

## 阿莫罗芬搽剂治疗 70 例甲真菌病的疗效观察

邢明媚

**摘要：**目的 观察 5%阿莫罗芬搽剂治疗甲真菌病的疗效。方法 将 130 例患者随机分为 5%阿莫罗芬搽剂组(治疗组)70 例和特比萘芬组(对照组)60 例。治疗组给予 5%阿莫罗芬搽剂外涂,每周 1 次。对照组给予特比萘芬口服,0.25g/d。各组在治疗 3 月后进行 SCIO 评分,以疗效指数判定疗效。结果 5%阿莫罗芬搽剂治疗甲真菌病有效率为 85.7%,特比萘芬有效率为 83.3%,两组疗效差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 外用 5%阿莫罗芬搽剂治疗未累及甲母质的甲真菌病疗效好。

**关键词：**甲真菌病;阿莫罗芬;疗效

**中图分类号：**R756.4 **文献标识码：**B **文章编号：**1009-9727(2011)10-1263-02

**Observation of clinical efficacy of 5% amorolfine liniment on 70 cases of onychomycosis.** XING Ming-mei. (Hainan Provincial People's Hospital, Haikou 570311, Hainan P. R. China)

**Abstract: Objective** To observe the effect of 5% amorolfine liniment on onychomycosis. **Methods** 130 eligible patients were randomized to receive the treatment of 5% amorolfine liniment (trial group, 70 cases) or terbinafine (control group, 60 cases). The trial group external used 5% amorolfine liniment once a week and the control group took terbinafine orally 0.25g/d. To evaluate the clinical efficacy, SICO score and therapeutic index were determined after 3 months treatment for each group. **Results** The effective rates of 5% amorolfine liniment and terbinafine were respectively 85.7% and 83.3%, and there is no statistical difference between the two ( $P>0.05$ ). **Conclusions** 5% amorolfine liniment has good effect on onychomycosis with no involvement of nail matrix.

**Key words:** Onychomycosis; Amorolfine; Clinical efficacy

甲真菌病是由皮肤癣菌、酵母菌和非皮肤癣菌霉菌感染甲板、甲床和甲周围组织的真菌感染性疾病,发病率高达 6.5%~13.0%<sup>[1]</sup>。甲真菌病可引发或加重其他皮肤真菌疾病如手足癣等,并对患者生活、情感和心理健康造成负面影响。我们应用 5%阿莫罗芬搽剂治疗 70 例未累及甲母质的甲真菌病患者,治疗结果报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 观察对象** 2009 年 6 月~2010 年 12 月海南省人民医院皮肤科专科门诊患者 130 例,其中男 75 例,女 55 例,平均年龄 45 岁(38~70 岁),平均病程 4.2 年(5 个月~40 年)。患者按就诊先后随机分为两组,5%阿莫罗芬搽剂组(治疗组)70 例和特比萘芬组(对照组)60 例,均具有典型甲真菌病临床表现,真菌镜检和培养均为阳性,甲根未受累。选择能客观反映病甲类型和特征的甲作为靶甲,并进行甲真菌病临床评分指数(SCIO)评分,包括甲分离、甲板增厚、甲变色、甲面光泽度、甲沟炎症等<sup>[2]</sup>。所有患者均无肝肾疾病史,近 1 个月内无抗真菌用药史。两组在年龄、性别和治疗前 SCIO 评分方面无差异。

## 1.2 方法

**1.2.1 治疗方法** 治疗组 70 例给予 5%阿莫罗芬搽剂(罗每乐)外涂,每周 1 次,治疗 3 个月。治疗前将增厚的病甲用指甲锉进行打磨处理。对照组 60 例给予特比萘芬(兰美抒)口服,0.25g/d,连续服用 3 个月。

**1.2.2 疗效评定标准** 各组在治疗结束后进行 SCIO 评分,以

疗效指数判定疗效。疗效指数(%)=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100。痊愈:疗效指数为 100%,真菌镜检阴性;显效:疗效指数>60%,真菌镜检阴性,或有少量破碎变形菌丝;好转:疗效指数为 30%~60%或真菌镜检阴性;无效:疗效指数<30%。有效率=痊愈率+显效率。

