

普连膏治疗慢性湿疹的临床疗效

徐媛媛

宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院 宁夏 750021

【摘要】目的: 分析丙烯软膏治疗慢性湿疹的临床疗效。方法: 选取2020年5月~2021.01年5月收治的92例慢性湿疹患者作为研究对象。随机分为对照组和治疗组, 每组46例。两组均给予基础治疗, 对照组给予凡士林治疗, 治疗组给予阮病毒软膏治疗。分析两组患者的治疗效果。**结果:** 观察组采用普连膏治疗后, 其血清Th细胞相关细胞因子水平变化、临床症状评分、临床疗效、不良反应发生率均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 在慢性湿疹患者治疗过程中, 采用普连膏治疗能取得较佳的效果, 可有效调节患者血清Th细胞相关细胞因子水平, 改善相关症状, 提升临床疗效, 且安全性较高。

【关键词】 普连膏; 慢性湿疹; Th细胞; 细胞因子

Clinical Efficacy of Pulian Ointment in the Treatment of Chronic Eczema

Yuanyuan Xu

Ningxia Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ningxia Yinchuan 750021

Abstract: Objective: To analyze the clinical efficacy of propylene ointment in the treatment of chronic eczema. Methods: 92 patients with chronic eczema admitted from May 2020 to January 2021 were selected as the research objects and randomly divided into a control group and a treatment group, with 46 cases in each group. Both groups were given basic treatment, the control group was given Vaseline treatment, and the treatment group was given prion ointment treatment. The treatment effects of two groups of patients were analyzed. Result: After treatment with Pulian ointment, the observation group showed better changes in serum Th cell related cytokine levels, clinical symptom scores, clinical efficacy, and incidence of adverse reactions compared to the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). Conclusion: In the treatment process of chronic eczema patients, the use of Pulian ointment can achieve better results, effectively regulate the levels of Th cell related cytokines in patients' serum, improve related symptoms, enhance clinical efficacy, and have high safety.

Keywords: Pulian ointment; Chronic eczema; Th cells; Cell factor

湿疹归属中医“湿疮”、“湿毒”等范畴。多由于平素湿热内蕴, 复受风邪后, 两邪搏结于内, 化燥生风致痒或者湿热久郁而生虫致痒, 因此湿热除, 则痒痒止。目前西医主要采用糖皮质激素、抗组胺剂、免疫调节剂、抗菌药等综合对症治疗, 虽然短期内能够缓解症状, 但存在皮肤萎缩、代谢紊乱、色素沉着、激素依赖等各种不良反应, 限制了临床上长期和广泛用药。中医药在治疗湿疹上有显著疗效且更为安全。皮肤病在治疗过程中, 不仅需要内治, 更需要外治。外治法在皮肤病治疗中占有很重要的地位, 故有外科之法, 最重外治说法。中药外治湿疹具有直达病所, 迅速止痒, 剂型变化灵活等特点, 非常适合湿疹的多形性损害伴瘙痒剧烈特征^[1]。基于此, 本文研究了普连膏治疗慢性湿疹的临床疗效, 现报告如下:

1 对象和方法

1.1 对象

选取2020年5月至2021年5月在我院接受治疗的92例慢性湿疹患者作为研究对象。按随机数字表法分为对照组: 46例, 男25例, 女21例。年龄23-75岁, 平均(50.14±4.61)岁。病程2个月-2年, 平均(8.92±0.14)个月; 治疗组: 46例, 男28例, 女18例。年龄21-76岁, 平均(50.07±4.63)岁。病程3个月-3年, 平均(9.22±0.17)个月。两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

诊断标准: 西医诊断标准: 参照《中国临床皮肤学》中相关标准制订慢性湿疹的诊断标准如下: 皮损为多形性, 常对称分布, 以潮红、红斑、丘疹、水疱、丘疱疹为主, 甲周皮肤肿胀, 指甲可增厚不规则。当急性发作时可有明显渗出, 慢性者则有浸润肥厚, 皮损灼热, 呈反复发作, 瘙痒严重。

纳入标准: ①符合上述慢性湿疹的西医诊断标准患者; ②12岁以上, 60岁以下; ③无药物过敏史; ④经患者同意并签署知情同意书, 且医学伦理委员会对该研究进行了审查。

排除标准: ①患者在治疗前长期服用皮质类固醇药物和免疫抑制药物一个月; ②存在合心脑血管疾病及严重肝肾疾病患者; ③对本品相关内服中药成分过敏或不耐受者; ④急性期伴糜烂、渗出者; ⑤合并其他皮肤病或感染性疾病患者; ⑥妊娠、哺乳患者; ⑦合并认知功能障碍和精神病的患者。

1.2 方法

基础治疗: 两组患者均给予复方甘草酸苷片(生产单位: 西安利君制药有限公司; 批准文号: 国药准字H20093006, 规格为每片25mg), 50mg, 口服, 每日3次; 盐酸左西替利嗪片(生产单位: 湖南九典制药股份有限公司, 国药准字H20084566, 规格为每片5mg), 5mg, 睡前口服,

