



• 中西医结合 •

防风通圣丸联合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型荨麻疹效果观察

冯亚兰 (郴州市第一人民医院 423000)

摘要: **目的** 探讨防风通圣丸联合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹疗效。**方法** 随机收集慢性荨麻疹胃肠湿热型患者 90 例。分治疗组和对照组各 45 例。比较两组治疗后的疗效、不良反应、复发情况、治疗后生活质量差例数。**结果** 与对照组比较, 两组治疗后疗效有统计学差异 ($P < 0.05$)。不良反应、复发情况及治疗后生活质量差例数比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 防风通圣丸联合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹取得一定的疗效, 值得临床推广。

关键词: 枸地氯雷他定 防风通圣丸 慢性荨麻疹 胃肠湿热型

中图分类号: R758.24 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 01-186-02

慢性荨麻疹是指由各种因素致使皮肤、黏膜、血管发生暂时性炎性充血与组织内水肿, 病程超过 6 周者称为慢性荨麻疹。临床表现为患者不定时地在躯干、面部或四肢发生风团和斑块。发作从每日数次到数日一次不等。该病因常不确定。主要与感染、幽门螺旋杆菌、遗传、自身免疫、细胞免疫功能失调、饮食、心理因素、物理因素、环境因素等有关。西医治疗多以抗组胺药、调节免疫药物等。但是治疗效果并不佳。中医治疗实证多以疏风清热、凉血解毒、通腑利湿, 虚症多以祛风固表, 益气养血为主。因此本研究采用防风通圣丸加减联合枸地氯雷他定序贯治疗脾胃湿热型慢性荨麻疹。报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2016 年 6 月至 2017 年 12 月随机抽取本院门诊胃肠湿热型慢性荨麻疹患者 90 例。分为两组, 治疗组和对照组各 45 例。其中治疗组男 25 例, 女 20 例。年龄 12 岁~55 岁, 平均年龄 32.5 ± 8.8 岁, 病程 6 个月~6 年。对照组男 23 例, 女 22 例。年龄 11 岁~58 岁, 平均年龄 30.6 ± 7.5 岁, 病程 6 个月~7 年。

1.2 诊断标准

西医诊断: 参照 2007 版《慢性荨麻疹诊治指南》, 表现为大小不等的风团伴瘙痒。每周发作不少于 2 次, 风团发生不超过 24 小时, 病程超过 6 周^[1]。

中医诊断: 参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》之“瘾疹”诊断标准: 水肿性斑块, 突发性, 皮损大小不等, 形状不一, 颜色淡红, 境界清楚, 皮肤瘙痒, 发无定处, 时起时消, 退后不留痕迹; 部分病例可有腹痛、腹泻和关节疼痛等症状, 严重者可有呼吸困难, 甚至窒息; 皮肤划痕征阳性等。

胃肠湿热型: 风团分布广泛, 色泽鲜红, 瘙痒剧烈, 同时伴有腹痛、恶心、呕吐、纳呆、便秘伴肛门灼热或便溏伴腹泻, 舌红, 苔滑腻, 脉滑数或濡数。

1.3 排除标准

近 2 个月内服用过糖皮质激素或免疫抑制剂药物; 伴有严重肝肾疾病, 精神疾病, 造血系统疾病; 妊娠或哺乳期妇女; 其他特殊类型荨麻疹如寒冷性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹、日光性荨麻疹; 不能坚持配合按时完成疗程患者。

1.4 治疗方法

对照组给予枸地氯雷他定 (商品产家: 扬子江药业集团广州海瑞药业有限公司; 国药准字: 国药准字 H20090138) 8.8mg/d, 1 次/天。治疗组采取枸地氯雷他定第一周 17.6mg/d, 1 次/天。第二周 8.8mg/d, 1 次/天。第三周 8.8mg/d, 1 次

/2 天。第四周 8.8mg/d, 1 次/3 天。同时防风通圣丸口服。方药组成: 防风、麻黄、芥穗、薄荷、大黄、芒硝、滑石、生栀子、黄芩、连翘、生石膏、桔梗、川芎、白芍、当归、白术、甘草等 17 味药物。

1.5 观察指标和疗效评定

1.5.1 疗效评定标准: 症状体征积分下降指数 (SSRI) 是指治疗前症状体征积分 - 治疗后症状体征积分之差 / 治疗前症状体征积分 $\times 100\%$ 。疗效评定分为痊愈、显效、好转和无效四个级别。SSRI $\geq 90\%$ 为临床痊愈; $60\% \leq \text{SSRI} < 90\%$ 为显效; $20\% \leq \text{SSRI} < 60\%$ 为好转; $\text{SSRI} < 20\%$ 为无效。有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 好转例数) / 总例数 $\times 100\%$ ^[2-3]。

