

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2021.20.016
文章编号: 1005-8982 (2021) 20-0086-05

临床研究·论著

青紫合剂联合常规西医治疗过敏性紫癜的疗效分析

任彦林, 鱼天英, 王赖儿

(榆林市中医医院 陕西 榆林 719000)

摘要: **目的** 观察青紫合剂联合常规西医治疗过敏性紫癜(HSP)的疗效。**方法** 选取2017年3月—2019年2月榆林市中医医院收治的140例HSP患儿。采用随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组70例。对照组予以常规西医治疗, 治疗组在对照组基础上加用青紫合剂, 两组均连续治疗14 d。观察两组临床疗效、各临床症状消失时间, 以及治疗前后测定HSP患儿血常规、凝血功能、C反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率(ESR)及免疫功能等, 记录不良反应发生情况。**结果** 治疗组患儿治疗后总有效率高于对照组(88.57% VS 77.14%)($P < 0.05$); 而皮疹消退时间、腹痛消失时间、消化道症状缓解时间及关节症状缓解时间短于对照组($P < 0.05$)。治疗组患儿治疗后ESR、免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、白细胞计数、血小板、D-二聚体及CRP均低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 青紫合剂联合西医治疗HSP患儿疗效确切, 能够有效改善患儿临床症状及实验室指标。

关键词: 过敏性紫癜; 儿童; 治疗结果; 疗效比较研究

中图分类号: R725.4

文献标识码: A

Curative effect of Qingzi Mixture combined with routine western medicine on Henoch-Schonlein purpura

Yan-lin Ren, Tian-ying Yu, Lai-er Wang

(Yulin Traditional Chinese Medicine Hospital, Yulin, Shaanxi 719000, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect of Qingzi Mixture combined with routine western medicine on Henoch-Schonlein purpura (HSP). **Methods** A total of 140 children with HSP who were admitted to our hospital from March 2017 to February 2019 were enrolled. They were divided into treatment group and control group by random number table method, with 70 cases in each group. The control group was given routine western medicine alone, while the treatment group was given Qingzi Mixture on the basis of control group. The two groups were continuously treated for 14 d. The clinical curative effect and time to symptom disappearance in both groups were observed. The blood routine, coagulation function, C-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR) and immune function of children with HSP were measured before and after treatment. The occurrence of adverse reactions was recorded. **Results** The total response rate of treatment group was higher than that of control group (88.57% vs. 77.14%) ($P < 0.05$), while the time to disappearance of skin rash and abdominal pain and the time to remission of digestive and articular manifestations in treatment group were shorter than those in control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of ESR, IgA, IgG, WBC, PLT, D-dimer and CRP in treatment group were lower than those in control group ($P < 0.05$). **Conclusions** Qingzi Mixture combined with western medicine is effective for the treatment of HSP in children by improving clinical symptoms and relevant laboratory indicators.

