

中药熏蒸与湿敷治疗面部皮炎短期 临床疗效对比

李婷¹, 王海瑞¹, 郝允姍¹, 陈丽亚¹, 俞爱华¹, 胡阳¹, 曾庆文^{2*}

(1. 上海市嘉定区南翔医院, 上海 201802; 2. 上海市嘉会国际医院, 上海 200032)

摘 要:目的:对比皮肤康洗液熏蒸与湿敷两种方法短程治疗面部皮炎的临床疗效。方法:将 63 例面部皮炎患者随机分为两组。治疗组予皮肤康洗液熏蒸,对照组予皮肤康洗液湿敷,均 1 次/d,连续治疗 3 d。两组均同时口服咪唑斯汀片和外用透明质酸修护生物膜。观察治疗前后两组临床症状和体征积分、皮肤检测化(VISIA)检测的红色区绝对分值、皮肤生理测试仪测量的红斑指数(erythema index, EX)和经皮水丢失(transepidermal water loss, TEWL)变化,评估临床疗效,并记录不良反应。结果:治疗 3 d 后,61 例患者完成随访,其中治疗组 31 例,有效率 70.97% (22/31),对照组 30 例,有效率 46.67% (14/30),差异无统计学意义($\chi^2 = 3.72, P > 0.05$)。治疗后两组患者的瘙痒、灼热、干燥/紧绷、刺痛、红斑、丘疹、水肿、脱屑和皮损面积积分、VISIA 红色区绝对分值、EX 和 TEWL 均较本组治疗前明显下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后瘙痒、刺痛、皮损面积积分以及 VISIA 红色区绝对分值和 EX 治疗组明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:皮肤康洗液 2 种治疗方法短期内均可以安全有效治疗面部皮炎,熏蒸法在改善瘙痒、刺痛、红色区绝对分值和 EX 方面优于湿敷法。

关键词:中药熏蒸;面部皮炎;皮肤康洗液;临床观察;皮肤检测仪;经皮水丢失

中图分类号:R275.9

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2022)01-0070-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.220016

面部皮炎是一种常见的发生在面部的炎症性皮肤病,其病因复杂,约半数病因不明^[1]。患者绝大多数为女性,推测与女性内分泌及更多使用化妆品或过度清洗有关^[2]。面部皮炎本质是皮炎湿疹类疾病,临床表现为面部红斑、丘疹、脱屑伴瘙痒、灼热或刺痛等症^[3]。中药湿敷和熏蒸均有利于此类疾病治疗的报道^[4-5]。我科拟采用中成药皮肤康洗液熏蒸治疗面部皮炎,并与湿敷法对比,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象及分组

63 例面部皮炎患者均为 2018 年 1 月—2019 年 12 月期间,在上海市嘉定区南翔医院皮肤科门诊接受治疗的面部皮炎患者。将其随机分为两组,治疗组 32

例,男 2 例,女 30 例,年龄 23~66 岁,平均(38.56 ± 12.13)岁,病程 1~180 d,接触性皮炎 11 例,颜面复发性皮炎 6 例,原因不明的面部皮炎 15 例。对照组 31 例,男 2 例,女 29 例,年龄 20~66 岁,平均(37.42 ± 12.77)岁,病程 1~180 d,接触性皮炎 10 例,颜面复发性皮炎 4 例,原因不明的面部皮炎 16 例。两组患者的性别、年龄和病程差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究获南翔医院伦理委员会审核批准(201701 号)。

1.2 纳入标准

参照文献[6],①皮疹限于面部;②病因不明或怀疑化妆品不耐受;③皮损表现均有红斑、可伴有丘疹、水肿、脱屑等;④伴有不同程度的瘙痒、刺痛、紧绷和烧灼等主观感觉;⑤所有患者自愿参加本实验并签署知情同意书。

