DOI：10.3969/j.issn.1004-4949.2026.16.027

氯雷他定片联合1%醋酸氢化可的松乳膏对慢性湿疹患者湿疹严重程度的影响

郭燕丽
（平罗县妇幼保健院，宁夏 石嘴山 753400）

[摘 要]**目的** 探究氯雷他定片联合1%醋酸氢化可的松乳膏对慢性湿疹患者湿疹严重程度的影响。**方法** 选取2023年1月-2026年1月平罗县妇幼保健院收治的100例慢性湿疹患者，依据治疗方案不同分为对照组与观察组，各50例。对照组予以氯雷他定片治疗，观察组在此基础上联合1%醋酸氢化可的松乳膏治疗，比较两组治疗效果、湿疹严重程度、血清炎症指标、生活质量。**结果** 观察组治疗总有效率为96.00%，高于对照组的84.00%（$P<0.05$）；观察组治疗后皮损面积、临床表现评分均低于对照组（$P<0.05$）；观察组治疗后血清CRP、IL-4水平均低于对照组，IL-10水平高于对照组（$P<0.05$）；观察组治疗后皮肤病生活质量指数问卷评分低于对照组（$P<0.05$）。**结论** 氯雷他定片联合1%醋酸氢化可的松乳膏治疗慢性湿疹可提高临床疗效，减轻皮损严重程度及炎性反应，并提升患者生活质量。

[关键词] 慢性湿疹；氯雷他定片；1%醋酸氢化可的松乳膏；湿疹严重程度
[中图分类号] R758.23 [文献标识码] A [文章编号] 1004-4949（2026）16-0113-04

Effect of Loratadine Tablets Combined with 1% Hydrocortisone Acetate Cream on Eczema Severity in Patients with Chronic Eczema

GUO Yanli
(Pingluo County Maternal and Child Health Hospital, Shizuishan 753400, Ningxia, China)

[Abstract]Objective To explore the effect of loratadine tablets combined with 1% hydrocortisone acetate cream on eczema severity in patients with chronic eczema. **Methods** A total of 100 patients with chronic eczema admitted to Pingluo County Maternal and Child Health Hospital from January 2023 to January 2026 were selected, and they were divided into the control group and the observation group according to different treatment regimens, with 50 patients in each group. The control group was treated with loratadine tablets, and the observation group was treated with 1% hydrocortisone acetate cream on the basis of the control group. The treatment effect, eczema severity, serum inflammatory indicators and quality of life were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of treatment in the observation group was 96.00%, which was higher than 84.00% in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of lesion area and clinical manifestation in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the serum levels of CRP and IL-4 in the observation group were lower than those in the control group, while the IL-10 level was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the score of Dermatology Life Quality Index in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of loratadine tablets combined with 1% hydrocortisone acetate cream in the treatment of chronic eczema can improve clinical efficacy, reduce the severity of skin lesions and inflammatory response, and improve patients' quality of life.

[Key words] Chronic eczema; Loratadine tablets; 1% hydrocortisone acetate cream; Eczema severity

慢性湿疹（chronic eczema）属于临床高发的炎症性皮肤病，典型表现包括反复发作的剧烈瘙痒，并伴有皮肤浸润肥厚及苔藓样变[1]。临床治疗慢性湿疹时，口服抗组胺药物（如氯雷

