

期疗效:按下列公式计算症状和体征改善的百分率,症状和体征改善率 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 × 100%。改善率 > 51% 为显效,50% ~ 21% 为有效, < 20% 为无效。

4 统计学方法 计数资料采用 *Ridit* 分析,计量资料采用单因素方差分析。

结 果

1 3 组疗效比较(表 1) 观察组与对照组的总有效率均明显优于安慰剂组($P < 0.01$),而观察组与对照组比较,观察组明显优于对照组($P < 0.01$)。

表 1 3 组疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察	43	24	16	3	93.02 ^{*△}
对照	43	11	17	15	65.12 [*]
安慰剂	43	0	3	40	6.98

注:与安慰剂组比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[△] $P < 0.01$

2 3 组治疗前后 sIgE 比较 治疗后观察组的 sIgE 水平为 (1.34 ± 3.72) ku/L,较治疗前 $[(16.85 \pm 21.05)$ ku/L] 明显下降($P < 0.05$),与对照组 $[(12.53 \pm 18.68)$ ku/L]、安慰剂组 $[(17.52 \pm 20.81)$ ku/L] 比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

讨 论 常年性变态反应性鼻炎是特应性个体接触致敏原后通过介质释放、并有多种免疫活性细胞和细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病。这类病例大多数是由 IgE 介导的^[2]。观察研究表明,过敏性鼻炎口服液能使 AR 患者的 sIgE 水平在治疗后明显降低,显示了过敏性鼻炎口服液对常年性变态反应性鼻炎病理过程的治疗作用,同时也提示 sIgE 的检测对于 AR 的诊断及治疗是有价值的,sIgE 升高是 AR 的中心环节,对变应原的确定及追踪观察病情的变化和疗效的判断也是非常有意义的。

常年性变应性鼻炎属中医学“鼻鼈”范畴,多责之于脾。本研究针对常年性变应性鼻炎脾肺两虚,营

卫失调这一病因病机,进行脾肺同治,标本兼治。过敏性鼻炎口服液由桂枝汤和玉屏风散两大古方加味而制成。桂枝汤刚柔相济,开阖相佐,不仅能调和营卫,解肌祛邪,又能调理脾胃,调和气血阴阳。玉屏风散是足太阳、手、足太阴之药,黄芪大补脾肺之气,实卫固表;白术健脾益气,助黄芪以加强益气固表之功,二药合用,使气旺表实,邪不易侵犯,更配以防风走表祛风并御风寒;且黄芪得防风,固表而不留邪;防风得黄芪,祛邪而不伤正,此谓补中有散,散中有补也。桂枝汤合玉屏风散共奏外调营卫固表,内和脾胃补肺之功,使肺脾得补,卫表得固,方中山药、茯苓、炒扁豆更添补脾益气之效,辛黄花、苍耳子则能散风通窍。全方针对常年性变态反应性鼻炎脾肺两虚的根本病因病机,治病求之于本,以扶正为主,祛邪为辅,以健脾补肺益气为主,佐以散邪通窍,从根本上治疗本虚标实的鼻鼈。

参 考 文 献

- [1] 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科分会. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004,兰州)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40 (3): 166-167.
Editorial Board of Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Chinese Otorhinolaryngology Society of Chinese Medical Association. Diagnostic and treatment principle for allergic rhinitis and a recommended scheme (2004, Lanzhou) [J]. Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2005, 40 (3): 166-167.
- [2] 王德云. 应重视对变应性鼻炎的研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40 (3): 163.
Wang DY. Importance in research of allergic rhinitis [J]. Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2005, 40 (3): 163.

