

中药内外联合治疗血虚风燥型慢性 肛门湿疹疗效观察

● 付肖冰¹ 吕照文¹ 肖超¹ 指导:熊之焰²

摘要 目的:观察中药内外联合治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹的疗效。方法:将90例患者随机分为治疗组和对照组各45例,治疗组采用当归饮子化裁内服联合冰黄肤乐软膏外用,对照组内服氯雷他定片及0.1%的丁酸氢化可的松软膏外用。结果:两组治疗后红斑、硬肿/丘疹、表皮剥脱、苔藓化比较,治疗组与对照组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:当归饮子化裁内服联合冰黄肤乐软膏外用治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹,具有良好的效果。

关键词 慢性肛门湿疹 当归饮子化裁 冰黄肤乐软膏

慢性肛门湿疹是临床上一种常见的变态性皮肤病,在肛肠科患者中占有一定比例,而且随着社会的发展,发病率有逐年上升的趋势。目前,慢性肛周湿疹的治疗手段很多,但没发现特效药物,常见的治疗方法有内服中药、中药熏洗坐浴、西药外用、针灸、冷冻疗法、手术治疗等。肛门湿疹急性期易治愈,但慢性期易反复发作,难以治愈,给患者带来极大痛苦。传统医学在治疗本病过程中,积累了较丰富的经验,简单、方便而有效。2012年6月~2013年6月期间,应用中医药内外联合治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹取得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2012年6月至2013年6月门诊符合诊断标准的90例患者按入院先后顺序编为1~90号,采用随机数字化分组法,分为治疗组45例,对照组45例。其中治疗组45例,男16例,女29例;年龄24~70岁,平均 (28.71 ± 4.12) 岁;病程2~11个月,平均 (5.32 ± 2.23) 月。对照组45例,男21例,女24例;年龄23~68岁,平均 (29.63 ± 3.71) 岁;病程1~12个月,平均 (5.22 ± 2.34) 月。2组病例性别、年龄、病程等一般资料经统计学处理无显著性差异($P >$

0.05),具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照《临床诊疗指南—皮肤病与性病分册》^[1]的诊断标准制定:(1)皮损形态有多形性,有渗出倾向;(2)常对称分布;(3)反复发作,慢性倾向;(4)瘙痒剧烈。

1.3 中医诊断标准 参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准·肛门湿疡病》^[2]:慢性湿疡:常因急性湿疡日久不愈,转为慢性湿疡,或一开始表现为慢性者,肛缘皮肤增厚粗糙,呈苔藓样变,弹性减弱或消失。伴有皲裂,颜色棕红或灰白色,皮损界线不清楚,瘙痒剧烈。病程较长,常经久不愈,反复发作。

1.4 中医辨证标准 血虚风燥证^[1]:皮损肥厚粗糙,鳞屑,苔藓样变,色素沉着;自觉阵发性瘙痒,夜间加重,可伴心烦失眠,舌淡红,脉弦细。

1.5 纳入标准 符合中西医诊断标准及中医辨证标准并自愿配合治疗的患者。

1.6 排除标准 (1)妊娠或哺乳期妇女。(2)对本药过敏,或对药物成分过敏者。(3)近两周内服过类固醇药物;和/或1周内服过抗组胺类药物或外用过类固醇制剂。(4)合并脑血管、心血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病以及精神病患者。(5)有明显渗出和糜烂及中医证候诊断不符者。(6)未按规定用药,或临床资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.7 治疗方法

1.7.1 治疗组 用当归饮子化裁内服合冰黄肤乐软

• 作者单位 1. 湖南中医药大学2011级硕士研究生(410007);2. 湖南中医药大学第二附属医院(410005)

膏外擦。当归饮子化裁药物组成:当归 12g,生地 10g,白芍 10g,川芎 10g,何首乌 10g,荆芥 10g,防风 10g,白蒺藜 10g,黄芪 10g,生甘草 5g。瘙痒甚者,加钩藤 5g;夜间瘙痒剧烈,影响睡眠者加龙骨 15g、珍珠母 15g;皮肤粗糙肥厚加丹参 10g;兼湿热者,加地肤子 20g、苦参 10g。每日 1 剂,文火煎汁 400ml,早晚服用。冰黄肤乐软膏(西藏芝芝药业有限公司,国药准字 Z10980140,规格 15g)涂擦,每日 2 次。治疗 2 周为 1 疗程,2 个疗程后判定疗效,治疗期间禁忌辛辣刺激及海鲜等发物。

