

# 滞针结合背腧穴放血治疗慢性荨麻疹的临床效果观察<sup>▲</sup>

梁莹<sup>1</sup> 王雄将<sup>2</sup> 班莹<sup>3</sup> 肖明明<sup>3</sup>

(1 广西壮族自治区民族医院皮肤科,南宁市 530001,电子邮箱:25366440@qq.com;2 广西中医药大学第一附属医院治未病中心,南宁市 530023;3 广西中医药大学研究生院,南宁市 530001)

**【摘要】** **目的** 观察滞针结合背腧穴放血疗法治疗慢性荨麻疹的临床疗效。**方法** 将96例慢性荨麻疹患者随机分为观察组和对照组,每组48例,观察组采用滞针结合背部腧穴放血疗法,对照组给予氯雷他定片治疗,两组疗程均为14 d。观察两组患者临床疗效、治疗前后血清C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )和免疫球蛋白E(IgE)的水平及治疗1个月后复发率。**结果** 观察组临床总有效率为89.13%,对照组为86.96%,两组疗效差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗结束时,两组患者CRP、IL-6、TNF- $\alpha$ 和IgE水平均低于治疗前,并且观察组低于对照组( $P<0.05$ );治疗结束后1个月,观察组复发率为4.3%,低于对照组的19.57%( $P<0.05$ )。**结论** 滞针结合背腧穴放血疗法治疗慢性荨麻疹可有效缓解临床症状,降低复发率。

**【关键词】** 慢性荨麻疹;滞针;背腧穴;放血疗法

**【中图分类号】** R 758.24 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2018)23-2846-03

**DOI:**10.11675/j.issn.0253-4304.2018.23.27

荨麻疹是一种常见的过敏性皮肤病,是由多种原因导致的皮肤、黏膜、小血管扩张渗透性增加而出现的一种局限性水肿反应性疾病,临床表现为风团和红斑,伴有剧烈瘙痒,迅速发生、消退,退后无痕。病程超过6周者称为慢性荨麻疹<sup>[1]</sup>。其发病机制复杂,目前尚无特效疗法,西医治疗慢性荨麻疹以抗组胺药物为主,但只能控制临床症状<sup>[2]</sup>,且治疗时间较长,容易出现口干、嗜睡、头晕、心动过速等不良反应<sup>[3]</sup>。中医治疗多采用针刺、刺络放血、内服中药等方法<sup>[4]</sup>,中医外治法具有疗效确切、无不良反应等特点<sup>[5]</sup>。本研究应用滞针结合背腧穴放血治疗慢性荨麻疹,临床效果满意,现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取2016年5月至2017年7月在广西壮族自治区民族医院门诊治疗的慢性荨麻疹患者为观察对象。纳入标准:(1)符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>中慢性瘾疹的诊断标准或《皮肤性病学》<sup>[1]</sup>中慢性荨麻疹的诊断标准;(2)年龄16~60岁;(3)治疗前1个月内未使用皮质类固醇激素、抗组胺药及免疫调节药等药物;(4)签署知情同意书,愿意配合治疗。排除标准:(1)合并心血管、肝、肾、消化、造血系统等严重原发性疾病者;(2)对针刺疗法有恐惧,易发生晕针反应者;(3)对本研究使用药物有不良反应或过敏者;(4)妊娠

及哺乳期妇女;(5)研究前1周内接受过与本病相关的中西医疗者。脱落标准:患者没有完成治疗方案所规定的观察周期均视为脱落。符合上述标准的患者96例,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组48例,在治疗过程中两组各有2例患者脱落,实际完成观察患者92例。观察组46例,男性26例,女性20例,年龄( $43.96 \pm 8.32$ )岁,病程( $2.01 \pm 0.67$ )年;对照组46例,男性25例,女性21例,年龄( $42.76 \pm 8.62$ )岁,病程( $1.98 \pm 0.48$ )年,两组患者的性别、年龄、病程等资料差异均无统计学意义(均 $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经伦理委员会同意并获得患者的知情同意。

