

燥湿润肤洗药治疗淤积性皮炎临床研究

庞雪^{1,2}, 孙庆³, 王玉涛³

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 2. 山东省千佛山医院, 山东 济南 250014; 3. 济南市中医医院, 山东 济南 250012)

[摘要] 目的: 探讨燥湿润肤洗药熏洗治疗淤积性皮炎的临床疗效。方法: 回顾性分析 2014 年 9 月至 2017 年 12 月在济南市中医医院外科就诊的淤积性皮炎患者 76 例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组。观察组应用燥湿润肤洗药熏洗治疗, 对照组采用复方黄柏液湿敷治疗, 采用皮损面积评分(SDEASI 积分法)和瘙痒程度评分比较两种方法的治疗效果。结果: 两组患者治疗前和治疗后 2 周 SDEASI 评分组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后 4 周观察组 SDEASI 评分低于对照组, 差异有统计学意义($t = 2.16, P < 0.05$), 治疗后 6 周观察组 SDEASI 评分低于对照组, 差异有显著统计学意义($t = 3.81, P < 0.01$), 两组患者治疗后 4 周和 6 周 SDEASI 评分较治疗前均有降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者治疗前和治疗后 2 周瘙痒程度评分组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后 4 周观察组瘙痒程度评分低于对照组, 差异有统计学意义($t = 2.06, P < 0.05$), 治疗后 6 周观察组瘙痒程度评分低于对照组, 差异有统计学意义($t = 2.46, P < 0.05$), 两组患者治疗后 4 周和 6 周瘙痒程度评分较治疗前均有降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 燥湿润肤洗药和复方黄柏液对淤积性皮炎的治疗均有效果, 但燥湿润肤洗药的远期疗效优于复方黄柏液。

[关键词] 淤积性皮炎; 燥湿润肤洗药; 复方黄柏液; SDEASI 积分; 瘙痒程度评分

[中图分类号] R275.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2020)08-0809-05

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2020.08.009

Clinical Research of Zaoshi Runfu Lotion(燥湿润肤洗药) in Treating Stasis Dermatitis

PANG Xue^{1,2}, SUN Qing³, WANG Yutao³

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Shandong Provincial Qianfoshan Hospital, Jinan 250014, China; 3. Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250012, China)

Abstract Objective: To investigate the efficacy of Zaoshi Runfu Lotion(燥湿润肤洗药) in the treatment of stasis dermatitis(SD). **Methods:** A retrospective study was performed to analyze 76 cases with stasis dermatitis who visited the surgery department of Jinan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine from September 2014 to December 2017. All the patients were divided into observation group and control group according to the random number table method. The observation group was treated with Zaoshi Runfu Lotion and the control group was

[收稿日期] 2018-12-08

[基金项目] 山东省中医药科技发展计划(编号:2017-299); 山东省名老中医药专家传承工作室建设项目(批文号:鲁卫中发展字[2018]1号); 济南市第二届优秀卫生计生人才培养项目(批文号:济卫科外发[2018]8号); 济南市第三批“薪火传承 231 工程”培养项目(批文号:济中医药发[2017]11号)

[作者简介] 庞雪(1987-), 女, 山东济南人, 主治医师, 2016 年級博士研究生, 研究方向: 周围血管疾病。邮箱: pangxue_sdutcm@163.com。

