

異位性皮膚炎

嘉基兒童醫學部主任暨小兒過敏氣喘科主任
王壯銘

異位性皮膚炎又稱異位性濕疹、嬰兒濕疹、過敏性濕疹，是小兒科醫生最常診斷的皮膚病之一。最早於 1892 年由 Besnier 做廣泛而精確的描述此症的特點：遺傳體質、慢性復發病程、常伴隨枯草熱、氣喘。1993 年 Wise 及 Sulzberger 引用“異位性皮膚炎”名稱進一步強調異位性濕疹、枯草熱及氣喘之間的關係（過敏三部曲）。就像氣喘一樣，異位性皮膚炎也可區分為外因型和內因型。外因型病患多為 20 歲以下的青少年及兒童，血清中含有過敏原特異性 IgE 抗體，食物或空氣中過敏原會加重病情的惡化。內因型通常年紀較大，且病情惡化與過敏原無關，25-50% 患者最後會併發氣喘，30% 會併發過敏性鼻炎。

發生率

最近的流行病學研究顯示有 10% 的人在其一生當中的某一階段會罹患異位性皮膚炎。所有嬰幼兒患者大約 3-5%，其中一歲以前發病佔 60%，五歲以前發病 90%。通常男孩子發病年齡早於女孩子。

致病機轉

異位性皮膚炎的真正原因不明，似乎與造血細胞的內因性缺陷有關。異位性皮膚炎和其他的異位體質疾病如過敏原特異性免疫球蛋白 E 所媒介的敏感反應可經由骨髓移植的捐贈者傳給接受者的事實即是明證。異位性皮膚炎有二種主要的免疫異常：IgE 過量產生和細胞性免疫力降低。此兩種異常均牽涉到 T 細胞的功能。最近的觀念認為由於 T 細胞功能異常導致其所衍生的三種干擾素 (IFN- γ) 減少，同時合併第 4 介白質 (IL-4) 產量增加，IL-4 增加使 B 淋巴球轉換 (switch) 為製造更多 IgE 的漿細胞 (plasma cell)。另外，單核球或其他抗原轉呈細胞 (APC) 的缺陷也是可能的致病因。很多細胞表面均呈現 IgE 接受體，舉例來說，病人皮膚的 Langerhans 細胞在刺激 T 細胞的能力方面與正常人比較顯有不足。單核球細胞質內的 phosphodiesterase 活性增加，使 cyclic AMP 量減少，有可能因此導致患者異常的免疫功能。

臨床症狀

所有患者最初的皮膚症狀均是紅斑、丘疹、劇癢，之後由於搔抓、揉擦的結果導致繼發性病變如破皮、脫屑、潰爛和各種式樣的色素沉著及皮膚增厚苔癬化。魚鱗癬樣皮膚(ichthyosis)在東方人尤其常見且常伴隨手掌指紋加深及毛孔角化症(inhthyosis)在東方人尤其常見且常伴隨手掌指紋加深及毛孔角化症(keratosis pilaris)。上唇或口唇周圍發炎(cheilitis)也是異位性皮膚炎患者的特點。耳廓周圍乾裂、潮溼和結痂在年幼患者很常見。

皮膚病灶的分佈隨年齡而異。

(一) 嬰兒期 (2 個月到 2 歲)

典型的症狀從 2 個月大開始，也有早自 2-3 星期大即發病的報告。病灶最常由前額、臉頰和頭皮開始，延伸到頸部、軀幹及四肢伸側。尿布包裹的皮膚由於常與尿液接觸維持潮溼且有尿布保護搔抓不到，通常不被波及。其他可能侵犯的部位包括耳朵、手和姆指。皮膚炎以潮濕、富含滲出液和結痂為主。若有膿 形成要考慮葡萄球菌的繼發性感染。嬰兒在 2 個月大時發展出運動協調的功能，因劇癢而搔抓的情況可能相當嚴重，常導致患兒煩躁不安、徹夜難眠。

(二) 兒童期 (2 歲到 12 歲)

此期病灶主要分佈在四肢屈側特別是膝後窩(popliteal fossa)及前肘窩(antecubital fossa)、手腕、足踝、頸子、眼瞼、背部、臀部及大腿。嘴唇或口腔周圍皮膚常乾裂、脫屑、形成溝紋。典型症狀為皮膚乾裂、斑丘疹以及劇癢搔抓所引起的皮膚潰爛、色素沉著及增厚的苔癬樣皮膚。

(三) 青春期及大人 (12 歲以後)

主要以乾燥而敏感的皮膚為表徵。皮膚癢和苔癬化(lichenification)是其特點。分佈範圍和較年長兒童一樣，侵犯四肢屈側、頸部、口腔周圍及上部軀幹。有些患者單獨以手部皮膚炎為唯一病灶，30%患者病灶由上肢開始

診斷

病患及家屬應該了解異位性皮膚炎不是一種藥到病除的疾病。最重要的治療是”預防”，如避免使病情惡化的因素。若預防無效，則治療的目標如下 1. 減輕癢感 2. 減少皮膚發炎 3. 去除已知的刺激物 4. 控制感染。以下就各種治療方針加以分述：