1.3 排除标准

①严重的痤疮影响观察者;②面部水肿积分达到 3 或有明显水疱和渗出者;③排除激素依赖性皮炎、脂溢性皮炎、光敏性皮炎和急性变应性接触性皮炎;④排除其它面部炎症性疾病(非湿疹类),如玫瑰痤疮、皮

收稿日期:2021-05-30 修回日期:2021-07-05

基金项目:上海市卫计委中医薄弱领域专科建设项目(BR2K2016014);
上海市嘉定区医学重点学科建设项目(2020-jdlyxzdsk-07);上海市嘉定区中医药科研课题(2017-KY-ZYY-17)

作者简介:李婷(1979-),女,硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗皮肤病。

* 通讯作者:曾庆文(1979-),男,博士,主治医师,研究方向:基因诊断。

肌炎、系统性红斑狼疮等;⑤系统使用糖皮质激素或免疫调节剂;⑥不遵医嘱用药者等;⑦妊娠及哺乳期妇女;⑧对本次使用药物及类似制剂有过敏史者。

1.4 剔除标准

①受试者要求终止试验;②未能按期随访或脱落者;③治疗期间不遵医嘱用药者;④治疗期间因严重不良反应而更换治疗方案者(需计入不良反应)。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

治疗组给予皮肤康洗液(北京华洋奎龙药业有限公司,批号161107)熏蒸,将皮肤康洗液稀释30倍加入智能型中药熏蒸机器(苏州好博医疗器械有限公司,HB-1000型)中进行敞开式熏蒸治疗15 min,温度(35±3)℃,1次/d;对照组给予皮肤康洗液湿敷治疗,将皮肤康洗液稀释30倍,置冰箱冷藏室保存,温度(5±3)℃,使用时取四层厚无菌纱布浸湿药液,以不滴水为度,贴敷于面部15 min,1次/d;两组治疗疗程均为3 d,治疗期间均同时辅助口服咪唑斯汀片10 mg,每日1次口服,外用薇诺娜透明质酸修护生物膜2次/d。

2.2 临床疗效评价

参考文献[6-7]。

2.2.1 主观症状

症状积分半定量评价由患者治疗前和治疗第4日自我评价。使用4级积分法将瘙痒、灼热、刺痛、干燥/紧绷分别按无、轻、中、重记为0~3分。

2.2.2 客观体征

对患者皮损面积、红斑、丘疹、水肿和脱屑5种客观体征进行半定量评价,均由同一医师在患者治疗前和第4天观察并记录。4级积分方法如下:①皮损面积分5个区域(前额及眉、鼻及鼻周、口周、面颊和鬓角),无累及为0分,累及1个区域为1分,1<累及区域≤3个为2分,累及区域>3个为3分,②红斑:无0分,微红1分,鲜红2分,紫红3分;③丘疹,无0分,个数<50为1分,50~100个为2分,个数>100为3分;④水肿,无0分,自觉肿胀但不易察觉1分,水肿但双眼可睁2分,明显水肿眼睑难睁3分;⑤脱屑,无0分,鳞屑较小需仔细辨认1分,鳞屑明显2分,鳞屑较大且分布弥漫3分。

2.2.3 疗效判定

主观症状积分和客观体征积分之和为总积分。疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。疗效指数≥90%为痊愈;60%~89%为显效;20%~59%为好转;疗效指数<20%为无效,有效率=(痊愈例数+显效例数)/总病例数×100%。

2.3 皮肤无创性定量评价

所有患者治疗前及第4天就诊时清洁面部,15min后分别使用VISIA(美国canfield科技公司)拍照和皮肤生理测试仪(德国Courage+Khazaka公司)检测,所有操作均由同一工作人员完成。环境温度20~25℃,湿度40%~60%。首先用VISIA拍摄患者面部正面及双侧45°斜位图像,3个方位图像均进行面罩分析,注意避免头发干扰,记录3个方位的红色区绝对分值的平均值。再使用皮肤生理测试仪中的皮肤色素MX18测定EX,TewameterTM210C测定TEWL。测量时选取面部两侧红斑最明显的区域,每个区域测量3次后记录平均值。