[通信作者] 王玉涛(1986-), 男, 山东青岛人, 主治医师, 主要从事周围血管疾病诊疗工作。邮箱: jnwangyutao@gmail.com。

treated with Compound Huangbo Liquid. The SDEASI score and the pruritus score were used to compare the therapeutic effects of the two methods. **Results:** There was no significant difference in SDEASI score between the two groups before treatment and 2 weeks after treatment ($P>0.05$). The SDEASI score in the observation group at 4 weeks after treatment was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($t=2.16, P<0.05$). The SDEASI score in the observation group at 6 weeks after treatment was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($t=3.81, P<0.01$). The SDEASI scores in both groups at 4 weeks and 6 weeks after treatment were lower than those before treatment ($P<0.05$). There was no significant difference in pruritus score between the two groups before treatment and 2 weeks after treatment ($P>0.05$). The pruritus score in the observation group at 4 weeks after treatment was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($t=2.06, P<0.05$). The pruritus score in the observation group at 6 weeks after treatment was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($t=2.46, P<0.05$). The pruritus scores in both groups at 4 weeks and 6 weeks after treatment were lower than those before treatment ($P<0.05$). **Conclusion:** Both Zaoshi Runfu Lotion and Compound Huangbo Liquid are effective in the treatment of stasis dermatitis, but the long-term curative effect of Zaoshi Runfu Lotion is better than that of Compound Huangbo Liquid.

Keywords stasis dermatitis; Zaoshi Runfu Lotion; Compound Huangbo Liquid; SDEASI score; pruritus score

淤积性皮炎(stasis dermatitis, SD)是下肢静脉曲张常见的并发症,以皮肤色素沉着、瘙痒、湿疹甚至溃疡为主要特点,又称静脉曲张性湿疹、淤滞性皮炎或郁积性皮炎。本病属中医学臌疮、湿疮范畴。其发病主要是由于下肢静脉曲张、瓣膜关闭功能不全导致的血流淤滞,引起静脉压力升高,毛细血管渗透性提高,进而导致纤维蛋白原外渗形成纤维蛋白鞘膜,阻碍了氧气弥散和营养物质的输送,造成局部皮肤组织失营养改变^[1]。笔者临床对照观察运用燥湿润肤洗药治疗本病的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

回顾性分析 2014 年 9 月至 2017 年 12 月在济南市中医医院外科就诊的本病患者 76 例,按照随机数字表法分为观察组(燥湿润肤洗药组)和对照组(复方黄柏液组)。观察组 36 例,其中男 19 例,女 17 例,年龄 42~66 岁,病程 3 个月~4 年。对照组 40

例,其中男 22 例,女 18 例,年龄 40~64 岁,病程 2 个月~6 年。两组患者的年龄、性别、病程经过统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。本研究通过医学伦理学审查。

1.2 西医诊断标准

参照《中国临床皮肤病学》^[2]。①多局限于某一部位,境界清楚,伴有明显的肥厚浸润,表面粗糙,或表现为苔藓样变,颜色呈褐红或褐色,多伴有丘疱疹、痂皮及抓痕。倾向湿润变化,常反复发作,时轻时重,有阵发性瘙痒。②小腿伴有不同程度的静脉曲张,小腿脚踝部有水肿、色素沉着。部分患者皮损中心色素减退可形成继发性白癜风。

1.3 中医诊断标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中慢性湿疹的诊断标准^[3]。多局限于某一部位,界限清楚,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。

表 1 两组淤积性皮炎患者一般情况及病程情况比较

项目	观察组	对照组	t/χ^2	P 值	
年龄(岁)	54.22± 1.42	53.53± 1.15	0.385	0.701	
性别(例)	男	19	22	0.011	0.915
	女	17	18	0.013	0.906
病程(月)	26.03± 2.09	25.28± 2.21	0.246	0.806	

倾向湿润变化,常反复发作,时轻时重,有阵发性瘙痒。①湿热浸淫证:发病急,皮损潮红灼热,瘙痒无休,渗液流汁。伴身热、心烦口渴,大便干,尿短赤。舌质红,苔薄白或黄,脉滑或数。②脾虚湿蕴证:发病较缓,皮损潮红,瘙痒,抓后糜烂渗出,可见鳞屑。伴有纳少,神疲,腹胀便溏。舌质淡胖,苔白或腻,脉弦缓。③血虚风燥证:病久,皮损色暗或色素沉着,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。

