

Clinical Research on the Treatment of Childhood Subacute Eczema by Strengthening Spleen and Removing dampness

A Dissertation Submitted for the Master's Degree

Candidate : Xu Yongfang

Adviser : Prof. Wei Yuegang

Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, China

学号：20141212




硕士学位论文

健脾祛湿法治疗儿童期亚急性湿疹的临床研究

作者姓名	徐泳芳	申请学位级别	临床医学硕士学位
指导教师姓名	魏跃钢	职 称	教授
学科专业	中医外科学	研究方向	皮肤性病学
学习时间自	2014年09月01日起 至 2017年06月30日止		
论文提交日期	2017年3月16日	论文答辩日期	2017年6月4日
学位授予单位	南京中医药大学	学位类型	临床医学专业硕士学位

原创性声明

本人郑重声明：所提交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。


学位论文作者（需亲笔）签名： 2022年6月12日

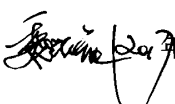
学位论文版权使用授权书

本学位论文作者完全了解学校有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人授权南京中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。

保密，在_年解密后适用本授权书。本学位论文属于不保密.

（请在以上方框内打“√”）

学位论文作者（需亲笔）签名： 2022年6月12日

导师（需亲笔）签名： 2022年6月12日

目 录

摘 要.....	iii
ABSTRACT.....	iv
引 言.....	1
第一部分 理论研究.....	2
1.传统医学对儿童湿疹的认识.....	2
1.1 病名概述.....	2
1.2 病因病机.....	2
1.3 治疗措施.....	3
2.现代医学对儿童湿疹的认识.....	8
2.1 病因及发病机制.....	8
2.2 临床分型及表现.....	11
2.3 治疗措施.....	11
3.总结与展望.....	14
第二部分 临床研究.....	15
1.病例资料来源.....	15
2. 病例选择.....	15
2.1 诊断标准.....	15
2.2 纳入标准.....	16
2.3 排除标准.....	16
2.4 剔除标准.....	16
3.研究方案.....	16
3.1 实验设计.....	16
3.2 治法方案.....	17
3.3 观察指标及评分方法.....	18
3.4 统计学方法.....	20
4.结果与分析.....	20
4.1 两组治疗前后皮损症状积分对比.....	20
4.2 两组治疗前后 EASI 分值对比.....	22
4.3 两组总有效率比较.....	23
4.4 两组治疗前后瘙痒程度评分对比.....	23
4.5 两组生活质量指评分对比.....	25
4.6 安全性观察.....	27
4.7 随访.....	26
第三部分 讨论.....	28

1.组方分析及作用机理.....	28
2.临床指标的选择.....	31
3.对照药物及联合用药.....	31
4.问题与展望.....	32
第四部分 结论.....	33
参考文献.....	34
附 录.....	39
攻读硕士学位期间取得的学术成果.....	48
致 谢.....	49

摘要

目的：本课题从中西医两方面对湿疹的认识进行概述与总结。并将导师自拟健脾祛湿经验方对儿童亚急性湿疹进行临床研究，客观评价健脾祛湿法在治疗儿童亚急性湿疹的疗效与优势。

方法：收集来自江苏省中医院皮肤科自 2016 年 04 月-2017 年 02 月的门诊患儿共 80 例，将患儿按随机原则分为健脾祛湿方药治疗组 41 例、西替利嗪滴剂对照组 39 例。方药由本院药房统一煎煮，每日 2 次，早晚饭后半小时各 1 袋；对照组予西替利嗪滴剂，每晚 1 次，饭后半小时温水调服。两组均联合长效抗菌材料洁悠神外用。4 周为一个疗程。分别通过湿疹面积及严重度指数（Eczema Area and Severity Index, EASI）评分、瘙痒程度的直观模拟标尺（Visual Analogue Scale, VAS）评分、儿童皮肤病生活质量指数（Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI）量表、疗程结束后随访复发情况来观察疗效。

结果：健脾祛湿方药组 4 周后总有效率为 60.98%，西替利嗪滴剂 4 周后总有效率为 35.90%，相比总有效率差异性显著（ $P < 0.05$ ）；治疗组治疗前 EASI 分值 7.38 ± 1.58 ，治疗后 EASI 分值 2.37 ± 1.48 ，对照组治疗前 EASI 分值 7.34 ± 1.43 ，治疗后 EASI 分值 3.37 ± 1.59 ，两组用药前相比分值相近，无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后相比，西替利嗪滴剂组分值明显高于健脾祛湿方药组，二者有显著性差异（ $P < 0.05$ ）；治疗组治疗前瘙痒程度积分 6.15 ± 1.46 ，经治后降为 2.90 ± 1.09 ，对照组治疗前瘙痒程度积分 6.13 ± 1.28 ，治疗后降为 3.87 ± 1.66 ，两组用药前相比分值相近，无显著性差异（ $P > 0.05$ ），经治后相比有显著性差异（ $P < 0.05$ ）；治疗组治疗前 CDLQI 评分 11.66 ± 2.71 ，治疗后 CDLQI 评分 5.51 ± 1.08 ，对照组治疗前 CDLQI 评分 12.05 ± 2.97 ，经治后 CDLQI 评分 8.08 ± 2.04 ，两组用药前相比分值相近，无显著性差异（ $P > 0.05$ ），治疗后相比有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。

结论：健脾祛湿方药加减治疗儿童亚急性期湿疹明显优于西药组对照，疗效显著，复发率低，具有临床探讨价值。

关键词：健脾祛湿法；儿童湿疹；亚急性；临床研究

ABSTRACT

OBJECTIVE: To summarize the understanding of eczema from both traditional Chinese and Western medicine. To explore the clinical effect of the treatment of strengthening spleen and removing dampness on children subacute eczema and to verify the superiority of this method which is from tutor experience. To lay the foundation for clinical exploration of better treatment programs.

METHOD: 80 patients were collected from the Jiangsu Provincial Hospital of TCM from April 2016 to February 2017, the patients were randomly divided into traditional Chinese medicine treatment group (41) and western medicine control group (39). The treatment group is modification of Jianpiqushi Decoction twice a day, half an hour after breakfast and dinner to take. Control group is treated by cetirizine drops, one time per night, warm water delivery service half an hour after a meal. Both groups were given long-lasting antimicrobial dressing spray material-Jieyoushen. All treatments lasted for 4 weeks. We evaluate the clinical effect via Eczema Area and Severity Index(EASI), Visual Analogue Scale(VAS), Children's Dermatology Life Quality Index(CDLQI), and follow-up recurrence after treatment.

RESULT: The total effective rate was 60.98% and 35.90% in the control group. There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The EASI score was 7.38 ± 1.58 in the treatment group and 7.34 ± 1.43 in the control group before treatment. The EASI score was 2.37 ± 1.48 in the treatment group and 3.37 ± 1.59 in the control group after treatment. There was no significant difference between the two groups before treatment ($P > 0.05$), and there was significant difference between the two groups after treatment ($P < 0.05$). The itching integral was 6.15 ± 1.46 in the treatment group and 6.13 ± 1.28 in the control group before treatment. The itching integral was 2.90 ± 1.09 in the treatment group and 3.87 ± 1.66 in the control group after treatment. There was no significant difference between the two groups before treatment ($P > 0.05$), and there was significant difference between the two groups after treatment ($P < 0.05$). The score of CDLQI before treatment was 11.66 ± 2.71 and 5.51 ± 1.08 after treatment in the treatment group. The score of CDLQI before treatment was 12.05 ± 2.97 and 8.08 ± 2.04 after treatment in the control group. There was no significant difference between the two groups before treatment ($P > 0.05$), and there was significant difference between the two groups after treatment ($P < 0.05$).

Conclusion: The treatment of strengthening spleen and removing dampness on children's subacute eczema was superior to that of western medicine group. The Jianpiqushi Decoction has remarkable curative effect and the recurrence rate is lower.

Keywords: strengthen spleen and remove dampness; childhood eczema; subacute; Clinical research

引言

湿疹作为一种伴明显渗出倾向的皮肤炎症反应性疾病，临床相当常见。随之社会发展，饮食结构多样性，环境空气变化等因素，其中儿童成为皮肤科、儿科门诊最多见病发群体。现代医学对此病研究认识颇多，疗法丰富多样，却仍然成为困惑患儿及家属的一大难题。西医治疗方案如应用抗组胺药、皮质类固醇激素制剂、免疫调节药、抗菌药等等。医者临证治疗常鉴于发病人群之特殊性，发病机制之复杂性，症状之多样性及愈后反复发作等特性，用药易顾此失彼，或只解得一时之急。故而急待探索出疗效确切、安全性高、不易复发的儿童湿疹新方案。祖国医学虽未见“湿疹”一病，却早在春秋战国时期便有所认识并记录。古代医家对此病内外治法叙述详尽，结合先人经验，近现代中医学者逐渐转从中医药结合其药理机制方面探索儿童湿疹新疗法。健脾祛湿方乃导师从医几十年，结合临床经验及现代药理研究总结而得经验方，临床疗效显著。本课题将其与西医常规治疗方案做对比，以湿疹面积及严重度指数（Eczema Area and Severity Index, EASI）评分法、瘙痒程度的直观模拟标尺（Visual Analogue Scale, VAS）评分法、儿童皮肤病生活质量指数（Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI）量表以及疗程结束后随访复发情况为疗效指标，观察对比两组方案疗效。以期进一步验证中医药辨证论治法则—健脾祛湿，在治疗儿童湿疹疾病上的优越性，为此后学者借鉴或运用本方案提供理论和临床依据。

第一部分 理论研究

1.传统医学对儿童湿疹的认识

1.1 病名概述

“湿疹”作为病名未见于任何典籍之中，早期祖国医学对湿疹初探的可寻之处有《黄帝内经》、《金匱要略》、《诸病源候论》、《千金方》等等。其中所载之“浸淫”、“浸淫疮”之类均通现代所说“湿疹”一病。此后清代《医宗金鉴》一书可见详细阐述各表现类型，如“胎敛疮（奶癣）”、“四弯风”、“面游风”、“浸淫疮”等等^[1]。可据皮损部位所在，名称皆有不同。若发之于耳，称为“旋耳疮”；若发之于乳头，称为“乳头风”；若发之于脐部，称为“脐疮”；若发之于阴囊，称为“肾囊风”；若发之于肘、膝弯曲部，称为“四弯风”。亦可因皮损形态所现，名称各有所异。“初如粟米，而痒兼痛，破流黄水，浸淫成片”乃“黄水疮”；“湿癣者，亦有匿部，如虫行，浸淫赤湿，痒，搔之多汁，成疮”乃“湿癣候”。又有因病因不同而命名者，如见于《外科枢要》云“肾脏风”：“属肾虚，风邪乘于膝胫，以致皮肤如癣……瘙痒成疮……脓水淋漓……。”《奇方类编》载“奶癣”：“小儿初生奶癣，类乎疥癩。”

1.2 病因病机

儿童作为湿疹病发之特殊群体，历代医家学者对其病因病机各有细究。最早当溯至《素问·至真要大论》“诸痛痒疮，皆属于心”、“诸湿肿满，皆属于脾”。首次提出病在表、发于内之认识。亦为此疾病的治疗奠定基本纲要。《素问·阴阳应象大论》论：“地之湿气，感则害皮肉筋脉”。隋代《诸病源候论》曰：“……属心火内郁，外感风邪”。唐代《太平圣惠方》载：“夫小儿五脏有热，熏发皮肤，为风湿所折，湿热相搏，身体发初出甚小，后有脓汁，浸淫渐。”宋朝《圣济总录》云：“风热蕴于心经……气血鼓作，发于肌肤而为浸淫疮也”。又曰：“小儿体有风热，脾肺不利，或湿邪搏于皮肤，壅滞血气，皮肤顽厚，则变诸癣。”明代《证治准绳》言：“胎毒疫济，因禀胎热或娠母饮食之毒，七情之火。”《寿世保元》论小儿鼻疮：“热壅伤肺，肺主气，通于鼻，风湿之气乘虚客于皮毛，如于血脉，故鼻下两傍湿痒烂，是名鼻匿。”《外科正宗》述奶癣：“因儿在胎中，母食五辛，父飧灸搏，遗热与儿，生后头面遍身为奶癣，流脂成片，睡卧不安，瘙痒不绝。”又言“血风疮，乃风热、湿热、血热三者交感而生。”清代《医宗金鉴》论：“此证……瘙痒无时、蔓延不止……由也火、脾湿受风而成”；“鼻蠹疮多小儿生……总由风热客于肺”；“腐疮……由风湿外袭成……”等。

纵观历代医家多种观点，儿童湿疹的发生发展主要归于如下方面：一责先天禀赋不耐，心郁火、脾失运，湿热生；母体或饮食或七情不调，遗儿促发；一责外感风、湿、

热邪，或独自成因，或交相互博于肌表发。二者亦可相博相合，缠绵日久，迁延不愈，耗血伤阴，肌体失养。

当代中医学家在此根柢上联系自身临床经验，对其病因病机又各有探究。赵炳南^[2]以“湿疡”一名概括此病，认为其形虽表于外，实则发于内，其中饮食所致脾胃受损、外感所受湿热之邪是此病主要发病因素。食入胃，需经脾运化，若过于辛辣炙煨、味甘厚腻，湿热滞脾，运化功能失司，再合腠理稀疏，湿热浸淫不去，故而发病。安家丰^[3]总结认为，儿童湿疹发病当责胃肠滞热，而结合儿童生理病理特征考虑，胃肠积滞又需从肾属，故脾肾两虚之脏腑功能紊乱亦是此病不可忽略的重要部分。瞿幸^[4]等则根据疾病发病缓急程度，认为急性发作当虑及心，亚急性、慢性发作脏多归肝、脾，由此提出肝胆湿热型、肝风湿热亦是不可忽视的一部分。日本有医家^[5]辨证治疗湿疹从肺失协调出发，提出了此病及肺的密切关系。禰国维^[6]认为湿疹病因病机与临床表现密切相关，如慢性湿疹见肌肤干燥瘙痒，则追其病程是否过久，机体脾虚湿蕴，阴虚血瘀而起病。艾儒棣^[7]则多从“湿”来论，将“治湿”之则贯穿始终，纵然慢性期辨属阴虚血燥证，仍需注重湿恋未去之责。张士卿^[8]亦认为小儿湿疹的主要病因在湿热，母亲在孕期或哺乳期饮食不节，或小儿素体禀赋不足，又兼感风邪，表里风湿热邪相搏，以至内无以泄外无以透，搏结肌表而发。俞景茂^[9]认为随着社会环境发展，此病发生率逐年增加，去除外在饮食等因素后，最主要当与“内风”相关，或禀赋不足，先天遗传可生内风，外邪引动即发，亦或外风留而不去成内风。

