



徐宜厚 编著

手足皮肤
病的防治

人民卫生出版社

手足皮肤病防治

徐宜厚 编著

人民卫生出版社

内 容 提 要

手足的皮肤卫生与人体的健美密切相关。尤其在人民物质和文化水平不断提高的情况下,了解一些有关保护皮肤的常识,以及常见皮肤病的防治知识,十分重要。为此,武汉市中医医院皮肤科徐宜厚副主任医师结合他多年临床实践,撰写了这本普及读物,以满足广大读者的要求。

作者除简要介绍了手足皮肤的结构与功能外,重点叙述了主要发生在手足部位的近 200 种皮肤病的防治知识和新进展、新成果。内容通俗易懂,方法简便实用,适合广大群众阅读。

手足皮肤病防治

徐 宜 厚 编著

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里 10 号)

北京密云卫新综合印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 32开本 4印张 86千字
1989年2月第1版 1989年2月第1版第1次印刷
印数:00,001—14,350
ISBN 7-117-00917-9/R·918 定价:1.45元
【科技新书目184—174】

前 言

手和足在人类的物质和精神文明的建设中，曾经发挥过重要的作用。正如恩格斯所说：“手不仅是劳动的器官，它还是劳动的产物。”保护好手和足的皮肤完整与健康，对于每一个劳动者都是至关重要的。

手和足的损伤一般分两大类：(1) 破坏性损伤，如骨折、截指等；(2) 皮肤损伤。前者发生突然，居少数；后者渐性发生，占多数。尽管发生在手足部位的皮肤病，在大多数情况下并不严重，但确有妨碍健康与美观，影响工作、生活，因而，有必要向读者介绍手足皮肤病防治的知识。

本书除简介手足皮肤的结构与功能外，还综合性叙述了近100种手足皮肤病的防治知识。方法力求实用，内容新颖，文字通俗。初稿甫成，即蒙北京市积水潭医院皮肤科龙振华教授仔细审阅，提出了修改意见；谨致谢意。

由于个人水平有限，书中缺点、错误在所难免，敬请皮肤科同道和广大读者指正。

徐宜厚

1987年8月

目 录

一、手足皮肤结构与功能·····	1
二、常见手足皮肤病·····	5
1. 足癣和手癣·····	5
2. 孢子丝菌病·····	9
3. 足菌肿·····	11
4. 着色霉菌病·····	13
5. 癣菌疹该注意些什么? ·····	15
6. 手足的多汗与少汗·····	18
7. 汗疱疹·····	20
8. 手足脱皮的防治·····	21
9. 手部湿疹·····	22
10. 拖鞋皮炎·····	25
11. 发生在手足上的荨麻疹·····	27
12. 药疹在手足上的表现·····	28
13. 手足部位的银屑病·····	29
14. 指蹼发痒可能是疥疮的信号·····	30
15. “烂手烂脚”是什么皮肤病? ·····	31
16. 蛇头疔的防治·····	34
17. 鱼骨刺伤须防类丹毒·····	36
18. 手(足)浅表性大疱性脓皮病·····	38
19. 连续性肢端皮炎·····	39
20. 锌与肠病性肢端皮炎·····	41

21. 小儿丘疹性肢端皮炎·····	43
22. 摩擦性角皮症·····	44
23. 摩擦性水疱·····	45
24. 冻疮要早防早治·····	45
25. 浸渍性足·····	48
26. 猫抓病·····	49
27. 什么是匍行疹·····	50
28. 游泳池肉芽肿·····	51
29. 手足上的白斑有哪些? ·····	51
30. 昆虫螫伤手足后怎么办? ·····	52
31. 毒鱼刺蜇·····	57
32. 手部的职业性皮肤病·····	58
33. 红斑性肢痛症·····	65
34. 血栓闭塞性脉管炎·····	67
35. 肢端动脉痉挛是怎样发生的? ·····	70
36. 肢端青紫症·····	73
37. 红绀病·····	74
38. 鸡眼的防治·····	75
39. 胼胝非治不可吗? ·····	77
40. 逆剥、指节垫和手足皲裂·····	79
41. 掌跖角皮病·····	81
42. 进行性对称性红斑角化病·····	83
43. 朱砂掌是有福吗? ·····	84
44. 怎样治疗掌跖脓疱病? ·····	85
45. 凹陷性角质分离症的防治·····	88
46. 手部血管角化瘤·····	90
47. 警惕足部的黑色素瘤·····	90

