

妇科凝胶在疱疹湿疹治疗中的临床应用与效果分析

孙 磊

广州艾馨药业有限公司 广东 510030

【摘要】：目的：观察妇科凝胶在疱疹湿疹治疗中的临床应用与效果。方法：纳入2024年9月—2025年9月外阴疱疹或外阴湿疹患者80例，随机分为观察组与对照组各40例，两组均予规范抗病毒或抗过敏治疗，观察组加用妇科凝胶局部用药，疗程14d，比对两组临床疗效、瘙痒与灼痛缓解时间、皮损积分及不良反应发生率。结果：治疗14d后，观察组总有效率为95.00%，高于对照组的80.00% ($\chi^2=4.114$, $P=0.043$)；观察组瘙痒和灼痛缓解时间约3d，短于对照组约4.40~5.00d ($P<0.001$)，皮损积分下降幅度亦优于对照组 ($P<0.001$)；两组不良反应发生率分别为7.50%和10.00%，差异无统计学意义 ($P=0.692$)。结论：在常规治疗基础上联合妇科凝胶，有助于提高疱疹湿疹患者的临床疗效，加快瘙痒、灼痛缓解及皮损修复，且未增加不良反应，具备一定临床推广价值。

【关键词】：妇科凝胶；外阴疱疹；外阴湿疹；临床疗效

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.057

外阴生殖器疱疹与外阴湿疹在妇科门诊中并不少见，两类疾病病因不同，但患者主观体验高度相似，瘙痒、灼痛、渗出及反复损伤往往交织出现，严重影响睡眠、工作与性生活质量^[1]。常规治疗多依赖抗病毒药物、抗组胺药及短疗程外用糖皮质激素，急性症状虽可控制，却容易遗留皮肤屏障受损与黏膜环境失衡问题，复发与迁延成为困扰临床的关键矛盾。近年逐步出现一批阴道用或外用妇科凝胶制剂，利用弱酸性基质与抗菌、抗炎、修复成分的组合，改善局部微环境，缓解瘙痒与疼痛，并兼顾黏膜屏障保护。部分研究提示，中药或复方凝胶在外阴炎性疾病中的应用具有较好安全性和依从性，但针对疱疹合并湿疹样损害人群的系统观察仍较有限^[2]。本研究以2024年9月—2025年9月某院就诊的外阴疱疹及外阴湿疹患者为对象，比较常规治疗联合妇科凝胶与单纯常规方案的临床效果，为妇科凝胶在相关人群中的规范应用提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年9月—2025年9月在本院妇科门诊或病房确诊的外阴疱疹及外阴湿疹患者80例，采用随机数字表法分为对照组与观察组各40例。观察组年龄(38.50±9.70)岁，对照组年龄(37.90±9.60)岁；两组在年龄、疾病类型(疱疹/湿疹)、病程及复发史等一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性，见表1。

表1 两组患者一般资料比较

指标	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t/χ ² 值	P 值
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	38.50±9.70	37.90±9.60	0.282	0.779
疾病类型(疱疹/ 湿疹)	22/18	21/19	0.050	0.823
病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	4.20±2.10	4.10±2.00	0.212	0.833

复发史(有/无)	15/25	14/26	0.050	0.823
----------	-------	-------	-------	-------

纳入标准：①符合生殖器疱疹或外阴湿疹诊断标准，经妇科或皮肤科专科医师确认；②皮损主要累及外阴及会阴区域，部分患者合并阴道口周围渗出或糜烂；

③年龄18~65岁，女性，病情处于急性或亚急性期；④签署知情同意。

排除标准：①妊娠或哺乳期女性；②近4周使用系统性免疫抑制剂或全身糖皮质激素；③合并严重肝肾功能不全或血液系统疾病；④对本研究所用妇科凝胶任何成分有明确过敏史；⑤研究期间难以完成随访者。

1.2 方法

1.2.1 对照组治疗方案

对照组按病种采用下列规范化治疗：

外阴疱疹患者：口服阿昔洛韦或伐昔洛韦抗病毒治疗，疗程7~10d；局部外涂阿昔洛韦乳膏，每日3次，避免破溃水疱机械挤压，辅以温水坐浴及局部干燥护理。

外阴湿疹患者：口服氯雷他定等第二代抗组胺药控制瘙痒，短疗程外用低—中效糖皮质激素软膏，一日1~2次，连续5~7d，根据皮损变化逐渐减量停用，配合润肤剂与外阴清洁指导。

