

⑥术后功能指导的问题。由于踝关节固定时间较切开复位长，因此，拆除外固定后，更容易出现踝关节肿胀，活动受限的情况，需要耐心对患者进行解释及指导，以消除患者的顾虑，做到“医患配合”，同时更可配合运用中药骨伤外洗方进行治疗，可使患者获得更好的恢复。

综上所述，中医正骨有着悠久的历史及良好的疗效，运用传统的正骨手法配合现代的外固定器固定治疗三踝骨折，相比切开复位内固定治疗，具有创伤小、住院时间短，二次损伤少等优势，值得在广大基层医院推广，同时，该治疗手段也存在一定的不足，如踝关节固定时间偏长、针道外露感染等，需要不断改进技术、以获得更好的疗效。

[参考文献]

- [1] 成永忠, 温建民, 马少云, 等. 三踝骨折的独立分型[J]. 中国骨伤, 2005, 18(8): 483-486.
- [2] 严建宇, 冯小云, 许朝中, 等. 三踝骨折的手术治疗[J]. 医学信息, 2011(3): 885-886.
- [3] 钮文格, 徐俊刚, 戴一超. 踝关节骨折 85 例治疗体会[J]. 中国骨伤, 2004, 17(9): 569-570.
- [4] 陈逊文, 朱永展, 李灿扬, 等. 踝关节骨折的治疗选择和疗效分析[J]. 中国骨伤, 2004, 17(8): 455-457.
- [5] 温建民, 成永忠, 赵勇, 等. 改良 Ilizarov 外固定架治疗三踝骨折[J]. 中国骨伤, 2004, 17(5): 305-306.

(责任编辑: 刘淑婷)

玉屏风颗粒辅助治疗血虚风燥型慢性荨麻疹疗效观察

傅海东¹, 张振¹, 徐明²

1. 宁波市海曙区南门街道社区卫生服务中心, 浙江 宁波 315010; 2. 宁波市第二医院, 浙江 宁波 315010

[摘要] 目的: 观察与分析血虚风燥型慢性荨麻疹采用枸地氯雷他定片联合玉屏风颗粒治疗的临床效果及对患者细胞免疫功能的影响。方法: 随机将 210 例慢性荨麻疹患者分为对照组 (110 例) 与治疗组 (100 例)。对照组采用枸地氯雷他定片口服治疗; 治疗组于口服枸地氯雷他定基础上加用玉屏风颗粒治疗。观察比较 2 组患者临床疗效、不良反应、治疗前后外周血 T 细胞亚群变化及症状积分变化、血清 IgE 变化情况; 随访 6 月, 统计 2 组复发情况。结果: 2 组患者治疗后 CD4⁺较治疗前升高, 而 CD8⁺较治疗前下降, CD4⁺/CD8⁺比值则明显升高, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组改善较对照组显著 ($P < 0.05$)。2 组治疗后临床症状体征积分较治疗前显著下降 ($P < 0.05$), 而治疗组下降更显著 ($P < 0.05$)。经治疗后, 治疗组总有效率为 92.0%, 对照组为 87.3%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访 6 月治疗组复发 1 例, 复发率为 1.0%, 明显低于对照组 12 例, 复发率 10.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血清 IgE 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗期间未见明显不良反应, 治疗前后血、尿常规, 肝肾功能均未见异常。结论: 枸地氯雷他定联合玉屏风颗粒治疗慢性荨麻疹安全有效。

[关键词] 慢性荨麻疹; 血虚风燥; 枸地氯雷他定片; 玉屏风颗粒; 细胞免疫

[中图分类号] R758.24 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0174-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.078

慢性荨麻疹是一种常见的慢性皮肤黏膜过敏性疾病, 临床表现为皮肤黏膜一过性局限性水肿, 伴有剧烈瘙痒。该病具有反复发作和难以治愈等特点, 从而严重影响患者日常生活及工作。荨麻疹的发病机制多为免疫性, 主要为 IgE 介导。近年来, 随着临床医学不断深入研究, 认为该疾病是一种细胞免疫