**1.2.3 统计学方法** 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析,两组间疗效比较采用卡方检验。

## 2 结果

阿莫罗芬治疗组痊愈 45 例,显效 15 例,好转 5 例,有效率为 85.7%;特比萘芬对照组痊愈 35 例,显效 15 例,好转 6 例,有效率为 83.3%。经卡方检验,两组疗效差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 1 两组治疗甲真菌病患者疗效对比

| 组别  | 例数 | 痊愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|--------|
| 治疗组 | 70 | 45 | 15 | 5  | 5  | 85.7   |
| 对照组 | 60 | 35 | 15 | 6  | 4  | 83.3   |

## 3 讨论

目前,临床上将甲真菌病分为远端侧缘浅表型甲真菌病(DLSO)、表浅白甲型真菌病(SWO)、表浅黑甲型甲真菌病(SBO)、甲内型甲真菌病(EO)、近端甲下型甲真菌病(PSO)和全营养不良型甲真菌病(TDO)<sup>[1]</sup>。PSO 及 TDO 型甲真菌病患者甲根已受累,外用药物无法有效进入甲床深层,需联合口服药物治疗,才能取得良好的疗效。故选择未累及甲母质的甲真菌病

患者为观察对象,考察外用抗真菌药临床疗效。

阿莫罗芬通过干扰固醇生物合成途径中 $\Delta^{14}$ 还原酶和 $\Delta^8$ - $\Delta^7$ 异构酶的活性,抑制真菌细胞膜上麦角固醇的合成,使细胞膜通透性发生改变,影响真菌代谢过程。对皮肤癣菌、酵母菌、霉菌有广谱高效的杀菌、抑菌的双重活性。5%阿莫罗芬擦剂对甲附着力强,能够提高药物穿透甲板的能力,通过在甲面形成非水溶性薄膜提高了药物浓度,延长了药物作用时间<sup>[3]</sup>。对增厚的病甲进行打磨处理,再涂5%阿莫罗芬擦剂,进一步提高了药物的利用度和疗效。特比萘酚属于丙烯胺类抗真菌药,具有杀菌和抑菌的双重作用,可口服或外用治疗甲真菌病且疗效肯定<sup>[4]</sup>。为了更好地观察阿莫罗芬擦剂的疗效,本观察选取特比萘酚口服制剂做对照。观察结果显示,与特比萘酚口服治疗相比,外用5%阿莫罗芬擦剂治疗未累及甲母质的甲真菌病的疗效无差异。该结果说明,阿莫罗芬擦剂在具备外用药物使用方法简单、不良反应小等优点的同时,具有与口服抗真菌药无差异的疗效。此外,从药物经济学角度看,5%阿莫罗芬擦剂较特比萘酚治疗费用低,患者更易于接受。与其他观察<sup>[5]</sup>相比,本观察结果所示的阿莫罗芬治疗有效率较低,可能与治疗时间较短有

关,这提示治疗时间在疗效上的重要作用,有必要进一步研究。

局部治疗甲真菌病不良反应轻,患者依从性好,适用于感染部位浅、单个甲感染面积<30%以及甲母质未被感染的轻度患者。其中,5%阿莫罗芬擦剂临床疗效好,费用较低,特别适用于甲真菌病的局部治疗。

#### 参考文献:

- [1] 薄建华. 浅谈甲真菌病的诊断及治疗[J]. 中国医学创新, 2010, 7: 185-186.
- [2] 陈爱明, 郭宁如, 吴绍熙. 甲真菌病临床评分指数介绍[J]. 临床皮肤科杂志, 2003, 32: 237-238.
- [3] 王丹, 李若瑜. 阿莫罗芬外用治疗甲真菌病[J]. 中华皮肤科杂志, 2001, 34: 399-400.
- [4] 王溪涛, 刘翠杰. 甲真菌病诊断及治疗进展[J]. 实用医药杂志, 2008, 25: 105-106.
- [5] 5%阿莫罗芬甲擦剂治疗甲真菌病的临床疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23: 724-725.