两类患者均接受基础健康宣教，内容涵盖外阴卫生、内裤材质与清洗方式、性生活节制及复发预警信号等。

1.2.2 观察组治疗方案

观察组在上述方案基础上，加用妇科凝胶：

(1) 使用方法：每晚睡前以温水轻柔清洁外阴并擦干，取适量妇科凝胶均匀涂抹于疱疹或湿疹皮损及其周缘皮肤，必要时轻按至基本吸收，有阴道受累者按说明书经阴道推入1支；连续用药14d。

(2) 护理与宣教要点: 强调避免搔抓及热水烫洗, 外阴湿疹患者提示停用香型洗液或刺激性清洁用品; 生殖器疱疹患者同时做好性伴评估与防护宣教, 减少交叉感染与复发诱因。

(3) 复诊安排: 治疗第7、14d复诊评估症状及皮损恢复, 如出现明显刺痛、泛红或渗出加重, 则暂停凝胶并由医生重新评估。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效: 治疗14d后根据皮损与症状综合判定:

①显效: 皮损完全消退或仅遗留轻度色素沉着, 瘙痒、疼痛等症状消失; ②有效: 皮损面积明显缩小, 渗出明显减少, 症状减轻 $\geq 50\%$; ③无效: 皮损变化不明显或加重, 症状改善 $< 50\%$ 。
总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 症状缓解时间: 记录自起始治疗至外阴瘙痒、灼痛症状缓解所需天数, 以天数计 (d)。

(3) 皮损恢复情况: 采用改良皮损积分量表, 综合渗出、糜烂、丘疹/水疱、苔藓样变4项, 每项0~3分, 总分0~12分, 分值越高代表皮损越重。记录治疗前及治疗14d时皮损积分, 并计算下降幅度。

(4) 不良反应发生率: 观察治疗期间是否出现局部明显烧灼感、刺痛、红斑加重、皮疹、荨麻疹等不良反应, 并记录发生例数及类型; 必要时停止用药并给予对症处理。

1.4 统计学处理

采用SPSS26.0统计软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用独立样本t检验; 计数资料以例数及百分比 (n (%)) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。双侧检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

治疗14d后, 观察组显效24例, 有效14例, 无效2例, 总有效率95.00%; 对照组显效16例, 有效16例, 无效8例, 总有效率80.00%。两组总有效率比较差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.114, P = 0.043$)。

表2 两组患者临床疗效比较 (n (%))

组别	观察组	对照组	χ^2	p
例数	40	40		
显效	24 (60.00%)	16 (40.00%)		
有效	14 (35.00%)	16 (40.00%)		
无效	2 (5.00%)	8 (20.00%)		
总有效率 (%)	95.00%	80.00%	4.114	0.043

2.2 两组患者症状缓解时间比较

两组患者均在治疗后出现瘙痒和灼痛逐步减轻的过程, 但观察组瘙痒缓解时间及灼痛缓解时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.001$), 见表3。

表3 两组患者瘙痒、灼痛缓解情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t值	P值
例数	40	40	—	—
瘙痒缓解时间 (d)	3.00 \pm 0.85	4.40 \pm 0.95	6.946	<0.001
灼痛缓解时间 (d)	3.20 \pm 0.78	5.00 \pm 1.10	8.442	<0.001

2.3 两组患者皮损恢复情况比较

治疗前两组皮损积分差异不明显 ($P > 0.05$)。治疗14d后, 两组积分均明显下降, 且观察组下降更为显著。观察组皮损积分由(7.52 \pm 1.18)分降至(1.20 \pm 0.80)分, 对照组由(7.48 \pm 1.21)分降至(2.00 \pm 0.90)分, 治疗后两组比较差异具有统计学意义。

表4 两组患者治疗前后皮损积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t	p
例数	40	40		
治疗前	7.52 \pm 1.18	7.48 \pm 1.21	0.145	0.885
治疗14d后	1.20 \pm 0.80	2.00 \pm 0.90	4.202	<0.001

2.4 两组患者不良反应发生率比较

治疗期间, 两组均有少量患者出现短暂局部烧灼感或轻度红斑, 经停药或减量后均可缓解, 未见严重全身性过敏反应及严重皮肤损伤。观察组不良反应3例(7.50%), 对照组4例(10.00%), 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.157, P = 0.692$)。

表5 两组患者不良反应发生率比较 (n (%))

组别	观察组	对照组	χ^2	p
例数	40	40		
局部烧灼感	2 (5.00)	3 (7.50)		
红斑/皮疹	1 (2.50)	1 (2.50)		
总发生率 (%)	3 (7.50)	4 (10.00)	0.157	0.692

3 讨论

外阴疱疹和外阴湿疹同处外阴这一解剖与功能高度敏感的区域, 一类以病毒复制和神经炎症为主, 一类与个体过敏体质、皮肤屏障破坏及外源刺激密切相关, 但二者在症状表达上

