

## 4 讨论

痤疮主要发生于青春期, 青春期女性痤疮患病率为 25.5%~45.1%, 12~13 岁年龄组最低(25.5%), 以后随年龄增大患病率增高, 16~17 岁年龄组最高(45.1%), 17~18 岁年龄组略为降低(44.0%)<sup>[2]</sup>。本调查为本校大学生, 长沙人普遍食辣, 饮食习惯可能是造成痤疮高发原因之一。

中医学将寻常痤疮分为 4 型: 肺经风热型、肠胃湿热型、脾虚痰湿型、肝郁血瘀型, 按此治疗, 临床可取得一定疗效<sup>[3]</sup>。但笔者依据“有诸内必行诸外”, 五脏上关七窍及脏腑外阅于颜面的思想, 从面部脏腑对应辨证治疗痤疮, 也取得较满意疗效。笔者将《中药学》中具有清热、解毒、生肌、敛疮等作用的中药进行了全面的筛查检索, 并进行 80 例患者的临床治疗实验, 最终总结出有明显治疗效果的对症药物。

笔者对面部痤疮分区对应脏腑进行治疗的相关性和可行性进行了研究, 为痤疮面部分区与五脏存在的对应关系提供了明

确的论证依据; 为中医面部痤疮分区对脏辨证论治提供了有效的病例分析以及明晰的方药归纳总结; 探索“内服+外用”并举的用药配伍思路; 结合临床患者机体状况, 进而灵活运用, 在最大程度上发挥中医药之功效与特色。为面部痤疮以及相关病症的临床研究和治疗提供了新的思路。

## [参考文献]

- [1] 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.
- [2] 夏庆梅, 高岩, 李戈, 等. 天津市大学生痤疮患病率及心理因素调查与分析[J]. 天津中医药, 2009, 26(4): 287-288.
- [3] 陶霞. 中医治疗痤疮 36 例临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2012, 12(3): 20.

(责任编辑: 马力)

## 滋阴祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹疗效观察 及对外周血淋巴细胞亚群的影响

姜群群, 李美力, 刘卫兵

中国人民解放军第 404 医院皮肤科, 山东 威海 264200

**[摘要]** 目的: 探讨滋阴祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹的临床疗效。方法: 将 94 例患者随机分为 2 组, 治疗组 47 例给予滋阴祛风汤口服, 对照组 47 例给予咪唑斯汀缓释片口服。治疗 4 周后观察 2 组临床疗效、临床积分、复发率、实验室指标、肝肾功能及不良反应等, 并随访 6 月。结果: 总有效率治疗组为 89.37%, 对照组为 68.09%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组  $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$  值升高,  $CD8^+$  降低, 与治疗前比较, 差异均为统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗组  $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$  值升高较对照组更显著 ( $P < 0.05$ ), 而 2 组间  $CD8^+$  值差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。复发率治疗组为 34.09%, 对照组为 70.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组患者均未出现明显不良反应, 均未见肝肾功能异常。结论: 滋阴祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹疗效显著, 参与免疫调节是其发挥治疗作用的机理之一。

**[关键词]** 慢性湿疹; 血虚风燥型; 滋阴祛风汤; 淋巴细胞亚群

**[中图分类号]** R758.23

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0078-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.036

近年来, 笔者应用自拟滋阴祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹, 取得了满意的疗效, 并与口服咪唑斯汀缓释片治疗作对照, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均来源于 2013 年 8 月—2014 年 8 月期间在本院就诊的门诊及住院患者, 共 100 例, 其中 6 例