1.3 治疗措施

1.3.1 古代医家治法概述

汉·医圣张机所撰《金匱要略·疮痍肠痍浸淫病脉证并治》云：“浸淫疮，黄连粉主之。”此为湿疹外治药可溯之首载。

晋·现存最早外科专著《刘涓子鬼遗方》录五黄膏、恶疮膏、水银膏之倍可效久病疥癣、诸恶疮毒。此乃金石药治疗皮肤疾病可溯之首载。

唐·药王孙十常《千金要方》载大量详尽之湿疹治疗方药，如述“蛇床子捣末，猪脂和敷之”治小儿湿癣；“取煎饼热拓，不限多少，日一遍”、“大麻仁敷之，五日瘥”等既可治癣又可治浸湿疮；“取自死蛇烧作灰，以猪脂和涂即瘥”治日久不愈湿癣。再如“苦瓢散方”、“治痲方”等等。其制剂包含粉、膏、散等类型。此外“一切痲疮，灸足大趾歧间二七壮，灸大趾头亦佳”介绍了灸法治湿疹。其中亦有内服方“凡疮疥，小秦艽散中加乌蛇肉二两主之，黄芪酒中加乌蛇脯一尺，亦大效。”王焘《外台秘要》汇集近五十首外治方治疗皮肤湿疹渗出类疾病，如浸淫疮方、干湿癣方等。此外“取牛粪新者……亦烧烟熏之”介绍熏法治肘后湿疹；“但看癣头有痒痛子处，即以小艾炷灸之瘥”介绍灸法治干癣诸治不愈。

金·张从正《儒门事亲》有十五岁女患者两股之间湿疹之医案，言“痛不可忍……皆不效……以铍针磨令尖快，当以痒时，于癣上各刺百余针，其血出尽，煎盐汤洗之。”且指出“湿淫于血，不可不砭者矣。”记录砭镰法用于急性发作期诸药不效。

元·齐德之《外科精义》曰：“夫塌渍疮肿之法，宣通行表，发散邪气，使疮内消也。盖汤水有荡涤之功……此谓疏导腠理，通调血脉，使无凝滞也……以净帛或新棉蘸药水稍热湿其患处，渐渐洗塌沐浴之。”介绍中药塌渍疗法用于疮疡疾病及其机理作用。朱丹溪《丹溪心法》载“春天发疮疥宜开郁为主，不宜抓破敷。诸痛痒疮疡属火，若禀受壮盛，宜四物加黄连、黄芩、大力子、甘草。”提出此病治疗需据时施治。又道“此虽皮肤小疾，不足为害，然疮有恶疮，癣有恶癣……凡病此者，不当专用外敷药，须内宣其毒可也。”提醒医者需内外疗法相配合。

明·陈实功《外科正宗》曰：“奶癣……以文蛤散治之，或解毒雄黄散，甚则翠云散妙。”治血风疮“年久紫黑坚硬，气血不行者”，予针砭去黑血，神灯照明熏患处。介绍了针灸联合物理疗法。此外有“肾囊风……宜蛇床子汤熏洗二次即愈”等等。申斗垣《外科启玄》言道“仍忌发物及母欲乳，不然，恐难愈也。”提醒各医家对待小儿湿疹病，调理饮食极为重要。李时珍《本草纲目》则云：“一切湿疮。蟾酥烧灰，猪脂和傅。”“脚肚生疮……初黄水出，痒不可忍，久成痼疾。用百药煎末唾调……日一次。”

清·祁广生《外科大成》载有青蛤散治湿疹可愈。陈士铎《洞天奥旨》记有龙化丹、粉灰散等。吴谦《医宗金鉴》论外治有青蛤散、润肌膏、乌云膏、穿粉散等；认为瘙痒时久甚重与虫毒相关，“藜芦膏擦之甚效”。记录了痒甚者予攻毒杀虫药治之。根据病情发展、临证表现内服有升麻消毒饮、消风散、五福化毒丹等。此外，治之无效者，“属脾散，不治之证也”，不仅将疾病分阶段治疗，还指出疾病转归。

综上所述，古代医家对湿疹病极其重视，所载详尽，疗法细致且多样。概述可见古代多以外治法为首选，直至元朝以后才逐渐讲求辨证论治及内外同治。

1.3.2 现代中医学治法概述

1.3.2.1 辨证分型内治法

现代中医学者根据前人记述结合自身经验，大体赞同如下分期：急性发作期以湿热为主因，常兼风邪并作；亚急性期多脾虚兼湿困；慢性期多湿热未清、脾虚血燥。故辨证论治可分为：湿热蕴肤证，治以清热利湿止痒，方拟龙胆泻肝汤或萆薢渗湿汤合二妙散或儿童清热除湿汤加减；脾虚湿蕴证，治拟健脾利湿辅以养血润肤，方拟除湿胃苓汤或参苓白术散加减；血虚风燥证，治予养血润肤、健脾气佐利湿热，方拟当归饮子或地黄饮子或儿童健脾润肤汤加减。

此外亦多有学者在病因病机及治疗上各有侧重，辨证分型、选方用药各有所异。

宋祚民^[10]将儿童湿疹主要分为两型，即急性发作期和慢性缓解期。又根据症状体征的差异，将其具体分为：急性期分湿热偏盛，热盛辨脾湿胃热型，湿重辨脾虚湿困型；

慢性期脾气多虚弱，肌肤失以濡养，辨为脾虚肤燥型。脾湿胃热需清热利湿，健脾胃。方药常拟滑石、生石膏、黄芩等清热，生苡仁、茯苓、泽泻、车前子等利湿兼运脾。渗出液多者予黄柏、冬瓜仁等加重祛湿之力；热盛口渴者予知母、天花粉等加重清热之功而不伤阴；痒甚者予地肤子、白鲜皮、防风等发挥祛风之效；便秘者则予元明粉清胃肠之火而通便。脾虚湿困型治以健脾为重，利湿为辅。方药拟苍术、白术、陈皮健脾运脾，生苡仁、滑石、白扁豆利湿热等。腹泻甚者加伏龙肝、煅牡蛎温中收敛固涩；腹胀甚者加白蔻、砂仁行气宽中等。脾虚肤燥型重在健脾与益气，养血以润燥。方药拟黄芪、当归、丹参、鸡血藤益气健脾养血活血等。痒甚者可加苦参、白鲜皮；烦急者可加佛手、青皮；纳少口干者可加麦冬、玉竹、石斛等。

唐定书^[11]则以小儿生理病理特点辨证，认为其属纯阳之体，阳有余阴不足乃常态，又属稚阴稚阳之体，感邪最易化热，热毒而内盛可发此病；此外小儿脾胃尚未健全，加之饮食不知节，寒温不知调，又易生湿化热。据此可辨如下：湿热蕴结型拟凉血解毒，除湿止痒之法，方用双解二妙散加减，其中黄柏、金银花、生地黄、牡丹皮、赤芍清热凉血解毒，苍术、蝉衣、僵蚕祛湿止痒。脾虚湿盛型拟健脾除湿之法，方用参苓白术散加减，方中党参、茯苓、白术、甘草补气和渗湿，陈皮、炒麦芽健运脾胃，地肤子，白鲜皮祛风止痒等等。期间还需配合饮食调节，生活习惯改善等。

马融^[12]辨卫气营血而分型，卫分证时乃湿疹初期，患儿常因某些外感病症就诊，治以辛凉疏风止痒，清热解毒消疹为主。方用银翘散加大青叶、果榄、防风、白鲜皮等辛凉透表，驱邪外出。气分实热证时则需重清利解毒、健脾消食之法。视湿热轻重选方拟药，湿重者予三仁汤宣畅湿浊加焦三仙、鸡内金、黄连等；湿热并重者予麻黄连翘赤豆汤加减解毒清热消湿肿；食积者予保和散加减。发展至营血分期多为慢性湿疹，仍需以清利为本，再予养血祛风之物，如丹皮、当归等。马教授认为利用卫气营血辨湿疹病位浅深及抓住治疗时机，可预防湿疹的进一步发展。

杜锡贤^[13]认为风湿热结而发病，治湿为最先，清利并补，表里相兼。此病虽发于表，在内却与心、肝、脾、肺、三焦密不可分，当分三型治疗。湿热内蕴型：宜清热除湿，祛风止痒；方选龙胆泻肝汤加减；以龙胆草、栀子、黄芩清理实火，丹皮，生地清热凉血防伤阴，车前子、泽泻利湿热从小便出，白鲜皮、地肤子、徐长卿祛风止痒。风热搏肤型：宜疏风清热利湿；方选消风散加减；以荆芥、防风、蝉衣、牛蒡子开腠理，苦参、苍术燥湿散风，丹皮、当归凉血活血和营等。血虚风燥型：宜养血活血，润燥祛风；方选当归饮子加减；方中取四物之品活血养血，以刺蒺藜、荆芥祛风止痒，黄芪、甘草补气托邪外出等。

皮先明^[14]观点与杜锡贤相近，湿邪当属湿疹病因三要素（风、湿、热）之首。急性期湿热浸淫型，治宜清热除湿兼凉血止痒。方拟《太平惠民和剂局方》之龙胆泻肝汤加减。湿盛黄水淋漓多用金银花、连翘、石膏等；见黄痂或糜烂多用茯苓、薏苡仁、六一散等；大便秘结多用火麻仁、郁李仁等。此外，急性期当禁止使用散风之品，恐风火相

搏相煽而加重病情。亚急性期脾虚湿盛型，仍遵循健脾除湿法。方拟《医宗金鉴》之除湿胃苓汤加减。见肌肤肿胀予皮类药，如冬瓜皮、茯苓皮之品；感体乏倦怠者加黄芪、白术、党参之品；慢性期血虚风燥型，治宜除湿养血，祛风活血。方用芩鲜止痒方。若皮肤呈苔藓样变，则加强活血养血之药。皮教授还强调，小儿湿疹病最应从脾胃考虑。健运脾胃中焦当贯彻治疗始末，选方上多运用保和汤、二陈汤等补益调和中土之类。此外皮教授认为，皮损所发之部位当责此处所系之脏腑经络，故而治疗之时当不可忘引经药之类。

此外亦有据各期各型表现所制中成药，如急性期的龙胆泻肝汤软胶囊、防风通圣丸、三妙丸，亚急性期的二妙丸、参苓白术丸，慢性期的润燥止痒胶囊、乌蛇止痒丸、八珍丸等。

1.3.2.2 外治法

湿疹病位表浅、病灶外露，外用药物作用局部皮损，发挥直达病所、通透腠理、调达经络、扶助气血以驱邪外出之作用，故而可对局部发挥直接疗效。

1.3.2.2.1 中药外治法

赵炳南教授^[15]外治湿疹按急性、亚急性、慢性三期分型论治，各有经验方药。急性期伴有渗出者予中药液湿敷或甘草油调祛湿散外敷或鲜芦荟蘸药（祛湿散、明矾粉）外涂，见继发感染者亦可在其中加少许化毒散。最常选马齿苋、黄柏、鲜枇杷叶三味药其中之一二两于患处湿敷，若见毒热盛有继发感染者，加紫花地丁一两放于盆内加水煮沸，待冷却后将纱布放入药液浸透，敷于皮损处。亚急性期则常将普连软膏、止痒软膏各半混和调用。亦或用花椒油清拭皮损面。慢性期常见将大枫子油、冰片鸡蛋油、甘草油混合联合外扑五倍子粉等治疗皮损厚但角化不显者，若皮损厚且角化明显局限，可予稀释拔膏，若见皲裂，予熏药疗法或梅花针局部针刺等等。

朱仁康教授^[16]治湿疹外治法分为如下几种：1.塌渍法，适用于急性渗水多者。可选黄柏或马齿苋或生地榆其中一种，煎水取汁置于盆中待凉，取纱布浸渍湿敷于皮损表面。2.药膏有软膏或糊剂，多适用于急性、亚急性期。如湿疹膏、湿毒膏等，可用于渗出不多者。慢性期患者多见皮损肥厚或浸润，可选皮湿二膏、薄肤膏等。皲裂性可选狼毒膏。3.粉剂，适用于急性或亚急性期。如青白散、湿疹粉。4.丘疹性湿疹可予三石水，九华粉洗剂等。

徐宜厚教授^[17]湿疹外治法亦按不同阶段给药。急性期常选药物如马齿苋、野菊花、蒲公英、蛇床子、苦参、金钱草、篇蓄、明矾等，临证治疗可任选其中三至五味，煎煮待冷后湿敷皮损面。亚急性期予10%黄连油、湿渗散、地虎糊等外擦。慢性期予黑油膏、藜声膏。徐老还强调急性期湿渗以内治为主，适当配合外治法；慢性期则需内外并重，联合治疗。

候恩征等^[18]治疗神经性皮炎及慢性湿疹 95 例，所拟神枫膏组成有大枫子、蛇床子、雄黄、黄柏等药物。每日 2-3 次擦患处并按摩 15 分钟以促进吸收，每周记为 1 个疗程，其中皮损见苔藓样变或过度肥厚者联合梅花针叩刺治疗。3 个疗程结束后总有效率达 86%。

高子平等^[19]外治亚急性湿疹 60 例，所用蛇黄膏主要组成成分：蛇床子、黄柏等。每日早晚各 1 次外擦患处，14 天为 1 个疗程；所设两组对照组分别予冰黄肤乐外搽和曲安奈德益康唑（派端松）软膏外用。结果：治疗组总有效率 80.0%，蛇黄膏组明显优于冰横肤乐软膏组，且与曲安奈德益康唑组疗效相近。

林利虹等^[20]治疗慢性湿疹 60 例，应用的蜈黛软膏内含蛇床子、冰片、五倍子、青黛、黄柏、山慈菇、莪术、浙贝母等药。局部外用，每日 2 次，4 周为 1 疗程。结果痊愈 16 例，显效 27 例，总有效率高达 95%。

黄向红^[21]观察外洗方治疗儿童湿疹临床疗效，所选蛇肤方将三桠苦、地胆头、地肤子、蛇床子、狗脚刺、大毛七、金银花叶各 30g 煎水，待凉后将药液反复涂抹患处。治疗组共 40 例，结果痊愈及显效者占 87.5%，总有效率达 95%。

倪全英等^[22]观察护理液止痒洗剂对小儿湿疹 42 例的疗效，所予方药物组成：苦参 20g，蛇床子 20g，鹤虱 15g，枫子 15g，地肤子 15g，白鲜皮 15g，黄柏 15g，生杏仁 13g，百部 13g，蜂房 15g 等，上药加水煎沸 10 至 20min，早晚熏洗患处 30 至 60min。2 个疗程结束后观察发现痊愈 9 例，显效 24 例，总有效率达 90.5%。

贾华魁^[23]自拟活血化瘀中药煎剂外治 39 例慢性湿渗患者，治疗组所予活血化瘀中药煎剂组成：当归 30g、苦参 30g、紫丹参 30g、蛇米 30g、桃核仁 30g、黄芩 30g，地麦 20g。纱布浸渍药液后外敷于皮损面，每次 20-30min 敷 2-3 次，一月为 1 个疗程。结果：痊愈 15 例。显效 19 例，总有效率达 86.2%。且患者皮损消退时间和瘙痒消失时间明显缩短。

沈桂芳^[24]拟艾苓湿疹洗剂治疗小儿湿疹 133 例，药物组成：艾叶 30g、土茯苓 30g、野菊花 20g、黄柏 10g、苦参 15g、蛇床子 20g、地肤子 20g。加水煎煮后约 200ml 洗浴，每次 10-15 min。每日 1-2 次，15 日为 1 个疗程。治疗组共痊愈 71 例，显效 30 例，总有效率达 89.47%。治疗结束一月后随访，患儿复发率明显低于对照组。

1.3.2.2.2 中成药外治法

当前治疗湿疹的外用药以糖皮质激素为主，常伴种种不良反应。故此近年来中成药外治替代部分糖皮质激素药的研究逐渐成为热点。目前临床常见中成药按剂型可分为溶液类、洗剂类、软膏类。溶液类如：复方黄柏液、甘霖洗剂、皮肤康洗液等；洗剂类如：复方炉甘石洗剂、止痒消炎水、儿肤康搽剂等；软膏类如：青鹏软膏、丹皮酚软膏、冰黄肤乐、黑豆馏油软膏等。用法可根据急性、亚急性、慢性各期皮损表现特征，采用或湿敷或外涂或封包等方法^[25]。

