

生殖器软疣的诊疗现状

张德全 刘冠磊 刘沛琦 许照权

69242部队医院 新疆吐鲁番 838000

【摘要】生殖器软疣是由传染性软疣病毒感染引起皮肤病，具有很高的传播风险，并且在全球人口中的发病率越来越高。本病主要通过皮肤间密切接触而传播，也可通过性接触、游泳池等公共设施传播，多累及儿童、性活跃人群和免疫功能低下者。本文通过对相关文献的回顾，总结了生殖器软疣的诊断和治疗现状，希望对临床预防和诊治生殖器软疣带来指导和帮助。

【关键词】生殖器软疣；软疣病毒；皮肤病；性传播

生殖器软疣是一种常见的病毒感染性皮肤病，由传染性软疣病毒（MCV）感染引起。该病毒是一种大的 DNA 病毒，属痘病毒科，目前已发现 4 种亚型，其中以 MCV-1 最常见，MCV-2 次之，各亚型之间几乎无临床差异，MCV-2 的相对频率随年龄增大和生殖器感染方面出现升高趋势，在 HIV 等免疫抑制者身上 MCV-2 也比较多见^[1]。在世界范围内，生殖器软疣的发病率在不断上升。生殖器软疣是通过人与人之间皮肤的直接接触、间接接触和自体接种进行传播，也可通过性接触、游泳池等公共设施传播。通过日常身体接触或偶尔污染物感染传播最多见，儿童为主要易感人群，病变通常影响面部和颈部、躯干或四肢；作为一种性传播疾病，通常影响青壮年，虽然报道的很少，但发病率呈递增趋势，病变通常影响生殖器、耻骨区、下腹、大腿上部以及臀部；最严重的生殖器软疣多出现于免疫抑制个体，尤其是晚期 HIV 患者，病变可影响身体的任何部位，以面颈部及摩擦部位多见。自体接种发生在身体某部位皮肤感染后，可接种在任何部位。

1 诊断

1.1 临床表现 生殖器软疣通常具有特征性，通常为珠白色或粉红色、表面光滑、质地坚硬的圆顶形丘疹伴中央隆起，直径通常约 2-5mm，也有被报道的巨大生殖器软疣发生在免疫抑制的情况下^[2]，也有少数表现为囊性、蜂窝织炎或脓肿样病变^[3]，部分呈簇状、黑头粉刺样、条索斑片样，还有部分呈皮肤假性淋巴瘤、毛囊炎或疣状表现。疣体内可挤出包含强传染性病毒颗粒的干酪样物质。生殖器软疣通常无不适症状，偶尔的瘙痒等不适或与继发的细菌感染有关。免疫功能正常的生殖器软疣病灶较少呈簇状，可在 6-18 个月自行消退，无任何后遗症，但由于其传染性和自身接种的特性，还是应该进行积极治疗的；免疫抑制状态下的生殖器软疣感染明显加重且广泛蔓延，病灶较多呈斑片状融合，不能随时间自行消退，这些免疫抑制状态包括恶性肿瘤、先天性免疫缺陷疾病、免疫抑制治疗和 HIV 等。

1.2 诊断 生殖器软疣在临床上主要依靠皮疹的特征性表现作出诊断。皮疹不典型时，很难依靠临床表现作出诊断，这个时候需要依靠辅助检查手段来确诊，常用的有皮肤镜检查^[4]和组织活检。生殖器软疣在皮肤镜下主要呈现黄白色无定形结构和皇冠状、点状血管结构，具有较强的特异性，能够与其他皮疹进行鉴别；组织活检通常用于非典型软疣，能够通过其特定的病理学特征来进行诊断。一些新的技术也不断被用于

辅助诊断，比如共聚焦显微镜、数码摄影成像、光学相干层析成像、高频超声和人工智能等等^[4]。

1.3 鉴别诊断 生殖器软疣可能被误诊为一些其他的皮肤疾病，特别是孤立性病损包括基底细胞癌、囊肿和脓肿、角化棘皮瘤和皮角。生殖器软疣也可能与异位皮脂腺和外阴淋巴瘤相混淆。患者自身可能将生殖器病变与生殖器疣混淆。广泛分布的软疣最需要鉴别的是皮肤播散性的真菌感染。

2 治疗

2.1 医患沟通 患者就诊时，首先要告诉患者这是一种良性的病毒感染性皮肤病，一般会在 6-18 个月自愈，通常不需要治疗。生殖器软疣会通过性交传染，避孕套虽然可以降低传染风险，但不能完全杜绝，因此建议患者在治疗和彻底清除病变之前避免性生活；软疣还有自体接种的风险，建议患者不要对其生殖器区域进行剃毛等操作，以防止病变进一步扩散；还应建议患者不要挤压软疣，防止疣体破烂导致其内的病毒颗粒沾染到其他部位。有活动性病灶时不应共享浴巾、床单、衣物等，以减少相互传播的风险。

