

# 清热除湿汤治疗湿疹（湿热型）40例临床观察

王崇敏

温岭市中医院皮肤科, 浙江 温岭 317500

**[摘要]** 目的: 观察自拟清热除湿汤治疗湿热证型湿疹临床疗效。方法: 将80例湿热证型湿疹患者随机分为2组, 对照组给予常规西医治疗; 实验组给予自拟清热除湿汤治疗。均治疗2周。结果: 总有效率实验组92.50%, 对照组80.00%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2组治疗后皮肤症状积分均有明显改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 实验组治疗后皮肤症状积分低于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 自拟清热除湿汤治疗湿热证型湿疹, 能减轻患者皮肤损伤面积及严重程度, 且毒副作用较小, 临床疗效显著, 值得临床应用与推广。

**[关键词]** 湿疹; 湿热型; 自拟清热除湿汤; 临床疗效

**[中图分类号]** R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0146-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.056

湿疹是一种常见的皮肤病, 可分为慢性湿疹与急性湿疹。此病易反复发作, 且发病率极高, 占门诊病例15%, 据研究调查表明<sup>[1]</sup>, 全部类型的湿疹发病率约为18%, 其中钱币性湿疹与汗疱性湿疹共占4%, 异位性皮炎约占7%。一般临床表现为瘙痒难耐, 苔藓样变, 严重影响了患者的生活及工作。中医辨证将湿疹分为4型, 分别为血燥型、血热型、湿阻型、湿热型。笔者以自拟清热除湿汤治疗湿热型湿疹, 取得较好疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2014年2月—2015年1月本院湿热证型湿疹患者, 共80例, 随机分为2组, 每组40例, 对照组女23例, 男17例; 年龄25~63岁, 平均 $(38.45 \pm 3.64)$ 岁; 急性湿疹12例, 慢性湿疹28例。实验组女19例, 男21例; 年龄32~65岁, 平均 $(42.36 \pm 3.58)$ 岁; 急性湿疹10例, 慢性湿疹30例, 2组一般资料比较, 差异均无统计学意义, ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>及相关急性湿疹诊断标准, ①皮疹集簇成片状, 呈多形性, 边界不清; ②病发处出现丘疹、红斑、水疱或轻度肿胀; ③瘙痒难耐, 因抓弄导致糜

烂、渗出结痂等。

**1.3 中医辨证标准** 湿热证型主症: ①渗出明显, 瘙痒难耐; ②皮肤出现红斑、灼热等现象; 次症: ①大便干燥, 尿黄; ②口渴, 舌红、苔黄, 脉滑; ③心烦意乱, 焦躁。

**1.4 纳入标准** ①符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>中相关标准者; ②年龄18~70岁; ③体表面积 > 患病面积50%者; ④无相关药物过敏史者; ⑤自愿签署知情同意书者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予西医湿疹常规治疗, 盐酸西替利嗪(瑞士UCB Farchim SA注册号: 注册证号H20100739), 每次10mg, 口服, 若出现不适, 每次5mg, 早晚口服。

**2.2 实验组** 给予本院自拟清热除湿汤治疗, 组成: 黄芩、龙胆草各9g, 板蓝根、生地黄各15g, 车前草12g, 茯苓10g, 生石膏(先煎)30g, 六一散(包煎)15g。水煎服, 每天1剂, 早晚饭后30min口服。

2组均治疗2周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 症状评分标准** 主要症状: 皮肤瘙痒、出现皮

**[收稿日期]** 2015-10-22

**[作者简介]** 王崇敏 (1977-), 男, 主治中医师, 研究方向: 皮肤科疾病诊治。

疹、皮损成片；次症：心烦、尿黄、便干、口渴。主要症状评分标准：轻度2分，中度4分，重度6分；次要症状评分：轻度1分、中度2分，重度3分。

3.2 统计学方法 运用SPSS13.0软件进行分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 $t$ 检验；计数资料以率表示，采用 $\chi^2$ 检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>及相关标准。痊愈：临床症状及体征完全消失，证候积分减少率 $\geq 95\%$ ；显著：临床症状及体征明显好转，证候积分减少率 $\geq 70\%$ ；有效：临床症状及体征有所好转，证候积分减少率 $\geq 50\%$ ；无效：临床症状及体征加重或无明显改善，证候积分减少 $\leq 50\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率实验组92.50%，对照组80.00%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显著	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	2	9	21	8	80.00
实验组	40	6	15	16	3	92.50 <sup>①</sup>

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后皮肤症状积分比较 见表2。2组治疗后皮肤症状积分均有明显改善，与本组治疗前比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )；实验组治疗后皮肤症状积分低于对照组，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后皮肤症状积分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	40	9.53 $\pm$ 2.96	4.65 $\pm$ 1.58 <sup>①</sup>
实验组	40	9.21 $\pm$ 2.54	2.01 $\pm$ 0.56 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

#### 5 讨论

中医学认为湿疹发病机制是由于机体内正气不足，禀赋不耐，易受外界因素的干扰，卫外不固，感受湿、风、热邪等。相关研究显示<sup>[4]</sup>，湿疹是由于多种原因诱发患者表皮与真皮浅层炎症的皮肤疾病，其主要症状表现为瘙痒难耐、皮损形态呈多样对称分布，

抓破皮肤表层易渗出。中医辨证论治把湿疹分为四型<sup>[5-6]</sup>，①血热证型：皮肤损伤以丘疹红斑为主，夜间瘙痒更甚，渗出液较少，以祛风凉血为主治疗，除湿清热为辅助；②湿阻证型：一般表现为皮损暗淡，皮肤内有隐在水疱，手抓破渗出，舌淡、苔白，皮肤干燥脱皮屑，以除湿健脾为主治疗；③血燥证型：病程上，皮肤干燥脱屑，浸润肥厚，瘙痒难耐，舌红，以除湿滋阴为主治疗；④湿热证型：其发病快速，皮肤红肿灼热、黄水淋漓渗出，红斑、丘疱疹与丘疹大片分布，舌红、苔黄，尿黄，便干，以清热利湿为主治疗。

湿热证型湿疹即现代医学的急性湿疹，发病迅速，且过程痛苦，笔者以自拟清热除湿汤治疗，结果显示，2组治疗后皮肤症状积分均有明显改善，与治疗前比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )；实验组治疗后皮肤症状积分低于对照组，与对照组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )；实验组总有效率92.50%，优于对照组80.00%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示以清热除湿汤治疗湿热证型湿疹，不仅能减轻患者皮肤损伤面积及严重程度，且毒副作用较小，减轻了患者的痛苦，提高患者生存质量，值得临床应用与推广。

#### [参考文献]

- 姚春海, 刘青云, 陈少君, 等. 清热除湿汤内服联合外用西药治疗急性湿疹疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2004, 3(3): 164-165.
- 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: 54-57.
- 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- 旷燕飞, 杨志波, 曾碧君, 等. 湿疹中医临床证候分型及用药情况的文献调研分析[J]. 中医药导报, 2008, 14(12): 84-86.
- 唐志坤, 伏圣祥. 赵纯修教授治疗湿疹经验拾零[J]. 新中医, 2000, 32(10): 13-14.
- 段岚桦, 杨慧敏. 清热除湿汤加减治疗急性湿热性皮肤病的体会[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2007, 6(1): 42-43.

(责任编辑: 马力)