

感染性荨麻疹的临床研究进展

田优德

桂林市中医医院 广西桂林 541002

【中图分类号】R751.05

【文献标识码】A

【文章编号】2095-7858 (2021) 06-223-02

【基金项目】广西中医药管理局自筹课题, 项目编号: GXZY20210279

感染性荨麻疹是由感染因素(细菌、真菌、病毒、寄生虫等)引起的^[1], 在临床病例中, 常见的为急性感染性荨麻疹, 细菌、病毒是导致急性感染的主要原因。及时治疗是帮助患者缓解瘙痒、疼痛症状的关键, 近年来有关感染性荨麻疹的临床报道较多。为了解本病的研究现状和治疗现状, 特对本病近 20 年的研究文献进行分析, 展开下述研究进展。

1 临床分析

李娜等^[2]对 60 例感染性荨麻疹的临床分析得出: ①上呼吸道感染可能是青壮年感染性荨麻疹的主要病因。②胃肠道感染也是导致感染性荨麻疹的病因之一。

吴保华等^[3]对 118 例儿童细菌性感染性荨麻疹临床分析认为: ①细菌性感染性荨麻疹与呼吸道感染关系密切, 尤其是上呼吸道感染; ②显示胃肠不适是荨麻疹的腹部表现, 而非感染所致。郑雪莲等^[4]对 87 例感染性荨麻疹临床分析得出: ①病因以上呼吸道感染为多见; ②血常规 WBC 有不同程度升高。康乐霞^[5]对 128 例儿童细菌性感染性荨麻疹患儿的临床分析得出: 绝大部分伴有咽充血和扁桃体肿大。贾月琴等^[6]对 33 例感染性荨麻疹临床分析得出: ①多由呼吸道感染, 尤其是上呼吸道感染所诱发; ②多数患者血常规白细胞计数升高, CRP 水平显著升高。李孝辉等^[7]对 180 例感染性荨麻疹临床分析得出: ①上呼吸道感染及扁桃体炎占绝大多数; ②病毒感染引起的荨麻疹应引起重视。徐霄^[8]对 180 例感染性荨麻疹临床分析得出: 上呼吸道感染和扁桃体炎占大多数。

2 西医疗疗

康乐霞^[5]将 128 例感染性荨麻疹患者分为两组, 对照组口服地氯雷他定片和复方甘草酸片, 治疗组在对照组基础上同时口服抗生素。结果显示治疗组疗效理想, 由此可见感染性荨麻疹治疗中, 抗感染和抗过敏疗法联合具有良好的临床效果。刘群英等^[9]将 110 例感染性荨麻疹患者分为两组, 对照组予抗感染和抗过敏治疗, 治疗组则在对照组基础上加用复方甘草酸苷注射液静滴, 结果治疗组临床疗效优于对照组, 得出结论联合应用复方甘草酸苷治疗感染性荨麻疹较常规治疗的效果好。

杨德勇等^[10]将 84 例感染性荨麻疹患者分为 2 组, 2 组均常规抗过敏治疗; 同时对对照组加用头孢曲松静脉输注, 治疗组加用阿奇霉素静脉输注, 结果疗效和临床体征改善治疗组均优于对照组; 因此他们认为对于感染性荨麻疹阿奇霉素比头孢曲松疗效更佳。郑文亮^[11]将 150 例感染性荨麻疹患者分为 2 组, 常规组给予抗过敏和抗感染治疗, 酸苷联合组患者在此基础上给予复方甘草酸苷口服治疗, 结果酸苷联合组疗效优于常规组; 得出结论复方甘草酸苷联合治疗有利于提高感染性荨麻疹患者的疗效。

颜成果^[12]将 112 例感染性荨麻疹患者分为 2 组, 对照组

采用抗过敏和抗感染治疗, 观察组在对照组的基础上联合复方甘草酸苷片治疗, 结果观察组疗效优于对照组, 得出结论联合复方甘草酸苷片治疗方案, 可有效提高感染性荨麻疹的临床疗效。

3 中医药

夏晓蓉等^[13]将 100 例感染性荨麻疹分为治疗组和对照组, 两组均常规选用同种抗生素治疗, 对照组加用抗组胺药, 治疗组加用中药汤剂, 结果治疗组疗效明显优于对照组, 结论是中西医结合治疗感染性荨麻疹, 可起到退热迅速, 皮疹消失早, 血象恢复正常快等优点。唐世清等^[14]将 132 例感染性荨麻疹患者分为 A 组、B 组、C 组, 均服氯雷他定片、西替利嗪片, A 组加服裸花紫珠片, B 组加服阿奇霉素片。结果治疗 7d 后 A、B2 组疗效相当均优于 C 组; B 组发现药物有不良反应。结论是裸花紫珠片联合氯雷他定、西替利嗪片治疗感染性荨麻疹安全、疗效明显。

