

穴位埋线结合自拟养血消荨汤治疗慢性荨麻疹的疗效观察 *

吕妮娜¹ 易海连² 张绮霞¹

(1 广东省广州市白云区第一人民医院中医科 广州 510410; 2 广东省广州市白云区新市街社区卫生服务中心 广州 510410)

摘要:目的:观察穴位埋线结合自拟养血消荨汤对慢性荨麻疹患者的临床疗效,为治疗慢性荨麻疹患者提供新的理论和临床依据,开发治疗慢性荨麻疹高效的新方法。方法:将 60 例符合纳入、排除标准的患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组采用埋线疗法结合经验方养血消荨汤治疗,对照组采用依匹斯汀口服干预,分别于治疗前、治疗后 2 周、治疗后 8 周进行慢性荨麻疹临床主客观症状评分、DLQI 评分并进行比较。结果:治疗后治疗组慢性荨麻疹临床主、客观症状评分明显优于对照组,具有统计学意义($P<0.05$)。治疗后两组 DLQI 评分比较,治疗组生活质量明显优于对照组,具有统计学意义($P<0.05$)。结论:穴位埋线结合经验方养血消荨汤治疗慢性荨麻疹疗效确切,操作简单,费用便宜,且解决了西药嗜睡多、价格贵、治疗麻烦的缺点,值得推广。

关键词:慢性荨麻疹;穴位埋线;自拟养血消荨汤;DLQI 评分

中图分类号:R758.24

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.022

荨麻疹是临床常见的皮肤黏膜过敏性疾病^[1],临床表现为皮肤黏膜一过性大小不等的局限性水肿性风团,伴有剧烈瘙痒、红斑、风团,迅速发生与消退,退后无痕迹。根据病程的长短,皮损反复发作超过 6 周以上者称为慢性荨麻疹(chronic urticaria, CU)^[2]。荨麻疹的病因复杂,很多物质可以诱发,且大多数患者不能找到确切的病因^[2],常见的发病原因有食物、药物、感染、吸入物、物理及化学因素、精神因素、内脏和全身性疾病等。约 10% 的急性荨麻疹患者会转变为慢性荨麻疹,病情反复发作,经久不愈,病程常长达数月至数年之久,常规抗组胺治疗效果不尽人意,目前尚无有效根治疗法。CU 虽不危及生命,但因伴有瘙痒,患者日常生活工作常受到影响,生活质量下降。我们采用埋线疗法结合经验方养血消荨汤治疗慢性荨麻疹取得较好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例慢性荨麻疹患者均为白云区第一人民医院皮肤科门诊病人,符合慢性荨麻疹纳入、排除、诊断标准。治疗组 30 例,其中男 10 例,女 20 例,年龄最大 65 岁,最小 18 岁,病程最长 6 年,最短 2 个月;对照组 30 例,其中男 8 例,女 22 例,年龄最大 64 岁,最小 19 岁,病程最长 7 年,最短 3 个月。两组患者在年龄、性别、病程方面无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《临床皮肤病学》慢性荨麻疹的诊断标准:(1)突然发作,皮损为大小不等、形状不一的水肿性斑块,边界清楚;(2)皮疹时起时落,剧烈瘙痒,发无定处,退后不留痕迹;(3)病程 ≥ 6 周。

1.3 纳入标准 (1)年龄 18~65 岁,男性或女性;

(2)临床表现符合诊断标准;(3)临床上无明确原因,以皮肤症状为主,不并发严重全身症状;(4)每周至少 2 次或 2 d 症状发作,每次发作持续时间 ≤ 24 h;(5)患者入选前 24 h 内有荨麻疹的症状和体征;(6)本人同意并接受治疗。