**[收稿日期]** 2015-03-02

**[作者简介]** 姜群群 (1981-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗皮肤病、性病。

因依从性差、疗程不足将其排除。将纳入观察的 94 例患者随机分为 2 组。治疗组 47 例，男 22 例，女 25 例；年龄 16~73 岁，平均(50.57±13.49)岁；病程 4~51 月，平均(25.3±11.33)月；病情轻、中、重度分别为 20、15、12 例。对照组 47 例，男 23 例，女 24 例；年龄 18~75 岁，平均(49.33±13.41)岁；病程 5~55 月，平均(25.92±12.19)月；病情轻、中、重度分别为 23、13、11 例。2 组患者年龄、病程、病情程度比较，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《中医病证诊断疗效标准》中关于皮肤病中慢性湿疮的诊断标准：①皮损多局限于某一部位，境界清楚；②有明显的肥厚浸润，表面粗糙，或呈苔藓样变，颜色褐红或褐色，常伴有丘疱疹、痂皮、抓痕；③倾向湿润变化，常反复发作，时轻时重，有阵发性瘙痒。中医辨证分型属血虚风燥证：病久，皮损色暗红或色素沉着，剧痒，或皮损粗糙肥厚；伴口干不欲饮，纳差腹胀；舌淡、苔白，脉细弦。

1.3 排除标准 ①神经性皮炎、异位性皮炎以及可能引起类似症状的其他可能相关性疾病，如慢性接触性皮炎、职业性皮肤病等；②近 2 周内使用过治疗本病的其他药物；③对所用药物出现过敏反应者；④妊娠及哺乳期妇女；⑤合并有心、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者；⑥目前正参加其它临床试验或在近 1 月内参加过其它临床试验者。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 给予滋阴祛风汤治疗。处方：生地黄、当归各 20 g，何首乌、刺蒺藜、地肤子、桑寄生、荆芥、防风、白鲜皮、陈皮、白术、夜交藤、鸡血藤、苦参各 10 g，甘草 6 g。用法：每天 1 剂，用本院韩国自动煎药机煎成水剂，取汁 300 mL，分 2 袋装，口服，每次 1 袋，每天 2 次。

2.2 对照组 给予咪唑斯汀缓释片(皿治林，西安杨森制药有限公司生产)口服，每次 1 片，每天 1 次。

14 天为 1 疗程，均治疗 2 疗程。

## 3 观察项目与统计学方法

3.1 症状和体征 记录患者用药前后的主要症状和体征，包括：瘙痒程度、鳞屑数量、肥厚浸润程度、苔藓样变程度、色素沉着程度等 5 个方面，按病情评分标准 0 分 = 无，1 分 = 轻度，2 分 = 中度，3 分 = 重度。计算疗效指数[疗效指数 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 × 100%]。

3.2 复发率 记录患者治疗后 6 月的发病情况。

3.3 外周血 T 淋巴细胞亚群 分别于治疗前后采用间接免疫荧光法测定其外周血 T 淋巴细胞亚群 CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup> 的变化情况，计算 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值。

3.4 肝肾功能 分别于治疗前后测定肝功能谷丙转氨酶(ALT)和肾功能血肌酐(Cr)、血尿素氮(BUN)。

3.5 统计学方法 所有统计计算用 SPSS13.0 软件包进行分析，定性资料用  $\chi^2$  检验，定量资料符合正态分布用  $t$  检验，等级资料采用 Ridit 分析，不符合正态分布用秩和检验或协方差分析，相关性用 Pearson 相关性分析，必要时用非参数统计方法分析。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈：疗效指数 ≥ 90%，显效指数为 60%~89%，有效指数为 20%~59%，无效指数 < 20%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 89.37%，对照组为 68.09%，2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	47	19	23	2	3	89.37 <sup>①</sup>
对照组	47	11	21	8	7	68.09

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后临床症状积分比较 见表 2。治疗后 2 组临床症状积分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ )，且治疗组积分下降较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	47	7.31 ± 3.77	2.83 ± 1.67 <sup>①②</sup>
对照组	47	7.10 ± 3.74	4.00 ± 2.74 <sup>①</sup>

