

# 青石止痒软膏联合消风止痒汤加减治疗神经性皮炎的疗效评价

李伟, 张丰川, 李元文\*

(北京中医药大学 东方医院, 北京 100078)

**[摘要]** **目的:**观察青石止痒软膏联合消风止痒汤加减辨证治疗神经性皮炎的临床疗效,及对瘙痒介质和炎症因子的影响。**方法:**将 160 例患者随机按数字表法分为西医组和中医组各 80 例。西医组外用糠酸莫米松乳膏,均匀涂于患处,每天早晚各 1 次;口服氯雷他定片,10 mg/次,1 次/d。中医组外用青石止痒软膏,将药物轻揉于患处,每天早晚各 1 次;内服消风止痒汤加减,1 剂/d,两组疗程均为 21 d。进行治疗前后瘙痒程度采用视觉模拟评分(VAS),皮损程度采用湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分,中医证候评分,生活质量采用皮肤病生活质量(DIQL)量表评价,检测治疗前后 5-羟色胺(5-HT),组胺,P 物质(SP), $\beta$ -内啡肽( $\beta$ -EP),白细胞介素-6(IL-6),IL-8 和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平。**结果:**中医组临床疗效总有效率为 95.95%,高于西医组的 84.93% ( $\chi^2 = 5.173, P < 0.05$ );中医组中医证候疗效总有效率为 95.95%,高于西医组的 78.08% ( $\chi^2 = 10.419, P < 0.01$ );治疗后中医组患者的瘙痒 VAS, EASI, 中医证候和 DIQL 评分均低于西医组 ( $P < 0.01$ );治疗后中医组 5-HT, 组胺, SP,  $\beta$ -EP 水平均低于西医组 ( $P < 0.01$ );治疗后中医组 IL-6, IL-8 和 TNF- $\alpha$  水平均低于西医组 ( $P < 0.01$ )。**结论:**与西医常规治疗方案相比较,采用消风止痒汤加减内服联合青石止痒软膏外用治疗神经性皮炎能减轻患者瘙痒,改善皮损症状,降低中医证候评分,提高患者的生活质量,能调节引起瘙痒的化学介质和免疫炎症因子,临床疗效和中医证候疗效均优于西医常规疗法。

**[关键词]** 神经性皮炎; 消风止痒汤; 青石止痒软膏; 瘙痒介质; 炎症因子

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)21-0194-06

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2017210194

**[网络出版地址]** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170809.1125.040.html>

**[网络出版时间]** 2017-08-09 11:25

## Clinical Effect of Qingshi Zhiyang Ointment Combined with Modified Xiaofeng Zhiyang Decoction in Treating Neurodermatitis

LI Wei, ZHANG Feng-chuan, LI Yuan-wen\*

(Dongfang Hospital, Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the clinical effect of Qingshi Zhiyang ointment combined with modified Xiaofeng Zhiyang decoction treating neurodermatitis, and its impact on itching medium and inflammatory factors. **Method:** One hundred and sixty patients were randomly divided into western medicine (TCM) group in 80 cases and traditional Chinese medicine (TCM) group in 80 cases. Patients in western medicine group was given Mometasic Fumarate cream twice daily, and loratadine tablets, 10 mg/time, 1 time/day. A course of treatment was 21 days. Patients in TCM group was given Qingshi Zhiyang ointment twice daily, and modified Xiaofeng Zhiyang decoction, 1 dose/day. A course of treatment was 21 days. Before and after treatment, itching degree was evaluated by visual simulation score (VAS), degree of skin damage was evaluated by eczema area and severity

