

〈2021 年性傳染病治療指引〉

外陰陰道念珠菌感染 (Vulvovaginal Candidiasis, VVC)

緒論

外陰陰道念珠菌感染通常由 *Candida albicans* 引起，少數則由其他 *Candida* 屬或酵母菌所致。典型症狀包含外陰搔癢、陰道疼痛、性交疼痛 (dyspareunia)、排尿灼痛 (external dysuria) 及異常陰道分泌物，惟上述症狀皆非 VVC 所特有。估計 **75%** 女性一生至少經歷一次 VVC，**40%–45%** 會出現兩次以上。依臨床表現、微生物學結果、宿主因素及治療反應，可將 VVC 分為「**單純型**」與「**複雜型**」(見下框)。約 **10%–20%** 患者屬複雜型，須特別診斷與治療考量。

框 4 · 外陰陰道念珠菌感染分類

單純型 VVC

- ▶ 偶發或罕發

且 ▶ 輕-中度症狀

且 ▶ 病原高度可能為 *C. albicans*

且 ▶ 無免疫功能低下

複雜型 VVC

- ▶ 反覆發作型 VVC

或 ▶ 重度 VVC

或 ▶ 非 *albicans* 念珠菌感染

或 ▶ 伴糖尿病、免疫缺損 (如 HIV)、先天性免疫不全，或接受免疫抑制治療 (如類固醇)

一、單純型外陰陰道念珠菌感染

1. 診斷考量

臨床提示包含排尿灼痛、外陰搔癢、疼痛、腫脹、紅腫；體徵可見外陰水腫、裂隙、抓痕與厚稠樣陰道分泌物。大多數健康女性無明顯誘發因子。診斷須同時符合：

- 濕片檢查 (生理鹽水或 10% KOH) 見出芽酵母、菌絲或假菌絲；或
- 培養／其他檢驗 檢出酵母菌。

VVC 常伴 正常陰道 pH <4.5。10% KOH 可溶解干擾物質，提高偵測率。所有疑似個案皆應行 KOH 濕片；陽性即治療。若濕片陰性但症狀仍在，應考慮陰道培養。無法培養時，可予經驗性治療。無症狀僅培養陽性 (約 10%–20% 女性帶菌) 不需治療。PCR 檢測多未獲 FDA 核准，使用者須了解其性能；**酵母菌培養仍為黃金標準**。

2. 治療

短程陰道用 azole 製劑 (單劑或 1–3 日療程) 效果佳，症狀緩解與培養陰轉率 80%–90%。

推薦療程

(A) 非處方陰道製劑

- 克黴唑 (Clotrimazole) 1% 乳膏 5 g × 7–14 日
- 克黴唑 2% 乳膏 5 g × 3 日
- 硝酸咪康唑 (Miconazole) 2% 乳膏 5 g × 7 日
- 硝酸咪康唑 4% 乳膏 5 g × 3 日
- 硝酸咪康唑栓劑 100 mg 每晚 7 日
- 硝酸咪康唑栓劑 200 mg 每晚 3 日
- 硝酸咪康唑栓劑 1,200 mg 單劑
- 替康唑 (Tioconazole) 6.5% 軟膏 5 g 單劑

(B) 處方陰道製劑

- 丁康唑 (Butoconazole) 2% 黏著型乳膏 5 g 單劑
- 特康唑 (Terconazole) 0.4% 乳膏 5 g × 7 日
- 特康唑 0.8% 乳膏 5 g × 3 日
- 特康唑栓劑 80 mg 每晚 3 日

