



## 認識白斑

鄭琪霖<sup>1</sup> 林健良<sup>2</sup> 陳亮仁<sup>2</sup>



### 前言

白斑(vitiligo)是常見的皮膚疾病，不僅會影響到病患的觀瞻，也會造成病患心理上的壓力，進而影響病患人際互動及社會功能；白斑背後也有可能隱藏自體免疫相關疾病。本篇文章之目的在提供有關白斑的相關知識，以正確診斷白斑，並安排病患接受後續的檢查及治療。

### 流行病學

白斑是一種常見的色素疾病，其在全世界人口的盛行率約占0.5%至2%<sup>(1)</sup>。白斑的盛行率在男性及女性是一樣的，而其發生率也不會因為種族的的不同而有差異<sup>(2)</sup>。白斑在任何年紀都可能發生，而最常好發在二十幾歲至三十幾歲<sup>(3,4)</sup>。

### 病因及機轉

白斑的病因目前仍未知。病患常將白斑的形成歸咎於某些因子，如：晒傷、

情緒壓力或懷孕，但是並沒有資料支持上述因子在白斑的形成中扮演致病的角色。白斑患者及其一等親中，伴隨自體免疫疾病出現的頻率顯著上升，暗示自體免疫可能是造成白斑的病因<sup>(4,5)</sup>。

除了自體免疫，有許多的病理機轉針對白斑患者其黑色素細胞被破壞的原因提出解釋，包括：基因遺傳性、神經性假說(神經末梢分泌的神經化學介質可能會傷害黑色素細胞)、黑色素自我破壞假說(黑色素合成的過程中，會產生一種複合物破壞黑色素細胞)、氧化壓力假說(細胞內的氧化還原狀態不平衡)及病毒感染<sup>(4)</sup>。另外，「聚集理論」(convergence theory)指出，白斑患者皮膚的黑色素細胞被破壞是多種病理機轉共同影響下所致，並非單一病理機轉可以解釋<sup>(4,6)</sup>。

### 臨床表現

白斑的典型表現包含：無症狀且色素缺失的斑疹(macules)和斑(patches)，顏色像牛奶或粉筆般的白色，同時沒有發炎的臨床徵象(圖一<sup>(4)</sup>)。白斑可以在任何年紀以及身體任何一處出現，較好發的部位包含：臉、口周圍、生殖器及手。白斑的大小差異很大，從幾公釐至數公分都

1 屏東基督教醫院家庭醫學科住院醫師

2 屏東基督教醫院家庭醫學科主治醫師

關鍵詞：vitiligo

通訊作者：鄭琪霖



圖一 廣泛性白斑(generalized vitiligo)的病患腿上有許多白色斑疹



資料來源：參考資料4

有可能。白斑和周圍正常的皮膚之間通常有界線清楚且凸起的邊緣分隔<sup>(4)</sup>。白斑可能呈現不只一種顏色，如：三色病灶(trichrome lesions)，從病灶由內而外依序為白色、淡棕色、正常膚色，這種型態的白斑在膚色較黑的病患較容易看到<sup>(4)</sup>。白斑病灶內的毛髮通常也會有色素缺失的現象(圖二<sup>(4)</sup>)。

重複的機械性刺激(摩擦)和其他類型的物理性創傷，如：搔抓(scratching)、慢性壓力等等，會誘發皮膚產生新的白斑，此稱為Koebner現象(Koebner phenomenon)，又叫同形反應(isomorphic response)，指的是皮膚受到創傷的地方產生病灶<sup>(4)</sup>。據統計，約有21%至62%的

白斑病患有Koebner現象<sup>(7)</sup>。

白斑可以依據臨床狀況分成以下幾類：非分節型(nonsegmental)、分節型(segmental)、混合型(mixed)及未分類型(unclassified group)(表一<sup>(4,8)</sup>)。其中以非分節型白斑最常見，病灶通常呈身體兩側對稱分布，且病灶通常會隨著時間而變大。非分節型白斑可依據病灶主要分布位置再細分成廣泛型(generalized)、臉和肢端型(acrofacial)、黏膜型(mucosal)及全身型(universal)。分節型白斑典型病灶為沿著皮節(dermatomal)或類似皮節(quasi-dermatomal)分布，最常見的是沿著三叉神經(trigeminal nerve)分布(圖四<sup>(4)</sup>)。若病灶同時兼具非分節型及分節型的特徵，則稱為混合型；若病灶無法歸類為非分節型或分節型，則稱為未分類型<sup>(4,8)</sup>。