罗伟等^[15]将 65 例细菌性感染性荨麻疹患者分为治疗组与对照组, 对照组给予抗过敏治疗和克林霉素静脉滴注; 治疗组在对照组治疗基础上加用中成药血必净注射液静脉滴注。结果治疗组疗效优于对照组, 结论是中成药血必净与克林霉素磷酸酯协同治疗细菌性感染性荨麻疹能够缩短病程, 改善临床症状, 提高疗效。杨玉峰等^[16]用银花汤联合抗过敏消炎西药治疗 31 例风热犯表型感染性荨麻疹, 结果治愈 28 例, 显效 3 例, 可见银花汤治疗风热犯表型感染性荨麻疹, 具有良好的效果。

韦飞江^[17]将 133 例感染性荨麻疹患者随机分为对照组和治疗组, 对照组给予抗生素或抗病毒类静滴, 同时口服左西替利嗪口服液; 治疗组则在对照组治疗基础上口服消银颗粒。结果治疗 3d 治疗组疗效优于对照组; 治疗 7d 两组疗效比较相当; 得出结论消银颗粒治疗感染性荨麻疹可快速控制病情, 明显缩短病程。王戊等^[18]用犀角地黄汤加减口服治疗 30 例热毒炽盛型感染性荨麻疹患儿, 治疗 2 周后治愈 18 例, 好转 12 例, 无效 0 例; 结论是以犀角地黄汤为基础方, 根据临床症状加减治疗儿童热毒炽盛型感染性荨麻疹疗效显著。丛林等^[19]将 120 例急性感染性荨麻疹患者分为对照组及观察组, 对照组接受常规抗过敏、抗菌治疗, 观察组在对照组基础上加用去感热口服液治疗。结果治疗 7 天后观察组疗效优于对照组; 结论是去感热口服液可有效减轻急性感染性荨麻疹患者临床症状。

综上所述, 感染性荨麻疹是指由感染作为病因的这一类荨麻疹, 临床常见的感染源一般以细菌和病毒多见。随着医学技术的不断发展, 西医在感染性荨麻疹中的诊断和治疗有着较为系统的研究, 临床症状观察、血常规检验是辅助诊断

(下转第 225 页)

3.3 补阳还五汤结合氯吡格雷治疗脑梗死效果

李振华^[12]等学者在研究表明:仅用氯吡格雷不良反应较大,难以取得理想效果。患者分成氯吡格雷单一用药,补阳还五汤结合氯吡格雷用药。经治疗,联合治疗患者的神经功能缺损评分明显比单一用药的患者低,血管内皮生长因子、转化生长因子- β 水平均比单一用药高,表明补阳还五汤与氯吡格雷联合治疗脑梗死效果优良,与单一氯吡格雷相比,能够减轻神经功能损伤,提高 VEGF、TGF- β_1 水平,能够保护神经。于启方^[13]等学者在研究表示:补阳还五汤联合氯吡格雷治疗,能够有效降低 CD62p、CD63 水平,一定程度表明两种方法结合治疗脑梗死效果优良,效果比单一应用氯吡格雷好。

脑梗死是中医常见疾病,患者的主要表现是神经功能缺失,加上过度劳累、外邪入体引起气血逆乱、血瘀不畅,容易致使半身不遂。补阳还五汤中包含众多药材,能够散瘀止痛、祛风止痛、舒筋活络、益气活血。从药理学研究方面来讲,能够抗炎,减轻脑部抗缺血再灌注损伤,刺激对应细胞,控制血小板聚集,发挥良好的抗炎作用。

综上所述,脑梗死用补阳五汤加味结合氯吡格雷能够取得优良效果,能够有效降低致残率,能够预防语言障碍的出现,安全性高,联合治疗能够同样对神经功能进行改善,加速其病情恢复。

参考文献:

- [1] 王金会,周新福,殷晓宁.补阳还五汤联合阿司匹林和氯吡格雷治疗心肌梗死的疗效[J].世界中西医结合杂志,2020,15(4):4-4.
- [2] 田利利.补阳还五汤联合西药治疗气虚血瘀型进展性脑梗死的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(14):3-3.

(上接第 223 页)

本病的有效方式,确诊后宜抗过敏、抗感染联合治疗。中药的治疗从报道的几篇文章来看主要还是“清热”为主。医学总是精益求精的,我们希望能够更短的时间内解除患者的病痛。前面说到西医诊疗体系已趋于成熟,也意味着西医在提高疗效上空间不大,所以我们应该将目光放在中医药上,采用中西医结合的方法提高感染性荨麻疹的临床治疗效果。

参考文献:

