

湿疹2号方治疗亚急性期湿热蕴肤证湿疹临床研究*

孙晓庭,戈雪婧,陈晓晖,杨耀忠

上海市宝山区吴淞街道社区卫生服务中心,上海 200940

摘要:目的:观察湿疹2号方治疗亚急性期湿热蕴肤证湿疹的临床疗效。方法:将102例湿疹患者按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各51例。对照组采用防风通圣颗粒联合复方倍氯米松樟脑乳膏治疗,观察组采用湿疹2号方联合复方倍氯米松樟脑乳膏治疗。比较两组患者的临床疗效、瘙痒消退时间及治疗前后瘙痒程度评分、临床症状评分、湿疹面积及严重指数(eczema area and severity index,EASI)评分、实验室指标[血清总IgE、嗜酸性粒细胞(eosinophil,EOS)]变化情况。结果:对照组有效率为74.5%,观察组有效率为94.1%,两组患者有效率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组瘙痒消退时间短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后皮肤瘙痒程度评分、临床症状评分及EASI评分低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后血清EOS、IgE低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:湿疹2号方治疗亚急性期湿热蕴肤型湿疹,可改善患者的临床症状,缩小湿疹面积,加速皮损消退,缓解皮肤瘙痒程度。

关键词:湿疹;湿热蕴肤证;亚急性期;湿疹2号方;防风通圣颗粒;复方倍氯米松樟脑乳膏

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2023.05.0151

中图分类号:R275.958.23 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2023)05-0746-04

Clinical Study on No. 2 Formula for Eczema in Treating Eczema with Syndrome of Dampness-Heat Accumulation in the Skin During Subacute Phase

SUN Xiao-ting, GE Xue-jing, CHEN Xiao-hui, YANG Yao-zhong

Baoshan District Wusong Street Community Health Service Center of Shanghai, Shanghai, China, 200940

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of No. 2 Formula for eczema on eczema with syndrome of dampness-heat accumulation in the skin during subacute phase. Methods: A total of 102 patients with eczema were randomly divided into the observation group and the control group, with 51 cases in each group. The control group was treated with Fangfeng Tongsheng Granules combined with Compound Beclomethasone Camphor Cream, while the observation group was treated with No. 2 Formula for Eczema combined with Compound Beclomethasone Camphor Cream. The clinical efficacy, itching resolution time, the changes of itching severity score, clinical symptom score, eczema area and severity index (EASI) score, laboratory indicators [including serum total IgE, eosinophil (EOS)] between the two groups before and after treatment were compared. Results: The effective rate of the control group was 74.5%, while that of the observation group was 94.1%. The difference between the two groups of patients was statistically significant ($P<0.05$). The time for itching to subside in the observation group was shorter than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the skin itching degree score, clinical symptom score, and EASI score of the two groups were lower than those of the same group before treatment, and the observation group's above indexes were lower than those of the control group, and all the differences were statistically significant ($P<0.05$); The serum EOS and IgE of the two groups were lower than those of the same group before treatment, and the observation group's above indexes were lower than those of the control group, and all the differences were statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: No. 2 Formula for Eczema can improve the clinical symptoms of eczema patients with syndrome of dampness-heat accumulation in the skin

* 基金项目:上海市宝山区科学技术委员会医学卫生项目(21-E-35)

during subacute phase, reduce the area of eczema, accelerate the resolution of eczema, and alleviate the itching degree of eczema.

Keywords: eczema; syndrome of dampness-heat accumulation in the skin; during subacute phase; No. 2 Formula for Eczema; Fang-feng Tongsheng Granules; Compound Beclomethasone Camphor Cream

湿疹是发生于皮肤真皮浅层的炎症,发病机制尚不清楚,一般认为可能与变态反应有关^[1]。湿疹发病人群广,我国湿疹患病率约为 7.5%,且呈逐年上升趋势^[2]。现代医学认为,湿疹发病可能与机体慢性炎症、内分泌代谢失衡、血液循环障碍等因素有关,也可由于摄入异体蛋白、吸入敏感性蛋白、外在生活环境刺激、接触动物皮毛等外部因素诱发或者加重,急性期临床表现以液体渗出、疱疹为主;慢性期表现以浸润、肥厚、苔藓样病变为主^[3-4]。

