

病3~4期气阴两虚证,从西医体征指标和中医症状改善方面均起到较好疗效,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] Zhang L, Wang F, Wang L, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey[J]. Lancet, 2012, 379(9818): 815-822.
- [2] 单岩, 马安娜, 苗金红, 等. 120例中老年慢性肾病患者生活质量调查及其影响因素分析[J]. 广东医学, 2010, 31(20): 2669-2671.
- [3] 胡顺金, 杨友丽, 汪飞, 等. 大黄泄浊颗粒保留灌肠对非透析慢性肾病湿热证患者血清结缔组织生长因子及肝细胞生长因子的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34(3): 16-19.
- [4] 王海燕, 王梅. 慢性肾脏病及透析的临床实践指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1275.
- [5] 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: 163-167.
- [6] 李涛, 周锦. 周锦教授谈慢性肾病的辨治要点[J]. 中医药导报, 2011, 17(5): 8-10.
- [7] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 196-198.
- [8] 李飞. 人文关怀在慢性肾病患者优质护理服务中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(9): 2305-2307.
- [9] 夏运成, 彭灿辉, 周志芳, 等. 唾液尿素、肌酐、尿酸水平在慢性肾病患者中的临床意义[J]. 中南大学学报: 医学版, 2012, 37(11): 1171-1176.

(责任编辑: 刘淑婷)

龙胆草汤湿敷对儿童急性湿疹的护理效果

查小明

海宁市人民医院小儿科, 浙江 海宁 314400

[摘要] 目的: 观察龙胆草汤湿敷对儿童急性湿疹的护理效果。方法: 将96例急性湿疹随机分为对照组和治疗组, 各48例。2组均给予基础护理措施; 对照组: 渗出明显采取3%硼酸溶液湿敷, 湿出减少后采用炉甘石洗剂和糠酸莫米松乳膏外擦; 治疗组, 渗出明显者采用龙胆草汤湿敷, 渗出减少后同对照组。疗程均为2周。采用视觉模拟评分(VAS)评价治疗前后瘙痒和睡眠影响程度; 进行治疗前后皮损程度采用湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分; 记录瘙痒和渗出减轻时间。结果: 总有效率治疗组95.83%, 对照组81.25%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组瘙痒、睡眠、EASI评分均较治疗前显著下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗后治疗组瘙痒、睡眠、EASI评分低于对照组, 与对照组治疗后比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组瘙痒和渗出减轻时间均短于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 龙胆草汤湿敷对有明显渗出的儿童急性湿疹患者, 能明显减轻瘙痒和缩短渗出时间, 减轻皮损, 改善睡眠, 提高临床疗效。

[关键词] 儿童急性湿疹; 湿敷; 龙胆草汤; 护理

[中图分类号] R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0265-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.100

儿童急性湿疹为儿科、皮肤科门诊常见病之一, 主要表现为红斑、丘疹、水疱、渗出等, 并伴剧烈瘙痒, 若失治、误治易演变成慢性甚至迁延不愈, 严重影响了患儿的生活质量和生长发育^[1]。本病属于中医

湿毒疮范畴, 乃因风、湿、热蕴结, 充于腠理, 浸淫肌肤所致。局部治疗是湿疹主要手段, 外治湿疹中医的优势和特色, 可避免儿童内服中药依从性差的缺陷, 提高患者的治疗依从性。笔者对儿童急性湿疹以

