

中医辨证联合开瑞坦治疗特应性皮炎 43 例临床观察

吴允波 邱桂荣 许来宾

(江西中医药大学附属医院,江西南昌 330006)

摘要 目的:探讨中医辨证联合开瑞坦(氯雷他定)治疗特应性皮炎(AD)的临床疗效。方法:将 72 例符合入选条件的 AD 患者随机分为治疗组(43 例)和对照组(29 例),治疗组予以中医辨证联合开瑞坦治疗,对照组予以开瑞坦治疗。2 组均治疗 30d 后观察临床疗效和血清总免疫球蛋白(Ig)E 水平、嗜酸性粒细胞(EOS)计数的改变。结果:治疗组总有效率为 88.37%,明显高于对照组的 65.52%。2 组治疗后血清总 IgE 水平及 EOS 计数均明显下降,治疗组明显低于对照组。结论:中医辨证联合开瑞坦治疗 AD 疗效显著,对血清总 IgE 及 EOS 计数有较好的改善。

关键词 特应性皮炎 辨证论治 中药复方 IgE EOS

中图分类号 R758.305 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)06-0049-02

近年来,我们采用中医辨证联合开瑞坦治疗特应性皮炎(AD)43 例,取得了满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 72 例均为 2006 年 1 月至 2013 年 6 月在我院皮肤科门诊就诊的 AD 患者,随机分为 2 组。治疗组 43 例:男 23 例,女 20 例;年龄 6~23 岁,平均年龄(12.1±7.1)岁;病程 1.5~10.2 年,平均病程(4.8±3.4)年。对照组 29 例:男 11 例,女 18 例;年龄 7~25 岁,平均年龄(12.6±6.3)岁;病程 1.2~9.8 年,平均病程(4.2±3.9)年。2 组一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有患者均符合 Willams 的特应性皮炎诊断标准^{[1]612},1 个月内未接受抗生素、抗真菌或皮质类固醇治疗,1 周内未接受过任何局部治疗。患有严重系统

性疾病、妊娠或不能完成本研究规定疗程者均作为剔除病例。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服氯雷他定片(商品名:开瑞坦,国药准字 H10970410,上海先灵葆雅制药有限公司),成人 10mg,儿童体重>30kg 者 10mg,体重<30kg 者 5mg,每日 1 次;维生素 C 片,成人 0.2g,儿童 0.1g,3 次/d。外擦我院制剂室配制的 10% 尿素软膏,3 次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上进行中医辨证论治。依据临床表现将患者分为急性期、慢性期和巩固期。(1)急性期。辨证为湿热蕴阻。症见:皮肤潮红,瘙痒剧烈,抓之糜烂渗出,舌红、苔黄,脉滑数。治以清热利湿,佐以健脾。方用龙胆泻肝汤加减,处方:龙胆草 6g,车前子 10g,黄芩 10g,当

性发作时则常突出以标实为主,其临床分型以肝阳上亢较为多见。柴胡加龙骨牡蛎汤出自汉·张仲景之《伤寒论》:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”原方主要用于烦躁、谵语及身重等疾病。方中柴胡可疏肝,龙骨、牡蛎和铅丹重镇理怯而安神,黄芩清肝火,桂枝温通经脉,大黄泄热清里,人参、大枣、生姜益气和缓。综观全方,寓有平肝潜阳的功效。根据中医学“异病同治”的理论,我们对柴胡加龙骨牡蛎汤进行化裁后用于中风肝阳上亢证型中,临床观察取得了较好的疗效。结合现代医学知识,脑梗死的发生为脑血管狭窄、堵塞所致脑组织缺血、坏死及水肿,因此我们考虑脑梗死的发病亦必有瘀血、痰饮等病理因素,故而加桃仁、牡丹皮和赤芍以活血化瘀,加茯

苓以健脾利水。上述诸药有机配伍,共同达到平肝潜阳、活血通络的目的。

本临床观察结果表明,在常规西药治疗基础上,应用柴胡加龙骨牡蛎汤化裁治疗脑梗死急性期,可显著提高疗效,值得在临床上推广应用。

5 参考文献

- [1] 中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点.中华神经科杂志,1996,29(6):379
- [2] 周仲瑛.中医内科学.2 版.北京:中国中医药出版社,2007:307
- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:84

第一作者:王红胜(1978-),男,本科学历,主治医师,从事中医脑病临床工作。jswanghs@126.com

收稿日期:2013-12-27

编辑:王沁凯 岐 轩

归 10g,生地 10g,栀子 9g,云苓 10g,白术 10g,泽泻 10g,柴胡 10g,甘草 6g,薏苡仁 20g,白鲜皮 20g。(2)慢性期。辨证为血虚风燥。症见:皮肤干燥肥厚,少量脱屑,瘙痒剧烈,抓痕血痂,舌质淡胖,苔白,脉弦细。治以养血润燥,疏风止痒。方用当归引子加减,处方:生地 15g,熟地 10g,二冬(各) 10g,当归 10g,玄参 10g,首乌 15g,枸杞子 10g,刺蒺藜 15g,蜈蚣 10g,乌梢蛇 10g,鸡血藤 20g,蜂房 20g。(3)巩固期。辨证为脾虚。症见:皮肤干燥粗糙,无或有少量脱屑,轻度瘙痒,倦怠为主,舌淡,苔薄,脉细。治以健脾益气。方用参苓白术散加减,处方:生黄芪 30g,党参 30g,云苓 10g,白术 10g,薏苡仁 15g,砂仁 6g。中药均采用我院的 BEY150R 型煎药机(天津三延精密机械公司制造)煎取药汁 300mL,早、晚各服 150mL。

