

治疗效果显著,明显改善患者生活质量,降低不良反应和复发率,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 李里, 张怀亮, 臧鸿凯, 等. 热性荨麻疹生物共振技术检测解表类中药临床量化分析 [J]. 世界中医药, 2013, 8(5): 570-572.

[2] 马怀庚. 中医养血固表法联合抗组胺药治疗慢性特发性荨麻疹的

疗效 [J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(15): 113.

[3] 赵晶, 王楠, 杨娜, 等. 荆肤止痒颗粒治疗丘疹性荨麻疹风热证临床研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(2): 207-209.

[4] 张志龙, 张理涛. 荨麻疹皮疹辨证与中医四诊辨证关系临床研究概况 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2013, 12(5): 336-338.

[5] 张燕, 商婷. 咪唑斯汀联合复方甘草酸苷治疗慢性特发性荨麻疹的临床分析 [J]. 临床皮肤科杂志, 2012, 41(11): 695-698.

蓝科肤宁联合复方多粘菌素 B 软膏治疗婴幼儿急性湿疹的临床疗效观察

乔娜, 卢凤艳*, 尹逊国

(云南省曲靖市第一人民医院皮肤科, 云南 曲靖 650031)

【摘要】 目的 观察蓝科肤宁联合复方多粘菌素 B 软膏治疗婴幼儿急性湿疹的临床疗效及安全性。方法 将 103 例婴幼儿急性湿疹患儿随机分为治疗组和对照组。治疗组 52 例, 对照组 51 例。治疗组: 先用蓝科肤宁单层纱布湿敷于患处 20 min, 2 次/d, 湿敷完成后 30min, 再用外用复方多粘菌素 B 软膏, 2 次/d, 分别在治疗后第 3、7 天进行特异性皮炎 (SCORAD) 评分, 以评估疗效和观察不良反应。对照组: 使用生理盐水湿敷后外用莫匹罗星软膏, 用法与治疗组相同。1 月后电话随访有无复发, 并做统计学分析。结果 治疗组入组 52 例, 完成 46 例, 脱落 6 例, 对照组入组 51 例, 完成 35 例, 脱落 16 例。两组 SCORAD 评分分别在治疗 3 天、治疗 7 天均呈现逐渐递减趋势, 两组之间比较, 差异均有统计学意义。治疗组治疗 3 天与治疗 7 天比较, SCORAD 评分差异有统计学意义。第 3 天的有效率分别为 82.61% 和 54.29%, 两者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。第 7 天两组的有效率分别为 91.33% 和 77.14%, 两者相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。1 月后电话随访复发率 13.04% 和 34.29%, 两组患儿在治疗期间均未见明显不良反应。结论 蓝科肤宁湿敷联合复方多粘菌素 B 治疗婴幼儿急性湿疹, 起效快, 疗效满意, 副作用少见, 依从性好, 复发率低, 值得临床推广应用。

【关键词】 蓝科肤宁; 复方多粘菌素 B 软膏; 急性湿疹; 婴幼儿

中图分类号: R751.05; R758.23 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2018.03.035

婴幼儿湿疹是一种常见的炎症性小儿皮肤疾病, 随着我国二胎政策全面开放后, 近年来医院婴幼儿就诊率呈明显上升趋势。婴幼儿湿疹好发于头面部, 瘙痒明显, 搔抓剧烈, 常哭闹不止, 严重影响患儿的正常生长发育和家庭的日常生活。其急性期皮损以红肿、糜烂、渗出为主, 处理不当易继发细菌感染。外用糖皮质激素是治疗湿疹普遍而有效的方法, 但大面积、长期使用产生的副作用限制了糖皮质激素在婴幼儿的应用。为了探索安全有效治疗婴幼儿急性湿疹的方法, 我科对 2016 年 2 月~2017 年 1 月就诊的急性湿疹患儿予以蓝科肤宁联合复方多粘菌素 B 软膏方法治疗并观察疗效以及不良反应情况, 报告如下。

1 材料与方法

1.1 病例资料及收集方法 103 例均为我院门诊就诊患儿, 其中 5 例首诊于儿科门诊, 1 例首诊于急诊科, 其余均首诊于我科门诊。婴儿湿疹诊断标准参照文献^[1]。选择急性期的患儿, 临床症状主要表现为头面部、躯干或四肢红肿、丘疱疹、渗出、糜烂及结痂。随机将患儿采取单盲入组分为治疗组和对照组, 治疗组 46 例, 其中男 24 例, 女 22 例, 年龄 22 天~2 岁, 平均 (9.86±6.02) 个月, 病程 2 天~8 个月, 平均 (3.58±1.72) 个月。对照组 35 例, 其中男 19 例, 女 16 例, 年龄 1 个月~2 岁, 平均 (10.20±5.37) 个月, 病程 3 天~9 个月, 平均 (3.84±1.86) 个月。经统计