收稿日期: 2021-04-23

[通信作者] 王赖儿, E-mail: 562719919@qq.com

Keywords: Henoch-Schonlein purpura; children; outcome; curative effect

过敏性紫癜(henoch-schonlein purpura, HSP)又名自限性急性出血症,是一种累及毛细血管的过敏性血管炎^[1],以儿童、青少年为主,常伴随发热、腹痛、关节痛及皮肤紫癜等症状^[2]。HSP治疗不及时,易导致患儿肾功能衰竭,且该病常出现病情反复,对患儿身体造成极大的伤害^[3]。目前,HSP的治疗通常采用抗过敏、抗炎及免疫抑制对症药物^[4],尽管上述药物疗效较好,但不少患儿会产生严重不良反应。鉴于此,寻找一种适合HSP患儿的治疗方案显得尤为重要。青紫合剂药物组成主要为青黛、紫草、白芷、丹参及寒水石等,尽管已有研究显示,青紫合剂可用于治疗临床各类型HSP,疗效确切^[5],但其报道较少。本研究分析青紫合剂联合常规西医治疗HSP的临床疗效,以及对患儿实验室指标、不良反应的影响,旨在探讨青紫合剂联合常规西医治疗方法对HSP患儿的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年3月—2019年2月榆林市中医医院收治的140例HSP患儿作为研究对象。采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组70例。治疗组男性34例,女性36例;年龄2~16岁,平均 (7.37 ± 2.85) 岁。对照组男性37例,女性33例;年龄2~15岁,平均 (7.36 ± 4.59) 岁。纳入标准:①年龄 ≤ 16 岁;②符合2007年《血液病诊断及疗效标准》中HSP诊断标准^[6];③配合治疗,坚持服药;④经医院伦理委员会批准,患儿及家属均知悉本研究内容及用途。排除标准:①伴有严重心功能、肝肾功能不全或自身免疫系统疾病;②对口服中药制剂不耐受;③治疗期间服用其他药物。两组患儿性别、年龄等基础资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规西医治疗:所有患儿采用免动物蛋白饮食,避免剧烈活动,避开过敏源;给予维生素C、抗组胺药物,并根据病原学给予抗感染治疗。腹型紫癜患儿给予胃肠减压、补液,

可酌情加用肾上腺皮质激素治疗。对照组有腹型紫癜患儿12例。

1.2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用青紫合剂口服{首都医科大学附属北京儿童医院中药制剂室,[98京卫药制字(129)第F-1052号]},2~6岁患儿20 ml/次;>6岁患儿30 ml/次,3次/d。治疗组有腹型紫癜患儿10例。两组患儿均连续治疗14 d。

1.3 疗效判定及观察指标

1.3.1 疗效判定标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[7]制定。显效:治疗后紫癜完全消退,且腹痛、便血等其他伴随症状完全消失,实验室指标均在正常水平内,停药两周后无复发;有效:治疗后紫癜减少,腹痛、便血等症状减轻,大便潜血(\pm),腹部B超肠壁水肿改善,停药2周后偶有复发;无效:治疗后紫癜未消退,其他伴随临床症状未减轻或加重。

1.3.2 记录临床症状缓解时间 包括皮疹消退时间、腹痛消失时间、消化道症状(恶心、呕吐及稀便)缓解时间及关节症状缓解时间。

1.3.3 免疫功能指标 所有患儿在入院及治疗结束后采晨起空腹静脉血5 ml与抗凝管中。采用全自动生物化学分析仪测定患儿红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR),采用速率散射比浊法测定免疫球蛋白A(immunoglobulin A, IgA)、免疫球蛋白G(immunoglobulin G, IgG)。

1.3.4 实验室检查指标 所有患儿在入院及治疗结束后测定血常规[白细胞计数(white blood count, WBC)、血小板(Platelet, PLT)、D-二聚体(D-dimer, D-D)及C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)]等项目,均采用全自动生化分析仪测定。

1.3.5 不良反应 记录治疗期间不良反应发生例数,包括肾脏损害、胃肠道反应(呕吐、腹泻)及心电图异常等。

1.4 统计学方法

数据处理采用SPSS 18.0统计软件。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较用两样本独立 t 检验或配对 t 检验;计数资料以率(%)表示,比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较

两组患儿治疗后总有效率比较, 经 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组患儿治疗后总有效率高于对照组。见表 1。

表 1 两组患儿治疗后总有效率比较 ($n=70$)

组别	显效例(%)	有效例(%)	无效例(%)	总有效率/%
对照组	31(44.29)	22(31.43)	17(24.29)	77.14
治疗组	43(61.43)	19(27.14)	8(11.42)	88.57
χ^2 值				3.944
P 值				0.047

2.2 两组患儿治疗后各临床症状时间比较

两组患儿皮疹消退时间、腹痛消失时间、消化道症状缓解时间及关节症状缓解时间比较, 经两样本独立 t 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组皮疹消退时间、腹痛消失时间、消化道症状缓解时间及关节症状缓解时间均短于对照组。见表 2。

表 2 两组患儿治疗后各临床症状减退时间比较 ($n=70, d, \bar{x} \pm s$)

