

中国头癣诊断和治疗指南(2018 修订版)



扫一扫下载指南全文

中国头癣诊疗指南工作组

【关键词】 头癣; 诊断; 治疗; 指南

【中图分类号】 R 756.1 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-3827(2019)14-0004-03

1 定义

头癣是由皮肤癣菌感染头皮及毛发所致疾病。根据致病菌种类和宿主反应分为白癣、黑点癣、黄癣及脓癣^[1]; 根据临床表现是否存在炎症反应而分为非炎症性头癣和炎症性头癣^[2]; 根据致病菌侵犯毛发方式不同分为发外型感染和发内型感染; 根据致病菌不同分为小孢子菌头癣和毛癣菌头癣。

2 病原学及流行病学

致病菌以皮肤癣菌、小孢子菌属(*Microsporum*)和毛癣菌属(*Trichophyton*)为主。根据皮肤癣菌在自然界的生态学及寄生宿主特点, 可分为亲人性(arthropophilic)、亲动物性(zoophilic)和亲土性(geophilic)。

黄癣目前除新疆、内蒙古等地区外, 国内其他地区少见, 致病菌为许兰毛癣菌。白癣为我国头癣中最常见类型, 病原菌有犬小孢子菌和铁锈色小孢子菌等, 多侵犯儿童, 尤以学龄前儿童多见, 可在幼儿园、小学校等场所爆发流行。黑点癣在儿童和成人中均可发病, 紫色毛癣菌和断发毛癣菌是其常见致病菌。亲动物性和亲土性皮肤癣菌引起的头癣常伴有较重的炎症反应, 易引起脓癣, 近年发病有上升趋势, 多由白癣或黑点癣发展而来, 致病菌多为犬小孢子菌、须癣毛癣菌、石膏样小孢子菌等, 也有紫色毛癣菌、红色毛癣菌、断发毛癣菌等亲人性皮肤癣菌感染所致。

中国头癣的致病菌菌种随着时间推移不断发生变迁。20 世纪 80 年代前, 许兰毛癣菌和铁锈色小孢子菌是主要致病菌; 80 年代后期, 须癣毛癣菌和紫色毛癣菌为主要致病菌; 90 年代末至今, 大部分地区最常见的致病菌为犬小孢子菌和须癣毛癣菌, 这与饲养宠物密切相关。新疆地区因其独特的地理和

气候条件、民族风俗、生活方式, 头癣的主要致病菌为紫色毛癣菌、许兰毛癣菌和铁锈色小孢子菌^[3]。头癣累及儿童为主, 常与带菌动物密切接触, 或接触皮肤癣菌污染物有关。成人头皮皮脂丰富, 其中的长链脂肪酸有抑制真菌作用, 故头癣发病率明显低于儿童, 且症状较轻微, 易被忽视。绝经后女性成人头癣增多, 与雌激素水平下降后皮脂腺退化有关。成人头癣患者多数有免疫功能受损的基础疾病, 如糖尿病、贫血、长期系统应用糖皮质激素或免疫抑制剂, 一般同时患有甲癣和手足癣。成人头癣的优势致病菌以毛癣菌属中紫色毛癣菌、断发毛癣菌为主。

3 临床表现

3.1 白癣(tinea alba)

头部皮损呈灰白色鳞屑性斑片, 圆形或椭圆形, 可有卫星病灶。患区头发一般距头皮 2~4 mm 处折断, 外围白色菌鞘。一般无自觉症状, 偶有轻度瘙痒。损害一般发展至半年后不再扩大增多, 处于相对静止状态, 至青春期因皮脂腺的发育, 皮脂分泌增多, 长链脂肪酸抑制真菌生长而趋向自愈。若无继发感染, 不留瘢痕和秃发。有时候可以表现为炎性丘疹, 严重时可转变成脓癣, 常因接触患癣病的犬、猫、兔等引起。

3.2 黑点癣(black-dot ringworm)

头皮损害面积较白癣小但数目较多, 一般无炎症反应。病发出头皮即折断, 其残留端留在毛囊口, 呈黑色小点状。无自觉症状或轻微瘙痒。病程久者治愈后可留有瘢痕, 引起局灶性秃发。

3.3 黄癣(tinea favus)

主要见于儿童, 成人和青少年也可发生。初起为毛囊口的脓疱或水疱, 逐渐形成碟样硫磺色结痂(黄癣痂)。痂的基底紧黏在毛囊口周围, 中间有毛发贯穿。剥去痂皮, 其下为红色稍凹陷的糜烂面,

常伴鼠尿样臭味。病发干枯无光泽,参差不齐。一般无明显自觉症状或伴轻度痒感。病程长者,毛囊及头皮萎缩,形成大片瘢痕及永久性秃发。

3.4 脓癣(kerion)

由于机体反应强烈,引起明显的感染性肉芽肿反应,典型表现为一个至数个圆形暗红色、浸润性或隆起性炎性肿块,表面群集毛囊性小脓疱,毛囊孔呈蜂窝状,挤压可排出少量脓液。患区毛发松动易拔出。可有程度不同的疼痛和压痛,附近淋巴结常肿大。愈后常有瘢痕形成,可导致永久性秃发。脓癣的临床表现有时不典型,尤其发生在成人时,容易被误诊。

