

• 临床报道 •

中西医结合治疗急性湿疹 20 例

杨光艳* 周小勇 张红梅 陈金波 胡吉升

武汉市第一医院皮肤科, 湖北省武汉市中山大道 215 号, 430022)

* 通讯作者: happysun2008@yeah.net, 13294100288

[摘要] 目的 观察中西医结合控制急性湿疹渗出的起效时间及临床疗效。方法 50 例湿热浸淫型湿疹患者随机分为抗组胺组、中西药组、激素组, 观察 3 组患者治疗后控制渗出的起效时间及治疗 2 周后的临床疗效。结果 各组控制渗出起效时间为抗组胺组在第 4 天起效, 中西药组在第 1 天起效, 激素组在第 2 天起效, 中西药组明显为优 ($P < 0.05$)。各组患者临床疗效比较, 中西药组、激素组总有效率为 100%, 疗效明显优于抗组胺组 86.7% ($P < 0.05$)。结论 中西医结合控制湿热浸淫型湿疹患者渗出较抗组胺药与激素起效快、疗效好。

[关键词] 急性湿疹; 渗出; 起效时间; 湿热浸淫

湿疹是一种常见的由多种内外因素引起的表皮及真皮浅层的炎症性皮肤病。中医统称本病为“湿疹”。临床上急性期渗出明显, 采用单纯抗组胺药治疗常难于见效, 有时需酌情加用糖皮质激素(简称激素)方能控制病情。我们采用中西药结合治疗急性湿疹或慢性病变急性发作, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

50 例患者来自 2010 年 12 月至 2011 年 4 月武汉市第一医院皮肤科门诊, 按照就诊顺序分为抗组胺组、中西药组、激素组。其中抗组胺组 15 例, 男 8 例, 女 7 例; 年龄 20~75 岁, 平均 (33.0 ± 14.7) 岁; 病程 1 个月~34 年, 平均 (9.5 ± 9.3) 年。中西药组 20 例, 男 16 例, 女 4 例; 年龄 17~55 岁, 平均 (35.2 ± 15.2) 岁; 病程 1 个月~23 年, 平均 (9.8 ± 8.3) 年。激素组 15 例, 男 10 例, 女 5 例; 年龄 19~89 岁, 平均 (35.1 ± 14.4) 岁; 病程 1 个月~30 年, 平均 (9.4 ± 8.2) 年。3 组患者在性别、年龄、病程方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

中医诊断标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1] 制定, 急性湿疹皮损呈多形性, 如潮红、丘疹、水疱、糜烂、渗出、痂皮、脱屑, 常数种形态同时存在。起病急, 自觉灼热, 剧烈瘙痒。皮损常对称分布, 以头、面、四肢远端、阴囊等处多见, 可泛发全身。部分慢性患者往往呈急性发作, 时轻时重, 反复不愈。

西医诊断标准: 参照《中国临床皮肤病学》^[2]; 急性湿疹皮疹为多数密集的小丘疹、丘疱疹或小水疱,

基底潮红。由于搔抓, 丘疹、丘疱疹或顶端搔破后呈明显点状渗出及小糜烂面, 浆液不断渗出, 病变中心往往较重, 而逐渐向周围蔓延, 外围又有散在丘疹、丘疱疹, 故境界不清。

1.3 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[1] 中湿疹证属湿热浸淫型: 皮肤潮红、丘疹、丘疱疹、水疱、糜烂、渗出、发病急, 皮损潮红灼热, 瘙痒无休, 渗液流汁。伴身热、心烦口渴, 大便干, 尿短赤, 舌质红、苔薄白或黄, 脉滑数。

1.4 纳入标准

年龄在 16 岁以上; 符合上述急性湿疹诊断标准, 证属湿热浸淫型患者; 无药物过敏史; 4 周内未使用过糖皮质激素及抗组胺药; 皮损面积 $\leq$ 全身体表面积的 30%。

