

4 参考文献

- 1 Si JP, Jiang H, Li YY. Correlation between effectual time and the curative effect in patients with all frequency descending sudden deafness after treatment[J]. *Am J Otolaryngol*, 2020; 41(5):102621.
- 2 段慧君. 复聪汤联合针刺中渚治疗突发性耳聋的临床观察[J]. *中国民间疗法*, 2020; 28(2):44-5.
- 3 Zhang BY, Young YH. Geriatric sudden deafness[J]. *Am J Otolaryngol*, 2021; 42(4):102985.
- 4 Deng Y, Shi J, Zhang M, et al. Clinical characteristics of cerebral hemorrhage with bilateral sudden deafness as the first symptom[J]. *Neurolog Sci*, 2020; 42(1):141-50.
- 5 Hung WC, Lin KY, Cheng PW, et al. Sudden deafness: a comparison between age groups[J]. *Inter J Audiol*, 2021; 60(11):911-6.
- 6 吴静, 张海燕, 王书谦, 等. 高压氧在突发性耳聋治疗中的应用进展[J]. *中华耳科学杂志*, 2021; 19(2):332-6.
- 7 胡熙耀, 万超. 针药联合参麦治疗突发性耳聋的临床疗效[J]. *世界中医药*, 2019; 14(7):1876-9.
- 8 Shang K, Ma X, Liu HL, et al. Acupuncture as an early treatment for idiopathic sudden sensorineural hearing loss (ISSNHL) patients with flat or high-frequency drop audiograms: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2018; 19(1):356.
- 9 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 突发性聋诊断和治疗指南(2015)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015; 50(6):443-7.
- 10 刘迪, 金永德, 侯佳宾, 等. 老年人突发性耳聋的临床特征及预后分析[J]. *中国听力语言康复科学杂志*, 2021; 19(5):357-60, 367.
- 11 王春生. 龙胆泻肝汤配合针灸治疗突发性耳聋肝胆火盛型疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2018; 27(15):1647-9.
- 12 张亚男, 郝玲, 韩梅. 突发性耳聋发病相关危险因素[J]. *中国老年学杂志*, 2021; 41(5):1022-4.
- 13 邹冬蕾, 刘鑫, 庄礼兴, 等. 庄礼兴教授针刺治疗突发性耳聋临证撷青[J]. *中医药学报*, 2021; 49(6):65-7.
- 14 赵林, 徐亚谦. 突发性耳聋患者高压氧治疗的有效性及对患者血浆 PT、APTT、sVCAM-1、ICAM-1 的影响[J]. *河北医药*, 2021; 43(23):3621-4.
- 15 衣磊, 瞿定京. 银杏叶注射液鼓室内注射联合高压氧治疗老年突发性耳聋疗效观察[J]. *海南医学*, 2020; 31(4):484-7.
- 16 孙文佳, 解光艾, 罗彬, 等. 高压氧治疗突发性耳聋的疗效及疗程选择[J]. *中华航海医学与高气压医学杂志*, 2020; (1):69-71, 78.
- 17 张志鹏, 林飞, 宋卫东, 等. 中医汤药联合针灸治疗突发性耳聋伴耳鸣眩晕的疗效观察[J]. *皖南医学院学报*, 2021; 40(4):344-7.
- 18 王艳丽, 孙淑梅, 陈维达. 针灸联合龙胆泻肝汤治疗突发性耳聋的临床研究[J]. *中国中医急症*, 2019; 28(9):1532-5.
- 19 铁玲, 亚生江·托乎提, 邹国华, 等. 针药结合治疗气滞血瘀型突发性耳聋的疗效及对血液流变学和免疫相关因子的影响[J]. *针灸临床杂志*, 2018; 34(1):19-23.
- 20 杨琴, 龚正鹏. 巴曲酶联合银杏叶提取物对老年性耳聋患者听力及血液流变学的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2020; 40(21):4594-7.

[2022-03-29 修回]

(编辑 滕欣航)

加味玉屏风散联合枸地氯雷他定治疗老年慢性荨麻疹的疗效及对患者凝血指标的影响

关吉利 陆江涛 孔珍珍 刘春保 (三亚市中医院皮肤科, 海南 三亚 572000)