组别	皮疹消退时间	腹痛消失时间	消化道症状缓解时间	关节症状缓解时间
对照组	7.45 ± 1.59	8.96 ± 2.77	5.49 ± 2.04	5.87 ± 1.75
治疗组	5.16 ± 1.04	4.28 ± 1.16	3.14 ± 1.28	3.71 ± 1.07
t 值	10.084	13.039	8.164	8.810
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患儿治疗前后 ESR、IgA 及 IgG 比较

两组患儿治疗前 ESR、IgA 及 IgG 比较, 经两样本独立 t 检验, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 而治疗后 ESR、IgA 及 IgG 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组患儿治疗后 ESR、IgA 及 IgG 均低于对照组。见表 3。

2.4 两组患儿治疗前后实验室指标比较

两组患儿治疗前 WBC、PLT、D-Dimer 及 CRP 比较, 经两样本独立 t 检验, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 而治疗后 WBC、PLT、D-Dimer 及 CRP 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组患儿治疗后 WBC、PLT、D-Dimer 及 CRP 水平均低于对照组。见表 4。

组别	ESR/(mm/h)		IgA/(g/L)		IgG/(g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32.11 ± 8.86	18.52 ± 7.36 [†]	2.41 ± 0.73	1.83 ± 0.85 [†]	12.16 ± 3.13	9.04 ± 1.95 [†]
治疗组	30.58 ± 8.69	10.32 ± 6.98 [†]	2.37 ± 0.69	0.92 ± 0.33 [†]	12.95 ± 3.07	7.15 ± 1.83 [†]
t 值	1.031	6.764	0.333	8.350	1.508	5.913
P 值	0.304	0.000	0.740	0.000	0.134	0.000

注: †与治疗前比较, $P < 0.05$

表 3 两组患儿治疗前后 ESR、IgA 及 IgG 比较 ($n=70, \bar{x} \pm s$)

组别	WBC/($\times 10^9/L$)		PLT/($\times 10^9/L$)		D-Dimer/(mg/L)		CRP/(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	15.23 ± 4.45	10.22 ± 2.59 [†]	696.39 ± 61.57	441.39 ± 51.79 [†]	2.36 ± 1.01	0.47 ± 0.21	21.36 ± 7.73	11.38 ± 3.65 [†]
治疗组	14.62 ± 4.37	6.37 ± 2.02 [†]	715.09 ± 74.61	394.60 ± 44.27 [†]	2.17 ± 0.98	0.22 ± 0.07	20.60 ± 7.09	7.33 ± 2.91 [†]
t 值	0.818	9.807	1.617	5.746	1.130	9.449	0.606	7.259
P 值	0.415	0.000	0.108	0.000	0.261	0.000	0.545	0.000

注: †与治疗前比较, $P < 0.05$

2.5 两组患儿药物治疗后不良反应发生率比较

对照组患儿治疗后有 4 例出现肾脏损害, 3 例出现胃肠道反应, 3 例出现心电图异常, 不良反应发生率为 14.29%。治疗组患儿有 2 例出现肾脏损害, 2 例出现胃肠道反应, 1 例出现心电图异常, 不良反应发生率为 7.14%。两组患儿药物治疗后不良反应发生率比较, 经 χ^2 检验, 差异无统计学意义 ($\chi^2=1.723$, $P=0.189$)。

3 讨论

HSP 是儿童时期最常见的全身性小血管炎, 患儿常伴腹痛、关节肿痛等临床症状^[8]。该病一年四季均有发生, 尤以冬春季频发^[9]。该病具有突发性, 近年来其发病率呈逐年上升趋势。HSP 发病原因复杂, 目前尚未明确其确切病因及发病机制。有研究指出, 细菌或病毒感染、药物、环境及遗传等诸多因素均可能诱发 HSP^[10-11]; 而在中医学理论中, 普遍认为 HSP 是因患儿脏腑娇嫩, 易感风寒邪气, 导致脉络受损, 血液不能循经最终溢出脉外, 最后出现为紫斑、呕血及便血等症状, 治疗时应以清热凉血、活血化瘀为主^[12]。

