

# 养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹 55 例疗效观察

胡燕燕<sup>1</sup>, 蒋如芬<sup>2</sup>

1. 宁波市鄞州区石碶街道社区卫生服务中心, 浙江 宁波 315153

2. 宁波市第一人民医院, 浙江 宁波 315010

**[摘要]** 目的: 观察养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹临床疗效。方法: 将 110 例慢性湿疹患者为研究对象, 在征得本院伦理委员会批准及患者签署知情同意后将其随机分为 2 组各 55 例, 对照组给予糠酸莫米松乳膏治疗, 观察组给予养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗, 以 2 周为 1 疗程, 持续治疗 2 疗程后比较 2 组临床疗效。结果: 治疗组治疗总有效率 92.7%, 显著高于对照组 80.0%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。经 2 疗程治疗后 2 组患者细胞因子均显著改善, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组治疗后比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后患者生活质量比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹相较于糠酸莫米松乳膏单用取得的临床疗效更佳。

**[关键词]** 慢性湿疹; 养血止痒汤; 糠酸莫米松乳膏; 中西医结合疗法

**[中图分类号]** R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0103-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.044

慢性湿疹是一种因多种内外因素共同作用所致的皮肤炎症反应, 通常情况下伴有局限性、浸润、肥厚、剧烈瘙痒、反复发作等特征, 使得患者苦不堪言<sup>[1]</sup>。目前临床针对该病症的治疗往往以西药为主, 虽然能够取得理想的短期疗效, 但是停药之后的复发情形屡见不鲜, 如何彻底治愈慢性湿疹已经成为困扰临床的一个棘手问题。中医学认为慢性湿疹的发生与湿、热、风息息相关, 所以要想彻底治愈该病症, 必须从根本着手, 通过与西药联合使用以彻底消除病根才能够避免其再次复发<sup>[2]</sup>。笔者采用养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗收治的慢性湿疹患者取得了比较理想的临床疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取宁波市鄞州区石碶街道社区卫生服务中心 2015 年 3 月—2016 年 3 月收治的 110 例慢性湿疹患者为研究对象, 在征得本院伦理委员会批准及患者签署知情同意后将其随机分为 2 组各 55 例。对照组男 31 例, 女性 24 例; 年龄 28~55 岁, 平均(36.25±1.25)岁; 病程 15 天~3 月, 平均(2.10±0.10)月; 发病部位: 头面部 18 例, 四肢窝部 15 例, 手部 12 例, 阴囊部 6 例, 肛周 4 例; 临床表现: 丘疹 22 例, 水泡 16 例, 渗出 10 例, 糜烂 7 例。观察组男 32 例, 女 23 例; 年龄 27~54 岁, 平均(36.20±1.33)岁; 病程 20 天~3 月, 平均(2.05±0.10)月; 发病部位: 头面部 17 例, 四肢窝部 15 例, 手部 11 例, 阴囊部 7 例, 肛周 5 例; 临床表现: 丘疹 23 例, 水泡 16 例, 渗出 10 例, 糜烂 6 例。2 组患者一

般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 符合《中国临床皮肤病学》、《中医病证诊断疗效标准》相关标准, 患部皮肤增厚、浸润棕红色或灰色、色素沉着; 表面粗糙、覆盖糠秕样鳞屑; 具有局限性、边缘清晰; 外周散在丘疹、丘斑疹; 自觉瘙痒; 发生于身体任意部位且病理呈慢性。中医符合《中医病证诊断疗效标准》相关标准, 病程久, 反复发作, 皮损色暗或色素沉着, 或皮损粗糙肥厚, 剧痒难忍, 遇热或肥皂水后瘙痒加重; 伴有口干不欲饮, 纳差, 腹胀; 舌淡、苔白, 脉弦细。

**1.3 纳入标准** 经临床诊断确诊为慢性湿疹者; 临床依从性好者; 无严重器质性疾病或继发感染者。

**1.4 排除标准** 急性、亚急性湿疹者; 既往有养血止痒汤、糠酸莫米松乳膏过敏史或禁忌者; 未签署知情同意书者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用糠酸莫米松乳膏(上海先灵葆雅制药有限公司, 国药准字 H19991418)治疗, 局部外用, 取本品适量涂抹于患处, 每天 1 次。

**2.2 观察组** 采取养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗, 糠酸莫米松乳膏用药方法同对照组。养血止痒汤, 处方: 生地黄、熟地黄、天冬、麦冬各 25 g, 牡丹皮、荆芥各 20 g, 当归、白蒺藜、蝉蜕、甘草各 10 g, 水煎取汁 300 mL, 分早晚 2 次饭后服用。

