

本文引用:刘静,王昕.润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹的疗效及对生活质量的影响[J].湖南中医药大学学报,2018,38(10):1173-1178.

润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹的疗效及对生活质量的影响

刘静,王昕*

(清华大学附属第一医院皮肤性病科,北京 100016)

[摘要] **目的** 对润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹的临床疗效进行研究,并对患者的生活质量进行评价。**方法** 将本院收治的63例慢性湿疹患者按随机数字表法分为对照组31例和治疗组32例,对照组患者给予依巴斯汀片口服及醋酸曲安奈德乳膏外用治疗,治疗组患者则给予润燥止痒胶囊、依巴斯汀片口服及重组人干扰素 $\alpha 2b$ 凝胶外用治疗,疗程4周。比较两组患者治疗前后的症状分级量化积分、T淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)检测结果、血清相关指标(TNF- α 、IFN- γ 、IL-10、IL-18、总IgE)水平等,并比较两组患者的临床疗效、不良反应发生和随访复发情况,以及生活质量评价。**结果** 治疗组患者治疗后的各症状分级量化积分、T淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)检测结果、血清相关指标(TNF- α 、IFN- γ 、IL-10、IL-18、总IgE)水平等与对照组治疗后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组患者的临床疗效总有效率显著高于对照组(93.7% vs 74.2%, $P < 0.05$)。两组患者治疗期间的不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),且治疗组治疗后随访3个月的疾病复发率显著低于对照组($P < 0.05$)。治疗组的生活质量的EQOLS各维度评分及总评分均显著低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹能显著提高临床疗效,明显改善患者症状、T淋巴细胞亚群及血清相关指标水平,且复发率低,能有效提升患者的生活质量。

[关键词] 慢性湿疹;润燥止痒胶囊;依巴斯汀片;重组人干扰素 $\alpha 2b$ 凝胶;临床疗效;生活质量

[中图分类号] R275;R758.23

[文献标志码] B

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2018.10.019

Clinical Efficacy and Life Quality of Runzao Zhiyang Capsule and Ebastine Tablets Combined with Interferon Gel in the Treatment of Chronic Eczema

LIU Jing, WANG Xin*

(Department of Dermatology, The First Hospital of Tsinghua University, Beijing 100016, China)

[Abstract] **Objective** To study the clinical efficacy of Runzao Zhiyang Capsule and ebastine Tablets combined with interferon gel in the treatment of chronic eczema, and to evaluate the quality of life of patients. **Methods** The 63 cases of chronic eczema patients were randomly divided into the control group ($n=31$) and the treatment group ($n=32$). The patients in the control group were treated with oral treatment of ebastine Tablets and external use of triamcinolone acetonide acetate Cream, and the patients in the treatment group were treated with oral treatment of Runzao Zhiyang capsule and ebastine Tablets, and external use of human recombinant $\alpha 2b$ interferon gel, and the course was for 4 weeks. The symptom classification of quantitative scores, the detection results of T lymphocyte subsets (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺) and the level of serum related index (TNF- α , IFN- γ , IL-10, IL-18, total IgE) of two groups were compared before and after treatment. The clinical efficacy, adverse reactions, disease recurrence and quality of life in the two groups were compared. **Results** The symptom classification of quantitative scores,

[收稿日期] 2018-04-12

[基金项目] 清华大学自主科研计划资助项目(20141081271)。

[作者简介] 刘静,女,本科,主治医师,研究方向:过敏性皮肤病及性病。

[通讯作者] *王昕,男,主任医师, E-mail: 517818941@qq.com。

the detection results of T lymphocyte subsets (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺) and the level of serum related index (TNF- α , IFN- γ , IL-10, IL-18, total IgE) in the treatment group after treatment were significantly different from those in the control group after treatment ($P<0.05$). The total effective rate of the treatment group was significantly higher than that of the control group (93.75% vs 74.19%, $\chi^2=4.510$, $P=0.034$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between two groups during the treatment ($P>0.05$). The recurrence rate of the disease in the treatment group after 3 months of follow-up was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). The quality of life EQOLS score in the treatment group after treatment was significantly lower than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Runzao Zhiyang Capsule and ebastine Tablets combined with interferon gel in the treatment of chronic eczema can significantly improve the clinical efficacy, the patient's symptoms, T lymphocyte subsets and serum related indexes. The therapy has a low recurrence rate and can effectively improve the quality of life of the patient.

