

本文引用:王娟,孙丹,胡梦雨,李燕妮.脾虚湿蕴型荨麻疹行自血疗法与梅花针联合治疗的效果观察[J].湖南中医药大学学报,2019,39(7):889-892.

脾虚湿蕴型荨麻疹行自血疗法与梅花针 联合治疗的效果观察

王娟,孙丹,胡梦雨,李燕妮*
(陕西省中医医院皮肤科,陕西 西安 710003)

〔摘要〕目的 观察脾虚湿蕴型荨麻疹行自血疗法与梅花针联合治疗的效果。方法 随机选取本院2016年1月至2017年10月收治的脾虚湿蕴型荨麻疹患者200例,随机数字表法分为3组,66例予以自血疗法治疗者为A组,66例予以梅花针治疗者为B组,68例予以梅花针联合自血疗法治疗者为C组,对比分析3组治疗前后荨麻疹活动评分、免疫功能与复发情况。结果 治疗后,C组荨麻疹活动度评分较A组、B组低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,C组辅助性T细胞(CD4⁺)、细胞毒性T细胞(CD8⁺)及CD4⁺/CD8⁺值优于A组、B组,差异有统计学意义($P<0.05$);C组复发率较A组、B组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 脾虚湿蕴型荨麻疹行自血疗法与梅花针联合治疗可有效降低荨麻疹活动度评分,改善免疫功能,并且减少复发率,值得推广。

〔关键词〕 荨麻疹;脾虚湿蕴型;自血疗法;梅花针;疗效;荨麻疹活动评分;免疫功能

〔中图分类号〕R275.9 **〔文献标志码〕**B **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.07.022

Effect Observation on the Autohemotherapy with Plum Acupuncture Treatment of Urticaria with Spleen Deficiency and Dampness Retention Syndrome

WANG Juan, SUN Dan, HU Mengyu, LI Yanni*

(Department of Dermatology, Shaanxi Traditional Chinese Medicine Hospital, Xi'an, Shaanxi 710003, China)

〔Abstract〕 Objective To analyze the effects of autohemotherapy with plum acupuncture treatment of urticaria with spleen deficiency and dampness retention syndrome. **Methods** A total of 200 patients with urticaria with spleen deficiency and dampness retention syndrome admitted in our hospital from January 2016 to October 2017 were selected as the subjects. According to different treatment methods, they were divided into 3 groups. 66 patients were treated with autohemotherapy as the group A, 66 were treated with plum acupuncture as the group B, and 68 were treated with autohemotherapy and plum acupuncture as the group C. The urticaria activity score, immune function and recurrence were compared between the 3 groups before and after treatment. **Results** After treatment, the urticaria activity score of group C was lower than that of group A and B, with statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the value of adjuvant T cells (CD4⁺), cytotoxic T cells (CD8⁺) and CD4⁺/CD8⁺ in C group were superior to group A and group B, with statistically significant difference ($P<0.05$). The recurrence rate in group C was 2.94%, which was lower than 15.15% in group A and 16.67% in group B, respectively, with statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The autohemotherapy and plum blossom needle therapy in the treatment of urticaria with spleen deficiency and dampness retention syndrome can effectively reduce urticaria's activity score, improve immune function and reduce recurrence, which is worthy of application.

〔Keywords〕 urticaria; spleen deficiency and dampness retention syndrome; autohemotherapy; plum acupuncture; clinical efficacy; urticaria's activity score; immune function

