

不同温度中药冷湿敷应用于老年急性湿疹患者的效果对比

丁春燕

(胶州市中医医院皮肤科, 山东 青岛, 266300)

摘要: **目的** 探讨不同温度中药冷湿敷对老年急性湿疹患者的影响。**方法** 选择 2024 年 1 月—2024 年 12 月胶州市中医医院收治的 82 例老年急性湿疹患者, 按照干预方法分为观察组和对照组, 各 41 例。对照组采取 10℃ 中药药液湿敷, 观察组采取 25℃ 中药药液湿敷。比较两组的瘙痒程度、湿疹严重程度、生活质量。**结果** 干预前, 两组视觉模拟评分法 (VAS) 评分、湿疹面积及严重程度指数 (EASI) 评分、皮肤病生活质量指数 (DLQI) 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 2 周后, 两组 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分均低于干预前, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组的复发率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 10℃ 与 25℃ 中药药液湿敷均可有效治疗老年急性湿疹, 但相比于 10℃ 中药药液湿敷, 25℃ 中药药液湿敷更能减轻患者的瘙痒程度、湿疹严重程度, 更有利于生活质量的提升。

关键词: 中药冷敷; 冷敷温度; 急性湿疹; 老年患者

中图分类号: R751.38 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-19-0190-04

Comparison of the Effect of Cold and Wet Application of Traditional Chinese Medicine at Different Temperatures on Elderly Patients with Acute Eczema

DING Chunyan

(Jiaozhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qingdao Shandong, 266300, China)

Abstract: Objective To investigate the therapeutic efficacy of traditional Chinese medicine cold and wet compresses at varying temperatures in the management of acute eczema among elderly patients. **Methods** A total of 82 elderly patients diagnosed with acute eczema, admitted to Jiaozhou Traditional Chinese Medicine Hospital between January 2024 and December 2024, were enrolled in this study. Using a randomized number table method, they were allocated into an observation group and a control group, with 41 patients in each group. The control group received a 10°C traditional Chinese medicine liquid wet compress, while the observation group was treated with a 25°C traditional Chinese medicine liquid wet compress. Pruritus severity, eczema severity, and quality of life were systematically compared between the two groups. **Results** Before the intervention, there was no statistically significant difference in the Visual Analogue Scale (VAS) score, eczema Area and Severity Index (EASI) score, and dermatology life quality index (DLQI) score between the two groups ($P>0.05$). Two weeks after the intervention, the VAS scores, EASI scores and DLQI scores of both groups were lower than those before the intervention, and the scores of the observation group were lower than those of the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the recurrence rate between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Both 10°C and 25°C traditional Chinese medicine liquid wet compresses are effective in the treatment of acute eczema in elderly patients. However, compared to the 10°C traditional Chinese medicine liquid wet compress, the 25°C traditional Chinese medicine liquid wet compress demonstrates superior efficacy in reducing pruritus severity and eczema severity, thereby contributing more significantly to the improvement of patients' quality of life.

Keywords: Chinese medicine cold compress; cold compress temperature; acute eczema; elderly patients

急性湿疹是一种影响表皮和真皮浅层的复发性炎症性皮肤病, 临床起病急, 主要表现为广泛性、多形性、对称性红斑、丘疹、皮肤瘙痒、干燥等症状。由于老年人皮肤屏障功能减

弱、免疫功能下降, 急性湿疹易反复发作, 若经久不愈, 则易转为慢性湿疹, 治疗难度显著增加, 会严重影响患者生活质量和心理健康^[1]。因此需要寻求有效的干预措施治疗老年急性湿疹, 并减少复发。目前临床常使用抗组胺药、钙补充剂、维生素、抗生素和皮质类固醇等药物进行治疗, 虽有一定的治疗效果, 但长期使用可导致皮肤伤口感染、皮肤萎缩等不

