

证相合,方药对症,有的放矢。

通过本次临床研究证明,通气汤能够有效地改善过敏性鼻炎患者的临床症状和体征,降低血清过敏原总 IgE,有效改善患者的症状体征,增强患者继续积极治疗的自信心。此外,通气汤祛风解表药较多,比较适合广东等沿海一带风湿较显著地域使用。如果是北方地域,可以减去羌活、独活。综上所述,通气汤治疗过敏性鼻炎急性发作的临床疗效显著,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 中华耳鼻咽喉科头颈外科杂志编委会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.变应性鼻炎诊断和治疗指南(2009 年,武夷山)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(12):977-978.

[2] 王士贞.中医耳鼻咽喉科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:124-130.

[3] 田道法.中西医结合耳鼻咽喉科学[M].北京:中国中医药出版社,2005:98-102.

[4] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2012:107-108.

[5] 邓先立.引火归元法及其应用[J].河南中医,2014,34(1):159-160.

[6] 李成立.浅议桂、附之“引火归原”[J].天津中医学院学报,1998,17(3):3,9.

[7] 刘冬恋,马松涛,曾仁勇,等.肉桂挥发油对小鼠的半数致死量测定[J].西南国防医药,2010,20(5):481-482.

(责任编辑:冯天保)

龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤联合西药治疗急性湿疹湿热证临床观察

潘毅,陆千琦,季禾子

温州市人民医院皮肤科,浙江 温州 325000

[摘要] 目的:观察龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤联合西药治疗急性湿疹湿热证的临床疗效。方法:将 160 例急性湿疹湿热证患者随机分为对照组和治疗组各 80 例,对照组口服盐酸左西替利嗪片治疗,同时外用不含激素的炉甘石洗剂,治疗组在对照组治疗基础上采用龙胆泻肝汤和萆薢渗湿汤交替口服。2 组疗程均 2 周。观察湿疹严重度(EASI)评分、皮损面积评分、白细胞介素-2(IL-2)和白细胞介素-4(IL-4)的变化。结果:总有效率治疗组为 88.75%,对照组为 67.50%,治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。治疗后,2 组 EASI 评分和皮损面积评分均较治疗前降低($P < 0.01$);治疗组 EASI 评分和皮损面积评分均低于对照组($P < 0.01$)。治疗后,2 组血清 IL-2 水平均较治疗前升高,而 IL-4 水平均较治疗前降低($P < 0.01$);治疗组血清 IL-2 水平高于对照组,血清 IL-4 水平低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:在常规口服西药及外用洗剂治疗基础上采用龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤治疗急性湿疹湿热证患者,可明显降低湿疹严重度和皮损面积,升高患者血清 IL-2 水平和降低血清 IL-4 水平,临床疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 急性湿疹;中西医结合疗法;湿热证;龙胆泻肝汤;萆薢渗湿汤

[中图分类号] R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0164-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.075

急性湿疹为皮肤科常见病,难以治疗,且愈合后易反复发作^[1]。本病以多形性皮肤损伤、渗出倾向及剧烈瘙痒为主要症状^[2]。由于瘙痒剧烈,严重影响患者的生活质量。目前仍缺

乏特效药物治疗,仅能暂时控制症状,不良反应多,停药多复发,远期疗效不佳^[3]。近年,笔者采用龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤祛风除湿治疗急性湿疹湿热证取得较好疗效。龙胆泻肝汤可

[收稿日期] 2015-06-19

[作者简介] 潘毅 (1972-),男,主治医师,研究方向:药物与皮肤病的关联性。

清肝胆实火、泻肝胆湿热，萆薢渗湿汤主治湿热下注之湿疹等，两方单独用于临床治疗湿疹已见报道，然而将两方合用治疗湿疹的研究目前尚不见报道。现将研究情况报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组研究选择湿疹患者 160 例，均为本院皮肤科门诊 2012 年 12 月—2014 年 12 月治疗的病例，按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 80 例。治疗组男 38 例，女 42 例；年龄 21~50 岁，平均(31.6±5.9)岁；病程 3~15 天，平均(6.6±2.9)天。对照组男 36 例，女 44 例；年龄 23~48 岁，平均(32.3±5.1)岁；病程 4~13 天，平均(6.9±2.7)天。2 组年龄、性别、病程一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[4]拟定：起病急，病程短，为水肿性红斑，多数为粟粒大红色丘疹、丘疱疹或水疱，可有明显点状或小片状糜烂、渗液、结痂，皮损境界不清；合并感染时可出现脓疱、脓液渗出、痂屑等。

