

· 临床报道 ·

中西医结合治疗女阴湿疹 60 例

吴海建 高瑞岭 张俊清 王力 段素梅 陈乐 陈敬成

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗女阴湿疹的临床疗效和安全性。**方法** 将女阴湿疹患者 122 例按照随机数字表法分为治疗组(60 例)与对照组(62 例),治疗组在常规口服西药治疗湿疹的基础上,加用中药方剂熏洗,1 次/天,连续使用 4 周;对照组则单纯给予西药口服治疗。**结果** 治疗组、对照组有效率分别为 86.7%、67.7%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组湿疹症状总评分明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 中药熏洗联合西药治疗女阴湿疹可提高治疗有效率,有效改善女阴湿疹症状,并且简便、安全,值得临床推广运用。

【关键词】 中药; 女阴湿疹; 联合治疗

【中图分类号】 R2-031 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.07.012

女阴湿疹是由多种内外因素共同作用引起的变态反应性疾病,患病部位比较特殊,成为困扰女性的常见皮肤病。多数患者病程长、瘙痒剧烈、易演变为慢性湿疹。由于部位特殊,外用药物使用比较局限,不能长时间外用激素和刺激性较强的外用药物。为了提高疗效,减少复发,笔者在使用常规口服药物的基础上,配合中药方剂煮沸后熏洗治疗取得了满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

选择本院 2010 年 3 月至 2011 年 9 月门诊就医的 122 例明确诊断为女阴湿疹^[1]的患者,按照随机数字表法分为治疗组 60 例和对照组 62 例。治疗组:年龄 20~65 岁,平均年龄(30.7 ± 4.5)岁;急性湿疹 20 例,亚急性湿疹 26 例,慢性湿疹 14 例。对照组:年龄 21~65 岁,平均年龄(40.1 ± 3.7)岁;病程 1 周~60 月,平均(9.7 ± 5.3)月;急性湿疹 22 例,亚急性湿疹 27 例,慢性湿疹 13 例。两组患者在年龄、病程、疾病分型等一般资料方面比较均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准

(1)妊娠或哺乳期妇女;(2)治疗前 1 个月内系统使用过类固醇激素或抗组胺药物;(3)2 周内外用类固醇激素者;(4)1 周内使用过外用中药洗剂;(5)患有严重心、肝、肾功能不全疾病者;(6)对治疗药物有过敏史者;(7)不能按要求连续用药或自动终止治疗,无法判断疗效者。

作者单位:075100 张家口,河北北方学院附属第二医院皮肤科(吴海建、高瑞岭、王力、陈敬成),妇科(张俊清),中医科(段素梅),五官科(陈乐)

作者简介:吴海建(1980-),本科,主治医师。研究方向:皮肤性病学。E-mail: wuhaijianaa@163.com

1.3 治疗方法

治疗组和对照组均采用依巴斯汀片,1 次/天;复方甘草酸苷片,3 次/天,口服治疗。治疗组同时给予参白蛇汤熏洗剂^[2](组成:苦参、生百部、蛇床子、土茯苓、鹤虱、白鲜皮各 10 g,龙胆草、花椒、黄柏、地肤子各 15 g)局部治疗,水煎后,先熏蒸,待药汤降至皮温后,局部外洗,1 次/天,连续治疗 4 周。停止治疗 1 周后,治疗组和对照组之间进行疗效、症状改善程度、安全性与药物耐受性的比较。

1.4 评估标准

1.4.1 疗效评估 参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]。治愈:皮损完全消退,部分仅遗留色素沉着,自觉症状消失;显效:皮损消退 $> 60\%$ 以上,自觉症状明显减轻;有效:皮损消退 $\geq 30\%$,自觉症状减轻;未愈:皮损消退 $< 30\%$,偶有新疹出现,时有痒感。总有效率 = (痊愈例 + 显效例) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4.2 疾病症状程度 采用临床可信度较高的湿疹面积与严重程度评分法(eczema area and severity index, EASI)^[1],包括红斑、水肿、苔藓化、表皮破脱,每一项临床症状程度评分为:0 分,表示无此症状;1 分,表示轻度;2 分,表示中度;3 分,表示重度。总评分为每一项评分之和,总评分越高,症状越严重。

1.4.3 安全性和耐受性评估 观察并记录两组患者在治疗期间的不良反应情况。

1.5 统计学方法

使用 SPSS 12.0 统计软件对所得数据进行统计分析,计量资料以正负标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用 t 检验,计数资料用百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

两组患者均按医嘱完成整个治疗过程,病例资料全部有

表 1 两组的疗效比较(例/%)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	62	22(35.5)	20(32.3)	11(17.7)	9(14.5)	42(67.7)
治疗组	60	31(51.7)	21(35.0)	6(10.0)	2(3.3)	52(86.7)

效。治疗组总有效率为 86.7%,而对照组仅为 67.7%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=4.63, P<0.05$),见表 1。

2.2 两组治疗前后症状程度评分情况

两组患者在治疗前湿疹症状程度评分无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,治疗组湿疹症状总评分明显低于对照组($P<0.05$);两组患者治疗后湿疹评分比治疗前均明显下降,治疗组治疗前后评分差异更具显著性($P<0.01$),见表 2。

