

中药洗敷联合治疗婴幼儿急性湿疹 39 例临床研究

余 宏 秦 钊

(南京市六合区中医院, 江苏南京 211500)

摘 要 目的:对比观察中药自拟方外用治疗婴幼儿急性湿疹的临床疗效。方法:将 111 例患儿随机分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组,3 组分别予自拟中药颗粒剂、冷开水、3% 硼酸溶液外洗及湿敷,并均于外洗及湿敷后外涂除湿止痒软膏。3 组患儿分别于治疗第 3、7、14 天评价疗效,并比较患儿渗出症状的有效率。结果:治疗第 3、7、14 天治疗组愈显率明显高于对照 1 组($P<0.05$, $P<0.01$),治疗第 7、14 天治疗组愈显率明显高于对照 2 组($P<0.05$, $P<0.01$),治疗各时期对照 1 组和对照 2 组愈显率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗第 3、7、14 天,治疗组患儿渗出愈显率明显高于对照 1 组、对照 2 组($P<0.01$),第 7、14 天对照 2 组渗出愈显率明显高于对照 1 组($P<0.05$)。结论:中药外洗联合除湿止痒软膏治疗婴幼儿急性湿疹疗效明显优于使用冷开水或硼酸溶液外洗联合除湿止痒软膏,特别对于渗出症状,中药外洗湿敷疗效更具优势。

关键词 中药洗剂 急性湿疹 除湿止痒软膏 儿童 局部投药

中图分类号 R275.982.305

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)08-0034-03

婴幼儿湿疹俗称“奶癣”“胎毒”,是我国婴幼儿皮肤疾病中就诊排名第一的疾病^[1],临床表现以红斑、丘疹、丘疱疹、糜烂、渗出等多形性损害为主,瘙痒剧烈,易复发。西医治疗多采用激素药膏外用,不易被患儿家属接受。近年来我们采用中药自拟方外洗湿敷联合除湿止痒软膏治疗婴幼儿急性湿疹,获

得了较好的疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 111 例均为 2014 年 8 月至 2015 年 8 月我院皮肤科门诊诊治的急性湿疹患儿,按随机数字表法分为治疗组、对照 1 组和对照 2 组。治疗

新,有止血不留瘀,化瘀不伤正的特点;白及苦甘、微凉,可止血消肿、生肌敛疮;茜草苦寒,可凉血止血、活血化瘀,多用于血热妄行之多种出血证;紫草苦寒,可凉血活血、解毒透疹;锡类散为成药制品,具清热除湿、祛腐生肌之效。全方共奏清热化湿、止血生肌之功。现代药理研究显示,方中诸药具有抗炎抑菌、护膜、止血、解痉等作用。中药灌肠治疗本病,一方面有利于药物直达病所,增加治疗效果,同时还可减少口服用药的不良反应,部分轻症患者甚至可单纯使用灌肠方促使疾病缓解。

本研究结果表明,中药口服联合灌肠治疗轻中度活动期溃疡性结肠炎临床疗效确切,在改善临床症状和促进溃疡愈合方面疗效优于单用中药口服。进一步将继续观察分析该病缓解期患者中药治疗的效果,并通过总结患者不同疾病分期时的证候变化,调整中药处方配伍,以探讨中药口服联合灌肠疗法对于缓解期溃疡性结肠炎的疗效及维持缓解情况。

参考文献

- [1] 叶任高,陆再英.内科学[M].6 版.北京:人民卫生出版社,2004:406.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年·广州)[J].内科理论与实践,2013,8(1):61.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(6):891.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2012:322.

第一作者:曹婷婷(1984—),女,医学硕士,讲师,主治医师,主要从事脾胃病方向的研究。

通讯作者:叶柏,医学硕士,主任医师,教授,博士研究生导师。yebai1961@yahoo.com.cn

收稿日期:2016-04-21

编辑:吴 宁

组 39 例:男 25 例,女 14 例;年龄 3 个月~2 岁,平均年龄(1 ± 0.3)岁;病程 1~4 周,平均病程(2 ± 0.5)周;皮损分布在头面部 31 例,躯干 2 例,四肢 2 例,会阴 1 例,泛发 3 例。对照 1 组 35 例:男 17 例,女 18 例;年龄 3 个月~2 岁,平均年龄(1 ± 0.4)岁;病程 1~4 周,平均病程(1.8 ± 0.5)周;皮损分布在头面部 26 例,躯干 5 例,四肢 4 例。对照 2 组 37 例:男 21 例,女 16 例;年龄 3 个月~2 岁,平均年龄(1 ± 0.3)岁;病程 1~4 周,平均病程(2.1 ± 0.5)周;皮损分布在头面部 29 例,躯干 3 例,四肢 3 例,会阴 2 例。3 组患儿在性别、年龄、病程及疾病严重程度方面均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[2]、《中医病证诊断疗效标准》^[3]中“急性湿疹”的诊断标准拟定:皮损表现呈多样性,为多数密集的针头至粟粒大小丘疹、丘疱疹或小水疱,基底潮红,大部分患者皮损对称分布,严重者出现水疱、糜烂,有渗出倾向或渗出明显。

