

除湿止痒软膏联合枫蓼肠胃康颗粒治疗湿热下注型肛周湿疹的临床观察

宋佳 赵子恒

(河北北方学院研究生院 河北张家口 075000)

摘要: 观察除湿止痒药膏联合枫蓼肠胃康颗粒对于肛周湿疹的临床疗效。方法: 将符合纳入标准患者随机分为2组, 每组30例。比较临床疗效、肛周瘙痒、皮损面积、皮损形态等两组指标水平。结果: 与对照组(53.33%)($P < 0.05$)相比, 观测组的总效率(86.67%)明显提高; 经治疗后, 两组病人的中医症状积分、肛周瘙痒、皮损面积、皮损形态等均较治疗前有改善($P < 0.05$), 观察组较对照组($P < 0.05$)为佳。

关键词: 肛周湿疹 湿热下注 枫蓼肠胃康颗粒 除湿止痒药膏 中医药疗法

肛周湿疹是发生在肛门周围皮肤的一种非感染性、变态反应性、炎症性疾病, 是肛肠科的一种常见疾病。皮损部位表现为红斑、脱屑, 丘疹, 疱或苔藓样皮疹, 皮损较重。皮损形态多样, 以局部剧烈瘙痒为主要症状, 同时伴有白天轻微夜间加重的灼热感。局部分泌物在抓痒后增多, 疼痛可能在后期显现。本病起病较急, 发展较快, 经失治误治后转化为慢性, 缠绵不愈。肛周湿疹由于其病变部位的隐匿性及病程的缠绵性, 严重影响了人们正常的生产生活和身心健康^[1]。湿热下注型肛周湿疹的表现符合临床急性期的特点^[2]。本研究主要观察枫蓼肠胃康颗粒与除湿止痒药膏联合的临床疗效, 用于湿热下注型肛周湿疹的治疗, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

选取石家庄市中医院肛肠科门诊2021年4月至2022年3月间收治的湿热下注型肛周湿疹患者, 按新药临床试验例数估算方法采集70例, 研究期间脱落10例, 最终编入60例, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 每组30例。参加本组对照实验的有14男16女, 年龄区间33~67岁, 平均年龄41.63岁, 标准差12.20岁。患者病程3~72天, 平均病程 12.02 ± 4.11 天。观察组以男性13人、女性17人为调查对象, 年龄区间为32~67岁, 平均年龄 (42.07 ± 12.31) 岁; 病程3~72天, 平均 12.17 ± 4.05 天。两组病人以性别、年龄及病程作比较, 结果发现两者的差异均未达到统计学意义($p > 0.05$), 故可认为两组病人有可比性。

1.2 诊断标准

根据中华医学会皮肤病学分会免疫学组制定的《湿疹诊疗指南》中所述^[3], 除粟粒状丘疱疹、水疱、渗液、糜烂等可能出现外, 湿疹在急性期的症状还有红斑、水肿等, 且病灶中心部位通常较为严重。逐渐向四周扩散的同时, 散生的丘疹、疱疹也出现在外围, 并没有明显的境界。

依据《中华中医药学会中医肛肠科常见病诊疗指南》^[4]和《中医外科学》^[5](第9版)为中医诊断标准之一。主要症状有起病快、皮肤疹子潮红、感觉瘙痒灼热、渗液外溢等症状。次症见体热不明显, 烦渴, 大便干结, 小便色赤。舌质微红, 舌苔厚黄而腻, 脉滑或数数, 舌质微红, 舌苔厚黄而腻。

1.3 纳入标准

符合以上诊断标准的条件包括: 男、女年龄在18岁至65岁; 必须具备良好的依从性, 在知情同意书上签字。

1.4 排除标准

未满65周者或其他服药个案, 应在入组前1个月内服药; 患有心、脑、肝、肾等恶性肿瘤者, 原发重疾, 造血系统疾病或合并;

1.5 脱落标准

1、不能连续治疗的病人; 2、已发生其他疾病或严重不良反应的病人, 在救治过程中发生; 3、接受其他治疗方案的病人在治疗期间进行治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组

