

荆防方加减联合富马酸卢帕他定治疗风热型慢性荨麻疹的临床观察

苏孟¹, 王彤^{2*}

(1. 中国人民解放军总医院第七医学中心皮肤科, 北京 100700; 2. 北京中医药大学中医学院, 北京 100029)

【摘要】 目的 观察荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹的临床疗效。方法 将72例符合风热型慢性荨麻疹的患者随机分成对照组和观察组, 对照组给予常规抗组胺药治疗, 观察组在对照组基础上联合荆防方加减治疗。结果 观察组总有效率明显高于对照组, 两组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者治疗后临床症状评分、中医证候积分及观察指标均低于治疗前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹疗效明显, 值得临床借鉴。

【关键词】 荆防方加减; 慢性荨麻疹; 风热型

中图分类号: R478; R758.24 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.026

荨麻疹 (Urticaria) 为皮肤科常见病, 是一种多因素导致周身 24 小时内出现风团或 / 和血管性水肿, 病程发作 6 周以上, 且每周至少发作 2 次, 通常被定义为慢性荨麻疹 (Chronic Urticaria, CU) [1]。目前临床上常规治疗 CU 的方法主要是应用抗组胺药物, 然而此类药物仅能对患者的瘙痒不适等症状进行改善, 停药后复发率高, 极大地影响了患者的生活质量, 至此, 为进一步改善治疗效果, 笔者主要对荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹的临床效果及相关变态反应指标的影响进行分析, 现归纳报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 筛选 2018 年 12 月至 2019 年 10 月我中心皮肤科诊治的符合风热型慢性荨麻疹患者 72 例, 按照随机数字表法将其随机分为对照组和观察组各 36 例。对照组男 16 例, 女 20 例, 平均年龄 (37.5 ± 2.5) 岁, 平均病程 (2.2 ± 0.5) 年; 观察组男 15 例, 女 21 例, 平均年龄 (39.7 ± 3.4) 岁, 平均病程 (2.5 ± 0.3) 年。2 组患者一般比较差异无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予口服富马酸卢帕他定片 (江苏紫龙药业有限公司) 治疗。观察组在对照组基础上加服荆防方, 基本药物组成如下: 荆芥穗 10g、防风 10g、薄荷 8g、蝉蜕 8g、牛蒡子 10g、浮萍 10g、僵蚕 10g、金银花 15g、黄芩 10g、牡丹皮 15g、生地 10g、甘草 10g。水煎, 1 剂/d, 早晚口服, 每次 200ml, 疗程 4 周。瘙痒剧烈者加地肤子、白鲜皮; 气虚者加黄芪; 血虚者加当归、鸡血藤; 大便难下者加大黄。

1.3 观察指标 按临床症状轻重采用 4 级评分法, 分别统计两组患者的瘙痒程度、风团数量、风团直径。采集患者治疗前后的空腹静脉血, 应用血常规分析仪和酶联免疫法检测患者血清中嗜酸性粒细胞 (EOS) 和特异性免疫球蛋白 IgE 抗体。

1.4 疗效判断标准 参照《中药新药临床研究指导

原则》, 根据患者的临床症状积分进行评价, 症状评分下降指数 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) ÷ 治疗前总积分 × 100%。基本治愈: 疗效下降指数 ≥ 90%; 显效: 疗效下降指数 60% ~ 89%; 好转: 疗效指数 30% ~ 59%; 无效: 疗效指数 < 30%。有效率 = 痊愈率 + 显效率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行各组数据分析。计量资料数据符合正态分布, 采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 各组间比较采用独立样本 t 检验, 治疗前后相同组间采用配对 t 检验, 计数资料采用例数和百分比进行描述, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 观察组治疗总有效率 (94.4%) 显著高于对照组治疗总有效率 (61.1%), 差异具有统计学差异 ($X^2=11.57$, $P < 0.01$)。

2.2 治疗前后积分比较 治疗后, 两组患者的临床症状及中医证候积分治疗前总积分比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 两组治疗后总积分比较有统计学意义 ($P < 0.05$), 且观察组的各项评分指标均低于对照组, 详见表 1。

2.3 治疗前后 IgE、EOS 比较 治疗后, 两组患者 IgE、EOS 数值均明显降低 ($P < 0.05$), 且观察组治疗后明显低于对照组 ($P < 0.05$), 详见表 2。

2.4 治疗 8 周后复发情况对比 对照组复发 15 例 (41.67%), 观察组复发 3 例 (8.33%)。复发率比较, 差异有统计学意义 ($X^2=10.66$, $P < 0.01$)。