学分析, 两组患儿在性别、年龄、病程及病情等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

排除标准: ① 2 周内使用过抗过敏类药物、皮质类固醇激素及中药等复合制剂治疗者; ② 有严重的肝、肾及心脏等疾病者; ③ 对本制剂过敏者。

1.2 方法 治疗组: 先用蓝科肤宁单层纱布湿敷于患处 20 min, 2 次/d, 湿敷完成后 30min, 给予外用复方多粘菌素 B 软膏, 2 次/d。对照组: 使用生理盐水湿敷、湿敷后外用莫匹罗星软膏, 用法与治疗组相同。治疗后第 3 天、第 7 天门诊复诊, 记录皮损情况、有无不良反应。嘱患者 1 个月后面门诊随访。

1.3 疗效判定标准 治疗后第 3 天、第 7 天由专门的两名研究人员负责对患儿湿疹参照欧洲特异性皮炎评分 (scoring atopic dermatitis index, SCORAD) 标准^[2]进行评估, 分值越高, 疾病越严重。SCORAD=A/5+7B/2+C, 其中, A 代表受累面积; B 代表疾病严重程度; 而 C 则代表由瘙痒和睡眠影响构成的主观症状, 由视觉标尺 (0~10) cm 体现出来, 最大分值 20 分。其余指标为 (0~3) 分评分法, 0 分=无, 1 分=轻度, 2 分=中度, 3 分=重度。评分总分为 103 分。以疗效指数的高低判定疗效, 疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。痊愈: 疗效指数 ≥ 90%; 显效: 疗效指数 60%~89%; 有效: 疗效指数 20%~59%;

无效：皮损消退 < 20%。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法 用 SPSS 17.0 软件。两组均数比较用 *t* 检验, 计数资料比较用卡方检验或 (和) Fisher 精确检验, 检验水准: $\alpha = 0.05$, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 依从性分析 治疗组完成试验人数共 46 人 (88.46%), 脱落 6 人, 追其原因, 4 例因患儿不配合治疗, 未能按具体要求用药, 余 2 例家属认为效果不佳而停药。对照组完成试验人数共 35 人 (68.63%), 脱落 16 人, 电话随访, 均因家属诉临床症状及皮损好转不明显, 而就诊于其他医疗机构。两组比较, 治疗组依从性明显高于对照组。

2.2 临床疗效分析

2.2.1 SCORAD 评分比较 治疗前治疗组和对照组 SCORAD 评分无统计学差异, 具有可比性, 可看出两组 SCORAD 评分分别在治疗 3 天、治疗 7 天均出

现逐渐递减趋势, 两组之间比较, 差异均有统计学意义。治疗组治疗 3 天与治疗 7 天比较, SCORAD 评分差异有统计学意义, 详见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后 SCORAD 评分变化比较

疗程	治疗组	对照组	P 值
治疗前	37.73 ± 6.98	36.12 ± 5.35	0.96
治疗 3 天	19.24 ± 3.19	28.36 ± 5.12	0.013 [*]
治疗 7 天	5.23 ± 1.98 [*]	26.38 ± 4.78	0.014 [*]
P 值	0.005	0.892	

注: 治疗组与对照组比较, $P < 0.05$, 治疗 7 天与治疗 3 天比较, $P < 0.05$

2.2.2 临床疗效的比较 第 3 天的有效率分别为 82.61% 和 54.29%, 两者相比差异有统计学意义 ($t = -2.767$, $P < 0.05$), 第 7 天两组的有效率分别为 91.33% 和 77.14%, 两者相比差异有统计学意义 ($t = -3.011$, $P < 0.05$)。1 个月后电话随访复发率 13.04% 和 34.29%, 两组患儿在治疗期间均未见明显不良反应, 详见表 2。

表 2 治疗组与对照组临床疗效的比较

组别	n	治疗 3 天				有效率%	治疗 7 天				有效率%
		治愈	显效	有效	无效		治愈	显效	有效	无效	
治疗组	46	5	33	6	2	82.61	31	11	4	0	91.33
对照组	35	1	18	12	4	54.29	12	15	8	0	77.14
P 值		0.007*					0.03*				

