引用:李小鹏,席建元,谢汶芳,彭丹.消炎止痒洗剂联合透明质酸凝胶敷料治疗婴幼儿亚急性湿疹的临床观察[J].中医药导报,2019,25(8):97-98,101.

消炎止痒洗剂联合透明质酸凝胶敷料治疗婴幼儿亚急性湿疹的临床观察

李小鹏,席建元,谢汶芳,彭 丹
(湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007)

[摘要] 目的:观察消炎止痒洗剂联合透明质酸凝胶敷料治疗婴幼儿亚急性湿疹的临床疗效及安全性。方法:采用随机分配法将86例轻、中度亚急性湿疹患儿分为对照组和治疗组,对照组予消炎止痒洗剂涂于患处,3次/d,治疗组在对照组的基础上加用透明质酸凝胶敷料外用,2次/d,连续用药4周。结果:治疗组入组42例,完成治疗38例,脱落4例;对照组入组44例,完成治疗36例,脱落8例。治疗后,对照组有效率为66.67%,治疗组为86.84%,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后EASI评分比较,治疗组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);完成病例均无明显不良反应发生。结论:消炎止痒洗剂联合透明质酸凝胶敷料治疗婴幼儿亚急性湿疹临床疗效确切,无明显不良反应。

[关键词] 亚急性湿疹;婴幼儿;消炎止痒洗剂;透明质酸凝胶敷料
[中图分类号] R272.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2019)08-0097-02

DOI:10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2019.08.027

婴幼儿湿疹属中医学“奶癣”“胎敛疮”范畴,是临床上婴幼儿常见的皮肤病之一,发病率较高。西医治疗婴幼儿湿疹主要以外用糖皮质激素制剂为主,疗效确切,但易于反复发作,且长期反复使用糖皮质激素制剂易出现皮肤萎缩、色素沉着和皮肤毛细血管扩张等不良反应。我院皮肤科使用自制药消炎止痒洗剂联合透明质酸凝胶敷料治疗亚急性期婴幼儿湿疹临床疗效确切,无明显不良反应,现报告如下。

通讯作者:席建元,E-mail:xijianyuan2010@163.com

1 资料和方法

1.1 病例选择 (1)入选标准:①西医诊断参照《临床皮肤病学》[1]中亚急性湿疹的诊断标准;②年龄1~36个月,皮损的严重程度参照湿疹面积及严重度指数评分法[2]属于轻中度;③患儿家属签署知情同意书,并接受随访;④无湿疹外的其它皮肤病;⑤无严重的心脑血管、肝、肾、胃肠道和造血系统等疾病患者。(2)排除标准:①对研究中药过敏者;②近1个月有口服或外用糖皮质激素药物者。

1.2 一般资料 86例患儿均来源于2016年1月至2017年10月

betics in Kinmen Taiwan[J].Ophthalmic Epidemiol,2008,15(1):2-9.
[9] Jacobsen N, Jensen H, Lund-Andersen H, et al. Is poor glycaemic control in diabetic patients a risk factor of myopia?[J].Acta Ophthalmol,2008,86(5):510-514.
[10] Wilkinson C P, Ferris F L, Klein R E, et al. Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales[J].Ophthalmology,2003,10(9):1677-1682.
[11] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:215-218.
[12] 孙磊,卢雯.糖尿病视网膜病变综合治疗[J].医药论坛杂志,2004,25(20):48.
[13] 吴建国.芪明颗粒治疗中、重度非增生性糖尿病视网膜病变的临床研究[D].北京:中国中医科学院,2011.
[14] 王丽颖.糖尿病视网膜病变与高度近视的相关性研究[J].中国实用药,2015,10(18):112-113.
[15] Pierro L, Brancato R, Robino X, et al. Axial length in patients with diabetes[J].Retina,1999,19(5):401-404.
[16] Leung D W, Cachianes G, Kuang W J, et al. Vascular endothelial growth factor is a secreted angiogenic mitogen[J].Science,1989,246(4935):1306-1309.
[17] Jardeleza M S, Miller J W. Review of anti-VEGF therapy in proliferative diabetic retinopathy [J].Semin Ophthalmol,2009,24(2):87-92.