湿疹属中医学“湿疮”范畴,多由先天禀赋不足,或因风、湿、热之邪内侵所致。湿疹的典型特征是皮损对称,多形损害,瘙痒剧烈,反复发作,严重影响患者的日常生活。因此,寻求简便、安全、有效的治疗方法尤为重要^[5-7]。湿疹 2 号方是上海市基层名中医杨耀忠主任医师的经验方,临床应用此方治疗湿疹等皮肤病均取得较好疗效。笔者采用湿疹 2 号方治疗湿热蕴肤型湿疹,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 9 月至 2022 年 9 月上海市吴淞街道社区卫生服务中心诊治的 102 例湿疹患者为研究对象,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 51 例。对照组男 22 例,女 29 例;年龄(48.9±12.3)岁;病程(40.6±17.2) d。观察组男 21 例,女 30 例;年龄(49.6±13.7)岁;病程(37.9±19.7) d。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国临床皮肤病学》^[8]中亚急性期湿疹的诊断标准:炎症性丘疹、鳞屑、结痂为主,有暗红或淡红色斑块,仅伴有少数丘疱疹和糜烂,或轻度浸润,基底潮红,自觉瘙痒;由于搔抓,可能会有点状渗出及糜烂,有浆液渗出,且病变中心症状较重,逐渐向周围蔓延。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中医外科学》^[9]中湿热蕴肤证的诊断标准:急性湿疹炎症减轻之后或者急性期末及时处理,拖延较久而发生的亚急性湿疹,皮损以丘疱疹、鳞屑、结痂为主,仅有少数丘疱疹或小水泡或糜烂,亦可出现轻度浸润,自觉仍有剧烈瘙痒,心烦、口渴,身热,大便干结,小便短赤;舌质偏红,苔黄,脉以滑、数为多。

1.3 病例纳入标准 ①符合上述中西医诊断标准;

②年龄 18~70 周岁;③患者及其家属对该项研究知情并同意,并自愿签署知情同意书;④依从性高并可积极配合复诊及随访者。

1.4 病例排除标准 ①治疗前 2 周服用过激素治疗者,有药物配伍禁忌者,或者与治疗药物过敏者,或者不适宜采用本治疗方案所使用药物者;②伴有心、肝、肾及神经系统损害者;③妊娠及哺乳期妇女;④病例资料不完善、依从性较差者。

1.5 病例脱落及剔除标准 ①依从性差,不能严格按照医嘱用药者;②资料不全者;③试验过程中有相关不良反应,致使患者不能继续接受治疗者;④自动脱落失访,无治疗记录者。

1.6 治疗方法 两组患者均外涂复方倍氯米松樟脑乳膏(上海延安药业有限公司,批号:国药准字:H42021866),局部适量外涂,每日 3 次,治疗 2 周。对照组给予防风通圣颗粒(山东润中药业有限公司,批号:国药准字 Z20174069),每日 2 次,每次 1 袋,口服,连续治疗 4 周。

治疗组给予湿疹 2 号方口服,具体药物组成:荆芥 9 g,连翘 15 g,生薏苡仁 30 g,苍术 9 g,苦参 10 g,当归 9 g,浮萍 15 g,焦栀子 9 g,白鲜皮 15 g,徐长卿 15 g。若瘙痒甚者加地肤子 15 g,百部 9 g,乌梢蛇 9 g;若渗出明显者改苍术为 18 g,加滑石 20 g。由上海市宝山区吴淞街道社区卫生服务中心中药房统一代煎,每次 1 袋,每日 2 次,温服,共治疗 4 周。

1.7 疗效判定标准 痊愈:患者瘙痒体征及症状均消失;显效:瘙痒程度改善明显,相关体征改善程度显著;有效:瘙痒症状有所缓解,皮损部分消退;无效:瘙痒症状改善程度不明显,甚至有加重迹象。

