

中西医结合治疗慢性荨麻疹 60 例近期及远期疗效观察

张保恒, 刘卿卿, 李海峰

武威市人民医院皮肤科, 甘肃 武威 733000

[摘要] 目的: 观察养血祛风汤加减配合西药治疗慢性荨麻疹的近期及远期临床疗效。方法: 将 120 例慢性荨麻疹患者随机分为对照组和观察组各 60 例。对照组予口服地氯雷他定片、肌肉注射胎盘多肽。观察组在对照组的基础上加服养血祛风汤, 2 组疗程均为 6 月, 随访 6 月。记录慢性荨麻疹症状评分 (包括风团数目、风团直径、瘙痒程度及持续时间), 进行皮肤病生活质量 (DLQI) 评分。结果: 近期疗效总有效率对照组为 85.0%, 观察组为 96.7%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组长期缓解率、中期缓解率均高于对照组, 但 2 组比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 2 组复发率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 3 月、6 月, 2 组 CU 症状评分和 DLQI 评分均较治疗前下降, 观察组 2 项评分均低于对照组, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 养血祛风汤加减配合西药治疗慢性荨麻疹近期和远期疗效均显著, 且复发率低, 并能改善患者生活质量, 值得临床推广使用。

[关键词] 慢性荨麻疹 (CU); 中西医结合疗法; 养血祛风汤; 症状评分; 生活质量

[中图分类号] R758.24 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0113-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.044

荨麻疹以时隐时现的风团, 伴有瘙痒为特征, 皮损反复发作达每周至少 2 次并连续 6 周以上者, 称为慢性荨麻疹(CU)^[1]。有的患者病程可达数月, 甚至数年。患者瘙痒、皮疹反复发作, 且病因较为复杂, 治疗难度大, 易产生焦虑和抑郁等负性情绪, 给患者的工作和生活带来许多不便和负面影响, 因此需要行之有效的治疗措施。目前, 临床上常应用抗组胺药对 CU 进行治疗, 但不良反应率及停药后复发率高, 是抗组胺药应用广泛存在的问题^[2]。笔者以养血祛风汤加减配合西药治疗本病, 取得了较好的近期、远期疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 CU 的诊断参照《荨麻疹诊疗指南(2007 版)》^[1]: 风团大小不等, 伴瘙痒, 几乎每天发生; 风团反复发作, 持续 6 周以上; 少数患者表现为间歇性发作。

1.2 中医辨证标准^[3] 血虚风燥证: 风团、瘙痒反复发作, 迁延日久, 午夜或夜间加剧; 伴心烦易怒, 口

干, 手足心热; 舌红、少津, 脉沉细等。

1.3 纳入标准 符合上述 CU 诊断标准; 符合中医血虚风燥证; 年龄 18~65 岁, 男女不限; 取得知情同意者。

1.4 排除标准 合并感染及特殊类型荨麻疹患者, 如皮肤划痕症、物理刺激引起的荨麻疹、胆碱能性荨麻疹、遗传血管性水肿; 近 8 周系统应用皮质类固醇及其他免疫抑制剂者; 合并心血管、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发病、精神病患者; 妊娠或哺乳期妇女。

1.5 一般资料 选取 2011 年 1 月~2012 年 12 月本院收治的 CU 患者 120 例, 采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组各 60 例。对照组男 27 例, 女 33 例; 年龄 22~60 岁, 平均(33.7±10.3)岁; 病程 24 周~6 年, 平均(1.5±0.6)年。观察组男 29 例, 女 31 例; 年龄 20~62 岁, 平均(34.1±11.5)岁; 病程 20 周~5.5 年, 平均(1.4±0.6)年。2 组性别构成、年龄、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义