1.3 辨证标准 参照《中医临床诊疗术语·证候部分》^[5]湿热证辨证标准拟定：发病急，皮损潮红灼热，瘙痒不休，渗液流汁，伴身热、心烦口渴，大便干，尿短赤。舌质红、苔薄白或黄，脉滑或数。

1.4 纳入标准 符合上述诊断标准与中医辨证标准；年龄 18~50 岁；治疗前 1 周内未使用过糖皮质激素、抗组胺类药物和清热利湿剂；接受治疗方案，并签署知情同意书者。

1.5 排除标准 不符合上述诊断标准者；治疗期间依从性差或自行退出者；对药物成分过敏及有过敏史者；伴有严重心、脑血管疾病或其他脏器衰竭者；妊娠、哺乳期妇女及精神疾病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服盐酸左西替利嗪片(江苏恒瑞医药股份有限公司)，每次 5 mg，每天 1 次；同时外用不含激素的炉甘石洗剂(如有明显渗液则不用)，每天 2 次。嘱避免接触致敏物质，日常起居规律，患处避免搔抓。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上采用龙胆泻肝汤和萆薢渗湿汤交替口服。龙胆泻肝汤：生地 20 g，泽泻 12 g，柴胡 10 g，黄芩(酒炒)、栀子(酒炒)、车前子各 9 g，当归(酒炒)8 g，龙胆草(酒炒)、生甘草各 6 g。萆薢渗湿汤：薏苡仁、茯苓各 30 g，萆薢 15 g，黄柏、牡丹皮、泽泻、滑石、通草各 12 g。两方均每天 1 剂，常规水煎，早晚交替口服治疗。

2 组疗程均为 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 湿疹严重程度(EASI)评分^[6]：治疗前后测评，总积分在 3 分以内为极轻度，4~5 分为轻度，6~7 分为中度，8~9 分为重度。皮损面积评分^[6]：治疗前后测评，用患者手掌作为 1% 面积估算，需按中国新九分法换算比例计分。

细胞因子测定：治疗前后常规静脉采血 5 mL，用夹心酶联

免疫吸附法(ELISA)测定白细胞介素-2(IL-2)和白细胞介素-4(IL-4)，试剂盒购自北京泰泽瑞达科技有限公司，操作严格按照试剂盒说明进行。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件统计分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。临床痊愈：皮损全部消退，瘙痒症状消失，疗效率达 100%；显效：皮损大部分消退，瘙痒症状明显减轻，疗效率达 70% 以上；有效：皮损部分消退，瘙痒症状有所改善，疗效率达 30% 以上；无效：皮损消退不明显，瘙痒未见改善或反见恶化，或疗效率未达到有效标准。计算公式(尼莫地平法)为：疗效率=(治疗前 EASI 积分-治疗后 EASI 积分)÷治疗前 EASI 积分×100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 88.75%，对照组为 67.50%，治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	80	33	18	20	9	88.75
对照组	80	13	20	21	26	67.50

与对照组比较，① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后 EASI 评分和皮损面积评分比较 见表 2。治疗后，2 组 EASI 评分和皮损面积评分均较治疗前降低($P<0.01$)；治疗组 EASI 评分和皮损面积评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.01$)。

组别	时间	EASI 评分	皮损面积评分
治疗组	治疗前	12.17±3.39	4.33±0.74
	治疗后	8.39±1.17	1.09±0.34
对照组	治疗前	12.09±3.26	4.27±0.56
	治疗后	9.52±2.16	2.99±0.45

与治疗前比较，① $P<0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P<0.01$

4.4 2 组治疗前后血清 IL-2 和 IL-4 水平比较 见表 3。治疗后，2 组血清 IL-2 水平均较治疗前升高($P<0.01$)，而 IL-4 水平均较治疗前降低($P<0.01$)；治疗组血清 IL-2 水平高于对照组，血清 IL-4 水平低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.01$)。

5 讨论

急性湿疹的病因复杂，是遗传与外在致敏原共同作用的结果。现代医学认为，本病是由各种因素引起的迟发型变态反应，因无法改变过敏体质，多转为慢性难治性湿疹^[7]。中医学称湿疹为“浸淫疮”，属急性湿疹范畴。《素问·至真要大论》

