

中医辨证分型治疗颜面激素依赖性皮炎 54 例 临 床 研 究

孙小勤

(扬州市中医院,江苏扬州 225002)

摘 要 目的:观察中医辨证分型治疗颜面激素依赖性皮炎的临床疗效。方法:102例颜面激素依赖性皮炎患者随机分为治疗组 54 例,对照组 48 例。治疗组采用中医辨证分型施治,对照组口服依巴斯汀。2 组患者在水肿或渗出较甚的情况下,均使用地榆煎水做冷湿敷。共治疗 4 周。分别于就诊当日及治疗第 7、14、28 天计算症状积分,观察疗效。结果:治疗第 14、28 天治疗组症状积分较治疗前明显下降($P<0.05$),也明显低于对照组治疗同时期($P<0.05$)。在治愈率、愈显率和总有效率方面治疗组均明显优于对照组($P<0.05$)。疗程结束 2 个月后进行随访,治疗组复发率 6.45%,明显低于对照组的 29.41%($P<0.05$)。结论:中医辨证分型治疗颜面激素依赖性皮炎疗效明显优于西药对照组,且安全性好,复发率低,值得临床推广运用。

关键词 颜面激素依赖性皮炎 辨证分型 中药复方 投药和剂量
中图分类号 R758.290.5 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2015)04-0031-03

由于反复或长期不规范的使用皮质类固醇激素(简称激素)外用制剂或误用含激素的化妆品而导致的激素依赖性皮炎近年来发病率呈上升趋势,已成为皮肤科临床的常见病、多发病。该病大多发生于中青年女性的面部,严重影响容颜外观,除造成面部鲜红肿胀、痒痛交作、灼热紧绷不适之皮肤疾苦外,还给患者带来极大的心理负担。笔者近年对接诊的颜面激素依赖性皮炎患者采用中医辨证

分型施治的方法,取得较为理想的疗效,并设置西药对照组做疗效比较,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 102 例颜面激素依赖性皮炎患者均来自我院皮肤科门诊,随机分为治疗组和对照组。治疗组 54 例:男 9 例,女 45 例;年龄 18~55 岁,平均年龄(31.42±3.71)岁;病程 3~60 个月,平均病程(23.34±10.12)月;外用激素制剂或含激素的化妆

手疏肝理气、健脾化痰为使。现代药理研究表明,方中诸药具有显著提高机体免疫功能、抑制肿瘤生长及缓解心理压力等作用。诸药合用,共奏益气养阴、疏肝理气、安神定志、滋养脏腑之效。

本研究结果表明,解郁汤可有效治疗恶性肿瘤伴有焦虑症辨证属肝郁气滞、气阴两虚的患者,可明显改善患者的情绪障碍,与抗抑郁西药左洛复疗效相当,同时有助于增强患者的免疫功能,且耐受性较好,无严重不良反应,是一种安全可靠的有效中药处方,值得进一步开发和研究。

参考文献

- [1] 贾镭,姜达.心理社会因素对恶性肿瘤的影响.中国肿瘤,2004,13(4):224
- [2] 中华医学会精神科分会.CCI-ID-3 中国精神障碍分类与诊断标准.3 版.济南:山东科学技术出版社,2001:225
- [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,1994:12

- [4] 沈渔屯.精神病学.3 版.北京:人民卫生出版社,1994:995
- [5] 汪向东.心理卫生评定量表手册(增订版).北京:中国心理卫生杂志,1999(增刊):121
- [6] 王双彪,姜达,张增叶.慢性应激性抑郁对荷瘤大鼠存活期及免疫功能的影响.实用肿瘤杂志,2006,21(2):118
- [7] Reiche EM, Morimoto HK, Nunes SM, et al. Stress and depression induced immune dysfunction: implications for the development and progression of cancer. Int Rev Psychiatry, 2005, 17(6): 515