高度重叠, 瘙痒、灼痛、渗出和反复抓破往往相互叠加, 患者形成“夜间瘙痒—搔抓加重—睡眠受损—焦虑增加”的恶性循环。常规治疗多聚焦于上游病因控制, 如外阴疱疹阶段性强化抗病毒、外阴湿疹短期外用糖皮质激素配合口服抗组胺药, 急性炎症能够压下去, 却很难在有限疗程内完全修复皮肤与黏膜屏障, 外阴局部 pH、微生态和机械刺激阈值仍处于脆弱状态, 复发或病程迁延便容易在轻微诱因下被重新触发^[3]。临床实践中不少患者反映, 即便疱疹水疱干涸结痂或湿疹渗出基本消退, 只要天气变热、情绪紧张或卫生习惯稍有波动, 局部又会出现刺痒和红斑, 这从侧面提示局部修复和屏障重建是治疗链条中的薄弱环节^[4]。

妇科凝胶正是基于“局部环境—屏障功能—主观症状”这一链条来设计, 其弱酸性基质有利于维持外阴及阴道附近的生理 pH, 抑制部分条件致病菌生长, 抗菌抗炎成分减轻渗出和继发感染风险, 保湿与修复成分则改善干燥与微损伤状态, 在病灶周围营造更稳定的微生态^[5]。凝胶剂型在外阴和阴道黏膜表面形成一层黏附性较强的薄膜, 相当于给频繁摩擦和潮湿环境中的病损区域提供一层“缓冲垫”, 在患者行走、排尿及更换护垫时减少机械刺激, 有利于瘙痒、灼痛感逐步下降, 部分患者在随访中会主动提到“擦上之后不会那么紧绷”“夜里没那么想挠”, 这类主观体验也反映了局部修复过程的推进。与传统软膏相比, 凝胶清爽度和吸收感受更易被女性接受, 既可与口服药物及外用激素形成互补, 又利于护士在宣教时设计更便于执行的用药节奏, 帮助患者在亚急性和恢复期延长局部护

理时间, 使局部修复获得更连续的支持, 这为外阴疱疹和外阴湿疹的综合管理提供了一个贴合患者体验且便于长期坚持的载体方案^[6]。

本研究在统一规范治疗基础上加入妇科凝胶后, 观察组总有效率提升至 95.00%, 明显高于单用常规方案的 80.00%, 瘙痒和灼痛缓解时间从约 4.40~5.00d 缩短到接近 3d, 皮损积分下降幅度也更大, 说明局部凝胶干预不仅改善主观症状, 还加速皮损向干燥结痂、完整上皮的过渡。两组不良反应发生率分别为 7.50%和 10.00%, 差异不大, 且未出现严重全身过敏或严重皮肤损伤, 提示在严格掌握适应证和过敏史的前提下, 妇科凝胶与常规方案联用总体安全性较好。从护理角度看, 瘙痒、灼痛缓解更快有利于打断搔抓行为, 减少再次抓破和感染机会, 也为后续宣教和行为干预提供了更顺畅的窗口。不过, 本研究为单中心、样本量有限, 随访时间仅覆盖急性和早期恢复阶段, 尚无法回答对复发频率和长期生活质量的影响, 这也是后续需要扩展观察的方向。

综上所述, 在外阴疱疹和外阴湿疹的综合管理框架内, 将妇科凝胶作为常规药物治疗的局部辅助手段, 有助于在“控病因、减症状、促修复”三方面形成更完整的闭环。本研究结果为妇科凝胶在相关人群中的应用提供了初步临床依据, 后续结合更大样本、多中心及不同成分凝胶的比较研究, 有望进一步明确其在不同病程阶段与不同病型中的适用边界与最佳用药节奏。

参考文献:

- [1] 朱雪娟.壳聚糖妇科洗液与康妇凝胶联合用于阴道炎的疗效研究[J].婚育与健康,2025,31(22):28-30.
- [2] 赵芳芳,迟博.甲硝唑凝胶联合妇科流体敷料治疗细菌性阴道炎的效果[J].西北药学杂志,2024,39(06):170-173.
- [3] 赵金梅,范颖,刘颖.康妇凝胶治疗细菌性阴道炎的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(16):103-106.
- [4] 林爱武.甲硝唑凝胶在妇科手术前的阴道准备应用观察[J].北方药学,2019,16(12):114-115.
- [5] 朱弘宇,陈建玲,冯祥,等.甲硝唑凝胶联合妇科流体敷料治疗细菌性阴道炎的临床疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(36):1-2+4.
- [6] 孙晓,宁洪鑫,侯文彬,等.阴道用中药原位凝胶的研究进展[J].中草药,2022,53(11):3564-3572.