

复方银翘解毒合剂治疗水疱性丹毒的疗效分析^{*}

李 苏, 陈 瑜, 吴闽枫, 罗 莎, 华 亮, 范 斌[△]

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437)

摘要: **目的** 观察复方银翘解毒合剂治疗水疱性丹毒的疗效。**方法** 将 120 例丹毒患者随机分为治疗组 60 例, 对照组 60 例, 两组均采用抗生素治疗, 治疗组在此基础上再予复方银翘解毒合剂口服, 观察两组疗效。

结果 治疗组治愈率优于对照组 ($P < 0.05$), 病情愈合时间明显短于对照组, 症状和体征总积分 (TSS) 比值及患者自身评价均优于对照组。**结论** 复方银翘解毒合剂治疗水疱性丹毒的疗效较好, 值得临床应用。

关键词: 水疱性丹毒; 复方银翘解毒合剂; 中西医结合疗法

中图分类号: R269

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2017)02-0052-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2017.02.012

丹毒是皮肤科最常见的细菌感染性疾病之一, 是皮内淋巴管受乙型溶血性链球菌感染, 从而导致急性感染的一种疾病, 也可继发于足癣和鼻炎等感染。据统计, 其发病率为 2.46%, 是皮肤科和外科急诊的第三大常见病因^[1]。此病虽不危及生命, 但患部灼热疼痛, 严重者可引起皮下组织坏死, 给患者的生活和情绪带来极大的困扰。笔者于 2014 年 9 月—2016 年 12 月用复方银翘解毒合剂联合抗生素治疗 60 例水疱性丹毒患者, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部病例来自上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院皮肤科门诊。将 2014 年 9 月—2016 年 12 月 120 例水疱型丹毒作为研究对象。所有患者均参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]确诊, 并签署知情同意书。应用 DPS 随机数字表, 按就诊顺序将 120 例病人随机分为治疗组和对照组各 60 例。其中, 治疗组男 34 例, 女 26 例; 年龄为 22~64 岁, 平均 (53.58 ± 9.44) 岁; 病程为 2~14d, 平均 (6.76 ± 3.572) d。对照组男 31 例, 女 29 例; 年龄为 21~62 岁, 平均 (52.25 ± 10.43) 岁; 病程为 1~14d, 平均 (6.79 ± 3.678) d。两组患者年龄、性别、病程等基本资料比较差异无统计学意义, 具有可

比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者忌食油炸等刺激性食物, 适量饮水, 如出现下肢肿胀渗出者应适当抬高患肢。对照组患者采用常规西医抗生素 (青霉素或阿奇霉素) 治疗; 治疗组患者在对照组治疗基础上加服复方银翘解毒合剂, 每天 3 次, 每次 20mL 口服。该药为院内自制之剂, 方剂组成为: 金银花、连翘、黄芩、黄柏、栀子、紫花地丁和生地。两组患者均治疗 18d, 观察比较各组患者治疗效果及不良反应发生情况。

1.3 观察指标

(1) 疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。按痊愈、显效、好转、无效四级标准判定。痊愈: 疗效指数 = 100%; 显效: $60\% \leq \text{疗效指数} < 100\%$; 进步: $20\% \leq \text{疗效指数} < 60\%$; 无效: 疗效指数 $< 20\%$ 。

疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$

以痊愈和显效两组合计计算愈显率。

(2) 两组患者治疗显效时间: 两组患者病情改善开始的时间

(3) 两组患者 TSS 比值: 症状和体征总积分 (To-

^{*} 基金项目: 上海市卫生和计划生育委员会三年行动计划项目 (ZY3-JSFC-2-1043); 上海市科委科研计划项目 (15401972400)

收稿日期: 2017-02-15

作者简介: 李苏 (1987-), 女, 山东济南人, 住院医师, 研究方向: 中西医结合治疗皮肤病。

[△] 通信作者: 范斌, E-mail: drfanbin76@163.com

tal Symptom Score, TSS)。观察临床症状和体征,按“0=无,1=轻,2=中,3=重”评分,0分:皮肤外观正常或留有色素沉着;无红斑;无水疱;不痛疼或治疗后痛疼消失。1分:红斑轻;水疱1处;痛疼轻偶发。2分:红斑较明显;水疱 ≤ 3 处;痛疼中等常发,可忍受。3分:红斑明显;丘疹 > 3 处;水疱 > 3 处;痛疼重,频发或持续,难忍受。