### 1.2 方法

**1.2.1 观察组:**采用滞针结合背腧穴放血疗法。(1)取穴:曲池、血海、足三里、三阴交、合谷、膈腧、肺腧、脾腧。(2)滞针方法:嘱患者取仰卧位,选取曲池、血海、足三里、三阴交、合谷等穴,用75%酒精棉球消毒局部皮肤后,使用2寸(规格0.25 mm×50 mm,华佗牌)针灸针按常规方法针刺,快速直刺进针,刺入1.0~1.5寸,经过提插捻转产生酸胀麻痛感后,向单一方向捻转针柄2周或2周以上(捻转的周数要根据患者针感强度以及医者感到针下滞紧为度),造成“针下沉紧,拔而不出,刺而不进”的滞针状态,此时患者自觉针刺部位酸胀麻痛感瞬间增强,然后留针30 min,起针时轻轻将针柄回旋,松动针身,快速出针,然后用75%酒精消毒施术部位,出血者

**▲基金项目:**广西壮族自治区研究生科研创新项目(YCSW2017173);广西中医药大学研究生科研创新项目(YJSP201724)

**作者简介:**梁莹(1984~),女,硕士,主治医师,研究方向:中西医结合治疗损容性皮肤病。

**通信作者:**王雄将(1992~),男,硕士,住院医师,研究方向:针灸推拿调治亚健康,电子邮箱:958207546@qq.com。

用无菌棉球按压止血。(3)背腧穴放血疗法:滞针疗法完成后,让患者取俯卧位,用75%酒精消毒膈腧、肺腧、脾腧穴皮肤后用一次性注射针头点刺各穴位,再用火罐吸定,约10 min,放血3~4 ml为度,取火罐后用无菌棉球擦拭局部,避免感染。滞针治疗1次/d,放血治疗隔天1次,共治疗14 d。

1.2.2 对照组:饭后30 min服用氯雷他定片(扬子江药业,国药准字:H20080134,规格:10 mg/片)10 mg,1次/d,连续服用14 d。

1.3 观察指标 (1)免疫指标:观察两组患者治疗前后C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、白细胞介素6(interleukin 6, IL-6)、肿瘤坏死因子 $\alpha$ (tumor necrosis factor  $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )和免疫球蛋白E(immunoglobulin E, IgE)水平的变化。抽取患者静脉血5 ml,离心分离后取血清,于-80℃条件下冻存待测。采用酶联免疫吸附法(enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA)检测上述指标。试剂购自英国Abcam公司(批号:ab9995, ab100712, ab208348, ab157718),检测严格按照ELISA试剂盒说明书标准进行操作。(2)疗效及治疗1个月后复发率。(3)不良反应发生率:观察患者生命体征、三大常规检查及有无乏力、呕吐、头痛、晕针、血肿等不良反应。

1.4 疗效评定标准 评定标准按照《中医病症诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>中瘾疹的疗效评定标准。治愈:风团消退,临床症状体征消失,不再发作者;好转:风团消退30%或消退后复发间隔时间延长,瘙痒等症状减轻者;未愈:风团

及瘙痒无明显改善,或消退不足30%。总有效率=治愈率+好转率。

1.5 统计学分析 采用SPSS 17.0统计学软件进行分析。等级资料比较采用秩和检验;计数资料以例数(百分比)表示,比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用独立样本 $t$ 检验,组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者疗效及复发率比较 治疗14 d时,观察组临床总有效率为89.13%,对照组为86.96%,两组疗效比较,差异无统计学意义( $Z = -0.459, P = 0.646$ )。见表1。治疗结束后1个月,观察组复发2例,复发率为4.3%(2/46),对照组复发9例,复发率为19.57%(9/46),对照组复发率高于观察组( $\chi^2 = 5.059, P = 0.024$ )。

表1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

| 组别  | <i>n</i> | 治愈        | 好转        | 未愈       | 总有效       |
|-----|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 观察组 | 46       | 21(45.65) | 20(43.48) | 5(10.87) | 41(89.13) |
| 对照组 | 46       | 19(41.30) | 21(45.65) | 6(13.04) | 40(86.96) |