**[收稿日期]** 20170512(115)

**[基金项目]** 北京市科技计划课题项目(Z131100002513013)

**[第一作者]** 李伟,主治医师,从事中医皮肤病的临床与科研工作, Tel:13601283131, E-mail:13601283131@163.com

**[通讯作者]** \*李元文,主任医师,从事中医皮肤病的临床与科研工作, Tel:13070107221, E-mail:liw@medmail.com.cn

index (EASI), scores of TCM syndromes was graded, and quality of life was graded by quality of skin care (DIQL). And before and after treatment, levels of serotonin (5-HT), histamine, substance P (SP), beta-endorphin ( $\beta$ -EP), interleukin-6 (IL-6), IL-8 and tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) were detected. **Result:** The total effect rate of clinical efficacy of TCM group was 95.95%, which was higher than 84.93% in western medicine group ( $\chi^2 = 5.173, P < 0.05$ ). The total effect rate of TCM symptoms in TCM group was 95.95%, which was higher than 78.08% in western medicine group ( $\chi^2 = 10.419, P < 0.01$ ). After treatment, scores of VAS, EASI, TCM symptoms and DIQL in TCM group were all lower than those in western medicine group ( $P < 0.01$ ). And levels of 5-HT, histamine, SP,  $\beta$ -EP, IL-6, IL-8 and TNF- $\alpha$  were all lower than those in western medicine group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Compared with routine western medicine therapy, Qingshi Zhiyang ointment combined with modified Xiaofeng Zhiyang decoction can reduce itching of patient, ameliorate skin lesions, reduce scores of TCM syndromes, improve the quality of life of patients, and regulate chemical medium causing itching and immune inflammatory factors, with a better disease efficacy and TCM syndromes.

[**Key words**] neurodermatitis; Qingshi Zhiyang ointment; Xiaofeng Zhiyang decoction; itching medium; inflammatory factor

神经性皮炎 (neurodermatitis) 也称慢性单纯性苔藓, 以阵发性剧烈瘙痒和皮肤苔藓样变为特征的顽固性慢性炎性皮肤病, 皮损局限性或泛发性。其治疗棘手, 病情反复难愈, 患者常伴有烦躁、易激怒、失眠、焦虑、紧张等负性情绪, 严重影响着患者的生活质量<sup>[1-2]</sup>。目前本病的致病因素或危险因素仍未明了, 可能与精神因素、生活环境、生活习惯、胃肠道、内分泌功能异常等因素有关, 主要发生于中青年, 患病率达 12% 左右<sup>[3]</sup>。现代医学缺乏根治性治疗手段, 仅限于止痒对症处理。糖皮质激素制剂外用是临床治疗本病的最常用方法, 短期使用有效, 但本病病程长, 易反复发作, 长时间使用激素类药物很容易导致皮肤干燥、萎缩以及色素沉淀等不良反应, 影响预后<sup>[4]</sup>。

中医称本病为“摄领疮”、“牛皮癣”、“顽癣”, 情志内伤, 风邪外袭为诱因, 营血失和, 血虚化燥生风, 肌肤失去濡养而发病<sup>[5]</sup>。中医治疗手段包括针灸、中药口服、外用等, 具有临床疗效确切、起效快、不良反应较小等优势, 可迅速缓解局部症状, 促进局部皮损快速消退<sup>[6]</sup>。青石止痒软膏 (亦名甘石青黛膏) 是北京东方医院院内制剂, 具有清热燥湿、祛风止痒之功, 用于湿疹、神经性皮炎和银屑病等外治, 有较好效果。研究显示其治疗神经性皮炎止痒效果与复发率优于丁酸氢化可的松软膏<sup>[7]</sup>。前期的研究主要评价单独使用青石止痒软膏治疗神经性皮炎的疗效, 但本病非常顽固, 单一疗法难以取得十分满意效果, 临床往往采用多种疗法组合以提高疗效。本研究以激素外用 + 抗组胺药内服为西医对照, 评价了青石止痒软膏联合消风止痒汤加减内服的综合