介导的皮肤疾病, 其中 T 淋巴细胞对免疫异常启动及维持起着十分关键性的作用^[1]。枸地氯雷他定片是一种新型抗组胺药物, 其对 H₁ 受体具有较强的亲和力及选择性, 对治疗慢性荨麻疹具有较好疗效^[2]。但如患者长期使用单纯西药治疗则可能会产生较多不良反应, 从而影响治疗效果。中药治疗

[收稿日期] 2015-01-04

[作者简介] 傅海东 (1973-), 男, 副主任医师, 研究方向: 全科。

具有其独特优势,且疗效好,但单纯中药治疗疗效缓慢。因此笔者观察中西医结合治疗慢性荨麻疹临床疗效,同时通过观察其对患者细胞免疫功能影响和不良反应,从而为临床患者规范治疗提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 按照随机数字表法将2013年1月—2014年6月就诊的210例慢性荨麻疹患者分为对照组110例与治疗组100例。治疗组男58例,女42例;年龄23~45岁,平均(35.0±3.0)岁;病程0.5~7.6年,平均(4.1±1.6)年。对照组男60例,女50例;年龄21~47岁,平均(36.5±2.5)岁;病程0.2~8.1年,平均(4.4±1.3)年。2组患者病程和年龄等资料,经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者自愿参与研究且签署知情同意书,并经医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 所有患者均符合《临床皮肤病学》^[9]有关慢性荨麻疹的诊断标准:患者突然发作,皮损大小不等,形状表现不一的水肿性斑块,边界清楚;皮疹时起时落,发无定处,剧烈瘙痒,退后不留痕迹,病程<3月。中医诊断符合参照《中医病证诊断疗效标准》^[10]血虚风燥证制定:风团反复发作,多见午后或夜间加重,而午前或后半夜则轻;口干、手足心热、舌红少津、脉沉细而缓、舌质淡或红润、无苔;头晕、腰酸、头重、体倦、多梦等。

1.3 排除标准 患者2周内曾服用其他抗组胺药物或抗胆碱能药物或受体激动剂或糖皮质激素;哺乳或妊娠期妇女、过敏体质、严重消化或呼吸或免疫或血液或精神疾病等。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用枸地氯雷他定片(国药准字H20090138,扬子江药业集团广州海瑞药业有限公司,8.8mg/片)治疗,每天1次,每次1片。

2.2 治疗组 于对照组治疗基础上加用玉屏风颗粒(广东环球制药,批号100820,国药准字Z10930036,每盒15袋,每袋5g)治疗,每次1袋,每天3次。

均以4周为1疗程,治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计与比较2组患者临床疗效、不良反应,治疗前、后外周血T细胞亚群变化及症状积分变化、血清IgE变化情况;随访6月,统计2组复发情况。于患者治疗前及治疗1月后早晨9点空腹下抽取静脉血液5mL,离心处理后放置于-30℃冰箱中保存待检。采用FACS直接免疫荧光染色法检测患者血清中T淋巴细胞亚群CD4⁺及CD8⁺;严格按照说明书执行操作。采用电化学发光法检测血清IgE。症状积分参照2010年10月欧洲变态反应和临床免疫学院皮肤病学组、全球变态反应和哮喘欧洲协作网、欧洲皮肤病论坛、世界变态反应组织联合发布的新版的荨麻疹指南制定的荨麻疹活动度评分^[9],根据患者风团数目、大小及瘙痒程度评分,0分为无明

显风团或瘙痒;1分:风团直径<0.5cm,数目为1~6个,轻度瘙痒;2分:风团直径0.5~2.0cm,数目为7~12个,中度瘙痒;3分:风团直径>2.0cm,数目>12个,重度瘙痒。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0对数据进行统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用百分率进行表示;采用 t 检验以及 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据患者治疗前、后积分变化情况来评价其临床疗效。治愈:治疗后患者临床症状及体征均完全消失,治疗前后症状积分好转率 $\geq 90.0\%$;显效:治疗后患者临床症状及体征较治疗前明显好转,治疗前后症状积分好转率60.0%~89.0%;有效:治疗后患者临床症状及体征较治疗前减轻,治疗前后症状积分好转率20.0%~59.0%;无效:治疗后患者临床症状及体征较治疗前无改善,治疗前后症状积分好转率<20.0%。总有效=治愈+显效+有效。

