

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.13.023

文章编号: 1005-8982(2019)13-0119-04

临床报道

## 特应性皮炎患者中医证型与临床评价指标的关系研究

林银哲<sup>1</sup>, 黄咏菁<sup>2</sup>, 莫秀梅<sup>2</sup>, 丁木云<sup>3</sup>, 陈怡君<sup>3</sup>, 刘婷<sup>3</sup>

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510030; 3. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405)

**摘要:** **目的** 通过回顾临床资料, 分析特应性皮炎(AD)门诊患者的中医证型与疾病严重程度、瘙痒、睡眠、生活质量、家庭影响之间的关系。**方法** 应用特应性皮炎积分(SCORAD)评分标准、瘙痒VAS、睡眠VAS、生活质量调查表, 对广州中医药大学第二附属医院112例患者进行临床症状评分与问卷调查。**结果** AD最常见的证型为心火脾虚(28.6%), 脾虚为最常见病机。生活质量、SCORAD评分、瘙痒、睡眠与不同证型之间无关( $P>0.05$ ); 不同某种皮损积分在不同证型中的差异比较显示, 红斑在血虚风燥中积分较高, 肥厚/苔藓样变积分在脾虚血燥中最高( $P<0.05$ )。**结论** AD的病情具有年龄阶段性, 不同年龄段其证型不同; 皮损积分与中医辨证分型有一定的相关性。

**关键词:** 皮炎, 特异性; 生活质量; SCORAD评分; 中医辨证

**中图分类号:** R751

**文献标识码:** B

特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)是一种与遗传过敏素质有关的慢性复发性、炎症性皮肤病。表现为瘙痒、多形性皮损并有渗出倾向, 常伴有哮喘、过敏性鼻炎。该病以儿童中多见, 流行病学表明目前AD发病情况仍呈逐步上升趋势, 且相关影响因素较为复杂, 对患者及其家人生活质量的影响以及对社会造成的经济负担逐渐增加<sup>[1]</sup>。现代医学认为AD的病因和发病机制尚不清楚, 目前AD的治疗多以中西医结合为主, 西医以口服抗组胺药及外用激素为基础, 通过中医治疗可以改善患者皮损, 控制瘙痒, 减少复发, 提高患者生活质量。但中医辨证的复杂性导致治疗方案缺乏可比性和重复性<sup>[2]</sup>。本文通过对AD患者的中医证型和临床评价指标的分析, 探讨两者之间的相互关系。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

选取2017~2018年广州中医药大学第二附属医院皮肤科门诊的112例患者, 按照Williams诊断标

准确诊为AD的患者。其中, 男性55例, 女性57例; 平均年龄( $18.680 \pm 10.394$ )岁。采用特应性皮炎积分(scoring atopic dermatitis, SCORAD)评分标准对患者进行临床严重程度评分, 平均( $42.771 \pm 17.601$ )分; 生活质量为( $9.920 \pm 5.682$ )分, 皮炎家庭影响调查表(the dermatitis family impact, DFI)( $12.860 \pm 6.088$ )分, 瘙痒( $5.740 \pm 2.273$ )分, 睡眠( $3.910 \pm 2.958$ )分。

#### 1.2 中医辨证方法

参考1994年的《中医病症诊断疗效标准》、《中医皮肤性病学》中对四弯风皮损特点的辨证方法, 将本研究患者按照中医辨证分型分为心火脾虚32例(28.6%), 阴阳失调29例(25.9%), 脾虚失运13例(11.6%), 脾虚湿困14例(12.4%), 脾虚血燥9例(8.0%), 血虚风燥7例(6.3%), 风湿热症8例(7.1%)。见图1。