疗法治疗神经性皮炎的疗效, 并探讨了其对瘙痒介质和炎症因子的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组共纳入 2015 年 4 月—2016 年 12 月的北京中医药大学东方医院皮肤科门诊符合要求的 160 例患者, 采用随机按数字表法分为西医组和中医组各 80 例。西医组男性 43 例, 女性 37 例; 年龄 24 ~ 70 岁, 平均 (45.8 ± 14.7) 岁; 病程 6 ~ 74 个月, 平均 (29.5 ± 16.3) 个月。中医组男性 38 例, 女性 42 例; 年龄 23 ~ 68 岁, 平均 (46.2 ± 15.3) 岁; 病程 6 ~ 83 个月, 平均 (31.6 ± 19.2) 个月。两组患者在年龄、性别、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《中国临床皮肤病学》<sup>[8]</sup> 中关于神经性皮炎的诊断标准。多见于青年或中年; 好发于项后及肘关节、上眼睑、腰骶、踝等部位; 皮损为扁平丘疹或典型的苔藓样变; 自觉阵发性瘙痒; 斑片大小、数目、形状不一; 病程慢, 反复发作。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照《中医皮肤性病学》<sup>[5]</sup> 中“神经性皮炎”的辨证分型诊断标准。肝郁化火证, 主证为皮疹色红, 心烦易怒; 次证为失眠多梦, 眩晕, 心悸, 口苦咽干, 舌边尖红, 脉弦滑。血虚风燥证, 主证为皮肤丘疹粗糙成片, 色淡或灰白, 状如枯木, 肥厚如牛项之皮; 次证为心悸, 失眠, 健忘, 大便干结, 女子可伴有月经不调; 舌质淡红, 苔薄或薄白, 脉沉或沉细。

**1.3 纳入标准** ①符合神经性皮炎的西医诊断, 局限性患者; ②符合中医肝郁化火证或血虚风燥证辨

证者;③年龄 18~70 岁,男女不限;④近 2 周末使用激素制剂和抗组胺药物治疗者;⑤患者自愿参加,依从性好;⑥研究经本院医学伦理委员会审批同意,并取得患者签署的知情同意书。

**1.4 排除标准** ①头面或外阴部位的皮损;②皮损合并细菌或真菌感染的患者;③泛发性皮损患者;④严重过敏体质,对本研究已经药物成分过敏者;⑤妊娠期及哺乳期妇女或半年内计划怀孕及生育者;⑥合并心、脑、肝、肾、消化、血液、呼吸等系统性严重疾病,或精神病和肿瘤病患者;⑦同期采用其他疗法,影响疗效判断者。

**1.5 剔除、脱落和中止标准** 误诊、误纳或无任何检测记录者或依从性差,入组后不配合治疗者均作剔除处理;因发生严重不良事件或个人意愿主动退出作中止处理,试验过程中出现严重并发症者作中止处理;经 3 次以上联系,无法联系者作脱落处理。

**1.6 治疗方法** 西医组采用糠酸莫米松乳膏[拜耳医药(上海)有限公司,国药准字 H19991418],均匀涂于患处,每天早晚各 1 次;氯雷他定片[拜耳医药(上海)有限公司,国药准字 H10970410],10 mg/次,1 次/d,口服。中医组采用青石止痒软膏(药物组成为青黛、炉甘石、煅石膏、滑石、苦参、黄柏、冰片、橄榄油和凡士林等,北京中医药大学东方医院制剂室,批准号 Z20053131)均匀涂于患处,将药物轻揉 2~3 min,每天早晚各 1 次;对皮损比较肥厚者,采用梅花针轻扣患处后,再涂药膏。消风止痒汤是本院的协定处方,基本药物为全蝎 3 g,蝉衣 10 g,乌梢蛇 10 g,露蜂房 10 g,白鲜皮 15 g,徐长卿 15 g,白芍 20 g,川芎 10 g,丹参 20 g;随证加减,肝郁化火证者加焦栀子 15 g,牡丹皮 10 g,生龙骨 30 g<sup>(先煎)</sup>,柴胡 10 g,黄芩 10 g,香附 10 g;血虚风燥证者加当归 10 g,地黄 20 g,鸡血藤 20 g,制何首乌 12 g,防风 10 g,白蒺藜 20 g;夜寐不安者加夜交藤、合欢皮各 20 g;便秘者加焦大黄 10 g,火麻仁 15 g;五心烦热者加地骨皮 20 g。饮片由北京中医药大学东方医院中药房统一提供,煎药室采用煎药机统一煎煮,每剂药煎煮 2 次,混合药液至 400 mL,200 mL/次,分早晚 2 次温服,1 剂/d。两组疗程均为 21 d。

