

润燥止痒胶囊联合超声聚焦治疗玫瑰痤疮临床观察

朱云霞, 陈福强, 孔凡楼

灌云县疾病预防控制中心皮肤病性病专科门诊部, 江苏 灌云 222200

[摘要] 目的: 润燥止痒胶囊联合超声聚焦治疗玫瑰痤疮的临床疗效。方法: 98例玫瑰痤疮患者, 随机分为联合治疗组和超声聚焦组。联合治疗组口服润燥止痒胶囊联合超声聚焦治疗; 超声聚焦组给予单纯超声聚焦局部治疗。疗程8周。结果: 治疗4周时总有效率联合治疗组78.3%, 超声聚焦组55.3%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗8周时总有效率联合治疗组86.2%, 超声聚焦组63.8%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后瘙痒程度、瘙痒面积、皮肤干燥程度均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后联合治疗组瘙痒程度、发生频率、持续时间、瘙痒面积、皮肤干燥程度积分均优于超声聚焦组, 与超声聚焦组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 润燥止痒胶囊联合超声聚焦治疗玫瑰痤疮临床疗效好, 症状改善明显。

[关键词] 玫瑰痤疮; 润燥止痒胶囊; 超声聚焦

[中图分类号] R758.73+3

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415(2016)09-0088-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.040

玫瑰痤疮主要发生青年人面部毛囊皮脂腺慢性炎症性疾病, 与毛囊虫感染、内分泌失调等有关, 易反复发作难以治愈, 患者受到极大的困扰, 严重影响患者身心健康^[1]。本观察采用润燥止痒胶囊联合超声聚焦治疗玫瑰痤疮, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为2013年10月—2015年3月本专科门诊患者, 共98例。随机分为联合治疗组和超声聚焦组。联合治疗组51例, 男19例, 女32例; 年龄31~44岁, 平均(31.3±2.5)岁; 病程3~48月, 平均(28.7±6.2)月。超声聚焦组47例, 男22例, 女25例; 年龄29~38岁, 平均(33.3±7.5)岁; 病程2~50月, 平均(25.7±8.9)月。2组性别、年龄、病程等资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[2]中痤疮诊断标准。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准; ②具有明显临床症状; ③1月之内未应用治疗痤疮药物。

1.4 排除标准 ①肝肾功能障碍; ②伴有原发性或继发性肾上腺皮质激素分泌异常或有自身免疫性疾病; ③3月未使用糖皮质激素治疗; ④妊娠期或哺乳期; ⑤毛囊感染先予以局部抗感染治疗; ⑥不愿参加此项研究的患者。

2 治疗方法

2.1 超声聚焦组 仅予以单纯物理治疗, 治疗前无菌生理盐水清洗患处, 多功能超声治疗仪(SNK/CZ181型, 绵阳电子仪

器厂提供治疗, 每次治疗面积3cm×3cm, 超声功率20W, 治疗15min, 每周治疗1次, 治疗范围超过病灶边缘1~2mm。

2.2 联合治疗组 在超声聚焦组基础上加用润燥止痒胶囊(组成: 生地黄、生何首乌、制何首乌、桑叶、苦参、红活麻, 贵州同济堂制药有限公司, 批号: 070603)治疗, 每次2.0g, 口服, 每天3次

2组均治疗8周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察治疗前后瘙痒程度、发生频率、持续时间、瘙痒面积、皮肤干燥程度积分等, 采用4级评分法, 无为0分, 轻为5分, 中为10分, 重为15分。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

3.2 统计学方法 运用SPSS20.0统计软件分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以(%)表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床治愈: 症状消失, 疗效指数≥95%; 显效: 临床基本消失, 疗效指数≥70%; 好转: 临床有所好转, 疗效指数≥30%; 无效: 症状体征无改善或加重, 疗效指数<30%。

4.2 2组治疗4周临床疗效比较 见表1。总有效率联合治疗组78.3%, 超声聚焦组55.3%, 2组比较, 差异有统计学意

[收稿日期] 2016-04-25

[作者简介] 朱云霞 (1963-), 女, 主治医师, 研究方向: 皮肤病与性病。

义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗4周临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
联合治疗组	51	18	21	9	3	78.3 ^①
超声聚焦组	47	9	17	16	5	55.3

与超声聚焦组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组治疗8周临床疗效比较 见表2。总有效率联合治疗组86.2%，超声聚焦组63.8%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗8周临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
联合治疗组	51	31	13	6	1	86.2 ^①
超声聚焦组	47	15	15	11	6	63.8

