

· 基层园地 ·

中西医联合治疗手部慢性 湿疹 69 例

谷朝霞*, 初金玉, 陈丽丽

(牡丹江医学院红旗医院皮肤科,
黑龙江 牡丹江 157011)

慢性湿疹是一种常见的过敏性炎症性皮肤病。手部慢性湿疹, 中医称为“鹅掌风”, 湿疹以皲裂为主要表现且反复发作, 重者可裂得皮开肉绽, 奇痒难忍, 严重影响美观和患者的生活质量。我们尝试中西医结合的多种方法治疗手部慢性湿疹, 效果满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 12 月至 2010 年 12 月我科接诊 125 例手部慢性湿疹患者。其中仅接受西药地氯雷他定及莫匹罗星软膏治疗 56 例(对照组), 男 29 例, 女 27 例, 年龄 20~61 岁, 平均 38.5 岁; 病程 9 个月~14 年, 平均 4.5 年。在对照组基础上实施窄谱 UVB 照射、中药熏洗、针灸、口服方药辨证等中西医结合疗法治疗 69 例(治疗组), 男 38 例, 女 31 例, 年龄 21~62 岁, 平均 49.5 岁; 病程 10 个月~14 年, 平均 4.6 年。两组性别、年龄、病程无统计学差异, 具可比性。

1.2 诊断及纳入标准 西医参照《临床皮肤病学》慢性湿疹一节诊断标准^[1], 中医根据《中医病证诊断疗效标准》关于脾虚血燥证湿疹诊断标准^[2], 知情且自愿配合治疗者。

1.3 排除标准 急性、亚急性湿疹伴糜烂、渗出者; 皮损广泛且合并严重心脏、肝脏、肾脏疾病者; 治疗前 1 月系统接受过糖皮质激素、免疫抑制剂治疗者; 1 周前局部使用过抗生素、糖皮质激素者; 孕妇及哺乳期妇女; 不能按规定用药, 无法判定疗效或中途退出者。

1.4 治疗方法 嘱咐患者注意调整饮食, 忌食辛辣刺激, 避免进食易致敏的食品; 尽量减少外界不良刺激; 衣着应较宽松、轻软, 避免毛制品或尼龙织品。所有患者均接受西药治疗: 地氯雷他定片(深圳信立泰药业股份有限公司, 批号 070217-1) 于每晚餐后 2 h 口服 5 mg, 每 7 d 复诊 1 次; 莫匹罗星软膏(百多邦, 中美天津史克制药有限公司, 批号 20070113) 局部治疗, 将药膏均匀涂于患处, 必要时可用敷料包扎或敷盖, 3 次/d, 14 d 为 1 个疗程。治疗组在对照组基础上实施辨证口服方药、中药熏洗、针灸、窄谱 UVB 照射等中

西医结合疗法治疗。

1.4.1 口服中药^[3] 脾虚型基本方: 白术 15 g, 党参 15 g, 黄柏 15 g, 茯苓 15 g, 车前子 12 g, 猪苓 12 g, 薏苡仁 12 g, 枳壳 12 g, 泽泻 9 g, 陈皮 9 g, 厚朴 9 g, 甘草 9 g; 湿象明显者加苍术; 痒感明显者加地肤子、白鲜皮; 湿盛有热者加山栀、连翘。1 剂/d, 早晚分服。血虚风燥型基本方: 白鲜皮 15 g, 生地黄 15 g, 何首乌 12 g, 黄芪 12 g, 当归 12 g, 白芍 12 g, 白疾藜 9 g, 防风 9 g, 川芎 9 g, 蝉蜕 6 g; 甚痒者加夜交藤、钩藤、生牡蛎、珍珠母等; 皮损肥厚明显者加益母草、鸡血藤、丹参等; 湿热郁结日久者加乌梢蛇、全蝎。1 剂/d, 早晚分服。

1.4.2 中药熏洗 基本方: 无花果 50 g, 杠板归 30 g, 苦参 20 g, 蛇床子 20 g, 苍耳子 20 g, 当归 20 g, 大枫子 20 g, 花椒 20 g, 艾叶 20 g, 徐长卿 15 g。应用中药熏蒸治疗机, 将直接煎煮中药产生的蒸气持续熏蒸手部患处 30 min, 1 次/d; 取出熏蒸后剩余的煎煮液, 放置适宜温度后浸洗手部患处 15 min, 1 次/d。