作者简介: 丁春燕 (1972—), 女, 汉族, 籍贯: 山东省胶州市, 本科, 副主任护师, 研究方向: 皮肤科护理。

良反应,且一旦停药疾病极易复发,导致疾病慢性迁延,长期疗效不显著。目前中医外治因具有安全、有效、副作用小等显著优势,在皮肤疾病治疗中应用广泛,能有效缓解病情、减少疾病复发、提高生活质量,且不良反应少^[1]。传统中医将湿疹归为“湿疮”等范畴,认为湿热浸淫是其临证常见证型之一,其病机为脾失健运,湿热内生,外感风热湿邪,内外相搏,浸淫于肌肤,治疗应以清热燥湿止痒为原则^[2]。中药冷湿敷疗法是治疗急性湿疹最常见的方法,通过将纱布浸中药药汁,敷于患处,药效可直接进入肌肤,能够有效缓解炎症、减轻瘙痒。然而,湿敷温度作为治疗中的重要参数,其选择对疗效的影响尚未得到充分研究。有研究使用 10℃ 中药药液湿敷,发现能通过收缩血管、抑制炎症反应缓解急性期症状^[4],但温度较低,会降低患者治疗过程中的舒适度,导致治疗依从性降低,从而影响疗效。而接近皮肤温度的 25℃ 湿敷可提升患者舒适感。因此本研究旨在对比 10℃ 与 25℃ 中药冷湿敷在老年急性湿疹患者中的应用效果,以期为临床实践提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2024 年 1 月—2024 年 12 月胶州市中医医院收治的 82 例老年湿疹患者为研究对象,按照干预方法分为两组,每组 41 例。对照组男 25 例,女 16 例;年龄 60~82 岁,平均年龄(71.38±10.61)岁;病程 1~10 d,平均病程(7.45±0.39)d。观察组男 23 例,女 18 例;年龄 60~83 岁,平均年龄(72.52±10.26)岁;病程 1~10 d,平均病程(7.63±0.41)d。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究已获得胶州市中医医院医学伦理委员会的批准(胶中医伦字 2025004 号)。

诊断标准:符合《湿疹诊疗指南(2011 年)》^[5]中关于急性湿疹的诊断标准,可伴有色素改变,手足部湿疹可伴发指(趾)甲改变,皮疹一般对称分布、常反复发作,自觉症状为瘙痒,甚至剧痒,急性期表现为红斑、水肿基础上粟粒大小的丘疹、丘疱疹、水疱,糜烂及渗出,中心病变较重,并逐渐向周围蔓延。符合《湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识》^[6]中湿热浸淫证的辨证标准:皮损潮红、灼热,多见丘疹、丘疱疹、水疱,瘙痒剧烈,抓破后糜烂、渗出明显。亦可见于部分亚急性湿疹,表现为水疱及渗出较少,瘙痒仍剧烈。可伴心烦,口渴,尿黄,便干,舌质红,苔黄腻,脉滑或滑数。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)年龄 60 岁及以上;(2)符合上述急性湿疹的中西医诊断标准;(3)无精神疾病或认知障碍,能配合完成治疗;(4)患者或家属对本研究知情,自愿签署知情同意书。

排除标准:(1)伴有严重肝肾功能损伤或恶性病变;(2)对本研究使用药物过敏;(3)合并感觉障碍等冷湿敷禁忌证;(4)伴有其他类型的湿疹;(5)伴严重感染;(6)治疗依从性差;(7)伴视听障碍。

1.3 方法

两组患者均在常规治疗基础上采用中药药液湿敷。其中中药制剂由马齿苋 10 g、黄柏 12 g 煎取药汁而成,药汁置冷后使用。

对照组采取 10℃ 中药药液湿敷。10℃ 药液配置方法:将配制用清水放置设定温度为 10℃ 的冰箱中静置 3~4 h,与中药制剂的药液按比例配制,并使药液最终温度控制为 10℃,将制备好 10℃ 中药药液浸渍 8 层消毒纱布后,拧至不滴水,平整紧贴于皮损部位进行冷湿敷,务必与皮损紧密接触,大小与皮损相当,湿敷 40 min,每 20 分钟更换 1 次敷料,更换时需再次测量药液温度,并根据测量结果调节药液温度至 10℃,2 次/d。

观察组采取 25℃ 中药药液湿敷。25℃ 药液配置方法:用冷水按比例调节药液温度,并使用水温计测量药液最终温度为 25℃,将制备好 25℃ 中药药液浸渍 8 层消毒纱布后,拧至不滴水,平整紧贴于皮损部位进行冷湿敷,湿敷 40 min,每 20 分钟更换 1 次敷料,更换时需再次测量药液温度,并根据测量结果调节药液温度至 25℃,2 次/d。

