

- 细胞活性及消炎药物逆转作用的研究[J]. 河南医学研究, 1992, 1(2): 124-127.
- [8] 邹丽娟, 董志, 陈亚敏. 顺铂对肝癌细胞凋亡及其细胞周期的影响[J]. 临床肿瘤学杂志, 2002, 7(4): 267-269.
- [9] 叶晶琳. 恶性腹水的中医学学术源流及中医治疗研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [10] 吕永丰, 陈清霞, 李国成, 等. 乌司他丁对氟尿嘧啶植入剂治疗肝癌手术后恶性胸腹水患者免疫功能的影响观察[J]. 成都医学院学报, 2011, 6(3): 254-256.
- [11] 江金华, 周智锋, 李洁羽, 等. 原发性肝癌和癌旁组织中NK细胞受体表达及意义[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2012, 28(5): 529-532.
- [12] 谢荃沁, 陈陆俊, 蒋敬庭, 等. 原发性肝癌患者血清酶变化及预后意义[J]. 中国医药生物技术, 2015, 10(4): 289-293.
- (责任编辑: 刘淑婷)

六味地黄汤加减治疗肝肾阴虚型慢性湿疹临床观察

陈惠娟¹, 洪文¹, 江丽莹¹, 殷贞燕¹, 顾民华¹, 姜好凤¹, 刘治²

1. 广州市东升医院, 广东 广州 510120; 2. 广州市老人院, 广东 广州 510000

[摘要] 目的: 观察六味地黄汤加减治疗肝肾阴虚型慢性湿疹的临床疗效。方法: 将200例确诊为肝肾阴虚型慢性湿疹患者, 按照随机信封分配法分为观察组与对照组各100例, 观察组予六味地黄汤加减治疗, 对照组予西替利嗪治疗, 2组均外用青鹏软膏。采用湿疹面积及严重度指数评分表(EASI)评价患者的皮损情况, 比较2组EASI评分、瘙痒评分、临床疗效及复发率。结果: 临床疗效总有效率观察组97.00%, 对照组88.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 观察组EASI评分、瘙痒评分均明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 随访观察3月, 复发率观察组16.9%, 明显低于对照组34.9%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 六味地黄汤加减治疗肝肾阴虚型慢性湿疹, 近远期疗效均优于西替利嗪, 各项指标评分改善明显, 复发率低。

[关键词] 慢性湿疹; 肝肾阴虚型; 六味地黄汤; 湿疹面积及严重度指数评分表(EASI); 复发率

[中图分类号] R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2018)03-0142-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.03.038

Clinical Observation of Modified Liuwei Dihuang Tang for Chronic Eczema of Yin Deficiency of Liver and Kidney Type

CHEN Huijuan, HONG Wen, JIANG Liying, YIN Zhenyan, GU Minhua, JIANG Haofeng, LIU Zhi

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Liuwei Dihuang tang for chronic eczema of yin deficiency of liver and kidney type. **Methods:** Divided 200 cases of patients diagnosed as chronic eczema of yin deficiency of liver and kidney type into the observation group and the control group randomly according to random envelope allocation method, 100 cases in each group. The observation group received modified Liuwei Dihuang tang for treatment, while the control group was given cetirizine for treatment. Both groups received the external application of Qingpeng ointment. Evaluated skin lesions of patients by using eczema area and severity index rating scale(EASI), and compared EASI score, itching score, clinical effect and recurrence rate in two groups. **Results:** The total effective rate of clinical effect was 97.00% in the observation group and 88.00% in the control group, difference being significant($P < 0.05$). After treatment, EASI score and itching score in the observation group were obviously lower than those in the control group, differences being significant($P < 0.05$). After follow-up of 3 months, recurrence rate in the observation group was 16.9%, being evidently lower than 34.9% in the control

[收稿日期] 2017-11-15

[基金项目] 广州市荔湾区科技计划(2016080075)

[作者简介] 陈惠娟(1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗湿疹、痤疮、带状疱疹、银屑病等皮肤病。

group, difference being significant($P < 0.05$). **Conclusion:** The short- and long-term clinical effect of modified Liuwei Dihuang tang for chronic eczema of yin deficiency of liver and kidney type is better than Cetirizine. Each index score improves significantly, and the recurrence rate is low.