1.3 纳入标准 (1)2 岁以内婴幼儿;(2)符合急性湿疹的诊断标准;(3)就诊前 1 周末使用过糖皮质激素药膏;(4)家长接受本疗法并能配合实施。

1.4 排除标准 合并严重感染者;有严重系统疾病者;治疗前 2 周内服或外用糖皮质激素或非甾体类抗炎药者;病历信息不完整,诊次少于三次者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予中药自拟方颗粒剂(由苦参颗粒 10g、生大黄颗粒 6g、黄芩颗粒 10g、黄柏颗粒 12g、地肤子颗粒 10g、白鲜皮颗粒 10g、荆芥颗粒 10g、防风颗粒 6g、蒲公英颗粒 15g、蝉蜕颗粒 6g、薄荷颗粒 6g、牡丹皮颗粒 6g 组成,江阴天江药业有限公司生产)兑水外洗。每剂中药冲兑约 2000mL 开水,浓度以棕褐色为宜,分 2~4 次使用,使用时水温约 20℃,用纱布或毛巾反复蘸洗患处,每次 10~15min,有渗出者局部冷湿敷 20~30min,每日 2 次。外洗及湿敷后外涂除湿止痒软膏(成都明日制药有限公司,国药准字 Z20103068),每次 0.2g,每日 2 次。

2.2 对照 1 组 予冷开水外洗及湿敷患处后外涂除湿止痒软膏,每次 0.2g,每日 2 次。

2.3 对照 2 组 予 3%硼酸溶液蘸洗患处,每次 10~15min,有渗出者局部冷湿敷 20~30min,每日 2 次。外洗及湿敷后外涂除湿止痒软膏,每次 0.2g,每日 2 次。

3 组疗程均为 2 周。治疗期间所有患儿均禁止外用其他治疗皮炎湿疹的药物,禁止使用抗组胺药及糖皮质激素,且均嘱忌食辛辣刺激、鱼虾海鲜等发物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗第 3、7、14 天参考“湿疹面积及严重度指数”(简称 EASD)观察患儿的瘙痒程度、红斑、丘疹、渗出的改变情况,按 4 级评分法(0=无,1=轻度,2=中度,3=重度)进行疗效判定评分,参照“尼莫地平法”计算疗效指数。疗效指数=(治疗前症状体征总积分-治疗后症状体征总积分)/治疗前症状体征总积分 $\times 100\%$ 。^[4]

3.2 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。痊愈:疗效指数 $>95\%$;显效:疗效指数 $60\%\sim 95\%$;有效:疗效指数 $30\%\sim 60\%$;无效:疗效指数 $<30\%$ 。

3.3 安全性指标 每次复诊时均询问患儿治疗中出现的不良反应,记录其症状体征并给予对症治疗,有严重不良反应的患儿退出试验,分析不良反应产生原因。

3.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,组间比较采用非参数检验, $P<0.05$ 为有统计学差异。

3.5 治疗结果

3.5.1 临床疗效比较 3 组患儿经过 2 周时间的治疗后临床症状均有明显改善,治疗组愈显率更高,两对照组治疗各时期愈显率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 治疗组与对照 1 组、对照 2 组患者治疗各时期临床疗效比较 例

时间	组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率
第 3 天	治疗组	39	2	8	16	13	25.64%*
	对照 1 组	35	0	1	15	19	2.86%
	对照 2 组	37	1	2	24	10	8.11%
第 7 天	治疗组	39	9	13	15	2	56.41%***
	对照 1 组	35	1	4	19	11	14.29%
	对照 2 组	37	2	5	23	7	18.92%
第 14 天	治疗组	39	16	11	12	0	69.23%**
	对照 1 组	35	4	10	16	5	40.00%
	对照 2 组	37	5	11	17	4	43.24%

注:与同时期对照 1 组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与同时期对照 2 组比较,# $P<0.05$,### $P<0.01$ 。

3.5.2 渗出疗效比较 治疗第

3、7、14 天,治疗组患者渗出愈显率明显高于对照 1 组、对照 2 组($P<0.01$),第 7、14 天对照 2 组渗出愈显率明显高于对照 1 组($P<0.05, P<0.01$),见表 2。

说明中药外洗加湿敷对急性湿疹的渗出疗效明显优于硼酸溶

液,硼酸溶液作用优于冷开水外洗湿敷。

3.6 不良反应 治疗组 2 例头面部、3 例躯干出现皮肤色素沉着,未做特殊处理,余患者未见不适。对照 2 组 2 例面部用药初期灼热瘙痒感加重,继续外用症状逐渐消失。

