

运用阳中隐阴法针刺治风六穴治疗慢性荨麻疹的临床疗效观察

谷海燕¹, 赵辉², 郝丽君³, 石志敏¹, 朱叶珊¹

(1. 唐山市中医医院, 河北唐山 063000; 2. 河北乐亭县医院, 河北乐亭 063600;
3. 唐山市工人医院, 河北唐山 063000)

摘要:【目的】观察运用阳中隐阴法针刺治风六穴治疗慢性荨麻疹的临床疗效, 并探讨其可能的作用机制。【方法】将90例慢性荨麻疹患者随机分为治疗组和对照组, 每组各45例。治疗组运用阳中隐阴法针刺治风六穴治疗; 对照组给予口服氯雷他定片治疗, 每次10 mg, 每日1次。连续治疗6周。治疗6周后, 比较2组患者治疗前后症状积分、血清白细胞介素-4(IL-4)、免疫球蛋白E(IgE)和 γ -干扰素(IFN- γ)的变化情况, 并评价其安全性。【结果】(1)研究过程中, 治疗组失访1例, 对照组失访1例。最终治疗组44例、对照组44例纳入疗效统计。(2)治疗后, 2组患者的症状积分均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善症状积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的IL-4、IgE、IFN- γ 水平均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善IL-4、IgE、IFN- γ 水平方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗组总有效率为93.18%(41/44), 对照组为75.00%(33/44)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)安全性评价: 2组患者的血压、心率在整个研究期间维持稳定。对照组中有1例患者出现恶心、纳差的症状, 治疗组中有1例患者出现头晕的症状, 但均不影响临床治疗, 停止治疗后均恢复。治疗结束1个月后随访, 治疗组复发率为4.55%, 对照组复发率为22.73%, 治疗组复发率明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】运用阳中隐阴法针刺治风六穴治疗慢性荨麻疹能明显改善慢性荨麻疹患者瘙痒和风团的临床症状, 对患者血清IL-4、IgE和IFN- γ 水平有明显的调节作用。

关键词: 慢性荨麻疹; 针刺; 阳中隐阴法; 治风六穴; 免疫炎症因子

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2020)06-1072-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2020.06.014

Clinical Observation on Acupuncture Treatment of Chronic Urticaria at Six Feng Points by First Reinforcement and Second Reduction

GU Hai-Yan¹, ZHAO Hui², HAO Li-Jun³, SHI Zhi-Min¹, ZHU Ye-Shan¹

(1. Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan 063000 Hebei, China; 2. Laoting County Hospital, Laoting 063600 Hebei, China; 3. Tangshan Workers Hospital, Tangshan 063000 Hebei, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of acupuncture for treatment of chronic urticaria at six Feng points by first reinforcement and second reduction and explore its possible mechanism. **Methods** Ninety patients with chronic urticaria were randomly divided into treatment group and control group, 45 cases in each group. The treatment group received acupuncture at six Feng acupoints by first reinforcement and second reduction, and the control group received oral use of loratadine, 10 mg per time, once a day. The treatment lasted 6 weeks. After 6 weeks of treatment, the symptom scores, serum interleukin-4 (IL-4), immunoglobulin E (IGE) and interferon gamma (IFN- γ) were compared before and after treatment, and the safety was evaluated. **Results** (1) During the trial, one case was lost in the treatment group, and one case was lost in the control group. Finally, 44 cases in the treatment group and 44 cases in the control group were included in the efficacy statistics. (2) After treatment, the symptom scores of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement in the symptom scores of the treatment group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the levels of IL-4, IgE and IFN- γ in the two groups were significantly

收稿日期: 2019-11-18

作者简介: 谷海燕(1981-), 女, 主管护师; E-mail: zhaohui780613@126.com

通讯作者: 石志敏(1978-), 男, 主任中医师; E-mail: shizhimin_0613@163.com

基金项目: 河北省中医药管理局中医药类科研计划课题(编号: 2019240)

improved ($P < 0.05$), and the improvement in the levels of IL-4, IgE and IFN- γ of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (4) The total effective rate was 93.18% in the treatment group, and was 75.00% in the control group. The therapeutic effect of the treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (5) Safety evaluation: The blood pressure and heart rate of the two groups remained stable throughout the study period. One patient in the control group had the symptoms of nausea and poor appetite, and one patient in the treatment group had the symptom of dizziness, but the symptoms did not affect the clinical treatment, and recovered after the treatment was stopped. During the follow-up one month after the treatment, the recurrence rate was 4.55% in the treatment group and 22.73% in the control group. **Conclusion** Acupuncture at six Feng points by first reinforcement and second reduction can improve the clinical symptoms of pruritus and wind mass in patients with chronic urticaria, and regulate the serum levels of IL-4, IgE and IFN- γ .