3 讨论

CU 中医上属于瘾疹、风疹块等范畴, 《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》中曰: “邪气客于皮肤, 复逢风寒相折, 则风起瘾疹”。荨麻疹或为禀赋不受, 饮食失节; 或因平素亏虚, 复感风邪; 或因肝郁气滞, 郁而化火, 内生风邪而发病。因此治疗上常遵循疏风清热, 发散风邪的原则 [2]。现代医学多采用具有拮抗组胺作

表1 两组治疗前后临床症状评分、中医证候积分情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	瘙痒程度		风团数目		风团水肿程度		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	72	2.62±0.24	0.87±0.06 ^{ab}	2.23±0.25	0.74±0.22 ^{ab}	2.50±0.23	1.10±0.17 ^{ab}	8.77±2.49	0.74±0.28 ^{ab}
对照组	72	2.64±0.19	1.41±0.21 ^a	2.19±0.27	1.08±0.16 ^a	2.52±0.22	1.30±0.29 ^a	9.26±2.12	3.50±1.22 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,^{ab} $P < 0.05$ 。

表2 两组风热型慢性荨麻疹患者治疗前后的IgE、EOS比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IgE (IU/ml)		EOS ($\times 10^9/L$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	72	215.62±48.74	88.30±7.18 ^{ab}	0.51±0.12	0.25±0.03 ^{ab}
对照组	72	228.23±55.55	122.83±10.73 ^a	0.50±0.13	0.45±0.09 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,^{ab} $P < 0.05$ 。

用的第二代抗组胺药进行常规治疗,而症状的持续性和严重性往往与自身免疫相关,单独应用抗组胺药不能控制症状时,常联合糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗^[1、3]。长期使用糖皮质激素与免疫抑制剂有较多副作用。

荆防方为赵炳南先生治疗风热型荨麻疹的临床用方,方中荆芥穗、防风、蝉蜕、薄荷四药合用具有解表散热、透邪解毒之功;僵蚕、牛蒡子、浮萍可辅助上述四药透疹解毒、止痒;金银花、黄芩疏风清热,内泻毒邪;牡丹皮、生地黄清热凉血,泻血中郁火,正所谓治风先治血,血行风自灭;甘草调和诸药。原方为赵老主要用于风热型急性荨麻疹,同时对风热型慢性荨麻疹也具有满意的临床治疗效果^[2]。此方大量用药,即荆芥穗、防风、僵蚕、金银花、蝉衣、牛蒡子、浮萍、薄荷,而风药为李东垣继承其师张元素“药类法象”理论发展而被后世广泛应用于临床^[4]。以上药物合用,共奏辛凉透表、祛风清热、止痒之功。但风药辛散走窜,多用易耗气、伤津等,“如病去,勿再服,以诸风之药,损人元气,而益其病故也”。在临床应用中,应结合患者实际情况,适当加减,辨证论治。

IgE在免疫球蛋白中具有独特的特性,在遗传易感人群中,暴露于特定的过敏原导致机体的IgE升高,并在肥大细胞和嗜碱性粒细胞中表达^[5]。当IgE再次与特定变应原接触时可诱导肥大细胞颗粒中储存的活性介质组胺等释放,从而导致超敏反应。肥大细胞与

嗜酸性粒细胞分别介导速发相和迟发相炎症反应。目前多数研究认为IgE及EOS均是临床上常见的变态反应性指标,检测患者血清中的IgE及EOS两项指标数值的变化,可进一步获得本次两组患者的客观指标及验证荆防方的治疗疗效^[6]。本次结果显示,虽然两组的IgE及EOS的水平数值较治疗前均有所降低,但观察组的变态反应指标下降程度更加明显。

综上,本次研究发现荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹的临床疗效优于对照组,可有效改善患者临床症状,减轻疾患痛苦,具有临床价值。

参考文献:

[1] 赵辩. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:742-748.
 [2] 龚志妍,张俊麒,马戟,等. 荆防方加减对慢性荨麻疹患者嗜酸性粒细胞变化的影响[J]. 云南中医学院学报,2018,41(6):54-57.
 [3] Serra E,Campo C,Novák Z,et al.Efficacy and safety of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria and other skin diseases:an exploratory study[J].The Journal of dermatological treatment,2020,31(3):270-278.
 [4] 张真全. 风药概论[J]. 光明中医,2019,34(4):530-534.
 [5] Hans C O.Fifty years later: emerging functions of IgE antibodies in host defense,immune regulation,and allergic diseases[J].Journal of Allergy and Clinical Immunology,2016,137(6):1631-1645.
 [6] Yanase Y,Takahagi S,Hide M.Chronic spontaneous urticaria and the extrinsic coagulation system[J].Allergol Int,2018,67(2):191-194.