1.5 排除标准

对受试药物过敏者; 妊娠期、哺乳期妇女; 有心、肝、肾功能异常者; 有神经、精神疾病、内分泌疾病者; 有湿疹型药疹、接触性皮炎、多形性日光疹、郁积性皮炎、癣菌疹等疾病者。

2 治疗方法

抗组胺组: 每次口服地氯雷他定分散片(海南普利制药有限公司生产, 5mg/片, 国药准字 H20020088)1 片, 每日 1 次。激素组: 每次地塞米松(上海通用药业股份有限公司生产, 2.5mg/支, 国药准字 H31021298)5mg 静脉滴注, 每日 1 次, 联合口服地氯雷他定分散片, 每日 1 片。中西药组: 口服地氯雷他定分散片, 每日 1 片, 中药以龙胆泻肝汤加

减:龙胆 10g,通草 10g,黄芩 10g,栀子 10g,当归 10g,生地黄 10g,泽泻 10g,柴胡 6g,车前子 10g,甘草 10g。瘙痒严重者加用蒺藜 10g,荆芥 10g,防风 10g;热甚便秘者加滑石 10g,大黄 10g。以水煎服,每日 1 剂,每剂分 3 次口服,每次 200ml。所有病例均外用氧化锌油擦剂(我院院内制剂);渗出控制后外用糠酸莫米松乳膏(浙江仙琚制药股份有限公司生产,10g/支,国药准字:H20050610),共 1 周。其中激素组给予地塞米松治疗 3 天后,根据病情调整激素用量,并在 1 周内逐渐减量至停药。3 组均治疗 2 周后观察临床疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

①评分标准:参照 EASI 评分法^[3],临床观察的指标有:红斑(E)、浸润(水肿/丘疹)(I)、抓痕/表皮剥脱(Ex)、苔藓化(L)。每一临床表现按无、轻、中、重程度分别计 0~3 分。最后的评分则要以该部位的最严重的情况记录。每一个症状的分数之间的积分可以记做半级分(0.5 分)。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。各临床症状的轻、中、重程度,采用在六(区域)六(体征)评分法:无,此体征仔细观察后也不能确定;轻,此体征存在,但需仔细观察后才能见到;中,此体征可立即看到;重,此体征非常明显。分别计 0~3 分。②皮损面积大小评分:将全身分为 4 个区域:即头/颈(H),上肢(UL),躯干(T),下肢(LL)。上肢包括腋外侧和手,躯干包括腋中部和腹股沟部,下肢包括臀和足部。皮损面积计算用患者手掌为占全身面积 1%估算,换算成所占该部位的比例计分。皮损面积占各部位面积的比例计分:无皮疹 0 分,<10%1 分,10%~19%2 分,20%~49%3 分,50%~69%4 分,70%~89%5 分,90%~100%6 分。③不同部位 EASI 计算方法:EASI=(E+I+Ex+L)×面积评分×各部位系数,其中 H 系数为 0.1,UL 系数为 0.2,T 系数为 0.3,LL 系数为 0.4。根据上述各项,患者的 EASI 计算总分值方法为:各部位分值相加即为 EASI 皮损症状严重程度的总分;总分范围 0~72 分。参照国家中医药管理局《中华人民共和国中医药行业标准·中国皮肤病症诊断标准》。临床治愈:皮损消退,无明显瘙痒,基本症状消失。显效:皮损消退面积>70%,瘙痒及其他症状明显减轻。好转:皮损消退面积≥30%但≤70%,瘙痒及其他症状减轻;无效:皮损消退面积<30%,症状无明显改善。

有效率=(临床痊愈例数+显效例数)/本组患者总例数×100%。

3.2 3 组患者渗出控制时间比较

表 1 示,在控制渗出的起效时间上,抗组胺组在第 4 天起效,中西药组在第 1 天起效,激素组在第 2 天起效。3 组渗出控制时间比较,中西药组明显为优($P<0.05$)。