48. 手足疣赘的防治	92
49. 进行性指掌角皮症	94
三、罕见的手足皮肤病	96
50. 皮肤炭疽病	96
51. 挤奶者结节	97
52. 疣状表皮发育不良	98
53. 疣状皮肤结核	98
54. 掌跖扁平苔藓	99
55. 高球蛋白血症性紫癜	99
56. 黑踵	100
57. 足穿通性溃疡	101
58. 手、足、口病	102
59. 足口病	103
60. 什么是环状肉芽肿?	104
61. 掌黑癣是怎么回事?	105
62. 慢性高山性紫绀与甲病	106
63. 箍指(趾)病	107
四、甲的疾病	108
64. 嵌甲和甲沟炎	108
65. 甲癣能治好吗?	109
66. 咬甲症	112
67. 甲病	112
68. 皮肤病合并甲病变	117
69. 甲下及其附近肿瘤	119
70. 其他疾病的甲病变	120
71. 黄甲综合征	121

一、手足皮肤结构与功能

(一)皮肤的解剖与生理

人体皮肤来源于胚胎的外胚层和中胚层，外胚层发育形成表皮，中胚层发育形成真皮与皮下组织。

表皮由角质层、透明层、粒层、棘层和基底层五部分所组成，没有血管，也没有神经。

真皮在表皮之下，通常由胶原纤维、弹力纤维、网状纤维及纤维束间的无定形基质所构成。真皮向上伸部分叫乳头，含有丰富的血管和神经末梢，在指端、乳头等处的真皮里，乳头数目特别多，感觉也非常灵敏。在乳头下面则是分界不清的网状部分。

皮下组织位于真皮的下部，由结缔组织纤维束与大量脂肪细胞所构成。纤维束中含有血管、淋巴、神经、汗腺、毛囊等。

此外，皮肤的附属器，如汗腺、毛发、爪甲、皮脂腺等都深埋在皮下组织中。

皮肤覆盖在人的整个体表，具有独特的功能，它既是内部器官与组织的保护者，又是内部器官、神经与周围环境的效应器官。现将皮肤的生理功能归纳如下：

(1) 保护作用：皮肤坚韧、柔软、富有弹性，能使体内各种组织和器官免受外界物理性、化学性或生物性侵袭或刺激。

(2) 调节作用：通过调节、分泌、排泄、渗透、吸收与代谢等方式，维持机体的健康状况。特别是高度发育的神经感受器与神经传导系统，将外界环境的刺激与中枢神经系统联系起来，通过神经的调节，使机体更好地适应外界的各种变化；许多内部组织和器官的变化，皮肤也能很快反映出来。

(3) 免疫作用：皮肤与变态反应和免疫密切相关，许多变态反应的观察都是从皮肤入手，如皮肤试验、接种等。

(二)手足皮肤结构与功能

为了适应各种复杂和精细的劳作，这就要求手足具有某些特异性的结构，充分发挥其生理功能，否则，是很难做到巧手的地步。归纳起来主要表现在 4 个方面。

1. **感觉灵敏** 在手足区域的皮肤内，分布有丰富的神经。特别是在手掌、足底无毛区感觉神经的末端，形成特殊的神经末梢器官。比如：

触觉小体或称麦斯纳氏小体在真皮乳头中，感受触觉。只分布在手部、足部，越接近指(趾)端数目越多，触觉越灵敏。指尖是最多的部位，大约每 4 个乳头有 1 个触觉小体。传统中医就是凭借这些触觉小体来切脉看病的。在皮下组织里有种感受压觉的环层小体或称法-帕二氏小体，最常见于手掌、足底，以指(趾)尖最多。正因为在手足区域里存在着上述特殊神经末梢器官，当人类接触物体后，在指端的腹面，不仅感觉最为灵敏，而且还有“实物感”。所以，即使闭着眼睛用手摸物体，同样能够识别该物体的形态、大小、硬度、冷热等，藉以代替部分视力的作用。经过训练的盲人能够用手摸特殊符号来识字，就是一个好的例证。

