

升阳益胃汤加味治疗急性湿疹(湿热浸淫证)的临床观察*

刘燕婷 吴迪 王占琴 武辉[△]

(陕西省中医医院,陕西 西安 710003)

中图分类号:R758.23 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2024)07-1254-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.07.032

【摘要】 目的 观察升阳益胃汤加味治疗急性湿疹(湿热浸淫证)患者的临床疗效。**方法** 将患者98例随机分为对照组与观察组各49例。对照组予复方氟米松软膏轻涂病灶局部。观察组加服升阳益胃汤加味治疗。两组病例连续观察2周。比较两组治疗效果、湿疹严重程度湿疹面积与严重程度指数(EASI)评分、瘙痒程度视觉模拟量表(VAS)评分、湿热浸淫证评分以及血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-6(IL-6)水平。**结果** 观察组总有效率为83.67%,高于对照组的67.35%($P<0.05$)。两组EASI和VAS评分均降低,同时观察组降低更为显著($P<0.05$)。治疗1周、2周后,两组病例湿热浸淫证评分明显下调,同时观察组病例在治疗后同时点下调更显著($P<0.05$)。两组血清TNF- α 、IL-4、IL-6水平明显下调,同时观察组病例下调更为显著($P<0.05$)。**结论** 升阳益胃汤加味治疗急性湿疹(湿热浸淫证)疗效显著,能有效控制病情,减轻瘙痒,改善中医证候,抑制炎症反应。

【关键词】 湿疹 升阳益胃汤 湿热浸淫证 肿瘤坏死因子- α 白细胞介素-4 白细胞介素-6

Efficacy of Modified Shengyang Yiwei Decoction in the Treatment of Eczema with Syndrome of Excessive Dampness-heat Liu Yanting, Wu Di, Wang Zhanqin, Wu Hui. Shaanxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaanxi, Xi'an 710003, China.

【Abstract】 Objective: To observe the efficacy of *Modified Shengyang Yiwei Decoction* in the treatment of eczema with syndrome of excessive dampness-heat. **Methods:** A total of 98 patients were randomly divided into the control group and observation group (49 cases in each group). The control group was lightly coated with compound flumethasone ointment. The conventional western medicine in the observation group was the same as that in the control group, and *Modified Shengyang Yiwei Decoction* was added for treatment. The two groups were observed continuously for 2 weeks. The therapeutic effect, eczema area and severity index (EASI) score, visual analog scale (VAS) score, syndrome of excessive dampness-heat score, and serum tumor necrosis factor (TNF)- α , interleukin (IL)-4, IL-6 levels were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate of observation group was 83.67%, which was significantly higher than 67.35% of control group ($P<0.05$). After 2 weeks of treatment, the EASI and VAS scores were significantly reduced in two groups and reduced more significantly in observation group ($P<0.05$). After 1 week and 2 weeks of treatment, the syndrome of excessive dampness-heat score in the two groups was significantly reduced, and the simultaneous point in the observation group was more significantly decreased after treatment ($P<0.05$). After 2 weeks of treatment, serum levels of TNF- α , IL-4 and IL-6 in two groups were significantly reduced, and the reduction was more significant in observation group ($P<0.05$). **Conclusion:** *Modified Shengyang Yiwei Decoction* in the treatment of eczema with syndrome of excessive damp-heat has an evident effect, can effectively control the condition, relieve itching, improve traditional Chinese medicine syndromes, and inhibit inflammation.

【Key words】 Eczema; *Shengyang Yiwei Decoction*; Syndrome of excessive dampness-heat; Tumor necrosis factor- α ; Interleukin-4; Interleukin-6

湿疹是由T细胞介导的炎症性皮肤病,具有渗出倾向、瘙痒剧烈以及容易复发等临床特征,湿疹患者的高血脂、高血压病等的发生率明显增加^[1]。局部外用激素制剂为临床治疗湿疹的一线疗法,常用药物包括