表 1 3 组患者渗出控制时间比较[例(%)]								
组别	例数	1 天	2 天	3 天	4 天	5 天	6 天	7 天
抗组胺组	15	0	0	0	2 (13.3)	5 (33.3)	8 (53.2)	13 (86.7)
中西药组	20	4 (20.0)	8 (40.0)	10 (50.0)	16 (80.0)	20 (100)	20 (100)	20 (100)
激素组	15	0	2 (13.3)	8 (53.2)	13 (86.7)	15 (100)	15 (100)	15 (100)

3.3 3 组患者治疗前后 EASI 评分比较

表 2 示,3 组治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗后中西药组、激素组与抗组胺组比较差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后激素组与中西药组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 3 组患者治疗前后 EASI 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	例数	治疗前	治疗后
抗组胺组	15	3.5±2.5	2.3±1.6*
中西药组	20	3.7±2.6	0.7±0.9*△
激素组	15	3.8±2.5	0.8±0.6*△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与抗组胺组治疗后比较,△ $P<0.05$

3.4 3 组患者临床疗效比较

表 3 示,中西药组、激素组疗效明显优于抗组胺组($P<0.05$)。

表 3 3 组患者临床疗效比较[例(%)]						
组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
抗组胺组	15	13(86.7)	0	2(13.3)	0	13(86.7)
中西药组	20	18(90.0)	2(10.0)	0	0	20(100)
激素组	15	15(100)	0	0	0	15(100)

4 讨论

湿疹急性期正邪交争剧烈,故渗出较多,多伴有浸渍糜烂,早期控制渗出非常重要。临床上治疗急性湿疹单用抗组胺药往往疗效欠佳,加用激素后,虽能控制病情,但激素的使用可能会出现一些副作用,如电解质紊乱、二重感染、血糖及血压升高等,尤其是激素突然停药可能导致病情反复,从而影响患者依从性,因此,我们加用了中草药来弥补单纯抗组胺药治疗急性湿疹的不足,以降低激素治疗副作用。(下转第 1698 页)