〔摘要〕 目的 探讨加味玉屏风散联合枸地氯雷他定治疗老年慢性荨麻疹患者的疗效及对凝血指标的影响。方法 将 124 例老年慢性荨麻疹患者随机分为观察组(61 例)和对照组(63 例), 两组除体重和症状评分外, 其他基线资料差异有统计学意义($P < 0.05$)。结果 与匹配前相比, 匹配后观察组减少 1 例, 共 60 例, 男 35 例, 女 25 例; 对照组减少 5 例, 共 58 例, 男 33 例, 女 25 例。匹配后所有指标均衡可比($P > 0.05$)。观察组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。治疗后两组凝血指标 D-二聚体和纤维蛋白原降解产物(FDP)水平较治疗前显著下降($P < 0.05$), 且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组口干、胃肠道反应及嗜睡患者少于对照组, 恶心多于对照组, 但只有胃肠道反应结果有统计学差异($P < 0.05$)。观察组复发患者显著少于对照组($P < 0.05$)。结论 加味玉屏风散联合枸地氯雷他定片治疗老年慢性荨麻疹患者, 可以提高治疗效果, 减少复发, 调节血清中凝血因子水平且不增加不良反应发生。

〔关键词〕 加味玉屏风散; 枸地氯雷他定; 慢性荨麻疹; 凝血指标

〔中图分类号〕 R758.24 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 1005-9202(2022)22-5552-04; doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2022.22.044

荨麻疹是皮肤科的一种常见病, 其特征是皮肤黏膜上有短暂、局部性大小不等的水肿性风团, 时起时消, 并伴有严重瘙痒^[1]。如果连续 6 w 以上每天

或几乎每天都有风疹块, 这种情况被称为慢性荨麻疹。世界上有 0.5% ~ 1.0% 的人口患有慢性荨麻疹^[2]。随着城市污染的加剧和环境的恶化, 荨麻疹的发病率呈逐年上升趋势。由于其发生没有明显的模式且容易复发, 患者的健康指数和生活质量下降。传统的治疗方法包括单次使用或联合使用抗组胺药

第一作者: 关吉利(1982-), 女, 硕士, 主治医师, 主要从事中医经方治疗皮肤科常见病研究。

物^[3]。然而,这些药物只能缓解部分患者的症状,总体效果并不显著,在停药后很容易复发。因此,迫切需要寻求新的治疗策略。中医是一种已经使用2 000多年的治疗体系,至今仍在广泛使用^[4]。大量关于中医临床应用的信息,包括中草药、针灸和手疗,已经被记录在案,并在继续增加。加味玉屏风散作为一种经典的中草药免疫调节剂,已被证明有补气、固表、止汗的作用,临床上用于治疗支气管炎、哮喘、鼻炎、过敏性皮炎、慢性荨麻疹等^[5]。此前研究表明,免疫功能低下的机体更容易发生慢性荨麻疹,而黄芪和白术都能提高免疫功能^[6]。枸地氯雷他定是临床上治疗慢性荨麻疹最常用的药物之一^[7]。药理药代动力学研究表明,枸地氯雷他定溶解度高于其他二代抗组胺药,安全性更好,可能对治疗慢性荨麻疹有更好的疗效^[8]。本研究探究加味玉屏风散联合枸地氯雷他定治疗老年患者慢性荨麻疹的疗效及对凝血指标的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取三亚市中医院2018年8月至2020年8月收治的124例老年慢性荨麻疹患者。根据治疗方法随机分为观察组61例和对照组63例,观察组男36例,女25例;年龄60~75岁,平均(63.18±2.53)岁;病程(3.18±1.34)年。对照组男38例,女25例;年龄60~78岁,平均(64.45±3.86)岁;病程(4.54±1.27)年。两组除体重、症状评分外,其他基线资料比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。纳入标准:(1)根据《中华医学会临床治疗指南》诊断为慢性荨麻疹;(2)近期末服用抗组胺药和糖皮质激素药物者。排除标准:(1)严重肝肾功能障碍者;(2)血液、免疫系统疾病者。

1.2 治疗方法 观察组采用加味玉屏风散联合枸地氯雷他定治疗;对照组采用枸地氯雷他定单独治

疗。加味玉屏风散的药方为黄芪30g,白术20g,桂枝20g,防风20g,当归15g,川芎15g,陈皮15g,茯苓15g,白芍15g,甘草9g,白鲜皮15g,风团症状较多者需要再加紫草、生地黄,瘙痒症状明显者再加蛇床子、地肤子。两组疗程均为1个月。