2 组均治疗 30d 为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。治愈:皮疹消退,或遗有色素沉着或减退斑;好转:皮损变薄变淡,消退 30%以上,瘙痒减轻;未愈:皮损消退不足 30%。

3.2 检测指标 检测 2 组患者治疗前后血清总免疫球蛋白(Ig)E 水平、嗜酸性粒细胞(EOS)计数。

3.3 统计学方法 数据采用 SPSS13.0 统计软件处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗后临床疗效比较 例

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	43	26	12	5	88.37*
对照组	29	8	11	7	65.52

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后血清总 IgE 水平和 EOS 计数比较 见表 2。2 组治疗前血清总 IgE 水平和 EOS 计数比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 治疗组与对照组治疗前后血清总 IgE 水平和 EOS 计数的变化($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	血清总 IgE 水平 (U/mL)	EOS 计数 ($\times 10^9/L$)
治疗组	治疗前	43	1218.25 $\pm$ 342.19	0.372 $\pm$ 0.136
	治疗后	43	738.63 $\pm$ 396.43***	0.201 $\pm$ 0.108***
对照组	治疗前	29	1262.26 $\pm$ 374.12	0.386 $\pm$ 0.117
	治疗后	29	968.7 $\pm$ 471.62*	0.271 $\pm$ 0.152**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,*** $P<0.05$ 。

4 讨论

特应性皮炎是与遗传有关的,具有产生 IgE 倾向,易伴发哮喘、过敏性鼻炎的一种慢性、瘙痒性、炎症性皮肤病。流行病学调查结果表明,我国青少年中 AD 患病率在 3%左右^[3]。本病发病机制复杂,目前研究主要为遗传因素、免疫机制的失调、肥大细胞等释放的炎症递质、抗原提呈细胞导致的 T 细胞活化、IgE 受体的表达增强以及 Th2 细胞介导

的超敏反应等^[4-6]。也有报道,IgE 在局部皮肤中合成可能导致肥大细胞交联、激活,从而释放组胺、白三烯和细胞因子等介质,产生 AD 的临床症状^[7]。AD 的“异位性”表现与 IgE 有密切关系,是属于 I 型变态反应;而 AD 的皮肤表现为湿疹性病变,又可能是一种延迟性变态反应,即 IV 型变态反应^{[1]609}。AD 患者血清总 IgE 和 EOS 计数的异常增高已被证实^[8]。本研究结果显示,AD 患者经治疗后血清总 IgE 含量和 EOS 计数明显下降,也证实血清总 IgE 水平和 EOS 计数可能与 AD 临床症状严重性有密切关系。氯雷他定片是一种高效、作用持久的三环类抗组胺药,对外周 H₁ 受体有高度的选择性,可抑制肥大细胞释放白三烯、组胺等炎性介质及抗变态反应的特性,对过敏反应的速发相与迟发相均有影响^[9]。

AD 可归属于中医学“湿疮”“浸淫疮”“血风疮”“四弯风”等。中医学认为本病多因禀赋不耐,脾失健运,湿从内生,或外感湿邪,蕴结肌肤,与气血相搏结,以致气血不和,血瘀湿蕴,肌肤失养所致。病程日久,反复发作,造成“脾失健运,血生化不足”,“瘀血不去,新血不生”而致血虚,血虚化燥生风,肌肤失养而缠绵难愈,因此治宜养血润燥、活血祛风、除湿止痒。笔者依据上述原则,按照疾病的不同发展阶段辨证论治,随症加减,临床疗效明显,值得进一步研究。

5 参考文献

- [1] 赵辨.临床皮肤病学.3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:94
- [3] 顾恒,颜艳,陈昆,等.我国特应性皮炎流行病学调查.中华皮肤科杂志,2000,33(6):379
- [4] Katoh N.Future perspectives in the treatment of atopic dermatitis.J Dermatol,2009,36:367
- [5] 赵小燕,张学军,杨森.特应性皮炎发病机制的研究进展.国外医学皮肤性病学分册,2005,31(4):215
- [6] Nomura I,Gao B,Boguniewicz M,et al.Distinct patterns of gene expression in the skin lesions of atopic dermatitis and psoriasis:a gene microarray analysis.Allergy Clin Immunol, 2003,112:1195
- [7] 李菲,罗文辉.中西医结合治疗特应性皮炎 44 例总结.湖南中医杂志,2006,22(4):20
- [8] Rothe MJ,Grant-Kels JM.Atopic dermatitis:An update.J Am Acad Dermatol,1996,35:1
- [9] 陈梅,刘丹.氯雷他定对儿童支气管哮喘并变应性鼻炎的防治作用及其机制的研究.临床合理用药,2011,4(6C):21

第一作者:吴允波(1978-),男,医学硕士,主治中医师,从事中医外科疾病的临床研究工作。wuyoo123@aliyun.com

收稿日期:2014-03-18

编辑:吴宁