(收稿日期:2017-05-08 编辑:罗英姣)

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

湖南中医药大学第一附属医院皮肤科门诊，按照就诊顺序，随机分为两组，其中治疗组42例，男24例，女18例，年龄1~36（13.5±15.3）个月，病程3 d~18个月[（9.8±2.7）个月]；对照组44例，男25例，女19例，年龄1~36（14.7±13.2）个月，病程1 d~18个月[（10.4±3.9）个月]。两组患儿皮疹散在分布在婴幼儿面部、颈部、躯干及肢体，根据湿疹面积及严重度指数评分法病情属于轻、中度。两组一般资料比较，差异均有统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。

1.3 治疗方法 对照组予消炎止痒洗剂（药物组成：苦参、黄柏、地肤子、蛇床子、荆芥、芒硝、炉甘石、寒水石、甘草。上药按比例制成洗剂，规格：250 mL/瓶，由湖南中医药大学第一附属医院制剂室生产，批号：20160227）直接涂于患处，3次/d；治疗组在对照组基础上加用透明质酸凝胶敷料（规格：30 g/支，商品名：益肤，南京天纵易康生物科技股份有限公司生产，批号：20160113）外用，2次/d。两组患者均治疗4周，嘱患儿治疗期间清淡饮食，避免搔抓、刺激。

1.4 观察指标 分别记录就诊时、治疗1周后、2周后、4周后患儿的湿疹面积及严重程度指数（exzema area and severity index，EASI）评分[2]对患儿皮损情况进行客观描述。皮疹情况包括红斑（erythema，E），硬肿（肿）/丘疹（induration (edema)/popution，I），表皮剥脱（excoriation，Ex），苔化（lichenification，L），每一项临床表现程度以0~3分计，0为无，1为轻，2为中，3为重。皮损面积占各部位面积的分值为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%。头颈部、上肢EASI分为（E+I+Ex+L）×面积×0.2，躯干、下肢EASI分值为（E+I+Ex+L）×面积×0.3，各部位分值相加即为EASI皮损状严重程度的总分。

1.5 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》[3]中疗效判定标准制定。痊愈：皮损面积消退>95%，瘙痒基本消失；显效：皮损面积消退60%~94%，瘙痒明显减轻；有效：皮损面积消30%~59%，瘙痒减轻；无效：皮损面积消退<30%，瘙痒无减轻或加重。

1.6 统计学方法 用SPSS 19.0软件，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，两组比较采用t检验，计数资料比较采用χ^2检验，等级资料采用秩和检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 不良反应 治疗组入组42例，完成治疗38例，脱落4例；对照组入组44例，完成治疗36例，脱落8例。治疗4周后，两组均未见明显不良反应。

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗组总有效率为86.84%，对照组总有效率为66.67%，两组比较，差异有统计学意义（$P=0.039$）。（见表1）

表1 两组患者临床疗效比较 （例）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	38	15	10	8	5	86.84
对照组	36	8	9	7	12	66.67

2.3 两组患者治疗前后EASI评分比较 两组患者治疗前EASI评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗前后两组患者EASI评分均降低，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；治疗后治疗组EASI评分低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（见表2）

表2 两组患者治疗前后EASI评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	38	2.28±1.14[a]	0.36±0.23[b,d]
对照组	36	2.35±1.58	0.77±0.41[c]

注：与对照组治疗前比较，[a]$t=0.312$，[a]$P=0.756$；与组内治疗前比较，[b]$t=8.34$，[b]$P=0.00$；[c]$t=5.298$，[c]$P=0.00$；与对照组治疗后比较，[d]$t=2.200$，[d]$P=0.030$

3 讨 论

婴幼儿湿疹多发生于出生后1~3个月，部分患儿1~2岁可以自愈，好发于面部、头皮、颈部及四肢屈侧，尤以双颊部、额部多见。西医学认为婴幼儿湿疹的发病病因病机复杂，与多种内部因素和外部因素相互作用有关，其中皮肤屏障功能的破坏与婴幼儿湿疹的发病密切相关，故修复皮肤的屏障功能在婴幼儿湿疹的治疗过程中至关重要[4]。中医学认为，婴幼儿湿疹是由于禀赋不耐，饮食失节，或过食辛辣刺激荤腥动风之物，脾胃受损，失其健运，湿热内生，又兼外受风邪，内外两邪相搏，风湿热邪浸淫肌肤所致。西医目前对婴幼儿湿疹的治疗主要以外用糖皮质激素类制剂、免疫调节剂等配合口服抗组胺药物为主，疗效确切，但长期使用可出现皮肤萎缩、色素沉着和皮肤毛细血管扩张等不良反应，且容易产生依赖性，停药后易于复发或加重。

