

# 缢小妍婴儿舒缓润肤霜协同治疗小儿湿疹临床疗效观察

孙佳

贵州省黔南州都匀市黔南州中医医院 贵州省 都匀市 558000

**摘要：**目的：观察缢小妍婴儿舒缓润肤霜协同治疗小儿湿疹的临床疗效。方法：将 40 例小儿湿疹患儿随机分为治疗组（20 例）、对照组（20 例）两组，治疗组在缢小妍婴儿舒缓润肤霜全身外用的基础上联合地奈德乳膏患处外用，对照组单独予地奈德乳膏患处外用，2 组均观察 2 周。观察对比两组治疗前后湿疹面积及严重度指数(eczema area and severity index, EASI)。结果：临床症状评分的总有效率治疗组为 100%，对照组为 85%，2 组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；临床表现面积大小评分的总有效率为治疗组 100%，对照组 85%。治疗后治疗组临床症状评分及临床表现面积大小评分改善情况均优于对照组，差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论：缢小妍婴儿舒缓润肤霜协同治疗小儿湿疹有较好的临床疗效，值得临床推广。

**【关键词】** 小儿湿疹；缢小妍婴儿舒缓润肤霜；湿疹面积；生活质量

小儿湿疹是一种皮肤变态反应性疾病，好发于颜面、手部、小腿、肛门等部位，存在为红斑、丘疹、水疱、渗液糜烂、干燥脱屑、瘙痒剧烈等症状，且迁延不愈，复发率高，常引起小儿哭闹烦躁、食欲变差、睡眠不安等，严重影响小儿的生活质量及生长发育<sup>[1]</sup>。本病的病因复杂，一般认为与遗传、环境、饮食、情绪等有关，其发病机制尚不完全明确，目前认为与免疫反应、皮肤屏障功能、超敏反应和外界环境等多种因素有关<sup>[2]</sup>。现有人认为本病属于特应性皮炎（AD）的婴儿型，但并不是所有的婴儿湿疹都是 AD。流行病学研究发现，目前婴幼儿湿疹的发病率呈逐年上升的趋势，其中 1 岁以下婴幼儿湿疹发病率可高达 75.00%<sup>[3]</sup>。

笔者对医院收治的 40 例小儿湿疹患儿分别给予缢小妍婴儿舒缓润肤霜联合地奈德乳膏及单用地奈德乳膏治疗，观察不同治疗方法的临床疗效，得到广大患儿家长的满意反馈，特报道如下。

## 1. 对象与方法

### 1.1 观察对象

纳入 2020 年 10 月-2021 年 05 月在我院皮肤科及儿科就诊的小儿湿疹患儿作为观察对象，纳入标准：符合《皮肤性病学》<sup>[4]</sup>中得诊断标准；年龄 0-3 岁，性别不限；符合中度亚急性湿疹的诊断，无明显渗出症状；1 个月内未系统应用药物，1 个月内未

口服糖皮质激素或免疫抑制剂；1周内未口服抗组胺药物；2周内未外用糖皮质激素类药物。排除标准：严重疾病患者；不能按规定方案治疗者；对产品成分过敏者；研究者认为其他不宜参加临床试验的情况。

最终纳入患儿40例，根据随机数字表法，随机分为观察组和对照组各20例。本研究通过我院伦理委员会审核、批准，所有研究对象均被详细告知研究过程及注意事项，并签署知情同意书。

## 1.2 方法

1.2.1 治疗方法 治疗组患儿予全身外用绽小妍婴儿舒缓润肤霜（生产方：西安德诺海斯医疗科技有限公司，品牌方：绽妍生物科技有限公司）+患处外用地奈德乳膏（重庆华邦制药有限公司，批准文号：国药准字H20060725）。对照组予患处外用地奈德乳膏（重庆华邦制药有限公司，批准文号：国药准字H20060725）。两组患儿疗程均为2周。

1.2.2 疗效判定标准 湿疹面积及严重度指数(eczema area and severity index,EASI)评分法<sup>[5]</sup>临床症状的评分：临床表现分为四项，即：红斑、硬肿（水肿/丘疹）、表皮剥脱、苔藓化。每一临床表现的严重度以0-3分计分，0=无，1=轻，2=中，3=重。各种症状分值之间可记半级分，即0.5。临床表现面积大小评分：①将全身分为4个部位，即：头/颈、上肢、躯干、下肢。上肢包括腋外侧和手，躯干包括腋中部和腹股沟部，下肢包括臀和足部。②皮损面积大小计算用患者手掌为1%估算，易于掌握。但在记分时需按中国新九分法换算成所占该部位的比例计分。皮损面积占各部位面积的比例分值为0-6，即：0为无皮疹，1为<10%，2为10%-19%，3为20%-49%，4为50%-69%，5为70%-89%，6为90%-100%。

疗效评估<sup>[6]</sup>采用尼莫地平法计算公式：疗效指数 $n = (\text{治疗前得分} - \text{治疗后得分}) / \text{治疗前得分} \times 100\%$ 。痊愈为疗效指数 $\geq 90\%$ ；显效为疗效指数 $60\% \sim 89\%$ ；好转为疗效指数 $20\% \sim 59\%$ ；无效为疗效指数 $< 19\%$ ；有效率以痊愈加显效计。统计两组患儿治疗前后积分变化，分组计算各项指标均值后进行组间对比。

## 1.2.3 统计学方法

采用SPSS22.0进行数据分析，计数资料以%表示，采用卡方检验，计量资料采用t检验， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

本研究共纳入小儿湿疹患儿 40 例，治疗组与对照组两组患儿之间的性别、年龄、病程、治疗前评分，差异均无统计学意义(P 值均>0.05)，具有可比性。

2.2 治疗组临床症状评分明显下降，临床总有效率显著优于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，详见表 1。