1.5.2 观察指标: 分别观察两组患者治疗 3 个月和 6 个月后的临床疗效。同时观察对两组患者治疗 3 个月, 6 个月, 1 年的生活质量进行跟踪随访。生活质量指数评分 (DLQI) 包括对患者生理、心理、工作、学习、穿衣、家庭、社会关系、日常活动、运动、性生活及治疗情况等 10 个项目进行评分。每个问题分设非常明显、很明显、有点儿、不存在 4 个答案可供选择, 分别对应 3、2、1、0 分。每个问题分数相加为总分。每个项目 3 分, 总分 30 分。分数越高代表生活质量越差^[4]。同时察两组患者复发的情况及不良反应。

1.6 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 计量资料用配对 t 检验, 计数资料用秩和检验或 χ^2 检验。P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组治疗 3 个月和 6 个月的疗效

经秩和检验, 与对照组比较, 两组治疗 3 个月和 6 个月后的疗效均有统计学差异 ($P < 0.05$)。治疗组治疗 3 个月和 6 个月后的有效率均高于对照组。详见表 1 和表 2。

表 1: 两组治疗 3 个月后的疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	有效率
治疗组	45	15	11	12	7	84.44%
对照组	45	8	10	13	14	68.89%

表 2: 两组治疗 6 个月后的疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	有效率
治疗组	45	17	15	9	4	91.11%
对照组	45	11	11	14	9	80.00%

2.2 不良反应比较

经过治疗后, 治疗组患者中有 2 例出现困倦, 偶感嗜睡乏力, 口干, 未经特殊处理, 自行缓解。对照组有 5 例出现头痛, 困倦, 口干, 未经处理, 症状逐渐减轻。两组不良反应比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

作者简介: 冯亚兰 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医皮肤病学。

(下转第 188 页)



注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.4 复发情况

对两组患者进行为期 4 周的随访工作, 实验组失访患者 1 例, 对照组失访患者 3 例。两组肝胃不和型反流性食管炎患者在接受医治后, 其实验组患者的复发率为 6.90%, 明显低于对照组患者的复发率 (25.93%), $P < 0.05$ 。如表 3:

表 3: 两组复发情况对比 [n(%)]

组别	例数 (n)	复发	无复发	复发率 (%)
实验组	29	2 (6.90)	27 (93.10)	2 (6.90) *
对照组	27	7 (25.93)	20 (74.07)	7 (25.93)

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

临床上, 肝胃不和型反流性食管炎较为常见, 属于消化系统疾病^[5]。临床症状有恶心呕吐、泛酸、烧心以及嗝气等, 引发此类疾病的原因因为肝气郁滞、胃气失调等^[6]。

本文中研究中, 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减进行医治, 其实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的肝肾功能、心电图以及血常规、尿便常规等不良情况与对照组患者相比, 无明显差异, $P > 0.05$; 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的内镜下效果总有效率 (80.00%) 与对照组患者的总有效率 (76.67%) 对比, 无明显差异, $P > 0.05$; 实验组

肝胃不和型反流性食管炎患者临床效果总有效率为 90.00%, 明显高于对照组患者的总有效率 (70.00%), $P < 0.05$; 实验组肝胃不和型反流性食管炎患者的复发率为 6.90%, 明显低于对照组患者的复发率 (25.93%), $P < 0.05$ 。

综上所述, 肝胃不和型反流性食管炎患者接受柴胡疏肝散加减进行医治, 能够对患者的不良情况进行有效改善, 有效降低患者的复发率, 临床效果较为显著。

参考文献

- [1] 李影华, 苏冬梅, 白桦等. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型反流性食管炎 98 例的临床观察 [J]. 世界中医药, 2016, 11(8):1437-1439.
- [2] 李枝锦, 李静, 吴平财等. 中医宏观辨证结合微观辨证治疗反流性食管炎 (肝胃不和证) 临床观察 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(2):361-363.
- [3] 匡湘平, 张正元. 张正元治疗反流性食管炎经验 [J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4):25-26.
- [4] 邓润成. 奥美拉唑联合柴胡疏肝散加减治疗反流性食管炎临床疗效与安全性研究 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(22):130-131.
- [5] 李奕升, 郭洪波, 罗辉娥等. 加味左金丸治疗肝胃不和型反流性食管炎临床观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2014, (6):35-37.
- [6] 杨钟堡. 柴胡疏肝散合黄连清胆汤加减治疗反流性食管炎临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(2):96.