[收稿日期] 2015-10-21

[作者简介] 查小明 (1964-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医护理研究。

龙胆草汤湿敷,取得较好效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2013年12月—2014年12月本院儿科和皮肤科儿童急性湿疹患者,共96例,随机分为治疗组和对照组,各48例。治疗组男27例,女21例;年龄1~14岁,平均(4.8±2.6)岁;病程3~15天,平均(9.3±3.2)天;发病部位:头面部30例,躯干、四肢18例。对照组男25例,女23例;年龄1~13岁,平均(5.1±2.5)岁;病程2~19天,平均(9.7±3.4)天;头面部27例,躯干、四肢21例。2组性别、年龄、病程及发病部位比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准依据《临床皮肤病学》^[2],急性起病,病程短,水肿性红斑,多呈粟粒大红色丘疹、丘疱疹或小水疱,可见点状或小片状糜烂、渗液、结痂,境界不清,阵发性瘙痒;合并感染可出现脓疱、脓液渗出、痂屑等。湿热证诊断标准:依据《中医临床诊疗术语》^[3]:起病急,皮损潮红灼热,瘙痒无休,渗液流汁。伴舌红、苔薄白或黄,脉滑或数。心烦口渴、身热,大便干,尿短赤。

1.3 纳入标准 ①符合上述中西医诊断标准者且有明显渗出者;②年龄1~14岁;③病程4周内;④依从性好,患者家属能配合门诊治疗随访。

1.4 排除标准 ①亚急性湿疹、慢性湿疹患儿;②接触性皮炎、药物性皮炎等其他过敏性疾病;③1周内系统应用皮质类固醇激素者;④对药物成份过敏者。

2 方法

2.1 护理干预 ①生活环境:室内温度和湿度适宜、空气新鲜、光线充足;②皮肤护理:衣服以纯棉为主,不宜穿得过暖;洗澡不宜过勤,渗液时不宜洗澡,可采取在健康皮肤处进行局部擦洗;不宜接触易致敏物如毛线、动物皮毛、花粉等;在冬季操作应注意保暖,保持皮肤干燥;③饮食护理:宜清淡饮食,避免食用易致敏和刺激性食物,饮食定时定量且不易过饱;④用药护理:进行本疗法时应严格无菌操作,预防交叉感染;局部存在感染灶或污染时,应进行清除再湿敷;敷药过程中出现红疹或瘙痒等症状时,暂停用药并及时处理。

2.2 对照组 渗出明显者采用3%硼酸溶液(江西药都仁和制药有限公司)湿敷,每天2次,每次20min;

无水疱、糜烂、渗出时采用炉甘石洗剂(辰欣药业股份有限公司)和糠酸莫米松乳膏(上海先灵葆雅制药有限公司),每天各2次。

2.3 治疗组 明显渗出采用龙胆草汤湿敷,基本药物组成,龙胆草、黄柏各10g,金银花、马齿苋各30g,五倍子5g,生甘草15g。本院制剂室统一煎煮备用。每次取适量湿敷,每天2次,每次20min。无水疱、糜烂、渗出时治疗方法同对照组。

疗程均为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①瘙痒和睡眠影响程度,采用视觉模拟评分(VAS),0分~10分,0分表示无瘙痒/无失眠,10分表示剧烈瘙痒/极失眠,治疗前后各评价1次;②皮损程度采用湿疹面积及严重程度指数(EASI)^[4]评分,治疗前后各评价1次;③瘙痒和渗出减轻时间,瘙痒评分 ≤ 3 分视为减轻,渗出减轻时间即为湿敷停止时间。

3.2 统计学方法 运用SPSS16.0统计软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 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(试行)》^[5]:临床痊愈:皮损全部消退,瘙痒症状消失,积分值减少 $\geq 95\%$;显效:皮损大部分消退,瘙痒症状明显减轻,积分值减少 $\geq 70\%$;有效:皮损部分消退,瘙痒症状有所改善,积分值减少 $\geq 50\%$;无效:皮损消退不明显,瘙痒未见改善甚或恶化。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%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组95.83%,对照组81.25%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.031, P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	48	19	18	9	2	95.83 ^①
对照组	48	11	17	11	9	81.25

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后瘙痒、睡眠、EASI评分比较 见表2。治疗后2组瘙痒、睡眠、EASI评分均较治疗前显著下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.01$),治疗后治疗组瘙痒、睡眠、EASI评分低