[**Keywords**] chronic eczema; Runzao Zhiyang Capsule; ebastine Tablets; human recombinant $\alpha 2b$ interferon gel; clinical efficacy; quality of life

湿疹(eczema)是由多种内外因素引起的一种具有明显渗出倾向的皮肤炎症反应,而慢性湿疹(chronic eczema)多由急性湿疹或亚急性湿疹反复发作迁延难愈而成,亦可开始即呈现慢性炎症,具有病程长、易反复、瘙痒剧烈、难治愈等特点^[1]。湿疹的发病原因尚不清楚,一般认为由内外多种因素综合作用而成。生活环境、气候条件、食物及各种化学物质的刺激等外部因素,以及遗传、慢性消化系统疾病及功能障碍、精神神经因素、慢性感染病灶、新陈代谢障碍及内分泌失调等内部因素均可产生或加重湿疹的病情^[2]。湿疹在中医属“湿疮”范畴,是由风、湿、热邪侵袭,先天禀赋不耐而发病,慢性者因湿热日久,伤及阴血,从而血虚生风、化燥脱屑而成^[3]。目前,临床上多采用口服抗组胺药联合外用糖皮质激素制剂治疗慢性湿疹^[4],虽取得一定的疗效,但停药后易复发,严重影响患者的生活质量。润燥止痒胶囊具有养血滋阴、祛风止痒的功效,可用于血虚风燥型慢性湿疹的治疗^[5]。重组人干扰素 $\alpha 2b$ 凝胶具有抗病毒、提高免疫功能的作用,常用于尖锐湿疣、疱疹及宫颈糜烂的治疗。本研究对润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹的临床疗效进行研究,并对患者治疗后的生活质量进行评价,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

63例患者均为本院2016年4月至2017年10月收治的慢性湿疹患者,按随机数字表法分为对照组31例和治疗组32例。对照组和治疗组患者的临床资料见表1。两组患者在性别、年龄、病程、EASI

评分等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。本试验中的63例患者均知情同意,并由本院医学伦理委员会批准实施。

表1 两组患者临床资料 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	性别/例		年龄/岁	病程/年	EASI 评分/分	
		男	女				
对照组	31	17	14	46.53 \pm 15.38	1.49 \pm 0.75	17.83 \pm 6.29	
治疗组	32	19	13	47.09 \pm 14.87	1.53 \pm 0.82	18.14 \pm 6.43	
t/χ^2				0.132	0.147	0.202	0.193
P				0.716	0.884	0.841	0.847

1.2 病例选择标准

纳入标准:(1)参考《中国临床皮肤病学》^[1-5]中慢性湿疹的西医诊断标准:患者皮肤浸润肥厚,呈棕红色或暗褐色色素沉着,表面粗糙,覆以少许糠皮样鳞屑或苔藓化,具局限性,外围有丘疹、丘疱疹散在,当急性发作时有明显渗出;(2)符合血虚风燥型慢性湿疹的中医诊断标准^[6]:皮损色暗或色素沉着,剧痒,或皮损粗糙肥厚等;(3)按手掌法(以患者手掌面积定位1%)测量,患者受累的皮肤体表面积(BSA) $\leq 20\%$;(4)定期接受复诊并且随访完成者。

排除标准:(1)合并有其他可能影响试验结果的活动的皮肤疾病,如银屑病等;(2)合并有严重心脑、肝肾、造血、代谢及免疫系统等功能障碍者;(3)对治疗所用的药物过敏者;(4)正处于妊娠期、哺乳期及准备妊娠的妇女;(5)有精神疾病或依从性较差患者。

