



当归饮子加减方联合阿伐斯汀治疗慢性荨麻疹疗效观察

祁 安

(湖南醴陵中医院烧伤整形皮肤科 湖南株洲 412200)

摘要:目的:评估慢性荨麻疹采取当归饮子加减方联合阿伐斯汀治疗的疗效及安全性。方法:选取2016年4月—2017年9月该院收治的103例慢性荨麻疹患者,并将其分为联合组(53例)和对照组(50例)。联合组患者采取当归饮子加减方联合阿伐斯汀治疗;对照组采取阿伐斯汀治疗。治疗始起每周进行随访观察和疗效评估。结果:4周治疗后,联合组与对照组的疗效有效率比较差异显著;联合组和阿伐斯汀组在首周治疗后症状、体征总积分下降值比较无明显差异,不具统计学意义。结论:慢性荨麻疹应用当归饮子加减方联合阿伐斯汀治疗的临床疗效显著。

关键词:当归饮子;阿伐斯汀;慢性荨麻疹;疗效

中图分类号:R256.12

文献标识码:A

文章编号:1009-5187(2018)08-137-02

慢性荨麻疹是临床常见的顽固性变态反应性皮肤病,症状主要表现为瘙痒,严重影响患者正常的学习生活和降低患者的生活质量及睡眠质量,目前尚无明确探寻出其病因及发病机制,单纯西医用药治疗并无显著成效,因此针对慢性荨麻疹疾病采取中西医结合治疗是临床医学中最佳的选择途径,被广泛应用到临床实践中[1]。本文对当归饮子加减方联合阿伐斯汀在慢性荨麻疹治疗中的临床疗效及安全性进行了探讨与分析,旨在为提高慢性荨麻疹的临床治疗的有效性提供可用建议。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所选研究对象均为该院2016年4月—2017年9月收治的慢性荨麻疹患者。并随机将患者分成联合组和对照组。联合组53例。其中,男28例,女25例,年龄18~62岁,平均(31.2±8.6)岁,病程6个月~5年;对照组50例。其中,男27例,女23例,年龄18~64岁,平均(30.3±9.2)岁,病程5个月~6年。两组患者的一般资料无明显差异。入选标准:①经诊断符合慢性荨麻疹标准[2];②年龄16~65岁;③无严重器官受损情况及系统代谢疾病;④治疗前30d天内未使用糖皮质激素、免疫抑制剂;7天内未使用抗组胺药;⑤病程大超过45d;⑥自愿接受并积极配合治疗。排除标准:①年龄低于16岁高于65岁;②患有严重心血管疾病、肝肾疾病等原发性疾病以及精神异常、继发感染等综合性疾病者;③患有系统性疾病及全身性疾病所引发的荨麻疹或遗传性荨麻疹;④妊娠期或哺乳期者;⑤已知对阿伐斯汀过敏者;⑥百日内使用严重损害肝肾功能药物者。两组患者在性别、年龄、病情等一般资料方面比较无明显差异。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 联合组患者使用当归饮子加减方治疗。此药方具体成分如下:当归14g,白芍28g,川芎8g,生地黄29g,白

蒺藜14g,防风16g,荆芥14g,何首乌15g,生黄芪28g,生甘草6g水煎服。针对湿热型病患者,应辨证考虑适当添加苦参、地肤子、白鲜皮;针对脾虚湿蕴型病患者,辨证治疗根据患者病情适当考虑添加党参、薏苡仁;针对情绪波动较大,病程较久且精神紧张,情绪低迷不振型病患者,辨证治疗根据患者病情适当添加酸枣仁、夜交藤;针对瘙痒剧烈型病患者,辨证治疗根据患者病情适当添加徐长卿、乌梢蛇。首次煎药时需加水480mL,煎至220mL温服;第2次煎加水320mL,煎至160mL温服,1剂/d,服1~2次,28d/疗程;阿伐斯汀5mg,3次/d;对照组患者采取阿伐斯汀,方法同上述一致;两组患者均使28d/疗程。治疗始起每周对研究患者随访观察并对疗效进行正确评估,治疗周期未28d已基本痊愈者仍需继续坚持服药到治疗结束,如此可对疗效进行有效巩固[3]。

