

得的临床疗效更佳,可作为临床治疗的优选方案加以推广使用。

### [参考文献]

- [1] 许文,冯爱民,周红,等. 糠酸莫米松乳膏联合卡泊三醇软膏治疗慢性湿疹及神经性皮炎的效果[J]. 广东医学, 2015, 36(1): 130-132.
- [2] 张丽,丁小珍. 中药洗剂联合糠酸莫米松乳膏治疗淤积性皮炎疗效观察[J]. 长江大学学报:自然科学版, 2016, 15(12): 61-63.
- [3] Urrutia S, Roustan G, Plazas MJ, et al. Oral Alitretinoin in the Treatment of Severe Refractory Chronic

Hand Eczema in the Spanish National Health System: Description and Analysis of Current Clinical Practice[J]. Actas dermo-sifiligráficas, 2016, 107(2): 142-148.

- [4] 方治翔,何咏,邓列华. 糠酸莫米松乳膏联合复方甘草酸苷片治疗慢性湿疹临床近期疗效观察[J]. 中国医药科学, 2014, 10(6): 104-106.
- [5] 缪仕栋. 中西医结合治疗 218 例慢性湿疹疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2014, 14(1): 28-33.
- [6] 胡海燕,崔小莉. 糠酸莫米松乳膏联合丝塔芙保湿露、肤舒止痒膏治疗婴幼儿湿疹[J]. 交通医学, 2016, 17(3): 260-261.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)

## 解毒祛风凉血方治疗过敏性紫癜风盛血热证 36 例临床观察

杨红蓉,刘品莉,于斌,张娜,韩俊丽,肖晶,贾谷,李新鹏,侯鸿燕

山西省中医院血液科,山西太原 030000

**[摘要]** 目的:观察解毒祛风凉血方治疗过敏性紫癜(HSP)风盛血热兼血瘀证的临床疗效。方法:将 72 例过敏性紫癜风盛血热兼血瘀证患者随机分为治疗组和对照组各 36 例。对照组给予西药治疗,治疗组给予解毒祛风凉血方治疗,2 组均连续用药 3 周。治疗后观察 2 组症状的改善情况和实验室指标的恢复情况,以及皮肤紫癜的消退时间、蛋白类饮食和活动开放时间、D-二聚体水平的降低情况。结果:治疗组总有效率 91.67%,对照组总有效率 72.22%。2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组皮肤型、关节型及混合型患者皮肤紫癜的消失时间均短于对照组( $P < 0.05$ );蛋白类饮食与活动开放时间均早于对照组( $P < 0.01$ )。治疗前,2 组 D-二聚体增高例数比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后 1、3 周后,2 组 D-二聚体增高例数均较治疗前减少( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ )。结论:解毒祛风凉血方治疗 HSP 风盛血热兼血瘀证,临床疗效优于使用西药治疗,且用药安全。

**[关键词]** 过敏性紫癜(HSP);风盛血热证;血瘀证;解毒祛风凉血方;临床观察

**[中图分类号]** R554<sup>+</sup>.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)12-0105-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.045

过敏性紫癜(HSP)是以累及全身小血管为主要特点的免疫性血管炎。以皮肤紫癜、游走性肌肉关节肿痛、腹痛等为主要表现,一年四季均有发病,以春秋两季居多<sup>[1]</sup>。西医主要以抗过敏药物、糖皮质激素等治疗为主,因病情易反复、副作用大而成为治疗难点。笔者采用解毒祛风凉血方治疗 HSP 风盛血热兼血瘀证,获满意疗效,现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月—2016 年 3 月在本院血液

科门诊及住院部接受治疗的 72 例 HSP 风盛血热兼血瘀证患者为研究对象,随机分为治疗组和对照组各 36 例。治疗组男 19 例,女 17 例;年龄 7~34 岁,平均(16.51±9.23)岁;病程 3~14 天,平均(10.25±4.71)天;病理类型:皮肤型 19 例,关节型 2 例,混合型 15 例。对照组男 21 例,女 15 例;年龄 8~36 岁,平均(15.63±8.71)岁;病程 4~13 天,平均(10.94±3.86)天;病理类型:皮肤型 20 例,关节型 3 例,混合型 13 例。2 组性别、年龄、病程及病理类型等一般资料比

[收稿日期] 2016-08-17

[作者简介] 杨红蓉(1967-),女,副主任医师,主要从事中西医结合治疗血液系统疾病临床工作。

较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《血液病诊断及疗效标准》<sup>[2]</sup>中HSP的诊断标准。