Keywords: Chronic eczema; Yin deficiency of liver and kidney; Liuwei Dihuang tang; Eczema area and severity index; Recurrence rate

慢性湿疹是皮肤科常见瘙痒性疾病,主要表现为皮肤肥厚粗糙、色素沉着、皮纹显著、苔藓样变以及手足甲改变等^[1],具有多形性损害、对称分布的特点,自觉瘙痒、剧痒。由于反复发作、剧痒缠绵,给患者带来较大的痛苦和心理负担,甚至给患者的自尊心造成伤害,严重影响工作、学习与生活^[2]。为探索中医药治疗慢性湿疹的疗效,本研究选择肝肾阴虚型慢性湿疹作为研究对象,探讨其近远期疗效,旨在为临床提供有力的依据,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准 ①诊断标准参照文献[3]:病程缠绵且急性发作机率高;急性湿疹反复性发作转为慢性病变;剧痒;多发于小腿内侧、肛门、阴部、肘窝、腘窝、面部等;局部性皮损,界限清晰,可见色素沉着且皮损伴有肥厚性浸润。②肝肾阴虚型辨证标准^[4]:瘙痒自觉性剧烈,皮损粗糙肥厚,色素沉着明显,皮疹黯黑或者暗红色,睡眠差,耳鸣健忘,舌质红且干,脉弦细。

1.2 纳入标准 ①签署知情书,均自愿参与本次试验,医院伦理委员会批准;②18岁 < 年龄 < 60岁;③在治疗前10天停止相关用药者。

1.3 排除标准 ①妊娠或者哺乳期妇女;②对该次研究药物、药物成分及治疗过敏者;③合并有严重原发性疾病,如肝、肾、心脑血管疾病等;④治疗依从性差,严重精神疾病者。

1.4 一般资料 选择本院2016年8月—2017年10月中医皮肤科门诊的200例慢性湿疹患者,采用随机平行对照方案,按照随机信封法将患者分为2组各100例。对照组男62例,女38例;平均年龄(45.27 ± 13.58)岁;平均病程(26.13 ± 5.49)月。观察组男60例,女40例;平均年龄(43.59 ± 15.47)岁;平均病程(25.72 ± 6.88)月。2组年龄、性别、病程等经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西替利嗪分散片治疗(商品名:喜

宁,宜昌长江药业有限公司生产,国药准字:H20040308,规格:10 mg × 12片),每次10 mg,每天1次,口服。

2.2 观察组 给予六味地黄汤加减治疗,处方:熟地黄、茯苓、山药、泽泻、防风、白癣皮、丹参各15 g,山茱萸、炒枣仁、牡丹皮、当归各12 g,蜈蚣2条。随症加减治疗,以水煎服,每天1剂,分2次内服。

2组均予青鹏软膏局部外用,每天3次,治疗20天为1疗程,共治疗2疗程,于最后1次复诊时,给予患者终点检查并收集相关资料终止该次试验,对于用药后出现不良反应的患者,及时复诊处理。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标

3.1.1 湿疹面积及严重度指数评分表(EASI)评分 包括皮损范围、皮损严重程度。根据皮损部位、症状严重程度以及皮损面积等予以综合评分^[5]。其中,(1)皮损范围共包括4个部位:头颈部,上肢,下肢,躯干。上肢又包括手以及腋窝外侧,下肢包括臀与足,躯干则包括腋中部以及腹股沟部位。皮损面积计算,估算模式为手掌1%,在计分数时,则换算为患处的比例进行计分,各个部位皮损面积占相应总面积的比例分值计为0~6。具体为:0分:无皮损;1分:皮损面积所占比例 < 10%;2分:10% ≤ 皮损面积所占比例 ≤ 19%;3分:20% ≤ 皮损面积所占比例 ≤ 49%;4分:50% ≤ 皮损面积所占比例 < 69%;5分:70% ≤ 皮损面积所占比例 ≤ 89%;6分:90% ≤ 皮损面积所占比例 ≤ 100%。(2)皮损严重程度评估:共包含4项,分别为红斑、丘疹、表皮剥落以及苔藓化。采取0~3四级评估法,其中①红斑:0分:不红;1分:暗红;2分:淡红;3分:鲜红。②丘疹:0分:无丘疹;1分:可见少量丘疹;2分:皮损部位可见较多丘疹;3分:皮损部位布满丘疹。③表皮剥落:0分:无剥落;1分:散在表皮剥落;2分:少量表皮剥落;3分:皮损部位可见大量剥落。④苔藓化:0分:平