〔收稿日期〕2018-08-08

〔基金项目〕陕西省中医药管理局10个重大病种中医药创新计划(慢性荨麻疹)(2016(15))。

〔作者简介〕王娟,女,副主任医师,研究方向:中西医皮肤病临床及科研。

〔通讯作者〕*李燕妮,女,主治医师,硕士,E-mail:bennang38@163.com。

荨麻疹是一种常见的皮肤疾病,主要特点为皮肤处突然有水肿性瘙痒出现,并伴有严重瘙痒感,可于身体任何部位发生^[1]。现阶段,荨麻疹发病机制尚不明确,多认为与免疫机制有关,西医临床上多通过抗组胺类药物实施治疗,虽可暂时缓解症状,但风团时有反复^[2]。中医学中荨麻疹归属于“瘾疹”,脾虚湿蕴型是其中常见的一种证型,由脾气虚弱导致无法发挥正常运化水湿作用,脾脏中大量湿邪蕴结,则湿热于皮肤表层蕴郁,引发荨麻疹^[3]。自血疗法及梅花针疗法均为中医学治疗脾虚湿蕴型荨麻疹的主要措施之一,自血疗法可祛瘀血、生新血,梅花针祛外邪、促进症状尽早缓解,但二者单独应用效果均不够理想。当前,两种疗法联合应用的相关资料鲜有报道,本院近年来以自血疗法与梅花针联合治疗脾虚湿蕴型荨麻疹取得较好效果。此次研究对本院2016年1月至2017年10月收治的200例患者进行分组研究,分别予以自血疗法、梅花针、血疗法+梅花针治疗,现报道结果如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

本次研究共纳入200例对象,均为本院2016年1月至2017年10月收治的脾虚湿蕴型荨麻疹患者,依据随机数字表,将200例患者分为3组,A组66例,性别:男32例(48.48%),女34例(51.52%);年龄:22~76(49.12±6.93)岁。B组66例,性别:男31例(46.97%),女35例(53.03%);年龄:21~76(48.11±5.94)岁。C组68例,性别:男33例(48.53%),女35例(51.47%);年龄:21~77(50.13±3.95)岁。本院医学伦理委员会已批准此研究,且3组上述资料对比差异无统计学意义($P>0.05$),可展开对比研究。

1.2 诊断标准

参照《中国荨麻疹诊疗指南》^[4]、《中药新药临床指导原则》^[5]提出的标准诊断与分型。诊断标准:突然发作,皮损处可见形状、大小不一的水肿性斑块,有剧烈的瘙痒感;皮损时隐时限,无固定发作点,愈合后无痕迹;展开皮肤划痕实验结果为阳性;1周发作次数>2次。脾虚湿蕴分型标准:存在明显的风团水肿,瘙痒程度一般,腹部有胀满感,伴有倦怠无力,舌淡胖,苔白腻,脉濡软。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:(1)符合荨麻疹诊断标准者;(2)符合

脾虚湿蕴型荨麻疹辨证分型者;(3)纳入已配合签署知情同意书者;(4)近4周末接受过免疫调节药物、糖皮质激素治疗者;(5)仅7d内未接受任何对疾病有预防或治疗作用药物或方式治疗者。

排除标准:(1)合并其他器质性、免疫性疾病者;(2)合并其他严重疾病者;(3)处于妊娠、哺乳期者;(4)不能配合自血疗法、梅花针治疗者;(5)其他特殊类型荨麻疹者。

1.4 方法

A组予以自血疗法治疗:取患者平卧位,选取曲池、血海、阴陵泉、三阴交穴,并进行标记,常规予以患者肘部静脉局部消毒,通过一次性注射器对4.0 mL静脉血液进行抽取,予以穴位消毒,快速刺入针头,行针,得气后,回抽若无血,缓慢注入1.0 mL血液,退针,通过棉签对针孔进行按压,并以相同的方法对其余穴位实施治疗。3d进行1次治疗,共治疗10次。

B组予以梅花针治疗:取患者俯卧位,对其背部两侧膀胱经进行消毒,以经消毒处理的梅花针顺两侧膀胱经垂直向下叩刺,指导患者放松收完,加大胃俞、脾俞穴叩刺力度,保持叩刺频率为70~90次/min,每次15~20 min,通过干棉球对出血点进行擦拭,隔1d治疗1次,共治疗1个月。