第一作者：郭燕丽（1977.9-），女，宁夏石嘴山人，本科，主管药师，主要从事药学方面工作

医学美学美容

他定）可针对性缓解瘙痒，但难以改善已形成的皮肤增厚、角化过度及慢性炎性浸润，整体疗效有限[2]。单纯口服抗组胺等系统治疗难以短期内逆转皮损，复发率较高[3]。外用糖皮质激素仍是慢性湿疹局部抗炎的核心手段，可直接作用于皮损，局部药物浓度高、全身不良反应风险低。与口服抗组胺药联用可机制互补，提升疗效。临床常用的弱效制剂以1%醋酸氢化可的松乳膏为代表，但不同剂型及激素浓度的外用制剂在疗效、安全性及耐受性方面存在差异[4]。现有研究虽已证实1%醋酸氢化可的松乳膏可改善慢性湿疹皮损，但多单一观察皮损改善指标，缺少对患者炎症因子、生活质量等多维度指标的综合分析，难以完整阐明该药联合口服抗组胺药的协同治疗优势[5]。基于此，本研究旨在探讨探究氯雷他定片联合1%醋酸氢化可的松乳膏对慢性湿疹患者湿疹严重程度的影响，现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取2023年1月–2026年1月平罗县妇幼保健院收治的100例慢性湿疹患者，按照治疗方案不同分为对照组和观察组，各50例，均为女性。对照组年龄22~68岁，平均年龄（45.36±8.24）岁；病程7周~3年，平均病程（8.47±1.62）个月；皮损部位：四肢31例，躯干12例，头颈部7例。观察组年龄21~69岁，平均年龄（46.12±8.85）岁；病程6周~4年，平均病程（8.93±1.71）个月；皮损部位：四肢33例，躯干11例，头颈部者6例。两组年龄、病程、皮损部位比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），研究可比。本研究所有入组患者及家属均充分知晓研究方案、治疗用药、检测项目，自愿签署书面知情同意书。

12 纳入与排除标准 符合《湿疹诊疗指南（2011年）》[6]中慢性湿疹的诊断标准；近2周未系统使用糖皮质激素、免疫抑制剂，且1周内未局部外用激素类药膏；病变面积不超过体表面积的20%，且无明确的活动性细菌或真菌感染征象；临床资料完整。排除标准：合并其他类型的皮炎如接触性皮炎、脂溢性皮炎或特应性皮炎急性期；治疗部位存在溃疡、糜烂或明显的渗出倾向；对糖皮质激素或氯雷他定成分有明确过敏史；伴有活动性消化性溃疡、未控制的糖尿病或免疫缺陷疾病；妊娠期或哺乳期女性。

1.3　方法　对照组予以氯雷他定片（拜耳医药保健有限公司启东分公司，国药准字H10970410，规格：10 mg），10 mg/次，1次/d，于睡前服用，连续用药4周。观察组予以氯雷他定片联合1%醋酸氢化可的松乳膏（北京双吉制药有限公司，国药准字H11021245，规格：1%），氯雷他定片应用同对照组一致；1%醋酸氢化可的松乳膏用药前用温水清洗皮损区域并轻轻擦干，取适量乳膏均匀涂抹于皮损表面，轻轻按摩直至药物完全吸收，每日早晚各使用1次，连续外用4周。

1.4　观察指标

1.4.1评估两组治疗效果　显效：皮损面积较治疗前减少≥70%，皮肤增厚、苔藓样变基本平复，瘙痒感消失或偶有轻微发作但不影响睡眠与日常活动；有效：皮损面积减少＞30%且＜70%，浸润肥厚较前减轻，瘙痒程度明显下降，虽有发作但无需额外处理；无效：未达到上述标准。总有效率=显效率+有效率。

1.4.2评估两组湿疹严重程度　治疗前后采用湿疹面积及严重程度指数评估，从皮损面积和临床表现2个维度计分，其中临床表现包括红斑、丘疹或浸润、表皮剥脱或抓痕、苔藓样变4项，每项依据严重程度分为无、轻度、中度、重度4级，分别计0、1、2、3分，总分为0~12分；皮损面积按受累区域占全身各部位表面积的比例计0~6分，无皮疹计0分，受累面积＜10%计1分，10%~29%计2分，30%~49%计3分，50%~69%计4分，70%~89%计5分，90%~100%计6分[7]。

1.4.3评估两组血清炎症指标　治疗前、治疗4周后分别采集患者晨起空腹肘静脉血3 ml，经3000 r/min离心10 min后分离血清，采用酶联免疫吸附试验（ELISA）检测C反应蛋白（CRP）、白细胞介素–4（IL–4）、白细胞介素–10（IL–10）水平。

1.4.4评估两组生活质量　治疗前后采用皮肤病生活质量指数问卷评估，包含10个条目，每个条目按无、轻微、中等、严重分别计0、1、2、3分，总分范围为0~30分，分值越低表明生活质量越好[8]。

