

中药熏洗联合常规治疗对慢性湿疹的疗效观察

马 啸¹ 肖冬雪² 田 琪¹

1. 海原县人民医院 宁夏 中卫 755200

2. 海原县中医医院 宁夏 中卫 755200

摘要: 本研究旨在比较中药熏洗结合常规治疗与单独常规治疗对慢性湿疹的治疗效果。研究对象为符合入组条件的120名慢性湿疹患者,随机分为两组,每组各60人。对照组采用常规治疗,包括口服抗组胺药物及外用糖皮质激素乳膏;治疗组在对照组基础上加用中药熏洗治疗。两组疗程均为4周,观察并比较两组患者的临床症状改善情况、疗效评定结果以及不良反应发生情况。经过对比分析后发现:对症疗法的整体疗效达到了百分之九十一·六七;而传统方法则为百分之七十三·三四,前者明显超过了后者的效果($P < 0.05$);从病患皮肤状况如红肿范围大小及疼痛感强度等方面来看,采用新法的患者表现出更明显的改观趋势与优势;然而两者的不良影响比例却相差不大——分别是八个半分之一跟六又四分之一——没有出现统计学上的显著差别($P > 0.05$)结论中药熏洗联合常规治疗慢性湿疹疗效确切,能有效改善患者临床症状,且安全性良好,值得临床推广应用。

关键词: 中药熏洗; 常规治疗; 慢性湿疹; 疗效观察

1 引言

慢性湿疹是一种长期且易复发的炎症性皮肤病,影响患者生活质量。病因涉及遗传、环境、免疫和精神因素,特征为皮肤变厚、肿胀、深褐色斑块或色素沉着,表面粗糙并有鳞屑,瘙痒显著。西医治疗主要采用抗过敏药物和类固醇激素,虽可缓解症状但长期使用可能产生副作用,停药后易复发^[1]。中药熏洗作为传统中医外治法之一,利用药物与热力作用于患处,通过疏通经络、调和气血、清热解毒、祛风止痒来改善局部血液循环及皮肤营养状态。研究表明,中药熏洗结合常规疗法治疗慢性湿疹,有望提供一种新的治疗思路和方法。

2 资料与方法

2.1 一般资料

从2022年1月到2023年12月,我们选择了在我院皮肤科接受治疗的120名慢性湿疹患者,所有患者均符合《中国临床皮肤病学》中关于慢性湿疹的确诊标准。研究对象需满足以下条件:①年龄区间为18至65岁;②病症持续时间不少于6个月;③已签署知情同意书。排除条件包括:①对本研究涉及药物有过敏反应者;②处于怀孕或哺乳期的女性;③患有严重的心、肝、肾等器官疾病的患者;④一个月内使用过糖皮质激素或免疫抑制剂的患者。参与者被随机分配到对照组和治疗组,每组各有60名患者。对照组包含男性32人,女性28人,年龄范围在20至62岁之间,平均年龄为(41.2±5.8)岁,病程介于6至36个月,平均病程为(18.5±4.2)个月;治疗组则有男性30人,女性30人,年龄在19至64岁之间,平均年龄

为(40.8±6.1)岁,病程长度为7至38个月,平均病程为(19.2±4.5)个月。两组在性别比例、平均年龄及病程长短上的差异不具备统计学意义($P > 0.05$),表明两者具有可比性。

2.2 治疗方法

2.2.1 对照组

口服药物:使用拜耳医药保健有限公司生产的氯雷他定片(国药准字H10970410,规格10mg/片)进行口服。嘱患者于每日晚餐后30分钟服用,每次10mg,即1片,用适量温水送服。服用期间告知患者可能出现的不良反应,如嗜睡、口干、乏力等,若出现严重不适需及时告知医生。

2.2.2 外用药物

糠酸莫米松乳膏是一种外用药,由浙江仙琚制药股份有限公司生产并获得了国家药品监督管理局批准的h20074173文号。其规格为10g:10mg。指导患者在使用前先将患处皮肤清洁干净,用干净毛巾轻轻擦干。取适量乳膏,约0.5-1g(根据皮损面积大小调整),均匀涂抹于患处,轻轻按摩1-2分钟,使药物充分吸收,每日1次,最好在晚上睡前使用^[2]。涂抹时注意避免药膏接触到正常皮肤黏膜,如眼睛、口腔等部位。

2.2.3 治疗组

在对照组基础上加用中药熏洗治疗,具体操作如下:

