

# 中药“湿癣洗剂”联合克霉唑软膏治疗手足癣 62 例

★ 龚五洲 冯丽蓉 (广东省第二中医院 广州 510095)

**摘要:**目的:观察中药“湿癣洗剂”联合克霉唑软膏治疗手足癣疗效。方法:将 112 例患者随机分为两组,治疗组 62 例给予“湿癣洗剂”薰洗联合克霉唑软膏外涂治疗,对照组 50 例予克霉唑软膏外涂,观察治疗效果。结果:治疗组疗效明显优于对照组,有著性差异( $P < 0.01$ );治疗组复发率低于对照组,两组比较有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:“湿癣洗剂”薰洗联合克霉唑软膏外涂治疗手足癣疗效明显优于单用克霉唑软膏外涂。

**关键词:**手足癣;湿癣洗剂;克霉唑软膏;薰洗

**中图分类号:**R 289.5 **文献标识码:**B

手足癣是皮肤科常见多发性浅部真菌病,属于中医癣病的范畴。中医认为本病的发病内因是正气不足,外因为湿、热、虫三邪的侵袭。临床上此病发病率高,病程长,复发性强,部分病人不愿或不能采用口服联合外用抗真菌药物治疗的方法。故我科研制了院内中药制剂“湿癣洗剂”联合外用抗真菌药膏来治疗手足癣,取得了很好疗效。

## 1 材料和方法

**1.1 病例选择** 112 例患者均来自自我科门诊,所有病例均经临床及真菌学镜检确诊,诊断标准参照《皮肤性病学》<sup>[1]</sup>,其中角化型 35 例,水泡糜烂型 77 例,112 例患者随机分为两组,治疗组 62 例,男 37 例,女 25 例,年龄 12~78 岁,平均 36.5 岁;病程 2 周~15 年,平均 3.6 年。对照组 50 例,男 28 例,女 22 例;年龄 10~77 岁,平均 34.2 岁;病程 2 周~18 年,平均 3.8 年。两组患者性别、年龄、病程经统计学分析,无显著性差异( $P > 0.05$ )。

**1.2 实验室真菌镜检** 取患者手足病损部皮屑或疱液用 10% 氢氧化钾溶液制成涂片直接镜检,112 例均为阳性。

**1.3 治疗方法** 治疗组:患者先用中药“湿癣洗剂”与温水以 1:4 稀释后泡洗手足患处(黄柏、苦参、百部、蛇床子、白鲜皮、地肤子等),每日 2 次,每次 30 分钟(水泡糜烂型渗液较多者冷泡),然后外涂克霉唑软膏(规格 3%,广东顺峰药业有限公司生产)。水泡糜烂型渗液较多者待先用中药泡洗 2~3 天后,皮损干燥时再外涂克霉唑软膏。对照组单纯外涂克霉唑软膏治疗,每日 2 次,其中水泡糜烂型渗液较多者先用生理盐水湿敷,干燥后再涂克霉唑软膏。治

疗 2 周后判定疗效并进行比较。12 周后随访复发情况。

**1.4 疗效判定** 疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》拟定。临床痊愈:皮损、瘙痒全部消失,镜检、培养均阴性。显效:皮损消退 70% 以上,痒减轻;镜检阴性或有少量变异的孢子、菌丝;真菌培养阴性。好转:皮疹消退 30%~69%,痒减轻,镜检有小量孢子、菌丝;真菌培养阴性。无效:皮疹消退 30% 以下,痒未减轻,镜检及真菌培养阳性或经治 1 周病情加重而改用其他药物。痊愈及显效之和计算有效率。

## 2 结果

见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	62	42(67.7%)	18(29.1%)	2(3.2%)	0	96.8
对照组	50	22(44.0%)	12(24.0%)	10(20.0%)	6(12.0%)	68.0

注:两组疗效比较,经 Ridit 分析, $u = 2.976, P < 0.01$ 。两组复发情况 3 个月后治疗组随访到 57 例,复发 6 例(10.5%);对照组随访到 48 例,复发 14 例(29.2%),两组比较, $\chi^2 = 5.872, P < 0.05$ ,差异有显著性意义。

## 3 讨论

手足癣作为一种常见的皮肤浅部真菌病,该病常迁延难愈,容易复发,瘙痒难忍,严重影响患者的生活质量及日常工作。虽然目前临床治疗手足癣的方法很多,但能真正被患者接受和依从的却不多。当前的口服抗真菌药疗效好。但其昂贵的价格和有一定的毒副作用使得部分患者望而却步,而单独外用中药或西药药膏有时又难以奏效。用中药“湿癣