[收稿日期] 2013-12-31

[作者简介] 张保恒 (1960-), 男, 副主任医师, 主要从事中西医结合皮肤病临床工作。

($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 地氯雷他定片(商品名:恩理思,上海先灵葆雅制药有限公司),每天口服1次,每次5mg,随皮损逐渐减轻,逐渐减量至停药,减量方式采用隔天用药,或隔2天用药。胎盘多肽(贵阳黔峰生物制品有限责任公司,每支4mL),每天1次,每次4mL,肌肉注射,连续10次为1疗程。10天后可行下一疗程,共3~5疗程。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加服养血祛风汤,药物组成:黄芪、珍珠母(先煎)、龙骨(先煎)各30g,赤芍、干地黄、白蒺藜各15g,桃仁(打)12g,当归、川芎、荆芥、僵蚕、浮萍、桑叶各10g,乌梅、甘草各6g。每天1剂,常规水煎分2次口服,3月后根据皮损情况可改为隔天1剂。

2组疗程均为6月,随访6月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 CU症状评分^[4] 风团数目。0分:无风团;1分:风团数<20个;2分:风团数20~50个;3分:风团数>50个或融合成片。风团直径。0分:无风团;1分:直径<1.5cm;2分:直径1.5~2.5cm;3分:直径>2.5cm。瘙痒程度。0分:无瘙痒;1分:轻度,不影响正常生活和工作;2分:中度,可忍受,对正常生活和工作有一定影响;3分:重度,不能忍受,明显影响生活、睡眠。持续时间。0分:0h;1分:<1h;2分:1~12h;3分:>12h。

3.2 皮肤病生活质量(DLQI)评分^[5] 分数越高,表明生活质量越差。分别在治疗前、治疗后3月和6月进行评价。

3.3 统计学方法 数据采用SPSS17.0统计软件分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[6] 近期疗效:于治疗后3月进行评价。计算症状积分下降指数(SSRI), $SSRI = (\text{治疗前症状积分} - \text{治疗后症状积分}) / \text{治疗前症状积分}$ 。根据SSRI评价总体疗效。痊愈为 $SSRI \geq 0.90$;显效为 $0.60 \leq SSRI < 0.90$;好转为 $0.20 \leq SSRI < 0.60$;无效为 $SSRI < 0.20$ 。总有效率以痊愈加显效计。远期疗效:只对痊愈者进行评价。长期缓解:停药后风

团未再发作,也无瘙痒等自觉症状的时间>6月;中期缓解:停药后风团无复发,3月≤无自觉症状的时间≤6月;短期缓解:停药后风团无复发,1月<无自觉症状的时间<3月;复发:停药后风团复发,自觉瘙痒。

4.2 2组近期疗效比较 见表1。治疗后,总有效率对照组为85.0%,观察组为96.7%,2组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组近期疗效比较

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	60	32	11	8	9	85.0
观察组	60	44	10	4	2	96.7

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组远期疗效比较 见表2。观察组长期缓解率、中期缓解率均高于对照组,但2组比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),2组复发率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组远期疗效比较

组别	n	长期缓解	中期缓解	短期缓解	复发
对照组	32	11(34.4)	7(21.9)	6(18.7)	8(25.0)
观察组	44	22(50.0)	12(27.3)	7(15.9)	3(6.8)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2组不同时点CU症状评分和DLQI评分比较 见表3。治疗后3月、6月,2组CU症状评分和DLQI评分均较治疗前下降,观察组2项评分均低于对照组,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表3 2组不同时点CU症状评分和DLQI评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	时间	CU症状评分	DLQI评分
		治疗前	9.45 ± 1.78	8.26 ± 1.65
对照组	60	治疗后3月	5.38 ± 1.21	5.09 ± 1.08
		治疗后6月	3.12 ± 0.75	2.87 ± 0.78
		治疗前	9.62 ± 1.81	8.43 ± 1.73
观察组	60	治疗后3月	4.07 ± 0.93	3.85 ± 0.78
		治疗后6月	1.88 ± 0.53	1.42 ± 0.46

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组同期比较,② $P < 0.01$

5 讨论

随着对CU研究的不断深入,近年来有研究发现CU的发生可能与自身免疫功能有相关性,发病机制不仅有IgE介导的体液免疫参与,也有细胞免疫的参

与。抗组胺药物只是针对 CU 的病理过程进行治疗,并未对机体的免疫系统进行调节,因此,只能临时控制症状,而不能达到预防复发的目的,停药后常复发,难以彻底治愈,严重影响着患者的生活质量^[7]。