2.2.4 中药方剂组成

苦参30g、黄柏20g、地肤子20g、蛇床子20g、白鲜皮20g、艾叶15g、花椒10g。所有中药均采购自我院中药

房，且经专业药师鉴定，确保药材质量符合标准。

2.2.5 药物煎煮

将上述中药放入专用的中药煎煮锅中，加入2000ml清水，先浸泡30分钟，使药材充分吸收水分，有利于有效成分的溶出。浸泡完成后，先用武火（大火）将药液煮沸，待药液沸腾后，转为文火（小火）继续煎煮30分钟^[3]。煎煮过程中要不时搅拌，防止药物糊锅。煎煮结束后，用纱布过滤药液，取药液1500ml备用。

2.2.6 熏洗操作

将煎煮好的药液倒入专用的熏洗盆中，熏洗盆放置在合适的高度，便于患者操作。先让患者将患处暴露，距离熏洗盆上方20-30cm处进行熏蒸，使热气直接作用于患处皮肤，每次熏蒸10-15分钟。熏蒸过程中要注意观察患者的反应，询问患者是否感觉过热或不适，若患者感觉过热，可适当抬高患处与熏洗盆的距离。待药液温度降至约40℃（可使用温度计测量，也可用手腕内侧皮肤测试，感觉温热但不烫手为宜）时，将患处浸入药液中泡洗20分钟。泡洗过程中，患者可适当活动患处，使药液充分接触皮肤。对于四肢部位的湿疹，可将患肢完全浸入药液中；对于躯干部位的湿疹，可使用毛巾蘸取药液进行湿敷和擦洗^[4]。在洗浴完成之后，用清洁且柔和的毛巾轻轻擦拭受伤部位的皮肤，避免过度摩擦，以防对皮肤造成损害。每日进行1次中药熏洗治疗。

2.3 观察指标

2.3.1 临床症状评分

分别于治疗前、治疗4周后对两组患者进行临床症状评分，包括瘙痒程度、皮损面积、皮损严重程度三个方面。瘙痒程度：0分，无瘙痒；1分，轻度瘙痒，不影响工作和生活；2分，中度瘙痒，影响工作和生活，但能忍受；3分，重度瘙痒，严重影响工作和生活，难以忍受。皮损面积：0分，无皮损；1分，皮损面积 < 体表面积的

10%；2分，皮损面积占体表面积的10%-30%；3分，皮损面积占体表面积的30%-50%；4分，皮损面积 > 体表面积的50%。皮损严重程度：0分，无皮损；1分，轻度红斑、丘疹，少量鳞屑；2分，中度红斑、丘疹，较多鳞屑，有轻度浸润；3分，重度红斑、丘疹，大量鳞屑，明显浸润，部分皮损肥厚、苔藓样变。

2.3.2 疗效评定标准

根据临床症状总积分的变化来评价治疗效果。治愈：皮损完全消退，瘙痒症状消失，总积分减少幅度 ≥ 90%；显著改善：皮损大部分消退，瘙痒症状明显减轻，总积分减少60%-89%；有效：皮损部分消退，瘙痒症状有所减轻，总积分减少30%-59%；无效：皮损未明显改善，瘙痒症状没有改善或更严重，总积分减少 < 30%。总有效率 = (治愈例数 + 显著改善例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

2.3.3 不良反应观察

在治疗过程中记录下两组病人所遭遇的副作用，例如皮肤刺激、过敏反应和胃肠不适等，并计算出这些副作用的发生率。

2.4 统计学方法

我们使用SPSS26.0软件对数据进行分析，计量资料用均值加减标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料用百分比（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。当 P 值小于0.05时，表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组临床症状评分比较

在治疗前，两组患者在瘙痒感、皮损范围、皮损严重程度和临床症状综合评分方面进行比较，结果显示差异不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ）。经过4周治疗后，两组患者的各项临床症状评分和综合评分均显著低于治疗前（ $P < 0.05$ ），且治疗组的各项评分和综合评分下降幅度显著优于对照组（ $P < 0.05$ ），详见表1。

表1 两组临床症状评分比较

组别	例数	瘙痒程度（分）		皮损面积（分）		皮损严重程度（分）		临床症状总积分（分）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	2.58±0.42	1.23±0.35	2.85±0.51	1.62±0.43	2.67±0.48	1.45±0.39	8.10±1.21	4.30±0.97
治疗组	60	2.62±0.45	0.78±0.28	2.78±0.49	1.15±0.36	2.72±0.50	0.98±0.31	8.12±1.23	2.91±0.85
t 值		0.523	8.214	0.827	7.125	0.612	8.936	0.098	9.876
P 值		0.602	< 0.001	0.410	< 0.001	0.542	< 0.001	0.922	< 0.001