每日 1 次; 2 周为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。

对照组患者给予凡士林在皮损处进行涂抹, 每日 2 次; 治疗组患者给予普连膏 (黄芩末 1 份, 黄柏末 1 份, 凡士林 8 份), 充分调匀, 在皮损位置进行涂抹, 每日 2 次; 2 周为 1 个疗程, 两组患者均连续治疗 4 周 (2 个疗程)。治疗期间禁忌辛辣腥发及刺激性之物, 避免热肥皂水烫洗, 少接触水。

1.3 观察指标

①检测两组患者治疗前及治疗 2 个疗程后血清 Th 细胞相关细胞因子水平变化, 共包括

干扰素- γ (IFN- γ)、白介素-2(IL-2)、白介素-4(IL-4)和白介素-10(IL-10), 均采用全自动生化分析仪检测; ②比较两组治疗前及治疗 4 周后严重程度指数评分、瘙痒程度评分、临床疗效以及治疗过程中出现的不良反应。

1.4 疗效标准

1.4.1 患者湿疹面积及严重程度采用严重程度指数 (EA-SD) 评分法评价患处皮损症状的严重程度, 具体的计算方法如下:

①湿疹严重程度: 临床症状表现分四项, 即: 红斑 (E)、丘疱疹 (I)、糜烂 (Er)、渗出 (C)。

每种症状的严重度均以无、轻、中、重四个级别, 分别计 0~3 分, 各种症状分值之间可记

0.5 分, 0 分 = 无、1 分 = 轻、2 分 = 中、3 分 = 重。

②皮损面积评分: 将全身分为头 / 颈 (H), 上肢 (UL), 躯干 (T) 和下肢 (LL) 4 个部分。皮损面积以患者手掌为 1% 大小进行估算, 在计时时按皮损面积所占该部位面积的比例计分。皮损面积所占比例分值为 0~6 分, 0 分为无皮损, 1 分 < 10%, 2 分为 10%~29%, 3 分为 30%~49%, 4 分为 50%~69%, 5 分为 70%~89%, 6 分为 90%~100%。

③ EA-SI 积分计算公式: 头 / 颈部位皮损面积分 = (E+I+Er+C) × 皮损面积评分 × 0.1;

上肢部位皮损面积分 = (E+I+Er+C) × 皮损面积评分 × 0.2; 躯干部位皮损面积分 = (E+I+Er+C) × 皮损面积评分 × 0.3; 下肢部位皮损面积分 = (E+I+Er+C) × 皮损面积评分 × 0.4; 湿疹严重程度积分 = 头 / 颈部位皮损面积分 + 上肢部位皮损面积分 + 躯干部位皮损面积分 + 下肢部位皮损面积分。

1.4.2 患者瘙痒程度评分

评分采用视觉模拟评分法 (VAS) 评价患者治疗前后瘙痒程度, 采用一个直观模拟标度尺测量, 左端表示无瘙痒感觉, 右端表示剧烈瘙痒、无法入睡, 通过患者自述瘙痒程度来标记所在尺子的位置, 0 分表示无瘙痒感觉, 1~3 分表示偶尔瘙痒, 4~6 分为时轻时重阵发瘙痒, 7~9 分为时常瘙痒, 10 分为剧烈瘙痒难忍, 取患每次发作程度的平均值为该患者的瘙痒记分。

1.4.3 综合疗效判断标准

①痊愈: 患者皮肤红斑、丘疹、水疱、苔藓样变等皮损面积缩小 > 85%, 临床症状基本消失; ②显效: 65% < 皮损面积缩小 < 85%, 瘙痒及渗出明显减轻, 临床症状明显好转; ③有效: 30% < 皮损面积缩小 < 65%, 临床症状有一定缓解; ④无效: 皮损面积缩小 < 30%, 皮肤瘙痒及渗出等未见缓解。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 本组总病例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计学软件处理数据, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血清 Th 细胞相关细胞因子水平变化对比

治疗前, IFN- γ 为 (29.93±4.24)ng/L, IL-2 为 (144.36±6.62)ng/L, IL-4 为 (70.26±1.53)pg/ml, IL-10 为 (13.43±0.17)ng/L。治疗后得到 IFN- γ (38.57±5.08)ng/L、IL-2(249.54±13.62)ng/L、IL-4(41.07±4.76)pg/ml、IL-10(8.22±1.53)ng/L; 对照组治疗前 IFN- γ 为 (30.25±4.15)ng/L、IL-2 为 (144.92±5.02)ng/L、IL-4 为 (70.04±1.11)pg/ml、IL-10 为 (13.37±0.19)ng/L。治疗后 IFN- γ 为 (34.27±4.66)ng/L、IL-2 为 (219.14±6.84)ng/L、IL-4 为 (49.33±0.40)pg/ml、IL-10 为 (10.96±0.24)ng/L。两组治疗前血清 Th 细胞相关细胞因子水平差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但治疗后治疗组血清 Th 细胞相关细胞因子水平显著优于对照组, 差异均有统计学意义 ($t=4.231, P=0.001; t=13.528, P=0.001; t=11.728, P=0.001; t=11.999, P=0.001$)。