圖二 病患腿上的白斑有色素缺失的毛髮



資料來源：參考資料4



表一 白斑常見的臨床分類

主分類	次分類	主要分布區域
非分節型白斑	廣泛型白斑	脫色斑或斑疹常呈雙側且對稱分布於身體各處，好發在容易受到壓力及刺激的區域，如：臉、身體及四肢。
	臉和肢端型白斑或肢端型(acral)白斑	脫色斑疹侷限於肢體末梢和/或是臉部(圖三)。之後病灶可能會擴散至身體各處，變成廣泛型白斑。
	黏膜型白斑	影響到嘴巴和/或生殖器黏膜。可能會合併廣泛型白斑一起出現，或是單獨表現。
	全身型白斑	通常是由廣泛型白斑進展而成。病灶會呈現色素完全缺失或接近完全缺失。部分皮膚或毛髮可能不會被影響。
分節型白斑		病灶沿著皮節或類似皮節(quasi-dermatomal)分布，最常見的是沿著三叉神經分布。
混合型白斑		病灶同時兼具非分節型及分節型的特徵。
未分類型白斑		病灶無法歸類為非分節型或分節型。

資料來源：參考資料4、8

## 診斷

我們可以透過病史詢問、理學檢查及病理切片等方法來判別病灶是否就是白斑，如下所述：

### 1. 病史詢問：

- (1) 病灶出現及持續的時間：若病灶是在出生或一歲時就出現，要懷疑色素缺失性母斑(nevus depigmentosus)的可能<sup>(2,4)</sup>。
- (2) 病灶分布的位置：若病灶發生在太陽曝曬的地方，要懷疑白色糠疹(pityriasis alba)的可能；若病灶發生在軀幹上側及胸部，則要懷疑有變色糠疹(tinea versicolor)(又稱汗斑)的可能<sup>(4)</sup>。
- (3) 病灶處是否有合併癢、痛等不適？白斑較少合併癢、痛等不適。
- (4) 職業：有些病人因為工作的關

係，會接觸到含酚醛鄰苯二酚衍生物(phenolic-catecholic derivatives)的化學藥劑，形成化學性白斑病(chemical leukoderma)。病灶一開始出現在接觸化學藥劑的地方，之後可能會擴散到身體其他地方<sup>(4)</sup>。故病患的工作史也很重要，應詢問病患在工作時是否可能接觸到刺激性或是過敏性的物質？

- (5) 是否有其他身體不適？白斑患者中有比較高的比例合併自體免疫性甲狀腺疾病，故應詢問病患是否有其他身體不適，如：心悸、體重減輕、手抖？是否有家族病史，像是自體免疫性疾病？事實上，由許多專家共識匯集而成的歐洲白斑專案小組(Vitiligo European Task Force)建議對所有白斑患者抽血評估甲狀腺功能，包含促甲狀腺素(thyroid-



圖三 (A)臉部治療之前的非分節型白斑 (B) 病灶在接受三個月的局部tacrolimus治療後色素完全恢復(complete repigmentation)的情形



資料來源：參考資料4

stimulating hormone)、抗甲狀腺過氧化酶抗體(antithyropoxidase)及抗甲狀腺球蛋白抗體(antithyroglobulin antibodies)，同時也建議，若透過病史詢問(包含家族史)或理學檢查發現病患疑似有其他自體免疫疾病，可同時檢測相關的自體免疫抗體<sup>(4,9)</sup>。

在和病患建立良好醫病關係後，也可試著了解病患的家庭及生活背景，包括：家人是否也有類似病灶？生活作息如何？是否很常熬夜？是否有一些心理上的壓力？

## 2.理學檢查：

- (1) 觀察病灶分佈的區域、大小、顏色(若病患的膚色較為蒼白，有時白斑分布會較不明顯，須特別注意)。
- (2) 病灶和周圍正常的皮膚邊界是否清楚？一般來說，白斑和周圍正常皮膚之間通常界線相當清楚。

- (3) 是否有脫屑的狀況？一般來說，白斑較少合併脫屑；若病灶處有合併脫屑，要懷疑白色糠疹或變色糠疹的可能。

另外，也可藉由伍氏燈(Wood's light)及皮膚鏡(dermoscopy)來觀察病灶，如下所述：

- (1) 伍氏燈：是一種手持的紫外線放射儀器，可以放射紫外線A光(波長約365nm)。當肉眼無法辨別皮膚色素缺失的病灶，特別是皮膚的顏色本來就比較蒼白時，可以試著用伍氏燈幫忙<sup>(2)</sup>。在伍氏燈照射下，這些色素缺失的區域會發出藍白色的螢光，且和周圍沒有色素缺失的皮膚之間會有明顯的分隔<sup>(4,10)</sup>。
- (2) 皮膚鏡：在皮膚鏡下，典型白斑病灶會呈現毛囊周圍有剩餘的色素沉澱及微血管擴張，這在其他皮膚色素缺失的疾病是看不到的<sup>(4,11,12)</sup>。