1.4 纳入标准

符合淤积性皮炎中医辨证(含全部三种证型)和西医诊断标准,自愿参加临床疗效观察研究,报医院伦理委员会批准并签署知情同意书。

1.5 排除标准

对本研究所用药物过敏者;伴有严重的心、肝、肾疾病及糖尿病患者;近期使用糖皮质激素或抗组胺药物者;病历资料不全者。

2 治疗观察方法

2.1 观察组

治疗用药:燥湿润肤洗药外洗。①药物组成:白鲜皮 15 g,苦参 15 g,地肤子 15 g,当归 12 g,白芷 12 g,川牛膝 12 g。②熏洗方法:上述药物 1 剂,加入清水 2500 mL 煎煮 15 min,晾凉至 40℃后,将药液倒入木桶中,根据发病部位调整液面高度,熏洗患肢约 20 min,每日 1 次。共治疗观察 6 周。

2.2 对照组

治疗用药:复方黄柏液湿敷。复方黄柏液系山东汉方制药有限公司产品(国药准字 Z10950097)。湿敷方法:选用大小合适的无菌纱布,将其完全浸泡于复方黄柏液中,数秒后取出,将纱布拧至不滴药液,湿敷于皮损表面,3~5 min 更换 1 片纱布,保证疮面湿润,每日 1 次,每次更换 5 片纱布,保留最后 1 片纱布,无菌绷带包扎。共治疗观察 6 周。

两组对合并溃疡者,熏洗或湿敷后用生理盐水棉球清洗创面,无菌纱布包扎。

2.3 观察指标及方法

在治疗期间观察皮肤损害变化的情况(包括红斑、渗出、糜烂、肿胀度等指标的改变)及自身瘙痒程度的变化,进行评分比较。观察组与对照组的疗效判定时间均为治疗后 6 周,分别在第 2、4、6 周记录症状变化并打分。①皮肤损伤面积评分:采用改良

后的湿疹面积及严重程度指数(EASI)从而形成 SDEASI 积分法^[4]。将全身分为头/颈、上肢、躯干和下肢四部分评分。患者的单个手掌面积计为 1%。根据中国的“新九分法”,计算皮损面积所占病变部位的比例计分^[5]。根据 0~6 分的七级评分方法计算皮肤损伤区域面积评分。根据 0~4 分的五级评分方法评估皮肤损伤的严重程度。SDEASI 积分 = 左小腿皮损面积积分 × 左小腿皮损严重程度积分(红斑 + 渗出 + 糜烂 + 肿胀度) × 0.5 + 右小腿皮损面积积分 × 右小腿皮损严重程度积分(红斑 + 渗出 + 糜烂 + 肿胀度) × 0.5,积分最少为 0 分,最大 96 分(评分表略)。②皮肤瘙痒程度评分:采用 0~3 分的四级评分法评估患者的主观瘙痒程度:无瘙痒症状为 0 分;偶尔瘙痒,不用药,不影响学习生活为 1 分;阵发性瘙痒,时有缓解,影响睡眠学习生活,需用药治疗为 2 分;瘙痒剧烈,严重影响工作学习生活为 3 分。

2.4 统计学方法

应用 IBM SPSS Statistics V22.0 软件进行统计分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示。组间治疗效果评价比较采用 t 检验,取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 两组治疗前后 SDEASI 积分值比较

两组患者治疗前($t=1.48, P>0.05$)和治疗后 2 周($t=1.00, P>0.05$)SDEASI 评分组间比较差异无统计学意义,治疗后 4 周观察组 SDEASI 评分低于对照组,差异有统计学意义($t=2.16, P<0.05$),治疗后 6 周观察组 SDEASI 评分低于对照组,差异有显著统计学意义($t=3.81, P<0.01$)。观察组患者治疗后 4 周 SDEASI 评分较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后 6 周 SDEASI 评分较治疗前明显降低,差异有显著统计学意义($P<0.0001$);对照组患者治疗后 4 周和 6 周 SDEASI 评分较治疗前均降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