2.2 两组患者治疗前后免疫指标比较 两组患者治疗前CRP、IL-6、TNF- $\alpha$ 和IgE水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,两组患者CRP、IL-6、TNF- $\alpha$ 和IgE水平均低于治疗前(均 $P < 0.05$ ),并且观察组低于对照组(均 $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者治疗前后免疫指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | <i>n</i> | CRP(mg/L)        |                  | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 | IL-6(ng/L)       |                 | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|------------|----------|------------------|------------------|------------|------------|------------------|-----------------|------------|------------|
|            |          | 治疗前              | 治疗后              |            |            | 治疗前              | 治疗后             |            |            |
| 观察组        | 46       | 23.46 $\pm$ 5.12 | 8.62 $\pm$ 3.14  | 16.758     | <0.001     | 11.44 $\pm$ 3.57 | 3.58 $\pm$ 2.46 | 12.296     | <0.001     |
| 对照组        | 46       | 22.58 $\pm$ 5.31 | 11.62 $\pm$ 3.25 | 11.940     | <0.001     | 12.20 $\pm$ 5.19 | 6.87 $\pm$ 3.66 | 5.692      | <0.001     |
| <i>t</i> 值 |          | 0.809            | -4.502           |            |            | -0.818           | -5.059          |            |            |
| <i>P</i> 值 |          | 0.421            | <0.001           |            |            | 0.415            | <0.001          |            |            |

| 组别         | <i>n</i> | TNF- $\alpha$ (ng/L) |                  | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 | IgE( $\mu$ g/L)  |                 | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|------------|----------|----------------------|------------------|------------|------------|------------------|-----------------|------------|------------|
|            |          | 治疗前                  | 治疗后              |            |            | 治疗前              | 治疗后             |            |            |
| 观察组        | 46       | 44.71 $\pm$ 6.15     | 26.61 $\pm$ 4.16 | 16.534     | <0.001     | 12.35 $\pm$ 2.93 | 2.61 $\pm$ 0.72 | 21.895     | <0.001     |
| 对照组        | 46       | 43.15 $\pm$ 6.61     | 32.09 $\pm$ 6.15 | 8.308      | <0.001     | 12.14 $\pm$ 3.38 | 7.24 $\pm$ 1.53 | 8.957      | <0.001     |
| <i>t</i> 值 |          | 1.172                | -5.006           |            |            | 0.318            | -18.571         |            |            |
| <i>P</i> 值 |          | 0.244                | <0.001           |            |            | 0.751            | <0.001          |            |            |

2.3 不良反应 两组患者在治疗过程中均未出现严重不良反应,生命体征正常。

## 3 讨论

慢性荨麻疹属中医瘾疹范畴,多由先天禀赋不足,卫外不固,风寒、风热外袭,客于肌表,郁于皮肤腠理间,

邪正相搏而发;此外,久病气血亏虚,冲任不调,肝肾不足,血虚生风化燥,阻于肌肤也可发病<sup>[7]</sup>,所以当以益气健脾、养血活血、祛风止痒为治则。

现代医学研究表明<sup>[8]</sup>,针刺疗法能明显增强荨麻疹患者的机体免疫力。但慢性荨麻疹患者发病日久,气血阴阳亏虚更甚,经络感传能力降低,使得常规针刺的疗

效不显著。《灵枢·九针十二原》曰：“刺之要，气至而有效”<sup>[9]</sup>。《标幽赋》亦云：“气速至而速效，气迟至而不治”，均指出得气与针刺疗效密切相关<sup>[10]</sup>。滞针术是由古代“搓法”发展而来，《针灸大成》曰：“指搓者，凡转针如搓线状，勿转太紧，随其气而用之”，指出该法是在针刺入后行单向捻转，获得“鱼吞钩饵之沉浮”的紧滞感<sup>[11]</sup>。较强的刺激有利于获得较强的得气感，使针感通关过节，气至病所，对慢性荨麻疹患者的疏通经络、调和气血、平衡阴阳作用更为显著。

放血疗法是一种重要的中医外治法，《灵枢·小针解》中有“宛陈则除之者，去血脉也”；叶天士云“初病治气，久病治血”。荨麻疹患者久病在络易形成瘀滞，放血疗法可使邪气随血而出，从而改善局部血液循环，促进人体新陈代谢，加快炎性反应物及化学致痒性物质的排出<sup>[12]</sup>。