1.7.2 对照组 用氯雷他定片(西安杨森制药有限公司,国药准字 H20070030,规格 10mg)口服,每次 10mg,每日 1 次;同时以 0.1% 的丁酸氢化可的松软膏(天津药业集团有限公司,国药准字 H10940095,规格 5g)外涂,每日 2 次。治疗 2 周为 1 疗程,2 个疗程后判定疗效,治疗期间禁忌辛辣刺激及海鲜等发物。

1.8 观察指标 参照《中药新药临床研究指导原则》中的相关内容进行制定^[3]。(1)瘙痒评分:根据瘙痒对工作、学习及日常生活的影响程度,以 0~3 分计分。(2)皮损形态:分为四项,即红斑、硬肿/丘疹、表皮剥脱、苔藓化。每一临床表现的严重程度以 0~3 分计分,0=无,1=轻,2=中,3=重,均以该部位最严重情况记录各种症状分值之间可记半级分,即 0.5。(3)皮损面积积分:对于不规则形状的创面,采用网格法测量创面面积并计分。0 分:无皮损;1 分:皮损面

积小于肛周面积的 10%;2 分:皮损面积占肛周面积的 10%~19%;3 分:皮损面积占肛周面积的 20%~49%;4 分:皮损面积占肛周面积的 50%~69%;5 分:皮损面积占肛周面积的 70%~89%;6 分:皮损面积占肛周面积的 90%~100%。(4)总积分=(瘙痒分值+皮损面积分值+皮损形态分值)×病期加权系数(慢性期为 2)。

1.9 疗效标准^[3] 痊愈:皮损全部消退,症状消失,疗效指数≥95%;显效:皮损大部分消退,症状明显减轻,疗效指数≥75%;有效:皮损部分消退,症状有所改善,疗效指数≥30%;未愈:皮损消退不明显,症状未见减轻或反见恶化,疗效指数<30%。

注:疗效指数计算公式(尼莫地平法):[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数)/本组总例数×100%。

1.10 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件对所有数据进行分析,等级资料采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验或秩和检验, $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 与对照组比较,经等级资料两样本的秩和检验, $P < 0.05$,差异具有统计学意义,治疗组疗效优于对照组。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	14(31.11)	20(44.44)	7(15.56)	4(8.89)	91.11 [△]
对照组	9(20.00)	12(26.67)	14(31.11)	10(22.22)	77.77

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后症状积分比较 两组治疗后,症状积分有下降,表明两组对症状均有改善作用,且治疗组比对照组改善作用更明显($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后症状积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	治疗前	治疗后
治疗组	11.89 ± 2.33 [△]	4.47 ± 2.25 ^{△△}
对照组	11.84 ± 2.14	6.52 ± 2.87 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P < 0.05$;与对照组治疗前比较,[△] $P > 0.05$;与对照组治疗后比较,^{△△} $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗后皮损及瘙痒症状积分比较 治疗组与对照组同项目比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义,说明治疗后红斑、硬肿/丘疹、表皮剥脱、苔藓化、瘙痒改善情况治疗组疗效优于对照组。见表 3。

表3 两组治疗后皮损及瘙痒症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	红斑	硬肿/丘疹	表皮脱落	苔藓化	瘙痒
治疗组	1.04 ± 0.22 [△]	0.95 ± 0.23 [△]	0.25 ± 0.43 [△]	0.38 ± 0.47 [△]	0.82 ± 0.43 [△]
对照组	1.59 ± 0.54	1.64 ± 0.51	0.96 ± 0.68	1.09 ± 0.45	1.63 ± 0.91

注:对照组同项目比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 安全性评价

治疗组在治疗时间段内未出现任何不良反应及毒副作用,对照组有6例患者在服药后出现嗜睡、乏力、胃肠不适,发生率为13.33%。经适当处理均好转,未影响治疗。

4 讨论

慢性肛门湿疹是皮肤科常见多发病,发病率一直呈增长趋势,对此,医学界人士十分关注。目前西医一般采用抗组胺药物(主要用于治疗第I型变态反应)及皮质固醇激素对症治疗,大多数情况下只能缓解瘙痒的症状,并且长期使用会有一些副作用:随着临床的广泛应用氯雷他定的不良反应报道日益增多,如致全身性骨关节疼痛、致继发性粒细胞缺乏症、致心动过速、致视神经炎、致严重晕厥^[4];湿疹患者长期、大剂量外用激素,尤其是在头面、皮肤褶皱部位会引起诸如毛发增生、皮肤萎缩和毛细血管扩张等副作用^[5]。因此,近年来运用中医药治疗慢性肛门湿疹越来越引起人们的重视,并获得肯定疗效,提示中医药治疗慢性肛门湿疹有必要进行深入研究发展。

