

## 中西医联合治疗斑块型银屑病的疗效及安全性研究

康乐<sup>1</sup>, 易海玲<sup>1</sup>, 耿菁<sup>1</sup>, 李青青<sup>1</sup>, 张敏<sup>2</sup>

(1.宝鸡市中心医院皮肤科 陕西 宝鸡 721000; 2.宝鸡市中医医院皮肤科 陕西 宝鸡 721000)

**[摘要]目的:** 观察中西医结合疗法在斑块型银屑病中的临床应用效果及安全性。**方法:** 纳入104例斑块型银屑病进行研究, 病例收治时间为2022年5月-2023年5月, 按简单随机分组法均分为四组, 分别给予常规西药治疗(西药组,  $n=26$ )、中医药治疗(中药组,  $n=26$ )、中医药+安慰剂(安慰剂组,  $n=26$ )、中西医结合疗法(联合组,  $n=26$ ), 均治疗10周, 观察治疗后患者的临床疗效、症状量化积分、皮肤屏障功能、血液因子[CD4<sup>+</sup>、白介素-17 (Interleukin-17, IL-17)、血管内皮生长因子 (Vascular endothelial growth factor, VEGF)]水平及治疗安全性情况。**结果:** 治疗后, 治疗后联合组临床疗效明显高于安慰剂组、中药组、西药组 ( $P<0.05$ )。治疗后四组间症状量化积分中鳞屑、红斑、皮疹面积、瘙痒程度评分差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 其中联合组明显低于安慰剂组、中药组和西药组 ( $P<0.05$ )。治疗后四组间角质层含水量、皮脂含量、pH值差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 其中联合组角质层含水量、皮脂含量明显高于安慰剂组、中药组和西药组 ( $P<0.05$ ), pH值明显低于安慰剂组、中药组和西药组 ( $P<0.05$ )。治疗后四组间CD4<sup>+</sup>、IL-17、VEGF水平差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 其中联合组CD4<sup>+</sup>明显高于安慰剂组、中药组和西药组 ( $P<0.05$ ), IL-17、VEGF水平明显低于安慰剂组、中药组和西药组 ( $P<0.05$ ); 安慰剂组、中药组CD4<sup>+</sup>明显高于西药组 ( $P<0.05$ ), 而IL-17水平明显低于西药组 ( $P<0.05$ ); 四组患者治疗安全性差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。**结论:** 针对斑块型银屑病在常规西药治疗的基础上结合中医疗法能促进症状消退, 调节血液免疫炎症因子水平, 促进皮肤屏障功能恢复, 从而提高临床疗效。

**[关键词]** 斑块型银屑病; 白疣; 血瘀证; 免疫反应; 炎症; 疗效; 安全性

**[中图分类号]** R758.63 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1008-6455 (2025) 06-0086-05

## Study on Efficacy and Safety of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Plaque Psoriasis

KANG Le<sup>1</sup>, YI Hailing<sup>1</sup>, GENG Jing<sup>1</sup>, LI Qingqing<sup>1</sup>, ZHANG Min<sup>2</sup>

(1. Department of Dermatology, Baoji Central Hospital, Baoji 721000, Shaanxi, China;

2. Department of Dermatology, Baoji Hospital of Traditional Chinese Medicine, Baoji 721000, Shaanxi, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical application effect and safety of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy in the treatment of plaque psoriasis. **Methods** 104 patients with plaque psoriasis were enrolled in the study from May 2022 to May 2023, and were classified into four groups by adopting the simple random grouping method. They were given conventional western medicine treatment (western medicine group,  $n=26$ ), traditional Chinese medicine treatment (traditional Chinese medicine group,  $n=26$ ), traditional Chinese medicine+placebo (placebo group,  $n=26$ ) and integrated traditional Chinese and Western medicine treatment (combined group,  $n=26$ ). The four groups were treated for 10 weeks. The clinical efficacy, symptom quantification scores, skin barrier function and blood factors [CD4<sup>+</sup>, interleukin-17 (IL-17), vascular endothelial growth factor (VEGF)] and treatment safety were observed after treatment. **Results** After treatment, the clinical efficacy in combined group was significantly higher than that in placebo group and western medicine group ( $P<0.05$ ). The symptom quantification scores of scale, erythema, rash area and pruritus degree were statistically different among the four groups after treatment ( $P<0.05$ ), and the above scores in combined group were significantly lower than those in placebo group, traditional Chinese medicine group and western medicine group ( $P<0.05$ ). After treatment, there were statistical differences in the water content of stratum corneum, sebum content and pH value among the four groups ( $P<0.05$ ). The water content of stratum corneum and sebum content were significantly higher in combined group than those in placebo group, traditional Chinese medicine group and western medicine group ( $P<0.05$ ), and the pH value was significantly lower than that in placebo group,