糖皮质激素制剂、非甾体消炎药等,效果确切,但药物依赖性较大^[2]。伴随中医对湿疹的研究不断深入,越来越多的研究显示中医药治疗湿疹能改善患者的相关临床症状,延缓病情进展,且具有疗法多样、安全性好等优势^[3-4]。湿疹可从中医学“浸淫疮”论治,风、湿、热为其主要致病因素,三者互相搏结于肌表为主要病机,湿热浸淫为临证常见证型之一^[5]。中医学主张采取清

* 基金项目:陕西省重点研发计划项目(2023-YBSF-457)

[△]通信作者

热燥湿止痒为主的治法。升阳益胃汤出自《内外伤辨惑论》，其主要功用是健脾升阳、清热除湿。本研究旨在观察升阳益胃汤加味对急性湿疹(湿热浸淫证)患者的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断依据《湿疹诊疗指南》^[6]中相关要求。湿热浸淫证辨证依据《22个专业95个病种中医诊疗方案》^[7]相关标准。纳入标准:满足上述诊断标准;年龄18~70岁;不存在其他类型皮肤病;近2周内未予相关干预措施;签订受试知情书。排除标准:存在全身感染者;存在精神病变者;妊娠/哺乳阶段及计划妊娠者;对本次受试药物过敏者;存在心、脾、肝等器官严重功能不全者;免疫缺陷者。

1.2 临床资料 筛选2020年11月至2023年11月于本院确诊为急性湿疹患者98例,按随机数字表法分为对照组与观察组各49例。观察组男性28例,女性21例;年龄29~68岁,平均(49.03±6.12)岁;病程9~18 d,平均(12.03±2.30) d。对照组男性30例,女性19例;年龄28~69岁,平均(48.91±6.09)岁;病程6~17 d,平均(11.95±2.25) d。两组患者临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组予复方氟米松软膏(澳美制药厂,批号100002157,规格15 g/支)轻涂病灶局部,每晚1次,连续2周。观察组在对照组基础上增服升阳益胃汤加味:黄芪12 g,法半夏15 g,党参9 g,炙甘草9 g,独活15 g,防风9 g,白芍9 g,羌活12 g,橘皮9 g,茯苓12 g,柴胡9 g,泽泻10 g,白术12 g,黄连12 g,地肤子15 g,蛇床子12 g,白鲜皮15 g。每日1剂,均在我院中药房代煎,包装2袋,早晚内服,连续2周。

1.4 观察指标 1)湿疹严重程度湿疹面积与严重程度指数(EASI)^[7]评分。指标涉及红斑、硬肿(水肿)/丘疹、水疱/糜烂、渗出/结痂共计4个条目,每个条目按照4级评分,即正常(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)。2)瘙痒程度视觉模拟量表(VAS)^[7]评分。均采用长10 cm视觉量尺,0刻度即不存在瘙痒,10刻度即存在剧烈瘙痒,每位患者根据瘙痒度自我评价,得分值即VAS评分。3)湿热浸淫证评分^[8]。指标涉及皮损潮红、皮肤灼热、瘙痒剧烈、心烦、口渴共计5条,每条行4级评分分别记0、1、2、4分,总评分20分。评价时间为治疗前、治疗1周、治疗2周。4)血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-6(IL-6)水平。于治疗前及2周疗程结束后抽取每一病例清晨空腹血,常规离心方案后冷藏标本,采用酶联免疫吸附法对上述指标进行检测。

1.5 疗效标准^[7] 于2周疗程结束后判定。临床治愈:EASI减分率 $\geq 95\%$ 。显效:EASI减分率 $\geq 60\%$, $<95\%$ 。

好转:EASI减分率 $\geq 20\%$, $<60\%$ 。未愈:EASI减分率 $<20\%$ 。EASI减分率=(治疗前EASI评分-治疗后EASI评分) $\div$ 治疗前EASI评分 $\times 100\%$ 。两组总有效率以临床治愈、显效计算。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。计量数据均以($\bar{x}\pm s$)表示,比较均进行 t 检验;计数资料均以“ $n, \%$ ”表示,比较均进行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表1。2周疗程结束后,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床治愈	显效	好转	未愈	总有效($\%$)
观察组	49	11	30	6	2	41(83.67) [△]
对照组	49	6	27	10	6	33(67.35)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后EASI、VAS评分比较 见表2。2周疗程后,两组病例EASI和VAS评分显著下降,同时观察组病例下降更显著($P<0.05$)。

