

中西医结合治疗对白癜风的临床疗效和血清炎症因子的影响

雷 勇 王晶晶 张少光

(河北省保定市第二中心医院皮肤科,保定,072750)

摘要 目的:观察采用中西医结合治疗对白癜风的临床疗效和血清炎症因子的影响。方法:选择本院2014年2月至2016年2月收拾的110例白癜风患者为研究对象,将患者随机分为2组,每组55例患者。对照组给予患者常规的西医方案治疗,予以口服药物和涂抹药物治疗方案。观察组在常规西医方案治疗的基础上加用中药治疗。4周为1个疗程,2组均给予2个疗程的治疗。观察对比2组患者治疗前后的临床疗效、不良反应、白细胞介素-17(IL-17)、血清中肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和 γ -干扰素(IFN- γ)水平。结果:经过8周的治疗后,对照组总有效率为76.36%,观察组总有效率为87.27%,差异有统计学意义;2组患者血清IL-17、IFN- γ 和TNF- α 水平都有了不同程度的降低,观察组下降更显著,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者均无明显不良反应。结论:中西医结合治疗能够有效的调节白癜风患者免疫功能,降低患者的血清IL-17、IFN- γ 和TNF- α 水平,临床疗效好,安全性高,值得临床推广。

关键词 白癜风;中西医结合;临床疗效;血清炎症因子

Clinical Efficacy of Chinese and Western Medicine in Vitiligo and Their Effects on the Serum Inflammatory Factors

Lei Yong, Wang Jingjing, Zhang Shaoguang

(Department of Dermatology, Baoding Second Central Hospital, Baoding 072750, China)

Abstract Objective: To investigate clinical efficacy of Chinese and western medicine in vitiligo and their effects on the serum inflammatory factors. **Methods:** Vitiligo patients of 110 cases in our hospital from February 2014 to February 2016 were randomly divided into two groups, each group had 55 cases. The control group received routine western medicine by oral medication and apply salves, the observation group additionally received Chinese medicine for treatment prescription. One course of treatment was four weeks, both groups were observed for two courses of treatment. Clinical efficacy, adverse reactions, interleukin-17 (IL-17), Tumor necrosis factor (TNF- α), Interferon gamma (IFN- γ) were compared before and after treatment. **Results:** After 8 weeks' treatment, the total effective rate of the control group was 76.36%, while in the observation group, the total effective rate was 87.27%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); serum levels of interleukin-17 (IL-17), Tumor necrosis factor (TNF- α), Interferon gamma (IFN- γ) decreased significantly in two groups compared with those before treatment ($P < 0.05$); no obvious adverse reactions in the two groups. **Conclusion:** Integrated Chinese medicine and western medicine treatment can regulate body immune function, lower serum IL-17, IFN- γ and TNF- α levels, which has good clinical results and high safety. It is worthy of clinical application.

Key Words Vitiligo; Chinese and western Medicine; Clinical effects; Serum inflammatory factors

中图分类号:R242;R246.7 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.06.021

白癜风是皮肤科一种色素脱失性皮肤病,研究显示,我国白癜风患病率大约在0.17%~1%左右,各种原因导致白癜风的发病率呈上升趋势^[1]。中医称为“白癜”“白驳风”,临床表现为具有典型的局部或全身色素脱失。白癜风的发病机制尚不清楚,有学者认为白癜风患者的发病与免疫有关联^[2],是一种自身免疫性疾病。研究参与免疫反应的细胞因子,有助于白癜风的诊断和治疗。目前西医主要采用涂抹药膏、口服药物和手术等治疗方案,对于患者接受手术治疗还是药物治疗,西医没有明确的治疗标准,同时疾病色素脱失斑体积和数目不一,西医尚无根治方法。中医药在白癜风疾病的应用凸显了众

多的优势。我科根据白癜风患者的病情,结合多年的临床经验自拟消白汤,采用中西医结合的方法治疗白癜风患者,研究该治疗方案患者的临床疗效和对血清炎症因子的影响,为中西医结合治疗白癜风提供指导依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择河北省保定市第二中心医院皮肤科2014年2月至2016年2月收拾的110例白癜风患者为研究对象,按照随机方法将患者分为2组,每组55例患者。对照组中男29例,女26例,年龄13~67岁,平均年龄(36.23 $\pm$ 4.56)岁;病程1~12年,平均病程(7.05 $\pm$ 0.64)年;局限型15例,散

