

文章编号: 1005-0957 (2021) 02-0206-07

· 临床研究 ·

火针联合苍肤止痒酊治疗神经性皮炎的疗效观察

李琳¹, 肖佳¹, 杨晓丽¹, 李伟²

(1. 秦皇岛市中医医院, 秦皇岛 066000; 2. 秦皇岛市军工医院, 秦皇岛 066000)

【摘要】 目的 观察火针联合苍肤止痒酊治疗神经性皮炎的临床疗效。方法 共纳入 180 例神经性皮炎患者, 采用简单随机化分组方法分为 3 组, 每组 60 例。对照组给予卤米松乳膏治疗, 火针组在对照组治疗基础上另予火针治疗, 联合组给予火针联合苍肤止痒酊治疗。3 组均治疗 5 周, 并对治疗后基本治愈的患者进行 6 个月的随访。观察各组的总有效率、皮损中医证候评分、炎症因子[肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素(IL)-1 β 、IL-4 和 IL-6]、皮肤屏障功能指标(皮肤皮脂水平、皮肤水合度)和不良反应, 并采用 *Pearson* 相关性分析探究炎症因子与临床疗效的相关性。观察随访时各组的复发率。**结果** 联合组总有效率为 93.3%, 高于火针组的 76.7% 和对照组的 51.7%, 3 组之间的差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 联合组的皮损总面积、色泽、丘疹和瘙痒评分均低于火针组和对照组($P < 0.05$), 且火针组上述各项评分也低于对照组($P < 0.05$); 联合组 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6 水平均低于火针组和对照组($P < 0.05$), 且 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6 水平均与临床疗效呈负相关; 联合组皮肤皮脂水平、皮肤水合度均高于火针组和对照组($P < 0.05$), 且火针组高于对照组($P < 0.05$)。联合组和火针组的复发率均低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 火针联合苍肤止痒酊治疗神经性皮炎, 能改善患者临床症状体征与皮肤屏障功能, 提高疗效, 减少疾病的复发, 其机制可能与改善炎症反应有关。

【关键词】 火针疗法; 针刺疗法; 针药并用; 神经性皮炎; 炎性指标; 肿瘤坏死因子 α

【中图分类号】 R246.7 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2021.02.0206

Efficacy Observation of Fire Needle Combined with Cang Fu Zhi Yang Tincture for Neurodermatitis LI Lin¹, XIAO Jia¹, YANG Xiao-li¹, LI Wei². 1. Qinhuangdao Hospital of Chinese Medicine, Qinhuangdao 066000, China; 2. Qinhuangdao Jungong Hospital, Qinhuangdao 066000, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of fire needle combined with Cang Fu Zhi Yang tincture in treating neurodermatitis. **Method** A total of 180 neurodermatitis patients were divided into three groups using a simple randomized grouping method, with 60 cases in each group. The control group was treated with Halometasone cream, the fire needle group was given fire needle therapy based on the treatment in the control group, and the combination group was intervened by fire needle therapy plus Cang Fu Zhi Yang tincture. The treatment lasted for 5 weeks in the three groups, and a 6-month follow-up was conducted in the substantially recovered patients. The total effective rate, symptom and sign score of skin lesion of traditional Chinese medicine (TCM), inflammatory factors [tumor necrosis factor (TNF)- α , interleukin (IL)-1 β , IL-4 and IL-6], skin barrier function parameters (skin sebum level and skin hydration degree) and adverse reactions were observed in each group. Pearson correlation analysis was adopted to discover the correlation between the inflammatory factors and clinical efficacy. The relapse rate was observed in each group at the follow-up. **Result** The total effective rate was 93.3% in the combination group, higher than 76.7% in the fire needle group and 51.7% in the control group, and the differences amongst the three groups were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the scores of total area of skin lesion, color, spots, and itching were lower in the combination group than in the fire needle and control groups ($P < 0.05$), and the above scores in the fire