4 实验室检查

4.1 真菌镜检

75%乙醇溶液消毒患处后用镊子拔取断发或病发残根,或者用钝刀刮取头皮鳞屑。对于白癣或黄癣,可以借助滤过紫外灯或者皮肤镜确定取材病发。将断发或鳞屑置于载玻片上,滴加一滴 10%~20%氢氧化钾溶液,覆上盖玻片,放置数分钟后显微镜下观察;也可滴加一滴真菌荧光染液,覆上盖玻片,放置数分钟后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,更为清晰。显微镜下白癣多为发外镶嵌性小孢子,发根及头皮鳞屑内可见菌丝;黑点癣为发内链状大孢子,头皮鳞屑可见菌丝;黄癣为沿头发长轴排列的发内菌丝,关节孢子,黄癣痂内可见粗细不等的鹿角样菌丝及大小不等的孢子。脓癣的病发可见发内或发外孢子以及菌丝。

4.2 真菌培养和鉴定

将断发或头皮鳞屑接种于含抗生素(如氟康唑)的沙堡弱葡萄糖琼脂培养基,25~28℃培养 2~4 周。也可以在培养基中添加放线菌酮,可以抑制非皮肤癣菌生长,有利于分离到皮肤癣菌。培养出真菌根据菌落形态和镜下结构鉴定菌种。对于形态难以鉴定的菌株可用 DNA 测序法(常用片段为 ITS 区)或基质辅助激光解析电离飞行时间质谱(MALDI-TOFMS)法明确菌种。

4.3 滤过紫外灯(Wood 灯)检查

滤过紫外灯照射头皮区,黄癣病发呈暗绿色荧光;白癣病发呈亮绿色荧光;黑点癣无荧光。滤过紫外线灯可用以辅助诊断及疗效观察。

4.4 皮肤镜检查

皮肤镜可辅助诊断及疗效观察:白癣可见摩斯电码样断发或者发外菌套;黑点癣可见头皮黑点(毛发折断于毛囊口)或螺旋形发,部分表现为逗号

样或问号样;治疗后长出的新发远端(原病发残端)呈现烟灰状。

5 诊断标准

① 典型临床表现、皮肤镜表现结合滤过紫外线灯检查。

② 真菌学检查阳性,包括真菌镜检阳性和(或)真菌培养分离到皮肤癣菌,推荐在镜检同时进行真菌培养。

③ 排除头皮脂溢性皮炎、银屑病、斑秃、红斑狼疮、毛发扁平苔藓、拔毛癖、头皮化脓性穿掘性毛囊周围炎、梅毒性脱发等疾病。病原学检查有助于诊断。

6 治疗

头癣治疗目的为清除真菌、治愈患者、减少瘢痕、阻断传播。治疗以系统药物为主,辅助局部外用药物,同时需要对污染物和污染环境进行消毒除菌,防止再次感染及传播。

6.1 系统治疗

可选择抗真菌药物灰黄霉素、特比萘芬、伊曲康唑和氟康唑^[4-7],后 3 种药物对于头癣的疗效与灰黄霉素相当,但安全性更高,不良反应较少。对低龄儿童应按照药品说明书建议年龄范围用药,必要时需监护人知情同意。

灰黄霉素仍用于头癣治疗。儿童剂量 15~25 mg·kg⁻¹·d⁻¹,成人为 1 g/d,分两次口服,连续服药 6~8 周。我国灰黄霉素片剂为微粒化剂型,按照说明书用药。灰黄霉素对皮肤癣菌有抑菌活性,病情较重者选较高剂量。灰黄霉素对小孢子菌作用强于毛癣菌^[6],治疗小孢子菌所致头癣疗程 6~8 周,毛癣菌所致头癣疗程更长(12~18 周)^[4]。不良反应包括头痛、消化道症状、光敏感、中性粒细胞减少等,治疗前及治疗后 2 周做血常规和肝功能检查。

特比萘芬 2 岁以上儿童均可使用,儿童体重 < 20 kg,每日 62.5 mg;20~40 kg,每日 125 mg;体重 > 40 kg,剂量同成人,每日 250 mg,疗程 4~8 周。特比萘芬对毛癣菌所致头癣疗效好,可作为一线用药^[6];但对小孢子菌所致头癣,疗程需要适当延长至 6~8 周^[6]。特比萘芬对头癣真菌学治愈率和总治愈率均较高,儿童耐受性好,不良反应发生率低,主要为胃肠道反应和皮疹。

伊曲康唑治疗头癣,儿童剂量 3~5 mg·kg⁻¹·d⁻¹,成人每日 100~200 mg,每日 1 次或分两次服用,疗程 4~8 周。口服伊曲康唑有胶囊剂和口服液,胶囊需要餐后用全脂牛奶(脂溶性)或可乐