发型 31 例,泛发和肢端型 9 例。中医辨证分型风血相搏型 29 例,肝肾不足型 13 例,肝郁气滞型 8 例,风湿蕴热型 5 例;观察组中男 31 例,女 24 例;年龄 11-66 岁,平均年龄(35.94 ± 4.61)岁;病程 2 ~ 14 年,平均病程(7.12 ± 0.69)年;局限型 14 例,散发型 30 例,泛发和肢端型 11 例。中医辨证分型风血相搏型 30 例,肝肾不足型 15 例,肝郁气滞型 6 例,风湿蕴热型 4 例。2 组患者的临床资料和中医辨证分型差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者的临床资料对比

组别	男/女	年龄(岁)	病程(年)	局限型(n)	散发型(n)	泛发和肢端型(n)
对照组(55)	29/26	36.23 ± 4.56	7.05 ± 0.64	15	31	9
观察组(55)	31/24	35.94 ± 4.61	7.12 ± 0.69	14	30	11
<i>P</i>		>0.05	>0.05		>0.05	

1.2.3 排除标准 符合下列条件之一的患者即可排除:1)合并有其他严重心、脑、血管、肝、肺和内分泌性疾病的患者;2)妊娠期或哺乳期妇女,以及精神病患者;3)对本次研究治疗的药物过敏者,不愿接受本次治疗研究者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用常规的西医方案治疗,口服叶酸片 5 mg,2 次/d(天津力生制药股份有限公司;国药准字 H12020215),甘草锌颗粒 15 g,1 次/d(江苏瑞年前进制药有限公司;国药准字 H32022276),泛酸钙片 10 mg,3 次/d(天津力生制药股份有限公司,国药准字 H12020218),维生素 E 软胶囊 0.1 g,3 次/d(上海信谊延安药业有限公司,国药准字 H31020237)。服用 3 周,休息 1 周。同时患处涂抹 0.1% 他克莫司软膏(四川明欣药业有限责任公司;国药准字 H20123430)。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上,采用中医加减辨证法,服用自拟消白汤,方药组成:酒丹参 20 g,炙黄芪 15 g,何首乌和刺蒺藜各 12 g,补骨脂 10 g,酒当归、川芎、白芷、炒白芍、红花、乌梅各 9 g。肝肾不足型加盐杜仲、羌活等补肝益肾之品。脾胃虚弱型加炒薏苡仁、茯苓等补益脾胃之品。肝郁气滞型加柴胡、枳壳等疏肝通络之品。风湿蕴热型加黄柏、山药等清热利湿之品。1 剂/d,水煎 2 次,温服。

2 组患者服药过程中均禁刺激性食物和烟酒,4 周为 1 个疗程,观察 2 组患者治疗 2 个疗程后的治疗前后的临床疗效,对比 2 组患者治疗过程中出现不良反应的发生率,观察记录 2 组患者治疗前和治疗 2 个疗程后血清中白细胞介素-17(IL-17)、血清中肿瘤坏死因子-α(TNF-α)和 γ-干扰素(IFN-γ)水

1.2 诊断及排除标准

1.2.1 诊断标准 西医疾病诊断标准和疾病分期符合 2010 年和 2014 年中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会颁布的关于白癜风的诊断标准和疾病分期^[3-4],中医证候标准参考《中医症状鉴别诊断学》^[5]的相关标准。

1.2.2 病例入选标准 入选患者符合白癜风的中、西医的诊断标准,近期内未进行规范的白癜风治疗,同意接受本次治疗、观察和相关实验室检查。

平。

1.4 评定标准和评价方法

1.4.1 临床疗效标准 临床疗效判断标准:痊愈:白斑全部消退,并且肤色恢复正常;显效:白斑面积显著减退,≥50% 原皮损面积恢复正常肤色;有效:白斑面积缩小,皮损面积有部分恢复正常;无效:白斑和肤色无明显改变甚至出现恶化。总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 有效)/总例数] × 100%。参照 2003 年修订的白癜风临床分型和疗效标准^[6]。