2.2 治疗 患者因为各种原因寻求治疗，包括美容原因、羞耻心、症状（瘙痒或继发感染）、大面积的皮损和病变持续性以及对传播和自体接种的担忧。有些治疗方案可能会缩短病程，但这需要平衡对抗可能出现的副作用。软疣感染本身具有自愈性，通常不会留下长期的后遗症，因此，尤其是对于比较娇嫩的生殖器皮肤，需要选择比较温和的、副作用极小的治疗方案。治疗方案的选择受多种因素的影响，包括病变部位和数目、比较疗效、副作用、费用、易用性以及患者的意见等等。

2.2.1 常用治疗 对于免疫能力差的患者不建议采取任何治疗措施（尽管这一建议是以非生殖器部位软疣治疗的 Cochrane 综述为指导的）^[5]。如果病变与皮炎有关，建议考虑使用润肤剂和温和的外用类固醇来缓解炎症，减少搔抓导致进一步自体接种的风险。对于有强烈的个人意愿或临床医生倾向于积极治疗的生殖器软疣患者，建议采用液氮冷冻疗法或局部应用鬼臼毒素。液氮冷冻疗法已成功用于治疗软疣^[6]，（尽管还没有治疗关于生殖器疾病的报道），常见副作用包括疼痛、炎症和治疗区轻度水肿。0.5%的鬼臼毒素常被用于治疗生殖器软疣，也可用于治疗生殖器软疣，它的优点在于患者可以自己使用（每日 2 次，每周连用 3 天，最长可持续 4 周）。虽然找到的关于其疗效的证据比较有限，一个随

机对照试验显示大多数生殖器软疣患者的治疗有效^[7]。

2.2.2 替代方案 当病变数目不大时,可采用烧灼法^[5, 8]。如果操作者比较专业,只对病变隆起的穹顶进行烧灼,出现疤痕副作用的几率很小;烧灼法最大的副作用是疼痛,尽管可以使用局麻药可以稍微减轻不适。但需要特殊设备,不适合生殖器软疣的常规治疗。刮除术是治疗非面部、非生殖器皮肤软疣的常规和公认的治疗方法,但非常痛苦,极可能造成疤痕,其疗效也相对较低,而且并不适用于病变数量较多的情况。因此不推荐用于治疗生殖器软疣。脉冲染料激光技术已经在 HIV 阳性和阴性的非先天性软疣患者中进行了一些成功的尝试,尽管没有随机对照试验,但报告的副作用很少,仅有轻度不适感及暂时性的色素改变^[9]。但这种治疗费用昂贵,需要特殊设备,不适合生殖器软疣的常规治疗。5%的咪喹莫特乳膏在 HIV 阳性和阴性患者中都显示了一定的疗效,在使用咪喹莫特治疗生殖器软疣方面也有一些经验^[10]。然而,最近的一项关于生殖器软疣治疗的 Cochrane 综述^[5],考虑到之前未发表的数据,由三家大型生产商赞助的试验,采用超过 800 名患者的样本来探讨咪喹莫特治疗生殖器软疣的有效性,试验未能证明咪喹莫特比安慰剂治疗生殖器软疣具有任何优越性,反而注意到局部用药部位发生不良反应的概率增加。因此,不建议咪喹莫特作为生殖器软疣的治疗选择。还有许多不断被尝试用于治疗全身各部位软疣的化学制剂,如水杨酸、乳酸、乙二醇酸、三氯乙酸、碳酸、过氧化苯甲酰、碘、苯酚、亚硝酸钠、氢氧化钾、硝酸银、维 A 酸、斑蝥素、茶树油和柠檬萘油等,对于这些治疗方法几乎没有可靠的试验数据,在这里只了解。此外,部分制剂有强烈的刺激性,不能应用于娇嫩的生殖器皮肤,因此不建议用于生殖器软疣的治疗。口服西咪替丁也曾被尝试用于生殖器软疣的抗病毒治疗,并取得成功^[11],但由于缺乏可靠的试验证据,不推荐使用。