圖四 一個小孩臉上的分節型白斑，只影響到單側臉部



資料來源：參考資料4

3. 病理切片：若病史詢問及理學檢查完成後對於白斑的診斷仍有疑慮，可以考慮讓病患接受病理切片檢查。實施病理切片時，可取病灶及一小部分相連的非病灶一起檢查，細心比較兩者間臨床病理的相關性，可幫助我們了解病灶色素減少或缺失的真正病

因。組織學上，在白斑病灶的表皮層完全無法看到黑色素，同時也看不到黑色素細胞，偶爾可以看到病灶邊緣有淋巴球聚集(圖五)<sup>(4)</sup>。

### 鑑別診斷

許多皮膚疾病和白斑表現相似，如表二<sup>(2,4,10,13)</sup>所述，一般來說，白斑並不會有脫屑或是皮膚紋理的改變。只有很少數的病人會發展成為發炎性白斑(inflammatory vitiligo)，特徵為病灶周圍有凸起的紅斑(raised erythematous borders)<sup>(4)</sup>。若對診斷有疑慮，可考慮施行病理切片協助診斷。

### 治療

白斑的治療主要是根據病灶擴展的

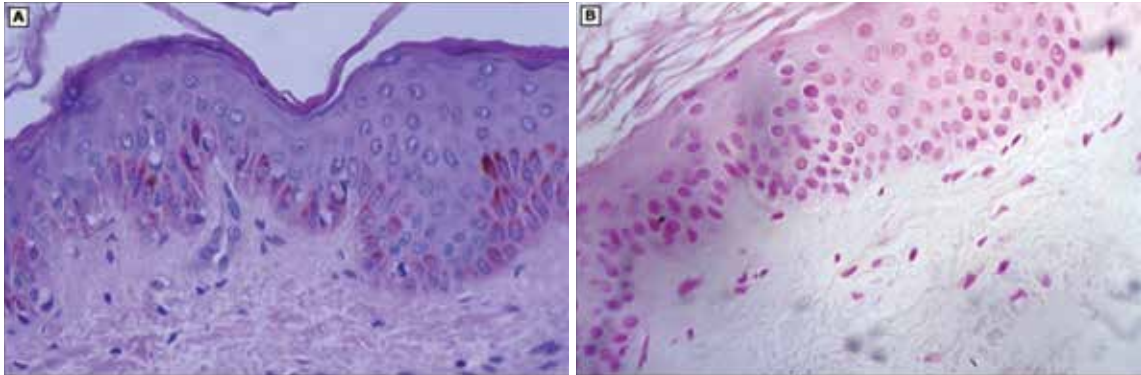
表二 白斑常見的鑑別診斷

病名	臨床表現
色素缺失性母斑	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呈現色素缺失或減少的區域，通常在出生或一歲時就出現。病灶隨著時間少有改變，有時會隨著病患年紀增長而變大。</li> <li>2. 伍氏燈照射下，病灶和正常皮膚之間的區隔和白斑相比，比較沒有那麼明顯。</li> </ol>
白色糠疹	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 好發在小孩。</li> <li>2. 特徵是色素減少、輕微脫屑的斑，常見於太陽曝曬的地方。</li> <li>3. 病灶無論有否使用低效價類固醇(low-potency corticosteroids)，通常都會自行消失。</li> </ol>
變色糠疹	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 是一種腐生性、脂肪依賴性的酵母菌種：Malassezia(Pityrosporum)所引起的表淺性感感染，造成色素缺少。</li> <li>2. 呈現蒼白的斑疹，好發在軀幹上側及胸部，合併細緻、乾燥的表皮脫屑。</li> <li>3. 伍氏燈照射下，病灶會呈現金黃色的螢光。</li> </ol>
化學性白斑病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一開始是出現在接觸化學藥劑的地方，之後可能會擴散到身體其他地方。</li> <li>2. 和職業危害有關，可能引起的化學試劑以含酚醛鄰苯二酚的衍生物為主。</li> </ol>

資料來源：參考資料2、4、10、13



圖五 白斑在蘇木素-伊紅染色法下(Hematoxylin and eosin stain)的組織病理學特徵：  
(A) 皮膚非病灶處 (B) 皮膚病灶處，其中並沒有看到黑色素及黑色素細胞。



