

引用:谢玉华,徐晶,谭磊,赖菁菁,李婕,耿宝忠. 壮医脐环穴针刺法对慢性湿疹患者的疗效及血清炎症因子表达的影响[J]. 湖南中医杂志,2021,37(10):77-79.

壮医脐环穴针刺法对慢性湿疹患者的疗效及血清炎症因子表达的影响

谢玉华,徐晶,谭磊,赖菁菁,李婕,耿宝忠
(广西中医药大学第一附属医院,广西南宁,530023)

[摘要] 目的:研究壮医脐环穴针刺法对血虚风燥型慢性湿疹(CE)患者的疗效及血清炎症因子表达的影响。方法:将 40 例血虚风燥型 CE 患者随机分为治疗组和对照组,每组各 20 例。治疗组予壮医脐环穴针刺法治疗,对照组予复方甘草酸苷片合糠酸莫米松乳膏治疗。观察 2 组患者治疗前后症状积分、炎症因子[白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-6(IL-6)]及干扰素- γ (IFN- γ)水平,并根据症状积分下降指数(SSRI)判定临床疗效。结果:愈显率治疗组为 65.0%(13/30),高于对照组的 45.0%(9/20),差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组症状积分及 IL-4、IL-6、IFN- γ 治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:壮医脐环穴针刺法可降低血虚风燥型 CE 患者血清炎症因子水平,改善临床症状。

[关键词] 慢性湿疹;血虚风燥型;针刺疗法;壮医脐环穴;炎症因子

[中图分类号]R246.7,275.982.4 **[文献标识码]**A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.027

慢性湿疹(chronic eczema, CE)是临床上最为常见的变态反应性慢性皮肤病,其以反复顽固性瘙痒、皮肤浸润肥厚或呈苔藓样病变为特征,给患者身心健康造成了极大的痛苦^[1]。CE 的发病机制与免疫炎症因素和非免疫非炎症因素均有密切关系,而免疫应答引起的炎症反应为该病的首要效应机制^[2],参与机体炎症反应的血液和淋巴管系统是急性和慢性皮肤炎症的重要治疗靶点。近年来,人们逐渐认识到中医药疗法在抗炎、抗菌、创面愈合、免疫调节、抗过敏、抗增殖、抗氧化等方面的作用^[3-5]。本研究拟通过对 40 例 CE 患者进行临床随机对照试验,探讨壮医脐环穴针刺法对血虚风燥型 CE 患者的疗效及血清炎症因子表达的影响,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 8 月至 2018 年 4 月于我院壮医科门诊就诊的 CE 患者 40 例,按随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组,每组各 20 例。治疗组中,男 10 例,女 10 例;平均年龄(41.78±11.24)岁;平均病程(12.18±3.47)年。对照组中,男 8 例,女 12 例;平均年龄(45.12±10.77)岁;平均病程(11.12±4.11)年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义

($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《临床皮肤病学》^[6]中的诊断标准。局部皮肤增厚、浸润性红斑,表面少量糠秕样鳞屑,呈现不同程度的苔藓化改变,瘙痒剧烈。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]制定血虚风燥证的辨证标准。主症:①皮肤干燥;②瘙痒、抓痕或痂皮;③皮损色暗,呈粗糙、肥厚、苔藓样变;④病程久,反复发作。次症:①面色暗淡或萎黄;②心悸怔忡、失眠;③神疲纳差,腹胀;④女子月经失调。舌脉:舌质淡、苔白,脉细或濡。具备主症 3 项及以上,同时具备次症 2 项及以上,符合舌脉者即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 18~70 岁;3)遵医嘱用药,定期按时复诊或接受电话访问调查;4)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)湿疹并发感染或其他皮肤病、性病;2)心脑血管、肝肾功能不全及其他严重器质性病变、慢性消耗性疾病及精神异常;3)治疗前半个月曾服用皮质类固醇激素类药物,治疗前 1 周

基金项目:广西壮族自治区自然科学基金项目(2017GXNSFAA198317);全国中医学学术流派传承工作室第二轮建设项目(国中医药人教函[2019]62号);广西黄氏壮医针灸流派传承工作室建设项目

