

芒硝治急性湿疹的临床疗效探讨*

钟信刚 王梦芝 黄晓玲
(广东省东莞市长安医院皮肤科 东莞 523843)

摘要:目的:对芒硝浸泡法治疗急性湿疹的临床疗效进行探讨。方法:选取我院 2014 年 1~8 月所收治的湿疹急性发作期患者 118 例作为研究对象,随机平均分成两组,即观察组与对照组,对照组患者采取派瑞松软膏进行治疗,观察组患者采取芒硝浸泡法予以治疗,并对两组患者的临床治疗效果进行分析。结果:观察组痊愈率、总有效率分别为 50.8%、98.3%,对照组为 37.3%、89.8%,两组比较差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。治疗期间,两组患者均出现轻微不良反应,在结束治疗之后皆消失。结论:对急性湿疹患者采取芒硝浸泡法进行治疗,治疗效果明显优于派瑞松软膏,值得在临床上大力推广。

关键词:急性湿疹;芒硝;临床疗效
中图分类号:R758.23 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.020

在临床上,湿疹是一种较为常见的皮肤科疾病,该疾病是由多种因素而引发的,其中包括内因与外因,且其发病机制较为复杂^[1]。患者一旦湿疹发作,将出现严重的瘙痒,进而对患者的生存质量带来极大的影响。因此,对该疾病的治疗方法进行有效的探索是极为必要的。笔者对我院收治的 59 例急性湿疹患者采取芒硝浸泡法予以治疗,获得了较为理想的治疗效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2014 年 1~8 月收治的急性湿疹患者 118 例作为研究对象,均满足《临床诊疗指南 - 皮肤病与性病分册》中有关急性湿疹疾病的诊断标准。其中男 77 例,女 41 例;年龄 19~65 岁,平均年龄(36.5±8.7)岁;病程为 3~14 d,平均病程为(7.1±3.2) d。将全部患者随机分成观察组与对照组各 59 例,两组患者性别、年龄以及病程等一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)在皮肤科就诊的 18~65 岁患者;(2)通过临床诊断确诊为急性或亚急性湿疹者;(3)发病 2 周内,就诊时未系统运用皮质类固醇激素及在 7 d 内未外用皮质类固醇激素药物(或者是未内服抗组胺药物)者;(4)知情且签订同意书者。排除标准:(1)皮损部位在外阴部或者是头部者;(2)对芒硝药物过敏者;(3)妊娠期或哺乳期妇女;(4)皮损面积大于体表面积 5%者;(5)合并其他皮肤疾病、真菌感染、细菌感染者;(6)合并严重病或慢性疾病者,例如肾病、肝病、糖尿病等等。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采取派瑞松软膏(国药准字 H20000454)予以治疗,取适量涂抹在皮损表面,2 次/d,早晚各 1 次,持续治疗 1 个疗程,即 14 d。用药期间不外用或内服其他药物。

1.3.2 观察组 采取芒硝浸泡法予以治疗,取芒硝 100 g,加热水溶解成 5%浓度溶液,待药液温度下降到约 40℃时,将患病部位浸泡其中,30 min/次,2 次/d,早晚各 1 次,持续治疗 1 个疗程,即 14 d。用药期间不外用或内服其他药物。在此基础上,对该组患者进行综合调摄。(1)饮食方面:患者应食用容易消化且清淡的食物,忌食油腻辛辣的食物。(2)精神方面:五志过极、气郁化火,可导致心火亢盛,热入血分,再与外邪风、湿、热相合,搏结肌肤,进而导致急性湿疹的发作^[2]。因此,必须让湿疹患者保持良好的精神状态。另外,医护人员还应当告知其有关湿疹方面的知识,例如引发该疾病的原因、病情发展规律等,并解释该疾病并非是“不治之症”,说明保持良好的心理状态与精神状态对该疾病的治疗具有极为重要的作用。(3)起居方面:加强对皮肤的清洁,尽可能防止外界因素对皮肤造成的刺激,不可搔抓;不能用刺激性的物质对患处进行清洁,例如盐水、热水等,以避免继发性感染或进一步加剧皮损。洗浴的次数不可过多,特别是在冬季,洗浴尽量减少沐浴乳、香皂等的使用。

1.4 疗效判定 将皮损形态(红斑、丘疱疹、渗出、糜烂)、皮损瘙痒情况以及靶皮损面积等评分作为总积分^[3]。痊愈:与治疗前相比,治疗后的积分降低 95%以上;显效:与治疗前相比,治疗后的积分降低 70%~95%;有效:与治疗前相比,治疗后的积分降低 30%~70%;无效:与治疗前相比,治疗后的积分降低 30%以下。

1.5 统计学分析 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果分析 通过 1 个疗程的治疗,观察

* 基金项目:广东省东莞市科技计划项目(编号:201410515000297)