表 2 两组治疗前后症状程度评分情况(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	62	5.37 \pm 1.85	3.87 \pm 1.07 ^b
治疗组	60	5.23 \pm 1.79	2.21 \pm 0.92 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.01$,^b $P<0.05$

2.3 两组药物使用安全性和耐受性的比较

治疗组发生不良反应 2 例,表现为轻度嗜睡,未停止治疗,一周后嗜睡明显减轻,外用中药方剂未见不良反应,对照组无不良反应患者,两组患者在安全性与药物耐受性方面无统计学差异($P>0.05$)。

3 讨论

湿疹属于变态反应性皮肤病,其具体发病原因和机制尚未完全清楚,多认为是由体内外多种因素共同作用引起的,具有明显渗出倾向,一般来说,按照病程可以将其分为急性湿疹、亚急性湿疹和慢性湿疹,根据部位分为局限性湿疹和泛发性湿疹,局限性湿疹是指仅发生在特定部位,以特定部位命名,如手部湿疹,女阴湿疹,阴囊湿疹,耳部湿疹,乳房湿疹,肛周湿疹等,而其中女阴湿疹部位较为特殊,瘙痒剧烈,成为困扰女性的常见皮肤病之一,外用药比较局限,不能长期使用类固醇激素和刺激性强的药物,而且病因复杂,病原微生物感染可以诱发加重女阴湿疹。西医治疗湿疹一般用抗组胺药及皮质类固醇激素霜剂外用,治疗虽然具有一定疗效,但有部分病人停药后易反复发作,而长期使用皮质类固醇又可发生各种不良反应^[4,5]。笔者通过中西医结合方法对患者进行治疗,不仅避免了激素所致的不良反应,并且临床疗效满意。

中医学对于湿疹诊断治疗具有独到的见解,通过中医辨证论治,认为湿疹是由于先天禀赋不耐、饮食失节、或是过食辛辣腥等易导致动风的发物,伤及脾胃,脾失健运,导致气血津液不能顺利输布于全身,致使局部湿热内蕴,或内外湿热互相搏结,充于皮肤腠理,浸淫肌肤,发为本病。女阴湿疹辨证多属于湿热浸淫证,治当以健脾助运,清热利湿,祛风止痒。本次实验中,治疗组局部采用参白蛇汤熏洗剂水煎熏蒸,待药汤降至皮温后外洗,1 次/天,连续治疗 4 周。组方

中地肤子、蛇床子、白鲜皮清热利湿、祛风止痒,苦参、龙胆草、黄柏、土茯苓清热解毒、健脾利湿,生百部、鹤虱杀虫攻毒灭虱,花椒温寒通阳、杀虫止痒,诸药调和,共奏健脾助运、清热利湿,祛风止痒之功效,符合中医辨证论治理论。本次治疗同时给予抗组胺药物依巴斯丁和复方甘草酸苷片口服,复方甘草酸苷片是以甘草中的活性物质 β -甘草酸为主要成分,辅以甘氨酸、L-半胱氨酸等制成的复方制剂,具有抗炎、抗病毒、抗变态反应、免疫调节和类激素等作用^[6-8]。由于复方甘草酸苷具有类似皮质类固醇激素样的作用,却无激素所致的不良反应,在治疗中可以代替皮质类固醇用于湿疹的治疗^[9]。依巴斯丁属于第二代抗组胺药,抗炎、抗变态反应作用优于第一代,且不能透过血脑屏障,中枢抑制作用小,安全性较高^[10]。此次研究结果表明,在传统西医治疗的基础上加用中药局部熏洗治疗,可以明显减轻患者症状,提高治愈率,且无明显的不良反应,操作安全简便。

综上所述,运用西药联合中药方剂进行局部熏洗治疗女阴湿疹,不但取得了较好的临床效果,而且药物的不良反应较小,消除了患者使用激素药物产生副作用的顾虑,有效提高了患者的治疗依从性,值得临床推广运用。

参 考 文 献

[1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2010:721.

[2] 宋兆友. 皮肤病中药外用制剂[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:201.

[3] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准—《中医病症诊断疗效标准》[J]. 中医药管理杂志, 1994, 6: 421-426.

[4] 丁蓉,瞿军生. 盐酸非索非那定治疗湿疹临床疗效观察[J]. 中华皮肤科杂志, 2011, 44(5): 212-213.

[5] 黄卫东,蔡蕾,张善雳. 复方甘草酸苷联合地氯雷他定治疗慢性湿疹 52 例疗效观察[J]. 福建医药杂志, 2013, 35(4): 99-98.

[6] 陈守新. 复方甘草酸苷治疗湿疹皮炎的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2010, 5(16): 180-181.

[7] 苏慧勇,张国丽. 复方甘草酸苷治疗湿疹临床疗效观察[J]. 中国当代医药, 2010, 17(30): 49-50.

[8] 佟彦丽,秦录,任翠莲,等. 中药湿敷剂联合丁苯羟酸乳膏外用治疗女阴湿疹 56 例[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2011, 10(5): 320.

[9] 褚韩生,王耀荣,董雪莲. 联合用药治疗顽固性湿疹 32 例效果观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(24): 3065, 3102.

[10] 蔡洁莹,高金莲,叶辉胜. 卡介菌多糖核酸注射液联合依巴斯丁治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 中外医学研究, 2009, 7(12): 55.

(收稿日期:2014-02-21)

(本文编辑:董历华)