**[收稿日期]** 2016-08-24

**[作者简介]** 胡燕燕 (1981-), 女, 主治医师, 主要从事皮肤科研究工作。

2周为1疗程,持续治疗2疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 临床治疗总有效率;细胞因子,包括白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-10(IL-10)、干扰素- $\gamma$ (IFN- $\gamma$ )、免疫球蛋白E(IgE),于治疗前后抽取患者空腹静脉血5 mL,以2 500 r/min离心15 min后分离血清并将其置入英国康普生公司生产的KPS- 化学发光免疫分析仪中予以测定;生活质量,包括生理、心理、日常、社交、运动、工作学习、家庭、性生活、治疗,总和即为总积分,采用慢性湿疹中医生活质量(EPQOLS)评分标准予以评定,分值越高表明生活质量越差。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据国家中医药管理局颁布的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》拟定疗效标准如下:皮损及自觉症状(瘙痒、头晕眼花、心烦失眠、体倦乏力)全部消失为显效;皮

损消退 $\geq 60\%$ ,自觉症状明显改善为有效;皮损消退 $< 60\%$ ,自觉症状有所改善为无效。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组治疗总有效率92.7%,显著高于对照组80.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	55	20(36.4)	24(43.6)	11(20.0)	80.0
观察组	55	35(63.6)	16(29.1)	4(7.3)	92.7 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组细胞因子比较 见表2。治疗前2组患者IL-2、IL-4、IL-10、IFN- $\gamma$ 、IgE之间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经2疗程治疗后2组患者细胞因子均显著改善,与治疗前比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2组治疗后比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.4 2组生活质量评分比较 见表3。2组治疗后患者生活质量比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组细胞因子比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	IL-2	IL-4	IL-10	IFN- $\gamma$	IgE
对照组	55	治疗前	180.50 $\pm$ 5.75	514.66 $\pm$ 6.36	505.10 $\pm$ 8.25	186.45 $\pm$ 4.55	500.11 $\pm$ 9.19
		治疗后	144.33 $\pm$ 6.15 <sup>①</sup>	331.40 $\pm$ 6.50 <sup>①</sup>	365.34 $\pm$ 9.17 <sup>①</sup>	279.88 $\pm$ 5.32 <sup>①</sup>	355.12 $\pm$ 9.61 <sup>①</sup>
观察组	55	治疗前	180.65 $\pm$ 5.80	513.87 $\pm$ 6.40	507.33 $\pm$ 8.33	185.30 $\pm$ 4.60	499.87 $\pm$ 9.32
		治疗后	119.46 $\pm$ 6.23 <sup>②</sup>	277.87 $\pm$ 6.99 <sup>②</sup>	282.77 $\pm$ 8.45 <sup>②</sup>	321.44 $\pm$ 5.46 <sup>②</sup>	299.49 $\pm$ 9.40 <sup>②</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组比较,② $P < 0.05$

表3 2组生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	生理	心理	日常	社交	运动	工作学习	家庭	性生活	治疗	总积分
对照组	55	1.35 $\pm$ 0.24	1.88 $\pm$ 0.21	1.03 $\pm$ 0.15	0.72 $\pm$ 0.22	0.59 $\pm$ 0.11	1.60 $\pm$ 0.20	1.12 $\pm$ 0.15	0.29 $\pm$ 0.11	0.89 $\pm$ 0.12	9.48 $\pm$ 0.35
观察组	55	0.88 $\pm$ 0.20	1.30 $\pm$ 0.18	0.68 $\pm$ 0.12	0.55 $\pm$ 0.23	0.23 $\pm$ 0.04	0.95 $\pm$ 0.22	0.67 $\pm$ 0.18	0.10 $\pm$ 0.02	0.46 $\pm$ 0.10	5.82 $\pm$ 0.27 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

### 5 讨论

慢性湿疹的病因及致病机理十分复杂,涵盖了体内及体外多种因素,并且该病症多发生于过敏体质人群。除此之外,临床研究证实慢性湿疹的发生与神经功能障碍、内分泌失调、消化不良、新陈代谢异常息息相关,进一步增加了该病症治疗的难度<sup>[3]</sup>。糠酸莫米松乳膏是目前临床治疗慢性湿疹最常采用的局部外用糖皮质激素药物,将其涂抹患处可发挥出抗炎、抗过敏、止痒及减少渗出等作用<sup>[4]</sup>。然而在长期应用过程中发现,单纯采用该药物治疗尽管可以取得较为理想的短期疗效,但是停药后复发情形十分普遍,致使病情出现反复或进一步恶化,降低其生活质量。随着中医学理论不断丰富完善,中医学专家指出慢性湿疹主要是由于营血不足、湿热逗留以致血虚伤阴、化燥生风、风燥湿热郁结、肌肤失养所致<sup>[5]</sup>。通过内服养血止

