

自拟活血化瘀煎剂联合针刺治疗慢性湿疹 34 例

杜晓晖 杨晓丽 付龔 李琳 姜桂仙 肖佳 宫安明

【摘要】 目的 探讨自拟活血化瘀煎剂联合针刺治疗慢性湿疹的临床效果,总结治疗方案为临床研究提供依据。**方法** 选取 2012 年 8 月~2013 年 12 月于本院诊治的慢性湿疹患者共 68 例进行研究,选取随机数字表格法将患者分为针药联合组与对照组,每组 34 例。对照组行常规药物治疗,针药联合组加用针刺和自拟活血化瘀煎剂联合治疗。比较两组患者皮疹消退时间、瘙痒消失时间、临床治疗效果及湿疹的复发情况。**结果** 两组皮疹消退时间、瘙痒消失时间对比,针药联合组要明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);针药联合组在治疗后的症状积分、生活质量评分、抑郁评分、焦虑评分较对照组下降更明显($P<0.05$);针药联合组与对照组治疗总有效率分别为 91.18% 和 67.65%,针药联合组高于对照组($P<0.05$);湿疹复发情况比较,针药联合组(10.34%)低于对照组(39.13%),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针刺联合自拟活血化瘀煎剂治疗慢性湿疹,治疗效果显著,复发率低,并可明显改善患者生活质量。

【关键词】 针刺; 活血化瘀煎剂; 慢性湿疹; 疗效

【中图分类号】 R752.1+3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.04.027

湿疹是临床中较为常见皮肤科疾病,是由内外因或者两者综合引起的真皮浅层及表皮的炎症性疾病^[1]。临床上主要表现为肥厚、水疱、丘疹、红斑及脱屑等,发病部位较多,如肛周、口周、股部、外耳、手部、外阴部等,涉及的体表部位较广。虽然湿疹不会给患者造成生命威胁,但该病由于易复发,难于彻底根治,给患者带来了较大的心理负担,有损患者

的自尊心,严重影响了患者的工作及生活质量^[2]。多年来,国内外学者均在努力寻找较为彻底的治疗方法。笔者在以往研究的基础上,采用了自拟活血化瘀煎剂联合针刺治疗慢性湿疹,针刺与中药结合,调理气血,温养脏腑,通经活络,取得了较好的效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选择本院皮肤科于 2012 年 8 月至 2013 年 12 月间收治的慢性湿疹患者 68 例,所有患者均符合入选标准。68 例患者依据随机数字表格法分成针药联合组与对照组,每组 34

作者单位: 066004 秦皇岛市中医医院皮肤科[杜晓晖、杨晓丽、付龔、李琳、姜桂仙、肖佳(硕士研究生)、宫安明]

作者简介: 杜晓晖(1972-),女,本科,主治中医师。研究方向: 皮肤病的中医疗法。E-mail: zrs143174@163.com

例。针药联合组:男 23 例,女 11 例;年龄 29 ~ 66 岁,平均(53.27±10.89)岁;病程 6 个月 ~ 6 年,平均(2.24±0.75)年;发病部位:四肢 22 例,躯干 12 例;中医辨证分型:脾虚湿蕴型 20 例、湿热型 6 例、血虚风燥型 5 例、风热型 3 例。对照组:男 19 例,女 15 例,年龄 31 ~ 65 岁,平均(53.21±11.68)岁,病程 6 个月 ~ 7 年,平均(2.53±0.89)年;发病部位:四肢 20 例,躯干 14 例;中医辨证分型:脾虚湿蕴型 21 例、湿热型 7 例、血虚风燥型 4 例、风热型 2 例。两组患者性别、年龄、辨证分型等基础资料比较,统计学无显著差异($P>0.05$)。实验均遵循医学伦理学原则,其受试对象或家属已签订知情同意书。