通信作者: 易海玲, 主治医师; 研究方向为中西医结合治疗皮肤疾病。E-mail: 807658390@qq.com

第一作者: 康乐, 主治医师; 研究方向为数据分析、中西医结合治疗皮肤疾病。E-mail: 13571711295@163.com

traditional Chinese medicine group and western medicine group ( $P < 0.05$ ). Statistical differences were shown in  $CD4^+$ , IL-17 and VEGF among the four groups after treatment ( $P < 0.05$ ). The  $CD4^+$  level in combined group was significantly higher compared to placebo group, traditional Chinese medicine group and western medicine group ( $P < 0.05$ ) while the IL-17 and VEGF were significantly lower ( $P < 0.05$ ). The level of  $CD4^+$  in placebo group and traditional Chinese medicine group was significantly higher than that in western medicine group ( $P < 0.05$ ) while the level of IL-17 was significantly lower than that in western medicine group ( $P < 0.05$ ). The treatment safety revealed no statistical significance among the four groups ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion** On the basis of conventional western medicine treatment, integrated traditional Chinese and Western medicine therapy for plaque psoriasis can promote the symptom regression, regulate the levels of blood immune inflammatory factors, promote the recovery of skin barrier function, and thus enhance the clinical efficacy.

**Key words:** plaque psoriasis; white crust; blood stasis syndrome; immune response; inflammation; efficacy; safety

寻常型银屑病属于慢性炎症性皮肤病，皮损呈点滴或斑块状，伴有银白色鳞屑，病程长且易反复，发病后累及皮肤范围较大，会严重影响皮肤美观和身心健康<sup>[1-2]</sup>。目前其发病机制尚未完全阐明，在临床治疗难度极大，传统西医治疗主要通过阿维A胶囊、环孢素、甲氨蝶呤等对症状进行控制，但整体疗效不甚理想，且这些药物服用需对剂量严格控制，以减少其副作用发生风险<sup>[3-4]</sup>。在临床银屑病归属于中医“白疔”，病因病机较为复杂，一般认为风、火、湿等邪气客于腠理，与血气相搏所生，发病初期多为风邪犯表，玄府开阖失司，阳气郁闭于内，化热生毒，燔灼肌肤所致，症状多为点滴状红色丘疹或鲜红斑块，随着病情发展，久病入络，热邪灼伤营血，日久结为瘀血而成血瘀之证，也是该病迁延不愈的症结所在，皮损多呈暗红色斑块状，治疗应从活血散瘀解毒着手<sup>[5]</sup>。为此本文针对斑块型银屑病拟采用常规西药结合中医活血散瘀解毒之法治疗，观察方案应用的临床效果。

## 1 资料和方法

1.1 一般资料：样本量计算：根据文献<sup>[6]</sup>联合与单独方案治疗的严重指数50%应答率（75% vs. 36%）借助公式估算效应量为0.37，利用GPower\_3.1.9.7\_143软件计算总样本，设 $\alpha = 0.05$ ， $1 - \beta = 0.8$ ，自由度为3，经计算约需80例，结合本研究实际情况最终纳入104例，病例收治时间为2022年5月-2023年5月，按简单随机分组法均分为四组每组26例。四组患者基线资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表1。研究经医院伦理委员会批准同意。

## 1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准：西医符合寻常型银屑病的诊断标准<sup>[7]</sup>，皮损表现为斑块型；中医诊断为白疔，辨证为血瘀证（症见：皮损反复不愈，呈斑片状，鳞屑较厚，颜色暗红；舌质紫暗或见瘀斑、瘀点，脉涩或细缓）<sup>[8]</sup>；年龄18岁及以上；能正常交流，无语言、听、写功能性障碍；获得患者知情权，并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准：存在研究相关药物禁忌证；妊娠期、哺乳期女性；皮损部位伴其他皮肤病或破损、溃疡等；伴肝肾疾病、血液病或其他自身免疫性疾病、炎症性疾病等。

