

〔文章编号〕 1007-0893(2020)24-0135-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.24.064

# 复方甘草酸苷及自血疗法对慢性荨麻疹的疗效

黄杰鸿

(鹤山市人民医院, 广东 鹤山 529700)

〔摘要〕 **目的:** 观察复方甘草酸苷及自血疗法治疗慢性荨麻疹的效果。**方法:** 选取鹤山市人民医院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月期间收治的 80 例慢性荨麻疹患者, 按照不同治疗方案将患者分为对照组 (40 例, 地氯雷他定治疗) 与观察组 (40 例, 联合地氯雷他定、复方甘草酸苷及自血疗法治疗), 比较两组的治疗效果。**结果:** 治疗前两组患者的  $\gamma$  干扰素 (IFN- $\gamma$ )、白细胞介素-5 (IL-5) 与免疫球蛋白 E (IgE) 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后两组患者的 IFN- $\gamma$ 、IL-5 与 IgE 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者治疗总有效率为 97.50% 高于对照组的 80.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者不良反应发生率为 15.00% 与对照组的 10.00% 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 慢性荨麻疹患者联合应用地氯雷他定、复方甘草酸苷及自血疗法治疗, 可显著提升改善机体免疫细胞功能, 缓解临床症状, 安全性较好, 其疗效优于地氯雷他定单独治疗。

〔关键词〕 慢性荨麻疹; 复方甘草酸苷; 地氯雷他定; 自血疗法

〔中图分类号〕 R 758.24 〔文献标识码〕 B

慢性荨麻疹病因复杂, 患者皮肤黏膜血管扩张, 形成瘙痒性白色或红色风团, 病程超过 6 周的荨麻疹, 被定义为慢性荨麻疹<sup>[1]</sup>。该病时起时消, 病程长, 单用抗组胺药物治疗效果有限, 近些年部分医学研究者提出, 联合复方甘草酸苷、自血疗法以提升慢性荨麻疹治疗效果<sup>[2]</sup>。本研究比较本院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月期间收治的 80 例慢性荨麻疹患者, 观察比较单一应用地氯雷他定治疗以及复方甘草酸苷联合地氯雷他定及自血疗法治疗的两组患者治疗前后免疫细胞因子水平、总有效率以及不良反应发生情况。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月期间收治的 80 例慢性荨麻疹患者, 按照不同治疗方案将患者分为对照组 (40 例, 地氯雷他定治疗) 与观察组 (40 例, 联合地氯雷他定、复方甘草酸苷及自血疗法治疗)。观察组中男 20 例, 女 20 例, 年龄 23~65 岁, 平均年龄 (43.82 ± 1.42) 岁, 病程 8~16 周, 平均病程 (12.62 ± 1.52) 周。对照组中男 22 例, 女 18 例, 年龄 21~65 岁, 平均年龄 (43.72 ± 1.41) 岁, 病程 8~15 周, 平均病程 (12.61 ± 1.55) 周。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1) 诊断标准参考《中国荨麻疹诊疗指南 (2018 版)》<sup>[3]</sup>, 患者病程均超过 6 周, 符合慢性荨麻疹临床诊断标准且患者入院治疗前 24 h 均荨麻疹发作。

(2) 均首次入院治疗且对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 参与本研究前应用抗组胺药物、激素类药物以及免疫抑制剂等其他治疗性药物患者。

(2) 对本研究用药过敏或未遵照医嘱用药的患者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 应用地氯雷他定片 (上海信立泰药业股份有限公司, 国药准字 H20020092) 治疗, 5 mg · 次<sup>-1</sup>, 口服, 1 次 · d<sup>-1</sup>。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予复方甘草酸苷胶囊 (潍坊中狮制药有限公司, 国药准字 H20080677, 每粒含甘草酸苷 25 mg、甘氨酸 25 mg、DL-蛋氨酸 25 mg) 联合自血疗法治疗, 其中地氯雷他定片用法用量同对照组; 复方甘草酸苷胶囊 2 粒 · 次<sup>-1</sup>, 口服, 3 次 · d<sup>-1</sup>; 自血疗法: 抽取患者静脉血后即刻注射于臀部肌肉内, 每次取静脉血 5 mL, 2 次 · 周<sup>-1</sup>。