作者简介: 李琳(1982—), 女, 副主任医师

needle group were lower than those in the control group ($P < 0.05$); the levels of TNF- α , IL-1 β , IL-4 and IL-6 were lower in the combination group than in the fire needle and control groups ($P < 0.05$), and the levels of TNF- α , IL-1 β , IL-4 and IL-6 were all negatively correlated with clinical efficacy; the skin sebum level and hydration degree were higher in the combination group than in the fire needle and control groups ($P < 0.05$), and were higher in the fire needle group than in the control group ($P < 0.05$). The relapse rate was lower in the combination and fire needle groups than in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Fire needle combined with *Cang Fu Zhi Yang* tincture can improve the clinical symptoms and signs and skin barrier function, enhance clinical efficacy and reduce relapse in treating neurodermatitis, and the mechanism may be associated with the improvement of inflammatory reactions.

[Key words] Fire needle therapy; Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Neurodermatitis; Inflammatory indexes; TNF- α

神经性皮炎是一种以阵发性剧痒、皮肤肥厚、皮沟加深的苔癣样改变等为主要特征的慢性炎症性皮肤病, 时轻时重, 可迁延数年不愈, 手背、足背、踝部部位皮损由于容易摩擦、搔抓, 病程长, 反复发作, 治疗难度较大^[1]。西医治疗常采用卤米松乳膏等激素制剂, 但应用周期较长, 患者依从性较差, 且长期应用后, 对药物敏感性降低, 导致病情难以控制, 因此研究其有效疗法意义重大^[2]。中医学中属于“牛皮癣”“顽癣”, 病因与风、热、湿邪有关, 治以祛邪止痒, 以改善患者生活质量^[3]。苍肤止痒酊是笔者所在科室调配的外用药物, 前期小样本预试验证实其治疗神经性皮炎有效^[4]。火针是针灸手法之一, 具有温通经脉、引邪外出、祛风止痒等作用^[5]。目前关于火针联合苍肤止痒酊的报道较少, 是否可提高患者受益尚不明确。本研究选取 180 例神经性皮炎患者, 观察火针联合苍肤止痒酊治疗的临床疗效, 为临床治疗提供循证支持, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入 180 例神经性皮炎患者均来自 2017 年 3 月至 2019 年 4 月秦皇岛市中医医院皮肤科。采用简单随机化分组方法, 按 1:1:1 分配, 依据就诊顺序排序 1~180, 每位患者赋予 1 位随机数, 而后将随机数依据大小依次排序, 随机数字号为 1~60 号为联合组, 61~120 号为火针组, 121~180 为对照组, 每组 60 例。3 组患者年龄、病程、体质量指数、性别、饮酒史、吸烟史、皮损部位、疾病类型和合并疾病比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。详见表 1。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《中国临床皮肤病学》^[6]中神

经性皮炎诊断标准; 中医诊断标准参照《中医皮肤性病学》^[7]中“顽癣”血虚风燥证标准。

1.3 纳入标准

①符合中西医诊断标准; ②皮损灰白或抓之如枯木, 肥厚粗糙如牛皮, 表面有鳞屑, 瘙痒剧烈, 入夜尤甚, 可伴失眠健忘, 心悸怔忡, 女子月经不调, 舌质淡, 苔薄, 脉细; ③无卤米松乳膏等相关药物过敏史; ④入组前 4 周无相关治疗史; ⑤自愿签署知情同意书并能坚持治疗。

1.4 排除标准

①妊娠期、哺乳期患者; ②皮损表现为继发感染伴渗出者; ③有严重心脑血管疾病者; ④严重糖尿病血糖控制不佳者; ⑤对酒精过敏者; ⑥合并呼吸系统、泌尿系统等急性感染类疾病者; ⑦精神病患者; ⑧晕针者; ⑨阴部等隐私部位存在皮损者。

2 治疗方法

2.1 对照组

给予卤米松乳膏(香港澳美制药厂生产, 国药准字 HC20100039), 用无菌棉签, 均匀涂抹于皮损部位, 每日 2 次, 共治疗 5 周。

2.2 火针组

在对照组基础上予火针治疗。

根据皮损部位, 取患者舒适体位, 常规消毒皮损处。取直径 0.5 mm 的钨钢单头火针(成都市诚信康医疗器械有限公司生产), 在乙醇灯火焰外焰烧红后, 以垂直于皮肤的方向, 快、准、稳地由皮损边缘向中央点刺, 深度和针刺间距均为 0.2~0.5 cm。若患者皮损较厚, 可酌情加深针刺, 缩短针刺间距。火针后嘱患者病灶处 24 h 内禁止沾水。每 7 日治疗 1 次, 共治疗 5 周。