2. **坚韧耐磨** 手足掌跖的皮肤比其他部位的皮肤要厚

得多，比躯干部位的皮肤要厚10倍左右；若以上肢前臂内侧的表皮角质层来相比，前者只有0.02毫米，而掌跖区的厚度则超过0.5毫米，如果是体力劳动者还会更厚些。正因为手足掌跖的皮肤较厚，一方面坚韧耐磨，抵御外界物理、化学等因素的伤害；另一方由于手足频繁接触各种各样的物质，容易遭受到损伤，可造成多种多样手足皮肤病的发生。

3. 生命档案 在皮肤表面有许多皮嵴、皮沟和皱襞，位于手指及足趾末端屈面的皮嵴呈涡纹状，被称为指(趾)纹。鉴于每一个人的指纹是不相同的特性，因而，指纹素有“生命档案”之称。据考证，在公元前的各种史料中，就有用指纹作为识别对象的记载。应用到医学领域才是近50年的事情，特别是近20年又有很大的进展。

指纹分弓型纹(简称A)、箕型纹(简称L)、斗型纹(简称W)三种基本模型。在人群中，上述三种基本指纹的分布，是有一定规律的，最多的指纹是正箕型纹，占63%；其次是斗型纹，占26%。在五个手指中，小指、中指、大拇指多见正箕型纹；无名指多为斗型纹；食指则是正箕型纹或者斗型纹。

检查指纹的现实意义，不仅可以作为拟诊有染色体畸形病变的筛选检查法，而且对于某些特异性疾病也有一定的诊断价值，如先天性心脏病、肝豆状核变性、白血病、风疹、斑秃、银屑病(牛皮癣)等。

4. 爪甲保护 甲由硬角蛋白组成。爪甲组织致密而坚实，位于指(趾)末端的伸侧面，扁平而略有弹性，自后向前稍带弯曲，呈半透明状，具有保护指(趾)端避遭外力损伤的作用。

手足的多种功能，除与结构有关外，更重要的还依赖于

皮肤含有丰富的神经末梢来完成。现代医学告诉我们，在皮肤真皮乳头内的神经装置，有的来源于脑神经和脊神经的感觉纤维，但大多数是髓神经纤维，形成游离神经末梢和被囊的神经末梢，从而，使手足部位的皮肤能感受到外界各种刺激而产生的痒、痛、触、压、冷、热等感觉。

手部的神经主要由正中神经、尺神经、桡神经和肌皮神经所支配。

正中神经由颈_{6、6、7、8}，胸₁神经根发出，分外侧支和内侧支。外侧支支配拇指、第一掌指关节的活动；内侧支支配第二、第三掌侧和指尖；尺神经由颈₈，胸₁神经根发出，分深浅两支。深支配小指；浅支配无名指、小指的一部分；桡神经由颈_{5、6、7、8}，胸₁神经根发出，其浅支的外侧支支配拇指的桡侧，内侧支支配拇指、食指和中指；深支配拇指和食指。肌皮神经的前支支配大鱼际近端的皮肤；后支支配手背部的近端皮肤。

此外，手掌没有毳毛，但有丰富的小汗腺。掌跖部位的小汗腺，是人体密度最大的区域之一，其腺体部分自我盘旋呈不规则线球状，埋入在真皮和皮下组织交界处，导管垂直或稍弯曲的向上穿过真皮，到达表皮突的下端进入表皮，呈螺旋状上行，开口在皮肤表面。通过这些小汗腺分泌出来的汗液，能够滋润手足皮肤的角质层，使其含水量保持在10%左右，以维持皮肤表面的柔软与坚韧，从而避免手足掌跖皮肤的干燥、脱皮和皲裂。