1.2 入选标准

纳入标准:(1)所有患者临床症状等均符合慢性湿疹的诊断标准^[3];(2)未在 2 周内接受局部治疗;(3)治疗前 4 周内系统治疗。

排除标准:(1)妊娠或者哺乳期患者;(2)患有恶性肿瘤、糖尿病或者其他全身性免疫系统相关疾病者;(3)患者合并有细菌、真菌等其他类型的微生物感染;(4)急性或亚急性湿疹,且有糜烂或渗出。

1.3 治疗方法

针药联合组予以患者常规药物、针刺联合自拟活血化瘀汤治疗:常规药物与对照组所用药物相同;自拟活血化瘀煎剂药物组成:丹参 30 g、鬼箭羽 30 g、白鲜皮 30 g、鸡血藤 30 g、蒲公英 30 g、白花蛇舌草 30 g、红花 15 g、制莪术 15 g、制三棱 15 g、桃仁 15 g、防风 15 g、苦参 15 g、白芍 15 g、当归 15 g。随患者辨证分型加减药物:脾虚湿蕴型加陈皮 20 g、厚朴 20 g、黄柏 20 g、甘草 15 g、汉防己 15 g;湿热型加龙葵 50 g、土茯苓 50 g、地肤子 30 g、灵芝 30 g、陈皮 20 g、牡丹皮 20 g、生地黄 20 g、甘草 15 g;血虚风燥型加生地黄 30 g、首乌藤 30 g、荆芥 15 g、甘草 15 g、首乌 15 g;风热型加川芎 30 g、金银花 30 g、牡丹皮 15 g。文火煎至 300 mL,2 次/d,由本院煎药室代煎。同时辅助以针刺治疗:嘱患者取仰卧位,取患者阿是穴、血海、足三里、合谷、曲池、三阴交,规范消毒处理后,固定进针穴位,右手拇指、食指与中指夹持针柄,距进针 1 ~ 2 mm 时,垂直旋转刺入。进针时,拇指向后收,食指与中指向前推针;刺入皮肤后,待针下气行微紧时,运针并调整进针深度,待患者有微凉、酸胀感时,留针 30 分钟,并注意运针 5 min/次,1 次/d。4 周为一个疗程。

对照组给予常规药物治疗:患处涂抹复方氟米松软膏(香港澳美制药,批号:HC20100009),并在患处缓慢摩擦,12 h/次;依匹斯汀胶囊(重庆凯兴制药,批号:H20041484)口服用药,20 mg/次,1 次/d。

1.4 观察指标

观察记录患者临床指标^[4]:(1)皮疹消退时间、瘙痒消失时间、症状积分:分为四度,3 分为重度、2 分为中度、1 分为轻度、0 分为消失,依据患者病情严重程度、皮损面积、瘙痒程度等进行综合评价;(2)生活质量:采用皮肤病生活质量表(dermatology life quality index,DLQI)进行评价,总分 30 分,分值越低生活质量越好;心理状况:抑郁自评量表(self-

rating depression scale,SDS),超过 53 分为有抑郁,分值越高抑郁越严重;焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS),超过 50 分为有焦虑,分值越高焦虑越严重;(4)治疗 1 年后的湿疹复发率。

1.5 疗效标准

积分指数为治疗前积分与治疗后积分差所占比例,(1)痊愈:积分指数 $\geq 95\%$,瘙痒症状基本完全消失;(2)显效: $60\% \leq$ 积分指数 $<94\%$,瘙痒等症状缓解;(3)有效: $20\% \leq$ 积分指数 $<59\%$,临床症状减轻;(4)无效:积分指数 $<20\%$,症状无改善甚至加重。总有效率以基本痊愈+显效计。

1.6 统计学处理

数据采用 SPSS 19.0 软件进行分析,计量资料均以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,各项指标数据均符合正态分布,组内比较行配对 t 检验法,组间比较采用独立样本 t 检验法;计数资料(治疗总有效率、复发率)均采用百分率($\%$)格式表示,组间比较行卡方检验,设定 $\alpha=0.05$,进行双侧检验, $P<0.05$ 为具有统计学意义的界限。