第一作者:王挺挺(1987-),女,医学硕士,住院医师,从事中西医结合临床工作。wyy910_123@163.com

收稿日期:2014-10-09

编辑:王沁凯 岐 轩

品 1~36 个月,平均时间(18.44±11.36)月。对照组 48 例:男 8 例,女 40 例;年龄 18~55 岁,平均年龄(31.36±3.27)岁;病程 3~60 个月,平均病程(24.52±9.65)月;外用激素制剂或含激素的化妆品 1.5~35 个月,平均时间(17.89±10.72)月。2 组患者性别、年龄、病程以及外用激素使用时间等方面经统计学比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有入选病例临床诊断参照《美容皮肤科学》^[1]及《中医美容学》^[2]中“粉花疮”的诊断标准。(1)有外用糖皮质激素或含有激素的化妆、护理外用产品的经历;(2)外用药时间连续 1 个月或间断使用 2 个月以上;(3)已对糖皮质激素制剂或产品产生依赖性,即一旦停用后病情复发甚至反跳加重;(4)临床皮损有红斑或潮红、丘疹、水肿、皮肤萎缩、变薄、发亮、鳞屑等,严重者有毛细血管扩张、痤疮、酒糟鼻样改变、毳毛增粗增多以及色素沉着等,自觉症状有灼热、瘙痒、干燥或刺痛、遇热面部烘热、面皮干皱或紧绷感等。

中医辨证分型,笔者根据病变的发生、发展及转归,辨为 3 型。(1)风湿热毒壅盛型:症见颜面红肿,散布丘疱疹,或见脓疱疹,滋水淋漓,瘙痒难耐,口苦黏腻,舌红苔薄黄腻,脉弦滑。(2)热毒伤阴风燥型:症见颜面潮红,遇热烘热,灼热如针刺,脱屑干燥,紧绷不适,口干欲饮,舌红苔薄少,脉细小数。(3)血少津枯瘀滞型:症见红斑隐隐,颧颊红丝,色斑点点,毳毛增多,晦暗失润,痒痛交作,舌质淡紫苔薄欠津,脉细涩。

1.3 纳入标准 (1)年龄 18~55 岁,男女不限;(2)明确诊断激素依赖性皮炎并发于面部的病例;(3)中医辨证符合上述 3 个证型者;(4)近 2 周内无服用其他内服药物;(5)能按时复诊及随访者。

1.4 排除标准 合并有心、脑、肝、肾等重要脏器病变以及内分泌、造血系统严重疾病者;妊娠或准备妊娠以及哺乳期妇女;不能按要求撤除激素的使用并完成整个治疗过程者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 按中医辨证分型施治。

2.1.1 风湿热毒壅盛型 选用消风散合化斑解毒汤加减。药用桑白皮 10g,地骨皮 10g,黄芩 10g,知母 10g,丹皮 10g,赤芍 10g,银花 10g,连翘 10g,苦参 10g,牛蒡子 10g,生石膏 30g,生地 30g,蝉衣 5g,生甘草 5g。若肿甚,渗出多加冬瓜皮 10g、六一散 10g;若见脓疱加野菊花 15g、蒲公英 15g;若痒甚加白僵蚕 10g、白鲜皮 15g;若口苦,苔黄腻,肝胆湿热去桑白皮、地骨皮、生石膏,加龙胆草 10g、茵陈 15g、山栀 10g;若便溏腹胀肠胃湿热去生石膏、生地,加黄连

6g、大腹皮 10g;若面红甚,红血丝多加凌霄花 10g、槐花 10g、菊花 10g。

2.1.2 热毒伤阴风燥型 选用清瘟败毒饮加减。药用生牛角 30g,生石膏 30g,生地 30g,黄连 6g,黄芩 10g,知母 10g,淡竹叶 10g,丹皮 10g,赤芍 10g,玄参 10g,银花 10g,凌霄花 10g,菊花 10g,生甘草 3g。若见脓疱加连翘 15g、重楼 15g;若痒甚加白僵蚕 10g、蝉衣 6g、白蒺藜 15g;脱屑干燥甚加北沙参 15g、天冬 10g、麦冬 10g;红血丝重加茜草 10g、仙鹤草 15g、玫瑰花 6g。