手还有许多块小关节和肌腱，它们之间的相互配合，构成了手的活动范围广泛，运动灵巧。

总之，手的解剖结构、神经和肌肉，促使手的灵巧远胜于足，这也保证了人类双手的功能是在进化的过程中形成的。

二、常见手足皮肤病

1. 足癣和手癣

足癣，在青年和成年人中，是最常见的一种浅部皮肤霉菌病。我国南方高温、潮湿的环境，尤其在夏天，足癣的发病率高达50~60%，危害性不仅表现为自身传染，发生手癣、股癣、体癣和甲癣；而且还会传染他人，因此，足癣是皮肤霉菌病的防治重点。

在我国引起足癣和手癣的病原菌，主要有红色毛癣菌、石膏样毛癣菌、絮状表皮癣菌等，其中，以红色毛癣菌的抵抗力最强，不易消灭，故较为多见。手和足所处位置的不同，皮肤损害的形态也有一定的差别，比如：手癣以红斑、鳞屑、皲裂为主，状似鹅掌；足癣的皮肤损害除与手癣相似外，还能见到潮湿、浸渍、腐白、脱皮、多汗等现象，所以，民间称手癣为“鹅掌风”；足癣为“脚湿气”等。

足癣和手癣的皮损形态为什么有很大的差别呢？分析原因，手暴露在外，每天都要从事各种劳动，接触各种物质，这样，霉菌感染的机会较之其他部位要多得多，而且，临床表现也是复杂多变。一般来讲，霉菌感染的初期，仅在手掌或手指的边缘，发现针尖至针帽大小的丘疱疹，呈成群状排列。自觉瘙痒难忍。随着时间的推移，加上磨擦等因素的刺激，逐渐出现种类繁多的皮损，如干燥、脱皮、过度角化、皲裂、粗糙等。至于部分患者的手癣，仅发生于一只手，虽然经过很长时间并不传染给另一只手，其原因何在？迄今还没

有圆满的解释。

足常穿鞋袜，使足部的皮肤得到一定的保护，直接遭受外界刺激的机会比手要少得多。但是，也正因为这个缘故，足部的汗液得不到充分的蒸发，趾间潮湿多汗，汗液中的尿素分解产生氨，呈碱性，有利于霉菌的生长；足跖部位皮肤的角质层厚，而角质层中的角质蛋白是霉菌寄生的营养物质，从而为霉菌的生长、繁殖提供了良好条件；又因掌跖皮肤缺乏皮脂腺，无皮脂分泌，缺乏抑制皮肤癣菌生长的脂肪酸，也间接有利于霉菌的生长。况且，趾间特别4、5趾间的皮肤，通常是浸渍、腐白、糜烂，或是大小不一的潜在性水泡，擦破则外溢粘稠样液体；若揭去腐白的表皮后，基底部裸露出鲜红的糜烂面；并能闻到恶臭的气味；自觉剧烈瘙痒。当足跖皮疹继发感染时，还能导致腹股沟淋巴结肿大，压痛，行走不便。此外，极少数病人跖部皮肤或呈增殖、肥厚，状如疣赘样，这种非常特殊的皮疹，多为须疮毛癣菌所引起。

总之，为了临床诊疗的方便起见，多数人主张按足癣和手癣皮疹的不同形态，分水疱型、擦烂型和鳞屑型。手癣以鳞屑型常见，足癣以擦烂型较多，具体分类，详见下表：

手足癣的分类

类别	临 床 表 现
水疱型	掌跖或指(趾)间出现水疱，疱壁较厚，不易破裂，常有剧烈痒感；疱破脱屑，偶有继发感染，夏发冬愈
擦烂型	指(趾)间皮肤浸渍、腐白、糜烂明显，揭去腐白的表皮，裸露出鲜红的糜烂面，趾间常有难以忍受的剧痒
鳞屑型	以脱屑为主，间或有少数水疱；疱液干涸则脱屑，部分角化严重时，还会发生皲裂，进而，影响工作、劳动；病情是夏重冬轻

