

疏风解毒胶囊联合黑光治疗急性点滴状银屑病的临床观察

赵 扬¹ 于 莹¹ 白彦萍²

(1.首都医科大学大兴教学医院,北京 102600;2.中日友好医院,北京 100029)

中图分类号:R758.63 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)02-0311-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.02.033

【摘要】 目的 观察疏风解毒胶囊联合黑光治疗急性点滴状银屑病的疗效及不良反应。**方法** 将80例入选患者随机分为观察组和对照组,每组40例。观察组给予疏风解毒胶囊口服,糠酸莫米松乳膏外用,照射黑光;对照组给予糠酸莫米松乳膏外用,照射黑光。观察比较两组患者的临床疗效及不良反应情况。**结果** 观察组总有效率为95.00%,明显高于对照组的75.00%($P<0.05$)。两组治疗后各个时点的PASI评分和皮肤镜评分差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者皮损镜下的红斑背景、鳞屑、血管表现均减轻。观察组皮损在同时期的治疗效果明显优于对照组($P<0.05$)。所有患者均未出现明显不良反应。**结论** 疏风解毒胶囊联合黑光治疗急性点滴状银屑病安全可靠,疗效显著。

【关键词】 急性点滴状银屑病 疏风解毒胶囊 黑光 疗效

急性点滴状银屑病又称为发疹性银屑病,发病非常迅速,数天的时间便可以泛发至全身皮肤,皮损为0.2~0.5 cm左右的小丘疹或者是斑丘疹,通常色泽比较潮红,上覆少许白色的鳞屑,瘙痒程度不尽相同。经过适当的治疗后,一般可在数周之内大部分消退,但是也有少数患者可能转化为慢性病程^[1]。患有急性点滴状银屑病的病例数量大约占全部银屑病病例的30%。急性点滴状银屑病在儿童和青少年中更为常见^[2]。流行病学调查结果显示:上呼吸道感染、扁桃体感染是急性点滴状银屑病始发和复发的重要因素^[3-6]。

银屑病目前没有根治方法,西医的治疗方法主要是外用糖皮质激素,但长期使用激素类药物容易产生皮肤不良反应,包括色沉、局部皮肤萎缩以及毛细血管扩张等^[7]。急性点滴状银屑病在中医辨证中属于血热证。风热之邪积聚于皮肤,导致局部的气血运行不畅,气血久郁而血热,急性点滴状银屑病的红斑就是血中有热的外在表现,白色脱屑就是热盛血燥、皮肤失养所导致的。所以应以清热、凉血和活血为主要治疗原则^[8]。急性点滴型银屑病的特点是单个皮损较小且全身泛发,这导致患者外用药膏耗时费力,很不方便,黑光照射治疗可以覆盖全身皮损,且安全有效。本文研究疏风解毒胶囊联合黑光治疗急性点滴状银屑病的疗效及不良反应,探讨该方法的可行性。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:符合《中国临床皮肤病学》关于急性点滴状银屑病的诊断标准^[1];符合《中医皮肤病学》白疕(风热血毒证)的诊断;近1个月之内没有接受过系统的治疗,近2周内局部没有使用过外用糖皮质激素制剂以及维A酸类药物等。排除标准:妊娠及哺

乳期妇女;严重的精神类疾病、无法配合、意识障碍者;合并有血液系统疾病或是伴发严重的心、肝、肾疾病者。

1.2 临床资料 选择2019年8月至2021年8月首都医科大学大兴教学医院皮肤科接诊的急性点滴状银屑病患者80例,男性47例,女性33例;年龄20~78岁,平均 (48.04 ± 12.13) 岁。将入选的80患者按照随机数字表法分为观察组与对照组各40例。观察组男性23例,女性17例;年龄 (48.12 ± 12.11) 岁;急性病程 (2.14 ± 1.12) d。对照组40例,男性24例,女性16例;年龄 (47.97 ± 12.14) 岁;急性病程 (2.43 ± 1.08) d。两组患者在年龄、性别、病程及病情方面的比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者知情同意。