1.3 治疗方法

对照组患者采用依巴斯汀片(杭州澳医保灵药业有限公司,国药准字H20040503,10 mg/片)口服及醋酸曲安奈德乳膏[华润三九(南昌)药业有限公

司,国药准字 H20059244,规格 4 g:4 mg]外用治疗。依巴斯汀片口服 1 片/次,1 次/d,同时醋酸曲安奈德乳膏外用,2 次/d,两者均连续治疗 4 周。

治疗组患者采用依巴斯汀片(杭州澳医保灵药业有限公司,国药准字 H20040503,10 mg/片)、润燥止痒胶囊(国药集团同济堂(贵州)制药有限公司,国药准字 Z20025030,0.5 g/粒)口服以及重组人干扰素 α 2b 凝胶[兆科药业(合肥)有限公司,国药准字 S20020079,规格:10 万 IU/g,10 g/支]外用治疗。依巴斯汀片用法用量同对照组,润燥止痒胶囊口服 4 粒/次,3 次/d,同时干扰素凝胶外用治疗,4 次/d,三者均连续治疗 4 周。

1.4 观察指标

(1)症状量化积分:参考相关文献^[5,7],比较两组患者治疗前后的瘙痒程度、皮损面积及皮疹形态等症分级量化积分差异,其中瘙痒程度及皮疹形态以无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分,皮损面积以占各部位面积的比例分值为 0~6 分,1 分为皮损 < 10%,2 分为皮损 10%~19%,3 分为皮损 20%~49%,4 分为皮损 50%~69%,5 分为皮损 70%~89%,6 分为皮损 \geq 90%。(2)T 淋巴细胞亚群指标:比较两组患者治疗前后的 T 淋巴细胞亚群中 CD3⁺细胞、CD4⁺细胞、CD8⁺细胞及 CD4⁺/CD8⁺比值的差异。(3)血清相关指标:比较两组患者治疗前后的血清相关指标肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、干扰素 γ (IFN- γ)、白介素-10(IL-10)、白介素-18(IL-18)、总 IgE 指标检测结果差异。(4)不良反应及复发:记录两组患者治疗期间的不良反应发生情况及随访 3 个月期间的疾病复发情况。(5)生活质量:采用慢性湿疹生存质量量表(The Quality of Life Scale for Chronic Eczema Patients-Prise Test, EQOLS)对两组患者的生活质量进行评价^[8],该评价量表由生理、心理及社会 3 个维度所组成,共 26 个条目,均采用 5 点评分法,得分越高表明生活质量越差。

1.5 疗效评价标准

参考相关文献^[9-10],采用湿疹面积及严重程度指数评分(EASI 评分)对两组患者的临床疗效进行评定。评价标准如下:(1)基本愈合:皮损基本消退,症状消失,化验指标正常,疗效指数 \geq 90%;(2)显效:皮损大部分消退,症状显著减轻,或化验指标接近正常,疗效指数 60%~89%;(3)进步:皮损和症状均有所改

善,疗效指数 20%~59%;(4)无效:皮损未见消退,症状未见减轻或反见恶化,疗效指数 <20%;

其中疗效指数=(治疗前 EASI 评分-治疗后 EASI 评分)/治疗前 EASI 评分 \times 100%。

总有效率=(基本愈合例数+显效例数)/总例数 \times 100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计软件对数据进行处理。计量资料采用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示, t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的症状积分