1.3 病情严重程度 根据病情严重程度对症状进行评分,包括瘙痒、风团数量、风团大小、风团持续时间,每项评分0~3分,共12分,得分越高,临床症状越严重。

1.4 疗效指标 (1)痊愈:患者症状评分较治疗前下降 $\geq 90\%$;(2)显效:患者症状评分较治疗前下降 $\geq 60\%$ 但 $<90\%$;(3)有效:患者症状评分较治疗前下降 $\geq 20\%$ 但 $<60\%$;(4)无效:患者症状评分较治疗前下降 $<20\%$,甚至升高。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 血清学指标 凝血指标D-二聚体(D-D)和纤维蛋白原降解产物(FDP)的检测方法为:治疗前后,从患者肘部抽取静脉血5ml,室温静置半小时后,取静脉血。血液以1 500 r/min离心10 min,取上层血清进行检测。

1.6 不良反应 常见不良反应包含口干、胃肠道反应、恶心、嗜睡。

1.7 复发 治疗结束后,随访3个月,观察患者复发情况。

1.8 统计学分析 采用SPSS19.0软件进行 t 检验、 χ^2 检验。

2 结果

2.1 倾向性评分匹配结果 与匹配前相比,匹配后观察组减少1例,共60例,男35例,女25例;对照组减少5例,共58例,男33例,女25例。匹配后所有指标差异无统计学意义($P>0.05$),见表1、表2。

表1 匹配前两组基线资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄(岁)	男/女(n)	身高(cm)	体重(kg)	病程(d)	症状评分(n)		
							1~4分	5~8分	9~12分
观察组	61	63.18±2.53	36/25	165.41±3.5	75.02±2.4	3.18±1.34	37	16	8
对照组	63	64.45±3.86	38/25	167.82±4.1	73.92±2.2	4.54±1.27	38	14	11
P值		<0.001	0.883	0.001	0.304	<0.001	0.969		

表2 匹配后两组基线资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄(岁)	男/女(n)	身高(cm)	体重(kg)	病程(d)	症状评分(n)		
							1~4分	5~8分	9~12分
观察组	60	63.64±2.36	35/25	166.23±6.4	75.02±2.4	3.89±1.24	37	16	8
对照组	58	63.47±2.84	33/25	166.26±5.9	73.92±2.2	3.94±1.63	35	14	9
P值		0.725	0.875	0.979	0.304	0.851	0.972		

2.2 两组疗效比较 观察组总有效率(93.3%;痊愈34例、显效19例、有效6例、无效1例)明显高于对照组(82.8%;其中痊愈21例、显效18例、有效9例、无效10例; $P<0.001$)。其中痊愈、无效有统计学差异($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后凝血指标水平比较 治疗后两组凝血指标 D-D 和 FDP 水平较治疗前显著下降($P<0.05$);且观察组显著低于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 两组治疗前后凝血指标水平比较($\bar{x}\pm s, n=58$)

分组	时间	D-D(mg/L)	FDP(mg/L)
观察组	治疗前	0.65±0.35	8.47±2.34
	治疗后	0.24±0.15 ¹⁾²⁾	3.34±2.45 ¹⁾²⁾
对照组	治疗前	0.67±0.24	8.34±2.34
	治疗后	0.32±0.25 ¹⁾	4.34±2.34 ¹⁾

与治疗前比较:1) $P<0.05$;与对照组比较:2) $P<0.05$

2.4 两组不良反应情况对比 观察组出现口干(2例)、胃肠道反应(1例)及嗜睡(5例)例数少于对照组(4例、8例、6例),恶心(5例)例数多于对照组(4例),但只有胃肠道反应有统计学差异($P<0.05$)。

2.5 两组复发情况对比 观察组复发例数(6例)少于对照组(19例),有统计学差异($P=0.002$)。

3 讨论

荨麻疹是由各种食物、药物或其他因素刺激引起的过敏反应,进而导致皮肤黏膜小血管暂时扩张和通透性增加,发生局部水肿,皮肤上出现大小不等团块状隆起,鲜红色或苍白色,伴明显瘙痒^[9]。慢性荨麻疹是临床上常见的一种难以治愈的皮肤病,即使治愈后也经常复发。研究显示,超过50%的患者在首次诊断后10年仍患有慢性荨麻疹,其中大多数需要长期治疗^[3]。该病的病因可能与食物、药物、感染、吸入、身体、遗传、内分泌、精神等因素有关^[10]。然而,大多数患者难以确定真正的病因和诱发因素,即使确定了可能病因,也不能绝对避免复发。目前治疗方法主要是用西药控制症状,但效果非常有限。治疗荨麻疹常用的药物包括抗组胺药、环孢素和低剂量皮质类固醇。抗组胺药的副作用很可能发生,尤其是在老年人群中^[11,12]。抗组胺药具有抗胆碱能特性,可减少尿流量并导致尿潴留。其他副作用包括精神错乱、头晕、困倦、疲劳、口干等,更有可能发生于老年患者^[13]。同时,也不建议老年患者持续使用糖皮质激素,存在体重增加、高血压、骨质疏松和白内障的风险。因此,有必要确定一种新的治疗方案。中医有其不同于现代医学的潜在优