曲池穴为手阳明大肠经之合穴，阳明经为多气多血之经，因此，曲池穴可以调节全身的气血。营卫不和是慢性荨麻疹发病的重要机理，而肺与大肠相表里，故曲池具有宣肺解表、调和营卫、清热止痒之功。有研究表明<sup>[13]</sup>，针刺曲池穴能有效降低慢性荨麻疹患者血清 IgE 水平和嗜酸性粒细胞值，故该穴成为众多医家治疗慢性荨麻疹选用频次最高的穴位<sup>[14]</sup>；曲池穴与合谷穴并用，可以增强疏风解表、清阳明热之效，与足三里并用，可增强健脾和胃、调和气血之效。足三里为保健要穴，能提高白细胞的吞噬能力，更快、更好地激发和调节机体的免疫功能<sup>[7]</sup>。中医治痒以“治风先治血，血行风自灭”为原则，取足太阴脾经之血海穴，可以补血养血和血、引血归经，与血海、膈腧合用，起到调节全身气血、祛风润燥之效。荨麻疹患者久病易气血亏虚，冲任不调，肝肾不足。三阴交为足三阴经交会穴，可调冲任气血，补益肝肾。肺主皮毛，施治肺腧穴，泻血以调气，起到解肌透表、疏风散邪、宣肺止痒之效。脾腧放血能益气健脾，化生气血。诸穴配伍以调节全身气血运行，从而达到驱风祛邪、调和营卫、养血活血之功效。

氯雷他定片主要通过选择性拮抗外周 H1 受体，抑制肥大细胞释放组胺，从而有效控制荨麻疹发作，但可引起一定的不良反应，如恶心、呕吐、头痛、嗜睡等<sup>[15]</sup>，有些患者因不能耐受而自行停药影响疗效。本研究结果显示，治疗后，两组疗效差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，但治疗后 1 个月观察组复发率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患者血清 CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  和 IgE 水平均低于治疗前，并且观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ )，提示两种治疗方法都可调节免疫功能，缓

解症状，但观察组效果更好。提示滞针结合背腧穴放血疗法治疗慢性荨麻疹临床疗效显著，且复发率低。

综上所述，滞针结合背部腧穴放血疗法治疗慢性荨麻疹能有效缓解临床症状，降低患者血清 CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  和 IgE 水平，从而降低复发率，安全性好，值得临床推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 张学军. 皮肤性病学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 107.
- [2] Alan S, Canan F, Karakaş AA, et al. Temperament and character profiles of patients with chronic idiopathic urticaria[J]. Postepy Dermatol Alergol, 2015, 32(3): 167-172.
- [3] 毛越苹, 谭国珍, 张楚怡, 等. 枸地氯雷他定片治疗慢性特发性荨麻疹有效性及临床安全性分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(9): 974-976.
- [4] 白庭恩, 范 斌. 慢性荨麻疹的中医研究概况[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(2): 75-77, 80.
- [5] 聂 晶, 蔡玲玲, 吴美超, 等. 中医外治荨麻疹研究进展[J]. 中医临床研究, 2017, 9(15): 42-45.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 147.
- [7] 陈 平, 颜纯钊, 王万春, 等. 热敏灸联合自血穴位注射治疗卫外不固型慢性荨麻疹的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(5): 2 075-2 078.
- [8] 李坚将, 刘 辉, 陈 狄, 等. 针刺背俞穴加刺络拔罐治疗慢性荨麻疹及其血清白细胞介素 4、 $\gamma$  干扰素和免疫球蛋白 E 的影响研究[J]. 中国全科医学, 2011, 14(28): 3 292-3 294.
- [9] 张中原, 苗晋玲, 张国鑫, 等. 《内经》“迎随”辨[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(5): 593-595.
- [10] 郭 鑫, 刘佳丽, 王淑艳. 针灸治疗中“得气”与“气至”之我见[J]. 中医药导报, 2018, 24(16): 85-86.
- [11] 邓燕琴, 杜 艳, 韦日铺, 等. 滞针针法的发展源流及临床应用研究[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(3): 184-186.
- [12] 王 芸, 肖佳欢, 李 达, 等. 针刺配合刺络拔罐治疗慢性荨麻疹的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(8): 12-14.
- [13] 廖小七, 王 菁. 曲池穴放血疗法治疗风热型慢性荨麻疹疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(11): 1 323-1 325.
- [14] 曾祥新, 孙忠人, 吕晓琳, 等. 针灸治疗荨麻疹的选穴规律[J]. 山东中医杂志, 2016, 35(5): 420-423.
- [15] 李 孟, 张晓华. 氯雷他定的药理作用及临床应用[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(14): 159-160.

(收稿日期: 2018-07-20 修回日期: 2018-10-22)