有效率=(痊愈+显效+有效)/ $n \times 100\%$

1.8 观察指标

1.8.1 瘙痒程度评分 参照《中药新药临床研究指导原则》中疗效性观测评分标准:无瘙痒计 0 分;偶发,不用使用药物治疗,对日常生活没有影响计 1~3 分;阵发性瘙痒,轻重情况不一,对学习、生活等有一定程度的影响,需要药物介入治疗计 4~6 分;瘙痒剧烈,必须要使用药物干预治疗计 7~10 分。

1.8.2 瘙痒消退时间比较 记录两组患者皮肤瘙痒消退的时间,采用微信或者电话随访的形式进行询问,对瘙痒情况进行视频、拍照形式留存。

1.8.3 临床症状评分 根据患者皮损情况分为红斑、丘疹、鳞屑、抓痕等、浸润、肥厚、苔藓化。根据每

一项临床表现的无、轻度、中度、重度分别计 0 分、1 分、2 分、3 分。

1.8.4 湿疹面积及严重指数评分 采用改良湿疹面积及严重度指数(eczema area and severity index, EASI)评分法对两组患者治疗前后皮损面积及严重指数进行评分,使用烧伤手掌测量面积法,即患者五指并拢时,其单手掌面积占总体表面积的 1%,无皮损计 0 分,皮损面积为 1%~5%计 1 分,皮损面积为 6%~10%计 2 分,皮损面积为 11%~15%计 3 分,皮损面积为 16%~20%计 4 分。

1.8.5 实验室指标 采用自动细胞分析仪检测两组患者治疗前后血清总 IgE、嗜酸性粒细胞(eosinophil, EOS)水平。

1.9 统计学方法 统计学分析采用 SPSS 21.0 软件,根据数据的特点进行分类统计,即计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组湿疹患者临床疗效比较 对照组有效率为 74.5%,观察组有效率为 94.1%,两组患者有效率比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组湿疹患者临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	51	6(11.8)	10(19.6)	22(43.1)	13(25.5)	(74.5)
观察组	51	10(19.6)	23(45.1)	15(29.4)	3(5.9)	(94.1)*

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 两组湿疹患者瘙痒消退时间比较 观察组瘙痒消退时间短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组湿疹患者瘙痒消退时间比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	瘙痒消退时间
对照组	51	6.7 $\pm$ 1.8
观察组	51	4.2 $\pm$ 1.3 *

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.3 两组湿疹患者治疗前后瘙痒程度评分比较 两组患者治疗后皮肤瘙痒程度评低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组湿疹患者治疗前后
瘙痒程度评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	51	29.7 $\pm$ 6.2	10.3 $\pm$ 3.4 *
观察组	51	28.5 $\pm$ 5.7	5.2 $\pm$ 2.1 * Δ

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

2.4 两组湿疹患者治疗前后临床症状评分及 EASI 评分比较 两组患者治疗后临床症状评分及 EASI 评分低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组湿疹患者治疗前后临床症状评分及
EASI 评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	<i>n</i>	时间	临床症状	EASI 评分
对照组	51	治疗前	11.9 $\pm$ 1.8	3.3 $\pm$ 0.4
	51	治疗后	4.6 $\pm$ 0.6 *	2.2 $\pm$ 0.4 *
观察组	51	治疗前	12.5 $\pm$ 1.8	3.2 $\pm$ 0.5
	51	治疗后	1.2 $\pm$ 0.5 * Δ	1.5 $\pm$ 0.3 * Δ

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

2.5 两组湿疹患者治疗前后血清 EOS、IgE 水平比较 两组患者治疗后血清 EOS、IgE 低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组湿疹患者治疗前后
血清 EOS、IgE 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	EOS/ $\times 10^9 L^{-1}$	IgE($\rho/\mu g \cdot L^{-1}$)
对照组	51	治疗前	0.57 $\pm$ 0.29	196.3 $\pm$ 18.8
	51	治疗后	0.34 $\pm$ 0.14 *	89.7 $\pm$ 11.4 *
观察组	51	治疗前	0.58 $\pm$ 0.27	195.2 $\pm$ 19.6
	51	治疗后	0.28 $\pm$ 0.15 * Δ	77.9 $\pm$ 10.3 * Δ