2.2.3 特殊患者的治疗 处于妊娠期或母乳喂养期间的患者,采用液氮冷冻和烧灼法是安全的,但孕妇应禁用鬼臼毒素^[12]。HIV 患者感染生殖器软疣,建议不采取任何治疗措施。如果确实需要积极治疗,液氮冷冻疗法和鬼臼毒素仍然是首选的治疗方案。外用西多福韦在 HIV 合并非先天性顽固性软疣感染方面显示了一定疗效^[13],但容易导致严重的局部炎症,因此不建议在生殖器皮肤上使用。还有少量病例报道关于静脉使用西多福韦治疗广泛性、严重性和难治性 HIV 合并非先天性软疣感染,可是并没有关于生殖器软疣治疗的相关试验数据。在少数免疫抑制患者中,已尝试在病灶内和全身皮下应用干扰素作为免疫增强剂来治疗软疣^[14],尚无证据支持干扰素用于生殖器软疣的治疗。对于免疫抑制(比如 HIV 感染)并有广泛生殖器软疣患者,采用积极的抗反转录病毒治疗是当前最有效的治疗方案^[15],应提醒患者在免疫重建过程中偶尔会出现复发。

3 总结

生殖器软疣是一种常见的皮肤传染病,也是一种性传播疾病。在诊断和缺点治疗方案的时候,都要与患者有充分的沟通。诊断主要通过皮疹的特征性表现结合皮肤镜及组织活检来确诊。对于生殖器软疣有效和耐受良好的治疗方案,大多数缺乏可靠的试验数据。对于大多数免疫功能低下患者不建议采取治疗措施;如果有强烈的个人意愿或临床医生倾向于积极治疗,液氮冷冻疗法和鬼臼毒素是首选的治疗方案。也可以考

虑烧灼法,对设备和操作人员的要求较高。随着研究的发展,新的治疗方案在不断完善,相信在不久的将来,我们能够更好的治疗生殖器软疣,提高人们的生活质量。

参考文献:

- [1]张学军. 皮肤性病学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 69-70.
- [2]Sławińska M, Hlebowicz M, Iżycka-Świeszewska E, et al. Dermoscopic Features of Giant Molluscum Contagiosum in a Patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome [J]. Acta Dermatovenerol Croat, 2020, 28 (7): 233-235.
- [3]聂晶, 沈雪, 李艳, 刘艳, 路永红. 传染性软疣并发表皮囊肿的皮肤镜检查[J]. 临床皮肤科杂志, 2022, 51 (03): 132+131.
- [4]Jartarkar SR, Patil A, Wollina U, et al. New diagnostic and imaging technologies in dermatology [J]. J Cosmet Dermatol, 2021, 20 (12): 3782-3787.
- [5]Van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, et al. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 5: CD004767.
- [6]苏青. 血管钳夹除结合液氮冷冻法治疗传染性软疣的护理配合探讨[J]. 名医, 2019 (02): 171-172.
- [7]Syed TA, Lundin S, Ahmad M. Topical 0.3% and 0.5% podophyllotoxin cream for self-treatment of molluscum contagiosum in males. A placebo-controlled, double-blind study [J]. Dermatology, 1994; 189 (1): 65-8.
- [8]蒋明春, 张玉宁, 喻建. 刮匙刮除加碘酞烧灼治疗传染性软疣 140 例[J]. 人民军医, 2008 (03): 138.
- [9]钱齐宏. 脉冲染料激光在皮肤科的临床应用及进展[J]. 中国激光医学杂志, 2018, 27 (02): 92.
- [10]王琨. 咪喹莫特的临床应用新进展[J]. 临床皮肤科杂志, 2016, 45 (01): 72-75.
- [11]刘博, 柏冰雪. 西咪替丁治疗病毒性皮肤病的机制及临床应用[J]. 医学综述, 2018, 24 (07): 1369-1373.
- [12]孟振, 姚婷婷, 赵巍, 李红梅, 汤亚杰. 鬼臼毒素及其衍生物生物合成研究进展[J]. 生物工程学报, 2021, 37 (06): 2026-2038.
- [13]Alsaleemi A, O'Connor C, Irvine AD, et al. Topical cidofovir for the treatment of recalcitrant viral warts and molluscum contagiosum in Jacobsen syndrome [J]. Pediatr Dermatol, 2020, 37 (6): 1191-1192.
- [14]Melchers RC, Willemze R, Jansen PM, et al. Generalized Molluscum Contagiosum Successfully Treated with Interferon-Alpha in a Patient with Folliculotropic Mycosis Fungoides [J]. Case Rep Dermatol, 2019, 11 (1): 52-56.
- [15]孙晓, 张彤, 韩晓旭. 抗反转录病毒治疗下 HIV-1 感染者病毒持续低水平复制的研究进展[J]. 中国艾滋病性病, 2022, 28 (03): 360-363.