势,并被认为是西医的有效替代品。本研究以中医药为指导,发现并验证了一种不良反应少、复发率低的经典方剂,有望成为中西医结合治疗慢性荨麻疹的新方法。通过黄芪、白术、防风3种中药材的结合,玉屏风方具有活气和提高抵抗力的作用,这可能会提高患者保护自己免受外部致病影响的能力^[14]。现代药理学研究提示玉屏风散通过益气固表,增强免疫力,改善过敏体质,抑制肥大细胞释放生物活性物质,增强T细胞介导的细胞免疫效应,增加T细胞数量,改善淋巴细胞转化速度^[15]。因此,玉屏风散已广泛用于治疗过敏性皮肤病。枸地氯雷他定作用时间长,抗组胺作用强于其他同类药物,抗过敏效果更好,具有选择性胆碱溶解活性,血脑屏障穿越困难,无中枢镇静作用,患者依从性好^[16]。因此,其作为一线药物和常规抗组胺药物已广泛应用于临床。加味玉屏散结合枸地氯雷他定治疗老年慢性荨麻疹,充分利用玉屏散全面加强身体免疫力,起到双向调节的作用^[17]。

综上,加味玉屏散联合枸地氯雷他定片治疗老年慢性荨麻疹患者,可以提高治疗效果,减少复发,调节血清中凝血因子水平且不增加不良反应的发生。本研究通过增加样本量,提高了研究可信度,为临床应用提供了可靠理论依据。

4 参考文献

- 张洁. 老年荨麻疹患者血清特异性IgE和过敏原的变化及意义[J]. 中国老年学杂志, 2019;39(22):5564-6.
- 万俊芳. 通阳益气汤合桂枝汤辨证加味对慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2019;41(2):248-50.
- Kim HS, Noh G. Induction of remission in chronic urticaria by immunotherapy using immunoglobulin/histamine complex(Histobulin™): a case report[J]. Allergy Asthma Clin Immunol, 2021;17(1):116.
- Wang YM, Du L, Zhu YJ. Evidence-based therapies of Chinese medicine for chronic urticaria: where do we stand and where are we going[J]? Chin J Integr Med, 2017;23(8):566-9.
- 沈萃萃, 吕萌, 卢传坚. 玉屏风散联合抗组胺药治疗慢性荨麻疹有效性和安全性的Meta分析[J]. 重庆医学, 2018;47(13):1758-62.
- 孟胜利. 玉屏风散治疗慢性荨麻疹心得[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017;15(12):133-5.
- Wang J, Zhao Y, Yan X. Effects of desloratadine citrate disodium on serum immune function indices, inflammatory factors and chemokines in patients with chronic urticaria[J]. J Coll Physicians Surg Pak, 2019;29(3):214-7.
- Zheng DH, Yang X. Clinical observation on the therapeutic effect of desloratadine citrate disodium in the treatment of chronic urticaria and changes in IL-4, IL-18, IL-23 and IL-33 levels before and after treatment[J]. Pak J Pharm Sci, 2017;30(3(Special)):1139-42.
- Licari A, Manti S, Leonardi S, et al. Biologic drugs in chronic spontaneous urticaria[J]. Acta Biomed, 2021;92(S7):e2021527.

- 10 易红,宋玉杰,江珊,等. 补充维生素 D3 协同第二代抗组胺药物治疗慢性自发性荨麻疹的临床疗效观察和作用机制研究[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2019;35(3):144-7.
- 11 郎小青,续凤凤,郭书萍. 枸地氯雷他定联合维生素 D 滴剂治疗慢性自发性荨麻疹的疗效观察[J]. 武警医学,2020;31(7):561-4.
- 12 刘玉,龚妮妮,赵艳. 盐酸非索非那定片常规剂量和递减剂量治疗慢性自发性荨麻疹的效果比较[J]. 实用临床医药杂志,2017;21(19):203-4.
- 13 Czarnecka-Operacz M, Szulczyńska-Gabor J, Leśniewska K, et al. Acute-phase response and its biomarkers in acute and chronic urticaria [J]. Postepy Dermatol Alergol, 2018;35(4):400-7.
- 14 Shi X, Zhong X, Ding J. Adjuvant treatment with Yupingfeng formula for primary nephrotic syndrome in children: a prisma systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Medicine (Baltimore), 2018;97(29):e11598.
- 15 李雪嫣,张李峰,程卫东,等. 玉屏风散口服液和复芪止汗颗粒对免疫抑制小鼠的影响[J]. 中药药理与临床,2013;21(6):17-20.
- 16 Yuan X, Ghosh A, Jie Q, et al. Effects of desloratadine citrate disodium injection on rat models of ovalbumin-induced allergic rhinitis; involvement of T-cell responses modulation [J]. Int Forum Allergy Rhinol, 2015;5(12):1170-6.
- 17 张鑫,刘淑英,李自莲. 加味玉屏风散联合枸地氯雷他定片对慢性荨麻疹的疗效[J]. 河南医学研究,2021;30(17):3206-8.