1.2.3 剔除标准：发生严重并发症或重大事件；研究期间需要调整治疗方案者；其他原因导致退出研究者。

## 1.3 方法

1.3.1 西药组：根据皮损面积取适量卡泊三醇软膏[江苏知原，0.005%（15 g : 0.75 mg），国药准字H20203505]进行局部涂抹，并按摩促进其吸收，每日2次。同时口服阿维A胶囊（重庆华邦，10 mg，国药准字H20010126）起始剂量10 mg/d，4周后每1~2周可根据情况增加10 mg/d，最高不超过40~50 mg/d，期间注意脱屑、口唇干燥等副反应，并检测肝功能和血脂指标，如出现异常趋势及时调整或停止增加剂量，皮损控制后逐渐降低剂量，维持治疗时可给予10~20 mg/d。持续治疗10周。

1.3.2 中药组：给予汤方、火针法治疗。汤方组成：莪术30 g、当归30 g、茵陈30 g、地黄20 g、威灵仙15 g、茯苓5 g、猫爪草15 g、川牛膝10 g、赤芍10 g、丹皮10 g、苍术10 g、黄芪10 g、羚羊角粉4支（0.3克/支，早晚冲服0.6 g/

表1 四组患者基线资料比较

[例(%),  $\bar{x} \pm s$ ]

组别	例数	性别		皮损部位		年龄/岁	病程/年	体质指数/(kg/m <sup>2</sup> )
		男	女	躯干	四肢			
联合组	26	15 (57.69)	11 (42.31)	10 (38.46)	16 (61.54)	43.46 ± 7.18	7.40 ± 1.72	24.06 ± 1.04
安慰剂组	26	13 (50.00)	13 (50.00)	12 (46.15)	14 (53.85)	43.06 ± 7.48	7.36 ± 1.81	24.41 ± 1.15
中药组	26	14 (53.85)	12 (46.15)	13 (50.00)	13 (50.00)	43.15 ± 7.53	7.33 ± 1.76	24.42 ± 1.14
西药组	26	16 (61.54)	10 (38.46)	12 (46.15)	14 (53.85)	42.94 ± 7.51	7.25 ± 1.80	24.51 ± 1.13
$F/\chi^2$ 值		0.780		0.738		0.023	0.033	0.823
$P$ 值		0.854		0.864		0.995	0.992	0.484

次), 每日一剂, 水煎至300 ml, 早晚分次温服。辨证加减: 湿邪偏盛者加薏仁10 g, 兼风邪者加防风15 g, 气虚较重者黄芪增至20 g。火针法: 消毒, 加热1寸毫针至红白, 浅刺、轻刺病灶, 间距0.2~0.3 cm, 直至刺点布满皮疹区域, 碘伏消毒, 24 h不沾水、不外用, 每周1次。持续治疗10周。

1.3.3 安慰剂组: 采用中药方剂、火针法加安慰剂(含淀粉胶囊)治疗。持续治疗10周。

1.3.4 联合组: 采用西药联合中药方剂内服、火针法治疗。持续治疗10周。

#### 1.4 观察指标

1.4.1 疗效情况: 参照文献<sup>[9]</sup>方法治疗结束后对患者进行临床疗效评估, 分为痊愈(疗效指数 $\geq 95\%$ , 症状消失或基本消失)、显效( $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ , 症状明显改善)、好转( $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ , 症状明显改善)、无效(症状无明显改善, 或加重), 疗效指数(%)=[治疗前皮损面积严重度指数(Psoriasis area and severity index, PASI)-治疗后严重度指数]/治疗前严重度指数 $\times 100\%$ , 有效率=痊愈率+显效率+好转率。

1.4.2 症状量化积分: 参照文献<sup>[10]</sup>拟定标准评估主要症状[鳞屑、红斑、皮疹面积、瘙痒程度]治疗前后积分变化, 鳞屑、红斑按无、轻度、中度、重度、极重度分别计0~4分, 瘙痒程度按无、轻度、中度、重度分别计0~3分, 皮疹面积按PASI评分系统评估分别计0~6分。

1.4.3 皮肤屏障功能: 采用皮肤无创检测系统测定治疗前后皮肤角质层含水量、皮脂含量、pH值。

1.4.4 血液因子: 治疗前后收集患者血液样本, 采用流式细胞术计算CD4<sup>+</sup>水平, 采用酶联免疫吸附法测定白介素-17(Interleukin-17, IL-17)、血管内皮生长因子(Vascular endothelial growth factor, VEGF)水平。

1.4.5 治疗安全性: 记录治疗期间药物副反应情况。

1.5 统计学分析: 采用SPSS 22.0统计软件处理数据, 不良反应、性别等计数资料以[例(%)]表示, 采用 $\chi^2$ 检验, 多重比较采用Holm-Bonferroni校正; 症状积分、IL-17等计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 多组间采用单因素方差检验, 两两比较采用 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计