1.3.2.3 针推理疗法

近年来用局部穴位针刺、贴敷、火针、注射、拔罐、刮痧、推拿等理疗方案治疗湿疹越来越受关注。此法可通过刺激局部穴位，经经络传导功能直达病所，从而调节人体脏腑功能。

胡津丽^[26]观察刮痧法治疗手足部湿疹，主要采取背部督脉及膀胱经背俞穴，治疗 36 例，总有效率 88.9%。薛磊^[27]采用脐部穴位贴敷法治疗小儿湿疹，将中药颗粒剂黄柏、苦参、防风各 1 包放入洁净容器加蜂蜜混合调匀成糊状，每日 1 次，每次 5g，敷贴于脐部。总有效率 94.7%。王国兴^[28]用火针点刺皮损及背俞穴治疗慢性湿疹，治疗组总好转率达 90.63%。才源^[29]观察毫针刺配合走罐治疗慢性湿疹，取穴以足阳明胃经、足太阴脾经为主配伍，如曲池、合谷、足三里、三阴交、血海等，走罐以背部足太阳膀胱经为中心。治疗组 30 例，总有效率 93.3%。何玉华等^[30]论治推拿按摩疗法治疗婴幼儿急性湿疹，穴位处方有手阴阳、脾土、八卦、四横纹、小天心、风市、六腑等。手法分阴阳、分推法。每日 1 次，每次 30min。120 例中痊愈 81 例，显效 32 例，总有效率达 99.2%。李会龙^[31]用火针围刺法治疗干性湿疹患者一例，2 周即消退。

1.3.2.4 综合疗法

鉴于儿童用药的特殊性与安全性，临床常采取多种方法联合治疗。如中西药结合、针药结合、熏洗与微波照射结合、联合心理干预等等。

2. 现代医学对儿童湿疹的认识

湿疹（Eczema）是一种由多类复杂内外因素交错作用引起的与变态反应密切相关的，具有明显渗出倾向、不同程度瘙痒、易反复发作、皮损多样性表现的一类疾病。作为皮肤科最著名的争议性疾病，“湿疹”、“皮炎”的定义尚无国际统一标准。2004 年世界变态反应组织将湿疹、接触性皮炎、其他皮炎均归属于“皮炎”一类，湿疹又包括特应性皮炎及非特应性皮炎^[32]。目前大多数学者认同，临床上凡是具备上述渗出、瘙痒等湿疹特征性皮损表现者，均可先拟诊湿疹治疗。故此本课题进行临床病例收集时，默认将特应性皮炎患儿归于此次研究病例，若表现符合中西医诊断者，均予以纳入。

随之当前社会发展，环境和饮食结构的改变，湿疹发病率的升高难以抑制，发达国家在过去 30 年内就已高出原先 2-3 倍，成人发病率约 2%-10%，其中儿童的发病率竟高达 15%-30%^[33]。而儿童因生理不稳定性、心理不成熟性，其病因较成人更难追查。

2.1 病因及发病机制

2.1.1 遗传因素

家族过敏性遗传病史导致儿童并发湿疹相当常见。遗传及患儿个体素质是此病发生的重要原因之一已得到国内外专家认同。早在 1994 年国外学者 Abdalrazzaq 等便对儿童罹

患湿疹与其父母患同种疾病或其他过敏性疾病相关性进行研究, 共将 850 名 6-14 岁的儿童纳入调查。最终发现其中的湿疹患儿有 22% 的父亲患同种疾病, 有 17% 的母亲患同种疾病^[34]。W.H.Irwin Mcleand 通过研究湿疹患儿基因, 发现湿疹与丝聚蛋白基因突变密切相关, 认为是一种遗传性的皮肤机能失常导致了湿疹^[35]。复旦大学在研究母乳中免疫因子与儿童湿疹相关性时报道, 110 例患儿中湿疹组患儿父母之一患有过敏性疾病的比例显著高于非湿疹组; 父母双方任一存在阳性过敏史的小儿, 患湿疹的比例显著高于过敏史阴性组^[36]。

2.1.2 免疫机制因素

免疫学机制主要体现在 I 型或 IV 型变态反应, 此外患者的细胞免疫、体液免疫均参与其中。其发生考虑与细胞因子、血清素 (5-HT)、红细胞等几种介质密切相关。邓丹琪等^[37]测定外周血 T 细胞亚群, 发现湿疹患者 T 细胞亚群 CD3、CD4/CD8 均明显低于正常对照组。总的 T 淋巴细胞、辅助 T 细胞、抑制 T 细胞亦存在异常。表明湿疹患者的细胞免疫应答等功能受到某些程度影响, 考虑湿疹发病可能与 T 细胞免疫功能有关。潘祥龙等^[38]通过测定并比对外周血淋巴细胞及其亚群含量、可溶性白细胞介素-2(SIL-2R)来观察急性湿疹或皮炎患者的异常。发现湿疹患者的 CD3+T、CD4+T 均值均低于正常人; CD8+T 细胞均值、SIL-2 水平则高于正常人。可见湿疹患者的细胞免疫功能较混乱。程晓蕾等^[39]比对白芍总苷作用于湿疹患者时其外周血 IL-17 和 IL-23 mRNA 反应差异, 以此讨论湿疹发病机制中 IL-17 和 IL-23 的参与作用。结果显示此两项指标在急性期和亚急性期湿疹患者中的水平均明显超出慢性期患者及正常人。IL-17 和 IL-23 可能参与了湿疹发病的病理过程。

2.1.3 机体功能紊乱

与儿童湿疹发生相关的机体功能紊乱性疾病如胃肠功能失常、内分泌代谢性疾病、微循环障碍等。国外报道显示: 部分婴幼儿湿疹患者伴有胃肠功能障碍, 如消化不良、食欲不佳等。随着年纪增长和体质加强, 湿疹患儿脾胃功能逐渐健全, 疾病逐渐减轻至痊愈, 但仍有部分患儿日久不愈乃至持续整个儿童期、青春期^[40]。考虑与患儿的胃肠动力受滞, 胃肠道菌群不稳等相关。王和平等^[41]在探索湿疹患儿肠道菌群高通量测序时发现, 湿疹患儿肠道菌群与健康儿童相比菌群结构上不同, 其中一些特别菌属更存在显著性区别。内分泌代谢的紊乱亦会引起湿疹的发生。如某些 I 型糖尿病患者, 会增加皮肤瘙痒及湿疹的发生概率。此外儿童营养过剩而引起机体代谢障碍, 亦有发生湿疹的可能性。原发性血管疾病或微循环障碍可引起局部湿疹, 湿疹经久不愈又可加重局部循环功能障碍, 故而血液循环障碍在湿疹的发生发展及转归中可起重要作用。

2.1.4 过敏因素

诱发或加重儿童湿疹病的过敏原范围极其广泛。主要来自自然环境、饮食摄入、生活接触这几方面。自然环境中常见如花粉、尘螨、霉菌等。饮食摄入常见有奶制品、豆制品、禽蛋、水产品、某些肉制品等。生活接触如防腐剂、杀虫剂、动物皮毛、羊毛纤维等。陈戟等^[42]对湿疹儿童做血清过敏原特异性 IgE 检测, 最终发现 872 例湿疹儿童中 sIgE 阳性者高达 690 人, 占 79.13%, 总 IgE 阳性有 709 例, 占 81.30%。对比其中吸入性过敏原, 户尘螨 (34.60%)>点青霉(22.71%)>屋尘(16.28%)>狗毛皮屑(10.89%); 食物性过敏原, 牛奶(36.12%)>羊肉(22.94%)>鸡蛋白(20.07%)>牛肉(13.88%)。刘琴^[43]在调查南京地区小儿湿疹变应原时分析发现, 湿疹患儿对苯类混合物、倍半萜烯内酯混合物、亚乙基二胺更敏感。Maria Bohme MD 等^[44]调查还发现, 父母抽烟与儿童湿疹发生有一定联系, 可增加儿童湿疹发病可能性。Hajime Kimata^[45]观察湿疹患者起病与环境因素的联系, 将参与研究者置于交通道路当中, 30min 后对患者进行检测, 发现皮肤症状加重, 血浆神经肽与神经营养因子亦增高, 分析原因可能是道路中的粉尘颗粒等诱发了患者体内发生过敏性反应。另外, 各类机械摩擦、理化因素的影响, 如紫外光照射、冷热湿度等气候变化、各类染料、塑料、橡胶、丝毛织物等均可作为变应原引起迟发型超敏反应。

2.1.5 感染因素

细菌、霉菌感染、消化道的寄生虫、昆虫叮咬等均可诱发湿疹或继发感染加重病情。常表现为感染灶周围皮肤瘙痒、泛红、散在或密集丘疹等。大量研究表明, 这些病原微生物均可作为超抗原, 从而刺激机体发生炎症反应。Nomura I 等^[46]对特异性皮炎患儿所感葡萄球菌研究时发现, 葡萄球菌可在 90% 以上的 AD 患者皮损中被检测出, 它主要通过释放超抗原毒素来促进皮肤炎症反应, 这些毒素能引起 T 细胞及巨噬细胞的激活, 故而目前有学者提出湿疹发病的细菌超抗原学说。另外外伤及手术患者并发湿疹的可能性亦较高。如外科材料植入、换药操作不标准、监护室交叉感染等等, 均增加创伤后湿疹发病几率^[47]。

2.1.6 皮肤屏障功能障碍

近年来, 皮肤科各类疾病与皮肤屏障功能的相关发病机制及病理研究逐渐成为热门。皮肤屏障在人体体表起着绝对重要的保护作用。既可抵御外界一切理化因素产生的刺激, 护卫内组织器官, 又可防止机体水分等的流失。国内学者在研究皮肤屏障缺陷与湿疹发病机制的相关性中发现, 由角质形成细胞分泌的丝聚合蛋白, 其逐渐降解过程中形成各种氨基酸及其他降解产物, 此类降解物质可聚合成天然保湿因子, 故而丝聚蛋白是皮肤屏障的重要成分之一。而湿疹患者的皮肤角质形成细胞表达减少, 所聚合的天然保湿因子变少, 患者皮肤失去原有弹性、机械性能下降, 皮肤屏障功能受碍。故此形成恶性循环, 也因而为人体皮肤表面各种微生物的定植打开了通道^[48-49]。国外学者认为这些感染性变应原则是湿疹发病发展过程极其重要环节, 其中尤以金黄色葡萄球菌为显。Levin J

等研究发现湿疹皮炎类患者皮肤屏障功能异常系于聚合蛋白 R510X, 2282del4 等发生突变^[50]。

2.1.7 其他因素

心理学家认为, 湿疹的发病不仅来自生化因素, 心理社会因素在疾病整个过程中同样处于举足轻重的地位^[51]。某些湿疹患儿因学习压力过大、心理创伤、情绪抑郁、失眠、疲乏等均易诱发或加重湿疹恶化^[52]。此外患儿出生情况、母乳喂养情况、所处环境的干燥情况、寄生虫、缺少微量元素硒、锌等均有报道与儿童湿疹起病相关。

2.2 临床分型及表现^[53]

湿疹的临床分型众说纷纭, 常见几种如: 内源性和外源性湿疹两类; 内源性、外源性、分类性、未分类性湿疹四类; 局限性、泛发性湿疹两类等等。此外临床常通过疾病的皮损表现分急性期、亚急性期、慢性期。此三期可体现炎症动态变化的不同时段, 三期间无特定的演变顺序, 可于任何时期发病, 相互转化。

急性期皮损表现最多样, 可见密集的针尖至粟粒大小丘疹、丘疱疹、小水泡, 若瘙痒过甚, 搔抓可致丘疱或水疱破溃, 故而可见渗液、糜烂。此期病变中心较重, 向周围蔓延, 故而境界不清, 若合并感染, 可成脓疱。亚急性期主要以小丘疹、鳞屑、结痂为主, 丘疱疹或水疱或渗出、点状糜烂等皮损面潮湿状态均不及急性期。可见轻度浸润, 常伴剧烈瘙痒。慢性期以抓痕、结痂、皮损增厚、浸润、色素沉淀、粗糙覆鳞屑为主, 可伴有苔藓样变。此期较前两者境界清, 具有局限性特征。三期瘙痒程度不一, 病程不定, 若再次接触任一病因易复发。

2.3 治疗措施

2.3.1 一般防治

鉴于湿疹病因复杂性多样性, 儿童湿疹病因的更难以追踪性, 故需从患儿的生活环境、个人习惯、饮食偏好、兴趣嗜好、家族病史及相关过敏性疾病史等作深入询问, 除去所有可疑致病因素。与患儿及家属进行宣教, 转变仅用药物控制的意识, 从调整饮食结构, 纠正不良习惯, 避免各种机械摩擦或药物刺激, 避免过度洗拭, 保持情绪舒畅等方面预防。

2.3.2 系统疗法

2.3.2.1 抗组胺药

目前最常用的内服药物。早期如苯海拉明、氯苯那敏等, 新型有氯雷他定、西替利嗪、咪唑斯丁、非索非那定、左西替利嗪、地氯雷他定等。但早期抗组胺药常伴恶心、

呕吐、嗜睡等中枢神经抑制副作用。临床上考虑用药安全性，2 岁以上儿童一般选用无明显中枢神经抑制作用及心脏毒副作用的新型抗组胺药物，如氯雷他定、盐酸西替利嗪等。

2.3.2.2 糖皮质激素

皮脂类固醇激素系统用药，药理作用广泛，可引发严重副作用，儿童在原则上尽量不予使用。患儿病情极其严重或其他疗法均无效且无激素用药禁忌，可考虑短期小剂服用。事实上儿童急性严重发作采用此类药物亦存在争议。

2.3.2.3 抗生素

患儿常于急性炎症期合并细菌或真菌感染，可见体温升高、局部淋巴结肿胀、白细胞增高等，此时需联合抗生素治疗。临床多采用大环内酯类抗生素，如罗红霉素、阿奇霉素等，亦可予青霉素肌注、口服复方新诺明等药物。

2.3.2.4 非特异性脱敏治疗

维生素 C、维生素 B 族、葡萄糖酸钙注射液、硫代硫酸钠等药物具有收缩毛细血管通透性、减少渗出、减轻水肿等功效，而起到抗敏作用。临床疗效肯定、价格适中，常作为急性或亚急性泛发性湿疹或瘙痒明显患儿的辅助治疗。

2.3.2.5 免疫调节剂及免疫抑制剂

免疫调节剂如肌注胸腺肽（胸腺因子 D）、静脉注射用人免疫球蛋白（IVIG）、皮下注射 IFN- γ 、白芍总苷、卡介菌多糖核酸、复方甘草酸苷等对恢复体内免疫平衡有良好调节作用。临床治疗时或单用或与其他药联合使用^[54-57]。免疫抑制剂常见有吗替麦考酚酯（MMF）、环孢素、雷公藤多苷等，可于重症患者其他治法不效等情况下使用，此类药物副作用明显，应慎重选择使用^[58-59]。临床治疗儿童湿疹不主张此类药物。

