

· 临床研究 ·

依匹斯汀联合转移因子治疗慢性荨麻疹疗效观察

熊心猜, 丁小洁, 邓利丽, 陈 燕, 徐国林

(川北医学院附属医院皮肤科, 四川南充, 637000)

摘要:目的 观察依匹斯汀联合转移因子治疗慢性荨麻疹的疗效。方法 将 200 例慢性荨麻疹患者随机分为两组, 治疗组 102 例, 对照组 98 例。两组均口服依匹斯汀 20 mg, 每天 1 次, 同时治疗组联合口服转移因子 6 mg, 每天 2 次, 两组疗程均为 4 周。**结果** 治疗结束后, 治疗组有效率为 61.76%, 对照组有效率为 37.76%, 两组疗效比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 依匹斯汀联合转移因子治疗慢性荨麻疹安全有效, 其疗效优于单用依匹斯汀治疗。

关键词: 荨麻疹; 慢性病; 依匹斯汀; 转移因子

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2010.23.030

中图分类号: R758.24; R979.5

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)23-3223-01

Clinical observation on the effect of co-treatment with epinastine and transfer factor on chronic urticaria

XIONG Xin-cai, DING Xiao-jie, DENG Li-li, et al.

(Department of Dermatology, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Sichuan 637000, China)

Abstract: Objective To observe the efficacy of epinastine combined with transfer factor in the treatment of chronic urticaria. **Methods** 200 cases with chronic urticaria were divided into two groups randomly. Patients in the treatment group and the control group were given epinastine 20 mg once daily for 4 weeks. At the same time, the patients in the treatment group were given transfer factor 6 mg twice daily. **Results** At the end of treatment, the response rates were 61.76% and 37.76% respectively. There was significant difference between the treatment group and the control group. **Conclusion** Epinastine combined with transfer factor is more effective than epinastine alone in the treatment of chronic urticaria.

Key words: urticaria; chronic disease; epinastine; transfer factor

慢性荨麻疹是临床常见难治皮肤病之一, 多数患者病因不清, 皮损反复发生, 常持续数月甚至数年, 临床上很难单用抗组胺药控制, 治疗十分棘手。作者应用依匹斯汀联合转移因子治疗慢性荨麻疹患者, 取得了较好疗效, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 200 例慢性荨麻疹患者为本科 2009 年 5 月至 2010 年 5 月门诊患者。具有典型临床表现, 病程超过 6 周。其中男 126 例, 女 74 例, 年龄 15~67 岁, 平均 41.2 岁; 病程 2 个月至 5 年, 平均 8.2 个月。200 例患者治疗前 1 个月内未服用糖皮质激素及其他免疫调节剂, 1 周内未使用过大环类脂类抗生素及三环类抗真菌药, 无严重心、肺、肾等系统性疾病, 未处于妊娠或哺乳期。

1.2 治疗方法 根据抛硬币法将 200 例患者随机分为两组, 治疗组 102 例, 对照组 98 例, 两组性别、年龄和病程均无统计学差异。两组均口服依匹斯汀 20 mg, 每天 1 次, 治疗组同时服用转移因子 6 mg, 每天 2 次, 疗程 4 周。于治疗前、治疗 4 周后分别记录患者的症状和体征。

1.3 评分标准 按 4 级评分方法(0~3 分)记录患者瘙痒、风团数量和风团红晕大小, 各项指标的分值相加为总分。(1)瘙痒: 0 分为无瘙痒; 1 分为轻度瘙痒; 2 分为中度瘙痒, 尚能忍受; 3 分为重度瘙痒, 不能忍受。(2)风团数量: 0 分为无风团; 1 分为风团 1~10 个; 2 分为风团 11~20 个; 3 分为风团超过 20 个。(3)风团及红晕大小: 0 分为无风团红晕; 1 分为风团红晕直径小于 1.5 cm; 2 分为风团红晕直径为 1.5~2.5 cm; 3 分为风团红晕直径大于 2.5 cm。

1.4 疗效评判标准 疗效按症状体征积分下降指数(SSRI)

