

自拟平玫汤加减内服治疗玫瑰糠疹(风热血燥型)患者的疗效

张建辉

(河南省长葛市疾病预防控制中心中医皮肤科 长葛 461500)

摘要:目的:探究自拟平玫汤加减内服治疗风热血燥型玫瑰糠疹患者的临床疗效。方法:选取 2019 年 2 月~2020 年 10 月收治的 98 例风热血燥型玫瑰糠疹患者为研究对象,按电脑随机数字表法分为对照组和实验组,每组 49 例。对照组给予常规西药治疗,实验组在对照组基础上给予自拟平玫汤加减内服治疗。对比两组临床效果、皮疹症状改善时间、治疗前后玫瑰糠疹严重程度评分、不良反应发生情况。结果:实验组总有效率为 91.84%,明显高于对照组的 75.51%($P<0.05$);实验组皮疹止痒、停发及消退时间均短于对照组($P<0.05$);治疗后,实验组玫瑰糠疹严重程度评分低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率对比无明显差异($P>0.05$)。结论:自拟平玫汤加减内服治疗风热血燥型玫瑰糠疹患者的效果显著,可改善皮疹症状,缩短病程时间,且具有一定的安全性。

关键词:玫瑰糠疹;风热血燥型;自拟平玫汤加减;常规西药
中图分类号:R758.64 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2021.11.052

玫瑰糠疹(Pityriasis Rosea, PR)为临床常见皮肤病,春秋为多发季节,好发于机体躯干、四肢,常覆有玫瑰色的糠状鳞屑斑丘疹。PR 发病原因可能与病毒、细菌、寄生虫等感染有关,但具体病因尚不明确。PR 病情易反复,皮损面积较大,激素类外用膏为临床常用治疗药物,涂抹方便,但治疗周期性强,疗效欠佳。中医学理论认为,玫瑰糠疹属“风热疮、风癣”等范畴,多与闭塞腠理、血热、复感风邪有关,主张以活血、清热解毒、祛风止痒为治疗原则^[1]。自拟平玫汤主要由鱼腥草、莪术、赤芍、土茯苓等多味中药材组成,可随临床症状加减,具有清热解毒、止痒、活血之功效。本研究旨在探讨自拟平玫汤加减内服治疗风热血燥型 PR 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 2019 年 2 月~2020 年 10 月收治的 98 例风热血燥型 PR 患者为研究对象,按电脑随机数字表法分为对照组和实验组,每组 49 例。实验组男 25 例,女 24 例;年龄 18~49 岁,平均(32.49±4.21)岁;病程 5~18 d,平均(10.16±0.13) d;体质量指数 18.5~23.6 kg/m²,平均体质量指数(20.35±1.53) kg/m²。对照组男 29 例,女 20 例;年龄 20~52 岁,平均(33.85±4.23)岁;病程 4~16 d,平均(10.13±0.15) d;体质量指数 18.4~24.1 kg/m²,平均体质量指数(20.52±1.56) kg/m²。两组基线资料(体质量指数、性别、病程、年龄)均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:符合《皮肤性病学》^[2]PR 诊断标准;参考《中医病证诊断疗效标准》^[3],诊断为风热血燥型;认知功能无异常;无精神疾病史;患者知情并签署知情同意书。(2)排除标准:

伴其他全身性重大疾病;依从性差;对本研究药物过敏;妊娠期或哺乳期。

1.3 治疗方法 两组均给予常规干预,采用曲安奈德益康唑乳膏、氧化锌软膏,混合外用涂抹。

1.3.1 对照组 采用常规西药治疗。给予地氯雷他定片(注册证号 H20140451)治疗,口服,5 mg/次,2 次/d。共治疗 14 d。

1.3.2 实验组 在对照组基础上加用自拟平玫汤加减内服治疗。自拟平玫汤药方组成:生地 20 g,土茯苓 20g,生石膏 20 g,鱼腥草 20 g,牡丹皮 15 g,徐长卿 15 g,莪术 15 g,地骨皮 15 g,赤芍 15 g,苦参 10 g,甘草 10 g。随症加减:热重夹瘀者加紫草 10 g;心烦口渴者加栀子 15 g;瘙痒剧烈者加蝉蜕 10 g。1 剂/d,水煎煮 40 min,取汁 300 ml,100 ml/次,3 次/d。共治疗 14 d。

1.4 观察指标 (1)两组临床疗效对比。(2)两组皮疹止痒、停发、消退时间对比。(3)两组治疗前后 PR 严重程度评分(Pityriasis Rosea Severity Score, PRSS)对比,红斑、皮屑、皮疹数、浸润依照严重程度划分为重(6 分)、中(4 分)、轻(2 分)、无(0 分),PRSS 总评分=红斑积分+皮屑积分+皮疹数积分+浸润积分,总分越高,皮损越严重。(4)两组不良反应对比,包括失眠、色素沉淀、全身不适。

1.5 疗效评估标准 疗效分为无效、有效、显著改善。显著改善:PRSS 评分降低≥75%,临床症状(瘙痒、红斑、皮损)明显改善;有效:PRSS 评分降低 30%~74%,临床症状减轻;无效:临床症状无变化或加重。总有效率=(显著改善例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件对数据进行