复；1分：可见轻微厚度；2分：较厚；3分：肥厚且呈现苔藓化。EASI计算方法：评估部位包括头颈部、上肢、下肢及躯干，评估4项内容代表符号为红斑(E)、丘疹或者水肿(I)、表皮剥落(Ex)、苔藓化(L)。头颈部分值： $(E+I+Ex+L) \times \text{面积} > 0.1$ ；上肢： $(E+I+Ex+L) \times \text{面积} > 0.2$ ；躯干： $(E+I+Ex+L) \times \text{面积} > 0.3$ ；下肢： $(E+I+Ex+L) \times \text{面积} > 0.4$ 。

3.1.2 瘙痒评分 0分：无瘙痒；1分：偶发瘙痒，未影响学习与生活；2分：瘙痒呈阵发性，需用药，时轻时重；3分：剧烈瘙痒，已经严重影响工作与生。进行3月随访，观察复发率，并做好记录。

3.1.3 安全性评价标准 2组分别于治疗前后检查血、尿常规、肝肾功能、心电图等，看是否出现异常及出现的异常是否有临床意义。是否出现腹泻、呕吐等与用药相关的不良反应，并做好记录。

3.2 统计学方法 采用统计学软件SPSS11.0进行数据统计分析，根据资料数据性质，如正态分布且方差齐的计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行独立样本t检验，计数资料采用率表示，行 χ^2 检验，等级资料行秩和检验，检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疗效指数为治疗前后评分之差与治疗前评分的比值。临床痊愈：疗效指数为95%~100%；显效：疗效指数为60%~94%；有效：疗效指数为40%~59%；无效：疗效指数为0~39%。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组97.0%，对照组88.0%，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 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效	χ^2 值	P
观察组	100	65(65.0)	24(24.0)	8(8.0)	3(3.0)	97(97.0)	-15.436	<0.05
对照组	100	43(43.0)	22(22.0)	23(23.0)	12(12.0)	88(88.0)		

4.3 2组治疗前后EASI评分情况比较 见表2。治疗前，2组EASI评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，2组EASI评分均明显降低，与治疗前比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；治疗后，观察组EASI评分降低较对照组更为明显，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后EASI评分情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P
观察组	100	16.39 \pm 8.18	4.23 \pm 2.48	4.437	<0.05
对照组	100	17.34 \pm 8.29	9.25 \pm 5.36	-6.215	<0.05
t值		0.074	-5.563		
P		>0.05	<0.05		

4.4 2组治疗前后瘙痒评分情况比较 见表3。治疗前，2组瘙痒评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，2组瘙痒评分均明显降低，瘙痒症状缓解，与治疗前比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；治疗后，观察组瘙痒评分降低较对照组更为明显，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后瘙痒评分情况比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P
观察组	100	1.88 \pm 0.21	0.54 \pm 0.22	-5.037	<0.05
对照组	100	1.94 \pm 0.23	0.96 \pm 0.19	4.032	<0.05
t值		0.540	5.271		
P		>0.05	<0.05		

4.5 2组复发率比较 2组随访3月，观察2组治愈后第1月、第3月的复发情况，第1月，观察组复发5例，复发率为7.7%；对照组复发4例，复发率为9.3%，2组复发率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；第3月，观察组复发11例，复发率16.9%，对照组复发15例，复发率34.9%，观察组复发率明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.6 不良反应 2组治疗后均未出现血、尿常规、肝肾功能、心电图异常，未出现腹泻、呕吐等与用药相关的不良反应。

5 讨论

慢性湿疹是诸多内外因素共同作用所导致的一种皮肤炎症性、过敏性疾病，无年龄与季节差异，多发于肘窝、手足、乳房、外阴、肛门及小腿等部位。慢性湿疹病情反复，瘙痒持续难耐，严重影响患者的生活、社交等，降低生活质量，发病率呈上升趋势，是皮肤科临床亟待解决的难题^[6]。