1.4 排除标准 (1)合并感染者;(2)经询问病史,曾系统用皮质类固醇及其他免疫抑制剂,雷公藤等停药时间 <4 周,阿司咪唑停药时间 <8 周,其他抗组织胺药停药时间 <7 d;(3)合并严重胃肠道症状或其他严重全身症状;(4)孕妇及哺乳期妇女;(5)严重肝、肾、心脏、代谢疾病或自身免疫病等;(6)其他类型荨麻疹,如皮肤划痕症、物理刺激引起的荨麻疹、胆碱能性荨麻疹、遗传血管性水肿及有其他明确原因引起的荨麻疹等(药物、感染等)。

1.5 统计方法 计量资料用 t 检验,计数资料用卡方检验,等级资料用 Ridit 分析。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用穴位埋线结合自拟养血消荨汤治疗。

2.1.1 养血消荨汤治疗 基本方:黄芪 15 g、当归 12 g、何首乌 12 g、生地 12 g、鸡血藤 12 g、川芎 6 g、白芍 12 g、桂枝 12 g、僵蚕 10 g、蝉蜕 8 g、防风 12 g、甘草 5 g。加减:风寒:风团色淡,遇风寒加重,加熟附子、白术。风热:风团色红,遇热加重,加黄芩、栀子、丹皮。血虚风燥:午后或夜间加重,五心烦热,加地骨皮、麦冬。冲任不调:月经或前或后不定期,暖气易怒,加柴胡、郁金。服法:每日 1 剂,水煎,取汁 300 mL,早晚分服,每服用 5 剂,休息 2 d,治疗 2 周为 1 个疗程。

2.1.2 穴位埋线 根据第七版《针灸治疗学》中荨

* 基金课题:广东省广州市白云区 2012 年度科技计划项目(项目编号:2012-KZ-06)

麻疹取穴。主穴：血海(双)、膈俞(双)、三阴交(双)、风门(双)。配穴：风热加曲池；风寒加肺俞；血虚加脾俞、足三里；冲任不调加肝俞、肾俞。每次主穴取 2 对(交替取)，配穴取 1~2 对，埋线的穴位控制在 6~8 个。1 周 1 次，治疗 2 次为 1 个疗程。

2.2 对照组 口服依匹斯汀，10 mg/ 次，2 次 /d，2 周为 1 个疗程。两组患者均治疗 1 个疗程，随访 8 周评价疗效。

3 疗效观察

3.1 评分标准 参考欧洲 MILOR 研究，研究者按 0~3 级标准对患者慢性荨麻疹临床主、客观症状评分：(1) 风团数目：0 分为无风团；1 分为 1~10 个；2 分为 11~20 个；3 分为 20 个以上。(2) 风团大小：0 分为无风团；1 分为风团直径为 <1 cm；2 分为 1.0~2.5 cm；3 分为 >2.5 cm。(3) 瘙痒程度：0 分：无；1 分：轻度，不影响睡眠；2 分：中度，每晚因瘙痒觉醒次数 <2 次，影响睡眠，但不影响正常工作和生活；3 分：重度，每晚因瘙痒觉醒次数 >3 次或无法入睡，影响睡眠、正常生活和工作。(4) 风团发生次数：0 分为无风团；1 分为风团每天出现 1 次；2 分为 2~3 次；3 分为 >3 次。(5) 风团持续时间：0 分为无风团；1 分为风团持续时间 <4 h；2 分为风团持续 4~12 h；3 分为持续时间 >12 h。采用皮肤病生活质量指数 DLQI(中文版来源于英国卡蒂夫大学)进行生活质量评价。

3.2 疗效判定标准 根据每个患者治疗前和治疗后的症状总积分，按下列公式计算症状积分下降指数(symptom score reduce index, SSRI)。症状积分下降指数(SSRI)=(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分。根据 SSRI 评价总体疗效：无效为 SSRI<0.20；进步为 SSRI 0.20~0.60；显效为 SSRI 0.60~0.90；痊愈为 SSRI>0.90。总有效率以显效和治愈记。痊愈患者随访 8 周内重新出现症状为复发。复发率 = 复发例数 / 痊愈总例数 × 100%