两组患者均连续治疗 1 周。

1.4 观察指标

对比两组的瘙痒程度:于干预前、干预 1 周后使用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[7]评估,该评分总分为 0~10 分,0 分为无瘙痒,10 分为最剧烈瘙痒,分值越高表示瘙痒程度越严重。(2)对比两组的湿疹严重程度:于干预前、干预 1 周后使用湿疹面积及严重程度指数评分(eczema area and severity index, EASI)评估,包括皮损面积及皮损严重程度两部分,包括颈部、上肢、躯干、下肢 4 个部位,每个部位皮损面积 <10% 计 1 分,10%~19% 计 2 分,20%~49% 计 3 分,50%~69% 计 4 分,70%~89% 计 5 分,90%~100% 计 6 分。皮损严重程度分为红斑(E)、丘疱疹(I)、糜烂(Ex)、结痂(c)4 项,正常计 0 分,轻度计 1 分,中度计 2 分,重度计 3 分。EASI 总分 = 头颈部(E+I+Ex+C)×面积×0.1+上肢(E+I+Ex+C)×面积×0.2+躯干(E+I+Ex+C)×面积×0.3+下肢(E+I+Ex+C)×面积×0.4^[8]。(3)对比两组的生活质量:于干预前、干预 1 周后使用皮肤病生活质量指数(dermatology life quality index, DLQI)评分^[9]评估,按症状的无、轻、中、重度分别计为 0、1、2、3 分,对患者的生活、心理、社交等 10 方面进行评分,总分为 0~30 分,评分越低,代表生活质量越好。(4)对比两组的复发率:治疗结束 1 个月后,随访各组患者,若瘙痒明显/新发或复发皮损,判定为复发。若不足 1 个月原有症状反复,需继续临床治疗,即以首次复诊时的评分为随访结果。

1.5 统计学分析

选择 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析,计数资料采用[例(%)]表示,两组对比采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,两组间对比采用独立样本 t 检验,组内对比采用配对 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分比较

干预前, 两组患者 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 2 周后, 两组患者 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分均低于干预前, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者复发情况比较

随访时的复发情况进行比较, 观察组复发率为 7.32% (3/41), 低于对照组的 12.20% (5/41), 但差异无统计学意义 ($\chi^2=0.554, P=0.457$)。

3 讨论

湿热蕴肤型是急性湿疹的常见证型, 中医学认为该类患者总属热重于湿, 热邪在于气分、血分, 湿热互结蕴疹于肌肤, 因发病急, 皮损严重, 瘙痒剧烈, 甚至可引起感染, 加重病情, 因此湿热蕴肤型急性湿疹是临床研究重点。西医学治疗急性湿疹有一定效果, 而中药冷湿敷法作为中医学常用于热证治疗的外治法, 可通过水分蒸发降低局部温度, 促使血管收缩, 缓解炎症和瘙痒, 且药物直接作用于皮肤表面, 不经过胃肠道及肝脏, 从而可减少不良反应^[10]。但目前尚未有研究充分说明哪种冷湿敷温度更能促进患者疾病的恢复。

本研究中, 干预 2 周后, 两组患者 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分均低于干预前 ($P<0.05$), 说明 10℃ 与 25℃ 中药药液湿敷均可有效减轻老年急性湿疹患者的瘙痒程度及湿疹严重程度, 并提升生活质量。冷湿敷中药药液能在皮肤内外产生浓度差, 促使离子等物质扩散至角质层并进入毛细血管, 通过血液循环作用于全身, 皮肤附属器官也可吸收药物实现治疗, 并能让药物直接作用于局部, 避免胃肠道和肝脏的首过效应, 起到更好的治疗作用^[11]。本研究使用的中药药液中黄柏苦寒, 归肾、膀胱经, 可泻火润燥、清热解毒, 退火而固肾; 马齿苋性寒, 归肝、大肠经, 可清热解毒、凉血消肿。现代药理学研究表明, 黄柏含有生物碱、内酯、甾醇类及黄酮等成分, 具有广谱抗菌抗感染功效^[12]; 马齿苋的重要活性成分槲皮素具有良好的抗感染和抗氧化作用, 能减轻肥大细胞和炎性细胞浸润, 木犀草素则可抑制肥大细胞活化释放局部瘙痒原介质, 减轻瘙痒^[13]。因此, 中药冷湿敷疗法能够直接将药物作用于患处以治疗疾病, 药物有效成分直达病所, 从而有效发挥抑制渗出、收敛止痒、消肿止痛的作用。

然而, 干预 2 周后, 观察组 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分低于对照组 ($P<0.05$), 说明 25℃ 中药药液湿敷治疗老

