

湿疹方治疗小儿湿热浸淫型湿疹 33 例

张丽 肖和印 陈艳霞 郭凯 龙小雅 毛娜 王红娟 杨兵宾

【摘要】 目的 探讨湿疹方治疗湿热浸淫型小儿湿疹的临床疗效。方法 以 2014 年 10 月至 2016 年 1 月以来中国中医科学院望京医院儿科收治的湿热浸淫型小儿湿疹患儿为研究对象,共纳入符合标准 66 例,将所有患者随机分为两组,治疗组 33 例,对照组 33 例。治疗组在基础治疗上外用湿疹方,对照组基础治疗上加外用冰黄肤乐软膏,通过随机、对照的方法进行研究,并对患儿治疗后 1、3、7 天的疗效予以评价。结果 治疗组治疗 7 天治愈 16 例,显效 8 例,有效 6 例,无效 3 例,总有效率为 90.9%;对照组治疗 7 天治愈 10 例,显效 6 例,有效 4 例,无效 13 例,总有效率为 60.6%;治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。结论 湿疹方外用治疗小儿湿热浸淫型湿疹疗效好,有较好的临床实用价值。

【关键词】 湿热浸淫型湿疹; 湿疹方; 中药外用; 小儿

【中图分类号】 R758.23 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.07.031

湿疹是一种常见的由多种内外因素引起的表皮及真皮浅层的炎症性、变态反应性皮肤病。临床以反复发作的瘙痒及对称分布的多形性损害为主要表现,以红斑、水疱、糜烂、渗出伴瘙痒为主要临床特点。本病可发生于全身的各个部位,如头面部、躯干、四肢、阴囊、外阴及肛门等处,有明显的渗出倾向,故名湿疹。小儿湿疹为儿科常见病、多发病,因其缠绵难愈,亦在疑难疾病之列。湿疹在小儿时期,以婴儿湿疹最为常见,其次是儿童湿疹。据相关资料显示,儿童出现小儿湿疹的几率为 12% ~ 25%,而且其人数每年均会出现显著增长,且容易反复发作^[1]。亦有临床研究结果表明婴幼儿湿疹是变态反应性疾病发生之初症,要早期治疗,阻止发展,有 19.8% 的湿疹患者伴有特应性皮炎、哮喘、过敏性鼻炎等过敏病史^[2]。中医药有几千年医疗实践经验,以中药资源丰富、价格低廉、疗效明显、不良反应少等优点而日益受到世界各国的重视和应用。中医学运用中医药治疗湿疹积累了丰富的经验,随着婴幼儿湿疹发病率的逐年增高,为了避免自幼长期应用激素和抗组胺药的痛苦,积极寻找具有良好疗效的中药制剂具有重要的经济价值和社会效益。遵循中医学“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药,所异者法耳”“内病外治,殊途同归”的理论,采用外用中药制剂治疗小儿湿疹,其方法简便易行,疗效显著,

患儿及家长易于接受,很好地解决了患儿服药困难的问题。肖和印教授从事中医儿科临床多年,在治疗小儿湿热浸淫型湿疹方面取得了显著疗效,现总结如下。

1 对象与方法

1.1 对象

全部病例来源于中国中医科学院望京医院儿科门诊 2014 年 10 月至 2016 年 1 月就诊的湿热浸淫型湿疹患儿,共纳入符合标准 66 例,无脱落病例。其中,本研究治疗组男 21 例,占 63.6%,女 12 例,占 36.4%;对照组男 14 例,占 42.4%,女 19 例,占 57.6%,治疗组平均年龄为(22.42±32.81)月,对照组平均年龄为(34.48±27.11)月,治疗组平均病程为(13.64±9.92)天,对照组平均病程为(15.52±12.38)天,两组患者性别、年龄、病程等经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照赵辨主编的《临床皮肤病学》第 3 版^[3]及《诸福棠实用儿科学》^[4]。中医辨证标准符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]湿疹诊断,且辨证类型为湿热浸淫证。主症:发病急、皮损潮红灼热、瘙痒无休、渗液流汁。兼症:纳少、神疲、腹胀、便溏。舌脉:舌质红、苔薄白或黄、脉滑或数。具备主症+兼症 2 项参考舌脉即可辨证。

1.3 纳入标准

符合湿疹西医诊断和湿热浸淫型湿疹中医辨证标准;年龄≥2 个月;皮损受累面积一般选择为体表面积的 5% ~ 10% 以内,最大皮损列为靶皮损,靶皮损面积及位置一般确定在直径 2 ~ 10 cm;能配合完成治疗疗程者,家长知情同意。

基金项目:中国中医科学院望京医院院级科研课题(WJYY2014-YY-008)

