

# 十皮汤对特应性皮炎患者皮肤屏障功能影响

薛素琴<sup>1\*</sup>, 谭金华<sup>2</sup>

(1. 广东省中医院, 广州 510405; 2. 江门市五邑中医院, 广东 江门 529000)

**[摘要]** 目的:探讨十皮汤对特应性皮炎的临床疗效及对皮肤屏障功能的影响。方法:将 47 例患者随机分为治疗组 32 例和对照组 15 例,基础治疗用氯雷他定,10 mg, po, qd; 治疗组加用“十皮汤”外洗,对照组外搽白凡士林和糠酸莫米松乳膏,1~2 次/d。疗程 4 周,观察患者治疗前后 SCORAD 评分、瘙痒程度;治疗前后经皮水分丢失(TEWL)、皮肤油脂。结果:治疗组在改善患者瘙痒、皮损面积、皮损严重程度、降低 SCORAD 积分等方面均明显优于对照组( $P < 0.05$ );对 TEWL、皮肤油脂的改善方面治疗组优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:十皮汤对特应性皮炎具有较好的临床疗效和修复皮肤屏障功能的作用。

**[关键词]** 特应性皮炎;十皮汤;皮肤屏障功能;以皮治皮;血虚风燥

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)14-0282-02

特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)的特征性标志是皮肤干燥,这与表皮屏障功能失调和由此引起的经表皮水分丢失相关,本研究在欧阳恒教授治疗皮肤病的直观疗法<sup>[1]</sup>“以皮治皮”的思想指导下,采用皮类中药材组成十皮汤治疗 AD 患者,观察其临床疗效及对患者皮肤屏障功能的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 47 病例来源于江门市五邑中医院,治疗组 32 例,其中男 18 例,女 14 例,平均(14.32 ± 4.42)岁,平均病程(4.77 ± 1.52)年;对照组 15 例,其中男 10 例,女 5 例,平均(15.64 ± 4.21)岁,平均病程(4.49 ± 1.59)年。两组性别、年龄、病程、皮损严重程度、皮损面积等无显著性差异。健康自愿者 15 例为本院实习学生,男 9 例,女 6 例,平均(17.32 ± 1.92)岁。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准参照 Willimans1994 年制定的 AD 诊断标准<sup>[2]</sup>,且年龄在 2~12 岁;中医诊断标准参照《中药新药治疗湿疮的临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>制定。血虚风燥证:皮肤瘙痒、粗糙、干燥无渗液,伴血痂、抓痕,皮色淡红,面色萎黄,或腹胀纳差,舌淡苔白或少苔,脉细或濡缓。

**1.3 排除标准** 1 个月内曾系统使用糖皮质激素或使用白三烯拮抗剂或免疫抑制剂或光疗者;不符

合中医证候诊断标准者。

**1.4 治疗方法** 基本治疗:氯雷他定片(上海先灵葆雅制药有限公司)10 mg,口服,1 次/d。治疗组:十皮汤(由穿山甲、牡丹皮、合欢皮、地骨皮、蝉衣、蛇蜕、苦楝皮、海桐皮、白鲜皮、黄柏皮各 15 g)煎水外洗,1~2 次/d。对照组:外搽白凡士林,1~2 次/d,并可根据皮损使用糠酸莫米松乳膏。4 周为 1 疗程,每周至少使用 5 d 以上者统计疗效。

**1.5 观察指标** 皮损严重程度采用 SCORAD 评分、瘙痒采用视觉模拟尺度评分法(VAS),治疗前后经皮水分丢失(trans epidermal water loss, TEWL)、皮肤油脂(德国 CK 公司 MPA58 型皮肤多功能测试仪,室温控制在 20~21 ℃、相对湿度 40%的条件下测定)。

**1.6 统计分析** 计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前、后 SCORAD 积分比较** 两组 SCORAD 评分、瘙痒积分都较治疗前降低( $P < 0.01$ );治疗后组间比较,治疗组优于对照组( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组治疗前、后 SCORAD, VAS 评分积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	SCORAD 评分	瘙痒 VAS 评分
治疗	33	治疗前	56.44 ± 13.46	6.27 ± 0.77
		治疗后	18.02 ± 5.22 <sup>1,2)</sup>	1.57 ± 0.44 <sup>1,2)</sup>
对照	15	治疗前	57.07 ± 14.31	6.31 ± 0.80
		治疗后	25.52 ± 9.76 <sup>1)</sup>	3.73 ± 0.72 <sup>1)</sup>