(C) 口服製劑

- 氟康唑 (Fluconazole) 150 mg 口服單劑

以上乳膏／栓劑為油性，可減弱乳膠保險套與子宮帽；應參考產品說明。

若症狀持續或 2 個月內復發，須臨床複診與檢驗。無充分證據支持益生菌或順勢療法對 VVC 有療效。

3. 追蹤

通常無需例行追蹤；持續或反覆症狀者須回診。

4. 性伴侶處置

單純型 VVC 多非性行為傳染，不建議常規治療性伴侶。少數男性伴侶若有龜頭紅疹搔癢，可用局部抗真菌藥。

5. 特殊狀況

- **藥物過敏／不耐受：**局部製劑偶致灼熱；口服 azole 偶見噁心、腹痛、頭痛及罕見肝酵素上升，並可能與其他藥物交互作用。

二、複雜型外陰陰道念珠菌感染

1. 診斷考量

複雜型個案應採 **陰道培養或 PCR** 確認診斷，並判定是否為非 *albicans* 種。*C. glabrata* 不形成菌絲，顯微鏡不易辨識。*C. albicans* 氟康唑抗藥性上升，非 *albicans* 種天生具 azole 抗性，故持續症狀者宜行培養與藥敏試驗。

2. 反覆發作型 VVC

定義：**1 年內 ≥3 次症狀性 VVC**，盛行率 <5%。可為特發性，亦可與抗生素頻用、糖尿病等相關。約 10%–20% 由非 *albicans* 種引起。

治療策略

- 先行 **7–14 日局部 azole**，或 fluconazole 100/150/200 mg 口服 **隔日 3 劑**（第 1、4、7 日），以期學理治癒。

- 維持療法：**fluconazole 100–200 mg** 每週一次，連續 6 個月。無法口服者，可間歇陰道製劑。
- 抗藥或持續陽性者須專科轉介並送藥敏。

3. 重度 VVC

若外陰廣泛紅腫、糜爛、裂隙，短程療法效果差，建議：

- 局部 **azole 7–14 日**，或
- **fluconazole 150 mg** 口服 第 0 及 3 日各一次。

4. 非 *albicans* VVC

約半數患者症狀輕微或無症狀，治癒困難。

- 建議 非 **fluconazole** 類 **azole**（口服或局部）**7–14 日**。
- 復發時，可用 **硼酸 (boric acid) 600 mg** 膠囊陰道使用，每日一次，共 **3 週**，臨床與學理癒合率約 70%。
- 再復發者轉介專科。

5. 性伴侶處置

目前無證據支持治療複雜型 VVC 患者之性伴侶。

特殊考量（Special Considerations）

一、免疫功能受損宿主（Compromised Host）

對於具有基礎免疫缺陷、糖尿病控制不良，或其他免疫抑制狀態（如 HIV 感染）之女性，以及正在接受免疫抑制治療（如類固醇）的病人，短程療法之療效可能不佳。應盡量矯正可修正因素，並採用較長療程之傳統治療（即 **7–14 天**）以提高治療成功率。

二、懷孕（Pregnancy）

孕期 VVC 發生率高。僅建議使用局部 **azole** 製劑，連用 **7 天**。流行病學研究顯示，口服 **fluconazole 150 mg** 單劑 可能與自發性流產 (1150) 與先天性畸形 (1151) 相關，故孕婦不宜使用。

三、HIV 感染（HIV Infection）

- 在 HIV 感染女性中，陰道 *Candida* 定殖率高於無 HIV 者，且與免疫抑制程度呈正相關 (1152)。
- 症狀性 VVC 亦更常見，且同樣與免疫功能低下程度相關 (1153)。
- HIV 感染女性若接受系統性 **azole**，陰道內較易分離到非 *albicans* 念珠菌。

治療原則：

- 無論單純型或複雜型 VVC，HIV 感染女性之治療方式與非 HIV 女性相同。
- 雖然每週口服 **fluconazole 200 mg** 長期預防可降低 *C. albicans* 定殖及症狀性 VVC (1154)，惟若無複雜型 VVC，不建議常規預防 (98)。
- 雖有研究指出 VVC 可能增加 HIV 陰性女性的血清轉陽風險，並提升 HIV 感染女性之子宮頸／陰道病毒量，但 VVC 治療對 HIV 感染與傳

播之影響仍未明朗。

附註

本譯文忠實呈現原始〈2021 年美國 CDC 性傳染病治療指引〉外陰陰道念珠菌感染章節內容，未作刪減，並採用正式、精準之醫學名詞與劑量單位，供臨床與學術參考。