分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 实验组总有效率为 91.84%,明显高于对照组的 75.51%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	n	显著改善	有效	无效	总有效
实验组	49	24(48.98)	21(42.86)	4(8.16)	45(91.84)
对照组	49	20(40.82)	17(34.69)	12(24.49)	37(75.51)
χ^2					4.781
P					0.029

2.2 两组皮疹止痒、停发、消退时间对比 实验组皮疹止痒、停发、消退时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组皮疹止痒、停发、消退时间对比($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	皮疹止痒时间	皮疹停发时间	皮疹消退时间
实验组	49	4.82± 1.48	8.63± 3.45	9.62± 2.35
对照组	49	8.65± 2.52	11.75± 3.58	19.23± 2.61
t		9.174	4.393	19.154
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组 PRSS 评分对比 治疗前,两组 PRSS 评分对比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,实验组 PRSS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 PRSS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
实验组	49	21.82± 1.48	4.63± 1.42
对照组	49	21.65± 1.52	7.52± 1.53
t		0.561	9.691
P		0.576	<0.001

2.4 两组不良反应发生情况对比 两组不良反应发生率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况对比[例(%)]

组别	n	失眠	全身不适	色素沉淀	总发生
实验组	49	2(4.08)	1(2.04)	2(4.08)	5(10.20)
对照组	49	3(6.12)	2(4.08)	3(6.12)	8(16.33)
χ^2					0.798
P					0.372

3 讨论

PR 患者临床常表现为不同程度的瘙痒,出现头痛、食欲降低等不适,皮肤表面出现鳞屑、母斑、风团等,若不及时采取有效治疗措施,易加重病情。目前,临床针对 PR 患者常采用抗组胺药物治疗,可减轻症状,缓解瘙痒,但药效单一,且长时间使用易导致

色素沉淀等不良反应^[4]。

中医学理论认为,风热疮的主要病机在于肺受风热,感风热蕴,血分蕴热,发于肌肤,外热邪伤津而化燥生风,饮食辛辣、炙博或不节,风热之邪外受,肌肤阻塞不通,闭塞腠理致病发,故治疗应采取止痒、活血、清热解毒之法^[5-6]。本研究对实验组患者采用自拟平玫汤加减内服治疗,结果显示,实验组总有效率 91.84%明显高于对照组 75.51%,皮疹止痒、停发、消退时间均短于对照组($P<0.05$)。可见联合自拟平玫汤加减内服治疗 PR 患者效果显著,可缩短病程时间,加快疾病康复。自拟平玫汤中生地可清热凉血、生津、降燥去火;土茯苓可解毒除湿;生石膏可泻火清热、解肌发汗;鱼腥草可清热解毒、消炎;牡丹皮可消炎止痛、活血清热、祛瘀;徐长卿可止痒消肿;莪术可祛瘀消肿、破血行气;地骨皮可凉血、清肺降火;赤芍可清热凉血;苦参可祛风止痒;甘草可补气、调和诸药。诸药合用,共奏活血、祛风止痒、清热解毒之效。现代药理研究表明,土茯苓具有抑制炎症介质、免疫细胞等效果,可通过抑制致敏 T 淋巴细胞,减轻炎症反应;鱼腥草、牡丹皮具有提高免疫力、抗菌、抗炎、抗过敏等作用;莪术具有增强免疫功能、抗菌抗炎等作用;赤芍提取物具有抑制血小板聚集、抗炎、抗菌、抗溃疡等作用^[7]。另外,治疗后实验组 PRSS 评分低于对照组($P<0.05$),且两组不良反应发生率对比无明显差异($P>0.05$),提示加用自拟平玫汤加减内服可改善皮疹症状,且具有一定安全性。综上可知,自拟平玫汤加减内服治疗 PR 患者效果显著,可改善皮疹症状,缩短病程,且安全性较高,值得临床推广。

参考文献

[1]张宁,梁占捧,李舒,等.疏风解毒胶囊联合复方甘草酸苷片治疗玫瑰糠疹疗效观察[J].中国中医急症,2019,28(10):1832-1833.
[2]张学军.皮肤性病学[M].北京:人民卫生出版社,2008.146.
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012.275-276.
[4]曹凤娟,刘吉元,徐海环,等.308 nm 准分子激光联合口服依巴斯汀等药物治疗玫瑰糠疹的效果[J].武警医学,2019,30(11):921-923.
[5]王雅清,白美娇,吴英楠,等.中西医结合诊治玫瑰糠疹研究进展[J].山东中医杂志,2019,38(4):384-389.
[6]何素敏,吕忠敏,刘涛峰,等.凉血解毒汤联合窄谱中波紫外线照射治疗玫瑰糠疹临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(3):16-19.
[7]陈建宏,何秀玉,王欣,等.中西医结合治疗风热血燥型玫瑰糠疹临床研究[J].按摩与康复医学,2019,10(16):34-36.

(收稿日期: 2021-03-10)