#### 1.3 研究方法

采用生活质量指数, 此量表由10个简短的问题组成, 包含生理、社会、心理等方面, 每个条目为Likert式4级评分, 分别为0、1、2、3分, 总分为0~30

收稿日期: 2018-12-23

[通信作者] 黄咏菁, E-mail: huangyongjing@126.com

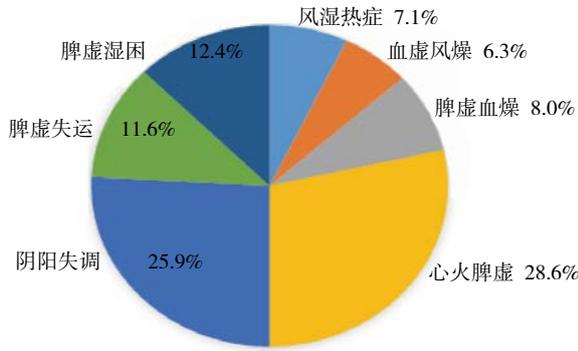


图 1 不同证型分布

分,分值越高表示生活质量越差;儿童患者增加 DFI,由 10 个简短的问题组成,DFI 包含生理、社会、心理影响领域等。10 个条目内容分别为家务、食物准备与喂养、家人的睡眠、家庭休闲活动的影响、购物花费时间、生活开销、疲惫、情绪苦恼、人际关系及治疗的相关问题。各条目均为 Likert 式 4 级评分,分别获得 0、1、2、3 分,总分为 0 ~ 30 分。皮损严重程度采用 SCORAD 评分标准,由特定的医师进行评分。瘙痒程度及睡眠情况采用瘙痒 VAS 评分、睡眠 VAS 评分,分值为 0 ~ 10 分,分值越高表示程度越严重。

### 1.4 统计学方法

数据分析采用 SPSS 19.0 统计软件。计量资料以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,多组间比较采用方差分析,不服从正态分布采用非参数秩和检验,双变量的相关性分析采用 Pearson 相关系数进行分析, $P < 0.05$  为差

异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 生活质量与各临床指标的相关关系

生活质量与年龄无相关( $r = 0.102, P = 0.284$ );生活质量与 SCORAD、瘙痒、睡眠具有相关性( $r = 0.437、0.413$  和  $0.528$ , 均  $P = 0.000$ ),差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明生活质量与 SCORAD、瘙痒、睡眠相关。

### 2.2 各证型组间临床指标的比较

各证型组的年龄比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );心火脾虚组、脾虚失运组的年龄均值最低,脾虚血燥、血虚风燥组的最高;各证型组间的生活质量、SCORAD、瘙痒评分、睡眠评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

### 2.3 证型与不同皮损积分的关系

各证型不同皮损评分值比较,同证型的红斑、肥厚苔藓样变积分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),其他皮损积分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。红斑:阴阳失调组的积分低于心火脾虚、脾虚失运、脾虚湿困、血虚风燥,且差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肥厚/苔藓样变:阴阳失调的积分低于心火脾虚、脾虚湿困、脾虚血燥,且差异有统计学意义( $P < 0.05$ );脾虚湿困、脾虚血燥的积分高于脾虚失运组,且差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 各证型临床指标的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别   | n  | 年龄             | 生活质量          | SCORAD         | 瘙痒           | 睡眠           |
|------|----|----------------|---------------|----------------|--------------|--------------|
| 心火脾虚 | 32 | 13.97 ± 7.425  | 8.66 ± 4.419  | 45.24 ± 18.122 | 5.56 ± 2.475 | 4.00 ± 2.840 |
| 阴阳失调 | 29 | 20.90 ± 13.099 | 9.48 ± 6.133  | 34.68 ± 13.822 | 5.83 ± 2.331 | 3.07 ± 2.738 |
| 脾虚失运 | 13 | 11.77 ± 5.876  | 9.77 ± 5.904  | 44.60 ± 19.681 | 6.38 ± 1.981 | 4.85 ± 2.734 |
| 脾虚湿困 | 14 | 21.43 ± 11.594 | 11.29 ± 5.876 | 43.77 ± 17.040 | 5.86 ± 2.568 | 4.79 ± 3.512 |
| 脾虚血燥 | 9  | 26.89 ± 6.754  | 12.56 ± 7.126 | 50.07 ± 20.269 | 5.00 ± 2.398 | 4.78 ± 3.270 |
| 血虚风燥 | 7  | 24.43 ± 3.994  | 13.71 ± 6.576 | 49.91 ± 16.679 | 6.14 ± 1.215 | 3.14 ± 3.132 |
| 风湿热症 | 8  | 21.63 ± 7.269  | 8.13 ± 4.155  | 43.00 ± 18.853 | 5.38 ± 2.066 | 3.25 ± 2.915 |
| F 值  |    | 27.295         | 7.441         | 10.772         | 2.215        | 6.398        |
| P 值  |    | 0.000          | 0.282         | 0.096          | 0.899        | 0.380        |

