadian Med Associat J, 2017, 189(20): E725.
- [6] 朱敏,李莉,朱均昊,等. 脓癣的发病情况和病原菌变迁:上海地区 19 年的回顾性研究[J]. 中国真菌学志, 2012, 7(5): 273-276.
- [7] Ziegler W, Lempert S, Goebeler M, et al. Tinea capitis: temporal shift in pathogens and epidemiology[J]. Deutsch Dermatol Ges, 2016, 14(8): 818-825.
- [8] Khosravi AR, Shokri H, Vahedi G. Factors in etiology and predisposition of adult tinea capitis and review of published literature [J]. Mycopathologia, 2016, 181 (5-6): 371-378.
- [9] Keisham C, Sarkar R, Khurana N, et al. Black dot tinea capitis caused by *Trichophyton rubrum* in an adult female presenting with cicatricial alopecia [J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2015, 81 (2): 224-224.
- [10] 刘红霞主编. 皮肤病中医外治技法[M]. 北京:人民军医出版社, 2012: 28-30.
- [11] John AM, Schwartz RA, Janniger CK, et al. The kerion: an angry tinea capitis [J]. Int J Dermatol, 2018, 57(1): 3-9.

(收稿: 2019-10-22 在线: 2020-08-25)

责任编辑: 段碧芳

英文责编: 张晶晶