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

3 讨论

湿疹在中医典籍上记载较多,如《类经·疾病类一》云:“热甚则疮痛,热微则疮痒……”《医宗金鉴·血风疮》云:“此证由肝、脾二经湿热,外受风邪,袭于皮肤,郁于肺经,致遍身生疮。形如粟米,瘙痒无度,抓破时,津脂水浸淫成片,令人烦躁、口渴、瘙痒,日轻夜甚。”湿热蕴肤证湿疹患者常因湿邪致病,湿久化热,湿热久羁,耗伤阴血,血虚化燥生风而致肌肤失养^[10]。病机以湿热为主,此阶段湿热为盛,郁滞气血,则皮肤表面多呈现潮红、丘疹、水泡易糜烂等表现,以清热、除湿、祛风、润燥为主要治疗原则^[11]。湿疹 2 号方为杨耀忠主任医师的临床经验方,根据多年临证思考,撷取古代医家对湿疹的诊疗经验,以《万病回春》中荆芥连翘汤化裁而来,荆芥连翘汤具有散风理气、泻火解毒之功效,常用于头面部红、肿、热、痛之病证及热性体质的调理。湿疹 2 号方中荆芥、连翘散风解毒,为君药;生薏苡仁、苍术、苦参、白鲜皮为臣药,以协助君药发挥解毒、祛风、止痒之效;当归、浮萍、焦栀子、徐长卿为佐使药,以清、散作用为主,发挥协同增效作用。诸药合用,共奏清热、解毒、散风之效。本方用药由始至终贯穿

风、湿、热三邪的特点进行治疗,同时根据病情的变化随证加减,取得良效。

现代医学治疗湿疹主要以抗组胺类药物、类固醇皮质激素等为主,急性期可有效控制症状,但病情容易反复发作,且会演变为亚急性或慢性湿疹^[12-13]。复方倍氯米松樟脑乳膏为中西药复方制剂,又名“无极膏”,具有抗感染、镇痛、止痒、抗菌、局部麻醉等作用,临床上常用于虫咬皮炎、荨麻疹、接触性皮炎、皮肤瘙痒等症^[14-15]。复方倍氯米松樟脑乳膏药性清凉,可增加局部涂抹的舒适感,临床应用时患者接受度较高,但值得注意的是,患者有皮肤糜烂破损严重时应禁止使用,以防止药物通过破溃组织侵入过多,导致不良反应发生^[16-17]。

现代医学研究显示^[18-20],机体在受到外界过敏原经皮肤或黏膜刺激进入机体后,可活化 B 细胞等抗原发挥信号传递作用,活化的 B 细胞对过敏原进行识别、处理后,产生白细胞介素类等炎症诱导因子^[21],如白细胞介素-4、白细胞介素-13 等,此类细胞因子在受到激发后,可刺激免疫球蛋白 E 重链恒定区的基因转录,并进一步诱导 IgE 的合成,白细胞介素-5 可刺激骨髓释放 EOS 的生成,进而引起血清 IgE、EOS 的表达量异常升高,提示血清 IgE、EOS 的变化在过敏性皮肤炎症疾病中有重要作用,为临床皮肤病炎症变化及综合诊断治疗提供了参考依据^[22-24],因此,本研究选取该 IgE、EOS 作为湿疹疗效的实验室评价指标。

综上所述,湿疹 2 号方治疗亚急性湿热蕴肤型湿疹,可改善患者的临床症状,缩小湿疹面积,加速皮疹消退,缓解皮疹瘙痒程度。

参考文献:

[1] HEATHER LEHMAN, CHRISTOPHER GORDON. The skin as a window into primary immune deficiency diseases: atopic dermatitis and chronic mucocutaneous candidiasis[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2019, 7(3): 788-798.

[2] 郭茜茜, 赵丽娜, 王佳, 等. 白鲜根皮的化学成分及其细胞毒活性研究[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(24): 4869-4877.

[3] 吴大华. 龙胆泻肝汤加减联合西药治疗急性湿疹(湿热内蕴证)的临床效果分析[J]. 养生保健指南, 2019(13): 275.