两组患者持续治疗 2 周为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

### 1.4 观察指标

(1) 比较两组治疗前后免疫细胞因子 ( $\gamma$  干扰素 (interferon- $\gamma$ , IFN- $\gamma$ )、白细胞介素-5 (interleukin-5, IL-5) 以及免疫球蛋白 E (immunoglobulins E, IgE)) 水平, 均采用酶联免疫吸附法检测。(2) 参考荨麻疹四级评分法, 评估两组患者治疗 2 个疗程后的总有效率以及不良反应。荨麻疹四级评分对瘙痒程度、风团大小、风团数量以及发作持续时间等项目采取四级三分制进行评价, 0 分 (无瘙痒感、无风团), 1 分 (轻度瘙痒、不烦躁, 风团直径不足

〔收稿日期〕 2020-09-14

〔作者简介〕 黄杰鸿, 男, 副主任医师, 主要研究方向是皮肤病与性病。

0.5 cm, 风团数量在 1~6 个, 发作持续时间不足 1 h), 2 分(中度瘙痒, 尚可忍耐, 风团直径在 0.5~2.0 cm, 风团数量在 7~12 个, 发作持续时间在 1~12 h), 3 分(严重瘙痒, 难以忍受, 风团直径超过 2.0 cm, 风团数量超过 12 个, 发作持续时间超过 12 h)。若总积分减少率超过 90%, 为治愈; 若总积分减少率在 60%~89%, 为显效; 若总积分减少率在 20%~59%, 为有效; 若总积分减少率不足 20% 或者患者症状加重, 为无效。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%

### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后免疫细胞因子水平比较

治疗前两组患者的 IFN- $\gamma$ 、IL-5 与 IgE 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后两组患者的 IFN- $\gamma$  水平提高、IL-5 与 IgE 水平降低, 且观察组治疗后上述指标均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后免疫细胞因子水平比较 ( $n = 40, \bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | IFN- $\gamma$ /pg·mL <sup>-1</sup> | IL-5/pg·mL <sup>-1</sup>   | IgE/UI·mL <sup>-1</sup>    |
|-----|-----|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 4.29 ± 0.39                        | 73.49 ± 12.44              | 108.49 ± 10.22             |
|     | 治疗后 | 14.72 ± 2.85 <sup>a</sup>          | 52.85 ± 6.25 <sup>a</sup>  | 75.44 ± 8.46 <sup>a</sup>  |
| 观察组 | 治疗前 | 4.26 ± 0.21                        | 72.45 ± 10.45              | 110.47 ± 9.25              |
|     | 治疗后 | 8.23 ± 1.43 <sup>ab</sup>          | 33.46 ± 4.24 <sup>ab</sup> | 60.24 ± 7.45 <sup>ab</sup> |

与同组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$   
注: IFN- $\gamma$ — $\gamma$  干扰素; IL-5—白细胞介素-5; IgE—免疫球蛋白 E

### 2.2 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 97.50% 高于对照组的 80.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 ( $n = 40, n(\%)$ )

| 组别  | 治愈        | 显效        | 有效       | 无效       | 总有效率/%             |
|-----|-----------|-----------|----------|----------|--------------------|
| 对照组 | 10(25.00) | 14(35.00) | 8(20.00) | 8(20.00) | 80.00              |
| 观察组 | 16(40.00) | 15(37.50) | 8(20.00) | 1(2.50)  | 97.50 <sup>c</sup> |