Keywords: chronic urticaria; acupuncture; first reinforcement and second reduction; six Feng points; immune inflammatory factors

慢性荨麻疹(chronic urticaria, CU)是指病程持续6周以上,以皮肤、黏膜、血管发生炎性充血与组织内水肿为病理特征,以风团、瘙痒为主要表现的常见皮肤病^[1]。目前,70%~85%的CU患者病因不明,西医通常以对症治疗为主,主要包括抗组胺类药物、抑制肥大细胞脱颗粒药物、糖皮质激素药物等,但是该病在停药后容易引起复发^[2]。长期反复发作的皮肤瘙痒症状严重地影响了患者的生活质量。改善患者的临床症状、防止复发是治疗本病目前需要解决的重点^[3]。中医学认为,慢性荨麻疹的发病与风邪外袭、营卫失调有关,其治疗方法以针刺及口服中草药为主,在改善患者皮肤瘙痒、风团症状,防止疾病复发方面具有明显的优势^[4]。“治风六穴”是十四经脉中带“风”字的六个腧穴,其治风效果尤为突出^[5]。本研究采用针刺治风六穴的方法治疗慢性荨麻疹,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2017年8月至2018年12月唐山市中医医院门诊收治的90例明确诊断为慢性荨麻疹的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各45例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《皮肤性病学》^[6]中慢性荨麻疹的诊断标准:患者皮肤不定时地发生形态不

一的风团和斑块、皮肤瘙痒,每周发作次数 ≥ 2 次,病程 ≥ 6 周。

1.3 纳入标准

①符合上述慢性荨麻疹的诊断标准;②年龄20~60岁;③患者2周内未接受针刺、中草药、糖皮质激素、抗组胺药物治疗;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①急性荨麻疹的患者;②合并有湿疹、接触性皮炎、变应性皮肤血管炎的患者;③合并有精神病、血液病及肿瘤的患者;④妊娠及哺乳期患者。

1.5 剔除标准

①未按照规定服药及针刺治疗者;②治疗结束后未回访者;③治疗过程中出现晕针及药物过敏反应者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 给予口服氯雷他定片(拜耳医药上海有限公司,批准文号:国药准字H10970410,规格:10 mg/片)口服,每天1次,每次10 mg,连续治疗6周。

1.6.2 治疗组 给予阳中隐阴法针刺“治风六穴”治疗。取穴:风池、风门、风府、秉风、翳风、风市。操作:常规消毒穴位局部,选用华佗牌一次性使用无菌针灸针,尺寸为0.25 mm $\times$ 40 mm。嘱患者放松心情,自然地鼻吸口呼,随其呼气用单指押手法,将针进至天部,候其气至,即将针急插至人部,右手拇指向前连续捻9次,待

患者有酸胀等感觉时,用针尖拉着有感应的部位急插慢提3次,患者如有热感,即将针稍停片刻,候热感消失。然后嘱患者改为口吸鼻呼,医者改用舒张押手法,将针缓慢地插至地部,拇指向后连续捻6次,待患者有酸麻等感觉时,即将针急提至人部,再由人部向地部有感应的部位慢插急提3次,若凉感产生则稍停片刻,再将针提至天部,稍停片刻。将针拔出,缓慢揉按针穴。依次按照风池、风门、风府、秉风、翳风、风市顺序进行。每日1次,每周治疗5次,连续治疗6周。

1.7 观察指标

1.7.1 症状积分评价 2组患者分别在治疗前及治疗6周后进行症状积分评估。(1)风团症状积分:包括风团数量、风团大小、风团发生次数、风团持续时间共4项,每项症状根据病情轻重分别计0、1、2、3分。(2)瘙痒症状积分:根据病情轻重分别计0、1、2、3分。症状积分=风团症状积分+瘙痒症状积分。