两组患者治疗前的瘙痒程度、皮损面积及皮疹形态等症分级量化积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$);两组患者治疗后的瘙痒程度、皮损面积及皮疹形态等症分级量化积分均显著低于治疗前 ($P < 0.05$),且治疗组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n		瘙痒程度	皮损面积	皮疹形态
对照组	31	治疗前	4.35 \pm 1.29	4.29 \pm 1.58	4.06 \pm 1.23
		治疗后	1.84 \pm 0.67 [▲]	1.62 \pm 0.64 [▲]	1.39 \pm 0.45 [▲]
治疗组	32	治疗前	4.41 \pm 1.36	4.32 \pm 1.55	4.11 \pm 1.32
		治疗后	0.79 \pm 0.28 ^{▲▲}	0.95 \pm 0.32 ^{▲▲}	0.73 \pm 0.25 ^{▲▲}
t_1/P			9.614/0.000	8.721/0.000	11.350/0.000
t_2/P			14.748/0.000	12.045/0.000	14.232/0.000
t_3/P			8.070/0.000	5.230/0.000	7.165/0.000

注:与同组治疗前比较,▲ $P < 0.05$;组间治疗后相比较,△ $P < 0.05$; t_1 为对照组治疗前后比较的 t 值, t_2 为治疗组治疗前后比较的 t 值, t_3 为两组治疗后比较的 t 值。

2.2 两组患者治疗前后的 T 淋巴细胞亚群检测

两组患者治疗前的 CD3⁺细胞、CD4⁺细胞、CD8⁺细胞及 CD4⁺/CD8⁺差异无统计学意义 ($P > 0.05$);两组患者治疗后的 CD3⁺细胞、CD4⁺细胞及 CD4⁺/CD8⁺比值均显著升高,CD8⁺细胞显著降低 ($P < 0.05$);治疗组治疗后各项指标的改善优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者治疗前后的血清相关指标检测

两组患者治疗前的血清相关指标 TNF- α 、IFN- γ 、IL-10、IL-18、总 IgE 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$);两组患者治疗后的血清相关指标 TNF- α 、IFN- γ 、IL-10、IL-18、总 IgE 均较治疗前显著改善 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后各项指标的改善优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表3 两组患者治疗前后的淋巴细胞亚群检测结果比较

(% , $\bar{x} \pm s$)

组别	n		CD3 ⁺	CD4 ⁺	CD8 ⁺	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	31	治疗前	52.74±6.85	33.41±5.17	28.63±3.90	1.20±0.38
		治疗后	62.68±7.24 [▲]	35.89±4.38 [▲]	26.75±3.25 [▲]	1.37±0.27 [▲]
治疗组	32	治疗前	52.48±7.09	33.82±5.63	28.53±3.72	1.19±0.41
		治疗后	67.35±7.52 ^{▲△}	37.94±3.67 ^{▲△}	25.23±2.63 ^{▲△}	1.51±0.26 ^{▲△}
<i>t1/P</i>			5.553/0.000	2.038/0.046	2.062/0.044	2.030/0.047
<i>t2/P</i>			8.139/0.000	3.411/0.000	4.098/0.000	2.636/0.011
<i>t3/P</i>			2.510/0.015	2.016/0.048	2.044/0.045	2.097/0.040

注:与同组治疗前比较,▲ $P < 0.05$;组间治疗后相比较,△ $P < 0.05$; *t1* 为对照组治疗前后比较的 *t* 值, *t2* 为治疗组治疗前后比较的 *t* 值, *t3* 为两组治疗前后比较的 *t* 值。

表4 两组患者治疗前后的血清相关指标检测结果比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	n		TNF- α /(ng·L ⁻¹)	IFN- γ /(ng·L ⁻¹)	IL-10/(ng·L ⁻¹)	IL-18/(ng·L ⁻¹)	总 IgE/(IU·mL ⁻¹)
对照组	31	治疗前	27.53±5.72	24.28±4.62	26.34±6.53	151.47±20.72	443.62±57.28
		治疗后	22.38±4.80 [▲]	38.62±5.29 [▲]	20.82±5.86 [▲]	118.62±17.19 [▲]	156.70±41.53 [▲]
治疗组	32	治疗前	27.69±5.65	24.53±4.39	25.97±6.71	150.80±21.53	447.31±54.46
		治疗后	18.47±4.29 ^{▲△}	51.37±5.43 ^{▲△}	18.06±4.67 ^{▲△}	107.51±14.36 ^{▲△}	128.29±37.25 ^{▲△}
<i>t1/P</i>			3.840/0.000	11.368/0.000	3.503/0.001	6.794/0.000	22.579/0.000
<i>t2/P</i>			7.352/0.000	21.744/0.000	5.127/0.000	9.463/0.000	27.351/0.000
<i>t3/P</i>			3.411/0.001	9.436/0.000	2.071/0.043	2.788/0.007	2.860/0.003