胎盘多肽是从健康人胎盘中深度萃取的生物活性精华,它已被证实有激活 T 淋巴细胞、增强细胞免疫的功能,临床上已广泛用于抗肿瘤及细胞免疫功能失调或低下的疾病。胎盘多肽可活化 T 淋巴细胞,促使其分裂增殖、成熟、分化,尤其是增加了 T 辅助细胞(CD4)的数目和促进其功能,增强细胞免疫,同时活性 T 细胞释放一些活性细胞因子,可激活其他活性细胞,促使内源性细胞因子的分泌而发挥免疫调节作用^[8]。地氯雷他定是新型、强效二代抗组胺药物,对外周组胺 H₁ 受体具有高度的选择性抑制作用,不但能拮抗组胺,还能通过抑制组胺等多种炎症介质的释放而起到较广泛的抗炎作用^[9]。

荨麻疹属于中医学瘾疹范畴,中医学认为本病主要因为禀赋不耐,气血虚弱,卫表不固,腠理不密,风邪外袭导致,并认为外受风邪是发病的外因,为标;而气血虚弱,卫气不固是发病的内因,为本^[10],乃本虚标实之证。《诸病源候论》云:“风入腠理,与血气相搏,结聚起相连成瘾疹。”《医宗金鉴》载:“风邪多中表虚之人。”即素体禀赋虚弱之人,气不足则卫外失固,风邪乘虚而入;而阴血不足则肌肤失养,虚风内生也可致病。因此笔者采用养血祛风之法,方中以当归、川芎、赤芍、干地黄四物养血滋阴,取治风先治血,血行风自灭之意。荆芥、浮萍、桑叶、僵蚕、白蒺藜疏外风、祛内风,珍珠母、龙骨镇肝潜阳以熄内风,乌梅酸、涩,生津敛肺,黄芪、甘草益气以固肺卫之表,桃仁活血化痰,配川芎、赤芍以散瘀通络。全方共奏益气养血活血、祛风止痒之功。

笔者对 CU 患者采用养血祛风汤配合抗组胺药物口服及胎盘多肽肌肉注射,结果显示治疗 3 月,观察组 CU 症状评分和 DLQI 评分均低于对照组,总有效率达 96.7%,高于对照组的 85.0%,提示了中西

医结合疗法近期疗效显著,有助于增加患者继续治疗的信心。进一步的观察显示,治疗后 6 月,观察组 CU 症状评分和 DLQI 评分继续下降,并低于对照组。随访观察结果表明,观察组疗法更有利于 CU 长期缓解,远期疗效显著,且复发率低。

综上,中西医结合治疗 CU 近期和远期疗效均显著,并能改善患者的生活质量,值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会. 荨麻疹诊疗指南(2007 版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2007, 40(10): 591-593.
- [2] 席建元, 陈偶英, 钱云云. 中西药结合治疗慢性荨麻疹临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2009, 8(2): 96-97.
- [3] 陈红风. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 347.
- [4] 赖维, 谢小元, 龚子鉴, 等. 荨麻疹: 欧洲 2009 年指南和 2006 年指南的比较[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2012, 17(3): 176-178.
- [5] 刘江波, 司爱丽, 邓蕾, 等. 慢性荨麻疹患者生活质量评估及皮肤病生活质量指数的因子分析和信度分析[J]. 中华皮肤科杂志, 2011, 44(1): 47-49.
- [6] 刘爱民, 王坤, 李雪莉, 等. 中医辨证配合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(9): 839-841.
- [7] Ring J, Hein R, Gauger A, et al. Desloradine in the treatment of chronic idiopathic urticaria [J]. Allergy, 2001, 56(Suppl 65): 28-32.
- [8] 刘进进. 抗组胺药联合胎盘多肽对慢性荨麻疹患者细胞免疫指标的影响[J]. 河北医药, 2010, 32(9): 1110-1111.
- [9] 尕丽娜, 刘娟, 张峻. 地氯雷他定联合卡介菌多糖核酸治疗慢性荨麻疹 62 例[J]. 中国新药与临床杂志, 2013, 32(4): 292-294.
- [10] 白文军. 消风散加减联合氯雷他定治疗慢性荨麻疹临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2011, 10(5): 300-301.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)