表 3 2 组治疗前后血清 IL-2 和 IL-4 水平比较($\bar{x} \pm s$, $n=80$) pg/mL

组别	时间	IL-2	IL-4
治疗组	治疗前	23.56 ± 4.11	80.83 ± 10.25
	治疗后	31.76 ± 5.39	49.52 ± 5.64
对照组	治疗前	24.15 ± 4.59	81.79 ± 10.43
	治疗后	29.60 ± 5.91	56.68 ± 7.53

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

曰:“诸痛痒疮,皆属于心”“诸湿肿满,皆属于脾”,揭示本病虽病在表,但与脏腑病机相关。《医宗金鉴·血风疮》曰:“此症由肝、脾二经湿热,外感风邪,袭于皮肤,郁于肺经,致遍身生疮。形如粟米,搔痒无度,抓破时,津脂水浸淫成片,令人烦躁,口渴;痒痒;日轻夜甚。”可见湿疹病机为禀性不耐,内有火、脾湿,湿热内蕴,浸淫肌肤而成。其中“湿”是主要因素^[9]。

龙胆泻肝汤源于《医方集解》,方中龙胆草清热燥湿,长于清肝胆实火、泻下焦湿热;黄芩清热燥湿、泻火解毒,善于清中上焦之热;栀子清热解毒,对三焦之火均可泻之,三药合用,发挥清热利湿之功。泽泻、车前子长于利湿消肿兼可清热,加强清热除湿解毒之功;生地黄清热凉血,养阴生津;当归滋养阴血以柔肝;生地黄与当归合用也可防苦寒之药伤阴;肝性喜条达,湿热犯之,气机被郁,故又用柴胡疏之,甘草调和诸药。诸药合用,共奏清热除湿、解毒凉血之功,使热清湿利而皮疹得消。

萆薢渗湿汤方中萆薢利湿去浊,茯苓、薏苡仁、泽泻利水渗湿,其中薏苡仁、茯苓健脾渗湿以治本,泽泻利水而不伤阴;黄柏、滑石、牡丹皮、通草清热利湿凉血,其中滑石收湿敛疮可促进皮疹愈合。因此,龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤治疗湿疹湿热证,泻中有补、利中有滋,协同发挥清热利湿、凉血之效。

近年研究发现,IL-2 和 IL-4 与湿疹病情密切相关。IL-2 由辅助性 T 淋巴细胞分泌,为最有力的人体 T 细胞因子,对机体正常免疫功能发挥了重要保护作用。以往研究显示,湿疹患者的 IL-2 明显降低^[9]。以往研究认为,各种因素引起 Th2 细胞功能亢进,分泌 IL-4 过多,从而刺激 B 淋巴细胞,其产生的 IgE 增加了患者皮肤的敏感性,诱发湿疹发生^[10-11]。本研究结果显示,2 组治疗后血清 IL-2 水平均升高,而 IL-4 水平均降低;治疗组血清 IL-2 水平高于对照组,而 IL-4 低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

综上,在常规西药治疗基础上采用龙胆泻肝汤合萆薢渗湿汤治疗急性湿疹湿热证患者,可明显降低湿疹严重度和皮损面积,升高患者血清 IL-2 水平和降低 IL-4 水平,其临床疗效优于单纯西医治疗,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 黄博,邓佳,王琪,等. 175 例急性期湿疹患者临床分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2012, 11(5): 293.
- [2] 刘辅仁. 实用皮肤科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 411.
- [3] 王德旭,张炜,苏东宝,等. 皮炎湿疹致病因素分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2008, 24(5): 396.
- [4] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 604.
- [5] 国家技术监督局. GB/T 16751.2-1997 中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 42-43.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 3 辑[S]. 1997: 91-93.
- [7] 王畅,杜军. 中西医结合治疗慢性湿疹 32 例[J]. 四川中医, 2007, 25(2): 90.
- [8] 余冰. 祛湿止痒汤治疗慢性湿疹 50 例[J]. 中医研究, 2008, 21(11): 45-46.
- [9] 王彦礼,包旭宏,王怡薇,等. 青鹏膏剂对豚鼠瘙痒及湿疹模型的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(14): 233-236.
- [10] Abrahamsson T, Sandberg Abenius M, Forsberg A, et al. A Th1/Th2-associated chemokine imbalance during infancy in children developing eczema, wheeze and sensitization [J]. Clin Exp Allergy, 2011, 41 (12): 1729-1739.
- [11] Miyake Y, Tanaka K, Arakawa M. Case-control study of eczema in relation to IL4R α genetic polymorphisms in Japanese women: The Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study [J]. Scandinavian Journal of Immunology, 2013, 77(5): 413-418.

(责任编辑: 吴凌)