2.4 安全性评价

记录两组患者治疗期间出现的不良反应

2.5 统计学处理

实验数据用Graphpad Prism 5统计软件进行统计,计数资料以例数或率表示,采用卡方检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对t检验,组间比较采用独立样本t检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 临床疗效比较

观察过程中两组各有1例剔除,最终治疗组31例、对照组30例患者完成临床观察。治疗结束后,治疗组和对照组有效率分别为70.97%和46.67%,治疗组临床疗效优于对照组,但差异无统计学意义($\chi^2=3.72, P>0.05$)。见表1。

表1 两组面部皮炎患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	31	6	16	8	1	70.97
对照组	30	1	13	14	2	46.67

3.2 症状、体征半定量积分比较

两组治疗后的各主观症状和客观体征积分均明显低于治疗前,差异均有统计学意义(P<0.05),其中治疗后瘙痒、刺痛和皮损面积积分,治疗组明显低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),见表2。治疗组治疗前和治疗后典型临床照片分别见图1A和图1C,对照组治疗前和治疗后临床照片分别见图2A和图2C。

3.3 无创性定量指标比较

治疗组和对照组VISIA红色区绝对分值、EX和TEWL的治疗前后结果,见表3。两组治疗后的各观察指标明显低于治疗前,差异均有统计学意义(P<0.01)。其中,治疗组的VISIA红色区绝对分值和EX下降更明显,与对照组比较差异有统计学意义(P<

0.05)。治疗组 VISIA 红色区治疗前和治疗后照片分别见图 1B 和图 1D,对照组 VISIA 红色区治疗前和治

表 2 两组面部皮炎患者症状和体征积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

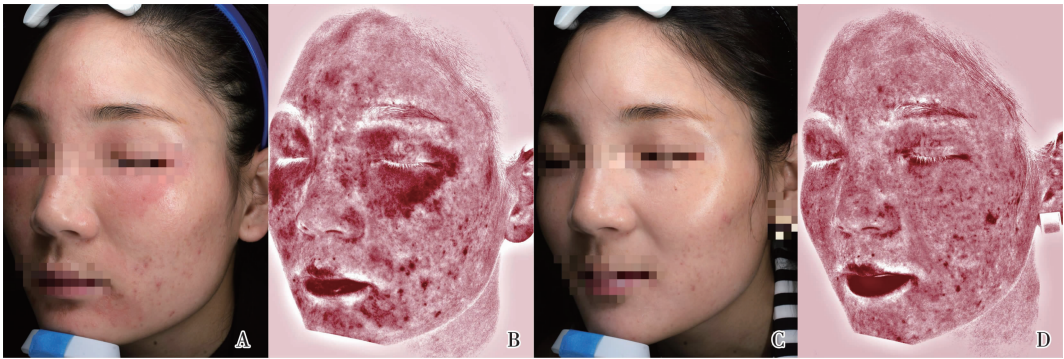
组别 例数	瘙痒		灼热		刺痛		干燥/紧绷		脱屑		红斑		水肿		丘疹		皮损面积	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 31	2.00±0.73	0.58±0.67*	1.42±0.96	0.26±0.51*	1.29±0.97	0.16±0.45*	1.58±0.72	0.55±0.62*	0.81±1.14	0.35±0.75*	1.97±0.48	0.81±0.60*	0.97±0.84	0.16±0.37*	0.65±0.98	0.29±0.59*	2.36±0.55	1.29±0.86*
对照组 30	1.90±0.61	0.97±0.72*	1.63±0.76	0.37±0.56*	1.33±0.76	0.57±0.73*	1.60±0.62	0.70±0.65*	0.77±0.90	0.27±0.58*	1.80±0.66	1.03±0.61*	0.90±0.71	0.40±0.62*	0.80±1.10	0.37±0.49*	2.13±0.51	1.77±0.73*
t	0.580	2.17	0.96	0.79	0.19	2.62	0.11	0.93	0.15	0.51	1.13	1.46	0.34	1.82	0.58	0.55	1.63	2.33
P	0.56	0.03	0.34	0.43	0.85	0.01	0.91	0.36	0.88	0.61	0.26	0.15	0.73	0.07	0.56	0.58	0.11	0.02

