

清热化湿止痒汤熏洗对湿热下注型肛周湿疹患者临床症状及血清学指标的影响

周红方

[苏州市吴江区中医医院(苏州市吴江区第二人民医院)肛肠科, 江苏 苏州 215200]

【摘要】目的 探讨应用清热化湿止痒汤熏洗治疗湿热下注型肛周湿疹患者,其临床症状的改善情况与血清白细胞介素-2(IL-2)、干扰素- γ (INF- γ)、白细胞介素-4(IL-4)、免疫球蛋白E(IgE)水平的变化。**方法** 选择2020年3月至2022年3月苏州市吴江区中医医院(苏州市吴江区第二人民医院)收治的80例湿热下注型肛周湿疹患者,通过随机数字表法将其分为对照组与观察组,各40例。对照组患者口服马来酸氯苯那敏片、涂抹适量肤乐乳膏,观察组加用清热化湿止痒汤熏洗治疗。两组患者均治疗2周,随访3个月。比较两组患者临床疗效,治疗前后肛周湿疹各指标(肛门瘙痒、湿疹面积、皮疹形态、肛周渗液)评分、生活质量评分、血清学指标水平,以及复发情况。**结果** 治疗后,观察组总有效率较对照组升高;与治疗前比,治疗后两组患者各项肛周湿疹指标评分、血清IL-4、IgE水平、各项皮肤病生活质量指数(DLQI)评分均降低,且观察组较对照组降低;血清IL-2、INF- γ 水平均升高,且观察组较对照组均升高;随访期间观察组复发率低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 湿热下注型肛周湿疹患者应用清热化湿止痒汤熏洗治疗后其临床症状及血清学指标均得到明显改善,生活质量显著提高,降低复发率,临床治疗效果显著。

【关键词】 肛周湿疹;湿热下注型;清热化湿止痒汤

【中图分类号】 R758.23

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.05.0096.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.05.032

肛周湿疹是发生于肛门周围的一类慢性复发性炎症疾病,患者表现为剧烈瘙痒感。目前临床常用治疗药物为抗组胺类药物及糖皮质激素等,可对抗机体变态反应,短期控制情况较好,但患者长期应用后会出现毛细血管扩张、皮肤萎缩等不良反应^[1]。中医学认为,肛周湿疹属于“血风疮”范畴,以湿热下注型最为常见,病机以湿热结聚、风邪搏结为主,治疗应以健脾祛湿、清热止痒为主^[2]。清热化湿止痒汤方中含有苦参、蛇床子等成分,有燥湿健脾、泻火止痒功效;中医熏洗疗法可直接将药物作用于患处,使药力直达病灶,可迅速缓解肛周瘙痒症状,促进肛周破损修复^[3]。本次研究应用清热化湿止痒汤熏洗治疗湿热下注型肛周湿疹患者,对其临床症状与血清学指标的改善情况进行探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2020年3月至2022年3月苏州市吴江区中医医院(苏州市吴江区第二人民医院)收治的80例湿热下注型肛周湿疹患者,通过随机数字表法将其分为对照组与观察组,各40例。对照组中男、女患者分别为21、19例;年龄20~50岁,平均 (32.22 ± 2.19) 岁;病程30~200 d,平均 (139.33 ± 6.17) d。观察组中男、女患者各为20例;年龄22~51岁,平均 (32.25 ± 2.21)

岁;病程均在28~222 d,平均 (139.37 ± 6.18) d。比较两组患者一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),组间可比。纳入标准:与《中国临床皮肤病学(第2版)》^[4]及《中医皮肤性病学》^[5]中相关的中西医诊断标准相符者;近2周期间未应用抗组胺类药物治疗者;年龄 >18 岁者等。排除标准:合并患有原发性肛门直肠疾病者;对本研究药物过敏者;哺乳期或妊娠期女性等。患者均签署知情同意书,院内医学伦理委员会已批准本研究实施。

1.2 治疗方法 给予对照组患者口服马来酸氯苯那敏片(江苏鹏鹞药业有限公司,国药准字H32023645,规格:4 mg/片)治疗,4 mg/次,3次/d;并在肛周皮肤有效清洁后,轻柔涂抹适量院内自制的肤乐乳膏(批准文号:苏药制字H04000591),2次/d。在上述对照组用药的基础上,另外给予观察组患者清热化湿止痒汤熏洗治疗,汤中药方组成为:生大黄、龙胆草、土茯苓、土荆皮各12 g,蜀椒、地肤子、黄柏、蛇床子各15 g,白鲜皮20 g,苦参30 g,枯矾3 g。将上述药物浸泡在2 500 ml水中30 min,后以大火煎煮,待水开后调整为小火,收汁1 000 mL,分2次进行熏洗。每次熏洗时均取500 mL药液倒入熏洗盆,再加入2 000 mL沸水,先熏后洗,协助患者取蹲位,使用药液熏蒸患处,待药液冷却至38℃后,协助患者坐

作者简介: 周红方,大学本科,副主任中医师,研究方向:肛肠科疾病的诊治。

于药液中,保持 10 min,1 剂/d,2 次/d。两组均治疗 2 周,随访 3 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效与复发情况:丘疹、红斑、瘙痒等临床症状经治疗后完全消失,且湿疹面积及严重指数评分(EASI)减分率 $\geq 95\%$ 为治愈;临床症状经治疗后明显改善,且 $60\% \leq \text{EASI 减分率} < 95\%$ 为显效;临床症状经治疗后有所减轻,且 $20\% \leq \text{EASI 减分率} < 60\%$ 为有效;临床症状经治疗后均未好转甚至加重,且 EASI 减分率 $< 20\%$ 为无效^[4]。其中减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$,临床总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。记录并比较两组患者随访 3 个月期间的复发情况。②肛周湿疹各指标:评定患者肛门瘙痒、湿疹面积、皮疹形态、肛周渗液得分,均为 0~3 分,得分越高,各指标所反映的症状越严重^[5]。③生活质量评分:通过皮肤病生活质量指数(DLQI)^[6]评定患者生活质量,症状情感、休闲、日常活动、社会交际各 6 分,工作学习、治疗各 3 分,得分越高,生活质量越差。④血清学指标:采集患者空腹静脉血约 5 mL,经 3 000 r/min 离心 10 min,取血清,采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-2(IL-2)、干扰素- γ (INF- γ)、白细胞介素-4(IL-4)、免疫球蛋白 E(IgE)水平。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料经 S-W 法检验均符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效与复发情况比较 观察组患者临床总有效率高于对照组,随访 3 个月期间,观察组患者复发率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效与复发情况比较[例(%)]

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 | 复发 |
|------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 对照组 | 40 | 10(25.00) | 11(27.50) | 8(20.00) | 11(27.50) | 29(72.50) | 7(24.14) |
| 观察组 | 40 | 14(35.00) | 17(42.50) | 7(17.50) | 2(5.00) | 38(95.00) | 1(2.63) |
| χ^2 值 | | | | | | 7.440 | 5.334 |
| P 值 | | | | | | < 0.05 | < 0.05 |

表 2 两组患者肛周湿疹各指标比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 肛门瘙痒 | | 湿疹面积 | | 皮疹形态 | | 肛周渗液 | |
|-------|----|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 2.28 \pm 0.33 | 0.82 \pm 0.08* | 2.18 \pm 0.31 | 0.91 \pm 0.09* | 1.98 \pm 0.41 | 0.79 \pm 0.18* | 2.34 \pm 0.11 | 0.86 \pm 0.07* |
| 观察组 | 40 | 2.31 \pm 0.30 | 0.21 \pm 0.02* | 2.21 \pm 0.28 | 0.24 \pm 0.05* | 2.01 \pm 0.38 | 0.19 \pm 0.03* | 2.36 \pm 0.12 | 0.22 \pm 0.03* |
| t 值 | | 0.425 | 46.785 | 0.454 | 41.158 | 0.339 | 20.795 | 0.777 | 53.149 |
| P 值 | | > 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | < 0.05 |

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者肛周湿疹各指标比较 与治疗前比,两组患者治疗后各项肛周湿疹评分均降低,观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者各项 DLQI 评分比较 与治疗前比,两组患者治疗后的各项 DLQI 评分均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 3。

2.4 两组患者血清学指标比较 与治疗前比,两组患者治疗后的血清 IL-2、INF- γ 水平均升高,观察组高于对照组;血清 IL-4、IgE 水平均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 4。

3 讨论

肛周湿疹多因外界因素的刺激导致机体免疫失衡而引起,及时有效的治疗对肛周湿疹患者疾病发展及预后有一定的作用。马来酸氯苯那敏片可阻止组胺与 H_1 受体结合,从而起到抗炎、抗过敏的作用,快速消除或缓解患者临床症状;本研究所用的院内自制肤乐乳膏的主要成分为氯氟舒松,可起到抗过敏、消炎等作用,并可加速皮肤瘙痒症状的消退,但停药后仍有部分患者复发。

中医认为,湿热下注型肛周湿疹的主要病机为外邪湿热客于肌肤、脾失健运、血虚伤阴等,故治疗应以除湿清热、止痒解毒为主。清热化湿止痒汤中苦参与白鲜皮有利尿祛湿、杀虫止痒之功效;而蛇床子、地肤子、枯矾、黄柏、蜀椒可起到排脓止痛、除湿止痒之功效;生大黄、龙胆草、土茯苓、土荆皮具有消肿解毒之功效,可应用于痈疽疮疡的治疗,全方共奏除湿清热、止痒解毒之功效;另外中医熏洗坐浴疗法更为贴合患者的生理解剖结构,可使蒸腾的药气熏蒸于患处,不仅使药效直达病所,还能避免因口服过量药物而引起肝脏损害的问题^[7]。本研究中,治疗后观察组的临床总有效率高于对照组,各项肛周