一般认为，湿疹病机复杂，是内外激发性因子所致的迟发型变态性反应，可受遗传因子、健康状况以及环境等影响。此外，患者的精神、工作、睡眠情况等也会影响慢性湿疹的发生发展。目前，治疗原则为寻找病因，规避刺激因素，用药上以糖皮质激素、抗组胺药物为主。但临床大量实验证实，在停药后，病

情易反弹,且长期应用西药,如糖皮质激素等,可造成皮肤萎缩、毛细血管扩张、毛孔粗大等副作用,抗组胺药使用可出现乏力、嗜睡等不适,长期服用,耐受差,影响患者生活质量^[7],还给后续治疗带来很大的困难。

慢性湿疹属中医学浸淫疮范畴,风、湿、热是本病的重要病因。素体禀赋不耐,风寒湿外受入体,郁而化热或饮食不节,伤及脾胃,湿、热内生,三邪相搏,浸淫肌肤而导致本病的发生。风、湿、热久郁或病邪入里,伤阴耗血,又可导致气血不足,脾虚血燥,肝血亏虚,因精血同源,终致肝肾阴虚。由于清热利湿、祛风驱风过多,极易伤阴化燥;或由于瘙痒反复发作、长期不愈等而产生持久的精神压力、烦躁不安、焦虑与抑郁等致使肝气郁结,日久化火,损伤肝阴,郁则燥,燥则痒,痒更盛,气机更加郁结,加剧了瘙痒,形成恶性循环。因此,对于慢性湿疹,肝肾阴虚是病情发生发展的关键,治疗原则上,滋养肝肾,活血祛风是关键所在^[8]。

本研究采用六味地黄汤为主方治疗慢性湿疹,六味地黄汤方源自宋·钱乙《小儿药证直诀》六味地黄丸,为滋补肝肾之阴的名方。方中熟地黄、淮山药、山茱萸三补,牡丹皮、泽泻、茯苓三泻;三阴并补,以补肝肾之阴为主,且寓泻于补,补不碍邪,泻不伤正,是滋补肝肾的常用方。治风先治血,血行风自灭,故用丹参、当归活血通络,且当归有补血滋阴的功效;久病入络,故用蜈蚣搜风通络止痒;防风助蜈蚣祛风止痒;白癣皮清热利湿止痒,并可清未尽之余邪;炒酸枣仁安神能缓解紧张的情绪,以达到止痒的目的。全方共奏滋补肝肾、润肤止痒的功效;是治疗肝肾阴虚型慢性湿疹的良方^[9-10]。

本研究结果显示,观察组临床总有效率 97.00%,

显著高于对照组 88.00%;且观察组的 EASI 评分、瘙痒评分均明显得到改善,优于对照组;同时,观察组的复发率也低于对照组,提示六味地黄汤治疗肝肾阴虚型慢性湿疹,近远期疗效确切,能有效地改善患者的临床症状,缓解瘙痒。

综上所述,六味地黄汤随症加减治疗肝肾阴虚型慢性湿疹,取得明显的近远期疗效,复发率低,安全可靠,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 姜春燕,谭勇,赵宁,等. 湿疹证候分类及中药用药规律分析[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(11): 2397-2399.
- [2] 施建新,阎仲生. 慢性湿疹外治法研究进展[J]. 河南中医, 2014, 34(6): 1204.
- [3] 张冰凌. 苦参等中药在皮炎湿疹类皮肤病治疗中的应用[J]. 中医临床研究, 2013, 5(10): 87-88.
- [4] 李曙东. 黄连解毒汤合消风散治疗湿热型湿疹 43 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(7): 87.
- [5] 汪海珍,杨志波. 湿疹纳米乳膏联合四物消风饮治疗慢性局限性湿疹 55 例临床观察[J]. 中医药导报, 2013, 19(1): 34-36.
- [6] 唐凯. 四物消风散联合局部封闭治疗慢性肛门湿疹血虚风燥证的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2015.
- [7] 孙晓晖. 消风散治疗风热型湿疹临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(5): 83-85.
- [8] 崔壤仁,黄尧洲. 加味龙牡二妙汤治疗湿疹的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(4): 419-421.
- [9] 汪文. 中西医结合治疗慢性湿疹 68 例疗效观察[J]. 河北中医, 2012, 34(9): 1373-1440.
- [10] 唐小荣. 中医辨证治疗湿疹的临床观察[J]. 临床合理用药, 2015, 8(1C): 118-119.

(责任编辑:刘淑婷)