注:与同组治疗前比较,*P<0.01。

表 3 两组面部皮炎患者红色区绝对分值、EX 和 TEWL 值比较($\bar{x} \pm s$)

组别 例数	红色区绝对分值		EX		TEWL(g/(h·m ²))	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组 31	45.67±7.87	37.17±7.90*	426.11±57.85	341.25±60.28*	37.67±12.59	26.85±10.12*
对照组 30	46.47±8.25	42.40±7.44*	417.46±91.05	385.01±70.07*	33.99±12.00	25.75±12.40*
t	0.39	2.66	0.44	2.62	1.17	0.38
P	0.70	0.01	0.66	0.01	0.25	0.71

注:与同组治疗前比较,*P<0.01。



注:A.治疗前临床表现;B.治疗前红色区;C.治疗后临床表现;D.治疗后红色区。

图 1 治疗组临床表现及 VISIA 红色区变化



注:A.治疗前临床表现;B.治疗前红色区;C.治疗后临床表现;D.治疗后红色区。

图 2 对照组临床表现及 VISIA 红色区变化

3.4 安全性评价

整个观察过程中,两组中各有 1 例脱落,脱落率占 0.03% (2/63),脱落原因均为治疗第 2 天面部红肿加

重而更换治疗方案。61 例完成随访的患者中治疗组有 2 例在熏蒸治疗时有灼热感,治疗结束后缓解,而对照组有 2 例湿敷治疗时自觉瘙痒,1 例自觉轻微瘙痒

刺痛,患者均可以耐受,治疗后症状均缓解。总体,治疗组和对照组不良反应发生率分别是 9.38% (3/32) 和 12.90% (4/31),差异无统计学意义($\chi^2=0.20, P>0.05$)。

4 讨论

面部皮炎是按部位分类的皮炎湿疹类疾病,是临床上常用的诊断名称。清初名医冯兆张谓:“人之面部,阳明之所属也,其或胃中有热,有郁火,则面热……若风热内甚而上攻,令人面目浮肿”。中医认为本病为外感邪毒,侵袭肌肤,肺卫失调,邪气与卫气搏于肌表;或阳明气分热及血分,血热生风。因此,中医治疗以清热解毒凉血、祛风止痒为主。

中成药皮肤康洗液主要含金银花、蒲公英、马齿苋、大黄、赤芍、蛇床子等。金银花清热解毒凉血,消散风热,是君药;蒲公英、马齿苋和大黄共为臣药,可以加强金银花清热解毒凉血功效;蛇床子燥湿,祛风,杀虫止痒,赤芍清热凉血祛瘀,两药共为佐使;全方具有清热解毒、凉血除湿、祛风止痒功效,常被用于治疗湿疹皮炎类疾病^[8]。现代药理学发现金银花、马齿苋、大黄、蛇床子和赤芍均可以抑制接触性皮炎动物模型耳部肿胀^[9-12]。蒲公英提取物有明显抗炎活性,可以抑制毛细血管扩张及通透性亢进、减少渗出水肿^[13];马齿苋还可通过增加 FLG 基因表达,降低 PAR-2 水平,减少 TEWL,恢复大鼠接触性皮炎模型的皮肤屏障功能^[14]。因此,皮肤康洗液可用于治疗面部皮炎,其有多种外治方法^[8,15]。中药湿敷和中药熏蒸都是中医外治的常用方法,但是鲜有两者临床比较研究。

