

作的治疗过程中通过泼尼松短程口服可有效提高治疗效果,并降低不良反应发生率。本文主要通过分组对照的形式,对70例婴幼儿喘息急性发作患儿进行了研究分析,研究结果显示,试验组总有效率为97.14%,对照组总有效率为82.86%,试验组患儿的治疗效果明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

综上所述,泼尼松短程口服辅助常规降阶疗法用于婴幼儿喘息急性发作具有良好的治疗效果,值得在临床应用上推广。

#### 参 考 文 献

[1] 邹映雪. 婴幼儿喘息早期诊断评价及干预性治疗的可行性研

究. 吉林大学, 2013.

[2] 鲍一笑, 包军. 婴幼儿喘息联合治疗方案. 中国实用儿科杂志, 2014(6):411-417.

[3] 赵琦. 婴幼儿喘息的中医证治探讨和临床疗效观察. 成都中医药大学, 2010.

[4] 嵇若旭, 李京阳, 鲍一笑, 等. 短程小剂量口服激素在婴幼儿喘息急性期联合降阶梯治疗方案中的作用研究. 儿科学杂志, 2014(3):9-12.

[5] 高苗苗, 林芊, 鲍一笑. 联合降阶梯方案治疗婴幼儿喘息疗效及安全性研究. 中国实用儿科杂志, 2012(3):202-205.

[收稿日期: 2014-09-30]

## 七参连软膏联合窄谱 UVB 治疗玫瑰糠疹疗效观察

王维 张敏

**【摘要】** 目的 观察中药七参连软膏联合窄谱 UVB 治疗玫瑰糠疹的临床疗效。方法 109 例玫瑰糠疹患者, 随机分为两组。治疗组 59 例给予外用七参连软膏 1 次/d, 同时配合窄谱 UVB 照射, 隔日 1 次。对照组 50 例仅给予窄谱 UVB 照射, 隔日 1 次。两组治疗疗程均为 2 周, 观察两组疗效。结果 经过一段时间的治疗, 两组患者情况均有好转。其中, 治疗组 59 例患者痊愈 46 例, 显效 9 例, 病情好转 2 例, 无效 2 例, 治疗总有效率 93.22% 远高于对照组治疗总有效率 60.00%。两组总有效率比较差异有统计学意义 ( $\chi^2=15.432, P < 0.01$ )。两组治疗过程中无不良反应发生。结论 外用七参连软膏联合窄谱 UVB 照射治疗玫瑰糠疹疗效好, 可有效缩短病程。

**【关键词】** 玫瑰糠疹; 窄谱 UVB; 七参连软膏

DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2015.01.086

玫瑰糠疹是一种常见的炎症性皮肤病, 病因不明, 病程为自限性, 约持续 4~6 周可自行消退, 少数病程可迁延 6 个月以上。长期病程严重影响患者及其家属的日常生活, 给患者带来负面的心理影响。作者于 2013 年 7 月~2014 年 8 月采用七参连软膏联合窄谱 UVB 照射治疗本病, 取得良好疗效, 现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 7 月~2014 年 8 月本院收治的 109 例玫瑰糠疹患者, 均采用七参连软膏联合窄谱 UVB 照射治疗。其中男 62 例, 女 47 例; 年龄 21~55 岁, 平均年龄 36.5 岁; 病程 3~5 d。以上患者随机分为治疗组 59 例, 对照组 50 例, 两组间性别、年龄、病程等一般资料差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。入选患者 1 个月内未系统用皮质类固醇激素、抗组胺药、维甲酸类药物, 无紫外线照射禁忌, 无治游史 (以排除玫瑰糠疹型二期梅毒)。排除妊娠及哺乳期患者, 有光敏性疾病、着色性干皮病、SLE 患者。所有 109 例患者均来自本科门诊并符合玫瑰糠疹诊断标准<sup>[1]</sup>,

符合赵辨所编著的《中国临床皮肤病学》中对玫瑰糠疹的诊断标准; 患者在治疗期间不能饮酒及食用具有刺激性的辛辣食品; 患者在接受治疗前 1 个月没有服用过免疫抑制剂、维 A 酸类药物、糖皮质激素以及中药等进行治疗; 患者皮肤面积损伤少于体表的 10%, 均满足以上四点符合本次研究的要求。但若患者: 孕妇、有计划生育或在哺乳期的妇女; 有对治疗所用中药或对紫外线过敏; 患有紫外线可导致其加重的疾病, 如 皮炎、红斑狼疮、恶性黑素瘤等;