3.2 两组治疗前后瘙痒程度分值比较

两组患者治疗前($t=0.46, P>0.05$)和治疗后 2 周($t=0.89, P>0.05$)瘙痒程度评分组间比较差异无统计学意义,治疗后 4 周观察组瘙痒程度评分低于对照组,差异有统计学意义($t=2.06, P<0.05$),治疗后 6 周观察组瘙痒程度评分低于对照组,差异有统计学意义($t=2.46, P<0.05$)。观察组患者治疗后 4

表 2 两组淤积性皮炎患者治疗前后 SDEASI 积分分值比较

评分时间	观察组	对照组	t 值	P 值
治疗前	15.69± 1.07	13.43± 1.08	1.48	0.14
疗后 2 周	13.69± 0.93	12.33± 0.98	1.00	0.32
疗后 4 周	9.17± 0.54 [△]	11.23± 0.78 [△]	2.16	<0.05
疗后 6 周	6.69± 0.30 [*]	9.50± 0.64 [△]	3.81	<0.01

注:与本组治疗前比较[△]P<0.05;^{*}P<0.0001

表 3 两组淤积性皮炎患者治疗前后瘙痒程度分值比较

评分时间	观察组	对照组	t 值	P 值
治疗前	2.06± 0.15	2.15± 0.15	0.46	0.65
疗后 2 周	1.83± 0.14	2.00± 0.12	0.89	0.38
疗后 4 周	1.33± 0.13 [△]	1.68± 0.11 [△]	2.06	<0.05
疗后 6 周	0.81± 0.14 [*]	1.23± 0.10 [△]	2.46	<0.05

注:与本组治疗前比较[△]P<0.05;^{*}P<0.0001

周瘙痒程度评分较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后 6 周瘙痒程度评分较治疗前明显降低,差异有显著统计学意义($P<0.0001$);对照组患者治疗后 4 周和 6 周瘙痒程度评分较治疗前均降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

4 讨论

淤积性皮炎是下肢静脉曲张常见的并发症,在老年人、农民、教师等长期从事站立性工作者中多见。静脉回流障碍性疾病或静脉反流性疾病导致的静脉压增高是本病发生的主要原因。病变通常最先在踝关节内侧区域出现,其次多见于小腿内外侧和膝盖等部位。本病以皮肤色素沉着、瘙痒或渗出为主要临床表现,长时间的静脉高压状态和慢性炎症刺激,最终导致慢性溃疡形成。小腿具有皮下组织薄、皮脂腺少等解剖特点,这些特点决定了此处皮肤易干燥、皮损恢复时间长等特点,这也是淤积性皮炎病程长、易反复、伴有色素沉着的主要原因^[6]。临床上,除大隐静脉高位结扎剥脱术、腔内激光闭合术、泡沫硬化疗法等外科手术缓解静脉高压外,无其他有效的治疗办法。

中医学认为,瘀、湿、热、毒等病理因素以及心火、脾湿等内生之邪可影响患处局部,或作用于整体,导致本病发生^[7]。《素问·至真要大论》曰:“诸痛痒疮,皆属于心”“诸湿肿满,皆属于脾”。《诸病源候论·浸淫疮候》记载:“心家有风热,发于肌肤。初生

甚小,先痒后痛而成疮,汁出,侵溃肌肉”。说明“心火”是“疮”发病的重要因素。《疡科心得集》云:“臃疮者……脾虚湿热下注,则用补中益气,或八珍汤加萆薢、银花之属”。说明除“心火”之外,“脾湿”也是“疮”发病的主要原因之一。脾为仓廪之官,喜燥恶湿。如果平素饮食失于节制,过食生冷水果,就容易导致脾阴不足,影响脾的运化功能,致使湿邪内生。如果平时饮食中肥甘厚腻、鱼腥海味的比重较大,也会影响脾的运化,导致湿邪瘀于体内,日久则化热^[8]。体内湿邪聚集,脾气运化功能受到阻碍,导致脾气虚损状态;脾虚失于健运,则又会导致湿邪内生,如此往复,形成恶性循环^[9]。