中药熏蒸治疗是通过现代化喷雾设备使药液持续以一种雾化状态喷出。中医理论认为熏蒸时药物透过皮肤、孔隙直接吸收进入血络、经脉以疏通经络、调和气血。现代研究发现药物透皮吸收可以通过角质层、毛囊和汗腺体表开口将药物输入皮肤深层,皮肤最外层的角质层是药物经皮吸收的屏障,与完整皮肤比较,受损的皮肤可以在更短时间内快速增加药物经皮吸收量^[16]。我们发现面部皮炎患者皮损处 TEWL 明显升高,说明皮损处有不同程度皮肤屏障受损,这有利于药物经角质层透皮吸收。Blattner 等发现对皮肤加热可以增加经皮渗透水的速度,而低温不会改变水的吸收^[17]。另有研究发现加热皮肤可以促进药物经毛囊的透皮吸收^[18-19]。面部是毛囊皮脂腺丰富部位,理论上对面部局部熏蒸治疗更有利于药物透皮吸收。杨广智等发现中药熏蒸联合医学护肤品治疗激素依赖性面部皮炎疗效较好^[4]。本研究参照中国特应性皮炎诊疗指南^[20]推荐的沐浴水温,将熏蒸温度设定在 35℃

左右,时间控制在 15 min,选择中成药皮肤康洗液作为治疗药物,并与临床常用的湿敷方法进行对比。结果发现熏蒸治疗组和湿敷对照组临床各症状积分、红色区绝对分值、EX 和 TEWL 治疗后均较治疗前明显下降,差异有统计学意义,且两组不良反应发生率均较低,说明皮肤康洗液两种外用方法均可以安全有效治疗面部皮炎。熏蒸治疗组在治疗 3 d 后的临床有效率为 70.97%,湿敷对照组有效率 46.67%,尽管差异无统计学意义,但是,治疗后治疗组的瘙痒、刺痛、皮损面积积分、红色区绝对分值和 EX 下降幅度明显高于对照组,差异有统计学意义,这可能与局部熏蒸促进药物和水的透皮吸收有关,可以更好的使药物发挥抗炎、止痒效果。但是,熏蒸治疗需要设备辅助,长期依从性不如局部湿敷,因此面部熏蒸治疗适合短期快速改善症状和体征。

总之,皮肤康洗液局部熏蒸短程治疗面部皮炎临床使用安全有效,在改善瘙痒和刺痛方面优于湿敷法。

参考文献:

- [1] 王文慧,李邻峰,路雪艳,等.面部皮炎的病因及加重因素分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2007,23(7):568-571.
- [2] 陆晓君,刘伟,朱东余,等.83 例面部皮炎患者临床特征及致病因素调查[J].中国医疗美容,2017,7(8):65-69.
- [3] 宋志强,郝飞.面部皮炎的诊断思考[J].中华皮肤科杂志,2017,50(8):609-612.
- [4] 杨广智,麦丽霞,张婷,等.舒敏医学护肤品联合中药熏蒸治疗面部激素依赖性皮炎的临床观察[J].中华中医药学刊,2016,34(7):1789-1792.
- [5] 季梅,付英华,蒋寒芳,等.复方三黄汤湿敷治疗化妆品接触性皮炎 43 例疗效观察[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2017,16(4):338-339.
- [6] 强燕,陈丽宏,黄立新,等.积雪苷霜软膏联合地奈德乳膏治疗面部皮炎的临床研究[J].世界临床药物,2016,37(6):401-404.
- [7] 王媛,常晓丹,李春婷,等.龙珠软膏治疗颜面部皮炎湿疹的临床疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志,2015,29(7):734-737.
- [8] 李永珊,丁丽.派瑞松乳膏联合中药复方制剂皮肤康洗液治疗皮炎湿疹疗效观察[J].环球中医药,2014,7(S1):106-107.
- [9] 黄礴,樊翌明,吴志华.六种中药水煎剂抑制小鼠变应性接触性皮炎的研究[J].中华皮肤科杂志,2009,42(6):428-430.
- [10] 王国玉,王璐,王玮,等.马齿苋水提取物抗炎作用研究[J].河北医学,2014,20(11):1866-1868.
- [11] 余其斌,张汝芝.大黄、苦参、蛇床子实验治疗接触性湿疹模型[J].蚌埠医学院学报,2001,26(3):197-198.
- [12] 梁秀宇,关洪全,刘文力,等.常用清热类中药抗 IV 型超敏反应的实验研究[J].中医药学刊,2006,24(6):1052-1054.
- [13] 童洁.关于蒲公英药理活性的浅谈[J].科技资讯,2016,13:170,172.
- [14] 胡一梅,葛一漫,雍江堰等.马齿苋提取液对急性湿疹大鼠皮肤屏障功能的调控作用[J].重庆医学,2019,48(10):1639-1641,1645.