(一) 預防誘發或惡化的因素

- A. 感染：異位性皮膚炎患者一方面由於輕微的免疫缺陷，另一方面又因搔抓、破皮使感染易擴散，因此其皮膚特別易受感染。若原來的皮膚病灶出現小膿，要考慮葡萄球菌的繼發性感染。口服紅黴素 125-250 毫克，每天 3-4 次共 5-7 天療程即足以抑制急性感染，若細菌對紅黴素產生抗藥性，可改手 cephalexin 或 decloxacillin。除葡萄球菌外，另一常見的皮膚感染為單純疱疹(eczema herpeticum)，輕微的局部病灶只需擦碘酒即可，嚴重或全身性病灶則需用 acyclovir 治療，大小孩口服 200 毫克膠囊一天 4-5 次共 5 天，嬰兒或小小孩則靜脈注射 1.5 克/平方公尺體表面積/天，分 3 次給予。
- B. 洗澡：乾燥而易受刺激的皮膚是異位性皮膚炎的特點。過度的沐浴一方面會使皮膚更乾燥對病灶有害，但另一方面水份又能濕潤皮膚、減少癢感，有利於皮膚炎的控制，如何去其害而蒙其利，需拿捏得準。目前的建議如下：(1) 急性期或皮膚極乾燥時，每天用溫水泡澡二次，每次 20 分鐘。皮膚狀況佳或輕微急性發作時可改用淋浴。勿使勁的擦洗身體，除了腋下、腹股溝和指(趾)縫間易積垢處可用溫和的中性肥皂加以清洗外，其他地方的皮膚不要洗肥皂。(2) 出浴後，用毛巾輕拍身體，不要揉擦，當皮膚表面還有一點水份時，在 3 分鐘內於紅而癢的患處皮膚塗抹類固醇藥膏，一小時後再敷上潤膚劑，其他部份皮膚則直接擦潤膚劑。
- C. 情緒壓力：精神上的壓力會惡化皮膚炎的症狀。家庭裡父母裡的衝突，兄弟姐妹們的嘲弄會直接使病童的癢感加劇。學校同學的評頭論足對患兒更有一種嚴重的壓力，因此父母親和老師應扮演更積極的角色化解這方面的壓力，放學後應儘量安排一些鬆弛身心的娛樂和活動，尤其是需用到手的活動，以減少搔抓所引起的皮膚傷害
- D. 流汗和癢：熱、流汗均會誘發病人的癢感。儘量減少流汗諸如室溫不要太高、保持涼爽、衣著輕便、不穿束縛身體的緊身衣、衣服質料最好選擇棉質，不要用聚乙烯類或動物皮毛編織的成份、不洗熱水澡等。
- E. 過敏原：大約有 10% 的所有患者及 20% 的嚴重患者有食物過敏史，最主

要的食物過敏原是蛋、海鮮(蝦、蟹)、花生等堅果類、牛奶、小麥等。母親在懷孕第三期及授乳期間，嬰兒在一歲前避免食用引起過敏的食物，均有助於延遲或減輕異位性皮膚炎的發作和症狀。對牛奶過敏的嬰兒可改餵食市售的低過敏奶粉取代配方奶粉。

(二) 類固醇

局部類固醇藥膏是治療異位性皮膚炎的首選藥物。因害性類固醇的副作用致不敢使用或使用不足會帶來多方面的危險：(1) 皮膚炎持續惡化，形成頑固難纏的病灶 (2) 小孩易有情緒壓力影響社交的發展 (3) 控制不好，嚴重而慢性的皮膚炎可能導致生長遲滯 (4) 整個家庭結構、互動關係嚴重受創 (5) 控制不好的皮膚炎容易繼發葡萄球菌和單純疱疹的感染。

局部類固醇依其作用的強度分為五大類(見表四)，一般的原則是在控制皮膚炎的前題下使用最溫和、強度最弱的製劑。通常 0.1% triamcinolone 藥膏即可有效治療急性病灶，偶爾嚴重皮膚炎則需選用較強的藥膏。為避免副作用的產生如局部皮膚萎縮、毛細血管擴張及經皮過度吸收等。急性期使用較強的局部類固醇最好不要超過二星期，且不要塗抹在皮膚較薄的地方如臉頰、腋下、腹股溝及生殖器。一旦病情控制，儘早改用較溫和的製劑如 1% hydrocortisone 藥膏。

(三) 抗組織胺

對於難控制的異位性皮膚炎，為避免夜間搔抓引起病灶的惡化，口服 hydroxyzine 和 diphenhydramine 倒是有作用。

(四) 其他非類固醇的抗發炎藥物

protopic(tacrolimus)效果與類固醇相似，但無類固醇的副作用，可以用在 2 歲以上的小孩。

(五) 輔助療法

紫外線對頑固性的異位性皮膚炎具有療效，夏天時可鼓勵病人做短時間的日光浴，但要避免流汗或過度曝曬誘發癢感，最好準備一噴水瓶，以備不時之需，游泳對小孩也有助益，但要記得泳畢立刻擦潤膚劑。

(六) 其他治療

包括局部塗抹 sodium cromoglycate，皮下注射胸腺素(thymopentin, TP-5)或丙種干擾素(IFN- γ)，口服中國傳統草藥等均有文獻顯示具有控制或減輕異位性皮膚炎的療效。對於頑固難纏或病灶範圍太廣怕全身塗抹局部類固醇引起嚴重副作用的病例可斟酌選擇上述療法。

病程與預後

異位性皮膚炎是一種時好時壞的慢性病，通常冬天時會惡化，可能是因為天氣冷，使用暖氣、電毯或洗熱水澡等使室內相對溼度降低而導致皮膚癢感加重所致。有 75%病患在 10-14 歲時皮膚炎症狀會緩解，只有 25%患者症狀持續到成人。預後的決定因素有下列幾個：(1) 兒童期嚴重皮膚炎 (2) 家族史有異位性皮膚炎 (3) 合併有氣喘或過敏性鼻炎 (4) 女性 (5) 1 歲以前發病。若上述所有危險因素都具備，則病人有 80%的機會有持續性異位性皮膚炎；反之若無任一危險因素，則病人只有 <15%的機會會有持續性病狀。