表 1 3组一般资料比较(每组 60例)

| 组别 | 年龄($\bar{x} \pm s$, 岁) | 病程($\bar{x} \pm s$, 月) | 体质量指数($\bar{x} \pm s$, kg/m ²) | 性别(例) | | 饮酒史(例) | 吸烟史(例) |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--|-------|----|--------|--------|
| | | | | 男 | 女 | | |
| 联合组 | 42±11 | 24.03±10.01 | 22.61±1.44 | 28 | 32 | 23 | 20 |
| 火针组 | 41±9 | 23.44±8.13 | 22.25±1.70 | 31 | 29 | 25 | 24 |
| 对照组 | 42±10 | 22.91±7.88 | 22.47±1.65 | 26 | 34 | 22 | 26 |
| F/χ^2 值 | 0.383 | 0.247 | 0.771 | 0.847 | | 0.327 | 1.309 |
| P 值 | 0.682 | 0.781 | 0.464 | 0.655 | | 0.849 | 0.520 |

| 组别 | 皮损部位(例) | | | | | 疾病类型(例) | | 合并疾病(例) | | | |
|--------------|---------|----|----|----|-----|---------|-----|---------|-------|-------|-------|
| | 颈部 | 腕部 | 踝部 | 肘窝 | 腰背部 | 局限性 | 播散性 | 高脂血症 | 糖尿病 | 心脏病 | 高血压 |
| 联合组 | 29 | 12 | 13 | 14 | 10 | 42 | 18 | 6 | 4 | 2 | 3 |
| 火针组 | 25 | 10 | 15 | 12 | 6 | 48 | 12 | 8 | 3 | 4 | 5 |
| 对照组 | 26 | 11 | 16 | 8 | 7 | 46 | 14 | 11 | 6 | 5 | 7 |
| F/χ^2 值 | 2.637 | | | | | 1.685 | | 1.765 | 1.161 | 1.356 | 1.746 |
| P 值 | 0.955 | | | | | 0.431 | | 0.414 | 0.414 | 0.508 | 0.418 |

2.3 联合组

给予火针联合苍肤止痒酊治疗。

苍肤止痒酊药液的制作由秦皇岛市中医医院中药室统一完成。苍肤止痒酊方药组成为苦参 30 g, 苍耳子 30 g, 白藓皮 30 g, 地肤子 30 g, 百部 30 g。将上述中药浸泡入 2000 mL 的 75%乙醇溶液中 48 h 后, 取澄清药液。用无菌棉签蘸取药液并涂抹于皮损部位。每日 2 次, 共治疗 5 周。

火针治疗方法、疗程均同火针组。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 皮损中医证候评分^[8]

包含皮损总面积、色泽、丘疹、瘙痒等方面, 均按照无、轻、中、重依次计为 0、1、2、3 分, 得分越高表示皮损症状越严重。

3.1.2 炎症指标

治疗前后分别采集外周静脉血 4 mL, 离心得上层清液, 采用酶联免疫吸附法检测血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素(IL)-1 β 、IL-4 和 IL-6 水平。试剂盒均购自上海康朗生物工程有限公司。

3.1.3 皮肤屏障功能指标

包含皮肤皮脂水平和皮肤水合度两方面。采用无创性皮肤生理功能 SOFT5.5 测试仪(意大利 Callegari 公司生产)进行检测。在室温 20~25℃、空气相对湿