学意义。

## 2 结果

2.1 四组患者临床疗效比较: 经Holm-Bonferroni校正后, 治疗后联合组临床疗效明显高于安慰剂组、西药组、中药组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 四组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效
联合组	26	15 (57.69)	6 (23.08)	4 (15.38)	1 (3.85)	25 (96.15)
安慰剂组	26	8 (30.77)	7 (26.92)	3 (11.54)	8 (30.77)	18 (69.23)
中药组	26	7 (26.92)	8 (30.77)	4 (15.38)	7 (26.92)	19 (73.08)
西药组	26	6 (23.08)	6 (23.08)	5 (19.23)	9 (34.62)	17 (65.38)
$\chi^2$ 值						8.162
$P$ 值						0.043

2.2 四组患者症状量化积分比较: 治疗后四组间症状量化积分中鳞屑、红斑、皮疹面积、瘙痒程度评分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 其中联合组明显低于安慰剂组、中药组和西药组( $P < 0.05$ )。见表3。

2.3 四组患者皮肤屏障功能比较: 治疗后四组间角质层含水量、皮脂含量、pH值差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 其中联合组角质层含水量、皮脂含量明显高于安慰剂组、中药组和西药组( $P < 0.05$ ), pH值明显低于安慰剂组、中药组和西药组( $P < 0.05$ )。见表4。

2.4 四组患者血液因子比较: 治疗后四组间CD4<sup>+</sup>、IL-17、VEGF水平差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 其中联合组CD4<sup>+</sup>明显高于安慰剂组、中药组和西药组( $P < 0.05$ ), IL-17、VEGF明显低于安慰剂组、中药组和西药组( $P < 0.05$ ); 安慰剂组、中药组CD4<sup>+</sup>明显高于西药组( $P < 0.05$ ), IL-17明显低于西药组( $P < 0.05$ )。见表5。

2.5 治疗安全性: 治疗期间联合组出现口干2例及唇鼻、甲沟部炎症1例, 西药组出现口干1例及唇鼻部炎症1例, 其余组别无不良事件发生, 治疗安全性上差异无统计学意义( $\chi^2=5.673, P=0.126$ )。

#### 2.6 典型病例

2.6.1 联合组典型病例: 某女, 35岁, 诊断为斑块型银屑病

表3 四组治疗前后症状量化评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	鳞屑		红斑		皮疹面积		瘙痒程度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	26	2.08 $\pm$ 0.52	0.63 $\pm$ 0.16 <sup>a</sup>	2.44 $\pm$ 0.61	0.81 $\pm$ 0.19 <sup>a</sup>	3.67 $\pm$ 0.85	1.25 $\pm$ 0.33 <sup>a</sup>	1.53 $\pm$ 0.40	0.63 $\pm$ 0.18 <sup>a</sup>
安慰剂组	26	2.06 $\pm$ 0.48	0.98 $\pm$ 0.26 <sup>ab</sup>	2.43 $\pm$ 0.62	1.06 $\pm$ 0.28 <sup>ab</sup>	3.74 $\pm$ 0.75	1.77 $\pm$ 0.44 <sup>ab</sup>	1.54 $\pm$ 0.43	1.01 $\pm$ 0.28 <sup>ab</sup>
中药组	26	2.05 $\pm$ 0.51	1.01 $\pm$ 0.26 <sup>ab</sup>	2.42 $\pm$ 0.65	1.08 $\pm$ 0.31 <sup>ab</sup>	3.75 $\pm$ 0.81	1.79 $\pm$ 0.48 <sup>ab</sup>	1.52 $\pm$ 0.42	1.03 $\pm$ 0.31 <sup>ab</sup>
西药组	26	2.05 $\pm$ 0.48	0.96 $\pm$ 0.28 <sup>ab</sup>	2.39 $\pm$ 0.59	1.05 $\pm$ 0.27 <sup>ab</sup>	3.71 $\pm$ 0.77	1.76 $\pm$ 0.42 <sup>ab</sup>	1.49 $\pm$ 0.38	0.98 $\pm$ 0.26 <sup>ab</sup>
$F$ 值		0.021	13.750	0.032	5.943	0.053	10.060	0.072	13.600
$P$ 值		0.996	$< 0.001$	0.992	0.001	0.983	$< 0.001$	0.974	$< 0.001$