1.4.3 针灸^[4] 取曲池、阴陵泉、双侧足三里、血海等穴, 曲池穴采用泻法, 其余穴采用平补平泻法, 留针 30 min/次, 留针时每隔 10 min 行针 1 次约 2 min, 以患者自觉穴下有酸胀感为佳。伴湿热明显者, 加陷谷穴、商丘穴; 伴肝气郁结者, 加太冲穴、蠡沟穴; 阴虚火旺者, 加三阴交穴、太溪穴、阴谷穴。1 次/d, 7 d 为 1 个疗程, 疗程间休息 3 d。

1.4.4 窄谱 UVB 照射 采用窄谱 UVB(上海希格玛公司紫外线光疗仪, 型号 SS-5, 波长 311 nm) 治疗, 根据患处大小确定照射范围, 起始剂量 0.3 J/cm², 每隔 2 d 治疗 1 次, 每次剂量以 20%~30% 递增, 直至出现红斑, 则固定于此剂量继续进行照射, 最终剂量 < 3 J/cm²。

1.5 疗效观察 两组均每 7 d 复诊 1 次; 除莫匹罗星软膏治疗限制用药在 14 d 外, 其他疗法的疗程为 30 d, 30 d 后停止用药, 观察疗效; 遇到中途痊愈者则停止用药。观察指标包括瘙痒程度、皮损面积、皮损厚度及皮损软硬度 4 个方面。各项指标均按 4 级评分法进行评估^[4], 对各项临床症状和体征按无、轻、中、重分别计 0, 1, 2, 3 分, 各项指标的分值相加即为疾病积分。

1.6 疗效评定标准^[5] 治愈: 积分值减少 > 95%; 显效: 积分值减少 > 60%; 好转: 积分值减少 > 20%; 无效: 积分值减少 < 20%。有效率 = 痊愈率 + 显效率。

1.7 统计学处理 实验数据以 SPSS 10.0 统计软件进行 *t* 检验, *P* < 0.05 为差异有统计学意义, *P* < 0.01 为差异显著。

2 结果

两组疗效比较 治疗组有效率 84.06%, 对照组为 51.79%, 治疗组显著优于对照组 (*P* < 0.01), 见表 1。在临床治疗过程中, 两组均未出现不良反应。

3 讨论

慢性湿疹的病因及发病机制相当复杂, 是皮肤某部发生的一种迟发型变态反应。也有资料表明, 慢性湿疹的发病与细胞感染密切相关, 其中金黄色葡萄菌是最重要的细菌, 外用抗菌

[收稿日期] 2011-04-15

[通讯作者] * 谷朝霞, 副主任医师, 从事皮肤病、性病治疗,
Tel: 13694539977, E-mail: guzhaoxia1973@163.com

表 1 两组临床疗效比较

例(%)

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 有效率 |
|----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|
| 治疗 | 69 | 28(40.58) | 30(43.48) | 10(14.49) | 1(1.45) | (84.06) ¹⁾ |
| 对照 | 56 | 14(25.00) | 15(26.79) | 16(28.57) | 11(19.64) | (51.79) |