1.3 治疗方法 两组患者均予局部外用糠酸莫米松乳膏(湖北英林药业公司,国药准字H20074173,10 g/支),适量涂抹于患处,每日1次。接受黑光照射治疗(上海希格玛有限公司,型号:SH4B),依据患者的实际病情进行局部照射或全身照射,接受照射治疗时,让患者充分暴露患处,注意保护好眼睛以及外生殖器部位。初始剂量为 0.5 J/cm^2 ,每次增加 0.2 J/cm^2 ,最大单次剂量为 2.2 J/cm^2 ,如果皮肤出现了红斑或者灼痛瘙痒等不良反应,应减少剂量。照射治疗为每周3次,共照射3周。观察组在对照组基础上予口服疏风解毒胶囊(安徽济人药业有限公司,国药准字Z20090047,0.52 g/粒)4粒,每日3次,共治疗3周,如不足3周已愈则停止治疗。

1.4 观察项目 1)银屑病面积和严重程度指数(PASI)评分:PASI评分= $0.1\times$ 头部面积分 $\times$ 头部严重度评分 $+0.2\times$ 上肢面积分 $\times$ 上肢严重度评分 $+0.3\times$ 躯干面积分 $\times$

躯干严重度评分+0.4×下肢面积分×下肢严重度评分。红斑、鳞屑、浸润程度按照轻度到重度,可以评为0、1、2、3、4分。皮损的严重程度评估等于红斑+鳞屑+浸润程度之和。皮损的面积评分标准按照受累程度可以分为0~6分。计分方法根据皮损面积占体表面积的比例:0为0分,<10%为1分,10%~29%为2分,30%~49%为3分,50%~69%为4分,70%~89%为5分,90%~100%为6分。总的PASI评分范围为0~72分,PASI所得评分越高就代表病情越严重。2)皮肤镜的表现评分。(1)背景评分:鲜红色或亮红色背景,3分;粉红色或淡红色背景,2分;炎症后色沉为主的背景,1分;以上全无,0分。鳞屑评分:重,3分;中,2分;轻,1分;以上全无,0分。(2)血管表现评分:有环状血管或者发夹状血管表现,3分;有球状血管或者明显点状血管表现,2分;有轻度球状血管或者点状血管表现,1分;以上全无,0分。计算以上各项分值的总分,合计评定寻常型银屑病患者皮肤镜评分,总分范围0~9分。分值越高代表皮损越重。

1.5 疗效标准 根据《皮肤科分会银屑病中医治疗专家共识(2017年版)》^[9]和《红斑鳞屑性皮肤病皮肤镜诊断专家共识》^[10]制定疗效标准。疗效指数=(治疗前PASI/皮肤镜评分-治疗后PASI/皮肤镜评分)÷(治疗前PASI/皮肤镜评分)×100%。PASI/皮肤镜疗效指数>90%为痊愈;≥60%,<90%为显效;≥20%,<60%为有效;<20%为无效。有效率=(痊愈+显效+有效)例数÷总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS21.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,呈正态分布的采用 t 检验,重复测量方差分析,偏态分布的采用秩和检验。计数资料以 n 、%表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
观察组	40	2	10	26	2
对照组	40	1	6	23	10

注:与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后PASI评分与皮肤镜评分比较 见表2。两组治疗后各个时间点PASI评分与皮肤镜评分均明显下降,观察组下降程度均优于对照组($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后皮肤镜下表现比较 见图1。治疗后两组患者皮损镜下的红斑背景、鳞屑、血管表现均减轻。观察组皮损同时期的治疗效果明显优于对照组。

2.4 不良反应 两组患者在治疗过程中均未出现明

表2 两组治疗前后PASI评分及皮肤镜评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	时间	PASI评分	皮肤镜评分
观察组 ($n=40$)	治疗前	12.60±2.20	4.20±0.73
	治疗1周后	9.60±2.16 $^{\Delta}$	3.55±0.81 $^{\Delta}$
	治疗3周后	7.60±2.21 $^{\Delta}$	2.71±0.79 $^{\Delta}$
	治疗后	3.60±2.19 $^{\Delta}$	2.57±1.58 $^{\Delta}$
对照组 ($n=40$)	治疗前	12.50±2.30	4.16±0.76
	治疗1周后	11.00±2.27 *	3.99±0.83 *
	治疗2周后	9.32±2.32 *	3.58±0.89 *
	治疗3周后	7.13±2.10 *	3.18±0.94 *