表 2 证型与不同皮损积分的关系 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别   | n  | 红斑                         | 丘疹/水肿        | 渗出/结痂        | 表皮剥脱/抓痕      | 肥厚/苔藓样变                      | 干燥           |
|------|----|----------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--------------|
| 心火脾虚 | 32 | 1.72 ± 0.813 <sup>1)</sup> | 1.13 ± 0.976 | 1.09 ± 1.058 | 1.72 ± 0.683 | 1.72 ± 0.581 <sup>2)</sup>   | 2.06 ± 0.801 |
| 阴阳失调 | 29 | 1.11 ± 0.724               | 0.79 ± 0.726 | 0.55 ± 0.910 | 1.21 ± 0.819 | 1.34 ± 0.614                 | 1.83 ± 0.658 |
| 脾虚失运 | 13 | 1.85 ± 0.899 <sup>1)</sup> | 1.31 ± 0.947 | 1.15 ± 0.899 | 1.54 ± 0.660 | 1.31 ± 0.855                 | 2.31 ± 0.751 |
| 脾虚湿困 | 14 | 1.64 ± 0.745 <sup>1)</sup> | 1.07 ± 0.917 | 1.86 ± 0.949 | 1.57 ± 0.852 | 1.93 ± 0.829 <sup>2)3)</sup> | 1.79 ± 0.802 |
| 脾虚血燥 | 9  | 1.67 ± 0.866               | 1.44 ± 0.726 | 0.67 ± 0.886 | 1.89 ± 0.281 | 2.11 ± 0.782 <sup>2)3)</sup> | 2.44 ± 0.527 |
| 风湿热症 | 8  | 1.50 ± 1.069               | 1.63 ± 1.061 | 1.13 ± 1.126 | 1.63 ± 0.744 | 1.75 ± 0.707                 | 1.75 ± 0.463 |
| 血虚风燥 | 7  | 2.29 ± 0.756 <sup>1)</sup> | 1.43 ± 1.134 | 1.00 ± 1.000 | 1.57 ± 1.272 | 1.86 ± 0.378                 | 2.29 ± 0.488 |
| F 值  |    | 2.967                      | 1.474        | 1.143        | 1.385        | 2.828                        | 1.899        |
| P 值  |    | 0.010                      | 0.194        | 0.343        | 0.227        | 0.014                        | 0.088        |

注: 1) 红斑: 与阴阳失调比较,  $P < 0.05$ ; 2) 肥厚/苔藓样变: 与阴阳失调比较,  $P < 0.05$ ; 3) 与脾虚失运比较,  $P < 0.05$

### 3 讨论

中医认为 AD 是由于先天脾虚, 外加感受风湿热诸邪, 相搏于肌肤而发病。AD 是一种难治性的慢性炎症性皮肤病, 由于该病多迁延儿童和成人, 且无行之有效的西医方法, 长期应用副作用大, 患者不易耐受, 给患者及其家庭和社会带来沉重的负担<sup>[2]</sup>, 而传统的中医药在 AD 的治疗和防止复发方面, 显示出比单纯应用西药更明显的疗效, 而且可以更好地保障显著的近期疗效和低复发率, 提高患者生活质量<sup>[3]</sup>。本研究统计显示, AD 最常见的证型为心火脾虚, 其次为阴阳失调, 常见证型还有脾虚失运、脾虚湿困、脾虚血燥、血虚风燥、风湿热症等, 实证主要为心火、湿热、血燥等, 虚症以脾虚、血虚为主, 其中脾虚为最常见病机, 约占 60.71%。陈保疆等<sup>[4]</sup>在中医辨证分型的研究提示特应性皮炎患者多具有脾虚体质。宋业强认为 AD 的发病主要与先天脾虚有关, 病机多为外感风邪, 郁于肌肤腠理而发病<sup>[5]</sup>。AD 虽然表现在皮肤, 但是其根源是在脾胃, 脾胃功能可以直接影响到 AD 症状的严重程度。由此可见, 在 AD 的中医治疗过程中, 可注重以健脾为法。范瑞强教授认为 AD 以治疗脾虚为本, 无论是哪种证型, 无论治疗到哪种阶段, 都要注重调理肠胃、健脾的治疗<sup>[6]</sup>。