(酸性饮料)送服吸收更好。伊曲康唑口服液则推荐空腹服用,吸收率高于胶囊,可用于幼儿。伊曲康唑治疗头癣真菌学治愈率较高,对小孢子菌头癣和毛癣菌头癣的疗效相当。伊曲康唑儿童耐受性良好,不良反应发生率低,消化道症状最常见,其次为皮疹,成人患者用药时注意药物相互作用。

氟康唑治疗头癣,儿童剂量 $3\sim 6\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$,成人每日 $100\sim 200\text{ mg}$,每日 1 次口服,疗程 4~8 周。氟康唑治疗儿童头癣应用经验较少,但对儿童黏膜念珠菌病应用较多,总体儿童耐受性好,不良反应发生率低。氟康唑对毛癣菌和小孢子菌所致头癣疗效与灰黄霉素相当。

口服抗真菌药治疗头癣一般采用连续疗法,需每日服药,特比萘芬、伊曲康唑和氟康唑也有间歇服药的报道,但文献较少^[8]。对小孢子菌所致头癣,建议选用灰黄霉素或伊曲康唑^[7];对毛癣菌引起的头癣,建议选用特比萘芬^[6]。如果疗效不佳,治疗 4 周临床和真菌学改善都不明显时,可适当延长疗程或换用其他抗真菌药^[9]。

6.2 局部治疗

外用抗真菌药单独应用不能治愈头癣,但其作为辅助治疗可以降低带菌率及传染性。外用抗真菌洗剂或香波,每日 1 次,每次局部停留 5~10 min,应用 2 周或至疗程结束。

外用抗真菌药物也可作为辅助用药酌情应用。目前已上市的外用药以咪唑类和丙烯胺类药物最常用。咪唑类药物包括克霉唑、咪康唑、益康唑、联苯苄唑、酮康唑、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,以及咪唑类和丙烯胺类复合制剂。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)等。

6.3 脓癣治疗

脓癣临床症状较重,系统抗真菌药物需选用剂量范围中的较高剂量,疗程也需适当延长^[10]。联合系统应用糖皮质激素(剂量 $1\sim 2\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$)1~4 周可缓解临床症状。脓癣合并细菌感染时,在体外细菌药敏结果指导下联合应用敏感抗生素。脓癣切忌切开引流。

“服、擦、剃、洗、消”五字方针是我国医学真菌学者在二十世纪中期防治头癣工作中总结出的防治重点,对目前防止头癣传播仍有一定借鉴意义。

7 疗效评定标准

疗程结束后根据临床表现结合真菌镜检和

(或)真菌培养结果综合判断。一般患者每 2 周复诊 1 次,根据临床表现及真菌学检查,指导后续治疗。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认为治愈。

8 健康教育

家庭及密切接触者处理:头癣致病菌为亲动物性真菌(如犬小孢子菌等)时需要作为传染源的感染动物以及其他密切接触者进行检查治疗,防止继续传播。致病菌为亲人性真菌(如紫色毛癣菌、断发毛癣菌、红色毛癣菌等)时,家庭内部共同生活成员或密切接触者可能被感染,有时表现为头皮无症状携带,需要同时进行真菌检查并进行治疗,治疗以外用抗真菌洗剂为主,必要时可口服药物。

污染物处理:家庭内部共用梳子、理发用具、患者接触的枕巾、被褥、帽子、地毯等物品都可能被皮肤癣菌污染。建议用含氯消毒剂进行消毒。

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、吕雪莲、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:余进、朱敏。

参考文献

- [1] Hay RJ. Tinea capitis: current status[J]. Mycopathologia, 2017, 182(1-2): 87-93.
- [2] Isa-Isa R, Arenas R, Isa M. Inflammatory tinea capitis: kerion, dermatophytic granuloma, and mycetoma[J]. Clin Dermatol, 2010, 28(2): 133-136.
- [3] Zhan P, Li D, Wang C, et al. Epidemiological changes in tinea capitis over the sixty years of economic growth in China[J]. Med Mycol, 2015, 53(7): 691-698.
- [4] Chen X, Jiang X, Yang M, et al. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, (5): CD004685.
- [5] Chen X, Jiang X, Yang M, et al. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children: an abridged cochrane review[J]. J Am Acad Dermatol, 2017, 76(2): 368-374.
- [6] Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, et al. Tinea capitis in children: a systematic review of management[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2018, 32(12): 2264-2274.
- [7] John AM, Schwartz RA, Janniger CK. The kerion: an angry tinea capitis[J]. Int J Dermatol, 2018, 57(1): 3-9.
- [8] Fuller LC, Barton RC, MohdMustapa MF, et al. British association of dermatologists' guidelines for the management of tinea capitis 2014[J]. Br J Dermatol, 2014, 171(3): 454-463.
- [9] Kakourou T, Uksal U, European Society for Pediatric Dermatology. Guidelines for the management of tinea capitis in children[J]. Pediatr Dermatol, 2010, 27(3): 226-228.
- [10] 陈洁、李志刚. 伊曲康唑与特比萘芬治疗儿童头癣疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2003, 32(3): 164-166.

[收稿日期] 2019-02-12

[本文编辑] 施 慧