1.5　统计学方法　采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析，计数资料以[n（%）]表示，行χ^2检验；

医学美学美容

计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，行t检验；$P<0.05$表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 观察组治疗总有效率高于对照组（$P<0.05$），见表1。

2.2 两组湿疹严重程度比较 观察组治疗后皮损面积、临床表现评分均低于对照组（$P<0.05$），见表2。

2.3 两组血清炎症指标比较 观察组治疗后血清CRP、IL-4水平均低于对照组，IL-10水平高于对照组（$P<0.05$），见表3。

2.4 两组生活质量比较 观察组治疗后皮肤病生活质量指数问卷评分低于对照组（$P<0.05$），见表4。

表1 两组治疗效果比较［n（%）］

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	18（36.00）	24（48.00）	8（16.00）	42（84.00）
观察组	50	26（52.00）	22（44.00）	2（4.00）	48（96.00）*

注：* 与对照组比较，$\chi^2=4.000$，$P=0.046$。

表2 两组湿疹严重程度比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	皮损面积		临床表现	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	3.82 ± 0.96	1.75 ± 0.42	8.56 ± 1.47	3.23 ± 0.75
观察组	50	3.75 ± 0.82	1.48 ± 0.38	8.49 ± 1.42	2.86 ± 0.64
t		0.392	3.371	0.242	2.654
P		0.696	0.001	0.809	0.009

表3 两组血清炎症指标比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	CRP（mg/L）		IL-4（pg/ml）		IL-10（pg/ml）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	12.56 ± 2.31	8.45 ± 1.62	38.62 ± 5.34	28.74 ± 4.15	25.36 ± 3.87	32.15 ± 4.26
观察组	50	12.31 ± 2.45	5.72 ± 1.28	38.17 ± 5.09	21.36 ± 3.58	25.71 ± 3.64	39.84 ± 5.12
t		0.527	9.361	0.432	9.638	0.462	8.127
P		0.599	0.000	0.666	0.000	0.645	0.000

表4 两组生活质量比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	50	18.56 ± 3.23	10.34 ± 2.12
观察组	50	18.23 ± 3.56	8.78 ± 1.45
t		0.485	4.295
P		0.629	0.000

3 讨论

慢性湿疹是皮肤科临床高发的炎症性皮肤病，人群终生患病率较高[9]。受生活方式改变、环境刺激、精神压力及皮肤屏障维护不当等多重因素影响，该病发病态势日趋严峻[10]。目前临床主流治疗方案为口服抗组胺药物联合外用制剂。口服抗组胺药可有效缓解瘙痒，但对皮肤肥厚、苔藓样变等慢性皮损的改善作用有限；中强效外用激素虽皮损消退效果较佳，但长期使用可致皮肤萎缩、毛细血管扩张等局部不良反应，部分患者因顾虑激素副作用而依从性较低；而弱效激素的临床应用价值及联合用药获益仍有待更多临床数据证实。因此，需探寻既符合我国基层实际又具备循证依据的治疗策略，

医学美学美容

以平衡疗效与安全性。

本研究中，观察组治疗总有效率高于对照组，且观察组治疗后皮损面积、临床表现评分均低于对照组（$P<0.05$）。分析认为，氯雷他定作为口服抗组胺药，主要作用于组胺介导的瘙痒通路，对已经形成的红斑、苔藓样变及局部慢性炎症浸润作用有限[11]。而慢性湿疹的核心病理改变在于表皮及真皮浅层的持续性炎症反应，单纯依靠系统用药难以在短期内逆转这些结构性改变。1%醋酸氢化可的松乳膏通过外用途径将糖皮质激素直接送达皮损局部，能够有效抑制炎症细胞的趋化与活化，减少多种炎症因子的释放，促使增厚表皮恢复正常结构，逐步消退皮损[12]。两者联合时，口服药物从内部控制瘙痒冲动，外用药物从局部消除炎症浸润；二者机制互补，可发挥协同效应，促进降低症状严重程度，提升临床疗效[13]。观察组治疗后血清CRP、IL-4水平均低于对照组，IL-10水平高于对照组（$P<0.05$）。分析原因，慢性湿疹的发生与Th1/Th2免疫失衡密切相关。氯雷他定主要通过拮抗组胺受体发挥作用，对炎症因子网络的调控作用较弱；1%醋酸氢化可的松乳膏经皮吸收后，可通过糖皮质激素受体介导的基因组效应，抑制核因子-κB信号通路活化，减少多种促炎细胞因子的转录与释放，同时促进抗炎因子表达，从局部到全身逐步下调炎症水平，降低CRP浓度，纠正Th1/Th2失衡状态[14]。观察组治疗后皮肤病生活质量指数问卷评分低于对照组（$P<0.05$）。分析认为，氯雷他定单用对重度瘙痒控制有限；联合1%醋酸氢化可的松乳膏后瘙痒频率和强度下降，患者睡眠质量得到改善，且皮损褪色变平后对外观顾虑减少，更愿恢复正常社交活动，生活质量随之升高[15]。