度 40%~60%及避免阳光直射的环境下检测。测量仪与皮肤表面紧密接触, 并停留 30 s, 反复测量 3 次, 取平均值作为最终数据。

3.1.4 疾病复发率

治疗后, 对各组中基本治愈的患者进行半年随访, 并记录疾病复发的情况。比较各组的疾病复发率。

3.1.5 安全性观察

整个治疗过程中, 观察各组红肿、出血等不良反应的发生情况。

3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]相关疗效标准。

基本治愈: 皮肤色泽、丘疹、瘙痒等临床症状体征基本消失, 疗效指数 >90%。

显效: 临床症状体征显著改善, 皮损消退 \geq 70%, 疗效指数 71%~90%。

有效: 临床症状体征缓解, 皮损消退 30%~69%, 疗效指数 31%~70%。

无效: 临床症状体征无缓解或加重, 皮损消退 <30%, 疗效指数 \leq 30%。

疗效指数=[(治疗前皮损中医证候评分-治疗后皮损中医证候评分)/治疗前皮损中医证候评分] \times 100%。

总有效率=[(基本治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数] \times 100%。

3.3 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,多组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用 *LSD-t* 检验。计数资料用[例(%)]表示,比较用卡方检验。采用 *Pearson* 进行相关性分析。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组临床疗效比较

3 组所有患者均完成了全部治疗,治疗后总有效率比较,差异具有统计学意义($\chi^2=27.365, P<0.05$),且联合组总有效率高于火针组和对照组($P<0.05$),火针组高于对照组($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 3 组临床疗效比较

[例(%)]

| 组别 | 例数 | 基本治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率/% |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|----------------------|
| 联合组 | 60 | 28(46.7) | 22(36.7) | 6(10.00) | 4(6.7) | 93.3 |
| 火针组 | 60 | 12(20.0) | 18(30.0) | 16(26.7) | 14(23.3) | 76.7 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 60 | 5(8.3) | 11(18.3) | 15(25.0) | 29(48.3) | 51.7 ¹⁾ |

注:与联合组比较¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较²⁾ $P<0.05$

3.4.2 3 组治疗前后皮损中医证候评分比较

3 组治疗前皮损中医证候各项评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后皮损中医证候各项评分均较治疗前明显下降($P<0.05$),3 组组间比较

差异均具有统计学意义($P<0.05$)。联合组治疗后皮损总面积、色泽、丘疹、瘙痒各分项评分均低于火针组和对照组($P<0.05$),火针组治疗后各分项评分低于对照组($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 3 组治疗前后皮损中医证候评分比较(每组 60 例)

($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 皮损总面积 | | 色泽 | | 丘疹 | | 瘙痒 | |
|------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 联合组 | 2.33±0.36 | 1.04±0.32 ¹⁾ | 2.26±0.19 | 0.73±0.17 ¹⁾ | 2.11±0.21 | 0.95±0.17 ¹⁾ | 2.11±0.25 | 0.51±0.11 ¹⁾ |
| 火针组 | 2.25±0.29 | 1.54±0.28 ¹⁾²⁾ | 2.30±0.22 | 1.06±0.25 ¹⁾²⁾ | 2.08±0.19 | 1.28±0.18 ¹⁾²⁾ | 2.08±0.24 | 0.86±0.13 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 2.29±0.31 | 1.72±0.24 ¹⁾²⁾³⁾ | 2.32±0.24 | 1.41±0.20 ¹⁾²⁾³⁾ | 2.05±0.22 | 1.49±0.24 ¹⁾²⁾³⁾ | 2.12±0.20 | 1.12±0.17 ¹⁾²⁾³⁾ |
| <i>F</i> 值 | 0.930 | 93.725 | 1.182 | 158.402 | 1.260 | 112.178 | 0.487 | 291.295 |
| <i>P</i> 值 | 0.397 | <0.05 | 0.309 | <0.05 | 0.286 | <0.05 | 0.615 | <0.05 |

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与联合组比较²⁾ $P<0.05$;与火针组比较³⁾ $P<0.05$

3.4.3 3 组治疗前后炎症指标的比较

3 组治疗前各炎症因子水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后各炎症因子水平均较治疗前明显下降($P<0.05$),3 组组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。联合组治疗后 $\text{TNF-}\alpha$ 、 $\text{IL-1}\beta$ 、 IL-4 、 IL-6 的水平均低于火针组和对照组($P<0.05$),但火针组和对照组治疗后各炎症因子水平比较差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 4。