作者单位:100102 北京,中国中医科学院望京医院儿科

作者简介:张丽(1978-),女,本科,主治医师。研究方向:中西医结合治疗儿科疾病。E-mail:yaomulanzi@163.com

1.4 排除标准

需使用系统给药或用强效糖皮质激素外用治疗的严重湿疹患者;皮损局部合并细菌、病毒、真菌感染者;一个月内接受过糖皮质激素系统治疗、免疫抑制剂及紫外线照射者,两周内使用抗组胺药、局部外用糖皮质激素或其他外用有效药物者;与湿疹、特应性皮炎相似的疾病,如神经性皮炎、银屑病等;患儿家属不同意参加实验者;有严重心、肝、肾、造血系统等原发疾病者。

1.5 治疗方法

基础治疗:(1)皮肤预防:给婴儿选择柔软的洁净的纯棉衣物,以宽松为宜,避免毛、化纤衣物等有刺激性的材料直接接触患儿皮肤,勤换衣物和床单等生活用品;避免过度清洗皮肤,尤其是烫洗和过度使用肥皂;尽量给患儿创造干燥的环境;家长应控制患儿,不能让其任意搔抓患处,以免留下疤痕。(2)饮食预防:注意观察对所进食物的反应,避免食入致敏食物;给患儿添加辅食时应谨慎添加鱼、虾、蛋等易引起过敏的食物;给患儿多吃新鲜水果和蔬菜能提高患儿的免疫力。(3)环境预防:注意保持适宜的环境温度,减少汗液的刺激;注意保持清洁的生活环境,减少如屋尘、螨、动物毛、花粉、真菌等变应原。

治疗组:基础治疗配合湿疹方外用,湿疹方药物采用四川新绿色药业科技有限公司生产的中药免煎配方颗粒,药物组成:白鲜皮 20 g、地肤子 20 g、生地榆 50 g、苦参 30 g、土茯苓 50 g 等。用法:每两日一剂,外用。根据免煎中药包装方法:每剂分装为两格,为保证药汁质量,每日冲一格,每格冲 100 mL 备用。每次清洁皮肤后,用纱布蘸取适量药液涂擦患处,无需清水再冲洗,每日 4 次,未用完者弃之,疗程 7 天,服药期间注意饮食起居,避免接触过敏原。对照组:基础治疗配合使用冰黄肤乐软膏(组成:大黄、姜黄、硫磺、黄芩、甘草、冰片。厂家:西藏芝芝药业有限公司;规格:20 g;批准文号:国药准字 Z10980140)外用,均匀涂擦患处,每日 4 次,疗程 7 天。

用药期间母乳喂养的乳母及患儿忌食煎炸、生冷、油腻、海鲜及刺激性食物,停用其他相关治疗药物,注意饮食起居,避免接触过敏原。

1.6 观察指标

1.6.1 观察项目 包括主要疗效评价指标、靶皮损形态(包括皮损程度、皮损面积)、瘙痒程度;次要疗效评价指标基于证候的症状体征分级量化标准,根据观察结果进行分级评分,并记录分析用药不良反应发生状况。

1.6.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[6]制定。痊愈:靶皮损形态计分和减少率>90%,完全不痒;主症和兼症消失或基本消失,积分值减少率≥95%;显效:靶皮损形态计分和减少率>70%~90%,瘙痒评分等级降低 2 级;主症和兼症明显改善,70%≤积分值减少率<95%;有效:靶皮损形态计分和减少率>50%~70%,瘙痒评分等级降低 1 级;主症和兼症有好转,30%≤积分值减

少率<70%;无效:靶皮损形态计分和减少率≤50%,瘙痒评分未下降或加重,主症和兼症无明显改善,积分值减少率<30%。

1.7 统计学处理

运用 SAS 9.1.3 软件制作随机数字表,由 Excel 2010 版建立数据库,33 例为治疗组,33 例为对照组;所有数据均用二次录入,以保证数据录入的准确性,计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,满足正态分布和方差齐性,组间比较采用 *t* 检验,不满足采用秩和检验;计数资料采用百分比(%)表示,组间疗效比较采用秩和检验,检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 靶皮损形态(包括皮损程度、皮损面积)、瘙痒程度的积分比较

治疗开始(1 天)两组间总积分差异无统计学意义($Z=1.342, P=0.184$);治疗 7 天两组间总积分差异有统计学意义($Z=2.963, P=0.004$)。其中治疗组经配对秩和检验比较,结果显示治疗前后总积分变化差异有统计学意义($Z=12.985, P<0.001$);对照组治疗前后积分变化也有统计学意义($Z=8.514, P<0.001$)。以上结果说明治疗组和对照组对于改善总积分均有效果,其中治疗组的效果要优于对照组。见表 1。

表 1 靶皮损和全身瘙痒的分级量化积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗 1 天	治疗 7 天
治疗组	33	27.03±5.83	5.70±3.42
对照组	33	25.36±4.14	11.48±8.40