(上接第 185 页)

期并发症的分析 [J]. 上海医学, 2014, 11(1):31-34.

[2] 胥明梅, 陈彬, 曲桂荣, 等. 家属同步健康教育对老年股骨粗隆间骨折患者康复效果的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(25):3103-3105.

[3] 张鹤亭, 杨京春. 护理干预对老年股骨粗隆间骨折患者疼

痛与术后髋关节活动度的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(12):1359-1361.

[4] 王鑫, 闫斌. 中西医结合治疗对老年股骨粗隆间骨折术后髋关节功能的影响 [J]. 陕西中医, 2017, 38(7):928-929.

[5] 李艳利. 中西医结合干预对老年股骨粗隆间骨折患者康复的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(4):789-791.

(上接第 186 页)

2.3 复发情况比较

治疗 3 个月和 6 个月后, 与对照组比较, 治疗组的复发率明显要低。差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3、表 4。

表 3: 两组患者治疗 3 个月后复发率比较

组别	随访例数	复发	未复发	复发率 (%)
治疗组	45	11	34	24.44%
对照组	45	22	23	48.89%

表 4: 两组患者治疗 6 个月后复发率比较

组别	随访例数	复发	未复发	复发率 (%)
治疗组	45	7	38	15.56
对照组	45	18	27	40

2.4 比较治疗后生活质量差例数

经 χ^2 检验, 与对照组比较, 治疗组治疗前生活质量差例数差别不大, 无统计学差异 ($P > 0.05$)。治疗组治疗后 3 个月、6 个月、1 年生活质量差例数明显少于对照组。差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 5。

表 5: 两组治疗前后生活质量差例数比较

组别	治疗前 (%)	治疗后 3 个月 (%)	治疗后 6 个月 (%)	治疗后 1 年 (%)
治疗组	29 (64.44%)	11 (24.44%)	3 (6.67%)	0 (0%)
对照组	27 (60%)	22 (48.89%)	20 (44.44%)	18 (40%)

3 讨论

慢性荨麻疹由于发病原因未明确, 发病机制复杂, 致使该病容易反复发作, 完全根治难度大。因此荨麻疹的治疗方法是目前很多皮肤科学者共同探讨的领域之一。

中医治疗该病特色在于辨证论治。荨麻疹可分为风热型;

风寒型; 阴血不足型; 脾肺两虚、风邪束表型; 冲任失调; 气血两虚型; 气血瘀滞型; 肠胃湿热型。虽然荨麻疹分型有多种, 但是对于慢性荨麻疹的治疗仍存在一些难度。本文应用防风通圣丸配合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型荨麻疹, 取得了一定的效果。

本研究表明: 治疗组治疗 3 个月和 6 个月的临床疗效均高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗 3 个月和 6 个月的复发率均低于对照组 ($P < 0.05$)。同时治疗组治疗 3 个月、6 个月、1 年后的生活质量差例数明显低于对照组 ($P < 0.05$)。防风通圣丸中防风、麻黄、薄荷、芥穗祛风解表, 使风邪从汗而解; 大黄、芒硝泻热通便, 使里热积滞, 从大便而解; 配滑石、栀子清湿利尿, 引邪热从小便排除; 黄芩、连翘、生石膏清泄肺胃积热; 川芎、白芍、当归养血和血; 白术健脾燥湿; 甘草调和各药。诸药合用共奏解表通里, 清热解毒的功效。同时配上枸地氯雷他定序贯治疗, 增加疗效, 减少毒副作用, 减少复发次数, 提高生活质量。

综上所述, 防风通圣丸联合枸地氯雷他定序贯治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹疗效显著, 值得临床应用推广。

参考文献

- [1] 范卫新. 慢性荨麻疹诊治指南 [2007 版]. 中华医学会第十四次全国皮肤性病学术年会, 89.
- [2] Linn HD. Results of a quality of life questionnaire in a Patch test clinic Population [J]. Contact Dermatitis, 2001, 44(2):80-84.
- [3] 盘文丽. 穴位埋线法治疗胃肠湿热型慢性荨麻疹的临床研究 [M]. 云南中医学院, 2016.
- [4] 谭全邦, 谭忠乐. 桂枝麻黄汤治疗慢性荨麻疹患者的疗效和生活质量的影响 [J]. 中华保健医学杂志, 2016, 18(6):496-497.