1.4.2 不良反应 观察 2 组患者治疗前后血、尿、粪常规和肝肾功能检查的变化情况,记录 2 组患者治疗过程中皮肤有无出现红斑、瘙痒、恶心、呕吐等不良反应。

1.4.3 血清炎性因子的测定 所有研究对象均入院后第 2 天清晨(未接受治疗前)、治疗 2 个疗程后空腹抽取肘静脉血 3 mL 和 5 mL 于真空管中,2 h 内标本离心(3 000 r/min),分离血清,取上层血清置于低温冰箱中保存。应用酶联免疫吸附法(ELISA)检测白细胞介素-17(IL-17)、血清中肿瘤坏死因子-α(TNF-α)和 γ-干扰素(IFN-γ)水平。试剂盒为武汉博士德公司,由检验科专业的化验人员严格按照试剂盒附说明书进行测定。

1.5 统计学方法 对本研究的所有数据均采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析,计量资料使用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验。计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者的临床疗效对比 对照组 55 例患者治疗后临床总有效率为 76.36%,而观察组患者的临床总有效率高达 87.27%,2 组对比,差异有统计

学意义。见表 2。

表 2 2 组患者的临床疗效对比[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	55	4(7.27)	17(30.91)	21(38.18)	13(23.64)	76.36
观察组	55	9(16.36)	29(52.73)	9(16.36)	7(12.73)	87.27*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者不良反应发生率对比 治疗前后,2 组患者的血、尿、粪常规和肝肾功能等检查指标未发生显著异常,治疗期间未见明显不良反应;对照组不良反应发生率为 5.45%,3 例用药初期出现轻度的灼热感、红斑、瘙痒。观察组不良反应发生率为 3.64%,有 2 例患者用药初期出现上述症状。2 组患者继续用药后症状消失,没有中断治疗。2 组不良反应发生率的差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 2 组患者治疗前后血清 IL-17、IFN- γ 和 TNF- α 水平的比较 2 组患者血清 IL-17、IFN-r 和 TNF- α 水平治疗前比较差异无统计学意义($P>0.05$);2 组血清 IL-17、IFN- γ 和 TNF- α 治疗后均不程度的低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组血清 IL-17、IFN- γ 和 TNF- α 治疗后显著低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后血清 IL-17、IFN- γ 和 TNF- α 水平的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	IL-17 (ng/L)	IFN- γ (ng/L)	TNF- α (μ g/L)
对照组	55	治疗前	24.29 $\pm$ 7.86	26.47 $\pm$ 6.91	2.33 $\pm$ 0.57
		治疗后	16.73 $\pm$ 6.79*	17.54 $\pm$ 5.42*	1.89 $\pm$ 0.75*
观察组	55	治疗前	24.29 $\pm$ 7.86	26.76 $\pm$ 6.93	2.35 $\pm$ 0.54
		治疗后	12.21 $\pm$ 5.84* Δ	12.63 $\pm$ 4.76* Δ	1.56 $\pm$ 0.64* Δ

注:组内治疗前后比较,* $P<0.05$;与对照组相比较, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨论

白癜风的治疗较为困难,发病机制尚不明确,目前临床认为白癜风的发病与自身免疫、黑色素细胞自身破坏、神经递质和遗传有关联,但是大多学者认为自身免疫学说更符合白癜风的发病机制^[7]。机体免疫系统中 T 细胞是重要的调节和效应细胞,能够维持免疫功能生理状态之间的平衡。Th17 和 Th1 是一种辅助 T 细胞,能够促进炎症反应。IL-17 是由 Th17 细胞产生的细胞因子,IL-17 具有促进炎症和机体防御的功能,有研究报道发现,白癜风患者的血清中 IL-17 参与了该疾病的免疫炎症破坏过程^[8]。Th1 细胞主要分泌 IFN- γ 和 TNF- α 等细胞因子。IFN- γ 能够介导体液免疫,促进细胞生成分化等功能。TNF- α 是一种能够促使肿瘤产生出血坏死