(4)患者总体自我评估:在治疗期结束时或者提前中止研究用药时,患者自己将对总体改善的主观印象进行评估,评估为5分制,定义如下:1分,改善非常良好;2分,改善好;3分,有些改善;4分,没有改善;5分,恶化。

1.4 统计学处理

数据采用SPSS18.0软件进行统计学处理,计数资料以率(%)表示,采用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

根据疗效评价结果可知,治疗组患者治疗愈显率为83.33%,高于对照组的76.67%,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	进步	无效	愈显率/%
治疗组	60	5	45	10	0	83.33
对照组	60	3	43	14	0	76.67

2.2 两组患者治疗有效时间比较

治疗组有效时间为4~17d,平均 (6.32 ± 3.01) d,对照组有效时间5~21d,平均 (8.94 ± 3.71) d,两组比较具有显著性差异($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者有效时间比较($\bar{x} \pm s$,例)

组别	<i>n</i>	有效时间			平均值/d
		1-7d	8-16d	17-24d	
治疗组	60	13	42	5	6.32 ± 3.01
对照组	60	7	44	9	8.94 ± 3.71

2.3 两组患者TSS分值比较

两组患者治疗后与治疗前比较均有显著性差异($P < 0.05$),表明两组患者TSS值经过治疗,均有所下降。两组治疗前后差值比较亦有显著性差异($P > 0.05$)。见表3。

表3 两组患者TSS分值比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	TSS评分		
		治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	60	2.61 ± 0.497	0.24 ± 0.435	2.31 ± 0.471
对照组	60	2.52 ± 0.509	0.74 ± 0.594	1.78 ± 0.578

2.4 两组患者总体自我评估比较

两组患者治疗后与治疗前比较均有显著性差异($P < 0.05$),表明两组患者总体自我评估经过治疗,均有所下降。两组治疗前后差值比较亦有显著性差异($P > 0.05$)。见表4。

表4 两组患者总体自我评估比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	自我评价前	自我评价后	自我评价前后差值
治疗组	60	2.716 ± 0.454	1.712 ± 0.456	1.656 ± 0.478
对照组	60	2.957 ± 0.291	2.091 ± 0.289	0.621 ± 0.519

3 讨论

丹毒是由A组 β 型溶血性链球菌侵入皮肤、黏膜及淋巴管所引起的急性炎症,其特点为局限性红肿,境界清楚,色赤如丹,迅速蔓延,常伴有恶寒壮热等全身不适症状^[2]。多数伴有活动期足癣、鼻部、口腔、肛门、阴茎等及皮肤外伤史及感染灶,尤以溃疡性炎症更为显著^[3]。发病部位多集中于下肢及头部和面部^[4]。反复发作可致淋巴管阻塞,形成肢体淋巴水肿,感染较重者可形成败血症^[5]。丹毒分为水疱性和脓疱性,以皮肤局部出现水肿性红斑、水疱、自觉灼热疼痛、甚至高热为主要表现的水疱性丹毒最为常见。西医对于该病的治疗主要以青霉素类和大环内酯类抗生素为主^[6]。有研究表明单纯抗生素治疗易导致细菌耐药、细菌残留等问题,存在疗效不稳定、治疗疗程长、容易复发等问题^[7]。

中医对丹毒的研究由来已久,丹毒之名首见于祖国医学,因皮损色红如染丹脂,又为火毒所致,故名丹毒。因部位不同,发于头面部者称为抱头火丹,发于胫踝部者称为流火。中医认为,丹毒是由血分郁热、郁于肌肤、外感风湿毒热所致,也有可能是皮肤损伤之后毒邪趁机而入所致^[4]。明代陈实功《外科正宗》云“丹毒由伏火、血热根据、外受毒邪,内外和邪,二热相搏,水疱盛者夹有湿邪。”^[8]认为内热、外毒为其病因,确立“清热解毒为主、凉血除湿为辅”的基本治则指导临床施治,并取得满意的疗效。清热解毒中药疗效显著且副作用小,可明显降低抗生素使用剂