表 1 两组临床症状评分对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	20	6 (30%)	11 (55%)	3 (15%)	0 (0%)	100%
对照组	20	3 (15%)	10 (50%)	4 (20%)	3 (15%)	85%
P						<0.05

2.3 治疗组临床表现面积大小评分改善情况临床总有效率显著优于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，详见表 2。

表 2 两组临床表现面积大小评分改善情况对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	20	6 (30%)	12 (60%)	2 (10%)	0 (0%)	100%
对照组	20	3 (15%)	10 (50%)	4 (20%)	3 (15%)	85%
P						<0.05



患儿男，2+月，小儿湿疹。A：面部治疗前；B 面部治疗后 2 周；



患儿男，5+月，小儿湿疹。C 颌面部、颈部治疗前；D 颌面部、颈部治疗后 2 周

#### 2.4 安全性观察

所有患儿均顺利完成治疗，无失访病例。治疗初期对照组 1 例出现轻微消化道症状，未予特殊处理症状消失，未影响疗程顺利进行。

#### 3 讨论

研究显示儿童皮肤屏障功能相比成人尚不成熟<sup>[6]</sup>，因婴幼儿皮肤角质层和表皮更薄、天

然保湿因子(NMF)更少,所以皮肤砖墙结构更为脆弱,水分保持能力更差,对外界刺激更敏感,婴幼儿皮肤PH值更高、皮脂更少,导致致病菌更易定植,屏障恢复能力更差,且经表皮水分丢失(TEWL)更高,皮肤更易干燥失水,屏障功能更弱。目前小儿湿疹治疗仍以外用糖皮质激素制剂为主。近几年润肤剂保湿霜越来越广泛地应用到临床各种皮肤疾病的治疗当中,特别是婴幼儿湿疹,单独或联合糖皮质激素外用,取得显著的临床效果。指南指出,保湿可减少皮肤角质层水分流失,从而促进皮肤屏障功能修复,防止炎症因子或过敏原再次侵入,抑制瘙痒。研究显示药物治疗缓解后,坚持保湿可起到持续缓解症状的作用。使用保湿剂和糖皮质激素进行早期治疗可缩短婴儿湿疹的持续时间<sup>[7]</sup>。儿童润肤剂应早期、足量使用,无明显炎症或仅有皮肤干燥时,其皮肤屏障仍有受损。早期积极使用润肤剂可有效预防多种皮肤病的发生。

绽小妍婴儿舒缓润肤霜是由角鲨烷、椰子油、红没药醇等护肤成分辅以对人体皮肤无害的基质乳化剂制成的润肤霜,具有相当好的亲肤性及稳定性,易于渗透,较好延展性,有很好的滋润及保湿作用。其中泛醇/乳酸菌发酵产物(EPS)形成亲肤性保湿膜协同保湿。角鲨烷/椰子油形成亲肤性皮脂膜,椰子油具有良好的功效和安全性,能共同有效发挥润肤抗菌的功效。 $\alpha$ -红没药醇与4-叔丁基环己醇抗炎止痒双管齐下。另外,皮肤细胞间脂质由神经酰胺、胆固醇、游离脂肪酸组成,对于维持皮肤的屏障功能至关重要,当三者比例在3:1:1时,TEWL最低,皮肤屏障功能最为完好<sup>[8]</sup>,绽小妍婴儿舒缓润肤霜以神经酰胺为主的仿生脂质配方能有效修复婴幼儿脆弱的皮肤屏障。其采用鲸蜡硬脂醇、鲸蜡硬脂醇葡萄糖苷作为基质乳化剂,二者均为植物来源乳化剂,经美国EWG认定对皮肤和人体无害。独创的“PAB”核心护肤理念,从成膜保护(P)、抗炎舒缓(A)和屏障修复(B)三个维度,覆盖婴幼儿受损皮肤的四大核心病理生理学异常。目前产品广泛应用于AD等婴幼儿常见皮肤问题的急性期、维持期和正常儿童皮肤的日常护理,并取得了极佳的临床反馈。本次临床观察中,加用绽小妍婴儿舒缓润肤霜治疗组对临床症状及缩小湿疹面积的临床疗效都显著优于单用地奈德乳膏的对照组,且未见明显不良反应,安全性高。

综上,绽小妍婴儿舒缓润肤霜协同治疗小儿湿疹的临床疗效及安全性均值得信赖,建议在临床中推广应用。

#### 参考文献:

- [1]张玉芳,赵闪闪.小儿湿疹的临床护理体会[J].皮肤病与性病,2018,40(3):420-421.
- [2]DAVID BOOTHE W, TARBOX J A, TARBOX M B. Atopic dermatitis :pathophysiology[J]. Manag

Atopic Dermat, 2017:21.

[3]Cipriani F, Dondi A, Ricci G. Recent advances in epidemiology and prevention of atopic eczema[J]. *Pediatr Allergy Immunol*, 2014, 25(7):630-638.

[4]张学军主编. 皮肤性病学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社, 2001:98.

[5]赵辨. 湿疹面积及严重度指数评分法[J]. *中华皮肤科杂志*, 2004, 37(1):7-8.

[6]Lorena S. Telofski, et al. *Dermatology Research and Practice*. 2012: 198789.

[7]Yumiko M, Limin Y, Kiwako YH, et al. Earlier aggressive treatment to shorten the duration of eczema in infants resulted in fewer food allergies at 2 years of age[J].

*J Allergy Clin Immunol Pract*, 2020, 8(5):1721-1724.

[8]Man Mao-Qiang, et al. *J Invest Dermatol*. 1996;106:1096-1101.