中医中药治疗湿疹具有良好的临床疗效^[6-7]。慢性肛门湿疹的发生由于先天禀赋不足或者因外感风湿热之邪,郁于腠理,致湿热蕴结于内而发病,或因饮食不节,嗜食辛辣肥甘油腻,伤及脾胃,脾失健运,致使湿热蕴结于内而发病,风邪久留不散,耗伤阴血,以致血虚风燥。针对其基本病机,并结合临床,制定养血祛风、润燥止痒为治疗法则,此即当归饮子的立法组方依据。当归饮子出自《重订严氏济生方》,宜于血虚风燥者,凡各类皮肤疾患日久,伤及阴血,或肿或痒,均可考虑本方。方中当归调养营血以治其本,寓有“治风先治血”之意,为君药;生地、白芍、何首乌养血滋阴润燥,黄芪益气固表,诸药为臣,以助君药之力;荆芥、防风透散开泄肌表皮毛,疏风祛邪,川芎行气活血,白蒺藜祛风止痒,诸药为佐;生甘草调和诸药为使药。诸药配合,养血滋阴润燥,益气固表而不留邪,疏风散邪而不伤正,有补有散,标本兼固,主治血虚风燥型肛门湿疹皮肤瘙痒症。现代药理学研究证明当归含有挥发油及水

溶性生物碱、蔗糖、有机酸(阿魏酸等)、维生素B12等。对人的淋巴球母细胞转化有促进作用。当归可提高机体细胞免疫、体液免疫和单核吞噬细胞系统功能,诱导产生细胞因数白细胞介素-2(IL-2)及干扰素工IFN;其有效成分之一阿魏酸I、II、III、IV型变态反应均有抑制作用^[8]。黄芪具有广谱免疫增强作用,可诱导产生工IFN-Y,IL-2。对强的松龙所致的免疫抑制有显著对抗作用,黄芪与当归合用作用明显增强^[9]。荆芥油可抑制豚鼠平滑肌的慢反应物质释放;防风可抑制小鼠迟发型变态反应,提高巨噬细胞功能^[10]。本研究在此经典方基础上对症加减,获得肯定疗效,且无明显副作用。同时外用冰黄肤乐软膏,它由大黄、姜黄、黄芩、甘草、冰片、薄荷组成,其中大黄、黄芩能清热燥湿、破瘀消肿;黄姜则破血行气、通经止痛;硫黄可清热燥湿、杀虫止痒,收敛润肤;冰片辛凉,杀虫止痒,消肿止痛;薄荷疏风散热,甘草调和诸药^[10],诸药相伍,共奏清热燥湿、祛风止痒之效。综上所述,运用中医整体观念的理论,内外同治,标本兼顾,使养血祛风、润燥止痒的效果更强,故中医药内外联合治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹有一定的疗效,值得推广应用。

参考文献

- [1]中华医学会.临床诊疗指南—皮肤病与性病分册[S].北京:人民卫生出版社,2006.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:146.
- [3]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,2002:296-298.
- [4]苏藻.氯雷他定的不良反应[J].海峡药学,2006,18(1):158-160.
- [5]王天祥,刘桂峰.外用皮质类固醇致不良反应160例分析[J].中国误诊学杂志,2003,3(8):1178.
- [6]李晓睿,李咏梅.冰黄肤乐软膏治疗亚急性湿疹103例临床疗效观察[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2007,6(4):242-243.
- [7]冯长青,田静.中药溶液在湿疹外治中的应用体会[J].中医外治杂志,2007,16(6):61-62.
- [8]胡慧娟,杭素茜.阿魏酸对变态反应的影响[J].中国药理学报,1991,12(5):426.
- [9]包牧莹,梁秀宇,关洪全.当归与黄芪不同比例配伍对小鼠T细胞亚群及IL-2的影响[J].中国公共卫生,2000,16(9):784-786.
- [10]葛卫红,沈映君.荆芥、防风挥发油抗炎作用的实验研究[J].成都中医药大学学报,2003,25(1):55-57.