



生发灵溶液联合复方甘草酸苷片治疗斑秃的临床疗效

董素君 席建元* (湖南中医药大学 湖南长沙 410000)

摘要: 目的 分析生发灵溶液联合复方甘草酸苷片治疗斑秃的临床疗效与安全性。方法 2017年4月~2018年4月,湖南中医药大学第一附属医院门诊收治的斑秃60例入组,收治1例对象便随机分组,对照组、治疗组各入组30例。对照组复方甘草酸苷片口服联合5%米诺地尔溶液外用,治疗组复方甘草酸苷片口服联合自制生发灵外用,持续6个月。结果 治疗组与对照组整体疗效优于对照组,治疗组差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组第2个月、3个月皮损积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组不良反应发生率13.3%,对照组发生率10.0%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 生发灵溶液联合复方甘草酸苷片治疗斑秃的临床疗效肯定,可以增进疗效,不会增加不良反应发生风险。

关键词: 斑秃 复方甘草酸苷片 生发灵溶液

中图分类号: R758.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)15-127-02

斑秃是一种常见的脱发症,多见于青壮年,表现为局部的进行性脱发减少,俗称“鬼剃头”,范围不定,多无自觉症状,严重影响患者的形象,给患者带来较大的心理压力^[1]。西医治疗斑秃以糖皮质激素、免疫调节等药物为主,疗效个体差异较大,绝大多数对象疗效欠理想。中医认为斑秃与肝肾不足、血虚、血瘀、血热、痰湿等因素有关,中医药辅助治疗斑秃可以增进疗效,但是方剂较少。本文采用对照研究,选择2017年4月~2018年4月,湖南中医药大学第一附属医院门诊收治的斑秃60例入组,评价自拟的生发灵溶液联合复方甘草酸苷片治疗斑秃的疗效。

1 资料及方法

1.1 一般资料

选择2017年4月~2018年4月,湖南中医药大学第一附属医院门诊收治的斑秃患者入组。纳入标准:①参照《中国临床皮肤病学》斑秃诊断标准诊断^[1];②临床资料完整;③年龄18~55岁;④1个月未使用影响研究的药物;⑤知情同意。排除标准:①合并其他重大疾病;②哺乳期、妊娠期女性;③继发性脱发;④无法获得随访;⑤对研究药物有过敏史。每收治1例对象便随机分组,对照组、治疗组各入组30例。对照组30例,其中男16例、女14例,年龄(35.4±4.5)岁。病程(15.6±6.2)个月。皮损积分(12.4±8.5)分。皮肤病生活质量指数(19.4±3.2)分。治疗组30例,其中男15例、女15例,年龄(36.2±4.6)岁。病程(15.3±6.9)个月。皮损积分(12.1±8.9)分。皮肤病生活质量指数(20.2±4.6)分。两组对象年龄、性别、病程、皮损积分、皮肤病生活质量指数差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组:口服复方甘草酸苷片(商品名:美能卫材(中国)药业有限公司,国药准字J20130077,规格:25mg*10s*10板/盒)50mg,3次/天餐后服用,联合局部外涂适量的5%米诺地尔溶液(浙江万晟药业有限公司,国药准字H20010714,规格:5%(60ml:3g)],2次/天),轻轻按摩局部2~3min。持续3个月。

治疗组:复方甘草酸苷片口服联合自制生发灵外用,同样口服复方甘草酸苷片,局部外用湖南中医药大学第一附属医院皮肤科自制溶液,生发灵溶液(主要由何首乌、补骨脂、菟丝子、枸杞、川芎、红花、黄芪、侧柏叶等中药放入75%酒精浸泡1周以上所制),适量的外涂皮损处,轻轻按摩2~3min,2次/天,两组患者均持续治疗3个月。

1.3 观察指标

治疗后疗效,治疗前、1个月后、2个月后、3个月后皮损积分。不良反应发生情况。

1.4 疗效判定

参照《中药新药临床研究指导原则》中有关斑秃的临床疗效:①痊愈,毛发脱落停止,油脂分泌正常,脱落区的毛发恢复,粗细、色泽、密度与健康区域基本一致,皮损积分指数下降 $\geq 90\%$;②显效,毛发脱落明显减少,油脂分泌、瘙痒感、脱屑明显减轻,脱落区长出毛发,可以遮住斑秃,但粗细、色泽、密度与健康区域不完全一致,肉眼可见异常,70% $\leq$ 皮损积分指数下降 $< 90\%$;③有效:毛发脱落有所减轻,油脂分泌、瘙痒感、脱屑减轻,脱落区少量毛发,但粗细、色泽、密度与健康区域不一致,30% $\leq$ 皮损积分指数下降 $< 70\%$;④无效:毛发脱落仍然存在,油脂分泌、瘙痒感、脱屑误名改善或加重,脱落区可长出少量毛发或无毛发生长,皮损积分指数下降 $< 30\%$ ^[2]。