组痊愈率、总有效率分别为 50.8%、98.3%，对照组为 37.3%、89.8%，两组比较差异显著，具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的治疗效果情况比较						
组别	n	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	痊愈率 (%)
观察组	59	30	19	9	1	50.8
对照组	59	22	14	17	6	37.3*
						98.3*
						89.8

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.2 不良反应分析 治疗期间，观察组中有 3 例发生不良反应，均为轻度腹泻，对照组中有 7 例发生不良反应，4 例为轻度腹泻，3 例为轻度嗜睡。治疗结束之后，两组患者的不良反应均消失。

3 讨论

在临床上，急性湿疹是一种较为多见的变态反应性皮肤顽疾，是因为内源性诱发因素与外源性激发因子所导致的，一旦患上该疾病将反复发作，且无法完全地根治。临床西医指出：该疾病是一种 IV 型变态反应性疾病，在治疗上往往采取局部治疗联合全身抗过敏治疗，其中局部外用所使用的药物主要为糖皮质激素类药物^[4]。然而，患者前期使用该类药物能够获得比较好的效果，但之后其疗效将逐渐减弱，如果长时间使用还可能对患者的身体带来不良影响。从病理组织来看，急性湿疹是因各种患病因素而导致的皮肤表皮肥大细胞的钙离子内流，随着

细胞内钙离子增加，磷脂酶 A₂ 活性增高，导致各种活性介质(如肥大细胞脱颗粒、分泌组胺等)，通过分泌颗粒的形式由靶细胞排出，最终导致皮肤出现瘙痒的症状^[5]。在湿疹急性发作期间，还可能出现表皮细胞间水肿，进而导致表皮内出现水疱。

芒硝(Sodium Sulfate)是一种硫酸盐矿物，其主要的成分是硫酸钠，水溶解之后将生成硫酸根离子，作用于皮肤，可引起皮肤表皮层的渗透压上升，这对消除表皮细胞间水肿极为有利，且能够加速炎症的消散与吸收。本研究结果显示，笔者对观察组患者采取芒硝浸泡法予以治疗，同时辅助综合调摄，获得了较好的治疗效果，观察组患者的临床治愈率与总有效率均高于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。可见，对急性湿疹患者采取芒硝浸泡法进行治疗，治疗效果明显优于派瑞松软膏，且安全性高，值得在临床上大力推广。

参考文献

[1]靳萱,高如宏,乔建荣,等.芳香类药物配伍应用治疗急性、亚急性湿疹六法[J].西部中医药,2011,24(8):17-19
[2]程桃英.派瑞松联合的去炎松尿素霜在急性湿疹中疗效分析[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2012,11(6):358-359
[3]谢韶琼,万庆华,胡平.中西医结合治疗亚急性湿疹 62 例临床观察[J].河北中医,2014,36(1):56-57
[4]魏秀峰.芒硝治疗急性湿疹[J].中国民间疗法,2010,18(2):72
[5]黄晓玲,王梦芝,钟信刚,等.芒硝治疗湿疹急性发作期的疗效探讨[J].中国医药指南,2014,12(16):57-58

(收稿日期:2014-10-08)

阳和汤加味治疗痛经 53 例临床观察

翁金花 刘坤

(北京市大兴区黄村医院 北京 102613)

关键词:痛经;阳和汤;温经散寒

中图分类号:R271.113

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.021

痛经是指妇女正值经期或行经前后，出现周期性小腹疼痛或痛引腰骶，甚则剧痛昏厥，亦称经行腹痛，是妇女常见病之一。笔者根据临床观察，应用阳和汤加味治疗痛经患者(肾虚寒凝型)53 例，疗效显著。现总结如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为 2010~2011 年本院门诊收治的 53 例痛经患者，入选患者主要症状为经期或行经前后少腹冷痛而喜温喜按，或轻按即痛，重按反舒。月经量少，色黯或有块，四肢不温，形寒怕

冷，舌淡胖或胖嫩，脉沉细；伴或不伴有腰酸、带下清稀量多、面白少华、小便清长；小腹疼痛呈周期性发作，排除盆腔器质性疾病所致腹痛。患者年龄 15~47 岁：15~28 岁 36 例，29~38 岁 11 例，39~47 岁 6 例。

1.2 治疗方法 53 例痛经患者全部应用阳和汤加味治疗。组方：熟地黄 30 g、鹿角胶 10 g、白芥子 10 g、肉桂 10 g、麻黄 6 g、干姜 10 g、甘草 10 g、仙茅 15 g、阳起石 10 g、当归 15 g、益母草 15 g、牛膝 15 g。加水 1.5 L，煎煮至 400 ml 药液，每日分早、晚两次温服，每次服 200 ml，姜汁红糖水为（下转第 80 页）