消炎止痒洗剂是我院皮肤科的经验方，专用于治疗湿疹、皮炎、瘙痒症等皮肤病。消炎止痒洗剂从湿疹的根本病因“风、湿、热”出发，具有清热利湿、祛风止痒的功效。本方重用苦参为君，配以黄柏苦寒清热燥湿，泻火解毒，地肤子清利湿热，增强君药清热利湿之功，使湿热之邪去而不留邪，配以蛇床子燥湿祛风止痒，荆芥疏风止痒，使君药祛风止痒之效大增，四药共为臣药。寒水石、芒硝泻热清火消肿，炉甘石收湿止痒敛疮，三药共为佐药。甘草清热解毒且调和诸药为使药。全方共奏清热利湿、祛风止痒之功，使湿祛热清而痒止。现代药理学研究表明，苦参、地肤子、蛇床子具有抗炎、抗过敏、止痒的作用[5-7]；黄柏、荆芥、寒水石、芒硝、甘草具有抗菌、抗炎，解热消肿、收敛的作用[8-12]；炉甘石具有加速创面愈合的作用[13]。这与西医湿疹的治疗原则（抗炎、抗过敏止痒、修复创面）是一致的。

透明质酸疑胶敷料能在皮肤表面形成一层薄膜，抵御外界紫外线、灰尘、细菌等有害物质侵入，调控表皮细胞增殖分化，促进胶原和蛋白多糖合成，清除氧自由基[14]，同时能够改善细胞免疫反应，小分子量透明质酸能渗入真皮，轻度扩张毛细血管，改善皮肤血液循环，纠正中间代谢异常，保持皮肤营养供给，促进皮肤屏障功能损伤修复[15]。本研究发现，单用透明质酸凝胶敷料亦能治愈一部分轻度婴幼儿湿疹，以面部湿疹疗效较好，这可能与面部血供丰富，药物吸收较快有关。

综上所述，消炎止痒洗剂联合透明质酸凝胶敷料能够有效治疗轻、中度婴幼儿亚急性湿疹。但本研究仍存在不足之处：（1）对湿疹的急性期，渗出较多时未进行研究；（2）缺乏对重度婴幼儿湿疹的研究；（3）研究时间较短。故尚待进一步深入研究。

（下转第101页）

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

也显示，功能性便秘证型分布与年龄、从事工种、睡眠状况、情志不畅（抑郁及焦虑倾向）、精神紧张、人际关系、工作疲劳、西医便秘类型等因素有关[15]，其中肠道气滞是最主要证候类型[16]。

“大肠者，传导之腑，以通为顺”，因此功能性便秘的主要治则是顺气导滞。关元、天枢、中脘合称“三穴”，其中关元是小肠经募穴、天枢是大肠经募穴、中脘是胃经募穴，这三组穴位均与大肠、小肠、胃经有联系，是治疗胃肠疾病的首选穴位。“三穴三法”主要取大肠经、小肠经、胃经上的募穴，结合摩腹法、腹部震颤法、推腹法，三穴三法合用，促进肠脑反射，调节胃肠功能，推进肠道蠕动，协调盆底肌功能，恢复正常排便节律。本研究结果显示，治疗组总有效率为86.67%，显著高于对照组的73.33%，提示“三穴三法”推拿治疗功能性便秘临床疗效肯定。两组患者的排便困难、排便时间、粪便性状、排便频率、腹胀积分以及PAC-QOL量表中身体不适、心理社会不适、担心和焦虑、满意度4个维度积分均较治疗前降低，且治疗组上述指标均优于对照组，提示“三穴三法”推拿方案可以改善便秘患者的症状，提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 郭晓峰，柯美云，潘国宗，等.北京地区成人慢性便秘整群、分层、随机流行病学调查及其相关因素分析[J].中华消化杂志，2002，22(10)：637-638.

[2] 熊理守，陈曼湖，陈惠新，等.广东省社区人群慢性便秘的流行病学研究[J].中华消化杂志，2004，24(8)：488-491.

[3] 刘智勇，杨关根，沈忠，等.杭州市城区便秘流行病学调查[J].中华消化杂志，2004，24(7)：435-436.

