

引用:刘琪,谢明艳,张状金,于军. 苦参地肤洗剂治疗急性湿疹 42 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(10):15-18.

苦参地肤洗剂治疗急性湿疹 42 例临床观察

刘 琪,谢明艳,张状金,于 军

(衡阳市中医医院,湖南 衡阳,421001)

[摘要] 目的:探讨苦参地肤洗剂治疗急性湿疹的临床疗效。方法:将急性湿疹患者 84 例随机分为治疗组和对照组,每组各 42 例。治疗组采用苦参地肤洗剂冷湿敷治疗,对照组采用 3% 硼酸洗液冷湿敷治疗,疗程均为 2 周。观察 2 组湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分、瘙痒程度[视觉模拟评分法(VAS)评分]及生活质量指数(DLQI)评分,并评定综合疗效。结果:总有效率治疗组为 92.86%(39/42),高于对照组的 76.19%(32/42),差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 EASI 评分及治疗前后 EASI 评分差值 2 组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 VAS 评分、DLQI 评分及其治疗前后差值 2 组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:苦参地肤洗剂治疗急性湿疹效果明显,使用方便,疗效较 3% 硼酸洗液优,值得临床推广。

[关键词] 急性湿疹;中医外治法;苦参地肤洗剂;3% 硼酸洗液

[中图分类号] R275.982.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.005

Clinical effect of Kushen Difu lotion in treatment of acute eczema: An analysis of 42 cases

LIU Qi, XIE Mingyan, ZHANG Zhuangjin, YU Jun

(Hengyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hengyang 421001, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Kushen Difu lotion in the treatment of acute eczema. Methods: A total of 84 patients with acute eczema were randomly divided into treatment group and control group, with 42 patients in each group. The patients in the treatment group were given moisten compress therapy with Kushen Difu lotion, and those in the control group were given moisten compress therapy with 3% boric acid solution. The course of treatment was 2 weeks for both groups. The two groups were observed in terms of Eczema Area and Severity Index (EASI) score, severity of pruritus [Visual Analogue Scale (VAS) score], and dermatology life quality index (DLQI) score, and overall response was evaluated. Results: The treatment group had a significantly higher overall response rate than the control group [92.86% (39/42) vs 76.19% (32/42), $P < 0.05$]. Both groups had no significant change in EASI score after treatment, and there was no significant difference in the change in EASI score after treatment between the two groups ($P > 0.05$). Both groups had significant changes in VAS and DLQI scores after treatment, and there were significant differences in the changes in VAS and DLQI scores after treatment between the two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Conclusion: Kushen Difu lotion has a marked clinical effect in the treatment of acute eczema and is convenient to use, with a better clinical effect than 3% boric acid solution, and therefore, it holds promise for clinical application.

[Keywords] acute eczema; traditional Chinese medicine external treatment; Kushen Difu lotion; 3% boric acid solution

湿疹是一种变态反应性炎症性皮肤病,具明显渗出倾向,在我国发病率约为 7.5%。该病发病机

制尚未明确,多与生活环境、自身免疫、遗传、工作压力等因素相关,四季均可发病,冬季易复发。西

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(2015143)

第一作者:刘琪,女,主管药师,研究方向:中药制剂的研发与临床药学研究

通讯作者:谢明艳,女,副主任药师,研究方向:中药制剂的研发及与临床药学研究, E-mail: 1207052146@qq.com

于军,女,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗皮肤病, E-mail: 1420476013@qq.com

医认为该病与慢性感染、内分泌紊乱、血液循环障碍等因素有关。中医学认为湿疹病因分为内因和外因,内因多与心火和脾湿有关,外因多由风、热、湿邪引发,内外合邪而发病^[1]。根据其临床表现可将其分为急性、亚急性和慢性 3 期。急性湿疹早期多表现为红斑、水疱、丘疹等,严重时甚至可出现大片渗液和糜烂。李孜怡等^[2]报道,急性湿疹较难根治,临床治疗上主要以控制症状、减少复发、局部治疗为主要手段。西医主要以糖皮质激素外用治疗,虽然初期控制病情效果较佳,但停药后易复发。中医学以整体观念、辨证论治为原则,从近、远期疗效来看均明显优于单纯西药。本研究采用本院皮肤科的协定处方苦参地肤洗剂,予冷湿敷法治疗急性湿疹,与 3% 硼酸洗液冷湿敷法治疗进行对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 4 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日在本院皮肤科门诊就诊的急性湿疹患者 84 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 42 例。治疗组中,男 24 例,女 18 例;年龄 18~65 岁,平均 (29.3 ± 4.96) 岁;病程 1~7 d,平均 (5.47 ± 2.64) d。对照组中,男 22 例,女 20 例;年龄 18~65 岁,平均 (28.5 ± 5.12) 岁;病程 1~8 d,平均 (5.52 ± 2.45) d。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》^[3]中急性湿疹的诊断标准。

