

健脾祛湿饮治疗脾虚湿蕴型湿疹的临床观察^{*}

黄 丹, 吴 宝[△], 康兰瑞, 赵 佳

(中国中医科学院广安门医院南区, 北京 102699)

摘要: **目的** 观察健脾祛湿饮治疗脾虚湿蕴型湿疹的临床疗效。**方法** 选取 58 例脾虚湿蕴型湿疹患者, 随机分为观察组和对照组各 29 例, 对照组给予氯雷他定片口服治疗, 观察组给予健脾祛湿饮口服治疗, 疗程 3 周。采用湿疹面积及严重程度指数评分表(EASI)评价患者的皮损情况, 比较 2 组 EASI 评分、瘙痒评分和临床疗效。**结果** 观察组总有效率为 96.55%, 高于对照组的 79.31% ($P<0.05$); 治疗后, 观察组 EASI 评分、瘙痒评分均明显低于对照组 ($P<0.05$); 2 组均无明显不良反应发生。**结论** 健脾祛湿饮治疗脾虚湿蕴型湿疹, 疗效确切, 无不良反应。

关键词: 健脾祛湿饮; 湿疹; 脾虚湿蕴型; 疗效

中图分类号: R275.9

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)02-0064-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.02.018

The Clinical Observation of Jianpi Qushi Decoction in Treating Dampness of Spleen Deficiency of Eczema

HUANG Dan, WU Bao, KANG Lanrui, ZHAO Jia

(Guanganmen Hospital of Chinese Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 102699, China)

ABSTRACT: **Objective** To investigate the clinical efficacy of Jianpi Qushi decoction in treating dampness of spleen deficiency of eczema. **Methods** 58 cases of eczema were selected, all were diagnosed as dampness of spleen deficiency of eczema, randomly assigned to the observation group and the control group, 29 cases in each group. The control group was given loratadine tablets treatment, the observation group was given Jianpi Qushi decoction for 3 weeks. The eczema area and severity index scale(EASI) was used to evaluate the skin lesions of the patients, and the EASI score, pruritus score, clinical efficacy were compared between the two groups. **Results** The total efficiency of the observation group was 96.55%, higher than 79.31% in the control group ($P<0.05$); before treatment, compared two groups of EASI score, pruritus score, there was no significant difference ($P>0.05$); after treatment, EASI score, pruritus score in the observation group were significantly lower than the control group ($P<0.05$); there were no obvious adverse reactions in two groups. **Conclusion** Jianpi Qushi decoction is effective in treating dampness of spleen deficiency of eczema, and no obvious adverse reactions.

KEY WORDS: Jianpi Qushi decoction; eczema; dampness of spleen deficiency; curative effect

湿疹是皮肤科常见瘙痒性疾病, 主要表现为皮肤色素性改变、粗糙、皮肤增厚、苔藓样以及手足发甲性改变等^[1], 多发于耳后、头面、四肢远端、肛周。因其发病机制复杂, 缠绵难愈, 复发率高, 严重影响患者生活质量。目前, 湿疹的治疗药物不良反应较多, 且现有治疗方案尚不能令人满意, 西医治疗短期疗效佳, 但易反复。中医以“湿疮”辨证治疗, 效果良好^[2]。笔者应用健脾祛湿饮对脾虚湿蕴型湿疹进行治疗, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2015 年 7 月—2017 年 7 月收治的 58 例慢性湿疹患者, 西医诊断依据《中国临床皮肤病学》中相关标准^[3], 中医诊断依据《中医病证诊断疗效标准》中相关脾虚湿蕴型湿疹标准^[4]: 发病较缓, 皮损潮红, 瘙痒, 抓后糜烂渗出, 可见鳞屑; 伴纳少, 神疲, 腹胀便溏, 小便清长或微黄; 舌质淡胖, 苔白或腻, 脉弦缓。纳入标准: ①符合中西医诊断标准, 辨

收稿日期: 2018-03-21

^{*} 基金项目: 北京市大兴区科技发展计划项目(KT2015000284)

第一作者简介: 黄丹(1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗皮肤病。

[△]通信作者: 吴宝, E-mail: 838261662@qq.com

证属脾虚湿蕴型湿疹;②签署知情书,自愿参与治疗;③年龄 18~60 岁;④在治疗前 10d 停止相关用药。排除标准:①妊娠或者哺乳期妇女;②对该次研究药物、药物成分及使用方法过敏者;③合并肝、肾、心脑血管等原发性疾病;④治疗依从性差,严重精神疾病者。采用随机分配法将 58 例患者分为观察组和对照组各 29 例,对照组男 17 例,女 12 例,平均年龄 (46.27 ± 12.58) 岁,病程为 (27.13 ± 23.49) 个月;观察组男 15 例,女 14 例,平均年龄 (44.59 ± 14.47) 岁,病程 (23.71 ± 24.86) 个月。2 组患者年龄、性别、病程等基线数据资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 2 组患者治疗前均给予基础治疗,使用凡士林外涂保护,皮损若存在渗出给予浓度 10%的硫酸镁溶液冷敷。观察组给予自拟健脾祛湿饮口服治疗,组方:刺蒺藜 9 g,当归 10 g,黄柏 10 g,白术 10 g,白鲜皮 10 g,丹参 10 g,马齿苋 15 g,茯苓 12 g,瘙痒较重加白鲜皮 10 g,地肤子 10 g,皮损较厚加鸡血藤 10 g,丹参 10 g,上肢湿疹重加桑枝 10 g,躯干湿疹重加柴胡 10 g。水煎服,300 mL/剂,1 剂/d,分早、晚各 1 次温服。对照组给予口服氯雷他定片,10 mg/次,1 次/d。2 组均治疗 3 周。