患有严重的重要脏器疾病或系统性疾病; 长期消化不良并伴有慢性腹泻的患者; 不能积极配合医生治疗, 不按时吃药等患者均被本次研究排除。

1.2 治疗方法 治疗组给予窄谱 UVB 照射 (紫外线光疗仪, 辐射波长 311~315 nm), 根据患者皮肤类型首次照射剂量为 0.3~0.5 J/cm<sup>2</sup>, 以后每次照射剂量在前次照射无红斑的前提下递增 20%~30%, 累计最大剂量为 1.3 J/cm<sup>2</sup>, 隔日 1 次, 2 周观察效果, 同时给予七参连软膏外用, 1 次/d。对照组仅使用窄谱 UVB 照射, 方法同治疗组。两组均以 2 周为 1 个疗程, 治疗后进行疗效评价。

1.3 疗效判定标准 治疗前及疗程结束后采用四级评分法对患者的症状体征进行评价: 0 为无, 1 为轻度, 2 为中度, 3 为重度。评价内容包括: 瘙痒、红斑、脱屑。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。痊愈为治疗指数 > 90%, 显效为 90% > 治疗指数 > 50%, 好转为 50% > 治疗指数 > 20%, 无效为治疗指数 < 20%。总有效率为痊愈加显效之和。

1.4 统计学方法 所有数据均采用 SPSS18.00 软件进行统计分析。计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。P < 0.05 为差异具有统计学意义。

### 2 结果

经过一段时间的治疗, 两组患者情况均有好转。其中, 治疗组 59 例患者痊愈 46 例, 显效 9 例, 病情好转 2 例, 治疗无效 2 例, 治疗总有效率 93.22%; 对照组患者中 22 例痊愈, 8 例显效, 16 例病情好转, 治疗无效 4 例, 治疗总有效率 60.00%。两组总有效率比较差异有统计学意义 ( $\chi^2=15.432, P < 0.01$ )。两组治疗过程中无不良反应发生。见表 1。

作者单位: 450003 郑州人民医院皮肤科

表1 两组患者疗效比较 (n, %)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
治疗组	59	46	9	2	2	93.22
对照组	50	22	8	16	4	60.00

注：两组比较，P<0.01

3 讨论

玫瑰糠疹是一种较为常见的炎症性皮肤病，多发于春秋季节。临床表现为患者皮肤出现破损，并被覆糠秕状鳞屑的玫瑰色斑丘疹。该病首先由 Gilbert 于 1860 年首次报道<sup>[1]</sup>，至今病因未明，多数学者倾向于与病毒感染、细菌、真菌或寄生虫感染以及变态反应因素有关，且无特效治疗方法。患者发病前多有全身不适、咽痛等症状，临床表现为胸、颈、腹、背或四肢出现椭圆或圆形的淡红色或黄褐色斑片，边缘微高，被覆糠秕鳞屑，全身大面积发疹前常有前驱斑或称为母斑。其病程多呈自限性，但治疗不及时往往造成病情迁延，及时有效的治疗能缩短病程。Alba<sup>[2]</sup>对该病进行免疫学研究发现血管周围大量抗 HLA-DR 单克隆抗体、抗 T 细胞抗体。波长为 311 nm 的窄谱紫外线 (NB-UVB) 穿透力强，不易灼伤皮肤，能明显影响机体多种免疫功能<sup>[3]</sup>，包括诱导真皮中 T 细胞凋亡，使 LCs 抗原呈递和活化 T 细胞功能受到抑制，从而改善玫瑰糠疹的临床症状。

玫瑰糠疹在中医临床中被称为“血疔疮”，理论上认为该病是由于血热风盛引发的，若患者为病情迁延者，则为气虚风燥导致的。中医理论也称玫瑰糠疹为“风热疮”，认为本病发病有内外两因，外因多为外感风热之邪；在内由于素

