

加味三黄汤湿敷辅助治疗传染性湿疹样皮炎患者疗效分析

陈勇 周琛

(广东省湛江中心人民医院皮肤性病科 湛江 524045)

摘要:目的:研究加味三黄汤湿敷辅助治疗传染性湿疹样皮炎患者疗效。方法:以 2017 年 5 月~2019 年 2 月收治的 70 例传染性湿疹样皮炎患者作为研究对象,根据随机数字表法分为联合组与对照组,各 35 例。对照组给予枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片及红蓝光照射治疗,联合组在对照组基础上联用加味三黄汤湿敷辅助治疗。对比两组临床疗效,患者湿疹面积及严重程度指数评分,皮疹、皮损消退时间,不良反应发生情况。结果:联合组治疗总有效率 91.43%,高于对照组的 71.43%($P<0.05$);治疗前,两组皮损面积、皮损严重程度和瘙痒程度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组皮损面积、皮损严重程度和瘙痒程度评分均降低,且联合组低于对照组($P<0.05$);联合组皮疹以及皮损平均消退时间短于对照组($P<0.05$);两组患者治疗期间均无不良反应发生。结论:加味三黄汤湿敷辅助治疗传染性湿疹样皮炎安全有效,可缓解患者临床症状,促进恢复。

关键词:传染性湿疹样皮炎;加味三黄汤;枸地氯雷他定;复方甘草酸苷;红蓝光照射

中图分类号:R758.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.07.024

传染性湿疹样皮炎常是临床常见皮肤病,在本病发生前,患处附近常有慢性细菌性感染病灶,如外伤感染、慢性溃疡、疖肿、窦道、瘰管等,病灶中不断排出大量分泌物,使周围皮肤受到刺激而致病^[1]。该病多见于成人,其湿疹样皮损可发生于头部、面部、躯干及四肢等部位,表现为病灶周围皮肤发红,出现密集的丘疹、水疱、脓疱,可有结痂,并逐渐向外蔓延,重时患处可肿胀糜烂、渗液,呈湿疹样改变^[2]。近年来,以红蓝光照射为主的治疗方法在传染性湿疹样皮炎中有一定的发展,但是单纯红蓝光照射疗效不理想,且疗程较长,应用具有一定的局限性^[3]。使用枸地氯雷他定片、复方甘草酸苷片等药物治疗,患者病情容易反复,而中西联用则收效颇好。传染性湿疹样皮炎在中医学中被称为“黄水疮”,为肺脾失调,风湿邪气侵入皮肤,湿热交互,阻于皮肤而致,故治疗重在清心火、利湿热^[4]。中药湿敷现已广泛应用于传染性湿疹样皮炎的治疗。本研究旨在探讨加味三黄汤湿敷辅助治疗传染性湿疹样皮炎患者的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 5 月~2019 年 2 月收治的传染性湿疹样皮炎患者 70 例作为研究对象。根据随机数字表法将患者分为联合组与对照组,各 35 例。观察组男 19 例,女 16 例;年龄 25~50 岁,平均(40.64±5.28)岁;病程 1 个月~3 年,平均(1.56±0.24)年;患病部位:四肢 18 例,头颈部 10 例,躯干 7 例。对照组男 20 例,女 15 例;年龄 21~53 岁,平均(41.08±5.19)岁;病程 5 个月~4 年,平均(1.67±0.36)年;患病部位:四肢 20 例,头颈部 8 例,躯干 7 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委

员会批准。

1.2 入组标准 纳入标准:有原发感染性病灶,确诊为传染性湿疹样皮炎;存在皮肤糜烂、红斑、丘疹、脓疱等症状;对研究使用药物无严重过敏反应;患者知情本研究,并签署知情同意书。排除标准:近 2 周内曾使用抗生素、激素或抗过敏药物治疗;患处严重感染,需采用抗生素或外科治疗;瘢痕体质;妊娠期或哺乳期。