注: <sup>a</sup>表示与同组治疗前比较,  $P < 0.05$ ; <sup>b</sup>表示与联合组比较,  $P < 0.05$ 。

表4 四组患者治疗前后皮肤屏障功能水平比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	角质层含水量/%		皮脂含量/( $\mu\text{g}/\text{cm}^2$ )		pH值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	26	9.56 $\pm$ 2.37	27.87 $\pm$ 4.86 <sup>a</sup>	69.52 $\pm$ 8.54	127.25 $\pm$ 9.62 <sup>a</sup>	5.72 $\pm$ 0.49	5.18 $\pm$ 0.23 <sup>a</sup>
安慰剂组	26	9.74 $\pm$ 2.46	23.36 $\pm$ 4.52 <sup>ab</sup>	69.62 $\pm$ 9.51	108.53 $\pm$ 10.28 <sup>ab</sup>	5.73 $\pm$ 0.52	5.34 $\pm$ 0.22 <sup>ab</sup>
中药组	26	9.36 $\pm$ 2.53	23.14 $\pm$ 4.85 <sup>ab</sup>	72.18 $\pm$ 9.46	106.42 $\pm$ 9.74 <sup>ab</sup>	5.68 $\pm$ 0.47	5.37 $\pm$ 0.19 <sup>ab</sup>
西药组	26	9.32 $\pm$ 2.52	21.52 $\pm$ 5.18 <sup>ab</sup>	70.23 $\pm$ 9.42	103.86 $\pm$ 10.85 <sup>ab</sup>	5.69 $\pm$ 0.45	5.35 $\pm$ 0.24 <sup>ab</sup>
F值		0.161	8.179	0.465	27.780	0.063	4.089
P值		0.923	<0.001	0.708	<0.001	0.979	0.009

注：<sup>a</sup>表示与同组治疗前比较， $P < 0.05$ ；<sup>b</sup>表示与联合组比较， $P < 0.05$

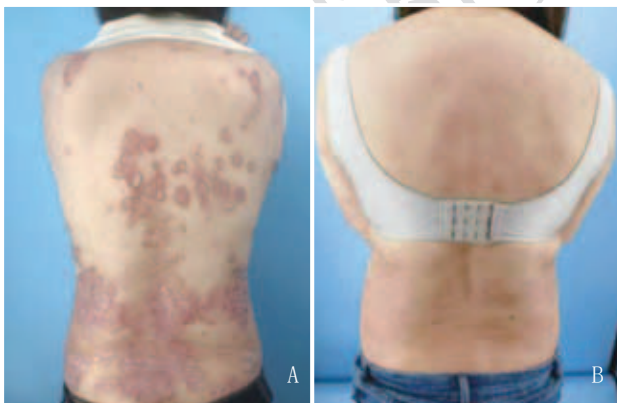
表5 四组患者治疗前后血液因子水平比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	CD4 <sup>+</sup> /%		IL-17/(pg/ml)		VEGF/(pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	26	30.46 $\pm$ 3.52	43.28 $\pm$ 2.54 <sup>a</sup>	119.45 $\pm$ 12.43	83.48 $\pm$ 7.42 <sup>a</sup>	428.36 $\pm$ 52.34	267.62 $\pm$ 36.28 <sup>a</sup>
安慰剂组	26	30.06 $\pm$ 4.16	40.45 $\pm$ 2.87 <sup>abc</sup>	123.45 $\pm$ 12.18	91.42 $\pm$ 6.85 <sup>abc</sup>	429.05 $\pm$ 50.52	296.42 $\pm$ 35.42 <sup>ab</sup>
中药组	26	30.18 $\pm$ 3.85	40.63 $\pm$ 2.96 <sup>abc</sup>	118.46 $\pm$ 11.54	92.13 $\pm$ 7.46 <sup>abc</sup>	433.53 $\pm$ 51.36	299.34 $\pm$ 38.42 <sup>ab</sup>
西药组	26	31.26 $\pm$ 4.42	38.06 $\pm$ 3.86 <sup>ab</sup>	122.36 $\pm$ 13.48	97.86 $\pm$ 9.18 <sup>ab</sup>	432.55 $\pm$ 49.87	306.22 $\pm$ 42.72 <sup>ab</sup>
F值		0.473	11.530	0.936	15.030	0.064	5.133
P值		0.702	<0.001	0.426	<0.001	0.978	0.002

注：<sup>a</sup>表示与同组治疗前比较， $P < 0.05$ ；<sup>b</sup>表示与联合组比较， $P < 0.05$ ；<sup>c</sup>表示与西药组比较， $P < 0.05$ 。