注:与同组治疗前比较,▲ $P < 0.05$;组间治疗后相比较,△ $P < 0.05$; *t1* 为对照组治疗前后比较的 *t* 值, *t2* 为治疗组治疗前后比较的 *t* 值, *t3* 为两组治疗前后比较的 *t* 值。

2.4 两组患者的临床疗效比较

治疗组的临床疗效总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表5。

表5 两组患者的临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	基本愈合	显效	进步	无效	总有效
对照组	31	9(29.0)	14(45.2)	6(19.3)	2(6.5)	23(74.2)
治疗组	32	14(43.7)	16(50.0)	2(6.3)	0(0.0)	30(93.7) [▲]
χ^2			4.510			
<i>P</i>			0.034			

注:与对照组比较,△ $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者的不良反应发生及复发情况

对照组和治疗组患者在治疗期间均无严重的不良反应发生,脏器及各系统功能无异常,仅有口干、嗜睡、头疼及皮肤灼痛等轻微不良反应的发生,均自行缓解。两组患者的不良反应发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访3个月期间,对照组复发10例,治疗组复发3例,治疗组的复发率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表6。

2.6 两组患者的生活质量评价

两组患者治疗前的EQOLS的各维度(生理维度、心理维度及社会维度)及其总分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$);两组患者治疗后的EQOLS的各维

表6 两组患者的不良反应发生及复发比较 [例(%)]

组别	n	不良反应					复发
		口干	嗜睡	头疼	皮肤灼痛	总发生	
对照组	31	0(0.00)	2(6.45)	1(3.22)	2(6.45)	5(16.13)	10(32.26)
治疗组	32	2(6.25)	1(3.12)	0(0.00)	1(3.12)	4(12.50)	3(9.38) [▲]
χ^2							5.035
<i>P</i>							0.025

注:与对照组比较,△ $P < 0.05$ 。

度(生理维度、心理维度及社会维度)及其总分均显著低于治疗前 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后的各项指标均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表7。

3 讨论

慢性湿疹是皮肤科常见的变态性反应之一,其发病机制目前尚不十分清晰,外部因素和内部因素感染均可能产生乃至加重病情。由于慢性湿疹具有病程长、易反复、瘙痒剧烈、难治愈等特点,给人们的正常生活带来了严重的困扰,严重影响其生活质量,而临床上常规的抗组胺药物及糖皮质激素制剂等治疗仍难以解决慢性湿疹的复发,故我们应寻求一种能够积极有效治疗慢性湿疹的疗法,对于改善湿疹患者的生活质量具有十分重要的意义。

表 7 两组患者治疗前后生活质量评价比较 (x̄±s,分)

组别	n		生理维度	心理维度	社会维度	EQOLS 总分
对照组	31	治疗前	59.46±8.52	21.53±4.37	18.42±3.59	100.31±15.64
		治疗后	24.73±4.36 [▲]	12.27±2.62 [▲]	14.51±2.36 [▲]	52.48±9.72 [▲]
治疗组	32	治疗前	60.21±7.88	20.47±4.28	19.07±4.22	101.25±16.17
		治疗后	18.43±3.50 ^{▲▲}	7.85±2.17 ^{▲▲}	8.59±1.95 ^{▲▲}	36.16±7.68 ^{▲▲}
t1/P			20.204/0.000	8.352/0.000	5.067/0.000	14.462/0.000
t2/P			27.411/0.000	14.877/0.000	12.753/0.000	20.569/0.000
t3/P			6.335/0.000	7.302/0.000	10.869/0.000	5.091/0.000