中医治疗本病多根据患者整体情况辨证论治,内科治疗多采用活血解毒、清热利湿之法^[4,10-11]。《医学源流》曰:“外科之法,最重外治”。熏洗、塌渍、涂药等多种外治方法,可以使药物直接作用于患处,有利于创面愈合,用于下肢慢性溃疡治疗的中药制剂也愈来愈多且疗效显著^[12]。临床报道多见用中药熏、洗两种不同的方法治疗下肢慢性溃疡。向寰宇等^[13]研究发现,采用活血生肌方熏蒸治疗气虚血瘀型臃疮,可有效改善患处瘀血状态,促进溃疡愈合。王雁南等^[14]观察解毒洗药塌渍疗法对下肢静脉性溃疡疮周微循环的影响,结果表明,该疗法可提高患处血流灌注量和氧分压,显著改善溃疡周围组织的微循环。

中药煎煮熏洗可使药液直接作用于患处,使药物有效成分能够充分接触溃疡面而发挥疗效。在淤积性皮炎诸多治疗方式中,中药熏洗因其操作简便、易于掌握最容易被患者所接受。应用中药外洗治疗淤积性皮炎,我们的经验包括以下四个方面:一是温度控制,外洗药液温度过低则影响药物有效成分扩散,过高则易导致烫伤,建议药液温度维持在 40℃左右,可以舒张下肢血管,增加患处皮肤肌肉的血液供应,还可使肌肤孔隙舒张,有利于药物有效成分的输布吸收;二是药液浓度调节,药物浓度过低或过高均可能导致创面渗透压改变影响治疗效果^[15],建议一剂药物加入 2500 mL 清水煎煮,晾至合适温度后熏洗;三是药渣的利用,煎煮后的药渣可用纱布包好,浸透药液后外敷患处,既可保温,又有利于药物有效成分的渗透;四是熏洗后的处理,药物熏洗后,患处予以生理盐水棉球清洗,营造相对湿润的环境,

伴有皮肤破溃者,生理盐水轻拭创面,去除创周痂皮,以减轻皮肤张力,有利于创周皮肤向心生长,促进创面愈合,上述操作完成后,无菌纱布包扎。

燥湿润肤洗药是济南市中医医院张恒龙教授治疗淤积性皮炎的常用方剂,临床疗效显著。方中白鲜皮、苦参、地肤子共用,具有清热、燥湿、止痒功效,为君药。当归补血、养血、活血;白芷辛温燥湿,可促进创面愈合、润养肌肤,二者共为臣药。川牛膝活血通经,兼引药下行,为佐药。诸药合用,共奏清热利湿、活血燥湿、止痒润肤之功。研究表明,苦参、白鲜皮、地肤子中的有效成分,可以抑制变态反应,减少过敏介质释放,降低毛细血管的通透性^[16]。当归主要成分包括挥发油、有机酸及多糖类等^[17],具有调节血管活性的作用。研究表明,当归水提取物一方面可以促进斑马鱼体内和人脐静脉内皮细胞体外的血管生成,另一方面可以使毛细血管通透性降低,促进 T 淋巴细胞转化,抑制致炎物质的释放^[18]。香豆素类化合物是白芷的主要有效成分,研究证实其具有良好的抗炎活性,而且体外试验表明白芷活性提取物可以促进内皮细胞增殖^[19]。川牛膝补肾壮骨,引药下行,动物实验研究证明,其有效部位还可以显著减轻大鼠足肿胀状态、明显抑制棉球引起的肉芽组织生长,通过改善循环发挥抗炎作用^[20]。