- [15] 乌兰,乌日娜,斯琴. 中药皮肤康洗液治疗湿疹皮炎临床观察[J]. 内蒙古医学院学报,2004,26(2):116-117.
- [16] 刘健,韩剑,贾志伟,等. 正常皮肤与破损皮肤复方黄柏液的透皮吸收情况比较[J]. 中国中医药科,2016,23(6):683-685.
- [17] BLATTNER C M,COMAN G,BLICKENSTAFF N R,et al. Percutaneous absorption of water in skin;a review[J]. Rev Environ Health,2014,29(3):175-180.
- [18] FARAH H A,BROWN M B,MCAULEY W J. Heat enhanced follicular delivery of isotretinoin to the skin[J]. Pharm Res,2019,36(8):124.
- [19] CASERTA F,BROWN M B,MCAULEY W J. The use of heat and chemical penetration enhancers to increase the follicular delivery of erythromycin to the skin[J]. Eur J Pharm Sci,2019,132:55-62.
- [20] 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.

Comparison of Short – Term Clinical Efficacy of Facial Dermatitis Treated with Fumigation and Wet Application of Pifukang Lotion

LI Ting¹, WANG Hairui¹, HAO Yunshan¹, CHEN Liya¹, YU Aihua¹, HU Yang¹, ZENG Qingwen²

(1. Shanghai Jiading Nanxiang Hospital, Shanghai 201802, China; 2. Shanghai Jiahui International Hospital, Shanghai 200032, China)

Abstract: Objective: To compare the short – term clinical efficacy of facial dermatitis treated with fumigation and wet application of Pifukang Lotion. Methods: 63 patients with facial dermatitis were randomly divided into two groups. The treatment group was treated with local fumigation of Pifukang Lotion and the control group was treated with wet application of Pifukang Lotion respectively, once a day for 3 days. Both groups were given Mizolastine Tablet and hyaluronic acid repairing biofilm together. The changes of clinical symptoms and signs, and the absolute score of the red area were detected by VISIA; the erythema index (EX) and the transdermal water loss (TEWL) were measured by skin physiological tester. After the treatment, the clinical efficacy was evaluated, and side effects were recorded. Results: 61 cases completed 3 days of the treatment, including 31 cases in the treatment group, with an effective rate of 70.97%; 30 cases in the control group, with an effective rate of 46.67%; the difference was not statistically significant ($\chi^2 = 3.72, P > 0.05$). The scores of pruritus, burning sensation, dryness and tingling, erythema, papule, swelling, desquamation and lesion area, the absolute score of VISIA red area, EX and TEWL were significantly lower after the treatment than those before the treatment in the two groups ($P < 0.05$). The scores of pruritus, tingling and lesion area, the absolute score of VISIA red area and EX were significantly lower in the treatment group than those in the control group after the treatment ($P < 0.05$). There was no statistical difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Both methods of Pifukang Lotion are safe and effective in the treatment of facial dermatitis, but fumigation therapy is better than the wet application method in the improvement of pruritus, tingling, absolute score of red area and EX.

Key words: Fumigation with Chinese medicinal; Facial dermatitis; Pifukang Lotion; Clinical observation; VISIA; TEWL