2 结果

2.1 两组瘙痒、皮疹消失时间及症状积分的对比

针药联合组与对照组比较,皮疹消退时间与瘙痒消失时间均较短,差异具有统计学意义($P<0.05$);联合组在治疗后的症状积分较对照组下降更明显,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 1、2。

表 1 两组瘙痒、皮疹消失时间的对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	瘙痒消失时间(d)	皮疹消退时间(d)
针药联合组	34	13.70±10.51 ^a	21.97±9.81 ^a
对照组	34	22.12±9.63	32.02±7.45

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

表 2 两组症状积分的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	症状积分(分)
针药联合组	34	
治疗前		8.74±1.62
治疗后		2.17±1.01 ^{ab}
对照组	34	
治疗前		8.71±1.58
治疗后		5.12±1.35 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组生活质量、心理状况变化的对比

两组治疗前比较,生活质量评分、抑郁评分、焦虑评分均相近,统计学无差异性($P>0.05$);两组患者在治疗后的生活质量评分、抑郁评分、焦虑评分均较治疗前显著下降($P<0.05$),且针药联合组均较对照组改善更明显($P<0.05$),见表 3。

2.3 两组疗效的对比

两组总有效对比,针药联合组有效率达 91.18%,对照组则为 67.75%,针药联合组较对照组明显更高,其差异具有统计学意义($\chi^2=5.762, P<0.05$),见表 4。

表 3 两组生活质量、心理状况变化对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	DLQI 评分	SDS 评分	SAS 评分
针药联合组	34			
治疗前		14.72±5.15	57.95±8.82	52.33±7.72
治疗后		0.61±0.42 ^{ab}	40.16±6.92 ^{ab}	40.05±6.09 ^{ab}
对照组	34			
治疗前		14.14±5.26	57.21±8.17	51.94±7.04
治疗后		7.36±2.63 ^a	49.75±6.14 ^a	45.26±6.36 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

表 4 两组疗效对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针药联合组	34	14	17	2	1	91.18 ^a
对照组	34	9	14	6	5	67.65

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.4 两组复发率的对比

治疗 1 年后,对两组基本痊愈与显效患者进行随访观察,发现针药联合组出现 2 例脱落,3 例复发,其复发率为 10.34%;对照组未出现脱落,9 例复发,复发率为 39.13%,两组复发率对比,针药联合组较对照组更低,差异具有统计学意义($\chi^2=5.994, P<0.05$)。

3 讨论

慢性湿疹是病因极为复杂的一种疾病,有研究指出^[5],外界物理、化学因素刺激,患者自身内分泌改变、各种基础性疾病等均易导致慢性湿疹的发病,该病具有渗出性、多形性、易复发等特点。现代医学多采用内服依匹斯汀等抗组胺类药物,外用激素类软膏药物的治疗模式,通过抑制多种炎性介质释放、促进真皮炎症浸润吸收等方式达到广泛性的抗炎效果。但研究发现^[6],长期应用西药治疗易导致药物依赖,且复发率越来越高。中医观点认为慢性湿疹属“血风疮”“浸淫疮”等疾病的范畴,气滞血瘀是其病机所在^[7],多因脾失健运、禀赋不耐或营血不足致血虚风燥,湿热滞留,久病入血入络进而导致气滞血瘀,经络阻塞,风、湿、热客于肌肤而发,肌肤失养而发此病。治疗时多采用养血润肤、健脾燥湿之法。