的物质,由活化的单核巨噬细胞、T 细胞活化的 NK 以及肥大细胞组成。TNF- α 具有多种生物效应,不仅能够介导抗肿瘤,还具备调节机体的免疫功能,同时参与炎症病变的病理变化,增进黑色素细胞表面粘附因子的表达,影响黑色素的形成^[9]。临床上检测 IFN- γ 、IL-17 和 TNF- α 三种细胞因子,来了解 Th1 和 Th17 细胞的功能状态。本研究结果显示,2 组患者治疗前 IFN- γ 、IL-17 和 TNF- α 水平较高,可能与患者 Th1 和 Th17 细胞减少有关系。

中医对白癜风的认识历史悠久,最早的古书《五十二病方》中有“白处”的记载,隋朝时期,巢元芳在《诸病源候论·白癰候》中提到“白癰风”病名。唐宋时期,《圣济总录》中首次记载“白驳风”病名,给出了治疗方法。明朝时期,陈实功在《外科正宗》中记载,“紫白癜风,乃一体二种,紫因血滞,白因气滞,总由热体风湿所侵……。”清代吴谦和王清任认为,风邪相搏于皮肤,气血失和,血瘀皮里所致。现代中医根据多年的经验提出“肝肾不足”“脾胃虚弱”之说。中医认为发病机制与外风侵袭、血虚生风、风湿外侵、瘀血阻滞、脾胃不足、气滞血瘀、肝肾亏虚有关^[10-11]。

对于白癜风的治疗,西医没有特效的药物,有临床研究发现对患者进行补充维生素能够缓解病情,甚至痊愈。叶酸、泛酸钙、维生素 E、甘草锌能够有效的补充维生素和锌元素,利于肝脏代谢,对于白癜风的智力有着很好的辅助作用。他克莫司软膏是一种大环内酯类免疫调节药物,对白癜风的治疗有着良好的作用^[12]。本文中消白汤不仅能够直接调节患者免疫功能紊乱,还能有效的促进黑细胞功能。如炙黄芪、何首乌、补骨脂、刺蒺藜、当归、乌梅、酒当归等具有较好的免疫调节作用。酒丹参、白芷、红花、川芎等能够促进黑素细胞的增殖、迁移、粘附和存活。同时对患者进行中医辨证论治,对患者随证甲减调理^[13]。

本研究中,观察组患者给予西药治疗的同时给予口服消白汤,临床总有效率达 87.27%,而对照组常规西医治疗的总有效率为 76.36%,观察组患者的临床治疗效果显著高于对照组($P<0.05$),2 组患者均无明显不良反应,安全性高;同时观察组治疗后能够有效的降低患者血清 IL-17、IFN- γ 和 TNF- α 水平,并且观察组血清炎性因子水平显著低于对照组($P<0.05$),充分证明观察组对于白癜风的治疗明显优于单纯西医组。

综上所述,中西医结合治疗能够有效的调节白

癜风患者免疫功能,改善患者的血清 IL-17、IFN- γ 和 TNF- α 水平,临床疗效较高,无明显不良反应,值得临床推广。

参考文献

- [1] 杜娟. 白癜风治疗《指南》解读[J]. 健康管理, 2014, 8(4): 102-105.
- [2] 杨珂. 白癜风免疫发病机制研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2012, 28(3): 188-191.
- [3] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010 年版)[S]. 中华皮肤科杂志, 2010, 43(6): 373-373.
- [4] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 白癜风诊疗共识(2014 版)[S]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(1): 65-65.
- [5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 2 版, 北京: 人民卫生出版社, 2000, 639.
- [6] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 白癜风临床分型及疗效标准(2003 年修订稿)[S]. 中华皮肤科杂志,

2004, 37(7): 54-54.

- [7] 房欣, 乔树芳. 白癜风免疫学机制与中药对其作用的研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2013, 12(6): 398-403.
- [8] 陈阳, 杨景煜, 张莉, 等. 白癜风患者血清 IL-17、IL-4 及 IL-23 水平的变化[J]. 宁夏医科大学学报, 2014, 36(5): 508-510.
- [9] 肖汉龙, 陶娟, 刘辉峰, 等. 白癜风患者血清巨噬细胞移动抑制因子和肿瘤坏死因子 α 的表达[J]. 中华皮肤科杂志, 2012, 45(9): 673-674.
- [10] 夏威夷, 赵满忱, 宋诣, 等. 基于文献的白癜风中医辨证分型及处方用药分析[J]. 中医学, 2014, 2(3): 35-38.
- [11] 侯俊芝, 王建锋. 中医药治疗白癜风研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2012, 11(4): 264-265.
- [12] 徐永康. 他克莫司软膏治疗白癜风临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2013, 12(1): 33-33.
- [13] 邢建军. 浅析白癜风的中医辨证与治疗[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(9): 23-24.