[4] 文燕玉, 张蓓, 黄莉. 润燥止痒胶囊联合左西替利嗪治疗老年脑梗死伴皮肤瘙痒 52 例临床观察[J]. 中国药业, 2018, 27(14): 50-52.

[5] 梅震, 袁小莉, 刘锡华. 盐酸左西替利嗪片联合白芍总苷胶囊治疗皮炎湿疹的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(24): 25-26.

[6] 王东风, 于杰. 龙胆泻肝汤治疗湿热型慢性湿疹的疗效[J]. 智慧健康, 2018, 4(15): 89-90.

[7] 刘春阳. 盐酸左西替利嗪片联合白芍总苷胶囊治疗皮炎湿疹

的效果分析[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2018, 25(7): 72-73, 75.

[8] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2009: 228.

[9] 李曰庆, 何清湖. 中医外科学[M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 312.

[10] 杨雪圆, 闫小宁, 蔡宛灵, 等. 韩世荣“以皮治皮”法治疗慢性荨麻疹[J]. 长春中医药大学学报, 2019, 35(5): 865-868.

[11] 冯瑞瑶, 李小鹏, 席建元, 等. 解毒除湿颗粒治疗大疱性类天疱疮湿热毒蕴证的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(1): 112-116.

[12] 滕汝枫, 梁风霞. 梁风霞运用针灸治疗湿疹经验[J]. 河南中医, 2020, 40(5): 729-732.

[13] 宋英杰, 朱晓峰, 梅雯惠, 等. 皮肤康洗液联合常规疗法治疗湿疹 Meta 分析[J]. 河南中医, 2020, 40(2): 271-275.

[14] 杨颜龙, 易松柏, 甄伟, 等. 卡介菌多糖核酸注射液联合地氯雷他定分散片治疗慢性荨麻疹 106 例疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2017, 39(1): 72-73.

[15] DI BERARDINO F, ZANETTI D, MONZANI D, et al. The atopy index inventory: a brief and simple tool to identify atopic patients [J]. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec, 2020, 82(5): 285-294.

[16] 曾卫红, 陈丽萍, 陈华清. 防风通圣颗粒外用治疗小儿皮疹性疾病的疗效观察[J]. 药品评价, 2020, 17(2): 22-23.

[17] 张莉, 陈小艳, 张妍. 防风通圣颗粒联合抗组胺药物治疗荨麻疹疗效及对自身免疫影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2021, 20(4): 350-353.

[18] 冯佩璐, 江雪, 钟颖, 等. 基于前馈控制理念的干预措施在伏立康唑治疗黏膜皮肤念珠菌病中的效果观察[J]. 西部医学, 2018, 30(7): 1015-1018, 1022.

[19] 侯其刚. 单独应用抗组胺药与联合应用抗组胺药治疗慢性特发性荨麻疹疗效比较[J]. 中国现代医药杂志, 2017, 19(7): 74-76.

[20] 蒋屏东, 孙慧, 郑渊, 等. 地氯雷他定联合卡介菌多糖核酸治疗慢性荨麻疹的临床疗效及对免疫功能的影响[J]. 贵州医药, 2017, 41(11): 1178-1179.

[21] PREIS M. Otoendoscopy in the office and operating room[J]. Otolaryngol Clin North Am, 2021, 54(1): 59-64.

[22] SHARFE N, KARANXHA A, DADI H, et al. Dual loss of p110δ PI3-kinase and SKAP (KNSTRN) expression leads to combined immunodeficiency and multisystem syndromic features[J]. J Allergy Clin Immunol, 2018, 142(2): 618-629.

[23] 陆峰, 夏敢绪, 韦冬明. 复方氟康唑制剂联合防风通圣颗粒外洗治疗婴幼儿皮肤念珠菌病的临床效果[J]. 中国医学创新, 2019, 16(32): 142-145.

[24] 郑岚, 杨茜, 王星. 上海地区 2437 例食物不耐受患儿过敏原谱检测分析[J]. 检验医学, 2018, 33(9): 786-789.

收稿日期: 2022-11-15
作者简介: 孙晓庭(1987-), 女, 上海人, 医学硕士, 主治医师。
通信作者: 杨耀忠, E-mail: 605912032@qq.com
(编辑: 倪婷婷)