收稿日期 2011-05-24 编辑 吴中菲

(上接第 1257 页)

性 312 例,阳性率 45.4%。

#### 3 讨论

世界范围内一半以上人口受到 Hp 感染,我国不同地区 Hp 感染从 42%~84%不等,平均达 58.2%<sup>[2]</sup>。因此,了解本系统干警 Hp 感染流行病学情况,有利于制定干警对消化系统疾病的防治策略。本次调查显示,全省 1 714 名干警中, Hp 总感染率 57.5%,接近国内感染平均水平。在 Hp 感染率与年龄关系的分析中,可以看出感染率与年龄显著相关( $P<0.05$ )。感染率随年龄增长为逐渐升高趋势,与国内流行病学研究资料相似。

Hp 在许多严重胃部疾病中起重要作用,被认为是慢性活动性胃炎的病原菌,是消化性溃疡的重要致病因子<sup>[3-5]</sup>,是胃黏膜相关淋巴样组织淋巴瘤的致病因子,可能是胃癌的协同致病因子<sup>[6]</sup>。本文的检查结果显示,有胃病人群组 Hp 感染率明显高于无消化道症状组的感染率。特别是慢性浅表性胃炎、胃溃疡的组 Hp 检出率高达 75%、67.5%,明显高于正常体检组( $P<0.01$ ),提示 Hp 感染是慢性活动性胃炎和胃溃疡的重要致病因子。

Hp 的传播途径至今尚未完全明了,但其感染与经济状况、文化程度、居住条件、卫生习惯及密切生活接触有关。本文调查结果显示,不规律饮食组 Hp 感染率明显高于规律饮食人群组( $P<0.01$ ),说明不规律饮食与 Hp 感染存在着某种关系,也表明边防干警由于工作性质常年不定时、不定点进餐,以及部队聚集生活,集中管理,集体进餐制,存在相互传染的隐患,进而也加大了 Hp 的传播。

吸烟可引起幽门括约肌功能紊乱,使其失去防止肠液反流的作用,肠液胆汁可损害胃黏膜,并刺激胃酸分泌增加,胃壁血管收缩。饮酒影响胃黏膜组织结构,可破坏黏膜屏障作用,从而引起消化道疾病。Hp 寄居在胃幽门,胃窦附近,可不发病,一旦人体消化系统出现问题, Hp 可乘虚而入,而其毒素可致胃十二

指肠黏膜损害和胃酸分泌异常,加重消化道疾病。本次结果表明:吸烟饮酒与 Hp 感染有关。

总之,边防警察中 Hp 感染处全国平均水平,对 Hp 感染的防治十分迫切,且根除 Hp 是必要措施。在根除 Hp 后,绝大多数消化性溃疡患者得以痊愈,溃疡的复发率下降至 3%以下<sup>[7]</sup>。因此,应采取以下综合性预防与控制 Hp 感染的措施:1) 加强 Hp 防治知识的宣传教育;2) 加强饮食管理,改变不良饮食习惯,或实行分餐制饮食;3) 戒烟、戒酒;4) 注意个人卫生,餐具及时消毒,杜绝 Hp 的交叉感染。此外,对已感染的人群,及时治疗、复检,指导有胃病史者合理用药,降低消化性溃疡与胃炎的发生与复发。

#### 参考文献:

- [1] 马兴刚, 吕胜祥, 徐东升. IL-B 基因多态性与幽门螺旋杆菌感染后胃癌发病的关系[J]. 山东医药, 2008, 48(31): 34-35.
- [2] 王凯娟, 王润田. 中国幽门螺杆菌感染流行病学 Meta 分析[J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24(6): 443-446.
- [3] 罗葵良, 李秀兰, 蓝永强. 尿素酶检测幽门螺杆菌 980 例临床分析[J]. 广西医学, 2002, 24(12): 12-13.
- [4] 董玲, 孙剑勇, 王吉耀. 幽门螺杆菌感染不同检测方法的评价[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(4): 235-236.
- [5] 韩锋产, 闫小君. 幽门螺杆菌毒素相关基因的克隆、测序及表达[J]. 第四军医大学学报, 2002, 23(5): 429-431.
- [6] 徐海燕, 黄智铭. 14C-尿素呼气试验诊断幽门螺杆菌感染[J]. 第四军医大学学报, 2003, 24(23): 2145.
- [7] 罗金燕, 牛春燕, 王学勤. 雷贝拉唑单剂量口服对夜间胃酸分泌及夜间碱化度的影响[J]. 国外医学消化系疾病分册, 2003, 23(5): 316.

收稿日期 2011-05-17 编辑 崔宜庆