4.2 2组细胞免疫功能指标变化比较 见表1。治疗前2组患者CD4⁺、CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺比值比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2组患者治疗后CD4⁺较治疗前升高,而CD8⁺较治疗前下降,CD4⁺/CD8⁺比值则明显升高,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗组改善较对照组显著($P<0.05$)。

表1 2组细胞免疫功能变化比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 时间 | CD4 ⁺ (%) | CD8 ⁺ (%) | CD4 ⁺ /CD8 ⁺ |
|-----|-----|-----|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 治疗组 | 100 | 治疗前 | 30.87±3.20 | 31.70±5.68 | 0.97±0.17 |
| | | 治疗后 | 40.01±7.01 ^{①②} | 22.41±4.01 ^{①②} | 1.78±0.29 ^{①②} |
| 对照组 | 110 | 治疗前 | 31.72±2.68 | 31.92±5.29 | 1.00±0.09 |
| | | 治疗后 | 35.10±6.57 ^① | 26.04±4.72 ^① | 1.35±0.21 ^① |

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.3 2组临床症状体征积分比较 见表2。治疗前2组患者临床症状体征积分比较,差异无统计学意义($P<0.05$);2组治疗后临床体征症状积分较治疗前显著下降($P<0.05$),而治疗组下降更显著($P<0.05$)。

表2 2组临床症状体征积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

| 临床症状 | 治疗组 | | 对照组 | |
|------|-----------|-------------------------|-----------|------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 瘙痒 | 2.21±0.58 | 0.31±0.25 ^{①②} | 2.18±0.61 | 0.68±0.19 ^① |
| 风团数目 | 2.39±0.61 | 0.25±0.17 ^{①②} | 2.42±0.57 | 0.61±0.11 ^① |
| 风团直径 | 2.41±0.53 | 0.47±0.29 ^{①②} | 2.37±0.49 | 0.75±0.12 ^① |

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.4 2组临床疗效比较 经治疗后,治疗组:治愈47例、显

效 30 例、有效 15 例、无效 8 例；对照组：治愈 45 例、显效 34 例、有效 17 例、无效 14 例；经治疗后，治疗组总有效率为 92.0%，对照组为 87.3%，2 组比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4.5 2 组复发率比较 随访 6 月治疗组复发 1 例，复发率为 1.0%，明显低于对照组 12 例，复发率 10.9%，2 组比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4.6 2 组血清 IgE 变化比较 治疗前，对照组血清 IgE 为 (134.7 ± 13.1) ng/mL，与治疗组 (133.9 ± 13.7) ng/mL 比较，差异无统计学意义 ($t = 0.74$, $P > 0.05$)；治疗后，对照组血清 IgE 为 (82.1 ± 13.9) ng/mL，治疗组为 (101.6 ± 9.5) ng/mL，与治疗前比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；2 组比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4.7 不良反应 2 组治疗期间未见明显不良反应，治疗前后血、尿常规，肝肾功能均未见异常。

5 讨论

慢性荨麻疹主要是一种风团和瘙痒为症状的慢性变态反应性皮肤病，以往研究则认为该疾病是一种 IgE 介导的 I 型变态反应，但由于大多患者难以找到明确过敏原，因此不能使用 I 型变态反应进行解释^[6]。近年来，随着临床医学不断深入研究，认为慢性荨麻疹疾病主要是一种细胞免疫介导的免疫性皮肤病，与人体免疫功能，尤其是细胞免疫功能存在紧密联系，其中 T 淋巴细胞起着关键性作用^[7]。CD4⁺ 与 CD8⁺ 细胞是人体 T 淋巴细胞中重要亚群，其可有效反映出人体细胞免疫情况，而 CD4⁺/CD8⁺ 可有效反映患者细胞免疫功能^[8]。患者 CD4⁺ 与 CD4⁺/CD8⁺ 低于正常人群，而 CD8⁺ 明显高于正常人群，提示患者 T 细胞网络存在明显紊乱情况，同时抑制其细胞免疫功能，最终使得患者免疫功能失衡^[9]。