1.7.2 血清免疫炎症因子测定 2组患者分别在治疗前及治疗6周后采用夹心抗体酶联免疫吸附法(enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA)检测患者血清白细胞介素-4(interleukin-4, IL-4)、免疫球蛋白E(immunoglobulin E, IgE)和 γ -干扰素(interferon- γ , IFN- γ)含量。IL-4试剂盒,购自南京卡米洛生物工程有限公司,批号:180925; IFN- γ 试剂盒,购自深子科生物科技有限公司,批号:181209; IgE试剂盒,购自上海江莱科技有限公司,批号:181120。

1.7.3 安全性观察 (1)治疗期间观察2组患者的血压和心率;(2)用药后有无不良反应;(3)治疗结束1个月后随访患者的复发情况,计算复发率。

1.8 疗效判定标准

参照《荨麻疹》^[7]中有关慢性荨麻疹的疗效标准拟定。疗效指数=(治疗前症状总积分-治疗后症状总积分)/治疗前症状总积分 $\times$ 100%。治愈:疗效指数 $\geq$ 90%;显效:60% $\leq$ 疗效指数 $<$ 90%;好转:30% $\leq$ 疗效指数 $<$ 60%;无效或恶化:疗效指数 $<$ 30%。总有效率=(治愈例数+显效例数+好转例数)/总例数 $\times$ 100%。

1.9 统计方法

采用SPSS 17.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检

验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

治疗组45例患者中,男18例,女27例;年龄36~59岁,平均(40.76 $\pm$ 8.86)岁;病程16~32月,平均(22.54 $\pm$ 6.57)月。对照组45例患者中,男17例,女28例;年龄37~58岁,平均(41.79 $\pm$ 7.49)岁;病程17~31月,平均(23.21 $\pm$ 7.70)月。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者失访情况比较

研究过程中,治疗组失访1例,对照组失访1例。最终治疗组44例、对照组44例纳入疗效统计。

2.3 2组患者治疗前后症状积分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的症状积分均明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善症状积分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组患者治疗前后症状积分比较

Table 1 Comparison of the symptom scores in the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, s/分)

组别	N/例	治疗前	治疗后
治疗组	44	7.78 $\pm$ 1.29	1.08 $\pm$ 0.32 ^{①②}
对照组	44	7.83 $\pm$ 1.15	3.15 $\pm$ 0.36 ^①

① $P < 0.05$,与治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组比较

2.4 2组患者治疗前后血清免疫炎症因子IL-4、IgE、IFN- γ 水平比较

表2结果显示:治疗前,2组患者血清免疫炎症因子IL-4、IgE、IFN- γ 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的IL-4、IgE、IFN- γ 水平均明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善IL-4、IgE、IFN- γ 水平方面均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者临床疗效比较

表3结果显示:治疗组总有效率达到93.18%(41/44),对照组达到75.00%(33/44)。治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组患者治疗前后IL-4、IgE、IFN- γ 水平比较Table 2 Comparison of IL-4, IgE and IFN- γ levels in the two groups before

and after treatment [$\bar{x} \pm s$, $\rho/(pg \cdot mL^{-1})$]					
组别	N/例	时间	IL-4	IgE	IFN- γ
治疗组	44	治疗前	45.99 $\pm$ 5.31	118.02 $\pm$ 16.01	3.66 $\pm$ 0.49
	44	治疗后	14.01 $\pm$ 1.40 ^{①②}	35.34 $\pm$ 4.17 ^{①②}	17.01 $\pm$ 2.08 ^{①②}
对照组	44	治疗前	46.21 $\pm$ 5.98	117.27 $\pm$ 15.08	3.59 $\pm$ 0.42
	44	治疗后	20.02 $\pm$ 2.64 ^①	50.98 $\pm$ 5.69 ^①	10.01 $\pm$ 1.017 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组比较

表3 2组患者临床疗效比较

Table 3 Comparison of the clinical curative effect in the two groups [n/例(p/%)]

组别	N/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	44	17(38.64)	18(40.91)	6(13.64)	3(6.82)	41(93.18) ^①
对照组	44	8(18.18)	17(40.91)	8(18.18)	11(25.00)	33(75.00)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.6 2组患者安全性评价及复发情况比较