1.3 治疗方法 对照组采用枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片及红蓝光照射治疗。枸地氯雷他定片(国药准字 H20090138)口服,1 片/1 次,1 次/d。复方甘草酸苷片(国药准字 H20073723)口服,1 次 2~3 片,3 次/d。药物治疗 1 周。红蓝光治疗仪(欧美娜,英国美光仪器公司),设置蓝光 415 nm,能量密度 48 J/cm²,红光 633 nm,能量密度 126 J/cm²,常规清洁患处,取平卧位,佩戴护目镜,距离患处约 3~4 cm 进行照射,20 min/次,1 周 2 次,红蓝光间隔时间不小于 48 h。治疗 1 周。联合组在对照组基础上,联合加味三黄汤湿敷辅助治疗。药方组成:黄连、白藓皮、黄芩、藏青果、黄柏各 30 g,地榆 100 g,加水 1 600 ml,浸泡 0.5 h,煎煮 0.5 h,取滤液冷却备用。治疗时根据皮损面积,取 100~200 ml 药液,用纱布浸湿,敷于患处,20 min/次,2 次/d。治疗 1 周。

1.4 观察指标 (1)比较两组的临床疗效。(2)比较两组湿疹面积及严重程度指数(EASI),评估患者治疗前及治疗 1 周后的病情,该评分包括皮损面积、皮损严重程度以及瘙痒程度,按照由轻至重评为 0~3 分。(3)比较两组治疗 1 周后皮疹以及皮损平均消退时间。(4)比较两组患者不良反应发生情况。

1.5 疗效判定标准 显效:皮损基本消失,无瘙痒和疼痛感,皮肤红肿、渗液等临床症状基本消失;好

转:皮损部分消失,存在轻微的瘙痒和疼痛感,临床症状明显缓解;无效:皮损无明显消失或未消失,存在严重的瘙痒和疼痛感,临床症状与治疗前相比无明显改善。总有效=显效+好转。

1.6 统计学方法 数据用 SPSS20.0 统计学软件分析。计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 联合组总有效率为 91.43%,高于对照组的 71.43%,差异有统计学意义

($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	好转	无效	总有效
联合组	35	19 (54.29)	13 (37.14)	3 (8.57)	32 (91.43)
对照组	35	15 (42.86)	10 (28.57)	10 (28.57)	25 (71.43)
χ^2					4.629
P					0.031

2.2 两组 EASI 评分比较 治疗前,两组皮损面积、皮损严重程度和瘙痒程度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后,两组皮损面积、皮损严重程度和瘙痒程度评分均较治疗前降低,且联合组低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 EASI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	皮损面积		皮损严重程度		瘙痒程度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	35	3.03± 0.64	0.97± 0.29*	3.33± 0.74	1.12± 0.31*	2.56± 0.62	0.76± 0.17*
对照组	35	3.10± 0.67	1.21± 0.38*	3.30± 0.73	1.35± 0.20*	2.52± 0.57	1.11± 0.24*
t		0.447	2.970	0.170	3.688	0.281	7.040
P		0.656	0.004	0.865	0.001	0.780	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗后皮疹和皮损消退时间比较 联合组皮疹及皮损消退时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 比较两组治疗后皮疹和皮损消退时间(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	皮疹平均消退时间	皮损平均消退时间
联合组	35	20.13± 3.24	16.78± 3.22
对照组	35	23.25± 2.94	19.89± 2.39
t		4.218	4.588
P		0.000	0.000

2.4 两组不良反应发生情况比较 治疗期间,两组患者均未出现任何不良反应。

3 讨论

现代医学认为^[5],传染性湿疹样皮炎是一种特殊的自身敏感性皮炎,发病与细菌毒素的刺激密切相关。枸地氯雷他定片是一种经分子设计的新型抗组胺药,具有较高的生物利用度以及抗炎作用,且脂溶性较强,不易透过血脑屏障,因此无明显的中枢抑制作用^[6]。复方甘草酸苷片中的甘草酸苷对患者血液中的嗜酸性粒细胞以及淋巴细胞具有较好的抑制作用,同时具有糖皮质激素样抗炎作用,可显著缓解炎性肿胀以及皮炎^[7]。红蓝光照射其红光可通过光化学反应,影响机体细胞膜以及酶的活性,增加白细胞数量以并增强抗炎作用;蓝光则通过对皮肤酶质中的卟啉消灭致病微生物,达到减轻炎症反应的目的,同时还可平衡皮肤的油脂分泌^[8]。本研究结果显示,使用枸地氯雷他定片联合复方甘草酸苷片及红蓝光照射具有一定的作用,但其疗效不佳。