本研究中的自拟活血化瘀煎剂是由鸡血藤、红花、丹参、鬼箭羽、制三棱、制莪术等多种中药为基本方文火煎成。其中鸡血藤、红花、赤芍等可活血通经、消积化瘀;白花蛇舌草具有清热祛湿、止痒解毒功效;白芍可养血敛阴、柔肝止痛、平抑肝阳;制三棱既入血分,又入气分,可破血行气、消积止痛;诸药合用,更具润燥止痒、活血化瘀的作用。现代药理学研究也表明^[8],丹参、赤芍可明显降低血中纤维蛋白含量、降低血液黏度、改善微循环。此外针对患者中医辨证分型增加对症药物,疗效更显著。针刺阿是穴可活血通络;针刺血海、三阴交可健脾养血、活血祛瘀,血行则痒自止;针刺足三

里可益气养血^[9]。多穴位连续刺激,增强行气活血效果。现代医学研究指出^[10],针刺可刺激机体神经、调节内分泌从而起到抗炎、抗损伤作用。本次实验表明:在现代医学治疗基础上对慢性湿疹患者行针刺和自拟活血化瘀汤治疗后,其瘙痒消失时间与皮疹消退时间均明显缩减;症状积分减少更显著,且疗效明显优于对照组;而两组 1 年后的复发率对比显示,针药联合组的复发率要明显低于对照组,提示针刺联合自拟活血化瘀煎剂可明显改善湿疹患者体内气滞血瘀现象,养血润肤效果好,瘙痒等临床症状明显改善,预后良好。

中医研究理论认为,慢性湿疹痒疹剧烈、缠绵难愈,多数患者会存在情志不畅、心烦气躁,从而加重病情^[11]。章承中等^[12]在研究中指出,慢性湿疹患者的生活质量与其病情关系密切,病情控制越好,生活质量越高。在本次研究中,对患者治疗前后的生活质量评价发现,针药联合组治疗后生活质量较对照组改善更明显。此外,针药联合组患者的焦虑、抑郁情况也较对照组明显改善,表明针药联合治疗能显著改善患者心理状态,提升其生活质量,增强患者自信,有助于其病情恢复。

综上所述,选择针刺联合自拟活血化瘀煎剂治疗慢性湿疹,起效快,疗效确切,提高患者生活质量,降低复发率,可为今后临床治疗慢性湿疹提供有价值的参考。

参 考 文 献

- [1] 刘广仁,韩永智,黄庚史,等. 皮炎湿疹 599 例致病因素分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(2): 126-128, 134.
- [2] 郑跃,赖维. 湿疹发病机制的研究进展[J]. 国际皮肤性病学杂志, 2013, 39(2): 113-115.
- [3] 赵辩. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 605.
- [4] 刘彩霞. 中药内服外洗治疗慢性湿疹 60 例[J]. 环球中医药, 2012, 5(6): 459-460.
- [5] 张优琴,方霞,周明华,等. 湿疹的中医药治疗进展[J]. 东南国防医药, 2015, (3): 301-303, 316.
- [6] Hon K L, Chan B C, Leung P C. Chinese herbal medicine research in eczema treatment [J]. Chin Med, 2011, 6(17): b27.
- [7] 吴敬英,李鸣九. 中西医结合治疗慢性湿疹 50 例[J]. 中国老年学杂志, 2014, (19): 5596-5597.
- [8] 高冲,刘璐,胡爱菊,等. 活血化瘀中药的药理作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2013, 36(1): 64-68.
- [9] 焦召华,高晖,田苑,等. 火针点刺联合三棱针刺络治疗慢性湿疹的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2015, (6): 20-24.
- [10] 黄文琴,周奇志,余曙光,等. 针刺调节焦虑障碍免疫功能紊乱的机制[J]. 中国老年学杂志, 2014, (23): 6814-6816.
- [11] 刘纯莉,李红军,尹东辉. 活血化瘀法治疗慢性湿疹综述[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(1): 44-45.
- [12] 章承中,徐小英,颜美秋. 慢性湿疹患者生活质量及其影响因素的临床研究[J]. 中国全科医学, 2011, 14(19): 2161-2163.

(收稿日期: 2015-12-09)

(本文编辑: 韩虹娟)