2.2 中医症候疗效评定

治疗开始(1 天)两组间中医症候评分差异无统计学意义($Z=0.633, P=0.527$);治疗 7 天两组间中医症候评分差异有统计学意义($Z=1.966, P=0.049$)。其中治疗组经配对秩和检验比较,结果显示治疗前后中医症候评分变化差异有统计学意义($Z=2.829, P=0.005$);对照组治疗前后中医症候评分变化也有统计学意义($Z=4.464, P<0.001$)。以上结果说明治疗组和对照组对于改善中医症候评分均有效果,其中治疗组的效果要优于对照组。见表 2。

按照中医症候积分评定疗效,经秩和检验结果显示两组间疗效差异有统计学意义($Z=2.323, P=0.020$)。见表 3。

2.3 临床疗效比较

按照总体评定疗效,经秩和检验结果显示两组间疗效差异有统计学意义($Z=2.323, P=0.020$)。见表 4。

按照总体评定疗效,经卡方检验,结果显示治疗组的有效率要高于对照组,差异有统计学意义(χ^2 值 = 8.250, $P=0.004$)。见表 5。

表 2 两组患儿中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗 1 天	治疗 7 天
治疗组	33	7.82±2.56	1.42±1.89
对照组	33	7.42±2.50	2.67±2.76

表 3 两组患儿中医证候疗效比较

组别	例数	无效	有效	显效	痊愈
治疗组	33	3	6	8	16
对照组	33	13	4	6	10

表 4 两组患儿总疗效比较

组别	例数	无效	有效	显效	痊愈
治疗组	33	3	6	8	16
对照组	33	13	4	6	10

表 5 两组患儿有效率比较(%)

组别	例数	无效	有效	有效率(%)
治疗组	33	3	30	90.9
对照组	33	13	20	60.6

3 讨论

小儿湿疹发病机制现仍不完全清楚,多数学者认为以 IgE 介导的抗原递呈在特异性皮炎的发病中起关键作用^[7]。临床上目前西医方面湿疹类疾病的治疗药物可分为皮肤局部用药物和系统用药物两类,系统用药物包括止痒的抗组胺类药物、钙剂、维生素 C、硫代硫酸钠等,以及对广泛继发感染者应用的抗生素等。局部用药物,主要是皮质类固醇,迄今仍为治疗儿童过敏性皮肤病的主要药物。婴幼儿往往湿疹面积较大,经激素大面积长期使用后,可引起局部毛细血管扩张、皮肤色素沉着等^[8],且临床上有相当一部分家长拒绝长期使用激素类药物;口服中药制剂患儿配合程度亦较低,故如能采用治疗效果显著、不良反应较少的中药外治,则是很好的替代疗法。

中医认为小儿湿疹主要原因为孕母在孕期恣意饮食,过食辛辣刺激、荤腥动风之物,遗热于胎儿,生后复感风热;或小儿饮食不洁,伤及脾胃,致使脾失健运,湿热内蕴,又兼外受风邪,内外两邪相搏,浸淫血脉,内不得疏泄,外不得透达,

郁于肌肤腠理之间,故皮肤疹出色红瘙痒或津水流溢^[9],临床上确实以湿热浸淫型急性湿疹为多见。

本方为肖和印教授多年临床经验总结,土茯苓清热解毒利湿,地榆凉血止血收敛,可清除流滋、渗液;苦参清热解毒祛风,止痒;地肤子清热利湿,祛风止痒;白鲜皮清热解毒祛湿,再加入一些清热祛风除湿、利水消肿、活血凉血等中药,诸药合用有清热化湿、祛风止痒之效。

本研究以湿疹方治疗小儿湿热浸淫型急性湿疹 33 例均有明显疗效,其治疗婴幼儿湿热浸淫型湿疹,操作简便,疗效确切,可达到治疗要求,免除了打针、吃药给患儿带来的痛苦,并且治疗时间短,治愈率高,能够避免激素外用、滥用造成的不良反应,降低长期反复用药带来的治疗难度,同时增加患儿临床治疗的依从性,减轻家属由于长期治疗带来的经济压力,具有长远的经济和社会效益。下一步还需要大样本、多中心的临床验证,以探寻治疗婴幼儿湿疹的疗效确切的中医外治法,并促进该疗法的推广,为广大湿疹患儿带来福音。

参 考 文 献

- [1] 吴志琳. 外用型中药治疗小儿湿疹临床效果分析[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(6): 108-109.
- [2] 刘冰, 伏瑾. 婴幼儿湿疹的临床特征分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2006, 22(7): 541-542.
- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 604.
- [4] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 642.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 154.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 298.
- [7] 陈达灿, 吴晓霞. 特异性皮炎中西医结合治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 4.
- [8] 雒春香, 余静珠, 周红宝. 金银花煎液外洗治疗婴儿湿疹 50 例疗效观察[J]. 中国药物与临床, 2013, 13(6): 803-804.
- [9] 沈达, 董幼祺. 董幼祺教授调治小儿湿疹经验体会[C]// 中华中医药学会儿科分会第三十次学术大会论文汇编, 2013.

(收稿日期: 2017-02-29)

(本文编辑: 禹佳)