C组予以自血疗法联合梅花针治疗,治疗方法、疗程均与A组、B组相同。

1.5 观察指标

荨麻疹活动评分分别于治疗前后进行1次评价,评价标准见表1^[6-7]。分别于治疗前后抽取3组患者空腹静脉血液,采用流式细胞仪检测对比分析3组免疫功能CD4⁺、CD8⁺及CD4⁺/CD8⁺值,同时观察3组复发情况。随访6个月,观察记录首次复发情况。

表1 荨麻疹活动度评分

症状	0分	1分	2分	3分
风团数目(个)	无	1~10	11~20	>20
风团大小(cm)	无	<1 cm	1~2.5 cm	>2.5 cm
瘙痒程度	无	轻度	中度	重度
风团发作次数	无	持续<4 h	持续4~12 h	持续>12 h

1.6 统计学分析

通过SPSS 21.0软件展开数据分析工作,本研究涉及数据均输入Excel表格展开统计处理,并以SPSS 20.0软件分析,“ $\bar{x}\pm s$ ”表示计量资料, t 检验,“ $[n(\%)]$ ”表示计数资料, χ^2 检验,多组间比较通过 F 进行检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表2 3组患者治疗前后荨麻疹活动评分对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	风团数目		风团大小		瘙痒程度		发作次数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	66	2.37±0.34	1.21±0.26*	2.41±0.27	1.34±0.31*	2.86±0.11	1.54±0.27*	2.69±0.22	1.31±0.19*
B组	66	2.36±0.35	1.22±0.27*	2.42±0.26	1.35±0.32*	2.87±0.10	1.55±0.26*	2.70±0.21	1.32±0.18*
C组	68	2.35±0.33	0.52±0.02** Δ	2.43±0.24	0.61±0.10** Δ	2.88±0.09	0.64±0.03** Δ	2.68±0.19	0.46±0.01** Δ
F值		0.061	6.981	0.059	7.021	0.053	6.973	0.051	7.731
P值		0.512	0.038	0.528	0.036	0.627	0.038	0.603	0.035

注:与治疗前对比,* $P<0.05$;与A组比较,# $P<0.05$;与B组比较, $\Delta P<0.05$

表3 3组患者治疗前后免疫功能对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	CD4 ⁺ %		CD8 ⁺ %		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	66	25.87±2.31	31.75±3.46*	31.20±2.23	25.02±1.82*	0.86±0.18	1.32±0.14*
B组	66	25.86±2.29	31.76±3.43*	31.23±2.21	25.03±1.84*	0.85±0.16	1.33±0.12*
C组	68	25.33±2.30	42.01±2.76** Δ	31.24±2.19	21.35±2.39** Δ	0.85±0.17	1.90±0.26** Δ
F值		0.298	8.021	0.329	7.982	0.521	6.821
P值		0.981	0.032	0.876	0.034	0.761	0.036

注:与治疗前对比,* $P<0.05$;与A组比较,# $P<0.05$;与B组比较, $\Delta P<0.05$

2 结果

2.1 3组患者荨麻疹活动评分比较

治疗前,两组荨麻疹活动评分对比差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,三组两组荨麻疹活动评分均较治疗前下降;组间对比,C组低于A组、B组,差异有统计学意义($P<0.05$),A、B组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

2.2 3组患者免疫功能比较

治疗前,3组CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,三组CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺均较治疗前改善;组间比较,C组优于A组、B组,差异有统计学意义($P<0.05$),A、B组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3和图1。