注:与同组治疗前比较,▲P<0.05;组间治疗后相比较,△P<0.05;t1 为对照组治疗前后比较的 t 值,t2 为治疗组治疗前后比较的 t 值,t3 为两组治疗后比较的 t 值。

依巴斯汀片是第二代组胺 H1 受体阻断剂,具有强效、长效、高选择性等特点,对中枢神经系统的胆碱能受体无拮抗作用,能够有效抑制组胺、白三烯等的释放,对过敏性鼻炎、慢性特发性荨麻疹、湿疹、皮炎、痒疹及皮肤瘙痒等症具有良好的功效。临床上其常与糖皮质激素制剂联合应用于慢性湿疹的治疗^[1]。但考虑糖皮质激素长期应用的不良反应问题,笔者将重组人干扰素 α2b 凝胶替换糖皮质激素用于慢性湿疹的治疗。重组人干扰素 α2b 是一种采用健康人白细胞来源的基因重组干扰素,具有免疫调节、抗病毒、抗肿瘤、抗炎等作用,能够调节机体的免疫防御功能及增强吞噬细胞的活动等功能,其注射剂用于治疗慢性湿疹疗效显著^[12]。而本研究中采用的重组人干扰素 α2b 凝胶则是外用制剂,涂抹于患处直接向皮肤渗透,使用方便,药性温和,同时也尽可能的减少了注射剂的不良反应。

慢性湿疹在中医学上属“湿疮”的范畴,中医学上认为此症与风、湿、热邪浸淫肌肤有关,全国名老中医纪青山教授认为本病由外感风邪、体内风湿相搏所发,湿热蕴结、瘀阻经络,则湿疹迁延难愈,日久则伤阴耗血,继而肌肤失濡养以致血虚风燥之证^[13]。全国名老中医吴寿善教授亦认为风、湿、热邪与本病的发生密切相关,风邪克表,窜行肌肤经络以致肌肤瘙痒,热邪侵袭肌肤以致热毒蕴结,肌肤赤肿焮红,疼痛难忍,湿邪浸淫肌肤以致疮面湿润难结痂,久不愈合^[14]。故清热燥湿、祛风止痒、养血润肤乃此症治疗之关键。润燥止痒胶囊是由苗医民间验方为基础所改制而成的中成药制剂,由何首乌、制何首乌、生地黄、桑叶、苦参、红活麻 6 味药所组成,具有清热凉血、养血滋阴、润肠通便、祛风止痒之功效。方中苦参清热燥湿、祛风止痒,生地黄清热凉血、养血生津,

何首乌与制何首乌联用养精血、益肝肾,桑叶祛风散热、凉血润燥,红火麻祛风除湿止痒,诸药合用,以奏清热燥湿、养血润肤、祛风止痒之功。

有研究报道,免疫功能的紊乱在慢性湿疹的发生、发展过程中起到重要的作用,慢性湿疹中致敏的 T 细胞主要为 CD4⁺细胞、CD8⁺细胞 2 个亚群,同时认为 CD8⁺的升高可能是导致湿疹迁延不愈的重要因素^[15]。另外,由于湿疹是一类变态反应疾病,其与 IgE 介导的 I 型变态反应密切相关^[16]。同时由于慢性湿疹患者免疫功能异常,Th1/Th2 功能失衡,由 Th1 细胞产生的 IFN-γ 可以抑制 Th2 细胞的增殖,使 B 细胞产生的 IgE 减少^[17]。周涛等^[18]研究发现 IL-10、IL-18 与慢性湿疹病情的严重程度密切相关。故本研究中对 T 淋巴细胞亚群和相关的血清因子(TNF-α、IFN-γ、IL-10、IL-18、总 IgE)进行检测,以对研究结果进行确证。