于对照组,与对照组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后瘙痒、睡眠、EASI评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	瘙痒	睡眠	EASI
对照组	48	治疗前	6.45±1.06	6.31±0.99	52.47±10.57
		治疗后	2.06±0.48 ^①	1.98±0.33 ^①	13.41±3.36 ^①
治疗组	48	治疗前	6.39±0.91	6.46±1.02	54.35±11.48
		治疗后	1.35±0.29 ^{①②}	1.22±0.34 ^{①②}	9.93±2.18 ^{①②}

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.01$

4.4 2组瘙痒和渗出减轻时间比较 见表3。治疗组瘙痒和渗出减轻时间均短于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组瘙痒和渗出减轻时间比较($\bar{x} \pm s$) 天

组别	n	瘙痒减轻时间	渗出减轻时间
对照组	48	8.26±1.49	4.51±0.67
治疗组	48	6.71±1.17 ^①	3.73±0.59 ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

5 讨论

湿疹是由内外因素激发引起的一种迟发型变态反应,但具体机制仍然不清。外在因素主要包括化学因素、环境因素以及微生物因等诱发因素;内在因素主要有遗传、体质等方面。现代医学主要采用抗炎、止痒、抗过敏等措施,局部以外用糖皮质激素类药物为主,但是许多患者初次局部外用糖皮质激素疗效较好,再继续使用数日后其疗效明显下降^[1]。

湿疹在中医学有湿疡、湿癣、浸淫疮、黄水疮、裙边风、四弯风、乳头风等多种称谓,《医宗金鉴·血风疮》记载:“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,瘙痒无度,抓破时,津脂水浸淫成片,令人烦躁,口渴、瘙痒、日轻夜甚。”因此,湿疹病机为禀性不耐,引发湿热内蕴,浸淫肌肤而成。其中“湿热”是主要因素^[2]。故清热利湿为治疗该病之大法。

龙胆草汤方中以龙胆草、黄柏清热燥湿,泻火止痒,金银花宣散风热、解毒止痒,马齿苋清热解毒,五倍子解毒消肿、收湿敛疮,生甘草解毒和诸药,全方共奏燥湿止痒,清热解毒之功。药理研究显示龙胆

草具清湿热、杀菌、消炎、止血、镇静安神等功效^[7];金银花具有抑菌、抗病毒、抗炎、解热、增强免疫、抗内毒素等作用^[8];黄柏具有抗炎、抑菌及抗过敏的作用^[9];五倍子的主要化学成分是鞣质,具有抗菌、抗病毒,清除自由基、抗氧化作用等^[10]。

恰当护理措施能促进湿疹康复。由于室温过高或空气太干燥均可加重湿疹的瘙痒感,因此保持适宜的室内温度和湿度以及空气新鲜等利于疾病恢复。由于皮肤直接与衣服接触,饮食与湿疹关系密切;因此,在常规护理中注意以上因素避免诱发因素和病情加重具有重要临床价值。不正当的给药方式可能引起感染,从而诱导疾病复发或加重,对于因用药引起的感染或瘙痒等症状,及时处理利于疾病康复。

本组资料显示,采用龙胆草汤湿敷对有明显渗出的儿童急性湿疹患者,能明显减轻瘙痒和缩短渗出时间,减轻皮损,改善睡眠,提高临床疗效,值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 杨光艳,周小勇,张红梅,等. 中西医结合治疗急性湿疹20例[J]. 中医杂志, 2012, 53(19): 1684-1686.
- [2] 吴志华. 皮肤性病学[M]. 5版. 广州: 广东科学技术出版社, 2006: 194.
- [3] 中华人民共和国国家标准. 中医临床诊疗术语[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 42-43.
- [4] 赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1): 3-4.
- [5] 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: 295-298.
- [6] 何佳伟,刘华. 中医药治疗湿疹的临床研究进展[J]. 光明中医, 2013, 28(3): 640-642.
- [7] 张林,梁茂新. 龙胆草潜在功用的发掘与利用[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17(3): 675-678.
- [8] 徐晖. 金银花药理作用研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(9): 148-150.
- [9] 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.
- [10] 周劲光. 五倍子的药理作用与临床研究进展[J]. 海峡药学, 2010, 22(4): 30-32.

(责任编辑: 马力)