表2 两组治疗前后EASI和VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	EASI	VAS
观察组 ($n=49$)	治疗前	13.33±2.81	6.19±0.77
	治疗后	3.94±0.56 ^{*△}	2.31±0.38 ^{*△}
对照组 ($n=49$)	治疗前	13.40±2.85	6.13±0.75
	治疗后	6.14±0.75	2.71±0.43 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组同时期比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.3 两组治疗前后湿热浸淫证评分比较 见表3。治疗1周、2周后,两组病例湿热浸淫证评分明显下调,同时观察组病例在治疗后同时点下调更显著($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后湿热浸淫证评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗1周	治疗2周
观察组	49	16.30±3.14	11.46±2.77 ^{*△}	6.49±0.79 ^{*△}
对照组	49	16.21±3.10	13.09±2.89 [*]	9.03±1.47 [*]

2.4 两组治疗前后血清TNF- α 、IL-4、IL-6水平比较 见表4。2周疗程结束后,两组病例血清TNF- α 、IL-4、IL-6水平明显下调,同时观察组病例下调更显著($P<0.05$)。

3 讨论

目前临床对于湿疹患者多给予对症干预措施,然而远期疗效欠佳且不良反应较多^[9]。中医学认为湿疹的病机由内因、外因构成,其内因为脾失健运,以致素

表4 两组治疗前后血清TNF-α、IL-4、IL-6水平比较
(pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TNF-α	IL-4	IL-6
观察组 (n=49)	治疗前	53.04±6.82	1.33±0.29	40.90±5.78
	治疗后	11.93±2.64* [△]	0.73±0.09* [△]	19.46±3.71* [△]
对照组 (n=49)	治疗前	53.12±6.85	1.37±0.30	41.46±5.91
	治疗后	18.40±3.33*	0.90±0.12*	23.44±3.91*

体湿盛,湿久蕴化热,同时外感热邪、风邪,内外合邪浸淫皮肤,以致肌肤生疮、瘙痒难耐,日久溃烂^[10-11]。《疡科心得集》中记载了“湿毒疮……此因脾胃亏损,湿热下注,以致肌肉不仁而成”。因此,湿疹发病之根本在于脾虚湿蕴,湿热浸淫肌肤。中医主张采取清热燥湿止痒之治法。

升阳益胃汤加味组成药物中重用黄芪以健脾益气,作主药。党参、茯苓、白术、炙甘草合用协助主药健脾养胃;羌活、独活皆属于辛苦温燥之品,均能祛风除湿,其中羌活善祛上部风湿,独活善祛下部风湿,两药相合,能散一身上下之风湿;防风入太阳经,作用是祛风胜湿;法半夏、橘皮、茯苓相伍可燥湿化浊、理气和中;泽泻、黄连相伍可清湿热;地肤子、蛇床子、白鲜皮合用能清热除湿止痒。湿热易伤阴,故佐以白芍滋阴,防诸药之燥性,并能缓急止痒;柴胡升举清阳,调畅气机。炙甘草调和诸药。以上药物共用,发挥健脾祛湿、清热解止痒的作用。本组数据显示,2周疗程结束后观察组病例的总有效率(83.67%)同对照组(67.35%)相比显著上调。2周疗程后,两组EASI和VAS评分显著下调,同时观察组下调更显著。治疗1周、2周后,两组湿热浸淫证评分明显下调,观察组在治疗后同时点下调更显著,表明升阳益胃汤加味对急性湿疹湿热浸淫证的临床效果显著,能有效控制病情,改善相关症状与中医证候,减轻患者的瘙痒症状。