本研究通过分析淤积性皮炎患者治疗前后皮损情况和皮肤瘙痒程度评分,观察比较燥湿润肤洗药熏洗与复方黄柏液湿敷治疗淤积性皮炎的疗效。经统计学分析,治疗前与治疗 2 周两组患者 SDEASI 积分和瘙痒程度评分组间比较差异均无统计学意义。治疗后 4 周及治疗后 6 周两组患者 SDEASI 积分和瘙痒程度评分组间比较差异均有统计学意义。结果表明,燥湿润肤洗药和复方黄柏液对淤积性皮炎均有治疗效果,但燥湿润肤洗药的远期疗效优于复方黄柏液。

[参考文献]

[1] SUNDARESAN S, MIGDEN M R, SILAPUNT S. Stasis dermatitis: pathophysiology, evaluation and management[J]. *Am J Clin Dermatol*, 2017, 18(3): 383-390.

[2] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 935-937.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:

南京大学出版社, 2010: 54.

[4] 李婷. 除湿活络饮联合溻渍疗法治疗淤积性皮炎的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.

[5] 赵辨. 湿疹面积及严重度指数评分法[J]. *中华皮肤科杂志*, 2004, 37(1): 7-8.

[6] ERFURT-BERGE C, GEIER J, MAHLER V. The current spectrum of contact sensitization in patients with chronic leg ulcers or stasis dermatitis-new data from the Information Network of Departments of Dermatology (IVDK)[J]. *Contact Dermatitis*, 2017, 77(3): 151-158.

[7] 程宏斌, 伍景平, 艾儒棣. 论“心火脾湿受风而成”为湿疹病机本质[J]. *辽宁中医杂志*, 2013, 40(3): 471-473.

[8] 白彦萍. 湿疹的中医诊治[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2009, 8(4): 259-261.

[9] 姜德友, 杨帆. 湿疹病名、证治源流考[J]. *山东中医药大学学报*, 2014, 38(5): 436-439.

[10] 李宁. 中西医结合优化方案治疗淤积性皮炎的临床研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2013.

[11] 钟学文, 廖奕歆. 祛瘀八法治疗下肢静脉曲张[J]. *山东中医杂志*, 2015, 34(8): 596-597.

[12] 张筱杉, 刘明. 中药外用制剂治疗下肢慢性溃疡的研究概况[J]. *山东中医杂志*, 2017, 36(5): 437-440.

[13] 向寰宇, 唐汉钧, 阙华发. 活血生肌方熏蒸结合常规疗法治疗气虚血瘀型臁疮 35 例[J]. *上海中医药杂志*, 2011, 45(2): 44-45.

[14] 王雁南, 陈柏楠, 许永楷, 等. 解毒洗药溻渍治疗对下肢静脉性溃疡疮周微循环的影响[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2015, 21(5): 443-446.

[15] 历建萍. 中药溻渍的应用研究[J]. *长春中医药大学学报*, 2011, 27(6): 1058.

[16] 范玉. 杜锡贤治疗湿疹经验[J]. *山东中医杂志*, 2012, 31(6): 447-448.

[17] 李依洋, 杨珍, 张晓娜, 等. 基于分子对接及网络药理学的托里消毒散精简方促糖尿病创面愈合作用机制研究[J]. *中草药*, 2018, 49(14): 3298-3308.

[18] LAM H W, LIN H C, LAO S C, et al. The angiogenic effects of angelica sinensis extract on HUVEC in vitro and zebrafish in vivo[J]. *J Cell Biochem*, 2008, 103: 195-211.

[19] 白晓智, 胡大海, 刘佳琦, 等. 白芷活性提取物对人脐静脉内皮细胞生物特性的影响[J]. *中华损伤与修复杂志(电子版)*, 2012, 7(1): 35-39.

[20] 杨柳, 张颖, 刘季, 等. 牛膝补肾壮骨有效部位抗炎、镇痛作用研究[J]. *中医药学报*, 2015, 43(6): 25-28.