

手癣和足癣的诊疗指南

中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会 中华医学会皮肤性病学分会真菌学组

【关键词】 手癣;足癣;诊断;治疗

【中图分类号】 R 756.3 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-3827(2012)07-00109-02

中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会、中华医学会皮肤性病学分会真菌学组及国内相关知名专家反复讨论和修改,将手足癣诊疗指南成文如下,供国内同行参考。参加本指南制定的专家为(按姓氏汉语拼音排列):金学洙、李春阳、李若瑜、刘维达、赖维、冉玉平、温海、席丽艳、余进、郑岳臣。

1 定义

手癣(tinea manus)和足癣(tinea pedis)是发生在手掌和足跖以及指(趾)间的皮肤癣菌感染,亦可波及手、足背及腕、踝部。

2 病原菌

致病真菌为皮肤癣菌。皮肤癣菌的特点和分类请参看“体股癣诊疗指南”中的相应部分。

3 流行病学和易感因素

足癣是最常见的浅部真菌病,全球平均的患病率约 15%。致病菌以毛癣菌为主,其中最常见的是红色毛癣菌和须癣毛癣菌。足癣有一定的家族易感性,尤其是所谓的“两足一手”型手足癣。皮肤癣菌可以在人与人,动物与人,污染物与人之间传播。共用鞋袜,赤足在公共浴室、健身房、游泳池等公共设施上行走等密切接触病原菌的情况下易被感染。手足多汗者患病率较高。环境因素在发病中也起一定作用,湿热地区和高温季节是皮肤癣菌感染高发的诱因。

4 临床表现

手癣和足癣临床上可以分为水疱型、间擦糜烂型、鳞屑角化型等。但一般在临床不同阶段几种类型可以同时存在。

4.1 水疱型

原发损害以小水疱为主,成群或散在分布,疱壁厚,内容物澄清,干燥吸收后出现脱屑。常伴瘙痒,有时瘙痒严重。

4.2 指(趾)间型

以 4~5 和 3~4 指(趾)间最为常见,多见于手足多汗、经常浸水或长期穿胶鞋的人,夏季多发。皮损表现为指(趾)间糜烂、浸渍发白,除去浸渍发白的上皮可见其下红色糜烂面,可有少许渗液。患者瘙痒感较著。继发细菌感染时可导致丹毒或蜂窝织炎等疾病。

4.3 鳞屑角化型

皮损多累及掌跖,呈弥漫性皮肤粗糙、增厚、脱屑、干燥。自觉症状轻微,每到冬季,易发生皲裂、出血、疼痛。

手癣与足癣临床表现大致相同,但分型不如足癣明显。损害初起时常有散在小水疱发生,而后常以脱屑为主,病久者呈现角化增厚。损害多限于一侧,常始于掌心、第二、第三或第四指掌处,久之累及整个手掌。自觉症状多不明显。

5 实验室检查

5.1 真菌直接镜检

取损害边缘鳞屑或水疱壁用 10% 氢氧化钾作载浮液制片,显微镜下可见有分隔和分支的透明菌丝或关节孢子即为阳性。

5.2 真菌培养

诊断或治疗困难的病例需作真菌培养。培养的阳性率略高于直接镜检,且明确致病菌种有利于选择药物和预防复发。皮肤癣菌快速鉴别培养基(DTM)可在较短时间内利用培养基颜色改变来区分是否为皮肤癣菌感染,值得推广。手足癣(特别是鳞屑角化型者)的真菌学检查阳性率较低,真菌

执笔人:余进,赖维

直接镜检的阳性率约 39% ~ 66%，真菌培养的阳性率约 39% ~ 70%。真菌镜检结合真菌培养的阳性率显著高于单一的镜检或培养。

6 诊断和鉴别诊断

根据临床特点和真菌学检查结果,易于确诊。手足癣首先要与念珠菌或非皮肤癣菌的霉菌感染鉴别,因为临床上有不少看起来象手足癣等皮肤癣菌感染者实际上是念珠菌或非皮肤癣菌的霉菌感染,仅凭真菌镜检难以区分,必须通过培养才能鉴定致病真菌。研究表明,约有 16% ~ 49% 的足部真菌感染是由念珠菌引起的,另有 12% 为混合感染,还有 1% 为非皮肤癣菌的霉菌引起。一些口服的抗真菌药对念珠菌或其他真菌并不敏感,故菌种的鉴别还是比较重要的。此外,还应与侵犯相同部位的皮炎、湿疹、汗疱疹、剥脱性角质松解症和掌跖脓疱病等相鉴别。