1) 急性发病,皮损由红斑、丘疹、水疱组成,且集簇成片状,因搔抓常经起糜烂、渗出、结痂和化脓等改变,边缘不清,常呈对称分布。2) 剧痒。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[4]中湿疮湿热证的辨证标准。主症:急性病程或慢性病程急性发作,可见渗出、水肿、糜烂,伴皮肤红斑、瘙痒。次症:心烦,口渴,尿黄,大便干。舌质红、苔黄腻,脉滑。

1.3 纳入标准 1) 符合上述西医诊断及中医辨证标准者;2) 年龄 16~65 岁者;3) 治疗前皮损面积 < 10% 体表面积者;4) 患者知情同意,并签署知情同意书;5) 依从性好。

1.4 排除标准 1) 妊娠或哺乳期妇女;2) 对本研究药物成分过敏者;3) 病程 > 1 个月的亚急性和慢

性湿疹患者;4) 合并肝肾、心脑血管和造血系统等严重疾病者;5) 合并严重感染者;6) 近 1 周使用过抗组胺药物治疗者;7) 近 2 周内使用过糖皮质激素者;8) 未按规定用药,或数据不全等影响疗效或安全性判断者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予苦参地肤洗剂冷湿敷治疗。苦参地肤洗剂制备方法:取苦参、地肤子、黄柏、黄连、龙胆、白花蛇舌草、紫花地丁、蛇床子、百部、马鞭草 10 味中药饮片,加水 5000 ml 浸泡 30 min,先用武火煮沸后改用文火煎 30 min,纱布滤过,取药液,即成苦参地肤洗剂。将无菌棉纱布折叠成 6~8 层,剪成比体表病变区域稍大的布块,再浸入配置好的药液中,待纱布浸透后稍加拧挤至不滴水为度,直接冷敷于患处,每次 30 min,每隔 5~10 min 更换 1 次,每天 3 次。待渗出被控制后停止治疗。

2.2 对照组 予 3% 硼酸洗液冷湿敷治疗。3% 硼酸洗液(上海运佳黄浦制药有限公司,批准文号:国药准字 H31022883,规格:250 ml/瓶),用药方法同治疗组。

2 组疗程均为 2 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 皮损面积及严重程度。参照文献[5],采用改进后的湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分法进行评价。1) 皮损面积评分。将全身分为 4 个部位,即头颈,上肢,躯干,下肢。上肢包括手臂内外侧和手,躯干包括身体中部和腹股沟部,下肢包括臀和足部。每 1 个手掌面积为 1 个计分单位,计时时换算成所占该部位的比例计分。皮损面积占不足 1 个手掌者按半个计分单位计算。皮损范围占体表总面积 < 10%,计 1 分;皮损范围占体表总面积 10%~29%,计 2 分;皮损范围占体表总面积 30%~49%,计 3 分;皮损范围占体表总面积 50%~69%,计 4 分;皮损范围占体表总面积 70%~89%,计 5 分;皮损范围占体表总面积 90%~100%,计 6 分。2) 皮损严重程度评分:在原 EASI 基础上剔除了苔藓化评分并增加渗出或结痂这一评分项,皮损表现评分共分为 4 项,即红斑化(E)、丘疹或小水疱化(I)、表皮剥脱或抓痕化(Ex)、渗出或结痂化(L)。①红斑化:无,计 0 分;轻度(淡红斑),计 1 分;中度(明显发红),计

2 分;重度(鲜红或深红),计 3 分。②丘疹或小水疱化:无,计 0 分;轻度(色微红,分布稀疏,无小水疱),计 1 分;中度(色淡红,分布略密,可见丘疱疹),计 2 分;重度(色较红,分布较密,散见小水疱),计 3 分。③表皮剥脱或抓痕化:无,计 0 分;轻度(散在脱屑或抓痕),计 1 分;中度(片状脱屑,抓痕明显),计 2 分;重度(大面积表皮剥脱,因搔抓可见皲裂或线状糜烂),计 3 分。④渗出或结痂化:无,计 0 分;轻度(点状散在,需仔细看才能看出),计 1 分;中度(比较多,容易湿透卫生纸),计 2 分;重度(很多,呈水珠状),计 3 分。3)EASI 计算方法。计算公式:EASI 分值=(E+I+Ex+L)×面积×系数。系数值:头颈为 0.1,上肢为 0.2,躯干为 0.3,下肢为 0.4。EASI 总分为头颈、上肢、躯干和下肢 4 个部位分值的总和。