湿疹属T淋巴细胞介导的Ⅳ型变态反应,其病机纷繁复杂,免疫调节紊乱是该病反复发作的根本所在,而T细胞相关细胞因子合成释放异常参与了湿疹整个病程^[12]。TNF-α是重要促炎反应因子,其可提供中性粒细胞以及淋巴细胞的黏附位点,介导炎症局部损伤、增加通透性以及趋化白细胞等,加重急性湿疹造成的皮肤损害^[13-14]。IL-4通过诱导嗜酸性粒细胞增多,有助于组胺的合成,介导迟发型变态反应,最终导致瘙痒等症^[15]。IL-4也通过作用于B淋巴细胞、嗜酸性粒细胞等,诱发炎症级联反应,为湿疹病情发展的重要促进因素^[16]。IL-6能促进炎症局部血管通透性增加,促进皮损炎症浸润,使病灶局部皮肤出现肿胀、增生以及肥厚等反应^[17]。本组治疗显示,2周疗程结束后两组病例血清TNF-α、IL-4、IL-6水平明显

下调,同时观察组病例下调更显著,表明升阳益胃汤加味治疗急性湿疹能明显下调患者体内炎症细胞因子水平,抑制炎症反应。

综上,升阳益胃汤加味治疗急性湿疹湿热浸淫证的疗效显著,能有效控制病情,减轻瘙痒,改善中医证候,抑制炎症反应,有一定的临床借鉴意义。

参 考 文 献

[1] 邢婉婉,周婧. 湿疹的心血管危险因素[J]. 心血管康复医学杂志,2023,32(4):409-411.

[2] 宋昊,王小坡,熊竞舒,等. 卤米松乳膏与丙酸氟替卡松乳膏降阶梯疗法治疗亚急性、慢性湿疹临床疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志,2023,52(3):171-174.

[3] 彭定玉,梁景辉,胡恩宜,等. 中医药治疗湿疹的研究近况[J]. 中医药临床杂志,2022,34(7):1377-1381.

[4] 马赫,翟晓翔,严月华,等. 中医药诊治湿疹的研究评述[J]. 中国中医基础医学杂志,2023,29(9):1574-1578.

[5] 徐胜东,刘爱民,刘占河. 刘爱民教授“审湿求机”辨治湿疹的临证经验[J]. 中医研究,2022,35(4):93-96.

[6] 李邻峰,高兴华,顾恒,等. 湿疹诊疗指南(2011年)[J]. 中华皮肤科杂志,2011,59(1):5-6.

[7] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:306-310.

[8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:296-298.

[9] 齐少群. 健脾化湿汤联合丁酸氢化可的松乳膏治疗湿疹疗效分析[J]. 中国美容医学,2019,28(7):127-130.

[10] 刘立伟,李玉坤,李强,等. 湿疹源流、病因病机和辨证论治的古代文献研究[J]. 安徽中医药大学学报,2023,42(2):1-3.

[11] 康雨菲,徐爱琴,王首帆. 急性湿疹的中医药治疗进展[J]. 中国中医急症,2021,30(9):1685-1688.

[12] 胡慧营,程广杰,梁庆伟,等. 清热去湿汤对急性湿疹(湿热证)患者外周血Th1/Th2细胞因子水平的影响[J]. 中国中医急症,2021,30(7):1285-1287.

[13] 张康洁,孙麦青,曹会云,等. 健脾清湿汤联合舒耳膏耳部透药治疗外耳湿疹脾虚湿热证的疗效及对TNF-α、IL-4、IgE的影响[J]. 湖南中医药大学学报,2022,42(8):1371-1375.

[14] 尹莹,顾炜,芦源. 清营汤加减对急性湿疹大鼠的干预及对大鼠皮肤TNF-α、IL-4表达的影响[J]. 上海中医药杂志,2019,53(7):70-74.

[15] 徐平,马欣,丁佩军. 三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹36例临床观察[J]. 中医杂志,2022,63(3):251-255.

[16] 王轶男,刘春娜,姜凤. 健脾祛湿汤治疗湿疹对患者EASI积分及免疫水平的影响[J]. 国际医药卫生导报,2021,27(4):550-554.

[17] 杨娅婷,吴艳,张颜. 火针联用蛇柏软膏治疗60例血虚风燥型慢性湿疹的临床疗效及对血清细胞因子表达水平的影响[J]. 四川中医,2023,41(9):212-215.

(收稿日期2024-01-08)