1.2.2 疗效观察与评判标准 治疗开始前后分别对比第1、2、3、4周患者的症状积分下降指数(SSRI),并详细记录不良反应。依据相关文献[4],综合患者的临床症状、体征总积分评价临床疗效。观察内容:瘙痒、风团数量及大小3个项目为体征总积分。对第1、2、3、4周两组的临床疗效进行评定。SSRI=治疗前后总积分差值÷治疗前总积分×100%;SSRI高于95%判定为痊愈;高于60%低于95%判定为显效;高于30%低于60%判定为好转;低于30%判定为无效。治疗有效率=(痊愈+显效)÷例数×100%。

1.3 统计学方法 通过SPSS18.0软件对所有数据进行统计分析,计量资料比较以t检验,计数资料比较用X²检验。

2 结果

2.1 两组患者的临床治疗有效率比较 治疗4周后,两周的临床治疗有效率均取得一定提升。联合组临床治疗有效率明显高于对照组,对比差异具有统计学意义(P<0.05)。详见表1。

表1 两组治疗第1、2、3、4周临床疗效比较

时间	组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
第1周	联合组	53	20(37.73)	17(32.07)	6(11.32)	10(18.86)	69.81
	对照组	50	16(32.0)	12(24.00)	9(18.00)	13(26.00)	56.00
第2周	联合组	53	23(43.39)	16(30.18)	7(13.20)	7(13.20)	73.58
	对照组	50	20(40.00)	11(22.00)	9(18.00)	10(20.00)	62.00
第3周	联合组	53	28(52.83)	16(30.18)	4(7.54)	5(9.43)	83.01
	对照组	50	24(48.00)	13(26.00)	5(10.00)	8(16.00)	74.00
第4周	联合组	53	40(80.00)	6(12.00)	4(7.54)	3(5.66)	86.79
	对照组	50	32(72.00)	6(10.00)	8(4.00)	6(12.00)	76.00

2.2.2 两组患者治疗前后的临床症状评分比较 治疗4周后,两组患者的荨麻疹症状均有所改善,联合组患者的症状改善效果明显高于对照组,对比差异具有统计学意义(P<0.05)。详见表2。

表2 两组患者治疗4周后症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

症状	时间	瘙痒	风团数目	风团大小
联合组(n=53)	治疗前	2.27±0.23	2.56±0.68	2.43±0.71
	治疗后	0.49±0.34	0.67±0.43	0.45±0.21
对照组(n=50)	治疗前	2.28±0.25	2.49±0.65	2.42±0.69
	治疗后			



• 论 著 •

治疗后 0.55±0.16 0.96±0.08 0.78±0.37

3. 总结

慢性荨麻疹是皮肤病中病程相对较长、反复率较高且顽固难治的疾病,该疾病主要是由于皮肤黏膜小血管扩张以及渗透性增加从而导致局限性水肿[5]。其发病原因及发病机制较为复杂,当前尚无统一论。大多认为抗原物质进入人类机体从而激活补体,对活性炎性物质产生了刺激,最终造成毛细血管扩张和血管通透性增加[6]。该疾病严重影响了患者的正常的生活学习、睡眠质量以及心理健康。目前临床针对慢性荨麻疹的治疗中仍以控制症状继续发展为主,开展病因治疗价值十分有限,而病因治疗是成功治疗多种疾病的关键,对慢性荨麻疹患者来说,开展病因治疗目前尚无充足的理论及临床实践经验支撑。目前西药对于慢性荨麻疹采取对症治疗的的手段为主,H1受体抗组胺药物在临床治疗中广泛应用。虽然在多数急性荨麻疹治疗中有一定效果,但对反复发作的慢性荨麻疹来说,并无明显效果。阿伐斯汀是强效的组胺 H1 受体拮抗剂,虽然很难突破血脑屏障,嗜睡和抗胆碱作用也比较小,但见效较快,具有良好的止痒效果。但是阿伐斯汀需每日分 3 次服用,对患者依从性有着极大的负性影响[7]。而中药对于慢性荨麻疹的治疗具有显著作用,患者往往在采取西药治疗无明显效果和担心长期服用西药引发不良反应的情况下转而采取中药治疗。中医古籍中早有关于中医药治疗慢性荨麻疹的文献记载,当归饮子出自《济生方》,当归饮子主要用于治疗气血不足、卫气不固、风邪外束等症状。经长期临床实践发现当归饮子在慢性荨麻疹治

疗中效果突出,可有效抑制引发过敏反应迟发的炎症介质,但是治疗周期较长。本文研结果表明由于抗组胺药可能引发的不良反应以及中药疗程较长等方面因素,阿伐斯汀联合当归饮子加减方在慢性荨麻疹治疗中临床应用价值显著,且安全性较高,值得临床借鉴使用。