3.1.2 瘙痒程度 参照文献[6],采用视觉模拟评分法(VAS)4 级评分进行评价。无瘙痒,计 0 分;偶尔瘙痒,但对工作和生活无影响,计 1 分;阵发性瘙痒,对工作和生活有一定影响,计 2 分;剧烈瘙痒,对工作和生活造成严重影响,计 3 分。

3.1.3 生活质量 采用生活质量指数(DLQI)评分法进行评定。DLQI 包括 10 个问题,分别反映疾病对症状感觉、休闲活动、工作学习、人际关系、日常活动和睡眠、治疗对生活的影响 6 个方面。每个问题采用 4 级计分法,即 0、1、2、3 分,DLQI 总分由 10 道题相加所得,最高为 30 分,最低为 0 分。评分越高,说明疾病对患者的生活质量影响越大^[7]。

同一病例治疗前后 EASI 评分由同一医师进行,VAS 评分和 DLQI 评分由患者自评。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4],结合皮损、瘙痒程度和生活质量的变化情况来综合判定疗效。治愈:皮损消退,无明显瘙痒,生活质量显著改善;显效:皮损消退>70%,偶有瘙痒,生活质量明显改善;好转:皮损消退>30%、但≤70%,瘙痒有所减轻,生活质量有所改善;无效:皮损消退<30%或无明显改变,瘙痒未得到有效缓解,生活质量改善不明显。总有效例数=痊愈例数+显效例数。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.86%,对照组为 76.19%,2 组比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	42	7(16.67)	32(76.19)	3(7.14)	0	39(92.86)
对照组	42	6(14.29)	26(61.90)	9(21.43)	1(2.38)	32(76.19)
χ^2 值						4.459
<i>P</i> 值						0.035

3.4.2 2 组治疗前后 EASI 评分比较 2 组治疗后 EASI 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。2 组治疗前后 EASI 评分差值比较,差异亦无统计学意义(*P*>0.05)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 EASI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	42	17.9±3.5	4.3±2.5	14.3±3.6
对照组	42	18.1±3.3	4.5±3.2	14.7±3.7
<i>t</i> 值		0.269	0.319	0.502
<i>P</i> 值		0.788	0.750	0.617

3.4.3 2 组瘙痒程度 VAS 评分比较 治疗组治疗后 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05);治疗前后瘙痒程度 VAS 评分差值 2 组间比较,差异亦有统计学意义(*P*<0.05)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后瘙痒程度 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	42	7.86±0.71	2.04±0.39	5.89±0.81
对照组	42	7.72±0.68	2.25±0.47	5.46±0.79
<i>t</i> 值		0.923	2.228	2.463
<i>P</i> 值		0.359	0.029	0.016

3.4.4 2 组治疗前后 DLQI 评分比较 2 组治疗后 DLQI 评分组内比较,差异均有统计学意义(*P*<0.01)。治疗前后 DLQI 评分差值 2 组间比较,差异亦有统计学意义(*P*<0.01)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后 DLQI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	42	15.84±2.16	3.53±1.09	12.53±2.36
对照组	42	15.58±1.86	5.37±1.28	10.38±2.27
<i>t</i> 值		0.591	7.093	4.255
<i>P</i> 值		0.556	<0.01	<0.01

4 讨 论

中医学将急性湿疹归属于“湿疮”“浸淫疮”“血风疮”“四弯风”等疾病范畴。《医宗金鉴·外科心法要诀》云:“湿热内搏,滞于肤腠,外为风乘,

不得宣通,故令脚膝生疮,痒痛作肿。”外感风、湿、热邪,或脾失健运,湿热内生,内外相搏,充斥肌肤,发为湿疮。由此可见,急性湿疹中医辨证主要为湿热内蕴型,临床多以清热燥湿、祛风止痒为基本治法。苦参地肤洗剂为本院皮肤科的协定处方,方中苦参味苦性寒,清热燥湿、杀虫止痒,为治湿热内蕴之常用药,尤善清下焦湿热;地肤子味辛苦性寒,善清热利湿,祛风止痒,为治湿热侵袭肌肤之常用药,两药合用,针对风、湿、热之主证,共为君药。黄柏、黄连、龙胆大苦大寒,善清热燥湿、泻火解毒;白花蛇舌草、紫花地丁味苦性寒,可清热解毒、利水消肿;蛇床子辛散苦燥,可祛风燥湿、杀虫止痒;百部增强止痒之功,此七药共为臣药,以助君药之功。马鞭草味苦性凉,增强利水清热之功,是为佐药。全方主以苦寒,燥利并用,使湿热之邪分道而消,共奏清热燥湿、祛风之痒之功。另急性湿疹常具有明显渗液或红肿,此时采用冷湿敷疗法可使局部血管收缩,加快热量散发,减少渗出,且不受胃肠道酶、PH值、消化液等诸多因素的影响,从而促进皮损恢复,抑制病菌生长,改善局部血液循环,减轻局部疼痛及瘙痒等症状,达到治疗目的^[8]。