预防 手足癣的预防比治疗更为重要，特别是足癣的预防对于防止手部感染，更是密切相关。预防的措施是多方面的，平时要讲究个人卫生，不要用公用拖鞋、脚盆、擦布等；手足多汗和损伤，往往是脚癣或手癣最多见的诱因之一，应当告诫此类患者少饮刺激性饮料，如浓茶、咖啡、酒类等，因为这些饮料激惹汗腺的分泌与排出，给表皮霉菌的易感性提供了有利的环境；晚上洗脚或洗澡后，要揩干趾缝间的水分，扑上脚气粉（市售）或消毒撒布粉（薄荷脑0.1克，麝香草酚碘化物2克，硬脂酸锌4克，碳酸镁2克，硼酸15克，滑石粉加至100克），目的在于尽量保持各趾间的干燥，以防止表皮霉菌的再感染。此外，对于足多汗的人，避免穿纯羊毛或尼龙袜子，提倡穿棉织袜或防足癣的药袜；鞋子要干燥、通风，定期煮沸消毒袜子、擦布、鞋垫之类；还可将40%福尔马林溶液的湿棉球，用纸包好，放置在皮鞋里，过夜后第二天再穿，也有较好的杀灭霉菌的效果；炎热的夏天，凡患足癣的病人，应鼓励和提倡穿通气良好的布鞋、皮凉鞋。浴室、游泳池等公共场所是传染足癣的主要地方，应严格执行消毒管理制度。

治疗 以局部治疗为主，要坚持用药到治愈为止。局部有效的杀灭霉菌药物，目前常用有碘、苯甲酸、麝香草酚、水杨酸、雷琐辛、硫、龙胆紫、丙酸、十一烯酸、甲醛等。但是，如何选用适当的药物和剂型，应当根据皮疹发生的部位和病情变化来决定。

水泡型：皮疹以丘疱疹、水泡、潜在性水泡而未破者为主，可选用10%冰乙酸溶液浸泡患处，每日2次，每次10~15分钟；若感觉浸泡不方便时，可改用复方苯甲酸酒精（苯甲酸6~12克，水杨酸3~6克，95%酒精加至100毫升），每

日外擦2次；若水疱较大，胀痛不适时，可先将疱液抽除，然后扑上足粉（水杨酸2克，硼酸10克，氧化锌粉20克，滑石粉加至100克）；水疱已破，并有少量疱液外溢和轻度糜烂，先涂10%龙胆紫溶液，后扑足粉，或扑花蕊石散（花蕊石30克，枯矾10克），或扑2%双氯苯咪唑粉剂等。若浸渍糜烂较重时，应先用紫草油纱布换药保护，待新的上皮长出，再用乙康唑霜等；如果渗液较多，可先用3%硼酸液、0.1%雷佛奴尔液或1:5000的过锰酸钾液冷湿敷，还可选用敛湿止痒的中草药，如黄精、石榴皮各30克，丁香15克，加水适量，煮沸取汁，浸泡或湿敷，每日2~3次，每次10~15分钟，待渗液见止，新的上皮长出后，外擦癣药水有卡氏药水（硼酸0.8克，雷琐辛8克，丙酮4.2毫升，碱性品红0.4克，乙醇（90%）8.3毫升，水加至100毫升）、复方苯甲酸酒精等。

擦烂型：手指以第三、四指间，足趾以第四、五趾间易发病，表现为浸渍、腐白、擦烂，自觉痛痒相兼。当局部皮肤处于腐白、薄嫩状态，可用10%龙胆紫溶液外涂，每日2次，或用半边莲60克，煎取药汁待温，浸泡患处15分钟，须涂卡氏药水、11烯酸溶液，干后扑上足粉、花蕊石散、2%双氯苯咪唑粉剂等。

鳞屑型：皮疹以脱屑为主，特别是指（趾）间、掌跖面皮肤，呈碎屑状脱落。局部治疗以软膏为主，常用药物有复方苯甲酸软膏（苯甲酸12克，水杨酸6克，羊毛脂30克，凡士林加至100克）、或用克霉唑软膏，每日1~2次。若见局部皮肤肥厚、增殖、疣赘状改变的足癣，则可用中药浸泡与外涂软膏相结合的方法来治疗。中药处方：金毛狗脊30克，黄精、桂皮、陈皮各15克，水煎取药汁，待温浸泡10~15分钟；然后再擦复方苯甲酸软膏，一般坚持治疗7~10天后即能获效。