第一作者:谢玉华,女,副主任医师,研究方向:壮医针灸治疗急慢性湿疹、荨麻疹

内曾口服抗组胺类抗过敏药物或外用过类固醇激素制剂;4)依从性差,抗拒治疗;5)对本研究用药成分过敏;6)正在参加其他临床研究;7)准备妊娠或已经妊娠或哺乳期的妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用壮医脐环穴针刺法治疗。主穴:壮医脐环穴(包括脐内环穴与脐外环穴);配穴:壮医双肘关、膝关、外水、趾背、内龙穴,穴位定位参照《中国壮医针灸学》^[8]。脐内环穴:以脐窝内侧缘作一圆环,环线上均是穴位,把脐内环当做一钟表,常在 12 点、1.5 点、3 点、4.5 点、6 点、7.5 点、9 点、10.5 点 8 个点上取穴;脐外环穴:以脐窝为圆心,以 1.5 寸长度为半径作一圆环,环线上均是穴位。一般取脐窝上下左右共 4 穴。肘关穴:围绕肘关节一圈为环,环线上均是穴位。一般取外侧 3 穴和内侧 3 穴,共 6 穴。膝关穴:围绕膝关节一圈为环,环线上均是穴位,分前后两侧,一般每侧各取 3 穴,共 6 穴。外水穴:在小腿外侧面,于外踝尖上 8 寸内侧缘,相当于中医丰隆穴与条口穴连线的中点。趾背穴:足背第一跖趾关节中点取穴。内龙穴:在手腕内侧正中线,腕横纹上 1.5 寸。操作方法:嘱患者取舒适体位,用碘酊常规消毒脐窝部及局部皮肤,选用一次性 0.25 mm×25 mm 和 0.25 mm×40 mm 的针灸针(云龙牌,吴江市云龙医疗器械有限公司),依据穴位分布选择不同长度的针灸针进行针刺。无补泻手法,不强求针感,留针 30 min 后缓慢出针。1 次/d。

2.2 对照组 采用复方甘草酸苷片内服联合糠酸莫米松乳膏外用治疗。复方甘草酸苷片(日本米诺发源制药株式会社,批准文号:国药准字 H20080182,规格:25 mg/片)口服,50 mg/次,3 次/d,饭后服;糠酸莫米松乳膏(上海先灵葆雅制药有限公司,批准文号:国药准字 H19991418,规格:5 g/支)外用,均匀涂抹皮损处,然后用手指轻轻按揉以促进皮肤吸收,2 次/d。

2 组均以 2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)症状积分下降指数(SSRI)。根据瘙痒、皮疹面积和皮损形态分值计算,根据患者治疗前后的症状总积分计算 SSRI 值。 $SSRI = (\text{治疗前症状积分} - \text{治疗后症状积分}) / \text{治疗前症状积分} \times 100\%$ 。2)检测 2 组治疗前后血清炎症因子中白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-6(IL-6)和

干扰素- γ (IFN- γ)水平。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定。临床痊愈:症状消失或基本消失,SSRI $\geq 95\%$;显效:症状明显改善,70% \leq SSRI $< 95\%$;有效:症状有所改善,30% \leq SSRI $< 70\%$;无效:症状无改善甚或加重,SSRI $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 愈显率治疗组为 65.0%,高于对照组的 45.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	愈显
治疗组	20	8(40.0)	5(25.0)	5(25.0)	2(10.0)	13(65.0)
对照组	20	6(30.0)	3(15.0)	3(15.0)	8(40.0)	9(45.0)
Z 值						2.0560
P 值						0.04

3.4.2 2 组治疗前后症状积分比较 与治疗前比较,治疗后 2 组症状积分均降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗后治疗组症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	20	107.23±38.58	42.01±14.85	7.0680	<0.01
对照组	20	119.46±39.64	52.66±17.16	6.9220	<0.01
<i>t</i> 值		0.9900	2.0990		
<i>P</i> 值		0.3283	0.0425		

3.4.3 2 组治疗前后血清 IL-4 水平比较 与治疗前比较,治疗后 2 组血清 IL-4 水平降低,治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后血清 IL-4 水平比较($\bar{x} \pm s$,pg/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	20	55.78±15.80	34.72±10.06	5.0280	<0.01
对照组	20	54.97±16.19	42.77±12.09	2.7000	<0.01
<i>t</i> 值		0.1600	2.2890		
<i>P</i> 值		0.8736	0.0277		

3.4.4 2 组治疗前后血清 IL-6 水平比较 与治疗前比较,治疗后 2 组血清 IL-6 水平降低,治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后血清 IL-6 水平比较 ($\bar{x}\pm s$, pg/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	20	15.28±4.76	6.08±3.32	7.0900	<0.01
对照组	20	15.35±4.71	8.67±3.54	5.0700	<0.01
t 值		0.0467	2.3870		
P 值		0.9630	0.0221		

3.4.5 2 组治疗前后血清 IFN- γ 水平比较 与治疗前比较,治疗后 2 组血清 IFN- γ 水平降低,差异均有统计学意义 ($P<0.01$);治疗后治疗组低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。(见表 5)

表 5 2 组治疗前后血清 IFN- γ 水平比较 ($\bar{x}\pm s$, pg/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	20	31.47±7.13	16.28±4.69	7.9600	<0.01
对照组	20	33.23±10.25	20.53±7.81	4.4070	<0.01
t 值		0.6300	2.0860		
P 值		0.5322	0.0437		