1.3 辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中紫癜的辨证标准,辨为风盛血热兼血瘀证。

1.4 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;病程<15天;患者或家属签署知情同意书。

1.5 排除标准 合并原发免疫性血小板减少症、血栓性血小板减少性紫癜等其他出血性疾病者;D-二聚体>3000 μg/L;合并有心、脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者;对本研究所用药物过敏者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予西药治疗。①盐酸左西替利嗪片(苏州东瑞制药有限公司),年龄≥7岁,每天口服1次,每次5mg;年龄<7岁,每天口服1次,每次2.5mg。②酮替芬片(山东信谊制药有限公司),年龄≥12岁,每天口服2次,每次1mg;年龄<12岁,每天口服2次,每次0.5mg;③双嘧达莫片(哈药集团制药总厂),年龄≥14岁,每天口服2次,每次50mg;年龄<14岁,每天口服2次,每次25mg。

2.2 治疗组 给予解毒祛风凉血方治疗。处方:白花蛇舌草、半枝莲15~30g,柴胡、黄芩、防风、乌梅、五味子、生地、黄芩、牡丹皮、赤芍各10g,水牛角、白茅根15~45g,紫草10~30g,丹参10~20g,炙甘草6g。水煎,每天3~4次饭后温服。5~7岁,2天1剂,每次50~60mL;7~11岁,3天2剂,每次80~100mL;12岁以上,每天1剂,每次150mL。服药后便秘者加陈皮10g,生姜2片,红枣3个。

2组均连续用药3周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组症状的改善情况和实验室指标的恢复情况;观察2组皮肤紫癜的消退时间;观察2组蛋白类饮食和活动开放时间;观察2组D-二聚体水平的升高情况。D-二聚体>255 μg/L即为增高。治疗前后检查血、尿、大便常规及肝肾功能。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0统计学软件分析研究数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>拟定。显效:紫斑紫点及全身症状消失,实验室指标恢复正常;有效:紫斑紫点明显减少,全身症状减轻,实验室指标有改善;无效:紫斑紫点、全身症状及实验室指标均无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率91.67%,对照组总有效率72.22%。2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	21	12	3	91.67 <sup>①</sup>
对照组	36	8	18	10	72.22

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组皮肤紫癜消失时间比较 见表2。治疗组皮肤型、关节型及混合型患者皮肤紫癜的消失时间均短于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组皮肤紫癜消失时间比较

组别	n	皮肤型	关节型	混合型
治疗组	36	8.52±3.75 <sup>①</sup>	3.12±4.31 <sup>①</sup>	10.64±7.13 <sup>①</sup>
对照组	36	15.32±5.76	5.96±4.63	15.17±8.34

与对照组比较,① $P<0.05$

4.4 2组蛋白类饮食与活动开放时间比较 见表2。治疗组蛋白类饮食与活动开放时间均早于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。

表3 2组蛋白类饮食与活动开放时间比较

组别	n	饮食	活动
治疗组	36	3.15±3.41 <sup>①</sup>	5.15±7.31 <sup>①</sup>
对照组	36	17.47±2.18	15.47±4.12

与对照组比较,① $P<0.01$

4.5 2组治疗前后D-二聚体增高例数比较 见表4。治疗前,2组D-二聚体增高例数比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后1、3周后,2组D-二聚体增高例数均较治疗前减少( $P<0.01$ , $P<0.05$ );治疗组D-二聚体的增高例数虽低于同期对照组,但差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表4 2组治疗前后D-二聚体增高例数比较

组别	n	治疗前	治疗后1周	治疗后3周
治疗组	36	29(80.56)	11(30.56) <sup>①</sup>	3(8.33) <sup>①③</sup>
对照组	36	28(77.78)	19(52.78) <sup>②</sup>	10(27.78) <sup>①</sup>

与同组治疗前比较,① $P<0.01$ ,② $P<0.05$ ;与对照组治疗3周后比较,③ $P<0.05$

4.6 安全性分析 治疗期间,2组血、尿、大便常规及肝、肾功能检查,均未见明显异常。

## 5 讨论

中医学认为,HSP可归属于葡萄疫、血风疮、血证等范畴。HSP风盛血热兼血瘀证多因风、热、毒、瘀侵袭机体,或其他邪气化热,或情志过极,气郁化火,或过食辛辣燥热之品等致火热内炽,迫及血分而发病。基本病机为风盛血热、毒邪伤络<sup>[4]</sup>。《素问·风论》:“风者善行而数变”。HSP发病急,变化快,肌肉关节游走性肿痛,皮肤瘙痒,与风邪相关<sup>[5]</sup>。