(2016-03-29 收稿 责任编辑: 徐颖)

第十三届世界中医药大会“一带一路”中医药文化周(大洋洲·2016)

The 13th Word Congress of Chinese Medicine OBOR TCM CULTURE WEEK(Oceania·2016)

第一轮通知

2016 年 11 月 10 日-17 日·大洋洲

各位专家、各位同仁:

由世界中医药学会联合会主办的世界中医药大会是全球中医药领域规模大、参与广、层次高的学术盛会。至今已在中国、法国、加拿大、新加坡、中国澳门、澳大利亚、荷兰、英国、马来西亚、美国、俄罗斯、西班牙成功举办了十二届。第十二届世界中医药大会期间首次举办“一带一路”中医药文化周系列活动,为中医药在欧洲的发展搭建了广阔的平台。

“第十三届世界中医药大会暨‘一带一路’中医药文化周”,将于 2016 年 11 月 10-17 日在新西兰奥克兰市、澳大利亚墨尔本举行。活动期间,来自世界各地的中医药专家学者、政府官员、企业家将分享他们的理论研究和临床经验、科研成果和新发明新创造,大会附设中医药服务贸易展览会。活动期间将组织多种形式的学术考察调研活动。

现就有关事宜通知如下:

一、地点:新西兰·奥克兰市、澳大利亚·墨尔本

二、主题:继往开来,新世纪中医药更美好!

三、会议主要议题及征文内容:(征文要求见附件)

1. 中医药基础理论研究;

2. 中医药临床实践:临床研究方法创新与进展、临床疗效评估体系研究、老中医临证经验总结、特色疗法体会及推广、中医养生保健治未病研究等;

3. 针灸推拿研究实践:针药配合临床研究、特殊针法临床经验介绍、中医针灸治疗在区域性疾病治疗中的特色与优势等;

4. 中药研究:中药方剂学、临床配伍研究、中药应用及研究等;

5. 中西医结合研究:理论创新、最新进展、实践创新、经验总结;

6. 中医手法流派的传承与发展;

7. 中医药国际化、信息化研究;

8. 中医药在世界各国的发展及立法情况,各国中医教育动态、教育制度现状及科研情况;

9. 中医药文化与非物质文化遗产保护;

10. 道地药材与濒危珍稀动植物保护。

11. 中医药服务贸易理论研究与实践及经验交流。

四、参会人员:

相关国家政府官员,各国中医药、传统医药、中西医结合、现代医药及相关领域从事医疗、教育、科研、管理、生产、贸易的专家学者和企业家,世界中联各国会员。

五、会议安排:

1. 学术会议:开、闭幕式,主题演讲,分会场专题报告,现场演示工作坊,欢迎晚宴。

2. 中医药服务贸易展览会:每个展位:3 m×3 m,1 张桌子,2 把座椅,1 个插座,基本照明,免 2 人参会注册费。

3. 大会特刊:为了珍藏这一重要活动,将制作《第十三届世界中医药大会特刊》,收录具备一定资质的机构和个人。本次大会特刊将赠与我会 65 个国家的 246 个会员团体、各国驻华使馆、我国驻外使馆及有关国际组织和相关机构收藏。欢迎报名申请,费用另行通知。

4. 参会者可授予国家级继续教育二类学分证书 6 分,如有需要,请提前告知大会组委会。

5. “一带一路”中医药国际交流考察:具体安排请咨询世界中联国际联络部。

六、重要日期:

2016 年 7 月 1 日大会注册费优惠截止。

2016 年 7 月 31 日大会论文投稿截止。

七、会议咨询、报名处:世界中医药大会组委会已开始接受报名,联系方式如下:

世界中医药大会办公室(国际联络部):邱珺、杨柳、潘眩、税毅强
电子邮箱:wccm@vip.163.com,电话:010-58650243/58650240/

58650026/58650058

世界中医药大会组委会

2015 年 11 月 16 日