3.4.4 分析炎症因子与临床疗效的相关性

采用 *Pearson* 分析显示, $\text{TNF-}\alpha$ 、 $\text{IL-1}\beta$ 、 IL-4 、

IL-6 水平均与临床疗效呈负相关($r = -0.692$ 、 -0.577 、 -0.530 、 $-0.616, P<0.05$)。详见图 1~4。

3.4.5 3 组治疗前后皮肤屏障功能比较

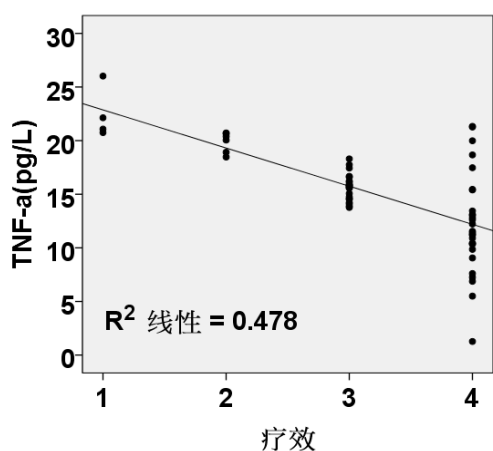
3 组治疗前皮肤皮脂水平和皮肤水合度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后皮肤皮脂水平和皮肤水合度均较治疗前显著升高($P<0.05$),且组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。联合组治疗后皮肤皮脂水平、皮肤水合度均高于火针组和对照组($P<0.05$),火针组治疗后皮肤皮脂水平、皮肤水合度高于对照组($P<0.05$)。详见表 5。

表 4 3 组治疗前后炎症指标的比较 (每组 60 例)

($\bar{x} \pm s$, pg/L)

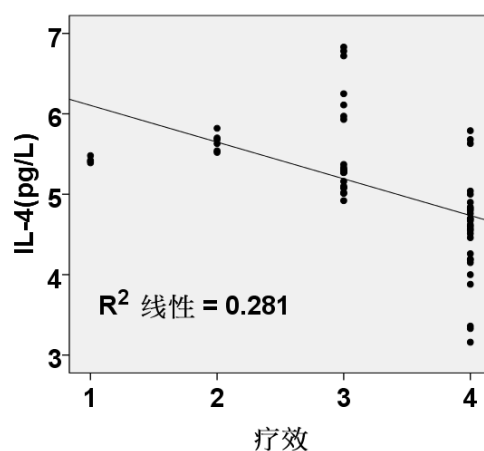
| 组别 | TNF- α | | IL-1 β | | IL-4 | | IL-6 | |
|-----|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 联合组 | 35.16 \pm 6.88 | 16.32 \pm 4.88 ¹⁾ | 40.11 \pm 6.05 | 17.44 \pm 5.93 ¹⁾ | 12.08 \pm 7.58 | 5.02 \pm 0.83 ¹⁾ | 54.86 \pm 8.63 | 20.73 \pm 7.25 ¹⁾ |
| 火针组 | 34.97 \pm 4.76 | 24.66 \pm 5.91 ¹⁾²⁾ | 39.76 \pm 5.23 | 21.64 \pm 6.88 ¹⁾²⁾ | 11.79 \pm 8.15 | 8.59 \pm 1.87 ¹⁾²⁾ | 55.11 \pm 7.04 | 28.13 \pm 5.96 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 35.02 \pm 7.04 | 25.59 \pm 6.12 ¹⁾²⁾ | 40.06 \pm 5.41 | 20.22 \pm 7.28 ¹⁾²⁾ | 12.12 \pm 7.03 | 8.63 \pm 2.01 ¹⁾²⁾ | 55.02 \pm 8.19 | 28.25 \pm 6.32 ¹⁾²⁾ |
| F 值 | 0.015 | 48.760 | 0.069 | 6.063 | 0.034 | 94.015 | 0.015 | 26.086 |
| P 值 | 0.986 | <0.05 | 0.933 | <0.05 | 0.967 | <0.05 | 0.985 | <0.05 |