**1.7 观察指标** ①瘙痒程度采用视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS),由患者在 0~10 cm 的标尺上标出目前的瘙痒程度。②皮损评分采用湿疹面积及严重度指数(Eczema area and severity index, EASI)<sup>[9]</sup>评分。评价疾病面积为 0~6 分,4 个躯体

部位的面积,0 分,无皮疹或 1%~9%;2 分,10%~29%;3 分,30%~49%;4 分,50%~69%;5 分,70%~89%;6 分,90%~100%。躯干部位,头面,10%;躯干,30%;上肢,20%;下肢,40%。评价临床严重程度为红斑,浸润或丘疹,糜烂,苔藓化;每个项目用 0~3 分评价,0 分,无;1 分,轻度;2 分,中度;3 分,重度。EASI 分值 0~72 分。③中医证候分级与评分参照《中药新药临床研究指导原则》,见表 1。④生活质量采用皮肤病生活质量(DIQL)调查量表<sup>[10]</sup>,共 10 个问题,每个问题记录 0 分,无;1 分,有一点;2 分,比较明显;3 分,非常明显;总分共 0~30 分,分值越高,生活质量越差。⑤ 5-羟色胺(5-HT),组胺,P 物质(SP), $\beta$ -内啡肽( $\beta$ -EP)测定,清晨空腹采肘静脉血 3 mL,室温静置 10 min,以 3 000 r·min<sup>-1</sup>,离心 10 min,分离血清,取上清液保存于 -80 ℃ 冰箱,待检测。采用酶联免疫吸附法检测,美国伯乐 550 型酶标分析仪,试剂盒(上海西唐生物科技有限公司,批号 20161205);数据单位以吸光度 A 计算。⑥ 炎症因子检测,白细胞介素-6(IL-6),IL-8 和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ ),标本采集与处理同⑤,检测方法和仪器同⑤,试剂盒(北京赛驰生物技术有限公司,批号 20161037);以上指标治疗前后各评价 1 次。

表 1 中医证候分级与评分

Table 1 Classification and scoring of traditional Chinese medicine syndromes

项目	1 分	2 分	3 分
瘙痒程度	偶有瘙痒,不影响学习和日常生活	瘙痒阵发,时重时轻,轻度影响学习和日常生活,可以通过自我调节如转移注意力减轻	剧烈瘙痒,持续时间长,难以忍受,严重影响学习和日常生活
皮损形态	散在丘疹	密集丘疹	苔藓样变
肥厚程度	轻度肥厚	中度肥厚	重度肥厚
色素沉着	皮损淡红色	皮损呈褐色	皮损呈深褐色
皮损面积	<10 cm <sup>2</sup>	10~20 cm <sup>2</sup>	>20 cm <sup>2</sup>
心烦	偶尔	常发生易缓解	常发生不易缓解
失眠	偶尔	中度易缓解	重度不易缓解
便秘	大便正常或便溏	大便干隔日 1 次	大便干 3 日以上 1 次

**1.8 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》。①疾病疗效判定为疾病疗效指数 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 × 100%。痊愈为疗效指数 ≥ 90%;显效为 70% ≤ 疗效指数 < 90%;有效为 30% ≤ 疗效指数 < 70%;无效为疗效

指数 < 30%。②中医证候疗效,临床痊愈为中医临床症状、体征基本消失,证候积分减少  $\geq 90\%$ ; 显效为中医临床症状、体征明显好转,  $60\% \leq$  证候积分减少  $90\%$ ; 有效为中医临床症状、体征均好转,  $30\% \leq$  证候积分减少  $60\%$ ; 无效为中医临床症状、体征未见好转,或加重,证候积分减少 < 30%。