本研究所用自拟解毒祛风凉血方,由白花蛇舌草、半枝

莲、柴胡、黄芩、防风、乌梅、五味子、生地黄、牡丹皮、赤芍、水牛角、白茅根、紫草、丹参、炙甘草组成。方中白花蛇舌草性甘寒、微苦，半枝莲味辛、微苦，均具有清热解毒的功效；柴胡味苦、性微寒，有疏散退热之效；黄芩性寒凉，可清热泻火；防风祛风解表；乌梅除烦生津止渴；五味子敛肺生津；白茅根凉血止血，清热生津；水牛角、生地黄、牡丹皮、赤芍、白茅根取犀角地黄汤之意，有清热解毒，凉血散瘀之效<sup>[6]</sup>；紫草、丹参清热解毒，凉血活血；炙甘草调和诸药。以上药物合用，可奏清热解毒，活血化瘀，凉血止血之功。

本研究结果显示，解毒祛风凉血方治疗 HSP 风湿血热兼血瘀证，治疗总有效率高于西药治疗( $P < 0.05$ )。与此同时，治疗组皮肤紫癜的消退时间短于对照组( $P < 0.05$ )；蛋白类饮食与活动开放时间早于对照组( $P < 0.01$ )。提示解毒祛风凉血方治疗 HSP 血热兼血瘀证，临床疗效优于西药治疗，且用药安全，值得临床推广应用。

### [参考文献]

- [1] 王卫平. 儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 190-191.
- [2] 张之南, 沈悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3版. 北京: 科学出版社, 2008: 168-170.
- [3] 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: 11-12.
- [4] 李晓强, 刘春援. 从“毒邪伤络”探讨过敏性紫癜的病因病机[J]. 吉林中医药, 2012, 32(3): 222-223.
- [5] 刘邦民, 坚哲, 肖月圆, 等. 浅谈“风邪”与过敏性紫癜[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2014, 13(2): 127-129.
- [6] 张宏伟. 从犀角地黄汤加减治疗过敏性紫癜的临床观察说起[J]. 光明中医, 2012, 27(11): 2250-2252.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

## 针刺辅助麻醉对腹部手术患者术后恢复质量的影响

王晋, 杨世忠, 陆文博

武警浙江省总队嘉兴医院麻醉科, 浙江 嘉兴 314000

**[摘要]** 目的: 探讨针刺辅助麻醉对腹部手术患者术后恢复质量的影响。方法: 选取本院择期进行腹部手术的 70 例患者作为研究对象, 按就诊/入院顺序编号均分为对照组与观察组各 35 例, 对照组给予全麻处理, 观察组应用针刺辅助全麻, 连续监测 2 组麻醉前 ( $T_0$ )、插管后 1min ( $T_1$ )、切皮后 ( $T_2$ )、切皮 1h ( $T_3$ )、拔管结束时 ( $T_4$ ) 心率 (HR)、平均动脉压 (MAP) 的变化, 记录 2 组睁眼时间、完成指令时间、定位功能恢复时间、拔管时间, 采用改良警觉/镇静分级评分法 (OAA/S) 评定患者术后意识恢复情况, 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评定患者术后疼痛情况, 统计术毕 2 组苏醒期躁动发生率。结果: 观察组  $T_1$ 、 $T_2$ 、 $T_3$ 、 $T_4$  分别与  $T_0$  点比较, 心率略有上升, 但仅  $T_2$  点与  $T_0$  点比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 对照组  $T_1$ 、 $T_2$ 、 $T_4$  点心率均高于  $T_0$  点, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组平均动脉压无明显变化, 对照组  $T_1$ 、 $T_2$ 、 $T_4$  点 MAP 均上升, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 与观察组比较, 对照组  $T_1$ 、 $T_2$ 、 $T_4$  点 HR、MAP 波动较高, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组术后睁眼时间、完成指令时间、定位功能恢复时间及拔管时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组 OAA/S 表评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), VAS 表评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组苏醒期躁动发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 腹部手术中应用针刺辅助全身麻醉, 患者围术期血流动力学波动小, 术后恢复质量高。

**[关键词]** 腹部手术; 针刺; 麻醉; 术后恢复; 苏醒

**[中图分类号]** R730 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0107-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.046

**[收稿日期]** 2016-06-20

**[作者简介]** 王晋 (1988-), 男, 主治医师, 研究方向: 麻醉医学。