4 结果

4.1 慢性荨麻疹临床主、客观症状评分 治疗组治疗后 2 周、8 周积分与治疗前比较有显著意义 ($P<0.01$)。对照组治疗 2 周后症状积分优于治疗前，具有统计学意义 ($P<0.05$)；但 8 周后随访，症状积分与治疗前比较无明显差异 ($P>0.05$)。治疗后，治疗组慢性荨麻疹临床主、客观症状积分明显优于对照组，具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床主、客观症状积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 8 周
治疗组	10.82± 1.50	1.02± 0.82	1.56± 0.63
对照组	11.12± 2.23	1.45± 0.96	8.66± 2.47

4.2 两组疗效比较 两组疗程结束后，治疗组总有效率为 86.7%，痊愈率为 66.7%；对照组总有效率为 76.7%，痊愈率为 53.3%。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例						
组别	n	痊愈	显效	进步	无效	痊愈率(%)
治疗组	30	20	6	2	2	66.7
对照组	30	16	7	5	2	53.3

4.3 复发率比较 治疗组复发率明显低于对照组，具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组复发情况比较 例				
组别	n	未复发	复发	复发率(%)
治疗组	20	16	4	20.0
对照组	16	4	12	75.0

4.4 生活质量评价 治疗组治疗后 2 周、8 周评分与治疗前比较有显著意义 ($P<0.05$)。对照组治疗 2 周后生活质量评分优于治疗前，具有统计学意义 ($P<0.05$)；但 8 周后随访，评分与治疗前比较无明显差异 ($P>0.05$)。治疗后治疗组生活质量评分明显优于对照组，具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组生活质量评价 ($\bar{X} \pm S$) 分			
组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗 8 周后
治疗组	55.82± 21.50	108.02± 31.24	98.56± 30.63
对照组	63.12± 19.23	100.45± 33.16	75.66± 35.47

5 讨论

慢性荨麻疹属中医“瘾疹”范畴，中医认为^[1]其因情志不遂、肝郁不舒，或因平素体弱、阴血不足、血虚生风，或因皮损反复发作、气血损耗；加之风邪外袭，以致内不得疏泄，外不得透达，郁干皮肤腠理之间，邪正相搏而发病，为本虚标实之证。目前西药多采用抗组胺药物，其副作用严重影响生活、学习和工作；而免疫调节剂价格不低，保管不易，需要经常到医院注射，给病人带来经济和生活上的负担。中医中药副作用小，越来越受到国内外临床医生的重视。

本研究采用的穴位埋线是一种改良式针刺疗法。羊肠线埋入皮下后，可产生持续而稳定的刺激，不断地促进经络气血的有序运行，激发人体正气，从而达到祛除病邪的目的。针灸选择性激活人体的免疫系统，对细胞免疫和体液免疫都有调节作用，可以调整免疫球蛋白和补体的含量，从而达到治疗慢性荨麻疹的目的。我们在长期的临床实践中不断总结治疗慢性荨麻疹的有效方药，得出了经验方养血消荨汤。方中黄芪益气固表，扶正祛邪为君药；当归、何首乌、川芎、鸡血藤养血活血为臣；治风先治血，血行风自灭，佐以白芍、桂枝、生地滋养营血，调和营卫；慢性荨麻疹病久，风邪多已入络，故加入僵蚕、蝉蜕、防风搜风通络，共为佐药；甘草为使，调和诸药，可起疏风养血之效。通过中医经验方内服与

穴位埋线“久留针”的结合,使风邪内得疏泄,外得透达,风去则病自止。本研究结果显示:经过 2 周治疗后,两组均能有效缓解症状,提高生活质量。但在 8 周后的随访发现,对照组在症状评分与生活质量方面均明显不如治疗组,具有统计学意义($P<0.05$),说明对照组在疗效持续及复发率方面明显不如治疗组。而且在治疗过程中,我们发现对照组出现 5 例嗜睡、口干等症状,上述症状均较轻,未影响继续用药。