注:与本组治疗前比较, $^*P<0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。下同。

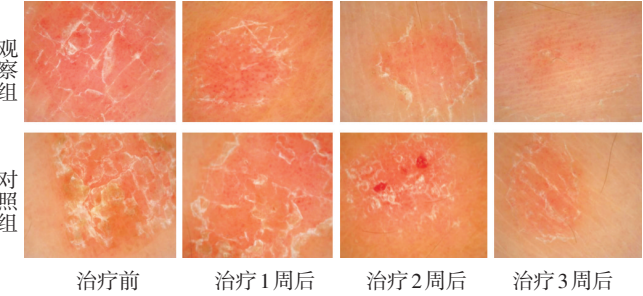


图1 两组皮肤镜照片(10倍)

显不良反应。

3 讨论

急性点滴状银屑病的皮损形态与斑块型银屑病明显不同,以小皮损且泛发为特征,造成患者外用药不方便,治疗依从性差。黑光照射治疗是一种治疗急性点滴状银屑病的安全而有效的方法,其机制是通过紫外线照射皮肤从而产生免疫调节作用,抑制角质形成细胞和淋巴细胞的增殖,进而减轻炎症反应,起到治疗作用,也是中国银屑病诊疗指南推荐的治疗方法^[11]。基于以上原因,我们开展了本次研究,观察疏风解毒胶囊联合黑光照射治疗急性点滴状银屑病的疗效及不良反应,为临床诊疗提供更多的选择方案。

本研究疗效评价方法选择PASI评分和皮肤镜评分两种方法。PASI评分是国内外比较通用的评估银屑病皮损轻重程度的标准,属于宏观评价。但是在实际操作过程中,主观性较强,不同的皮肤科医师在诊疗水平与评估经验上的差异,经常会造成评估结果的不同。皮肤镜评价是近年来新兴的检查手段,对银屑病具有很高的诊断价值^[12-14]。它可以放大皮损并具有偏振光模式,能更清晰地观察银屑病皮疹的皮肤血管类型与分布、鳞屑颜色和病变背景^[15-17]。本次研究表明,无论是经典的PASI评分还是皮肤镜评分,观察组在各个时间点的评分结果都优于对照组,且差异具有统计学意义。疏风解毒胶囊由虎杖、连翘、板蓝根、柴胡、白花败酱、马鞭草、芦根、甘草等中药制成。虎杖苦微涩,

其可祛风除湿、攻诸肿毒,还可减轻咽喉肿痛,为君药^[18]。板蓝根性寒且味苦,可凉血消斑、清热解毒。连翘性凉,可清热解毒、清热逐风、散结消肿,属治疗风热之要药。板蓝根、连翘都为臣药。芦根味甘寒,能够清降肺胃、生津止渴。败酱草味苦、辛,性凉,可以清热解毒、祛瘀止痛、消痈排脓。马鞭草性凉味苦,可清热解毒、活血散瘀。柴胡性寒味苦,可解表退热、升举阳气。柴胡、败酱草、芦根、马鞭草4味共为佐药。甘草可调诸药,为使药,可清热解毒、补脾益气、祛痰止咳。全方有清肝凉血、活血消斑、疏风解毒的功效^[19]。有研究发现,多种细胞因子和炎症因子都参与了银屑病的发病过程^[20-21],如白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-21(IL-21)、IL- γ 等细胞因子,他们可以刺激表皮细胞增殖,而增殖的角质形成细胞又会释放转化生长因子- α (TGF- α)和白细胞介素-1(IL-1)等,再次增强T细胞的活化,从而加重银屑病的皮损表现。疏风解毒胶囊能明显降低体内肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 α (IL-1 α)、白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-12(IL-12)等细胞因子的水平^[22-23]。其对大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌以及其他革兰阳性菌具有明显的抑制效果^[24]。这可能是其治疗银屑病的分子生物学基础。

通过本次研究我们得出结论:疏风解毒胶囊联合黑光治疗急性点滴状银屑病安全可靠,疗效显著。但本次研究也存在不足,今后需要进一步扩大样本量,开展多中心研究,以增加研究结果的可靠性。其次是对患者的随访时间偏短,患者停药后的复发情况和远期不良反应未做进一步统计分析,今后的研究中会延长随访时间,并对患者进行问卷调查,定期用皮肤镜拍摄照片,做好数据库工作,进行横向和纵向对比。