- [1] 中华医学会皮肤性病学会荨麻疹研究中心.中国荨麻疹诊疗指南(2018版)[J].中华皮肤科杂志,2019,52(1):1-5.
- [2] 李娜,唐静.60例感染性荨麻疹临床分析[J].武警医学院学报,2011,20(11):908.
- [3] 吴保华,杨勇,范蓉,等.儿童细菌感染性荨麻疹118例临床分析[J].中国医学文摘.皮肤科,2012,29(3):144-145.
- [4] 郑雪莲,唐勇,曾慧智.感染性荨麻疹87例临床分析和对策[J].皮肤病与性病,2013,35(3):161-162.
- [5] 康乐霞.儿童细菌感染性荨麻疹的治疗及临床分析[J].求医问药,2013,11(6):71-72.
- [6] 贾月琴,朱应玉,查翔远,等.感染性荨麻疹33例临床分析[J].皖南医学院学报,2014,33(2):159-161.
- [7] 李孝辉,张晓彬,姜其学.180例感染性荨麻疹临床分析[J].皮肤病与性病,2018,40(6):850-851.
- [8] 徐霄.180例感染性荨麻疹临床分析[J].中国农村卫生,2019,8(16):48.
- [9] 刘群英,罗婧莹,陈德华,严文杰.复方甘草酸苷注射液治疗感染性荨麻疹65例临床观察[J].中国皮肤性病学杂

志,2014,28(11):1203-1208.

- [3] 朱静.补阳还五汤联合西药治疗老年粥样硬化性脑梗死的临床研究[J].国际老年医学杂志,2020,41(1):5-5.
- [4] 张志琴.阿司匹林联合氯吡格雷治疗脑梗死的效果分析[J].大家健康(中旬版),2017,11(8):156-157.
- [5] 刘勇荣.阿司匹林、氯吡格雷合用于脑梗死患者治疗中的效果分析[J].当代医学,2019,25(11):132-134.
- [6] 石莺,彭汉芬.加味补阳还五汤联合氯吡格雷对缺血性脑卒中患者神经功能缺损及相关因子的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(5):3-3.
- [7] 翟夏,赵运,陈佳,等.补阳还五汤联合氯吡格雷对心肌梗死患者血清中hs-CRP,IL-18,TNF- α 因子水平的影响[J].延安大学学报:医学科学版,2020,18(3):3-3.
- [8] 雷华平,陈建华,张万桂,等.补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中后遗症[J].吉林中医药,2017,37(8):3-3.
- [9] 程玲玲.补阳还五汤联合针刺疗法治疗气虚血瘀型脑梗塞恢复期的应用效果评价[J].饮食保健,2019,6(7):103-104.
- [10] 白延平,陈俊民,刘智娜,等.补阳还五汤对冠心病介入术后气虚血瘀型患者中医症状,生活质量及终点事件的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(8):5-5.
- [11] 吴玉芙,刘晓红,郭伟成,等.补阳还五汤对气虚血瘀型脑梗死患者脑血管储备功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(12):6-6.
- [12] 李振华,LI,Zhenhua,等.补阳还五汤对脑缺血再灌注模型大鼠血小板聚集及血栓形成的影响[J].中医学报,2018,33(3):4-4.
- [13] 于启方,于永辉.依达拉奉联合氯吡格雷治疗脑梗死的效果探讨[J].当代医药论丛,2019,17(8):2-2.

志,2014,28(11):1203-1208.

- [10] 杨德勇,王晓霞,李洁华,等.阿奇霉素和头孢曲松治疗感染性荨麻疹的疗效分析[J].实用妇科内分泌杂志,2017,4(23):33-34.
- [11] 郑文亮.复方甘草酸苷联合阿奇霉素、头孢曲松治疗对感染性荨麻疹患者疗效的影响及安全性分析[J].现代诊断与治疗,2017,28(10):1860-1862.
- [12] 颜成果.感染性荨麻疹112例患者的临床分析和治疗[J].皮肤病与性病,2018,40(2):282-284.
- [13] 夏晓蓉,朱晓萍.中西医结合治疗小儿急性感染性荨麻疹[J].现代中西医结合杂志,2001,10(10):949.
- [14] 唐世清,冯会兰.裸花紫珠片治疗感染性荨麻疹疗效观察[J].食品与药品,2009,11(11):47-48.
- [15] 罗伟,李俊.血必净与克林霉素磷酸酯协同治疗细菌性感染性荨麻疹的临床分析[J].四川医学,2010,31(10):1478-1479.
- [16] 杨玉峰,陈宝清,赖旻,等.银花汤治疗急性“感染性”荨麻疹31例临床分析[J].河北中医药学报,2012,27(4):21.
- [17] 韦飞江.消银颗粒治疗感染性荨麻疹68例临床研究[J].现代中医药,2017,37(1):44-46.
- [18] 王成,李慧.犀角地黄汤加减治疗儿童热毒炽盛型感染性荨麻疹30例[J].中国民间疗法,2020,28(20):67-68.
- [19] 丛林,马志跃,周子力.去热感口服液在急性感染性荨麻疹治疗中的临床疗效、安全性及对血清嗜酸性粒细胞阳离子蛋白、总免疫球蛋白E及分泌型免疫球蛋白E因子影响分析[J].世界临床药物,2020,41(5):358-363.