量,缩短治疗病程,使人们日趋重视中药对丹毒的治疗。目前研究表明,中药联合抗生素治疗下肢丹毒疗效显著^[9-10]。

复方银翘解毒合剂由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院皮肤科自行研制,为院内制剂(批号:沪药制字 Z05050343)。方药中君药金银花味甘性寒,重以清热解毒,解毒散结;连翘、黄芩善清风热,解表祛邪,共为臣药;黄柏、栀子、紫花地丁三药合力清热除湿,利湿散结,共为佐药;生地功在凉血,协助退热,为使药。组方精简,诸药合用,共奏清热解毒,消肿散结之效。此类清热解毒药的药理作用主要表现为抗病原微生物、抗毒素、解热、抗炎,可抑制细菌生长繁殖,防止炎症扩散,提高肌体免疫力^[11],另外还可以改善毛细血管通透性^[12]。且有研究表明中药金银花、黄柏等对于金黄色葡萄球菌、溶血链球菌等有明显抑制及杀灭作用^[13-14],连翘可抑制伤寒杆菌、葡萄球菌、链球菌等^[15]。

本研究显示,治疗组愈显率较对照组明显提高,显效时间亦明显缩短,说明复方银翘解毒合剂联合抗生素治疗与单纯抗生素治疗丹毒相比,其在近期临床疗效上具有缩短疗程,减少抗生素剂量,降低治疗费用的优点,远期临床疗效可显著降低复发率。且该药价格合理、安全有效,值得临床推广。

参考文献:

- [1] Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections [J]. Clin Infect Dis, 2005, 41 (10): 1373-1406.
- [2] 蔡惠群. 中西医结合治疗丹毒 102 例疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37 (3): 496.
- [3] 陈晨. 中西医结合治疗丹毒 31 例疗效观察 [J]. 湖南中

医杂志, 2016, 32 (7): 75-76.

- [4] 马海燕. 中西医结合治疗急性下肢丹毒 56 例体会 [J]. 中国民间疗法, 2016, 24 (5): 68-69.
- [5] 刘长青. 中西医结合治疗丹毒临床观察 [J]. 山西中医, 2012, 28 (9): 23.
- [6] 赵辨. 临床皮肤病 [M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001, 348-349.
- [7] 邵跃斌. 分型辨治抗生素药后证 80 例 [J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26 (4): 534-535.
- [8] 明·陈实功. 外科正宗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 962.
- [9] 毕海军. 清热利湿中药联合抗生素治疗下肢丹毒 46 例疗效观察 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2015, 21 (1): 64-65.
- [10] 刘文丽, 赵恩兵, 张键, 等. 丹参川芎嗪联合抗生素治疗下肢丹毒的疗效观察 [J]. 陕西医学杂志, 2015, 44 (2): 234-235.
- [11] 庞博, 董军杰, 庞国勋. 清热解毒类中药的药理作用及临床应用探讨 [J]. 临床合理用药, 2013, 6 (11A): 180-181.
- [12] 张敏, 姜热热. 中药煎剂湿敷治疗湿热下注型下肢丹毒患者的效果观察 [J]. 光明中医, 2015, 30 (1): 78-79.
- [13] 邢捷, 阙华发. 凉血清热、解毒化瘀法内外治结合治疗丹毒 156 例 [J]. 上海中医药杂志, 2012, 46 (6): 83-86.
- [14] 孟光, 张杰, 王海玉, 等. 金银花茶毒理学试验及保健作用评价 [J]. 河南预防医学杂志, 1997, 8 (3): 152-153.
- [15] 沈凤娇, 夏玉双, 王军. 王军辨治下肢慢性丹毒经验 [J]. 湖南中医杂志, 2016, 32 (11): 39-40.

(编辑:徐建平)

Effects of Compound Yinqiao Jiedu Decoction of Treatment on Bullous Erysipelas

LI Su, CHEN Yu, WU Minfeng, LUO Sha, HUA Liang, FAN Bin
(Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 200437, China)

ABSTRACT: **Objective** To Observe Compound Lonicera and Forsythia Detoxification Mixture's therapeutic effect on curing vesicular erysipelas. **Methods** Randomly dividing 120 erysipelas patients into a therapeutic group of 60 patients and a control group of 60 patients, treating the both groups with antibiotic, and on this basis, the therapeutic group is provided with oral Compound Lonicera and Forsythia Detoxification Mixture, observe the therapeutic effects of the both groups. **Results** The therapeutic group's cure rate is superior to the control group ($P < 0.05$), and its disease healing period is obviously shorter than the control group, TSS ratio as well as the self-evaluation from its patients are both superior to the control group. **Conclusion** Compound Lonicera and Forsythia Detoxification Mixture has notable therapeutic effect on curing vesicular erysipelas, and is valuable for clinical application.

KEY WORDS: vesicular erysipelas; Compound Lonicera and Forsythia Detoxification Mixture; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy