

自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹对患者预后的改善情况

朝鲁门，梁秀宇*

(沈阳市第七人民医院皮肤科，辽宁 沈阳 110003)

【摘要】目的 分析慢性角化性湿疹患者应用自拟皲裂洗剂治疗的效果，以及对其临床症状、炎症因子、生活质量的影响。**方法** 选取沈阳市第七人民医院 2022 年 12 月至 2024 年 1 月收治的慢性角化性湿疹患者 61 例，根据随机数字表法分为对照组 (31 例，采用复方丙酸氯倍他索软膏治疗) 与观察组 (30 例，采用复方丙酸氯倍他索软膏 + 自拟皲裂洗剂治疗)。两组患者均治疗 4 周，并随访 3 个月。比较两组患者治疗后临床疗效，治疗前后皮肤病生活质量量表 (DLQI)、湿疹面积及严重程度指数 (EASI)、视觉模拟量表 (VAS) 瘙痒评分及炎症因子水平，治疗期间不良反应发生情况和治疗后 3 个月内复发情况。**结果** 观察组患者治疗后临床疗效高于对照组；与治疗前比，两组患者治疗后 DLQI、EASI、VAS 瘙痒评分及血清白细胞介素 -4、肿瘤坏死因子 - α 、C- 反应蛋白水平均降低，且观察组均低于对照组，血清白细胞介素 -2 水平均升高，且观察组高于对照组；治疗后 3 个月内观察组患者复发率低于对照组 (均 $P < 0.05$)；治疗期间两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 采用自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹的治疗效果较好，不仅能够减轻机体炎症反应，缓解患者临床症状，还能够抑制疾病复发，有助于改善患者预后，提高生活质量。

【关键词】 慢性角化性湿疹；自拟皲裂洗剂；复方丙酸氯倍他索软膏；复发

【中图分类号】 R758.23

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.23.0105.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.23.033

慢性角化性湿疹是一种皮肤炎症性疾病，具体表现为皮肤表层的粗糙与异常增厚，好发于手足等特定区域，具有病程长、反复发作等特征。随着疾病进展，瘙痒感通常呈现出日益增强的趋势及状态，严重影响患者的后续康复过程，不利于患者预后。目前，临床实践中采用外用复方丙酸氯倍他索软膏作为主要治疗手段，旨在促进角质层细胞恢复至正常成熟状态，有效抑制角质层的过度增殖，但长期应用可能对皮肤组织产生刺激性作用，诱发红斑、皮屑脱落等不良反应，从而限制其治疗效果^[1]。中医将该病归于“鹅掌风”范畴，将其辨证为“血虚风燥”之证，治疗时应侧重于清热化湿、养血润肤^[2]。自拟皲裂洗剂是一种中药自拟洗剂，由苦参、金银花、防风等组成，具有养血润燥、祛风止痒功效，可改善皮肤屏障，有助于缓解患者瘙痒症状。基于此，本研究旨在分析自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹的疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取沈阳市第七人民医院 2022 年 12 月至 2024 年 1 月收治的慢性角化性湿疹患者 61 例，根据随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 (31 例) 中男、女患者分别为 15、16 例；病程 1~4 年，平均 (2.43 ± 0.13) 年；年龄 18~65 岁，平均 (45.41 ± 2.06) 岁。观

察组 (30 例) 中男、女患者分别为 18、12 例；病程 1~4 年，平均 (2.47 ± 0.15) 年；年龄 18~66 岁，平均 (46.02 ± 2.01) 岁。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。诊断标准：西医符合《中国临床皮肤病学》^[3] 中慢性角化性湿疹的诊断标准；中医符合《湿疹 (湿疮) 中医诊疗专家共识》^[4] 中的相关诊断标准，中医证型为血虚风燥证，主症：色素沉着，皮肤肥厚皲裂、脱屑，瘙痒，反复发作；次症：口干、纳差、便秘、腹胀；舌脉：舌淡苔薄白，脉弦细。纳入标准：(1) 符合上述诊断标准；(2) 皮损发生于足部；(3) 皮损基本对称分布。排除标准：(1) 伴病毒与真菌感染；(2) 伴肝肾功能不全、实质器官恶性肿瘤；(3) 伴免疫功能、凝血功能障碍；(4) 近期接受免疫抑制剂、糖皮质激素等药物治疗；(5) 对研究使用药物存在禁忌证；(6) 妊娠期；(7) 同期参加其他研究。本研究经沈阳市第七人民医院医学伦理委员会批准，且患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者采用复方丙酸氯倍他索软膏治疗，取适量复方丙酸氯倍他索软膏 (江苏知原药业股份有限公司，国药准字 H20040122，规格：10 g：丙酸氯倍他索 5 mg + 维 A 酸 2.5 mg/支) 涂抹于患处，2 次/d。观察组患者在对照组的基础上联合自拟皲裂洗剂治疗，组方：分别取苦参、金银花、防风、地肤子、蛇床子各 30 g，黄柏、白鲜皮各 20 g，炒王不留行、花椒各 10 g，先用武

作者简介：朝鲁门，硕士研究生，医师，研究方向：皮肤科疾病的诊疗。

通信作者：梁秀宇，博士研究生，主任中医师，研究方向：中西医结合治疗顽固性瘙痒。E-mail: 18640031928@126.com

火煮开，后改慢火煎煮 30~40 min 后滤出药液，如前法煎煮 2 次，将药液混合，降温至 30~40℃，浸泡患处，每次 30 min，1 剂/d。两组患者均治疗 4 周，治疗期间不得使用其他相关治疗药物，并随访 3 个月。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。治疗后评估患者临床疗效，患者脱屑、皮肤瘙痒、皲裂等症状消失，皮损完全消退判定为痊愈；脱屑、皮肤瘙痒、皲裂等症状显著改善，皮损基本消退判定为显效；脱屑、皮肤瘙痒、皲裂等症状缓解，皮损有好转判定为有效；脱屑、皮肤瘙痒、皲裂等症状、皮损均未改善或加重判定为无效^[3]。总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 有效率。(2)临床症状评分。于治疗前后应用湿疹面积及严重程度指数 (EASI)^[5] 评估患者疾病严重程度，总分 = 临床症状评分 (0~3 分) × 湿疹面积评分 (0~4 分) × 权重 (上肢为 0.2，下肢为 0.4)，评分越高代表患者疾病越严重；应用视觉模拟量表 (VAS)^[6] 瘙痒评分评估患者皮肤瘙痒程度，总分 10 分，评分越高代表瘙痒程度越重；应用皮肤病生活质量量表 (DLQI)^[7] 评估患者生活质量，总分 30 分，评分越高代表患者生活质量越差。(3)炎症因子。于治疗前后抽取患者空腹静脉血 5 mL，离心 (3 500 r/min, 10 min) 处理，取上层血清，以酶联免疫吸附法测定白细胞介素 -2、白细胞介素 -4、肿瘤坏死因子 -α、C- 反应蛋白水平。(4)不良反应与复发情况。记录患者治疗期间皮肤灼热、皮肤干燥、瘙痒等不良反应发生情况，不良反应总发生率为各项不良反应发生率之和；治疗

后 3 个月内记录患者复发 (临床症状、皮损再次出现) 情况。复发率 = (复发例数 / 总有效例数) × 100%。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验；计量资料经 S-W 法检验符合正态分布，以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间采用独立样本 t 检验，组内治疗前后采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者治疗后临床疗效高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

2.2 两组患者临床症状评分比较 两组患者治疗后 DLQI、EASI、VAS 瘙痒评分均较治疗前降低，且观察组均低于对照组，差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者炎症因子比较 两组患者治疗后血清白细胞介素 -2 水平较治疗前升高，观察组高于对照组，血清肿瘤坏死因子 -α、白细胞介素 -4、C- 反应蛋白水平均较治疗前均降低，观察组均低于对照组，差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)，见表 3。

2.4 两组患者不良反应及复发情况比较 观察组患者治疗后 3 个月内复发率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组患者治疗期间不良反应总发生率低于对照组，但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 4。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31	10(32.26)	5(16.13)	6(19.35)	10(32.26)	21(67.74)
观察组	30	16(53.33)	10(33.33)	1(3.33)	3(10.00)	27(90.00)
Z 值				2.498		
P 值				<0.05		

表 2 两组患者临床症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	DLQI 评分		EASI 评分		VAS 瘙痒评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	23.02 ± 1.34	16.65 ± 2.12*	9.05 ± 0.87	4.51 ± 1.05*	6.05 ± 1.04	1.45 ± 0.14*
观察组	30	22.99 ± 1.41	11.02 ± 1.04*	8.96 ± 1.01	2.42 ± 0.58*	5.98 ± 1.07	1.02 ± 0.07*
t 值		0.085	13.098	0.373	9.578	0.259	15.093
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。DLQI：皮肤病生活质量量表；EASI：湿疹面积及严重程度指数；VAS：视觉模拟量表。

表 3 两组患者炎症因子比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	白细胞介素 -2(pg/L)		肿瘤坏死因子 -α(ng/L)		白细胞介素 -4(ng/L)		C- 反应蛋白 (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	31	13.03 ± 2.65	16.54 ± 3.15*	56.02 ± 3.47	43.58 ± 3.04*	77.98 ± 4.01	46.89 ± 4.02*	16.05 ± 3.56	8.78 ± 0.41*
观察组	30	12.98 ± 2.21	18.68 ± 3.57*	55.97 ± 3.57	32.05 ± 2.14*	80.02 ± 5.02	39.65 ± 2.57*	15.92 ± 4.67	6.01 ± 0.12*
t 值		0.080	2.485	0.055	17.077	1.757	8.349	0.123	35.552
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者不良反应及复发情况比较 [例 (%)]

组别	例数	皮肤灼热	瘙痒	皮肤干燥	总发生	复发
对照组	31	1(3.23)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.23)	9(42.86)
观察组	30	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(7.41)
χ^2 值					0.000 [#]	6.516 [#]
P 值					>0.05	<0.05

注: [#] 采用校正卡方检验。

3 讨论

复方丙酸氯倍他索软膏是一类强效激素制剂,具有抗炎、抗增殖、抑制免疫反应等作用,能够改善慢性角化性湿疹患者的症状,但长期应用该软膏可能会诱发患者局部区域的不适反应,如刺激性症状,且停药后,病情易反复,影响长期的治疗效果。中医理论将慢性角化性湿疹归于“鹅掌风”范畴,《诸病源候论》有载:“浸淫之疮,……终至遍体”,其核心病机在于体内湿热蕴结,反复受外界毒邪侵袭,导致风湿热邪相互交困于肌表,或进一步耗伤阴液,致使肌肤失养,因此,治疗时侧重清热化湿、燥湿止痒,同时辅以养血祛风之法,以达标本兼治^[8]。自拟皲裂洗剂蕴含多种中药活性成分,应用在患者皮损处,可缓解皮肤瘙痒,且药物吸收较快,有助于皮损创面愈合。

本研究结果显示,两组患者治疗后临床症状评分均较治疗前降低,且观察组均低于对照组;观察组患者治疗后临床疗效高于对照组,这提示自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹可缓解患者瘙痒症状,有助于提高治疗效果。分析其原因为,自拟皲裂洗剂中苦参与白鲜皮协同作用,可清除体内蕴结的湿热邪气;金银花具有清热燥湿、清热解毒的功效;防风善驱散风邪、胜湿止痛,具有祛风解表的作用;地肤子性凉能清热,更兼利湿作用,可缓解皮肤瘙痒;蛇床子燥湿祛风,黄柏清热燥湿、泻火除蒸,两者合用可燥湿清热、祛风止痒、解毒疗疮;花椒性温而能温中止痛,同时具备止痒的效用,以上诸药配伍,旨在全面清除体内湿热、风邪等病理因素,改善皮肤血液循环,促进养分供给,加快缓解症状,从而恢复皮肤健康状态,提高治疗效果^[9]。本研究中,两组患者治疗后炎症因子水平均较治疗前改善,且观察组变化幅度均大于对照组,这提示自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹可有效减轻机体炎症反应,有助于改善患者免疫功能。分析其原因为,自拟皲裂洗剂中的苦参、金银花及花椒均具有抗炎、抗菌作用,可通过抑制多种皮肤癣菌生长繁殖,减少其对皮肤组织的刺激,能够改善免疫功能,增强抗炎效果,同时,中药浸泡可直接作用于患处,其多种活性成分可通过血脉进入脏腑,可抑制组胺释放,减轻过敏反应,有助于抑制机体内多种炎症因子的分泌,进一步缓解炎症反

应^[10]。本研究中,观察组患者治疗后 3 个月内复发率低于对照组,但两组患者治疗期间不良反应总发生率比较无差异,这提示应用自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹可在一定程度上降低不良反应的发生,还有助于减少疾病复发。分析其原因为,自拟皲裂洗剂可改善局部血液循环,增强皮肤组织新陈代谢,还可在一定程度上增加皮肤脂质含量,进而激发皮肤的自然修复与再生机制,改善皮肤水分丢失,有助于抑制疾病复发,且对皮肤的刺激较小,安全性良好^[11]。

综上,采用自拟皲裂洗剂治疗慢性角化性湿疹的治疗效果较好,能够减轻机体炎症反应,缓解患者瘙痒症状,促进皮损修复,还能减少疾病复发,改善生活质量,且安全性良好。但本研究也存在局限性,如未考察免疫功能指标,纳入样本量较小,需进一步完善设计获得更为全面的研究结果。

参考文献

- [1] 舒心,涂晓娟,陈晓霞,等.夫西地酸乳膏联合复方丙酸氯倍他索软膏治疗手足角化性湿疹的疗效研究[J].武警医学,2022,33(6):518-521.
- [2] 李媛丽,邵丽芳,李园园.中药浸泡联合复方丙酸氯倍他索软膏治疗手部角化性湿疹的疗效分析[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2020,19(6):579-581.
- [3] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2009:869-873.
- [4] 刁庆春,刘毅.湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2021,20(5):517-521.
- [5] 刘茵,朱炯.火针治疗慢性湿疹临床疗效及患者 EASI、瘙痒评分、血清因子水平影响[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(5):119-121.
- [6] 赵学玲,郑昕,徐化梅,等.过敏性鼻炎患儿血清 25-(OH)D、特异性 IgE 水平与 VAS 评分的相关性[J].检验医学,2021,36(6):615-617.
- [7] 谭欢,兰雪梅,周村建,等.斑秃患者生活质量评估及皮肤病生活质量指数的信度分析及因子分析[J].临床皮肤科杂志,2015,44(6):356-360.
- [8] 冯惠裳,任雪雯,胡博,等.二白膏外用治疗手部角化性湿疹血虚风燥证 49 例临床观察[J].中医杂志,2022,63(24):2361-2365.
- [9] 彭蔚梧,匡琳,何大伟.参黄洗液联合盐酸氯环利嗪片治疗慢性湿疹的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2021,41(6):915-918.
- [10] 乐奇芒,孙泮武,刘云贞.解毒止痒外洗方联合白凡士林软膏治疗角化性湿疹[J].长春中医药大学学报,2022,38(3):314-317.
- [11] 魏璠,杨佼,崔炳南.外用中药润燥止痒方治疗角化型手部湿疹的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2022,17(2):315-318.