3.2 两组疗效比较

经过四周的疗程，干预小组中成功治愈了二十人，其中有二十二人显示出明显的改善效果，另外还有十三

人的症状有所缓解，而五人则没有明显好转。因此，整体有效的比例为91.67%。相比之下，控制小组中有十二人完全康复，十八人表现出了明显的进步，十四人病情

得到一定程度的缓解，但也有十六人未取得任何进展。所以总体而言，他们的有效率是73.33%。通过统计分析可以看出，干预团队的有效率要比控制团队高很多($\chi^2 > 6.984$, $P > 0.008 < 0.05$)，具体数据详见表格2。

表2 两组疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	12	18	14	16	73.33
治疗组	60	20	22	13	5	91.67

3.3 两组不良反应比较

在疗程中，对照组有四人出现了轻度的肌肤刺激现象，其不良反应的比率是6.67%(占总人数中的4%)。而治疗组则有三人遭遇了同样的状况，另外两人也感受到了轻微的不适感于肠胃道上，因此他们的不良反应比例达到了8.33%(共五名患者)。对比这两种情况下的不良反应发生率，我们发现两者之间没有显著差别($\chi^2 > 0.139$, $P > 0.709 > 0.05$)，并且所有这些不良反应都相对较为温和，无需特别干预就能自然消退。

4 讨论

慢性湿疹的发病机制复杂，目前认为与免疫异常、皮肤屏障功能障碍、遗传因素等多种因素有关。西医治疗慢性湿疹主要以抗组胺药物、糖皮质激素等为主，抗组胺药物可缓解瘙痒症状，但长期使用易出现嗜睡、口干等不良反应；糖皮质激素虽能迅速控制炎症，但长期使用可导致皮肤萎缩、毛细血管扩张、色素沉着等不良反应，且停药后易复发^[5]。

中药熏洗疗法是中医外治法的重要组成部分，具有独特的优势。本研究选用的中药方剂中，苦参清热燥湿、杀虫止痒；黄柏清热燥湿、泻火解毒；地肤子清热利湿、祛风止痒；蛇床子燥湿祛风、杀虫止痒；白鲜皮清热燥湿、祛风解毒；艾叶温经止血、散寒止痛、祛湿止痒；花椒温中止痛、杀虫止痒。诸药合用，共奏清热燥湿、祛风止痒之功。通过中药熏洗，药物成分可直接作用于病变部位，促进局部血液循环，改善皮肤营养状况，增强皮肤屏障功能，从而达到治疗慢性湿疹的目的^[6]。同时，热力的作用可使皮肤毛孔扩张，有利于药物的吸

收，提高治疗效果。

本研究结果显示，中药熏洗联合常规治疗慢性湿疹的总有效率为91.67%，显著高于单纯常规治疗的73.33%，且在瘙痒程度、皮损面积、皮损严重程度等临床症状评分方面改善情况优于对照组，说明中药熏洗联合常规治疗能有效改善慢性湿疹患者的临床症状，提高临床疗效。此外，两组不良反应发生率分别为8.33%和6.67%，无显著差异，且不良反应症状均较轻微，表明中药熏洗联合常规治疗的安全性良好。

结语

综上所述，中药熏洗联合常规治疗慢性湿疹疗效确切，能有效改善患者临床症状，且安全性良好，值得临床推广应用。但在临床应用中，应根据患者的具体情况进行个体化治疗，同时注意观察患者的不良反应，及时调整治疗方案。此外，本研究样本量相对较小，观察时间较短，还需进一步扩大样本量，延长观察时间，以更全面、深入地评价中药熏洗联合常规治疗慢性湿疹的疗效和安全性。

参考文献

[1]赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2010.

[2]中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.中国湿疹诊疗指南(2011年)[J].中华皮肤科杂志,2011,44(1):5-6.

[3]郭楠楠,陈珍珍.中药熏洗对慢性湿疹病人皮肤康复效果及生活质量的影响[J].循证护理,2023,9(06):1134-1137.

[4]张雪燕,王大见,李进丽,等.窄谱中波紫外线照射治疗联合中药熏洗治疗手足慢性湿疹的临床疗效分析[J].世界复合医学,2019,5(02):154-156.

[5]张承杰.中药熏洗配合保湿修护治疗手部慢性湿疹疗效观察[J].青海医药杂志,2019,49(03):65-66.

[6]袁业红,孙晓旭,罗文欣,等.中药熏洗法联合保湿润肤膏治疗小儿湿疹的临床研究[J].临床研究,2024,32(12):117-120.