2.3.2.6 肠道菌群平衡

儿童湿疹与肠道菌群失调、肠道通透性扩张有关。目前最常用于调节肠道菌群平衡制剂是益生菌。如双歧杆菌、乳杆菌、粪链球菌、枯草杆菌和酪酸梭菌等，均可作为治疗儿童湿疹的辅助手段^[60-61]。冯仪等^[62]观察微生态制剂在防御及调治方面的作用，结果发现治疗组患儿 SCORAD 评分以及 1 个月内的复发情况均明显优于未使用制剂的对照组，同时患儿消化道症状亦有明显好转。郭艳辉等^[63]观察微生态制剂辅助治疗婴幼儿湿疹时，运用双歧杆菌四联活菌片辅助治疗。结果发现治疗后血液 IL-4、IL-10、IgE 均降低，复发情况亦明显优于未联合益生菌辅助组。此治法可增强宿主的免疫自稳功能，减少复发率。常用于儿童湿疹的辅助治疗。

2.3.3 外用疗法

2.3.3.1 激素类

仍然是湿疹皮炎类疾病的一线药物。临床常根据皮损表现选择相应效应激素药膏，弱效糖皮质激素如丁酸氢化可的松乳膏，中效糖皮质激素如糠酸莫米松乳膏，强效糖皮质激素如氟氯米松等等^[64]。儿童一般只选用弱效、中效糖皮质激素制剂。此类药物极易在停药后复及产生不良反应，故而在面部、生殖器等皮肤薄弱处不予使用，儿童不应大面积使用，连续使用不超过 2 周。

2.3.3.2 抗生素

湿疹易因细菌或真菌而诱发或加重病情，故而常联合应用抗菌药如 2%莫匹罗星软膏（百多邦）、2%夫西地酸乳膏等，亦或使用激素与抗菌药物组成的复合制剂如曲安奈德益康唑软膏等。

2.3.3.3 润肤剂

外用润肤剂或保湿剂在调节患儿皮肤屏障功能、保护肌肤不受外界过敏原侵袭、辅助疾病治疗方面常发挥不可估量作用^[65]。国外学者发现保湿剂、保护膜之类可对湿疹患者干燥型肌肤起修复作用，从而缓解病情程度，控制湿疹复发^[66]。有研究证实，润肤剂可促进特应性皮炎患儿皮损对糖皮质激素的治疗应答^[67]。若同糖皮质激素联合运用，还可减少激素用量，降低其副作用发生可能性。此外，含有神经酰胺的润肤剂作为湿疹的基础疗法，比传统润肤剂更安全有效^[68]。儿童常规使用润肤保湿剂每日至少 2 次，若需全身外用，每周不少于 200g-250g，皮疹消退后仍需持续使用。临床常用的保湿润肤剂如尿素乳膏、尿素维 E 乳膏、丝塔芙等。

2.3.3.4 外用免疫抑制剂

临床常用如他克莫司软膏（0.03%/0.1%）、吡美莫司乳膏，儿童只可使用浓度低者。适用于非免疫受损的、对其他疗法反应不充分的中度至重度患儿。此类制剂常见不良反应有局部瘙痒、红斑、皮肤灼热、刺痛感、皮肤感染如毛囊炎等。选用此类制剂亦需谨慎。

2.3.3.5 物理疗法

物理治疗通过加强皮肤屏障功能，促进局部炎症吸收愈合而发挥功效。近年来因其疗效明显，副作用及不良反应小，而逐渐成为研究热点。目前报道主要有：光疗法（UVB、UVA）、光化学疗法（PUVA）、激光治疗（CO₂ 激光、He-Ne 激光、308nm 分子激光）、放射治疗（90 镭）、生物共振治疗。临床上光疗法、光化学疗法及生物共振治疗主要用于急性、亚急性湿疹皮损不重者；而激光治疗及放射治疗主要用于慢性期患者或反复不愈者，如皮损明显肥厚苔藓化等。闫毅等^[69]认为 308nm 单频准分子光较 311nm 窄谱中波紫治疗特应性皮炎的临床收效更佳。陈天雷等^[70]认为摩拉生物共振治疗

仪对特异性皮炎患者脱敏疗效佳，且患者血清 IgE 水平、免疫炎症反应均下降。

2.3.4 其他疗法

此外亦多有其他疗法的报道，如有研究表明白三烯拮抗剂对 AD 患者疗效好^[71]。重组人表皮生长因子作用于干细胞可明显减轻损伤组织角质化，利于肌表迅速愈合恢复^[72]。复方多祐菌素软膏可减轻局部痒痛感，抑制患者搔抓^[73]。同时患儿因长期遭受疾病困扰，往往会产生情绪障碍无以自排，因此对患儿及其家属的心理疗法和健康宣教必不可少。

3. 总结与展望

综上所述，本病病因复杂难寻，现代医学治疗手段虽多，利弊却常难衡量，故而颇为棘手。现代医学通过针对致病因子采取相应治法，如皮肤干燥则减少刺激因素，予保湿剂外用；有炎症表现则予抗炎药物、紫外线照射等；因炎症介质致病则予抗组胺药、外用类固醇药膏等。虽能迅速缓解症状，往往治标不达本，副作用大、停药后病情反复等问题均无法彻底解决。故而探索一种疗效确切、安全性高、复发率低的新方案已刻不容缓。祖国医学虽少有确切的实验数据支持，但在上千年历代医家的不断完善之下，鲜有副作用及不良反应的发生，亦少见停药即复发等问题。因而现代医学对治疗儿童湿疹的中药材实验室验证越来越多，数据也逐渐完善。作为现代中医药学者，既有历代医家经验做基础，又可结合实验数据分析验证，定会在对儿童湿疹的生理病理、病因病机上有更全面的认识，从而在治疗上取得进一步突破。

第二部分 临床研究

1. 病例资料来源

所有病例均来自于江苏省中医院皮肤科自 2016 年 04 月-2017 年 02 月的门诊病人。所收患儿按符合中西医诊断标准纳入并按排除标准摒除后,共 80 例。将患者按随机原则分为健脾祛湿方药治疗组 41 例,其中年龄最小者 3 周岁,最大者 14 周岁;西替利嗪滴剂对照组 39 例,其中年龄最小者 2 周岁,最大者 13 周岁。两组基线比较见下表。

表 2-1 基线对比

组别	治疗组	对照组	χ^2/t	P
性别 (男/女)	20/21	19/20	0.000	0.996
年龄 (岁)	7.12 ± 2.80	6.92 ± 2.82	0.316	0.753
病程 (年)	2.94 ± 2.03	2.83 ± 2.33	0.222	0.825

性别属计数资料采用 χ^2 检验,年龄和病程属计量资料采用独立样本 t 检验,三项基线指标对比后显示 P 值均 > 0.05 ,没有统计学差异,说明两组之间具有可比性。

2. 病例选择

2.1 诊断标准

西医诊断标准参照《临床皮肤病学》(2001 年版)^[74],中医诊断标准参照国家中医药管理局《中华人民共和国中医药行业标准·中医皮肤病证诊断疗效标准》(1995 年实施)^[75]。

2.1.1 西医诊断标准

亚急性湿疹:常因急性期损害处理不当迁延而来,或起病较缓,皮损以淡红色丘疹、斑丘疹、鳞屑或结痂为主,间有少数丘疱疹或水疱及糜烂渗液,亦可有轻度浸润,自觉仍有剧烈瘙痒。

2.1.2 中医辨证诊断标准

脾虚湿蕴：主症包括发病较缓；皮损潮红，瘙痒，抓后糜烂渗出，可见鳞屑。兼症包括纳少，神疲，腹胀，便溏。舌质淡胖，苔白或腻，脉弦缓。符合主症+兼症2项，参考舌脉，即可辨证。

2.2 纳入标准

- (1) 符合亚急性湿疹西医诊断标准或符合其症状特征的特应性皮炎患儿；
- (2) 符合中医脾虚湿蕴证型；
- (3) 年龄 2-14 周岁，性别不限；
- (4) 自愿接受治疗，同意治疗期间密切配合，家长或受试儿童签署知情同意书；
- (5) 无排除标准中任一项。

2.3 排除标准

- (1) 年龄小于 2 周岁或大于 14 周岁者；
 - (2) 属于急、慢性湿疹或其他特殊类型湿疹的患儿；
 - (3) 已知对中药组成成分过敏者；
 - (4) 治疗前 1 个月有长效皮质类固醇激素用药史，或 1 周内皮质类固醇激素、抗组胺药用药史；
 - (5) 正参与或 1 月之内参与其它临床试验者；
 - (6) 未按医嘱服药，或自行加减药物者；
 - (7) 临床资料不全，疗程不足者或自行停止者；若因不良反应而终止研究者，计入不良反应病例；
 - (8) 有活动期其他皮肤疾病者或需要系统应用激素维持治疗的患者；
 - (9) 合并有肝、肾、心脏、内分泌、免疫、血液系统等严重原发病及精神病患者；
 - (10) 研究者认为不适合入选者。
- 具备以上任何一项的患儿均予排除。

2.4 剔除标准

- (1) 治疗中患儿病情加重，或见合并症、严重不良事件等不适宜继续接受试验者；
- (2) 患儿依从性差，家长虚假填写调查表；
- (3) 治疗中途使用非规定范围药物，或自行尝试其他治疗者；
- (4) 自行退出、失访者。

3. 研究方案

3.1 实验设计

采用随机原则，平行对照及前后自身对照，假设检验。

3.2 治法方案

(1) 健康宣教：嘱患儿家属忌予鸡蛋、牛奶、鱼虾等易致敏食物，忌辛辣油腻等刺激性食物；避免过度搔抓或摩擦；避免接触刺激性物品，如各种颜料、塑胶、碱性肥皂、洗涤剂；避免去粉尘、虫螨、毛绒等较多的场所；穿柔软、宽松、贴身的棉质衣物；保持心情放松，避免情绪紧张。

(2) 治疗组：据儿童常规用量，并结合患儿体重酌情加减，拟健脾祛湿方：苍术 5-8g，白术 5-8g，茯苓 5-8g，泽泻 5-8g，白鲜皮 5-8g，蛇舌草 10-15g，薏苡仁 10-15g，陈皮 3-6g，防风 5-8g，乌梢蛇 5-10g，炒麦芽 10-15g，紫丹参 10-15g，甘草 3-5g 为基础方。常用加减：湿重者可选用大腹皮 8-10g、茯苓皮 8-10g、海桐皮 8-10g、萆薢 5-6g，六一散 10g 等；热重可加苦参 5-6g、黄芩 5-6g、牡丹皮 8-10g 等；风盛者予牛蒡子 5-6g，蝉蜕 3g、荆芥 5-6g、徐长卿 8-10g 等；纳呆者加炒谷芽 10-15g、炒稻芽 10-15g、鸡内金 3-6g 等；寐差者加夜交藤 8-10g；大便干结者加制军 3-5g；大便不成形或腹泻加砂仁 3g、芡实 8-10g；病久血络不畅者加鸡血藤 8-10g、牛膝 5-6g 等。

(3) 对照组：内服西药盐酸西替利嗪滴剂（国药准字 H20050889），其主要成分为盐酸西替利嗪。

(4) 两组均给予长效抗菌材料洁悠神（主要杀菌成分为有机硅季铵盐）喷洒患处，并视情况外用江苏省中医院院内制剂黄芩油膏（含黄芩、凡士林等）、皮炎洗剂（含黄芩、黄柏、大黄、苦参等）。使用顺序为洗剂为先，油剂其次，喷剂最后使用。

(5) 内服方法：

中药：本院药房统一煎煮，每日 2 次，早晚饭后半小时各 1 袋。

西药：晚饭后半小时温水调服，2 岁-6 岁：每日 1 次，0.5ml/次（约 10 滴），7 岁-14 岁：每日 1 次，1ml/次（约 20 滴）。

(5) 外用方法：

洁悠神：使用前先行清洗患处，距皮损 15cm-20cm 处按压喷头，使药物均匀覆盖患处，每日 3 次。黄芩油膏外涂患处，可行适当按摩 5 分钟，每日 2 次。皮炎洗剂外洗患处，按 1:50 比例加温水稀释，每日 1-2 次。

(6) 用药疗程及观测内容

连续用药 4 周为 1 个疗程，第一周、第二周、第四周复诊，记录数据并统计临床疗效。用药前后观测指标主要包括：皮损临床症状计分，EASI 评分，瘙痒程度评分，儿童皮肤病生活质量指数（CDLQI）量表变化，两组分别在治疗前后统计并进行对比分析。若用药期间出现病情加重，或不良反应立即减轻药量或停药，如见腹泻减轻药量或每日 1 次用药，见过敏反应予停药抗过敏治疗，肝肾损伤予停药保肝降酶治疗等，并视情况予以剔除，记录安全性观察表。若 4 周内皮损消失者，立即回医院进行相关检查，并进入随访期，

视为完成病例。疗程结束后 1 个月、2 个月，3 个月进行电话随访，最终统计皮损复发的患儿例数。治疗期间对患儿安全性观测，记录不良反应发生的症状、时间、病情轻重、与治疗用药的相关性，及采取措施和转归。

3.3 观察指标及评分方法

3.3.1 湿疹面积及严重指数评分

(1) 临床症状计分

参照赵辨所述“湿疹面积及严重度指数评分法”并进行改良，按改良后的 EASI 评分法临床表现分为四项：红斑；丘疹或水疱或结痂；鳞屑或抓痕；浸润或肥厚或苔藓化。每个症状严重程度计分按 0-3 分计。严重程度的界定可参考 Berth-Jones 在 SASSAD 中的严重评分法，即：0 分=无症状，表示此征仔细观察后也不能确定；1 分=轻度症状，表示此体征确定存在，但需仔细观察后才可见；2 分=中度症状，表示此体征可立刻见到；3 分=重度症状，表示此体征非常明显^[76]。症状如若介于两种程度之间记 0.5 分。

表 2-2 皮损症状严重程度计分表

症状	计分				总得分
	无 (0分)	轻 (1分)	中 (2分)	重 (3分)	
红斑	_____				
丘疹或水疱或 结痂	_____				
鳞屑或抓痕	_____				
浸润或肥厚或 苔藓化	_____				

(2) 皮损面积计分

全身按部位区分为四部。即头/颈(H)，上肢(UL)，躯干(T)，下肢(LL)。上肢包括腋外侧和手；躯干包括腋中部和腹股沟部；下肢包括臀和足部。患者 1 掌记为皮损面积的 1%，当皮损面积不足 1 个手掌时按半个计算。

表 2-4 皮损面积占各部位面积比例计分表

皮损面积%	分数	得分
无皮疹	0 分	头/颈(H)
<10%	1 分	
10%-29%	2 分	
30%-49%	3 分	上肢(UL)
50%-69%	4 分	
70%-89%	5 分	躯干(T)

90%-100%	6分	下肢(LL)
---	---	

表 2-3 身体各部位所占体表面积比例表

年龄	部位	头/颈(H)	上肢(UL)	躯干(T)	下肢(LL)
0至7岁		20%	20%	30%	30%
8岁以上		10%	20%	30%	40%

(3) 患儿湿疹面积及严重指数评分

表 2-5 EASI 分值计算表

部位	计分公式	EASI 分值	EASI 评分总分 (H+UL+T+LL)
头/颈(H)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.2		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.1		
上肢(UL)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.2		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.2		
躯干(T)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
下肢(LL)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.4		

3.3.2 瘙痒评分 (VAS 评分法)