2.2 两组临床症状评分对比

两组治疗前临床症状评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但治疗后治疗组临床症状评分显著低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表 1:

表 1 两组临床症状评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	EA- SI 积分		t	P	VAS		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组	46	7.25± 1.32	1.94± 0.52	25.385	0.001	5.67± 1.41	1.13± 0.81	18.936	0.001
对照组	46	7.19± 1.38	3.03± 0.87	7.294	0.001	5.56± 1.42	2.64± 1.35	10.108	0.001
t	-	0.213	17.295	-	-	0.373	6.505	-	-
P	-	0.832	0.001	-	-	0.710	0.001	-	-

2.3 两组临床疗效对比

治疗组痊愈 9 例、显效 30 例、有效 5 例、无效 2 例, 总有效率为 44 (95.65%); 对照组痊愈 5 例、显效 24 例、有效 8 例、无效 9 例, 总有效率为 37 (80.43%)。治疗组

临床疗效明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=5.069, P=0.024$)。

2.4 两组不良反应发生率对比

治疗组恶心 2 例、呕吐 0 例、腹泻 1 例、皮肤瘙痒 0 例,

发生率为3(6.52%);对照组恶心4例、呕吐1例、腹泻3例、皮肤瘙痒2例,发生率为10(21.74%)。治疗组不良反应率明显低于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=4.399$, $P=0.036$)。

3 讨论

湿疹的确切病因尚不清楚,但可能与免疫系统和外界条件的相互影响有关。在湿疹的治疗过程中,外治是非常重要的,外用疗法要根据皮损炎症情况,选择适当的方法、药物以及剂型^[2]。其皮损具有多形性,不同时期皮损表现不同,故外治时药物剂型选择不同,恰当选择剂型外治,尤为关键。

早在《内经》中就已经有了关于湿疹病的论述,其后各典籍则根据发病位置、病程以及临床特点,分别归类于“旋耳疮”“浸淫疮”“血风疮”“湿毒疮”“湿癣”等。赵炳南^[3]继承了《医宗金鉴》《疡科心得集》学术思想,将湿疹病因归于风、湿、热三邪,并进一步阐述了其临床特点,夹风者瘙痒明显,化火者皮肤掀赤灼热,夹湿者流渍缠绵。皮肤病在治疗过程中,不仅需要内治,更需要外治。治疗湿疮外用剂型从古代的汤剂、中草药粉剂,逐渐成长为各种例子,如溶液,粉末,乳液,酊剂,软膏,油,软膏,霜等,素有简、便、验、廉美誉。现代中医不仅继承古代医家治疗湿疮的经验,而且依据现代科技,正逐步向三效(速效、高效、长效)、三小(毒性小、用量小、反应小)和五方便(使用方便、保管方便、生产方便、携带方便、运输方便)的方向发展。在本研究中,通过对慢性湿疹患者采用普连膏治疗,治疗组血清Th细胞相关细胞因子水平变化、临床症状评分、临床疗效、不良反应发生率均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明其可有效调节患者血

清Th细胞相关细胞因子水平,改善相关症状,提升临床疗效,且安全性较高。这是因为普连膏是中医皮肤科专家赵炳南先生的经验方^[3],成分包括黄芩末、黄柏末、凡士林,具有清热除湿、消肿止痛功用。黄芩味苦,性寒。属肺、肠、脾、胆经。黄杉味苦寒,属肾经、膀胱经、大肠经。具有清热湿、清火解毒的功效^[4]。外用可使红斑变暗变淡,鳞屑减退。药理研究表明^[5],黄芩具有抗病毒、抗菌、抗炎、抗过敏、抗氧化、清除自由基、抗肿瘤、保护神经元细胞、抑制醛糖还原酶活性、阻止钙离子通道及细胞凋亡等。黄柏含有盐酸小檗碱等多种成分,具有抗菌、抗真菌、镇咳、降压、抗滴虫、抗肝炎、抗溃疡以及免疫抑制作用等。

综上所述,在慢性湿疹患者治疗过程中,采用普连膏治疗能取得较佳的效果,可有效调节患者血清Th细胞相关细胞因子水平,改善相关症状,提升临床疗效,且安全性较高。

参考文献

- [1] 李佳凤,吴凡伟,毛妮. 渗湿和里汤内服结合外洗治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床研究[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(05):1134-1139.
- [2] 田菲,张晓杰,苗春澍等. 小柴胡汤合五苓散治疗慢性湿疹疗效及对患者中医证候积分和焦虑、抑郁状态的影响[J]. 陕西中医,2023,44(06):738-741.
- [3] 北京中医医院. 赵炳南临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:211.
- [4] 宋琳莉,孟庆刚. 黄芩的药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊,2008,26(8):1676-1678.
- [5] 吴嘉瑞,张冰,张光敏. 黄柏药理作用研究进展[J]. 亚太传统医药,2009,5(11):160-162.