[4] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组，中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘诊治指南(2013年，武汉)[J].中华消化杂志，2013，33(5)：291-297.

[5] 周青，陈玉根.慢性功能性便秘临床治疗研究现状[J].中国中西医结合消化杂志，2013，21(11)：611-613.

[6] 张军，吴宗蔚，马笃军，等.推拿治疗便秘临床研究文献的Meta分析[J].湖南中医杂志，2013，29(3)：127-129.

[7] 张丹，夏志伟.功能性便秘的罗马Ⅲ标准[J].中国医刊，2008，43(12)：63-64.

[8] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性便秘中医诊疗共识意见[J].北京中医药，2011，30(1)：3-7.

[9] 中华医学会外科学分会肛肠外科学组.便秘症状及疗效评估[J].中华胃肠外科杂志，2005，8(4)：355.

[10] 赵贞贞，林征，林琳，等.中文版患者便秘状况评估量表在应用评价中的信效度研究[J].中华护理杂志，2010，45(12)：1124-1126.

[11] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则（第一辑）[Z].北京，1993：131-133.

[12] Chan A O，Cheng C，Hui W M，et al. Differing coping mechanisms，stress level and anorectal physiology in patients with functional constipation[J].World Journal of Gastroenterology，2005，11(34)：5362-5366.

[13] 何丰华，刘玉姿，吴晔，等.加减黄芪汤治疗气虚型老年功能性便秘的临床研究[J].中药材，2015，38(2)：410-412.

[14] 朱盈盈，陈延.功能性便秘的中国古代文献述评[J].中华中医药杂志，2012，27(9)：2387-2389.

[15] 赵蕾，廖秀军，杨关根，等.慢性功能性便秘基本证型分布特点及相关因素分析[J].中国中西医结合杂志，2014，34(10)：1173-1177.

[16] 汪红兵，陈剑明，张声生.老年功能性便秘中医病机规律临床流行病学调查[J].中国中医药信息杂志，2011，18(12)：21-23.

（收稿日期：2018-02-04 编辑：罗英姣）

（上接第98页）

参考文献

[1] 赵辨.临床皮肤病学[M].南京：江苏科学技术出版社，2010：733-741.

[2] 王珊，马琳.特应性皮炎严重程度的评估[J].中国医学文摘(皮肤科学)，2016，33(2)：154-159.

[3] 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，2002：299.

[4] 何黎.重建皮肤屏障在湿疹治疗中的重要性[J].皮肤病与性病，2009，31(3)：12-13.

[5] 顾关云，肖年生，蒋昱.苦参的化学成分、生物活性和药理作用[J].现代药物与临床，2009，24(5)：265-271.

[6] 蒋剑平，沈小青，范海珠.地肤子化学成分及药理活性研究进展[J].中华中医药学刊，2011，29(12)：2704-2706.

[7] 彭涛，冯玛莉，周然.蛇床子止痒有效成分的筛选[J].中国药物与临床，2002，2(5)：283-285.

[8] 胡俊青，胡晓.黄柏化学成分和药理作用的现代研究[J].当代医学，2009，15(7)：139-141.

[9] 钱雯，单鸣秋，丁安伟.荆芥的研究进展[J].中国药业，2010，19(22)：17-19.

[10] 胡密霞，周昊霏，王美玲，等.蒙药寒水石的研究进展[J].中国民族医药杂志，2014，9(9)：34-36.

[11] 应帮智，张卫华，张振凌.中药芒硝药理作用的研究[J].现代中西医结合杂志，2003，12(20)：2155-2156.

[12] 王兵，王亚新，赵红燕，等.甘草的主要成分及其药理作用的研究进展[J].吉林医药学院学报，2013，34(3)：215-218.

[13] 周灵君，张丽，丁安伟.炉甘石敛口生肌的药效学研究[J].中药新药与临床药理，2013，24(4)：333-337.

[14] 李妍，徐薇，李邻峰.外用糖皮质激素联合含抗菌肽保湿剂对湿疹的疗效观察[J].中华皮肤科杂志，2016，49(10)：733-735.

[15] 王竞，霍美蓉，张栩源.基于透明质酸的靶向纳米给药系统的研究进展[J].中国医药工业杂志，2013，44(8)：828-835.

（收稿日期：2018-01-27 编辑：罗英姣）

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net