采用视觉模拟评分法，将 100mm 长的刻度尺用描述性语言在相应位置进行标示，两端分别是“不感到痒”和“所能想象的最严重的痒”，所对应分数是 0-10 分。患儿被告知指出其所感受到的瘙痒程度在标尺中的位置，研究者进行记录位置并评分。

3.3.3 儿童皮肤病生活质量指数 (CDLQI) 量表 (见附表三)

此量表包括十个问题，涵盖患儿生理、心理、社交活动、人际关系、运动、学习等方面。每个问题采用 4 级计分法(0 分=无、1 分=一般、2 分=严重、3 分=很严重)，分数越高说明对生活影响越大。国外学者研究发现，鉴于研究对象是儿童，在调查表中插入相应图片更直观、形象、易懂，更易于接受，有助于临床数据收集并减少偏差^[77]。

3.3.4 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》：

疗效指数= (治疗前 EASI 积分 - 治疗后 EASI 积分) / 治疗前 EASI 积分 * 100%。

痊愈：疗效指数 ≥ 95%，皮损全部消退，症状消失，瘙痒基本消失；

显效：60%≤疗效指数<95%，皮损大部分消退，症状显著减轻，瘙痒明显减退；

有效：30%≤疗效指数<60%，皮损部分消退，症状有所缓解，瘙痒减轻；

无效：疗效指数<30%，皮损消退不显，症状未减退反见恶化，瘙痒不减或加重。

总有效率：（痊愈例数+显效例数）/可供疗效评价的病例总数*100%；

不良反应发生率=不良反应发生例数/总病例数*100%。

复发率=复发例数/本组治疗总人数*100%。

3.4 统计学方法

所有数据均采用 SPSS20.0 统计软件进行处理，计数资料使用 χ^2 检验；计量资料数据予均值 $\bar{X} \pm S$ 表示，组间对比予独立样本 t 检验，前后对比予配对 t 检验；等级资料予百分比表示，组间比较予 Whitney 秩和检验；检验水平 $\alpha=0.05$ 。

4. 结果与分析

4.1 两组治疗前后皮损症状积分对比

表 2-6 治疗前与一周后症状积分表

症状积分	n	治疗前	一周后	t	P
治疗组	41	5.32 ±1.17	4.54 ±0.95	6.893	<0.001
对照组	39	5.56 ±1.17	4.82 ±0.89	7.286	<0.001
t		-0.945	-1.381		
P		0.347	0.171		

由上表可见：①治疗前两组症状积分对比，P 值>0.05，无统计学意义，具有可比性。②治疗一周后两组症状积分均明显下降，P 值均<0.001，P 值<0.05，有统计学意义，两组治疗方法均对儿童湿疹有显著疗效。③组间对比，治疗组症状平均积分 4.54±0.95，对照组 4.82±0.89，治疗组优于对照组，但 P 值>0.05，未见明显差异性，说明健脾祛湿方药组与西替利嗪滴剂组在一周后症状改善疗效相当。

表 2-7 治疗一周后与两周后症状积分表

症状积分	n	一周后	两周后	t	P
治疗组	41	4.54 ±0.95	3.59 ±0.74	7.569	<0.001
对照组	39	4.82 ±0.89	4.28 ±0.86	4.928	<0.001
t		-1.381	-3.896		
P		0.171	<0.001		

由上表可见：①治疗两周后的症状积分较一周后的症状积分均显著下降， P 值均 <0.001 ， P 值 <0.05 ，有统计学差异，症状治疗两周后较一周后有明显所好转。②治疗两周后组间对比，治疗组平均积分 3.59 ± 0.74 ，对照组 4.28 ± 0.86 ， P 值 <0.001 ， P 值 <0.05 ，有统计学差异，说明健脾祛湿方药组在治疗两周后起效更佳，临床疗效显著优于西替利嗪滴剂组。

表 2-8 治疗前后症状积分表

症状积分	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	41	5.32 ± 1.17	2.76 ± 1.11	10.580	<0.001
对照组	39	5.56 ± 1.17	3.46 ± 1.27	7.953	<0.001
t		-0.945	-2.641		
P		0.347	0.01		

由上表可见：①两组治疗后症状积分明显下降， P 值 <0.001 ， P 值 <0.05 ，有统计学差异，两种方案对儿童湿疹均有显著疗效。②两组治疗后症状平均积分相差明显， P 值 <0.05 ，具有统计学差异，说明健脾祛湿方药组症状明显好转，治疗效果显著优于西替利嗪滴剂组。

图2-1症状积分变化趋势

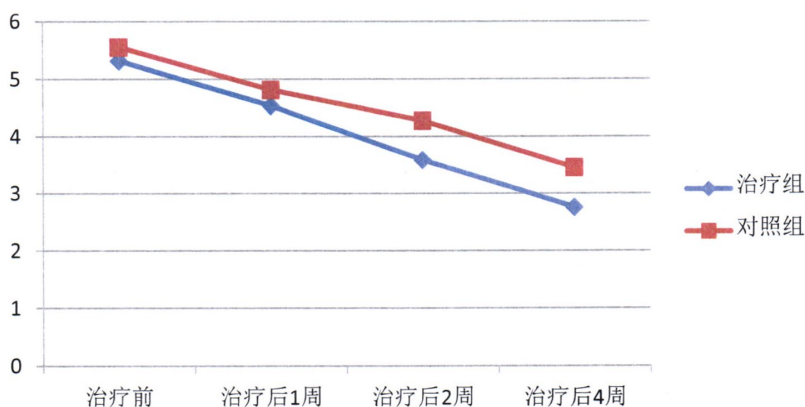
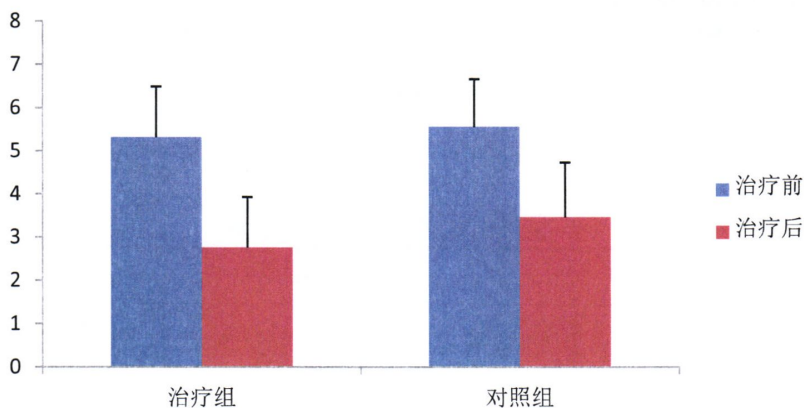


图2-2治疗前后症状积分



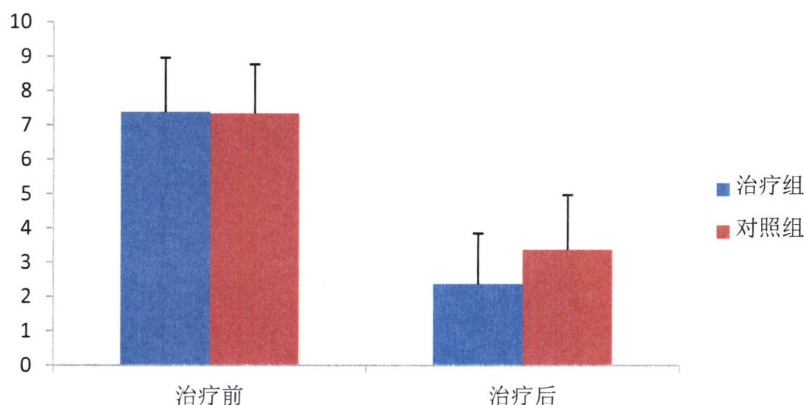
4.2 两组治疗前后 EASI 分值对比

表 2-9 治疗前后 EASI 评分表

EASI 分值	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	41	7.38 ± 1.58	2.37 ± 1.48	17.738	<0.001
对照组	39	7.34 ± 1.43	3.37 ± 1.59	12.479	<0.001
t		0.095	-2.945		
P		0.925	0.004		

由上表可见：①治疗前两组 EASI 积分对比，P 值>0.05，无统计学差异性，具有可比性。②两组治疗后评分均明显下降，P 值<0.001，P 值<0.05，有统计学差异，两种治疗方案均有显著疗效。③两组治疗后 EASI 评分相差明显，P 值<0.05，具有统计学差异，健脾祛湿方药组疗效明显优于西替利嗪滴剂组。

图2-3治疗前后EASI分值



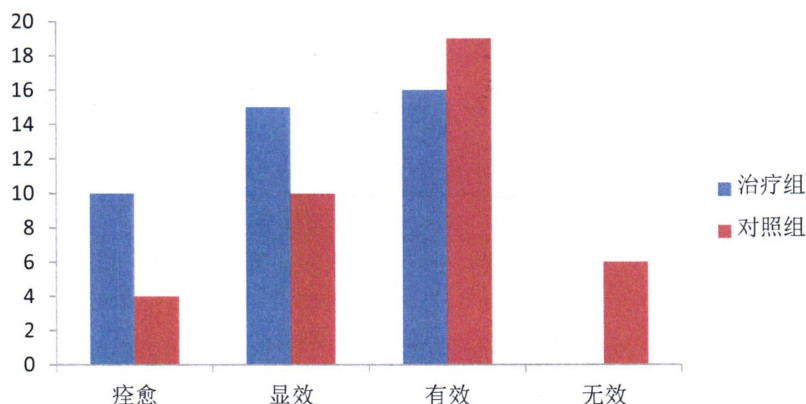
4.3 两组总有效率比较

表 2-10 两组有效率比较表

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	41	10	15	16	0	60.98%
对照组	39	4	10	19	6	35.90%

由上表可见：治疗组共 41 例，痊愈 10 例，显效 15 例，有效 16 例，无效 0 例，总有效率为 60.98%，对照组共 39 例，痊愈 4 例，显效 10 例，有效 19 例，无效 6 例，总有效率 35.90%。两组总有效率经 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，有统计学差异，健脾祛湿方药组的总有效率明显优于西替利嗪滴剂组。

图 2-4 两组综合疗效对比



4.4 两组治疗前后瘙痒程度评分对比

表 2-11 治疗前与治疗一周后瘙痒程度评分表

瘙痒计分	n	治疗前	一周后	t	P
治疗组	41	6.15 ± 1.46	5.07 ± 1.01	5.872	<0.001
对照组	39	6.13 ± 1.28	5.31 ± 1.24	5.438	<0.001
t		0.059	-0.930		
P		0.953	0.355		

由上表可见：①两组治疗前瘙痒评分对比， P 值 > 0.05 ，无统计学意义，具有可比性。②两组治疗一周后瘙痒评分均下降， P 值均 < 0.001 ， P 值 < 0.05 ，有统计学差异，说明健脾祛湿方药与西替利嗪滴剂组均可显著改善患儿瘙痒。③组间对比，治疗组瘙痒平均计分 5.07 ± 1.01 ，对照组瘙痒平均计分 5.31 ± 1.24 ，治疗组瘙痒减轻程度大于对照组，但 P

值 >0.05 ，未见明显差异性，说明健脾祛湿方药与西替利嗪滴剂在一周后改善瘙痒症状上疗效相当。

表 2-12 治疗一周后与两周后瘙痒程度评分表

瘙痒计分	n	一周后	二周后	t	P
治疗组	41	5.07 ± 1.01	3.54 ± 1.00	9.360	<0.001
对照组	39	5.31 ± 1.24	4.87 ± 1.06	3.455	0.001
t		-0.930	-5.802		
P		0.355	<0.001		

由上表可见：①两组治疗两周后的瘙痒积分较一周后的症状积分均下降，P 值均 <0.001 ，P 值 <0.05 ，有统计学差异，瘙痒经治疗两周后较一周后明显好转。②治疗两周后组间对比，治疗组平均积分 3.54 ± 1.00 ，对照组 4.87 ± 1.06 ，P 值 <0.001 ，P 值 <0.05 ，有统计学差异，说明两周后健脾祛湿方药组起效更佳，改善瘙痒症状疗效显著优于西替利嗪滴剂组。

表 2-13 治疗前后瘙痒程度评分表

瘙痒计分	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	41	6.15 ± 1.46	2.90 ± 1.09	12.551	<0.001
对照组	39	6.13 ± 1.28	3.87 ± 1.66	7.635	<0.001
t		0.059	-3.105		
P		0.953	0.003		

由上表可见：①两组治疗前后瘙痒评分明显下降，P 值 <0.001 ，P 值 <0.05 ，有统计学差异，两组治疗方案均有显著疗效。②两组治疗后瘙痒评分相差明显，P 值 <0.05 ，具有统计学差异，说明健脾祛湿方药组对减轻瘙痒症状上显著优于西替利嗪滴剂组。

图2-5 瘙痒评分变化趋势

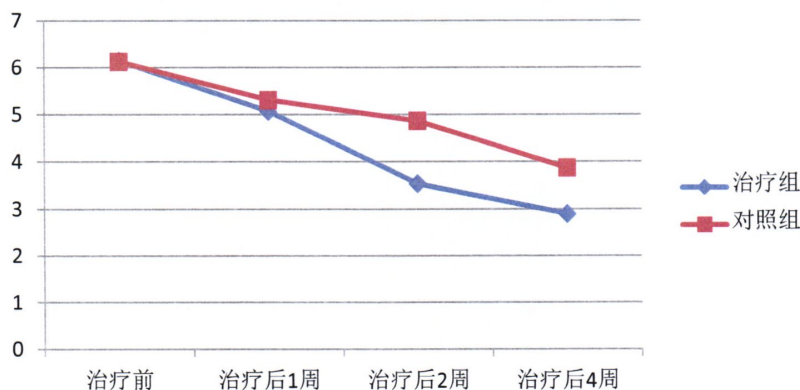
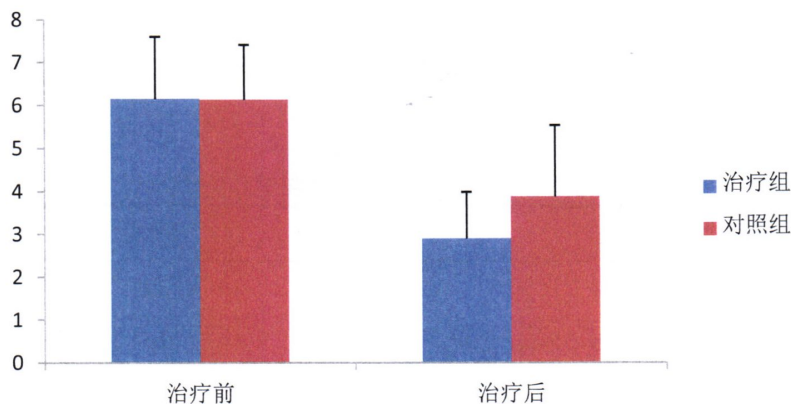