2.1.3 血少津枯瘀滞型 选用地黄饮子加减。药用生地 15g,熟地 15g,首乌 15g,白蒺藜 15g,当归 10g,玄参 10g,丹皮 10g,赤芍 10g,玫瑰花 10g,红花 10g,菊花 10g,白僵蚕 10g,生甘草 5g。若少气懒言加黄芪 15g、党参 15g、白术 10g;若脱屑多,干燥甚加黄精 15g、麦冬 10g、玉竹 10g。

所有药物均为中药颗粒剂(江阴天江药业生产),1 剂/d,开水冲泡 200mL,分早、晚 2 次口服。

2.2 对照组 口服依巴斯汀(江苏联环药业股份有限公司生产,批号 20121001),10mg,1 次/d。

2 组患者在水肿或渗出较甚的情况下,均使用地榆煎水做冷湿敷,停止使用一切护肤用品,涂抹橄榄油作为润面。治疗期间嘱所有患者均停止使用激素制剂和含激素的化妆品或护理品,给予心理疏导,让患者明白本病的成因及后果,了解在突然撤除激素后治疗的最初 1~2 周面部可能出现较严重的皮损,消除患者的紧张和烦躁,增强战胜疾病的信心,取得较好的配合。2 组均以治疗 4 周为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于初诊当日和治疗第 7、14、28 天记录症状评分,计算疗效指数,记录不良反应。症状积分,按临床症状做以下评分——自觉症状:灼热、瘙痒、疼痛、干皱感、紧绷感,分别按无、轻、中、重计为 0~3 分;客观症状:红斑、脱屑、色素沉着、皮肤萎缩、毛细血管扩张分别按无、轻、中、重计为 0~3 分;丘疹、水疱的计数分别按无、<10、10~20、21~40、>40 个计为 0~4 分。各项症状评分相加为总积分值,治疗前和治疗结束后分别计算患者积分值。疗效指数=(治疗前积分值-治疗后积分值)/治疗前积分值×100%。^[3]

3.2 疗效标准 治愈:疗效指数≥90%;显效:疗效指数为 60%~89%;有效:疗效指数为 20%~59%;无效:疗效指数<20%。^[3]

3.3 统计学方法 数据采用 SPSS15.0 统计软件处理,计量资料用 t 检验,以 $(\bar{x}±s)$ 表示,计数资料用 χ^2 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组治疗前后症状积分变化 见表1。2组患者在入组当日症状积分差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗第7天,2组患者症状积分都略有下降,但较治疗前差异无统计学意义($P>0.05$);治疗第14、28天,治疗组症状积分明显低于治疗前($P<0.05$),亦明显低于同时期对照组($P<0.05$)。

表1 治疗组与对照组治疗前后症状积分变化比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	0d	7d	14d	28d
治疗组	54	13.72±4.21	10.54±2.78	6.98±1.94 [▲]	4.76±2.92 [▲]
对照组	48	13.14±3.95	11.33±2.93	9.46±2.10	7.55±2.69 [▲]

注:与本组治疗前比较,▲ $P<0.05$;与对照组治疗同时期比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者疗效比较 见表2。检验2组治愈率、愈显率以及总有效率($\chi^2=4.933, P<0.05; \chi^2=8.010, P<0.05; \chi^2=6.933, P<0.05$)差异均有统计学意义。

表2 治疗组与对照组疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率	总有效率
治疗组	54	31(57.41) [†]	15(27.78)	7(12.96)	1(1.85)	46(85.19) [†]	53(98.15) [†]
对照组	48	17(35.42)	12(25.00)	11(22.92)	8(16.67)	29(60.42)	40(83.33)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.5 不良反应 治疗组有4例治疗初期出现轻度腹胀,大便略稀溏,后经方中调入健脾和胃、理气除湿之药,腹胀便稀消失。对照组有5例出现嗜睡,2例出现头痛,但症状轻微没有影响疗程的完成。

3.6 复发情况 疗程结束2个月后对治愈患者进行随访。治疗组治愈的31例中有2例复发,复发率为6.45%;对照组治愈的17例中有5例复发,复发率为29.41%。2组复发率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