(收稿:2008-05-26 修回:2009-08-24)

润燥方辅助治疗原发性干燥综合征 30 例临床观察

郑红霞 陶筱娟 于健宁

原发性干燥综合征(primary sjogren's syndrome, PSS)是一种以侵犯外分泌腺,尤其是唾液腺及泪腺为主的慢性自身免疫性疾病,临床以口眼干燥为常见症状,也可伴有关节疼痛及内脏损害,不但严重影响患者

生活质量而且可危及生命。本病属中医学“燥痹”范畴。目前该病尚无根治的办法,主要是对症治疗,糖皮质激素和免疫抑制剂的使用取得了一定疗效,但同时也带来了一定的不良反应。我们自拟中药汤剂润燥方治疗该病,取得一定的临床效果,现报告如下。

作者单位:浙江省中西医结合医院风湿免疫科(杭州 310003)

通讯作者:郑红霞, Tel:13588458857, E-mail:zhx7854@163.com

资料与方法

1 临床资料 60 例均为 2006 年 1 月—2008 年 1 月本院风湿免疫科就诊患者,根据干燥综合征国际分类(诊断)标准(2002 年修订)^[1]初次诊断为 PSS,均为女性,年龄 30~35 岁。按随机数字表法将患者分为单纯使用西药治疗的对照组(简称对照组)和联合服用中药汤剂润燥方的治疗组(简称治疗组),每组各 30 例。对照组平均年龄(38.2±14.1)岁;病程 3 个月~1 年 5 例,1~5 年 18 例,5~10 年 6 例,10~30 年 1 例。治疗组平均年龄(37.7±15.4)岁;病程 3 个月~1 年 4 例,1~5 年 15 例,5~10 年 9 例,10~30 年 2 例。两组平均年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法 两组患者西医治疗方案相同,首先均对症处理,眼干用玻璃酸钠滴眼液(5 mL/支,参天制药株式会社生产)滴眼,每次 0.2 mL,6 次/日,口干适当饮水,关节痛者间断口服非甾体抗炎药乐松片(60 mg/片,上海三共制药有限公司生产),每次 60 mg,3 次/日。若合并有脏器损伤、白细胞降低、血清球蛋白明显升高等均使用糖皮质激素,口服泼尼松片(5 mg/片,四川省成都市制药十厂生产),每日 0.25 mg/kg,或同时口服甲氨蝶呤片(2.5 mg/片,上海医药有限公司信谊制药总厂生产)7.5~10 mg,每周 1 次。

治疗组同时口服中药汤剂润燥方(组成:熟地 30 g 天冬 15 g 麦冬 15 g 玉竹 30 g 五味子 10 g 白薇 6 g 柴胡 6 g 枸杞子 15 g 菊花 10 g 白芍 15 g 当归 15 g 石菖蒲 6 g),每日 1 剂,由本院制剂室统一煎制成 400 mL,每次 200 mL,2 次/日,两组治疗时间均为 3 个月。

3 观察项目及检测方法 (1)观察治疗前后主要症状如眼干、口干、口渴、咳嗽、心烦、关节疼痛等程度改善情况:按症状无、轻度、中度、重度分别记以 0、1、2、3 分,计算各指标的改善百分率=(治疗前积分值-治疗后积分值)/治疗前积分值×100%。将各项指标的改善百分率相加求均值总改善百分率,对疗效进行综合评估。无效:临床症状、体征及实验室指标改善<30%;改善:临床症状、体征及实验室指标改善 30%~49%;进步:临床症状、体征及实验室指标改善

50%~75%;明显进步:临床症状、体征及实验室指标改善>75%;总有效率=(改善+进步+明显进步)例数/总例数×100%^[2]。(2)检测治疗前后血清球蛋白(GIB)、C 反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF):均由本院检验科常规检测。滤纸试验(Schirmer 试验):用 5 mm×35 mm 滤纸 1 片,距一端 5 mm 处水平折叠,将此端放入下眼睑中外 1/3 处的结膜囊中,闭目 5 min 后取下滤纸,自折叠处测量滤纸湿润长度,<10 mm 为阳性^[3]。唾液流率测定:采用非刺激性唾液流量测定法,患者静坐,吸取其 10 min 内的口腔唾液,离心沉淀去渣,记其平均每分钟的唾液量,即为唾液流率^[4],≥0.6 mL/min 为正常。(3)不良反应:根据出现的胃肠道不适,肝损害,骨髓抑制不良反应情况程度不同分为轻度、中度、重度三类。轻度:无需特别处理,在继续治疗的数天内即消失;中度:影响患者的部分日常生活,经适当休息及处理能消失,不影响治疗;重度:需要中止治疗并进行针对性处理。