与超声聚焦组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后瘙痒程度、瘙痒面积、皮肤干燥程度积分比较 见表3。2组治疗后瘙痒程度、瘙痒面积、皮肤干燥程度均有改善，与本组治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；治疗后联合治疗组瘙痒程度、发生频率、持续时间、瘙痒面积、皮肤干燥程度积分均优于超声聚焦组，与超声聚焦组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后瘙痒程度、瘙痒面积、
皮肤干燥程度积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	瘙痒程度(分)		瘙痒面积(cm^2)		皮肤干燥程度(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	13.4 ± 6.6	7.3 ± 3.7 ^②	14.1 ± 7.6	7.5 ± 3.6 ^②	17.9 ± 6.8	8.3 ± 8.8 ^②
超声聚焦组	13.1 ± 5.1	9.8 ± 6.2 ^①	15.2 ± 6.3	9.4 ± 4.3 ^①	18.1 ± 7.3	11.6 ± 4.8 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ；与超声聚焦组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

玫瑰痤疮多发于青年人群，好发于面部。玫瑰痤疮与遗传、精神因素、嗜酒、食用辛辣刺激性食物、高温及寒冷刺激、内分泌失调及毛囊蠕形螨感染及紫外线过多照射等因素有关。中西医结合治疗玫瑰痤疮在临床收到较好的疗效^[3-4]。

超声聚焦技术具有超声波热效应、机械效应和空化效应。本研究采用超声聚焦系统治疗玫瑰痤疮，使超声波的能量沉积到目标靶组织处，即发病病变的真皮层，促进局部微血管的形成，增加血管内细胞膜的通透性，改善其微血管和神经末梢营

养情况，有利于局部组织微循环生长调节，加速药物进入病变部位，促进药物快速发挥作用。结果显示，超声聚焦系统对玫瑰痤疮有较好治疗作用，改善增生性皮肤病。

玫瑰痤疮患者较年轻，多有风燥湿热证，治宜疏风清热祛湿凉血^[6]。润燥止痒胶囊的主要成分为生地黄、生何首乌、制何首乌、桑叶、苦参、红活麻。何首乌补血润燥，滋肝补肾；桑叶润燥祛风，能发散风热又能止汗；生地黄清热生津，凉血止血；苦参清热燥湿，杀虫止痒；而红活麻则为苗乡特有药材，具润燥通便之功。诸药配伍，养血润燥、祛风止痒、性寒清热。本临床观察中，润燥止痒胶囊联合治疗4周和8周时，玫瑰痤疮改善。从起效时间看，润燥止痒胶囊联合治疗4周达到较好的疗效，随访期间部分患者反应用药后大便通畅，解除了便秘的痛苦。滋阴润燥止痒的同时可以养阴增液，使胃肠道排泄通畅。本观察结果，在治疗4周时总有效率联合治疗组78.3%，超声聚焦组55.3%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗8周时总有效率联合治疗组86.2%，超声聚焦组63.8%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后瘙痒程度、瘙痒面积、皮肤干燥程度均有改善，与本组治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；治疗后联合治疗组瘙痒程度、发生频率、持续时间、瘙痒面积、皮肤干燥程度积分均优于超声聚焦组，与超声聚焦组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明采用润燥止痒胶囊联合超声聚焦治疗血虚风燥型玫瑰痤疮，临床疗效好，标本兼治，效果稳定。

[参考文献]

- [1] 张荣利, 李承新. 玫瑰痤疮发病因素调查及其紫外线最小红斑量测定[J]. 中国皮肤性病杂志, 2013, 27(12): 1233-1234.
- [2] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科技出版社, 2001.
- [3] 张三泉, 林仕英, 许建中, 等. 聚焦超声治疗仪治疗慢性湿疹、神经性皮炎的临床研究[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2008, 24(4): 279-280.
- [4] 欧柏生, 郝舜安, 刘卫兵, 等. 盐酸米诺环素胶囊治疗痤疮疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2005, 21(11): 915-916.
- [5] 张素洁. 中医药治疗痤疮的信息分析与思考[J]. 中国中医药信息杂志, 1998(1): 38-40.
- [6] 李惠林. 中医辨证治疗痤疮的体会[J]. 新中医, 2011, 43(1): 131-132.

(责任编辑: 马力)