慢性荨麻疹属中医学瘾疹范畴，这种疾病发病主要是因患者饮食不慎或秉性不受等致风寒或风热等入侵，而使得正邪相搏所致。随着患者病情时间延长，且反复发作，最终导致患者阴血不足而引起病情迁延难愈。玉屏风散来源于朱丹溪《丹溪心法》，经现代药理学研究发现，玉屏风颗粒具有抗应激和止汗及增强免疫功能等作用^[10]。枸地氯雷他定可选择性拮抗患者外周 H₁ 受体，其具有起效快和生物利用度高等特点^[11]。因此本次研究 2 组患者治疗后 CD4⁺ 较治疗前升高，而 CD8⁺ 较治疗前下降，CD4⁺/CD8⁺ 则明显升高 ($P < 0.05$)；但治疗组改善较对照组显著 ($P < 0.05$)。提示采用枸地氯雷他定联合玉屏风颗粒治疗可有效提高细胞免疫活性，改善患者细胞免疫功能。

瘙痒反复是该疾病的主要临床症状，而瘙痒反复发作对患者工作和睡眠等产生严重影响，从而降低其生活质量^[12]。本次经治疗发现，治疗组临床症状积分改善明显优于对照组，且治愈后复发率明显低于对照组，提示采用枸地氯雷他定联合玉屏

风颗粒治疗可显著改善患者临床症状，降低复发率。这主要是因枸地氯雷他定为选择性竞争组胺 H₁ 受体，同时还可抑制肥大细胞释放组胺，从而有效缓解患者临床瘙痒等症状；而玉屏风颗粒可提高患者免疫功能，增强免疫力，同时其还可抑制血清 IgE 产生，从而减少复发。本次研究中，2 组患者均未发现明显不良反应，提示本治疗方案具有较高安全性。

总之，虽采用枸地氯雷他定联合玉屏风颗粒治疗与单纯使用枸地氯雷他定治疗临床效果相当，但联合用药可显著改善患者临床症状，提高细胞免疫功能，降低复发率，且具有较高安全性，值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 钟莉芬, 徐寿平. 地氯雷他定对慢性荨麻疹患者血浆 T 细胞亚群的影响及疗效观察[J]. 中国药师, 2012, 15(12): 1754-1756.
- [2] 何斌, 周敏华. 中药封脐疗法治疗慢性荨麻疹的临床观察及对 T 细胞亚群的影响[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(6): 1426-1428.
- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 742-748.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5] 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, 2010, 17(3): 176-177.
- [6] 毛越苹, 谭国珍, 张楚怡, 等. 枸地氯雷他定片治疗慢性特发性荨麻疹有效性与临床安全性分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(9): 974-976.
- [7] 张芳, 张培霞. 枸地氯雷他定片治疗急性荨麻疹 38 例疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 27(2): 173-174.
- [8] 王宗明, 杨雄波. 枸地氯雷他定治疗慢性荨麻疹疗效和安全性的临床研究[J]. 重庆医学, 2013, 42(12): 1401-1403.
- [9] 李虹. 探讨枸地氯雷他定对慢性荨麻疹的治疗效果及安全性[J]. 海峡药学, 2013, 25(4): 88-90.
- [10] 曹继军. 玉屏风颗粒的药效学研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2010, 26(5): 390-394.
- [11] 杨艳萍. 枸地氯雷他定联合皮敏消胶囊治疗慢性荨麻疹疗效[J]. 安徽医学, 2013, 34(10): 1538-1539.
- [12] 杨亚胜. 地氯雷他定联合白芍总苷治疗 130 例慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2014, 21(1): 47-48.

(责任编辑: 骆欢欢)