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾P<0.05; 与联合组比较 ²⁾P<0.05



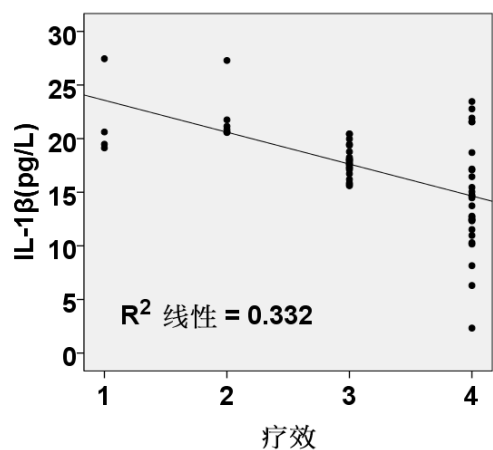
注: 图中赋值 1=无效, 2=有效, 3=显效, 4=基本治愈

图 1 TNF- α 与临床疗效相关性



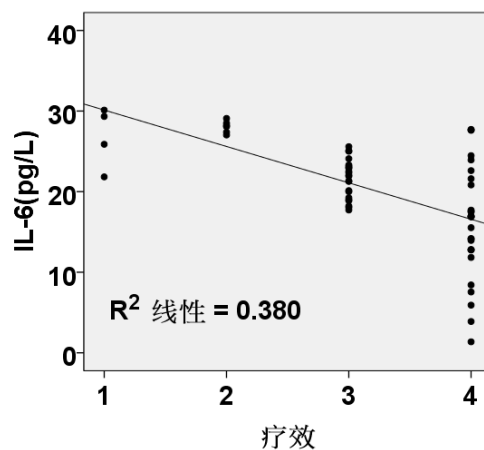
注: 图中赋值 1=无效, 2=有效, 3=显效, 4=基本治愈

图 3 IL-4与临床疗效相关性



注: 图中赋值 1=无效, 2=有效, 3=显效, 4=基本治愈

图 2 IL-1 β 与临床疗效相关性



注: 图中赋值 1=无效, 2=有效, 3=显效, 4=基本治愈

图 4 IL-6与临床疗效相关性

表 5 3 组治疗前后皮肤屏障功能比较 (每组 60 例)

($\bar{x} \pm s, au$)

| 组别 | 皮肤皮脂水平 | | 皮肤水合度 | |
|-----|------------|------------------------------|------------|------------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 联合组 | 13.05±5.26 | 22.74±2.26 ¹⁾ | 18.96±5.03 | 26.79±1.89 ¹⁾ |
| 火针组 | 12.76±4.92 | 20.05±1.77 ¹⁾²⁾ | 19.34±4.58 | 24.68±2.11 ¹⁾²⁾ |
| 对照组 | 12.94±5.03 | 17.36±2.03 ¹⁾²⁾³⁾ | 19.08±4.67 | 22.14±2.03 ¹⁾²⁾³⁾ |
| F 值 | 0.050 | 105.368 | 0.099 | 80.344 |
| P 值 | 0.951 | <0.05 | 0.905 | <0.05 |

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与联合组比较²⁾ $P<0.05$;与火针组比较³⁾ $P<0.05$

3.4.6 3 组不良反应发生率比较

3 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ($\chi^2=0.262, P>0.05$)。详见表 6。

表 6 3 组不良反应发生率比较 [例(%)]

| 组别 | 例数 | 红肿 | 出血 | 烧灼感 | 不良反应发生率/% |
|-----|----|--------|--------|--------|-----------|
| 联合组 | 60 | 1(1.7) | 2(3.3) | 0(0) | 5.0 |
| 火针组 | 60 | 2(3.3) | 1(1.7) | 0(0) | 5.0 |
| 对照组 | 60 | 0(0) | 0(0) | 2(3.3) | 3.3 |

3.4.7 3 组复发率比较

治疗后对 3 组基本治愈的患者进行半年随访。联合组复发率为 0.0%,火针组复发率为 25.0%,对照组复发率为 80.0%,组间比较差异具有统计学意义 ($\chi^2=26.168, P<0.05$)。详见表 7。