2组患者的血压、心率在整个研究期间维持稳定。对照组中有1例患者出现恶心、纳差的症状,治疗组中有1例患者出现头晕的症状,但均不影响临床治疗,停止治疗后均恢复。治疗结束1个月后随访,治疗组44例有2例复发,对照组有10例复发,治疗组复发率为4.55%,对照组复发率为22.73%,治疗组复发率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

慢性荨麻疹属于中医学“瘾疹”范畴。目前认为该病的基本病机为风邪外袭、营卫失调。故治疗本病多以祛风散邪、调和营卫为主^[8]。《金匱要略·水气病脉证并治》云:“风气相搏,风强则为瘾疹。风邪外袭,营阴内郁化热,日久成毒。”隋代《诸病源候论》曰:“汗出当风,风气搏于肌肉,与热气并,则生……”。

“治风六穴”为风门、风池、秉风、风府、风市、翳风。李胜等^[9]对六风穴进行了释名,并总结了六风穴的特异性、共性与临床应用。现代研究显示,治风六穴为祛风之要穴,不但可以祛除内风,也可以祛除外风,在治疗外风引起的荨麻疹方面具有较好的疗效^[10]。风门属足太阳膀胱经的经穴,为督脉、足太阳经交会穴,为风邪出入之门

户,主治风疾。研究^[11]表明,风门被选用治疗慢性荨麻疹,占治疗荨麻疹所选腧穴的比例为13.41%。风池出自《灵枢·热病》,属足少阳胆经,为足少阳、阳维之会,具有温阳气、祛风邪的功效,可以治疗荨麻疹。研究显示,在针刺治疗荨麻疹的过程中,选用风池穴为主穴治疗荨麻疹,可以明显改善临床症状、缩短病程^[12]。秉风属手太阳小肠经,为手三阳与足少阳经交会穴,具有吸附水湿,冷降小肠经阴浊,本穴物质为天宗穴传来的天部之气,上行至此,因吸热胀散而化为风气,风气循小肠经而运行,如被执掌指使一般,故名。风府出自《素问·气府论》,别名本穴、鬼穴,属督脉,具有祛风通络的功效,可治疗由风邪导致的一系列疾病。研究^[13]表明,对风府穴采用自血穴位注射脱敏疗法治疗慢性荨麻疹,可以明显改善风团疹及皮肤瘙痒症状,疗效显著且无依赖性。风市为足少阳胆经的腧穴,具有运化水湿的功效。荨麻疹虽然主要病机为风邪外袭、营卫失调,但是日久可以夹湿,针刺此穴可以预防夹湿,缩短荨麻疹的病程。研究^[14]显示,火针联合风市穴针刺治疗慢性荨麻疹,皮肤瘙痒及风团疹消失疗效显著,副作用小,不易复发。翳风出自《针灸甲乙经》,为手少阳三焦经的常用腧穴之一,具有温阳益气祛风之功效。研究^[15]显示,针刺翳风穴可以明显缓解慢性荨麻疹患者的风团症状及皮肤瘙痒症状。针刺“治风六穴”可以使风邪外出,营卫失调自复,此所谓“邪去则正安”。阳中隐阴、阴中隐阳法源自《金针赋》的“治病八法”“飞经走气”,杨继洲在《针灸大成·针有深浅策》设专篇讲述阳中隐阴、阴中隐阳法。采用阳中隐阴法针刺可以发挥治风六穴的协调作用,使风邪无处所居,调节营卫功能。

慢性荨麻疹的发病与IgE介导的I型变态反应密切相关,IgE抗体的测定有助于荨麻疹的诊断和治疗^[16]。IL-4作为IgE的主要调控因子之一,可以上调机体血清中的总IgE水平。IFN- γ 主要由Th1细胞分泌,IFN- γ 可抑制IL-4的作用,从而维持IgE水平的稳定^[17]。如果机体中IFN- γ 浓度失调,生成大量缓激肽、组胺等,则诱发机体的过敏反应^[18]。本研究显示,运用阳中隐阴法针刺治风六穴治疗慢性荨麻疹可以明显降低血清IgE、IL-4水平,升高IFN- γ 水平,为探索针刺“治风六穴”