穴位埋线疗法易于操作,其操作简单到几乎与肌注无异,一次治疗大约 10 min 即可结束,简单培训就可掌握。在穴位的选择上亦比传统方法灵活得多,适合于全身大部分穴位,且可以和毫针一样,采用斜刺、直刺的不同角度进针。术后反应也较传统方法轻,患者除了感到持续的酸胀感之外,很少

出现红肿热痛及体温升高的现象。而且对穴位产生的生理、物理及生物化学刺激可长达 10 多天,其刺激感应维持时间是任何留针或埋针法所不能比拟的,从而弥补了针刺刺激时间短、次数多、疾病痊愈率低及易复发的缺点,提高了病人治疗的依从性。而经验方养血消荨汤费用低廉,对身体副作用小,而且辨证灵活,个体化应用更强,更有针对性,不但可以治疗患者慢性荨麻疹的症状,而且可以调理身体体质,具有较大的实用性。综上所述,采用埋线疗法结合经验方养血消荨汤治疗慢性荨麻疹,操作简单,费用便宜,且解决了西药嗜睡多、价格贵、治疗麻烦的缺点,值得推广。

参考文献

[1]靳培英.皮肤病药物治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2004.112
[2]张学军.皮肤性病学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.107-108
[3]黄泰康,喻文球.中医皮肤病性病[M].北京:中国医药科技出版社,2000.39

(收稿日期: 2013-12-05)

鼻内镜下腺样体切除术

张树民

(江西省永新县人民医院 永新 343400)

关键词:腺样体肥大;鼻内镜;腺样体切除术

中图分类号:R765.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.023

腺样体肥大是小儿的多发病,可引起耳部、鼻部、咽喉及下呼吸道等一系列的症状,严重者会引起听力损害,并会影响小儿的生长发育^[1]。我院以往多采用保守治疗,疗效不太理想。从 2010~2013 年,我院在鼻内镜下开展腺样体切除术 28 例,效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 56 例均为 2010~2013 年我院的门诊病人,全部患者均长期出现鼻塞、张口呼吸、夜鼾及反复发作的分泌性中耳炎。小儿纤维鼻咽镜检查发现鼻咽顶后壁有增生软组织团块,触诊不易出血,年龄 4~10 岁,符合腺样体肥大的诊断标准。按随机分配的原则,鼻内镜下腺样体切除术 28 例,对照组 28 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 静滴地塞米松 2~5 mg 加头孢呋辛钠 0.75~2.25 g,每天 1 次,用 0.5%麻黄素滴鼻,每天 2 次,连用 1 周。

1.2.2 鼻内镜下腺样体切除组 在上述治疗的基础上加鼻内镜下腺样体切除术,术前要仔细检查,排除禁忌证。手术方法:全麻成功后,患者平卧,头

后仰,常规消毒铺巾,张口器撑开口腔,从双侧前鼻孔导入导尿管,将悬雍垂悬吊,70°鼻内窥镜下暴露鼻咽部,用切吸器切除鼻咽部增生的腺样体,仔细止血^[2]。术中如发现扁桃体肥大或慢性扁桃炎可同时做扁桃体切除术,术后注意休息,饮食需清淡。

1.3 结果 鼻内镜下腺样体切除术 7 d 后,27 例症状消失或改善,治愈率 96.4%;对照组 20 例症状消失或改善,治愈率 71.4%;经统计学处理,两组治愈率差异有显著意义($P<0.05$)。

2 讨论

鼻内镜在基层医院已基本普及,在常规治疗的基础上,结合鼻内镜下切除腺样体术,对腺样体肥大的诊治疗效满意。在鼻内镜下切除腺样体,可直视观察下精确操作,手术视野清晰,能很好地掌握手术的深度,避免损伤鼻咽部肌层,术中止血准确、迅速,对周围组织损伤小,手术简便易行,在基层医院可推广。

参考文献

[1]田勇泉,孙爱华.耳鼻咽喉-头颈外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.161
[2]韩秋生,曹志伟,徐国成.耳鼻咽喉科手术图谱[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2001.141-142

(收稿日期: 2013-08-26)