中医认为传染性湿疹样皮炎是由于脾湿不运,

湿蕴化热,外受毒邪刺激致使湿热毒邪发于皮肤,即内有湿、外有毒。中药湿敷主要是通过皮肤表面的透皮给药系统使药物通过皮肤进入机体发挥作用,该方法可有效避免首过消除效应,从而使药物作用更为持久,同时减轻其不良反应^[9]。本研究结果显示,两组患者均未发生不良反应。加味三黄汤主要由黄连、白藓皮、黄芩、藏青果、黄柏以及地榆组成,其中黄连具有清热燥湿,泻火解毒之功效,《本草正义》中提出“黄连能邪降一切有余之温火,而心脾、肝、肾之热,胆、胃、大小肠之火,无不治之”;黄芩的功效与黄连类似,但现代药理学证明黄芩还具有抗感染的作用^[10];黄柏主治湿疹、瘙痒;白藓皮具有清热燥湿、祛风解毒之功效;藏青果具有抗感染之功效,现代药理学表明其对金黄色葡萄球菌具有较好的杀灭作用;地榆具有凉血止血,解毒敛疮之功效。诸药合用,具清热泻火解毒的作用。本研究结果显示,联合组治疗总有效率高高于对照组,EASI 评分、皮疹以及皮损平均消退时间均低于对照组。表明两者联用可提高疗效,缓解临床症状,促进患者恢复。究其原因,可能与西医能促进机体胶原蛋白以及白细胞生成,提升机体皮肤的自愈以及自身免疫能力,中药可清除体内湿气以及抑制外部毒邪入侵,两者协同作用发挥双倍的抗感染作用有关。综上所述,加味三黄汤湿敷辅助治疗传染性湿疹样皮炎安全有效,可缓解症状,促进患者恢复,有利于预后。

参考文献

[1]唐文龙.湿疹的中医治疗进展[C].中国中西医(下转第 72 页)

2.2 两组凝血功能比较 治疗前, 两组 CD62P、D-二聚体、PLT 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 两组 CD62P、D-二聚体水平降低, PLT 水平升高, 且观察组 CD62P、D-二聚体水平低于对照组, PLT 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组凝血功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	CD62P (ng/ml)	D-二聚体 (mg/ml)	PLT ($\times 10^9/L$)
对照组	治疗前	41	33.02 $\pm$ 2.23	2.68 $\pm$ 0.73	95.81 $\pm$ 22.41
观察组	治疗前	41	32.68 $\pm$ 2.55	2.63 $\pm$ 0.65	92.63 $\pm$ 23.93
t			0.643	0.328	0.621
P			0.522	0.744	0.536
对照组	治疗后	41	29.01 $\pm$ 2.72*	0.69 $\pm$ 0.66*	113.72 $\pm$ 33.50*
观察组	治疗后	41	22.82 $\pm$ 2.83*	0.34 $\pm$ 0.54*	145.81 $\pm$ 34.70*
t			10.098	2.628	4.260
P			0.000	0.010	0.000

注: 与同组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组治疗期间未出现明显不良反应。

3 讨论

目前, 脓毒症是由感染引起的全身炎症反应综合征, 发病机制较为复杂, 已成为临床危症研究的热点。脓毒症病理生理特征为炎症反应使血管内皮细胞受损, 进而影响血管内皮细胞的抗凝功能, 并且在内毒素及炎症介质的作用下使凝血系统异常活跃, 引发血管微血栓形成, 进而导致严重脓毒症的发生^[6-7]。

IL-6 可通过激活 T 淋巴细胞, 诱导 B 淋巴细胞分化, 并作用于组织细胞, 从而引发炎症反应; TNF- α 可参与到脓毒症的炎症反应中; CD62P 是血小板活化的特异性标志物; D-二聚体、PLT 降低是由于凝血系统活化引起的^[8]。本研究结果显示, 治疗后, 两组 CD62P、D-二聚体水平降低, PLT 水平升高, 且观察组 CD62P、D-二聚体水平低于对照组, PLT 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。表明严重脓症患者使用低分子肝素联合 CBP 治疗, 可有效降低血清 IL-6、TNF- α 水平, 改善