中医证型与各临床指标的差异性分析显示只与年龄有相关性, 说明 AD 的辨证分型与年龄的大小密切相关, 这与目前临床上的辨证依据相一致, 如余土根教授将辨证分析归纳为婴儿期之风热夹湿, 儿童期之湿热蕴盛和脾虚湿蕴, 成人期之血虚风燥<sup>[7]</sup>。不同某种皮损积分在不同证型中的差异比较显示, 肥厚/

苔藓样变积分中, 阴阳失调组的积分最低, 与心火脾虚、脾虚湿困、脾虚血燥比较, 差异有统计学意义; 脾虚湿困、脾虚血燥的积分高于脾虚失运, 差异有统计学意义。红斑积分在各证型间的差异有统计学意义, 心火脾虚、脾虚湿困、脾虚失运、血虚风燥组的积分皆高于阴阳失调, 由此可见, 脾虚夹火、湿、燥等邪可引起更严重的皮损。AD 的病情具有年龄阶段性, 不同年龄段其证型不同; 皮损积分与中医辨证分型有一定的相关性, 对临床辨证有一定的指导意义, 可为 AD 辨证施治提供依据, 此外, 可以进一步寻求不同皮损类型的形成因素。中医证型在瘙痒、睡眠评分、SCORAD 评分方面未显示出差异, 可进一步寻找其他的临床评价指标。

总而言之, 虽然中医在减轻 AD 患者皮损、瘙痒, 改善其睡眠等方面有较好的疗效, 但目前仍尚未有比较统一或规范的辨证, 各位医家多以经验治之, 这也与 AD 因病机的复杂性有一定的关系。近年研究表明, 中、西医学对 AD 病因病机的认识有越来越多的共通性, 西医研究在一定程度上揭示某些中医学病机的微观本质, 而中医病机理论也可成为指导今后研究的灵感与思路来源<sup>[8]</sup>。比如 AD 患者皮损 microRNAs 分子表达谱在不同证型患者皮损中存在差异, 其介导的不同免疫炎症组织损伤可能是 AD 不同临床表现的物质基础<sup>[9]</sup>。本文旨在探讨中医辨证与 AD 的临床评价指标之间的关系, 以期寻找其相关性, 以辅助临床中医辨证。

#### 参考文献:

[1] 孙彩虹, 顾恒. 特应性皮炎的流行病学特征[J]. 中国医学文摘

- (皮肤科学), 2016(2): 101-106.
- [2] 徐森, 宋瑜. 特应性皮炎的中医内治法研究进展 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2016(4): 395-398.
- [3] 饶琪, 宋瑜. 中医药治疗特应性皮炎研究进展 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2014(7): 651-654.
- [4] 陈保疆, 张玉环. 特应性皮炎中医辨证分型与血清总 IgE 及白介素 4 关系研究 [J]. 甘肃中医, 2007(4): 8-9.
- [5] 刘卓琳, 孙风峙. 宋业强治疗特应性皮炎经验 [J]. 河北中医, 2009(9): 1290-1291.
- [6] 李琳. 中西医结合治疗特应性皮炎的临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2014(27): 56-57.
- [7] 郑益志. 余土根治疗异位性皮炎的经验 [J]. 浙江中医杂志, 2005(2): 10-12.
- [8] 王海燕, 陈达灿, 晏烽根. 特应性皮炎中西医发病机制的比较与思考 [J]. 中国中西医结合杂志, 2018(6): 737-740.
- [9] 吴志洪, 苏传丽, 钟江, 等. 不同证型特应性皮炎患者皮损 microRNAs 表达谱的研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2017(1): 14-18.

(张西倩 编辑)