4 统计学方法 应用 SPSS 11.5 软件进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

结果

1 两组疗效比较 经 3 个月治疗后,治疗组 30 例中,明显进步 17 例,进步 4 例,改善 4 例,无效 5 例;对照组 30 例中,明显进步 3 例,进步 6 例,改善 14 例,无效 7 例。治疗组和对对照组总有效率分别为 83.3%、76.7%,差异无统计学意义($\chi^2=0.418, P>0.05$)。但治疗组进步加明显进步率为 70%(21/30),而对对照组为 30%(9/30),两者比较,差异有统计学意义($\chi^2=9.874, P<0.01$)。

2 两组治疗前后 GIB、CRP、RF、Schirmer 试验及唾液流率比较(表 1) 治疗后两组 GIB、CRP、RF 较治疗前均有改善,差异有统计学意义($P<0.05$),其中对照组 Schirmer 试验和唾液流率与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组治疗后 Schirmer 试验和唾液流率与对照组比较有明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 不良反应 治疗组 4 例出现不良反应,其中恶心 1 例、胃痛 3 例,发生率为 13.3%(4/30),全为轻度不良反应。对照组 11 例出现不良反应,其中胃痛 6

表 1 两组治疗前后 GIB、CRP、RF、Schirmer 试验及唾液流率比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	GIB(g/L)	CRP(mg/L)	RF(IU/mL)	Schirmer 试验(mm)	唾液流率(mL/min)
治疗	30	治疗前	46.51±19.32	21.15±12.88	316.98±121.52	3.75±1.49	0.28±0.09
		治疗后	32.57±14.91*	10.75±5.82*	84.32±34.68*	9.52±4.38* ^Δ	1.94±0.78* ^Δ
对照	30	治疗前	50.12±22.58	23.53±11.56	286.04±104.21	4.39±2.17	0.31±0.11
		治疗后	34.84±14.66*	11.39±4.67*	93.51±42.33*	5.81±2.64	0.47±0.21

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^Δ $P<0.05$

例、腹泻 2 例、谷丙转氨酶升高 2 例、血白细胞降低 1 例,发生率为 36.7% (11/30),其中轻度 26.7% (8/30),中度 10% (3/30),两组不良反应发生率经 χ^2 检验,差异有统计学意义($\chi^2=4.490, P<0.05$)。

讨 论 PSS 属中医学“燥痹”范畴。燥痹分为外燥、内燥,由于脏腑经脉气血阴阳失调,损伤阴液,或津液运化失常,导致人体津液亏少,清窍失于濡润,肌肉关节失于滋养而产生燥痹。燥痹病位主要在于肺、肝、肾、胃,肺燥则咳、肝燥则筋软目涩、胃燥则口干渴,肾阴亏虚则五脏六腑皆燥。且燥久必伤阴血,阴伤必生内热。因女性以阴为本,燥易伤阴;女子易见情志失调,肝郁化火而伤阴血,阴血亏虚不能养肝,可见肝阳上亢之证,故本病中年女性多发。

根据燥痹病变特点我们主张滋阴润燥贯穿疾病治疗始终,兼顾疏肝清热养血,组润燥方治疗本病,方中熟地、天冬、麦冬、玉竹、五味子、白薇通补肺、胃、肾三脏之阴。柴胡、枸杞子、菊花疏肝清热明目。白芍、当归养血而补肝阴,使方补而不燥。石菖蒲宣气除痰开窍,益心舒肝,使方宣导而不生滞。由于长期糖皮质激素的使用,使患者易表现为手足心热、乏力、口干等进一步阴虚内热之象,而且糖皮质激素和免疫抑制的联合使用加重了患者胃肠道不适、肝损害等不良反应,由于润燥方中有滋阴降火、疏肝清热、养胃生津的作用特