1.3 观察指标 观察 EASI 评分,包括皮损范围、皮损严重程度。根据皮损部位、症状严重程度以及皮损面积等予以综合评分^[5]。皮损范围包括头颈部、上肢、下肢、躯干 4 个部位。上肢含手以及腋窝外侧,下肢含臀与足,躯干含腋中部以及腹股沟部位。皮损面积计算,估算模式为手掌 1%,在计分数时,则换算为患处的比例进行计分,各个部位皮损面积占相应总面积的比例分值计为 0~6 分。具体为:0 分,无皮损;1 分,皮损面积所占比例 $<10\%$;2 分, 10% $<$ 皮损面积所占比例 $<19\%$;3 分, 20% $<$ 皮损面积所占比例 $<49\%$;4 分, 50% $<$ 皮损面积所占比例 $<69\%$;5 分, 70% $<$ 皮损面积所占比例 $<89\%$;6 分, 90% $<$ 皮损面积所占比例 $<100\%$ 。皮损严重程度评估:包含红斑、丘疹、表皮剥落、苔藓化 4 项。采取 0~3 四级评估法,红斑:不红 0 分;暗红 1 分;淡红 2 分;鲜红 3 分。丘疹:无丘疹 0 分;可见少量丘疹 1 分;皮损部位可见较多丘疹 2 分;皮损部位布满丘疹 3 分。表皮剥落:无剥落 0 分;散在表皮剥落 1 分;少量表皮剥落 2 分;皮损部位可见大量剥落 3 分。苔藓化:平复 0 分;可见轻微厚度 1 分;较厚 2 分;肥厚且呈现苔藓化 3 分。EASI 计算方法:

评估部位包括头颈部、上肢、下肢及躯干,评估 4 项内容代表符号为红斑(E)、丘疹或者水肿(I)、表皮剥落(Ex)、苔藓化(L)。头颈部分值: $(E + I + Ex + L) \times \text{面积} > 0.1$;上肢: $(E + I + Ex + L) \times \text{面积} > 0.2$;躯干: $(E + I + Ex + L) \times \text{面积} > 0.3$;下肢: $(E + I + Ex + L) \times \text{面积} > 0.4$ 。瘙痒评分:无瘙痒 0 分;偶发瘙痒,未影响学习与生活 1 分;瘙痒呈阵发性,需用药,时轻时重 2 分;剧烈瘙痒,已经严重影响工作与生活 3 分。进行 1 年随访,观察复发率,并做好记录。

1.4 疗效判定标准 疗效指数为治疗前后评分之差与治疗前评分的比值。临床痊愈:疗效指数为 95%~100%;显效:疗效指数为 60%~94%;有效:疗效指数为 39%~59%;无效:疗效指数为 0~30%。总有效率=临床痊愈例数+显效例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用统计学软件 SPSS11.0 进行数据统计分析,根据资料数据性质,如正态分布且方差齐的计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 观察组痊愈 10 例,显效 12 例,有效 6 例,无效 1 例;对照组中,痊愈 6 例,显效 12 例,有效 5 例,无效 6 例,观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	29	6(20.69)	12(41.38)	5(17.24)	6(20.69)	79.31
观察组	29	10(34.48)	12(41.38)	6(20.69)	1(3.45)	96.55
χ^2						-14.436
<i>P</i>						<0.05

2.2 2 组治疗前后 EASI 评分情况比较 治疗前,2 组患者的 EASI 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者 EASI 评分均明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组患者 EASI 评分降低较对照组更为明显($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组治疗前后 EASI 评分情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	29	17.24 $\pm$ 8.19	9.25 $\pm$ 5.46	-6.115	<0.05
观察组	29	16.38 $\pm$ 8.13	4.25 $\pm$ 2.48	4.327	<0.05
t		0.584	-5.463		
p		>0.05	<0.05		

2.3 2 组治疗前后瘙痒评分情况比较 治疗前,2 组患者的瘙痒评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者瘙痒评分均明显降低,瘙痒症状缓解,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组患者瘙痒评分降低较对照组更为明显($P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组治疗前后瘙痒评分情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	29	1.98±0.23	0.97±0.18	4.132	<0.05
观察组	29	1.89±0.24	0.52±0.21	-5.237	<0.05
<i>t</i>		0.549	5.371		
<i>p</i>		>0.05	<0.05		