**1.9 统计学处理** 数据采用 SPSS 20.0 统计分析软件,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,治疗前后比较采用  $t$  检验,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者病例完成情况比较** 西医组剔除 2 例、脱落 4 例,中止 1 例,完成 73 例。中医组剔除 2 例、脱落 3 例,中止 1 例,完成 74 例。

**2.2 两组患者临床疾病疗效比较** 中医组临床疾病疗效总有效率为 95.95%,高于西医组的 84.93% ( $\chi^2 = 5.173, P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者临床疾病疗效比较

Table 2 Comparison of clinical efficacy in two groups

组别	例数	痊愈 /例(%)	显效 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率/%
西医	73	18(24.66)	25(34.25)	19(26.03)	11(15.07)	84.93
中医	74	21(28.38)	34(45.95)	16(21.62)	3(4.05)	95.95 <sup>1)</sup>

注:与西医组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后瘙痒 VAS, EASI, 中医证候和 DIQL 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison of scores of VAS, EASI, TCM syndromes and DIQL in two groups before and after treatment( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	瘙痒 VAS	EASI	中医证候	DIQL
西医	73	治疗前	6.42 $\pm$ 1.06	14.71 $\pm$ 3.65	23.76 $\pm$ 3.85	15.92 $\pm$ 3.55
		治疗后	2.63 $\pm$ 0.74 <sup>1)</sup>	4.28 $\pm$ 0.87 <sup>1)</sup>	5.98 $\pm$ 1.74 <sup>1)</sup>	5.06 $\pm$ 1.69 <sup>1)</sup>
中医	74	治疗前	6.44 $\pm$ 1.10	14.62 $\pm$ 3.53	24.06 $\pm$ 4.09	16.11 $\pm$ 3.68
		治疗后	1.79 $\pm$ 0.52 <sup>1,2)</sup>	2.97 $\pm$ 0.63 <sup>1,2)</sup>	3.24 $\pm$ 1.15 <sup>1,2)</sup>	3.73 $\pm$ 1.47 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.01$ ; 与西医组治疗后比较<sup>2)</sup>  $P < 0.01$ (表 5, 6 同)。

表 5 两组患者治疗前后 5-HT, 组胺, SP,  $\beta$ -EP 水平变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 5 Comparison of levels of 5-HT, histamine, SP and  $\beta$ -EP in two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	5-HT/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	组胺/nmol $\cdot \text{L}^{-1}$	SP/ng $\cdot \text{L}^{-1}$	$\beta$ -EP/ng $\cdot \text{L}^{-1}$
西医	73	治疗前	831.64 $\pm$ 174.27	77.26 $\pm$ 12.63	37.65 $\pm$ 4.39	7.81 $\pm$ 1.15
		治疗后	662.93 $\pm$ 92.36 <sup>1)</sup>	56.15 $\pm$ 9.28 <sup>1)</sup>	28.37 $\pm$ 3.64 <sup>1)</sup>	5.13 $\pm$ 0.85 <sup>1)</sup>
中医	74	治疗前	862.37 $\pm$ 183.41	79.38 $\pm$ 13.41	36.89 $\pm$ 4.51	7.94 $\pm$ 1.19
		治疗后	511.26 $\pm$ 78.62 <sup>1,2)</sup>	45.47 $\pm$ 8.85 <sup>1,2)</sup>	23.42 $\pm$ 2.77 <sup>1,2)</sup>	4.02 $\pm$ 0.74 <sup>1,2)</sup>

**2.6 两组患者治疗前后血清 IL-6, IL-8 和 TNF- $\alpha$  水平比较** 与治疗前相比较,治疗后两组患者血清

**2.3 两组患者中医证候疗效比较** 中医组中医证候疗效总有效率为 95.95%,高于西医组的 78.08% ( $\chi^2 = 10.419, P < 0.01$ ),见表 3。

表 3 两组患者中医证候疗效比较

Table 3 Comparison of effect of traditional Chinese medicine syndrome in two groups

组别	例数	痊愈 /例(%)	显效 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率/%
西医	73	16(21.92)	21(28.77)	20(27.40)	16(21.92)	78.08
中医	74	26(35.14)	31(41.90)	14(18.92)	3(4.05)	95.95 <sup>1)</sup>