参 考 文 献

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社 2010.
- [2] CHIMENTI MS, CASO F, ALIVERNINI S. Amplifying the concept of psoriatic arthritis: The role of autoimmunity in systemic psoriatic disease[J]. Autoimmun Rev, 2019, 18(6): 565-575.
- [3] 魏瑾,刘梅,肖汀,等. 寻常型银屑病诱发因素分析[J]. 中国全科医学, 2011, 14(24): 2783-2785.
- [4] 赵广,冯晓玲,那爱华,等. 点滴状银屑病患者咽部菌群调查及链球菌抗体的研究[J]. 临床皮肤科杂志, 1999, 28(5): 293-294.
- [5] 陈小红,韩建德,李斌,等. 溶血性链球菌、结核分枝杆菌与银屑病相关[J]. 中山大学学报, 2006, 27(5): 541-544, 548.
- [6] 陈宏,陈群,齐鑫,等. 疏风解毒胶囊对反复呼吸道感染急性发作患儿IFN- γ 、IL-1 β 、IL-2和IL-4炎症因子的影响研究[J]. 北京医学, 2016, 38(10): 1130-1132.
- [7] 周琳. 疏风解毒胶囊治疗寻常型银屑病82例临床研究[J]. 当代医学, 2016, 22(4): 154-155.
- [8] 岳喜昂,邹勇. 自拟银屑病1号方治疗急性点滴状银屑病临床研究[J]. 皮肤病与性病, 2016, 38(1): 60-61.
- [9] 中华中医药学会皮肤科分会. 皮肤科分会银屑病中医治疗专家共识(2017年版)[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(3): 273-277.
- [10] 刘洁,邹先彪. 红斑鳞屑性皮肤病皮肤镜诊断专家共识[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2016, 32(2): 65-69.
- [11] 中华医学会皮肤性病学分会银屑病专业委员会. 中国银屑病诊疗指南(2018完整版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2019, 52(10): 667-710.
- [12] AL REFU K. Dermoscopy is a new diagnostic tool in diagnosis of common hypopigmented macular disease: A descriptive study[J]. Dermatol Reports, 2018, 11(1): 7916.
- [13] 张景龙,董小瑜,白雪,等. 从脂溢性皮炎到激素依赖性皮炎皮肤镜下特征分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2020, 19(6): 509-513.
- [14] AVILÉS- IZQUIERDO JA, CIUDAD- BLANCO C, SÁNCHEZ- HERRERO A, et al. Dermoscopy of cutaneous melanoma metastases: A color-based pattern classification[J]. J Dermatol, 2019, 46(7): 564-569.
- [15] LACARRUBBA F, MUSUMECI ML, FERRARO S, et al. A three-cohort comparison with videodermoscopic evidence of the distinct homogeneous bushy capillary microvascular pattern in psoriasis vs atopic dermatitis and contact dermatitis[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2016, 30(4): 701-703.
- [16] ERRICHETTI E, STINCO G. DERMOSCOPY as a useful supportive tool for the diagnosis of pityriasis amiantacea-like tinea capitis[J]. Dermatol Pract Concept, 2016, 6(3): 63-65.
- [17] 刘兆睿,刘洁. 毛发红糠疹皮肤镜表现[J]. 临床皮肤科杂志, 2021, 50(5): 260-263.
- [18] 欧强,宁惠明. 疏风解毒胶囊在临床疾病治疗中的应用[J]. 世界中医药, 2017, 12(10): 2539-2542.
- [19] 尚静雯,杜春伟. 疏风解毒胶囊联合消银颗粒治疗寻常型银屑病(血热证)的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(4): 714-717.
- [20] ZHANG L, YANG XQ, Cheng J, et al. Increased Th17 cells are accompanied by FoxP3+ Treg cell accumulation and correlated with psoriasis disease severity[J]. J Clinical Immunol, 2010, 135: 108-117.
- [21] GÜREL G, SABAH-ÖZCAN S. Evaluation of Toll-like receptor expression profile in patients with psoriasis vulgaris[J]. Gene, 2019, 20(702): 166-170.
- [22] 李家飞,陈长山,蒋琨. 疏风解毒胶囊治疗129例感冒后咳嗽患者的临床疗效分析及其对相关炎症因子的表达研究[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(7): 1346-1348.
- [23] 马爱霞,管欣,田磊,等. 疏风解毒胶囊和蒲地蓝消炎口服液治疗成人急性上呼吸道感染的药物经济学评价[J]. 中国医院药学杂志, 2018, 38(5): 523-528.
- [24] 李静渝. 疏风解毒胶囊口服加外用联合治疗激素依赖性皮炎临床观察[J]. 药物评价研究, 2018, 41(2): 294-297.

(收稿日期 2022-10-13)