点,分析可能是降低患者不良反应事件发生的主要原因。

参 考 文 献

- [1] Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, et al. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American European Consensus Group[J]. Ann Rheum Dis, 2002, 61:554-558.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:4.
Zheng XY, ed. Guiding principle of clinical research on new drugs of traditional Chinese medicine (trial)[S]. Beijing: China Medic-Pharmaceutical Sciences and Technology Publishing House, 2002:4.
- [3] 蒋明, Davdiyu, 林孝义, 主编. 中华风湿病学[M]. 北京:华夏出版社, 2004:841-851.
Jiang M, Davdiyu, Lin XY, ed. China rheumatology[M]. Beijing: Huaxia Publishing House, 2004:841-851.
- [4] 唐福林. 风湿免疫科医师效率手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2001:35.
Tang FL. The efficiency manual of rheumatic immunologists[M]. Beijing: Peking Union Medical College Press, 2001:35.

(收稿:2009-05-15 修回:2009-08-25)

养阴清热汤联合蓝科肤宁治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察

胡 燕 魏 聆 戴迅毅 韩燕燕 秦志群

糖皮质激素在皮肤科应用广泛,但长期不规范地应用于面部,可发生皮肤萎缩、毛细血管扩张、多毛等不良反应,导致糖皮质激素依赖性皮炎(简称激素依赖性皮炎)。笔者于 2008 年 1—12 月应用养阴清热汤内服联合蓝科肤宁外敷治疗 76 例面部激素依赖性皮炎,获得了较好疗效,现总结如下。

资料与方法

1 临床资料 152 例均为本院皮肤科门诊患者,符合激素依赖性皮炎的诊断标准^[1]:(1)局部外用激素 ≥ 1 个月;(2)皮损对激素依赖:停用激素后 2~10 天原有疾病或皮损复发或加重;(3)主观症状:局部灼热、瘙痒、疼痛、干燥、脱屑和紧张感;(4)客观体征:局部微血管扩张、红斑或潮红、水肿、丘疹、脓疱或痤疮、

色素沉着或皮肤萎缩。患者同时具备(1)和(2),并加上(3)或(4)均可纳入观察。排除不能遵医嘱用药者;对治疗药物过敏者;有出血倾向者;妊娠或哺乳期妇女;伴有严重的系统性疾病者。152 例患者中原发病为颜面再发性皮炎 61 例,脂溢性皮炎 24 例,酒渣鼻 14 例,黄褐斑 12 例,接触性皮炎 10 例,湿疹 8 例,痤疮 7 例,特应性皮炎 6 例,神经性皮炎 5 例,美容换肤 5 例。135 例患者外用过地塞米松、醋酸氟轻松、丙酸氯倍他索、复方曲安奈德、哈西奈德等糖皮质激素药膏,17 例患者外用过含有糖皮质激素成分的祛斑产品和(或)美白换肤产品。将患者分为两组,治疗组 76 例,男 13 例,女 63 例;年龄 17~61 岁,平均(35.82 $\pm$ 11.52)岁;病程 1 个月~12 年,平均(13.95 $\pm$ 23.32)个月;治疗前症状体征积分(评分标准按四级评分法^[2]进行:0 分为无,1 分为轻度,2 分为中度,3 分为重度)9~20 分,平均(12.49 $\pm$ 2.28)分;对照组 76 例,男 11 例,女 65 例;年龄 18~62 岁,平均(36.53 $\pm$ 9.75)

作者单位:江苏省无锡市第二人民医院皮肤科(江苏 214002)

通讯作者:胡 燕, Tel: 0510-88842185, E-mail: huhu884@yahoo.com.cn