与对照组比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$

### 2.3 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为 15.00% 与对照组的 10.00% 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较 ( $n = 40, n(\%)$ )

| 组别  | 血压下降    | 面色潮红    | 嗜睡      | 头痛      | 发生率/% |
|-----|---------|---------|---------|---------|-------|
| 对照组 | 1(2.50) | 1(2.50) | 1(2.50) | 1(2.50) | 10.00 |
| 观察组 | 2(5.00) | 2(5.00) | 1(2.50) | 1(2.50) | 15.00 |

## 3 讨论

慢性荨麻疹临床治疗首选一线治疗药物为抗组胺药, 一代抗组胺药物包括氯苯那敏、苯海拉明、多塞平以及异丙嗪等, 由于一代抗组胺药物对中枢神经系统有镇静、抗胆碱能的作用, 可诱使患者出现头晕、头痛等症状, 因此, 近些年地氯雷他定、依巴斯汀、西替利嗪等二代抗组胺药物临床应用得到了极大的推广<sup>[4-5]</sup>。

地氯雷他定给药后可作用于外周 H1 受体, 抑制中枢 H1 受体的敏感性与亲和力, 从而减少白三烯以及组胺的释放, 发挥抗变态作用, 但是单一应用该药物治疗在抗炎、抗过敏同时不能去除变应原, 全身副反应较多<sup>[6]</sup>。自血疗法治疗通过抽取自身血液, 而后重新注射至患者体内, 从而刺激机体非特异性免疫<sup>[7]</sup>。复方甘草酸苷主要成分为甘草酸苷、盐酸半胱氨酸以及甘氨酸等, 其中有效成分为甘草酸苷与盐酸半胱氨酸, 甘草酸苷可抑制花生四烯酸发生磷酸化改变, 继而影响组胺、白三烯等炎症物质的形成, 盐酸半胱氨酸可增加 IFN- $\gamma$  水平, 抑制 T 淋巴细胞活性, 防止过敏性介质释放, 降低体液免疫中 IgE 水平<sup>[6]</sup>。

本研究中显示, 治疗 4 周后, 两组患者 IFN- $\gamma$  水平明显提高, IL-5 与 IgE 水平明显降低, 且观察组患者的 IFN- $\gamma$ 、IL-5 与 IgE 水平以及总有效率均明显优于对照组, 且两组患者不良反应发生率无明显差异。提示, 在地氯雷他定基础上, 慢性荨麻疹患者联用复方甘草酸苷联合自血疗法, 可显著提升改善机体免疫细胞功能, 与单一应用地氯雷他定治疗相比不会明显增加不良反应发生率。

综上所述, 慢性荨麻疹患者应用复方甘草酸苷联合地氯雷他定及自血疗法治疗, 可显著提升改善机体免疫细胞功能, 缓解临床症状, 安全性较好, 其疗效优于地氯雷他定单独治疗。

### 〔参考文献〕

- (1) 许慧芳. 氮卓斯汀联合复方甘草酸苷阶梯递减疗法治疗慢性荨麻疹 (J). 黑龙江中医药, 2018, 47(2): 31-32.
- (2) 李兴. 奥络他定片联合复方甘草酸苷治疗慢性荨麻疹效果观察 (J). 中外医学研究, 2018, 16(26): 155-156.
- (3) 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心. 中国荨麻疹诊疗指南 (2018 版) (J). 中华皮肤科杂志, 2019, 52(1): 1-5.
- (4) 沈亚琴. 复方甘草酸苷联合左西替利嗪治疗慢性荨麻疹的效果观察 (J). 当代医药论丛, 2019, 17(8): 158-160.
- (5) 杨娟娟. 复方甘草酸苷片对慢性荨麻疹患者机体免疫功能的影响观察 (J). 现代诊断与治疗, 2019, 30(23): 4136-4137.
- (6) 霍姗姗. 依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹临床分析 (J). 中外医学研究, 2017, 15(36): 9-11.
- (7) 简峰, 漆静, 杨小英, 等. 灭善汤联合自血疗法治疗慢性荨麻疹临床研究 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(18): 2005-2008.