治疗慢性荨麻疹的作用机制提供了依据。

综上所述,运用阳中隐阴法针刺治风六穴能明显改善慢性荨麻疹患者的瘙痒和风团症状,对血清 IL-4、IgE 和 IFN- γ 水平有明显的调节作用,疗效显著,值得临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 李柯旻,贾丽丽,李纪峰,等.富马酸卢帕他定治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].中国继续医学教育,2018,10(34):126-128.
- [2] 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.
- [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] 卢传坚,韩凌.中医经典方剂治疗皮肤病的实验研究进展[J].中国医学文摘(皮肤科学),2017,34(2):133-142.
- [5] 尚丽霞,金泽,张边坊,等.“六字风穴”命名的意义[J].针灸临床杂志,2011,27(8):65-66.
- [6] 张学军.皮肤性病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:270.
- [7] 朱文元.荨麻疹[M].南京:东南大学出版社,2001:240-241,280-282.
- [8] 王英杰,柴维汉,彭勇,等.调营消疹汤联合雷火灸治疗慢性荨麻疹的临床疗效及对血清总 IgE 的影响[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2017,16(2):142-144.
- [9] 李胜,张丰正.试论风穴及其临床应用[J].泸州医学院学报,2016,39(2):183-185.
- [10] 姚玉芳.风穴证治探讨[J].中国针灸,1999(2):105-106.
- [11] 王坤,唐纯志,田小婷,等.基于数据挖掘技术探讨针灸治疗荨麻疹的选穴规律及理论依据[J].针刺研究,2018,43(6):388-393.
- [12] 吴正远.针灸治疗荨麻疹浅析[J].临床医药文献杂志,2014,1(12):2309-2310.
- [13] 修猛刚,王大芬.自血穴位注射脱敏疗法治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].中国针灸,2011,31(7):610-612.
- [14] 聂晶,蔡玲玲,吴美超,等.中医外治荨麻疹研究进展[J].成都中医药大学学报,2017,9(15):42-45.
- [15] 庄志奇,黄彪,胡玲香.针刺配合神阙闪罐、隔纸灸治疗风疹的体会[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(102):193-194.
- [16] 马海军,魏志平.急、慢性荨麻疹及丘疹性荨麻疹患者血清过敏原特异性 IgE 的检测分析[J].中国医药导报,2009,6(22):18-20.
- [17] 杨庆镗,陈云龙,张永平,等.慢性荨麻疹患者外周血 IgE、IL-4 与 IFN- γ 检测的意义[J].实用中西医结合临床,2011,11(4):82-83.
- [18] 胡剑白,刘俊波,游永强.穴位埋线对慢性荨麻疹患者血清 IL-4、IFN- γ 和 IgE 的影响[J].中国医药导报,2009,6(22):18-20.

【责任编辑:宋威】

药枕联合耳穴压豆在缓解结肠癌患者围手术期焦虑、抑郁中的应用研究

符梅华, 黄丽娜, 蔡美君, 曾碧娇, 陈燕云, 姚任

(广州中医药大学第一附属医院二外科,广东广州 510405)

摘要:【目的】观察药枕联合耳穴压豆在缓解结肠癌患者围手术期焦虑与抑郁中的应用效果。【方法】将120例择期行结肠癌根治术术前焦虑、抑郁患者随机分为常规组、药枕组、耳穴组和联合组,共4组,每组各30例。常规组在常规治疗的基础上,给予情志调理;药枕组在常规组治疗的基础上增加解郁安神中药药枕治疗;耳穴组在常规组治疗的基础上,给予耳穴贴压;联合组在常规组治疗的基础上,联合使用药枕及耳穴压豆方法治疗。治疗均从术前3d开始至术后7d。比较4组患者治疗前后焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分的变化情况,观察术后并发症、药物不良反应情况,并统计患者满意度。【结果】(1)治疗后,4组患者的SAS与SDS评分均明显改善($P<0.01$),且联合组在改善SAS与SDS评分方面明显优于其余3组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(2)常规组、药枕组、耳穴组、联合组4组患者治疗后不良反应发生率分别为40.00%(12/30)、26.67%(8/30)、23.33%(7/30)、6.67%(2/30)。其中,联合组不良反应发生率最低,与常规组比较,差异有

收稿日期:2019-11-18

作者简介:符梅华(1978-),女,主管护师;E-mail:pe-sport@163.com

基金项目:广东省中医药管理局资助项目(编号:20182035)