表 7 3 组基本治愈患者复发率比较 [例(%)]

| 组别 | 基本治愈 | 失访 | 复发 | 复发率/% |
|-----|----------|---------|---------|-------|
| 联合组 | 28(46.7) | 1(3.6) | 0(0) | 0.0 |
| 火针组 | 12(20.0) | 2(16.7) | 3(25.0) | 25.0 |
| 对照组 | 5(8.3) | 1(20.0) | 4(80.0) | 80.0 |

4 讨论

神经性皮炎严重影响患者睡眠和生活质量,目前尚无令人满意的根治手段,成为困扰临床医师与患者的棘手问题。《医宗金鉴》:“此证总由风热湿邪侵袭皮肤,郁久风盛,则化为虫,是以搔痒之无休也。”中医学认为风、寒、湿、热、虫、毒之邪侵袭与神经性皮炎密切相关,脾经湿热,肺经风毒客于肌肤腠理之间,兼感风湿热毒,热盛则肌肤起瘰,风盛则明显瘙痒,湿性黏腻,故时起时伏,缠绵不愈,可见风湿热蕴肤、血虚风燥是主要病机,治以驱风燥湿、养血润燥。

本研究显示,火针联合苍肤止痒酊治疗神经性皮炎能明显降低患者皮损总面积、色泽、丘疹、瘙痒评

分,提高皮肤皮脂水平、皮肤水合度,改善患者临床症状体征与皮肤屏障功能,提高疗效,减少复发。姬俊强等^[10]报道显示,火针能缓解神经性皮炎患者瘙痒等症状,本研究与之结论相似。火针能借助火的温热刺激,激发经气,温经通络,养血扶正,血因温而通,血行风自灭。《红炉点雪》:“热病得火而解者……自火郁发之之义也。”《针灸聚英》:“盖火针大开其孔穴,不塞其门,风邪从此而出。”从而引风邪外出,“风动则痒,无风不作痒”,故治疗疾病可改善患者临床症状。现代医学认为,火针能改善皮损局部的微循环,促进炎症、代谢产物的吸收,且能调节皮肤神经功能,从而发挥镇痛、止痒、消炎等效果^[11-12]。

苍肤止痒酊由苍肤洗剂化裁而来,而苍肤洗剂最早出自赵炳南及张志礼老先生撰写的《简明中医皮肤病学》,已被证实治疗角化性湿疹等皮肤病具有显著疗效,但在神经性皮炎中的报道较少^[13]。本研究采用的苍肤止痒酊是将苍肤洗剂中的土槿皮、蛇床子、枯矾去掉,以减少有毒药物、干燥药物,防止长期应用干燥,并加白鲜皮清热解毒,祛风利湿止痒,同时制作成酊剂更方便涂抹及携带,有利于提高患者依从性。方中苍耳子发散风寒、调和气血,地肤子利尿通淋、止痒止痛,共为君药,协同发挥活血化瘀、消肿开痹、清热利湿之效;苦参镇静抗炎、清热燥湿,为臣药;百部清热解毒,为佐药;白鲜皮祛风解毒、清热燥湿、增强止痒,为使药。诸药可共奏养血润燥、渗利湿热、消炎止痒、活血祛瘀、解毒祛风之功效,故与火针合用治疗神经性皮炎,可提高疗效。

有研究^[14-17]指出,炎症反应与神经性皮炎发病密切相关。TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6 均为炎症因子,在神经性皮炎大鼠模型中呈高表达^[16]。本研究显示,火针联合苍肤止痒酊可降低 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6

水平,且 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6 水平均与临床疗效呈负相关,提示抑制炎症反应可能是火针联合苍肤止痒酊发挥疗效的一个机制,亦说明从基因水平靶向 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-6,沉默其表达,可能有助于神经性皮炎的治疗。火针可能是通过温热效应,促进炎症吸收与改善炎症反应的,苍肤止痒酊组方包含多种中药,均具有不同程度的抗炎作用,因此能抑制炎症反应^[18-22]。本研究不足之处在于,纳入样本量较少,有待后续进行多中心、大样本量的试验,进一步验证疗效。

综上所述,火针联合苍肤止痒酊治疗神经性皮炎,能改善患者临床症状体征与皮肤屏障功能,提高疗效,减少疾病的复发,其机制可能与改善炎症反应有关。

参考文献

[1] Heratizadeh A, Werfel T, Wollenberg A, et al. Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: Multicenter randomized controlled trial[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2017, 140(3):845-853.