通过研究比较发现,两组治疗方法均对慢性湿疹具有一定的临床效果,但治疗组的临床疗效总有效率显著高于对照组(P<0.05)。其中治疗组患者治疗后的瘙痒程度、皮损面积及皮疹形态等症状分级量化积分均显著低于对照组(P<0.05),表明治疗组疗法能够更好的改善湿疹的症状。治疗组患者治疗后的 CD3⁺细胞、CD4⁺细胞、CD8⁺细胞及 CD4⁺/CD8⁺比值等结果与对照组相比有显著差异(P<0.05),表明治疗组疗法能够更好的调节免疫功能。治疗组治疗后的血清相关因子(TNF-α、IFN-γ、IL-10、IL-18、总 IgE)水平均与对照组相比有显著差异(P<0.05)。且通过 3 个月的随访,治疗组的慢性湿疹复发率更低。治疗组治疗后的 EQOLS 的各维度(生理维度、心理维度及社会维度)及其总分亦均显著低于对照组治疗后(P<0.05),表明治疗组疗法能显著提升患者的

生活质量。

该结果提示笔者润燥止痒胶囊、依巴斯汀片联合干扰素凝胶治疗慢性湿疹能显著提高临床疗效,有助于改善患者症状、T淋巴细胞亚群以及相关的血清因子水平,且复发率低,能够显著提升患者的生活质量。

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,2010:725-731.
- [2] 熊学平.周勇教授滋阴除湿法论治慢性湿疹的临床经验和学术思想研究[D].南京:南京中医药大学,2016:3-5.
- [3] 李广冀.基于数据挖掘技术分析当代中医名家湿疹验方经验研究[D].南京:南京中医药大学,2016:11.
- [4] 王 媛,张建国.润燥止痒胶囊治疗慢性湿疹 40 例临床观察[J].中医药导报,2017,23(20):103-105.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:295-298.
- [6] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:263-264.
- [7] 杨年华,匡 琳,米 兰.丹龙止痒颗粒治疗血虚风燥型慢性湿疹的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2015,35(9):52-54.
- [8] 杨志波.建立慢性湿疹中医生存质量量表的初步研究[C].世界中医药发展非洲论坛,2012.
- [9] 袁号桃,李俊杰,袁润兴,等.白芍总苷胶囊联合依巴斯汀片治疗慢性湿疹 42 例临床观察[J].中国皮肤性病学杂志,2015,29(2):219-220.
- [10] 丁惠玲,魏淑相,范崇帅,等.祛风除湿法治疗慢性湿疹临床疗效观察及对患者血液中嗜酸性粒细胞的影响[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(6):367-369.
- [11] 陈 健,苏 明.自拟苦参汤外敷联合依巴斯汀治疗湿疹临床分析[J].中华中医药学刊,2014,32(5):1169-1171.
- [12] 杨 洪,屈园园,马红艳,等.胸腺五肽联合干扰素治疗慢性湿疹的疗效观察[J].现代生物医学进展,2014,14(2):300-301.
- [13] 刘 月,陈春海,刘 春,等.纪青山教授针灸治疗血虚风燥型慢性湿疹[J].长春中医药大学学报,2016,32(6):1107-1109.
- [14] 陈 波,吴寿善,吴辉坤.吴寿善从脾论治慢性湿疹经验[J].湖南中医杂志,2016,32(5):38-40.
- [15] 王福义,韩 莹.慢性湿疹患者外周血淋巴细胞亚群及总 IgE 水平的检测分析[J].中国卫生检验杂志,2016,26(24):3561-3563.
- [16] 靳 情.血清总 IgE 与食物特异性 IgG 检测在慢性荨麻疹和慢性湿疹中的应用评价[J].蚌埠医学院学报,2015,40(4):479-481.
- [17] 肖常青,邓景航,罗育武,等.白芍总苷胶囊治疗慢性湿疹的疗效观察及对外周血 IFN- γ 、IL-4 水平的影响[J].中医药导报,2015,21(13):64-66.
- [18] 周 涛,朱慧婷,曹 洋,等.中医辨证分型治疗慢性湿疹的临床疗效观察[J].环球中医药,2017,10(7):767-769.

(本文编辑 马 薇)