研究表明,总有效率苦参地肤洗剂治疗组为92.86%,3%硼酸洗液对照组为76.19%,差异

有统计学意义($P<0.05$),表明2组均有较好的疗效,且苦参地肤洗剂较3%硼酸洗液效果更佳;2组各项观察指标治疗后与治疗前比较都有明显改善,且苦参地肤洗剂在改善患者瘙痒及生活质量方面明显优于3%硼酸洗液。苦参地肤洗剂为中药制剂,治疗急性湿疹,疗效确切,无明显毒副作用,值得临床推广运用。

参考文献

- [1] 王远红,李莹.三黄止痒散湿敷治疗急性湿疹临床疗效观察[J]. 中医药学报,2015,43(2):139-140.
- [2] 李孜怡,王学军,赵晶,等. 中医药治疗急性湿疹的研究进展[J]. 现代生物医学进展,2018,18(8):1592-1596.
- [3] 吴少祯,吴敏. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准)[M]. 北京:中国中医药出版社,1999.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:295-298.
- [5] 赵辨. 湿疹面积及严重度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志,2004,37(1):3-4.
- [6] 李邻峰. 特应性皮炎[M]. 北京:北京大学医学出版社,2006:73.
- [7] FINALLY AY, KHAN GK. Dermatology life quality Index(DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use[J]. Clin Exp Dermatol,1994,19(3):210-216.
- [8] 姚丽萍,杨春艳,柳研,等. 冰柏液冷湿敷治疗急性湿疹疗效观察[J]. 山西中医,2019,35(5):40-41.

(收稿日期:2020-12-20)

(上接第14页)

参考文献

- [1] LIU ZG, WANG H. Focusing on the management of chronic dry eye disease[J]. Zhonghua Yan Ke Za Zhi,2018,54(2):81-83.
- [2] CHAN TCY, CHOW SSW, WAN KHN, et al. Update on the association between dry eye disease and meibomian gland dysfunction[J]. Hong Kong Med,2019,25(1):38-47.
- [3] LÖFFLER KU. Current aspects of dry eye syndrome[J]. Ophthalmology,2018,115(2):92.
- [4] SONG P, XIA W, WANG M, et al. Variations of dry eye disease prevalence by age, sex and geographic characteristics in China: a systematic review and meta-analysis[J]. J Glob Health,2018,8(2):020503.
- [5] KAWASHIMA M, SANO K, TAKECHI S. Impact of lifestyle intervention on dry eye disease in office workers: a randomized controlled trial[J]. J Occup Health,2018,60(4):281-288.
- [6] 中华医学会眼科分会角膜病学组. 干眼临床诊疗专家共识(2013年)[J]. 中华眼科杂志,2013,49(1):73-75.
- [7] 刘春姿. 中医辨证分型联合西药治疗干眼症临床观察[J]. 新

中医,2015,47(6):209-210.

- [8] SCHIFFMAN RM, CHRISTIANSON MD, JACOBSEN G, et al. Reliability and validity of the ocular surface disease index[J]. Arch Ophthalmol,2000(118):615-621.
- [9] 徐峰,朱静,周斌,等. 龙胆明目片治疗干眼症临床研究[J]. 中国中医眼科杂志,2009,19(6):359-362.
- [10] 吴玉玲. 中药熏蒸治疗干眼的临床观察及对视觉相关生存质量的影响[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
- [11] 彭晓芳,彭清华,彭俊,等. 密蒙花滴眼液对去势雄兔干眼结膜炎症因子 IL-1 β 和黏蛋白 5AC 及 P38MAPK 表达的影响[J]. 国际眼科杂志,2020,20(3):426-431.
- [12] 赵颖,霍勤. 中医从肝论治干眼的临床研究进展[J]. 中国中医眼科杂志,2015,25(4):304-306.
- [13] 郭迪文,缪晚虹. 中药熏蒸治疗蒸发过强型干眼的临床研究[J]. 中国中医眼科杂志,2016,26(1):13-17.
- [14] 李民坚,彭志华. 野菊花除涩散在特定温度下治疗角结膜干燥症的临床疗效观察[J]. 北方药学,2016,13(4):41.
- [15] 林幼红,刘晋峰,苏国辉,等. 枸杞多糖的神经保护作用——“以眼为鉴”[J]. 中国中医眼科杂志,2019,29(5):403-406.

(收稿日期:2021-01-06)