患者凝血功能。低分子肝素是由凝胶过滤层析分离或亚硝酸分解纯化的生物制剂, 能够抗 Xa 因子, 且见效快、持续时间长, 具有出血风险低、利用率高及半衰期较普通肝素长等优点, 可有效抑制患者体内炎症介质的释放, 减轻炎症反应, 阻断脂多糖与高分子激肽原的结合, 改善凝血功能, 以控制病情发展, 临床应用安全^[9]。有关报道显示, 低分子肝素可有效抑制内毒素传导, 进而抑制 TNF- α 的过度表达, 以减轻炎症反应^[10]。CBP 治疗可将水分、毒素及代谢废物排出体外, 为患者的肾脏减轻负担, 为后续营养支持及抗感染治疗提供条件; 还可将循环中的 IL-6、TNF- α 等炎症介质清除, 改善炎症反应, 并对单核细胞功能进行改善, 重建免疫功能, 有效控制患者的病情。综上所述, 严重脓症患者使用低分子肝素联合 CBP 治疗, 可有效降低血清 IL-6、TNF- α 水平, 改善患者凝血功能。

参考文献

[1]夏誉,叶素贞.脓症患者血清 SOD 水平与病情及预后的关系探讨[J].浙江医学,2019,41(16):1760-1763
[2]陈珊,方俊杰,郑文颖.创伤弧菌脓毒症的临床分析[J].浙江临床医学,2019,21(5):703-704
[3]江贵军,吕普君.血小板活化及其相关免疫反应在脓毒症中的作用[J].中国感染控制杂志,2019,18(3):271-276
[4]吕俊华,时雨,王丹,等.急诊脓症患者预后的相关因素分析[J].中国急救医学,2019,39(3):260-263
[5]中华医学会重症医学分会.中国严重脓毒症 / 脓毒性休克治疗指南(2014)[J].全科医学临床与教育,2015,54(4):401-426
[6]刘峰.microRNA-23b 在脓症患者外周血中的表达及与临床病理特征的相关性分析[J].现代中西医结合杂志,2018,27(4):394-397
[7]荆喜中,贾欢欢,罗挺,等.小鼠脓毒症模型的建立和评价[J].中国实验动物学报,2016,24(2):158-163
[8]孙晓琪,刘贤英,陈颖,等.血清降钙素原在脓毒症临床诊断中的应用研究[J].中华医院感染学杂志,2019,29(14):2095-2098
[9]田培刚,李建华,程青虹.低分子肝素对脓毒症大鼠肺血管内皮细胞的保护作用[J].中国老年学杂志,2019,39(7):1705-1708
[10]李新,郑晓晶,崔巍,等.低分子肝素对脓症患者血浆 TNF- α 、IL-6 及凝血功能的影响[J].疑难病杂志,2017,16(6):566-569

(收稿日期: 2019-10-13)

(上接第 49 页) 结合学会皮肤性病专业委员会.2019 首届全国湿疹皮炎皮肤过敏学术会议论文汇编.中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会:中国中西医结合学会,2019.69
[2]许研然,孙泽光,杨永熙,等.烧伤创面并发传染性湿疹样皮炎患者的临床疗效[J].中国药物经济学,2015,10(S1):144-145
[3]金汉鼎,何晓敏.中西药湿敷创伤性湿疹样皮炎 68 例疗效比较[J].中医临床研究,2015,7(24):65-66
[4]沙艳.使用红光联合中药药液冷湿敷治疗传染性湿疹样皮炎的效果观察[J].当代医药论丛,2016,14(5):155-155
[5]田金兰,方静,何鸿义,等.硅酮敷料治疗创伤性传染性湿疹样皮炎的疗效及安全性分析[J].重庆医学,2019,48(13):2234-2236,2240

[6]夏丽晔,闫小宁.除湿胃苓汤化裁联合枸橼地氯雷他定治疗脾虚湿蕴证湿疹 41 例[J].中国药业,2015,24(B12):97-98
[7]沈跃莉.复方甘草酸苷片与他克莫司软膏在湿疹和特应性皮炎治疗中的应用[J].中国医药导刊,2016,18(18):827
[8]祁鹏军,焦勇,景春花,等.红蓝光光子疗法联合马齿苋合剂冷湿敷治疗急性湿疹 55 例[J].中医研究,2019,32(11):22-24
[9]肖艳辉,杨景平,袁爱明.中西医结合治疗皮炎湿疹 56 例疗效观察[J].皮肤病与性病,2017,39(6):452
[10]高光武,李玲.黄芩提取物的抗炎作用及其作用机制研究[J].中国临床药理学杂志,2014,30(6):550-552

(收稿日期: 2019-12-04)