注:与西医组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.01$ 。

**2.4 两组患者治疗前后瘙痒 VAS, EASI, 中医证候评分和 DIQL 评分比较** 与治疗前相比较,治疗后两组患者瘙痒 VAS, EASI, 中医证候和 DIQL 评分均明显下降,比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后中医组患者的瘙痒 VAS, EASI, 中医证候和 DIQL 评分均低于西医组,比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),见表 4。

**2.5 两组患者治疗前后 5-HT, 组胺, SP,  $\beta$ -EP 水平变化比较** 与治疗前相比较,治疗后两组患者 5-HT, 组胺, SP,  $\beta$ -EP 水平均降低,比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),治疗后中医组 5-HT, 组胺, SP,  $\beta$ -EP 水平均低于西医组,比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),见表 5。

IL-6, IL-8 和 TNF- $\alpha$  水平均明显下降,比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),治疗后中医组血清 IL-6, IL-8

和 TNF- $\alpha$  水平均低于西医组, 比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 见表 6。

表 6 两组患者治疗前后 IL-6, IL-8 和 TNF- $\alpha$  水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )  
Table 6 Comparison levels of IL-6, IL-8 and TNF- $\alpha$  in two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	IL-6	IL-8	TNF- $\alpha$
西医	73	治疗前	94.26 $\pm$ 11.18	103.34 $\pm$ 14.27	30.16 $\pm$ 4.83
		治疗后	73.61 $\pm$ 9.33 <sup>1)</sup>	78.82 $\pm$ 9.96 <sup>1)</sup>	25.35 $\pm$ 2.68 <sup>1)</sup>
中医	74	治疗前	96.83 $\pm$ 12.35	106.57 $\pm$ 13.61	29.48 $\pm$ 4.91
		治疗后	62.78 $\pm$ 8.28 <sup>1,2)</sup>	67.49 $\pm$ 8.78 <sup>1,2)</sup>	20.07 $\pm$ 2.15 <sup>1,2)</sup>

### 3 讨论

神经性皮炎发病以成人为主, 最多累及项部、颈侧, 最常见皮损类型是苔藓样变, 瘙痒为最常见的症状, 且以中度瘙痒为主, 是导致患者就诊的最主要原因。“瘙痒-搔抓”这一恶性循环, 是神经性皮炎发病及加重的主要因素<sup>[11]</sup>。其全身治疗包括采取抗组胺药物、维生素、镇静剂、钙剂、免疫调节、静脉封闭等, 局部治疗主要采用糖皮质激素制剂、钙调神经磷酸酶抑制剂、维生素 D 衍生物等, 激光、冷冻、蜡疗、磁疗等物理手段也用于本病的治疗, 但由于病因、发病机制仍未明了, 均为对症处理措施, 停药后复发率, 且药物存在明显的副作用, 不适合长期使用<sup>[4,12]</sup>。

中医认为苔藓样变如牛领之皮, 肥厚而且坚, 故称为牛皮癣, 其好发部颈部, 故又名摄领疮。乃风湿热邪阻于肌肤所致。如宋代《圣济总录》云:“风湿毒气折于肌中, 故痛痒不己, 久而不已, 又俱谓之久癣。”《外科正宗》谓之“顽癣”, “乃风、热、湿、虫四者为患。发之大小圆斜不一, 干湿新久之殊。”《医宗金鉴》也载:“此证总由风热湿邪, 侵袭皮肤, 郁久风盛, 则化为虫, 是以搔痒之无休也。”七情内伤, 五志化火, 伏于营血; 或脾虚湿困, 郁久化热, 湿热蕴阻肌肤, 内、外因客于肌肤腠理都可导致本病<sup>[13]</sup>。