病（白疣，辨证为血瘀证），皮损部位主要位于背部，治疗10周后皮损明显消退，见图1。



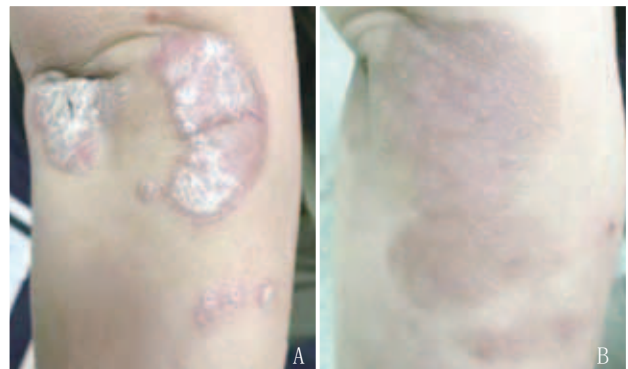
注：A. 治疗前；B. 治疗10周后

图1 联合组典型病例治疗前后效果比较

2.6.2 安慰剂组典型病例：某女，39岁，诊断为斑块型银屑病（白疣，辨证为血瘀证），皮损部位主要位于下肢，治疗10周后皮损改善明显，见图2。

2.6.3 中药组典型案例：某女，43岁，诊断为斑块型银屑病（白疣，辨证为血瘀证），皮损部位主要位于背部，治疗10周后皮损改善明显，见图3。

2.6.4 西药组典型病例：女，41岁，诊断为斑块型银屑病，皮损部位主要位于下肢治疗10周后皮损改善明显，见图4。



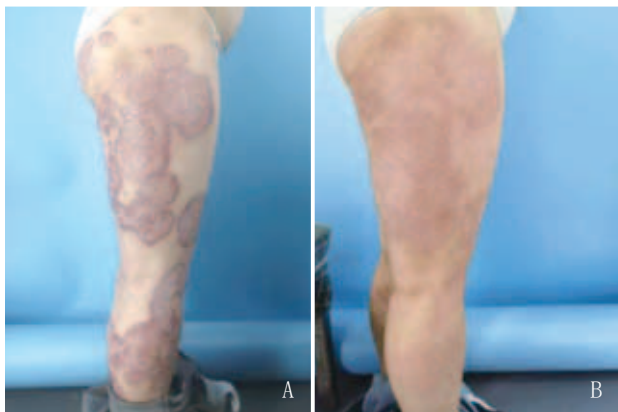
注：A. 治疗前；B. 治疗10周后

图2 安慰剂组典型病例治疗前后效果比较



注：A. 治疗前；B. 治疗10周后

图3 中药组治疗前后效果比较



注: A. 治疗前; B. 治疗10周后

图4 西药组治疗前后效果比较

### 3 讨论

银屑病病情多慢性迁延,许多患者需要持续终身治疗,据统计全世界约有1.52%的人群受到银屑病的困扰,这对患者家庭和社会均带来了较为沉重的疾病负担<sup>[11-12]</sup>。目前银屑病的治疗多以糖皮质激素、维生素D3衍生物、维A酸类等为主,本研究对照组口服的阿维A胶囊对斑块型银屑病等类型有效,同时联合卡泊三醇局部外用具有协同抗基因转录的作用,此外还有许多治疗药物与方案正被逐步探索,尤其是近年来靶向生物制剂的使用,为银屑病患者的治疗带来了一定的获益,但是仍未从根源上扭转在治疗效果上的不利局面<sup>[13-14]</sup>。

中医自古就对银屑病有较深的认知,是目前治疗银屑病主要方向之一,现临床将其发病归于营血亏损、血热内蕴、肌肤失养,其中斑块型银屑病相当于疾病的静止期,与血热、血燥和血瘀等有关,而“瘀”的形成则是导致肌肤失养、病情慢性迁延的关键点,故针对此类型患者散瘀解毒通络是治疗的基本之法<sup>[15-16]</sup>。本文内服方剂中莪术辛散苦泄兼具温通,功擅散瘀行气,配伍威灵仙、当归活血通经;赤芍、丹皮、川牛膝增强活血之力,羚羊角粉、地黄散血中之热结,茵陈、猫爪草利湿散结;黄芪、茯苓、苍术兼顾中气以增散瘀之力。诸药合用散瘀解毒,同时辅以火针之法激发经气,使气机疏利、破瘀通络,经治疗后患者症状控制明显优于传统西药,疗效获得提高,同时研究数据表明经中医疗法治疗后患者的皮肤屏障功能、血液免疫炎症因子水平均明显改善,显然这与中医疗法的药理性质有关。有研究<sup>[17]</sup>认为寻常型银屑病患者皮损处坏死的角质形成细胞会释放损伤相关分子以活化免疫系统,释放炎症介质,诱发皮肤炎症,导致皮肤屏障功能破坏,表现为皮肤水分流失和pH值增高,同时屏障功能破坏也与活性氧自由基亢进有关。近年来银屑病的病理机制被进一步阐释,涉及免疫、炎症、氧化应激及皮肤屏障功能破坏等多种病理,角质形成细胞异常是疾病启动的关键,在其凋亡的过程中会释放细胞内容物及LL-37、防御素等,诱导初始T淋巴细胞分化为Th1、Th17、Th22等细胞,触发银屑病