体血热，饮食失节，劳役失调，内外合邪，热毒凝结，郁于肌肤，闭塞腠理而发病。治疗宜以凉血清热化斑，活血消风止痒为主。七参连软膏成分中包含黄连、苦参、苍术、重楼、三七等。黄连清热燥湿，泻火解毒，外治湿疹、湿疮，苦参性寒，清热燥湿，对皮肤瘙痒有很好的缓解作用；苍术燥湿健脾，祛风湿、解表；重楼苦以降泄，消肿止痛，凉肝定惊；三七散瘀止血，消肿定痛。以上诉诸药合成的七参连软膏能清热燥湿，活血消肿，祛风止痒。本研究显示中药外用联合窄谱 UVB 照射总有效率优于对照组，差异有统计学意义 (P<0.01)，此种中西医结合疗法可减小长期服用药物的副作用及外用糖皮质激素的不良反应，能有效的缩短玫瑰糠疹的病程，患者依从性较好，值得推广。

参 考 文 献

[1] 赵辨. 临床皮肤病学. 第3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001:775-776.  
 [2] Alba S, Tagami H. Immunohistologic studies in pityriasis rosea. Evidence for cellular immune reaction in the lesional epidermis. Arch Dermatol, 1985, 121(9):761-765.  
 [3] Lebwohl M, Christophers E, Langley R, et al. An international, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial of intramuscular alefacept in patients with chronic plaque psoriasis. Arch Dermatol, 2003, 139(6):719-727.

[收稿日期：2014-10-08]

# 阿奇霉素、甲基泼尼松龙、人血丙种球蛋白治疗难治性支原体肺炎的临床观察

魏继征

**【摘要】** 目的 分析研究阿奇霉素、甲基泼尼松龙、人血丙种球蛋白治疗难治性支原体肺炎的临床效果。方法 80 例难治性支原体肺炎患儿，随机抽样分为甲、乙两组，每组 40 例。甲组在常规治疗的基础上单独用药，乙组采用联合用药治疗方法，观察两组治疗效果。结果 乙组患儿的治疗效果、症状改善情况以及住院时间与甲组相比差异有统计学意义 (P<0.05)。结论 难治性支原体肺炎采用阿奇霉素、甲基泼尼松龙、人血丙种球蛋白治疗，可有效改善患儿临床症状，提高患儿生命质量，减少患儿的住院时间，值得应用推广。

**【关键词】** 阿奇霉素；甲基泼尼松龙；人血丙种球蛋白；难治性支原体肺炎

DOI :10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2015.01.087

为研究有效治疗难治性支原体肺炎的方法，提高患儿生命质量，本次研究中，难治性支原体肺炎患儿采用阿奇霉素、甲基泼尼松龙、人血丙种球蛋白治疗，疗效显著，分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽样选取本院儿科 2013 年 3 月~2014 年 2 月收治的 80 例住院患儿，男 47 例，女 33 例，年龄 2.1~12.9 岁，平均年龄 (7.5±0.9) 岁，病史 2~14 d。随机抽样分为甲、乙两组，每组 40 例，两组患者的临床症状主要表现为呼吸急促、咳嗽、发热等，肺部可闻及细湿啰音。统计分析两组患儿的性别、年龄、病史以及症状等一般情况差异无统计学意义 (P>0.05)，

具有可比性。

1.2 方法 80 例患儿入院后，均先接受镇静、吸痰、吸氧、平喘、止咳化痰、雾化吸入等综合性治疗。均分为两组，甲组单独采用阿奇霉素治疗，阿奇霉素针剂量为 10 mg/(kg·d)，一般根据患儿的病情，在第 1 个疗程对患儿进行为期 5 d 治疗，并注意观察肝功能变化，停药 4 d 后，继续开始第 2 个疗程治疗，对患儿进行为期 3 d 治疗，停药 4 d；之后根据患儿的胸片恢复情况以及临床表现情况，开始第 3 个疗程的治疗。选择静脉给药 3 d，或改换口服舒美颗粒，连续治疗 3 d，停药 4 d。共治疗 3~4 周。乙组在甲组治疗联合采用甲基泼尼松龙，使用剂量为 1~2 mg/(kg·次)，12 h/次，连续治疗 3 d，以及使用剂量为 0.4 g/(kg·d) 人血丙种球蛋白针剂进行静脉滴注，

作者单位：476499 河南夏邑县人民医院儿科