青石止痒软膏中煅石膏敛疮止痒、解毒生肌, 滑石清热解暑、祛湿敛疮, 炉甘石收湿止痒、生肌止血, 青黛清热凉血止痒, 苦参、黄柏燥湿解毒杀虫止痒, 冰片通窍、散郁火、清凉止痒, 橄榄油和凡士林作为基质具有清凉润肤缓痛的作用。共奏清热燥湿、敛疮止痒之功<sup>[14]</sup>。前期的研究显示青石止痒软膏用于神经性皮炎具有较好的临床疗效, 且安全性好<sup>[6,14]</sup>。

消风止痒汤方中全蝎搜风攻毒, 通络散结, 乌梢蛇祛风通络, 蝉衣散风除热, 露蜂房祛风攻毒消肿、

杀虫止痒, 白鲜皮清热燥湿、祛风解毒, 徐长卿祛风、化湿、止痛、止痒, 白芍养血敛阴、柔肝平抑肝阳, 川芎活血祛瘀、行气通络, 丹参活血祛瘀、清心除烦。肝郁化火证入焦栀子清肝凉血, 牡丹皮清热凉血、活血化淤, 柴胡疏肝解郁, 配白芍柔肝缓急, 香附理气解郁, 生龙骨潜阳安神, 黄芩清热燥湿、泻火解毒; 配基础方共奏疏肝解郁, 泻火凉血, 化瘀血通络, 消风止痒之功。血虚风燥证入当归补血养血润燥, 地黄清热凉血、益阴生津, 制何首乌补益精血, 鸡血藤活血补血、舒筋活络, 防风、白蒺藜祛风止痒, 配基础方共奏养血祛风, 活血通络, 消风止痒之功。消风止痒汤内服联合青石止痒软膏外用, 内、外兼治, 辨证加减, 起到整体调节的功效。

本组资料显示治疗后中医组患者的瘙痒 VAS, EASI, 中医证候和 DIQL 评分均低于西医组, 中医组疾病疗效总有效率为 95.95%, 高于西医组的 84.93%, 中医组中医证候疗效总有效率为 95.95%, 高于西医组的 78.08%, 提示了消风止痒汤联合青石止痒软膏治疗神经性皮炎能减轻患者瘙痒, 改善皮损症状, 降低中医证候评分, 提高患者的生活质量, 疾病疗效和中医证候疗效均优于西医组。

瘙痒导致本病患者生活质量下降的最主要原因, 瘙痒的感受器位于表皮真皮交界处的游离神经末梢, 瘙痒发生有特异性的神经传导通路参与, 诸多的神经介质刺激导致感觉神经末梢产生神经冲动, 经由特异的纤维将冲动传导至脊髓灰质后角通过脊髓丘脑束至脑的板层核, 最后到达大脑皮层, 导致瘙痒感<sup>[15]</sup>。皮肤发痒就会产生搔抓的欲望, 过度搔抓会加重皮肤病, 越抓越痒, 越痒越抓, 反复形成恶性循环<sup>[16]</sup>。5-HT 能兴奋 C 纤维, 可促使肥大细胞释放组胺, 也能作用于 5-HT 3 型受体, 经膜去极化而兴奋皮肤感觉神经纤维引发瘙痒, 还能通过类阿片物质神经递质系统发挥致痒作用<sup>[17]</sup>。组胺是引起瘙痒的主要介质, 由组胺 H1 受体传递, 组胺也诱导其他致痒介质相继释放<sup>[16]</sup>。 $\beta$ -EP 为内源性阿片样肽, 能阿片受体结合而导致瘙痒<sup>[18]</sup>。SP 一种神经肽 SP 的感觉神经末梢具有双向传导功能, 将瘙痒由外周神经传入脊髓神经和高级中枢神经<sup>[15]</sup>。本组资料显示治疗后中医组 5-HT, 组胺, SP,  $\beta$ -EP 水平均低于西医组, 提示了消风止痒汤联合青石止痒软膏能降低神经性皮炎引起瘙痒的多种化学介质水平, 从而减轻瘙痒。