- [3]黄龙祥. 中国针灸学术史大纲[M]. 北京: 华夏出版社, 2001.
- [4]胡翔龙. 循经感传现象研究的现状和问题[J]. 针刺研究, 1981, (3): 161—171.
- [5]北京市中医院, 中国科学院生物物理研究所. 一种隐性的经络感传现象[J]. 针刺麻醉, 1977, (2—3): 50.
- [6]张缙, 李永光. 循经感传规律性的研究[J]. 黑龙江中医药, 1984, (3): 24—29.
- [7]黄涛, 王瑞红. 关于对“针刺得气”了解现状的调查报告[J]. 医学与哲学, 2010, 31(4): 66—67.
- [8]方晓丽. 郑魁山针灸临床经验集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 216.
- [9]管遵惠. 管氏针灸经验集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 271.
- [10]张士杰. 古法针刺举隅[M]. 化学工业出版社, 1995: 4—81.
- [11]周立群. 王岱针灸临床七讲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 32.
- [12]张瑞峰, 谢元华. 关于“气至”与“得气”的管见[J]. 上海针灸杂志, 2004, 23(5): 41—43.
- [13]王慧敏, 徐瑞民. 针刺内关穴引起心包经循经搏动现象的初步研究[J]. 北京中医学院学报, 1987, 10(6): 45.
- [14]刘志朋, 殷涛, 关晓光, 等. 针刺气与手法的客观评价参数和方法初步研究[J]. 中国临床康复, 2005, 29(9): 119.
- [15]严智强, 孙守俊, 舒琪, 等. 三阴交所经经脉及针刺得气定量的研究[J]. 针刺研究, 1983, (3): 235—237.
- [16]Huang T, Wang RH, Zhang WB, et al. Influence of different acupuncture method on points transcutaneous CO₂ emission[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2008, 6(5): 318—320.
- [17]王瑞红, 黄涛, 田宇瑛, 等. 机械压迫对针刺引起经皮二氧化碳释放量的影响. 中国针灸, 2009, 29(7): 565—568.
- [18]黄涛, 王瑞红, 张维波, 等. 不同针感与外周经皮二氧化碳释放量的关系[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(8): 615—616, 618.
- [19]Huang T, Wang RH, Zhang WB, et al. The Influence of different methods of acupuncture on skin surface per fusion[J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(1): 40—44.
- [20]朱江, 马惠芳, 付平, 等. 通过植物神经功能状态的变化看针灸效应[J]. 中国针灸, 2002, 22(12): 843—844.
- [21]林超雄. 点穴手法的选用与穴位部位得气感——气功点穴疗法揭秘篇(续)[J]. 按摩与导引, 1990, (5): 19—20.
- [22]冀雅彬, 郭义. “得气”不是针刺的专利[J]. 中华针灸刺络疗法杂志, 2008, 5(1): 150—152.
- [23]祝总驷, 郝金凯. 针灸经络生物物理学——中国第一大发明的科学验证(增订版)[M]. 北京: 北京出版社, 1998: 148.
- [24]刘风华, 张波, 秦南极, 等. 经络气血理论的生物物理理论证[J]. 中国医药导报, 2008, 5(36): 10—14.
- [25]朱兵. 针灸的科学基础[M]. 青岛: 青岛出版社, 1998: 65.
- [26]郝治中, 啜振华, 高彤. 芒针深刺中腕穴得气层解剖学观察[J]. 上海针灸杂志, 2004, 23(11): 35—37.
- [27]侯宗濂. 关于体针穴位针感感受器的研究. 针灸针麻研究[M], 北京: 科学出版社, 1986: 313—318.
- [28]山东医学院人体解剖教研室针麻组. 内关穴区针感感受器的形态学研究[C]//中国解剖学会 1978 年学术年会论文汇编. 中国解剖学会编, 1978: 81—82.
- [29]安徽中医学院针麻经络研究室. 人前臂手厥阴心包经组织里感受器的初步观察经络敏感人[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 280—283.
- [30]田爱琴, 宗安民, 史学义, 等. 得气针穴结构的扫描电镜研究[J]. 河南医科大学学报, 1993, 28(2): 129—130.
- [31]唐勇, 余曙光, 刘旭光, 等. 经穴特异性研究思路与方法探讨. 成都中医药大学学报, 2007, 30(2): 3—4.
- [32]Hui KK, Liu J, Marina O, et al. The Integrated Response of the Human Cerebro-cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI. Neuroimage, 2005, 27(3): 479—496.

(收稿日期: 2011—08—25, 修回日期: 2012—06—04)

[编辑: 李 巍]

(上接第 1685 页)

中医治疗急性湿疹主要从“湿”论治。若症见皮肤潮红水肿伴渗出, 渗出液较黏滞, 大便干, 小便赤, 口渴, 喜冷饮, 心烦急躁, 舌红、苔黄多属湿热浸蕴, 一般采用清热利湿法, 选用龙胆泻肝汤加减。如兼感风邪重者出现遍体瘙痒者加用蒺藜、防风、荆芥等; 兼下焦湿盛如渗液较多者加用茯苓、滑石。龙胆泻肝汤由苦寒泻火、渗湿泄热、滋阴补肝、疏肝解郁等四类药物组成。既能清热泻火利湿以治其标, 又能滋阴疏肝扶正以治其本。在本次观察的病例中, 湿热浸淫型湿疹多伴有剧烈瘙痒及便秘等症状, 故加

用蒺藜、荆芥、防风、大黄、滑石, 加强清热利湿止痒、泻热通腑的功效。

参考文献

- [1]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 137.
- [2]赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2011: 726.
- [3]Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group[J]. Exp Dermatol, 2001, 10(1): 11—18.

(收稿日期: 2012—01—23, 修回日期: 2012—06—12)

[编辑: 黄 健]