3 讨论

西医治疗湿疹是寻找病因,规避刺激因素,药物以糖皮质激素为主,也可内服抗组胺药物等^[6-7]。但临床试验证实,停药后病情易反弹,且长期应用西药如糖皮质激素等,可造成皮肤萎缩、毛细血管扩张、毛孔粗大等不良反应,也可出现乏力、嗜睡等不适,长期服用,耐受差,影响患者生活质量^[8-9]。

慢性湿疹在中医学属浸淫疮,病因归纳为风、湿、热、毒,脾虚湿蕴型为其主要证型。脾属土居中州,运化水液,患者素体禀赋不足或后天失养,外感六淫,导致脾失健运,运化失常,湿邪内盛,与外风合邪,外蕴肌肤,浸淫肌肤而发为湿疹^[10-11]。脾失健运为本,风、湿、热、毒等外感邪气为标,脾虚湿盛内蕴,导致脾虚湿蕴之证候^[12]。治疗当健脾治本,清热化湿治标,使脾运复常,湿邪自除,肌肤得润,病获痊愈。

笔者采用健脾祛湿饮治疗脾虚湿蕴型湿疹,疗效满意。观察组临床总有效率高于对照组,EASI 评分、瘙痒评分明显得到改善,优于对照组,健脾祛湿饮治疗脾虚湿蕴型湿疹,疗效可靠,能够改善患者临床症状,缓解瘙痒^[13-14]。健脾祛湿饮中白术、茯苓为君药,白术健脾燥湿,茯苓利水渗湿,使水湿有出路,则脾可健,湿可除^[15];丹参入血分清心火,当归活血祛瘀,补血养血,二药合用使脾健气旺血足,共为臣药^[16-17]。黄柏清热燥湿,泻火解毒,白鲜皮清热燥湿,祛风解毒^[18],马齿苋清热解毒,凉血止血^[19];刺蒺藜活血祛风止痒^[20]。诸药合用,共奏健脾除湿,清热解毒,祛风止痒之功效。

综上所述,健脾祛湿饮治疗脾虚湿蕴型湿疹,症状明显改善,疗效确切,无明显不良反应,安全可靠,值得临床借鉴。

参考文献:

- [1] 尚倩. 基于中医传承辅助平台对当代皮肤科著名医家治疗湿疹诊治规律的研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.
- [2] 吴妍静. 中医药治疗慢性湿疹的研究进展 [J]. 上海中医药杂志,2013,(11):102-104.
- [3] 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,1994:263-264.
- [4] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社,2009:17-41.
- [5] 李曙东. 黄连解毒汤合消风散治疗湿热型湿疹 43 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志,2014,30(7):87-95.
- [6] 赵宏伟. 清热除湿汤治疗湿热浸淫型湿疹疗效观察及对血清 T 细胞亚群的影响 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2015,14(1):43-45.
- [7] 陈佳,郭敏,周黎旻,等. 野菊花提取物对小鼠湿疹模型 Th1/Th2 免疫功能的影响 [J]. 中成药,2018,40(2):440-443.
- [8] GAO L,WANG Y,XU Z,et al. SZC017,a novel oleanolic acid derivative,induces apoptosis and autophagy in human breast cancer cells[J]. Apoptosis,2015,20(12):1636-1650.
- [9] 王健. 消风散加减治疗风湿热型小儿湿疹 40 例[J]. 中医儿科杂志,2014(3):52-54.
- [10] 曾丹,周维康,李惠,等. 四物消风散加减治疗慢性湿疹的疗效观察及对慢性湿疹患者 TH1/TH2 平衡的影响 [J]. 重庆医科大学学报,2015,40(12):1550-1554.
- [11] 胡秀云. 湿疹临床症候分布规律及皮损特征研究 [D]. 郑州:河南中医学院,2014.
- [12] 熊学平. 周勇教授滋阴除湿法论治慢性湿疹的临床经验和学术思想研究[D]. 南京中医药大学,2016.
- [13] 桑旭东. 益阴养血祛风止痒治疗慢性荨麻疹的疗效观察 [J]. 中国现代医生,2010,48(29):154-156.
- [14] 孙华,聂磊,丁平. 中西医结合治疗 68 例慢性湿疹的疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2009,3(3):16-17.
- [15] 唐小荣. 中医辨证治疗湿疹的临床观察[J]. 临床合理用药杂志,2015,8(3):118-119.
- [16] 胡燕燕,蒋如芬. 养血止痒汤联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹 55 例疗效观察[J]. 新中医,2016(12):103-105.
- [17] 林泽宏,冉旭. 健脾祛湿法对 2 型糖尿病胰岛素抵抗的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志,2008,18(2):105-106.
- [18] 张余梅,迟万河,崔育生. 消风散治疗荨麻疹 40 例[J]. 中医外治杂志,2004,13(6):56.
- [19] 周俊琳. 龙胆泻肝汤联合壮医药线灸治疗湿热浸淫型慢性湿疹临床观察 [J]. 广西中医药大学学报,2017,20(1):32-33.
- [20] 刘春霞. 中西药结合治疗掌跖部慢性湿疹临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2009,8(6):375-376.