综上所述，氯雷他定片联合1%醋酸氢化可的松乳膏治疗慢性湿疹，可提高临床疗效，减轻皮损程度，改善皮肤屏障功能，并提升患者生活质量。

[参考文献]

[1]黄友庆,林伟.丙酸氟替卡松乳膏联合除湿止痒软膏对慢性湿疹患者EASI评分及血清炎症因子的影响[J].中国医学创新,2025,22(34):146-149.

[2]许慧芳,王新杰,张海璐.他克莫司软膏联合地奈德乳膏治疗慢性湿疹患者的疗效及对皮肤屏障功能的影响[J].中国合理用药探索,2025,22(4):117-121.

[3]韩艳艳.糠酸莫米松乳膏联合超脉冲CO_2点阵激光治疗慢性湿疹的疗效及对患者炎症因子、外周淋巴细胞亚群的改善效果[J].贵州医药,2025,49(5):727-729.

[4]张军玲,黄卓坤,曾倩.润燥止痒胶囊联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(3):493-494.

[5]胡世海,张芳芳,黎日明.1%醋酸氢化可的松乳膏治疗慢性湿疹的临床效果及对皮肤屏障功能的影响[J].医学信息,2025,38(17):138-141.

[6]中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.湿疹诊疗指南(2011年)[J].中华皮肤科杂志,2011,44(1):5-6.

[7]Hanifin JM,Thurston M,Omoto M,et al.The eczema area and severity index (EASI):assessment of reliability in atopic dermatitis.EASI Evaluator Group[J].Exp Dermatol,2001,10(1):11-18.

[8]张猛,后文俊.复方氟米松软膏联合本维莫德乳膏序贯治疗手部慢性湿疹临床观察[J].临床皮肤科杂志,2024,53(10):588-591.

[9]何佳敏,周雅雅.丁酸氢化可的松联合地奈德对湿疹婴儿炎症反应和免疫功能的影响[J].中国妇幼保健,2024,39(18):3530-3533.

[10]张雄杰,王爽,陈滨.白芍总苷胶囊联合丁酸氢化可的松乳膏治疗慢性湿疹的效果及对炎症因子的影响[J].中国美容医学,2024,33(7):7-10.

[11]郭鑫.芍药甘草汤药浴联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹的效果[J].吉林医学,2024,45(5):1161-1164.

[12]干慧慧,任盈盈,王锋,等.穴位自血疗法联合丙酸氟替卡松乳膏降阶梯疗法治疗老年慢性湿疹的临床观察[J].老年医学与保健,2025,31(1):240-243.

[13]陈丽,马明,陆红梅.紫草膏联合丁酸氢化可的松膏和夫西地酸乳膏治疗肛周湿疹50例[J].光明中医,2024,39(4):641-644.

[14]余忠义,陈楚楚,张为.润燥止痒胶囊联合依巴斯汀片、丁酸氢化可的松乳膏治疗慢性湿疹临床研究[J].新中医,2023,55(10):86-90.

[15]汪璐,洪锦民,王芳.肤舒止痒膏联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹的疗效观察[J].黑龙江医药科学,2025,48(2):157-158.

收稿日期：2026-7-29　　编辑：刘雯

医学美学美容