注:与对照组比较¹⁾P<0.05。

药物治疗湿疹是必要的,而莫匹罗星的效果较好^[6]。临床治疗手部慢性湿疹通常应用长效三环类抗组胺药地氯雷他定口服脱敏、莫匹罗星软膏外用杀菌等方法。中医认为,脾虚风燥可致各系统功能紊乱及衰退,而慢性湿疹的发生与脾虚风燥有着重要的因果关系^[7]。因此,中医治法以健脾、养血、祛风为基本方向。脾虚型基本方为健脾、化湿、清热方向设计,方中白术、党参健脾益气,枳壳、厚朴、陈皮行气化湿,泽泻、猪苓、薏苡仁、茯苓淡渗利湿,车前子清利湿热,黄柏清热燥湿,甘草调和诸药。血虚风燥型基本方为养血、润肤、止痒方向设计,方中川芎、当归活血、补血,何首乌、黄芪养血、补气,生地黄、白芍润燥、养阴,白鲜皮清热、解毒、燥湿、止痒,防风、白蒺藜、蝉蜕祛风止痒。《本草纲目》中称无花果清湿热,解疮毒,消肿止痛;有研究报道,无花果有抑菌和免疫调节作用^[8,9],故我们尝试在传统中药熏洗方中加入无花果叶,疗效颇佳。消疹止痒针灸选穴,常用曲池、阴陵泉、双侧足三里、血海等穴。针灸阴陵泉穴、足三里穴,运畅血气;针灸血海穴,活血、散瘀、养血润肤;针灸曲池穴,疏风、止痒。窄谱UVB因其穿透力强且照射皮肤产生的不良反应少而被临床广泛采用治疗慢性湿疹,其作用机制是诱导皮损中浸润的T淋巴细胞凋亡和抑制表皮细胞增殖,改变朗汉斯细胞的抗原提呈功能,增强皮肤的屏障作用,促进局部炎症的吸收和愈合,从而达到抗炎、抗增生治疗慢性湿疹的目的^[10]。

笔者认为,在西医抗组胺药地氯雷他定口服脱敏、莫匹罗星软膏外用杀菌基础上实施口服方药辨证、中药熏洗、针灸、窄谱UVB照射等中西医结合疗法、“多管齐下”治疗手部慢性湿疹具有起效快、疗效高、无任何毒副作用,值得推广应用。

[参考文献]

[1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3版. 南京:江苏科技出版社,2001:607.
 [2] 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,1994:146.
 [3] 张志萍. 针灸为主治疗慢性湿疹54例疗效观察[J]. 中医临床研究,2010,2(10):68.
 [4] 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):3.
 [5] Coghi S, Bortoletto M C, Sampaio S A, et al. Quality of life is severely compromised in adult patients with atopic dermatitis in Brazil, especially due to mental components [J]. Clinics, 2007, 62(3):235.

[6] 毕志刚,田关华,林麟,等. 湿疹与特应性皮炎皮损处细胞学研究[J]. 中华皮肤科杂志,2004,37(10):595.
 [7] 田静,黄丽霞,于萍. 健脾养血祛风方对脾虚型湿疹豚鼠模型Th(Th1/Th2)细胞因子水平的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志,2010,24(11):1054.
 [8] 赵爱云,吴神怡,杜桂彩. 无花果叶抑菌活性成分的实验研究[J]. 青岛大学学报:自然科学版,2005,9(3):37.
 [9] 彭勃,苗明三,方晓燕. 无花果抗痛作用的研究新进展[J]. 河南中医,2002,22(6):84.
 [10] 张晓玲,邓英键,杨如学,等. 窄谱UVB联合复方甘草酸苷治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 重庆医科大学学报,2010,35(6):951.

益气通溺汤结合针灸治疗 产后尿潴留 26 例

陈冬梅*, 焦乃军

(河南省中医院, 郑州 450022)

产后尿潴留是产科产后常见并发症之一,不但影响子宫收缩导致产后出血,且可因膀胱过度膨胀导致膀胱自发破裂,临床需要及时诊断处理。西医多采用导尿治疗,虽能立刻解除憋胀痛苦,但并不能治愈本病,且增加了尿路感染的机会。笔者自2006年1月至2010年1月采用中药结合针灸治疗的方法治疗产后尿潴留26例,疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料 26例病人均为河南省中医院妇产科住院分娩后发生尿潴留的产妇,所有患者均为单胎妊娠。年龄19岁~38岁,平均26.3岁;初产妇22例,经产妇4例;经阴道分娩23例,剖宫产3例;经阴道分娩者中自然分娩18例,胎头吸引器助产者8例。经听流水声、下腹部热毛巾外敷和心理疏导无效,随后im新斯的明后仍不能自解小便,又恐惧插

[收稿日期] 2011-05-12

[通讯作者] * 陈冬梅,主治医师,从事妇产科临床, Tel:0371-60908726, E-mail: chendm100@163.com