本研究使用青紫合剂联合西医治疗 HSP 患儿, 总有效率较常规西医治疗方案提高, 且患儿临床各项症状, 如皮疹消退时间、腹痛消失时间、消化道症状缓解时间及关节症状缓解时间均缩短, 表明青紫合剂联合西医的治疗方案疗效更确切。青紫合剂源于北京儿童医院王鹏飞先生在 20 世纪 70 年代创立的青紫汤, 后经加减化裁, 以煎汤剂的形式临床应用已有几十年, 疗效确切, 用药安全, 广泛应用于 HSP 及合并症的治疗^[13]。青紫合剂主要以青黛、紫草、白芷、丹参及寒水石等为主, 其中青黛与紫草共为君药。青黛味咸、性寒, 清热解毒, 凉血消斑。现代药理研究表明, 青黛的主要化学成分为靛蓝、靛玉红, 并包含微量色胺酮、青黛酮等成分, 其中靛玉红具有抗癌作用, 靛蓝具有保肝作用^[14], 故临床常使用青黛发挥其抗炎、镇痛及提高机体免疫力的功效。周霄楠等^[15]以昆明小鼠作为研究对象, 研究发现青黛散对于小鼠体内、体外均具有良好的抗炎效果; 此外, 蔺莉莉等^[16]研究显示, 联合青黛凉血方对于治疗银屑病效果更优, 其可以有效降低患者血清细胞因子白细胞介素-17、白细胞介素-6

及肿瘤细胞坏死因子- α 水平, 提示青黛确可作为一种有效的抗炎药物用于临床治疗中。紫草也称紫根, 味甘咸、性寒、利九窍及通水道, 古以治脏腑之热结, 后人则专治痘疹, 而兼疗斑疹^[17]。据现代药理研究, 其有抗炎、镇痛及抗病原微生物等作用^[18]。刘斌焰等^[19]观察紫草对大鼠重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 肺组织病理变化后发现, 紫草能有效减轻 SAP 大鼠的炎症反应, 推测其机制可能是通过改善机体的微循环、降低炎症细胞的激活及减少炎症因子的释放来减轻炎症反应。白芷、丹参共为臣药: 白芷解表散风, 消肿排脓^[20]; 丹参活血, 凉血消痈, 两者可进一步加强清热解毒, 凉血化瘀的功效。寒水石为佐使药: 清热降火、利窍消肿, 治心肾实热。黄静^[21]研究指出, 使用青紫合剂联合常规西医治疗血瘀型 HSP 的患儿疗效可靠, 可缩短临床症状消退时间, 与本研究结论一致, 提示青紫合剂对治疗 HSP 患儿疗效确切。

HSP 的发病机制仍处于讨论之中, 大部分研究认为, 凝血与纤溶机制紊乱在 HSP 的发生、发展有重要作用; 同时, 血管内皮细胞受损和 PLT 活化也是一个重要环节。本研究结果显示, 实用青紫合剂联合常规西药治疗 HSP 患儿, 其 ESR、IgA 及 IgG 均低于对照组, 表明患儿 ESR、细胞免疫恢复情况更佳; 同时, 其 WBC、PLT、D-Dimer 及 CRP 实验室指标降低得更为显著。黄静等^[22]研究结果表明, 使用青紫合剂联合常规西医治疗 HSP 患儿可有效缩短凝血功能、ESR 及细胞免疫恢复时间, 与本研究结论一致, 提示青紫合剂可有效改善 HSP 患儿机体各指标水平, 推测其机理可能与改善血凝状态、抑制炎症反应及调节细胞免疫相关。此外, 因西药作用靶点单一, 临床常以多药物联合治疗 HSP, 患儿易对药物产生不良反应。本研究结果显示, 青紫合剂联合常规西药治疗 HSP 的不良不良反应更少, 疗效安全。

综上所述, 青紫合剂联合常规西药治疗 HSP 患儿临床疗效较常规西药疗效更为确切, 并能加速缓解 HSP 患儿的临床症状。其有助于患儿各项实验室指标恢复正常、不良反应少, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 杨莉莉, 刘翠华, 刘栋. 成人及儿童过敏性紫癜在临床表现和预后中的差异[J]. 重庆医学, 2018, 47(9): 1188-1190.