注: 治疗组与对照组比较, $P < 0.05$

2.3 不良反应 连续用药 1 周后观察, 两组中均未见明显不良反应发生。观察过程中, 患儿对蓝科肤宁和复方多粘菌素 B 软膏的耐受性较好。

3 讨论

婴幼儿急性湿疹皮损具有多形性的特点, 红斑、丘疹、水疱、渗出及糜烂等常伴有剧烈瘙痒、疼痛不适, 有渗出时必须选溶液湿敷。以往常用的 3% 硼酸溶液, 可减少渗出, 但不良反应较大, 婴幼儿属特殊人群, 不宜使用; 激素类药物一般为治疗湿疹的“首选”, 但往往患儿家长对“激素”药物有很大的抵触。而且, 急性湿疹属炎症急性期, 有渗出时不能外用乳膏剂或霜剂, 只能使用溶液湿敷。近年来有研究发现湿疹的发生不仅与内因相关, 且与金黄色葡萄球菌感染有关, 其可诱发或加重湿疹^[3, 4]此外, 婴幼儿湿疹的患儿存在皮肤屏障功能受损及抵御外界微生物的防御功能减弱, 增加皮肤感染的机会, 有报道, 治疗湿疹抗过敏的同时使用抗生素, 提高了疗效^[5]。

蓝科肤宁含有纳米银、原花青素低聚体 (OPC) 和微量元素等纯天然生物成分, 通过高科技合成, 具有强大的止痒、抗炎、抗氧化^[6]、抗感染、促进创面愈合^[7]及重建皮肤屏障等作用。国内研究报道蓝科肤宁在婴幼儿急性湿疹^[8, 9]及面部激素依赖性皮炎均取得了良好的疗效^[10, 11]。

复方多粘菌素 B 软膏是一种复方制剂, 含有硫

酸多粘菌素、硫酸新霉素、杆菌肽以及盐酸利多卡因等有效成分。相对于红霉素软膏及莫匹罗星乳膏来说抗菌谱较广、抗菌活性较强, 而且由于含有麻药, 可更好起到止痛、止痒的效果^[12]。国内有复方多粘菌素 B 软膏联合激素软膏治疗湿疹、皮炎的报道, 均取得了满意的疗效^[13, 14]。本试验选择蓝科肤宁联合复方多粘菌素 B 软膏治疗婴幼儿急性湿疹, 结果显示, 在依从性方面, 治疗组较对照组有明显优势; 两组 SCORAD 评分分别在治疗 3 天、治疗 7 天均出现逐渐递减趋势, 两组之间比较, 治疗组 SCORAD 评分下降较对照组明显, 治疗 7 天比治疗 3 天疗效明显, 提示蓝科肤宁联合复方多粘菌素 B 软膏治疗婴幼儿急性湿疹时, 治疗疗程一周时最佳。治疗组及对对照组在治疗 3 天、7 天有效率均高于对照组, 两组疗效差异有统计学意义。1 月后随访发现, 治疗组的复发率低于对照组, 这可能与前期患儿疗效明显, 提高了依从性有关。

本研究采用蓝科肤宁联合复方多粘菌素 B 软膏治疗婴幼儿急性湿疹, 起效时间快, 减轻了患儿皮肤糜烂、渗出等痒痛不适感, 使用简便、安全, 取得了良好的临床疗效, 大大的降低了患儿家长对“激素”外用药物抵触的情绪。急性期控制后, 皮损好转明显, 取得患儿家属的信任, 为后期序贯使用激素及医用保湿剂做好铺垫。我们发现 1 个月后复发率较高, 从长期效果看, 仍需与激素软膏、钙调磷酸酶抑制剂及保

湿剂系统治疗,以期提高治愈率。

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] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2014版) [J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(7):511-514

[3] 弓娟琴, 林麟, 郝飞, 等. 湿疹和特应性皮炎皮损处细菌定植情况及药物联合治疗分析 [J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(9):515-518.

[4] YT L, CT W, BL C. Role of bacterial pathogens in atopic dermatitis[J]. Clin Rev Allergy Immunol, 2007, 33(3):167-177.

[5] Jedrychowski W, JD S, Maugeri U, et al. Effect of prenatal exposure to fine particulate matter and intake of Paracetamol (Acetaminophen) in pregnancy on eczema occurrence in early childhood.[J]. Sci Total Environ, 2011, 409(24):5205-5209.

[6] Brooks P, KL P, Moazzam A. Nanocrystalline silver(Acti-coat) for itch relief in the burns patient [J]. ANZ J Surg, 2007, 77(9):797.

[7] SL P, PG B, Dolman J. Antimicrobial activity of silver containing

dressings on wound microorganism using in vitro biofilm mode.[J]. Int Wound J, 2007, 4(2):186-191.

[8] 王建, 倪浩. 蓝科肤宁治疗婴儿湿疹疗效观察 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2013, 29(2):146-147.

[9] 李琳, 于建斌, 张江安. 皮肤止痒脱敏膜湿敷治疗婴幼儿急性湿疹的疗效观察 [J]. 中国皮肤性病杂志, 2011, 25(1):78.