分为痊愈、显效、好转、无效 4 级。SSRI = (治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分 × 100%。痊愈为 SSRI ≥ 90%, 显效为 60% ≤ SSRI < 90%, 好转为 20% ≤ SSRI < 60%, 无效为 SSRI < 20%。痊愈加显效计为有效。

1.5 统计学处理 应用 SPSS11.0 软件进行统计学数据分析。采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗结果 治疗 4 周后两组疗效比较, 见表 1。两组疗效比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 14.687, P < 0.05$)。

表 1 治疗 4 周后两组疗效比较[n(%)]

组别	痊愈	显效	好转	无效
治疗组	35(34.31)	28(27.45)	21(20.59)	18(17.65)
对照组	14(14.29)	23(23.47)	37(37.75)	24(24.49)

2.2 不良反应 在治疗期间治疗组有 4 例患者出现嗜睡、头昏, 对照组有 3 例患者出现嗜睡、头昏, 未见其他不良反应。

3 讨论

虽然慢性荨麻疹的病因不明, 但发病的主要机制是各种原因导致组胺释放引起, 白三烯、5-羟色胺、前列腺素、缓激肽、血小板活化因子等也参与了发病, 同时该病还与免疫有关, 尤其是 Th1/Th2 的不平衡。因此, 治疗慢性荨麻疹在未明确病因时除抗组胺外, 还需要抑制或拮抗这些化学递质、调节免疫功能。部分慢性荨麻疹患者会出现心理健康障碍, 给予心理干预可提高疗效^[1]。依巴斯汀、咪唑斯汀、依匹斯汀、司他斯汀单用或联合其他药物治疗慢性荨麻疹有效^[2-8]。(下转第 3230 页)

2 结 果

2.1 治疗结果 98 例患者经过 1~3 次调 Q 开关 Nd:YAG 治疗雀斑,痊愈率为 51.0%,有效率为 92.8%,结果见表 1。

表 1 调 Q 开关 Nd:YAG 治疗雀斑 98 例
临床疗效观察[n(%)]

治疗次数	n	痊愈	显效	无效	总有效率
1	73	30(41.1)	37(50.7)	6(8.2)	67(91.8)
2	19	15(78.9)	3(15.8)	1(5.3)	18(94.7)
3	6	5(83.3)	1(16.7)	0(0.0)	6(100.0)
合计	98	50(51.0)	41(41.8)	7(7.2)	91(92.8)

2.2 不良反应 患者治疗时均有轻度的灼痛感,并有红肿,大部分患者能承受,经冷敷 20~30 min 后肿胀消失,红斑于 24 h 内均消失。结痂一般于 1 周左右掉落。有 2 例患者治疗后出现色素沉着,均为雀斑伴有黄褐斑患者,1 个月后可无明显消退,给予维生素 C 片和复方丹参片治疗 3 个月后退。所有患者均无感染及瘢痕发生。

3 讨 论

雀斑是常见于面部的一种褐色点状色素沉着斑,日晒可促发和加重本病。有遗传倾向,以常染色体显性遗传为特征。其病理组织为雀斑处表皮基底层黑素增加而黑素细胞数目正常,与邻近正常表皮黑色细胞相比,其形态变大,树枝突增多、变长,具有更多的完全黑化的黑素体且呈棒状,似黑种人的黑素细胞,而表皮没有变化^[4]。双波长多脉冲调 Q Nd:YAG MLB-200 型激光治疗仪采用先进的激光 Q 开关技术和激光倍频转换技术,将激光能量在很短的时间内释放出来,形成能量密度很高的巨脉冲,有效穿透表皮到达真皮层的色素团,有目的、有

选择地破坏皮损部位的色素细胞,将色素组织瞬间“爆破”后形成碎片,被人体吞噬细胞吸收,经淋巴系统代谢排出体外,被清除色素颗粒的细胞可很快恢复。由于黑色素细胞对 532 nm 激光吸收较强,加之生物组织对该波长的散射,将 532 nm 激光的能量将被局限在皮肤的表皮层,修复后均无瘢痕形成^[5]。极少部分治疗无效患者可能是因为其皮肤本身对激光的敏感性较差所致。通过本组临床疗效观察表明,双波长多脉冲调 Q 开关 Nd:YAG 治疗雀斑,总体来讲疗效良好,不留疤痕,安全性高,不良反应小,恢复快,是治疗雀斑的临床首选。