的核心细胞免疫机制<sup>[18]</sup>。而方剂中许多中药均具有抗炎、抗氧化和免疫调节功效,如莪术对多种自由基具有较强的清除能力,其中质量浓度为8 mg/ml时,鲜叶和干叶精油对DPPH自由基的能力分别能达到83.96%、76.37%;威灵仙皂苷能调节淋巴细胞亚群百分比,且能呈剂量依赖性抑制Janus激酶2、信号转导子和转录激活子3、Wnt等信号通路发挥抗炎作用,抑制炎症介质的释放;而茯苓能通过抑制IL-17、肿瘤坏死因子通路调节机体免疫炎症,恢复角质形成细胞功能,其含有的薯蓣皂苷还能较少角质形成细胞中的VEGFa表达<sup>[19-21]</sup>。同时研究发现经治疗后研究毒副反应的发生率未明显增加,提示加用中医疗法未增加治疗副作用风险,在临床阿维A等药物的应用需要谨慎,尤其是联用一些可能存在累积毒副效应的中药时,本研究在应用药物注重药物安全性的把控,必要时检测患者的肝功能和血脂指标等,以便对剂量进行控制,尚未观察到肝损伤和血脂异常等情况,整体毒副反应较少,此外中药方剂中如茵陈等药物含有复杂的药理成分,具有护肝、降血脂等功效,也可能在一定程度上会促使患者获益。

针对斑块型银屑病患者在西药治疗的基础上联合中药内服及火针疗法能有效调控机体免疫炎症,降低VEGFa表达,促进皮肤屏障功能恢复,从而改善临床症状和提高临床疗效。这为临床治疗斑块型银屑病探明了一项新方案,然而远期效果仍需要后期随访观察,同时还需拓展进行多中心研究,以证实方案的实用性。

### [参考文献]

- [1]Singh R, Koppu S, Perche P O, et al. The cytokine mediated molecular pathophysiology of psoriasis and its clinical implications[J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(23):12793.
- [2]Petit R G, Cano A, Ortiz A, et al. Psoriasis: from pathogenesis to pharmacological and nano-technological-based therapeutics[J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(9):4983.
- [3]Nogueira S, Rodrigues M A, Vender R, et al. Tapinarof for the treatment of psoriasis[J]. *Dermatol Ther*, 2022,35(12):e15931.
- [4]Singh A, Easwari T S. Recent advances in psoriasis therapy: trends and future prospects[J]. *Curr Drug Targets*, 2021, 22(15):1760-1771.
- [5]邹佳华,何小平,胡初向,等. 龚丽萍以“消、托、补”三法论治寻常型银屑病经验[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2023,29(11):1923-1927.
- [6]喻靖傑,李子晴,何泽慧,等. 银屑灵片及其优化方治疗寻常型银屑病的疗效及安全性的Meta分析[J]. *中药新药与临床药理*, 2021,32(7):1048-1054.
- [7]史玉玲. 中国银屑病诊疗指南(2018版)解读[J]. *同济大学学报(医学版)*, 2019,40(3):265-267.
- [8]中华中医药学会皮肤科分会. 皮肤科分会银屑病中医治疗专家共识(2017年版)[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2018,17(3):273-277.
- [9]张佳璐,刘广正,张晓林,等. 通和药浴方联合NB-UVB治疗静止期寻常型银屑病的临床疗效观察[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2019,18(5):417-420.
- [10]何金,任先志,陈雅婷,等. 消疮汤对寻常型银屑病血热证患者免

