

中药外洗治疗小儿亚急性湿疹湿热证 30 例临床研究

王 昊

(沈阳市第七人民医院, 辽宁沈阳 110003)

摘要 目的:观察中药外洗法治疗小儿亚急性湿疹湿热证的临床疗效。方法:60例亚急性湿疹患儿根据随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组予中药汤剂外洗,对照组予复方醋酸地塞米松乳膏联合氧化锌硫软膏外涂。2组均用药1周后比较临床疗效和瘙痒程度积分、特应性皮炎严重程度(SCORAD)评分改善情况;用药后3周随访,观察复发率。结果:治疗组总有效率为96.67%,明显优于对照组的90.00% ($P<0.05$)。2组治疗前瘙痒程度积分和SCORAD评分差异无统计学意义 ($P>0.05$),治疗后2组上述评分均较治疗前明显降低 ($P<0.05$),治疗组评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。随访治疗组复发率为10.34%,明显低于对照组的37.04% ($P<0.05$)。结论:中药外洗治疗小儿亚急性湿疹湿热证疗效确切,且复发率低,值得临床推广。

关键词 湿疹 中药外洗 中药复方 儿童**中图分类号** R758.230.5**文献标志码** A**文章编号** 1672-397X(2017)11-0046-03

湿疹是临床上常见的一种变态反应性、炎症性皮肤病,其病因复杂,可发生于任何年龄段,其中婴幼儿湿疹及儿童湿疹占较大比例。本病近年来在小儿中的发病率逐渐上升并且容易转变成慢性反复发作。湿疹临床上根据皮损表现可分为急性、亚急性性和慢性,急性湿疹炎症反应减轻后或急性期末得到及时正确地处理,迁延日久而发展为亚急性湿疹。目前,治疗湿疹的方法很多,但主要是对症处理,常用的药物以糖皮质激素和抗变态反应类药物为主。由于糖皮质激素类药物存在不良反应明显及复发频率高的问题,往往不易被家长接受,小儿用药比较局限,口服药物接受程度差,因此小儿湿疹的临床治疗存在一定难度。中药外洗治疗小儿湿疹具有独特的优势,临床依从性好,本研究对我院皮肤科就诊的5岁以下亚急性湿疹湿热证患儿30例采用中药外洗治疗,并与使用复方醋酸地塞米松乳膏联合氧化锌硫软膏外涂的对照组做疗效比较,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年3月至2017年3月于我院皮肤科门诊就诊的亚急性湿疹湿热证患儿60例,随机分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组男17例,女13例;年龄2~56个月,平均年龄(18.57 ± 16.04)个月;病程20d~15个月,平均病程(3.95 ± 3.21)个月。对照组男13例,女17例;年

龄3~60个月,平均年龄(20.77 ± 15.10)个月;病程1~16个月,平均病程(4.63 ± 3.62)个月。2组患儿的一般资料经统计学比较无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[1]中亚急性湿疹的诊断标准拟定。皮损部位有较少渗出,创面可呈暗红色伴轻度糜烂,皮肤改变以丘疹、丘疱疹、鳞屑、结痂等为主,可伴有轻度浸润,剧烈瘙痒,常对称分布。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医外科学》^[2]中胎火湿热证的辨证标准拟定。主要临床表现为皮肤潮红,红斑水泡,抓痒流滋,甚则黄水淋漓、糜烂,结黄色痂皮;大便干,小便黄赤;舌苔黄腻,脉滑数。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;年龄在0~5周岁之间;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;有严重心、肝、肺、肾系统疾病者;近2周使用过激素或者抗组胺类药物者;对多种药物过敏及过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予中药汤剂外洗。处方:苦参15g,黄柏15g,黄芩20g,白鲜皮10g,地肤子15g,金银花15g,荆芥10g,防风10g,苍术10g,生地10g,蒲公英30g,土茯苓15g,薄荷10g,青黛3g,冰片1g。方法:除青黛、冰片外其余药物煎煮2次,每次加水

2000mL,文火煎煮20~30min,将2次药液混匀约3500mL,待药液冷却至38℃左右,加入青黛、冰片。对于湿疹全身泛发者全身洗泡15~20min,洗后不用清水冲洗,用软毛巾轻轻吸干体表;皮损部位仅限于头面部者用脱脂棉反复浸润药液擦洗患处后自然晾干。每日1剂,建议于晚上睡前泡洗或擦洗1次。用药期间,患儿及乳母饮食宜清淡,慎食肉蛋奶等易引起过敏的食物。

2.2 对照组 予复方醋酸地塞米松乳膏(华润三九医药股份有限公司),氧化锌软膏(四川明欣药业有限责任公司)。用法:第1、2日将地塞米松软膏与氧化锌软膏按3:1比例涂于皮损处,第3、4日将两药按1:1比例涂于皮损处,第5、6日将两药按照1:3比例涂于皮损处,第7日只用氧化锌软膏涂抹。每日2次。