免疫炎症在神经性皮炎起着重要作用。病理显示其皮损为慢性炎症反应, 炎细胞浸润, 朗格汉斯细

胞,向真皮迁移以及 CD40 分子和 TNF- $\alpha$  表达增加,并与疾病严重程度相关<sup>[19]</sup>。活动期患者的单核细胞(MNCs)凋亡率明显高于正常人,外周围血中 IL-6, IL-8 和 TNF- $\alpha$  的水平均显著升高,并临床预后及 MNCs 凋亡呈正相关<sup>[20]</sup>。本组资料显示治疗后中医组 IL-6, IL-8 和 TNF- $\alpha$  水平均低于西医组,提示了消风止痒汤联合青石止痒软膏的使用减轻了免疫炎症反应,从而减轻了病情,改善了疾病的预后。

综上,与西医常规治疗方案相比较,采用消风止痒汤联合青石止痒软膏治疗神经性皮炎能轻患者瘙痒,改善皮损症状,降低中医证候评分,提高患者的生活质量,能调节引起瘙痒的化学介质和免疫炎症因子,临床疾病疗效和中医证候疗效均优于西医常规疗法。

[参考文献]

[1] 胡银娥. 羌月乳膏治疗慢性单纯性苔藓的临床观察[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(6):195-197.

[2] Corazza M, Borghi A, Minghetti S, et al. Effectiveness of silk fabric underwear as an adjuvant tool in the management of vulvar lichen simplex chronicus: results of a double-blind randomized controlled trial [J]. Menopause, 2015, 22(8):850-856.

[3] 刘扬声. 神经性皮炎的患病率调查及其危险因素分析[J]. 山西医科大学学报, 2017, 48(2):167-171.

[4] 许文, 冯爱民, 周红, 等. 糠酸莫米松乳膏联合卡泊三醇软膏治疗慢性湿疹及神经性皮炎的效果[J]. 广东医学, 2015, 36(1):130-132.

[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, 2010:128-130.

[6] 马天明, 刘贵军, 李全. 神经性皮炎中医治疗近况概述[J]. 中医药学报, 2014, 42(2):91-94.

[7] 陈雪燕, 李元文, 聂晶, 等. 青石止痒软膏外用治疗神经性皮炎临床观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(27):103-105.

[8] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2010:1056-1058.

[9] 赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1):3-4.

[10] 安金刚, 肖生祥, 王俊民, 等. DLQI 量表在中国应用的初步探讨[J]. 海南医学, 2014, 25(10):1539-1540.

[11] 赵曛, 嵯凤麟, 李邻峰. 全国多中心横断面调查:神经性皮炎的发病及相关因素分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(11):1131-1135.

[12] 官扬, 官昌, 何洁, 等. 神经性皮炎临床治疗研究进展[J]. 江西中医药, 2013, 44(10):79-80.

[13] 苏雅, 魏跃钢. 魏跃钢教授治疗神经性皮炎经验[J]. 吉林中医药, 2011, 31(2):107-108.

[14] 孙占学, 李元文, 李曰庆, 等. 甘石青黛膏治疗神经性皮炎 66 例临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(11):1849-1851.

[15] 丁媛, 普雄明. 瘙痒的发生机制、相关疾病和治疗[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2006, 22(6):492-495.

[16] 王珂. 瘙痒的发生机制[J]. 中国社区医师, 2011, 30(28):5.

[17] 田锋亮, 李小清. 益肝止痒汤治疗肝虚生风型肝胆源性皮肤瘙痒症的临床观察[J]. 中西医结合肝病杂志, 2013, 23(6):353-354.

[18] Lummis S C R, Thompson A J, Bencherif M, et al. Varenicline is a potent agonist of the human 5-Hydroxytryptamine 3 receptor [J]. J Pharmacol Exp Ther, 2011, 339(1):125-130.

[19] 冯雪梅, 王宝涛, 胡玉敏, 等. 朗格汉斯细胞在神经性皮炎组织中的分布和 CD40 分子表达[J]. 现代免疫学, 2006, 26(5):373-376.

[20] 易恒安. 慢性单纯性苔藓患者单个核细胞凋亡与细胞因子 IGF-1 的关系[J]. 河北医学, 2012, 18(3):302-305.

[责任编辑 何希荣]