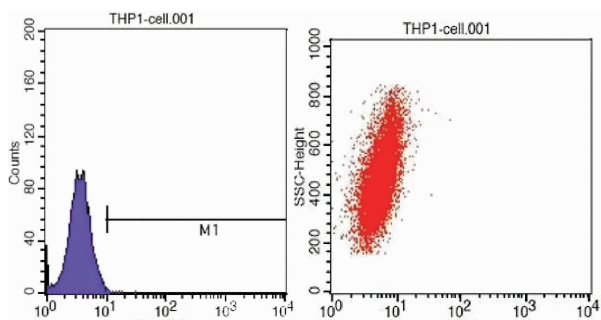


图1 流式检测结果

2.3 3组复发率对比

C组复发率较A组、B组低,差异有统计学意义

($P<0.05$),A、B两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

表4 3组患者复发率对比

组别	例数/n	复发例数/n	复发率/%
A组	66	10	15.15
B组	66	11	16.67
C组	68	2	2.94**
F值	-	-	4.621
P值	-	-	0.043

注:与A组比较,# $P<0.05$,与B组比较,* $P<0.05$

3 讨论

荨麻疹属于皮肤科常见疾病,此病实际上是一种因皮肤、黏膜小血管扩张与透渗性增加导致的局限性水肿反应^[8]。荨麻疹病情迁延顽固,治疗难度较大,西医临床上对此病的治疗主要为避免过敏原、予以抗组胺类药物,但效果不够理想,复发率较高。荨麻疹发生后,患者皮肤处可见苍白色、鲜红色风团,时隐时现,因此中医学将此病称为“瘾疹”,且将其辨证分型为多种类型,脾虚湿蕴型便是其中较为常见的一种,此类型荨麻疹风团较大,且伴有明显水肿,治疗需从补脾祛湿方面入手^[9-10]。脾虚湿蕴型荨麻疹的发生与脾虚、湿邪联系紧密,人体脾虚,则正气虚弱,外邪易感,且热邪无法外散,停滞于皮层,因而致使荨麻疹风团出现^[11]。

现代研究表明荨麻疹发病与免疫功能紊乱有关,治疗时需注重免疫功能的改善^[12-13]。而自血疗法属于一种非特异性刺激疗法,可对白细胞吞噬产生促进作用,对紊乱的免疫功能进行调节^[14]。梅花针属于中医特色疗法之一,通过叩刺胃俞、脾俞穴等,可健脾祛湿气^[15]。本院近年来联用自血疗法、梅花针治疗脾虚湿蕴型荨麻疹,此次研究发现此方案有多方面的优势,具体为可降低荨麻疹活动度评分、可改善免疫功能、可降低复发率。此次研究结果显示,治疗后,C组荨麻疹活动度评分较A组、B组低,C组CD₄⁺、CD₈⁺、CD₄⁺/CD₈⁺优于A组、B组,且C组复发率较A组、B组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

自血疗法对静脉血液进行抽取,类似于放血疗法,可祛瘀血,并生新血,为邪气外祛提供通路,促进静脉与气血的通畅^[16-17]。同时选取曲池、血海、阴陵泉、三阴交进行针刺注入血液,选取脾经、胃经穴位,曲池属于大肠经穴位,肺与大肠相表里,肺主皮毛,此穴位宣发肺气;血海气血聚集,具有清热祛湿、驱风止痒的作用,且可对全身的血液进行调控,可活血;阴陵泉是祛湿的主要穴位,三阴交是脾虚疾病的治疗的主要穴位,可祛湿、滋阴,注入的血液相当于药物,可补气血,使患者免疫功能得以改善,进而达到有效缓解荨麻疹症状的效果^[18-19]。梅花针是中医对皮肤病进行治疗的常用方法,对皮肤进行浅刺,可祛外邪。本次研究通过梅花针对胃俞、脾俞穴进行扣刺,针感可传至脾胃,健脾祛湿。不仅如此,对皮肤进行扣刺时,可发挥活血化瘀作用,使皮肤处瘀滞消散,进而使荨麻疹风团尽早消散^[20]。通过自血疗法、梅花针联合治疗脾虚湿蕴型荨麻疹时,二者共奏活血化瘀、祛外邪、健脾祛湿的作用,可使患者症状有效缓解,进而降低荨麻疹活动度评分,并改善患者免疫功能,进而达到有效控制复发的效果。

综上,脾虚湿蕴型荨麻疹行自血疗法与梅花针联合治疗效果显著,可有效降低复发率。但此次研究样本量较小,也仅展开了6个月随访,尚需增加样本量、延长随访时间进行研究,以进一步探讨自血疗法联合梅花针治疗脾虚湿蕴型荨麻疹的临床价值。

参考文献

[1] 高萌,展照双.慢性荨麻疹中医及中西医结合治疗进展[J].山东中医杂志,2018,37(2):174-177.