表 3 两组患者各项 DLQI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 症状情感 | | 休闲 | | 日常活动 | |
|-----|----|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 4.65±0.21 | 2.15±0.11* | 3.69±0.26 | 1.87±0.11* | 4.35±0.41 | 2.11±0.07* |
| 观察组 | 40 | 4.67±0.19 | 1.07±0.09* | 3.71±0.24 | 0.77±0.10* | 4.33±0.37 | 0.71±0.05* |
| t 值 | | 0.447 | 48.059 | 0.357 | 46.798 | 0.229 | 102.930 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

| 组别 | 例数 | 社会交际 | | 工作学习 | | 治疗 | |
|-----|----|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 4.11±0.19 | 1.77±0.21* | 2.01±0.03 | 1.07±0.06* | 2.05±0.02 | 1.01±0.04* |
| 观察组 | 40 | 4.13±0.17 | 0.73±0.13* | 2.02±0.05 | 0.48±0.01* | 2.06±0.04 | 0.45±0.03* |
| t 值 | | 0.496 | 26.632 | 1.085 | 61.345 | 1.414 | 70.835 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注:与治疗前比,*P<0.05。DLQI:皮肤病生活质量指数。

表 4 两组患者血清学指标比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | IL-2(ng/L) | | INF-γ(ng/L) | | IL-4(ng/L) | | IgE(mg/L) | |
|-----|----|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 26.69±1.87 | 33.58±1.95* | 29.72±1.55 | 35.65±2.17* | 51.48±2.51 | 40.28±2.11* | 1.15±0.08 | 0.72±0.07* |
| 观察组 | 40 | 26.67±1.85 | 41.29±2.74* | 29.69±1.51 | 45.79±2.21* | 51.46±2.53 | 31.42±1.84* | 1.16±0.06 | 0.53±0.02* |
| t 值 | | 0.048 | 14.499 | 0.088 | 20.706 | 0.035 | 20.016 | 0.632 | 16.506 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注:与治疗前比,*P<0.05。IL-2:白细胞介素-2;INF-γ:干扰素-γ;IL-4:白细胞介素-4;IgE:免疫球蛋白E。

湿疹、DLQI 评分及复发率均低于对照组,表明应用清热化湿止痒汤熏洗治疗湿热下注型肛周湿疹患者可有效改善其临床症状,提高治疗效果,降低复发率,提高患者生活质量。

湿疹患者体内存在辅助性 T 细胞 1 (Th1) / 辅助性 T 细胞 2 (Th2) 的分化失衡,IL-4 由 Th2 细胞所分泌,可抑制 Th1 细胞及其功能,同时诱导 B 淋巴细胞产生 IgE,而 IL-2、INF-γ 由 Th1 细胞所分泌,可抑制 Th2 细胞的增殖,并促进 Th1 细胞成熟,同时还能够抑制 IL-4 诱导 B 淋巴细胞产生 IgE^[8]。现代药理学研究表明,苦参中的生物碱可抑制核酸代谢,从而抑制多种病原微生物的生长、繁殖,起到有效抗炎止痛、消肿等作用^[9];蛇床子素可降低 Th2 细胞因子的分泌,调节 Th1/Th2 平衡,进而发挥免疫调节作用,促进湿疹病情好转^[10]。本研究中,观察组患者治疗后的血清 IL-2、INF-γ 水平平均高于对照组,血清 IL-4、IgE 水平平均低于对照组,表明应用清热化湿止痒汤熏洗治疗后,患者血清学指标可得到明显改善。

综上,湿热下注型肛周湿疹患者应用清热化湿止痒汤熏洗治疗后,其临床症状及血清学指标均得到明显改善,生活质量显著提高,降低复发率,临床治疗效果显著,值得临床推广与应用。

参考文献

[1] 孙会. 中药熏蒸联合西医常规疗法治疗慢性泛发性湿疹临床研

究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2022, 21(3): 256-257.
[2] 张莹,魏旭凤. 清湿驱毒汤联合左西替利嗪治疗湿热下注型肛周湿疹的临床疗效及对血清免疫球蛋白 E 的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10): 1938-1940, 1951.
[3] 周治明,张敏,杨柏霖. 清热化湿止痒汤熏洗治疗湿热型肛周湿疹的疗效及对患者生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(31): 3488-3491.
[4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2 版. 南京:江苏科学技术出版社, 2017: 725-731.
[5] 杨志波,范瑞强,邓丙戌. 中医皮肤性病学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010: 102-105.
[6] 陈春妹. 十味消瘰方联合康复新液治疗玫瑰痤疮的疗效及对 DLQI 评分、皮肤红斑指数的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(8): 170-172.
[7] 祝琦. 养血祛风止痒汤坐浴配合卤米松软膏治疗肛周湿疹临床观察[J]. 四川中医, 2020, 38(8): 165-168.
[8] 李远志,岳朝驰,龙庆. 苦黄燥湿汤坐浴治疗肛周湿疹的疗效及对 Th1/Th2 相关因子的影响[J]. 云南中医中药杂志, 2021, 42(8): 57-59.
[9] 成鹏,黄帅,杨宇,等. 网络药理学挖掘丹参-苦参药对提取物的抗炎药效及分子机制研究[J]. 中国药理学通报, 2021, 37(2): 270-276.
[10] 都梦帆,向汝,范好,等. 蛇床子素的药理作用及抗炎活性机制研究进展[J]. 云南中医学院学报, 2020, 43(6): 92-98.