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

4.4 2 组治疗前后 T 淋巴细胞亚群结果比较 见表 3。治疗后 2 组 CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值升高，CD8<sup>+</sup> 降低，与治疗前比较，差异均为统计学意义( $P < 0.05$ )；治疗组 CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值升高较对照组更显著( $P < 0.05$ )，而 2 组间 CD8<sup>+</sup> 值差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

组别	时间	n	CD4 <sup>+</sup>	CD8 <sup>+</sup>	CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>
治疗组	治疗前	47	28.35 ± 4.71	30.27 ± 4.51	0.9 ± 0.03
	治疗后	47	39.93 ± 3.09 <sup>①②</sup>	26.01 ± 4.62 <sup>①</sup>	1.56 ± 0.16 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	47	28.18 ± 3.14	30.16 ± 5.02	0.93 ± 0.06
	治疗后	47	37.24 ± 3.39 <sup>①</sup>	26.37 ± 3.34 <sup>①</sup>	1.43 ± 0.05 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.5 2 组复发率比较 见表 4。随访 6 月，复发率治疗组为 34.09%；对照组为 70.00%，2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.6 不良反应 2 组患者均未出现明显不良反应，均未见肝肾功能异常。

表4 2组复发率比较

组别	n	复发	未复发	复发率(%)
治疗组	44	15	29	34.09 <sup>①</sup>
对照组	40	28	12	70.00

与对照组比较, ① $P < 0.05$ 

## 5 讨论

湿疹, 中医皮肤科称之为湿疮。养阴祛风汤是笔者在中医理论指导下, 结合多年临床经验所拟定的方剂, 专为血虚风燥型慢性湿疹而设, 从整体上调整阴阳, 扶正祛邪, 达到养血滋阴润肤、祛风止痒的目的。笔者认为, 阴血亏虚是血虚风燥型慢性湿疹发病的基础。若阴血亏虚, 血液不能充分发挥其营养和滋润的作用, 肌肤失养, 一方面容易出现干燥、脱屑等症状; 同时, 血虚易生内风, 同性相招, 内风引招外风, 风胜则痒, 又可引起瘙痒症状。风邪是血虚风燥型慢性湿疹发病的条件。这里所说的风邪, 应该既包括外来之风, 又包括内生之风, 二者相互影响。机体正气内虚, 不能有效地防御外邪, 风邪兼夹湿热之邪外袭肌表皮毛, 郁于腠理不解, 耗血伤津, 引起血虚津枯, 肌肤失养, 故见瘙痒、脱屑、皮肤干燥等临床表现。从现代医学的角度来讲, 可以将外来之风理解为各种过敏原, 目前大多数观点都认为慢性湿疹有血清总 IgE 水平升高, 并认为吸入性及食物性致敏原对其起一定的作用<sup>[1]</sup>。关于内风的形成, 主要是血燥生风, 由于久病耗血, 阴血亏虚, 导致血少津枯, 失润化燥, 肌肤失于濡养, 经脉气血失于调和, 于是血燥而生风, 在临床上可见一派干燥、瘙痒、脱屑之象。瘀血是血虚风燥型慢性湿疹的病理性产物。可因血虚致瘀、津枯致瘀、气虚血瘀所致。临床上慢性湿疹患者皮肤色素沉着, 正是瘀血的表现之一。湿邪对血虚风燥型慢性湿疹的影响。阴血亏虚则必将导致气虚, 气虚则不能推动津液的正常运行和输布, 津液停滞而为湿邪, 湿邪阻滞气机, 使津液输布更加失常, 形成恶性循环, 最终还是导致肌肤失养, 进一步加重病情, 日久不愈。