[10] 张继玲, 谭张龙, 高燕飞, 等. 蓝科肤宁联合莫匹罗星软膏治疗婴儿面部激素依赖性皮炎 10 例临床疗效 [J]. 吉林医学, 2014, 35(25):5671-5672.

[11] 王卫亮, 谢汝汉, 刘奉彬, 等. 蓝科肤宁治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎疗效观察 [J]. 吉林医学, 2012, 33(15):3145.

[12] 王爱平, 余进, 傅雯雯, 等. 复方多粘菌素 B 软膏治疗细菌性皮肤病有效性和安全性评价 [J]. 实用皮肤病学杂志, 2008, 1(1):28-30.

[13] 王瑞, 曹鸿玮. 复方多粘菌素 B 软膏和卤米松软膏治疗湿疹临床研究 [J]. 医药论坛杂志, 2012, 33(11):112-113.

[14] 范思明, 黄斌, 古佳蕾. 复方多粘菌素 B 软膏联合复方氟米松软膏治疗慢性湿疹及接触性皮炎的效果观察 [J]. 中国当代医药, 2015, 22(28):133-135.

中西医结合治疗小儿湿疹的临床效果分析

楚利芳

(濮阳市第五人民医院中医儿科, 河南 濮阳 457000)

【摘要】 目的 探讨中药洗剂结合药物治疗小儿湿疹的临床效果。方法 选取 2016 年 3 月~2017 年 3 月期间本院收治的湿疹患儿 84 例, 利用随机数表法分为两组, 各 42 例。给予对照组氯雷他定口服崩解片 + 盐酸西替利嗪糖浆进行治疗, 观察组在此基础上给予中药洗剂擦洗, 对比两组临床疗效、瘙痒消失时间及不良反应。结果 观察组治疗总有效率(95.24%)较对照组(78.57%)高, 瘙痒消失时间(7.34 ± 3.87)天较对照组(12.25 ± 4.19)天短, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组不良反应发生率对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 中西医结合治疗小儿湿疹可有效提升治疗疗效, 缩短瘙痒时间, 且具有较高安全性。

【关键词】 小儿湿疹; 中西医结合; 疗效

中图分类号: R2-031; R758.23 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2018.03.036

湿疹是一种皮肤炎症反应性疾病, 该疾病由多种因素引发, 出现时常伴有渗出倾向, 且具有多种形态, 多发于面部, 还可能出现在躯干四肢, 常以对称性分布, 具有迁延不愈、反复发作等特点, 若不及时处理, 可能造成患儿感染, 甚至对患儿的生长发育造成影响^[1]。目前, 临床上常采用抗组胺制剂、皮质类固醇激素等西医治疗方式, 虽然取得确切疗效, 但停药后复发率较高, 且长期用药还会产生不良反应。本研究探讨中西医结合治疗小儿湿疹的临床效果。具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2017 年 3 月期间本院收治的湿疹患儿 84 例, 利用随机数表法分为两组, 各 42 例。观察组男 23 例, 女 19 例; 年龄(2~18)个月, 平均(9.86 ± 2.17)个月; 病程 6 天~2 个月, 平均(28.52 ± 5.69)天。对照组男 22 例, 女 20 例; 年龄(2~17)个月, 平均(9.75 ± 2.09)个月; 病程 5 天~2 个月, 平均

(28.43 ± 5.54)天。两组一般资料对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。患儿家长均对本研究知情, 且本研究经院内伦理委员会批准。

1.2 方法 给予对照组氯雷他定口服崩解片(浙江金华康恩贝生物制药有限公司, 国药准字 H20070300), 用法: 体重 ≤ 10kg 的患儿 2.5mg/次, 1 次/d; 体重 > 10kg, ≤ 30kg 的患儿 5mg/次, 1 次/d; 再给予盐酸西替利嗪糖浆(鲁南贝特制药有限公司, 国药准字 H20050889), 用法: 体重 ≤ 10kg 的患儿 2.5ml/次, 1 次/d; 体重 > 10kg, ≤ 30kg 的患儿 5ml/次, 1 次/d。观察组在此基础上, 给予中药洗剂, 药方如下: 防风 15g、艾叶 15g、白鲜皮 15g、地肤子 15g、荆芥 15g、川椒 4.5g。用水煎煮后为患儿擦洗, 2 次/d。两组均连续治疗 3 周。两组患儿在治疗期间应穿着舒适的衣物, 洗浴时避免使用碱性、刺激性洗浴用品, 保持皮肤清洁。

1.3 观察指标 对比两组临床疗效、瘙痒消失时间及不良反应发生情况, 不良反应包括恶心呕吐、瘙痒

【收稿日期】2018-01-08