[2022-04-11 修回]

(编辑 滕欣航)

中性粒细胞 CD64 指数、CRP 和 PCT 联合检测评估老年脓毒症患者预后的临床价值

周杰 刘成产 杜盼盼 丁莉 (安徽皖北煤电集团总医院重症医学科,安徽 宿州 23400)

〔摘要〕 目的 探讨中性粒细胞 CD64 指数、C-反应蛋白(CRP)和降钙素原(PCT)联合检测在评估老年脓毒症患者预后的临床价值。方法 选取 82 例脓毒症老年患者,根据入组 28 d 预后分为生存组(52 例)和死亡组(30 例),比较不同时间(入组 1、4、7 d)两组的 CD64 指数、PCT、CRP 水平,采用受试者工作特征(ROC)曲线分析 CD64 指数、PCT、CRP 水平对脓毒症老年患者的预后评估价值,采用 Spearman 法分析死亡组 CD64 指数与 PCT、CRP 水平的相关性。结果 死亡组 APACHE II 评分高于生存组,差异有统计学意义($P < 0.05$);死亡组入组 4 d、7 d 时血清 PCT、CRP 水平及中性粒细胞 CD64 指数均明显高于生存组($P < 0.05$);入组 7 d 时 CD64 指数联合 PCT、CRP 评估脓毒症老年患者预后的曲线下面积(AUC)为 0.907(95% CI: 0.823 ~ 0.960),明显高于单一评估($P < 0.05$);死亡组血清 PCT、CRP 水平与中性粒细胞 CD64 指数均呈正相关($P < 0.05$)。结论 PCT、CRP 与中性粒细胞 CD64 指数可有效评估脓毒症老年患者预后,联合可提高评估效能。

〔关键词〕 中性粒细胞 CD64 指数;C-反应蛋白;降钙素原;脓毒症;预后

〔中图分类号〕 R459.7 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 1005-9202(2022)22-5555-03;doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2022.22.045

随着国内老龄化问题日趋严重,加上老年群体身体功能衰退,抵抗力较弱,致使老年患者也逐渐增多^[1]。目前关于脓毒症的最新定义是指机体对感染反应失调造成危及生命的器官功能性障碍^[2]。临床表型复杂,病死率较高。据近年来研究数据统计^[3],全球脓毒症患者死亡人数高达 530 万,而我国脓毒症死亡人数约 100 万。同时脓毒症治疗费用高昂,给患者带来较为沉重的医疗负担,因此提高该疾病的预防诊治水平,是目前医学界亟待解决的首要任务。中性粒细胞是人体抵抗感染侵袭的细胞,其数目减少极大增加感染的风险,CD64 是免疫球蛋白 G 的受体之一,其表达与感染高度相关,被认为是感染性脓毒症的诊断指标^[4];近些年新推出应用较广的诊断指标降钙素原(PCT),在肺炎病情、疗效评估

方面扮演重要角色;C-反应蛋白(CRP)是一种急性反应蛋白,亦可较好鉴别细菌、病毒感染,二者均被认为可有效诊断脓毒症^[5,6]。目前 CD64 是新兴指标,已有不少关于脓毒症诊断的相关研究^[7],其对于预后的评估价值仍在探索阶段。本文通过分析 CD64 指数、CRP 联合 PCT 对老年脓毒症患者预后的评估价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月于安徽皖北煤电集团总医院收治的 82 例脓毒症老年患者,根据 28 d 预后情况将患者分为生存组(52 例)和死亡组(30 例)。收集入组对象的一般资料和实验室分析指标,包括年龄、性别、体重指数、感染部位、白细胞计数及急性生理及慢性健康评分系统(APACHE II)评分等。纳入标准:①符合临床对脓毒症的最新诊断标准^[8];②年龄>60 岁;③患者或家属对研究了

通信作者:刘成产(1964-),男,副主任医师,主要从事重症医学研究。
第一作者:周杰(1982-),男,副主任医师,主要从事重症医学研究。