图2-6 治疗前后瘙痒评分



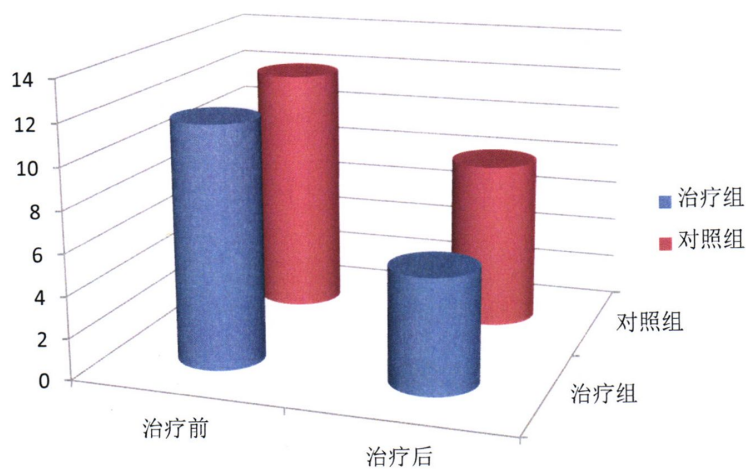
4.5 两组生活质量指数评分对比

表 2-14 两组治疗前后 CDLQI 评分比较表

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	41	11.66 ± 2.71	5.51 ± 1.08	13.510	<0.001
对照组	39	12.05 ± 2.97	8.08 ± 2.04	6.879	<0.001
t		-0.618	-6.972		
P		0.791	<0.001		

由上表可见：①两组治疗前 CDLQI 积分 P 值 > 0.05，无统计学差异性，具有可比性。②两组治疗后评分均明显下降，P 值均 < 0.001，P 值 < 0.05 有统计学差异，两组方案可显著改善患儿生活质量。③两组治疗后 CDLQI 评分相差明显，P 值 < 0.001，P 值 < 0.05，具有统计学差异，说明健脾祛湿方药组在改善生活质量上显著优于西替利嗪滴剂组。

图2-7治疗前后生活质量指数变化



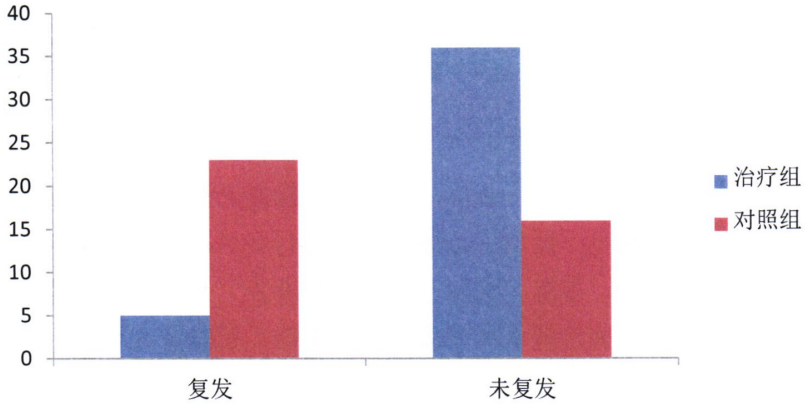
4.6 随访

表 2-14 治疗后 3 个月复发情况对比

组别	n	复发	未复发	复发率
治疗组	41	5	36	12.20%
对照组	39	23	16	58.97%
χ^2			19.226	
P			<0.001	

由上表可见：治疗组共 41 例，复发 5 例，占治疗组 12.20%，对照组共 39 例，复发 23 例，占对照组 58.97%，两组采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，有统计学差异，治疗组的复发情况明显低于对照组，说明健脾祛湿方药在长期疗效上优于西替利嗪滴剂组。

复发例数



4.7 安全性观察

整个方案过程中未见明显副反应发生。治疗组中 3 例家属觉患儿服中药后食欲减退或不欲饮食，考虑与患儿在饭前或饭后即刻服药有关，嘱其必在餐后半小时服药，复诊症状改善。对照组 2 例患儿反映服药后白天易嗜睡，但均未影响服药及疗程。

第三部分 讨论

1. 组方分析及作用机理

导师从事皮肤科临床工作三十余年,对湿疹的辨证论治有独到见解和体会。各家学说看似不一,但本质上都是一致的。总体不外乎分为湿热、脾虚、阴血亏虚三型,治法不外乎清热、利湿、祛风、健脾、滋阴、养血、润燥等。儿童湿疹临床上有其特殊性,湿热型常见于肥胖患儿,脾虚型常见于成长发育不佳、营养不良患儿,阴血亏虚型则多见于病久或素来体质差的患儿。加之儿童的生理特性,导师赞同宋祚民等学者观点,将顾护脾胃贯穿始终,因此总结出以健脾祛湿法为本治,祛风清热凉血为标治之法。本课题考虑临床更可操作性,选择亚急性期的湿疹患儿,故拟方组成:苍术、白术、茯苓、泽泻、白鲜皮、蛇舌草、薏苡仁、陈皮、防风、紫丹参、乌梢蛇、炒麦芽、甘草。

苍术:始见于《神农本草》记:“主风寒湿痹……。”《本草纲目》有云:“治湿痰留饮……脾湿下流……。”《名医别录》曰“……逐皮间风水结肿,除心下急满及霍乱吐下不止,暖胃消谷嗜食。”在本方中行健脾燥湿,祛风之功效。苍术的主要化学成分集中在挥发油,其挥发油中含有有效成分桉叶醇、茅术醇,此外还含有38种苷类化合物等。其对消化系统的功效主要体现在双向调节胃肠运动、抗炎、抗溃疡。其中的正丁醇萃取物能明显提高胃液中的PGE₂含量,降低胃液的酸度、游离酸度和胃蛋白酶活性,对胃炎胃溃疡可起明显对抗作用。现代研究表明脾虚证体现在胃排空迟缓和小肠传输功能受阻^[79]。Nakai Y等^[78]建立由NG-硝基-L-精氨酸(NG-nitro-L-arginine)刺激引起的家兔胃排空速率明显减缓模型,给予苍术提取物治疗后疗效显著。国内学者认为此与苍术可作用于血清淀粉酶、血清胃泌素含量相关^[80]。赵子剑^[81]等在对苍术药理作用的文献再评价时总结出苍术的抗炎抗菌药理作用明确,此外也有能提高血清溶血素水平,调节免疫等功效方面的研究。

白术:历代医家称其为“安脾胃之神品”。《本草通玄》誉白术:“补脾胃之药,更无出其右者。土旺则能健运,故不能食者,食停滞者,有痞积者,皆用之也。土旺则能胜湿,故患痰饮者,肿满者,湿痹者,皆赖之也。土旺则清气善升,而精微上奉,浊气善除,而糟粕下输,故吐泻者,不可阙也。”本方中行健脾益气,燥湿利水之效。现代研究表明其化学成分有挥发油、各种多糖、氨基酸及维生素A类成分等。医圣张仲景对其有通便又止泻的条文记录。现代药理实验亦证实此系白术双向调节肠管活动之功效。陈蔚文^[82]在探究健脾益气中药对胃肠作用机理时提出小肠隐窝靶点学说并探讨,发现白术可通过调节细胞内ODC(细胞内调控隐窝细胞的一种主要物质)的活性和多胺生成,对IEC-6细胞(组织免疫学上与增殖性隐窝细胞无明显差别)的增殖、迁移、分化、吸收功能起到促进或抑制作用。此外白术的抗菌效果亦得到多方验证,主要对肠道的有益菌

如双歧杆菌等的增值有效。白术所含芹烷二烯酮、苍术酮和白术内酯 I、II、III 等成分又可对免疫系统发挥功效，主要体现在抗炎、抗肿瘤、抗氧化这几方面^[83-84]。

茯苓：《药性赋》载：“……阳中阴也……利窍而除湿，益气而和中，小便多而能止，大便结而能通……。”《世补斋医书》言：“茯苓一味，为治痰主药，痰之本，水也，茯苓可以行水。痰之动，湿也，茯苓又可行湿。”《和剂局方》曰：“茯苓味甘，善入脾经，能健脾补中，常配白术……治疗脾胃虚弱，倦怠乏力，食少便溏……。”方中行利水渗湿，健脾功效。主要化学成分包括 β -茯苓聚糖、茯苓酸等。现代药理研究表明茯苓多糖主要活性机制体现在免疫机能表达上，促使免疫器官不受损。茯苓素则通过增强免疫细胞吞噬病原体机能来促进患者非特异性免疫功能。小鼠茯苓粉灌胃实验中，发现实验性变态反应疾病发生率显著降低。其对小鼠耳廓肿胀、大鼠足肿胀等模型的炎症反应同样有明显抑制作用^[85-86]。考虑与茯苓酸可抑制肠粘膜微血管内皮细胞分泌，降低白细胞与微血管内皮细胞粘附相关^[87]。在茯苓健脾作用活性部位实验中发现，所提取的 3 个部位均有护脾的功效。茯苓治疗过食肥甘所致脾虚模型中，茯苓总三萜类是其主要活性部位^[88]。茯苓总三萜亦有抗感染活性，考虑因三萜成分抑制磷脂酶 A2 的活性而发挥功效。

泽泻：《本草纲目》云：“……渗湿热，行痰饮……治脚气。”《丹溪心法》曰：“能利小便而实大便，治脾胃冷伤……。”方中行利水消肿，渗湿热之功效。《金匱要略方义》认为泽泻配合白术，即可使已停之水湿从小便而去，又可健脾使水湿化而不复聚。泽泻的主要化学成分含泽泻萜醇 A、B、C，挥发油天门冬素、树脂等。现代药理研究表明，泽泻萜醇 A 中分离得 24 乙酰泽泻醇 A 等可通过调节尿液电解质含量而发挥利尿泄水功效。此外泽泻的活性部位抑菌疗效明显，如可杀灭金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、结核杆菌等。泽泻煎剂腹腔注射，能显著减轻二甲苯或二硝基氮苯引起的小鼠耳廓肿胀、小鼠接触性皮炎等均表明其明显抗炎症反应功效。

白鲜皮：《本草纲目》载：“白鲜皮，气寒善行……为诸黄风痹要药。”《本草原始》曰：“入肺经，故能去风，入小肠经，故能去湿，夫风湿既除，则血气自活而热亦去。治一切疥癩、恶风……诸疮热毒。”方中起燥湿祛风，清热止痒之功。现代药理研究其地上部分主要含槲皮素、花椒素、补骨脂素等，根部含白鲜碱、 γ -崖椒碱，前茵芋碱等。临床多有报道白鲜皮的主要活性部位可在抑菌、抗炎、抗变态反应、抗溃疡方面起明显作用。朱自平等^[89]观察白鲜皮有效成分对小鼠药物性腹泻、胃溃疡、胃肠推进运动等影响，发现白鲜皮的乙醇提取物在抑制腹泻、各类型溃疡方面均有疗效。提示其对消化系统可起保护和调节作用。时东方等^[90]用电喷雾质谱技术对白鲜皮的有效活性部位鞣酮进行鉴定，结果发现虽然在不同抗炎模型上的效果表现具有差异性，却总体表明白鲜皮醇提物及鞣酮单体的抗炎疗效明显。王麦玲等^[91]用硅胶柱层析法发现白鲜皮的杀菌活性成分主要在鞣酮和白鲜碱。康胜利、付永霞分别通过伊红染色试验、抑菌实验发现白鲜皮的水浸剂及乙醇提取物均有抗菌作用，主要针对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌^[92-93]。

蛇舌草：方中起清热利湿止痒之效。主要化学成分包括三十一烷、豆甾醇、熊果酸、齐墩果酸、环烯醚萜苷等。其药理活性机制主要体现在抗菌抗炎、增强免疫力、调节胃肠功能、抗肿瘤等。蒋丹^[94]、边才苗^[95]对其抗菌机理进行实验探析，均发现白花蛇舌草的醇提物抑制活性显著，尤其体现在对大肠杆菌绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、白色念珠菌的灭菌功效上。孟玮等^[96-98]用白花蛇舌草水煎液检测对免疫指标的影响，发现可显著作用于小鼠骨髓细胞增值及 IL-2 两项指标。此外蛇舌草调节胃肠部功能，对胃部疾病如胃溃疡、胃炎等具有良好治疗作用。考虑与其抗炎及抗肿瘤的活性靶点相关。

薏苡仁：《本草纲目》载：“薏苡仁，阳明药也，能健脾益胃……土能胜水除湿，故……水肿用之。”方中起利水渗湿，健脾清热之功效。主要化学成分含脂肪油、薏苡仁酯、薏苡仁内酯、薏苡多糖 A、B、C 等。所谓“药食同源”，薏苡仁就是其典型代表之一。药理机制显示薏苡仁可增强机体免疫功能、抗病毒、抗真菌、抗炎镇痛、抗氧化、调节内分泌等。苗明三^[99]研究薏苡仁水提液对机体免疫应答的影响，发现其作用于巨噬细胞，有利于淋巴细胞转化。刘晓梅^[100]发现薏苡仁油可双向作用于平滑肌，即低浓度兴奋而高浓度抑制平滑肌。又有学者研究认为薏苡仁活性靶点可作用于外周血 T 淋巴细胞活性，故可应用于病毒性皮肤疾病方面的治疗，如带状疱疹等。杨爽等^[101]认为薏苡仁谷壳提取物活性成分可清除 DPPH 自由基，发挥抗氧化机制。亦有学者从薏苡仁根部分离得到抑菌化合物 3,5-dimethoxy-1H-inden-1-one、benzoxazinone (3,5-二甲氧基-1H-茛-1-酮、苯并恶嗪酮)，显示了抗菌活性^[102-103]。

陈皮：《名医别录》曰：“主脾不能消谷，气冲胸中……。”《本草纲目》云：“其治百病，总取其理气燥湿之功。”方中行顾护健脾，燥湿理气之功。主要化学成分有：挥发油、川陈皮素、橙皮苷、新橙皮苷、维生素等。近年研究发现其含丰富人体必需微量元素，故而可发挥“补益”功效。陈皮提取物可抑制自由基发生系统诱导的脂质过氧化^[104]。用酒精沉淀法制得陈皮注射液，可显著促进体液免疫和细胞免疫功能^[105]。

防风：《药类法象》曰：“治风通用。”方中主要行祛风止痒之效。主要化学成分有：挥发油、甘露醇、 β -谷甾醇、酚类、多糖类等。防风分离可得升麻甙和 5-O-甲基维斯阿米醇甙等，其减轻肿胀程度，控制炎症反应活性显著。亦可对醋酸引起的腹膜刺激小鼠模型起止痛功效^[106]。其挥发油、部分生物碱类成分可祛痰平喘、扩张支气管，促进消化液的分泌，调节胃肠功能。挥发油中的柠檬烯具有抗菌活性，主要可抑制金黄色葡萄球菌^[107]。

紫丹参：《本草便读》云：“……祛瘀以生新，善疗风而散结……。”方中行活血养血、祛瘀止痒之功。主要化学成分包括丹参酮 I、丹参酮 II A、丹参酮 II B、隐丹参酮等脂溶性成分及丹酚类水溶性成分。其中脂溶性成分有促进血循环、抗菌、抗炎等功效，水溶性成分有抗氧化、保护细胞不受损、抗凝血血栓等作用^[108]。丹参酚酸类可通过作用于胃黏膜上皮细胞和黏液分泌功能，增强胃黏膜防御机制，从而保护消化系统^[109]。丹参酮可显著作用于中性粒细胞的趋化性，降低血清前列腺素 F2a、前列腺素 E2 的水平，从而

降低诱发炎症反应，发挥抗炎杀菌作用，尤其对急性及亚急性期炎症疗效佳，而其中杀菌活性成分尤为突出的是隐丹参酮，可充分抑制金黄色葡萄球菌、耐药菌株、链球菌等定值^[110-111]。丹参的多酚酸盐制剂又可抑制低密度脂蛋白的氧化修饰，且降低血小板聚集率等^[112]。