- [2] 汪洋, 张未. 伴腹痛表现的过敏性紫癜 120 例临床分析[J]. 儿科学杂志, 2018, 24(2): 28-29.
- [3] 郭婷, 凌继祖, 李宇宁. 儿童紫癜性肾炎的治疗进展[J]. 医学综述, 2018, 24(1): 3001-3006.
- [4] 王今朝, 石年, 毛辉. 过敏性紫癜的治疗进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2018, 34(1): 53-56.
- [5] 黄静. 青紫合剂在儿童过敏性紫癜心脏损害治疗中的应用[J]. 山东医药, 2014, 54(28): 79-80.
- [6] 张之南, 沈悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 第 3 版. 北京: 科学出版社, 2007: 168.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 23.
- [8] 王玲, 刘海峰. 儿童腹型过敏性紫癜的内镜特点及治疗[J]. 临床儿科杂志, 2017, 35(12): 946-948.
- [9] 武栋荣, 刘洁. 过敏性紫癜的护理干预[J]. 中国药物与临床, 2017, 17(8): 1248-1249.
- [10] 康天, 孙伟力, 路晓飞, 等. 河北省过敏性紫癜状况及变化趋势[J]. 河北医药, 2017, 39(22): 3502-3505.
- [11] 张颖, 郝立成, 杨金玉, 等. 呼吸道病毒感染对过敏性紫癜肾损伤发病及预后的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(11): 48-51.
- [12] 刘萌, 黄岩杰, 秦蕾, 等. 丁樱教授从湿热伏邪解析过敏性紫癜病因病机[J]. 中医学报, 2017, 32(6): 960-963.
- [13] 黄静. 青紫合剂在儿童过敏性紫癜心脏损害治疗中的应用[J]. 山东医药, 2014, 54(28): 79-80.
- [14] 谢友良, 何百寅, 李远彬, 等. 青黛药材中的靛蓝和靛玉红含量的同时测定[J]. 中药新药与临床药理, 2011, 22(4): 452-455.
- [15] 周霄楠, 赵兴华, 钟秀会. 青黛散体外抗炎作用[J]. 中国兽医学报, 2018, 38(7): 1406-1411.
- [16] 蒯莉莉, 索文华. 青黛凉血方联合阿维 A 及卡泊三醇治疗银屑病的疗效及对血清细胞因子的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2017, 19(5): 75-78.
- [17] 宋艳华, 孙晖, 张爱华, 等. 紫草的研究进展[J]. 中医学报, 2013, 41(4): 123-125.
- [18] 王杨, 陈菲, 谢明杰. 紫草素对白色念珠菌的抑制作用机制[J]. 微生物学报, 2018, 58(10): 133-141.
- [19] 刘斌焰, 刘斌钰, 李祥, 等. 紫草对重症急性胰腺炎肺损伤的实验研究[J]. 山西大同大学学报(自然科学版), 2017, 33(1): 38-40.
- [20] 崔胜楠, 周智辉, 李玮, 等. 白芷有效成分抗肿瘤作用机制研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2018, 40(4): 381-384.
- [21] 黄静. 青紫合剂治疗血瘀型儿童过敏性紫癜 74 例[J]. 陕西中医, 2014, 35(3): 292-293.
- [22] 黄静, 杨燕. 青紫合剂治疗儿童过敏性紫癜临床观察及机理探讨[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(7): 1789-1792.

(童颖丹 编辑)

本文引用格式: 任彦林, 鱼天英, 王赖儿. 青紫合剂联合常规西医治疗过敏性紫癜的疗效分析[J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31(20): 86-90.

Cite this article as: REN Y L, YU T Y, WANG L E. Curative effect of Qingzi Mixture combined with routine western medicine on Henoch-Schonlein purpura[J]. China Journal of Modern Medicine, 2021, 31(20): 86-90.