2组均连续治疗1周观察疗效,停药3周后进行随访,统计复发率。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 皮损严重程度评分 2组患者治疗前后均采用特应性皮炎严重程度(SCORAD)客观评分法对皮损严重程度进行评分^[3]。

3.1.2 瘙痒程度评分 对瘙痒程度进行分级量化,根据瘙痒对患儿日常生活的影响程度,将瘙痒程度分为4级。0分:无任何瘙痒,不抓挠;1分:偶有搔抓,不影响情绪及生活;2分:经常搔抓,偶尔会伴见哭闹,不影响睡眠;3分:瘙痒剧烈,频繁抓挠,哭闹或严重影响睡眠。^[4]

3.2 疗效判定标准 痊愈:SCORAD评分较治疗前下降 $\geq 90\%$,瘙痒消失;显效:SCORAD评分较治疗前下降60%~89%,瘙痒症状明显减轻;好转:SCORAD评分较治疗前下降20%~59%,瘙痒症状有所减轻;无效:SCORAD评分较治疗前下降 $<20\%$ 。^[5]

3.3 统计学方法 数据采用SPSS 20.0版本软件进行统计分析,数值资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,数值资料符合正态性和方差齐性时,组间比较采用成组 t 检验,组内比较时采用配对 t 检验;不满足正态性和方差齐性时采用Wilcoxon、Mann-Whitney秩和检验;等级资料采用秩和检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效及复发率比较 2组临床疗效比较见表1。治疗组有效病例复发3例,复发率10.34%;对照组有效病例复发10例,复发率

37.04%。2组有效病例复发率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 治疗组与对照组临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	30	21	5	3	1	96.67 [△]
对照组	30	13	9	5	3	90.00

注:△与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后瘙痒程度积分和SCORAD积分比较 见表2。治疗前2组患者瘙痒程度积分、SCORAD积分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后2组患者瘙痒程度积分和SCORAD积分明显低于治疗前($P<0.05$),且治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。

表2 治疗组与对照组患儿治疗前后瘙痒程度积分、SCORAD评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	时间	瘙痒程度积分	SCORAD 评分
治疗组	30	治疗前	2.36 $\pm$ 0.73	74.43 $\pm$ 4.12
		治疗后	0.19 $\pm$ 0.39 [△]	21.75 $\pm$ 15.36 [△]
对照组	30	治疗前	2.34 $\pm$ 0.79	74.03 $\pm$ 3.44
		治疗后	0.95 $\pm$ 0.77 [*]	31.55 $\pm$ 21.48 [*]

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

4 讨论

湿疹的发生与遗传、环境、饮食等多方面因素有关,近年来由于人们生活方式和饮食结构的改变,以及外界环境的恶化,湿疹患儿越来越多,且有一部分孩子由于失治误治最终发展成为亚急性或者慢性湿疹,严重影响了孩子的生活及身心健康。目前西药干预以激素药膏外用、抗组胺药物口服为主。地塞米松软膏是一种糖皮质激素外用制剂,有很好的抗炎、皮肤修复作用,短期内使用不良反应低,比较适用于儿童。但复发率高是激素治疗湿疹的弊端,且长期应用激素会形成激素依赖,导致色素沉着以及继发感染,患儿家长较难接受^[6]。氧化锌软膏中的凡士林和氧化锌能与游离脂肪酸发生反应形成油酸锌和脂酸锌,能滋润、保护患儿的皮肤,同时氧化锌还有弱收敛、干燥皮肤的作用^[7-8],但是氧化锌软膏的抗炎、抗感染作用并不明显。两者联合使用能起到互补的作用,这种用氧化锌逐渐替代激素的疗法不但能起到应有的治疗效果,还能降低复发率,提高安全性。

本病属于中医学中“湿疮”“湿癣”“奶癣”“胎疮”的范畴。中医学认为小儿湿疹的病因源于先天禀赋不耐,或因孕母在妊娠期间嗜食肥甘厚味、辛辣炙煇之品,久则致使血热湿毒蕴于体内,遗于胎