# 肘后侧纵行劈开肱三头肌入路治儿童肱骨髁上骨折 39 例

★ 张四清 朱绍琼 徐金平 杨家林 谢传辉 梁水平 (江西省兴国县中医院骨科 兴国 342400)

关键词: 肱骨骨折; 儿童; 手术

中图分类号: R 274.11 文献标识码: B

我院从 2003 ~ 2007 年收治儿童肱骨髁上骨折手术治疗病人 39 例, 均采用肘后侧纵行劈开肱三头肌入路交叉克氏针治疗, 经过 1 年以上随访疗效满意。现报告如下:

## 1 一般资料

本组 39 例, 男 27 例, 女 12 例; 左侧 16 例, 右侧 23 例; 伸直型 34 例, 屈曲型 5 例; 年龄 2 ~ 12 岁; 伴桡神经损伤 1 例。

## 2 手术时机

桡神经损伤病人入院后急诊手术探查及固定; 其余病人入院后立即简单复位石膏托固定, 并将患肢悬吊在输液架上 3 ~ 7 天, 待肿胀减轻后手术。

## 3 手术入路方式

全麻后, 患儿仰卧, 不上止血带, 患肢放于胸前, 屈肘 90°, 以尺骨鹰嘴为顶点向近端做肘后侧正中纵形皮肤切口, 切开皮肤及皮下, 皮肤适当向两侧游离, 显露出尺神经, 并用橡皮条加以保护, 从尺骨鹰嘴顶点纵形切开肱三头肌直达骨膜, 电凝止血, 将肱三头肌骨膜下向两侧剥离, 暴露骨折端, 将骨折端清理后, 将骨折复位, 复位后在桡侧适当加压, 保持适当桡偏, 并应恢复前倾角, 维持复位后, 用 1.5 ~ 2.0 mm 克氏针从肱骨内外髁上经皮交叉固定骨折端至

对侧骨皮质; 若穿针要经过骨骺, 应选用 1.0 mm 的克氏针, 以防骨骺早闭<sup>[1]</sup>。屈伸肘关节检查骨折端稳定性及携带角情况, 克氏针尾端折弯剪断埋于皮下, 间断缝合肱三头肌及深筋膜, 缝合皮肤。术后石膏托固定。骨折碎裂严重术中难判定者, 可借助 C 型臂 X 线机。

## 4 结果

本组病人术口均甲级愈合, 术后 10 天拆线, 术后 3 周复查 X 片骨折端均有骨痂形成, 拆除石膏托, 指导功能锻炼, 术后 6 周复查 X 线片骨折均愈合, 拔除克氏针。伴桡神经损伤患儿术中探查为桡神经卡压, 术后第三天开始恢复, 术后 2.5 个月症状完全消失。39 例获得 1 年以上随访, 伸直型 37 例, 屈曲型 2 例, 优良率达 92.3%。本组病人疗效评定标准为: 优 (丢失携带角及屈伸功能在 0 ~ 5°) 27 例, 良 (5 ~ 10°) 9 例, 可 (10 ~ 15°) 2 例, 差 (大于 15°) 1 例。优良率 92.3%。

## 5 讨论

儿童肱骨髁上骨折因儿童肱骨髁上骨质松软, 前后径较薄, 复位后不易获得稳定支撑, 手法复位失败率高, 骨折后肘关节肿胀严重。对手法复位失败的患儿本组均采用石膏托固定并将患肢悬吊在输液

洗剂”薰洗和克霉唑软膏外涂联合来治疗手足癣, 即经济方便, 又疗效确切, 无毒副作用, 复发率低, 容易被患者接受。克霉唑软膏在临床中已使用多年, 是有效的抗真菌药物, 且价格较便宜, 方便使用。“湿癣洗剂”方中黄柏清热燥湿, 有抗炎、消肿作用; 百部杀虫止痒; 苦参清热利湿, 祛风杀虫; 白鲜皮清热解毒, 祛风化湿, 止痒; 蛇床子燥湿杀虫止痒。现代药理研究证实, 上述几种中药均对多种皮肤真菌有抑制作用。以上诸药合用, 共奏清热解毒, 祛风燥

湿, 杀虫止痒之功, 运用其水煎剂薰洗可促进皮肤新陈代谢, 增强皮肤抗菌能力, 同时提高外用抗真菌药物的渗透性, 达到杀灭皮肤深部真菌的作用, 从而也减少了其复发的几率。

## 参考文献

[1] 吴志华. 皮肤性病学 [M]. 第三版. 广州: 广东科技出版社, 1993: 92 - 94.

(收稿日期: 2008-10-24 责任编辑: 周茂福)