参考文献:

- [1] Motokawa T, Kato T, Hashimoto Y. Effect of Va192Met and Arg163Gln variants of the MC1R gene on freckles and solar lentigines in Japanese[J]. *Pigment Cell Res*, 2007, 20:140.
- [2] Chan H. Effective and safe use of lasers, light sources, and radiofrequency devices in the clinical management of Asian patients with Selected dermatoses[J]. *Lasers Surg Med*, 2005, 37:179.
- [3] 高天文, 孙文潮. 美容激光医学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004:203.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学出版社, 2010:1234.
- [5] 杨啸宇. 国产 Q 开关 Nd:YAG 激光治疗色素增加性疾病[J]. *中国美容医学*, 2006, 15(1):77.

(收稿日期:2010-06-21 修回日期:2010-07-22)

(上接第 3223 页)

依匹斯汀兼有抗组胺以及抗白三烯、5-羟色胺、前列腺素、缓激肽、血小板活化因子的作用,可用于慢性荨麻疹的治疗。口服后 1.9 h 达血药峰浓度,血浆浓度消除半衰期为 9.2 h,起效快,持续时间长,每天只须使用 1 次即可。转移因子具有广泛的免疫学调节活性,一方面可诱导免疫细胞活化,增强机体非特异性免疫能力;另一方面能够激发产生特异性免疫。本实验采用依匹斯汀联合转移因子治疗慢性荨麻疹患者,其疗效明显优于单用依匹斯汀治疗,其差异有统计学意义。也有研究报道抗组胺药联合卡介菌多糖核酸或康体多治疗慢性荨麻疹疗效优于单用抗组胺药物治疗^[8-10]。提示在治疗慢性荨麻疹时,除了抗组胺药物外,加用免疫调节剂可提高疗效。在治疗过程中发现少数患者出现嗜睡、头昏等不良反应,因此对于驾驶、高空作业等特殊职业人员不宜使用依匹斯汀。

参考文献:

- [1] 慈超, 刘雯蓓, 王军, 等. 慢性荨麻疹患者心理健康状况调查及心理干预对慢性荨麻疹疗效的影响[J]. *安徽医药*, 2010, 14(7):792.
- [2] 祝林, 龙力, 段永建. 依匹斯汀治疗慢性荨麻疹临床疗效观察[J]. *海南医学*, 2008, 19(9):3.

- [3] 徐义华, 周秀红, 吕和坤, 等. 依匹斯汀治疗慢性特发性荨麻疹疗效观察[J]. *中华皮肤科杂志*, 2007, 40(2):127.
- [4] 叶辉胜, 蔡洁莹, 高金莲. 咪唑斯汀(皿治林)治疗 45 例慢性荨麻疹临床观察[J]. *海南医学*, 2008, 19(9):57.
- [5] 蒙秉新, 孙达成, 叶筱燕, 等. 皿治林治疗慢性特发性荨麻疹效果观察[J]. *海南医学*, 2002, 13(5):41.
- [6] 邹循辉, 宗国勇, 石丽君. 咪唑斯汀联合曲尼司特治疗慢性荨麻疹的临床研究[J]. *海南医学*, 2008, 19(4):74.
- [7] 朱清, 谢忠诚, 鲁静. 中药口服联合盐酸司他斯汀治疗慢性荨麻疹 89 例疗效观察[J]. *检验医学与临床*, 2009, 6(4):301.
- [8] 冉从容. 依匹斯汀联合卡介菌多糖核酸治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]. *湖南中医药大学学报*, 2010, 30(2):35.
- [9] 昂正斌. 地氯雷他定联合雷尼替丁与卡介菌多糖核酸治疗慢性荨麻疹 110 例疗效观察[J]. *安徽医药*, 2008, 12(10):966.
- [10] 吴波, 陈涛, 雷雯雯, 等. 康体多注射液治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]. *海南医学*, 2006, 17(10):56.

(收稿日期:2010-06-18 修回日期:2010-07-25)