痒汤以祛除病根,辅之以糠酸莫米松乳膏外用,可显著提高临床治疗效果,为慢性湿疹的治疗提供了全新思路。本次研究中观察组治疗总有效率92.7%,显著高于对照组80.0%,结果表明养血止痒汤与糠酸莫米松乳膏联用取得的治疗效果更佳。疗程结束后2组患者细胞因子与治疗前相比较均得到了显著改善,观察组患者改善效果更为理想,与对照组相比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。而随着细胞因子的改善,观察组患者生活质量同样得到了显著提升。其原因在于细胞因子为机体免疫系统的重要调节因子,通过不同细胞因子之间的相互调节,促进细胞介导的免疫应答<sup>[6]</sup>。当免疫系统逐步恢复正常后,慢性湿疹患者对于病症诱发因素的抵抗能力大幅提升,有效的避免了停药之后复发情形的再次发生。综上所述,养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹相较于糠酸莫米松乳膏单用取

得的临床疗效更佳,可作为临床治疗的优选方案加以推广使用。

### [参考文献]

- [1] 许文,冯爱民,周红,等. 糠酸莫米松乳膏联合卡泊三醇软膏治疗慢性湿疹及神经性皮炎的效果[J]. 广东医学, 2015, 36(1): 130-132.
- [2] 张丽,丁小珍. 中药洗剂联合糠酸莫米松乳膏治疗淤积性皮炎疗效观察[J]. 长江大学学报:自然科学版, 2016, 15(12): 61-63.
- [3] Urrutia S, Roustan G, Plazas MJ, et al. Oral Alitretinoin in the Treatment of Severe Refractory Chronic

Hand Eczema in the Spanish National Health System: Description and Analysis of Current Clinical Practice[J]. Actas dermo-sifiligráficas, 2016, 107(2): 142-148.

- [4] 方治翔,何咏,邓列华. 糠酸莫米松乳膏联合复方甘草酸苷片治疗慢性湿疹临床近期疗效观察[J]. 中国医药科学, 2014, 10(6): 104-106.
- [5] 缪仕栋. 中西医结合治疗 218 例慢性湿疹疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2014, 14(1): 28-33.
- [6] 胡海燕,崔小莉. 糠酸莫米松乳膏联合丝塔芙保湿露、肤舒止痒膏治疗婴幼儿湿疹[J]. 交通医学, 2016, 17(3): 260-261.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)

## 解毒祛风凉血方治疗过敏性紫癜风盛血热证 36 例临床观察

杨红蓉,刘品莉,于斌,张娜,韩俊丽,肖晶,贾谷,李新鹏,侯鸿燕

山西省中医院血液科,山西太原 030000

**[摘要]** 目的:观察解毒祛风凉血方治疗过敏性紫癜(HSP)风盛血热兼血瘀证的临床疗效。方法:将 72 例过敏性紫癜风盛血热兼血瘀证患者随机分为治疗组和对照组各 36 例。对照组给予西药治疗,治疗组给予解毒祛风凉血方治疗,2 组均连续用药 3 周。治疗后观察 2 组症状的改善情况和实验室指标的恢复情况,以及皮肤紫癜的消退时间、蛋白类饮食和活动开放时间、D-二聚体水平的降低情况。结果:治疗组总有效率 91.67%,对照组总有效率 72.22%。2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组皮肤型、关节型及混合型患者皮肤紫癜的消失时间均短于对照组( $P < 0.05$ );蛋白类饮食与活动开放时间均早于对照组( $P < 0.01$ )。治疗前,2 组 D-二聚体增高例数比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后 1、3 周后,2 组 D-二聚体增高例数均较治疗前减少( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ )。结论:解毒祛风凉血方治疗 HSP 风盛血热兼血瘀证,临床疗效优于使用西药治疗,且用药安全。

**[关键词]** 过敏性紫癜(HSP);风盛血热证;血瘀证;解毒祛风凉血方;临床观察

**[中图分类号]** R554<sup>+</sup>.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)12-0105-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.045

过敏性紫癜(HSP)是以累及全身小血管为主要特点的免疫性血管炎。以皮肤紫癜、游走性肌肉关节肿痛、腹痛等为主要表现,一年四季均有发病,以春秋两季居多<sup>[1]</sup>。西医主要以抗过敏药物、糖皮质激素等治疗为主,因病情易反复、副作用大而成为治疗难点。笔者采用解毒祛风凉血方治疗 HSP 风盛血热兼血瘀证,获满意疗效,现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月—2016 年 3 月在本院血液

科门诊及住院部接受治疗的 72 例 HSP 风盛血热兼血瘀证患者为研究对象,随机分为治疗组和对照组各 36 例。治疗组男 19 例,女 17 例;年龄 7~34 岁,平均(16.51±9.23)岁;病程 3~14 天,平均(10.25±4.71)天;病理类型:皮肤型 19 例,关节型 2 例,混合型 15 例。对照组男 21 例,女 15 例;年龄 8~36 岁,平均(15.63±8.71)岁;病程 4~13 天,平均(10.94±3.86)天;病理类型:皮肤型 20 例,关节型 3 例,混合型 13 例。2 组性别、年龄、病程及病理类型等一般资料比

[收稿日期] 2016-08-17

[作者简介] 杨红蓉(1967-),女,副主任医师,主要从事中西医结合治疗血液系统疾病临床工作。