先用温水清洗肛门周围, 擦干皮肤, 然后在肛周病灶台抹上适量均匀的去湿止痒膏(规格: 20g/支批号: Z20103068), 用干净棉签轻揉2min, 建议患者每日晨起或晨起便后、晚睡前各1次, 连治4周。

2.2 观察组

枫蓼肠胃康颗粒(药物成分: 牛耳枫、香辣素)口服, 以对照组为基础; 辅料蔗糖、浆精, 规格: 每袋8克, 批号: Z10910055), 每次8克, 连服3次, 连服4周。

3 疗效观察

3.1 中医症状积分

《中药新药临床研究指导原则》^[6]分级评分, 瘙痒、疹子、渗液等症状为主要依据; 对口渴、大便干结、小便短赤等症状, 按不得(0分)、轻者(1分)、中者(2分)、重者(3分)分级评分; 每满1条, 记1分, 如舌质红、苔黄腻、脉数等。分别在治疗前、治疗后评分。

3.2 观察指标

3.2.1 瘙痒指数: 采用国际公认的视觉模拟评分法(VAS)进行评分。就诊前记1次, 就诊4周后记1次。

测定皮损面积的方法: 先在皮损部位贴上透明薄膜, 用细记号笔勾画出皮损的范围, 然后在计算皮损面积大小的心电图描记纸上平放薄膜。记分规则是这样的: 记分为0分, 说明没有查出皮损; 分值为1分, 表示肛周部位皮损面积在1/4以下; 分值为2分, 说明皮损面积比肛周面积多1/4, 但比1/2小。皮损区域大于圆区的1/2面积, 半径为5厘米, 以肛门为中心。就诊前记1次, 就诊4周后记1次。

3.3.3 皮损形态: 评分标准: 0分: 无皮损; 1分: 红斑, 或偶有丘疹、水疱; 2分: 少许渗出或糜烂; 3分: 皮肤肥厚及苔藓样变。就诊前记1次, 就诊4周后记1次。

3.3 疗效标准

按照《中药新药临床研究指导原则》制订中药新药临床研究工作。显效：与治疗前相比，临床表现明显下降，症状点数下降 $\geq 70\%$ ，炎症指标改善明显。功效：临床表现较治疗前降低，症状点数 $\geq 30\%$ ，70%，炎症指标好转。作废：临床表现无好转甚至加重，症状点数下降 30%，炎症指标没有好转甚至加重。疗效评定采用尼莫地平法计算：(先治疗后积分-先治疗前积分)/先治疗前积分 $\times 100\%$ 。有效率(%)的计算方法是：(治愈例数+显效例数+有效例数)除以总例数，乘以 100%。

3.3 统计方法

采用 SPSS 26.0 统计软件处理数据。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验；计数资料以百分率(%)表示，采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

3.4 结果

(1) 两组中医症状积分比较

在观察与对照组治疗前，对照中医症状分数，区别在统计学上并没有什么特别显著的意义。经处理后，两组中药证候评分均有明显下降(P<0.05)，观察组与对照组相比明显下降(P<0.05)。

见表 1

组别	n	主症积分		次症积分		舌苔脉象	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	8.18 \pm 1.76	4.35 \pm 0.81*	4.16 \pm 1.15	1.81 \pm 0.68*	1.97 \pm 0.85	1.31 \pm 0.55*
		8.21 \pm 1.54	3.45 \pm 0.67* Δ	4.25 \pm 1.04	1.25 \pm 0.56* Δ	2.03 \pm 0.68	0.89 \pm 0.24* Δ

(2) 两组观察指标比较：

经治疗后，无论是从瘙痒指数、皮损面积还是从皮损形态来看，观察组均较治疗前明显降低(P<0.05)；且观察小组经治疗后，对患者肛周瘙痒程度的改善，皮损面积的改善，皮损形态的改善，也比对照组(P<0.05)有显著的效果。

见表 2

组别	n	瘙痒指数		皮损面积		皮损形态	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	7.83 \pm 0.87	5.93 \pm 0.87	2.22 \pm 0.42	1.28 \pm 0.42	1.67 \pm 0.22	0.93 \pm 0.26
		8.15 \pm 0.76	2.66 \pm 1.23* Δ	2.02 \pm 0.67	0.76 \pm 0.31* Δ	1.68 \pm 0.25	0.55 \pm 0.13* Δ