4 讨论

婴幼儿湿疹是由多种因素引起的一种迟发型变态反应性皮肤病,常伴剧烈瘙痒,且易反复发作,多数患儿缺乏自制力,常因抓破皮疹而加重病情。自拟中药外洗方有清热凉血解毒、祛风除湿止痒之功。现代临床药理研究发现,氧化苦参碱、黄芩苷(素)、白鲜皮提取物能稳定肥大细胞膜,阻止和延缓肥大细胞脱颗粒过程,减少炎性介质如组胺、白三烯和前列腺素的释放^[5-7];大黄酸、丹皮总苷能抑制巨噬细胞内白三烯、前列腺素的生物合成^[8-9];薄荷醇可以改变皮肤超微结构,增加药物的透皮吸收作用^[10]。可见,组方中各药物均有较强的抗炎作用,能明显抑制局部细胞炎症介质的生成和释放,能抑制炎症物质的渗出和白细胞趋化,从而对抗血管活性胺(组胺、5-羟色胺)和降低局部炎症组织中白三烯、前列腺素的含量,达到治疗疾病的目的。

3%硼酸溶液外用具有杀菌、收敛作用,可于皮肤急性湿疹、皮炎伴大量渗出时湿敷,通过与细菌蛋白质中的氨基结合而发挥作用。除湿止痒软膏临床多用于急性、亚急性湿疹与皮炎的外用治疗^[11],外洗及湿敷后外涂除湿止痒软膏可保持局部皮疹药物治疗的持续性和有效性。

本研究结果可见,中药外洗联合除湿止痒软膏治疗婴幼儿急性湿疹疗效明显优于使用冷开水或硼酸溶液外洗联合除湿止痒软膏,特别对于渗出症状,中药外洗湿敷疗效更具优势,值得临床推广。关于中药洗剂的浓度,我们研究发现以目测棕褐色为佳,褐黑色浓度的疗效与棕褐色疗效相近但容易在婴幼儿皮肤上留下暂时性色素沉着,增加患儿家长的担心困扰,而浅褐色浓度的疗效不及棕褐色佳,

表 2 治疗组与对照 1 组、对照 2 组渗出患者渗出有效率比较 例

指标	第 3 天			第 7 天			第 14 天		
	治疗组 (23 例)	对照 1 组 (14 例)	对照 2 组 (17 例)	治疗组 (23 例)	对照 1 组 (14 例)	对照 2 组 (17 例)	治疗组 (23 例)	对照 1 组 (14 例)	对照 2 组 (17 例)
愈显例数	17	0	3	23	1	9	23	3	11
愈显率(%)	73.91 ^{***}	0.00	17.65	100.00 ^{***}	7.14	52.94 ^{**}	100.00 ^{***}	21.43	64.71 [*]

注:与同时期对照 1 组比较,^{*} $P<0.05$,^{**} $P<0.01$;与同时期对照 2 组比较,[#] $P<0.05$,^{##} $P<0.01$ 。

后续将展开关于洗剂浓度的标准化研究。同时,我们认为筛选出具有抗炎、抗菌且有抑制 I、IV 型变态反应作用的中草药组方,并配以适当的剂型在临床上治疗湿疹有着不可忽视的地位和广阔的发展前景。

参考文献

- [1] 冯小燕.儿童皮肤病 18068 例统计分析[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2014,13(6):362.
- [2] 赵辨.临床皮肤病学[M].3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001:605.
- [3] 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,1994:195.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:298.
- [5] 焦霞,沈其昀.苦参生物碱的临床及药理研究进展[J].中药新药与临床药理,2002,13(3):192.
- [6] 明彩荣,王晓男.现代医学技术观察中药抗过敏反应机理的实验研究[J].中医药学刊,2006,24(5):940.
- [7] 聂巧峰.白鲜皮提取物对动物急性炎症的抗炎作用及机理探索[D].成都:成都中医药大学,2006.
- [8] 倪弘,薛小平,杨秀竹,等.大黄酸抑制小鼠腹腔巨噬细胞炎性介质活化的作用机理[J].天津中医,2001,18(1):35.
- [9] 汤文璐,李俊,徐叔云.丹皮总甙抗炎作用的研究[J].安徽医科大学学报,1999,34(1):11.
- [10] 张志平,蔡康荣,吴铁.薄荷脑促热息痛透透胎儿皮肤实验的电镜观察及其助渗机制的探讨[J].解剖学杂志,1994,17(1):11.

第一作者:余宏(1972—),男,本科学历,副主任中医师,中医学专业。

通讯作者:秦钊,医学硕士,住院中医师。
605394855@qq.com

收稿日期:2015-12-13

编辑:吴 宁