年急性湿疹的效果更佳。分析原因可能为冷湿敷的传导与辐射作用, 可收缩毛细血管, 降低微血管通透性, 减轻皮损局部潮红、灼热感, 并抑制末梢神经的病理性冲动, 发挥止痒的效果, 还可清除皮损表面污垢和刺激物, 从而促进皮损愈合, 加速皮肤屏障的修复。但人体核心体温为 37℃, 与 10℃ 温差较大, 而老年患者属于对冷敏感的人群, 若温度过低会使患者体表温度下降, 影响散热和产热平衡, 导致体温过低, 并降低血压, 还可能通过影响下丘脑-垂体-肾上腺轴、神经环路和脑-肠轴而介导抑郁、焦虑等不良情绪的发生, 并引发睡眠障碍, 从而可能会降低患者的治疗依从性^[14-15]。而 25℃ 更接近人体核心体温, 且热中性温度是指人体感到最舒适的温度范围。研究表明夏季、冬季的城市与农村的热中性温度大多在 15~27℃^[16]。因此, 相比于 10℃, 25℃ 可提高患者的治疗舒适度, 从而有利于提升治疗依从性, 增强疗效。此外, 湿疹的皮损面积、严重程度、瘙痒程度会不同程度地影响患者的生活及工作。随着瘙痒程度及湿疹严重程度的减轻, 患者的生活质量也得到了显著提升。龚永红等^[17] 研究结果显示, 相比于 10℃ 药液湿敷, 采用 25℃ 药液冷湿敷可改善老年急性湿疹患者皮损情况, 本研究结果与之相符。但该研究未分析其对患者疼痛程度、生活质量的影响, 且未进行随访, 以进一步分析 2 种治疗方案的复发风险, 本研究对上述问题进行了分析, 具有一定的创新性。

本研究中, 随访 1 个月, 观察组复发率低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。分析原因可能为皮肤屏障功能障碍是老年急性湿疹发病的原因之一^[18], 而低温可减弱皮肤水合作用, 收缩毛细血管, 减少散热, 抑制促炎症因子释放, 同时减缓血液循环, 影响创面修复和皮肤屏障恢复, 所以中药药液冷湿敷中, 10℃ 相对于 25℃ 可能更易引起复发, 因此在两组患者的复发率比较中差异并不显著, 笔者分析可能与本研究纳入样本量较少有关。

综上所述, 10℃ 与 25℃ 中药药液湿敷均可有效治疗老年急性湿疹, 但相比于 10℃ 中药药液湿敷, 25℃ 中药药液湿敷更能减轻患者的瘙痒程度、湿疹严重程度, 更有利于生活质量的提升。

参考文献

- [1] WANG L, ZHANG Y, GENG S, et al. A Chinese drug-compatibility-based approach to purslane hydrogels for acute eczema therapy[J]. Front Pharmacol, 2025, 16(1): 1504120.
- [2] 丁玉珊, 赵旭涛, 张昕, 等. 中药冷湿敷联合火针治疗轻中度寻常型

表 1 两组患者 VAS 评分、EASI 评分、DLQI 评分比较

($\bar{x} \pm s, n$)

组别	例数	VAS 评分		EASI 评分		DLQI 评分	
		干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
对照组	41	6.74 ± 1.26	3.87 ± 0.46 ^a	20.42 ± 5.32	8.90 ± 1.16 ^a	16.81 ± 3.24	4.35 ± 1.06 ^a
观察组	41	6.86 ± 1.28	2.95 ± 0.23 ^a	20.18 ± 5.47	7.82 ± 1.88 ^a	17.39 ± 3.18	2.24 ± 0.75 ^a
<i>t</i> 值		0.428	11.454	0.201	3.130	0.818	10.405
<i>P</i> 值		0.670	<0.001	0.841	0.003	0.416	<0.001

注: 与同组干预前比较, ^a $P<0.05$ 。

瘰疬临床研究[J]. 山东中医杂志,2023,42(8):826-830,873.

[3] 刘燕婷, 吴迪, 王占琴, 等. 升阳益胃汤加味治疗急性湿疹(湿热浸淫证)的临床观察[J]. 中国中医急症,2024,33(7):1254-1256.

[4] 孙明丽, 胡博, 蔡玲玲, 等. 中药冷热湿敷疗法治疗常见皮肤病临床经验探讨[J]. 北京中医药,2019,38(9):907-909.

[5] 李邻峰, 高兴华, 顾恒, 等. 湿疹诊疗指南(2011 年)[J]. 中华皮肤科杂志,2011,44(1):5-6.

[6] 中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2021,20(5):517-521.

[7] 曹卉娟, 邢建民, 刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志,2009,50(7):600-602.

[8] 覃国祥.EASI 评分方法分析中医辨证治疗湿疹的临床疗效观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学,2011.

[9] 李志英, 刘保国, 刘月梅, 等. 老年瘙痒性皮肤病患者生活质量调查[J]. 中国老年学杂志,2012,32(5):1025-1026.