7 治疗

7.1 足癣

治疗目标是清除病原菌,快速解除症状,防止复发。外用药、口服药或二者联合均可用于足癣治疗。在选择治疗方案时应充分考虑到足癣的严重程度、合并的其他疾病和患者的依从性。

局部治疗 根据皮损类型选择不同的剂型。水疱型应选择溶液剂;指(趾)间型先用粉剂,再用霜剂;鳞屑角化型选择霜剂、软膏剂。有效的治疗药物包括,唑类、丙烯胺类、吗啉类、吡咯酮类(如环吡酮胺)和硫脲类等,一些具有角质剥脱作用的制剂也有一定的抗真菌作用,如水杨酸等。

目前已上市的外用药多属于唑类或丙烯胺类,两者均对足癣有显著疗效。唑类(A)的代表药物有咪康唑、益康唑、克霉唑、酮康唑和联苯苄唑等,疗程一般至少 4 周。丙烯胺类(A)主要包括特比萘芬、布替萘芬和萘替芬等,疗程一般要 2 周。Meta-分析结果显示:唑类药物的真菌学治愈率为 60% ~ 91%,临床治愈率为 64% ~ 95%;丙烯胺类药物的真菌学治愈率为 62% ~ 100%,临床治愈率为 66% ~ 86%。随机对照研究显示,阿莫罗芬、环吡酮胺、利拉萘酯等药物的疗效和上述的唑类或丙烯胺类近似。单纯外用药治疗费用较低、极少发生系统副作用、起效较快,但有疗程较长、药物易被鞋袜抹去而造成病灶遗漏、患者依从性差、复发率较高等缺点,适用于初发,病灶局限

等情况的足癣患者。

系统治疗 目前常用的系统抗真菌药为伊曲康唑和特比萘芬。伊曲康唑的用法为 100 mg/d,连续 14 d;或 100 ~ 200 mg/次,2 次/d,连用 7 d;治疗角化型手足癣以 200 mg/次,2 次/d,连用 7 d 的效果最佳。特比萘芬的用法为 250 mg/d,连续 7 ~ 14 d。口服氟康唑治疗足癣也有良好的效果,但在国内临床应用经验相对较少。Cochrane 数据库 2002 年的综述提示,特比萘芬的疗效优于灰黄霉素,伊曲康唑和特比萘芬比较疗效差异无统计学意义。

单纯口服药治疗具有疗程较外用短、依从性较高、复发率低、不会造成病灶遗漏等优点,但费用较外用高,起效相对较慢。适用于顽固、泛发、外用治疗依从性差或疗效欠佳、或皮损为角化增厚型、受累面积较大,以及浸渍糜烂型,或合并有其他不利于足癣治愈的系统疾患(如免疫功能缺陷)的患者。

联合治疗 常用的方法是外用和系统药物的联合。在保证疗效的同时还可以缩短疗程,提高患者依从性。

支持治疗 ①穿透气性好的鞋,并保持鞋袜的清洁干燥,鞋子可使用短波紫外线等器械清除细菌和致病真菌,减少复发。②避免长期将手足浸泡水等液体中,脚掌出汗多时可使用抑汗剂,如 6.25% ~ 20% 的氯化铝。③不与他人共用日常生活物品,如指甲刀、鞋子、袜子等。研究结果显示,短期口服联合外用抗真菌药物对中重度足癣的效果与常规疗程的口服抗真菌药相当,而优于单独外用抗真菌药。

7.2 手癣

手癣的药物选择、治疗原则和治疗方法与足癣基本相同。

由于手足部浅部真菌感染中有相当部分为念珠菌和非皮肤癣菌的霉菌感并有部分病例是混合感染,而真菌学检查的阳性率又比较低,故对无培养结果支持的手足部真菌感染,治疗时建议选用对三大类真菌均有效的广谱抗真菌药。

8 疗效评定标准

红斑、丘疹、鳞屑、水疱、糜烂、浸渍发白完全消退,真菌镜检和培养均为阴性。

[收稿日期] 2012-03-15

[本文编辑] 顾菊林