儿;或后天饮食不节,伤于脾胃,脾虚湿盛;或因饮食失于调养,过早、过量进食蛋、奶等易致过敏之品或者乳母偏嗜腥辣刺激等易致过敏的食物;或居处触物;或因情志所伤。外感之风、湿、热邪趁势袭扰,客于肌肤,风为阳邪,易袭阳位,故湿疹多见于头面部;风性善行而数变,游走不定,故见皮肤呈多形性损害,皮疹初起可仅限于局部渐及他处,甚则会泛发全身;湿为阴邪,其性重浊、黏滞,易与热结,故可见皮损潮红灼热、滋水糜烂。本研究所用的中药外洗方中苦参功善清热燥湿、祛风止痒,又能解虫毒,其主要活性成分苦参碱能通过抑制磷酸酶A2 (PLA2) 的活性而发挥其消肿止痛的抗炎作用,氧化苦参碱能调节小鼠的免疫功能从而抑制小鼠变应性接触性皮炎的发生与发展^[9];黄柏善清下焦湿热,具有泻火解毒之功,其主要活性成分小檗碱具有明显抗病原微生物、抗炎解热及抑制细胞免疫的作用^[10]。两药合用共奏清热燥湿、祛风解毒止痒之功,同为君药。黄芩可清热燥湿、泻火解毒,其主要活性成分黄芩苷具有显著抗菌、抗炎、抗病毒、抗过敏及免疫抑制作用^[11];白鲜皮入肺经能祛风,入小肠经能祛湿,风湿除则气血自活,气血活则热自去也,故能发挥清热、燥湿、祛风、止痒的功效,白鲜皮水煎剂具有抗炎、抗菌的药理作用^[12];地肤子善除肤中之湿热,祛肤中之风邪而止痒,地肤子甲醇提取物能抑制肿瘤坏死因子、前列腺素E₂、一氧化氮等炎性递质的释放^[13]。上述三药为皮肤科常用药物,共为臣药。金银花清热解毒;荆芥、防风解表祛风;蒲公英清热解毒、利尿通淋、消肿散结;苍术燥湿健脾;土茯苓解毒除湿;生地养阴生津,佐治上述苦寒燥湿之药,以达燥湿不伤阴的目的;青黛清热解毒、凉血消肿,有研究表明青黛粉外用有促进皮损部位结痂的作用;冰片具有清热消肿止痛的功效;薄荷的主要成分为薄荷醇,薄荷醇能够改变皮肤超微结构,增强药物的透皮吸收作用^[14]。诸药合用,共奏清热、燥湿、解毒、祛风、止痒的功效,也共同发挥抗炎、抗菌、抗变态反应以及调节免疫的作用。

临床上治疗湿疹的中药大多为苦寒燥湿之品,汤剂苦涩难咽,加之湿疹患儿年龄大多在1岁以内,喂药困难,导致临床依从性差。中药外治法历史悠久,加之小儿皮肤薄嫩且湿疹发于体表,透皮给药能使药物直达病所且易于吸收。中药外洗治疗小儿湿疹尤为适宜,能达到事半功倍的效果。本研究结果显示,治疗组无论在总有效率、瘙痒程度缓解还是复发率方面均优于对照组,并且无明显副作用,提示疗

效显著。但是传统中药外洗疗法也有自身限制,其对草药的煎煮程序、时间、火候等都有较高的要求,随着人们生活节奏的加快,这种耗时的煎煮方法不易被人接受,已经限制了中药外洗疗法的发展,因此院内制剂顺时而生。基于本次研究,接下来我们拟以本方为基础研制开发院内制剂,同时扩大样本量,观察中药外洗联合西药外用的临床疗效、安全性和复发率等。

参考文献

- [1] 赵辨.临床皮肤病学[M].3版.南京:江苏科学技术出版社,2001:604.
- [2] 李曰庆.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2009:167.
- [3] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组,特应性皮炎协作研究中心.中国特应性皮炎诊疗指南(2014版)[J].中华皮肤科杂志,2014,47(7):511.
- [4] 赵辨.湿疹面积及严重程度指数评分法[J].中华皮肤科杂志,2004,37(1):3.
- [5] WILLIAMS H C, BURNEY P G, HAY R J, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis[J]. Br J Dermatol, 1994, 131(3):383.
- [6] 蔡晓玲.柏倍湿疹散治疗婴儿湿疹疗效观察[J].中医儿科杂志,2011,7(3):37.
- [7] 刘松岩.尤卓尔软膏联合氧化锌软膏治疗小儿湿疹的疗效[J].中国医药指南,2016,14(20):68.
- [8] 宋蓉东.复方氧化锌软膏治疗烧伤后湿疹29例分析[J].攀枝花学院学报,2013,30(3):124.
- [9] 徐国红.苦参治疗湿疹的药理作用研究[J].长春中医药大学学报,2010,26(5):781.
- [10] 胡俊青,胡晓.黄柏化学成分和药理作用的现代研究[J].当代医学,2009,15(7):139.
- [11] 徐玉田.黄芩的化学成分及现代药理作用研究进展[J].光明中医,2010,25(3):544.
- [12] 张明发,沈雅琴.白鲜皮药理作用的研究进展[J].抗感染药学,2012,9(2):95.
- [13] 蒋剑平,沈小青,范海珠.地肤子化学成分及药理活性研究进展[J].中华中医药学刊,2011,29(12):2704.
- [14] 温亚娟,项丽玲,苗明三.薄荷的现代应用研究[J].中医学报,2016,31(12):1963.

第一作者:王昊(1976—),男,医学硕士,副主任医师,研究方向为中医皮肤病学。1655733187@qq.com

收稿日期:2017-07-23

编辑:吴宁