1.5 统计学处理

采用SPSS18.0软件进行统计学分析,皮损积分服从正态分布。采用(均数 $\bar{x}$ ±标准差s)表示,不同时间治疗组与对照组比较采用t检验,临床疗效整体比较采用秩和检验,愈显率、不良反应发生情况比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗组与对照组整体疗效优于对照组,治疗组差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1:治疗组与对照组疗效对比[n(%)]

组别(n=30)	治愈	显效	有效	无效	愈显
治疗组	21 (70.0)	8 (26.7)	1 (3.3)	0 (0.0)	29 (96.7)
对照组	14 (43.3)	8 (26.7)	5 (16.7)	3 (10.0)	22 (73.3)
χ^2/Uc		2.241			64.50
P		0.025			0.011

2.2 皮损积分

治疗组第2个月、3个月皮损积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2:治疗组与对照组的不同时间皮损积分对比($\bar{x} \pm s$)

组别(n=30)	治疗前	1个月	2个月	3个月
治疗组	12.1±8.9	7.4±4.5	3.2±1.8	1.0±0.5
对照组	12.4±8.5	8.4±4.0	4.7±2.2	2.5±1.2
t	0.134	0.910	2.880	6.320
P	0.894	0.367	0.005	0.000

2.3 不良反应

治疗组出现4例不良反应,发生率13.3%,主要为皮肤瘙痒2例、血钾下降2例。对照组,不良反应3例(10.0%),四肢轻微症状1例、血钾下降1例、血压上升1例。差异无统计学意义($\chi^2=0.162$, $P=0.688$)。

* 通讯作者: 席建元



3 讨论

西医治疗斑秃的药物以糖皮质类固醇、免疫调节等药物为主,复方甘草酸苷+米诺地尔是最常用的方案,一项基于11篇文献1102例对象的meta分析显示,两组对象的差异无统计学意义($P > 0.05$),联合用药可以增进疗效,痊愈率在5%~80%之间,平均59.53% (331/556)。本次研究显示,对照组的对象痊愈率约为43.3%,处于正常水平。从不良反应发生率情况来看,meta分析显示发生率5.4% (25/464),本次研究中对照组不良反应发生率约为10.0%,处于正常偏高水平,可能与纳入例数较少有关。西医治疗的痊愈率有待提升^[3]。

为此,医院尝试中药局部使用替代米诺地尔,结果显示观察组对象的治愈率达到70.0%,愈显率达到96.7%,均超过了对照组,2、3个月的皮损积分下降更为显著。其他文献也得出类似的结论,采用中西医结合治疗可以增进疗效,痊愈率上升1.2~1.6倍^[4]。

中医认为肝郁肾虚,肝气不舒、郁而化热,耗伤肝血,进而导致肝肾亏虚,不能化生精血上养毛发,而至毛发脱落^[5]。斑秃多见于中青年人,生活压力大,饮食不规律,肝气不舒,肝血亏虚,无法营养周身的毛发^[6]。治疗当补益肝肾、疏肝解郁。生发灵主要有何首乌、补骨脂、菟丝子、枸杞、川芎、红花、黄芪、侧柏叶,其中何首乌、何首乌、补骨脂、菟丝子、枸杞均为补益肝肾之药,川芎行气开郁活血,红花、黄芪行气活血化痰,侧柏叶凉血止血,化痰止咳,生发乌发。现代药理学研究显示,这些药物具有丰富的蒽醌类药物、二苯乙烯类、黄酮类等物质,这些药物往往具有促进毛乳头细胞增殖、诱导生长周期作用,可以促进毛发生长^[7]。局部使用,还具有调节免疫功能,改善局部血供,调节局部毛囊分泌功能,改善微循环,从而调节局部免疫、代谢、微循环,促进毛发生长。

研究显示,相较于对照组,治疗组不会增加不良反应发生风险。米诺地尔是一种钾离子通道开放剂,可以松弛血管平滑肌、扩张小动脉扩张、降低外周阻力下降,局部使用主要通过改善微循环,阻止表皮生长因子抑制生长生成,上调血管内皮因子,从而刺激毛发生长^[8]。但是有报道显示,其远期疗效不理想,可能导致毛发变长、变粗^[9]。此外部分对象,对米诺地尔有较低亲和力者,从而导致疗效差,本次研究中

对照组无效率达到10.0%,可能为该药亲和力差,存在基因差异。此外,目前国产的米诺地尔溶液,都含有丙二醇,部分对象可能会出现过敏、头屑增多、皮肤瘙痒等症状,本组对象排除了既往使用这类药物过敏的人群,实际上初次使用的该药的对象不良反应发生率可能会更高^[10]。而中药的不良反应发生率更低,社会大众认可程度更高,相较于口服,局部使用不良反应发生率更低,采用酒精浸泡处理后,可以增加药物扩散性、降低药物颗粒的刺激性,酒精本身具有一定的杀菌消毒、解热作用,局部涂抹,可以减轻皮肤的不适症状。

