

# 婴幼儿花斑癣 65 例临床分析

浦洁, 杜旭峰, 黄海峰, 施和建

(无锡市人民医院、无锡市儿童医院皮肤科, 江苏 无锡 214023)

[中图分类号] R756 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)06-0747-02

花斑癣是好发于成人的常见真菌感染性皮肤病, 该病婴幼儿较少见。但近几年婴幼儿发病者逐渐增多, 且临床表现和治疗与成人不尽相同。既往关于婴幼儿花斑癣的研究较少且多为个例, 为进一步了解婴幼儿花斑癣的临床特点, 现对 2005~2006 年间发病的患儿 65 例分析如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

排除退出及失访者后, 共观察到 65 例患儿, 均来自无锡儿童医院皮肤科门诊, 男 36 例, 女 29 例; 年龄 3 个月至 3 岁, 1 岁以内 47 例, 平均 1.2 岁。病程 1 周至 2 月; 家族史中父母患有花斑癣者 7 例; 就诊时间: 3~5 月份 3 例, 6~8 月份 52 例, 9~11 月份 6 例, 12~2 月份 4 例。65 例花斑癣患者的卫生条件一般良好, 无面部湿疹和脂溢性皮炎、无免疫缺陷病和全身性疾病。

### 1.2 临床表现

皮损多发生于面部(61 例, 93.8%), 尤以额部、眉部常见(55 例, 84.6%), 颈部、上胸背部较少(4 例, 6.2%)。表现为绿豆至黄豆大小的圆形色素减退斑, 边界较清, 表面光滑或有少量细薄鳞屑。皮损较局限且数目不多, 面部为 5~22 个(平均 12 个), 散在分布, 周围无色素沉着。患儿多无明显的自觉症状。

### 1.3 真菌学检查

充分暴露皮损部位, 用 1.5 cm × 4.0 cm 的透明胶带紧贴患处, 持续 2 min。在载玻片滴一滴含 10% KOH 的派克墨水, 然后取下胶带贴到载玻片上, 在低倍镜下选好适当视野后, 换高倍镜进一步观察。镜下见棒状、弧状、S 形短菌丝以及卵圆形出芽

孢子者即为阳性。皮屑、气泡、角质细胞及杂质均不着色。

## 2 治疗

### 2.1 方法

65 例患儿均先使用 40% 硫代硫酸钠溶液(自制), 数分钟后再用联苯苄唑乳膏(商品名美克, 德国拜尔公司生产)每日 1 次涂于患处, 连用 2 周。疗程结束时做 1 次真菌镜检, 2 月后疗效评定, 随访 1 年, 观察是否复发。

### 2.2 疗效判定标准

痊愈: 临床症状及体征消失 95% 以上, 真菌学检查(-); 显效: 临床症状及体征消失 60% 以上, 真菌学检查(±, 高倍镜下菌丝、孢子 < 5 个); 好转: 临床症状消失 20%~60%, 真菌检查(+, 高倍镜下菌丝、孢子 5~10 个); 无效: 临床症状及体征消失 < 20%, 真菌学检查(++ , 高倍镜下菌丝、孢子 > 10 个)<sup>[1]</sup>。

### 2.3 治疗结果

65 例患儿的直接镜检阳性率 100%, 疗程结束时真菌学检查(±)3 例, 阳性率 4.6%, 余阴性。2 个月疗效判定, 痊愈 59 例(90.8%), 显效 6 例(9.2%), 有效率为 100%。

### 2.4 不良反应及复发情况

6 例用药后局部有轻度瘙痒及潮红, 持续数分钟后消退, 不影响治疗, 持续应用症状消失。65 例均进行为期 1 年的复诊或随访, 复发 2 例, 复发率为 3.1%。复发者皮损仍局限于原处, 查真菌(+), 再予相同治疗仍然有效。