较严重的手足癣影响工作劳动者，在外用药的同时可服灰黄霉素，但一般不主张用。

另外，抓住足癣和手癣常在夏天加重的特点，可采用“冬病夏治”的方法，如应用“鹅掌风醋泡剂”，亦有较好的防治效果。

处方：浮萍、白藓皮、牙皂各12克，荆芥、防风、川乌、草乌、羌活、独活、僵蚕、威灵仙各10克，鲜凤仙花一株（去根、土，留用花叶茎）。食醋1000毫升，将上药浸泡24小时，再用小火煎开，滤去药渣，留药醋泡手。每日3次，每次15～30分钟，拭干即可工作，千万不要立即用水冲洗。每1剂药醋可连续泡用5天，但泡至第3天，需再用小火煮沸，留用，防其腐败变质，影响疗效。

总之，尽管足癣和手癣感染途径并不十分明白，但以上防治措施是相当有效的。

2. 孢子丝菌病

在自然界中，广泛存在着各种致病性的因素，孢子丝菌就是一种寄生在土壤、木材和植物的腐生菌。部分工人（造纸工、矿工），农民（种甘蔗、种花草的农民）以及园林工作者，一旦皮肤发生轻微损伤，工作时接触被孢子丝菌污染的草本、泥土，就有染上孢子丝菌病的可能性。此病虽不是多发病，但自1898年申克氏发现本病后，世界各地都有许多报告。我国1951年在上海首次发现。

孢子丝菌病的病原菌是申克氏孢子丝菌。这种深部霉菌由于所处环境与条件的不同，表现在外的形态也不一样。比如：孢子丝菌在组织内呈酵母型，在体外或室温的条件下，又呈菌丝型，故医学上将这种霉菌称之为“双相型霉菌”。在一般

的情况下，用显微镜直接检查，或者病理切片检查，都不容易查出，只有经过霉菌培养，在生长出的菌落内，才可以查出典型的孢子丝菌和孢子。

鉴于本病主要通过损伤的皮肤或粘膜、上呼吸道或消化道而传染。人与人之间甚少直接传播。当孢子丝菌由损伤口进入组织，即可引起局部化脓性病变。当机体抵抗力强，损害局限于侵入部位附近，即成固定型孢子丝菌病；有些则沿淋巴管蔓延，成带状分布，系皮肤淋巴管型孢子丝菌病；也有少数病例由血液循环播散全身，引起系统性孢子丝菌病。临床上分为皮肤型和内脏型，而前者主要侵犯四肢，尤其是上肢。

(1) 皮肤型 按其病变部位与性质又分为固定型、淋巴管型、血源型（播散型），其中以淋巴管型最常见。

固定型：约占皮肤型的25~30%。患者抵抗力较强，皮疹固定于侵入的部位而不扩散。常在上肢单侧发生。病原菌侵入后约经1~4周，个别长达3~6个月，在损伤处出现圆形，硬而有弹性、不痛的结节。继而表面皮肤渐变紫红，破后溢出少量脓液，形成溃疡或呈疣状、乳头状增殖，部分为浸润性斑块，或为扁平粗糙、鳞屑性红斑等多种形态，病程较长。

淋巴管型：此型最常见，约占皮肤型的70%。圆形的坚硬小结节，沿四肢，尤其是上肢的淋巴管纵行呈带状排列，初期有弹性，能移动，皮肤无粘连，无压痛，肤色亦正常。结节长大则高出皮面，呈淡红色或暗紫红色，中央变软，破流少量脓液或结痂，愈后留萎缩性瘢痕。一般无全身症状。

血源型（播散型）：此型极少见，多无明显的原发病灶，病原菌通过血循环播散。其损害形态同淋巴管型，只是数目