激素依赖性皮炎是近年来由于大量不规范的使用皮质类固醇激素外用制剂而引发的一个新病种,目前国内外的皮肤科专著尚未将该病作为一个独立的疾病加以阐述,对该病的认识我们可以从中国医师协会皮肤科分会美容专业组2009年制定的“激素依赖性皮炎诊治指南”中得到一些了解^[4]。对该病的处理,西医也只是停留在抗炎、抗过敏、止痒的层面上对症处理。笔者依据“指南”为指导,将新一代抗组胺依巴斯汀设为对照组。

本病在中医古籍中也无论述,但根据其发病特点及临床表现,有医家将其归属于“面游风”、“药毒”、“粉花疮”、“风毒”、“黧黑斑”等范畴^[5]。究其病因病机,不外风、热、湿邪蕴阻肌肤,加之滥用、久用激素类药物,致温燥化毒,毒热之邪蕴结腠理,外侵皮毛,浸淫血脉而使皮肤出现红斑、丘疹、灼热、毛细血管扩张等;热毒郁久,耗伤阴血,阴伤血燥,肌

肤失养而见皮肤干燥、脱屑、瘙痒、疼痛、干皱、紧绷感,甚至皮肤萎缩等^[6]。

依据对本病的病因病机的分析以及临床表现,将该病辨为风湿热毒壅盛型、热毒伤阴风燥型、血少津枯瘀滞型3型,这3型基本涵盖了面部激素依赖性皮炎的3个阶段,即急性期、缓解期和恢复期。由于患者反复多次应用皮质类固醇激素治疗面部炎症,对激素产生依赖性,一旦停止应用,面部炎症会反跳性加重,这时面部呈现鲜红肿胀性斑片,并可有丘疱疹、脓疱疹等以渗出为主的急性皮损,通常把有这样特征的皮肤损害称为急性期,治疗侧重于疏风清热、解毒利湿,方选消风散合化斑解毒汤加减;经过一段时期的治疗后,红斑转淡,渗出减少,肿胀消退,皮损以红斑、干燥、大量脱屑为主,这时称为缓解期,治疗以凉血解毒、滋阴润燥为主,方选清瘟败毒饮加减;当红斑变得很淡,以毛细血管扩张或色素沉着为特征损害时称为恢复期,治疗以养血润燥、活血消斑为主,方选地黄饮子加减。

本临床观察表明,应用中医辨证分型治疗面部激素依赖性皮炎,第1周时症状积分下降不明显,与对照组比较疗效不显著,从第2周开始直至疗程结束积分下降的速度和幅度都明显优于对照组,且复发率也远远低于对照组,这反映了中药调理的缓慢性、渐进性以及彻底性。通过中医的整体调理,激素依赖性皮炎的自觉症状和客观症状都得以消退或改善,表明中药有抗炎、抗敏、恢复皮肤的屏障作用。为了探索中药这一系列作用机制,并形成较为稳定的专病特色制剂,扩大样本量做更深入的临床、实验研究是我们今后的研究方向。

参考文献

- [1] 张其亮,李树莱.美容皮肤科学.北京:人民卫生出版社,2002:157
- [2] 赵永耀,黄菲莉.中医美容学.北京:人民卫生出版社,2002:242
- [3] 郝飞,钟华.他克莫司软膏治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎临床疗效观察.临床皮肤科杂志,2007,36(1):54
- [4] 中国医师协会皮肤科分会美容专业组.激素依赖性皮炎诊治指南.临床皮肤科杂志,2009,38(8):549
- [5] 王臣平,戴光辉,李更先.五花饮加减治疗阴虚血热型糖皮质激素依赖性皮炎66例临床观察.新中医,2010,42(11):66
- [6] 何斌.面部激素依赖性皮炎的辨治体会.新中医,2012,44(9):134

第一作者:孙小勤(1962-),女,本科学历,副主任中医师,研究方向为中医治疗皮肤科疾病。yzxqsun@163.com

收稿日期:2014-12-06

编辑:吴宁