資料來源：參考資料4

表三 白斑的治療

白斑的形態及影響範圍		治療方法
數週至數月快速進展的白斑		1. 第一線治療為口服類固醇：口服prednisolone： <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)小孩劑量：5-10mg/day</li> <li>(2)成人劑量：10-20mg/day</li> </ul> 最多使用兩週。若狀況需要，可以在四至六週內重複。           2. 窄頻紫外線B光照射治療(narrowband ultraviolet B phototherapy)，以下簡稱NB-UVB光療(為311nm為主之紫外光)： <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)若病患疾病處於活化狀態，影響身體多處區域，建議全身性類固醇療法(systemic corticosteroids)及NB-UVB光療一起使用。</li> <li>(2)若全身性類固醇療法為其禁忌症，也可單用NB-UVB 光療(大人小孩皆可)，頻率為每週二至三次。</li> </ul>
穩定型白斑 (過去三至六個月內舊有的白斑並沒有擴大，且沒有新白斑出現)	小於10%體表面積(total body surface area, TBSA)	1. 侷限型病灶，如侷限於臉、脖子、軀幹及四肢： <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)高效價局部類固醇，一天擦拭一次；或中效價局部類固醇，一天擦拭兩次。注意局部類固醇可能的副作用，如：皮膚萎縮、微血管擴張、痤瘡形成等等。</li> <li>(2)局部鈣調磷酸酶抑制劑(calcineurin inhibitors)，如：tacrolimus和pimecrolimus，可用在病灶侷限於臉部，或皮膚萎縮風險較高的區域，一天擦拭兩次。</li> </ul> 2. 分散型病灶(病灶分散身體各處)：第一線治療為NB-UVB 光療，每週二至三次。
	介於10%至40%體表面積(TBSA)	局部類固醇、局部鈣調磷酸酶抑制劑或目標光療(targeted phototherapy，為308nm之Excimer雷射或Excimer燈)為第一線治療。
	超過40%體表面積(TBSA)	NB-UVB光療，每週二至三次，持續9至12個月或總治療次數達200次。局部類固醇或局部鈣調磷酸酶抑制劑可搭配NB-UVB光療交替使用。
超過40%體表面積(TBSA)		NB-UVB光療，治療方式與影響範圍介於10%至40%體表面積時類似。

資料來源：參考資料14



速度及影響的範圍來安排合適的治療方法(表三<sup>[14]</sup>)。若無法確定診斷、治療效果不佳、需要使用光照治療、或有合併其他自體免疫疾病時，可考慮將病患轉介給皮膚科、風濕免疫科或其他適合的專科醫師診視。另外，有些病患會因為白斑影響其觀瞻而有情緒低落的現象，進而影響其人際及社會功能。若在看診的過程中發現病患有嚴重憂鬱的情形時，也可適時將病患轉介給精神科醫師診視。

### 結語

白斑是門診常見的疾病，我們除了依據病患白斑的臨床狀況予以適當治療，也須特別注意病患是否有合併其他自體免疫疾病及是否因此而影響其心理狀態或社會功能。我們同時也須告知病患，白斑的治療須要經過一段時間，無法一蹴可幾，需要有耐心。如此，我們才能真正從生理、心理及社會的角度來照顧病人，落實家庭醫學的精神。

### 參考資料

1. Krüger C, Schallreuter KU: A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *Int J Dermatol* 2012; 51:1206-12.
2. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V: Vitiligo: a comprehensive overview Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:473-91.
3. Grimes PE, Billips M: Childhood vitiligo: Clinical spectrum and therapeutic approaches. In: Hann SK, Nordlund JJ, et al, eds. *Vitiligo*. 1st ed. Oxford: Blackwell Science, 2000 : 61-9.
4. Grimes PE : *Vitiligo: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis*. Retrieved Aug. 2, 2017, from UpToDate database on the World Wide Web: <http://www.uptodate.com/>
5. Alkhateeb A, Fain PR, Thody A et al: Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their families. *Pigment Cell Res* 2003; 16:208-14.
6. Le Poole IC, Das PK, van den Wijngaard RM et al: Review of the etiopathomechanism of vitiligo: a convergence theory. *Exp Dermatol* 1993; 2:145-53.
7. van Geel N, Speeckaert R, Taieb A et al: Koebner's phenomenon in vitiligo: European position paper. *Pigment Cell Melanoma Res* 2011; 24:564-73.
8. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T et al: Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res* 2012; 25:E1-13.
9. Taieb A, Alomar A, Böhm M et al: Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol* 2013; 168:5-19.
10. Yaghoobi R, Omidian M, Bagherani N: Vitiligo: a review of the published work. *J Dermatol* 2011; 38:419-31.
11. Thatte SS, Khopkar US: The utility of dermoscopy in the diagnosis of evolving lesions of vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014; 80:505-8.
12. Meng R, Zhao G, Cai RK et al: Application of polarized light dermoscopy in the early diagnosis of vitiligo and its differential diagnosis from other depigmented diseases. *Chinese J Dermatol* 2009; 42:810-3.
13. Gawkrodger DJ, Ormerod AD, Shaw L et al: Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol*. 2008;159:1051-76.
14. Grimes PE: *Vitiligo: Management and prognosis*. Retrieved Aug. 2, 2017, from UpToDate database on the World Wide Web: <http://www.uptodate.com/>