参考文献:

- [1]赵辨.中国临床皮肤病学[M]第 4 版.南京:江苏科学技术出版社,2009,743-748.
- [2]中华医学会皮肤性病学分会.荨麻疹诊疗指南(2014 版)[J]中华皮肤科杂志,2014,47(7):514-516.
- [3]张丹露;季梅;傅英华;徐瑛;蒋寒芳.当归饮子加减方联合治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(3):155-157.
- [4]蔡林;张建中.咪唑斯汀治疗慢性荨麻疹临床试验[J]临床皮肤科杂志,2003,32(1):42-43.
- [5]付昱;杨静;魏义花.阿伐斯汀联合芪风颗粒治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]中国药师,2015,18(9):1548-1550.
- [6]郝飞;钟华.慢性荨麻疹发病机制和治疗策略的思考[J]中华皮肤科杂志,2010,43(1):1-5.
- [7]Greaves MW, Tan KT. Chronic urticaria: recent advances[J]. Clin Rev Allergy Immunol, 2007, 33: 134-143.

(上接第 136 页)

表 2. 两组不良反应发生情况 (n, %)

组别	例数	水和电解质紊乱	渗透性肾病	血栓性静脉炎	过敏	发生率
观察组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)
对照组	30	4 (13.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	4 (13.33)	10 (33.33)
χ ² 值						5.8564
P 值						<0.05

3. 讨论

脑出血作为神经内科典型危险性病症,危害性极大,该疾病的产生,会导致脑部组织供血不足,形成缺血、缺氧症状,进而导致脑部组织形成功能性障碍,神经功能缺损严重,患者的生活质量和生存质量变得极差,死亡率和致残率非常高,应给予重视[4]。

通过对该疾病的研究,发现脑出血产生的主要原因为患者颅内压升高,临床上,针对该疾病的治疗,主要为降低颅内压的药物,甘露醇作为常见治疗药物,为六碳糖醇类单糖物质,进入患者体内后,不会被代谢掉,会使得患者体内的血浆渗透压升高,进而使得血液和脑脊液之间形成差异的渗透压,使得患者脑组织中的水分子进入到患者的血液中,减少了脑部产生脑水肿的发病率,降低了颅内压力,达到治疗的效果;甘露醇虽然有着很好的降低颅内压力的效果,但是,该药物进入人体后,还能对人体肾脏产生损伤,电解质出现紊乱的现象,因此,选择最佳的使用剂量非常的重要和关键;本文中,通过对比大剂量和小剂量对脑出血患者的应用效果,发现,两种剂量均能达到有效止血的目的,但是,小剂量甘露醇的使用中,脑血肿体积更小,NIHSS 评分更低,水和电解质紊乱、渗透性肾病、血栓性静脉炎、过敏等不良反应发生率更低,表明,在针对脑出血患者的治疗过程中,宜选用小剂量的甘露醇进行治疗,这有利于缩小脑血肿的体积,降低 NIHSS

评分,水和电解质紊乱、渗透性肾病、血栓性静脉炎、过敏等并发症发生率更低,小剂量甘露醇值得脑出血患者优先选用[5]。

综上所述,不同剂量甘露醇治疗脑出血患者均有一定程度的疗效,大剂量和小剂量的甘露醇进行比较,小剂量甘露醇的不良反发生率更低,脑血肿体积更小,小剂量甘露醇值得脑出血患者应用。

参考文献:

- [1]王志刚,李春永,刘浩然,等.自拟补肾益髓汤佐治高血压脑出血术后认知功能障碍 34 例[J].中国药业,2015,24(8):101-103.
- [2]朱宝贤,张宝国.醒脑静注射液对急性脑出血患者的神经保护作用及机制[J].山东医药,2015,55(33):38-39.
- [3]陈建玲,谈晓侠,刘会玲.甘露醇用量和疗程与高血压性脑出血后迟发性水肿的关系[J].中国药业,2016,25(3):26-29.
- [4]余江,肖峰.不同剂量甘露醇治疗幕上脑出血的临床疗效及其对早期血肿扩大的影响[J].川北医学院学报,2015,30(4):509-511.
- [5]左瑞云,贾志莲.甘露醇与甘油果糖联合治疗脑出血的疗效及其对肾功能损害的临床观察研究[J].医学综述,2015,21(5):943-944.