[10] 韩珊, 周静, 马武开, 等. 腕踝针疗法联合苗药五藤散冷湿敷治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎效果观察[J]. 山东医药,2023,63(2):50-53.

[11] 姚瑞丽. 复方黄芩搽剂冷湿敷治疗湿热毒蕴型下肢丹毒的临床疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学,2024.

[12] 梁天, 王明迪, 孙鹏, 等. 黄柏、石菖蒲合剂抗炎作用的网络药理学分析[J]. 中国畜牧兽医,2023,50(3):1195-1206.

[13] 陈霞, 樊官伟, 陈云志, 等. 基于网络药理学和动物实验探讨马齿苋对变应性接触性皮炎小鼠皮肤瘙痒的作用[J]. 中成药,2024,46(5):1700-1706.

[14] 孙倩, 王成, 陆娜, 等. 寒冷环境对创伤后机体免疫功能及炎症因子的影响[J]. 创伤与急危重病医学,2024,12(6):377-382.

[15] 王奇, 黄鸿飞, 王一同, 等. 寒冷环境对寒区官兵的心理影响及心理韧性的提高策略[J]. 国际精神病学杂志,2022,49(5):784-787.

[16] 范时光, 徐新华. 夏热冬冷地区居住建筑基于热舒适与热健康的室内运行温度分析[J]. 暖通空调,2024,54(12):1-9.

[17] 龚永红, 胡薇, 赵国敏, 等. 不同温度中药冷湿敷在老年急性湿疹患者中的应用效果研究[J]. 护理管理杂志,2023,23(10):869-872.

[18] 刘苏青, 徐金华. 老年湿疹的诊疗新进展[J]. 老年医学与保健,2021,27(3):455-457.

早期肠内免疫微生物营养支持对高龄慢性心衰患者营养状况的影响

高英慧 石伟利 倪宁 王丹娜 戴晓敏

(赤峰市医院全科医学科, 内蒙古 赤峰, 024000)

摘要:目的 探讨早期肠内免疫微生物营养支持对高龄慢性心衰患者营养状况的影响。方法 选取 2022 年 6 月—2024 年 6 月赤峰市医院收治的 60 例高龄慢性心衰患者作为研究对象,以随机数表法将其分为对照组和研究组,每组 30 例。对照组采用常规治疗,研究组在对照组的基础上采用早期肠内免疫微生物营养支持。比较两组治疗有效率、心功能、营养状况及不良反应发生率。结果 研究组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组的左心室射血分数(LVEF)、心脏指数(CI)、每搏输出量(SV)水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 3 个月后,两组的 LVEF、CI、SV 水平均高于治疗前,且研究组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组的前白蛋白(PA)、血红蛋白(Hb)、白蛋白(Alb)、总蛋白(TP)水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 3 个月后,两组的 PA、Hb、Alb、TP 水平均高于治疗前,且研究组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组的不良反应总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 应用早期肠内免疫微生物营养支持联合常规治疗,可改善高龄慢性心衰患者心功能水平及营养状况,降低不良反应发生率。

关键词:慢性心衰;高龄;肠内营养支持;免疫微生物;沙库巴曲缬沙坦;营养状况

中图分类号:R541.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2025)-19-0193-04

慢性心衰是心脏功能逐渐衰退,无法满足机体日常代谢需求而表现的一种病理状态,好发于高龄人群,是所有心脏疾病(心肌损伤、心脏负荷过重、心律失常等)的严重表现或晚期阶段^[1]。随着心衰的持续进展,患者会出现一系列明显症状(呼吸急促、疲惫无力等),这些症状不仅严重影响日常生活质量,还可能预示着病情的恶化^[2]。另有研究发现,高龄

慢性心衰患者胃肠道细胞缺血、缺氧,普遍存在营养不良的问题(总患病率 46%~78%),且与疾病不良预后相关(病死率增加 1.0~2.5 倍)^[3]。目前,临床治疗慢性心衰以减轻心脏负荷、增强心肌收缩力、抑制心室重塑、改善生活方式为主。沙库巴曲缬沙坦是近年来治疗心血管疾病的新兴药物,可有效缓解疾病临床症状,降低心血管死亡风险^[4],但对于改善患者机体营养不良的问题,效果不明显。早期肠内免疫微生物营养支持通过使用高能量、高蛋白肠内营养剂调节肠道功

作者简介:高英慧(1989—),女,汉族,籍贯:内蒙古自治区赤峰市,硕士研究生,主治医师,研究方向:心血管疾病诊疗。