(3) 两组临床疗效比较

观测组的总体有效率为 86.67%，对照组为 53.33%，与对照组相比(P<0.05)显著提高。

见表 3

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
对照组	30	5	6	5	14	53.33
观察组	30	9	11	6	4	86.67*

4 讨论

中医称湿疹为「湿疮」、「血风疮」、「浸淫疮」、「绣球风」，故

中医将肛周湿疹归入「肛门湿疮」一类。也有人称其为「风湿疹」、「肛周湿疹」、「阴囊湿疹」等。《黄帝内经素问》病机十九条中最早提到湿疹相关的论述，最早可追溯到“心主诸痛、痒、疮”。东汉末年张仲景所著的《金匱要略》中提到：“治淫疮，黄连散皆可用”，这也是“淫疮”的记载首次出现。肛周湿疹多以清热利湿、祛风止痒为基本原则，因先天禀赋不耐，或因某些物质过敏，或因脾胃不济，情志不清，劳倦内伤等引起的风、湿、热邪滞留肛周皮肤而发病^[6]。因此，研究选择了枫藜胃康颗粒联合除湿止痒膏，用于湿热下注射肛周湿疹。

枫藜胃康颗粒是由具有清热化湿、祛滞作用的牛耳枫、辣蓼草两味中药材经熬制而成^[7]，具有改善肠胃不适的作用。方中牛膝、枫枝，清热解暑，行血运，解筋骨劳损；辣能祛风除湿，散淤止痛，消肿解毒，有杀虫止痒的作用。2、共周清热湿气，杀虫止痒，共周清热湿气。现代药理研究认为：牛耳枫和辣蓼草发酵萃取液消炎止痛效果稳定，抗炎止痛效果好。从而减缓肛周湿疹变态反应的治疗速度^[8]。

研究显示，湿热下注型肛周湿疹的观察组，使用枫藜胃康颗粒和除湿止痒膏联合治疗，总有效率达 86.67%。与对照组相比，实验组有了明显的提高，提高了 53.33%(P<0.05)。经治疗后，与治疗前相比，观察组在瘙痒指数、损害面积和损害形态(P<0.05)方面均有明显下降。经治疗后，观察组比对照组对患者肛周瘙痒程度的改善、皮损面积的改善、皮损形态的改善(P<0.05)均有显著的效果。中医证候评分在治疗前的对照组和观察组之间的差异，在统计学上并不显著。经处理后，两组中药证候评分明显下降(P<0.05)，观察组下降幅度较对照组明显下降(P<0.05)。综合上枫藜胃康颗粒联合除湿止痒膏治疗肛周湿疹湿热下注型的效果显著，值得在临床上推广使用。

参考文献：

[1] 来丽霞,杨皓瑜,王晏美,范学顺,罗莎,孙玉洁,白彦萍.中医外治法治疗肛周湿疹临床经验【J】.北京中医药.2022(03):302-304.
 [2] 白克运,谷超.复方黄柏液涂剂湿敷治疗湿热下注型肛门湿疹的临床观察.中国新药杂志.2017,26(23):2830-2833.
 [3] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.湿疹诊疗指南.中华皮肤科杂志.2011,44(1):5-6.
 [4] 中华中医药学会肛肠分会.中医肛肠科常见病诊疗指南.北京:中国中医药出版社,2012:16.
 [5] 李曰庆,何清湖.中医外科学.9 版.北京:中国中医药出版社,2012:168-171.
 [6] 陈正鑫,倪敏,顾莅冰,马好,蒋泽砚,樊志敏.樊志敏教授治疗肛周湿疹临证经验拾萃【J】.辽宁中医药大学学报.2018(08):91-94.
 [7] 彭政忠,张丽艳,唐靖雯,潘梅,卢礼平,杨桃.藜药牛耳枫研究进展【J】.中国民族民间医药.2023(01):53-57.
 [8] 张盟,姚媚方.姚媚方教授治疗肛周湿疹临床经验【J】.临床医药文献电子杂志.2019(71):36.