乌梢蛇：《开宝本草》记：“主诸风瘙癢疹……皮肤不仁……。”方中主要辅以祛风通络止痒之效。主要化学成分有各种氨基酸、微量元素等。研究发现乌梢蛇醇提取物、提取物水溶性部位有抗炎镇痛作用，对抗关节肿胀抗炎有良好疗效^[113-114]。

炒麦芽：《别录》载：“消失和中。”方中辅助行气健脾开胃之功。主要活性成分包括酶类及生物碱类。如其中 α 淀粉酶和 β 淀粉酶可促进机体吸收。炒麦芽水煎剂中提炼出的胰淀粉酶激活剂，对胃酸、胃蛋白酶分泌起促进功效，有助于增强消化功能。

综上所述，魏师所拟之健脾祛湿方药以苍术、白术、茯苓、泽泻、白鲜皮健脾益气、祛湿清热为君药，蛇舌草、薏苡仁、陈皮、防风辅以利湿止痒、兼顾理脾为臣药，紫丹参、乌梢蛇、炒麦芽养血通络助祛风止痒，兼护养脾胃为佐药，甘草调和诸药为使药。此后再据患儿或湿重或热重或风盛等皮损表现加减。现代研究表明，方中药物主要机理集中在调节胃肠功能、增强免疫机制、抗炎、抑菌、抗氧化这几大方面。

2.临床指标的选择

选择适当的评价方法判定病情及疗效，对临床研究结果有直接影响。本课题所采取的 EASI 评分法在临床研究上已得到广泛认可，但此法仍存在两大问题，一是皮损形态评分只包含了红斑、水肿 / 丘疹、表皮剥脱和苔藓化，未能全面反映湿疹在各期的皮损多样性表现；二是瘙痒作为湿疹的主要症状之一，但未被纳入此评价体系参与评分。故而本课题在进行 EASI 评分时对其进行改良，考虑到所研究是亚急性期的湿疹，故而将皮损表现分为：红斑、丘疹或水疱或结痂、鳞屑或抓痕、浸润或肥厚或苔藓化。关于瘙痒评分，此症状与患者自身耐受性等相关，故而缺乏一定客观性。临床最常用 VAS 评分法，此法迅速采集患者对瘙痒程度的第一感受，方法直观便捷，尤其在在不同治疗阶段，患者可较清楚的比较治疗效果。儿童皮肤病生活质量指数量表是 Lewis-Jones 等参照成人 DLQI 量表结合儿童的具体情况制定的，适用于 4-16 岁儿童。本课题在实施时结合卡通图片，更直观、形象、易懂，更易于临床数据收集，尽可能减少数据偏差。

3.对照药物及联合用药

本课题所选西药组治疗药物盐酸左西替利嗪，是目前临床治疗儿童湿疹最常用药物，前期疗效及安全性研究均予以肯定。鉴于此病的致病因素多样性，予联合应用“皮肤物

理抗菌膜”-长效抗菌材料洁悠神。洁悠神作为皮肤屏障保护剂，喷洒在皮肤、黏膜表面后固化形成生物正电荷膜，其正电荷膜极具强力静电吸附带负电荷的细菌、真菌、病毒等病原微生物，致使其破裂死亡、起到物理式杀灭病原菌微生物作用，功效相当于抗菌药物，且不会发生长期使用抗菌药后产生耐药性的弊端^[115]。两组均口服联合外用，保证疗效的同时对中西药的优越性做初步探析。

4.问题与展望

本课题从皮损症状、EASI 评分、瘙痒程度、生活质量指数、复发情况等方面验证了魏跃钢主任自拟健脾祛湿方在治疗儿童亚急性期湿疹上的显著疗效，但仍存在诸多不足之处。本研究仅从理论讨论及临床观察方面就健脾祛湿法的治疗效果进行初步探究，缺乏实验室数据支持，其具体机制尚不清楚。此外并未对儿童用药安全性开展实验室指标观察，仅从临床症状及自身感受来判断，其安全性评价缺乏一定说服力。在临床疗效指标评判上，尤其是瘙痒 VAS 评分法，无法更客观、定量描述其程度，具有一定主观性，加之研究对象为儿童，常需监护人进行解释或直接由监护人进行评判，故而造成一定程度上的数据偏差。采用的生活质量指数量表适用 4-16 岁儿童，本课题中个别儿童不足 4 岁，亦有一定偏差。今后研究中，应在可行性条件下进行全面实验研究，明确作用机理，进一步验证此方药的疗效性、安全性。

第四部分 结论

导师魏跃钢主任所拟健脾祛湿方，方虽平、量虽少，药力专、标本顾，紧扣扶正驱邪不伤正之总则。故而在儿童亚急性期湿疹的治疗上无论从皮损症状的减退、瘙痒程度的改善、患儿生活质量的提高均优于常规西药组。且在治疗过程中未见明显不良反应，安全性较好，在有限时间内随访结果亦明确其长期疗效的优越性。儿童湿疹作为皮肤科、儿科常见疾病，治法虽多，收效有限。中药治法组方灵活，可据不同表现随证加减，从相当程度上弥补西药治疗之不足，是医者探索疗效更全面方案的新思路、新途径。

参考文献

- [1] 顾承峰,陈蓓华.中药内服外洗治疗湿疹 64 例疗效观察[J].中医儿科杂志,2013,9(6):32.
- [2] 北京中医医院.赵炳南临床经验集北[M].第二辑.北京:人民卫生出版社,2006:167-169.
- [3] 安家丰,张志礼教授治疗儿童异位性皮炎的经验[J].中国皮肤性病杂志,1992,2:90.
- [4] 瞿幸.中医辨证治疗湿疹 85 例[J].中医杂志,1995,36(10): 61.
- [5] 吉永和惠.利水在治疗特应性皮炎中的意义[J].日本东洋医学杂志,1994,44(5):93.
- [6] 王欣.禩国维教授治疗慢性湿疹经验介绍[J].新中医,2005,(02):9-10.
- [7] 杨凡,甘海芳,艾儒棣.艾儒棣教授治疗湿疹经验[J].四川中医,2009,27(2):4.
- [8] 武欢欢,张士卿,张士卿教授治疗小儿湿疹经验[J].中医儿科杂志,2011(05):3-5.
- [9] 陈华,李岚,郭思远,等.俞景茂名老中医儿科学术经验述要[J].浙江中医药大学学报, 2015,39(4):246.
- [10] 李建,樊惠兰,宋祚民.治疗小儿湿疹经验[J].北京中医药,2008,27(2):110-111.
- [11] 徐俊涛,方晓玲,唐定书.治疗湿疹经验[J].2009,29(1):51.
- [12] 王伟,马融.马融治疗小儿湿疹经验[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(12):1358.
- [13] 李玉柱,陈子良,杜锡贤教授治疗湿疹经验[J].陕西中医学院学报,2013,36(1):27-28.
- [14] 龙剑文.皮先明治疗湿疹临床经验[J].湖北中医杂志,201436(03):28-29.
- [15] 北京中医医院.赵炳南临床经验集北[M].第二辑.北京:人民卫生出版社,2006:170-171.
- [16] 中国中医研究院广安门医院.朱仁康临床经验集-皮肤外科[M].北京:人民卫生出版社,2005:106-107.
- [17] 徐宜厚.皮肤科心录[M].北京:人民卫生出版社,2009:142-147.
- [18] 候恩征,睦维耻,刘兰秋,等.神枫膏治疗神经性皮炎及慢性湿疹[J].中国新药与临床杂志,1999,18(4):353.
- [19] 高子平,艾儒棣,郝平生.蛇黄膏外治亚急性湿疹 60 例近期疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2007,14(3):57.
- [20] 林利虹,曾山鹰,万慧,等.蜈黛软膏治疗慢性湿疹疗效观察[J].医学综述,2009,15(1):145.
- [21] 黄向红.蛇肤外洗方治疗小儿湿疹的临床研究[J].新中医,2011,43(6):75-76.
- [22] 倪全英,李春艳,张丽芳.止痒洗药用于小儿湿疹的护理观察[J].中国民间疗法,2012, 20(11):22.
- [23] 贾华魁.活血化痰法治疗慢性湿疹 39 例疗效观察[J].中医药导报,2012,18(6):42-43.
- [24] 沈桂芳.艾苓湿疹洗剂治疗小儿湿疹的临床效果观察[J].实用中西医结合临床,2015, 1512(3):72-73.
- [25] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组.外用中成药治疗湿疹皮炎的专家共识(2012)[J].中华皮肤科杂志,2012,45(12):440-441.
- [26] 胡津丽.刮痧治疗手足湿疹 36 例临床观察[J].四川中医,2009,(6):118-119.
- [27] 薛磊.中药敷脐辅助治疗小儿湿疹 38 例疗效观察[J].2010,30(9):903-904.
- [28] 王国兴.火针治疗慢性湿疹的临床疗效观察[D].成都中医药大学,2011.
- [29] 才源.针刺配合走穴治疗慢性湿疹 30 例疗效观察.国医论坛[J],2013,28(01):30.
- [30] 何玉华,康静.推拿治疗婴幼儿湿疹 120 例[J].中国针灸,2012(12):1103-1104.

- [31] 李会龙,葛宝和.火针围刺法治疗干性湿疹验案 1 则[J].湖南中医杂志,2016,32(1):107-108.
- [32] Beck L.A, Leung D.Y. Allergen sensitization through the skin induces systemic allergic responses[J].J Allergy Clin Immunol,2004(supply,106:S258-263).
- [33] Baron SE, Cohen SN, Archer CB, et al. Guidance on the diagnosis and clinical management of atopic eczema[J].Clin Exp Dermatol,2012,37(suppl 1):7-12.
- [34] Abdalrazzaq YM, Bener A, De Busse P. Association of allergic symptoms in children with those in their parents Allergy[J].Allergy,1994,49:737-743.
- [35] W.H.Irwin Mcleand.过敏症基因一个皮肤蛋白的突变揭示了湿疹和哮喘之间的联系[J].生物技术世界,2011,2(44):48-53.
- [36] 陈铮.母乳中免疫因子与儿童湿疹的相关性研究[D].上海:复旦大学,2014.
- [37] 邓丹琪,冒长峙,谢红,等.湿疹的皮肤试验及细胞免疫功能的观察[J].中国皮肤性病学杂志,1998;12(6):342.
- [38] 潘祥龙等.中药抗炎一号注射液对急性皮炎湿疹患者细胞免疫功能的影响[J].上海医学,2001,24(6):355.
- [39] 陈宏,程晓蕾,梁军亮. 湿疹患者外周血白介素 17 和白介素 23 水平及白芍总苷治疗前后的变化[J].临床皮肤科杂志,2014,43(4):219-223.
- [40] Moises-A Ifaro CB, Caceres-RiosHW, RuedaM, et al. Areinfan tile seborrheic and atopic dermatitis clinical variants of the same disease[J].Int J Dermal, 2002,41(6):349- 351.
- [41] 王和平,王玉蕾,郑跃杰,等.湿疹患儿肠道菌群高通量测序初步探索[J].中国微生态学杂志,2016,28(7):751-752.
- [42] 陈戟,程颖.儿童湿疹 872 例血清过敏原特异性 IgE 检测结果分析[J].临床皮肤科杂志, 2014,43(3):148-150.
- [43] 刘琴,南京地区 139 例小儿湿疹斑贴试验结果分析[J].临床皮肤科杂志,2009, 35(3):158.
- [44] Maria Bohme, Inger Kull, Anna Bergstrom, et al. Parental smoking increases the risk for eczema with sensitization in 4-year-old children[J].J Allergy Clin Immunol,2010,125(4):941-943.
- [45] Hajime Kimata. Exposure to toad traffic enhances allergic skin wheal resp- onses and increases plasma neuropeptides and neurotrophins in patients with atopic eczema / dermatitis syndrome[J].International Journal of Hyiene and Environment Health,2004,207(4):45-49.
- [46] Nomura I, Tanaka K, Tomita H, et al.Evaluation of the staphylococcal exotoxins and their specific IgE in childhood atopic dermatitis[J].J Allergy Clin Immunol,1999,104(2 Pt 1):441-446.
- [47] 江幕尧,李春晓,赵万秋,等.骨外固定术后局部皮肤湿疹的治疗与护理[J].西南国防医药,2009,19(8):822-823.
- [48] 郑跃.湿疹发病机制的研究进展[J].国际皮肤性病学杂志,2013,39(2):113-115.
- [49] 张媛,刘永,颜敏,等.皮肤屏障与皮肤病[J].中国麻风皮肤病杂志,2015,31(6):368-369.

- [50] Levin J, Friedlancler SF, Del Rosso JQ. Atopic Dermatitis and the stratum corneum part 1: The role of filaggrin in the stratum corneum barrier and atopic skin[J]. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2013, 6(10):16-22.
- [51] 徐斌,王效道,刘士林.身心医学[M].北京:中国科学技术出版社,2000:200.
- [52] 刘瓦利.湿渗类皮肤病中西医结合治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004,1:6.
- [53] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京,江苏科学技术出版社,2015,726-727.
- [54] Oh J, Ahn H, Ryu K, et al. Clinical significance antigen-specific IgC4 for the diagnosis of food allergy in atopic dermatitis: The comparison of serum antigen-specific IgE and IgC4 levels with the results of DBPCFC for milk and egg[J]. *J Allergy Clin Immunol*. 2007, 113(suppl):318.
- [55] Adachi Y, Akamatsu H, Horio T. The effect of antibiotics on the production of superantigen from staphylococcal aureus isolated from atopic dermatitis[J]. *J Dermatol Sci*, 2002, 28:76-83.
- [56] 赵小燕,张学军,杨森.特应性皮炎治疗的研究进展[J]. *国外医学皮肤性病学分册*, 2005, 31(4):215-217.
- [57] 朱秀丽,张焱.卡介菌多糖核酸的药理特性及临床应用进展[J]. *中国当代医药*, 2013, 20(3):19-21.
- [58] Nomura I, Cao B, Boguniewicz M, et al. Distinct patterns of gene expression in the skin lesions of atopic dermatitis and psoriasis: a gene microarray analysis[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2003, 112:1195.
- [59] Valenta R, Seiberler S, Natter S, et al. Autoallergy: a pathogenetic factor in atopic dermatitis? [J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2000, 105:432-437.
- [60] Penders J, Stobberingh EE, van den Brandt PA, et al. The role of the intestinal microbiota in the development of atopic disorders[J]. *Allergy*, 2007, 62(11):1223-1236.
- [61] 蔚京京,邵洁,李云珠,等. meta 分析:益生菌在防治儿童特应性皮炎中的作用[J]. *临床儿科杂志*, 2008, 26(5):433-437.
- [62] 冯仪,常青,蔡燕.微生态制剂预防和治疗婴幼儿湿疹的临床价值[J]. *医学信息*, 2014 (4):93.
- [63] 郭艳辉,牟昱丹,王洪声.微生态制剂辅助治疗婴幼儿湿疹的临床效果研究[J]. *大连医科大学学报*, 2015, 37(6):571-573.
- [64] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.湿疹诊疗指南(2011年), *中华皮肤科杂志*, 2011, 44(1):5-6.
- [65] 李谦,孙东杰,何黎,等.薇诺娜柔润保湿霜对慢性湿疹辅助治疗作用的观察[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2012, 26(7):601-604.
- [66] Jensen JM, Pfeiffer S, Witt M, et al. Different effects of pimecrolimus and betamethasone on the skin barrier in patients with atopic dermatitis *Journal of Allergy & Clinical Immunology* [J], 2009, 124(124):R19-28.
- [67] 李玉华,李胜君,曹晓焕,等.特应性皮炎的研究进展[J]. 2011, 9(23):171.
- [68] 杨欢,王华.润肤剂在特应性皮炎基础治疗中应用的研究进展[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2014, 28(1):81-83.
- [69] 闫毅,蔡莉,陈婷.308nm 单频准分子光与紫外线照射治疗特应性皮炎的临床疗效比较[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2015, 29(3):251-254.
- [70] 陈天雷,刘丹,黄隼全.生物共振治疗仪治疗特应性皮炎 60 例疗效观察及其对免疫功能的影响[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2014, 28(10):1092-1094, 1096.