[2] Blaess M, Deigner HP. Derailed ceramide metabolism in atopic dermatitis (AD): a causal starting point for a personalized (basic) therapy[J]. *Int J Mol Sci*, 2019, 20(16):3967.

[3] 叶静静,陈宁刚,叶姝,等.桃红四物汤辅助治疗泛发性神经性皮炎疗效观察及其对血清鳞状细胞癌抗原的影响[J].*中国中西医结合杂志*, 2018, 38(6):753-754.

[4] 肖佳,梁志刚.苍肤止痒酊在神经性皮炎病人中的应用[J].*护理研究*, 2020, 34(18):3336-3339.

[5] Chen Z, Zhou D, Wang Y, et al. Fire needle acupuncture or moxibustion for chronic plaque psoriasis: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2019, 20(1):674.

[6] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社, 2010:1056.

[7] 杨志波,范瑞强,邓丙戌.中医皮肤性病学[M].北京:中国中医药出版社, 2010:128.

[8] 李琳,杨晓丽,赵爱杰,等.“苍肤止痒酊”联合火针治疗神经性皮炎 60 例临床研究[J].*江苏中医药*, 2019, 51(11):57-59.

[9] 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, 1994:155.

[10] 姬俊强,王海军,曹玉霞.火针结合自血疗法治疗神经

性皮炎的临床机制探究[J].*中国民间疗法*, 2019, 27(15):1-2.

[11] 孙璐璐,刘华绪,王真真,等.毫火针辅助 308 nm 准分子激光治疗不同部位白癜风疗效观察[J].*中国针灸*, 2019, 39(9):936-939, 952.

[12] 王嘉轩,赵玮璇,曾婧纯,等.火针为主治疗带状疱疹疼痛的系统评价和序贯分析[J].*针刺研究*, 2019, 44(9):677-685.

[13] 王倩,蔡念宁,周冬梅,等.苍肤洗剂外治角化性湿疹 60 例临床观察[J].*北京中医药*, 2018, 37(6):510-512.

[14] Fölster-Holst R. Neurodermatitis: Atopy of the skin[J]. *Ophthalmologe*, 2017, 114(6):498-503.

[15] Saeki H, Nakahara T, Tanaka A, et al. Clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2016[J]. *J Dermatol*, 2016, 43(10):1117-1145.

[16] 马天明,李然,程为平.针刺百会和风池穴对神经性皮炎模型大鼠 NF- κ B 信号通路的影响[J].*辽宁中医药大学学报*, 2017, 19(8):124-127.

[17] Wu SY, Lu CN, Chung CJ, et al. Therapeutic effects of acupuncture plus fire needle versus acupuncture alone in lateral epicondylitis: A randomized case-control pilot study[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98(22):e15937.

[18] 李伯华,曲剑华,张广中,等.清热除湿、凉血解毒法治疗癣菌疹体会[J].*中医杂志*, 2014, 55(14):1238-1240.

[19] 李睿.梅花针联合窄谱紫外线治疗神经性皮炎的疗效[J].*中国卫生标准管理*, 2019, 10(21):86-88.

[20] 李琳,杨晓丽,赵爱杰,等.“苍肤止痒酊”联合火针治疗神经性皮炎 60 例临床研究[J].*江苏中医药*, 2019, 51(11):57-59.

[21] 陆地,孙玲玲.火针加灸法为主治疗神经性皮炎的疗效及对外周血 Th1/Th2 细胞调控的影响[J].*上海针灸杂志*, 2019, 38(10):1131-1135.

[22] 朱焯,杨小林,肖东.消风止痒汤联合姜膏治疗神经性皮炎的临床疗效观察[J].*中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2019, 18(4):354-356.

收稿日期 2020-04-24