注:与治疗前相比<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组相比<sup>2)</sup> $P < 0.05$ (表 2 同)。

**2.2 两组治疗前后 TEWL、皮肤油脂变化比较** 治

[收稿日期] 2011-02-14

[基金项目] 广东省中医药管理局项目(2010075)

[通讯作者] \*薛素琴,主治医师,从事中西医结合皮肤病诊治, Tel:13760618855, E-mail:questing@126.com

疗组经皮水分丢失明显减少,皮肤油脂明显增多,均优于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组治疗前后 TEWL、皮肤油脂变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	TEWL	皮肤油脂
治疗	32	治疗前	38.12 ± 5.56	1.90 ± 0.41
		治疗后	13.45 ± 2.91 <sup>1,2)</sup>	78.71 ± 10.11 <sup>1,2)</sup>
对照	15	治疗前	37.72 ± 5.23	2.05 ± 0.47
		治疗后	22.12 ± 3.91 <sup>1)</sup>	35.59 ± 6.79 <sup>1)</sup>
健康对照	15		10.32 ± 1.95	99.77 ± 17.23

### 3 讨论

AD属于中医“四弯风”“顽湿”范畴。现代中医认为本病因为先天禀赋不足,脾失健运,湿热内生,复感风湿热邪,郁于肌肤腠理而发;缠绵不愈,易反复发作,久致脾虚血燥或血虚风燥,肌肤失养。

AD发病率呈上升趋势,皮肤屏障是指由角质层、脂质以及天然保湿因子等构成的天然防御系统。研究表明<sup>[4-5]</sup>表皮屏障功能失调是AD临床反复发作的重要病机,一方面导致表皮水分丢失而引起皮肤干燥、瘙痒等临床症状,另一方面,导致外界化学物质及病原微生物的侵害,从而加重或导致皮损反复发作。经皮水分丢失是得到了广泛认可的用于检测皮肤屏障功能的重要参数<sup>[6]</sup>。AD理想的治疗措施应该使用有效和持续性手段控制皮肤炎症和恢复皮肤屏障功能以有效减少复发的次数,新的治疗理念认为恢复皮肤屏障功能能有效控制临床症状的关键环节<sup>[4]</sup>。

所谓“以皮治皮”法,就是在治疗皮肤病时,取药材之皮部入药的治疗方法。皮肤屏障功能受损的主要临床表现为干燥、瘙痒,中医认为其原因多责之

为血虚生风化燥、皮肤失养所致,因此治疗主要为活血润肤、祛风止痒。“十皮汤”中含活血润肤的穿山甲、牡丹皮、合欢皮、地骨皮,疏风止痒的蝉衣、蛇蜕,杀虫止痒的苦楝皮、海桐皮、白鲜皮、黄柏,具有活血润肤、祛风止痒的功能。

本组资料显示,治疗组SCORAD积分、VAS积分、皮损面积、皮损严重程度均较对照组低,表明十皮汤在改善临床症状方面优于对照组;经皮水分丢失减少、皮肤油脂恢复均优于对照组( $P < 0.05$ )且恢复到接近正常水平。提示治疗组的皮肤屏障功能恢复更快,这可能是其改善临床症状的主要作用机制。

### [参考文献]

- [1] 欧阳恒. 中药药象学在皮肤疮疡科临床中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2007, 5(12): 26.
- [2] Williams H C, Burney P G, Hay R D, et al. The UK workingparty S diagnostic criteria for atopic dermatitis derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis[J]. Br J Dermatol, 1994, 131(3): 383.
- [3] 郑筱萸. 中药新药治疗湿疮的临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 295.
- [4] 宋志强. 特应性皮炎的若干新进展和新理念[J]. 临床皮肤科杂志, 2010(9): 604.
- [5] 李邻峰. 特应性皮炎[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 16.
- [6] Ludger K, Albert M K, Volker S, et al. Corticosteroid-induced atrophy and barrier impairment measured by noninvasive methods in human skin[J]. Skin Res Technol 2001, 7(2): 73.

[责任编辑 何伟]