- 疫调节作用[J].陕西中医,2020,41(6):762-765.
- [11]Raharja A, Mahil S K, Barker J N. Psoriasis: a brief overview[J]. Clin Med (Lond), 202, 21(3):170-173.
- [12]Olejnik M, Adamski Z, Dorocka-Bobkowska B. Psoriasis: From antiquity to the present[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol,2023,89(1):149-153.
- [13]Orsmond A, Bereza-Malcolm L, Lynch T, et al. Skin Barrier Dysregulation in Psoriasis[J]. Int J Mol Sci, 2021,22(19):10841.
- [14]Nicholas M N, Chan A R, Hessami-Booshehri M. Psoriasis in patients of color: differences in morphology, clinical presentation, and treatment[J]. Cutis, 2020,106(2S):7-10,E10.
- [15]尼玛白珍,徐佳.基于《四圣心源》探析寻常型银屑病血瘀证的辨治[J].北京中医药,2023,42(7):786-788.
- [16]张益生,王燕,李萍,等.从瘀论治斑块型银屑病[J].中国医药导报,2019,16(25):122-125,141.
- [17]陆明敏,乔丽,白明明,等.寻常型银屑病患者皮肤屏障功能相关指标检测分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2022,38(11):797-799.
- [18]余杨,张喜军,盛平卫,等.寻常型银屑病的免疫学机制与中医药调控[J].海南医学,2021,32(9):1173-1178.
- [19]魏巍,王冰瑶.莪术及其主要成分的药理作用研究进展[J].药物评价研究,2022,45(10):2154-2160.
- [20]曹玲,崔琳琳,孙艳,等.威灵仙的药理作用及其机制研究进展[J].药物评价研究,2022,45(11):2364-2370.
- [21]肖战说,邹建华,林建国,等.基于网络药理学与分子对接探讨土茯苓治疗银屑病的作用机制[J].世界中医药,2022,17(5):658-663.
- [收稿日期]2024-03-21
- 本文引用格式:康乐,易海玲,耿菁,等.中西医结合治疗斑块型银屑病的疗效及安全性研究[J].中国美容医学,2025,34(6):86-91.

· 论 著 ·

## 中药熏蒸疗法联合活血解毒汤加减治疗斑块型银屑病的临床观察

柴旭亚,吕培,李佩赛,王月美,邱洞仙

(石家庄市中医院皮肤科 河北 石家庄 050011)

**[摘要]目的:**观察中药熏蒸疗法联合活血解毒汤加减治疗斑块型银屑病的疗效。**方法:**纳入2020年10月-2023年10月笔者医院门诊收治的142例斑块型银屑病患者,并随机分组。对照组71例予以复方甘草酸苷胶囊和消银胶囊口服治疗,观察组71例予以中药熏蒸疗法联合活血解毒汤加减治疗。比较两组的临床疗效及治疗前后的中医证候积分,比较两组治疗前、治疗后2周、4周、8周银屑病面积和严重程度指数(Psoriasis area and severity index, PASI)评分,评价两组的安全性及皮肤美观度。**结果:**观察组的临床疗效高于对照组( $P < 0.05$ );观察组治疗后各中医证候积分低于对照组( $P < 0.05$ );相比于对照组,观察组治疗后2周、4周、8周PASI评分均降低( $P < 0.05$ );两组安全性等级组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );相比于对照组,观察组治疗后的皮肤美观度评分高于对照组( $P < 0.05$ )。**结论:**对斑块型银屑病应用中药熏蒸疗法联合活血解毒汤加减治疗疗效显著,可明显减轻症状及皮损面积,改善皮肤瘙痒,提升皮肤美观度。

**[关键词]** 斑块型银屑病; 中药熏蒸疗法; 活血解毒汤加减; 中医证候积分; 临床疗效; 皮肤美观度

**[中图分类号]** R758.63 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1008-6455(2025)06-0091-04

## Clinical Observation of Traditional Chinese Medicine Fumigation Therapy Combined with Modified Huoxue Jiedu Decoction on Plaque Psoriasis

CHAI XUYA, LYU PEI, LI PEISAI, WANG YUEMEI, QIU DONGXIAN

(Department of Dermatology, Shijiazhuang Traditional Chinese Medicine Hospital, Shijiazhuang 050011, Hebei, China)

**Abstract: Objective** To observe the efficacy of traditional Chinese medicine fumigation therapy combined with modified Huoxue Jiedu decoction in the treatment of plaque psoriasis. **Methods** 142 patients with plaque psoriasis in outpatient department of the hospital from October 2020 to October 2023 were enrolled and randomly grouped. 71 cases in the control group were treated with compound glycyrrhizin capsules and Xiaoyin capsules, and 71 cases in the observation group were