- [2] 赵文玲,刘艺迪,王亚男,等.慢性自发性荨麻疹药物治疗进展[J].中华临床免疫和变态反应杂志,2016,10(4):407-411.
- [3] 马卉,屈双擎,王丽新,等.150例慢性荨麻疹患者中医体质类型分析[J].中华中医药杂志,2016,31(11):4860-4862.
- [4] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.中国荨麻疹诊疗指南(2014版)[J].中华皮肤科杂志,2014,49(7):388-390.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:87-92.
- [6] SHIH T T, LEE H L, CHEN S C, et al. Rapid analysis of traditional Chinese medicine *Pinellia ternata* by microchip electrophoresis with electrochemical detection[J]. Journal of Separation Science,2018,41(3):740.
- [7] 温雯婷,黄晶晶,王鹏丽,等.雷公藤多苷片联合抗组胺药治疗慢性荨麻疹系统评价[J].中国中医药信息杂志,2016,23(10):46-50.
- [8] ZHANG M, LIU F, LIU H, et al. Sensitization and cross-reactions of dermatophyte and *Candida albicans* allergens in patients with chronic urticaria[J]. International Journal of Dermatology, 2016,55(10):1138-1142.
- [9] 任建香.中医辨证治疗荨麻疹疗效观察[J].陕西中医,2017,38(4):496-497.
- [10] 尹仲衡,段行武.从五脏论治慢性荨麻疹的中医理论及治法探讨[J].世界中医药,2016,11(3):410-413.
- [11] 肖月园,王刚.临床治愈198例慢性荨麻疹的中医证候、用方体会及远期疗效分析[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2016,15(6):340-344.
- [12] MOY A P, MURALI M, NAZARIAN R M. Identification of a Th2-and Th17-skewed immune phenotype in chronic urticaria with Th22 reduction dependent on autoimmunity and thyroid disease markers[J]. Journal of Cutaneous Pathology,2016,43(4):372-378.
- [13] 孙晓岩,杨光忠,李庆祥,等.慢性荨麻疹患者甲状腺激素水平、免疫功能状态与病情的相关性[J].海南医学院学报,2016,22(21):2581-2583.
- [14] 吴波,程孝顶,曲善忠,等.自血疗法配合穴位埋线治疗寻常型银屑病90例疗效观察[J].四川医学,2017,38(1):10-12.
- [15] 张亚梅,贾瑞玲,杨文峰,等.梅花针扣刺在皮肤科的应用[J].亚太传统医药,2016,12(12):83-85.
- [16] 阳媚,吴钱红,杨红杰.穴位自血疗法治疗慢性荨麻疹及对Th1/Th2细胞因子的影响[J].针灸临床杂志,2016,32(1):5-8.
- [17] 邓晶晶.针刺联合穴位自血疗法治疗慢性湿疹的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(1):15-18.
- [18] 李小莎.自血穴位注射联合盐酸奥洛他定治疗慢性荨麻疹48例临床疗效及安全性评价[J].湖南中医药大学学报,2016,36(9):75-78.
- [19] 蒲继红,郭志武,孙任苓,等.自血疗法治疗慢性荨麻疹疗效与安全性的系统评价[J].护理研究,2017,31(19):2351-2355.
- [20] 孙晨,蓝海冰.“老十针”治疗脾虚湿蕴型瘾疹(慢性荨麻疹)的临床疗效观察[J].实用皮肤病学杂志,2016,9(6):394-396.