- [71] Yanase DJ, David-Bajar K. The leukotriene antagonist montelukast as a therapeutic agent for atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* [J], 2001, 134(44):89-93.
- [72] 吴丹, 农朝赞. 重组人表皮生长因子联合派瑞松软膏治疗婴儿湿疹 45 例的疗效观察 [J]. *广西医学*, 2010, (07):853-855.
- [73] 许向前, 张弘, 袁少华, 等. 复方多粘菌素 B 软膏联合丁酸氢化可的松乳膏治疗儿童湿疹 [J]. *湖北医药学院学报*, 2010, (06):535-536.
- [74] 赵辨. *临床皮肤病学* [M]. 第 3 版, 南京, 江苏科技出版社, 2001, 604-607.
- [75] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1995.
- [76] Berth-Jones J. Six area six sign atopic dermatitis (SASSAD) severity score: a simple system for monitoring disease activity in atopic dermatitis [J]. *Br J Dermatol*, 1996, 135 suppl 48:25-30.
- [77] Loo W J, Diba V, Chaw la M, et al. Dermatology Life Quality Index: influence of an illustrated version [J]. *Br J Dermatol*, 2003, 148(2):279-284.
- [78] Nakai Y, Kido T, Hashimoto K, Kase Y, Sakakibara I, et al. Effect of the rhizomes of *Atractylodes lancea* and its constituents on the delay of gastric emptying [J]. *J Ethnopharmacol*. 2003, 84(1):51.
- [79] 刘芬, 刘艳菊, 田春漫. 苍术麸炒前后对脾虚模型大鼠胃肠动力学的影响 [J]. *中国新药与临床药理*, 2015, 26(2):188.
- [80] 王丹凤, 刘玉强, 才谦. 苍术麸炒前后健脾作用研究 [J]. *时珍国医国药*, 2013, 24(1): 155-156
- [81] 赵子剑, 肖胜男, 赵永新, 等. 苍术药理作用的文献再评价 [J]. *中国医院药学杂志*, 2011, 31(7):607-608.
- [82] 陈蔚文. 健脾益气中药的小肠隐窝细胞药理靶点探讨 [J]. *广州中医药大学学报*, 2004, (215):356-357.
- [83] SIN K S, KIM H P, LEE W C, et al. Pharmacological activities of the constituents of *Atractylodes Rhizomes* [J]. *Arch Pharm Res*, 1989, 12(4):236-238.
- [84] WANG Chang-he, DUAN Hai-jie, HE Lang-chong. Inhibitory effect of atracylenolide I on angiogenesis in chronic inflammation in vivo and in vitro [J]. *Eur J Pharmacol*, 2009, 612(1/3):143-152.
- [85] 汪电雷, 陈卫东, 徐先祥. 茯苓总三萜的抗炎作用研究 [J]. *安徽医药*, 2009, 139:1021-1023.
- [86] 张先淑, 胡先明. 茯苓三萜化合物的药理作用及临床应用研究进展 [J]. *重庆工贸职业技术学院学报*, 2011(4):46-50.
- [87] 周宏超, 高立云, 范光丽, 等. 茯苓酸对 SLT-IIe 诱导大鼠肠黏膜微血管内皮细胞分泌细胞因子的影响 [J]. *中国兽医科学*, 2008, 38(10):884-888.
- [88] 张兵影, 薛志强, 邓建新, 等. 茯苓健脾作用活性部位的研究 [J]. *菌物研究*, 2007, 5 (2):111-112.
- [89] 朱自平, 张明发, 沈雅琴, 等. 生甘草和白鲜皮对消化系统的药理实验研究 [J]. *中国中西医结合脾胃杂志*, 1998, 6(2):95-97.
- [90] 时东方, 宋策, 郑梅竹, 等. 白鲜皮中抗炎有效组分的分离及抗炎活性研究 [J]. *中国现代医学杂志*, 2012, 22(36):21-22.
- [91] 王麦玲, 张继文. 白鲜皮杀菌活性成分的研究 [J]. *农药*, 2006(11):739-741.

- [92] 康胜利,王素贤,朱廷儒.中药白鲜皮活性成分的研究.沈阳药学院学报,1983,18(6): 11.
- [93] 付永霞,白鲜皮的抑菌作用[J].中国现代药物应用,2010,4(6):238-239.
- [94] 蒋丹,王关林.22 种中草药抑菌活性的研究[J].辽宁高职学报,2003,(4):140-141, 146.
- [95] 边才苗.白花蛇舌草提取物的抑菌作用研究[J].时珍国医国药,2005,16(10):991-992.
- [96] 孟玮,邱世翠,刘志强,等.白花蛇舌草对小鼠骨髓细胞增殖和 IL-2 生成的影响[J].滨州医学院学报,2004,27(4):256-257.
- [97] 孟玮,邱世翠,刘志强,等.白花蛇舌草对小鼠淋巴细胞增殖和抗体产生的影响[J].中国中医药科技,2003,10(6):340.
- [98] 孟玮,刘志强,邱世翠,等.白花蛇舌草对抗体形成细胞的作用研究[J].时珍国医国药,2004,15(9):570.
- [99] 苗明三.薏苡仁多糖对环磷酰胺致免疫抑制小鼠免疫功能的影响[J].中医药学报, 2002,30(5):49-51.
- [100] 刘晓梅.薏苡仁的药理研究与临床新用[J].中国医药指南,2010,8(2):36-37.
- [101] 杨爽,王李梅,王姝麒,等.薏苡化学成分及其活性综述[J].中药材,2011,34(8):1306-1312.
- [102] 刘嘉湘,廖美林,严德均,等.康莱特注射液治疗原发性肺癌 II 期临床总结[J].中药新药与临床药理,1995,6(4):17.
- [103] 党毅,肖培根,杨显荣.中医药与保健食品如何结合刍议[J].时珍国医国药,1998,9 (6):481.
- [104] 王姝梅,何春美.陈皮提取物清除氧自由基和抗脂质过氧化.中国药科大学学报 1998,29(6):462-464.
- [105] 金治萃,胡荫,白莲花,等.桔皮注射液对免疫功能的影响.内蒙古医学杂志,1993, 13(2):13.
- [106] 孙晓红,邵世和,李洪涛,等.防风的临床应用及研究[J].2004,5(2):139.
- [107] 杨爽,于波,张耀方,等.川陈皮素对囊性纤维化跨膜传导调节因子的激活作用[J].药学报,2013,48(6):848-854.
- [108] 赵磊,蒲小平.丹参粉针剂对大鼠心肌缺血/再灌注损伤的保护作用[J].中国新药杂志, 2006,15(14):39-41.
- [109] 刘娟,刘颖.丹参药理活性成分研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(7):15-17.
- [110] 罗厚蔚,韦苞泽.丹参酮类及有关化合物抑菌作用的构效关系[J].中国药科大学报, 2002,33(1):6-12.
- [111] 辛淑杰.丹参的药理作用及临床应用探讨[J].中国民族民间用药,2013,(5):26-27.
- [112] 吴燕燕,孙煜,王易.丹参多酚酸盐活血化瘀作用的多元化药理作用[J].中国现代应用药学,2010,27(11):975-979.
- [113] 顾剑萍,林乾良.乌梢蛇的药理研究初报[J].1986,3(4):4-7.
- [114] 马哲龙,梁家红,陈金印,等.乌梢蛇的抗炎镇痛作用[J].中药药理与临床,2011, (6):58-60.
- [115] YizhouZeng, RunzhiDeng, Barry, et al. Application of an antibacterial dressing spray in the prevention of post-operative infection in oral cancer patients: A phase1 clinical trial[J].African Journal of Biotechnology,2008, 7(21):3827-3831.

附录

附录一 部分英文缩写语的中英文对照

SIL-2R	Soluble Interleukin-2 Receptor	可溶性白细胞介素-2 受体
IL-17	Interleukin-17	白介素-17
IL-23	Interleukin-23	白介素-23
SCORAD	Scoring Atopic Dermatitis	特应性皮炎积分
PUVA	Psoralen & Ultraviolet Radiation A	补骨脂素联合使用 A 波段紫外线暴露疗法
ODC	Ornithine Decarboxylase	鸟氨酸脱羧酶
IL-2	Interleukin-2	白介素-2
DPPH	1,1-Diphenyl-2-Picrylhydrazyl	1,1-二苯基-2-三硝基苯肼

附录二 儿童期亚急性湿疹的临床治疗疗效观察表

首次观察记录

就诊时间：201_年_月_日

编号 _____

一般项目

患者姓名_____性别_____年龄_____周岁

家长姓名_____

联系地址_____

联系电话_____

病程（起病时间、确诊时间）
_____病史（药食物过敏史具体填写）
_____既往用药

体格检查：T: ℃ P: 次/分 R: 次/分 BP: / mmHg

H: cm W: kg

各系统检查 正常 异常→填表

	正常	异常（详述）
头颅		
心肺		
肝脏、腹部		
四肢		
其他阳性体征		
如以上任何一项异常符合排除标准，予以排除。		

观察指标评分表：

1分=轻度症状，表示此体征确定存在，

但需仔细观察后才可见；

2分=中度症状，表示此体征可立刻见到；

3分=重度症状，表示此体征非常明显。

皮损症状严重程度计分表

计分症	无 (0分)	轻 (1分)	中 (2分)	重 (3分)	总得分
状					
红斑					
丘疹或水疱或 结痂					
鳞屑或抓痕					
浸润或肥厚或 苔藓化					

身体各部位所占面积比例表

部位	头/颈(H)	上肢(UL)	躯干(T)	下肢(LL)
年龄				
0至7岁	20%	20%	30%	30%
8岁以上	10%	20%	30%	40%

皮损面积占各部位面积比例计分表

皮损面积%	分数	得分	
无皮疹	0分	头/颈(H)	
<10%	1分		
10%-29%	2分	上肢(UL)	
30%-49%	3分		
50%-69%	4分	躯干(T)	
70%-89%	5分		
90%-100%	6分	下肢(LL)	
---	---		

EASI 分值计算表

部位	计分公式	EASI 分值	EASI 评分总分
头/颈 (H)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.2		(H+UL+T+LL)
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.1		
上肢 (UL)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.2		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.2		
躯干 (T)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
下肢 (LL)	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.3		
	(红斑+丘疹+鳞屑+浸润) *面积*0.4		

瘙痒自评 (VAS 评分法)

这条 100mm 长的刻度尺是代表您的瘙痒程度的标尺，两端分别是“不感到痒”和“所能想象的最严重的痒”，所对应分数是 0-10 分。您觉得您的瘙痒程度达到标尺的那一段？请指出。

得分

处方

医嘱

下次随访日期

医生签名 _____

201_年_月_日

附录三 治疗组两例患儿皮损图像记录

治疗前:



例 1



例 2

治疗 1 周后:



例 1



例 2

治疗 2 周后:



例 1



例 2

治疗 4 周后:



例 1



例 2

附录四 儿童皮肤病生活质量指数表

Children's Dermatology Life Quality Index

(患儿独立完成或由监护人辅助完成, 在相应的空格内打√, 0分=无、1分=一般、2分=严重、3分=非常严重)

Trouble with SKIN

在过去的一周内



你的皮肤瘙痒、刺痒、疼痛或痛苦不堪吗?

- 很严重
严重
一般
无
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



因为你的皮肤问题感到在意、生气、恼怒或尴尬吗?



你的皮肤问题影响你交朋友吗?

- 很严重
严重
一般
无
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

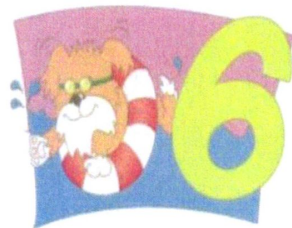


你因皮肤问题改换衣物佩饰吗?(如加穿外套, 戴帽子等)



你的皮肤问题影响你出门、社交、做业余爱好吗?

- 很严重
严重
一般
无
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

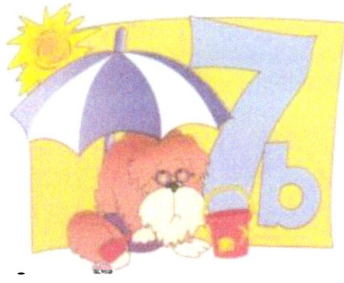


你的皮肤问题对游泳及其他运动影响吗?



你的皮肤问题影响你在校期间完成作业吗？

- 很严重
- 严重
- 一般
- 无



或假期期间休闲计划呢？



你的皮肤问题导致他人起绰号、嘲笑或刁难你吗？

- 很严重
- 严重
- 一般
- 无



你的皮肤问题影响睡眠吗？



皮肤治疗后给你带来的问题有多大？
(如精神压力、家庭困扰)

- 很严重
- 严重
- 一般
- 无

姓名: _____

年龄: _____

日期: _____

得分: _____

附录五 安全性观察表： 有（记录如下） 无

	症状描述	发生时间	持续时间	中/西药物相关性			采取措施	病情转归
				无关	有关	无法确定		
一周后								
两周后								
四周后								

攻读硕士学位期间取得的学术成果

徐泳芳,魏跃钢.魏跃钢治疗白色萎缩验案 1 则[J].江苏中医药,2016,48(6):52-53.

致 谢

这世间唯一不变的便是改变。总以为自己仍是刚进科室时满怀激动与喜悦的懵懂学子，恍惚之间却即将到达终点。文章及此，回想一路走来，内心百感交集。

在此我最想感谢的就是我的导师魏跃钢主任。三年来我看到您严谨的治学精神、深厚的学术素养、一丝不苟的工作态度、淡泊的处事原则，令我无比敬佩。您润物细无声的教导使我一辈子受益与感怀。本文倾注了您大量的心血，在此我要向您表达我最诚挚的谢意与祝福。

由衷感谢江苏省中医院皮肤科闵仲生主任、谭城主任、陈力主任、单敏洁主任、张恩虎主任、刘岩主任、薛艳宁主任、李红敏老师、陈芳老师、朱洁老师等等以及所有护士老师在我临床学习和工作上的指导与帮助。

感恩母校八年的栽培，即将离开，万千不舍，我会永远因曾是南中医的一份子而骄傲。

感谢我的同门陆玲玲、许俐歆、张雯、朴利罗以及我的师妹们，感谢你们的支持与鼓励，让我的学习生活充满乐趣。

此外，我要特别感谢我的父母与家人，你们温暖的怀抱是我前进道路上最大的动力，你们包容我，谅解我，为我的求学道路扫平一切阻碍，才让我顺利完成学业。

最后，衷心感谢各位答辩委员会的专家及老师在百忙之中的评阅与指导，祝各位老师万事顺心，健康如意。