[收稿日期] 2008-04-10; [修回日期] 2008-05-27

[作者简介] 浦洁, 女, 硕士研究生, 主治医师。主攻方向: 小儿皮肤病。

### 3 讨论

花斑癣是由嗜脂性马拉色菌引起的浅表真菌性皮肤病,好发于成人胸背部,表现为散在或融合的色素减退斑或黄褐、暗褐色斑片,表面覆有糠秕样鳞屑。该病婴幼儿少见,但近年来有关婴幼儿花斑癣发病的报道有增多趋势,可能与人们生活水平和重视程度提高、小儿长期处于温暖环境等因素有关。

婴幼儿花斑癣与成人相比有所不同,表现为皮损好发于头面部,尤其是前额、眉中、眉间,其他部位发病少<sup>[2]</sup>;皮损多为色素减退斑;数目少且面积局限,不易复发等。特殊的发病部位可能是由于婴儿受母体带来的雄激素的影响,皮脂腺排泄相对增多,而额部皮脂腺及汗腺分布远较躯干、四肢密集,功能活跃,故多在额、眉部出疹。婴幼儿花斑癣为何多表现为色素减退斑? Galadari 等<sup>[3]</sup>用组织化学染色及电镜观察到色素增加者较色素减退者的皮损有更多的菌丝及孢子,血管周围炎症更明显。又有报道提出花斑癣皮损颜色各异与菌种构成有一定关系,而与病程长短无关<sup>[4]</sup>,但目前国内外均未见分析各年龄段患者马拉色菌构成的报道。近来又有人<sup>[5]</sup>证实色氨酸参与了马拉色菌的产色反应,当有足够脂源堆积于表皮,相对大量积聚的色氨酸就可诱导马拉色菌进行产色反应,而与其种属无必然联系。因此,婴幼儿花斑癣色素减退斑究竟是否与其马拉色菌数目、种属或致病力以及表皮色氨酸含量

等有关,尚待进一步研究。此外,小儿皮脂腺功能尚不健全、皮肤 pH 值偏高等微环境并不特别适合马拉色菌的生长,使婴幼儿花斑癣少而轻,不易复发。

在治疗上,小儿一般选用刺激性较小的外用药物,如丙烯胺类和三唑类抗真菌药。本组病例经 40% 硫代硫酸钠溶液和联苯苄唑乳膏 2 周治疗,达到较高真菌学治愈率。研究认为花斑癣色素减退部位由于二羧酸的毒性作用,造成黑素细胞破坏,使患者治愈后色素减退恢复需要数月之久,故临床治愈较真菌学治愈慢<sup>[6]</sup>。

#### [参 考 文 献]

- [1] 杨磊,李海英,魏义花. 56 例儿童汗斑的临床观察[J]. 中国医师杂志, 2004, 6(3):413-414.
- [2] Bouassida S, Boudaya S, Ghorbel R, Meziou TJ, Marrekchi S, Turki H, et al. Pityriasis versicolor in children: a retrospective study of 164 cases[J]. Ann Dermatol Venereol, 1998, 125(9): 581-584.
- [3] Galadari I, el Komy M, Mousa A, Hashimoto K, Mehregan AH. Tinea versicolor: histologic and ultrastructural investigation of pigmentary changes[J]. Int J Dermatol, 1992, 31(4):253-256.
- [4] 李志瑜,冉玉平,熊琳,代亚林,郭晓莉. 从花斑癣患者的皮损区及非皮损区分离和鉴定马拉色菌[J]. 中华皮肤科杂志, 2003, 36(8):430-432.
- [5] 陶诗沁,陈炜,杨莉佳,陈伟,张海萍,吕桂霞,等. 马拉色菌与花斑癣色素改变的相关性初探[J]. 中华皮肤科杂志, 2005, 38(4):222-224.
- [6] Sunenshine PJ, Schwartz RA, Janniger CK. Tinea versicolor[J]. Int J Dermatol, 1998, 37(9):648-655.

(本文编辑:吉耕中)