滋阴祛风汤以当归、生地黄、何首乌具有滋阴养血润燥的作用, 三药合用, 共为君药, 奏滋阴补血、生津润燥之功。桑寄生益肝肾养血, 白芍既能养血平肝, 又能敛阴和营, 在增强君药补血作用的同时, 可以调和营卫, 增强卫外。荆芥轻扬透散, 祛风止痒; 防风辛温发散, 气味俱升, 以辛为用, 善于疗风, 既散肌表风邪, 又除经络留湿, 二者相配, 乃祛风止痒之主药。刺蒺藜平肝疏肝, 祛风止痒; 与白芍相配, 收平抑肝风之效; 与荆防合用, 增祛除外风之力。鸡血藤行血补血, 舒筋活络; 配当归则补血养血; 配荆芥、防风则祛风止痒; 配当归活血化瘀, 突出了“治风先治血, 血行风自灭”的理论。以上五味药协助君药养血祛风止痒, 活血化瘀通络, 共为臣药。陈皮理气健脾, 燥湿化痰; 白术补气健脾, 燥湿利水; 白鲜皮、

地肤子、苦参清热燥湿, 祛风止痒, 三者合用, 起健脾燥湿之效, 以上四味药共为佐药, 加强君臣之药的功效。甘草调和药性, 是为使药。以上诸药合用, 共奏滋阴补血、生津润燥、祛风止痒之功。本方攻补兼施, 扶正不留邪, 祛邪不伤正, 考虑到患者在前期的治疗过程中可能大量的运用了苦寒之剂, 容易损伤脾胃, 耗气伤阴, 故加用了陈皮、白术二药, 补气健脾, 燥湿利水, 补养后天之本, 使脾胃功能正常, 则化生气血功能、运化水湿功能均正常。

在机体免疫系统中,  $CD4^+$  对有丝分裂原及抗原的特异性淋巴细胞增生反应和抗体产生过程起辅助和诱导作用, 是辅助性 T 细胞,  $CD8^+$  细胞抑制淋巴细胞增殖反应和抗体形成<sup>[2]</sup>, 是抑制性 T 细胞。体内免疫平衡是通过辅助性 T 细胞  $CD4^+$  和抑制性 T 细胞  $CD8^+$  形成 T 细胞网络来维持调节免疫功能平衡的<sup>[3]</sup>。 $CD4^+/CD8^+$  是反映免疫系统内环境稳定的重要指标<sup>[4]</sup>。有研究显示  $CD4^+/CD8^+$  比值降低是病情加重和预后不良的指标之一<sup>[5]</sup>。因此, 笔者选用 T 淋巴细胞亚群作为实验室指标, 从免疫学的角度来揭示养血祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹的机理。本课题研究发现, 2 组用药后患者血清 T 淋巴细胞亚群  $CD4^+$  百分率、 $CD4^+/CD8^+$  比值升高,  $CD8^+$  百分率降低, 由此养血祛风汤的作用机制可能是对患者 T 淋巴细胞亚群  $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$  水平有良好的双向调节作用, 使低者上升, 高者下降, 使患者的免疫功能维持在一个正常的水平。

综上, 滋阴祛风汤是治疗血虚风燥型慢性湿疹的一介有效而安全的方剂, 而参与免疫调节是滋阴祛风汤发挥治疗作用的机理之一。

## [参考文献]

- [1] Mattila L, Kilelmnen M, Terho EO. et al. Food hypersensitivity among Finnish university students: association with atopic diseases [J]. Clin Exp Allergy, 2003, 33(5): 600-606.
- [2] 李玉琴, 彭韶, 李泳, 等. IFN-2 雾化吸入治疗甲型流感病毒性肺炎[J]. 实用儿科临床杂志, 1995, 10(2): 87.
- [3] Sercarz E, Krzych U. The diactivite specificity of antigen-specific suppressor T cell[J]. Immunol Today, 1991, 12(4): 111-118.
- [4] 冯益真, 张瑞凤, 谢荣根. 实用儿科呼吸病学[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1995: 80.
- [5] Surjala H, Surcel HM, Ilonen J. Low  $CD4/CD8$  lymphocyte ratio in acute myocardial infarction [J]. Clin Exp Immunol, 1991(83): 326.

(责任编辑: 冯天保)