小结:生发灵溶液联合复方甘草酸苷片治疗斑秃的临床疗效肯定,可以增进疗效,不会增加不良反应发生风险。

参考文献

- [1] 赵辨.临床皮肤病学[M].第3版.南京:江苏科学技术出版社,2012,1186.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[J].2003:94-95.
- [3] 刘吉元,徐海环,卢涛.复方甘草酸苷联合米诺地尔治疗斑秃有效性及安全性的Meta分析[J].武警医学,2018,29(10):929-934.
- [4] 匡琳,黄思惠,何大伟,等.养真生发酊治疗斑秃的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2018,38(09):1049-1051.
- [5] 杨淑霞.斑秃发病机制的研究进展[J].中国医学文摘(皮肤科学),2016,33(04):465-470.
- [6] 雷鸣,姚斌,于晓倩,等.中药制剂外用治疗斑秃疗效的Meta分析及选方用药规律探讨[J].中国药房,2018,29(06):828-832.
- [7] 葛进满,高尚爽.活力苏口服液联合复方甘草酸苷片治疗斑秃的疗效及对血清IFN- γ 和IL-4的影响[J].现代实用医学,2018,30(09):1219-1221.
- [8] 陈振琛.斑秃的治疗及其临床效果分析[J].皮肤病与性病,2018,40(05):667-669.
- [9] 丛琳,张鹏飞,叶建州.斑秃中医辨治研究概况[J].中国民族民间医药,2016,25(19):80-81,84.
- [10] C.A. Onate. Bound state solutions of the Schrödinger equation with second P-schl-Teller like potential model and the vibrational partition function, mean energy and mean free energy[J]. Chinese Journal of Physics,2016,54(2): 165-174.

(上接第125页)

激素药物,三者作用机制不同,能够发挥协同作用,从而改善患者的肾功能。以往有研究对比了0.4、0.6、0.8、1.0mg/(kg·d)醋酸泼尼松片联合环磷酰胺、雷公藤治疗中老年NS的临床效果^[5],结果显示1.0mg/(kg·d)的使用剂量疗效最佳。在本次研究中,治疗后,观察组患者的血浆蛋白高于对照组,尿蛋白、血肌酐低于对照组,差异明显($P < 0.05$),观察组患者的总有效率为97.87%,对照组为87.23%,差异明显($P < 0.05$),提示1.0mg/(kg·d)醋酸泼尼松片的使用剂量更加合理,能够提高整体治疗效果。

综上所述,环磷酰胺、雷公藤联合1.0mg/(kg·d)醋酸泼尼松片治疗中老年NS患者临床疗效更佳,肾功能改善效果

也更显著,值得临床推广。

参考文献

- [1] 桑瑜.不同激素量联合环磷酰胺及雷公藤治疗中老年肾病综合征的效果观察[J].河南医学研究,2018,27(04):703-704.
- [2] 胡春安,甘妞琴.不同激素量联合环磷酰胺及雷公藤治疗中老年肾病综合征的效果[J].中国当代医药,2017,24(28):144-146.
- [3] 牛顷.环磷酰胺联合雷公藤多甙治疗激素依赖型肾病综合征患者临床分析[J].内科,2017,12(03):382-383+315.
- [4] 李小红,王函,李康慧.不同激素量联合环磷酰胺及雷公藤治疗中老年肾病综合征的疗效[J].中国老年学杂志,2017,37(01):167-169.
- [5] 骆丽,雷兆锦.雷公藤多甙与环磷酰胺治疗肾病综合征有效性和安全性的Meta分析[J].海峡药学,2016,28(07):82-85.

(上接第126页)

蛋白原转化为纤维蛋白具有显著的抑制作用,能够减少纤维蛋白的沉积,营造了一个良好的胎盘发育环境,而且该药物治疗安全性高。通过与地屈孕酮联用能够有效提高治疗效果。

综上所述,低分子肝素钠联合地屈孕酮能够有效提高先兆流产的治疗效果,减少并发症的发生,改善患者妊娠结局。

参考文献

- [1] 朱燕霞,史蕾.低分子肝素钠联合地屈孕酮治疗先兆流产[J].中国实用医药,2018,13(11):140-141.

- [2] 李清云.低分子肝素钠联合地屈孕酮治疗先兆流产效果观察[J].社区医学杂志,2017,15(19):47-48.

- [3] 李慧,吴小妹,周玉华.低分子肝素钠联合地屈孕酮治疗先兆流产的临床观察[J].中国药房,2017,28(18):2499-2502.

- [4] 李晓飞.低分子肝素钙联合地屈孕酮治疗对先兆流产患者妊娠结局的影响[J].内科,2017,12(5):290-291.

- [5] 郭义红,李晓彬,陈亮,等.小剂量低分子肝素联合免疫球蛋白治疗难治性先兆流产合并绒毛膜下血肿效果评价[J].临床和实验医学杂志,2017,16(16):1623-1627.