4 讨 论

CE 的临床特征可分为 3 个阶段,急性、亚急性和慢性^[10]。任何阶段的病变都可能发展为继发性感染,特别是感染金黄色葡萄球菌。治疗本病的主要目标是消除皮肤炎症和感染,保护和恢复皮肤屏障功能,控制恶化因素^[11]。如针对皮肤炎症,局部使用皮质类固醇和钙调磷酸酶,免疫功能紊乱则使用环孢霉素、甲氨蝶呤等,其中皮质类固醇仍是特异性皮炎的一线抗炎用药^[12]。然而,这些药物会引起诸多毒副作用,包括感染、皮肤萎缩、毛细血管扩张、色素减退、多毛症、脓疱疹和条纹等,因此寻找治疗该病的最佳治疗方法已成为临床迫切需要解决的问题。

中医学认为 CE 的发生与过食辛辣肥甘、生冷腥发之品密切相关。饮食不当,伤及脾胃(谷道),导致运化失司,痰湿内生,进而上渍于肺,肺失宣降(气道),或中气下陷,气化不利,无以分清泌浊,波及膀胱(水道),致水湿代谢失常。湿与热相结,湿热内蕴,则久酿成内毒。孙世道认为,慢性皮肤病患者多见毒邪耗伤阴津,或素体阴虚,或药物伤阴,阴伤津亏,故湿疹多治以养阴法^[13]。米宜静^[14]发现润燥止痒胶囊可减轻 CE 患者皮肤的瘙痒程度,降低炎症介质 IL-4 及肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平。刘影等^[15]认为参苓白术散可降低慢性湿疹患者各种白细胞介素及 TNF- α 水平,提高免疫细胞 CD⁴⁺、CD⁴⁺/CD⁸⁺ 水平^[15]。

壮医脐环穴针刺法具有补血调气、息风通络、

解毒祛湿的功效。通过针刺壮医脐环穴(主穴)及配穴(壮医肘关、膝关、外水、趾背、内龙穴)调气通络,经龙路、火路(传感之道)的转导来化除体内道路瘀滞,恢复三道两路的畅达及正常功能。本研究结果发现壮医脐环穴针刺法可有效减轻慢性血虚风燥型 CE 患者血清炎症因子 IL-4、IL-6 和 IFN- γ 表达,从而缓解临床症状和体征,安全有效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] GARRITSEN FM, VAN DER SCHAFT J, DE GRAAF M, et al. Allopurinol coprescription improves the outcome of azathioprine treatment in chronic eczema [J]. Acta Derm Venereol, 2018, 98(3): 373-375.
- [2] SIRIYONG T, PHUNGTAMMASAN S, JANSORN S, et al. Traditional thai herbal medicine as an alternative treatment for refractory chronic eczema [J]. Explore (NY), 2020, 16(4): 242-249.
- [3] 陈少锋. 荆肤止痒颗粒联合常规疗法治疗慢性湿疹的临床疗效及对炎症水平的影响 [J]. 中国医药科学, 2019, 9(22): 39-41.
- [4] 李奇俊, 马军党. 润燥止痒胶囊联合氯雷他定对慢性湿疹患者应激反应、炎症反应的影响 [J]. 陕西中医, 2018, 39(10): 1447-1449.
- [5] 王玉玺, 王松岩. 慢性湿疹治疗心得 [C] // 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会. 2017 全国中西医结合皮肤性病学术年会论文汇编. 珠海: 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会, 2017.
- [6] 赵辨. 临床皮肤病学 [M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001.
- [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.
- [8] 林辰. 中国壮医针刺学 [M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 2014.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则·第三辑 [S]. 1993.
- [10] WEIDINGER S, NOVAK N. Atopic dermatitis [J]. Lancet, 2016, 387(10023): 1109-1122.
- [11] RODENBECK DL, SILVERBERG JI, SILVERBERG NB. Phototherapy for atopic dermatitis [J]. Clin Dermatol, 2016, 34(5): 607-613.
- [12] JOHNSON BB, FRANCO AI, BECK LA, et al. Treatment-resistant atopic dermatitis: challenges and solutions [J]. Clin Cosmet Investig Dermatol, 2019, 12(21): 181-192.
- [13] 丁佩军, 孙世道. 孙世道运用养阴法治疗慢性皮肤病经验 [J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(10): 123-125.
- [14] 米宜静. 润燥止痒胶囊对慢性湿疹患者皮肤瘙痒程度及炎症介质水平的影响 [J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(9): 96-97.
- [15] 刘影, 董燕, 孙道红, 等. 参苓白术散联合多磺酸黏多糖封包对老年慢性湿疹血虚风燥证患者炎症因子和外周血 T 淋巴细胞亚群的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(5): 166-169.

(收稿日期: 2021-01-02)